

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CÁC PHƯƠNG PHÁP TÁI LẬP LƯU THÔNG TIÊU HÓA TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình¹, Thái Đức An^{1*}

Nguyễn Đức Duy¹, Nguyễn Duy Thanh¹

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, an toàn và tình trạng viêm miệng nối, trào ngược dịch mật liên quan đến các phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa trong phẫu thuật nội soi (PTNS) hoàn toàn cắt dạ dày điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 147 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tuyến dạ dày được PTNS cắt dạ dày và tái lập lưu thông tiêu hóa trong cơ thể tại Bệnh viện K từ tháng 01/2020 - 6/2025. **Kết quả:** Miệng nối Delta-shape và Finsterer chủ yếu được áp dụng cho các khối u giai đoạn sớm, vị trí tiền môn vị. Thời gian mổ và thời gian thực hiện miệng nối ở nhóm Roux-en-Y dài hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ rò miệng nối và biến chứng sớm sau mổ thấp. Tỷ lệ trào ngược dịch mật và viêm miệng nối thấp nhất ở nhóm Roux-en-Y và cao nhất ở nhóm Finsterer ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tái lập lưu thông tiêu hóa trong ổ bụng của BN PTNS hoàn toàn cắt dạ dày là khả thi và an toàn. Lựa chọn phương pháp làm miệng nối cần cá thể hóa dựa trên vị trí khối u, giai đoạn bệnh và tình trạng toàn thân của BN.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến dạ dày; Phẫu thuật nội soi hoàn toàn; Miệng nối trong cơ thể.

EVALUATION OF DIGESTIVE TRACT RECONSTRUCTION IN TOTALLY LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Abstract

Objectives: To evaluate the feasibility, safety, and incidence of anastomotic inflammation and bile reflux associated with different digestive tract reconstruction methods in totally laparoscopic gastrectomy for gastric adenocarcinoma.

¹Bệnh viện K

*Tác giả liên hệ: Thái Đức An (drthaiducan@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/01/2026

Ngày được chấp nhận đăng: 26/02/2026

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i3.1872>

Methods: A retrospective, descriptive study was conducted on 147 patients with gastric adenocarcinoma who underwent laparoscopic gastrectomy with intracorporeal digestive tract reconstruction at Vietnam National Cancer Hospital between January 2020 and June 2025. **Results:** Delta-shaped and Finsterer anastomoses were mainly applied in early-stage tumors located in the antral region. Operative time and anastomosis time were significantly longer in the Roux-en-Y group ($p < 0.001$). The rates of anastomotic leakage and early postoperative complications were low. Bile reflux and anastomotic inflammation were lowest in the Roux-en-Y group and highest in the Finsterer group ($p < 0.05$). **Conclusion:** Total digestive tract reconstruction during laparoscopic gastrectomy is feasible and safe. The choice of reconstruction method should be individualized based on tumor location, disease stage, and the patient's general condition.

Keywords: Gastric adenocarcinoma; Totally laparoscopic gastrectomy; Intracorporeal anastomosis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu của GLOBOCAN (2022), ung thư dạ dày xếp thứ 5 về tỷ lệ mắc mới và thứ 4 về tỷ lệ tử vong do ung thư, đặc biệt có tần suất mắc cao tại các quốc gia châu Á, trong đó có Việt Nam [1]. Hiện nay, phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch vẫn giữ vai trò là phương pháp điều trị triệt căn chủ yếu đối với ung thư biểu mô tuyến dạ dày [2]. Sau phẫu thuật cắt dạ dày, tái lập lưu thông tiêu hóa đóng vai trò quan trọng với các kiểu miệng nối kinh điển như Billroth I, Billroth II và Roux-en-Y đã được áp dụng rộng rãi và nghiên cứu lâu dài [3].

