

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN XA DẠ DÀY, NẠO VẾT HẠCH D2, LÀM MIỆNG NỐI DELTA-SHAPED

Phan Văn Hùng¹, Nguyễn Mậu Quý¹, Vũ Ngọc Hà¹,
Hồ Nguyễn Ngọc Hân¹, Phạm Việt Trung¹, Đinh Văn Chiến²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, tạo vết hạch D2, làm miệng nối Delta-shaped. Nghiên cứu mô tả trên 41 người bệnh ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2026. Kết quả cho thấy tuổi trung bình $62,98 \pm 13,10$; nam giới 65,9%. Đau bụng gặp 87,8%. Tổn thương nội soi chủ yếu ở hang vị 61,0%; dạng loét 82,9%. Tất cả trường hợp được phẫu thuật nội soi hoàn toàn, không chuyển mổ mở, không tái biến trong mổ. Thời gian mổ trung bình $166,59 \pm 24,94$ phút; máu mất $44,76 \pm 19,75$ mL; số hạch tạo vết 8 - 38 hạch, trung bình $18,88 \pm 7,83$ hạch. Không ghi nhận rò miệng nối, chảy máu sau mổ, hẹp miệng nối, viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, biến chứng tim mạch hoặc tử vong. Kỹ thuật cho thấy tính khả thi và kết quả sớm thuận lợi ở người bệnh được lựa chọn phù hợp.

Từ khóa: ung thư dạ dày; phẫu thuật nội soi; cắt phần xa dạ dày; tạo vết hạch D2; miệng nối Delta-shaped.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những ung thư đường tiêu hóa thường gặp và tiếp tục là nguyên nhân tử vong quan trọng trên toàn cầu. GLOBOCAN 2022 ghi nhận ung thư dạ dày thuộc nhóm ung thư có gánh nặng bệnh tật cao, trong khi điều trị bệnh vẫn dựa trên chiến lược đa mô thức với phẫu thuật giữ vai trò trung tâm ở các trường hợp còn khả năng cắt triệt căn [1].

Đối với ung thư phần xa dạ dày, cắt phần xa dạ dày kèm tạo vết hạch D2 là phẫu thuật cơ bản nhằm bảo đảm nguyên tắc ung thư học. Hướng dẫn điều trị hiện nay tiếp tục nhấn mạnh vai trò của tạo vết hạch chuẩn hóa và đánh giá giai đoạn trước mổ nhằm lựa chọn đúng chỉ định, giảm nguy cơ bỏ sót tổn thương và tối ưu hóa kết quả điều trị [2].

Tái lập lưu thông tiêu hóa sau cắt phần xa dạ dày là một thi kỹ thuật có ý nghĩa quyết định đến diễn biến hậu phẫu. Miệng nối Delta-shaped theo kiểu Billroth I được Kanaya và cộng sự mô tả

như một kỹ thuật nối dạ dày - tá tràng hoàn toàn trong ổ bụng bằng stapler thẳng, phù hợp với xu hướng phẫu thuật nội soi hoàn toàn [3]. Tổng quan sau đó cho thấy kỹ thuật này có kết quả ngắn hạn khả quan trong những trường hợp được lựa chọn thích hợp [4].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tạo vết hạch D2 đã được triển khai ở nhiều trung tâm ngoại khoa lớn và cho kết quả sớm tích cực [5]. Riêng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, kỹ thuật làm miệng nối Billroth I kiểu Delta-shaped đã có báo cáo bước đầu về tính an toàn và hiệu quả [6]. Tuy nhiên, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm của kỹ thuật này tại cơ sở còn cần được hệ thống hóa đầy đủ hơn. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, tạo vết hạch D2, làm miệng nối Delta-shaped.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả người bệnh ung thư biểu mô (UTBM) dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt phần

