

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT ĐOẠN DẠ DÀY CỰC DƯỚI NẠO VẾT HẠCH D2 BẢO TỒN NHÁNH TẠNG THẦN KINH X ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Vũ Xuân Vinh^{1,2}

Nguyễn Ngọc Hùng¹

Nguyễn Thế Hiệp^{1,2}

Nguyễn Huy Du¹

Nguyễn Vũ Quang¹

¹ Trung tâm Phẫu thuật tiêu
hóa, Bệnh viện Bạch Mai

² Bộ môn Ngoại, Trường
Đại học Y Hà Nội

*Tác giả chịu trách nhiệm:

Nguyễn Ngọc Hùng

Bệnh viện Bạch Mai

Email: hungchir@yahoo.fr

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ dày cực dưới, nạo vét hạch D2, bảo tồn nhánh tạng thần kinh X điều trị bệnh nhân ung thư dạ dày.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 81 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ dày cực dưới, nạo vét hạch D2 và bảo tồn nhánh tạng thần kinh X tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2023 đến 12/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình là 65,3 tuổi; nam giới chiếm đa số; tỷ lệ nam/nữ 2,3/1. Chỉ số BMI trung bình $22,1 \pm 2,8$. Vị trí u ở hang vị chiếm 61,7% (50/81 bệnh nhân); u thân vị 9,9% (8/81 bệnh nhân); u bờ cong nhỏ 25,9% (21/81 bệnh nhân); u bờ cong lớn 2,5% (2/82 bệnh nhân). 100% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn thành công. Thời gian mổ trung bình 218 ± 24 phút. Thời gian trung tiện trung bình là $2,7 \pm 0,8$ ngày. Số hạch nạo vét trung bình $16,0 \pm 7,4$ hạch. Không có biến chứng nặng và tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $8,6 \pm 2,4$ ngày. Tỷ lệ tiêu chảy sau mổ 4,6%. 84% bệnh nhân không bị giảm cân sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ dày cực dưới, nạo vét hạch D2 bảo tồn nhánh tạng thần kinh X là phương pháp an toàn, khả thi và mang lại kết quả sớm thuận lợi.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn, cắt đoạn dạ dày cực dưới, bảo tồn thần kinh X

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày cực dưới kèm nạo vét hạch D2 là kỹ thuật chuẩn trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị. Tuy nhiên, trong phẫu thuật truyền thống, thần kinh X thường bị cắt bỏ, dẫn đến nhiều rối loạn chức năng sau mổ như tiêu chảy, hội chứng Dumping, giảm cân và ảnh hưởng

đến tình trạng dinh dưỡng cũng như chất lượng sống của người bệnh [1].

Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi và hiểu biết giải phẫu ngày càng đầy đủ, kỹ thuật bảo tồn nhánh tạng thần kinh X trong phẫu thuật cắt dạ dày đã trở nên khả thi. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy bảo tồn thần kinh X có thể giúp cải thiện chức năng tiêu hóa và tình trạng dinh dưỡng sau

mổ mà vẫn đảm bảo nguyên tắc ung thư học[1][2]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, báo cáo về kỹ thuật này còn hạn chế.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: “Kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ dày cực dưới, nạo vét hạch D2, bảo tồn nhánh tạng thần kinh X điều trị ung thư dạ dày” với mục tiêu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật bảo tồn nhánh tạng thần kinh X và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày vùng hang môn vị, được điều trị phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ dày cực dưới, nạo vét hạch D2, bảo tồn thần kinh X tại Trung tâm Phẫu thuật tiêu hóa tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ dày cực dưới, nạo vét hạch D2; bảo tồn thần kinh X. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến của dạ dày.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu được chọn theo cỡ mẫu thuận tiện

2.4. Quy trình phẫu thuật

- Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên: Bệnh nhân nằm ngửa 2 chân dạng 45 độ, phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân BN, phụ

camera đứng bên phải BN, 2 bác sĩ phụ đứng bên trái và bên phải BN.