Hiện nay, PTNS cắt dạ dày ngày càng được triển khai rộng rãi tại Việt Nam. Sự

ra đời của các dụng cụ cắt nối tự động đã thúc đẩy sự phát triển của PTNS hoàn toàn, trong đó toàn bộ quá trình cắt dạ dày và tái lập lưu thông tiêu hóa được thực hiện trong ổ bụng [4]. Tuy nhiên, việc thực hiện miệng nối hoàn toàn bằng nội soi vẫn là thách thức kỹ thuật, đòi hỏi kỹ năng cao và có thể ảnh hưởng đến thời gian mổ cũng như tỷ lệ biến chứng [5]. Hiện nay, số lượng nghiên cứu đánh giá hiệu quả và an toàn của các phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa khi thực hiện hoàn toàn bằng PTNS vẫn còn hạn chế, đặc biệt tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Đánh giá tính khả thi, an toàn và tình trạng viêm miệng nối, trào ngược dịch mật liên quan đến các phương pháp tái lập lưu thông.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 147 BN được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, được chỉ định PTNS cắt dạ dày, nạo vét hạch, thực hiện miệng nối hoàn toàn trong cơ thể.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày; được PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày, nạo vét hạch D2, thực hiện tái lập lưu thông tiêu hóa hoàn toàn trong cơ thể theo một trong ba phương pháp Delta-shape (Billroth I), Finsterer (Billroth II) và Roux-en-Y; hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần thiết phục vụ nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: PTNS cắt dạ dày thực hiện miệng nối ngoài cơ thể; BN có bệnh lý ung thư cơ quan khác đã từng điều trị hoặc mới mắc; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Thời gian và địa điểm nghiên cứu*: Từ tháng 01/2020 - 6/2025 tại Khoa Ngoại Tiêu hóa 1, Bệnh viện K.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

* *Cỡ mẫu*: Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

* *Biến số và chỉ số nghiên cứu*: Các biến số nghiên cứu, biến chứng, di chứng sau

mổ được định nghĩa phân chia theo Phân loại Ung thư Dạ dày Nhật Bản (ấn bản tiếng Anh lần thứ 3) [6] và Hệ thống phân loại Clavien-Dindo mở rộng của Nhóm Ung thư Lâm sàng Nhật Bản [7]. Chức năng tiêu hóa sau mổ được đánh giá thông qua kết quả nội soi trong quá trình theo dõi và phỏng vấn trực tiếp BN tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

* *Xử lý số liệu*: Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm, so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-Square hoặc Fisher's exact test. Các biến định lượng được kiểm tra phân bố chuẩn; nếu phân bố chuẩn, số liệu được biểu diễn bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn và so sánh bằng kiểm định ANOVA; nếu không phân bố chuẩn, số liệu được biểu diễn bằng giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị - IQR) và so sánh bằng kiểm định Kruskal-Wallis. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện K xem xét và chấp thuận theo mã số IRB-VN 01034/IRB00003642/FWA00005158 ngày 28/4/2025. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện K cho phép sử dụng và công bố cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu về miệng nối trên 147 BN ung thư biểu mô tuyến dạ dày được điều trị bằng PTNS hoàn toàn tại Bệnh viện K, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN phân theo phương pháp nối.

Đặc điểm	Delta-shape (n = 74)	Finsterer (n= 15)	Roux-en-Y (n = 58)	p
Tuổi (năm)	60,1 ± 8,5	58,3 ± 6,5	59,3 ± 10,7	0,74
Giới tính, n (%)				
Nam	42 (56,8)	10 (66,7)	41 (70,7)	0,25
Nữ	32 (43,2)	5 (33,3)	17 (29,3)	
Bệnh nền nội khoa, n (%)	16 (21,6)	8 (53,3)	11 (19,0)	0,02
Vị trí khối u, n (%)				
Thân vị	2 (12,5)	2 (12,5)	12 (75,0)	0,000
Hang vị	54 (47,8)	13 (11,5)	46 (40,7)	
Tiền môn vị	18 (100,0)	0	0	
Giai đoạn, n (%)				
pT1	49 (66,2)	13 (86,7)	31 (53,4)	0,045
pT2 , pT3, pT4	25 (33,8)	2 (13,3)	27 (46,6)	
Kích thước u trung vị (IQR), cm	2,0 (1,5)	2,0 (1,0)	2,0 (1,5)	0,16

Ba nhóm BN không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới tính và kích thước khối u ($p > 0,05$). Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nền nội khoa cao hơn rõ rệt ở nhóm Finsterer (53,3%) ($p = 0,02$). Vị trí khối u phân bố khác nhau có ý nghĩa thống kê, trong đó, khối u tiền môn vị đều được thực hiện miệng nối Delta-shape, trong khi 75% trường hợp u vị trí thân vị sử dụng miệng nối Roux-en-Y ($p < 0,001$). Về giai đoạn bệnh, nhóm Finsterer và Delta-shape có tỷ lệ pT1 cao hơn, trong khi nhóm Roux-en-Y có tỷ lệ pT2 - pT4 cao hơn với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật và các biến chứng sớm sau mổ.