Tác giả liên hệ: Đinh Văn Chiến
Email: chienbvna@gmail.com

xa dạ dày, nạo vét hạch D2, làm miệng nối Delta-shaped tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: gồm người bệnh ung thư dạ dày vùng hang môn vị ở giai đoạn còn chỉ định phẫu thuật triệt căn, chưa phát hiện di căn xa trước mổ, được chẩn đoán sau mổ là UTBM dạ dày, được phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2, làm miệng nối Delta-shaped và có đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: gồm người bệnh chống chỉ định phẫu thuật nội soi, có di căn xa, hồ sơ bệnh án không đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu, người bệnh có rối loạn nhận thức hoặc bệnh tâm thần không thể tự nguyện ký cam kết, hoặc người bệnh/gia đình từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2026 tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ: với mức tin cậy 95%, sai số cho phép 0,07 và $p = 0,944$ theo nghiên cứu về kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày [5]. Cỡ mẫu tối thiểu là 41 người bệnh; nghiên cứu thực tế thu nhận 41 trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu liên tiếp, thu nhận toàn bộ người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận 41 người bệnh UTBM dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2, làm miệng nối Delta-shaped trong thời gian nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung và triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu ($n = 41$)

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 40	4	9,8
	40 - 49	3	7,3
	50 - 59	6	14,6
	60 - 69	14	34,1
	≥ 70	14	34,1

Biến số nghiên cứu:

Gồm đặc điểm chung của người bệnh, triệu chứng lâm sàng, chỉ số cận lâm sàng trước mổ, đặc điểm nội soi và chụp cắt lớp vi tính, đặc điểm trong mổ, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ và kết quả sớm sau mổ. Kỹ thuật phẫu thuật gồm thăm dò ổ bụng, cắt phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2 theo các chặng hạch liên quan, cắt ngang dạ dày và tá tràng bằng stapler, tạo miệng nối dạ dày - tá tràng kiểu Delta-shaped hoàn toàn trong ổ bụng, kiểm tra độ kín miệng nối và đặt dẫn lưu khi cần. Tai biến trong mổ được ghi nhận khi có chảy máu cần truyền máu hoặc cần can thiệp cầm máu ngoài quy trình thường quy, tổn thương tạng lân cận như gan, lách, tụy, đại tràng, ống mật chủ hoặc ruột non, sự cố kỹ thuật tại đường cắt hoặc miệng nối buộc phải khâu sửa, đặt thêm phương tiện can thiệp hoặc chuyển mổ mở.

Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, phiếu phẫu thuật, phiếu gây mê hồi sức, phiếu theo dõi sau mổ, kết quả xét nghiệm máu, nội soi dạ dày, chụp cắt lớp vi tính và giải phẫu bệnh. Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được trình bày bằng giá trị nhỏ nhất, lớn nhất và trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở bảo mật thông tin người bệnh. Thông tin nhận dạng người bệnh được bảo mật; các số liệu được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích khoa học.

Giới tính	Nam	27	65,9
	Nữ	14	34,1
BMI	< 18,5	11	26,8
	18,5 - 22,9	24	58,5
	≥ 23,0	6	14,6
Triệu chứng cơ năng	Đau bụng	36	87,8
	Ợ hơi, ợ chua	19	46,3
	Nôn	15	36,6
	Chán ăn	12	29,3
	Sút cân	12	29,3
	Chảy máu tiêu hóa	10	24,4

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $62,98 \pm 13,10$ tuổi, trong đó nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm 68,2%. Nam giới chiếm ưu thế với 65,9%. Về biểu hiện lâm sàng, đau bụng là triệu chứng nổi bật nhất, gặp ở 87,8% người bệnh, tiếp đến là ợ hơi/ợ chua, nôn, chán ăn và sút cân.

Bảng 2. Đặc điểm nội soi, chụp cắt lớp vi tính và giai đoạn trước mổ ($n = 41$)

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hình thái tổn thương nội soi	Sùi	6	14,6
	Loét	34	82,9
	Loét thâm nhiễm	1	2,4
Vị trí tổn thương nội soi	Hang vị	25	61,0
	Môn vị	8	19,5
	Hang vị - bờ cong nhỏ	8	19,5
Tổn thương trên cắt lớp vi tính	Dày thành dạ dày	28	68,3
	Có hạch ổ bụng	14	34,1
Giai đoạn T trước mổ	T1	13	31,7
	T2	16	39,0
	T3	11	26,8
	T4a	1	2,4
Giai đoạn N trước mổ	N0	27	65,9
	N1	13	31,7
	N2+	1	2,4
Giai đoạn bệnh trước mổ	I	24	58,5
	II	12	29,3
	III	5	12,2

Nội soi ghi nhận hình thái loét chiếm tỷ lệ cao nhất 82,9%; vị trí tổn thương chủ yếu ở hang vị 61,0%. Trên chụp cắt lớp vi tính, 68,3% người bệnh có dày thành dạ dày và 34,1% có hạch ổ bụng. Tất cả người bệnh được đánh giá M0 trước mổ, giai đoạn I và II chiếm 87,8%.

