

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN XA DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TIẾN TRIỂN

Lê Đức Anh^{1,2,3}, Phạm Minh Đức^{1,2}

¹Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Thành phố Huế

²Khoa Ngoại Nhi và Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế, Thành phố Huế

³Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2, Thành phố Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày đã trở thành tiêu chuẩn trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Việc mở rộng chỉ định cho ung thư dạ dày tiến triển vẫn còn tranh luận do yêu cầu kỹ thuật cao và lo ngại về tính triệt căn.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu gồm 110 bệnh nhân ung thư dạ dày tiến triển được phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, từ tháng 05/2022 đến tháng 05/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình $64,9 \pm 11,6$ và chỉ số BMI là $20,7 \pm 2,9$ kg/m². Thời gian phẫu thuật là $210,1 \pm 43,5$ phút, thời gian nằm viện $8,9 \pm 3,0$ ngày. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 13,6%. Chủ yếu biến chứng độ I và II theo Clavien - Dindo với cùng tỷ lệ 6,4%, độ III là 0,9%. Số lượng hạch nạo vét được $17,2 \pm 4,2$, và 76,4% trường hợp ≥ 16 hạch. Số lượng hạch dương tính là $2,4 \pm 3,5$.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày điều trị ung thư dạ dày tiến triển là phương pháp an toàn, khả thi và hiệu quả khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, cắt phần xa dạ dày, ung thư dạ dày tiến triển.

ABSTRACT

OPERATIVE OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY FOR ADVANCED GASTRIC CANCER

Le Duc Anh^{1,2,3}, Phạm Minh Đức^{1,2}

Background: Laparoscopic gastrectomy is standard for early gastric cancer, but its role in advanced gastric cancer remains controversial due to technical challenges and oncologic concerns.

Methods: A prospective study was conducted on 110 patients with advanced gastric cancer who underwent laparoscopic distal gastrectomy at Hue Central Hospital and Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital between May 2022 and May 2025.

Results: The mean age was 64.9 ± 11.6 years, and the mean BMI was 20.7 ± 2.9 kg/m². The mean operative time was 210 ± 43.5 minutes, and the mean hospital stay was 8.9 ± 3.0 days. The postoperative complication rate was 13.6%, primarily Clavien - Dindo grade I and II complications, each accounting for 6.4%, and grade III occurred in 0.9%. The mean number of retrieved lymph nodes was 17.2 ± 4.2 , with 76.4% of patients having ≥ 16 nodes. The mean number of positive lymph nodes was 2.4 ± 3.5 .

Conclusion: Laparoscopic distal gastrectomy for advanced gastric cancer were safety and feasibility when performed by experienced surgeons.

Keywords: Laparoscopy, distal gastrectomy, advanced gastric cancer.

Ngày nhận bài: 26/10/2025. Ngày chỉnh sửa: 11/12/2025. Chấp thuận đăng: 03/02/2026

Tác giả liên hệ: Phạm Minh Đức. Email: pmduc@huemed-univ.edu.vn, phamminhducdr@gmail.com. ĐT: 0905 511 322

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên toàn cầu, đứng thứ năm về tỷ lệ mắc mới và thứ tư về tỷ lệ tử vong. Trong đó, tỷ lệ cao tập trung ở các nước Đông Á như Nhật Bản, Hàn Quốc và Trung Quốc [1]. Phẫu thuật vẫn là phương pháp chủ đạo trong điều trị UTDD, với kỹ thuật nạo hạch D2 đóng vai trò quyết định trong kiểm soát tỷ lệ tái phát tại chỗ và cải thiện tiên lượng sống thêm. Từ khi phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày được Kitano báo cáo lần đầu tiên vào năm 1994 [2], phương pháp này nhanh chóng được chấp nhận rộng rãi và được xem là kỹ thuật điều trị tiêu chuẩn cho UTDD giai đoạn sớm nhờ ưu điểm ít xâm lấn, giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ và hiệu quả ung thư học tương đương so với phẫu thuật mở. Tuy nhiên, việc mở rộng chỉ định đối với UTDD giai đoạn tiến triển vẫn còn là chủ đề tranh luận do yêu cầu về kỹ thuật cao và lo ngại về tính triệt căn về mặt ung thư học, đặc biệt liên quan đến khả năng thực hiện nạo hạch D2 và đảm bảo an toàn miệng nối [3].

