

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN XA DẠ DÀY TÁI LẬP LƯU THÔNG TIÊU HÓA KIỂU ROUX-EN-Y ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Lê Đức Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Xuân<sup>2</sup>, Phạm Minh Đức<sup>3</sup>, Phạm Như Hiệp<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2

<sup>2</sup>Khoa Ngoại Nhi và Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế

<sup>3</sup>Bộ môn Ngoại, trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tái lập lưu thông tiêu hóa bằng phương pháp Roux- en-Y trong cắt phần xa dạ dày bằng phẫu thuật nội soi là kỹ thuật phức tạp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả của phương pháp này trong điều trị ung thư dạ dày.

**Đối tượng, phương pháp:** 32 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2022 - 06/2023.

**Kết quả:** Thời gian phẫu thuật  $225,31 \pm 15,65$  (195 - 270). Tỷ lệ ứ đọng thức ăn sau phẫu thuật: độ 1 (9,4%) và độ 2 (6,2%). Viêm miệng nổi độ 1 và 2 lần lượt là 18,8%, 3,1%. Biến chứng sau mổ là 6,3% (độ 1).

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu Roux-en-Y điều trị ung thư dạ dày là an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, Roux-en-y, Ung thư dạ dày.

### ABSTRACT

#### OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH ROUX-EN-Y RECONSTRUCTION FOR GASTRIC CANCER

Le Duc Anh<sup>1</sup>, Nguyen Thanh Xuan<sup>2</sup>, Pham Minh Duc<sup>3</sup>, Pham Nhu Hiep<sup>2</sup>

**Background:** Roux-en-Y reconstruction in laparoscopic distal gastrectomy is a complicated procedure. Therefore, we offer a study to evaluate this laparoscopy for gastric cancer.

**Methods:** 32 patients laparoscopic distal gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction for gastric cancer between January 2022 and June 2023 at Hue Central Hospital.

**Results:** Operation time is  $225,31 \pm 15,65$  mins (195 - 270). Endoscopic findings in remnant stomach, residual food grade 1 (9,4%) and grade 2 (6,2%). Gastritis: grade 1 (18,8%) and grade 2 (3,1%). Postoperative complications is 6,2% (grade 1).

**Conclusion:** The laparoscopic distal gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction is an effective and safe method for gastric cancer.

**Keywords:** Laparoscopic distal gastrectomy, Roux-en-y reconstruction, Gastric cancer.

Ngày nhận bài: 26/12/2023. Ngày chỉnh sửa: 28/02/2024. Chấp thuận đăng: 14/03/2024

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thanh Xuân. Email: thanhxuanbv@gmail.com. ĐT: 0945 313 999

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư dạ dày là một bệnh lý ác tính đứng đầu trong các bệnh ung thư đường tiêu hóa, với hơn 1 triệu ca mắc mới vào năm 2020 [1]. Ước tính có khoảng 769000 trường hợp tử vong, xếp hàng thứ 4 về tỉ lệ tử vong do các loại ung thư trên toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, ước tính tỷ lệ mắc ung thư dạ dày là 23,7/100.000 dân ở nam (đứng thứ 2 sau ung thư phổi) và 10,8/100.000 dân ở nữ (đứng thứ 3 sau ung thư vú và ung thư cổ tử cung). Ở Việt Nam, theo thống kê năm 2020 thì ung thư dạ dày xếp hàng thứ 4 trong các loại ung thư thường gặp với khoảng 17906 trường hợp mắc mới và 14615 trường hợp tử vong [1].

Năm 1992, phẫu thuật viên Nhật Bản Kitano đã lần đầu tiên áp dụng nội soi qua thành bụng để hỗ trợ cắt dạ dày. Từ đó phương pháp xâm lấn tối thiểu này ngày càng được sử dụng rộng rãi. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày đã được áp dụng tại nhiều Bệnh viện trên cả nước như: Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Quân y 103, và Bệnh viện Chợ Rẫy.

