

- Bộ Y tế.** Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2021-2025 (4531/QĐ-BYT). Hà Nội. 2021
- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B mạn tính (Quyết định số 3310/QĐ-BYT). Hà Nội: 2019.
- Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, et al.** Update on treatment of chronic hepatitis B: 2018 AASLD guidelines. *Hepatology*. 2018;67(4):1560–1599. doi:10.1002/hep.29800
- Đỗ Như Bình, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Minh Hạnh.** Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm trên người bệnh VGVRBMT điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y học Quân sự*. 2021; 335(1):72–77.
- Nguyễn Trọng Đại, Bùi Thị Ngọc Hà, Lê Lệnh Lương** (2023). Mối tương quan giữa tải lượng HBV DNA và hoạt độ ALT ở người bệnh viêm gan virus B mạn tính tại Trung tâm Chẩn đoán Y khoa 360 Lê Hoàn năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số đặc biệt tháng 12
- Nguyễn Đình Ứng, Đỗ Thị Lệ Quyên, Hoàng Tiên Tuyên, Lê Phương Hà, Nguyễn Trọng Chính, Hồ Hữu Thọ, Vũ Thị Tường Vân.** Mối liên quan giữa nồng độ HBsAg huyết thanh, tải lượng HBV và men transaminase ở người nhiễm HBV mạn tính. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2020;(8):101–108.
- Esmaealzadeh A, Saadatnia H, Memar B, Amirmajdi EM, Ganji A, Goshayeshi L, et al.** Evaluation of serum HBV viral load, transaminases and histological features in chronic HBeAg-negative hepatitis B patients. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2017 Winter;10(1):17–23. PMID: 28331563; PMCID: PMC5346823.

PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG KẾT HỢP NỘI SOI TIÊU HÓA CÙNG VỚI SINH THIẾT HẠCH CANH GÁC TRONG UNG THƯ SỚM DẠ DÀY: BÁO CÁO HÀNG LOẠT CA

Đỗ Minh Hùng¹, Nguyễn Quốc Thái¹, Ngô Hoàng Kiến Tâm¹, Nguyễn Anh Đức¹, Võ Nhật Trường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ung thư dạ dày (UTDD) vẫn là một gánh nặng y tế tại các nước Đông Á, trong đó UTDD giai đoạn sớm có tiên lượng tốt hơn đáng kể. Tiêu chuẩn vàng trong điều trị vẫn là phẫu thuật triệt để, tuy nhiên chất lượng cuộc sống (CLCS) sau phẫu thuật cũng cần được quan tâm. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả ngắn hạn của phẫu thuật nội soi ổ bụng (NSOB) kết hợp nội soi tiêu hóa (NSTH) cùng với sinh thiết hạch canh gác (HCG) trong điều trị UTDD giai đoạn sớm. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành báo cáo loạt ca gồm ba bệnh nhân UTDD giai đoạn sớm được điều trị bằng NSOB kết hợp NSTH và sinh thiết HCG tại Bệnh viện Tâm Anh. Tất cả bệnh nhân đều được nạo vét tối thiểu bốn hạch HCG, diện cắt được kiểm tra bằng sinh thiết lạnh trong mổ. Các dữ liệu được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật, biến chứng và theo dõi sau mổ. **Kết quả:** Cả ba ca phẫu thuật đều thành công, không cần chuyển mổ mở. Sinh thiết lạnh xác nhận không di căn hạch và diện cắt âm tính với ranh giới ≥ 1 cm. Thời gian theo dõi lần lượt là 21 tháng, 13 tháng và 12 tháng, không ghi nhận tái phát. Một trường hợp gặp biến chứng hẹp dạ dày ngày hậu phẫu 16, được điều trị bảo tồn thành công. **Kết luận:** Phẫu thuật NSOB kết hợp NSTH cùng sinh thiết HCG là phương pháp khả thi và có tiềm năng triển khai có chọn lọc trong điều trị UTDD giai đoạn sớm. Kỹ thuật

này vừa đáp ứng nguyên tắc ung thư học, vừa có tiềm năng cải thiện CLCS, mở ra một lựa chọn điều trị ít xâm lấn cho bệnh nhân.