Đặc điểm	Delta-shape (n = 74)	Finsterer (n= 15)	Roux-en-Y (n = 58)	p
Thời gian mổ Trung vị (IQR), phút	200 (31)	210 (40)	235 (60)	0,001
Thời gian làm miệng nối Trung vị (IQR), phút	15 (2)	10 (5)	25 (5)	< 0,001
Chuyển mổ mở	0	0	0	
Rò miệng nối, n (%)	2 (2,7)	0	2 (3,4)	
Biến chứng sau mổ, n (%)				
Tắc ruột	1 (1,4)	1 (6,7)	1 (1,7)	
Hẹp miệng nối	2 (2,7)	0	0	
Thời gian dùng giảm đau - trung vị (IQR), ngày	2,5 (1)	3,0 (1)	2,5 (1)	0,9
Thời gian nằm viện - trung vị (IQR), ngày	7 (1)	7 (0)	7 (1)	0,8

Thời gian mổ và thời gian làm miệng nối ở nhóm Roux-en-Y dài hơn rõ rệt so với nhóm Delta-shape và Finsterer ($p < 0,001$). Không ghi nhận trường hợp chuyển mổ mở ở cả ba nhóm. Tỷ lệ rò miệng nối, tắc ruột và hẹp miệng nối thấp. Thời gian dùng giảm đau và thời gian nằm viện sau mổ tương đương giữa ba nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3. Một số rối loạn tiêu hóa tại miệng nối.

Đặc điểm	Delta-shape n (%)	Finsterer n (%)	Roux-en-Y n (%)	p
Trào ngược dịch mật trên nội soi	15 (20,3)	5 (33,3)	4 (6,9)	0,02
Viêm miệng nối trên nội soi	25 (33,8)	8 (53,3)	10 (17,2)	0,01
Triệu chứng trào ngược dạ dày - thực quản	28 (37,8)	5 (33,3)	16 (27,6)	0,46
Sụt cân > 10% so với trước mổ	17 (23,0)	3 (20,0)	17 (29,3)	0,63

Tỷ lệ trào ngược dịch mật trên nội soi và viêm miệng nối trên nội soi khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm ($p = 0,02$ và $p = 0,01$), trong đó, nhóm Roux-en-Y có tỷ lệ thấp nhất, còn nhóm Finsterer có tỷ lệ cao nhất.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc lựa chọn phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa có mối liên quan chặt chẽ với đặc điểm khối u. Tất cả các khối u ở vùng tiền môn vị đều được thực hiện miệng nối Delta-shape, vì vị trí này thuận lợi đảm bảo miệng nối không căng, thực hiện miệng nối nhanh và tái lập lưu thông tiêu hóa phù hợp với sinh lý. Ngoài ra, kỹ thuật Delta-shape cũng được áp dụng trong 2 trường hợp u ở thân vị khi có thể đảm bảo miệng nối không căng và đạt diện cắt an toàn. Ngược lại, miệng nối Roux-en-Y được lựa chọn nhiều cho khối u ở cao hơn (chiếm 75% u ở thân vị) hoặc giai đoạn tiến triển, phù hợp với yêu cầu cần thiết diện cắt cao. Miệng nối Finsterer được sử dụng ít nhất (10,2%), trong đó có đến 53,3% trường hợp ghi nhận bệnh lý nền nội khoa. Những kết quả này cho thấy xu hướng cá thể hóa trong lựa chọn miệng nối, phù hợp với thực hành lâm sàng hiện nay [8].

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào phải chuyển mổ mở; tỷ lệ rò miệng nối và các biến chứng sớm sau mổ đều thấp và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm. Cụ thể, ghi nhận 2 trường hợp hẹp miệng nối ở nhóm Delta-shape được xử trí thành công bằng nong qua nội soi tiêu hóa; 2 trường hợp rò miệng nối tại chân quai Y và 1 trường hợp tắc ruột do thoát vị khe Petersen, đều được chỉ định phẫu

thuật lại. 2 trường hợp tắc ruột còn lại đều được điều trị nội khoa. Bên cạnh đó, thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ ở cả ba nhóm tương đối ngắn (từ 2,5 - 3 ngày). Hiệu quả giảm đau sau mổ của kỹ thuật nối trong ổ bụng được lý giải bởi một số cơ chế. Thứ nhất, nối trong giúp tránh được việc mở rộng đường rạch qua thành bụng, giảm đáng kể kích thước vết mổ. Việc hạn chế tổn thương da, cơ thành bụng và dây thần kinh liên quan góp phần quan trọng vào giảm mức độ đau sau mổ. Thứ hai, trong kỹ thuật nối ngoài cơ thể, ống tiêu hóa thường phải được kéo căng và đưa ra ngoài ổ bụng để thực hiện miệng nối, gây kéo giãn mạc treo và áp lực lên quai ruột, từ đó dễ dẫn đến vi sang chấn mô mềm và phản ứng viêm tại chỗ (IL-6, CRP tăng), tăng stress, từ đó gây tăng tình trạng đau sau mổ [9]. Các kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy PTNS hoàn toàn cắt dạ dày có tính khả thi, an toàn và phục hồi sớm [10].

