

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Nguyễn Xuân Hòa¹, Phạm Đức Huấn²

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Xuân Hòa,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0988 110 844
Email: drhoanguyenxuan@gmail.
com

Ngày nhận bài: 28/11/2025

Ngày chấp nhận đăng:

16/3/2026

Ngày xuất bản: 30/3/2026

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị ung thư dạ dày đã được chứng minh có nhiều ưu điểm hơn so với phẫu thuật mở. Tuy nhiên việc đánh giá kết quả sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày đặc biệt giai đoạn bệnh tiến triển vẫn cần nghiên cứu thêm. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu 100 người bệnh UTDD được PTNS cắt dạ dày từ tháng 1/2015 đến tháng 1/2020 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Đánh giá kết quả sớm và kết quả xa sau phẫu thuật cắt dạ dày nội soi.

Kết quả: Có 93 người bệnh được cắt bán phần dạ dày và 07 người bệnh cắt toàn bộ dạ dày. Thời gian mổ trung bình là $209,46 \pm 65,14$ phút, lượng máu mất trung bình là $175,88 \pm 56,04$ ml. Số hạch nạo vét được trung bình là $16,24 \pm 5,58$ hạch. 45 người bệnh có di căn hạch. Thời gian sống sau mổ 1 năm là 84% và sau 5 năm là 71%. 1 trường hợp tai biến vết thương bên tĩnh mạch cửa trong mổ do quá trình nạo vét hạch, phẫu thuật viên đã tiến hành chuyển mổ mở, diễn biến người bệnh sau mổ có suy gan cấp và tử vong sau mổ. 3 trường hợp viêm phổi và 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ điều trị nội khoa, 2 trường hợp hẹp miệng nối điều trị nong miệng nối.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày là an toàn và đáp ứng yêu cầu mặt ung thư học.

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

Evaluating the results of laparoscopic surgery for gastric cancer at Viet Duc University Hospital

Nguyen Xuan Hoa¹, Pham Duc Huan²

1. Viet Duc University Hospital, 2. Vinmec Times City International Hospital

Abstract

Introduction: Laparoscopic gastrectomy has been widely adopted for treatment of gastric cancer and demonstrated several advantages compared with conventional surgery. However, further research is needed to evaluate the outcomes of laparoscopic surgery for gastric cancer, especially in advanced stages. This study aims to assess the safety and effectiveness of laparoscopic surgery in the treatment of gastric cancer.

Patients and Methods: We conducted a retrospective study on 100 patients with gastric cancers who underwent laparoscopic gastrectomy at Viet Duc University Hospital between January 2015 and January 2020. Short-term surgical outcomes and long-term survival were recorded and analyzed.

Results: Subtotal gastrectomy was performed in 93 patients and total gastrectomy in 7 patients. The mean operative time was 209.46 ± 65.14 minutes, and the mean intraoperative blood loss was 175.88 ± 56.04 ml. The mean number of retrieved lymph nodes was 16.24 ± 5.58 . 45 patients had lymph node metastases. The 1-year survival rate was 84% and the 5-year survival rate was 71%. One case involved a portal vein wound during surgery due to lymph node dissection, was converted to open surgery. The patient subsequently developed acute liver failure and died after surgery. Postoperative complications included pneumonia (3%), surgical site infection (1%), and 2 cases of anastomotic stenosis (2%) were treated with anastomotic dilation.

Conclusions: Laparoscopic gastrectomy for gastric cancer is safe and oncologically feasible, with acceptable postoperative morbidity and favorable long-term survival outcomes.

Keywords: Gastric cancer; laparoscopic surgery; gastrectomy.

Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày (UTDD) là một bệnh lý ác tính, thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đứng đầu trong các ung thư ống tiêu hóa [1]. Theo báo cáo của Cơ quan Nghiên cứu ung thư Quốc tế (Globocan

