

Kết quả phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày, nối thực quản - hồng tràng, dạ dày - hồng tràng (kiểu Double tract) điều trị ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày Siewert tuýp II

Phạm Hoàng Hà^{1,2}, Nguyễn Thị Thanh Tâm¹, Quách Văn Kiên^{1,3}, Nguyễn Xuân Hòa¹

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, 3. Trường Đại học Y Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thị Thanh Tâm,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0904 838 099
Email: dragneelnatsu211@gmail.
com

Ngày nhận bài: 10/9/2025

Ngày chấp nhận đăng:

15/10/2025

Ngày xuất bản: 03/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh ác tính phổ biến, với tỷ lệ ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày ngày càng tăng. Cắt toàn bộ dạ dày là tiêu chuẩn nhưng gây mất chức năng dạ dày, dẫn đến chán ăn, sút cân, thiếu máu và giảm chất lượng sống. Cắt bán phần trên dạ dày giúp bảo tồn chức năng nhưng nối trực tiếp thực quản – dạ dày dễ gây trào ngược. Kỹ thuật nối thực quản – dạ dày – hồng tràng (Double tract reconstruction (DTR)) khắc phục hạn chế này, cải thiện dinh dưỡng và thiếu máu và đã được chứng minh là an toàn, khả thi và hiệu quả về mặt ung thư học.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 13 người bệnh ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày Siewert tuýp II được phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày, nạo vét hạch, nối thực quản – hồng tràng, dạ dày – hồng tràng (kiểu Double tract); nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Kết quả: Tuổi trung bình: $64,2 \pm 6,0$ tuổi; nam/nữ: 1,6/1; Kết quả mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa và kém biệt hóa hay gặp nhất (84,6%); Xâm lấn T1, T2, T3, T4 lần lượt là 23,1%, 23,1%, 30,8%, 23,1%; có 46,2% người bệnh có di căn hạch vùng; giai đoạn bệnh I, II, III, IVa lần lượt là 23,1%, 30,8%, 15,4%, 30,8%; Thời gian mổ trung bình là $234,6 \pm 47,5$ phút; 15,4% người bệnh có biến chứng rò miệng nối; thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 14,8 ngày. Sau mổ, chỉ có 1 người bệnh (8,3%) bị trào ngược, không có hẹp miệng nối. Thiếu máu gặp ở 2 trường hợp (16,7%) và suy dinh dưỡng ở 1 trường hợp (8,3%).

Kết luận: Phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày, nạo vét hạch, nối thực quản – hồng tràng, dạ dày – hồng tràng (kiểu Double tract) là phẫu thuật an toàn và có tỷ lệ biến chứng tương đương với cắt toàn bộ dạ dày, với ưu điểm là bảo tồn chức năng của dạ dày.

Từ khóa: ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày Siewert tuýp II; phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày; miệng nối thực quản – hồng tràng, dạ dày – hồng tràng, kiểu “Double tract”.

Surgical outcomes of proximal gastrectomy with an esophagojejunostomy, gastrojejunostomy (double tract reconstruction) for siewert type II gastroesophageal junction cancer

Pham Hoang Ha^{1,2}, Nguyen Thi Thanh Tam¹, Quach Van Kien^{1,3}, Nguyen Xuan Hoa¹

1. Viet Duc University Hospital, 2. University of Medicine and Pharmacy, VNU, 3. Hanoi Medical University

Abstract

Introduction: Gastric cancer (GC) is a common malignancy, with an increasing incidence of gastroesophageal junction cancer. Total gastrectomy remains the standard treatment, however, it can cause some problems due to have no gastric function, leading to anorexia, weight loss, anemia, and reducing quality of life. Proximal gastrectomy preserves gastric function; however, direct esophagogastrostomy is associated with a high risk of reflux. Double tract reconstruction (esophagojejunostomy and gastrojejunostomy) overcomes this limitation, improves nutrition and anemia, and has been demonstrated to be safe, feasible, and oncologically effective.

