

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN XA DẠ DÀY THỰC HIỆN MIỆNG NỐI TRONG Ổ PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Phạm Minh Đức^{1,2}, Đỗ Văn Gia Khánh², Nguyễn Thanh Xuân^{1,2}

¹Bộ môn Ngoại, trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Huế, Việt Nam.

²Khoa Ngoại Nhi và Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội cắt phần xa dạ dày thực hiện miệng nối trong ổ phúc mạc có những khó khăn về mặt kỹ thuật, cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm và chưa được thực hiện rộng rãi. Do đó, nghiên cứu được thực hiện để đánh giá kết quả phương pháp này trong điều trị ung thư dạ dày.

Đối tượng, phương pháp: Gồm có 46 bệnh nhân ung thư dạ dày, được phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày thực hiện miệng nối trong ổ phúc mạc từ tháng 03 năm 2022 đến tháng 6 năm 2024.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là $64,2 \pm 11,9$ tuổi, trong đó có 73,9% nam. Chỉ số BMI trung bình là $20,7 \pm 2,3$ kg/m². Thời gian phẫu thuật trung bình là $217,6 \pm 45,4$ phút (150 - 330). Có 63,0% thực hiện miệng nối kiểu Billroth II và 37,0% kiểu Roux-en-Y. Thời gian ăn lại trung bình là $3,9 \pm 1,2$ ngày, thời gian rút dẫn lưu là $4,7 \pm 2,1$ ngày. Biến chứng sau phẫu thuật ghi nhận 13,0% trường hợp. Trong đó, phân độ theo Clavien-Dindo có 8,7% độ I và 4,3% độ II. Thời gian nằm viện trung bình là $10,7 \pm 3,7$ ngày (7 - 28).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày thực hiện miệng nối trong ổ phúc mạc là một phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị ung thư dạ dày.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, phẫu thuật nội soi, cắt phần xa dạ dày, miệng nối trong ổ phúc mạc.

ABSTRACT

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS FOR GASTRIC CANCER

Phạm Minh Đức^{1,2}, Do Van Gia Khanh², Nguyen Thanh Xuan^{1,2}

Background: Laparoscopic distal gastrectomy with intracorporeal anastomosis is not a routinely performed procedure due to technical challenges and requires experienced surgeons. Therefore, this study aimed to evaluate the outcomes of this technique for gastric cancer.

Methods: A descriptive study included 46 patients with gastric cancer, who underwent laparoscopic distal gastrectomy with intracorporeal anastomosis from March 2022 to June 2024.

Results: The study included 73.9% male, with a mean age of 64.2 ± 11.9 years. The mean BMI was 20.7 ± 2.3 kg/m². The average operative time was 217.6 ± 45.4 minutes (ranging, 150 - 330). Type of reconstruction included 63.0% Billroth II and 37.0% Roux-en-Y anastomosis. The mean time to oral intake was 3.9 ± 1.2 days, and drain removal time was 4.7 ± 2.1 days. The overall complication rate was 13.0%. According to the Clavien-Dindo classification, there were 8.7% grade I and 4.3% grade II. The mean hospital stay after surgery was 10.7 ± 3.7 days (ranging, 7 - 28).

Ngày nhận bài: 16/12/2024. Ngày chỉnh sửa: 10/01/2025. Chấp thuận đăng: 13/02/2025

Tác giả liên hệ: Phạm Minh Đức. Email: pmduc@huemed-univ.edu.vn. ĐT: 0905511322

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày...

Conclusion: Laparoscopic distal gastrectomy with intracorporeal anastomosis is a safe and feasible procedure for gastric cancer.

Keywords: Gastric cancer, laparoscopy, distal gastrectomy, intracorporeal anastomosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính đứng hàng thứ năm trên thế giới, với số lượng khoảng 723.100 ca tử vong hàng năm [1]. Điều trị hiệu quả UTDD cần kết hợp đa mô thức, trong đó phẫu thuật cắt dạ dày đóng vai trò quan trọng. Kể từ khi phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt phần xa dạ dày được mô tả lần đầu tiên bởi Kitano và cộng sự [2] vào năm 1994, kỹ thuật này đã được phổ biến rộng rãi. Hiện nay, PTNS được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với UTDD [3]. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu trước đây chỉ báo cáo PTNS hỗ trợ cắt phần xa dạ dày, với miệng nối được thực hiện bên ngoài ổ phúc mạc (OPM) [4]. Trong trường hợp bệnh nhân béo phì hoặc phần dạ dày còn lại nhỏ, thực hiện miệng nối dạ dày - hồi tràng thường gặp khó khăn do không gian bị hạn chế [5].