Từ khóa: UTDD giai đoạn sớm, Phẫu thuật NSOB kết hợp NSTH, Sinh thiết HCG

SUMMARY

LAPAROSCOPIC AND ENDOSCOPIC COOPERATIVE SURGERY PLUS SENTINEL LYMPH NODE NAVIGATION SURGERY IN EARLY GASTRIC CANCER: CASE SERIES FROM VIETNAM

Introduction: Gastric cancer is still a heavy burden in East Asian countries, including Vietnam, Japan, South Korea and China [1]. Notably, early gastric cancer (EGC) carries a more favorable prognosis [2]. In the treatment of even these early tumors, the gold standard is the complete removal of the malignant cells. In addition, the patient's quality of life (QoL) after these procedures must be taken into consideration. **Methods:** Three consecutive patients with EGC underwent LECS plus SNNS at our hospital. At least four lymphatic basins were harvested and examined intraoperatively with frozen section analysis to assess lymph node status and resection margins. Clinical features, surgical outcomes, and postoperative events were recorded. **Results:** All three procedures were successfully completed without conversion to open surgery. Frozen sections confirmed negative sentinel node metastasis and R0 resections with circumferential margins ≥ 1 cm. Follow-up periods were 21, 13, and 12 months, respectively, with no recurrence observed. One patient developed gastric stricture on postoperative day 16, which was treated conservatively with full recovery. **Conclusion:** LECS

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Hùng

Email: dominhhung148@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

combined with SNNS is a feasible and safe minimally invasive approach for EGC, ensuring oncologic safety while preserving gastric function. This technique may serve as an effective alternative to standard gastrectomy, particularly when endoscopic submucosal dissection is insufficient. Careful intraoperative endoscopy is essential to detect and manage postoperative complications such as stricture.

Keywords: Early gastric cancer, Laparoscopic and endoscopic cooperative surgery, Sentinel node navigation surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính phổ biến đứng hàng thứ năm và là nguyên nhân hàng đầu tử vong liên quan đến ung thư trên thế giới do tiên lượng xấu. Bệnh lý này vẫn là một gánh nặng đáng kể tại ác nước Đông Á như Việt Nam, Nhật Bản, Hàn Quốc và Trung Quốc [1]. UTDD giai đoạn sớm có tiên lượng tốt hơn hẳn so với giai đoạn tiến triển. Đa đa số các bác sĩ phẫu thuật ở Đông Á thường tiến hành phẫu thuật nạo hạch D2 vì tin rằng hạn chế được sự tái phát của bệnh. Tuy nhiên, các hội chứng sau cắt dạ dày như hội chứng dumping, suy giảm hấp thu vi chất, hoặc viêm dạ dày viêm hóa có thể xảy ra. Thêm vào đó chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh sau phẫu thuật cắt dạ dày nội soi chưa được nhiều bác sĩ điều trị quan tâm đúng mực. Để cải thiện CLCS sau mổ thì các kỹ thuật cắt dạ dày bảo tồn chức năng là thực sự quan trọng.

Cắt dạ dày bảo tồn chức năng là một là một phẫu thuật xâm lấn tối thiểu điều trị UTDD giai đoạn sớm, nhằm mục đích bảo tồn chức năng dạ dày trong khi vẫn đảm bảo điều trị hiệu quả bệnh ác tính. Hiện nay phẫu thuật NSOB hoặc NSTH đều có thể được áp dụng để điều trị UTDD giai đoạn sớm, tuy nhiên cả hai cách tiếp cận đều có những mặt hạn chế riêng. Điều này đã thúc đẩy sự ra đời của phương pháp phẫu thuật NSOB kết hợp NSTH nhằm khắc phục các khuyết điểm này [2]. Bệnh nhân UTDD giai đoạn sớm được điều trị bằng phương pháp kết hợp cũng cần lưu ý phải được nạo hạch hiệu quả để ngăn ngừa ung thư tái phát. Sinh thiết hạch cạnh gác chính là giải pháp được đưa ra để giảm thiểu nguy cơ di căn hạch.

