

tiểu sau sinh chiếm 1,2%, thấp hơn nghiên cứu của Mesut Polat (2018) là 22,1%[10]. Nếu bị bỏ sót, bí tiểu sau sinh có thể dẫn đến rối loạn thần kinh bàng quang và yếu cơ bàng quang đòi hỏi phải đặt ống thông tiểu ngắt quãng hoặc rối loạn chức năng tiểu tiện vĩnh viễn.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của sản phụ là 18,26 ± 1,021, trong đó nhóm tuổi là 18 – 19 chiếm 80,5%. Mang thai trong độ tuổi vị thành niên làm tăng nguy cơ các biến cố trong quá trình mang thai như thiếu máu, nhiễm khuẩn tiết niệu... và các biến chứng sau sinh như băng huyết, rách tầng sinh môn phức tạp...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ.** Vụ bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hóa gia đình, Chương trình sức khỏe sinh sản. 2015:51
2. **Nguyễn Thanh Hải, Ánh VTN, Hạnh TTM, Trung NH, Nhân ĐT, Linh TM.** Mang thai ở tuổi vị thành niên: đặc điểm và kết quả thai kỳ. Tạp chí Phụ sản
3. **Nguyễn Thị Hồng B, Thị Hoa, Dương Tiến Minh, Bùi Ngọc Diệp, Huy HQ.** Kết quả mang thai ở tuổi vị thành niên tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 06/20 2022;514(1)doi:10.51298/vmj.v514i1.2535
4. **Phạm Thị Kim Hoàn NTP.** Nghiên cứu kết quả xử trí sản khoa ở sản phụ dưới 18 tuổi tại bệnh

- viện phụ sản trung ương từ năm 2017 đến năm 2019. Bệnh viện phụ sản Trung Ương. 2019;
5. **Alemu A, Moges F, Shiferaw Y, et al.** Bacterial profile and drug susceptibility pattern of urinary tract infection in pregnant women at University of Gondar Teaching Hospital, Northwest Ethiopia. BMC Research Notes. 2012/04/25 2012;5(1):197. doi:10.1186/1756-0500-5-197
6. **Asavapiriyanont S, Chaovarindr U, Kaoien S, Chotigeat U, Kovavisarach E.** Prevalence of Sexually Transmitted Infection in Teenage Pregnancy in Rajavithi Hospital, Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. Feb 2016;99 Suppl 2:S153-60.
7. **Dayal S, Hong PJSTISP.** Premature rupture of membranes.[Updated 2021 Nov 2]. 2022;
8. **Mazumder T, Akter E, Rahman SM, Islam MT, Talukder MR.** Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes Mellitus in Bangladesh: Findings from Demographic Health Survey 2017-2018. International journal of environmental research and public health. Feb 23 2022;19(5)doi:10.3390/ijerph19052583
9. **Montufar-Rueda C, Rodriguez L, Jarquin JD, et al.** Severe postpartum hemorrhage from uterine atony: a multicentric study. Journal of pregnancy. 2013;2013: 525914. doi:10.1155/2013/525914
10. **Polat M, Şentürk MB, Pulatoğlu Ç, Doğan O, Kılıççı Ç, Budak M.** Postpartum urinary retention: Evaluation of risk factors. Turkish journal of obstetrics and gynecology. Jun 2018;15(2):70-74. doi:10.4274/tjod.43931

VAI TRÒ NẠO HẠCH RỖN LÁCH TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Viết Hải¹, Đặng Quang Thông¹, Trần Quang Đạt¹,
 Đoàn Thuỳ Nguyên¹, Hồ Lê Minh Quốc¹, Nguyễn Vũ Tuấn Anh^{1,2},
 Nguyễn Hoàng Bắc^{1,2}, Võ Duy Long^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nạo hạch rốn lách là kỹ thuật khó trong phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày để điều trị ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn tiến triển, và vai trò còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố nguy cơ di căn hạch rốn lách của UTDD và đánh giá hiệu quả điều trị của nạo hạch rốn lách bằng cách tính chỉ số điều trị (TI). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 92 bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo hạch D2 có kèm nhóm 10 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn tiến triển tại Bệnh viện Đại học Y Dược