PTNS cắt phần xa dạ dày hoàn toàn bằng nội soi, toàn bộ quá trình từ cắt dạ dày bao gồm nạo vét hạch đến miệng nối đều được thực hiện trong OPM. Phương pháp này có nhiều ưu điểm, như: giảm đau sau phẫu thuật, hạn chế nhiễm trùng vết mổ và kết quả thẩm mỹ tốt hơn [5]. Ngoài ra, thực hiện miệng nối trong OPM cung cấp phẫu trường và không gian thao tác tốt hơn so với thực hiện ngoài OPM. Những ưu điểm này có thể làm giảm sức căng tại vị trí miệng nối và hạn chế tổn thương các cấu trúc lân cận [4].

Tuy nhiên, do những khó khăn về mặt kỹ thuật của miệng nối trong OPM khi sử dụng máy nối và sự tích lũy kinh nghiệm cần thiết về PTNS [6]. Thực hiện miệng nối trong vẫn chưa được thực hiện phổ biến [4]. Với kinh nghiệm PTNS được tích lũy, các phẫu thuật viên sẽ có xu hướng chuyển từ cắt dạ dày nội soi hỗ trợ sang cắt dạ dày nội soi hoàn toàn. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá kết quả ngắn hạn của PTNS cắt phần xa dạ dày thực hiện miệng nối trong OPM điều trị UTDD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm có 46 bệnh nhân UTDD được PTNS cắt phần xa dạ dày thực hiện miệng nối trong ổ

phúc mạc, tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 6 năm 2024. UTDD được chẩn đoán trước phẫu thuật bằng nội soi có sinh thiết, và chụp cắt lớp vi tính để đánh giá giai đoạn.

Tiêu chuẩn chọn bệnh, bao gồm: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên; khối u ở vị trí 1/3 dưới và 1/3 giữa dạ dày đảm bảo diện cắt trên theo hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản năm 2021 [7]; Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư dạ dày; Giai đoạn bệnh lý T1-4a,N0-3,M0 theo phân loại TNM của AJCC phiên bản thứ 8 [8]; ASA từ I-III. Tiêu chuẩn loại trừ là UTDD tái phát; được điều trị hóa chất trước phẫu thuật; có khối u ở vị trí khác kèm theo; chống chỉ định với phẫu thuật nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

Thông tin nghiên cứu: Các thông tin nghiên cứu về đặc điểm của bệnh nhân gồm có tuổi, giới tính, BMI, bệnh lý kèm theo, tiền sử phẫu thuật bụng, ASA. Đặc điểm phẫu thuật mô tả hình ảnh đại thể, phương pháp cắt dạ dày, kỹ thuật thực hiện miệng nối, thời gian phẫu thuật, tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở và truyền máu trong mổ. Kết quả giải phẫu bệnh lý đánh giá phân loại mô bệnh học, độ biệt hóa, giai đoạn TNM theo AJCC phiên bản thứ 8. Kết quả phẫu thuật bao gồm thời gian phục hồi nhu động ruột, thời gian ăn lại, thời gian rút dẫn lưu, biến chứng, thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Các biến chứng sau phẫu thuật được phân loại theo Clavien-Dindo [9].

Kỹ thuật phẫu thuật: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa với 2 chân dạng. Sử dụng 4 trocar: trocar thứ 1 (10 mm) đặt ở dưới rốn dành cho camera, trocar thứ 2 (10 mm) đặt ở vùng hạ sườn trái, trocar thứ 3 (5 mm) đặt ở hạ sườn phải, và trocar thứ 4 (5 mm) đặt ở vùng thượng vị. Tất cả bệnh nhân đều được PTNS cắt phần xa dạ dày triệt để, với diện cắt và nạo vét hạch theo hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản năm 2021 phiên bản thứ 6 [7]. Miệng nối trong ổ phúc mạc được thực hiện theo kiểu Billroth II hoặc Roux-en-Y bằng máy nối thẳng tùy theo sự lựa chọn của phẫu thuật viên. Vị trí mở đưa máy nối được khâu lại bằng chỉ xương cá 2.0.

