

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẠ DÀY VÀ NẠO HẠCH D2 TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN III

Nguyễn Thanh Quân*, Nguyễn Văn Lâm

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: ntquan@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư dạ dày là loại ung thư thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Hiện nay phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo hạch D2 là phương pháp điều trị được lựa chọn trong điều trị ung thư dạ dày. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về nạo vét hạch trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày giai đoạn III tại Việt Nam. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định số hạch nạo vét được, tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, số hạch di căn sau mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ và thời gian sống còn sau mổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, thực hiện trong thời gian từ 01/2017 đến 06/2021. Các biến số nghiên cứu bao gồm: Đánh giá số lượng hạch nạo vét được, tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, số hạch di căn sau mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ và thời gian sống còn sau mổ. **Kết quả:** Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Thời gian mổ trung bình là $303 \pm 7,057$ phút, lượng máu mất trung bình $65,6 \pm 4,705$ ml. Số hạch nạo vét được trung bình là $13,22 \pm 0,631$ hạch. Có 34 trường hợp (68%) di căn hạch sau mổ. Số lượng hạch nạo vét được đối với thương tổn giai đoạn T4a, T4b nhiều hơn có ý nghĩa so với thương tổn giai đoạn dưới T4a. Thời gian sống còn sau 1 năm là 93,87%, sau 3 năm là 76,08%. Có 1 trường hợp chảy máu trong mổ do rách động mạch vị mạc nối trái trong mổ được xử lý tốt qua phẫu thuật nội soi, 1 trường hợp tử vong ngày thứ 19 sau mổ do viêm phổi nặng, suy hô hấp và 4 trường hợp viêm phổi sau mổ được điều trị nội khoa. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo hạch D2 an toàn trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn III.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, phẫu thuật nội soi, cắt dạ dày.

ABSTRACT

THE ROLE OF LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY AND D2 LYMPHADENECTOMY OF STAGE III GASTRIC CANCER

Nguyen Thanh Quan, Nguyen Van Lam*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Gastric cancer is common cancer in the world as well as in Vietnam. Currently, laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer is a popular treatment. However, there haven't had many studies on laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer for stage III in Vietnam. **Objectives:** Determine the number of retrieved lymph nodes, the rate of conversion to open surgery, operative time, operative blood loss, the number of lymph nodes metastasized after surgery, intraoperative complications, postoperative complications and postoperative survival rate. **Materials and methods:** A case series study was carried out from January 2017 to June 2021. The research variables included: evaluation of the number of retrieved lymph nodes, the rate of conversion to open surgery, operative time, operative blood loss, the number of metastases after surgery, intraoperative complications, and postoperative complications, postoperative survival rate. **Results:** There were no cases that had to change to open surgery. The average operative time was 303 ± 7.057 minutes, the average operative blood loss was 65.6 ± 4.705 ml. The average number of retrieved lymph nodes was 13.22 ± 0.631 nodes. There were 34 cases (68%) of lymph node metastasis after surgery. The number of retrieved lymph nodes for lesions at T4a and T4b stages was significantly more than that of lesions below T4a, survival time after 1 year was 93.87% and after 3 years was 76.08%. There was a case of intraoperative bleeding due to laceration of the left gastric artery during surgery which was well managed through laparoscopic surgery, one case died on the 19th day after surgery due to severe pneumonia, respiratory failure and 4 cases. Postoperative pneumonia was treated medically. **Conclusion:** Laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy is safe in the treatment of stage III gastric cancer.

Keywords: Gastric cancer, laparoscopic, gastrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày thường di căn hạch, vì vậy cắt dạ dày kèm nạo hạch đã được xem là phương pháp điều trị triệt để nhất kéo dài thời gian sống còn cho người bệnh [7]. Mở mở cắt dạ dày kèm nạo hạch D2 đã được chứng minh là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư dạ dày. Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày được báo cáo đầu tiên bởi tác giả Kitano năm 1994 tại Nhật Bản [9]. Sau đó, nhiều tác giả khác thực hiện và báo cáo về phương pháp này trong điều trị ung thư dạ dày.