Bảng 3. Kết quả trong mổ ($n = 41$)

Đặc điểm	Phân nhóm/chỉ số	n hoặc TB $\pm$ SD	Tỷ lệ%
Tai biến trong mổ	Không	41	100,0
Chuyển mổ mở	Không	41	100,0
Tử vong trong mổ	Không	41	100,0

Lượng máu mất trong mổ, mL	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	44,76 $\pm$ 19,75	
Thời gian mổ, phút	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	166,59 $\pm$ 24,94	
Số hạch nạo vét được, hạch	Nhỏ nhất - lớn nhất; Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	8 - 38; 18,88 $\pm$ 7,83	

Tất cả 41 trường hợp đều được phẫu thuật nội soi hoàn toàn, không có trường hợp phải chuyển mổ mở, không ghi nhận tai biến hoặc tử vong trong mổ. Lượng máu mất trung bình là 44,76 $\pm$ 19,75 mL và thời gian mổ trung bình là 166,59 $\pm$ 24,94 phút. Số hạch nạo vét được dao động từ 8 đến 38 hạch, trung bình 18,88 $\pm$ 7,83 hạch. Giá trị trung bình này vượt ngưỡng tối thiểu 16 hạch vùng được khuyến cáo trong AJCC 8 để hỗ trợ phân giai đoạn N sau mổ.

Bảng 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ (n = 41)

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh đại thể	Loét sùi	39	95,1
	Thể sùi	1	2,4
	Loét thâm nhiễm	1	2,4
Vị trí tổn thương	1/3 dưới	38	92,7
	1/3 giữa	3	7,3
Mức độ xâm lấn T	T1	9	22,0
	T2	12	29,3
	T3	15	36,6
	T4a	5	12,2
Mô bệnh học theo WHO	UTBM tuyến ống, nhú	26	63,4
	UTBM tế bào nhẵn	14	34,1
	UTBM tế bào vảy	1	2,4
Mức độ biệt hóa	Biệt hóa cao	5	12,2
	Biệt hóa vừa	14	34,1
	Biệt hóa kém	22	53,7
Chặng hạch di căn	N0	24	58,5
	N1	3	7,3
	N2	4	9,8
	N3	10	24,4
Diện cắt trên/dưới	Không còn tế bào ung thư	41	100,0

Giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy tổn thương chủ yếu ở 1/3 dưới dạ dày 92,7%, đại thể loét sùi 95,1%. UTBM tuyến ống, nhú chiếm 63,4%; UTBM tế bào nhẵn chiếm 34,1%. Diện cắt trên và dưới đều âm tính với tế bào ung thư ở 100% trường hợp. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy số hạch di căn trung bình là 1,85 $\pm$ 2,82 hạch.

Không ghi nhận các biến chứng sau mổ như chảy máu, hẹp miệng nối, rò miệng nối, viêm phúc mạc, viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn dư hoặc biến chứng tim mạch; không có tử vong sau mổ. Đa số người bệnh đau ít sau mổ 73,2%. Thời gian có trung tiện trung bình là 52,66 $\pm$ 8,13 giờ; thời gian bắt đầu cho ăn trung bình là 2,24 $\pm$ 0,49 ngày và thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7,54 $\pm$ 2,34 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình $62,98 \pm 13,10$ và nam giới chiếm ưu thế. Đặc điểm này phù hợp với dịch tễ ung thư dạ dày, bệnh thường gặp ở nhóm trung niên và cao tuổi, đồng thời tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ [1]. Về lâm sàng, đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất, nhưng đây là biểu hiện không đặc hiệu. Các triệu chứng như ợ hơi, ợ chua, nôn, chán ăn, sút cân hoặc chảy máu tiêu hóa phản ánh tình trạng tổn thương vùng hang môn vị và mức độ ảnh hưởng đến tiêu hóa trước mổ.

