Kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2, miệng nối Billroth 1 kiểu Intact điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Vũ Ngọc Anh[1], Nguyễn Hoàng[2], Phạm Đức Huấn[3]

1. Trường Đại học Y Hà Nội, 2. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 3. Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Time City

Địa chỉ liên hệ:
Vũ Ngọc Anh,
Trường Đại học Y Hà Nội
Số 01 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0987 370 156
Email: vuanhbvtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/9/2025
Ngày chấp nhận đăng: 16/10/2025
Ngày xuất bản: 03/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày ngày càng được áp dụng rộng rãi nhưng phẫu thuật nội soi hoàn toàn và lựa chọn miệng nối sau cắt bán phần dưới dạ dày vẫn còn nhiều tranh luận, nghiên cứu này đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày vét hạch D2 miệng nối Billroth 1 kiểu INTACT .

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu 42 người bệnh được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, nạo vét hạch D2 làm miệng nối Billroth1 kiểu Intact điều trị ung thư biểu mô dạ dày từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2025 tại bệnh viện Đại học y Hà Nội.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63,57 ± 8.8 tuổi, nam 50%, nữ 50%, thời gian mổ trung bình là 152,89 ± 24,29 phút (cao nhất là 220 phút, thấp nhất 105 phút), số hạch vét được trung bình 25,35 ± 9,68 hạch (max 48, min 10 hạch), giai đoạn Ib chiếm tỷ lệ cao nhất 28,6%, số hạch dương tính trung bình 1,7 ± 2,9 hạch, thời gian thực hiện miệng nối 9,79 ± 2,57 phút (cao nhất là 25 phút, thấp nhất 7 phút), số lượng stapler dùng trong mổ trung bình là 5,05 ± 0.23 stapler. Biến chứng sau mổ: Rò miệng nối 0%, chảy máu miệng nối 0%, trào ngược dịch mật là 7,14%, rò tụy sau mổ 4,8%, rò bạch huyết 4,8%, chậm làm rỗng dạ dày 0%, biến chứng sau mổ theo Clavien-Dindo mức độ I: 1(11,9 %), độ II,III, IV là 0%.

Kết luận: Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2, làm miệng nối Billroth 1 kiểu Intact điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội là phương pháp an toàn, ít tai biến và biến chứng.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày, ung thư dạ dày, miệng nối Billroth 1.

Early outcomes of totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and Intact Billroth I anastomosis for gastric adenocarcinoma at Hanoi Medical University Hospital

Vũ Ngọc Anh[1], Nguyễn Hoàng[2], Phạm Đức Huấn[3]

1. Hanoi Medical University, 2. Hanoi Medical University Hospital, 3. Vinmec Times City International Hospital

Abstract

Introduction: Laparoscopic distal gastrectomy is increasingly being used, laparoscopic total gastrectomy and the choice of anastomosis after distal gastrectomy remain a controversial subject. This study aimed to evaluate the early outcomes of totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy using a Billroth I INTACT anastomosis.

Patients and Methods: This was a prospective descriptive study of 42 patients who underwent totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and Intact Billroth I anastomosis for gastric adenocarcinoma from April 2023 to February 2025 at Hanoi Medical University Hospital.

Results: The mean age of the study group was 63.57±8.8 years, with an equal distribution of males and females (50% each). The mean operative time was 152.89±24.29 minutes (range: 105–220 minutes). The mean number of retrieved lymph nodes was 25.35±9.68 (range: 10–48 nodes). Stage Ib was the most prevalent, accounting for 28.6%. The mean number of positive lymph nodes was 1.7±2.9. The mean anastomosis time was 9.79±2.57 minutes (range: 7–25 minutes). The mean number of staplers used was 5.05±0.23. Postoperative complications included: anastomotic leakage 0%, anastomotic bleeding 0%, bile reflux 7.14%, postoperative pancreatic fistula 4.8%, lymphatic leakage 4.8%, and delayed gastric emptying (DGE) 0%. According to the Clavien-Dindo classification, Grade I complications occurred in 1 (11.9%) patient, while Grade II, III, and IV had no complications recorded.

