

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT BÁN PHẦN DƯỚI DẠ DÀY, VẾT HẠCH CHẶNG D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4, QUÂN KHU 4

Trương Quang Thắng¹, Nguyễn Văn Hương^{1*}
Hồ Sỹ Thuyết¹, Lô Minh Trí¹, Đặng Quang Quân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn, cắt bán phần dưới dạ dày, vết hạch chặng D2, điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu 18 người bệnh ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày, được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vết hạch chặng D2, từ tháng 01/2023 đến tháng 4/2026. Phân loại giai đoạn TNM theo Hiệp hội Phòng chống ung thư quốc tế. Phân loại biến chứng sớm sau mổ theo Clavien-Dindo.

Kết quả: Người bệnh nghiên cứu từ 43 - 81 tuổi, trung bình là $61,13 \pm 11,2$ tuổi; nam giới chiếm 66,7%. Lâm sàng gặp 83,3% người bệnh có đau bụng thượng vị; 38,9% có gầy sút cân; 77,8% có khối u ở hang - môn vị, với kích thước khối u trung bình $3,18 \pm 1,32$ cm. Số hạch nạo vét trung bình là $26,56 \pm 7,42$ hạch, số hạch di căn trung bình là $2,17 \pm 4,46$ hạch. Thời gian phẫu thuật từ 180 - 360 phút, trung bình $223,17 \pm 46,6$ phút. Thời gian rút sonde dạ dày trung bình $5,25 \pm 2,13$ ngày. Thời gian người bệnh có trung tiện sau phẫu thuật trung bình $3,72 \pm 1,36$ ngày. Thời gian người bệnh nằm viện sau phẫu thuật từ 7 - 14 ngày, trung bình $8,33 \pm 3,24$ ngày. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật 16,7% (trong đó có 11,1% viêm tụy cấp). Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật hoặc tử vong trong và sau phẫu thuật. Kết quả mô bệnh học sau mổ nhiều nhất là ung thư biểu mô tuyến (77,7%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vết hạch chặng D2 bước đầu cho thấy khả năng thực hiện an toàn và khả thi trong điều trị ung thư dạ dày.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn, cắt bán phần dưới dạ dày, ung thư dạ dày.

RESULTS OF TOTALLY LAPAROSCOPIC DISTAL SUBTOTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPH NODE DISSECTION FOR THE TREATMENT OF GASTRIC CANCER AT MILITARY HOSPITAL 4

Objectives: To provide an initial evaluation of the early results of totally laparoscopic distal subtotal gastrectomy with D2 lymph node dissection for the treatment of gastric cancer at Military Hospital 4.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study was conducted on 18 patients with gastric carcinoma in the distal one-third of the stomach who underwent totally laparoscopic distal subtotal gastrectomy with D2 lymph node dissection from January 2023 to April 2026. TNM staging was classified according to the Union for International Cancer Control (UICC). Early postoperative complications were classified according to the Clavien-Dindo classification.

Results: Patients were 43 to 81 years old, with a mean age of 61.13 ± 11.2 years; males accounted for 66.7%. Clinically, 83.3% of patients presented with epigastric pain; 38.9% had weight loss; 77.8% had tumors located in the antrum and pylorus, with a mean tumor size of 3.18 ± 1.32 cm. The mean number of retrieved lymph nodes was 26.56 ± 7.42 , and the mean number of metastatic lymph nodes was 2.17 ± 4.46 nodes. Operative time ranged from 180 to 360 minutes, with a mean of 223.17 ± 46.6 minutes. The mean time to nasogastric tube removal was 5.25 ± 2.13 days. The mean time to first passage of flatus after surgery was 3.72 ± 1.36 days. Postoperative hospital stay ranged from 7 to 14 days, with a mean of 8.33 ± 3.24 days. The postoperative complication rate was 16.7% (including 11.1% acute pancreatitis). No intraoperative complications or perioperative deaths were recorded. The most common postoperative histopathological result was adenocarcinoma (77.7%).

Conclusions: Totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy initially demonstrates safety and feasibility in the treatment of gastric cancer.