Có nhiều phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa sau cắt bán phần xa: Billroth I (Pean), Billroth II (Polya, Finsterer), Roux en Y. Hiện nay, tại Châu Âu phương pháp Roux en Y được ưu tiên lựa chọn trong phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày cực dưới, tại Nhật Bản tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu Roux-en-Y đang dần được phổ biến [2]. Phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Roux-en-Y được chứng minh là có ưu điểm trong việc phòng ngừa trào ngược dịch mật vào mồm dạ dày và phần dưới thực quản [3, 4], mặc dù phức tạp hơn về mặt kỹ thuật và có thể gây chệch tiêu do hội chứng Roux, gây thoát vị nội, khó soi tá tràng sau mổ [5 - 7].

Chính vì vậy để có cái nhìn tổng quan hơn chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm xác định kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu Roux-en-Y điều trị ung thư dạ dày.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng**

32 bệnh nhân ung thư dạ dày, được PTNS cắt phần xa dạ dày tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu Roux-en-Y tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2022 - 06/2023

Tiêu chí chọn bệnh: Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô dạ dày, khu trú tại hang môn vị; Xâm lấn thành dạ dày mức cT1-T4a và cM0; Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày tái lập lưu thông tiêu hóa Roux en-Y

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

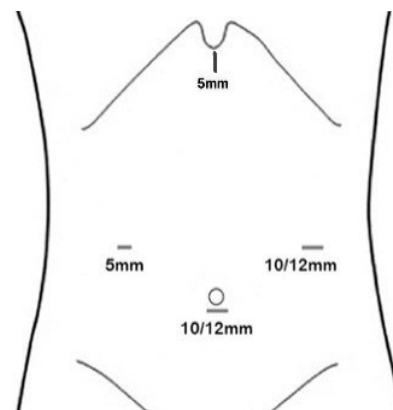
Thiết kế nghiên cứu mô tả, tiến cứu với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình kỹ thuật:

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, 2 chân dạng, đầu cao chân thấp, nghiêng phải.

Tư thế phẫu thuật viên: Phẫu thuật viên chính đứng giữa 2 chân bệnh nhân. Dàn nội soi đặt ở phía bên trái bệnh nhân chếch lên trên. Phụ 1 cầm camera đứng phía bên phải bệnh nhân. Phụ 2 đứng bên trái hoặc phải bệnh nhân tùy yêu cầu.

Vị trí đặt trocar (sử dụng 4 trocar): Trocar thứ 1 (10 mm) đặt ở dưới rốn, dành cho camera. Trocar thứ 2 (10 mm) đặt ở đường trung đòn trái, trên rốn khoảng 1 - 2 cm, để đưa dụng cụ phẫu tích. Trocar này sẽ được thay thế bằng trocar 12 mm trong thì đặt dụng cụ khâu nối nội soi. Trocar thứ 3 (5 mm) đặt ở đường trung đòn phải, trên rốn 2 - 3 cm. Trocar thứ 4 (5 mm) đặt ở dưới mũi ức, dùng để đưa dụng cụ hỗ trợ.



**Hình 1:** Vị trí đặt trocar

### **Kỹ thuật mổ:**

**Bước 1:** Đặt trocar, đánh giá tổn thương và tình trạng ổ bụng. Quan sát toàn bộ ổ phúc mạc, khảo sát tình trạng di căn. Đánh giá vị trí, kích thước, tính chất xâm lấn của khối u. Khâu treo gan bằng chỉ vicryl 1.0.

**Bước 2:** Cắt toàn bộ mạc nối lớn và vét hạch nhóm 4sb, 4d. Phẫu tích, cắt toàn bộ mạc nối lớn sát theo đại tràng ngang. Đi về phía đại tràng góc

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

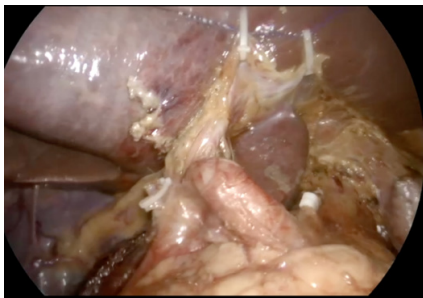
gan và phía rốn lách. Bộc lộ, thắt ĐM và TM vị mạc nối trái tận gốc để vết hạch nhóm 4sb.