Thành phố Hồ Chí Minh từ 12/2018 đến 12/2022. Đặc điểm giải phẫu bệnh bao gồm kích thước khối u, vị trí khối u (đọc, cắt ngang), phân giai đoạn khối u (độ sâu xâm lấn, di căn hạch), phân loại đại thể theo Borrmann, độ biệt hóa, tình trạng xâm lấn bạch huyết và xâm lấn quanh dây thần kinh. Kết quả chính là tỷ lệ di căn LN số 10 và thời gian sống sót sau 5 năm. **Kết quả:** Số lượng hạch lấy được trung bình ở nhóm 10 là 2,5 ± 1,4. Tỷ lệ di căn LN số 10 là 22,8%. Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố liên quan đến di căn hạch nhóm 10 bao gồm kích thước khối u, giai đoạn T4a, di căn hạch chặng N3a/N3b, độ biệt hóa kém, Borrmann loại 4, xâm lấn bạch huyết, xâm lấn bờ cong lớn hoặc thành sau dạ dày và có di căn hạch 4sa/4b. Phân tích đa biến cho thấy giai đoạn T4a, di căn hạch chặng N3, xâm lấn bờ cong lớn hoặc thành sau dạ dày và Borrmann loại 4 là các yếu tố nguy cơ độc lập đối với di căn LN số 10. TI cũng cao hơn 5 đối với các trường hợp có di căn hạch 4sa/4sb. **Kết luận:** Di căn hạch nhóm 10 có liên quan đến UTDD giai đoạn T4a, di căn hạch chặng N3, ung thư biểu mô tuyến dạ dày Borrmann loại 4, u xâm lấn bờ cong lớn

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Long
 Email: long.vd@umc.edu.vn
 Ngày nhận bài: 16.10.2023
 Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023
 Ngày duyệt bài: 25.12.2023

hoặc thành sau dạ dày. Ngoài ra, những trường hợp nghi ngờ đại thể hoặc phát hiện di căn hạch 4sa hoặc 4sb trong khi phẫu thuật cũng nên được tiến hành nạo hạch nhóm 10. **Từ khoá:** di căn hạch, nạo hạch rốn lách, ung thư dạ dày

SUMMARY

ROLE OF THE HILAR SPLENIC LYMPHADENECTOMY IN TREATMENT OF GASTRIC CANCER

Background Splenic hilar lymphadenectomy has been traditionally included as part of D2 lymph node dissection following total gastrectomy for gastric cancer. However, recent studies suggested that station 10 lymph node (No.10 LN) dissection with or without splenectomy should be preserved for several situations. This study was conducted to determine the risk factors for No.10 LN metastasis and assessed the value of No.10 LN dissection by calculating the therapeutic index (TI). **Method** A retrospective study on 92 patients who underwent radical total gastrectomy with D2 lymphadenectomy plus No.10 LN dissection for gastric adenocarcinoma in the University Medical Center at Ho Chi Minh City from Mars 2018 to December 2022. Clinicopathology features included tumor size, tumor location (longitudinal, cross-sectional), tumor staging (depth of invasion, pN status), Borrmann type, differentiation, lymphatic invasive status, and perineural invasive status. Primary outcomes were the incidence of No. 10 LN metastasis and 5-year survival. **Result** The mean number of harvested lymph nodes at station 10 was 2.5 ± 1.4 . The incidence of No.10 LN metastasis was 22.8%. Univariate analysis demonstrated that factors associated with No.10 LN included tumor size, T4a staging, N3a/N3b staging, poor differentiation, Borrmann type 4, lymphatic invasion, greater curvature or posterior wall invasion, and positive No. 4sb/4d LN. The multivariate analysis showed that T4a staging, pN3 staging, greater curvature or posterior wall invasion, and Borrmann type 4 were independent risk factors for No.10 LN metastasis. The TI was also higher than 5 for cases with No. 4sa/4sb LN metastasis. **Conclusion** No.10 LN metastasis was associated with T4a staging, cN3 staging, greater curvature or posterior wall invasion, or Borrmann type 4 gastric adenocarcinoma. Besides, cases with macroscopic suspicious or intraoperative detected metastatic No. 4sa or 4sb LN should also be taken into account for No.10 LN dissection due to the high therapeutic index. **Keywords:** metastatic lymph node, hilar lymph node dissection, gastric adenocarcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là bệnh ung thư đứng hàng thứ 4 và là nguyên nhân đứng hàng thứ 2 với những tử vong liên quan đến bệnh lý ung thư. Phẫu thuật triệt căn hiện nay vẫn là phương pháp chủ yếu trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm cũng như giai đoạn tiến triển [4].