Patients and Methods: Thirteen patients with adenocarcinoma of the gastroesophageal junction underwent proximal gastrectomy with lymphadenectomy and reconstruction by esophagojejunostomy and gastrojejunostomy (double tract reconstruction). This was a retrospective descriptive study.

Results: The mean patient age was 64.2 years, with a male-to-female ratio of 1.6:1. Most tumors were moderately or poorly differentiated adenocarcinomas (84.6%). Nearly half of the patients (46.2%) had lymph node metastasis, and 76.9% presented with stage II–IVa disease. The mean operative time was 234.6 minutes, with an anastomotic leakage rate of 15.4% and a mean postoperative hospital stay of 14.8 days. Postoperatively, only one patient (8.3%) developed reflux, no anastomotic stricture was observed, while anemia occurred in two cases (16.7%) and malnutrition in one case (8.3%).

Conclusions: Proximal gastrectomy with lymphadenectomy and reconstruction by esophagojejunostomy and gastrojejunostomy (double tract reconstruction) is a safe procedure, with a complication rate comparable to total gastrectomy, while offering the advantage of gastric function preservation.

Keywords: Siewert type II gastroesophageal junction cancer; proximal gastrectomy; esophagojejunostomy; gastrojejunostomy, double tract reconstruction (DTR).

Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh ác tính phổ biến nhất và vẫn nằm trong nhóm nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Trong đó, tỷ lệ ung thư dạ dày 1/3 trên có xu

hướng gia tăng trong những thập niên gần đây. Các nước châu Âu, Mỹ thường lựa chọn điều trị ung thư 1/3 trên dạ dày bằng phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nhờ những ưu điểm như lấy bỏ hạch rộng rãi hơn, tránh được biến chứng trào ngược dạ dày thực quản,

nhưng việc mất toàn bộ dạ dày dẫn đến nhiều hệ lụy như ăn ít, sút cân, thiếu máu, thiếu vitamin B12 và suy giảm chất lượng sống. Các phẫu thuật viên Nhật Bản lại ưu tiên lựa chọn phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày (proximal gastrectomy) do phần dạ dày còn giữ lại không những chưa được thức ăn, nước mà còn bảo đảm hấp thu các chất dinh dưỡng như sắt, do vậy giảm được tỷ lệ thiếu máu và các biến chứng khác [1]. Phục hồi lưu thông tiêu hóa có thể bằng miệng nối thực quản – dạ dày (với tỷ lệ cao trào ngược dạ dày thực quản) hoặc qua 1 quai hồng tràng trung gian (giảm được tỷ lệ trào ngược dạ dày thực quản) với miệng nối thực quản - hồng tràng, dạ dày – hồng tràng. Trong đó, kỹ thuật nối qua quai hồng tràng trung gian chia làm 2 loại: 1 ống tiêu hóa (single tract) và 2 ống tiêu hóa (double tract), khác nhau ở chỗ có hoặc không đóng kín hồng tràng dưới miệng nối dạ dày – hồng tràng. Kỹ thuật nối kiểu 2 ống tiêu hóa (không đóng kín hồng tràng sau miệng nối dạ dày - hồng tràng) được Aikou đã được áp dụng từ năm 1988, giúp giảm trào ngược dạ dày và cải thiện tình trạng dinh dưỡng cũng như thiếu máu sau mổ [2].

Nhiều nghiên cứu tại trên thế giới [2,3] đã chứng minh tính an toàn, khả thi và hiệu quả về mặt ung thư học của phương pháp này. Tuy nhiên, tại Việt Nam, vẫn còn ít nghiên cứu về phương pháp này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày, nạo vét hạch, nối thực quản – hồng tràng, dạ dày – hồng tràng (kiểu Double tract) điều trị ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày Siewert tuýp II tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 7/2022 đến tháng 3/2025.

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 13 người bệnh ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày Siewert tuýp II được phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày, nạo vét hạch, nối thực quản – hồng tràng, dạ dày – hồng tràng (kiểu Double tract).