II. BÁO CÁO HÀNG LOẠT CA

Trường hợp thứ nhất. Bệnh nhân nữ 53 tuổi đến khám với tình trạng khó chịu ở vùng bụng trên. Bệnh sử khai thác được bệnh nhân chán ăn, đau tức thượng vị, khó tiêu và đầy hơi. Nội soi thực quản dạ dày cho thấy lạc niêm mạc dạ dày ở một phần ba trên thực quản, viêm sung huyết niêm mạc hang vị mức độ vừa và một tổn

thương dạng phẳng ở thân vị. Urease test dương tính. Giải phẫu bệnh trước mổ là carcinoma tế bào nhẫn. CT bụng có cản quang không thấy dày thành dạ dày, không thâm nhiễm và không thấy hạch.



Hình 1. Tổn thương ở thân vị dạ dày
(Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh HCM)

Vào ngày nhập viện bệnh nhân được nội soi dạ dày lại để đánh dấu tổn thương bằng indocyanine green (ICG). Ở phần thấp thân vị dạ dày, dọc theo bờ cong lớn, có một tổn thương dạng phẳng nhợt với loét niêm mạc. Tiến hành tiêm ICG (0.3 - 0.5ml) ở bốn góc xung quanh tổn thương.



Hình 2. Đánh dấu tổn thương với ICG
(Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh HCM)

Phẫu thuật được tiến hành vào ngày sau đó, thời gian 195 phút và lượng máu mất khoảng 1ml. Nội soi dạ dày trong phẫu thuật để đánh dấu diện cắt 2 cm quanh tổn thương. Phẫu thuật NSOB kết hợp NSTH được thực hiện, và khối u cùng với năm hạch hạch cạnh gác được nạo và đem đi sinh thiết lạnh. Kết quả cho thấy không có di căn và diện cắt không còn tế bào u. Dạ dày được đóng kín bằng Stappler và khâu tăng cường bằng chỉ V-lock 3.0. Giải phẫu bệnh sau mổ xác định carcinoma tế bào nhẫn xâm lấn lớp dưới niêm, diện cắt sạch và không có xâm lấn mạch máu hay thần kinh (Giai đoạn pT1a theo AJCC 8).

Bệnh nhân hồi phục tốt, ăn được cháo loãng ngày hậu phẫu hai và được xuất viện ngày hậu phẫu 3. CEA thứ lại sau 5 tháng phẫu thuật ở mức bình thường. CT có cản quang ngực bụng sau 8 tháng phẫu thuật không thấy dấu hiệu tái phát. Bệnh nhân tái khám thường xuyên và khỏe bệnh cho đến thời điểm 21 tháng.

Trường hợp thứ hai. Bệnh nhân thứ hai là nam giới 24 tuổi với triệu chứng khó chịu mức độ trung bình ở vùng trên rốn khi đi khám và không có triệu chứng nào khác. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh, không uống rượu bia hay hút thuốc lá. Nội soi cho thấy viêm sung huyết

toàn bộ niêm mạc mức độ vừa, viêm teo niêm mạc dạ dày (Kimura – Takemoto C-3) và một tổn thương type 0-IIc ở thân vị dạ dày. Urease test dương tính. Giải phẫu bệnh trước mổ là adenocarcinoma biệt hóa kém. CT bụng có cản quang gợi ý tổn thương 10mm kém bắt thuốc và không có thâm nhiễm hay hạch. CT ngực có cản quang không thấy hình ảnh di căn.



Hình 3. Vị trí khối u trên nội soi dạ dày

(Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh HCM)

Bệnh nhân được nhập viện trước phẫu thuật một ngày để nội soi đánh dấu ICG. Ca phẫu thuật kéo dài 325 phút, máu mất khoảng 20ml. Khối u được cắt bỏ bằng dao siêu âm Harmonic, dưới sự hướng dẫn hỗ trợ của nội soi dạ dày trong mổ đánh dấu điện cắt quanh u. Thành dạ dày sau đó được cầm máu và khâu kín bằng chỉ V-lock 3.0. Sinh thiết HCG nạo được hai chạng hạch số 6 và 2 chạng hạch số 7, không di căn được xác nhận bằng sinh thiết lạnh trong mổ.