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày...

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu đã được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được hiển thị theo giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD), và các biến định tính được biểu thị dưới dạng phần trăm (%).

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm có 46 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $64,2 \pm 11,9$ tuổi (34 - 87), trong đó có 73,9% nam và 26,1% nữ. Chỉ số BMI trung bình là $20,7 \pm 2,3$ kg/m². Tiền sử có 4,3% được phẫu thuật vùng bụng trước đó. Chỉ số ASA gồm có 69,6% ASA I, 21,7% ASA II và 8,7% ASA III. Đặc điểm thương tổn u dạ dày qua nội soi nghi nhận 60,9%

thể sùi, 36,9% thể loét và 2,2% thể thâm nhiễm.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $217,6 \pm 45,4$ phút (150 - 330). Có 63,0% thực hiện miệng nối dạ dày - hồi tràng theo kiểu Billroth II và 37,0% theo kiểu Roux-en-Y. Không có trường hợp nào cần chuyển đổi phương pháp mổ. Thời gian ăn lại trung bình là $3,9 \pm 1,2$ ngày, thời gian rút dẫn lưu là $4,7 \pm 2,1$ ngày. Có 13,0% có biến chứng sau phẫu thuật. Trong đó, phân độ theo Clavien - Dindo có 8,7% độ I và 4,3% độ II. Thời gian nằm viện trung bình là $10,7 \pm 3,7$ ngày (7 - 28). Không có trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Đặc điểm giải phẫu bệnh lý được trình bày ở bảng 4.

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm		Kết quả	
Tuổi (năm)	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	$64,2 \pm 11,9$ (34 - 87)	
Giới (n, %)	Nam	34	73,9 %
	Nữ	12	26,1 %
BMI (kg/m ²)	Mean $\pm$ SD	$20,7 \pm 2,3$	
Tiền sử phẫu thuật vùng bụng	(n, %)	2	4,3 %
Bệnh lý kèm theo (n, %)	Bệnh lý dạ dày	27	58,7 %
	Tăng đường huyết	5	10,9 %
	Tăng huyết áp	5	10,9 %
	Bệnh lý tim mạch	1	2,2 %
	Bệnh lý tiết niệu	1	2,2 %
ASA (n, %)	I	32	69,6 %
	II	10	21,7 %
	III	4	8,7 %

Bảng 2: Đặc điểm trong quá trình phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả	
Đặc điểm tổn thương	Thể sùi	28	60,9 %
	Thể loét	17	36,9 %
	Thể thâm nhiễm	1	2,2 %
Thực hiện miệng nối	Billroth II	29	63,0 %
	Roux-en-Y	17	37,0 %
Thời gian phẫu thuật (phút)	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	$217,6 \pm 45,4$ (150 - 330)	
Chuyển đổi phương pháp	(n, %)	0	0,0 %
Truyền máu trong mổ	(n, %)	0	0,0 %

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày...

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả	
Phục hồi nhu động ruột (ngày)	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	3,2 $\pm$ 1,0 (2 - 5)	
Thời gian ăn lại (ngày)	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	3,9 $\pm$ 1,2 (2 - 6)	
Thời gian rút dẫn lưu	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	4,7 $\pm$ 2,1 (2 - 16)	
Biến chứng sau mổ (n, %)	Tổng	6	13,0 %
	Nhiễm trùng vết mổ	1	2,2 %
	Hội chứng chệch rỗng dạ dày	2	4,3 %
	Tụ dịch ổ bụng	2	4,3 %
	Viêm phổi	1	2,2 %
Phân độ Clavien-Dindo	I	4	8,7 %
	II	2	4,3 %
Phẫu thuật lại (n, %)		0	0,0 %
Tử vong (n, %)		0	0,0 %
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	10,7 $\pm$ 3,7 (7 - 28)	