2018) UTDD vẫn là 1 ung thư nguy hiểm và là nguyên nhân gây ra hơn 1.000.000 ca mới trong năm 2018 và ước tính 783.000 ca tử vong, khiến nó trở thành bệnh được chẩn đoán thường xuyên thứ năm trong số các loại ung thư và nguyên nhân

thứ ba gây tử vong do ung thư [2]. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị UTDD nhưng tiên lượng bệnh vẫn còn xấu. Các nghiên cứu về đặc điểm di căn hạch của UTDD, giới hạn đường cắt dạ dày, kỹ thuật nạo vét hạch, điều trị hóa chất xạ trị trước và sau mổ đã góp phần nâng cao chất lượng sống và kéo dài thêm thời gian sống cho người bệnh. Mổ 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. Sau đó, nhiều tác giả khác thực hiện và báo cáo về phương pháp này trong điều trị ung thư dạ dày. Các tác giả đều cho rằng, PTNS cắt dạ dày do ung thư đảm bảo yêu cầu điều trị ung thư có những ưu điểm giảm đau sau mổ, ít nhiễm khuẩn, nhanh chóng hồi phục [3]. Tại Việt Nam, rất nhiều bệnh viện đã áp dụng thành công PTNS cắt dạ dày ung thư. Tuy nhiên, ở hầu hết các quốc gia, hơn 80% người bệnh UTDD khi được xác định chẩn đoán đã ở giai đoạn muộn. Cũng còn thiếu các dữ liệu về kết quả xa sau mổ ở những người bệnh này, vì thế PTNS cắt dạ dày ung thư đặc biệt đối với các UTDD thể tiến triển vẫn còn là vấn đề phải tiếp tục nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu bao gồm 100 người bệnh được chẩn đoán ung thư dạ dày và được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2015 đến tháng 01/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:

Người bệnh được chẩn đoán ung thư dạ dày và có kết quả giải phẫu bệnh xác định là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma).

Người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày (bao gồm các trường hợp phẫu thuật nội soi hoàn toàn và các trường hợp chuyển mổ mở).

Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh có ung thư khác kèm theo như ung thư thực quản, ung thư tụy hoặc các bệnh lý ác tính khác.

Bệnh án không đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

Phương pháp phẫu thuật và đánh giá giai đoạn:

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày được chỉ định cho các người bệnh ung thư dạ dày không có chống chỉ định phẫu thuật triệt căn và không có bằng chứng di căn xa trên các phương tiện chẩn đoán trước mổ. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu được thực hiện nạo vét hạch theo nguyên tắc D2 dựa trên hướng dẫn của Japanese Gastric Cancer Association. Phân loại giai đoạn bệnh được thực hiện theo hệ thống TNM của American Joint Committee on Cancer và Union for International Cancer Control (AJCC/UICC 2018).

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Các chỉ tiêu được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới), đặc điểm giải phẫu bệnh, đặc điểm phẫu thuật (phương pháp cắt dạ dày, phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, số lượng hạch nạo vét), các biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ và thời gian sống thêm sau phẫu thuật.

Theo dõi và phân tích sống thêm:

Người bệnh được theo dõi định kỳ sau phẫu thuật thông qua tái khám hoặc liên hệ trực tiếp. Thời gian theo dõi được tính từ thời điểm phẫu thuật đến thời điểm tử vong hoặc lần theo dõi cuối cùng. Phân tích thời gian sống thêm được thực hiện bằng phương pháp Kaplan–Meier.

Xử lý số liệu:

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu

Nghiên cứu trên 100 người bệnh được phẫu thuật

nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Nam giới chiếm 61%, nữ giới chiếm 39%. Tuổi

trung bình là $59,47 \pm 11,06$ tuổi (31 - 87). U ở vị trí hang môn vị chiếm tỷ lệ cao nhất 52 %, còn ở bờ cong nhỏ 28%, bờ cong lớn 3%, thân vị chiếm 17%.

Bảng 1: Các đặc điểm giải phẫu bệnh và phân loại giai đoạn ung thư dạ dày

Đặc điểm		Số người bệnh (n = 100) ~ %
Giải phẫu bệnh vi thể	UTBM* tuyến ống	67
	UTBM tuyến nhầy	9
	UTBM tế bào nhẵn	24
Mức độ biệt hóa	Cao	5
	Vừa	20
	Thấp	75
Mức độ xâm lấn	Tis	1
	T1	36
	T2	13
	T3	21
	T4	29
Mức độ di căn hạch	N0	55
	N1	16
	N2	11
	N3	18
Giai đoạn T.N.M của AJCC/UICC/JGCA 2018	0	1
	IA	30
	IB	14
	IIA	11
	IIB	15
	IIIA	13
	IIIB	11
	IIIC	5

(* UTBM - ung thư biểu mô)

U có kích thước 3 đến 5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (39,0%). Kích thước u trung bình là $3,2 \pm 1,3$ cm. người bệnh là UTBM tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất 67%, không có trường hợp UTBM tuyến nhú. người bệnh có UTBM mức độ biệt hóa thấp chiếm 75%. Mức độ

xâm lấn T1 chiếm tỷ lệ lớn nhất là 36%. Mức độ di căn hạch nhiều nhất là N0 chiếm tỷ lệ 55%. Mức độ xâm lấn ở T1 chiếm 36%, mức độ di căn hạch ở N0 chiếm 55%, giai đoạn bệnh phần lớn thuộc 2 giai đoạn I và II, trong đó IA chiếm tỷ lệ lớn nhất (30,0%).

