

EARLY SURGERY RESULTS OF STAGE I – III GASTRIC CANCER AT THAI NGUYEN ONCOLOGY CENTER

Tran Bao Ngoc*, Nguyen Anh Tuan

TNU – University of Medicine and Pharmacy

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 03/9/2023	The study aimed to evaluate the early results of radical surgery for gastric cancer at Thai Nguyen Oncology Center. From January 2020 to June 2022, we conducted a cross-sectional description of 63 patients with stage I-III gastric cancer, who underwent radical surgery. The results showed that, the mean age was 63.1 ± 10.8 years old (range 34 - 85). Male/female ratio was 2.15/1. The most common of tumor was in the stomach antrum (35 patients, 55,6%). Before surgery, 47 patients were classified as stage N0 (74,6%), 9 cases were classified as Tx (14,3%). 100% of patients had planned surgery, of which 52,4% (33 patients) were indicated for 3/4 gastric resection, and 42,9% were 4/5 gastric resection (27 patients). 74,6% of patients had D2 lymphadenectomy; 25,6% D1 lymphadenectomy. The average surgical time was 202.5 ± 46.5 minutes (range 120 to 330 minutes). Intraoperative accidents were very low, the rate of intraoperative complications (early post-operative infection) were found in 7 patients (11,1%). Thus, radical surgery for stage I - III gastric cancer has quite good early results and acceptable complications.
Revised: 17/10/2023	
Published: 18/10/2023	
KEYWORDS	
Gastric cancer	
Stage I-III	
Surgery	
Early result	
Thai Nguyen	

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN I-III TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU THÁI NGUYÊN

Trần Bảo Ngọc*, Nguyễn Anh Tuấn

Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 03/9/2023	Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên. Từ tháng 01/2020 đến tháng 6/2022, chúng tôi tiến hành mô tả cắt ngang 63 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn I-III được phẫu thuật triệt căn. Kết quả cho thấy, tuổi trung bình $63,1 \pm 10,8$ tuổi (khoảng 34 - 85). Tỷ lệ nam/nữ: 2,15/1. Vị trí hay gặp nhất ở hang vị (35 bệnh nhân, 55,6%). Trước phẫu thuật, 47 bệnh nhân được xếp giai đoạn N0 (74,6%), 9 trường hợp xếp Tx (14,3%). 100% các trường hợp được phẫu thuật theo kế hoạch, trong đó chỉ định cắt 3/4 dạ dày chiếm 52,4% (33 bệnh nhân), 42,9% cắt 4/5 dạ dày (27 bệnh nhân). 74,6% số bệnh nhân được vét hạch chằng D2; 25,6% được vét chằng D1. Thời gian phẫu thuật trung bình $202,5 \pm 46,5$ phút (khoảng từ 120 đến 330 phút). Tai biến trong mổ rất thấp, biến chứng sớm nhiễm trùng sau mổ gặp 7 bệnh nhân (11,1%). Như vậy, phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày giai đoạn sớm có kết quả sớm khá tốt, tai biến/biến chứng chấp nhận được.
Ngày hoàn thiện: 17/10/2023	
Ngày đăng: 18/10/2023	
TỪ KHÓA	
Ung thư dạ dày	
Giai đoạn I-III	
Phẫu thuật	
Kết quả sớm	
Thái Nguyên	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.8672>

* Corresponding author. Email: tranbaongoc@tump.edu.vn

1. Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày (UTDD) là tình trạng các tế bào trong dạ dày (chủ yếu là tế bào biểu mô) phát triển bất thường, mất kiểm soát dẫn đến hình thành các khối u. Đây là một trong số các bệnh ung thư (UT) phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Cơ quan Nghiên cứu UT quốc tế IARC (Globocan 2020), UTDD là bệnh UT thường gặp thứ năm toàn cầu tính cho cả hai giới, với 1.089.103 ca mới mắc (5,6%) và xếp thứ ba về tỷ lệ tử vong (768.793 ca tử vong hàng năm). Theo số liệu này, tỷ lệ mới mắc UTDD tại Việt Nam ước tính với 17.906 trường hợp (9,8%, xếp thứ tư) và 14.615 ca tử vong do UTDD hàng năm (11,9%, xếp thứ ba) [1].