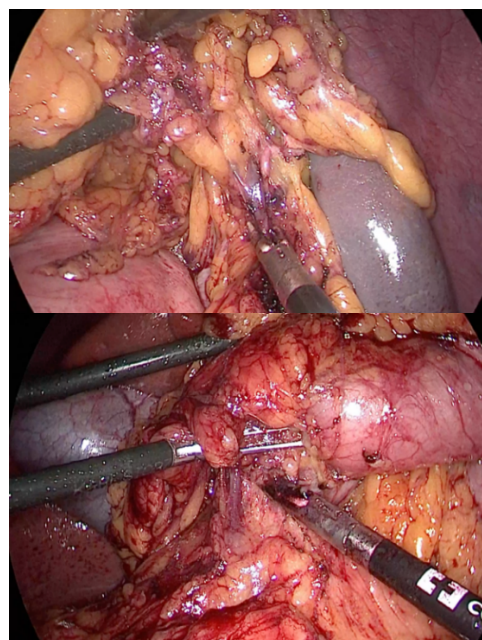
- Các bước kỹ thuật:

+ Đặt 5 trocar, bơm hơi áp lực 12mmHg, thăm dò toàn bộ ổ bụng: phúc mạc, gan, dạ dày...



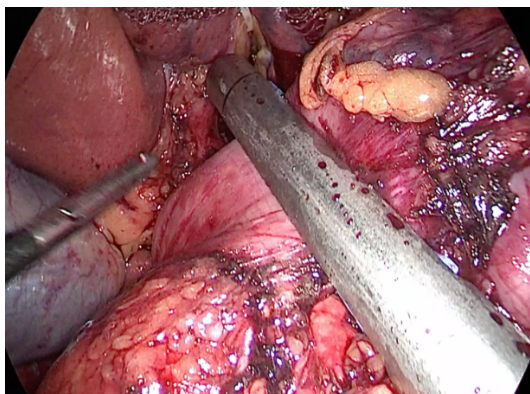
Hình 1: Vị trí Trocar phẫu thuật

+ Cắt mạc nối lớn khỏi đại tràng ngang; cắt mạch vị mạc nối trái; nạo vét hạch nhóm 4. Phẫu tích cắt bó mạch vị mạc nối phải nạo vét hạch nhóm 6.



Hình 2: Cắt động mạch vị mạc nối trái và nạo vét hạch nhóm 6

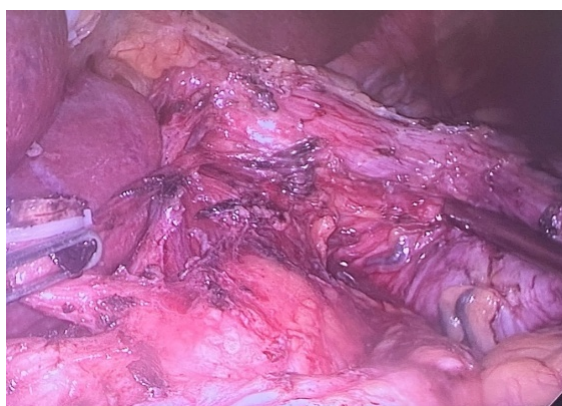
+ Cắt động mạch vị phải, nạo vét hạch nhóm 5. Cắt, đóng móm tá tràng bằng stapler 60mm.



Hình 3: Cắt móm tá tràng

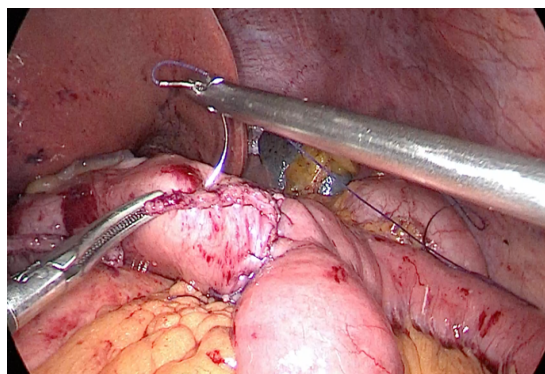
+ Phẫu tích cắt tĩnh mạch, nạo vét hạch nhóm 7. Nạo vét hạch nhóm 8a, 9, 11, 12a.