Đối với ung thư dạ dày giai đoạn sớm, phẫu thuật nội soi đã được các tác giả báo cáo có hiệu quả ở những nghiên cứu không so sánh và những nghiên cứu có so sánh không ngẫu nhiên [12]. Đối với ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển, trên thế giới có rất nhiều thử nghiệm lâm sàng so sánh giữa mổ nội soi với mổ mở và cho thấy bước đầu có một số lợi ích của phẫu thuật nội soi [15]. Ở Việt Nam, cũng đã có nhiều báo cáo thực hiện về tính khả thi và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong cắt dạ dày. Tuy nhiên, chúng tôi chưa thấy nhiều báo cáo về cắt dạ dày nội soi và nạo hạch trong ung thư dạ dày giai đoạn III. Nên chúng tôi muốn thực hiện đề tài này nhằm đánh giá vai trò của cắt dạ dày và nạo hạch D2 điều trị ung thư dạ dày giai đoạn III ở bệnh viện của chúng tôi với các mục tiêu:

1. Đánh giá vai trò nạo hạch của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày.
2. Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn III bằng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo hạch D2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày và được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2, điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 01/2017 đến 06/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến dạ dày (trước hoặc sau mổ), chưa có di căn xa (giai đoạn III). Được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2, đáp ứng được yêu cầu phẫu thuật cắt khối u triệt để và bắt đầu theo dõi từ khi bệnh nhân phẫu thuật đến khi xuất viện và theo dõi tái khám tại các thời điểm sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng, 24 tháng, 30 tháng, 36 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Tiên cứu, can thiệp lâm sàng.

- **Cỡ mẫu:** 50 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu từ tháng 01/2017 đến 06/2021 tất cả các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Bệnh nhân được phân tích các yếu tố bao gồm tuổi, giới tính, vị trí thương tổn, kích thước thương tổn, số hạch nạo vét được và tai biến, biến chứng của phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa với 2 chân dạng, phẫu thuật viên chính đứng bên phải, phẫu thuật viên phụ đứng bên trái và người cầm camera đứng giữa 2 chân bệnh nhân. Chúng tôi dùng 5 trocar, với: 1 trocar 10mm dưới rốn cho kính soi, 1 trocar 12mm ở điểm giao nhau giữa bờ ngoài cơ thẳng bụng phải và đường ngang qua rốn để phẫu tích và đặt stapler và 3 trocar 5mm dưới sườn phải, dưới sườn trái và hông trái. Các thì phẫu thuật: kỹ thuật nạo hạch của chúng tôi là lấy toàn bộ các hạch ở các nhóm cùng với mô mỡ thành một khối.

+ Quan sát và đánh giá tổn thương giống như trong mổ mở. Vén gan.

+ Phẫu tích lấy bỏ toàn bộ mạc nối lớn dọc theo đại tràng ngang từ đại tràng góc gan cho tới gần cuống lách, cắt bỏ lá trước mạc treo đại tràng ngang và lá trước bao tụy, thắt bó mạch vị mạc nối trái tận gốc để nạo hạch nhóm 4sb.

+ Thắt các bó mạch vị ngắn tận gốc và nạo hạch nhóm 10.

+ Thắt động mạch (ĐM) vị mạc nối phải và ĐM dưới tá tràng sát chỗ phân nhánh của ĐM vị tá tràng và tĩnh mạch vị mạc nối phải ngay thân Henler ở phía trước đầu tụy để nạo toàn bộ nhóm hạch 6. Phẫu tích cắt lá trước bao tụy cho đến bờ trên của ĐM gan chung. Cắt mạc nối nhỏ ra khỏi bờ trên tá tràng D1 để lấy hết nhóm hạch 5. Xẻ phúc mạc dọc theo ống mật chủ. Từ đây, nạo hạch trước và sau ống mật chủ, dọc ĐM gan riêng và tĩnh mạch cửa (nhóm 12a, d, p).

+ Thắt ĐM vị phải tận gốc, lấy toàn bộ mạc nối nhỏ cho đến trụ hoành phải.

+ Cắt tá tràng dưới môn vị 2 cm bằng stapler thẳng.

+ Nạo hạch trước và sau ĐM gan chung (nhóm 8a và 8p).