Conclusions: The initial results of totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and Intact Billroth I anastomosis for gastric adenocarcinoma at Hanoi Medical University Hospital demonstrate that this is a safe procedure with low rates of adverse events and complications.

Keywords: Laparoscopic surgery for gastric cancer, gastric cancer, anatomosis Billroth 1.

Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày là bệnh ung thư phổ biến, theo Glocoban (2020) ung thư dạ dày đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới và đứng thứ 4 về tỷ lệ tử vong ở cả 2 giới.[1]

Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày kết hợp nạo vét hạch D2 ngày càng được áp dụng rộng rãi và trở thành phương pháp phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị [2]. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi hoàn toàn và lựa chọn miệng nối sau cắt bán phần dưới dạ dày vẫn là vấn đề còn nhiều tranh

luận có 03 phương pháp thường được sử dụng sau cắt bán phần dưới dạ dày đó là Billroth 1, Billroth 2 và Roux en Y, mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm khác nhau. Miệng nối Billroth 1 với ưu điểm đơn giản về kỹ thuật, duy trì được tính sinh lý của thức ăn qua tá tràng dù vậy không phải lúc nào cũng thực hiện được miệng nối này do nguy cơ căng miệng nối và nguy cơ trào ngược dịch mật. [3] Các phương pháp nối cải biên của miệng nối Billroth 1 như miệng nối Delta shape giúp thực hiện miệng nối hoàn toàn bằng nội soi nhưng gặp một số biến chứng như xoắn miệng nối, rò miệng nối, do phải xoay tá tràng khi cắt và để lại phần tá tràng giữa đường ghim cắt và đường ghim nối dẫn đến nguy cơ thiếu máu, miệng nối Intact được Omori đề xuất khắc phục nhược điểm của miệng nối Delta shape do cắt bỏ phần tá tràng giữa đường ghim cắt và đường ghim nối.[4] Chính vì thế việc lựa chọn phương pháp nào để tái lập lưu thông tiêu hóa sau cắt bán phần dưới dạ dày vẫn chưa có sự thống nhất, liệu rằng làm miệng nối Billroth 1 kiểu Intact có mang lại chất lượng cuộc sống sau mổ tốt hơn cho người bệnh ung thư dạ dày hay không, chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2, nối Billroth 1 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày.*

Đối tượng và phương pháp

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được thực hiện phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2, miệng nối Billroth 1 kiểu INTACT điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Thời gian: Từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2025.

Địa điểm: Bệnh viện đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh chẩn đoán trước mổ và sau mổ là ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày, được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, nạo vét hạch D2, làm miệng nối Billroth 1 kiểu INTACT.

Tiêu chuẩn loại trừ: Khối u xâm lấn T4b, khối u thứ phát, khối u xâm lấn môn vị, loét, hẹp tá tràng, mở nhỏ làm miệng nối.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: Bệnh án nghiên cứu.