Hình 4. Đánh dấu điện cắt bằng nội soi tiêu hóa trong mổ

(Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh HCM)

Bệnh nhân hồi phục tốt, ăn thức ăn lỏng vào ngày hậu phẫu 1, đáp ứng thức ăn đặc vào ngày hậu phẫu 2 và được cho xuất viện vào cuối ngày hậu phẫu 2. Bệnh nhân quay trở lại bệnh viện vào ngày hậu phẫu 16 vì nôn ói, không sốt, không đau bụng và không có dấu hiệu xì rò tiêu hóa. Nội soi dạ dày kiểm tra ghi nhận ứ đọng dịch trắng sữa trong lòng dạ dày, phù nề niêm mạc dọc bờ cong nhỏ và hẹp lòng tại vị trí khâu, ống soi qua được chỗ hẹp. Bệnh nhân được điều trị bảo tồn với PPI và nhịn ăn 2 ngày, không tái phát sau theo dõi 13 tháng.



Hình 5. Vị trí hẹp lòng dạ dày ngay hậu phẫu 16 xác định qua nội soi

(Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh HCM)

Trường hợp thứ ba. Bệnh nhân nữ 31 tuổi đến khám với tình trạng nóng rát sau xương ức, khó chịu vùng trên rốn và khó nuốt. Nội soi tiêu hóa trên ghi nhận viêm sung huyết toàn bộ niêm mạc dạ dày mức độ vừa, viêm teo niêm mạc dạ dày (Kimura-Takemoto C-3), viêm dạ dày dạng nốt và một tổn thương dạng 0-IIc+a (12 – 15mm) tại vị trí tiếp nối giữa hang vị và thân vị. Tổn thương này có ranh giới không rõ ràng, với rối loạn cấu trúc và mạch máu bề mặt (VS+). Urease test cho kết quả dương tính. Giải phẫu bệnh mô tả adenocarcinoma biệt hóa kém grade 3 có thành phần tế bào dạng nhẵn. CT ngực và bụng có cản quang không ghi nhận dấu hiệu di căn.



Hình 6. Sang thương trên nội soi của bệnh nhân nữ 31 tuổi

(Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh HCM)

Bệnh nhân này cũng được nhập viện một ngày trước phẫu thuật để đánh dấu ICG. Phẫu thuật NSOB kết hợp NSTH kéo dài 170 phút, lượng máu mất khoảng 10ml. Tổng cộng có năm chạng hạch cạnh góc được sinh thiết (nhóm 4d, 5 và 6). Giải phẫu bệnh ghi nhận không di căn hạch, carcinoma kém kết dính, có tế bào dạng nhẵn, xâm lấn niêm mạc và dưới niêm nhưng không xâm lấn mạch máu hoặc thần kinh (Giai đoạn pT1a p N0 theo AJCC 8).

Giai đoạn hậu phẫu cũng tương đương với 2 bệnh nhân trên, không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật. Bệnh nhân xuất viện ngày hậu phẫu 3 và duy trì không tái phát đến theo dõi ở tháng thứ 12 sau mổ.



Hình 7. Hạch cạnh góc và mạch bạch huyết từ vị trí u nguyên phát dưới phẫu thuật lập bản đồ hạch

(Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh HCM)

III. BÀN LUẬN

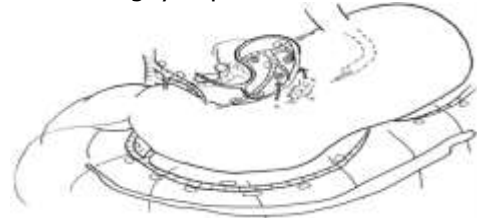
Trong khi ở các nước phát triển như Nhật Bản và Hàn Quốc có các chương trình tầm soát phát hiện sớm UTDD, Việt Nam lại thiết các hệ

thống như vậy, hệ quả là bệnh nhân thường được chẩn đoán bệnh muộn. Bệnh nhân thường chỉ đi khám khi đã có khởi phát triệu chứng, và tại thời điểm đó thường UTDD đã ở giai đoạn tiến triển. Sự chậm trễ trong chẩn đoán này khiến cho việc phát hiện và điều trị UTDD giai đoạn sớm trở thành một thách thức. Mặt khác việc lựa chọn phương án điều trị cho bệnh nhân UTDD giai đoạn sớm cũng là vấn đề nan giải khi cân nhắc giữa yếu tố đảm bảo nguyên tắc ung thư học và nguyên tắc xâm lấn tối thiểu. Với ba bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi, UTDD giai đoạn sớm (T1) chưa di căn hạch (N0), kích thước tổn thương $\leq 2\text{cm}$, lựa chọn ưu tiên thoát nhìn có vẻ là NSTH cắt u. Tuy nhiên giải phẫu bệnh trước mổ đều là biệt hóa kém, thậm chí có tế bào hình nhẫn, hình thái tổn thương u có bệnh nhân có dạng loét nên có thể cân nhắc đến phẫu thuật NSOB kết hợp NSTH và sinh thiết HCG, nhằm thay thế phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo hạch D2 tiêu chuẩn.

