

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY
GIAI ĐOẠN III KÈM NẠO VẾT HẠCH D2 BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ
BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

*Nguyễn Thanh Quân, Nguyễn Văn Lâm, Nguyễn Thị Hồng Nga
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Email: ntquan@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo vét 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:** Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư dạ dày giai đoạn III kèm nạo vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 50 bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày nội soi kèm nạo vét hạch D2 trong ung thư dạ dày giai đoạn III tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 05/2017 đến 05/2021. Nghiên cứu mô tả về tuổi, giới, BMI, đau bụng, nội soi dạ dày, vị trí khối u, kích thước u, giai đoạn bệnh, thời gian mổ, kết quả nạo hạch và kết quả sớm sau mổ. **Kết quả:** Bệnh nhân nam

gặp 36 (72%), nữ 14 (28%), tuổi trung bình $58,4 \pm 1,7$, BMI trung bình là $19,8 \pm 0,37$, triệu chứng đau bụng gặp 92%, giai đoạn IIIA 20%, IIIB 54% và IIIC 26%. Thời gian mổ trung bình $303 \pm 7,1$ phút, Nạo hạch trung bình $13,2 \pm 0,6$ hạch/ 1 bệnh nhân. Kết quả tốt 90%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo vét hạch D2 an toàn trong ung thư dạ dày giai đoạn III.

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

ABSTRACT

SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOR STAGE III GASTRIC CANCER AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Nguyen Thanh Quan, Nguyen Van Lam, Nguyen Thi Hong Nga
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Nowadays, laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy is the treatment option for gastric cancer. However, many studies have not been on laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy for the treatment of stage III gastric cancer in Vietnam. **Objectives:** To evaluate early outcomes of laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy for Stage III gastric cancer. **Materials and methods:** a prospective descriptive study on 50 patients who underwent laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy to treat the stage III gastric cancer at Can Tho Central General Hospital and Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from May 2017 to May 2021. The study variables were age, gender, BMI, abdominal pain, gastroscopy, tumor location, tumor size, disease stage, time of surgery, and early postoperative results. **Results:** 36 males (72%), 14 females (28%), the average age was 58.4 ± 1.7 , average BMI was 19.8 ± 0.37 , abdominal pain was 92%, stage IIIA 20%, IIIB 54%, and IIIC 26%. The average operating time was 303 ± 7.1 minutes, lymph nodes averaged were $13,2 \pm 0,6$ nodes per patient, the good result was 90%. **Conclusion:** Laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy is safe in treating stage III gastric cancer.

Keywords: Stage III gastric cancer, laparoscopic, gastrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là loại ung thư thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam [1],[2],[6]. Theo Globocan năm 2020, tỷ lệ ung thư dạ dày mắc mới xếp hàng thứ năm trên thế giới chiếm 5,6%, số ca tử vong năm 2020 đứng thứ tư chiếm 7,7%; trong đó tỷ lệ mắc mới ở Mỹ chiếm 2,7%, Châu Âu chiếm 12,5%, 75,3% trường hợp là ở châu Á. Tỷ lệ tử vong do ung thư dạ dày ở Mỹ chiếm 1,7%, Châu Âu chiếm 12,6% và Châu Á là 74,8%. Ở Việt Nam, tỉ lệ mắc ung thư dạ dày đứng hàng thứ tư sau ung thư gan, ung thư phổi và ung thư vú [12],[15].

Điều trị ung thư dạ dày chủ yếu bằng phẫu thuật. Năm 1879, Péan là người đầu tiên thực hiện cắt dạ dày cho bệnh nhân (BN) ung thư môn vị, đến nay phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày đã có bước phát triển vượt bậc [3], [7].