Một số nghiên cứu về UTDD phần ba trên đưa ra các yếu tố có liên quan đến di căn hạch

nhóm 10 bao gồm: kích thước u (>5cm), dạng đại thể (Borrmann type 4), dạng vi thể (biệt hóa kém hoặc dạng tế bào nhẵn hoặc dạng lan tỏa theo phân loại Lauren), xâm nhập mạch máu, bạch huyết hay thần kinh; mức độ xâm lấn của u (T), mức độ di căn hạch (N), tình trạng di căn hạch nhóm 4sa/4sb, vị trí u (xâm lấn phía bờ cong lớn hay không) [3,6,8]. Các chỉ định chuyên biệt được đưa ra, bao gồm việc nạo hạch nhóm 10 đối với ung thư nằm ở phía bờ cong lớn dạ dày [6], không cần thiết nạo hạch nhóm 10 nếu có bằng chứng giải phẫu bệnh trong mổ không có di căn nhóm 4sa và 4sb [6].

Trong Hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản phiên bản thứ tư vào năm 2014, đối với UTDD giai đoạn cT2-4a, N bất kì hoặc cT1,N+ thì phẫu thuật cắt toàn bộ hoặc cắt phần gần dạ dày kèm nạo hạch mức độ D2 bao gồm việc nạo hạch nhóm 10. Việc cắt lách không được khuyến cáo trừ khi khối u xâm lấn lách hoặc khối u nằm ở phía bờ cong lớn của dạ dày. Tiếp theo đó, trong Hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản phiên bản thứ năm vào năm 2018 [6], việc nạo hạch nhóm 10 được xếp vào nạo hạch mở rộng (ở mức độ D2+), và chỉ nên được xem xét đối với UTDD xâm lấn phía bờ cong lớn dạ dày.

Nhằm đánh giá về giá trị của việc nạo hạch đối với từng nhóm hạch đối với sống còn của người bệnh, các tác giả Nhật Bản đưa ra khái niệm chỉ số giá trị điều trị (theurapeutic value index), được tính bằng tỉ lệ di căn của mỗi nhóm hạch nhân với tiên lượng sống 5 năm của người bệnh [5]. Trong thời gian gần đây, nhiều báo cáo về chỉ số giá trị điều trị của nạo hạch nhóm 10 đã được công bố [2,7] cung cấp thêm dữ liệu lâm sàng về giá trị của nạo hạch rốn lách trong điều trị UTDD trong từng trường hợp cụ thể.

Chúng tôi ghi nhận ít nghiên cứu trong nước đánh giá về tỉ lệ di căn hạch rốn lách, chưa có nghiên cứu đánh giá về kết quả của kĩ thuật nạo hạch rốn lách, hay đánh giá về chỉ số giá trị điều trị của nạo hạch rốn lách trong phẫu thuật điều trị UTDD. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá tính khả thi, tính an toàn, biến chứng sớm, kết quả ung thư học của kĩ thuật nạo hạch rốn lách trong điều trị ung thư dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả trên tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo hạch D2 có phẫu tích hạch nhóm để 10 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn tiến triển tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng

12 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022. Tiêu chuẩn chọn vào: (i) ung thư biểu mô tuyến của dạ dày, (ii) tuổi từ 18 đến 80, (iii) phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo hạch D2 có phẫu tích hạch nhóm để 10. Tiêu chuẩn loại ra (i) phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu hoặc cắt dạ dày làm sạch do biến chứng (chảy máu, thủng u), (ii) có tiền căn hoặc đang đồng mắc bệnh ung thư khác.