Cho tới nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp chủ yếu trong liệu pháp đa mô thức điều trị ung thư biểu mô (UTBM) dạ dày. Ở giai đoạn sớm, bệnh còn giới hạn tại chỗ/tại vùng, phẫu thuật được lựa chọn là phương pháp điều trị triệt căn. Những trường hợp bệnh ở giai đoạn muộn, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị cơ bản, có thể triệt căn hoặc tạm thời. Các biện pháp hóa trị, điều trị đích, liệu pháp sinh học và xạ trị đóng vai trò hỗ trợ hoặc điều trị triệu chứng. Chỉ định liệu trình cụ thể cho mỗi bệnh nhân UTDD tùy thuộc vào mức độ xâm lấn u, di căn hạch, giai đoạn bệnh, xếp độ mô bệnh học [2]-[4].

Qua nhiều nghiên cứu đã được công bố trong và ngoài nước trong vài năm gần đây, tỷ lệ phẫu thuật thành công triệt căn UTDD khi đạt đủ chỉ định đã đạt được những tiến bộ đáng kể [5]-[8]. Cùng với sự phát triển chung của chuyên ngành ung thư toàn quốc, trong những năm gần đây, Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã dần hoàn thiện kỹ thuật phẫu thuật triệt căn UTDD. Để có số liệu có giá trị khoa học so sánh với các bệnh viện/trung tâm ung bướu trong nước, cũng như có những khuyến nghị trong thực hành lâm sàng về sau, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày giai đoạn I – III tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 63 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn I - III được phẫu thuật triệt căn tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2020 đến tháng 6/2022.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Những bệnh nhân xác chẩn ung thư của dạ dày bằng nội soi, sinh thiết.
- Chẩn đoán trước mô giai đoạn I - III.
- Có chỉ định phẫu thuật triệt căn cắt dạ dày theo tiêu chuẩn phẫu thuật ung thư (cắt dạ dày kèm nạo vét hạch) [8].

- Có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến dạ dày.

- Hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tiền sử đã điều trị ung thư khác và/hoặc đang mắc ung thư thứ hai.

- Không đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

- Không đồng ý tham gia.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2020 đến hết tháng 6/2022 tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu có chủ đích, chọn toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Các biến số nghiên cứu và cách thu thập

- Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, một số đặc điểm lâm sàng của bệnh...
- Các biến số trong phẫu thuật triệt căn: Phương pháp phẫu thuật, mức độ nạo vét hạch vùng, thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, biến chứng sớm...
- Cách thu thập số liệu: Thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu các bệnh nhân UTDD đến khám, điều trị tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.6. Xử lý số liệu

Nhập dữ liệu và xử lý theo phần mềm SPSS 20.0, trong đó có sử dụng các thuật toán phù hợp để phân tích, so sánh.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Y đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua tại văn bản chấp thuận số 1326/HĐĐĐ-BVTWTN ngày 27/12/2021.

3. Kết quả nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu nhận được 63 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Sau khi hoàn thành thông tin các biến số theo bệnh án nghiên cứu, chúng tôi thu được các kết quả như bảng 1.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	43	68,3
	Nữ	20	31,7
	Tỷ lệ nam/nữ	2,15/1	
Tuổi	Tuổi trung bình	63,1 ± 10,8	
	Khoảng tuổi	34 - 85	
Triệu chứng cơ năng	Gày sút cân	45	71,4
	Đau thượng vị	41	65,1
	Xuất huyết tiêu hóa	12	19,0
	Đầy bụng, chậm tiêu	5	7,9
Toàn thân	BMI mức độ gầy	31	49,2
	PS = 1	10	15,9
	Biểu hiện thiếu máu	35	55,6
Khám thực thể	Hội chứng hẹp môn vị	5	7,9
	Sờ thấy u thượng vị	1	1,6

Nhận xét: Số liệu tại bảng 1 cho thấy, tuổi trung bình mắc bệnh là 63,1 ± 10,8 tuổi, tuổi thấp nhất 34 và bệnh nhân (BN) cao tuổi nhất 85. Có 43 BN nam giới, 20 trường hợp là nữ; tỷ lệ nam/nữ là 2,15/1. Gày sút và đau thượng vị là triệu chứng thường gặp (lần lượt, 45 BN - 71,4% và 41 trường hợp, chiếm 65,1%). Có 12 BN thấy xuất huyết tiêu hóa (19,0%). Có 31 BN có BMI thuộc mức gầy; 35 BN biểu hiện thiếu máu (55,6%); PS = 1 (10 BN, 15,9%). Nhìn chung, khám thực thể không phát hiện nhiều dấu hiệu.

Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tổn thương trên nội soi	Loại I	7	11,1
	Loại IIA	5	7,9
	Loại IIB	14	22,2
	Loại IIC	6	9,5
	Loại III	31	49,2

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí tổn thương trên CT scan	Hang vị	42	66,7
	Bờ cong nhỏ	10	15,9
	Thân vị	7	11,1
	Bờ cong lớn	2	3,2
	Tâm vị	2	3,2

Nhận xét: Qua bảng 2 cho thấy, 31 trường hợp tổn thương trên nội soi được xếp loại III (chiếm 49,2%). Có 39,6% (25 bệnh nhân) có tổn thương các mức độ của loại II. Còn lại là tổn thương loại I. Vị trí tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính hay gặp nhất ở hang vị (42 BN, 66,7%), tiếp theo ở bờ cong nhỏ, thân vị; các vị trí khác có tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3. Phân giai đoạn u nguyên phát và hạch vùng trước phẫu thuật

N	T	Tx	T1a	T1b	T2	T3	T4a	Tổng (SL/%)
N0		8	5	2	9	18	5	47 (74,6%)
N1		1	0	0	1	4	3	9 (14,3)
N2		0	0	0	3	1	2	6 (9,5)
N3		0	0	0	0	1	0	1 (1,6)
Tổng (SL/%)		9 (14,3)	5 (7,9)	2 (3,2)	13 (20,6)	24 (38,1)	10 (15,9)	63

Nhận xét: Qua bảng 3 cho thấy, trước phẫu thuật, 47 BN được xếp giai đoạn N0 (74,6%), số còn lại xếp từ N1 đến N3 (trong đó N3 chỉ chiếm 1,6%). Trước phẫu thuật có 9 trường hợp không đánh giá được u nguyên phát, được xếp Tx (14,3%), tỷ lệ xếp từ T2 đến T4a chiếm 74,6%; số còn lại tỷ lệ thấp T1a và T1b. Giai đoạn I, II, III lần lượt có 14, 26 và 23 BN (chiếm 22,2; 41,3 và 36,5%).

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Phương pháp phẫu thuật	Cắt toàn bộ dạ dày	3	4,8
	Cắt 4/5 dạ dày	27	42,9
	Cắt 3/4 dạ dày	33	52,4
Vết hạch kèm theo	Chặng D1	16	25,4
	Chặng D2	47	74,6

Nhận xét: Số liệu tại bảng 4 cho thấy, 100% các BN được phẫu thuật theo kế hoạch, trong đó chỉ định cắt 3/4 dạ dày chiếm 47,6% (30 BN), 42,9% cắt 4/5 dạ dày (27 BN), có 3 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày. Có 74,6% số BN vết hạch chặng D2; 25,4% vết chặng D1.

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ %
120 - < 150 phút	9	14,3
150 - < 180 phút	20	31,7
180 - < 210 phút	11	17,5
210 - < 240 phút	14	22,2
≥ 240 phút	9	14,3
Khoảng thời gian (phút)	120 - 330	
Thời gian trung bình (phút)	202,5 ± 46,5	

Nhận xét: Qua bảng 5 cho thấy, gần 1/3 số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 150 - < 180 phút (20 trường hợp, 31,7%); 14 BN (22,2%) có thời gian mổ từ 210 - < 240 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình 202,5 ± 46,5 phút (khoảng từ 120 đến 330 phút).