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi được áp dụng năm 1992 tại bệnh viện Chợ Rẫy, năm 1993 tại Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Bình Dân [3]. Năm 2007 Trịnh Hồng Sơn đã thực hiện phẫu thuật nội soi (PTNS) hỗ trợ cắt dạ dày đầu tiên tại bệnh viện Việt Đức [3]. Hiện nay ở Việt Nam đã có nhiều trung tâm, bệnh viện thực hiện phẫu thuật cắt dạ dày giai đoạn sớm kèm nạo vét hạch qua nội soi, hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày cũng ngày một nâng cao [4],[5],[7]. Tuy nhiên có rất ít báo cáo về phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị ung thư dạ dày giai đoạn III. Ở Thành phố Cần Thơ, một số bệnh viện đã

bắt đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày, nhưng chưa có báo cáo nào về kết quả phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch qua nội soi. Xuất phát từ những thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục đích đánh giá kết quả cắt dạ dày kèm nạo vét hạch qua nội soi trong ung thư dạ dày giai đoạn III với hai mục tiêu:

1. Mô đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư dạ dày giai đoạn III trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2017 đến năm 2021.

2. Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư dạ dày giai đoạn III kèm nạo vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2017 đến năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng:** Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn III và được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo vét hạch D2 [13], [14], 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 5/2017 đến 05/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn III (trước hoặc sau mổ), chưa có di căn xa. Được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2, đáp ứng được yêu cầu phẫu thuật cắt khối u triệt để và theo dõi sau mổ 30 ngày.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Bệnh nhân có rối loạn đông, chảy máu.
- + Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê nội khí quản, bơm hơi ổ bụng: suy hô hấp, trụy tim mạch, hôn mê, hen phế quản, lao phổi, ung thư di căn phổi.
- + Các trường hợp có vét hạch D2 nhưng không xác định được số lượng hạch hoặc không làm xét nghiệm mô bệnh học.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng.
- Cỡ mẫu: 50 bệnh nhân
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu từ tháng 05/2017 đến 05/2021 tất cả các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.

- Nội dung nghiên cứu: Mô tả các đặc điểm về tuổi, giới, BMI, đau bụng, nôn ói, sụt cân, tiêu phân đen, nội soi dạ dày, vị trí khối u, kích thước u, tai biến trong mổ, tai biến sau mổ, giai đoạn bệnh, thời gian mổ, thời gian nằm viện, kết quả nạo vét hạch, biến chứng sau mổ và kết quả sớm sau mổ (**Tốt:** Trong và sau mổ bệnh nhân không có tai biến hay biến chứng, phục hồi sau mổ tốt, ra viện ổn định; **Trung Bình:** Toàn thân phục hồi chậm, có các biến chứng được phát hiện và xử trí kịp thời; **Xấu:** Người bệnh tử vong sau mổ hoặc bệnh nặng xin về [7]).

Tiến hành: Trong phẫu thuật có 7 bước.

Bước 1: Đặt trocar và đánh giá toàn bộ thương tổn.

Bước 2: Cắt toàn bộ mạc nối lớn và nạo vét hạch nhóm 4sb và 4d.

Bước 3: Nạo vét hạch nhóm 6.

Bước 4: Nạo vét hạch nhóm 5, 12.

Bước 5: Nạo vét hạch nhóm 8, 7, 9.

Bước 6: Nạo vét hạch nhóm 11p, 1 và 3.

Bước 7: Cắt, đóng mồm tá tràng, cắt dạ dày và tái lập lưu thông tiêu hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi và giới

Nhóm tuổi	n=50	Tỷ lệ %	Nam	Nữ
30- 39	3	6%	3	0
40- 49	9	18%	3	6
50- 59	15	30%	9	6
60- 69	14	28%	13	1
70- 79	7	14%	6	1
≥ 80	2	4%	2	0
Tổng	50	100%	36 (72%)	14 (28%)

Nhận xét: Người bệnh mổ ở nhóm tuổi 50-59 cao nhất: 15 người, chiếm tỷ lệ là 30 %, Tuổi trung bình trong nghiên cứu $58,4 \pm 1,7$ tuổi.