+ Số hạch nạo vét được: là biến liên tục, đơn vị tính là số hạch. Số hạch đã được phẫu tích trong bệnh phẩm dạ dày, dựa theo kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

+ Số hạch rốn lách nạo vét được: là biến liên tục, đơn vị tính là số hạch. Số hạch đã được phẫu tích ở nhóm hạch rốn lách trong bệnh phẩm dạ dày, dựa theo kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

+ Số hạch rốn lách nạo đi căn: là biến liên tục, đơn vị tính là số hạch. Số hạch có đi căn ở nhóm hạch rốn lách trong bệnh phẩm dạ dày, dựa theo kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

+ Tái phát tại vùng: là biến định tính. Người bệnh được xác định là có tái phát tại vùng khi có hình ảnh học, hoặc kết quả giải phẫu bệnh học (nếu có can thiệp thủ thuật/ phẫu thuật lại) ghi nhận ung thư tái phát tại vùng ¼ trên trái ổ bụng.

+ Tái phát về bạch huyết: là biến định tính. Người bệnh được xác định là có tái phát về bạch huyết khi có hình ảnh học, hoặc kết quả giải phẫu bệnh học (nếu có can thiệp thủ thuật/ phẫu thuật lại) ghi nhận ung thư tái phát ở hệ thống hạch bạch huyết

+ Thời điểm tái phát: là biến định lượng, tính bằng số tháng từ lúc phẫu thuật cho tới thời điểm ghi nhận tái phát

+ Sống còn 5 năm: là biến định tính, là tình trạng sống còn hay tử vong tại thời điểm 5 năm tính từ thời điểm phẫu thuật.

- Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022, chúng tôi ghi nhận được 92 bệnh nhân thoải mãn tiêu chí chọn bệnh. Đặc điểm của dân số nghiên cứu được thể hiện ở Bảng 1.

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 59-62 tuổi. Tỷ lệ nam:nữ là 1.5:1. Phần lớn các trường hợp là ung thư tiến triển (T2-4a) hoặc có hạch đi căn (N+). Các yếu tố về đặc điểm dân số khá tương đồng giữa 2 nhóm có đi căn và không đi căn hạch nhóm 10

Bảng 1: Đặc điểm của dân số nghiên cứu

	Hạch nhóm. 10	Hạch nhóm. 10	P
--	---------------	---------------	---

	LN (-) (N=71)	LN (+) (N=21)	
Tuổi, mean ± SD (năm)	59.0 ± 14.3	62.2 ± 10.1	0.753
Giới			0.701
- Nam	43 (60.1%)	12 (57.1%)	
- Nữ	28 (39.9%)	9 (42.8%)	
Kích thước u			<0.001
- <5cm	29 (40.8%)	6 (28.6%)	
- ≥5cm	42 (59.2%)	15 (71.4%)	
Phân loại Borrmann			<0.001
- I	8 (11.3%)	1 (4.8%)	
- II	33 (46.4%)	5 (23.8%)	
- III	23 (32.4%)	8 (38.1%)	
- IV	7 (9.9%)	7 (33.3%)	
Mức độ xâm lấn tại chỗ			<0.001
- T1	13 (18.3%)	0 (0.0%)	
- T2	17 (23.9%)	2 (9.5%)	
- T3	33 (46.4%)	9 (42.9%)	
- T4a	8 (11.3%)	10 (47.6%)	
Số lượng hạch			
Hạch nạo vét được	32.8 ± 9.9	32.9 ± 12.6	0.257
- Hạch đi căn	2.8 ± 5.5	10.8 ± 8.4	<0.001
Giai đoạn đi căn hạch N			<0.001
- N0-2	59 (83.1%)	4 (19.0%)	<0.001
- N3a/3b	12 (16.9%)	17 (81.0)	
Vị trí khối u theo mặt phẳng ngang			0.005
- Thành trước	9 (12.6%)	2 (9.5%)	
- Thành sau	16 (22.5%)	8 (38.1%)	
- Bờ cong nhỏ	32 (45.1%)	2 (9.5%)	
- Bờ cong lớn	14 (19.7%)	9 (42.9%)	
Độ biệt hoá tế bào			0.001
- Biệt hoá tốt hoặc trung bình	35 (49.3%)	8 (38.1%)	
- Biệt hoá kém hoặc không biệt hoá	36 (50.7%)	13 (61.9%)	
Xâm lấn bạch huyết			<0.001
- Có xâm lấn	15 (21.%)	9 (42.9%)	
- Không xâm lấn	56 (78.9%)	12 (57.1%)	
Hạch nhóm 4sa/4sb			<0.001
- Có đi căn	10 (14.1%)	10 (47.6%)	
- Không đi căn	61 (85.9%)	11 (52.3%)	