Xử lý số liệu theo phần mềm Spss 20.0

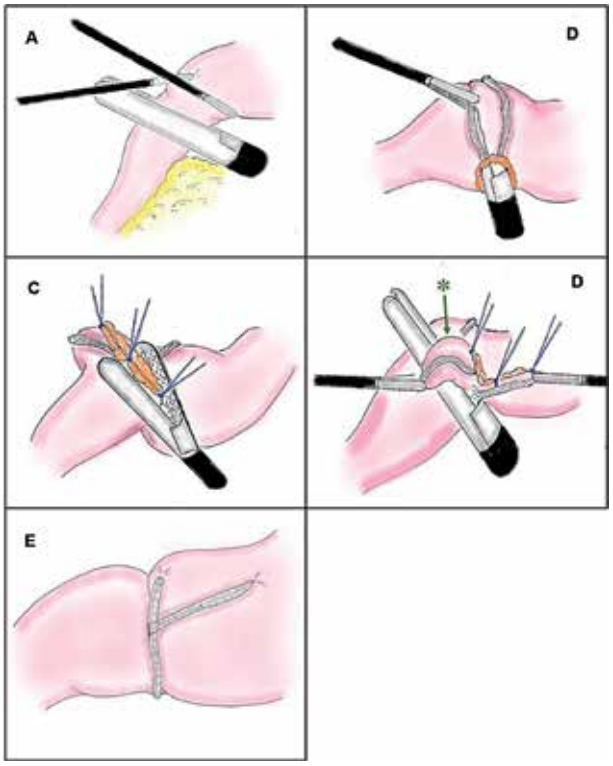
Kỹ thuật thực hiện miệng nối Billroth1 kiểu Intact: Sau khi cắt tá tràng sử dụng stapler hướng từ trái sang phải, cắt dạ dày các bước tiến hành nối Billroth 1 kiểu Intact nhu sau: [5]

Mở một lỗ nhỏ ở dạ dày và tá tràng sát đường ghim cắt khoảng 1cm

Đưa 2 đầu stapler 45 vào 2 lỗ đã mở ở dạ dày và tá tràng, đầu hộp mực ở dạ dày

Bấm máy nối thành sau dạ dày với thành sau tá tràng sao cho đường ghim cắt song song với đường ghim nối.

Đóng lỗ mở ở dạ dày và tá tràng sử dụng 1 stapler 60 đảm báo lấy bỏ cả đường ghim cắt của dạ dày và tá tràng.



Hình ảnh các bước làm miệng nối Billroth 1 kiểu Intact [4]

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm chung trước phẫu thuật: số lượng người bệnh, tuổi, giới tính, kích thước khối u, trào ngược dạ dày thực quản trước mổ.

Đặc điểm phẫu thuật: Giai đoạn khối u, số hạch nạo vét được, số hạch dương tính, khoảng cách diện cắt trên, diện cắt dưới đến khối u, thời gian phẫu thuật, thời gian thực hiện miệng nối (tính từ khi mở lỗ trên thành dạ dày đến khi đóng lại lỗ mở), số stapler dùng làm miệng nối, dùng trong mổ, biến chứng trong mổ: chảy máu, thủng ruột....

Kết quả điều trị: Thời gian trung tiện, rút dẫn lưu, dấu hiệu chậm tiêu, hội chứng Dumping, trào ngược dạ dày thực quản, biến chứng sau mổ: phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo, tỷ lệ rò miệng nối, tỷ lệ chảy máu miệng nối, chảy máu trong ổ bụng, tỷ lệ xoắn miệng nối, tỷ lệ trào ngược dịch mật, tỷ lệ rò tụy sau mổ, tắc ruột, chất lượng cuộc sống đánh giá bằng thang điểm EORTC-QLQC30 thời điểm trước mổ và sau mổ 1 tháng qua phóng vấn trực tiếp và qua gọi điện thoại.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức y sinh của Trường Đại học Y Hà Nội

Kết quả nghiên cứu

Từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2025 có 42 người bệnh ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2, nối Billroth 1 kiểu INTACT tại bệnh viện đại học y Hà Nội

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh, đặc điểm trong mổ

Tuổi	63,57 ± 8.8 tuổi	
Giới	Nam (50%), nữ (50%)	
BMI	20,8 ± 2.31	
Trào ngược dạ dày-thực quản trước mổ	12 NB (28,57%)	
Hạch vét được	25,35 ± 9,68 hạch (max 48, min 10 hạch)	
Hạch dương tính	1,7 ± 2,9 hạch	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn Ia: 7(16,7%)	Giai đoạn IIIa: 7(16,7%)
	Giaiđoạn Ib: 12(28,6%)	Giai đoạn IIIb: 2(4,8%)
	Giai đoạn IIa: 7(16,7%)	Giai đoạn IIIc: 2(4,8%)
	Giai đoạn IIb: 4(9,5%)	Giai đoạn:ypT0N0Mo: 1(2,4%)
Thời gian mổ	152,89 ± 24,29 phút	
Thời gian làm miệng nối	9,79 ± 2,57 phút	
Số stapler dùng trong mổ	5,05 ± 0,23 cái	
Số stapler dùng làm miệng nối	1,42 ± 0,5 cái	
Khoảng cách diện cắt trên	5,02 ± 1,36 cm	
Khoảng cách diện cắt dưới	2,53 ± 1,1 cm	
Sinh thiết tức thì diện cắt	100% âm tính	