BMI của bệnh nhân

Có 13 bệnh nhân có BMI < 18 chiếm 26%, 36 bệnh nhân có BMI từ 18-24 chiếm 72%, 1 bệnh nhân có BMI ≥25 chiếm 2%.

3.2. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	n=50	Tỷ lệ %
Đau bụng	46	92%
Đầy hơi, khó tiêu	25	50%
Nôn ói	19	38%
Sụt cân	34	68%
Chảy máu tiêu hóa	6	12%
U bụng	10	20%
Dấu hiệu hẹp môn vị	2	4%
Không triệu chứng	0	0%

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân vào viện vì triệu chứng đau bụng trên rốn (46/50 BN).

Bảng 3. Vị trí khối u qua nội soi dạ dày trước mổ

Vị trí u	n=50	Tỷ lệ %
Bờ cong nhỏ	6	12%
Thân vị, tâm vị	8	16%
Hang môn vị	36	72%
Tổng số	50	100

Nhận xét: Khối u có kích thước $5 \text{ cm} \leq u \leq 10 \text{ cm}$ (54,54%) và ở hang môn vị (51,52%).

Kích thước khối u

Kích thước trung bình của khối u là: $4,32 \pm 0,286 \text{ cm}$, kích thước nhỏ nhất: 1,5 cm, lớn nhất: 12 cm. Có 35 trường hợp (70%) thương tổn ≤ 5 cm và 28 trường hợp (14%) thương tổn > 5 cm và ≤ 10 cm. Có 1 trường hợp (2%) thương tổn >10 cm.

Bảng 4. Tỷ lệ giai đoạn ung thư theo hệ thống TNM

Giai đoạn bệnh	n=50	Tỷ lệ %
IIIA	10	20
IIIB	27	54
IIIC	13	26

Giai đoạn bệnh	n=50	Tỉ lệ %
Tổng cộng	50	100

Nhận xét: Có 13 trường hợp (26%) ung thư ở giai đoạn IIIC, 27 trường hợp (54%) ung thư giai đoạn IIIB.

3.3. Thời gian mổ trung bình PTNS điều trị UTDD giai đoạn III

Thời gian phẫu thuật trung bình $303 \pm 7,057$ phút, ngắn nhất 210 phút, dài nhất 450 phút.

3.4. Tai biến trong mổ

Có một trường hợp chảy máu trong mổ do rách động mạch vị mạc nối trái, chiếm tỉ lệ là 2% và 49 trường hợp không có tai biến, biến chứng trong mổ chiếm 98%.

3.5. Số ngày nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $8,88 \pm 0,322$ ngày (6- 19 ngày).

3.6. Biến chứng sau mổ

Bảng 5. Biến chứng gặp sau mổ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Biến chứng	n=50	Tỉ lệ %
Hẹp miệng nối- viêm phổi	1	2%
Viêm phổi	4	8%

Nhận xét: Có 1 BN có biểu hiện hẹp miệng nối sau mổ. Có 4 BN viêm phổi sau mổ.

3.7. Kết quả nạo vét hạch bằng PTNS

Số hạch lympho nạo vét được trung bình là $13,2 \pm 0,6$ hạch. Nạo được nhiều nhất là 23 hạch lympho, ít nhất là 2 hạch lympho. Số hạch lympho di căn trung bình là 3,34 hạch lympho

3.8. Xếp loại mức độ xâm lấn của u nguyên phát (pT) và hạch di căn (pN)

Bảng 6. Xếp loại mức độ xâm lấn u (pT)

Giai đoạn T	n=50	Tỉ lệ %	Giai đoạn N	n=50	Tỉ lệ %
T3	6	12%	N0	16	32
T4a	22	44%	N1	9	18
T4b	22	44%	N2	11	22
Tổng	50	100	N3a	13	26
			N3b	1	2
			Tổng cộng	50	100