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

	Cổ nạo hạch nhóm 10 (N=92)
Thời gian phẫu thuật	240 ± 40 phút
Thời gian nằm viện sau mổ	9 ± 3 ngày
Xì miệng nổi thực quản hông tràng	1 (1.1%)
Xì mòm tá tràng	0 (0%)
Chảy máu sau mổ	1 (1.1%)
Áp xe tồn lưu	2 (2.2%)

Bảng 3: Phân tích các yếu tố liên quan đi căn hạch nhóm 10

	Hạch nhóm 10 (+)		
	OR	95% CI	p
Kích thước u \geq 5cm	1.19	0.94, 1.39	0.206
Borrmann type IV	1.47	1.27, 2.45	0.044
pT4a	2.10	1.48, 3.23	0.004
pN3	1.89	1.28, 2.34	0.035
U ở mặt sau dạ dày	1.25	1.10, 1.72	0.027
U ở bờ cong lớn dạ dày	1.32	1.13, 1.92	0.044
Biệt hoá tế bào kém hoặc không biệt hoá	1.12	0.79, 2.06	0.351
Xâm lấn mạch bạch huyết (+)	1.25	0.79, 1.56	0.526
Đi căn hạch nhóm 4sa/4sb	1.66	1.16, 2.07	0.012

Bảng 4: Kết quả tính chỉ số điều trị

	Hạch nhóm 10 LN (+)	Sống còn 5 năm	TI
Giới			
- Nam	24.10%	20.20%	4.87
- Nữ	24.32%	23.00%	5.59
Kích thước u			
- <5cm	17.14%	26.50%	4.54
- \geq 5cm	26.32%	21.30%	5.61
Phân loại Borrmann			
- I	11.11%	42.30%	4.70
- II	13.16%	35.20%	4.63
- III	25.81%	26.80%	6.92
- IV	50.00%	19.10%	9.55
Xâm lấn tại chỗ			
- T1	0%	N/A	
- T2	10.53%	33.90%	3.57
- T3	21.43%	25.70%	5.51
- T4a	55.56%	17.80%	9.89
Giai đoạn đi căn hạch			
- N0-2	6.35%	34.80%	2.21
- N3a/3b	58.62%	14.70%	8.62
Vị trí khối u theo mặt phẳng ngang			
- Thành trước	18.18%	17.90%	3.25
- Thành sau	33.33%	16.50%	5.50
- U bờ cong nhỏ	5.88%	25.50%	1.50
- U bờ cong lớn	39.13%	16.90%	6.61
Độ biệt hoá tế bào			
- Biệt hoá tốt hoặc trung bình	18.60%	27.50%	5.12
- Biệt hoá kém hoặc không biệt hoá	26.53%	17.50%	4.64
Xâm lấn bạch huyết			
- Có xâm lấn	37.50%	18.50%	6.94
- Không xâm lấn	21.43%	23.00%	4.93
Hạch nhóm 4sa/4sb			

- Có đi căn	50.00%	21.30%	10.65
- Không đi căn	15.28%	23.50%	3.59

IV. BÀN LUẬN

Nạo hạch rốn lách (nhóm 10) kèm hoặc không kèm cắt lách là một trong những vấn đề được quan tâm trong phẫu thuật điều trị UTDD. Trước đây, hạch rốn lách được xem là một nhóm hạch vùng của UTDD [1], và việc nạo hạch rốn lách đi kèm với cắt lách được xem là cần thiết để đảm bảo về mặt ung thư học cho phẫu thuật điều trị UTDD. Tuy nhiên, kĩ thuật này đi kèm với vấn đề tăng nguy cơ chảy máu trong và sau mổ, cũng như ảnh hưởng của việc cắt lách tới người bệnh [4,8].