Thời gian mổ và thời gian thực hiện miệng nối ở nhóm Roux-en-Y dài hơn có ý nghĩa thống kê so với hai nhóm còn lại. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi sự phức tạp hơn của kỹ thuật Roux-en-Y, bao gồm việc cắt đôi quai ruột non và thực hiện nhiều miệng nối hơn [8]. Trong khi đó, Delta-shape và Finsterer có quy trình kỹ thuật đơn giản hơn, ít thì phẫu thuật, do đó rút ngắn thời gian mổ. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật kéo dài

hơn ở nhóm Roux-en-Y không đi kèm với gia tăng biến chứng liên quan như xoắn hay chảy máu miệng nối, cho thấy tính an toàn trong kỹ thuật này.

Về chức năng tiêu hóa sau mổ, nhóm Roux-en-Y cho thấy ưu thế rõ rệt với tỷ lệ trào ngược dịch mật và viêm miệng nối trên nội soi thấp nhất, trong khi nhóm Finsterer có tỷ lệ cao hơn. Điều này phù hợp với cơ chế sinh lý của miệng nối Roux-en-Y, khi dòng dịch mật và dịch tụy được chuyển hướng, hạn chế sự trào ngược lên miệng nối và thực quản [10]. Chúng tôi thường sử dụng chiều dài quai hồng tràng kiểu Y khoảng 40 - 60cm là tối ưu để giảm trào ngược dịch mật. Ngược lại, miệng nối Finsterer có nguy cơ trào ngược dịch mật cao hơn, từ đó ảnh hưởng đến niêm mạc miệng nối và chất lượng sống của BN. Chính vì vậy, miệng nối này ít được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi (10,2%). Như vậy, miệng nối Roux-en-Y mang lại lợi ích rõ rệt về mặt chức năng tiêu hóa sau mổ, là lựa chọn tốt trong các trường hợp khối u nằm cao và ở giai đoạn tiến triển.

KẾT LUẬN

PTNS hoàn toàn cắt dạ dày với tái lập lưu thông tiêu hóa trong ổ bụng trên BN ung thư biểu mô tuyến dạ dày là phương pháp khả thi và an toàn, với tỷ lệ biến chứng sớm và rò miệng nối thấp (2,7%), không có trường hợp nào cần chuyển mổ mở. Lựa chọn phương pháp nối phụ

thuộc vào vị trí và giai đoạn khối u. Miệng nối Roux-en-Y cho kết quả phục hồi chức năng tiêu hóa sau mổ tốt nhất, với tỷ lệ trào ngược dịch mật và viêm miệng nối thấp hơn so với các phương pháp khác (6,9% và 17,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(3):229-263.
2. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). *Gastric Cancer.* 2023; 26(1):1-25.
3. Zong L and Chen P. Billroth I vs. Billroth II vs. Roux-en-Y following distal gastrectomy: A meta-analysis based on 15 studies. *Hepatogastroenterology.* 2011; 58(109):1413-1424.
4. Kang SH and Kim HH. Laparoscopic surgery for gastric cancer: Current status and future direction. *Chin J Cancer Res.* 2021; 33(2):133-141.
5. Park SH, Lee CM, Hur H, et al. Totally laparoscopic versus laparoscopy-assisted distal gastrectomy: The KLASS-07: A randomized controlled trial. *Int J Surg Lond Engl.* 2024; 110(8):4810-4820.
6. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. *Gastric Cancer Off J*

Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc. 2011; 14(2):101-112.

7. Katayama H, Kurokawa Y, Nakamura K, et al. Extended Clavien-Dindo classification of surgical complications: Japan clinical oncology group postoperative complications criteria. *Surg Today.* 2016; 46:668-685.

8. Ren Z and Wang WX. Comparison of Billroth I, Billroth II, and Roux-en-Y reconstruction after totally laparoscopic distal gastrectomy: A randomized controlled study. *Adv Ther.* 2019; 36(11):2997-3006.

9. Lee SH, Kim IH, Kim IH, et al. Comparison of short-term outcomes and acute inflammatory response between laparoscopy-assisted and totally laparoscopic distal gastrectomy for early gastric cancer. *Ann Surg Treat Res.* 2015; 89(4):176-182.

10. Zhong X, Wei M, Ouyang J, et al. Efficacy and safety of totally laparoscopic gastrectomy compared with laparoscopic-assisted gastrectomy in gastric cancer: A propensity score-weighting analysis. *Front Surg.* 2022; 9.