Trong thập kỷ qua, các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên quy mô lớn như CLASS-01 và KLASS-02 đã chứng minh PTNS cắt phần xa dạ dày điều trị UTDD tiến triển có thể đạt được kết quả ung thư học và biến chứng sau mổ tương đương với phẫu thuật mở khi được thực hiện tại các trung tâm chuyên sâu [4,5]. Hơn nữa, PTNS còn mang lại ưu thế rõ rệt về hồi phục sớm, giảm đau sau mổ và thời gian nằm viện ngắn. Tuy nhiên, kết quả này vẫn phụ thuộc vào đường cong học tập và kỹ năng của phẫu thuật viên. Một số nghiên cứu cho thấy cần tối thiểu 40 - 60 ca phẫu thuật để đạt được độ thành thạo cần thiết nhằm đảm bảo sự hiệu quả của nạo vét hạch và an toàn phẫu thuật [6].

Tại Việt Nam, PTNS điều trị UTDD ngày càng được triển khai rộng rãi. Tuy nhiên, các báo cáo về hiệu quả và độ an toàn trong nhóm bệnh nhân UTDD giai đoạn tiến triển còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả ngắn hạn và tính khả thi của PTNS cắt phần xa dạ dày điều trị UTDD tiến triển.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm có 110 bệnh nhân được chẩn đoán UTDD tiến triển và chỉ định PTNS cắt phần

xa dạ dày tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 5 năm 2025. Đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Y - Dược Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh là UTDD được xác định bằng mô bệnh học; được chỉ định PTNS cắt phần xa dạ dày; chỉ số ASA (American Society of Anesthesiology) I - III; giai đoạn bệnh T2 - 4a, N0 - 3, M0 theo phân loại TNM (AJCC phiên bản thứ 8). Tiêu chuẩn loại trừ là các trường hợp có di căn xa; tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày trước đó; bệnh nhân đã được hóa trị tân hỗ trợ trước phẫu thuật; có biến chứng tắc nghẽn hoặc thủng dạ dày do khối u.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiền cứu.

Kỹ thuật phẫu thuật:

Tất cả bệnh nhân được gây mê nội khí quản và đặt tư thế nằm ngửa dạng hai chân. Phẫu thuật được tiến hành với 4 - 5 trocar, phẫu thuật viên đứng bên phải bệnh nhân, người phụ đứng bên trái, và người cầm camera đứng giữa hai chân.

Phẫu thuật được thực hiện theo phương pháp cắt phần xa dạ dày tiêu chuẩn có nạo hạch D2 bao gồm các nhóm hạch: #1, #3, #4sb, #4d, #5, #6, #7, #8a, #9, #11p, và #12a. Toàn bộ mạc nối lớn được cắt bỏ. Sau khi hoàn tất nạo hạch D2, dạ dày được cắt trên u ít nhất 5 cm, đảm bảo bờ cắt âm tính. Tái lập lưu thông tiêu hóa được thực hiện theo phương pháp Billroth II hoặc Roux-en-Y, tùy thuộc vào đánh giá của phẫu thuật viên.

Các biến số nghiên cứu:

Đặc điểm bệnh nhân gồm có tuổi, giới, chỉ số BMI và chỉ số ASA. Các đặc điểm ghi nhận trong phẫu thuật như vị trí khối u, phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa, thời gian phẫu thuật và truyền máu.

Kết quả phẫu thuật được ghi nhận thời gian trung tiện, thời gian bắt đầu ăn trở lại, mức độ đau sau mổ ngày thứ nhất theo thang điểm VAS, thời gian đặt ống thông mũi - dạ dày và dẫn lưu ổ phúc mạc, thời gian nằm viện và biến chứng sau mổ. Biến chứng được phân loại theo Clavien - Dindo.

Kết quả giải phẫu bệnh mô tả đặc điểm mô bệnh học, độ biệt hóa, giai đoạn pTNM theo AJCC phiên bản thứ 8, đánh giá số lượng hạch vét được và số lượng hạch dương tính.

Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày...