**Bước 3:** Vết hạch nhóm 6. Phẫu tích, thắt ĐM vị mạc nối phải sát chỗ chia từ ĐM vị tá tràng và thắt TM vị mạc nối phải sát chỗ đổ vào thân Henler để vết hạch nhóm 6.

**Bước 4:** Vết hạch nhóm 5, cắt tá tràng. Phẫu tích mạc nối nhỏ phía trên môn vị, phẫu tích, thắt ĐM vị phải sát chỗ chia từ ĐM gan riêng để vết hạch nhóm 5. Di động tá tràng, cắt ngang tá tràng

bằng 1 Endo-stapler 60 mm, dưới môn vị khoảng 1,5 cm.

**Bước 5:** Vết hạch nhóm 7, 8a, 9, 11p, 12a. Tiếp tục phẫu tích mạc nối nhỏ và dây chằng gan - tá tràng, dọc theo động ĐM gan riêng lên đến rốn gan để vết hạch nhóm 12a. Phẫu tích dọc phía trước ĐM gan chung và quanh ĐM thân tạng để vết hạch nhóm 8a và 9. Bộc lộ, thắt bó mạch vị trái sát gốc để vết hạch nhóm 7. Phẫu tích bờ trên tụy dọc theo đoạn gần ĐM lách, vết hạch nhóm 11p.



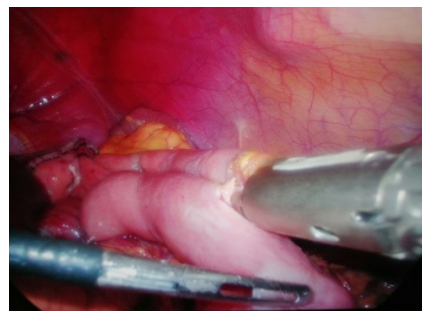
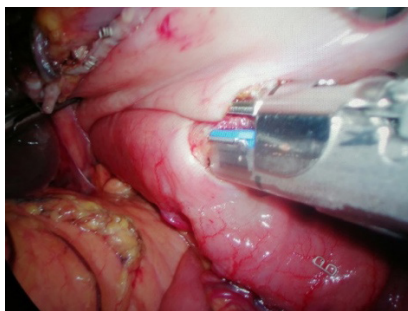
**Hình 2:** Thắt mạch máu tận gốc, bóc hạch nhóm 8a,9

**Bước 6:** Vết hạch nhóm 1, 3. Phẫu tích dọc theo trụ hoành phải đến lỗ cơ hoành, phẫu tích sát bên phải tâm vị để vết hạch nhóm 1. Phẫu tích xuống dọc theo bờ cong nhỏ đến vị trí cắt dạ dày để vết hạch nhóm 3.

**Bước 7:** Cắt dạ dày và tái lập lưu thông tiêu hóa. Sử dụng 2 - 3 endo - GIA 60 mm cắt dạ dày đảm bảo đủ khoảng cách từ bờ trên u đến diện cắt  $\geq 5$  cm. Chọn quai hồng tràng cách góc Treitz 40cm đục lỗ mạc treo và cắt quai hồng tràng bằng 1 endo - GIA. Đưa quai hồng tràng đầu xa lên làm

miệng nối vị tràng bằng endo - GIA, sau đó khâu lại lỗ đưa dụng cụ bằng chỉ Vicryl 3.0 hoặc bằng chỉ xương cá 1.0 (chỉ Stratafix, V-loc) hoàn toàn trong ổ bụng.

Miệng nối chân Y có thể được thực hiện trong ổ bụng hay ngoài ổ bụng (sau khi mở đường lấy bệnh phẩm). Đối với miệng nối thực hiện trong ổ bụng, xác định khoảng cách sao cho từ miệng nối vị tràng tới miệng nối hồng - hồng tràng khoảng 40 - 50cm, miệng nối được thực hiện bằng endo GIA và khâu lại lỗ đưa dụng cụ bằng Vicryl 3.0.



