

nhiên, nơi ở, trình độ học vấn, số lần sinh của bà mẹ có liên quan đến kiến thức về phòng ngừa hậu sản sau sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh** (2022), Báo cáo chuyên môn 12 tháng năm 2022, Quảng Ninh.
2. **Bộ Y tế** (2016), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe sinh sản Trẻ em Vực Sức khỏe Bà mẹ, chủ biên, Hà Nội, tr. 221-222.
3. **Đỗ Hương** (2020), Tắc tia sữa và những điều nên biết, Sở Y tế Hà Nội, truy cập ngày 10/5/2022, tại trang web https://soyte.hanoi.gov.vn/kham-chua-benh-pho-bien-kien-thuc-y-hoc/-/asset_publisher/4IVkx5Jltnbg/content/tac-tia-sua-va-nhung-ieu-nen-biet#:
4. **Ngô Thị Vân Huyền, Hoàng Thị Mai Nga và**

Trần Thị Hường (2018), "Thực trạng kiến thức về tắc tia sữa của bà mẹ sau sinh tại khoa sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", Tạp chí khoa học và công nghệ đại học Thái Nguyên. 177(01), tr. 177-182.

5. **Lê Thanh Tùng và Vũ Thị Lệ Hiền** (2019), "Chăm sóc sản phụ có bất thường về vú và tiết sữa", trong Đào Thị Hồng Nhung và Cao Văn Anh, chủ biên, Chăm sóc bà mẹ sau đẻ, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
6. **Sulistyowati, Agus** (2018), "Effectiveness of breast care on the smooth delivery of breast milk", J Nurse Health: Jurnal Keperawatan. 7(2), pp. 121-123.
7. **Vieira, Ana Paula Rodrigues, et al.** (2013), "Motherhood in adolescent and family support: implications in breast care and self-care in postpartum", J Ciênc Cuid Saúde. 12(4), pp. 679-87.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỰC HIỆN MIỆNG NỐI BILLROTH 1 KIỂU INTACT TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY

Vũ Ngọc Anh¹, Nguyễn Hoàng², Phạm Đức Huân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm nối Billroth 1 kiểu INTACT trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần cực dưới dạ dày nạo vết hạch D2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu 42 bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật làm miệng nối Billroth1 kiểu Intact trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2025 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63.57 ± 8.8 tuổi, nam 50%, nữ 50%, thời gian mổ trung bình là 152.89 ± 24.29 phút (cao nhất là 220 phút, thấp nhất 105 phút), thời gian thực hiện miệng nối 9.79 ± 2.57 phút (cao nhất là 25 phút, thấp nhất 7 phút), số lượng stapler dùng trong mổ trung bình là 5.05 ± 0.23 stapler. Biến chứng sau mổ: tỷ lệ rò miệng nối 0%, tỷ lệ chảy máu miệng nối 0%, tỷ lệ xoắn miệng nối 0%, tỷ lệ trào ngược dịch mật là 7.14%, tỷ lệ rò tụy sau mổ 4.8%, tỷ lệ hẹp miệng nối 0%, tỷ lệ rò bạch huyết 4.8%, tỷ lệ chậm làm rỗng dạ dày (DGE) 0%, biến chứng sau mổ theo Clavendindo mức độ I: 1 (11.9%), độ II, III, IV là 0%. **Kết luận:** Miệng nối Billroth 1 kiểu Intact sau phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày hiệu quả tốt: an toàn, ít tai biến, biến chứng, thời gian thực hiện miệng nối nhanh. **Từ**

khóa: Phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày, miệng nối Billroth1 kiểu INTACT, ung thư dạ dày.

SUMMARY

EVALUATION THE RESULTS OF BILLROTH 1 INTACT ANASTOMOSIS TECHNIQUE IN TOTALLY LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPH NODE DISSECTION FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA

Objectives: To evaluate the early results of the Billroth 1 Intact anastomosis technique in totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymph node dissection at Hanoi Medical University Hospital.