Cùng với những nghiên cứu sâu hơn về tỉ lệ đi căn hạch trong UTDD, cũng như giá trị của việc cắt lách trong UTDD, thì chỉ định nạo hạch rốn lách kèm hoặc không kèm cắt lách đang dần dần được hạn chế hơn.

Nạo hạch nhóm 10 là kỹ thuật khó khi thực hiện phẫu thuật nạo hạch D2 điều trị UTDD giai đoạn tiến triển. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả biến chứng sau mổ khá thấp, tương tự như các nghiên cứu được thực hiện tại Nhật Bản và Trung Quốc. Tuy nhiên, một số nghiên cứu tại Châu Âu thì cho thấy nạo hạch rốn lách có tỉ lệ chảy máu phải truyền máu trong mổ và cắt lách cầm máu khá cao, điều này được giải thích do việc huấn luyện phẫu tích nạo hạch điều trị ung thư dạ dày tại Nhật Bản và các nước châu Á là tốt hơn, với kỹ thuật bảo tồn lớp thần kinh tự động bao quanh các mạch máu và phẫu tích vào các mặt phẳng vô mạch giúp hạn chế tổn thương mạch máu, cũng như các cơ quan khác [4].

Trong nghiên cứu này chúng tôi phân tích tỉ lệ đi căn hạch nhóm 10 theo các vị trí khác nhau của khối u. Kết quả cho thấy u ở bờ cong lớn hoặc mặt sau dạ dày có tỉ lệ đi căn cao hơn các vị trí khác. Kết quả này tương đồng với báo cáo của các tác giả khác trên thế giới [2]. Bên cạnh đó, kích thước khối u lớn hơn 5cm cũng là yếu tố nguy cơ đi căn hạch rốn lách cao, theo kết quả của vài nghiên cứu trước đây [6]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi không thấy có sự liên quan có ý nghĩa giữa kích thước u lớn hơn 5cm và tỉ lệ đi căn hạch nhóm 10.

Đối với UTDD phần ba trên, trong nghiên cứu trong nước ghi nhận đi căn hạch đáng kể ở nhóm 5, 6; tỉ lệ thấp ở nhóm 10, 11 (không phân chia 11p, 11d) và không ghi nhận nhóm 12a. Nghiên cứu khác cũng cho thấy tỉ lệ đi căn hạch đáng kể ở nhóm 5, 6, 10, 11 (không phân chia 11p, 11d) và 12a. Tuy nhiên trong các nghiên

cứu này chưa tính đến mức độ xâm lấn của ung thư cũng như vị trí của UTDD theo chu vi.

Đối với UTDD phần ba giữa, ghi nhận di căn hạch nhóm 10 khá đáng kể trong UTDD phần ba giữa (33%, 2 trong số 6 trường hợp khảo sát).

Ngoài ra, tỉ lệ di căn hạch nhóm 10 còn liên quan đến việc di căn của ung thư đến các nhóm hạch khác. Về dẫn lưu bạch huyết, vùng rốn lách còn các nhóm hạch khác như 4sa, 4sb, và 4d. Vài nghiên cứu cho thấy tỉ lệ di căn hạch rốn lách có liên quan đến di căn của cả 3 nhóm hạch này [8]. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có sự liên quan có ý nghĩa giữa di căn hạch nhóm 10 với di căn 2 nhóm hạch 4sa hoặc 4sb.

