

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY AND BILLROTH II RECONSTRUCTION IN THE TREATMENT OF GASTRIC ADENOCARCINOMA

Dang Dinh Khoa^{1,2*}, Nguyen Van Huong¹, Pham Van Duyet¹

¹Nghe An General Friendship Hospital - Km5, Lenin Avenue, Nghi Phu Ward, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam

²Hai Phong University of Medicine and Pharmacy - 72A Nguyen Binh Khiem, Ngo Quyen Dist, Hai Phong City, Vietnam

Received: 25/05/2025

Revised: 03/06/2025; Accepted: 08/06/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and Billroth II reconstruction in the treatment of gastric adenocarcinoma at Nghe An General Friendship Hospital.

Methods: A descriptive study was conducted on 90 patients who underwent totally laparoscopic surgery from 2022 to 2024. Parameters analyzed included early postoperative outcomes, histopathological findings, complications, recurrence, survival, and postoperative quality of life.

Results: The laparoscopic procedure was completed in 100% of cases with no intraoperative mortality. The early complication rate was low (5.6%). The overall survival rate at 36 months was 78.8%. The recurrence/metastasis rate was 16.7%. Postoperative endoscopic findings and quality of life assessments were generally favorable.

Conclusion: Laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and Billroth II reconstruction is a safe, effective, and feasible technique that can be widely applied in the treatment of gastric adenocarcinoma.

Keywords: Laparoscopic surgery, gastric cancer, distal gastrectomy, Billroth II, D2 lymphadenectomy.

*Corresponding author

Email: bskhoa115@gmail.com Phone: (+84) 945614832 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD9.3023>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT HANG MÔN VỊ DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2 NỐI LƯU THÔNG TIÊU HÓA THEO BILLROTH II ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Đặng Đình Khoa^{1,2*}, Nguyễn Văn Hương¹, Phạm Văn Duyệt¹

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - Km5, Đại lộ Lê nin, P. Nghi Phú, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

²Trường Đại học Y dược Hải Phòng - 72A Nguyễn Bình Khiêm, Q. Ngô Quyền, Tp. Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận: 25/05/2025

Ngày sửa: 03/06/2025; Ngày đăng: 08/06/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày nạo vét hạch D2 và nối tiêu hóa theo phương pháp Billroth II trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu trên 90 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn từ năm 2022 đến 2024. Các chỉ số được phân tích bao gồm kết quả sớm, mô bệnh học, biến chứng, tái phát, sống thêm và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật.

Kết quả: Tỷ lệ hoàn thành phẫu thuật nội soi 100%, không có tử vong trong mổ. Tỷ lệ biến chứng sớm thấp (5,6%), sống thêm toàn bộ sau 36 tháng đạt 78,8%. Tỷ lệ di căn/tái phát là 16,7%. Đánh giá nội soi và chất lượng cuộc sống sau mổ đều khá quan.

Kết luận: Kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị, nạo vét hạch D2 và nối Billroth II là an toàn, hiệu quả và phù hợp để áp dụng rộng rãi trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, ung thư dạ dày, hang môn vị, Billroth II, nạo vét hạch D2.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô dạ dày, đặc biệt ở vùng hang môn vị, là một trong những bệnh lý ác tính tiêu hóa có tỉ lệ mắc và tử vong cao tại Việt Nam. Để điều trị hiệu quả, phẫu thuật triệt căn đóng vai trò then chốt, trong đó kỹ thuật cắt hang môn vị kèm nạo vét hạch D2 và phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth II là lựa chọn phổ biến [1-3]. Gần đây, phẫu thuật nội soi đã chứng minh nhiều lợi ích so với mổ mở như ít xâm lấn, giảm đau sau mổ, hồi phục nhanh và thẩm mỹ cao, đồng thời vẫn đảm bảo nguyên tắc triệt căn ung thư. Tuy nhiên, việc triển khai đồng bộ kỹ thuật này tại các bệnh viện tuyến tỉnh vẫn còn nhiều thách thức và cần được đánh giá cụ thể để khẳng định tính hiệu quả và độ an toàn trong thực hành lâm sàng [3-6]. Từ thực tiễn triển khai kỹ thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày nạo vét hạch D2 và nối tiêu hóa theo Billroth II trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày, góp phần cung cấp bằng chứng cho việc mở rộng áp dụng kỹ thuật này trong thực tế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và cỡ mẫu nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 90 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày, đủ tiêu chuẩn chỉ định phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày, nạo vét hạch D2 và nối lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth II. Các bệnh nhân được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu, đảm bảo đáp ứng đầy đủ các tiêu chí về chẩn đoán xác định, chỉ định phẫu thuật và khả năng theo dõi sau mổ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024 tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Nội dung nghiên cứu tập trung đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật, bao gồm các khía cạnh: kết quả sớm sau mổ (thời gian trung tiện, rút ống thông, rút dẫn lưu, thời gian bắt đầu ăn lại và thời gian nằm