Nhận xét: Giai đoạn T4a và T4b chiếm 88%

3.9. Kết quả sớm sau mổ: Tốt: 90%; Trung bình: 8%; Xấu: 2%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới, chỉ số khối cơ thể

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 50 bệnh nhân gồm 36 nam và 14 nữ (tỷ lệ nam/nữ = 2,57). Tuổi trung bình của bệnh nhân (BN) là $58,4 \pm 1,7$. Bệnh nhân dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ 6%. Theo Đỗ Văn Tráng [10], tỷ lệ nam/ nữ: 1,12, tuổi trung bình 54,9. Theo Hồ Chí Thanh [9], tỷ lệ nam/ nữ: 1,45, tuổi trung bình 57. Theo Võ Duy Long [7], tỷ lệ nam/ nữ: 1,75, tuổi trung bình 55,3. Như vậy tuổi của BN mổ trong nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt so với các nghiên cứu đã công bố.

Chỉ số khối cơ thể trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $19,8 \pm 0,37$. Bệnh nhân có BMI từ 18 – 24 chiếm tỷ lệ 72% (36 BN). Đây cũng chính là thuận lợi về mặt kỹ thuật trong phẫu thuật của chúng tôi. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 2% BN có BMI ≥ 25 (gồm 1 trường hợp thừa cân với BMI = 30). BMI trung bình bệnh nhân trong

ngiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Võ Duy Long [7]. BMI trung bình của BN trong nghiên cứu của Võ Duy Long là $23,3 \pm 2,6$; 83% BN có BMI từ 18 – 24; 11,6% BN có BMI ≥ 25 .

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trên bệnh nhân là đau bụng (92%). Có 50% các trường hợp bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đầy bụng, ăn chậm tiêu, 38% có nôn ói; 68% bệnh nhân có sụt cân; 12% bệnh nhân có chảy máu tiêu hóa và 20% bệnh nhân có khối u trên thành bụng khi nhập viện. Do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn III nên tất cả các trường hợp trong mẫu nghiên cứu đều có triệu chứng lâm sàng rất điển hình của ung thư dạ dày. Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác trong nước. Nghiên cứu của Võ Duy Long cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có đau bụng chiếm 87,5%, đầy bụng ăn chậm tiêu, nôn nói và sụt cân chiếm tỷ lệ 55,5% [7]. Trịnh Hồng Sơn [8] nghiên cứu trên 306 trường hợp ung thư dạ dày, triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ 97,4%, đầy bụng, chán ăn, sụt cân chiếm tỷ lệ 92,2%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí u thường gặp nhất trên bệnh nhân là ở vùng hang môn vị chiếm tỷ lệ 72%, ở bờ cong nhỏ là 12%, thân vị, tâm vị là 16%. Không có bệnh nhân nào có u vùng tâm phình vị và bờ cong lớn. Theo Võ Duy Long, phần lớn (66,1%) bệnh nhân có thương tổn ở 1/3 dưới dạ dày [7]. Theo Hồ Chí Thanh, bệnh nhân có vị trí u ở bờ cong nhỏ chiếm 42,9%; bờ cong lớn chiếm 21,4%; mặt trước 10,2%; mặt sau 12,2%; toàn bộ hang vị 13,3% [9]. Qua các kết quả trên chúng tôi nhận thấy, vị trí khối u thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong nước.

Kích thước trung bình của khối u trên các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,320 \pm 0,286$ cm. Khối u có kích thước từ 1cm đến dưới 5 cm chiếm tỉ lệ cao nhất với 70% (35 BN), các u kích thước 5 cm đến 10 cm chiếm tỉ lệ là 28%. Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác trong nước. Nghiên cứu của Võ Duy Long [7] cho thấy kích thước trung bình của thương tổn là $4,7 \pm 3,0$ cm, kích thước nhỏ nhất là 1 cm và lớn nhất là 15 cm. Có 87 trường hợp (77,7%) thương tổn ≤ 5 cm và 25 trường hợp (22,3%) thương tổn > 5 cm. Có 13 trường hợp (11,6%) thương tổn ≥ 10 cm.