Phẫu thuật NSOB kết hợp NSTH bao gồm NSTH cắt phần niêm mạc và dưới niêm trong khi NSOB cắt phần thanh cơ. Kỹ thuật này lần đầu tiên được giới thiệu bởi Hiki và cộng sự vào năm 2008 [2], với mục tiêu ban đầu được phát triển để bảo tồn chức năng dạ dày nhiều nhất có thể bằng cách cắt vừa đủ các khối u lành tính, điển hình như u dưới niêm. Theo thời gian, chỉ định được mở rộng dần ra các khối u có nguy cơ ác tính, bao gồm cả UTDD giai đoạn sớm. Diện cắt chu vi quanh tổn thương có giới hạn tối thiểu là 1cm xung quanh. Nội soi dạ dày trong mổ đóng vai trò quan trọng trong phát hiện và đánh giá xì rò và hẹp sau phẫu thuật. Tất cả các phẫu thuật cho khối u ác tính đều phải đi kèm nội soi nạo vét hạch bạch huyết để ngừa tái phát.

Theo định nghĩa, hạch canh gác (HCG) là hạch nhận dẫn lưu bạch huyết đầu tiên từ khối u nguyên phát. Nếu giả định giả thiết này là đúng, tất cả hạch vùng có thể được xác nhận rằng không có di căn khi sinh thiết lạnh HCG âm tính. Như vậy việc nạo hạch không cần thiết có thể được lược bỏ bớt bằng cách lập bản đồ hạch trong mổ và sinh thiết lạnh [3]. Khái niệm về chặng HCG đóng vai trò hết sức quan trọng trong cách tiếp cận này bởi vì hệ thống bạch huyết của dạ dày hết sức phức tạp. Nạo chặng HCG được định nghĩa là phẫu tích nguyên khối (en bloc) hạch bắt thuốc để kiểm tra trong mổ. Bản thân dạ dày có hệ thống khuôn mẫu dẫn lưu bạch huyết hết sức phức tạp, và sự hiểu biết thấu đáo giải phẫu là cực kỳ quan trọng, đặc biệt đối với các bác sĩ phẫu thuật khối u ác tính ở dạ

dày. Vai trò thiết yếu của việc đánh giá trước mổ hoặc trong mổ dẫn lưu bạch huyết lại càng nhấn mạnh khái niệm chặng HCG. Chặng HCG dạ dày được mô tả là một nhóm các hạch bạch huyết sắp xếp dọc theo nhánh động mạch chính. Giới hạn bên của chặng HCG được xác định bằng nhánh bạch mạch bắt thuốc ICG, còn giới hạn gần và giới hạn xa lần lượt là thành dạ dày và nốt HCG xa nhất [4]. Tóm lại nạo chặng HCG là một cách tiếp cận nạo hạch giới hạn bao gồm phẫu tích nguyên khối hạch, nạo hết các HCG bắt thuốc và gửi sinh thiết lạnh trong mổ để đánh giá. Giả thiết về chặng HCG cũng hỗ trợ quyết định trong các trường hợp giải phẫu bệnh không rõ thì phương pháp này có thể nạo thêm các tế bào ung thư trong mạch bạch huyết dẫn lưu từ khối u nguyên phát.



Hình. 8. Schema of the lymphatic basin

(Nguồn: SENORITA trial)

The lymphatic basin is defined as the zone delineated by the stream of dyed lymphatic canals during mapping; the proximal border is the fatty tissue attached to the stomach wall, and the distal border is the most distal stained (blue) node. En bloc dissection of the lymphatic basin is performed laparoscopically