Bảng 6. Tai biến trong mổ, biến chứng sớm sau mổ

Tai biến, biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tai biến trong mổ	Không	61
	Chảy máu	1
	Tổn thương tạng	1

Tai biến, biến chứng		Số lượng	Tỷ lệ %
Biến chứng sau mổ	Tử vong	0	0
	Không	54	85,7
	Nhiễm trùng	7	11,1
	Rò mồm tá tràng	1	1,6
	Khác	1	1,6

Nhận xét: Số liệu tại bảng 6 cho thấy, tai biến trong mổ chiếm tỷ lệ rất thấp, với 01 trường hợp chảy máu số lượng ít và 01 trường hợp tổn thương tạng được xử lý ngay. Biến chứng sớm sau mổ gặp 7 BN (11,1%) có nhiễm trùng vết mổ, các biến chứng khác rất ít gặp.

Bảng 7. Thời gian trung tiện sau mổ, thời gian hậu phẫu, số ngày điều trị

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Thời gian trung tiện	< 3 ngày	0	0
	3 – < 5 ngày	33	52,4
	5 - < 7 ngày	27	42,9
	≥ 7 ngày	3	4,8
	Khoảng thời gian	3 - 11 ngày	
	Thời gian trung bình	4,59 ± 1,31	
Thời gian hậu phẫu	< 5 ngày	0	0
	5 – < 7 ngày	0	0
	7 - < 10 ngày	24	38,1
	10 - < 14 ngày	26	41,3
	≥ 14 ngày	13	20,6
	Khoảng thời gian	8 - 26 ngày	
Số ngày nằm viện	Thời gian trung bình	11,56 ± 5,46	
	Khoảng thời gian	8 - 47	
	Thời gian trung bình	16,79 ± 6,14	

Nhận xét: Qua bảng 7 cho thấy, thời gian trung tiện trung bình là 4,59 ± 1,31 ngày (khoảng từ 3 đến 11 ngày). Thời gian hậu phẫu trung bình là 11,56 ± 5,46 ngày (khoảng từ 8 đến 26 ngày). Số ngày nằm viện trung bình là 16,79 ± 6,14 ngày (khoảng từ 8 đến 47 ngày).

4. Bàn luận

Tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu này từ 34 – 85 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất cho cả hai giới từ 51 – 70 tuổi, chiếm 61,9%. Kết quả này tương tự với các tác giả trong nước, như tác giả Phạm Văn Bình và cộng sự (2021) chỉ ra rằng tuổi trung bình là 54,1, tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [5]. Các nghiên cứu nước ngoài cũng có kết quả về tuổi trung bình mắc bệnh UTDD tương tự như các tác giả trong nước. Trong nghiên cứu này, ung thư dạ dày gặp ở độ tuổi dưới 40 là 1 trường hợp, đa số gặp ở tuổi trên 40. Vì thế một số tác giả đưa ra khuyến cáo “một người trên 40 tuổi nên có các biểu hiện sút cân và kém ăn kéo dài nên được nội soi để phát hiện ung thư dạ dày”. Theo các chuyên gia trong nước, đối với người Việt Nam, tuy tỷ lệ ung thư dạ dày của chúng ta thấp hơn so với Nhật Bản và Hàn Quốc, nhưng lại cao hơn nhiều so với các nước phương Tây. Do đó, các nhà nghiên cứu khuyến cáo người Việt Nam chúng ta nên chọn tầm soát nguy cơ ung thư dạ dày theo cách của Nhật Bản và Hàn Quốc.

Các triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu này thể hiện ở bảng 1 và bảng 2 khá tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước [9], [10], với các triệu chứng thường gặp trong UTDD là gầy sút cân, đau bụng vùng thượng vị, đầy bụng, chướng tiêu... và vị trí hang vị dạ dày hay gặp nhất qua nội soi và chụp cắt lớp vi tính. Những dấu hiệu cơ năng này dễ nhầm với những tình trạng bệnh lý khác nên người bệnh dễ bỏ qua, dẫn tới vào viện khám khi bệnh ở giai đoạn muộn hơn. Chỉ khi có dấu hiệu cấp tính như xuất huyết tiêu hóa khiến bắt buộc BN đi khám, tuy nhiên ở nghiên cứu này chỉ gặp 12/63 trường hợp (19,0%) có triệu chứng chảy máu tiêu hóa. Do đó, chúng tôi khuyến nghị người dân nên đến khám bệnh ở các cơ sở chuyên khoa ngay khi có các

dấu hiệu bệnh, dù mơ hồ nhất, đặc biệt với các bệnh lý ác tính ở đường tiêu hóa, các dấu hiệu báo hiệu bệnh thường không đặc hiệu.