Methods: A prospective descriptive study was conducted on 42 patients who underwent totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and intracorporeal Billroth 1 Intact anastomosis for gastric adenocarcinoma from April 2023 to February 2025 at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The average age of the study group was 63.57 ± 8.8 years, with an equal gender distribution (50% male, 50% female). The mean operative time was 152.89 ± 24.29 minutes (ranging from 105 to 220 minutes). The mean time for intracorporeal anastomosis was 9.79 ± 2.57 minutes (ranging from 7 to 25 minutes). The average number of staplers used per operation was 5.05 ± 0.23 . Postoperative complications included a bile reflux rate of 7.14%, pancreatic fistula rate of 4.8%, and lymphatic leakage rate of 4.8%. There were no cases of anastomotic leakage, anastomotic bleeding, anastomotic stenosis, delayed gastric emptying (DGE), or Clavien-Dindo grade II-IV complications. Gastroesophageal reflux disease (GERD) was observed in 16.6% of patients, and the average postoperative

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Anh

Email: vuanhbvtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025

weight gain was 1.7 ± 1.489 kg. Clavien-Dindo grade I complications were recorded in 11.9% of cases. **Conclusion:** The Billroth 1 Intact anastomosis technique following totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy has demonstrated favorable outcomes, offering a safe and effective method with no major complications and a short anastomosis time. **Keywords:** Billroth 1 anastomosis, totally laparoscopic distal gastrectomy, gastric adenocarcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là bệnh ung thư khá phổ biến theo Globocan 2020 ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới và đứng hàng thứ 4 về nguyên nhân gây tử vong của tất cả các bệnh lý ung thư ở cả hai giới. Tại Việt Nam cũng theo tổ chức ung thư thế giới thì năm 2020 có 17.906 ca mắc mới và 14.615 ca tử vong do ung thư dạ dày¹.

Ngày nay nhờ sự phát triển của khoa học kỹ thuật tỷ lệ phát hiện sớm ung thư dạ dày ngày càng tăng, điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong sự lựa chọn phương pháp cắt bán phần dưới dạ dày. Tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa sau phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày vẫn là chủ đề còn tranh luận. Có nhiều phương pháp làm miệng nối như miệng nối Billroth 1, miệng nối Roux en y, miệng nối Finsterer mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng.

Miệng nối B1 được coi là miệng nối theo giải phẫu và sinh lý nhất: thức ăn đi chậm từ trái sang phải qua tá tràng tạo điều kiện hấp thu một số vi chất như sắt, folic..., thức ăn trộn đều dịch mật dịch tụy tạo điều kiện hấp thu dinh dưỡng tốt nhất, thức ăn kích thích pallin giúp quá trình bài xuất dịch mật, dịch tụy tốt hơn.

Miệng nối kiểu Billroth 1 được thực hiện thành công lần đầu tiên bởi Theodor Billroth năm 1881 từ đó kỹ thuật này thường xuyên được thực hiện và rất được yêu thích bởi các bác sỹ phẫu thuật người Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc nhờ những ưu điểm của kỹ thuật này². Từ năm 1991 phẫu thuật nội soi cắt dạ dày đầu tiên được thực hiện bởi Kitano, sau đó đã có những bước tiến vượt bậc là phẫu thuật nội soi hoàn toàn (PTNSHT), nhất là từ khi ra đời của kỹ thuật nối Delta shaped (DA) của tác giả Kanayma năm 2002³. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu đã báo cáo những tai biến biến chứng khi thực hiện miệng nối B1 như chảy máu miệng nối, bục xì rò miệng nối, xoắn miệng nối... cũng như các nhược điểm của phương pháp nối này đó là trào ngược dạ dày, trào ngược dịch mật, viêm miệng nối... Đến năm 2014 tác giả Omori⁴ công bố sự cải biên

phương pháp nối Billroth 1 kiểu INTACT đã khắc phục những nhược điểm của kiểu nối Delta shaped. Tại bệnh viện trường đại học y Hà Nội chúng tôi áp dụng phương pháp nối INTACT là phương pháp cải biên của kỹ thuật nối Delta shaped bước đầu mang lại hiệu quả tích cực. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả sớm nối Billroth 1 kiểu INTACT trên nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân thực hiện phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2, miệng nối Billroth 1 kiểu INTACT điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày.