4.3. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số Hematocrit trung bình của bệnh nhân là $36,1 \pm 0,99$, số lượng hồng cầu trung bình là $4,38 \pm 0,13$, huyết sắc tố là $110,35 \pm 0,37$. Trong đó có bảy bệnh nhân (14%) có Hematocrit dưới 30%. Có 31 BN (62%) trong nghiên cứu được chẩn đoán thiếu máu qua xét nghiệm Hemoglobin và 14 BN (28%) qua xét nghiệm hồng cầu. Nghiên cứu của Hồ Chí Thanh [9] cho thấy có 48,97% (48 BN) bệnh nhân có tình trạng thiếu máu được chỉ định PTNS cắt dạ dày vét hạch D2. Theo nghiên cứu của Võ Duy Long [7], số lượng hồng cầu trung bình của bệnh nhân là $4,6 \pm 0,61$, huyết sắc tố là $130,2 \pm 21,47$, có 33 BN (44,6%) có tình trạng thiếu máu. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán mô bệnh học (MBH) trước mổ là ung thư biểu mô (UTBM) dạ dày (100%). Các nghiên cứu của các tác giả trong nước và nước ngoài như Hồ Chí Thanh [9], Đỗ Văn Tráng [10], Võ Duy Long [7], Fuse [11],... đều nội soi dạ dày cho BN ung thư dạ dày, sinh thiết làm MBH trước mổ. Nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính chiếm tỷ lệ 96% (48/50), trong đó 45 BN (93,75%) xác định được khối u dạ dày, 11 BN xác định

được có hạch trong ổ bụng (22,9%). Nghiên cứu của Hồ Chí Thanh chụp cắt lớp xác định được khối u dạ dày là 89,1%, xác định được tình trạng hạch trong ổ bụng là 41,3% [9].

4.4. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tai biến trong mổ chiếm tỷ lệ thấp. Chỉ có duy nhất 01 trường hợp (2%) bị rách động mạch vị mạc nối trái trong mổ và đã được xử trí cầm máu tốt. Tỷ lệ tai biến của chúng tôi nằm trong khoảng tỷ lệ chung thường gặp của đa số các tác giả đã công bố (6% - 16,5%) [10]. Nghiên cứu của Đỗ Văn Tráng và Võ Duy Long thì tỉ lệ tai biến lần lượt là 8,6% và 1,8%.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 10%, gồm bán hẹp miệng nối 1 trường hợp và viêm phổi sau mổ 04 trường hợp, trong đó có 1 BN viêm phổi nặng và tử vong ngày thứ 19. Theo nghiên cứu của Hồ Chí Thanh [9] thì tỷ lệ các biến chứng sau mổ gồm: suy hô hấp 1,02%, viêm phế quản 1,02%, áp xe tồn lưu 1,02% và nhiễm trùng vết mổ 1,02%. Tử vong sau mổ 1,02%, do suy hô hấp ngày thứ 6. Theo Võ Duy Long [7], tỉ lệ thành công của PTNS điều trị ung thư dạ dày là 94,6% (106/112). Như vậy, tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả trong nước.

Thời gian mổ trung bình của chúng tôi $303 \pm 7,057$ phút (ngắn nhất 210 phút, dài nhất 450 phút). Tác giả Hồ Chí Thanh [9], trung bình là $186,1 \pm 48,49$ phút, (110- 320 phút). Nghiên cứu của Võ Duy Long [7], thời gian mổ trung bình là 191 phút. Thời gian mổ của chúng tôi dài hơn các tác giả khác do chúng tôi thực hiện trên bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn III.