Kết quả phẫu thuật

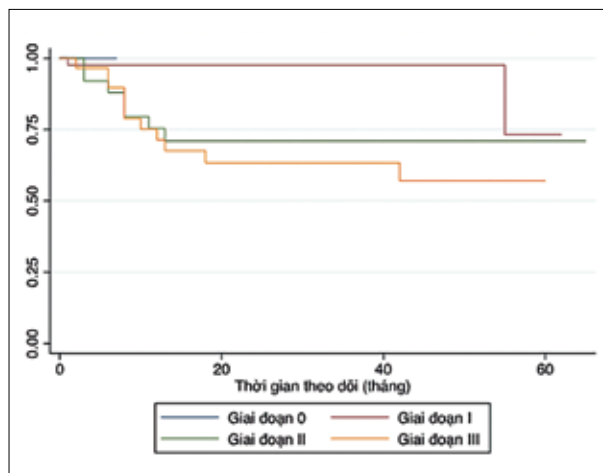
Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		Số người bệnh (n = 100) ~ %
Phương pháp phẫu thuật	Cắt bán phần	93
	Cắt toàn bộ	7
Phương pháp phục hồi tiêu hóa	Pean	1
	Finsterer	87
	Roux- en- Y	12
Kết quả phẫu thuật		Giá trị trung bình (Min-Max)
Kết quả trong mổ	Thời gian phẫu thuật	209,46 ± 65,14 (120 – 330 phút)
	Số lượng máu mất	175,88 ± 56,04 (100 – 500ml)
	Số hạch nạo vét được	16,24 ± 5,58 (5 – 26 hạch)
	Tai biến trong mổ	1
Kết quả sớm sau mổ	Dùng giảm đau sau mổ (ngày)	2,85 ± 0,12 (1 – 5 ngày)
	Trung tiện sau mổ (ngày)	2,94 ± 1,25 (1 – 6 ngày)
	Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	6,28 ± 2,35 (1 – 20 ngày)
	Nằm viện sau mổ (ngày)	16,8 ± 8,15 (4 – 57 ngày)
Biến chứng sau phẫu thuật		Số người bệnh (%)
Biến chứng sớm	Hẹp miệng nối	2 (2%)
	Nhiễm trùng vết mổ	1 (1%)
	Viêm phổi	3 (3%)
Biến chứng muộn	Viêm miệng nối	12 (12,37%)
	Hội chứng Dumping	20 (20,61%)

Chúng tôi gặp 1 trường hợp tai biến vết thương bên tĩnh mạch cửa trong mổ do quá trình nạo vét hạch, phẫu thuật viên đã tiến hành chuyển mổ mở, diễn biến người bệnh sau mổ có suy gan cấp và tử vong sau mổ. Trong nghiên cứu gặp 6 trường hợp biến chứng sau mổ (6%). Có 2 trường hợp gặp hẹp miệng nối. 2 người bệnh đều được nong miệng nối

và điều trị nội khoa sau nong. Tình trạng người bệnh ổn định và ra viện sau 20 ngày. Không gặp các biến chứng bực miệng nối, chảy máu sau mổ, rò mổ tá tràng, viêm tụy cấp. Trong số 97 người bệnh liên hệ có tin sau mổ, hội chứng Dumping chiếm tỷ lệ cao nhất 20,61%. Không gặp biến chứng xa tắc ruột sau mổ.