Bảng 4: Đặc điểm giải phẫu bệnh lý

Đặc điểm		Kết quả	
Phân loại mô bệnh học	UTBM tuyến ống	42	91,3 %
	UTBM dạng nhầy	2	4,3 %
	UTBM tế bào nhẵn	1	2,2 %
	UTBM vảy	1	2,2 %
Độ biệt hóa	Biệt hóa tốt	3	6,5 %
	Biệt hóa vừa	30	65,2 %
	Biệt hóa kém	13	28,3 %
Giai đoạn pT (n, %)	pT1	2	4,3 %
	pT2	7	15,2 %
	pT3	30	65,2 %
	pT4a	7	15,2 %
Giai đoạn pN (n, %)	pN0	16	54,3 %
	pN1	7	15,2 %
	pN2	10	21,7 %
	pN3a	4	8,7 %

Đặc điểm		Kết quả	
Giai đoạn pTNM	pIA	2	4,3 %
	pIB	4	8,7 %
	pIIA	19	42,3 %
	pIIB	9	29,6 %
	pIIIA	8	27,4 %
	pIIIB	4	8,7 %

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày đã trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho những bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD) [7]. Tính an toàn và hiệu quả của PTNS cắt phần xa dạ dày thực hiện miệng nối ngoài ổ phúc mạc (OPM) đã được xác nhận [7]. Tuy nhiên, phương pháp nối ngoài được tiến hành ở không gian và tầm nhìn hạn chế, đặc biệt là đối với những bệnh nhân béo phì [10]. Do đó, cần thiết phải mở vết mổ dài hơn để có được tầm nhìn tốt hơn ở những bệnh nhân có chỉ số BMI cao. Miệng nối thực hiện trong OPM được giới thiệu giúp hạn chế việc mở thêm vết mổ và phẫu trường được quan sát tốt hơn [11]. Lopez và cộng sự [12] đã báo cáo PTNS cắt phần xa dạ dày với miệng nối trong OPM từ năm 1996. Tuy nhiên, phương pháp này không được phổ biến trong một thời gian dài [11]. Trong những năm gần đây, với sự phát triển của dụng cụ nội soi và sự tích lũy kinh nghiệm đã góp phần vào sự phát triển của kỹ thuật thực hiện miệng nối dạ dày - ruột non trong OPM [10].

Phương pháp nối trong ở PTNS cắt phần xa dạ dày có lợi thế là phẫu trường quan sát tốt hơn, đặc biệt là ở những bệnh nhân béo phì. Giúp giảm tổn thương cho các mô xung quanh và giảm độ căng tại vị trí miệng nối. Do đó, phương pháp này có các ưu điểm như: lượng máu mất tối thiểu, vết mổ nhỏ hơn và thời gian phục hồi sớm hơn [4].

Một nghiên cứu tổng quan hệ thống [11] gồm 10 nghiên cứu so sánh về lượng máu mất ở nhóm nối trong (677 trường hợp) và nhóm nối ngoài (764 trường hợp) trong PTNS cắt phần xa dạ dày. Tất cả 10 nghiên cứu đều ghi nhận lượng máu mất trung bình ở nhóm nối trong (37 - 300ml) ít hơn so với nhóm nối ngoài (94 - 400ml). Kết quả so sánh cho

thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, chênh lệch về lượng mất máu trung bình giữa hai nhóm là 36,92ml [11]. Han WH và cộng sự [4] cũng có kết quả lượng máu mất thấp hơn đáng kể ở nhóm miệng nối trong (50ml) so với nhóm nối ngoài (100ml). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào cần truyền máu trong mổ ở nhóm nối trong OPM. Trong khi nghiên cứu của Lee HH và cộng sự [10] chỉ có 1 trường hợp cần truyền máu trong mổ (chiếm 0,7%) trong số 145 trường hợp thực hiện miệng nối trong ở PTNS cắt phần xa dạ dày. Lượng máu mất trong mổ ít hơn ở nhóm nối trong so với nhóm nối ngoài, có thể được giải thích là: do mở thêm vết mổ và kéo căng quá mức phần dạ dày còn lại có thể làm tổn thương các tổ chức xung quanh, gây chảy máu [11].