Thời gian: Từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2025.

Địa điểm: Bệnh viện đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân chẩn đoán trước và sau mổ là ung thư biểu mô tuyến 1/3 dưới dạ dày, PTNSHT cắt bán phần dưới dạ dày, nạo vét hạch D2, làm miệng nối Billroth 1 kiểu INTACT.

Tiêu chuẩn loại trừ: Khối u xâm lấn T4b, khối u thứ phát, khối u xâm lấn môn vị, loét, hẹp tá tràng, mở nhỏ làm miệng nối.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: Chúng tôi thu thập thông tin bằng thăm khám trực tiếp trước mổ, tiến hành mổ ghi nhận các thông tin trong mổ, sau mổ.

Xử lý số liệu theo phần mềm Spss 20.0

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung trước phẫu thuật: số lượng bệnh nhân, tuổi, giới tính, kích thước khối u, trào ngược dạ dày thực quản trước mổ.

- Đặc điểm phẫu thuật: Giai đoạn khối u, khoảng cách diện cắt trên, diện cắt dưới đến khối u, thời gian phẫu thuật, thời gian thực hiện miệng nối, số stapler dùng làm miệng nối, số stapler dùng trong mổ, biến chứng trong mổ: chảy máu, thủng ruột...

- Kết quả điều trị: Thời gian trung tiện, rút dẫn lưu trung bình, dấu hiệu chậm tiêu, hội chứng Dumping, trào ngược dạ dày thực quản, biến chứng sau mổ: phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo, tỷ lệ rò miệng nối, tỷ lệ chảy máu miệng nối, chảy máu trong ổ bụng, tỷ lệ xoắn miệng nối, tỷ lệ trào ngược dịch mật, tỷ lệ rò tụy sau mổ, tỷ lệ hẹp miệng nối, tắc ruột.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức y sinh của

Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 42 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2, nối Billroth 1 kiểu INTACT tại bệnh viện đại học y Hà Nội

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm trong mổ

Tuổi	63.57 ± 8.8 tuổi	
Giới	Nam (50%), nữ (50%)	
BMI	20.8 ± 2.31	
GERD trước mổ	12BN (28.57%)	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn Ia: 7(16.7%)	Giai đoạn IIIa: 7(16.7%)
	Giai đoạn Ib: 12(28.6%)	Giai đoạn IIIb: 2(4.8%)
	Giai đoạn IIa: 7(16.7%)	Giai đoạn IIIc: 2(4.8%)
	Giai đoạn IIb: 4(9.5%)	Giai đoạn ypTONOMo: 1
Thời gian mổ	152.89 ± 24.29 phút	
Thời gian làm miệng nối	9.79 ± 2.57 phút	
Số stapler dùng trong mổ	5.05 ± 0.23 cái	
Số stapler dùng làm miệng nối	1.42 ± 0.5 cái	
Khoảng cách diện cắt trên	5.02 ± 1.36 cm	
Khoảng cách diện cắt dưới	2.53 ± 1.1 cm	
Sinh tiết tức thì diện cắt	100% âm tính	
Kích thước khối u	KT 1-3cm: 69%, <1cm: 11.9%, 3-5cm: 11.9%, >5cm: 7.1%	