Thời gian sống thêm sau phẫu thuật



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm trung bình theo giai đoạn bệnh

Thời gian sống thêm trung bình của nhóm nghiên cứu là $30,12 \pm 18,7$ tháng. Tỷ lệ sống sau mỗi 12 tháng; 36 tháng; 60 tháng là 84,0%; 80,4; 71,0%. Nhóm < 60 tuổi có thời gian sống thêm trung bình là $33,5 \pm 18,7$ tháng, nhóm ≥ 60 tuổi có thời gian sống thêm trung bình là $26,7 \pm 18,3$ tháng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Giới nam có thời gian sống thêm trung bình là $30,0 \pm 17,9$ tháng, giới nữ có thời gian sống thêm trung bình là $30,2 \pm 20,2$ tháng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Thời gian sống thêm trung bình của độ xâm lấn T4 thấp nhất là $22,3 \pm 18,6$ tháng. Sự khác biệt giữa các mức độ xâm lấn T1, T3, T4 có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001$. Tỷ lệ sống sau 5 năm của T1, T3, T4 lần lượt là 79,1%; 68,57%; 43,82%. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm đi căn hạch vùng là $19,0 \pm 15,3$ tháng, sự khác biệt giữa các giai đoạn di căn có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Kết thúc thời gian theo dõi, giai đoạn 0 còn sống 100%, giai đoạn III còn sống 18 người bệnh, giai đoạn II có thời gian sống thêm trung bình thấp nhất $11,25 \pm 11,3$ tháng. Sự khác biệt giữa các giai đoạn bệnh I, II, III có ý nghĩa thống kê $p = 0,0001$. Tỷ lệ sống sau 5 năm của giai đoạn I; II; III là 73,2%; 70,9%; 57,0%.

Bàn luận

Nghiên cứu bao gồm 61% người bệnh nam, nữ chiếm tỷ lệ 39%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: $59,47 \pm 11,06$ tuổi (dao động: 31-87); Kim E.H [4] tuổi trung bình $64,7 \pm 9,8$ (dao động 27-81). Tuổi trung bình mắc UTDD theo các nghiên cứu nước ngoài cao hơn so với các kết quả trong nước, điều này do nước ta nằm trong vùng dịch tễ có nguy cơ cao hơn nên tuổi trung bình thấp hơn, mặt khác điều này có thể giải thích là do yếu tố địa dư, điều kiện kinh tế - xã hội và do tập tục thói quen của chúng ta ăn nhiều dưa cà muối chứa nitrate, nitrite là những hóa chất gây UTDD. Tỷ lệ mắc UTDD giữa nam/nữ là 1,56. Tương tự như kết quả của tác giả: Trịnh Hồng Sơn (2001) là 1,75 [5]. Tỷ lệ nam giới mắc bệnh UTDD nhiều hơn nữ giới, có thể do nam giới hút thuốc lá và uống rượu nhiều hơn, giới tính cũng là một yếu tố tiên lượng bệnh, ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Chúng tôi sử dụng 5 trocar chiếm 70%, 4 trocar chiếm 30%. Chúng tôi thấy rằng, nếu sử dụng 4 trocar thì vết hạch D2 mở rộng rất khó khăn, còn sử dụng 5 trocar vết hạch có thuận lợi hơn. Cắt bán phần dạ dày chiếm tỷ lệ 93% người bệnh; cắt toàn bộ dạ dày chiếm 7% người bệnh. Tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ của các tác giả, cắt bán phần là chủ yếu, cắt toàn bộ dạ dày chiếm tỷ lệ thấp: Phạm Đức Huân. [6] Phần lớn các người bệnh được phục hồi bằng phương pháp Finsterer chiếm tỷ lệ là 87%, Roux-en-Y là 13%. Kết quả này phù hợp với các kết quả của các nghiên cứu trong nước về phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa chủ yếu là Finsterer.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $209,46 \pm 65,14$ phút, trung bình là $204,48 \pm 67,38$ phút với phương pháp cắt dạ dày bán phần, $290,0 \pm 28,85$ phút với phương pháp cắt dạ dày toàn bộ, ngắn hơn các tác giả Đỗ Văn Tráng là $211,1 \pm 47,22$ phút [7]. Số lượng máu mất trong mổ trong nghiên cứu này trung bình là $175,88 \pm 56,04$ ml, cao hơn so với nghiên cứu của Inokuchi và cộng sự (2018) là 115ml [3]. Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi có 1 trường hợp vết thương bên tĩnh mạch cửa (1%) do quá trình nạo vét hạch vị trí tương ứng, phải chuyển

mổ mở và phải truyền máu. Trong nghiên cứu không gặp trường hợp nào nào vỡ lách, thủng đại tràng, thủng ống mật chủ, rách mạc treo đại tràng ngang. Số hạch nạo vét được trung bình là $16,24 \pm 5,58$ hạch, ít hơn so với Gong CS và cộng sự [8] cho kết quả nạo vét hạch trung bình là $40,04 \pm 15,59$ hạch, số hạch di căn trung bình là $3,2 \pm 0,2$ hạch nhiều hơn tá giả Đỗ Văn Tráng là $15,3 \pm 7,34$ [7]. Thời gian dùng giảm đau trung bình là $2,85 \pm 0,12$ ngày, thời gian trung tiện được sau mổ trung bình $2,94 \pm 1,25$ ngày, thời gian rút dẫn lưu trung bình là $6,28 \pm 2,35$ ngày, Gong CS[8] Các tác giả đều khẳng định PTNS đỡ đau, hồi phục nhanh, người bệnh có thể xuất viện sớm hơn là ưu điểm của PTNS trong điều trị UTDD.