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến định tính được thể hiện bằng tần suất và tỷ lệ %. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trị số trung bình \pm độ lệch chuẩn (SD), kèm giá trị lớn nhất - nhỏ nhất và khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi gồm có 110 bệnh nhân UTDD tiến triển được PTNS cắt phần xa dạ dày. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $64,9 \pm 11,6$ (29 - 87 tuổi), tỷ lệ nam và nữ là bằng nhau (55 nam, 55 nữ). Chỉ số BMI trung bình là $20,7 \pm 2,9$ kg/m² (14,4 - 28,0). Phân loại ASA gồm có độ I (60,9%), độ II (32,7%) và độ III (6,4%). Đặc điểm phẫu thuật mô tả ở bảng 1.

Về kết quả phẫu thuật được ghi nhận ở bảng 2. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật là $2,8 \pm 1,0$ ngày, và thời gian bắt đầu ăn trở lại là $2,8 \pm 1,3$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình là $8,9 \pm 3,0$ ngày (dao động 5 - 28 ngày). Biểu chứng sau mổ được ghi

nhận ở 13,6% trường hợp (15/110 bệnh nhân). Các biến chứng bao gồm: nhiễm trùng vết mổ (3,6%), chậm làm rỗng dạ dày (4,5%), liệt ruột (3,6%), áp xe ổ bụng (0,9%), rò miệng nối (0,9%), và viêm phổi (0,9%). Phân loại theo Clavien - Dindo, biến chứng độ I và II có cùng tỷ lệ là 6,4%, độ III gặp ở 1 bệnh nhân (0,9%). Không ghi nhận trường hợp tử vong sau phẫu thuật trong vòng 30 ngày.

Về kết quả giải phẫu bệnh được mô tả ở bảng 3, ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế với 92,7%, tiếp theo là ung thư biểu mô dạng nhầy (5,5%), tế bào nhân (0,9%) và tế bào vảy (0,9%). Độ biệt hóa gồm có biệt hóa tốt (29,1%), vừa (48,2%), kém (20,0%) và không biệt hóa (2,7%). Phân loại theo AJCC phiên bản thứ 8 cho thấy giai đoạn pTNM gồm có 19,1% IB, 28,2% IIA, 22,7% IIB, 19,1% IIIA và 10,9% IIIB. Số lượng hạch nạo vét trung bình là $17,2 \pm 4,2$ hạch (dao động 6 - 40), trong đó 76,4% bệnh nhân có ≥ 16 hạch. Số lượng hạch dương tính trung bình là $2,4 \pm 3,5$ hạch (0 - 15).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả	
Giới tính (n,%)	Nam	55	50 %
	Nữ	55	50 %
Tuổi (năm, SD)		$64,9 \pm 11,6$ (29 - 87)	
BMI (kg/m ² , SD)		$20,7 \pm 2,9$ (14,4 - 28,0)	
ASA (n,%)	I	67	60,9 %
	II	36	32,7 %
	III	7	6,4 %
Vị trí khối u (n,%)	Hang môn vị	89	80,9 %
	Thân vị	18	16,4 %
	Hang thân vị	3	2,7 %
Phương pháp nối (n,%)	Billroth II	73	66,4 %
	Roux-en-Y	37	33,6 %
Kiểu nối (n,%)	Nối trong ổ phúc mạc	47	42,7 %
	Nối ngoài ổ phúc mạc	63	57,3
Thời gian phẫu thuật (phút, SD)		$210,1 \pm 43,5$ (120 - 330)	
Truyền máu (n,%)	Trong phẫu thuật	3	2,7 %
	Sau phẫu thuật	5	4,5 %

BMI: Body mass index; ASA: American Society of Anesthesiology

Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày...