Keywords: Totally laparoscopic surgery, distal gastrectomy, gastric cancer.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Văn Hương; Email: nguyenvanhuong.qk4@gmail.com
 Ngày nhận bài: 07/6/2026; mời phản biện khoa học: 7/2026; chấp nhận đăng: 14/9/2026
¹Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lí ác tính phổ biến trên thế giới và ở Việt Nam. Năm 2020, UTDD đứng thứ 5 về tỉ lệ mắc mới (hơn 1 triệu ca) và đứng thứ 3 về tỉ lệ tử vong (gần 768.000 ca) trong các bệnh lí ung thư trên toàn thế giới [1]. Theo Tổ chức Ghi nhận ung thư toàn cầu, dự kiến đến năm 2040, toàn cầu sẽ có 1,8 triệu ca mắc mới và 1,3 triệu ca tử vong do UTDD [2]. Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2020, bệnh lí UTDD xếp hàng thứ 5 sau ung thư vú, ung thư phổi (ở nam giới), ung thư đại trực tràng và ung thư tuyến tiền liệt (ở nam giới) [3]. Theo Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản, phương pháp cơ bản trong điều trị UTDD là phẫu thuật; các phương pháp khác (như hóa chất, xạ trị, điều trị đích...) được xem là điều trị bổ trợ, nhằm làm tăng khả năng phẫu thuật triệt căn hoặc kéo dài thời gian sống của người bệnh (NB) sau mổ [4]. Bên cạnh đó, với sự phát triển không ngừng của phẫu thuật nội soi và các dụng cụ cắt nối tự động, phẫu thuật UTDD được tiến hành thuận lợi hơn, đặc biệt là các khối u ở 1/3 giữa và dưới dạ dày.

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị UTDD được triển khai từ năm 2004 và cho đến nay đã đạt được nhiều kết quả đáng khích lệ. Qua thực tiễn lâm sàng, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, nạo vét hạch đã chứng minh được ưu điểm vượt trội so với mổ mở cả về mặt thẩm mỹ, sự phục hồi sau phẫu thuật, cả về mặt bảo đảm nguyên tắc điều trị ung thư khi không thấy có sự khác biệt so với mổ mở [5]. Tuy nhiên, khó khăn lớn nhất khiến cho phương pháp phẫu thuật nội soi khó có thể phổ biến rộng rãi là giá thành cao, thời gian phẫu thuật kéo dài và kĩ thuật khó, đặc biệt là vét hạch chằng D2 và làm miệng nối dạ dày - ruột. Vì vậy, hầu hết các trường hợp phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tại Việt Nam hiện nay là nội soi hỗ trợ (thực hiện thì cắt dạ dày, làm miệng nối ở bên ngoài ổ bụng). Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cho thấy có nhiều hạn chế: nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn (do thực hiện miệng nối ngoài ổ bụng), đường mổ bụng dài hơn, không đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn của phẫu thuật nội soi. Ngoài ra, thực hiện miệng nối trong ổ bụng cung cấp phẫu trường và không gian thao tác tốt hơn so với thực hiện ngoài ổ bụng. Những ưu điểm này của phẫu thuật nội soi hoàn toàn có thể làm giảm sức căng tại vị trí miệng nối và hạn chế tổn thương các cấu trúc lân cận [6].

Đi cùng sự tiến bộ của những trang thiết bị hiện đại, trình độ kĩ thuật của phẫu thuật viên và nhu cầu chất lượng chăm sóc sức khỏe của NB, việc áp dụng phẫu thuật nội soi hoàn toàn trong cắt dạ dày là thực sự cần thiết. Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 (BVQY4/QK4) đã tiến hành thực hiện phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ dày, vét hạch chằng D2 từ cuối năm 2022.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm bước đầu đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch chằng D2 tại BVQY4/QK4.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

18 NB UTDD, có chỉ định và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn, cắt bán phần dưới dạ dày, nạo vét hạch chằng D2, tại Khoa Ngoại tổng hợp, BVQY4/QK4, từ tháng 01/2023 đến tháng 4/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô dạ dày; có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB đã điều trị bổ trợ (xạ trị, hóa chất) trước phẫu thuật; NB không đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, bệnh lí kèm theo, tiền sử phẫu thuật ổ bụng.