Tiêu chuẩn chọn lựa: Người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày Siewert tuýp II bằng nội soi (NS) theo phân độ Siewert [4] và sinh thiết có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô (UTBM). người bệnh được phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày, nạo vét hạch, nối thực quản – hồng tràng, dạ dày – hồng tràng (kiểu Double tract). Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: UTDD tái phát, UTDD không thuộc biểu mô, ung thư nơi khác di căn vào dạ dày.

Quy trình kỹ thuật

Phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày và phần dưới thực quản:

Giải phóng mạc nối lớn. Thắt các nhánh vị ngắn, bó mạch vị trái, vị mạc nối trái, giải phóng thực quản bụng, nạo vét hạch D1 (Nhóm 1, 2, 3a, 4sa, 4sb, 7); D1+ (D1 + nhóm 8a, 9, 11p) [5].

Cắt đôi thực quản trên $u \geq 2\text{cm}$, cắt đôi dạ dày dưới $u \geq 5\text{cm}$ kèm mạc nối lớn, sinh thiết tức thì diện cắt thực quản và dạ dày.

Thực hiện miệng nối [6]:

Cắt đôi hồng tràng cách góc Treitz khoảng 15 cm, đưa đầu hồng tràng xa qua mạc treo đại tràng ngang lên tạo miệng nối thực quản – hồng tràng.

Nối dạ dày – hồng tràng cách miệng nối thực quản – hồng tràng 15–20 cm.

Nối chân Y cách miệng nối dạ dày – hồng tràng 35–40 cm.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Lấy tất cả những hồ sơ bệnh án đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Các chỉ số NC: Tuổi, giới. Kết quả phẫu thuật: Giải phẫu bệnh, vị trí u, độ xâm lấn, di căn hạch, giai đoạn bệnh (theo AJCC phiên bản thứ 8 [7]), mức độ nạo vét hạch (theo JGCA phiên bản số 6 [5]), số hạch vét được, thời gian (TG) phẫu thuật, TG nằm viện sau mổ, tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật, tỷ lệ trào ngược miệng nối, tỷ lệ hẹp miệng nối, tỷ lệ thiếu máu và tỷ lệ suy dinh dưỡng sau phẫu thuật.

Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Kết quả nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm người bệnh nghiên cứu là $64,2 \pm 6,0$ tuổi, thấp nhất là 53 tuổi, cao nhất là 75 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1.

Kết quả phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm		Số NB	Tỷ lệ (%)	TB (min-max)
Kích thước u (cm)	< 5 cm	10	76,9	3,55 ± 1,94 (1,3 – 8,0)
	≥ 5 cm	3	23,1	
Mức độ xâm lấn	T1	3	23,1	
	T2	3	23,1	
	T3	4	30,8	
	T4	3	23,1	
Di căn hạch vùng	N0	7	53,8	
	N1	0	0,0	
	N2	4	30,8	
	N3	2	15,4	
Giai đoạn TNM	I	3	23,1	
	II	4	30,8	
	III	2	15,4	
	Iva	4	30,8	
Mô bệnh học	UTBM tuyến biệt hóa cao	2	15,4	
	UTBM tuyến biệt hóa vừa	7	53,8	
	UTBM tuyến kém biệt hóa	4	30,8	
Xâm nhập mạch bạch huyết	Có	9	69,2	
	Không	4	30,8	
Xâm nhập mạch máu - thần kinh	Có	7	53,8	
	Không	6	46,2	
Số hạch nạo vét (hạch)		20,8 ± 6,7 (6 – 30)		
Số hạch di căn (hạch)		2,8 ± 3,6 (0 – 10)		