+ Bảo tồn nhánh tạng thần kinh X: Bộc lộ nhánh sau thần kinh X, kéo thần kinh sang bên phải khi đó các nhánh Latajret sẽ được cắt bỏ bằng dao hàn mạch. Nhánh tạng chạy đến hạch tạng đi cùng động mạch vị trái và nằm sau gốc động mạch này. Sau khi lấy bỏ tổ chức liên kết cùng hạch bạch huyết dọc động mạch vị trái (hạch nhóm 7), cắt bỏ động mạch gần chỗ phân nhánh thần kinh đi cùng động mạch để tránh phá hủy nhánh tạng của thần kinh X.



Hình 4: Nhánh tạng thần kinh X được bảo tồn sau khi nạo vét hạch

+ Cắt dạ dày bằng 02 stappler thẳng. Tiến hành nối dạ dày và hồng tràng bằng stapler thẳng theo kiểu Billroth II và khâu đóng vị trí mở ruột, dạ dày bằng mũi khâu vắt.



Hình 5: Miệng nối dạ dày hồng tràng

+ Mở nhỏ đường ngang trên vệt lấy bệnh phẩm. Đóng bụng và các lỗ trocar

2.5. Các biến số nghiên cứu:

- Tuổi, giới tính
- Chỉ số khối cơ thể BMI
- Triệu chứng lâm sàng: đau thượng vị, hội chứng hẹp môn vị, sờ thấy u,....
- Nội soi dạ dày: vị trí u: Bờ cong nhỏ, thân vị, hang môn vị,
- Thời gian phẫu thuật
- Giải phẫu bệnh sau mổ: phân loại theo TNM, phân loại theo 4 giai đoạn
- Kết quả sớm: biến chứng sớm, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện sau mổ, tử vong sau mổ, tiêu chảy sau mổ, sự thay đổi cân nặng sau mổ

2.6. Phân tích và xử lý số liệu: Thu thập số và xử lý số liệu với phần mềm SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày cực dưới nạo vét hạch D2 bảo tồn thần kinh X là một can thiệp ngoại khoa lớn; tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu

cứu đã được giải thích rõ về kỹ thuật, nguy cơ – lợi ích và đồng ý ký bản đồng thuận tham gia nghiên cứu bằng văn bản. Toàn bộ thông tin định danh cá nhân của bệnh nhân đã được mã hoá và bảo mật. Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nội dung của nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình là 65,3 tuổi; nam giới chiếm đa số; tỷ lệ nam/nữ 2,3/1. Chỉ số BMI trung bình $22,1 \pm 2,8$; phần lớn bệnh nhân có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường. Triệu chứng thường gặp nhất khi nhập viện là đau thượng vị. Trên nội soi: vị trí u ở hang vị chiếm 61,7% (50/81 bệnh nhân); u thân vị 9,9% (8/81 bệnh nhân); u bờ cong nhỏ 25,9% (21/81 bệnh nhân); u bờ cong lớn 2,5% (2/82 bệnh nhân). Giải phẫu bệnh chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến.

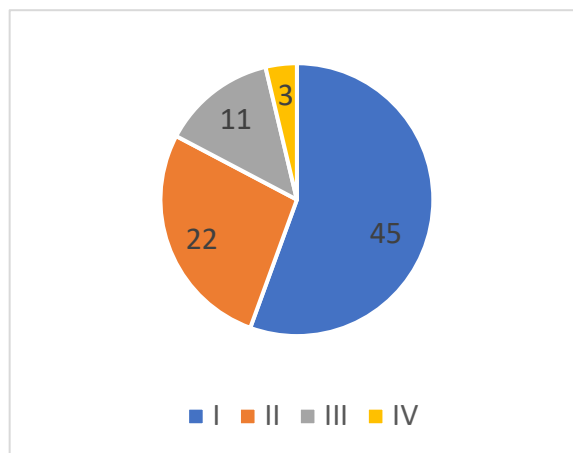
Kết quả sớm phẫu thuật

Bảng 1: Phân loại theo TNM

Giai đoạn TNM	Số lượng	Tỉ lệ %
T1	41	50,6%
T2	23	28,3
T3	10	12,5
T4	7	8,6
N0	56	68,7
N1	13	15,6
N2	10	12,5
N3	2	3,2
M0	81	100

100% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn, không có trường hợp chuyển mổ mở. Thời gian mổ trung bình là 218 ± 24

phút. Không ghi nhận tai biến trong mổ. Giải phẫu bệnh: số hạch nạo vét trung bình đạt $16,0 \pm 7,4$ hạch; tất cả các trường hợp đều có diện cắt âm tính.



Biểu đồ 1: Giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật giai đoạn I: 45 BN (55,5%); II: 22 BN (28,1%); III: 11 BN (12,7%) IV: 3 (3,7%).

Thời gian trung tiện trung bình là $2,7 \pm 0,8$ ngày; thời gian nằm viện sau mổ trung bình $8,6 \pm 2,4$ ngày. Không ghi nhận biến chứng nặng, không có tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ. Tỷ lệ tiêu chảy sau mổ thấp (4,6%).

Bảng 2. Thay đổi cân nặng sau mổ

Thay đổi cân nặng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tăng cân	7	8,6
Không thay đổi	61	75,4
Giảm cân	13	16,1

Đa số bệnh nhân duy trì được cân nặng sau mổ, chiếm 84%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình bệnh nhân là 65,3 tuổi, nam giới chiếm đa số; tỷ lệ nam/nữ 2,3/1. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ ung thư dạ dày tại Việt Nam cũng như các báo cáo trong và ngoài nước, trong đó ung thư dạ dày thường gặp ở nhóm tuổi trung niên và người cao tuổi, với tỷ lệ nam cao hơn nữ. Phần lớn bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường, cho thấy đa số người bệnh được phát hiện và can thiệp phẫu thuật khi tình trạng toàn thân còn cho phép.

Vị trí khối u chủ yếu nằm ở vùng hang – môn vị, đây là vị trí thường gặp và cũng là chỉ định điển hình cho phẫu thuật cắt đoạn dạ dày cực dưới. Kết quả mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến, phù hợp với đặc điểm mô bệnh học thường gặp của ung thư dạ dày. Phân bố giai đoạn bệnh sau mổ tập trung chủ yếu ở giai đoạn I và II cho thấy việc chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn còn khả năng phẫu thuật triệt căn ngày càng được cải thiện.

4.2. Tính khả thi và an toàn của phẫu thuật

Nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn thành công, không có trường hợp chuyển mổ mở. Kết quả này khẳng định tính khả thi của phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ dày cực dưới, nạo vét hạch D2 bảo tồn nhánh tạng thần kinh X trong thực hành lâm sàng tại một trung tâm ngoại khoa lớn.

Thời gian mổ trung bình 218 ± 24 phút tương đương với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế về phẫu thuật nội soi cắt dạ dày có nạo vét hạch D2. Việc bảo tồn nhánh tạng thần kinh X đòi hỏi phẫu thuật viên phải nắm vững giải phẫu và thao tác tỉ mỉ hơn, tuy

nhiên không làm kéo dài thời gian mổ một cách đáng kể.

Giải phẫu phức tạp của dây thần kinh phế vị, thường đan xen với các mạch máu và được bao quanh bởi hệ thống hạch bạch huyết, làm gia tăng độ khó của quá trình phẫu tích bảo tồn thần kinh. Việc nạo vét hạch hoàn toàn trong phẫu thuật cắt dạ dày bảo tồn dây thần kinh phế vị được xem là một thách thức lớn. Do đó, dây thần kinh X thường bị cắt bỏ trong quá trình xử trí mạch máu, từ đó dẫn đến các biến chứng sau mổ như rối loạn tiêu hóa, sỏi túi mật và tiêu chảy [2].