Bảng 2. Đặc điểm sau mổ

Đặc điểm sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Thời gian trung tiện trung bình	44.71±9.8 giờ	Max: 72 giờ, min: 24 giờ
Thời gian rút dẫn lưu trung bình	4±1.45 ngày	Max: 10 ngày, min: 2 ngày
Thời gian nằm viện trung bình	8.33±2.9 ngày	Max: 23, min: 6
Chảy máu ổ bụng	1	2.4%
Chảy máu miệng nối	0	0
Rò miệng nối	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Rò tụy	2	4.8%
Rò bạch huyết	2	4.8%
Hội chứng DGE (chậm làm rỗng dạ dày)	0	0
Apex tồn dư	0	0
Trào ngược dịch mật	3	7.14%

Tử vong	0	0
Tỷ lệ biến chứng theo Clavein Dindo	Độ I: 5	11.9%
	Độ II: 0	0
	Độ III: 0	0
	Độ IV: 0	0

Bảng 3: Đặc điểm chất lượng cuộc sống sau mổ

Chất lượng cuộc sống EORTC QLQ-C30	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng
SKtổng quát	44.45 ± 7.2	50.79 ± 4.8
Thể chất	96.98 ± 7.81	57.7 ± 7.3
Cảm xúc	48.81 ± 9.48	97.22 ± 5.09
Đau	37.69 ± 15.6	2.7 ± 8.1
Mất ngủ	26.18 ± 23.8	5.5 ± 17.9
GERD sau mổ >8 tháng	5/ 30 BN 2/5 BN có Gerd trước mổ	16.6%
Tăng cân sau mổ >8 tháng	1.7 ± 1.489 kg	

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 42 bệnh nhân thực hiện tái lập lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth 1 kiểu INTACT tuổi trung bình là 63.57 ± 8.8 tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ ngang bằng nữ giới, chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 20.08 ± 2.31 kết quả tương tự các tác giả Park (2017)², Huang (2014)⁶, theo tác giả Huang(2014)⁶ miệng nối Billroth 1 trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày ưu điểm vượt trội trong bệnh nhân béo phì, theo tác giả Huang chỉ số BMI là yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng rò miệng nối⁶. Giai đoạn bệnh sau mổ chúng tôi thấy giai đoạn Ib chiếm tỷ lệ cao nhất 28,6%, trong nghiên cứu của tác giả Huang⁶ cũng ghi nhận tỷ lệ ung thư dạ dày giai đoạn sớm là 57,1%, có thể thấy ung thư dạ dày ngày càng được phát hiện sớm.

Thời gian mổ của chúng tôi là 152.89 ± 24.29 phút tương đương tác giả Huang (2014)⁶ 150.8 ± 21.6 phút, nhưng ít hơn so với tác giả Park Chan Gyun² 206.5 ± 25.4 phút, thời gian làm miệng nối của chúng tôi là 9.79± 2.57 phút thấp hơn tác giả Park Chan Gyun 20.9 ± 6.7 phút và tác giả Huang (2014)⁶ 13.9 ± 2 phút (miệng nối TDA), miệng nối DA của tác giả là 23,9 ± 5,6 phút, của chúng tôi làm miệng nối INTACT là một dạng cải biên của miệng nối DA trong khi miệng nối DA bảo tồn phần tá tràng giữa đường ghim cắt và đường ghim nối thì miệng nối kiểu INTACT không bảo tồn phần này, mà được lấy bó phần này khi tiến hành đóng lỗ mở ở dạ dày và tá tràng, điều này tránh được nguy cơ thiếu máu của phần tá tràng giữa đường