Do nhóm bệnh được chọn chủ đích là các BN UTDD từ giai đoạn I đến giai đoạn III và qua 18 tháng nghiên cứu mới thu nhận được 63 trường hợp trong số hàng trăm bệnh nhân UTDD để phân tích đánh giá, kết quả chi tiết ở bảng 3. Tuy nhiên, việc đánh giá tình trạng u nguyên phát, hạch vùng với bệnh lý ung thư nói chung, đặc biệt các trường hợp ác tính trong các tạng sâu trước phẫu thuật thường chỉ dựa trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, nội soi, chụp cắt lớp vi tính...) thường không phản ánh chính xác giai đoạn bệnh, do đó bắt buộc phải được xếp lại giai đoạn sau mổ dựa trên bằng chứng vi thể từ mô bệnh học. Nhìn chung, các BN ung thư đến khám tại các cơ sở chuyên khoa khi ở giai đoạn muộn tại Việt Nam chiếm tỷ lệ khá lớn. Theo Bùi Diệu (2011), số BN ung thư giai đoạn muộn (giai đoạn III, IV) khi tới bệnh viện K chiếm tới trên 70% [11].

Về điều trị, chúng tôi đã tuân thủ nguyên tắc phẫu thuật triệt căn theo Hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2020. Trong 63 BN UTDD của nghiên cứu: 100% các BN được phẫu thuật theo kế hoạch, trong đó chỉ định cắt 3/4 dạ dày chiếm 47,6% (30 BN), 42,9% cắt 4/5 dạ dày (27 BN), chỉ có 3 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày. Có 71,4% số BN vét hạch chặng D2; 19,0% vét chặng D1. Gần 1/3 số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 150 - < 180 phút (20 trường hợp, 31,7%); 14 BN (22,2%) có thời gian mổ từ 210 - < 240 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình $202,5 \pm 46,5$ phút (ngắn nhất 120 phút, dài nhất 330 phút). Có 25/63 BN được vét tối thiểu 16 hạch (chiếm 39,7%), chúng tôi sẽ tiếp tục hoàn thiện kỹ thuật để cải thiện trong thời gian tới. Kết quả này khác biệt nhiều so với chẩn đoán trước mổ bằng CT scan, đặc biệt ở giai đoạn N0 (74,6% trước mổ so với 58,7% sau mổ), giai đoạn IV (trước mổ không có, sau mổ là 14,3%). Do vậy, việc phân loại pTNM sau mổ là việc không thể thiếu với các phẫu thuật viên chuyên ngành ung bướu và các thầy thuốc nội khoa ung thư cũng “trông chờ” kết quả này để lựa chọn phác đồ hóa trị bổ trợ, chưa kể những xét nghiệm mang tính “cá thể hóa” cao trong lựa chọn liệu pháp đích, liệu pháp miễn dịch phù hợp nhất, ứng hợp cá thể nhất, đặc biệt trong ung thư dạ dày giai đoạn muộn. Về phân loại TNM và giai đoạn trong UTDD được Nguyễn Văn Xuyên (2014) có bài tổng quan khá chi tiết, cho biết: Phân chia giai đoạn bệnh ung thư theo hệ thống TNM là hoạt động cơ bản trong nghiên cứu ung thư học, dựa trên sự phát triển của khối u, tình trạng di căn hạch lympho và tình trạng di căn xa. Hơn 50 năm qua, hệ thống TNM được Ủy ban Phòng chống Ung thư thế giới (UICC), Hội phòng chống Ung thư Mỹ (AJCC) và Hội Ung thư dạ dày Nhật Bản (JGCA) xuất bản sửa đổi. Phân chia giai đoạn ung thư dạ dày (UTDD) theo hệ thống TNM có vai trò quan trọng trong việc lập kế hoạch và đánh giá kết quả điều trị, trao đổi thông tin và tiên lượng bệnh. Trước đây, quan điểm phân chia giai đoạn UTDD của 3 tổ chức UICC, AJCC và JGCA không thống nhất dẫn đến việc nghiên cứu, so sánh, đánh giá kết quả điều trị gặp nhiều khó khăn. UICC và AJCC đã 7 lần và JGCA đã 3 lần công bố bảng phân chia giai đoạn theo TNM. Năm 2010, lần đầu tiên 3 tổ chức UICC, AJCC và JGCA thống nhất cách phân chia giai đoạn UTDD theo hệ thống TNM [12]. Và đến năm 2017, phân loại TNM phiên bản 8 đã ra đời, có một số thay đổi trong đó có cả thay đổi với UTDD: đã khái niệm rõ ung thư đoạn nối thực quản - dạ dày [13]. Hiện tại, không có nhiều tài liệu để so sánh kết quả phẫu thuật với nghiên cứu này, vì hầu hết các công bố gần đây đều là kết quả phẫu thuật nội soi. Ví dụ như Hồ Chí Thanh và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 65 bệnh nhân (BN) cao tuổi UTDD 1/3 dưới được phẫu thuật triệt căn (38 BN phẫu thuật nội soi, 27 BN mổ mở) cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2018 - 4/2020. Quy trình phẫu thuật được thực hiện thống nhất theo hướng dẫn của Hội Ung thư dạ dày Nhật Bản. Kết quả cho thấy, thời gian phẫu thuật trung bình: $187,5 \pm 53,386$ phút, hạch vét được trung bình là $18,3 \pm 4,19$ hạch/BN [14].