+ Thắt động, tĩnh mạch vị trái tận gốc, nạo hạch quanh ĐM thân tạng (nhóm hạch 7, 9). Nạo hạch dọc ĐM lách để lấy nhóm 11p và 11d.

Đối với cắt bán phần dưới dạ dày:

+ Nạo hạch nhóm 1 bên phải tâm vị và dọc xuống bờ cong nhỏ để lấy nhóm 3.

Đối với cắt toàn bộ dạ dày:

+ Nạo hạch nhóm hạch 1 và nhóm 2. Di động thực quản cho đến màng phổi.

Cắt các thần kinh X và một phần trụ hoành trái (để dễ dàng thực hiện miệng nối).

+ Thực hiện miệng nối dạ dày-hỗng tràng hay thực quản-hỗng tràng theo Roux en Y trước đại tràng ngang.

+ Bệnh nhân được điều trị và theo dõi tại khoa ngoại của bệnh viện đến khi xuất viện.

+ Tất cả các bệnh phẩm sau mổ đều được phẫu tích bằng tay để lấy hết các hạch và gửi giải phẫu bệnh.

+ Các biến số được thu thập bằng một mẫu thống nhất và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 06 năm 2021, tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, chúng tôi có 50 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo hạch D2 triệt để thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh.

Về phương pháp mổ, có 44 trường hợp (88%) được cắt bán phần dưới và 6 trường hợp (12%) được cắt toàn bộ dạ dày. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: $58,38 \pm 1,695$ (nhỏ nhất: 36, tuổi lớn nhất: 82). Tỷ lệ nam/ nữ = 36/14 # 2,57. Về vị trí thương tổn: 42 trường hợp (84%) có thương tổn ở 1/3 dưới, 6 trường hợp (12%) ở 1/3 giữa, 2 trường hợp (4%) 1/3 trên. Kích thước trung bình của thương tổn là $4,32 \pm 0,286$ cm (nhỏ nhất: 2cm, lớn nhất: 12cm). Có 35 trường hợp (70%) thương tổn ≤ 5 cm và 14 trường hợp (28%) thương tổn > 5 cm, trong đó 1 trường hợp thương tổn ≥ 10 cm. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Thời gian mổ trung bình là $303 \pm 7,057$ phút (ngắn nhất 210 phút, dài nhất 450 phút). Lượng máu mất trung bình là $65,6 \pm 4,705$ ml (ít nhất: 20ml, nhiều nhất: 200ml). Số hạch nạo vét được trung bình là $13,22 \pm 0,631$ (thay đổi từ 2 – 23 hạch). Số hạch di căn trung bình là 3,34 hạch. Có 34 trường hợp (68%) di căn hạch sau mổ.

Chúng tôi theo dõi được 48 bệnh nhân (96%) sau mổ, với thời gian theo dõi dài nhất là 56 tháng, ngắn nhất là 06 tháng. Tỷ lệ sống còn sau 1 năm là 93,87%, sau 3 năm là 76,08%. Tuy nhiên, tất cả các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi không theo dõi đủ 36 tháng, vì vậy tỷ lệ sống còn thực tế như sau:

- Có 15 trường hợp theo dõi hơn 36 tháng, trong số này có hai trường hợp tử vong, do đó tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 36 tháng là 86,67% (13/15).

- Có 19 trường hợp theo dõi hơn 24 tháng, trong số này có 1 trường hợp tử vong và 1 trường hợp di căn, do đó tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh sau 24 tháng là 94,74% (18/19) và 89,47% (17/19).

- Có 23 trường hợp theo dõi hơn 18 tháng, trong số này không có trường hợp tử vong và 1 trường hợp di căn, do đó tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh sau 24 tháng là 100% (23/23) và 95,65% (22/23).

- Có 40 trường hợp theo dõi sau 1 năm, trong số này có 3 trường hợp tử vong, 1 trường hợp di căn, do đó tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh sau 1 năm là 92,5% (37/40) và 90% (36/40).

- Và có 48 trường hợp theo dõi sau 6 tháng, trong số này có 2 trường hợp tử vong, do đó tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 6 tháng là 95,8% (46/48).