Trong nhóm nghiên cứu có 6 trường hợp gặp các biến chứng sớm sau mổ: Hẹp miệng nối (2%), nhiễm trùng vết mổ (1%), viêm phổi (3%), các trường hợp trên đều điều trị nội khoa ổn định. Không gặp các biến chứng sớm: bục miệng nối, rò mổ tá tràng, viêm tụy cấp, chảy máu sau mổ. Hồ Chí Thanh gặp biến chứng sau mổ là 4 người bệnh chiếm tỷ lệ 4,08% [9] gồm 1 người bệnh nhiễm trùng vết mổ, 1 người bệnh viêm phế quản. Nguyễn Quang Bộ gặp 1 người bệnh nhiễm trùng vết mổ, 3 người bệnh chảy máu vết mổ [10].

Thời gian theo dõi trung bình là $30,12 \pm 18,7$ tháng, thời gian sống thêm sau mổ 1 năm, 3 năm, 5 năm trong nghiên cứu lần lượt là 84,0%; 80,4%; 71,0%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ảnh hưởng của mức độ xâm lấn T, tình trạng di căn hạch N hay giai đoạn bệnh đến thời gian sống sót của người bệnh là khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Điều này cho thấy cần thiết phải chẩn đoán và điều trị UTDD sớm, đặc biệt ở giai đoạn N0, nếu không khả năng sống lâu dài giảm xuống một cách đáng kể. Đánh giá chất lượng sống sau mổ, chúng tôi đánh giá tại 2 thời điểm: 6 tháng và 12 tháng sau mổ. Chất lượng sống sau mổ 6 tháng: Có 1% người bệnh tổng điểm < 5 điểm do thể trạng suy kiệt, không ăn uống được, 82% người bệnh đạt tổng 9-10 điểm. Đánh giá 12 tháng sau mổ, có 1 người bệnh ($1,17\%$) < 5 điểm, người bệnh này ở giai đoạn

T4N3 (di căn hạch mở rộng), có 95,31% người bệnh đạt 9-10 điểm, tăng hơn so với kết quả 6 tháng. Đa số người bệnh hài lòng về kết quả phẫu thuật.

Biến chứng xa sau mổ: Hội chứng Dumping chiếm tỷ lệ cao nhất 20,61%, tiếp theo là viêm miệng nối chiếm tỷ lệ 12,37%. Biến chứng hẹp miệng nối chiếm tỷ lệ 1,03%, không gặp tắc ruột sau mổ. Tỷ lệ hội chứng Dumping cao hơn các tác giả Souya (2017)[11] là 11,9%; thấp hơn so với kết quả của Đặng Vĩnh Dũng (2011) [12] là 25,68 %. Dấu hiệu hội chứng Dumping sẽ được cải thiện dần theo thời gian và bắt đầu cải thiện từ tháng thứ 6 trở đi.

Trong những năm gần đây, nhiều thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng quy mô lớn đã được công bố nhằm đánh giá vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày. Nghiên cứu CLASS-01 Trial [13] tại Trung Quốc cho thấy phẫu thuật nội soi cắt dạ dày kèm nạo vét hạch D2 đối với ung thư dạ dày tiến triển tại chỗ có kết quả sống thêm 3 năm không kém hơn so với phẫu thuật mở. Tương tự, nghiên cứu KLASS-02 Trial [14] tại Hàn Quốc cũng chứng minh rằng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày với nạo vét hạch D2 có hiệu quả ung thư học tương đương với phẫu thuật mở ở người bệnh ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển.