Nhánh tạng của dây thần kinh phế vị chạy trong nếp vị - tụy, dọc theo động mạch vị trái đến tận nguyên ủy, và được bao quanh bởi nhóm hạch số 7. Ngoài ra, do các hạch bạch huyết ngoại vị nằm bên ngoài bao mạch - thần kinh, về mặt lý thuyết có thể nhận diện rõ mặt phẳng giữa hạch và bao mạch - thần kinh khi bảo tồn dây thần kinh, từ đó nạo vét hạch triệt để đồng thời bảo vệ dây thần kinh.

Cùng với sự phát triển và hoàn thiện của kỹ thuật nội soi, việc bảo tồn thần kinh tự chủ trong phẫu thuật cắt dạ dày nội soi đã được chứng minh là không ảnh hưởng đáng kể đến kết quả phẫu thuật ngắn hạn cũng như thời gian sống còn dài hạn của người bệnh. Nhiều nghiên cứu so sánh các chỉ tiêu phẫu thuật như thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, số lượng hạch được nạo vét, biến chứng sớm sau mổ và thời gian nằm viện giữa các nhóm có và không bảo tồn dây thần kinh phế vị đều cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số hạch nạo vét trung bình đạt $16,0 \pm 7,4$ hạch, đáp ứng yêu cầu tối thiểu theo các khuyến cáo hiện hành. Tất cả các trường hợp đều đạt

diện cắt âm tính, cho thấy phẫu thuật đảm bảo nguyên tắc triệt căn về ung thư học.

Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy việc bảo tồn nhánh tạng thần kinh X không làm giảm số lượng hạch nạo vét cũng như không ảnh hưởng đến khả năng cắt bỏ triệt căn khối u. Điều này khẳng định rằng bảo tồn thần kinh có thể được thực hiện song song với nạo vét hạch D2 nếu phẫu thuật viên nắm vững giải phẫu và tuân thủ chặt chẽ nguyên tắc phẫu thuật ung thư [2] [3] [4].

4.3. Vai trò của bảo tồn nhánh tạng thần kinh X

Hiện nay, khả năng chẩn đoán sớm và phẫu thuật triệt căn làm tăng tỷ lệ sống còn của ung thư dạ dày giai. Mục tiêu chính của các can thiệp phẫu thuật hiện nay là giới hạn phạm vi cắt bỏ, bảo tồn chức năng thần kinh, duy trì cấu trúc giải phẫu của dạ dày và cải thiện chất lượng sống sau mổ, đồng thời vẫn đảm bảo phẫu thuật triệt căn tổn thương.

Dây thần kinh phế vị là dây thần kinh hỗn hợp có phân bố rộng nhất và đường đi dài nhất trong cơ thể, bao gồm các sợi hướng tâm (cảm giác) và ly tâm (vận động). Khoảng 90% các sợi của dây thần kinh phế vị dưới cơ hoành là các nơron hướng tâm. Thân trước của dây thần kinh phế vị chạy ở mặt trước (bụng) của thực quản, sau đó tại tâm vị chia thành nhánh vị trước và nhánh gan; trong khi đó, thân sau nằm ở mặt sau (lưng) của thực quản và tại tâm vị chia thành nhánh vị sau và nhánh bụng. Dây thần kinh phế vị điều hòa chức năng tiêu hóa giữa các bữa ăn của túi mật, cơ vòng Oddi và mô hình vận động dạ dày - tá tràng; trong đó nhánh tạng (celiac branch) chi phối ống tiêu hóa từ tá tràng đến đại tràng ngang và truyền thông tin về vùng dưới đồi. Miao và cộng sự [5] cho thấy rằng hoạt động vận động tiêu hóa của dạ dày - tá

tràng, túi mật và cơ vòng Oddi tăng lên rõ rệt sau khi cắt bỏ nhánh tạng của dây thần kinh phế vị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tiêu chảy sau mổ thấp (4,6%) và đa số bệnh nhân duy trì được cân nặng sau mổ (84%). Đây là những chỉ số quan trọng phản ánh chức năng tiêu hóa và tình trạng dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật.