Thời gian nằm viện sau mổ của chúng tôi trung bình là $8,88 \pm 0,322$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Võ Duy Long [7] là 7,7 ngày, của tác giả Hồ Chí Thanh [9] là 7,1 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả đã công bố.

Số hạch nạo vét trung bình trên một bệnh nhân của chúng tôi là $13,22 \pm 0,63$ hạch, còn theo Hồ Chí Thanh [9] là 21,9 hạch, theo Võ Duy Long [7] là 25,1 hạch. Số hạch chúng tôi nạo ít hơn của các tác giả khác có thể do chúng tôi chưa có kinh nghiệm trong phẫu tích hạch trong mổ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 50 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn III được cắt dạ dày kèm nạo vét hạch D2 qua nội soi, chúng tôi có một số kết luận sau: Tỷ lệ bệnh nhân nam 72%, nữ 28%. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu $58,38 \pm 1,695$ tuổi. BMI trung bình là $19,82 \pm 0,3669$. Vị trí khối u ở hang môn vị chiếm 72%. Kích thước khối u trung bình $4,32 \pm 0,286$ cm. Tai biến trong mổ là 2%. Biến chứng sau mổ là 10%. Thời gian mổ trung bình là $303 \pm 7,057$ phút. Số hạch trung bình mỗi bệnh nhân nạo vét được $13,22 \pm 0,63$ hạch. Thời gian nằm viện trung bình là $8,88 \pm 0,322$ ngày. Kết quả: Tốt (90%). Phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch D2 qua nội soi an toàn ở bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn III.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc (2013), *Ung thư dạ dày, Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa*, NXB Y học TP.Hồ Chí Minh, tr. 391-404.
2. Nguyễn Quang Bộ, Lê Mạnh Hà (2013), Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh trong phẫu thuật ung thư dạ dày có vét hạch D2, *Tạp chí Y Học thực hành* số 11, tr. 114-120.
3. Trần Bình Giang, Tôn Thất Bách (2003), *Lịch sử của nội soi và phẫu thuật nội soi, Phẫu thuật nội soi ổ bụng*, NXB Y học, Hà Nội, tr.13-47.

5. Nguyễn Minh Hải (2003). Đánh giá ban đầu về phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch qua nội soi hỗ trợ. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số đặc biệt chuyên đề phẫu thuật nội soi. tr 109-113.
6. Vũ Hải, Đoàn Hữu Nghị (2002), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng – đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật qua 150 trường hợp ung thư dạ dày tại bệnh viện K từ tháng 7/1999 đến 10/2000, *Thông tin Y Dược*, 4, tr.32-35.
7. Trần Văn Hợp, (1998), *Bệnh dạ dày, Giải phẫu bệnh học*, Nxb Y học, Hà Nội, tr.334-345.
8. 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.
9. Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân (1999). Bước đầu đánh giá kết quả nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày, *Thông tin y dược*, 11, tr. 62- 65.
10. Hồ Chí Thanh (2016), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại bệnh viện Quân Y 103*, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
11. Đỗ Văn Tráng, Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân (2009), Kỹ thuật nạo vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị. *Y học thực hành số 2*: 644-645.).
12. Fuse N, Bando H, Chin K, et al. (2016). Adjuvant capecitabine plus oxaliplatin after D2 gastrectomy in Japanese patients with gastric cancer: a phase II study. *Gastric Cancer*. DOI: 10.1007/s10120-016-0606-4.
13. Japanese Gastric Cancer Association (2011), Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. *Gastric Cancer 14*: 101–112.
14. Japanese Gastric Cancer Association (2016), Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer 14*: 113–123.
15. Japanese Gastric Cancer Association (2020), Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (ver. 5). *Gastric Cancer 24*: 1–21.
16. Sung H et al. (2021), Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, *CA Cancer J Clin*.

(Ngày nhận bài: 5/12/2022 – Ngày duyệt đăng: 07/03/2022)