Ngoài ra, các nghiên cứu về ung thư dạ dày giai đoạn sớm như KLASS-01 Trial [15] và JCOG0912 Trial [16] cũng đã chứng minh phẫu thuật nội soi cắt dạ dày có kết quả sống thêm lâu dài tương đương với phẫu thuật mở, đồng thời mang lại nhiều lợi ích như giảm đau sau mổ, ít mất máu và hồi phục nhanh hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với xu hướng chung của các nghiên cứu quốc tế. Mặc dù số lượng hạch nạo vét trung bình trong nghiên cứu là $16,24 \pm 5,58$ hạch, đạt ngưỡng tối thiểu theo khuyến cáo quốc tế để đánh giá giai đoạn ung thư dạ dày, song vẫn thấp hơn một số nghiên cứu quốc tế có số lượng hạch nạo vét cao hơn. Điều này có thể liên quan đến sự khác biệt về đặc điểm người bệnh, giai đoạn bệnh, cũng như kinh nghiệm phẫu thuật và quy trình xử lý bệnh phẩm tại từng trung tâm.

Mặc dù nhiều nghiên cứu RCT đã khẳng định tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày, dữ liệu từ các quốc gia đang phát triển, đặc biệt tại Việt Nam, vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này cung cấp thêm dữ liệu lâm sàng từ một trung tâm ngoại khoa lớn tại Việt Nam, góp phần đánh giá khả năng áp dụng rộng rãi phẫu thuật nội soi cắt dạ dày trong thực hành lâm sàng.

Kết luận

PTNS điều trị UTDD là an toàn và đáp ứng yêu cầu mặt ung thư học. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm nghiên cứu là 30,12 tháng. Thời gian sống thêm phụ thuộc vào mức độ xâm lấn u, mức độ di căn hạch, giai đoạn bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Karpeh M.S., Kelsen D.P., and Tepper J.E. (2005). Cancer of the Stomach Cancer: Principles and Practice of Oncology, Published by Lippincott Williams & Wilkins. Copyright–2005.
2. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6), 394–424.
3. Inokuchi M., Nakagawa M., Tanioka T., et al. (2018). Long- and short-term outcomes of laparoscopic gastrectomy versus open gastrectomy in patients with clinically and pathological locally advanced gastric cancer: a propensity-score matching analysis. Surg Endosc, 32(2), 735–742.
4. E. H. Kim, H. Lee, H. Chung, et al (2014), Impact of metabolic syndrome on oncologic outcome after radical gastrectomy for gastric cancer, Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology, 38 (3), 372–378.
5. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Phạm Thế Anh (2007). Kết quả bước đầu cắt dạ dày với nội soi hỗ trợ trong điều trị tổn thương loét và ung thư dạ dày. Y Học Thực Hành, 8, 14–17.
6. Phạm Đức Huân Ung thư dạ dày. Bệnh học ngoại khoa. 2020, 103–117.
7. 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 Học Trường Đại Học Hà Nội.
8. Gong C.S., Kim B.S., and Kim H.S. (2017). Comparison of totally laparoscopic total gastrectomy using an endoscopic linear stapler with laparoscopic-assisted total gastrectomy using a circular stapler in patients with gastric cancer: A single-center experience. World J Gastroenterol, 23(48), 8553–8561.
9. 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.
10. Nguyễn Quang Bộ (2017), Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn có kết hợp hóa chất, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Dược Huế.
11. Souya Nunobe, Abuchi Okaro, Mitsuru Sasako, et al (2007), Billroth 1 versus Roux-en-Y reconstructions: a quality-of-life survey at 5 years, Int J Clin Oncol, 12 (6), 433–439.
12. Đặng Vĩnh Dũng (2011), Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp phục hồi lưu thông dạ dày - ruột theo Roux en Y và Billroth II trong phẫu thuật cắt đoạn dạ dày ung thư phần ba dưới, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
13. Yu J., Huang C., Sun Y., et al. Effect of laparoscopic vs open distal gastrectomy on 3-year disease-free survival in patients with locally advanced gastric cancer: The CLASS-01 randomized clinical trial. JAMA. 2019;321(20):1983–1992.
14. Hyung W.J., Yang H.K., Park Y.K., et al. Long-term outcomes of laparoscopic distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer: The KCLASS-02 randomized clinical trial. Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2020;5(3):213–224.
15. Kim W., Kim H.H., Han S.U., et al. Decreased morbidity of laparoscopic distal gastrectomy compared with open distal gastrectomy for stage I gastric cancer: The KCLASS-01 randomized clinical trial. Annals of Surgery. 2016;263(1):28–35.
16. Katai H., Mizusawa J., Katayama H., et al. Short-term surgical outcomes from a randomized controlled trial to evaluate laparoscopic versus open distal gastrectomy for clinical stage IA/IB gastric cancer (JCOG0912). Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2020;5(2):142–151.