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, vị trí khối u, kích thước khối u, đặc điểm mô bệnh học khối u.

+ Đặc điểm phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, số hạch nạo vét trung bình, số hạch dương tính trung bình, tai biến trong mổ.

+ Kết quả sớm sau mổ: mức độ đau sau mổ, thời gian trung tiện, thời gian rút sonde dạ dày, thời gian rút dẫn lưu bụng, thời gian nằm viện.

- Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

+ Phân loại giai đoạn TNM theo Hiệp hội Phòng chống ung thư quốc tế, dựa theo 3 yếu tố: khối u (tumor - T), hạch (nodes - N) và di căn xa (metastasis - M) [7].

+ Phân loại biến chứng sớm sau mổ theo Clavien-Dindo [8].

+ Vết hạch mức D2 theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Ung thư Nhật Bản [4].

- Các bước cơ bản phẫu thuật nội soi hoàn toàn:

+ Bước 1: đặt Trocar, kiểm tra toàn bộ ổ bụng; đánh giá tổn thương dạ dày; đánh dấu vị trí cắt dạ dày; khâu treo gan lên thành bụng.

+ Bước 2: giải phóng, cắt và lấy bỏ toàn bộ mạc nối lớn; vết hạch nhóm 4Sb và 4d.

+ Bước 3: bộc lộ động mạch, tĩnh mạch vị - mạc nối phải; thắt và cắt động mạch, tĩnh mạch vị - mạc nối phải, lấy bỏ hạch nhóm 6.

+ Bước 4: cắt và đóng mỏ tá tràng; vết hạch các nhóm 5 và 12a; bộc lộ, thắt và cắt động mạch vị phải; lấy bỏ toàn bộ mạc nối nhỏ.

+ Bước 5: vết hạch các nhóm 8a, 7, 9, 11p; thắt và cắt động mạch, tĩnh mạch vị trái.

+ Bước 6: vết hạch các nhóm 1, 3.

+ Bước 7: nối dạ dày - hỗng tràng theo kiểu Finsterer bằng stapler thẳng và cắt đoạn dạ dày còn lại.

+ Bước 8: lấy dạ dày đoạn cắt bỏ, mạc nối lớn, các nhóm hạch vét bỏ ra khỏi ổ bụng.

+ Bước 9: rửa ổ bụng, kiểm tra miệng nối mỏ cắt dạ dày, đóng vị trí lỗ Trocar.

- Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được Hội đồng khoa học BVQY4/QK4 chấp thuận. Mọi thông tin cá nhân NB được bảo mật và chỉ sử dụng phục vụ mục tiêu khoa học.

- Phương pháp xử lý số liệu: thu thập số liệu theo mẫu phiếu nghiên cứu thống nhất; nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của NB nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của NB

Độ tuổi	Giới tính (n, %)		Tổng
	Nam giới	Nữ giới	
≤ 49 tuổi	2	1	3 (16,7%)
50-59 tuổi	4	1	5 (27,8%)
≥ 60 tuổi	6	4	10 (55,5%)
Tổng	12 (66,7%)	6 (33,3%)	18 (100%)

NB phân bố từ 43-81 tuổi, trung bình 61,13 ± 11,2 tuổi; chiếm đa số là NB ≥ 60 tuổi (55,5%) và giới tính nam (66,7%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Gặp tỉ lệ lớn NB đau bụng thượng vị (83,3%); nội soi thấy u thể sùi (55,6%), vị trí ở hang - môn vị (77,8%), kích thước u trung bình 3,18 ± 1,32 cm.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng		Số NB (n = 18)	Tỉ lệ (%)
Lâm sàng	Đau bụng thượng vị	15	83,3
	Sút cân	7	38,9
	Thiếu máu	6	33,3
	Hẹp môn vị	4	22,2
	Không triệu chứng	1	5,6
Hình ảnh nội soi	U thể sùi	10	55,6
	U thể loét	7	38,9
	U thể thâm nhiễm	1	5,5
	U ở hang - môn vị	14	77,8
	U ở bờ cong nhỏ	4	22,2
	Kích thước u (cm)	3,18 ± 1,32	