So sánh số hạch nạo vét được giữa ba giai đoạn

Bảng 1. So sánh số hạch nạo vét được giữa ba giai đoạn phẫu thuật

Giai đoạn	N	Số hạch nạo vét được	p = 0,132
IIIA	10	130	
IIIB	27	333	
IIIC	13	198	

Nhận xét: Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về số hạch nạo vét được giữa ba giai đoạn phẫu thuật.

Bảng 2. So sánh số hạch nạo vét được giữa hai phương pháp phẫu thuật

Phương pháp mổ	N	Số hạch nạo vét được	p = 0,133
Cắt toàn bộ dạ dày	6	73	
Cắt bán phần dưới dạ dày	44	588	

Nhận xét: Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về số hạch nạo vét được giữa hai phương pháp phẫu thuật.

Bảng 3. So sánh số hạch nạo vét được giữa giai đoạn T4b và nhóm <T4b

Giai đoạn	N	Số hạch nạo vét được	p=0,001
<T4b	32	402	
T4b	18	259	

Nhận xét: Số lượng hạch nạo vét được đối với thương tổn giai đoạn <T4b nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với thương tổn giai đoạn dưới T4b.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Có một trường hợp tai biến trong mổ, chiếm tỷ lệ là 2%. Trường hợp này là bệnh nhân Nhan Thị P., nữ, 71 tuổi. Có khối u ở 1/3 dưới dạ dày, kích thước khoảng 4 cm, giai đoạn T4a. Bệnh nhân được chỉ định cắt bán phần dưới dạ dày, trong lúc phẫu tích nạo hạch nhóm 4sb, có làm rách động mạch vị mạc nối trái, mất máu trong mổ khoảng 200 ml sau đó cầm máu tốt qua nội soi. Có 4 trường hợp viêm phổi sau mổ, trong đó 3 trường hợp điều trị ổn định được xuất viện sau đó, 1 trường hợp tử vong ngày thứ 19 sau mổ. Trường hợp tử vong ngày 19 sau mổ là bệnh nhân Phan Văn T., nam, 80 tuổi. Có khối u ở 1/3 dưới dạ dày, kích thước khối u khoảng 4cm, giai đoạn T4a. Tiền sử trước mổ có bệnh tăng huyết áp và viêm phổi được điều trị ổn định. Bệnh nhân được chỉ định cắt bán phần dưới dạ dày, trong mổ không có biến chứng (thời gian mổ 390 phút, mất khoảng 50ml máu), sau mổ ngày thứ ba bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi, được điều trị nội khoa tích cực nhưng bệnh nhân suy hô hấp, thở máy và sốc nhiễm trùng, tử vong ngày 19 sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp tai biến xảy ra trong mổ là chảy máu khi phẫu tích động mạch vị mạc nối trái và nạo hạch nhóm 4sb, chảy máu khoảng 200 ml và chúng tôi cầm máu tốt sau đó qua phẫu thuật nội soi. Chảy máu khó kiểm soát vẫn là nguyên nhân chính của chuyển mổ mở, đặc biệt là chảy máu vùng rốn lách khi nạo hạch nhóm 11d và 10. Những trường hợp chảy máu từ các mạch máu nhỏ hơn như bó mạch vị mạc nối trái, vị mạc nối phải, vị phải thì chúng ta vẫn có thể kiểm soát được qua PTNS. Tỷ lệ chuyển mổ mở còn phụ thuộc vào kinh nghiệm mổ nội soi của phẫu thuật viên. Tác giả Lin [11] báo cáo tỷ lệ chuyển mổ mở ở 2041 trường hợp PTNS cắt dạ dày là 0,9% (18 trường hợp). Trong đó, 13 trường hợp do chảy máu, 3 trường hợp do dính nhiều và 2 trường hợp do tổn thương tạng kèm theo (lách và đại tràng ngang).