Thần kinh X đóng vai trò quan trọng trong điều hòa nhu động tiêu hóa, bài tiết dịch mật và chức năng ruột. Việc cắt bỏ thần kinh X trong phẫu thuật cắt dạ dày truyền thống có thể dẫn đến rối loạn nhu động ruột, tiêu chảy kéo dài và sụt cân. Bảo tồn nhánh tạng thần kinh X giúp duy trì phần nào chức năng sinh lý này, từ đó cải thiện kết quả chức năng và chất lượng sống sau mổ.

Tương tự, trong thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng của Kim và cộng sự [6], tỷ lệ tiêu chảy tại 3 tháng và 12 tháng sau mổ ở nhóm bảo tồn dây thần kinh phế vị thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không bảo tồn ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Ichiro Uyama và cộng sự [7] cũng cho thấy rằng bảo tồn nhánh tạng của dây thần kinh phế vị có thể làm giảm tỷ lệ tiêu chảy sau mổ.

Nhánh tạng của dây thần kinh phế vị phân bố rộng rãi tại dạ dày, tá tràng, hỗng tràng, tụy và các cơ quan khác của đường tiêu hóa trên, đóng vai trò điều hòa nhu động tiêu hóa, bài tiết dịch ruột và nhiều hoạt động sinh lý khác. Dây thần kinh phế vị cũng có thể điều hòa chức năng tiêu hóa thông qua việc điều hòa sự bài tiết các hormone đường tiêu hóa. Các nghiên cứu trước đây đã ghi nhận tỷ lệ tiêu chảy sau mổ cao hơn ở những bệnh nhân được cắt dạ dày kèm cắt thân dây thần kinh phế vị [8], nguyên nhân là do sự vận chuyển nhanh và kém hấp thu các chất dinh dưỡng trong ruột

sau phẫu thuật cắt dây phế vị theo O'Brien và cộng sự [9]. Sự gián đoạn các sợi ly tâm của hệ giao cảm tại ruột dẫn đến hoạt động không bị ức chế của các sợi phó giao cảm phế vị, từ đó làm tăng nhu động ruột.

Ngoài ra, Ichikura và cộng sự cho rằng tổn thương đám rối thần kinh quanh các động mạch trong quá trình nạo vét hạch có thể dẫn đến tiêu chảy sau mổ [10]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tiêu chảy cũng thấp hơn ở nhóm được bảo tồn so với nhóm không bảo (8,9% so với 25,8%, $p < 0,05$).

Về tiên lượng dài hạn, theo nghiên cứu của Furukawa và cộng sự [11] tỷ lệ sống không tái phát sau 5 năm lần lượt là 99,1% ở nhóm bảo tồn thần kinh và 97,1% ở nhóm không bảo tồn, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu của Seong - Ho Kong và cộng sự [12], tỷ lệ sống không tái phát sau 3 năm là 100,0% ở nhóm cắt dạ dày bảo tồn thần kinh so với 97,8% ở nhóm không bảo tồn ($p > 0,05$). Liu và cộng sự [13] cũng ghi nhận kết quả tương tự: trong nghiên cứu của mình, tỷ lệ sống sau 5 năm của nhóm bảo tồn nhánh tạng của thần kinh X và nhóm không bảo tồn lần lượt là 96,4% và 94,6% ($p > 0,05$).

Đối với các rối loạn lâu dài sau cắt dạ dày, theo Kazuyuki và cộng sự [14] nhận thấy tỷ lệ sỏi túi mật sau mổ ở nhóm bảo tồn dây thần kinh phế vị thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không bảo tồn ($p < 0,05$). Yamada và cộng sự [15] báo cáo rằng hội chứng Dumping chỉ xảy ra ở 2 bệnh nhân (2,9%) sau cắt dạ dày đoạn xa bảo tồn nhánh tạng, trong khi con số này là 14 bệnh nhân (15,7%) ở nhóm cắt bỏ ($p < 0,05$). Trong một báo cáo trước đó của chính tác giả, tỷ lệ tiêu chảy sau mổ, trào ngược mật và liệt dạ dày ở nhóm bảo tồn nhánh tạng thấp hơn rõ rệt so với nhóm không bảo tồn ($p < 0,05$). Tương tự,

trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng do Kim và cộng sự thực hiện [6], tỷ lệ tiêu chảy tại thời điểm 3 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật ở nhóm bảo tồn dây thần kinh X thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cắt thần kinh ($p < 0,05$).