3.3. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Min-max	Mean ± SD
Thời gian phẫu thuật (phút)	180-360	223,17 ± 46,6
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày)	3-9	5,21 ± 2,03
Thời gian rút sonde dạ dày (ngày)	3-10	5,25 ± 2,13
Thời gian có trung tiện sau mổ (ngày)	2-9	3,72 ± 1,36
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	7-14	8,33 ± 3,24
Số hạch nạo vét được	11 - 45	26,56 ± 7,42
Số hạch di căn	0-18	2,17 ± 4,46
Tai biến trong mổ	0	0

Thời gian phẫu thuật trung bình 223,17 ± 46,6 phút; rút dẫn lưu ổ bụng trung bình sau mổ 5,21 ± 2,03 ngày; nằm viện sau mổ 8,33 ± 3,24 ngày. Tổng số hạch nạo vét trung bình là 26,56 ± 7,42 hạch, di căn trung bình là 2,17 ± 4,46 hạch.

Theo bảng 4, gặp nhiều nhất NB ung thư biểu mô tuyến (77,7%, trong đó, ung thư biểu mô tuyến ống chiếm 55,5%) và NB ung thư giai đoạn II (50,0%). Không NB nào ung thư giai đoạn IV.

Bảng 5 chỉ rõ, tỉ lệ biến chứng chung là 16,7% (biến chứng viêm tụy cấp chiếm 11,1%), áp xe tồn dư là 5,6%. Không trường hợp nào rò miệng nối, rò mỏ tá tràng, tử vong trong và sau mổ.

Bảng 4. Phân loại giai đoạn bệnh và mô bệnh học sau mổ

Yếu tố đánh giá		Số NB (n = 18)	Tỉ lệ (%)
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến ống	10	55,5
	Ung thư biểu mô tuyến nhú	3	16,6
	Ung thư biểu mô tuyến nhầy	1	5,6
	Ung thư biểu mô tế bào nhẵn	4	22,3
Giai đoạn bệnh (TNM)	IA	1	5,6
	IB	3	16,6
	IIA	5	27,8
	IIB	4	22,2
	IIIA	4	22,2
	IIIB	1	5,6

Bảng 5. Biến chứng sớm sau mổ (n = 18)

Biến chứng		Số NB (n = 18)	Tỉ lệ (%)
Loại biến chứng	Viêm tụy cấp	2	11,1
	Áp xe tồn dư	1	5,6
Biến chứng sớm theo Clavien-Dindo	Không	15	83,3
	Độ I	1	5,6
	Độ II	2	11,1

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

NB UTDD nghiên cứu phân bố từ 43 - 81 tuổi, trung bình $61,13 \pm 11,2$ tuổi; 55,5% NB ≥ 60 tuổi; tỉ lệ nam/nữ là 2/1. Kết quả này tương đồng các nghiên cứu của Park J.H. (2018) [9] (109 NB cắt dạ dày nội soi do UTDD có tuổi trung bình $61,5 \pm 11,0$; tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,8/1), Ramos (2021) [10] (NB UTDD trung bình 63,9 tuổi; hay gặp hơn ở nam giới).

Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng thượng vị (83,3%) và sút cân (38,9%); chỉ 5,6% NB không có triệu chứng khi đến khám. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Hoàng (2024) [11] (61 NB UTDD được phẫu thuật nội soi hoàn toàn, thấy 85,25% đau vùng thượng vị và 40,98% sút cân), Hà Vũ (2024) [12] (trong 74 NB UTDD, có 84,0% đau thượng vị). Qua nội soi, chúng tôi thấy vị trí khối u hay gặp nhất là hang - môn vị (77,8%), kích thước u trung bình $3,18 \pm 1,32$ cm; về đặc điểm khối u: 55,6% thể sùi, 38,9% thể loét và 5,5% thể thâm nhiễm. Kết quả này tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Hoàng (2024) [11] (77,05% khối u ở vùng hang - môn vị, kích thước trung bình $3,23 \pm 1,91$ cm),

Phạm Minh Đức (2025) [14] (có 60,9% khối u thể sùi, 36,9% thể loét, 2,2% thể thâm nhiễm).