Bên cạnh đó, phân tích gộp [11] gồm 10 nghiên cứu PTNS cắt phần xa dạ dày đánh giá thời gian phục hồi nhu động ở nhóm nối trong (763 trường hợp) và nhóm nối ngoài (882 trường hợp). Kết quả nghiên cứu ghi nhận thời gian phục hồi nhu động trung bình ở nhóm nối trong (1,6 - 3,6 ngày) sớm hơn so với nhóm nối ngoài (1,4 - 3,9 ngày) là 0,23 ngày, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,21$. Tuy nhiên, thời gian ăn lại thức ăn mềm ghi nhận sớm hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm nối trong so với nhóm nối ngoài, thời gian chênh lệch trung bình là 0,6 ngày và $p = 0,04$. Nghiên cứu của Han WH [4] cho thấy thời gian phục hồi nhu động nhanh hơn ở nhóm nối trong so với nhóm nối ngoài. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phục hồi nhu động là $3,2 \pm 1,0$ ngày và thời gian ăn lại là $3,9 \pm 1,2$ ngày. Nhìn chung, đa phần các nghiên cứu đều ghi nhận phương pháp nối trong có thời gian phục hồi sớm hơn, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Mặc dù có nhiều ưu điểm, nhưng phương pháp nối trong vẫn có một số lo ngại như: khó khăn về mặt kỹ thuật, cần phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm, thời gian phẫu thuật dài hơn, tỷ lệ biến chứng có thể cao hơn [11, 13]. Do đó, việc thực hiện miệng nối trong OPM vẫn còn được tranh luận [4].

Nghiên cứu tổng quan hệ thống [11] với 12 nghiên cứu đánh giá về thời gian phẫu thuật của PTNS cắt phần xa dạ dày, trong đó so sánh 1027 trường hợp nối trong và 1228 nối ngoài. Kết quả ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm nối trong là 157,1 - 263,1 phút và nhóm nối ngoài từ 197,4 - 300,1 phút, có 4 nghiên cứu đánh giá nhóm nối trong có thời gian phẫu thuật dài hơn và 8 nghiên cứu cho thấy nhóm nối trong có thời gian ngắn hơn. Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm nối trong được ghi nhận ngắn hơn so với nhóm nối ngoài là 7,59 phút, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,34$. Nghiên cứu của Kim HG và cộng sự [13] ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình ngắn hơn đáng kể ở nhóm nối trong (251,4 phút so với 300,2 phút; $p < 0,01$). Tác giả đánh giá nên sử dụng phương pháp nối trong ở những bệnh nhân có chỉ số BMI cao hoặc thành bụng dày. Vì những trường hợp này sẽ khó khăn khi thực hiện nối ngoài, thông qua vết mổ nhỏ. Ngoài ra, thực hiện nối trong sẽ giảm được thời gian mở thêm và khâu lại vết mổ, do đó thời gian phẫu thuật ngắn hơn [11]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là $217,6 \pm 45,4$ phút (150 - 330). Trong đó, thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm Roux-en-Y là 222,1 phút và nhóm Billroth II là 210,0 phút.

Tỷ lệ biến chứng được báo cáo ở phân tích gộp 12 nghiên cứu [11] ghi nhận ở nhóm nối trong là 10,3% (106/1027) và ở nhóm nối ngoài là 9,5% (117/1228), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,85$). Các nghiên cứu này cũng đánh giá biến chứng tại miệng nối (như rò, hẹp và chảy máu miệng nối), kết quả được ghi nhận có sự tương đương giữa hai nhóm ($p = 0,65$). Nghiên cứu của Lee HH và cộng sự [10] cho thấy tỷ lệ biến chứng ở nhóm nối trong là 12,4% (18/145), thấp hơn so với nhóm nối ngoài 16,6% (25/151), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,327$). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến chứng chung là 13%. Trong đó, phân độ theo Clavien - Dindo có 8,7% độ

I và 4,3% độ II. Ở nhóm thực hiện miệng nối Roux-en-Y, có 2 trường hợp xuất hiện hội chứng chướng dạ dày và 1 trường hợp tụ dịch ổ bụng sau phẫu thuật. Nhóm miệng nối Billroth II có 1 trường hợp tụ dịch ổ bụng, 1 trường hợp viêm phổi và 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Tất cả biến chứng đều được điều trị nội khoa, không có trường hợp cần phẫu thuật lại và không có trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày theo dõi. Lee HH và cộng sự [10] ghi nhận biến chứng ở nhóm nối trong theo phân độ Clavien-Dindo là 2,8% độ I, 6,2% độ II và 3,4% độ IIIA. Không có trường hợp nào tử vong khi theo dõi 30 ngày sau phẫu thuật. Các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ biến chứng ở nhóm nối trong là chấp nhận được, đa phần là các biến chứng nhẹ.