Thời gian mổ của PTNS cắt dạ dày và nạo hạch trong điều trị ung thư dạ dày phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: khả năng thực hiện PTNS của phẫu thuật viên, khả năng nạo

hạch trong ung thư dạ dày qua mổ mở trước đó, khả năng phối hợp với các phẫu thuật viên khác trong cùng cuộc mổ, BMI của bệnh nhân, tình trạng dính trong ổ bụng do những lần mổ trước, tình trạng khối u và hạch, phương pháp mổ cắt toàn bộ hay bán phần, yếu tố trang thiết bị phẫu thuật như: dao cắt đốt siêu âm, dụng cụ khâu nối máy... Tác giả Chen [6] phân tích gộp 9 nghiên cứu với 1221 trường hợp ung thư dạ dày, trong đó 436 trường hợp được PTNS và 785 trường hợp được mổ mở. Phân tích cho thấy thời gian mổ của PTNS dài hơn mổ mở 57,7 phút và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tác giả cho rằng nạo hạch qua PTNS khó khăn hơn và cần những phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu của phân tích gộp này có cả những phẫu thuật viên mới bắt đầu thực hiện PTNS cắt dạ dày. Một nghiên cứu với số lượng lớn (3580 bệnh nhân) so sánh giữa PTNS (2041 bệnh nhân) và mổ mở (1539 bệnh nhân) của tác giả Lin [11] cũng cho thấy thời gian mổ giữa hai nhóm không khác nhau ($p=0,399$). Theo Zhipeng Zhu [15] so sánh giữa PTNS (5716 bệnh nhân) và mổ mở (6094 bệnh nhân) cũng cho thấy sự khác nhau không có sự khác nhau giữa hai nhóm. Trong mổ cắt dạ dày do ung thư, nạo hạch đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị, mang tính chất điều trị triệt căn và là phẫu thuật tiêu chuẩn được các nước trên thế giới áp dụng. Theo Hiệp hội Ung thư của Hoa Kỳ thì số lượng hạch nạo vét được ít nhất là 15 hạch. Tuy nhiên, theo Hiệp hội Ung thư Dạ dày của Nhật Bản thì không đề cập đến số lượng hạch nạo vét mà là nhóm hạch nào cần nạo tùy theo phương pháp phẫu thuật nào. Thực tế, trong một số trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn sớm, mặc dù chúng ta nạo đúng theo nguyên tắc D2 nhưng khi phẫu tích vẫn không đủ 15 hạch. Câu hỏi quan trọng trong PTNS cắt dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày là vấn đề nạo hạch, nhiều phẫu thuật viên vẫn quan tâm là có nạo đủ và hết hạch qua PTNS hay không? Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng nạo vét hạch trung bình là $13,22 \pm 0,631$. Số hạch nạo nhiều nhất là 23 hạch, ít nhất là 2 hạch. Số hạch di căn trung bình là 3,34 hạch. Có 19 trường hợp số hạch nạo vét được dưới 13 hạch. Đây đều là các trường hợp hạch rất nhỏ, phẫu tích rất khó khăn vì khó phân biệt hạch hay mô mỡ. Tất cả các bệnh phẩm chúng tôi đều phẫu tích bằng tay để lấy các hạch và gửi làm giải phẫu bệnh. Thực ra số hạch thực tế ở bệnh phẩm có thể nhiều hơn số hạch được phẫu tích bằng tay lấy được vì những hạch nhỏ có thể lẫn lộn với mô mỡ mà chúng ta bỏ đi. Tác giả Võ Duy Long [2] báo cáo số hạch nạo vét trung bình là $25,1 \pm 7,2$. Số hạch nạo nhiều nhất là 46 hạch, ít nhất là 10 hạch. Số hạch di căn trung bình là 2,35 hạch. Đỗ Văn Tráng [5] báo cáo số hạch nạo vét được trung bình là 15,3 hạch với số hạch di căn trung bình là 3 hạch. Số hạch nạo vét của Triệu Triệu Dương [1] là 37,2 hạch, không khác biệt so với mổ mở là 42,4 hạch ($p=0,103$). Đỗ Trường Sơn [3] báo cáo số hạch nạo vét trung bình là $10,9 \pm 2,2$ hạch, số hạch di căn trung bình là 2,1 hạch. Số lượng hạch nạo vét được trong 240 trường hợp được báo cáo của Chen [6] là $30,4 \pm 8,6$. Theo tác giả nạo các nhóm hạch 7, 8a, 8b, 9, 11, 12, 14v thường khó khăn hơn với PTNS. Tanimura [13] cho thấy số hạch nạo vét được trong 72 trường hợp PTNS cắt toàn bộ dạ dày là 34. Số hạch nạo vét được trung bình trong tổng kết của Umemura [14] là 39,5 hạch. Tác giả Chen [6] cũng cho rằng số lượng hạch nạo vét được không khác nhau có ý nghĩa giữa PTNS so với mổ mở, với PTNS là $30,6 \pm 10,1$ và mổ mở là $30,3 \pm 8,6$, $p=0,786$. Kết luận cũng tương tự ở nghiên cứu của Kelly [8] với số hạch nạo vét được trung bình mỗi nhóm là 20. Trong các nghiên cứu với số lượng lớn, các tác giả đều kết luận số lượng hạch nạo vét được của PTNS cũng không khác biệt có ý nghĩa so với mổ mở. Tác giả Lee [10] với 1058 bệnh nhân được PTNS cắt dạ dày, cho thấy số hạch nạo vét được đối với ung thư dạ dày giai đoạn sớm khi cắt bán phần dưới là $43,0 \pm 18,5$ và khi cắt toàn bộ là $54,0 \pm 17,6$, còn đối với ung thư giai đoạn tiến triển thì khi cắt bán phần dưới là $49,0 \pm 16,1$ và khi cắt toàn bộ là $55,0 \pm 17,8$ ($p > 0,05$).