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả	
Thời gian trung tiện (ngày, SD)		2,8 ± 1,0 (1 - 6)	
Thời gian ăn lại (ngày, SD)		2,8 ± 1,3 (1 - 6)	
VAS hậu phẫu ngày 1 (ngày, SD)		3,7 ± 1,3 (1 - 7)	
Dẫn lưu ổ phúc mạc (n,%)	Có	96	87,3 %
	Không	14	12,7 %
Ổng thông mũi - dạ dày (n,%)	Rút ngay sau mổ	13	11,8 %
	Rút hậu phẫu ngày 1	67	60,9 %
	Rút hậu phẫu ngày 2	23	20,9 %
	Rút hậu phẫu ngày 3	6	5,5 %
	Rút hậu phẫu ngày 4	1	0,9 %
Thời gian nằm viện (n,%)		8,9 ± 3,0 (5 - 28)	
Biến chứng (n,%)	Tổng	15	13,6 %
	Nhiễm trùng vết mổ	4	3,6 %
	Chậm làm rỗng dạ dày	5	4,5 %
	Liệt ruột	4	3,6 %
	Áp xe ổ bụng	1	0,9 %
	Rò miệng nối	1	0,9 %
	Viêm phổi	1	0,9 %
Phân loại Clavien-Dindo (n,%)	Độ 1	7	6,4 %
	Độ 2	7	6,4 %
	Độ 3	1	0,9 %
Phẫu thuật lại (n,%)		1	0,9 %
Tử vong (n,%)		0	0,0 %

Bảng 3: Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm		Kết quả	
Mô bệnh học (n,%)	UTBM tuyến	102	92,7 %
	UTBM dạng nhầy	6	5,5 %
	UTBM tế bào nhẵn	1	0,9 %
	UTBM vảy	1	0,9 %
Độ biệt hóa (n,%)	Biệt hóa tốt	32	29,1 %
	Biệt hóa vừa	53	48,2 %

Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày...

Đặc điểm		Kết quả	
	Biệt hóa kém	22	20,0 %
	Không biệt hóa	3	2,7 %
pT (n,%)	T2	30	27,3 %
	T3	58	52,7 %
	T4a	22	20,0 %
pN (n,%)	N0	57	51,8 %
	N1	16	14,5 %
	N2	25	22,7 %
	N3	12	10,9 %
pTNM (n,%)	IB	21	19,1 %
	IIA	31	28,2 %
	IIB	25	22,7 %
	IIIA	21	19,1 %
	IIIB	12	10,9 %
Số hạch nạo vét (n,%)	≥ 16	84	76,4 %
	< 16	26	23,6 %
Số hạch được nạo vét (SD)		17,2 ± 4,2 (6 - 40)	
Số lượng hạch dương tính (SD)		2,4 ± 3,5 (0 - 15)	

IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu về PTNS cắt phần xa dạ dày điều trị UTDD tiến triển bao gồm cả kết quả ngắn hạn và dài hạn đã chứng minh tính hiệu quả tương đương so với phẫu thuật mở [7-9]. Nghiên cứu của Wang và cộng sự [10] đã ghi nhận những lợi ích của phương pháp này tương tự như phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, bao gồm ít đau sau mổ và thời gian hồi phục ngắn hơn. Bên cạnh đó, các nghiên cứu khác cũng cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về thời gian sống thêm trong 5 năm giữa PTNS và phẫu thuật mở cắt phần xa dạ dày [11,12]. Điều này giúp đánh giá rằng PTNS có thể mang lại kết quả về mặt ung thư học tương đương so với phẫu thuật mở trong điều trị UTDD tiến triển.

Với điều kiện kinh tế, xã hội ngày càng phát triển thì tuổi thọ ngày càng tăng và chất lượng cuộc sống càng nâng cao, do đó số lượng bệnh nhân UTDD lớn tuổi và BMI cao liên tục gia tăng. Một số báo cáo

trước đây chỉ ra rằng tuổi cao và BMI cao góp phần làm tăng tỷ lệ biến chứng sau khi cắt dạ dày [10]. Ở những bệnh nhân UTDD trên 60 tuổi hoặc BMI cao hơn 25 kg/m² có nguy cơ xảy ra biến chứng sau phẫu thuật hơn [9]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của tác giả Wang H. [10] cho thấy tuổi trên 65 được xác định là yếu tố nguy cơ đối với khả năng sống thêm lâu dài. Nguyên nhân tiên lượng sống thêm kém hơn ở nhóm bệnh nhân cao tuổi có thể một phần là do cơ chế bảo vệ cơ thể yếu hơn [10]. Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 64,9 ± 11,6, trong đó lớn nhất là 87 tuổi. BMI trung bình là 20,7 ± 2,9 kg/m² và cao nhất là 28,0 kg/m².