Bằng chứng lâm sàng hiện có cho thấy PTNS cắt phần xa dạ dày thực hiện miệng nối trong OPM là phương pháp tiếp cận an toàn và khả thi đối với bệnh nhân UTDD. Kết quả của phương pháp này có thuận lợi về kích thước vết mổ nhỏ, ít mất máu và phục hồi nhanh hơn [11]. Do đó, các tác giả ghi nhận thực hiện miệng nối trong OPM là một phương pháp ít xâm lấn hơn so với thực hiện miệng nối ngoài OPM [11, 13].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy PTNS cắt phần xa dạ dày thực hiện miệng nối trong ổ phúc mạc là một phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị UTDD. Tuy nhiên, phương pháp này cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm PTNS cắt dạ dày và cần nhiều kỹ năng hơn.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, 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. Kitano S, Shiraishi N, Uyama I, Sugihara K, Tanigawa N. A multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for early cancer in Japan. *Ann Surg.* 2007;245(1):68-72.
3. Association JGC. Japanese Gastric Cancer Treatment

- Guidelines 2021 (6th edition). Gastric Cancer. 2023;26(1):1-25.
4. Han WH, Yehuda AB, Kim DH, Yang SG, Eom BW, Yoon HM, et al. A comparative study of totally laparoscopic distal gastrectomy versus laparoscopic-assisted distal gastrectomy in gastric cancer patients: Short-term operative outcomes at a high-volume center. Chin J Cancer Res. 2018;30(5):537-545.
 5. Chen K, Mou YP, Xu XW, Pan Y, Zhou YC, Cai JQ, et al. Comparison of short-term surgical outcomes between totally laparoscopic and laparoscopic-assisted distal gastrectomy for gastric cancer: a 10-y single-center experience with meta-analysis. J Surg Res. 2015;194(2):367-374.
 6. Jin HE, Kim MS, Lee CM, Park JH, Choi CI, Lee HH, et al. Meta-analysis and systematic review on laparoscopic-assisted distal gastrectomy (LADG) and totally laparoscopic distal gastrectomy (TLDG) for gastric cancer: Preliminary study for a multicenter prospective KLASS07 trial. Eur J Surg Oncol. 2019;45(12):2231-2240.
 7. Association JGC. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). Gastric Cancer. 2021;24(1):1-21.
 8. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. CA Cancer J Clin. 2017;67(2):93-99.
 9. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. Ann Surg. 2009;250(2):187-96.
 10. Lee HH, Lee CM, Lee MS, Jeong IH, Son MW, Kim CH, et al. Morbidity and Mortality After Laparoscopy-Assisted Distal Gastrectomy and Totally Laparoscopic Distal Gastrectomy to Treat Gastric Cancer: An Interim Report: A Phase III Multicenter, Prospective, Randomized Trial (The KLASS-07 Trial). J Gastric Cancer. 2024;24(3):257-266.
 11. Zhang YX, Wu YJ, Lu GW, Xia MM. Systematic review and meta-analysis of totally laparoscopic versus laparoscopic assisted distal gastrectomy for gastric cancer. World J Surg Oncol. 2015;13:116.
 12. Ballesta-Lopez C, Bastida-Vila X, Catarci M, Mato R, Ruggiero R. Laparoscopic Billroth II distal subtotal gastrectomy with gastric stump suspension for gastric malignancies. Am J Surg. 1996;171(2):289-92.
 13. Kim HG, Park JH, Jeong SH, Lee YJ, Ha WS, Choi SK, et al. Totally laparoscopic distal gastrectomy after learning curve completion: comparison with laparoscopy-assisted distal gastrectomy. J Gastric Cancer. 2013;13(1):26-33.