Hiện nay, chỉ số điều trị (TI) là giá trị được công nhận tại nhiều trung tâm lớn trên thế giới nhằm đánh giá sự liên quan có ý nghĩa giữa tình trạng di căn của từng nhóm hạch đến sống còn toàn bộ trong các tình huống khác nhau. Chỉ số TI lớn hơn 5 được xem là liên quan có ý nghĩa, và giá trị càng cao cho thấy ảnh hưởng của di căn hạch đến sống còn càng nhiều [5,7]. Kết quả của chúng tôi cho thấy TI của nạo hạch rốn lách lớn hơn 5 trong các tình huống u lớn hơn 5cm, vị trí mặt sau hoặc bờ cong lớn dạ dày, đại thể Borrmann 4, xâm lấn tại chỗ T4a, giai đoạn di căn hạch N3a/3b, có xâm lấn bạch huyết, và chỉ số TI cao nhất khi có di căn hạch nhóm 4sa/4sb.

V. KẾT LUẬN

Nạo hạch rốn lách an toàn và khả thi, có ý nghĩa điều trị đối với ung thư 1/3 trên hoặc giữa dạ dày giai đoạn tiến triển có xâm lấn bờ cong lớn hoặc mặt sau dạ dày.

VI. CAM ĐOAN

Nghiên cứu được thực hiện với sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y

sinh học của Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.

Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật về thông tin của các đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fausto Rosa và cộng sự** (2017), "Classification of nodal stations in gastric cancer", *Translational gastroenterology*.
2. **Kano, Y., Ohashi, M., Ida, S., Kumagai, K., và cộng sự** (2020). Therapeutic value of splenectomy to dissect splenic hilar lymph nodes for type 4 gastric cancer involving the greater curvature, compared with other types. *Gastric Cancer*, 23(5), 927-936.
3. **Oh Jeong và cộng sự** (2019), "Clinicopathological features and prognostic impact of splenic hilar lymph node metastasis in proximal gastric carcinoma", *European Journal of Surgical Oncology*. 45 (3), pp. 432-438.
4. **Quadri HS, Smaglo BG, Morales SJ, Phillips AC, Martin AD, Chalhoub WM, et al.** (2017) Gastric Adenocarcinoma: A Multimodal Approach. *Frontiers in surgery*.4:42-59.
5. **Sasako, M., McCulloch, P., Kinoshita, T., & Maruyama, K.** (1995). New method to evaluate the therapeutic value of lymph node dissection for gastric cancer. *British Journal of surgery*, 82(3), 346-351.
6. **Shibo Bian và cộng sự** (2016), "The role of no. 10 lymphadenectomy for advanced proximal gastric Cancer patients without metastasis to no. 4sa and no. 4sb lymph nodes", *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 20 (7), pp. 1295-1304.
7. **Yura, M., Yoshikawa, T., Otsuki, S., và cộng sự** (2019). The therapeutic survival benefit of splenic hilar nodal dissection for advanced proximal gastric cancer invading the greater curvature. *Annals of Surgical Oncology*, 26(3), 829-835.
8. **Zhi-Liang Hong và cộng sự** (2017), "A preoperative scoring system to predict the risk of No. 10 lymph node metastasis for advanced upper gastric cancer: a large case report based on a single-center study", *Oncotarget*. 8 (45), pp. 80050.

ĐÁNH GIÁ SAI SỐ ĐẶT BỆNH NHÂN CÓ SỬ DỤNG BỘ DỤNG CỤ CỐ ĐỊNH MẶT NẠ NHIỆT TRONG XẠ TRỊ

Ngô Tuấn Sơn¹, Lê Văn Tình¹, Nguyễn Thanh Bình¹,
Chu Văn Lương¹, Nguyễn Thị Thơm¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Tuấn Sơn

Email: tuanson041080@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023

Mục tiêu: Nghiên cứu ảnh hưởng của bộ dụng cụ cố định mặt nạ nhiệt đến sai số đặt bệnh nhân trong quá trình xạ trị và từ đó đánh giá hiệu quả của việc sử dụng bộ dụng cụ cố định mặt nạ nhiệt. **Đối tượng nghiên cứu:** Tổng số 60 bệnh nhân ung thư được chỉ định xạ trị tại Bệnh viện K từ tháng 10/2022 đến tháng 08/2023 chia đều làm hai nhóm. Nhóm 1 bệnh nhân có sử dụng bộ dụng cụ cố định mặt nạ nhiệt (nhóm TM). Nhóm 2 bệnh nhân không sử dụng cố định (nhóm NF). **Phương pháp nghiên cứu:** So