Điều này cho thấy rằng phẫu thuật cắt dạ dày bảo tồn dây thần kinh phế vị là an toàn và khả thi và đem lại lợi ích lâu dài cho bệnh nhân ung thư dạ dày.

Nghiên cứu của chúng tôi góp phần cung cấp thêm bằng chứng về tính an toàn, khả thi và lợi ích chức năng của phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ dày cực dưới, nạo vét hạch D2 bảo tồn nhánh tạng thần kinh X trong điều kiện thực tế tại Việt Nam. Kỹ thuật này có thể được xem là một hướng tiếp cận phù hợp nhằm nâng cao chất lượng điều trị và chất lượng sống cho người bệnh ung thư dạ dày.

Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế như thiết kế hồi cứu, cỡ mẫu chưa lớn và thời gian theo dõi còn ngắn, chưa đánh giá được kết quả lâu dài cũng như tiên lượng sống thêm. Ngoài ra, chưa có nhóm chứng để so sánh trực tiếp với phẫu thuật không bảo tồn thần kinh X. Trong thời gian tới, cần có các nghiên cứu tiến cứu, cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ hiệu quả lâu dài và lợi ích của kỹ thuật này.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: (i) thiết kế hồi cứu, đơn trung tâm, không có nhóm so sánh với phẫu thuật không bảo tồn thần kinh X — do đó không thể khẳng định ưu thế của kỹ thuật bảo tồn; (ii) chưa có dữ liệu chức năng tiêu hoá hậu phẫu dài hạn (tiêu chảy, hội chứng Dumping, sụt cân tại 1, 3, 6 tháng) — đây là kết cục cốt lõi của việc bảo tồn TK X; (iii) phương pháp xác nhận bảo tồn nhánh tạng TK X cần được mô tả chi tiết (quan sát