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Số NB	Tỷ lệ (%)
Thời gian mổ (phút)		$234,6 \pm 47,5$ (170 – 330)	
Truyền máu trong mổ	Có	2	15,4
	Không	11	85,6
Diện cắt trên (cm)		$2,68 \pm 0,64$ (2,0 – 4,0)	
Diện cắt dưới (cm)		$7,92 \pm 2,02$ (5,0 – 10,0)	
Loại nạo vét hạch	D1+	13	100,0
Tai biến trong mổ	Chảy máu trong mổ	2	15,4
	Thủng ống mật chủ	1	7,7
Biến chứng sau mổ	Rò miệng nối	2	15,4
	Viêm phổi	1	7,7
	Nhiễm trùng vết mổ	2	15,4
	TG nằm viện sau mổ (ngày)	$14,8 \pm 12,5$ (8-55)	

Sau mổ, các người bệnh được khám lại (đánh giá thiếu máu, dinh dưỡng và kiểm tra miệng nối) sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Có 12/13 người bệnh đến khám lại.

Bảng 3. Kết quả sau mổ

	Chỉ số	Số NB	Tỷ lệ (%)
Trào ngược thực quản	Có	1	8,3
	Không	11	92,7
Hẹp miệng nối	Có	0	0,0
	Không	12	100,0
Thiếu máu (Hb < 12g/dL)	Có	2	16,7
	Không	10	83,3%
Suy dinh dưỡng	Có	1	8,3
	Không	11	92,7

Bàn luận

Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình người bệnh là 64,2 tuổi, phù hợp với nhận định rằng ung thư dạ dày thường gặp ở lứa tuổi trên 60. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1, cũng tương đồng với xu hướng nam giới mắc bệnh nhiều hơn đã được báo cáo trong y văn quốc tế và trong các nghiên cứu trong nước.

Kích thước u trung bình là 3,55 cm, phần lớn < 5 cm (76,9%), cho thấy đa số người bệnh được phát hiện khi khối u chưa quá lớn. Tuy nhiên, mức độ xâm lấn thành dạ dày chủ yếu từ T2–T4 (76,9%), phản ánh tình trạng bệnh vẫn được chẩn đoán ở giai đoạn tương đối tiến triển. Về di căn hạch, có 46,2% người bệnh ở mức N2–N3, dẫn đến tỷ lệ giai đoạn II–IVa chiếm 76,9%. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trong nước [8, 9], trong đó ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày thường được phát hiện muộn, tỷ lệ di căn hạch cao và thể mô học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa hoặc kém biệt hóa. Điều này phản ánh thực tế lâm sàng tại Việt Nam khi chưa có chương trình tầm soát ung thư dạ dày rộng rãi. Trong báo cáo của Jung (2017) [3], khoảng 40–50% người bệnh ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày được phát hiện ở giai đoạn I nhờ chương trình tầm soát quốc gia, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 23,1% ở giai đoạn I. Sự khác biệt này cho thấy tầm quan trọng của tầm soát và nội soi thường quy trong phát hiện sớm ung thư dạ dày.

Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (53,8%), tiếp theo là thể kém biệt hóa (30,8%). Kết quả này tương đồng với báo cáo của Ikoma (2023) [2], trong đó nhóm kém biệt hóa chiếm khoảng 25–35%, cho thấy đặc điểm ác tính cao của ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày. Tỷ lệ xâm nhập bạch huyết (69,2%) và xâm nhập mạch máu – thần kinh (53,8%) cũng khá cao, là những yếu tố tiên lượng xấu, góp phần lý giải tỷ lệ giai đoạn tiến triển không nhỏ trong nhóm nghiên cứu.

Một điểm đáng chú ý là số hạch nạo vét trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi đạt $20,8 \pm 6,7$ hạch (6–30 hạch), vượt ngưỡng tối thiểu 15 hạch

theo khuyến cáo của AJCC, đảm bảo tính chính xác của phân loại giai đoạn. Số hạch di căn trung bình là $2,8 \pm 3,6$ (0–10 hạch), trong đó nhóm N0 chiếm 53,8%. Kết quả này cho thấy một bộ phận người bệnh vẫn được phát hiện ở giai đoạn sớm, góp phần cải thiện tiên lượng sau phẫu thuật. So sánh với các nghiên cứu tại Nhật Bản và Hàn Quốc (Jung 2017, Ikoma 2023) [2, 3], số hạch nạo vét trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức tương đương (trên 20 hạch), chứng tỏ kỹ thuật phẫu thuật đã đạt độ chuẩn hóa tốt.