Qua so sánh một số nghiên cứu trong nước, chúng tôi thấy thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu này cũng chấp nhận được, không quá dài với một cuộc mổ mở, tuy nhiên do không đồng nhất trong lựa chọn bệnh nhân cũng như lựa chọn phương pháp phẫu thuật nên kết quả này thuần túy ở mức độ mô tả, không thể so sánh, phân tích kỹ hơn. Thực tế hiện nay, xu thế phẫu thuật nội

soi ung thư nói chung và UTDD nói riêng đã và đang trở thành phổ biến ở các trung tâm ung bướu thế giới với những ưu việt rõ rệt của phẫu thuật nội soi. Zhu và cộng sự (2020) đã tiến hành phân tích tổng hợp từ 36 nghiên cứu, trong đó có 5714 trường hợp được cắt dạ dày nội soi và 6094 trường hợp mổ mở. Phẫu thuật nội soi cho thấy thời gian trong mổ lâu hơn, ít mất máu trong mổ hơn và phục hồi sau mổ nhanh hơn. Số lượng hạch bạch huyết được vét, tỷ lệ tử vong tại bệnh viện và tái phát của khối u là tương tự nhau. Bệnh tật sau phẫu thuật và sống thêm 5 năm đã nhỉnh hơn cho phẫu thuật nội soi. Hơn nữa, phân tích hệ thống của các nghiên cứu gần đây được công bố từ năm 2016 đến năm 2019 cho thấy kết quả tương tự. Như vậy, xu hướng tích cực hơn đã được chỉ ra đối với phẫu thuật nội soi và nó có thể được thực hiện như một sự thay thế cho phẫu thuật mở UTDD [15].

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 63 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn I – III được phẫu thuật triệt căn tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên từ tháng 01/2020 đến tháng 6/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tuổi trung bình $63,1 \pm 10,8$ tuổi (khoảng 34 – 85 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ: 2,15/1. Vị trí hay gặp nhất ở hang vị (35 BN, 55,6%). Trước phẫu thuật 47 BN được xếp giai đoạn N0 (74,6%), 9 trường hợp xếp Tx (14,3%).

Có 100% các BN được phẫu thuật theo kế hoạch, trong đó chỉ định cắt 3/4 dạ dày chiếm 52,4% (33 BN), 42,9% cắt 4/5 dạ dày (27 BN). Có 74,6% số BN vét hạch chặng D2; 25,6% vét chặng D1. Số hạch vét trung bình 14,52 hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình $202,5 \pm 46,5$ phút (khoảng từ 120 đến 330 phút). Tai biến trong mổ rất thấp, biến chứng sớm nhiễm trùng sau mổ gặp 7 BN (11,1%).