Dựng bản đồ hạch trong mổ là một kỹ thuật phức tạp, nhiều bước. Để phát hiện HCG, người ta thường sử dụng các chất truy vết di chuyển từ vị trí tiêm gần khối u đến HCG thông qua các mạch bạch huyết xung quanh. Dựa trên các nghiên cứu, kết hợp chất truy vết phóng xạ và chất truy vết dạng dịch được xem là kỹ thuật đạt chuẩn nhất [5]. Tuy nhiên có những nghiên cứu so sánh sử dụng ICG cùng với hệ thống nội soi tia hồng ngoại (IRLS) cho thấy kết quả khả quan trong cải thiện độ chính xác và phẫu trường. Nghiên cứu cohort được thực hiện bởi Takahashi và cộng sự kết luận ICG cùng hệ thống IRLS có hiệu quả tương đương sử dụng chất truy vết kép trong phát hiện HCG [6]. Kinami và cộng sự còn kết luận thêm rằng ICG ứng dụng sinh thiết HCG khả thi cho cả phẫu thuật nội soi và mổ mở, đồng thời đề xuất quy trình tối ưu hóa sử dụng chất truy vết bằng cách tiêm dưới niêm qua NSTH 0.5ml dung dịch ICG 50 $\mu\text{g}/\text{mL}$ ở bốn góc quanh tổn thương ngay trước phẫu thuật [5].

Một trong những vấn đề còn gây tranh cãi và thách thức nhất trong ứng dụng phẫu thuật sinh thiết HCG cho UTDD là sự cần thiết phải có sinh thiết lạnh đánh giá chính xác di căn trong khoảng thời gian cho phép. Độ nhạy của việc phát hiện HCG được chứng minh là phụ thuộc vào số lượng hạch được lấy ra, với độ chính xác được cải thiện khi ít nhất bốn nhóm hạch được thu thập và áp dụng kỹ thuật bóc tách chặng HCG [7].

Vẫn còn một số hạn chế kỹ thuật trong việc đánh giá giải phẫu bệnh di căn hạch. Trên nguyên tắc di căn hạch bạch huyết được chẩn đoán bằng cách kiểm tra dưới kính hiển vi ở phần lớn nhất chứa rốn hạch, sau khi nhuộm bằng hematoxylin và eosin. Tuy nhiên, phương pháp này chỉ phát hiện các hạch di căn có trong lát cắt được kiểm tra và có thể bỏ sót các trường hợp di căn tiềm ẩn. Để khắc phục hạn chế này, các kỹ thuật phân tử như phản ứng chuỗi polymerase phiên mã ngược (RT-PCR) và các xét nghiệm khuếch đại axit nucleic một bước đã được sử dụng [8]. Tuy nhiên, vẫn còn những thách thức đối với chẩn đoán phân tử, bao gồm: lựa chọn phương pháp khuếch đại gen, lựa chọn môi (primer), nguy cơ nhiễm bẩn, sự hiện diện của gen giả (pseudogenes), và chi phí cao. Những yếu tố này hạn chế tính thực tiễn của chúng trong việc sử dụng lâm sàng thường quy.

Tại Hàn Quốc, thử nghiệm SENORITA (Sentinel Node-Oriented Tailored Approach) đã được tiến hành để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật định vị hạch gác trong điều trị ung thư dạ dày [9]. Phẫu thuật NSOB kết hợp NSTH và sinh thiết HCG điều trị UTDD giai đoạn sớm cho thấy tỷ lệ biến chứng và mức độ nghiêm trọng tương đương với phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tiêu chuẩn nạo hạch D2. Đáng chú ý là phân tích CLCS của bệnh nhân trong nhóm kết hợp có chức năng dạ dày tốt hơn, ít triệu chứng hơn, và ít bị thiếu hụt dinh dưỡng so với nhóm nạo hạch D2. Thêm vào đó, tỷ lệ sống còn không bệnh tật 3 năm, sống còn đặc hiệu theo bệnh và sống còn chung không khác biệt giữa hai nhóm.

IV. KẾT LUẬN

Đã vài thập kỷ trôi qua kể từ khi khái niệm chặng HCG được đề xuất cho UTDD giai đoạn sớm. Khi được xác thực một cách thích hợp, phẫu thuật này được kỳ vọng sẽ đóng một vai trò quan trọng nhưng được xác định rõ trong điều trị dứt điểm UTDD, cho phép nạo vét hạch bạch huyết một cách có mục tiêu và hiệu quả về mặt ung thư khi cần thiết. Tuy nhiên, một số vấn