Tương tự trong 2041 trường hợp PTNS cắt dạ dày so với 1539 mổ mở của Lin [11], số hạch nạo vét được của PTNS là $31,4 \pm 12,8$ so $30,7 \pm 11,2$ hạch trong mổ mở, $p=0,445$. Như vậy, rõ ràng là cùng với sự phát triển của PTNS, vấn đề nạo hạch trong PTNS điều trị ung thư dạ dày cũng tương tự như mổ mở. Cũng giống như nhận xét của tác giả Trịnh Hồng Sơn [4], đối với ung thư dạ dày, chúng tôi thấy rằng càng nạo vét thì càng lấy được nhiều hạch. Trong giai đoạn sau, khi chúng tôi có nhiều kinh nghiệm PTNS hơn thì số lượng hạch nạo vét càng nhiều hơn, tuy nhiên, cũng không khác biệt có ý nghĩa đối với giai đoạn đầu. Thực tế, chúng tôi đã được đào tạo quy trình nạo vét hạch từ mổ mở trước đó và khi thực hiện bằng PTNS thì quy trình nạo vét hạch vẫn giống như mổ mở. Đối với cắt toàn bộ dạ dày số hạch cũng nhiều hơn.

Chúng tôi mới thực hiện kỹ thuật này và chọn mẫu ở giai đoạn III nên thời gian mổ của chúng tôi dài hơn các tác giả khác, đó cũng là yếu tố nguy cơ cao của viêm phổi sau mổ. Chúng tôi có 4 trường hợp (8%) xảy ra biến chứng sau mổ, tất cả các trường hợp này đều viêm phổi. Ba trường hợp điều trị nội khoa ổn định được xuất viện, còn một trường hợp viêm phổi nặng, suy hô hấp và tử vong ngày thứ 19 sau mổ (bệnh nhân này có tiền sử viêm phổi và được điều trị ổn định trước mổ). Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác trong và ngoài nước: Triệu Triều Dương [1] tỷ lệ biến chứng sau mổ 9,6%. Võ Duy Long [2] tỷ lệ biến chứng sau mổ 11,6%. Tác giả Lee [10] tỷ lệ biến chứng sau mổ 6,8%. Lin [11] tỷ lệ biến chứng sau mổ 13,6% và Chen K [7] tỷ lệ biến chứng sau mổ 11,1%.