ghim cắt và đường ghim nối nên hạn chế biến chứng rò miệng nối, chảy máu miệng nối và nhất là không phải xoay tá tràng khi đóng mổ tá như miệng nối DA nên hạn chế biến chứng xoắn miệng nối⁴. Việc thực hiện miệng nối INTACT có đặc điểm là đơn giản hơn so với DA, ít nguy cơ căng miệng nối do đường ghim nối nằm sát đường ghim cắt, số Stapler trung bình dùng trong mổ của chúng tôi là 5.05 ± 0.23 stapler cao hơn của tác giả Park Chan Gyun ($4,78 \pm 0,66$) điều này là do tác giả đóng lỗ mở ở dạ dày và tá tràng bằng chỉ khâu trong khi chúng tôi sử dụng stapler, tuy nhiên chính vì dùng stapler đóng lỗ mở ở dạ dày tá tràng nên thời gian thực hiện miệng nối của chúng tôi ngắn hơn. Biên độ cắt bỏ, với diện cắt trên trung bình là 5.02 ± 1.36 cm, diện cắt dưới là 2.53 ± 1.1 cm, theo khuyến cáo của JGCA 2021⁷: biên độ cắt bỏ gần ít nhất là 3 cm được khuyến nghị cho các khối u T2 hoặc sâu hơn có kiểu phát triển mở rộng (loại 1 và 2) và 5 cm cho các khối u có kiểu phát triển xâm lấn (loại 3 và 4). Khi không thể đáp ứng các quy tắc này, nên kiểm tra toàn bộ độ dày của biên độ cắt bỏ gần bằng sinh thiết lạnh, chúng tôi sinh thiết tức thì diện cắt tất cả các trường hợp, thực hành theo khuyến cáo của JGCA giúp không cần cắt bỏ quá nhiều dạ dày góp phần mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân mà vẫn đảm bảo về mặt ung thư.

Theo Koki Nakanishi (2020)⁸ sau khi so sánh 1014 bệnh nhân ($n = 507$ trong mỗi nhóm B1 và Roux en Y) thấy thời gian mổ ở nhóm RY (283 ± 72 phút) cao hơn nhóm B1 (246 ± 65 phút, $P < 0,0001$) thời gian mổ của chúng tôi ngắn hơn với chỉ 152.89 ± 24.29 phút, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở nhóm RY cao hơn đáng kể so với nhóm B1 (29% so với 17%, $P < 0,0001$). Tỷ lệ áp xe trong ổ bụng (4,3% so với 1,8%, $P = 0,0177$), tắc ruột (2,6% so với 0,6%, $P = 0,0203$) và làm rộng dạ dày chậm (5,3% so với 1,0%, $P < 0,0001$) ở nhóm RY tương ứng cao hơn đáng kể so với nhóm B1; không có sự khác biệt đáng kể về rò rỉ (3,4% so với 4,1%, $P = 0,5084$). Tỷ lệ biến chứng nặng sau phẫu thuật độ III ở nhóm RY cao hơn đáng kể so với nhóm B1 (13% so với 7,1%, $P = 0,0013$). Phân tích đa biến cho thấy tái thiết RY là yếu tố nguy cơ độc lập mạnh đối với các biến chứng sau phẫu thuật tổng thể (tỷ suất chênh 1,58, $P = 0,0044$) và biến chứng nghiêm trọng sau phẫu thuật cấp độ $\geq$ III (tỷ suất chênh 1,75, $P = 0,0127$). Kết quả của chúng tôi tỷ lệ rò miệng nối 0%, chảy máu miệng nối 0%, xoắn miệng nối 0%, trào ngược dịch mật là 7.14%, rò tụy sau mổ 4.8% tuy nhiên đây chỉ là rò sinh hóa (xét nghiệm dịch