Đối với phẫu thuật cắt phần xa dạ dày sẽ có ba phương pháp thực hiện miệng nối là Billroth-I, Billroth-II và Roux-en-Y. Lựa chọn phương pháp nối phụ thuộc vào vị trí, giai đoạn của khối u và quyết định của phẫu thuật viên. Thông thường, miệng nối Billroth-I được ưu tiên hơn trong các khối u giai

đoạn T1. Tác giả Wang H. và cộng sự [10] thực hiện nghiên cứu trong vòng 10 năm với 414 trường hợp PTNS cắt phần xa dạ dày, trong đó có 275 (66,4%) trường hợp thực hiện miệng nối Billroth-I, 115 (27,8%) miệng nối Billroth-II và 24 (5,8%) miệng nối Roux-en-Y. Ban đầu, nghiên cứu ưu thích thực hiện miệng nối kiểu Billroth-I sau PTNS cắt phần xa dạ dày, trong khi miệng nối Billroth-II được áp dụng nhiều hơn ở phẫu thuật mở [10]. Tuy nhiên, đã có các trường hợp khối u tái phát tại miệng nối sau khi tái tạo Billroth-I. Do đó, tác giả đã chấp nhận thực hiện miệng nối Billroth-II hoặc Roux-en-Y đối với PTNS [10]. Ngoài ra, tác giả Lee và cộng sự [13] cũng đã xác định Billroth-I là một yếu tố nguy cơ xảy ra các biến chứng sau phẫu thuật trong một nghiên cứu pha II. Một số phẫu thuật viên ưu tiên thực hiện miệng nối Billroth-II hơn là Roux-en-Y [14,15]. Do kiểu Roux-en-Y phải thực hiện nhiều miệng nối và cần nhiều thời gian hơn. Ngược lại, kỹ thuật Billroth-II có ưu điểm là chỉ cần một miệng nối duy nhất. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm có các bệnh nhân UTDD tiến triển (T2-T4a) nên thực hiện miệng nối Billroth-II và Roux-en-Y. Trong đó, 66,4% thực hiện miệng nối Billroth II và 33,6% nối kiểu Roux-en-Y.

Các nghiên cứu trước đây cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình của PTNS cắt phần xa dạ dày là từ 202 - 296 phút [10,16,17]. Thời gian phẫu thuật trung bình ở nghiên cứu của chúng tôi là $210,1 \pm 43,5$ (120 - 330) phút, nằm ở giữa so với các nghiên cứu trên. Trong phẫu thuật cắt phần xa dạ dày, phương pháp PTNS sẽ kéo dài thời gian hơn so với phẫu thuật mở. Nguyên nhân dẫn đến kết quả này đã được thể hiện trong các nghiên cứu trước đây là do: việc sử dụng các dụng cụ nội soi qua các trocar làm giảm đi khả năng cảm nhận chiều sâu, cần sự khéo léo, và phối hợp tốt với người phụ; bên cạnh đó việc thường xuyên thay đổi dụng cụ và vệ sinh ống kính nội soi cũng có thể khiến thời gian phẫu thuật kéo dài hơn [16,18]. Ngoài ra, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc nối và vét hạch D2 được đánh giá là kỹ thuật khó đối với PTNS, có thể dẫn đến kéo dài thời gian phẫu thuật hơn [16].

Bên cạnh tính khả thi về mặt kỹ thuật và kết quả lâm sàng khả quan của PTNS cắt dạ dày, chất lượng nạo vét hạch là yếu tố quan trọng. Hiện nay, ngày càng có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng phẫu thuật cắt