Tỷ lệ sống còn sau mổ đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị một bệnh lý ung thư. Chúng tôi theo dõi được 49 bệnh nhân (98%) sau mổ, với thời gian theo dõi dài nhất là 52 tháng, ngắn nhất là 6 tháng. Tỷ lệ sống còn sau 1 năm là 93,87%, sau 3 năm là 76,08%. Tỷ lệ sống còn trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả trong và ngoài nước: Chen [7] tỷ lệ sống còn sau 3 năm là 91,5%, sau 5 năm là 75,9%. Lin [11] tỷ lệ sống còn sau 1 năm là 88%, sau 3 năm là 71,2%. Đỗ Văn Tráng [5] tỷ lệ sống còn sau 1 năm là 71,7%, sau 3 năm là 65,8%. Võ Duy Long [2] tỷ lệ sống còn sau 1 năm là 94,6%, sau 3 năm là 88,1%, sau 5 năm là 73,5%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 50 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn III được phẫu thuật cắt dạ dày và nạo hạch D2 qua nội soi, có kết quả: 44 trường hợp (88%) được cắt bán phần dưới và 6 trường hợp (12%) được cắt toàn bộ dạ dày. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: $58,38 \pm 1,695$. 84% có thương tổn ở 1/3 dưới. Kích thước trung bình của thương tổn là $4,32 \pm 0,286$ cm. Có 14 trường hợp (28%) thương tổn > 5 cm, trong đó 1 trường hợp thương tổn ≥ 10 cm. Thời gian mổ trung bình là $303 \pm 7,057$ phút. Lượng máu mất trung bình là $65,6 \pm 4,705$ ml. Số hạch nạo vét được trung bình là $13,22 \pm 0,631$. Số hạch di căn trung bình là 3,34 hạch. Có 34 trường hợp (68%) di căn hạch sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 8%. Tỷ lệ sống còn sau 1 năm là 93,87%, sau 3 năm là 76,08%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu Triều Dương (2008), Nghiên cứu kỹ thuật cắt dạ dày, vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện 108, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 12(4), tr.204-208.
2. Võ Duy Long (2017), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày giai đoạn I, II, III, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TPHCM.
3. Đỗ Trường Sơn (2014), Đánh giá kết quả xa sau mổ của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ

- dày tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa Bệnh viện Việt Đức, Nghiên cứu y học, 88(3), tr.82-88.
4. Trịnh Hồng Sơn (2000), Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 5. Đỗ Văn Tráng (2012), Nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 6. Chen K, Mou YP, Xu XW et al (2014), Short-term surgical and long-term survival outcomes after laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer, *BMC Gastroenterol*, 14: 41-48.
 7. D'souza MA, Singh K, Shrikhande (2009), Surgery for gastric cancer: an evidence-based perspective, *J Cancer Res Ther*, 5(4), pp.225-231.
 8. Kelly KJ, Selby L, Chou JF et al. (2015), Laparoscopic Versus Open Gastrectomy for Gastric Adenocarcinoma in the West: A Case-Control Study, *Ann Surg Oncol*, 22(11), pp.3590-6.
 9. Kitano S, Iso Y, Moriyama M et al. (1994), Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy, *Surg Laparosc Endosc*, 4(2), pp.146-148.
 10. Lee JH, Lee CM, Son SY et al. (2014), Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: Long-term oncologic results. *Surgery*, 155, pp.154-164.
 11. Lin JX, Huang CM, Zheng CH et al. (2015), Surgical Outcomes of 2041 Consecutive Laparoscopic Gastrectomy Procedures for Gastric Cancer: A Large-Scale Case Control Study, *PLoS One*, 10(2): e0114948.
 12. Peng JS, Song H, Yang ZL et al. (2010), Meta-analysis of laparoscopy-assisted distal gastrectomy and conventional open distal gastrectomy for early gastric cancer, *Chin J Cancer*, 29(4), pp.349-354.
 13. Tanimura S, Higashino M, Fukunaga et al. (2007), Laparoscopic gastrectomy with regional lymph node dissection for upper gastric cancer, *Br J Surg*, 94, pp.204-207.
 14. Umemura A, Koeda K, Sasaki A et al (2015), Totally laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer: Literature review and comparison of the procedure of esophagojejunostomy, *Asian J Surg*, 38(2), pp.102-112.
 15. Zhipeng Zhu, Lulu Li, Jiuhua Xu, Weipeng Ye, Junjie Zeng, Borong Chen and Zhengjie Huang (2020), Laparoscopic versus open approach in gastrectomy for advanced gastric cancer, *World Journal of Surgical Oncology*, 18, pp.126, 1-22.

(Ngày nhận bài: 10/7/2021 – Ngày duyệt đăng: 11/9/2021)