4.2. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sớm sau mổ

Trong nghiên cứu này, thời gian phẫu thuật trung bình là $223,17 \pm 46,6$ phút (180-360 phút); ngắn hơn so với nghiên cứu của Tanimura S [13] (242 phút), dài hơn các nghiên cứu của Nguyễn Hoàng [11] (191,64 phút), Nguyễn Anh Tuấn [6] ($141,06 \pm 26,32$ phút); tương đồng với nghiên cứu của Phạm Minh Đức [14] (217,6 phút). Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $3,72 \pm 1,36$ ngày; tương đương với nghiên cứu của Park J.H. [9] ($3,8 \pm 1,1$ ngày). Thời gian rút sonde dạ dày trung bình là 5,25 ngày; dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng [11] ($1,69 \pm 1,01$ ngày); có thể do chúng tôi chủ trương kéo dài thêm thời gian theo dõi trong giai đoạn đầu triển khai kĩ thuật này. Cho đến nay, chúng tôi đã quyết định cho rút sonde dạ dày sớm hơn (tuân theo JGCA 5th) để NB có thể được ăn sớm hơn, góp phần nâng cao chất lượng phục hồi sau mổ. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng [11] có xu hướng rút sonde dạ dày sớm hơn.

Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là $5,21 \pm 2,03$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình là $8,33 \pm 3,24$ ngày; tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng [11] (thời gian rút dẫn lưu ổ bụng 5,95 ngày, thời gian nằm viện sau mổ 7,9 ngày); ngắn hơn so với nghiên cứu của Park J.H. [9] (thời gian rút dẫn lưu ổ bụng $18,2 \pm 12,9$ ngày trên 71 NB mổ mở và $17,1 \pm 10,7$ ngày trên 109 NB mổ nội soi). Điều này có thể lí giải do mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn; hơn nữa, quyết định ra viện thường dựa vào những diễn biến và đáp ứng lâm sàng, cận lâm sàng của NB.

Số hạch nạo vét được trong mổ trung bình là $26,56 \pm 7,42$ hạch và số di căn trung bình là $2,17 \pm 4,46$ hạch; tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Hoàng (2024) [11] (nạo vét trong mổ trung bình $30,75 \pm 12,84$ hạch, số di căn trung bình là $3,39 \pm 4,70$ hạch), Park J.H. (2018) [9] (nội soi nạo vét trung bình 28,5 hạch trên 109 NB). Về kết quả mô bệnh học sau mổ, chúng tôi gặp 77,7% là ung thư biểu mô tuyến; tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng [11] (tỉ lệ ung thư biểu mô tuyến gặp nhiều nhất: 77,05%). Phân chia giai đoạn bệnh sau phẫu thuật theo TNM, chúng tôi gặp giai đoạn I: 22,2%, giai đoạn II: 50,0%, giai đoạn III: 27,8%; tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng [11] (các tỉ lệ tương ứng lần lượt là 26,23%, 43,07%, 30,70%).

Chúng tôi gặp tỉ lệ biến chứng là 16,7% và chỉ có biến chứng Clavien-Dindo I-II; tương tự nghiên cứu của Nguyễn Hoàng [11] (13,11%). Ramos [10] gặp 15,2% biến chứng; 3,3% tử vong sau mổ 3 tháng