*Tác giả liên hệ

Email: bskhoa115@gmail.com Điện thoại: (+84) 945614832 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD9.3023>

viện); kết quả mô bệnh học (số lượng và đặc điểm hạch, kích thước u, khoảng cách diện cắt); tình trạng nội soi sau 1 năm (viêm, ứ đọng mật, loét tái phát); tỷ lệ và vị trí di căn hoặc tái phát xa; phân tích sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh; các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và so sánh bằng kiểm t hoặc Mann-Whitney U tùy theo phân phối dữ liệu. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, so sánh bằng kiểm Chi-square hoặc Fisher exact test. Phân tích sống thêm được thực hiện theo phương pháp Kaplan-Meier và so sánh bằng log-rank test. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả người bệnh đều được giải thích rõ ràng về mục tiêu, nội dung nghiên cứu và đồng thuận tham gia bằng văn bản. Thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật tuyệt đối và việc điều trị được thực hiện đúng theo quy trình chuyên môn hiện hành.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày và nạo vét hạch D2, thời gian hồi phục sớm được theo dõi và phân tích theo giai đoạn T. Kết quả chi tiết được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Thời gian trung tiện, rút thông dạ dày, dẫn lưu, nuôi dưỡng và nằm viện sau mổ theo giai đoạn T (n=90)

Thời gian			
T1-T3 (n = 72)	T4a (n = 18)	Tổng	p*
Thời gian có trung tiện (giờ)			
46,0 $\pm$ 10,9 (24-72)	51,0 $\pm$ 10,5 (36-72)	47,0 $\pm$ 11,0	0,062
Rút thông dạ dày (giờ)			
41,6 $\pm$ 17,5 (20-72)	45,6 $\pm$ 16,3 (24-72)	42,4 $\pm$ 17,3	0,250
Rút dẫn lưu (ngày)			
3,8 $\pm$ 1,3 (0-7)	4,1 $\pm$ 1,5 (2-7)	3,8 $\pm$ 1,3	0,464

Bắt đầu nuôi dưỡng (ngày)			
2,5 $\pm$ 0,5 (2-3)	2,8 $\pm$ 0,4 (2-3)	2,5 $\pm$ 0,5	0,016
Nằm viện sau mổ (ngày)			
8,7 $\pm$ 4,1 (5-36)	7,9 $\pm$ 2,3 (6-15)	8,5 $\pm$ 3,8	0,326

Có 94,4% bệnh nhân không có biến chứng sau mổ và 5 BN có biến chứng sau mổ (5,6%) gồm: 01 BN nhồi máu phổi trái, 03 BN áp xe tồn dư sau mổ, 01 BN thoát vị thành bụng. Không có BN nào tử vong ngay sau mổ

3.2. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Kết quả mô bệnh học cho thấy trung bình số hạch nạo vét được là 25,9 $\pm$ 5,9 hạch, số hạch di căn trung bình là 3,7 $\pm$ 4,4 hạch. Kích thước khối u trung bình là 3,2 cm và khoảng cách diện cắt trên đến u trung bình là 5,5 cm.