dạ dày kèm nạo vét hạch rộng rãi đã trở thành một chuẩn mực được chấp nhận trong điều trị UTDD tiến triển. Theo hướng dẫn của NCCN năm 2025 vẫn khẳng định cần nạo vét ít nhất 16 hạch để đảm bảo phân giai đoạn N đáng tin cậy [19]. Ở nghiên cứu của chúng tôi có 76,4% trường hợp được vét ≥ 16 hạch. Tỷ lệ vét hạch trung bình là $17,2 \pm 4,2$ (6 - 40) hạch, và số lượng hạch dương tính là $2,4 \pm 3,5$. Số lượng hạch thu được không chỉ liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật mà còn tương quan với mức độ kỹ lưỡng trong việc lọc hạch từ bệnh phẩm, tình trạng bệnh phẩm và số lượng hạch có sẵn ở mỗi bệnh nhân [23]. Tỷ lệ di căn hạch trong UTDD gia tăng tương ứng với độ sâu xâm lấn của khối u, dao động khoảng 2 - 5% ở các trường hợp giới hạn trong lớp niêm mạc, 6 - 23% ở dưới niêm mạc, 10 - 41% khi xâm lấn lớp cơ riêng hoặc dưới thanh mạc, và lên đến 70% trong UTDD đã xâm lấn thanh mạc [20]. Do đó, phạm vi nạo vét hạch thích hợp cần được đánh giá và lên kế hoạch trước mổ dựa trên giai đoạn T lâm sàng [21]. Theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội Ung thư Dạ dày Nhật Bản (JGCA, phiên bản 6 - 2021), nạo vét hạch D1+ được khuyến cáo cho các trường hợp cT1N0, trong khi nạo vét hạch D2 là chỉ định tiêu chuẩn cho các khối u cN+ hoặc cT2 - T4 [22]. Trong phẫu thuật cắt phần xa dạ dày, phạm vi nạo vét hạch được phân định cụ thể như sau: D1 bao gồm các nhóm hạch số 1, 3, 4sb, 4d, 5, 6 và 7; D1+ bao gồm D1 cộng thêm nhóm 8a và 9; và D2 bao gồm D1 cộng thêm các nhóm 8a, 9, 11p và 12a [22].

Về biến chứng sau phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng tổng thể sau phẫu thuật của PTNS cắt phần xa dạ dày được các tác giả báo cáo trong khoảng từ 11,0 đến 19,9% [7,17]. Trong đó, các biến chứng nhẹ xảy ra ít hơn đối với PTNS, trong khi tỷ lệ biến chứng lớn là tương tự giữa PTNS so với phẫu thuật mở [7]. Bởi vì PTNS có ưu điểm là phẫu trường được phóng đại, các thao tác phẫu tích tỉ mỉ hơn đối với mạch máu và dây thần kinh. Hơn nữa, việc giảm chiều dài vết mổ và sử dụng các dụng cụ phẫu tích nội soi hiện đại như dao siêu âm (Harmonic Scalpel) và dao hàn mạch (Ligasure) có thể làm giảm nguy cơ chảy máu, rò bạch huyết [17]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 13,6% trường hợp có biến chứng sau phẫu thuật. Có một trường hợp biến chứng rò miệng nối gây viêm phúc mạc, chúng tôi phải tiến

Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày...