Tóm lại, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày tại Việt Nam vẫn chủ yếu được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, tỷ lệ di căn hạch còn cao. Tuy nhiên, số hạch nạo vét trung bình đạt trên 20 hạch, phù hợp với khuyến cáo quốc tế, đảm bảo độ chính xác phân giai đoạn. So với các nước có tầm soát, tỷ lệ giai đoạn sớm còn thấp, nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình phát hiện sớm và chuẩn hóa phẫu thuật tại Việt Nam.

Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 234,6 phút, dao động từ 170 đến 330 phút. Con số này tương đương với báo cáo của Jung (2017) [3] và Ikoma (2023) [2] về phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày với tái tạo kiểu double tract, trong đó thời gian mổ trung bình thường từ 210–260 phút. Điều này cho thấy kỹ thuật phẫu thuật có tính khả thi và thời gian mổ chấp nhận được.

Về diện cắt, khoảng cách bờ trên trung bình là 2,68 cm và bờ dưới 7,92 cm, đảm bảo nguyên tắc diện cắt an toàn theo khuyến cáo quốc tế (tối thiểu ≥ 2 cm với ung thư chỗ nối thực quản – dạ dày). Kết quả này chứng minh phẫu thuật không chỉ triệt để về mặt ung thư học mà còn bảo tồn được phần dạ dày còn lại nhằm duy trì chức năng tiêu hóa.

Trong nghiên cứu, tất cả người bệnh được nạo vét hạch mức D1+. Số lượng hạch nạo vét trung bình đạt 20,8 hạch, phù hợp với tiêu chuẩn của AJCC (≥ 15 hạch) [10], đảm bảo độ chính xác của phân loại giai đoạn bệnh. Đây là yếu tố quan trọng để đánh giá kết quả điều trị lâu dài.

Về tai biến trong mổ, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp chảy máu (15,4%) do quá trình phẫu tích, xử lý bằng khâu cầm máu và 1 trường hợp thủng ống mật chủ (OMC) (7,7%) do hạch nhóm 12 to, dính chắc vào OMC nên trong quá trình nạo vét hạch gây tổn thương OMC, xử lý bằng khâu OMC, đặt dẫn lưu Kehr (chúng tôi đã sinh thiết tức thì hạch nhóm 12, kết quả âm tính); sau mổ 1 tháng người bệnh ổn định, rút DL Kehr. Tỷ lệ này tương đương hoặc thấp hơn so với các nghiên cứu khác về phẫu thuật bảo tồn phần dạ dày. Các biến chứng sau mổ bao gồm: 1 trường hợp viêm phổi (7,7%), điều trị nội khoa, ra viện sau 12 ngày; 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (15,4%), điều trị bằng thay băng hằng ngày, ra viện sau 13 ngày và 16 ngày; và 2 trường hợp rò miệng nối (15,4%). Trong 2 người bệnh bị rò miệng nối, có 1 người bệnh được điều trị nội 19 ngày; 1 người bệnh phải mổ lại đưa thực quản cổ ra da, tháo bỏ miệng nối, mở thông dạ dày, làm sạch mang phổi; sau mổ người bệnh viêm phổi, phải điều trị hồi sức tích cực và ra viện sau 55 ngày. Tỷ lệ biến chứng này nằm trong khoảng chấp nhận được và tương đồng với báo cáo trong y văn. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Quân (2021) [8] tại Việt Nam và một số nghiên cứu khác trên thế giới, tỷ lệ này dao động từ 20–30%. Điều đó cho thấy phẫu thuật có tính an toàn và khả thi trong điều kiện thực hành lâm sàng tại nước ta.