Hình thái tổn thương trên nội soi chủ yếu là loét và vị trí chủ yếu ở hang vị, phù hợp với phạm vi chỉ định của phẫu thuật cắt phần xa dạ dày vì tổn thương nằm ở vùng phần xa, có khả năng bảo tồn phần dạ dày còn lại và tái lập lưu thông theo Billroth I khi điều kiện giải phẫu cho phép. Chụp cắt lớp vi tính trước mổ cho thấy tất cả người bệnh đều chưa phát hiện di căn xa, phần lớn ở giai đoạn I-II. Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt giữa đánh giá giai đoạn TNM trước mổ bằng CLVT và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, đặc biệt phát hiện 10 trường hợp di căn hạch N3 sau phẫu thuật. Điều này phản ánh hạn chế chung của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện nay trong việc phát hiện di căn hạch vi thể, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nạo vét hạch D2 hệ thống một cách triệt để nhằm tránh bỏ sót giai đoạn bệnh thực tế. Việc đánh giá giai đoạn trước mổ là bước bắt buộc để lựa chọn người bệnh phù hợp; các khuyến cáo cập nhật cũng nhấn mạnh tiếp cận đa chuyên khoa và chỉ định điều trị dựa trên giai đoạn bệnh [2].

Kết quả trong mổ cho thấy phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2, làm miệng nối Delta-shaped có thể thực hiện ổn định tại cơ sở nghiên cứu. Tỷ lệ hoàn thành phẫu thuật nội soi là 100%, không chuyển mổ mở, không tai biến và không tử vong trong mổ. Tỷ lệ chuyển mổ mở 0% có ý nghĩa thực hành vì phản ánh khả năng kiểm soát trường mổ, thực hiện nạo vét hạch và tái lập lưu thông tiêu hóa hoàn toàn trong

ổ bụng theo đúng kế hoạch tại bệnh viện tuyến tỉnh. Thời gian mổ trung bình 166,59 phút thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoàng và Vũ Ngọc Anh tại Thái Bình là 185,77 phút [7] và nghiên cứu của Nguyễn Minh Cường và cộng sự tại Việt Đức là 202,67 phút [10]. Sự khác biệt này cần được diễn giải trong quan hệ với lựa chọn người bệnh, phạm vi tổn thương, kinh nghiệm ê kíp và kiểu miệng nối, nhưng vẫn cho thấy kỹ thuật đã được thực hiện tương đối ổn định.

Số hạch nạo vét được dao động từ 8 đến 38 hạch, trung bình $18,88 \pm 7,83$, cho thấy phẫu thuật nội soi vẫn có thể đáp ứng yêu cầu đánh giá hạch sau mổ nếu được thực hiện đúng lớp giải phẫu và bởi ê kíp có kinh nghiệm. Theo AJCC 8, cần đánh giá bệnh học ít nhất 16 hạch vùng để hạn chế nguy cơ đánh giá thấp giai đoạn N. Dù số hạch trung bình trong nhóm nghiên cứu thấp hơn một số trung tâm lớn như Đại học Y Hà Nội và Việt Đức, kết quả này cao hơn nghiên cứu tại Thái Bình với 17,73 hạch và vượt ngưỡng tối thiểu cần thiết cho đánh giá giai đoạn [7], [8], [10].

Miệng nối Delta-shaped là điểm kỹ thuật đáng chú ý của nghiên cứu. Kỹ thuật này cho phép tái lập lưu thông dạ dày - tá tràng hoàn toàn trong ổ bụng bằng stapler thẳng, hạn chế nhu cầu đưa dạ dày ra ngoài thành bụng để khâu nối, đồng thời duy trì đường lưu thông sinh lý hơn so với các kiểu nối dạ dày - hồi tràng. Khi ê kíp đã vượt qua đường cong học tập, thao tác tạo miệng nối có xu hướng ổn định hơn, ít làm tăng thời gian mổ và phù hợp với định hướng phẫu thuật nội soi hoàn toàn. Kanaya và cộng sự đã cho thấy kỹ thuật này có tính khả thi trong phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày; các phân tích sau đó cũng ghi nhận kết quả ngắn hạn chấp nhận được khi so với Billroth I thông thường [3], [4].