đề liên quan đến kỹ thuật và chỉ định của nó vẫn cần được giải quyết, bao gồm: phát triển các chất truy vết để sử dụng và dễ quan sát trong phẫu thuật thời gian thực, giải phẫu bệnh lý nhanh và chính xác, và cuối cùng là lựa chọn bệnh nhân phù hợp. Những bài học rút ra từ các nghiên cứu đã bị ngừng với kết quả không thuận lợi, nếu được hiểu đúng, có thể được chuyển hóa từ những trở ngại không thể vượt qua thành những bước đệm để đạt được tiến bộ thực sự trong lĩnh vực này, với các ứng dụng lâm sàng trực tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209–249.
2. **Hiki N, Yamamoto Y, Fukunaga T, Yamaguchi T, Nunobe S, Tokunaga M, et al.** Laparoscopic and endoscopic cooperative surgery for gastrointestinal stromal tumor dissection. *Surg Endosc.* 2008;22(7):1729–1735.
3. **Hiramatsu Y, Takeuchi H, Goto O, Kikuchi H, Kitagawa Y.** Minimally invasive function-preserving gastrectomy with sentinel node biopsy for early gastric cancer. *Digestion.* 2019;99:14–20.
4. **Kinami S, Fujimura T, Ojima E, Fushida S, Ojima T, Funaki H, et al.** PTD classification: Proposal for a new classification of gastric cancer location based on physiological lymphatic flow. *Int J Clin Oncol.* 2008;13:320–329.
5. **Kinami S, Oonishi T, Fujita J, et al.** Optimal settings and accuracy of indocyanine green fluorescence imaging for sentinel node biopsy in early gastric cancer. *Oncol Lett.* 2016;11:4055–4062.
6. **Takahashi N, Nimura H, Fujita T, et al.** Laparoscopic sentinel node navigation surgery for early gastric cancer: A prospective multicenter trial. *Langenbecks Arch Surg.* 2017;402:27–32.
7. **Ryu KW, Eom BW, Nam BH, Lee JH, Kook MC, Choi IJ, et al.** Is the sentinel node biopsy clinically applicable for limited lymphadenectomy and modified gastric resection in gastric cancer? A meta-analysis of feasibility studies. *J Surg Oncol.* 2011;104:578–584.
8. **Miyashiro I, Hiratsuka M, Sasako M, Sano T, Mizusawa J, Nakamura K, et al.** High false-negative proportion of intraoperative histological examination as a serious problem for clinical application of sentinel node biopsy for early gastric cancer: Final results of the Japan Clinical Oncology Group multicenter trial JCOG0302. *Gastric Cancer.* 2014;17:316–323.
9. **Park JY, Kim YW, Ryu KW, Nam BH, Lee YJ, Jeong SH, et al.** Assessment of laparoscopic stomach-preserving surgery with sentinel basin dissection versus standard gastrectomy with lymphadenectomy in early gastric cancer: A multicenter randomized phase III clinical trial (SENORITA trial) protocol. *BMC Cancer.* 2016;16:340.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CƠ DẠNG NGÓN CHÂN CÁI Ở NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Hoàng Viết Tiến¹, Đỗ Phước Hùng¹,
Trang Mạnh Khôi¹, Trần Bình Dương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm giải phẫu cơ dạng ngón chân cái, động mạch và thần kinh của cơ dạng ngón chân cái. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 30 mẫu chân cắt cụt và trên xác của người Việt Nam trưởng thành (≥ 18 tuổi) từ 03/2025 đến 09/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 30 mẫu bàn chân gồm 16 mẫu xác tươi đông lạnh và 14 mẫu chân cắt cụt, với độ tuổi trung vị 71,5 tuổi (23–85 tuổi). Trong số này, 60% là chân trái, 40% chân phải và tỷ lệ giới tính phân bố đều. Chiều dài bàn chân trung vị 230 mm, dao động 204–269 mm. Cơ dạng ngón chân cái có dạng thon dài, nằm nông ở mặt trong gan bàn chân, gồm hai kiểu hình: dạng thẳng (40%) và dạng cong (60%). Nguyên ủy cơ bám hăng định vào móm trong xương gót, đồng thời bám thêm vào mạc giữ gân gấp (73%), vách gian cơ trong (83%) và cân gan chân (40%). Bám tận cơ có bốn kiểu: nền đốt gần ngón I (40%), nền đốt gần và xương vùng trong (23%), xương vùng trong (7%) và nền đốt gần kết hợp bao khớp bàn-ngón I (30%). Chiều dài cơ trung vị 143 mm, chiều dài bụng cơ $96,3 \pm 8,4$ mm, rộng $24,4 \pm 2,7$ mm, dày $9,9 \pm 0,7$ mm; diện tích trung bình $2027,2 \pm 445,4$ mm² và thể tích $16,20 \pm 4,5$ ml (10,57–25,04 ml). Cơ được nuôi chủ yếu bởi động mạch gan chân trong, kiểu hình A chiếm 90%; có bốn nhánh đi vào cơ trong 70% mẫu, đường kính động mạch chính $1,7 \pm 0,2$ mm và chiều dài cuống mạch trung bình $29,1 \pm 8,8$ mm. Cơ được chi phối bởi thần kinh gan chân trong, trong đó 86,7% mẫu có hai nhánh vận động và 13,3% chỉ có một nhánh. **Kết luận:** Cơ dạng ngón chân cái ở người Việt Nam trưởng thành có dạng thon dài, nằm nông ở mặt trong gan bàn chân, với hình thái và cuống mạch tương đối hằng định. Cơ được cấp máu chủ yếu từ các nhánh của động mạch gan chân trong (chủ yếu kiểu hình A), thần kinh chi phối bởi các nhánh của thần kinh gan chân trong.