Việc lựa chọn phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa sau cắt bán phần trên dạ dày vẫn còn nhiều tranh luận. Nakamura và cs. (2014) [11] nghiên cứu trên 101 người bệnh ung thư dạ dày giai đoạn sớm vùng 1/3 trên được cắt bán phần trên dạ dày với ba phương pháp tái tạo: nối thực quản – dạ dày, chuyển đoạn hồng tràng và túi hồng tràng. Trong đó, nối thực quản – dạ dày đơn giản, ít mất máu và biến chứng sớm hơn, tuy nhiên tỷ lệ trào ngược cao hơn so với chuyển đoạn hoặc túi hồng tràng. Khi kết hợp tạo van chống trào ngược $\geq 180^\circ$, tỷ lệ trào ngược giảm rõ rệt, do đó nối thực quản – dạ dày với van $\geq 180^\circ$ được coi là lựa chọn tối ưu, trong khi chuyển đoạn hoặc túi hồng tràng thích hợp hơn khi khó thực hiện tạo van. Kumamoto và cộng sự (2021) [12] so

sánh kết quả lâm sàng của hai phương pháp tái tạo sau cắt bán phần trên dạ dày ở người bệnh ung thư dạ dày giai đoạn sớm gồm kỹ thuật tạo vạt kép kiểu double-flap (DFT) và chuyển đoạn hồng tràng. Kết quả cho thấy phương pháp DFT có ưu điểm trong việc bảo tồn chức năng dạ dày, duy trì cân nặng và tình trạng dinh dưỡng sau mổ tốt hơn, đồng thời làm giảm đáng kể tỷ lệ trào ngược dạ dày – thực quản và viêm thực quản so với chuyển đoạn hồng tràng.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 14,8 ngày, mặc dù có một số trường hợp kéo dài do biến chứng (tối đa 55 ngày). Kết quả này tương đối dài so với báo cáo quốc tế (thường 9–12 ngày), nhưng phản ánh thực tế điều kiện theo dõi và chăm sóc hậu phẫu tại Việt Nam, nơi người bệnh thường được giữ lại lâu hơn để kiểm soát biến chứng và theo dõi dinh dưỡng.

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày với tái tạo kiểu double tract có tính khả thi, đảm bảo nguyên tắc ung thư học và an toàn phẫu thuật, với tỷ lệ tai biến – biến chứng nằm trong giới hạn chấp nhận được.

Kết quả sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 người bệnh (8,3%) xuất hiện triệu chứng trào ngược thực quản sau mổ. Tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với các báo cáo về nối thực quản – dạ dày trực tiếp, vốn dao động từ 20–40% (Jung 2017, Quân 2021) [3,8]. Kết quả này khẳng định ưu điểm của kỹ thuật double tract trong việc hạn chế biến chứng trào ngược dịch mật và acid, từ đó cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Không có trường hợp nào bị hẹp miệng nối, cho thấy phẫu thuật đảm bảo nguyên tắc kỹ thuật và an toàn. Đây cũng là một điểm thuận lợi so với một số nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ hẹp miệng nối khoảng 5–10%.

Về tình trạng thiếu máu sau mổ ($Hb < 12 \text{ g/dL}$), chỉ có 2 người bệnh (16,7%) gặp phải. Tỷ lệ này thấp hơn phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, với tình trạng thiếu máu thiếu sắt và thiếu vitamin B12 có thể gặp tới 30–40% sau 1 năm (Ikoma 2023) [2]. Chỉ có 1 người bệnh (8,3%) bị suy dinh dưỡng sau mổ,

trong khi phần lớn (92,7%) duy trì tình trạng dinh dưỡng ổn định. Kết quả có thể do phần dạ dày còn lại vẫn tham gia dự trữ và hấp thu vitamin B12, đồng thời lưu thông tiêu hóa được cải thiện nhờ đường tái tạo double tract. Do đó, người bệnh ăn uống tốt hơn, hạn chế sụt cân và suy kiệt so với cắt toàn bộ dạ dày.