**Hình 3:** Tái lập lưu thông miệng nối dạ dày - ruột và miệng nối ruột - ruột bằng dụng cụ nội soi

**Bước 8:** Lấy bệnh phẩm, đóng bụng. Mở rộng vị trí trocar rốn theo đường dọc giữa khoảng 3-5 cm để lấy bệnh phẩm ra ngoài (có sử dụng dụng cụ bảo vệ vết mổ). Kiểm tra và lau sạch ổ phúc mạc. Có thể đặt dẫn lưu hoặc không. Đóng vết mổ. Lấy

các nhóm hạch từ bệnh phẩm. Gửi u và hạch làm giải phẫu bệnh.

### **2.3. Xử lý số liệu**

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích thông kê các số liệu. Các biến định danh, thứ hạng

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

được thể hiện bằng tỷ lệ %, các biến định lượng được trình bày dưới dạng trị số trung bình, với độ lệch chuẩn, giá trị tối đa, tối thiểu và khoảng tin cậy 95%. Đề tài đã được thông qua Hội đồng y đức của Bệnh viện Trung ương Huế.

**III. KẾT QUẢ**

Các đặc điểm của bệnh nhân trước phẫu thuật được thể hiện ở Bảng 1, trong đó tuổi trung bình  $65,22 \pm 11,37$ , nam giới ưu thế. Về kết quả giải phẫu bệnh chủ yếu TNM giai đoạn I và phần lớn u biệt hóa tốt và vừa. Kết quả phẫu thuật và tái khám được trình bày ở Bảng 2 và Bảng 3.

**Bảng 1:** Đặc điểm chung

| Đặc điểm chung                  | n                       | %     |
|---------------------------------|-------------------------|-------|
| Tuổi trung bình (X ± SD) (tuổi) | 65,22 ± 11,37 (32-81)   |       |
| Giới tính                       |                         |       |
| Nam                             | 22                      | 68,75 |
| Nữ                              | 10                      | 31,25 |
| ASA                             |                         |       |
| 1                               | 5                       | 15,6  |
| 2                               | 15                      | 46,9  |
| 3                               | 12                      | 37,5  |
| Tiền sử viêm loét dạ dày        |                         |       |
| Có                              | 5                       | 15,6  |
| Không                           | 27                      | 84,4  |
| BMI (kg/m²)                     | 21,3 ± 3,96 (15,9-35,5) |       |
| Kích thước u (cm)               | 3,0 (2 - 5,75)cm        |       |
| Giai đoạn (TNM)                 |                         |       |
| I                               | 15                      | 46,9  |
| II                              | 12                      | 37,5  |
| III                             | 5                       | 15,6  |
| Độ biệt hóa tế bào              |                         |       |
| UTBMT biệt hóa tốt              | 4                       | 12,5  |
| UTBMT biệt hóa vừa              | 18                      | 56,3  |
| UTBMT biệt hóa kém              | 9                       | 28,1  |
| UTBM tế bào nhẵn                | 1                       | 3,1   |

|                              | N = 32                   | %             |
|------------------------------|--------------------------|---------------|
| Thời gian phẫu thuật (phút)  | 225,31 ± 15,65 (195-270) |               |
| Số lượng hạch                | 17,53 ± 3,88 (12-25)     |               |
| Thời gian trung tiện (ngày)  | 2 (1 - 4)                |               |
| Thời gian cho ăn (ngày)      | 4 (2 - 6)                |               |
| Thời gian rút dẫn lưu (ngày) | 5 (3 - 5)                |               |
| Thời gian hậu phẫu (ngày)    | 8 (6 - 14)               |               |
| Mức độ đau sau mổ theo VAS   |                          |               |
| Nhẹ (VAS: 1-3)               | 11                       | 34,4          |
| Vừa (VAS: 4-6)               | 20                       | 62,5          |
| Nặng (VAS: 7-10)             | 1                        | 3,1           |
| Biến chứng hậu phẫu          |                          | Clavien-Dindo |
| Dịch tồn đọng ổ bụng         | 2                        | I             |