Bảng 2. Đặc điểm sau mổ

Đặc điểm sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Thời gian trung tiện trung bình:	44,71 ± 9,8 giờ	Max:72 giờ, min 24 giờ
Thời gian rút dẫn lưu trung bình	4 ± 1,45 ngày	Max:10 ngày, min 2 ngày
Thời gian nằm viện trung bình	8,33 ± 2.9 ngày	Max23, min:6
Chảy máu ổ bụng	1	2.4%
Chảy máu miệng nối	0	0
Rò miệng nối	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Rò tụy	2	4.8%
Rò bạch huyết	2	4.8%
Hội chứng chậm làm rỗng dạ dày	0	0
Apxe tồn dư	0	0
Trào ngược dịch mật	3	7,14%
Tử vong	0	0
Tỷ lệ biến chứng theo Clavein Dindo	Độ I: 5	11,9%
	Độ II: 0	0
	Độ III: 0	0
	Độ IV: 0	0

Bảng 3: Đặc điểm chất lượng cuộc sống sau mổ

Chất lượng cuộc sống EORTC QLQ-C30	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng
Sức khỏe tổng quát	44,45 ± 7,2	50,79 ± 4,8
Thể chất	96,98 ± 7,81	57,7 ± 7,3
Cảm xúc	48,81 ± 9,48	97,22 ± 5,09
Đau	37,69 ± 15,6	2,7 ± 8,1
Mất ngủ	26,18 ± 23,8	5,5 ± 17,9
Trào ngược dạ dày-thực quản sau mổ > 8 tháng	5/ 30 NB	16,6%
	2/5 NB có Gerd trước mổ	
Tăng cân sau mổ > 8 tháng	1,7 ± 1,489 kg	

Bàn luận

Nghiên cứu của chúng tôi có 42 người bệnh phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2, tái lập lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth 1kiểu INTACT với tuổi trung bình là 63,57 ± 8,8 tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ ngang bằng nữ giới, chỉ số BMI trung bình là 20,08 ± 2,31. Theo tác giả Park (2017)[3] tuổi trung bình là 65,23±10,25 tuổi và chỉ số BMI trung bình là 24,98±3,55 kg/m^2, còn theo Huang (2014) độ tuổi trung bình là 57,7 ± 11,7 tuổi (từ 33 đến 81 tuổi) 42 nam (66,7%) và 21 nữ (33,3%) và chỉ số BMI trung bình là 21,96 ± 2,95 kg/m2. Theo tác giả Huang[6] miệng nối Billroth 1 trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày ưu điểm vượt trội trong người bệnh béo phì, chỉ số BMI là yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng rò miệng nối [6]. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ chúng tôi thấy giai đoạn Ib chiếm tỷ lệ cao nhất 28,6%, Huang [6] cũng ghi nhận tỷ lệ ung thư dạ dày giai đoạn sớm là 57,1%, có thể thấy ung thư dạ dày ngày càng được phát hiện sớm. Kết quả số hạch nạo vét được trung bình của chúng tôi là 25,35 ± 9,68 hạch, nhiều nhất 48 hạch, ít nhất 10 hạch, chúng tôi không gặp tai biến trong mổ liên quan vét hạch, kết quả của Yang-Yong Son(2022, 492 người bệnh)[7] là 46,8±18,1 hạch trong đó tỷ lệ hạch dương tính là 3.6 ± 6.1 hạch, tác giả Changminh Huang (2022) nghiên cứu 510 người bệnh PTNS cắt dạ dày vét hạch D2,số hạch vét được 36.1 ± 16.7 hạch, số hạch dương tính 4,9 ± 8 hạch.[8] Các tác giả này có số lượng hạch vét được cao hơn so chúng tôi tuy nhiên nghiên cứu của 2 tác giả này trên nhóm ung thư dạ dày tiến triển trong khi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 2 nhóm người bệnh: ung thư sớm và tiến triển.