trực tiếp, hình ảnh trong mổ); (iv) chưa báo cáo đầy đủ tỷ lệ R0 và số hạch nạo vét trung bình; (v) phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo để nghị áp dụng.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ dày cực dưới kết hợp nạo vét hạch D2 và bảo tồn nhánh tạng thần kinh X là phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị ung thư dạ dày. Kỹ thuật này đảm bảo các nguyên tắc ung thư học với tỷ lệ nạo vét hạch và diện cắt đạt yêu cầu, không làm tăng tai biến và biến chứng trong và sau mổ. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật mang lại hiệu quả sớm thuận lợi với thời gian hồi phục nhanh, tỷ lệ biến chứng thấp và không ghi nhận tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ. Việc bảo tồn nhánh tạng thần kinh X góp phần cải thiện chức năng tiêu hóa sau mổ, thể hiện qua tỷ lệ tiêu chảy thấp và đa số duy trì được cân nặng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). *Gastric Cancer*. 2021;24(1):1–21.
2. Guo J, Li X, Zhang Y, et al. Early outcomes of laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and vagus nerve preservation for gastric cancer. *World Journal of Surgical Oncology*. 2024;22:45.
3. Fukunaga T, Hiki N, Kubota T, Nunobe S, et al. Oncologic outcomes of laparoscopy-assisted distal gastrectomy for gastric cancer. *Ann Surg Oncol*. 2013;20:2676–82.
4. Uyama I, Sakurai Y, Komori Y, et al. Laparoscopic gastrectomy with preservation of the vagus nerve accompanied by lymph node dissection for early gastric carcinoma. *J Am Coll Surg*. 2005;200:140–5.
5. Miao FJ, Jänig W, Levine JD. Vagal branches involved in inhibition of bradykinin-induced synovial plasma extravasation by intrathecal nicotine and noxious stimulation in the rat. *J Physiol*. 1997;498(Pt 2):473–81.
6. Kim SM, Cho J, Kang D, et al. A Randomized Controlled Trial of Vagus Nerve-preserving Distal Gastrectomy Versus Conventional Distal Gastrectomy for Postoperative Quality of Life in Early Stage Gastric Cancer Patients. *Ann Surg*. 2016;263:1079–84.
7. Uyama I, Sakurai Y, Komori Y, et al. Laparoscopic gastrectomy with preservation of the vagus nerve accompanied by lymph node dissection for early gastric carcinoma. *J Am Coll Surg*. 2005;200:140–5.
8. Stoddard CJ, Johnson AG, Duthie HL. The four to eight year results of the Sheffield trial of elective duodenal ulcer surgery—highly selective or truncal vagotomy? *Br J Surg*. 1984;71:779–82.
9. O'Brien JD, Thompson DG, McIntyre A, et al. Effect of codeine and loperamide on upper intestinal transit and absorption in normal subjects and patients with postvagotomy diarrhoea. *Gut*. 1988;29:312–8.
10. Ichikura T, Tomimatsu S, Okusa Y, et al. Improved physical condition by limiting lymphadenectomy around the coeliac artery after distal gastrectomy for gastric cancer. *Eur J Surg*. 1999;165:123–32.
11. Furukawa H, Ohashi M, Honda M, et al. Preservation of the celiac branch of the vagal nerve for pylorus-preserving gastrectomy: is it meaningful? *Gastric Cancer*. 2018;21:516–23.
12. Wang CJ, Kong SH, Park JH, et al. Preservation of hepatic branch of the vagus nerve reduces the risk of gallstone formation after gastrectomy. *Gastric Cancer*. 2021;24:232–44.

13. Liu Y, Cui X, Zhang Y, Efficacy of Celiac Branch Preservation in Billroth-I Reconstruction After Laparoscopy-Assisted Distal Gastrectomy. J Surg Res. 2020;245:330–7.
14. Kojima K, Yamada H, Inokuchi M, et al. Functional evaluation after vagus-nerve-sparing laparoscopically assisted distal gastrectomy. Surg Endosc. 2008;22:2003–8.
15. Yamada H, Kojima K, Inokuchi et al. Efficacy of celiac branch preservation in Roux-en-y reconstruction after laparoscopy assisted distal gastrectomy. Surgery. 2011;149:22–8

ABSTRACT

SHORT-TERM OUTCOMES OF TOTALLY LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH VAGUS NERVE-PRESERVING D2 LYMPHADENECTOMY FOR THE TREATMENT OF GASTRIC CANCER

Objectives: This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the early outcomes of totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and preservation of the celiac branch of the vagus nerve in patients with gastric cancer.

Participants and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 81 patients with gastric cancer who underwent totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymph node dissection and preservation of the celiac branch of the vagus nerve at Bach Mai Hospital from January 2023 to December 2024.

Results: The mean age was 65.3 years, with a male predominance (male-to-female ratio 2.3:1). The mean body mass index was 22.1 ± 2.8 . Tumor locations included the antrum in 61.7% (50/81), the gastric body in 9.9% (8/81), the lesser curvature in 25.9% (21/81), and the greater curvature in 2.5% (2/81). All patients successfully underwent totally laparoscopic surgery. The mean operative time was 218 ± 24 minutes. The mean time to first flatus was 2.7 ± 0.8 days. The mean number of retrieved lymph nodes was 16.0 ± 7.4 . No major postoperative complications or mortality were recorded. The mean postoperative hospital stay was 8.6 ± 2.4 days. Postoperative diarrhea occurred in 4.6% of patients. 84% of patients experienced no postoperative weight loss.

Conclusion: Totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and preservation of the celiac branch of the vagus nerve is a safe and feasible procedure, providing favorable early postoperative outcomes.

Keywords: *Totally laparoscopic surgery; distal gastrectomy; vagus nerve preservation.*