Bảng 2. Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật (N = 90)

Thông số	Trung bình $\pm$ ĐLC	Min-Max
Số hạch nạo vét (hạch)	25,9 $\pm$ 5,9	16-42
Số hạch di căn (hạch)	3,7 $\pm$ 4,4	0-18
Kích thước khối u (cm)	3,2 $\pm$ 1,2	1-6
Khoảng cách diện cắt trên đến u (cm)	5,5 $\pm$ 0,6	5-7

3.3. Kết quả xa sau phẫu thuật

Kết quả nội soi dạ dày sau mổ 1 năm: viêm dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất (69,4%), tiếp đến là ứ đọng dịch mật (27,1%) và thấp nhất là ứ đọng dạ dày (11,8%). 23 BN có kết quả nội soi bình thường (27,1%). (Bảng 3)

Bảng 3. Kết quả nội soi sau 1 năm (N = 85)

Kết quả nội soi dạ dày	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Viêm dạ dày	59	69,4
Ứ đọng dạ dày	10	11,8
Ứ đọng dịch mật	23	27,1
Bình thường	23	27,1

Trong 90 bệnh nhân, 15 người (16,67%) có di căn hoặc tái phát, chủ yếu tại gan, đại tràng, hạch hoặc các cơ quan khác. (Bảng 4)

Bảng 4. Di căn và tái phát sau phẫu thuật (N = 90)

Tái phát, di căn		Số lượng	Tỷ lệ %
Có tái phát, di căn		15	16,7
Di căn		14	15,6
Tái phát miệng nổi		1	1,1
Số vị trí di căn xa	1 vị trí	10	71,4
	2 vị trí	4	28,6
Cơ quan di căn xa	Đại tràng	2	14,3
	Gan	7	50,0
	Phổi	1	7,1
	Cột sống	1	7,1
	Tụy	1	7,1
	Hạch	2	14,3
	Xương	1	7,1
	Ruột non	1	7,1
	Phức mạc	2	14,3

3.4. Kết quả sống thêm

Xác suất sống thêm toàn bộ sau 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 98,9%, 89,9% và 78,8%. Xác suất sống thêm không bệnh sau 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 95,5%, 86,8% và 78,8%. (Bảng 5)

Bảng 5. Xác suất sống thêm toàn bộ và không bệnh (N = 90)

Thời gian sau mổ	Sống thêm toàn bộ (%)	Sống thêm không bệnh (%)
12 tháng	98,9	95,5
24 tháng	89,9	86,8
36 tháng	78,8	78,8

Phân tích theo giai đoạn bệnh cho thấy bệnh nhân ở giai đoạn III có kết quả sống thấp hơn đáng kể so với giai đoạn I, II ($p < 0,05$).

Bảng 6. Sống thêm theo giai đoạn bệnh (N = 90)

Giai đoạn	Sống toàn bộ 36 tháng (%)	Sống không bệnh 36 tháng (%)
Giai đoạn I	100	100
Giai đoạn II	100	100
Giai đoạn III	60,7	58,4

3.5. Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau mổ ở nhóm $u \leq 3$ cm ($46,9 \pm 1,3$ tháng) cao hơn nhóm > 3 cm ($41,3 \pm 2,5$ tháng), $p < 0,05$. Ở nhóm giai đoạn T1–T3 ($47,0 \pm 1,2$ tháng) cao hơn T4a ($32,1 \pm 2,4$ tháng), $p < 0,05$. Không có sự khác biệt giữa nhóm tuổi ≤ 60 ($45,2 \pm 2,2$ tháng) và > 60 tuổi ($44,4 \pm 1,6$ tháng), $p > 0,05$. (Bảng 7)

Bảng 7. Sống thêm trung bình theo các yếu tố liên quan (N = 90)