Thời gian mổ của chúng tôi là 152,89 ± 24.29 phút tương đương tác giả Huang(2014) [6] 150,8 ± 21,6 phút, nhưng ít hơn so với Park Chan Gyun [3] 206,5 ± 25,4 phút, thời gian làm miệng nối của chúng tôi là 9,79± 2,57 phút thấp hơn tác giả Park Chan Gyun 20,9 ± 6,7 phút và Huang(2014) [6] miệng nối Delta-shape (DA) là 23,9 ± 5,6 phút. Chúng tôi làm miệng nối INTACT là một dạng cải biên của miệng nối Delta shape trong khi miệng nối Delta shape bảo tồn phần tá tràng giữa đường ghim cắt và đường ghim nối thì miệng nối kiểu INTACT không bảo tồn phần này, mà được lấy bó phần này khi tiến hành đóng lỗ mở ở dạ dày và tá tràng, điều này tránh được nguy cơ thiếu máu của phần tá tràng giữa đường ghim cắt và đường ghim nối nên hạn chế biến chứng rò miệng nối, chảy máu miệng nối và nhất là không phải xoay tá tràng khi đóng mỏm tá như miệng nối Delta shape nên hạn chế biến chứng xoắn miệng nối [4]. Việc thực hiện miệng nối INTACT có đặc điểm là đơn giản hơn so với Delta shape, ít nguy cơ căng miệng nối do đường ghim nối nằm sát đường ghim cắt. Số stapler trung bình dùng trong mổ của chúng tôi là 5,05 ± 0,23 stapler cao hơn của tác giả Park Chan Gyun (trung bình số stapler 4,78±0,66) điều này là do tác giả đóng lỗ mở ở dạ dày và tá tràng bằng chỉ khâu trong khi chúng tôi sử dụng stapler. Tuy nhiên chính vì dùng stapler đóng lỗ mở ở dạ dày tá tràng nên thời gian thực hiện miệng nối của chúng tôi nhanh hơn, và trong khi thực hiện đóng lỗ mở dạ dày tá tràng đồng thời chúng tôi cắt bỏ phần tá tràng và dạ dày giữa đường ghim cắt và đường ghim nối. Biên độ cắt bỏ: với diện cắt trên khoảng cách so với u trung bình là 5,02 ± 1,36 cm, diện cắt dưới là 2,53 ± 1,1cm, theo khuyến cáo của hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản JGCA 2021[2]: biên độ cắt bỏ gần ít nhất là 3 cm được khuyến nghị cho các khối u T2 hoặc sâu hơn có kiểu phát triển mở rộng (loại 1 và 2) và 5 cm cho các khối u có kiểu phát triển xâm lấn (loại 3 và 4). Khi không thể đáp ứng các quy tắc này, nên kiểm tra toàn bộ độ dày của biên độ cắt bỏ gần bằng sinh thiết lạnh, chúng tôi sinh thiết tức thì diện cắt tất cả các trường hợp, thực hành theo khuyến cáo của JGCA giúp không cần cắt bỏ quá nhiều dạ dày góp phần mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho người bệnh mà vẫn đảm bảo về mặt ung thư.