Lời cảm ơn

Chúng tôi chân thành cảm ơn Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và các bệnh nhân/ thân nhân đã giúp chúng tôi hoàn thành công bố này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel *et al.*, "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries," *CA Cancer J Clin*, vol. 71, no. 3, pp. 209-249, 2021, doi: 10.3322/caac.21660.
- [2] Ministry of Health, *Guidelines for diagnosis and treatment of stomach cancer*, Decision No. 3127/QĐ-BYT dated July 17, 2020, 2020.
- [3] Ministry of Health, *Guidelines for diagnosis and treatment of some cancer diseases*, Decision No. 1514/QĐ-BYT dated April 1, 2020, 2020.
- [4] A. Agnes, A. Biondi, A. Laurino, R. Persiani, and D. D'Ugo, "Global updates in the treatment of gastric cancer: a systematic review. Part 1: staging, classification and surgical treatment," *Updates Surg.*, vol. 72, no. 2, pp. 341-353, 2020, doi: 10.1007/s13304-020-00736-3.
- [5] V. B. Pham and H. N. Ha, "Early result of laparoscopic distal gastrectomy for treatment gastric cancer cT1,2N0M0 at K hospital," *Vietnam Medical Journal*, no. 1, pp. 192-196, 2021.
- [6] T. D. Pham, V. V. Kim, T. T. Nguyen *et al.*, "Initial results of subtotal gastrectomy for gastric cancer in elderly patients," *Vietnam Medical Journal*, no. 1, pp. 130-133, 2021.
- [7] D. D'Ugo, A. Agnes, M. Grieco, A. Biondi, and R. Persiani, "Global updates in the treatment of gastric cancer: a systematic review. Part 2: perioperative management, multimodal therapies, new technologies, standardization of the surgical treatment and educational aspects," *Updates Surg.*, vol. 72, no. 2, pp. 355-378, 2020, doi: 10.1007/s13304-020-00771-0.
- [8] D. J. Doyle, A. Goyal, P. Bansal, and E. H. Garmon, *American Society of Anesthesiologists Classification*, StatPearls, 2021.
- [9] C. D. Phan, "Evaluation of postoperative adjuvant radiochemotherapy for the treatment of locally advanced distal gastric adenocarcinoma," Doctoral thesis, Medical and Pharmacy university, Hue University, 2019.

-
- [10] V. V. Tran and V. T. Le, "Features of gastric cancer imaging on multi-slice computed tomography machine," *Journal of Practical Medicine*, vol. 2, no. 1090, pp. 22-24, 2019.
- [11] D. Bui *et al.*, "Survey of disease stages in cancer patients coming for examination and treatment at some specialized oncology facilities," *Journal of Practical Medicine*, vol. 1, no. 748, pp. 6-8, 2011.
- [12] V. X. Nguyen and C. T. Ho, "Update of tnm classification for gastric cancer (review)," *Journal of Military Pharmaco-medicine*, vol. 8, pp. 172-179, 2014.
- [13] G. M. Mranda, Y. Xue, X. G. Zhou *et al.*, "Revisiting the 8th AJCC system for gastric cancer: A review on validations, nomograms, lymph nodes impact, and proposed modifications," *Ann Med Surg (Lond)*, vol. 75, 2022, Art. no. 103411, doi: 10.1016/j.amsu.2022.103411.
- [14] C. T. Ho, D. T. Truong, and B. T. Lai, "Early results of radical surgery treatment of lower third gastric cancer in the elderly at Military Hospital 103," *Journal of Military Pharmaco-medicine*, vol. 9, pp. 49-55, 2020.
- [15] Z. Zhu, L. Li, J. Xu *et al.*, "Laparoscopic versus open approach in gastrectomy for advanced gastric cancer: a systematic review," *World J Surg Oncol*, vol. 18, no. 1, 2020, Art. no. 126, doi: 10.1186/s12957-020-01888-7.