Đặc điểm	Nhóm	Sống thêm toàn bộ trung bình	
		Tháng $\pm$ ĐLC	p
Giai đoạn T sau mổ	T1–T3	$47,0 \pm 1,2$	$<0,05$
	T4a	$32,1 \pm 2,4$	
Nhóm tuổi	≤ 60 tuổi	$45,2 \pm 2,2$	$>0,05$
	> 60 tuổi	$44,4 \pm 1,6$	
Kích thước khối u	≤ 3 cm	$46,9 \pm 1,3$	$<0,05$
	> 3 cm	$41,3 \pm 2,5$	

3.6. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Tổng điểm CLCS của BN sau phẫu thuật tại các thời điểm 12 tháng, 24 tháng và trên 24 tháng lần lượt là $8,1 \pm 1,7$, $8,1 \pm 1,8$ và $8,3 \pm 0,8$ điểm. Tại cả 3 thời điểm, khía cạnh Sinh hoạt và Sự hỗ trợ đều có điểm trung bình cao nhất, với phần lớn BN đạt ở mức 2 điểm. Điểm trung bình theo từng khía cạnh có xu hướng ổn định hoặc tăng lên theo thời gian.

Bảng 8. Chất lượng cuộc sống sau mổ theo thời gian

Khía cạnh	Thời điểm (TB $\pm$ ĐLC)		
	12 tháng (n = 87)	24 tháng (n = 64)	> 24 tháng (n = 29)
Hoạt động	$1,7 \pm 0,6$	$1,6 \pm 0,7$	$1,5 \pm 0,5$
Sinh hoạt	$1,9 \pm 0,3$	$1,9 \pm 0,3$	2 ± 0
Sức khỏe	$1,5 \pm 0,6$	$1,5 \pm 0,6$	$1,7 \pm 0,5$
Sự hỗ trợ	$2 \pm 0,2$	$1,9 \pm 0,4$	$2,0 \pm 0,2$
Đánh giá bản thân	$1,1 \pm 0,5$	$1,2 \pm 0,6$	$1,2 \pm 0,4$
Tổng	$8,1 \pm 1,7$	$8,1 \pm 1,8$	$8,3 \pm 0,8$

4. BÀN LUẬN

Thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa là chỉ số quan trọng phản ánh hiệu quả hậu phẫu và tiến trình hồi phục chức năng đường ruột. Trong nghiên cứu này, thời gian trung tiện trung bình sau mổ đạt $47,0 \pm 11,0$ giờ – tương đương với kết quả của Đinh Văn Chiến (48,6 giờ) và Trần Tuấn Anh ($4,2 \pm 1,4$ ngày) 7, 8. Sự tương đồng này cho thấy quy trình phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu tại cơ sở nghiên cứu đạt mức ổn định và phù hợp với tiêu chuẩn hồi phục sau mổ sớm (ERAS). Ngoài ra, không ghi nhận sự khác biệt đáng kể giữa nhóm T1–T3 và T4a, cho thấy yếu tố giai đoạn T không ảnh hưởng rõ rệt đến nhu động ruột trở lại. Việc áp dụng phẫu thuật nội soi với ưu điểm ít xâm lấn có thể là nguyên nhân góp phần rút ngắn thời gian này, do làm giảm phản ứng viêm và tổn thương cơ học tại ruột 6. Cùng với phục hồi nhu động, thời gian nằm viện cũng là chỉ số đánh giá tiến trình hồi phục. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện trung bình là $8,5 \pm 3,8$ ngày, khá tương đồng với báo cáo của Nguyễn Vũ Tuấn Anh ($7,9 \pm 2,0$ ngày) 9. Điều này phản ánh hiệu quả điều trị và chăm sóc hậu phẫu tại đơn vị nghiên cứu, đồng thời phù hợp với xu hướng rút ngắn thời gian nằm viện sau mổ nội soi trên thế giới. Tuy nhiên, như T. Amari và cộng sự đã chỉ ra, thời gian nằm viện còn chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố như thời điểm bệnh nhân có thể tự đi lại sau mổ và dung tích sống của phổi – những chỉ báo quan trọng cho khả năng hồi phục chức năng toàn thân ở người cao tuổi 3.