Theo Koki Nakanishi (2020) [9] sau khi so sánh 507 người bệnh trong mỗi nhóm Billroth 1 (B1) và Roux en y (RY) thấy thời gian mổ ở nhóm RY (283 ± 72 phút) cao hơn nhóm B1 (246 ± 65 phút, P < 0,0001) thời gian mổ của chúng tôi ngắn hơn với chỉ 152,89 ± 24,29 phút. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu

thuật ở nhóm RY cao hơn đáng kể so với nhóm B1 (29% so với 17%, p < 0,0001). Tỷ lệ áp xe trong ổ bụng (4,3% so với 1,8%, P = 0,0177), tắc ruột (2,6% so với 0,6%, P = 0,0203) và làm rỗng dạ dày chậm (5,3% so với 1,0%, P < 0,0001) ở nhóm RY tương ứng cao hơn so với nhóm BI; không có sự khác biệt tỷ lệ rò miệng nối (3,4% so với 4,1%, P = 0,5084). Tỷ lệ biến chứng nặng sau phẫu thuật độ III ở nhóm RY cao hơn so với nhóm BI (13% so với 7,1%, P = 0,0013). Kết quả của chúng tôi tỷ lệ rò miệng nối 0%, tỷ lệ chảy máu miệng nối 0%, tỷ lệ xoắn miệng nối 0%, tỷ lệ trào ngược dịch mật là 7,14%, tỷ lệ rò tụy sau mổ 4.8% tuy nhiên đây chỉ là rò sinh hóa (xét nghiệm dịch dẫn lưu ngày thứ 3 sau mổ), không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng, tỷ lệ rò bạch huyết 2 người bệnh (4,8%), tỷ lệ chậm làm rỗng dạ dày 0%. Chúng tôi ghi nhận 01 người bệnh có chảy máu ổ bụng sau mổ ngày thứ 1 số lương 200ml qua dẫn lưu, nhưng người bệnh ổn định ngày thứ 2 không phải can thiệp lại. Có 3 người bệnh có trào ngược dịch mật khi xét nghiệm dịch sonde dạ dày ngày thứ 3 sau mổ sau khi người bệnh có nhu động ruột, theo hội tiêu hóa Hoa Kỳ xét nghiệm Bilirubin trong dịch dạ dày có giá trị chẩn đoán trào ngược dịch mật khi nồng độ Bilirubin >1mg/dl tương đương >88,4 µmol/l [10]. Thời gian nằm viện sau mổ của chúng tôi là 8,33 ± 2,9 ngày, tác giả Yoshitomo Yanaghimoto [11] ghi nhận thời gian nằm viện sau mổ trung bình ở nhóm Delta-shape là 10 ngày, trong khi nhóm Intact là 7 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thông kê, các tác giả đều nhận thấy mổ nội soi giúp giảm thời gian nằm viện sau mổ, nhóm người bệnh thực hiện miệng nối Intact cũng có thời gian nằm viện ngắn hơn. Chúng tôi ghi nhận có 12 người bệnh (28,5%) có trào ngược dạ dày thực quản trước mổ, nhưng sau mổ chỉ có 5/30 người bệnh (sau mổ>8 tháng) chiếm 16.6% có trào ngược dạ dày thực quản. Để đánh giá chất lượng cuộc sống chúng tôi sử dụng thang điểm EORTC QLQ-C30 đánh giá thời điểm trước mổ và sau mổ 1 tháng thấy có sự khác biệt rõ rệt về chỉ số cảm xúc: trước mổ là 48,81±9,48, sau mổ tăng lên là 97,22 ± 5,09. Chỉ số sức khỏe tổng quát 2 thời điểm cũng có sự khác biệt: trước mổ là 44,45 ± 7,2, sau mổ 50,79 ± 4,8 sự khác biệt không nhiều tuy nhiên điểm số thể chất trước mổ và sau mổ có nhiều khác biệt: 96,98 ± 7,81; 57,7 ± 7,3, điều này có thể sau mổ người bệnh ăn uống kém, lại cắt 1 phần dạ dày nên thể chất chưa thể hồi phục so trước mổ. Tác giả Yang Kun[12] (2023) nghiên cứu 70 người bệnh làm miệng nối Billroth 1 sau cắt bán phần dưới dạ dày cũng ghi nhận điểm chức năng cảm xúc trước mổ là 83,9 ± 20 sau mổ 3 tháng là 96,2 ± 8,7 tăng lên sau mổ, điểm số sức khỏe tổng quát trước mổ là 66,3 ± 27,3 sau mổ 3 tháng là 73,4 ± 21,5 tăng lên tương tự kết quả của chúng tôi. Biến chứng sau mổ theo Clavendindo mức độ I: 1(11,9 %), độ II,III, IV là 0%, tuy nhiên số lượng người bệnh nghiên cứu của chúng tôi ít, thời gian theo dõi còn ngắn nên cần theo dõi thêm.

Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2, làm miệng nối Billroth 1 kiểu Intact là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ biến chứng sau mổ rất thấp, thời gian thực hiện miệng nối nhanh, chất lượng cuộc sống sau mổ tốt, tuy nhiên số lượng người bệnh nghiên cứu ít, thời gian theo dõi chưa nhiều cần nghiên cứu thêm.

Tài liệu tham khảo

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. Japanese Gastric Cancer A. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). Gastric cancer : official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association. Jan 2023;26(1):1-25. doi:10.1007/s10120-022-01331-8
3. Park CG, Yang YS, Lee JM. T-shaped Modified Delta Anastomosis as a Simple Intracorporeal Gastroduodenostomy. J Minim Invasive Surg. 2018;21(2):57-64. doi:10.7602/jmis.2018.21.2.57
4. Omori T, Masuzawa T, Akamatsu H, Nishida T. A simple and safe method for Billroth I reconstruction in single-incision laparoscopic gastrectomy using a novel intracorporeal triangular anastomotic technique. Journal of gastrointestinal surgery : official journal of

the Society for Surgery of the Alimentary Tract. Mar 2014;18(3):613-6. doi:10.1007/s11605-013-2419-7

5. Tokuhara T, Nakata E, Higashino M. Intracorporeal linear#stapled gastroduodenostomy in totally laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: Consideration of the intraoperative management of the duodenal wall between the transecting staple line and anastomotic staple line (Review). Oncology letters. Aug 2023;26(2):354. doi:10.3892/ol.2023.13940
6. Huang CM, Lin M, Lin JX, et al. Comparision of modified and conventional delta-shaped gastroduodenostomy in totally laparoscopic surgery. World journal of gastroenterology. Aug 14 2014;20(30):10478-85. doi:10.3748/wjg.v20.i30.10478
7. Son SY, Hur H, Hyung WJ, et al. Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: 5-Year Outcomes of the KLASS-02 Randomized Clinical Trial. JAMA surgery. Oct 1 2022;157(10):879-886. doi:10.1001/jamasurg.2022.2749
8. Huang C, Liu H, Hu Y, et al. Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: Five-Year Outcomes From the CLASS-01 Randomized Clinical Trial. JAMA surgery. Jan 1 2022;157(1):9-17. doi:10.1001/jamasurg.2021.5104
9. Nakanishi K, Kanda M, Ito S, et al. Propensity-score-matched analysis of a multi-institutional dataset to compare postoperative complications between Billroth I and Roux-en-Y reconstructions after distal gastrectomy. Gastric cancer : official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association. Jul 2020;23(4):734-745. doi:10.1007/s10120-020-01048-6
10. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. The American journal of gastroenterology. Jan 1 2022;117(1):27-56. doi:10.14309/ajg.0000000000001538
11. Yanagimoto Y, Omori T. Comparison of the intracorporeal triangular and delta-shaped anastomotic techniques in totally laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: an analysis with propensity score matching. Jun 2020;34(6):2445-2453. doi:10.1007/s00464-019-07025-0
12. Yang K, Zhang W, Chen Z, et al. Comparison of long-term quality of life between Billroth-I and Roux-en-Y anastomosis after distal gastrectomy for gastric cancer: a randomized controlled trial. Chinese medical journal. May 5 2023;136(9):1074-1081. doi:10.1097/CM9.0000000000002602