Từ khoá: cơ dạng ngón chân cái, động mạch gan chân trong, thần kinh gan chân trong

SUMMARY

ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF ABDUCTOR HALLUCIS MUSCLE IN ADULT VIETNAMESE

Objective: To describe the anatomical characteristics of the abductor hallucis muscle,

including its arterial supply and nerve innervation.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 30 amputated feet and cadaveric specimens from Vietnamese adults (≥ 18 years old) between March 2025 and September 2025. **Results:** The study was conducted on 30 foot specimens, including 16 fresh-frozen cadaveric feet and 14 amputated limbs, with a median age of 71.5 years (range: 23–85 years). Among them, 60% were left feet and 40% were right feet, with an equal gender distribution. The median foot length was 230 mm, ranging from 204 to 269 mm. The abductor hallucis muscle in adult Vietnamese individuals presented a slender, elongated shape, located superficially along the medial aspect of the plantar foot. Two morphological types were identified: the straight type (40%) and the curved type (60%). The muscle originated consistently from the medial process of the calcaneal tuberosity and additionally attached to the flexor retinaculum (73%), the medial intermuscular septum (83%), and the plantar aponeurosis (40%). The insertion patterns varied as follows: into the base of the proximal phalanx of the hallux (40%), both the base of the proximal phalanx and the medial sesamoid bone (23%), solely into the medial sesamoid bone (7%), and into the base of the proximal phalanx combined with the capsule of the first metatarsophalangeal joint (30%). The median total muscle length ranged from 125 to 160 mm (median 143 mm). The mean belly length was 96.3 ± 8.4 mm, width 24.4 ± 2.7 mm, and thickness 9.9 ± 0.7 mm. The mean cross-sectional area was 2027.2 ± 445.4 mm², and the mean muscle volume was 16.20 ± 4.5 ml (range: 10.57–25.04 ml). The muscle received its vascular supply mainly from branches of the medial plantar artery, with three arterial patterns identified: type A (90%), type B (3.3%), and type C (6.7%). Four arterial branches entered the muscle in 70% of specimens. The mean diameter of the medial plantar artery was 1.7 ± 0.2 mm, and the pedicle length averaged 29.1 ± 8.8 mm. Innervation was provided by the medial plantar nerve. Two motor branches were present in 86.7% of specimens, while 13.3% had a single branch. The mean lengths of the first and second motor branches were 24.3 ± 2.6 mm and 26.8 ± 3.2 mm, respectively. **Conclusion:** In Vietnamese adults, the abductor hallucis muscle is a slender, superficial muscle on the medial plantar aspect, with consistent morphology and vascular anatomy. It is mainly supplied by branches of the medial plantar artery (predominantly Type A) and innervated by branches of the medial plantar nerve.

Keywords: Abductor hallucis muscle, medial plantar nerve, medial plantar artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị khuyết hồng mô mềm vùng cổ – bàn

¹Trường Y - Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Viết Tiến

Email: hv tien.nt22@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025