Về biến chứng hậu phẫu, nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ biến chứng sớm là 5,6%, gồm 01 BN nhồi máu phổi trái, 03 BN áp xe tồn dư sau mổ, 01 BN thoát vị thành bụng và không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ. Kết quả này cho thấy việc kiểm soát tốt quy trình phẫu thuật, chăm sóc sau mổ và tầm soát biến chứng tại cơ sở nghiên cứu là hiệu quả, đồng thời củng cố tính an toàn của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày.

Một trong những chỉ tiêu phản ánh chất lượng kỹ thuật mổ là số lượng hạch nạo vét. Trong nghiên cứu này, số hạch trung bình đạt $25,9 \pm 5,9$ hạch, cao hơn nhiều nghiên cứu trong nước như Trần Tuấn Anh (23 hạch), và tương đương với chuẩn nạo vét D2. Kết quả này cho thấy phẫu thuật nội soi hoàn toàn có thể đạt được hiệu quả nạo vét tương đương mổ mở nếu được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm 1. Ngoài ra, số hạch có di căn trung bình là $3,7 \pm 4,4$, và xu hướng tăng theo mức độ tiến triển của bệnh cũng phù hợp với đặc điểm sinh học của ung thư dạ dày.

Một yếu tố kỹ thuật quan trọng khác là khoảng cách từ diện cắt trên đến bờ trên khối u. Trong nghiên cứu này, khoảng cách trung bình đạt $5,5 \pm 0,6$ cm, đạt yêu cầu an toàn theo khuyến cáo của Nhật Bản và Hoa Kỳ đối với ung thư giai đoạn tiến triển. Kết quả mô bệnh học không phát hiện tế bào ung thư tại diện cắt

trên ở tất cả các ca mổ, cho thấy sự chính xác trong thao tác xác định ranh giới u qua nội soi. Theo các nghiên cứu có sử dụng chất đánh dấu huỳnh quang như ICG, tỷ lệ diện cắt còn tế bào ung thư dưới 5%, phù hợp với kết quả của nghiên cứu hiện tại 10.

Tỷ lệ tái phát và di căn sau phẫu thuật là chỉ báo dài hạn cho hiệu quả điều trị triệt căn. Trong nghiên cứu này, ghi nhận 16,7% bệnh nhân có di căn xa hoặc tái phát, thấp hơn so với tỷ lệ 20–35% tại các nghiên cứu châu Âu ở nhóm ung thư tiến triển 4,5. Điều đáng lưu ý là tất cả các trường hợp di căn đều nằm trong nhóm bệnh nhân giai đoạn III, khẳng định mối liên hệ chặt chẽ giữa giai đoạn bệnh và nguy cơ tái phát. Kết quả này cũng phản ánh hiệu quả kiểm soát bệnh tương đối tích cực của phẫu thuật nội soi tại đơn vị nghiên cứu.

Về thời gian sống thêm, xác suất sống thêm toàn bộ sau 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 98,9%, 89,9% và 78,8%. Xác suất sống thêm không bệnh sau 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 95,5%, 86,8% và 78,8%. Theo nghiên cứu của Qi-Yue Chen, việc sử dụng chất đánh dấu ICG giúp tăng tỷ lệ sống thêm 3 năm từ 73,6% lên 86,0% ($p = 0,015$), khẳng định vai trò của hỗ trợ hình ảnh trong cải thiện kết quả phẫu thuật 11.

Chất lượng cuộc sống sau mổ là yếu tố không thể bỏ qua trong đánh giá kết quả điều trị. Tổng điểm CLCS của BN sau phẫu thuật tại các thời điểm 12 tháng, 24 tháng và trên 24 tháng lần lượt là $8,1 \pm 1,7$, $8,1 \pm 1,8$ và $8,3 \pm 0,8$ điểm. Tại cả 3 thời điểm, khía cạnh Sinh hoạt và Sự hỗ trợ đều có điểm trung bình cao nhất, với phần lớn BN đạt ở mức 2 điểm. Điểm trung bình theo từng khía cạnh có xu hướng ổn định hoặc tăng lên theo thời gian. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Lam và cộng sự (2024), ghi nhận điểm chất lượng cuộc sống trung bình chỉ đạt 75,26/100 sau cắt dạ dày 12.