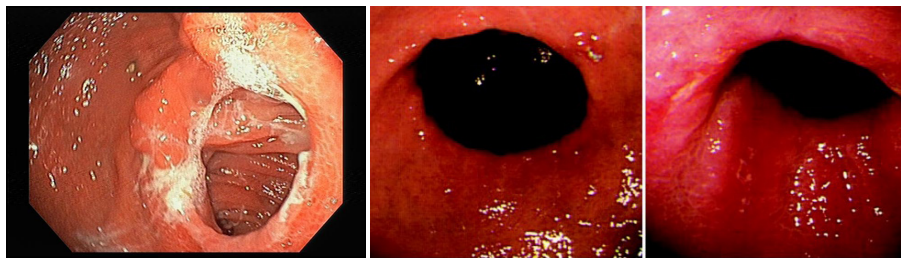
**Bảng 3:** Tái khám đánh giá tình trạng mổ cắt dạ dày tại thời điểm 6 tháng bằng nội soi

| Ứ đọng thức ăn |         |         |         |         |         |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|
|                | Grade 0 | Grade 1 | Grade 2 | Grade 3 | Grade 4 |
| N              | 27      | 3       | 2       | 0       | 0       |
| %              | 84,4    | 9,4     | 6,2     | 0,0     | 0,0     |

**Bảng 4:** Tình trạng viêm miệng nổi qua nội soi ở thời điểm 6 tháng

|   | Viêm miệng nổi |         |         |
|---|----------------|---------|---------|
|   | Grade 0        | Grade 1 | Grade 2 |
| N | 25             | 6       | 1       |
| % | 78,1           | 18,8    | 3,1     |





**Hình 4:** Hình ảnh nội soi kiểm tra miệng nối tại thời điểm 6 tháng

### III. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là  $65,22 \pm 11,37$  tuổi (32 - 81 tuổi). Khi so sánh với các tác giả nước ngoài, như J.Bok-Yan So [8] với độ tuổi trung bình là  $64,5 \pm 10,9$  tuổi và nghiên cứu của Seigo Kitano [9] là  $63,7 \pm 9$  tuổi. Tác giả Võ Duy Long [10] khi nghiên cứu và so sánh với kết quả của các tác giả khác đã cho thấy độ tuổi mắc ung thư dạ dày ở Việt Nam ngày càng trẻ hóa với 8,9% trường hợp dưới 40 tuổi.

Tiền sử viêm loét dạ dày là một trong các yếu tố nguy cơ của UTDD [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 15,6% trường hợp có bệnh lý dạ dày mạn tính trước đó. Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều có khối u nằm ở vị trí 1/3 dưới dạ dày với kích thước trung bình là 3,78 cm (2 - 5,75 cm). Các bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến, trong đó 12,5% bệnh nhân có độ biệt hóa tốt, 56,3% có độ biệt hóa vừa, 28,1% có độ biệt hóa kém và 1 trường hợp UTBM tế bào nhẵn chiếm 3,1%.

BMI trung bình là  $21,3 \pm 3,96$  kg/m<sup>2</sup> (15,9 - 35,5). Các bệnh nhân suy dinh dưỡng chậm liền vết mổ và miệng nối, nguy cơ bực miệng nối sau mổ cao hơn, sức đề kháng của bệnh nhân cũng kém hơn. Khả năng phục hồi sức khỏe sau phẫu thuật sẽ kém hơn. Nhưng bệnh nhân béo phì trong phẫu thuật sẽ phải dùng nhiều thuốc mê và thuốc giãn cơ hơn nên sau mổ nguy cơ tồn dư thuốc sau mổ là rất lớn và nguy cơ bị suy hô hấp hơn sau phẫu thuật cao hơn do bệnh nhân sẽ tập thở khó hơn, vết mổ cũng sẽ chậm liền và dễ bị bực vết mổ thành bụng hơn đặc biệt là nhưng bệnh nhân mỡ mỡ [10].

Thời gian mổ là một trong những yếu tố quan trọng để đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phẫu thuật. Yếu tố này được xem là yếu tố nguy cơ dẫn đến biến chứng sau phẫu thuật, theo một số nghiên cứu tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật tăng lên khi mà