và 6,5% tử vong sau mổ 6 tháng. Park J.H [9] gặp 24,5% biến chứng sau mổ mở và 29,4% biến chứng sau mổ nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 NB (11,1%) viêm tụy cấp (được điều trị nội khoa ổn định). Hai NB này khi bóc tách các nhóm hạch 6, 7, 8, 9 bằng dao siêu âm có thể đã gây sang chấn nhiều đến tụy, gây viêm tụy cấp. Đây cũng là vấn đề chúng tôi cần hết sức quan tâm, rút kinh nghiệm trong những ca phẫu thuật sau này. Có 1 NB (5,5%) áp xe tồn dư (được điều trị nội khoa bảo tồn ổn định); không NB nào có biến chứng rò miệng nối, rò mỗ tá tràng sau mổ hoặc tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ. Các biến chứng toàn thân sau mổ như viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu... đều không gặp.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch chặng D2 trên 18 người bệnh ung thư dạ dày tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, ghi nhận: đa số người bệnh là nam giới (66,7%), có đau bụng vùng thượng vị (83,3%). Khối u dạ dày chủ yếu ở hang-môn vị (77,8%), kích thước trung bình $3,18 \pm 1,32$ cm, mô bệnh học sau mổ chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến (77,7%). Mỗi ca bệnh có số hạch nạo vét trung bình là $26,56 \pm 7,42$ hạch, số di căn trung bình là $2,17 \pm 4,46$ hạch. Các khoảng thời gian trung bình: cuộc mổ ($223,17 \pm 46,6$ phút), rút sonde dạ dày ($5,25 \pm 2,13$ ngày), có trung tiện ($3,72 \pm 1,36$ ngày), nằm viện sau phẫu thuật ($8,33 \pm 3,24$ ngày); tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật (16,7%, trong đó có 11,1% viêm tụy cấp)... bước đầu cho thấy khả năng thực hiện an toàn và khả thi trong điều trị ung thư dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ajani J.A., D'Amico T.A., Bentrem D.J., et al., "Gastric cancer, version 2.2022, NCCN clinical practice guidelines in oncology", *J Natl Compr Canc Netw*, 20 (2): pp. 167-192, 2022.
2. Morgan E., Arnold M., Camargo M.C., et al., "The current and future incidence and mortality of gastric cancer in 185 countries, 2020-40: a population-based modelling study", *Clinical Medicine*, 47 (3): 101404, doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101404, 2022.
3. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al., "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA Cancer J Clin*, 71 (3), pp. 209-249, 2021.
4. Ma G., "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th Ed.)", *Gastric Cancer*, 24 (1): 1-21. doi: 10.1007/s10120-020-01042-y, 2020.
5. Kitano S., Shiraishi N., Uyama I., et al., "Japanese Laparoscopic Surgery Study Group. A multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for early cancer in Japan", *Ann Surg*, 245 (1): pp. 68-72, 2007.
6. Nguyễn Anh Tuấn, Lương Ngọc Cường và cộng sự, "Kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 điều trị UTDD", *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, 16 (số đặc biệt: HNKH): tr.89-95, 2021.
7. Union for International Cancer Control (Edited by Brierley J.D., Gospodarowicz M.K., Wittekind C.), *TNM classification of malignant tumours*, 8th edition, John Wiley & Sons, 2016.
8. Dindo D., Demartines N., Clavien P.A., "Classification of surgical complications a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey", *Annals of Surgery*, 240 (2): pp. 205-213, 2004.
9. Park J.H., Jeong S.H., Lee Y.J., et al., "Comparison of long-term oncologic outcomes of laparoscopic gastrectomy and open gastrectomy for advanced gastric cancer: a retrospective cohort study", *Korean Journal of Clinical Oncology*, 14 (1): pp.21-29, doi: 10.14216/kjco.18004, 2018.
10. Ramos M.F.K.P, Pereira M.A., Dias A.R., et al., "Laparoscopic gastrectomy for early and advanced gastric cancer in a western center: a propensity score-matched analysis". *Updates Surg*, 73 (5): pp.1867-1877, doi: 10.1007/s13304-021-01097-1, 2021.
11. Nguyễn Hoàng, Nguyễn Tú Anh, "Kết quả điều trị ung thư biểu mô dạ dày bằng PTNS hoàn toàn cắt dạ dày, nạo vét hạch D2, lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu chữ Y, tại Bệnh viện ĐH Y Hà Nội", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 537 (2): tr. 9-13, doi: 10.51298/vmj.v537i2.9187, 2024.
12. Hà Vũ, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTDD tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Thống Nhất", *Tạp chí Y học cộng đồng*, 65 (12): tr. 218-222, 2024.
13. Tanimura S., Hiki N., Yook J.H., Park S.S., "For treatment of the upper area of the stomach. In: Laparoscopic gastrectomy for cancer: standard techniques and clinical evidences", *Springer Japan*, pp. 39-42, 2012.
14. Phạm Minh Đức, Đỗ Văn Gia Khánh và CS, "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày thực hiện miệng nối trong ổ phúc mạc điều trị UTDD", *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*, 17 (1): tr. 115-121, doi: 10.38103/jcmhch.17.1.17, 2025. □