Bên cạnh yếu tố kỹ thuật, phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa cũng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Theo nghiên cứu của Chen và Park, phương pháp Roux-en-Y có khả năng kiểm soát trào ngược và viêm tốt hơn so với Billroth II hoặc Pean, từ đó cải thiện chất lượng sống trung và dài hạn 2. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, các kỹ thuật tái lập đều đạt hiệu quả tương đối tốt trong giai đoạn 1–2 năm đầu, phản ánh sự phù hợp với hoàn cảnh thực tế tại cơ sở.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày, nạo vét hạch D2 và nối lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth II là một kỹ thuật điều trị an toàn, khả thi trong ung thư biểu mô dạ dày. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng thấp, không có tử vong trong mổ, thời gian phục hồi nhanh, kết quả sống thêm tích cực và chất lượng cuộc sống sau mổ được duy trì tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Park YK, Yoon HM, Kim Y-W, et al. Laparoscopy-assisted versus open D2 distal gastrectomy for advanced gastric cancer: results from a randomized phase II multicenter clinical trial (COACT 1001). *LWW*; 2018.
- [2] Xin C, Xingyu F, Muqing W, Xueqing Y, Xueqing Y, Xueqing Y. Laparoscopic versus open distal gastrectomy for advanced gastric cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials and high-quality nonrandomized comparative studies. *Ejso*. 2020;46(11):1998-2010. doi:10.1016/J.EJSO.2020.06.046
- [3] Amari T, Hirukawa C, Fukuda T, et al. Factors Affecting the Length of Hospital Days After Laparoscopic Gastrectomy for Elderly Patients with Gastric Cancer. *J Gastrointest Cancer*. Jun 2022;53(2):472-479. doi:10.1007/s12029-021-00633-x
- [4] Huscher CG, Mingoli A, Sgarzini G, Sansonetti A, Di Paola M, Recher A, Ponzano C. Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five-year results of a randomized prospective trial. *Ann Surg*. Feb 2005;241(2):232-7. doi:10.1097/01.sla.0000151892.35922.f2
- [5] Strong VE, Devaud N, Allen PJ, Gonen M, Brennan MF, Coit D. Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for adenocarcinoma: a case-control study. *Annals of surgical oncology*. 2009;16:1507-1513.
- [6] Phạm Văn Bình, Hà Hải Nam. kết quả sớm ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày gần toàn bộ điều trị ung thư dạ dày giai đoạn cT1,2N0M0 tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;Tập 499 Số 1-2 (2021):tr192-196. doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v520i1.3726>
- [7] Đinh Văn Chiến. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày. *Đại học Y Dược Hải Phòng*; 2022.
- [8] Trần Tuấn Anh. Đánh giá kết quả phẫu thuật và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày nội soi do ung thư. *Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế*; 2024.
- [9] Nguyễn Vũ Tuấn Anh. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày. *Luận án Tiến sĩ. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*; 2023.
- [10] Chen Q-Y, Xie J-W, Zhong Q, et al. Safety and Efficacy of Indocyanine Green Tracer-Guided Lymph Node Dissection During Laparoscopic Radical Gastrectomy in Patients With Gastric Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*. 2020;155(4):300-311. doi:10.1001/jamasurg.2019.6033
- [11] Park SH, Kim KY, Cho M, Kim YM, Kim HI, Hyung WJ. Prognostic impact of fluorescent lymphography on gastric cancer. *Int J Surg*. Oct 1 2023;109(10):2926-2933. doi:10.1097/js9.0000000000000572
- [12] Nguyễn Thị Lam, Nguyễn ĐT, Thông ĐQ, Tuyền VTT, Bắc NH, Long VD. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 01/23 2024;534(2):57-60. doi:10.51298/vmj.v534i2.8131