thời gian mổ  $\geq 240$  phút [11, 12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là  $225,31 \pm 15,65$  phút, thời gian phẫu thuật dài nhất là 270 phút. Tuy nhiên trường hợp này không xảy ra biến chứng trong thời kì hậu phẫu. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như kinh nghiệm của phẫu thuật viên, trang thiết bị sử dụng để phẫu thuật (các dụng cụ phẫu tích, cầm máu, khâu nối,...), mức độ vết hạch, phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa, dính do phẫu thuật trước đó, mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân có mức độ đau sau mổ ở mức nhẹ (34,4%) và mức độ vừa (62,5%). Chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân đau mức độ nặng (3,1%). Tác giả Phạm Văn Nam khi áp dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày cũng cho thấy chỉ có số ít bệnh nhân đau mức độ nặng, chiếm 9,46% [13]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật là 2 (1 - 3) ngày, thời gian cho ăn trung bình là 4 (3 - 5) ngày và thời gian rút dẫn lưu trung bình là 5 (3 - 5) ngày. Về thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật, các tác giả trong và ngoài nước đều cho kết quả khá tương tự, từ 2,3 - 3,8 ngày [10, 13, 14]. Thời gian cho ăn lại sau mổ ở nghiên cứu của chúng tôi khá muộn hơn so với một số tác giả trong nước, từ 3,36 - 4,2 ngày. Một số tác giả nước ngoài cũng cho kết quả thời gian cho ăn lại khá muộn, theo nghiên cứu của tác giả Lu J. thời gian cho ăn lại trung bình là  $4,88 \pm 1,88$  ngày, còn tác giả Chen K. [15] thời gian cho ăn lại là  $4,6 \pm 1,4$  ngày với thức ăn lỏng và  $6,5 \pm 2$  ngày với thức ăn đặc.

Thời gian nằm viện sau mổ cũng là một yếu tố đánh giá hiệu quả điều trị bệnh. Kết quả sớm sau phẫu thuật tốt, bệnh nhân phục hồi nhanh thì thời gian nằm viện càng ngắn. Một số yếu tố được sử dụng để quyết định bệnh nhân xuất viện bao gồm: không sốt, có thể ăn uống lại gần như bình thường

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

bằng đường miệng, kiểm soát tốt vấn đề đau. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 8 ngày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2/32 bệnh nhân (6,3%) bị biến chứng sau phẫu thuật. Bệnh nhân có biến chứng tràn dịch ổ bụng lượng ít - độ I, đáp ứng với điều trị nội khoa, theo dõi. Kết quả kiểm tra qua nội soi dạ dày ruột không phát hiện bất kỳ trường hợp tái phát tại chỗ hay biến chứng hẹp miệng nối nào, tuy nhiên tình trạng viêm phù nề miệng nối khá thường gặp sau mổ, những trường hợp này gây ra bởi sự thay đổi giải phẫu sinh lý sau phẫu thuật và giảm bớt theo thời gian. Tình trạng viêm phù nề miệng nối khá thường gặp sau mổ cắt bán phần dạ dày, đây là tình trạng viêm gây ra bởi hiện tượng trào ngược dịch mật từ quai tới, tình trạng này xảy ra nhiều hơn đối với những bệnh nhân được tái lập lưu thông tiêu hóa theo kiểu Billroth II. Trong nghiên cứu này kiểm tra miệng nối Roux-en-Y tỉ lệ ứ đọng thức ăn sau mổ độ 1 chiếm 9,4%, độ 2 là 6,2% và 84,4% bệnh nhân không có ứ đọng, điều này tương đương với kết quả của tác giả Kubo M. [16] ngoài ra khi nội soi đánh giá miệng nối dạ dày ruột sau mổ chúng tôi ghi nhận tình trạng viêm viêm miệng nối độ 1 và 2 lần lượt là 18,8 %, 3,1%, độ 0 chiếm đa số với 78,1%. Xét về ưu và nhược điểm của từng loại miệng nối, tác giả So J.B. và cộng sự [8] đã có nghiên cứu giữa làm miệng nối Billroth II và Roux-en-Y sau cắt phần dưới dạ dày với 162 bệnh nhân chia làm 2 nhóm và được đánh giá các thang điểm của triệu chứng tiêu hóa. Kết quả của nghiên cứu này là thời gian để thực hiện miệng nối Billroth II nhanh hơn thực hiện miệng nối Roux-en-Y là 21,5 phút, tuy nhiên tỉ lệ biến chứng cũng như tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ không có sự khác biệt. Thêm vào đó, mặc dù tỉ lệ ợ nóng và viêm dạ dày trên nội soi của nhóm Billroth II cao hơn nhóm Roux-en-Y nhưng hai nhóm không khác nhau về triệu chứng tiêu hóa và tình trạng dinh dưỡng sau 1 năm.