hành phẫu thuật lại và khâu vị trí rò. Sau phẫu thuật, bệnh nhân phục hồi ổn định và không có các biến chứng khác. Bên cạnh đó, cũng ghi nhận các biến chứng nhẹ chỉ cần điều trị nội khoa, như: nhiễm trùng vết mổ, liệt ruột, hội chứng chậm làm rỗng dạ dày, áp xe ổ bụng và viêm phổi nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày điều trị ung thư dạ dày tiến triển là một phương pháp có tính khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày. Tuy nhiên, phương pháp này cần được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm và ở trung tâm chuyên sâu về phẫu thuật nội soi.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(3): 229-263.
2. Kitano S, Iso Y, Moriyama M, Sugimachi K. Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc.* 1994; 4(2): 146-8.
3. Hu Y, Huang C, Sun Y, Su X, Cao H, Hu J, et al. Morbidity and Mortality of Laparoscopic Versus Open D2 Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2016; 34(12): 1350-7.
4. Huang C, Liu H, Hu Y, Sun Y, Su X, Cao H, et al. Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: Five-Year Outcomes From the CLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2022; 157(1): 9-17.
5. Hyung WJ, Yang HK, Park YK, Lee HJ, An JY, Kim W, et al. Long-Term Outcomes of Laparoscopic Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: The KLASS-02-RCT Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol.* 2020; 38(28): 3304-3313.
6. Yan Y, Ou C, Cao S, Hua Y, Sha Y. Laparoscopic vs. open distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Surg.* 2023; 10: 1127854.
7. Chen X, Feng X, Wang M, Yao X. Laparoscopic versus open distal gastrectomy for advanced gastric cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials and high-quality nonrandomized comparative studies. *Eur J Surg Oncol.* 2020; 46(11): 1998-2010.
8. Lee HJ, Hyung WJ, Yang HK, Han SU, Park YK, An JY, et al. Short-term Outcomes of a Multicenter Randomized Controlled Trial Comparing Laparoscopic Distal Gastrectomy With D2 Lymphadenectomy to Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer (KLASS-02-RCT). *Ann Surg.* 2019; 270(6): 983-991.
9. Wang Z, Xing J, Cai J, Zhang Z, Li F, Zhang N, et al. Short-term surgical outcomes of laparoscopy-assisted versus open D2 distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer in North China: a multicenter randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2019; 33(1): 33-45.
10. Wang H, Mou T, Chen H, Hu Y, Lin T, Li T, et al. Long-term outcomes of laparoscopy-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy for gastric cancer: a 10-year single-institution experience. *Surg Endosc.* 2019; 33(1): 135-144.
11. Etoh T, Ohyama T, Sakuramoto S, Tsuji T, Lee SW, Yoshida K, et al. Five-Year Survival Outcomes of Laparoscopy-Assisted vs Open Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: The JLSSG0901 Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2023; 158(5): 445-454.
12. Xing J, Cai J, Wang X, Zhang N, An D, Li F, et al. Long-term outcomes of laparoscopic versus open distal gastrectomy for patients with advanced gastric cancer in North China: a multicenter randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2024; 38(9): 4976-4985.
13. Lee JH, Son SY, Lee CM, Ahn SH, Park DJ, Kim HH. Morbidity and mortality after laparoscopic gastrectomy for advanced gastric cancer: results of a phase II clinical trial. *Surg Endosc.* 2013; 27(8): 2877-85.
14. Han WH, Yehuda AB, Kim DH, Yang SG, Eom BW, Yoon HM, et al. A comparative study of totally laparoscopic distal gastrectomy versus laparoscopy-assisted distal gastrectomy in gastric cancer patients: Short-term operative outcomes at a high-volume center. *Chin J Cancer Res.* 2018; 30(5): 537-545.
15. Tang T, Peng W, Zhang L, Zuo Z, Cao D, Huang J, et al. Effectiveness and safety of total laparoscopic distal gastrectomy versus laparoscopy-assisted distal gastrectomy for gastric cancer: A retrospective cohort study. *Am J Surg.* 2018; 216(3): 528-533.
16. Park YK, Yoon HM, Kim YW, Park JY, Ryu KW, Lee YJ, et al. Laparoscopy-assisted versus Open D2 Distal

Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày...

- Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: Results From a Randomized Phase II Multicenter Clinical Trial (COACT 1001). *Ann Surg.* 2018; 267(4): 638-645.
17. Inaki N, Etoh T, Ohyama T, Uchiyama K, Katada N, Koeda K, et al. A Multi-institutional, Prospective, Phase II Feasibility Study of Laparoscopy-Assisted Distal Gastrectomy with D2 Lymph Node Dissection for Locally Advanced Gastric Cancer (JLSSG0901). *World J Surg.* 2015; 39(11): 2734-41.
 18. Shi Y, Xu X, Zhao Y, Qian F, Tang B, Hao Y, et al. Short-term surgical outcomes of a randomized controlled trial comparing laparoscopic versus open gastrectomy with D2 lymph node dissection for advanced gastric cancer. *Surg Endosc.* 2018; 32(5): 2427-2433.
 19. Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, Corvera CU, Das P, Enzinger PC, et al. Gastric Cancer, Version 2.2025, NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2025; 23(5): 169-191.
 20. Son S-Y, Han S-U. Laparoscopic Distal Gastrectomy for Gastric Cancer. *Journal of Minimally Invasive Surgery.* 2015; 18(1): 1-6.
 21. Yi Y, Yu J, Li B, Yang F, Huang W, Sun H, et al. Pattern of lymph node metastases and its implication in radiotherapeutic clinical target volume delineation of regional lymph node in patients with gastric carcinoma. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology.* 2010; 96: 223-30.
 22. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). *Gastric Cancer.* 2023; 26(1): 1-25.