dẫn lưu ngày thứ 3 sau mổ), không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng, hep miệng nối 0%, rò bạch huyết 2 bệnh nhân (4.8%), chàm làm rộng da dày (DGE) 0%, chúng tôi ghi nhận 01 bệnh nhân có chảy máu ổ bụng sau mổ ngày thứ 1 số lượng 200ml qua dẫn lưu, nhưng bệnh nhân ổn định ngày thứ 2 không phải can thiệp lại, có 3 bệnh nhân có trào ngược dịch mật khi xét nghiệm dịch sonde da dày ngày thứ 3 sau mổ sau khi bệnh nhân có nhu động ruột, theo hồi tiêu hóa Hoa Kỳ xét nghiệm Bilirubin trong dịch da dày có giá trị chẩn đoán trào ngược dịch mật khi nồng độ Bilirubin $>88,4 \mu\text{mol/l}$ ⁹. Thời gian nằm viện sau mổ của chúng tôi là 8.33 ± 2.9 ngày, tác giả Yoshitomo Yanagimoto¹⁰: thời gian nằm viện sau mổ trung bình ở nhóm Delta-shape là 10 ngày, nhóm Intact là 7 ngày ($p < 0.05$), các tác giả đều nhận thấy mổ nội soi giúp giảm thời gian nằm viện sau mổ, nhóm bệnh nhân thực hiện miệng nối Intact cũng có thời gian nằm viện ngắn hơn. Chúng tôi có 12 bệnh nhân (28,5%) trào ngược da dày thực quản trước mổ, nhưng sau mổ chỉ có 5/30 bệnh nhân (sau mổ >8 tháng) chiếm 16.6% trào ngược da dày thực quản, trong số 5 bệnh nhân chỉ có 3 bệnh nhân không có trào ngược da dày thực quản trước mổ. Đánh giá chất lượng cuộc sống chúng tôi sử dụng thang điểm EORTC QLQ-C30 đánh giá thời điểm trước mổ và sau mổ 1 tháng thấy có sự khác biệt rõ rệt về chỉ số cảm xúc: trước mổ là 48.81 ± 9.48 , sau mổ là 97.22 ± 5.09 điều này có thể giải thích do tình trạng lo lắng, bi quan trước mổ nhiều tuy nhiên sau mổ đã loại bỏ khối u bệnh nhân cảm thấy yên tâm hơn, vui hơn, điểm số thể chất trước mổ và sau mổ có nhiều khác biệt: 96.98 ± 7.81 ; 57.7 ± 7.3 , điều này có thể sau mổ bệnh nhân ăn uống kém, lại cắt 1 phần dạ dày nên thể chất chưa thể hồi phục so trước mổ, tác giả Yang Kun¹¹ (2023) nghiên cứu 70 bệnh nhân làm miệng nối Billroth 1 sau cắt bán phần dưới dạ dày cũng ghi nhận điểm chức năng cảm xúc trước mổ là 83.9 ± 20 sau mổ 3 tháng là 96.2 ± 8.7 tăng lên sau mổ, điểm số sức khỏe tổng quát trước mổ là 66.3 ± 27.3 sau mổ 3 tháng là 73.4 ± 21.5 tăng lên tương tự kết quả của chúng tôi. Biến chứng sau mổ theo Clavendindo mức độ I: 1(11.9 %), độ II, III, IV là 0%, tuy nhiên số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi ít, thời gian theo dõi còn ngắn nên cần theo dõi thêm.

V. KẾT LUẬN

Tái lập lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth 1 kiểu INTACT sau phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo

vết hạch D2 là một phẫu thuật an toàn, tỷ lệ biến chứng sau mổ rất thấp và đều là các biến chứng nhẹ, thời gian thực hiện miệng nối nhanh, đơn giản về kỹ thuật, tuy nhiên do số lượng bệnh nhân nghiên cứu nhỏ, thời gian theo dõi chưa nhiều cần theo dõi thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. Park CG, Yang YS, Lee JM. T-shaped Modified Delta Anastomosis as a Simple Intracorporeal Gastroduodenostomy. J Minim Invasive Surg. 2018;21(2):57-64. doi:10.7602/jmis.2018.21.2.57
3. Kanaya S, Gomi T, Momoi H, et al. Delta-shaped anastomosis in totally laparoscopic Billroth I gastrectomy: new technique of intraabdominal gastroduodenostomy. Journal of the American College of Surgeons. Aug 2002;195(2):284-7. doi:10.1016/s1072-7515(02)01239-5
4. Omori T, Masuzawa T, Akamatsu H, Nishida T. A simple and safe method for Billroth I reconstruction in single-incision laparoscopic gastrectomy using a novel intracorporeal triangular anastomotic technique. Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract. Mar 2014;18(3):613-6. doi:10.1007/s11605-013-2419-7
5. Tokuhara T, Nakata E, Higashino M. Intracorporeal linear-stapled gastroduodenostomy in totally laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: Consideration of the intraoperative management of the duodenal wall between the transecting staple line and anastomotic staple line (Review). Oncology letters. Aug 2023;26(2):354. doi:10.3892/ol.2023.13940
6. Huang CM, Lin M, Lin JX, et al. Comparison of modified and conventional delta-shaped gastroduodenostomy in totally laparoscopic surgery. World journal of gastroenterology. Aug 14 2014;20(30): 10478-85. doi:10.3748/wjg.v20.i30.10478
7. Japanese Gastric Cancer A. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). Gastric cancer: official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association. Jan 2023;26(1):1-25. doi:10.1007/s10120-022-01331-8
8. Nakanishi K, Kanda M, Ito S, et al. Propensity-score-matched analysis of a multi-institutional dataset to compare postoperative complications between Billroth I and Roux-en-Y reconstructions after distal gastrectomy. Gastric cancer: official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association. Jul 2020;23(4):734-745. doi:10.1007/s10120-020-01048-6
9. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. The American journal of gastroenterology. Jan 1 2022;117(1): 27-56. doi:10.14309/ajg.0000000000001538
10. Yanagimoto Y, Omori T. Comparison of the intracorporeal triangular and delta-shaped anastomotic techniques in totally laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: an analysis with propensity score matching. Jun 2020; 34(6): 2445-2453. doi:10.1007/s00464-019-07025-0

HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG HẠ THÂN NHIỆT CỦA PHƯƠNG PHÁP SƯỞI ẤM CHỦ ĐỘNG TRƯỚC PHẪU THUẬT LỚN VÙNG BỤNG

Phạm Huỳnh Ngân^{1,2}, Trần Lê Phương My², Thạch Thị Thuý²,
Trần Thị Bích Thuý², Phan Tôn Ngọc Vũ², Nguyễn Văn Chính¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh tỷ lệ và mức độ hạ thân nhiệt, thời gian và tốc độ phục hồi thân nhiệt ở người bệnh phẫu thuật lớn vùng bụng khi áp dụng phương pháp sưởi ấm chủ động bằng máy thổi hơi ấm kết hợp chăn bông so với chỉ cách nhiệt thụ động bằng chăn bông tại phòng tiền phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không ngẫu nhiên có nhóm chứng được thực

hiện trên 60 người bệnh phẫu thuật vùng bụng kéo dài trên 120 phút tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2024 đến 5/2025. Người bệnh được chia thành hai nhóm: nhóm chứng (n = 30) sử dụng chăn bông thụ động và nhóm can thiệp (n = 30) được sưởi ấm bằng máy thổi hơi ấm kết hợp chăn bông từ 10 – 30 phút tại phòng tiền phẫu. Thân nhiệt được đo bằng nhiệt kế hồng ngoại đo nhĩ trong suốt phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ hạ thân nhiệt ở nhóm can thiệp là 30%, thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng là 63,3% (p < 0,01). Các trường hợp hạ thân nhiệt đều ở mức độ nhẹ, không ghi nhận trường hợp nào ở mức độ trung bình hoặc nặng. Thân nhiệt trung bình tại mọi thời điểm từ sau khởi mê đến cuối cuộc mổ ở nhóm can thiệp đều cao hơn nhóm chứng (p < 0,01). Ngoài ra nhóm can thiệp còn cho thấy tốc độ và thời gian phục hồi thân nhiệt nhanh hơn, tỷ lệ run sau mổ thấp hơn (0% so với 25%). **Kết luận:** Sưởi ấm

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huỳnh Ngân

Email: ngan.ph@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 22.7.2025