### **IV. KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu Roux-en-Y điều trị ung thư dạ dày là an toàn và hiệu quả. Tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu Roux-en-Y sau cắt bán phần xa dạ dày mặc dù phức tạp hơn các phương pháp khác về mặt kỹ thuật và kéo dài thời gian phẫu thuật, nhưng tỷ lệ ứ đọng thức ăn và viêm dạ dày sau phẫu thuật được cải thiện.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
2. Nishizaki D, Ganeko R, Hoshino N, Hida K, Obama K, Furukawa TA, et al. Roux-en-Y versus Billroth-I reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;9(9):Cd012998.
3. Ishikawa M, Kitayama J, Kaizaki S, Nakayama H, Ishigami H, Fujii S, et al. Prospective randomized trial comparing Billroth I and Roux-en-Y procedures after distal gastrectomy for gastric carcinoma. *World J Surg.* 2005;29(11):1415-20; discussion 1421.
4. Takaori K, Nomura E, Mabuchi H, Lee SW, Agui T, Miyamoto Y, et al. A secure technique of intracorporeal Roux-Y reconstruction after laparoscopic distal gastrectomy. *Am J Surg.* 2005;189(2):178-83.
5. Hirao M, Takiguchi S, Imamura H, Yamamoto K, Kurokawa Y, Fujita J, et al. Comparison of Billroth I and Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: one-year postoperative effects assessed by a multi-institutional RCT. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(5):1591-7.
6. Imamura H, Takiguchi S, Yamamoto K, Hirao M, Fujita J, Miyashiro I, et al. Morbidity and mortality results from a prospective randomized controlled trial comparing Billroth I and Roux-en-Y reconstructive procedures after distal gastrectomy for gastric cancer. *World J Surg.* 2012;36(3):632-7.
7. Takiguchi S, Yamamoto K, Hirao M, Imamura H, Fujita J, Yano M, et al. A comparison of postoperative quality of life and dysfunction after Billroth I and Roux-en-Y reconstruction following distal gastrectomy for gastric cancer: results from a multi-institutional RCT. *Gastric Cancer.* 2012;15(2):198-205.
8. So JB, Rao J, Wong AS, Chan YH, Pang NQ, Tay AYL, et al. Roux-en-Y or Billroth II Reconstruction After Radical Distal Gastrectomy for Gastric Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Ann Surg.* 2018;267(2):236-242.
9. 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.
10. Long VD, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III, in *Luận án Tiến sĩ Y học.* 2017, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

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

11. Xiao H, Xie P, Zhou K, Qiu X, Hong Y, Liu J, et al. Clavien-Dindo classification and risk factors of gastrectomy-related complications: an analysis of 1049 patients. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(5):8262-8.
12. Wang WJ, Li HT, Yu JP, Su L, Guo CA, Chen P, et al. Severity and incidence of complications assessed by the Clavien-Dindo classification following robotic and laparoscopic gastrectomy for advanced gastric cancer: a retrospective and propensity score-matched study. *Surg Endosc*. 2019;33(10):3341-3354.
13. Nam PV, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày. 2019, Trường Đại học Y Hà Nội.
14. Kang SH, Won Y, Lee K, Youn SI, Min SH, Park YS, et al. Three-dimensional (3D) visualization provides better outcome than two-dimensional (2D) visualization in single-port laparoscopic distal gastrectomy: a propensity-matched analysis. *Langenbecks Arch Surg*. 2021;406(2):473-478.
15. Chen K, Zhai ST, Pan JH, Yu WH, Pan Y, Chen QL, et al. Short-term outcomes of laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer: a comparative study with laparoscopic distal gastrectomy at a high-volume center. *Minim Invasive Ther Allied Technol*. 2018;27(3):164-170.
16. Kubo M, Sasako M, Gotoda T, Ono H, Fujishiro M, Saito D, et al. Endoscopic evaluation of the remnant stomach after gastrectomy: proposal for a new classification. *Gastric Cancer*. 2002;5(2):83-9.