Kết quả không ghi nhận rò miệng nối, chảy máu sau mổ, hẹp miệng nối, viêm phúc mạc, viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, biến chứng tim mạch, áp xe tồn dư hoặc tử vong sau mổ. Đây là kết quả sớm thuận lợi nhưng cần diễn giải thận trọng. Tỷ lệ biến chứng 0% có thể liên quan đến

quy trình lựa chọn người bệnh chặt chẽ, trong đó đa số trường hợp trước mổ thuộc giai đoạn I-II, không phát hiện di căn xa và còn chỉ định cắt triệt căn. Kỹ thuật cũng đã được triển khai tại cơ sở trước thời điểm nghiên cứu nên ê kíp phẫu thuật có điều kiện tích lũy kinh nghiệm. Tuy vậy, cỡ mẫu 41 ca còn tương đối nhỏ, thời gian theo dõi mới tập trung vào giai đoạn sớm, do đó kết quả này chưa đủ để loại trừ hoàn toàn nguy cơ biến chứng hiếm gặp. So với các báo cáo khác có tỷ lệ biến chứng dao động từ 2,9% đến 8,7%, kết quả hiện tại là khả quan nhưng vẫn cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định chắc chắn [6], [9], [10].

Thời gian có trung tiện trung bình $52,66 \pm 8,13$ giờ, thời gian bắt đầu cho ăn $2,24 \pm 0,49$ ngày và thời gian nằm viện sau mổ $7,54 \pm 2,34$ ngày cho thấy quá trình hồi phục thuận lợi. So với nghiên cứu tại Thái Bình có thời gian trung tiện 3,06 ngày và thời gian nằm viện 8,12 ngày, cũng như nghiên cứu tại Việt Đức có thời gian trung tiện 3 ngày, ăn đường miệng 3,25 ngày và nằm viện 7,25 ngày, kết quả hiện tại cho thấy tốc độ hồi phục tiêu hóa tương đối nhanh. Các chỉ số này cũng cố ưu thế của phẫu thuật nội soi hoàn toàn khi vừa bảo đảm nguyên tắc cắt triệt căn, vừa hạn chế sang chấn thành bụng, giúp người bệnh vận động và ăn lại sớm hơn [7], [10].

Nghiên cứu còn một số hạn chế. Cỡ mẫu 41 người bệnh chỉ đạt mức tối thiểu, thiết kế mô tả tại một trung tâm và chưa có nhóm so sánh nên kết quả chủ yếu có giá trị mô tả bước đầu. Thời gian theo dõi mới tập trung vào kết quả sớm sau mổ, chưa đánh giá được biến chứng muộn, trào ngược dịch mật, chất lượng sống, tái phát và sống thêm. Một số chỉ số kỹ thuật chuyên sâu như thời gian thực hiện riêng thì tạo miệng nối chưa được phân tích riêng. Các nghiên cứu sau nên có cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi dài hơn và so sánh Delta-shaped với các kiểu tái lập lưu thông khác.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh trong nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm trung niên và cao tuổi, nam giới chiếm ưu

thế. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau bụng; tổn thương nội soi chủ yếu dạng loét ở vùng hang vị và đa số trường hợp còn khả năng phẫu thuật triệt căn trước mổ.

Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2, làm miệng nối Delta-shaped cho kết quả sớm thuận lợi, hoàn thành bằng nội soi, không ghi nhận chuyển mổ mở, tai biến trong mổ, rò miệng nối, chảy máu sau mổ, biến chứng toàn thân hoặc tử vong. Số hạch nạo vét được dao động từ 8 đến 38 hạch, trung bình $18,88 \pm 7,83$ hạch; diện cắt trên và dưới đều âm tính, thời gian trung tiện, ăn lại và nằm viện sau mổ ở mức phù hợp với hồi phục sớm sau phẫu thuật nội soi.

Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2, làm miệng nối Delta-shaped có thể triển khai an toàn và hiệu quả tại các bệnh viện tuyến tỉnh khi có trang thiết bị phẫu thuật nội soi đồng bộ, hệ thống stapler phù hợp, ê kíp phẫu thuật viên được đào tạo bài bản và quy trình chăm sóc sau mổ thống nhất. Kỹ thuật nên được ưu tiên cho người bệnh ung thư dạ dày vùng hang môn vị, giai đoạn I, II và IIIa, chưa phát hiện di căn xa, còn khả năng cắt triệt căn và có điều kiện giải phẫu phù hợp để tái lập lưu thông theo kiểu Billroth I. Có thể cân nhắc nhân rộng mô hình tại các cơ sở có năng lực phẫu thuật nội soi tiêu hóa tương đương, đồng thời cần tiếp tục theo dõi dài hạn và xây dựng nghiên cứu so sánh với các kiểu miệng nối khác.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin cảm ơn Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An và các đơn vị liên quan đã hỗ trợ quá trình thu thập số liệu nghiên cứu.

Cam kết: Xin cam kết Bài báo là công trình nghiên cứu của chính tác giả, không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

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] **Japanese Gastric Cancer Association.** Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). Gastric Cancer. 2023;26(1):1-25.
- [3] **Kanaya S, Kawamura Y, Kawada H, Iwasaki H, Gomi T, Satoh S,** et al. The delta-shaped anastomosis in laparoscopic distal gastrectomy: analysis of the initial 100 consecutive procedures of intracorporeal gastroduodenostomy. Gastric Cancer. 2011;14(4):365-371.
- [4] **Ding W, Tan Y, Xue W,** et al. Comparison of short-term outcomes between delta-shaped anastomosis and conventional Billroth I anastomosis after laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: a meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2018;97(47):e13299.
- [5] **Nguyễn Anh Tuấn, Lương Ngọc Cường, Phạm Văn Hiệp, Nguyễn Văn Dư.** Kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2021;16(DB4):89-95. doi:10.52389/ydls.v16iDB4.930.
- [6] **Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương.** Kết quả bước đầu làm miệng nối Billroth I kiểu Delta-shaped trong phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam. 2024;14(2):56-62.
- [7] **Nguyễn Hoàng, Vũ Ngọc Anh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình giai đoạn 2020-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;546(1):183-186.
- [8] **Park YS, Kook MC, Kim BH,** et al. A standardized pathology report for gastric cancer: 2nd edition. J Gastric Cancer. 2023;23(1):107-145.
- [9] **Oh SG, Lee S, Seong BO,** et al. Textbook outcome of Delta-shaped anastomosis in minimally invasive distal gastrectomy for gastric cancer in 4,505 consecutive patients. J Gastric Cancer. 2024;24(1):100-112.
- [10] **Nguyễn Minh Cường, Quách Văn Kiên, Bùi Thanh Phúc.** Kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 với miệng nối trong ổ bụng điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;550(3):27-30.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY AND DELTA-SHAPED ANASTOMOSIS

This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate early outcomes of laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and Delta-shaped anastomosis. A descriptive study was conducted on 41 patients with gastric carcinoma undergoing surgery at Nghe An Friendship General Hospital from January 2024 to April 2026. The mean age was 62.98 ± 13.10 years and 65.9% were male. Abdominal pain was recorded in 87.8%. Endoscopic lesions were mainly located in the antrum (61.0%) and were mostly ulcerative (82.9%). All procedures were completed totally laparoscopically, without conversion to open surgery or intraoperative complications. The mean operative time was 166.59 ± 24.94 minutes, mean blood loss was 44.76 ± 19.75 mL, and the number of retrieved lymph nodes ranged from 8 to 38, with a mean of 18.88 ± 7.83 . No anastomotic leakage, postoperative bleeding, pneumonia, wound infection, cardiovascular complication, or mortality was recorded. The technique was feasible and showed favorable early outcomes in appropriately selected patients.

Keywords: gastric cancer; laparoscopic surgery; distal gastrectomy; D2 lymphadenectomy; Delta-shaped anastomosis.