Như vậy, kết quả theo dõi sau mổ của chúng tôi cho thấy phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày kèm tái tạo kiểu double tract không những đảm bảo nguyên tắc điều trị ung thư mà còn có ưu thế vượt trội về mặt chức năng: giảm trào ngược, giảm thiếu máu và cải thiện tình trạng dinh dưỡng.

Kết luận

Phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày, nạo vét hạch, nối thực quản – hồng tràng, dạ dày – hồng tràng (kiểu Double tract) là phẫu thuật an toàn và có tỷ lệ biến chứng tương đương với cắt toàn bộ dạ dày, với ưu điểm là bảo tồn chức năng của dạ dày. Tuy nhiên, vẫn cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn hiệu quả lâu dài về mặt ung thư học và so sánh trực tiếp với cắt toàn bộ dạ dày.

Tài liệu tham khảo

1. Li Z, Dong J, Huang Q, Zhang W, Tao K. Comparison of three digestive tract reconstruction methods for the treatment of Siewert II and III adenocarcinoma of esophagogastric junction: a prospective, randomized controlled study. *World J Surg Onc.* 2019;17(1):209. doi:10.1186/s12957-019-1762-x
2. Ikoma N, Grotz T, Kawakubo H, et al. Trans-pacific multicenter collaborative study of minimally invasive proximal versus total gastrectomy for proximal gastric and gastroesophageal junction cancers. *BMC Surg.* 2023;23(1):262. doi:10.1186/s12893-023-02163-8
3. Jung DH, Lee Y, Kim DW, et al. Laparoscopic proximal gastrectomy with double tract reconstruction is superior to laparoscopic total gastrectomy for proximal early gastric cancer. *Surg Endosc.* 2017;31(10):3961-3969. doi:10.1007/s00464-017-5429-9
4. Siewert JR, Stein HJ. Classification of adenocarcinoma of the oesophagogastric junction. *Br J Surg.* 1998;85(11):1457-1459. doi:10.1046/j.1365-2168.1998.00940.x
5. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). *Gastric Cancer.* 2023;26(1):1-25. doi:10.1007/s10120-022-01331-8
6. Lewis TS, Feng Y. A review on double tract reconstruction after proximal gastrectomy for proximal gastric cancer. *Ann Med Surg (Lond).* 2022;79:103879. doi:10.1016/j.amsu.2022.103879
7. Rice TW, Patil DT, Blackstone EH. 8th edition AJCC/UICC staging of cancers of the esophagus and esophagogastric junction: application to clinical practice. *Ann Cardiothorac Surg.* 2017;6(2):119-130. doi:10.21037/acs.2017.03.14
8. Quân NT, Lâm NV. Vai trò của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo hạch D2 trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn III. *ctump.* 2021;(41):127-134.
9. Trần TA, Phạm AV, Lê L, Trần HM, Nguyễn MT, Đặng NT. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày kèm nạo vét hạch điều trị ung thư dạ dày. *HUEJMP.* 2023;13(5):58-66. doi:10.34071/jmp.2023.5.8
10. Mranda GM, Xue Y, Zhou XG, et al. Revisiting the 8th AJCC system for gastric cancer: A review on validations, nomograms, lymph nodes impact, and proposed modifications. *Ann Med Surg (Lond).* 2022;75:103411. doi:10.1016/j.amsu.2022.103411
11. Nakamura M, Nakamori M, Ojima T, et al. Reconstruction after proximal gastrectomy for early gastric cancer in the upper third of the stomach: an analysis of our 13-year experience. *Surgery.* 2014;156(1):57-63. doi:10.1016/j.surg.2014.02.015
12. Kumamoto T, Sasako M, Ishida Y, Kurahashi Y, Shinohara H. Clinical outcomes of proximal gastrectomy for gastric cancer: A comparison between the double-flap technique and jejunal interposition. *PLoS One.* 2021;16(2):e0247636. doi:10.1371/journal.pone.0247636