

sự phục hồi chức năng xuất sắc, thể hiện qua điểm UCLA và ASES cải thiện đáng kể, cùng với tỷ lệ liền gân cấu trúc cao theo phân loại Sugaya. Các phát hiện này góp phần vào nguồn các bài báo khoa học trong lĩnh vực điều trị rách chóp xoay, đặc biệt tại Việt Nam, bằng cách xác nhận tính hiệu quả của một kỹ thuật phẫu thuật tiên tiến với các kết quả lâm sàng và hình ảnh học đáng tin cậy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maffulli N, Longo UG, Loppini M. Surgical management of rotator cuff tears. Br Med Bull. 2012;102(1):173-196.
2. Charousset C, Grimberg J, Boughebre D. Single-row versus double-row arthroscopic rotator cuff repair: a prospective, randomized, clinical, and imaging study. Arthroscopy. 2010;26(1):1-8.
3. Millett PJ, Warth RJ. Arthroscopic rotator cuff repair: sutureless versus suture-based techniques. Curr Rev Musculoskelet Med. 2015;8(2):117-124.
4. Kirkley A, Griffin S, Dainty K. Scoring systems for the functional assessment of the shoulder. Arthroscopy. 2004;19(10):1109-1120.
5. Sugaya H, Maeda K, Matsuki K, Moriishi J. Repair integrity and functional outcome after arthroscopic double-row rotator cuff repair: a prospective outcome study. J Bone Joint Surg Am. 2007;89(5):953-960.
6. Abdelshahed M, Mahure SA, Kaplan DJ, et al. Arthroscopic rotator cuff repair: double-row transosseous equivalent suture bridge technique. Arthrosc Tech. 2016;5(6):e1297-e1304.
7. Zwolak P, Meyer P, Molnar L, Kröber M. The functional outcome of arthroscopic rotator cuff repair with double-row knotless vs knot-tying anchors. Arch Orthop Trauma Surg. 2020. doi:10.1007/s00402-020-03535-0.
8. Galatz LM, Ball CM, Teefey SA, Middleton WD, Yamaguchi K. The outcome and repair integrity of completely arthroscopically repaired large and massive rotator cuff tears. J Bone Joint Surg Am. 2004;86(2):219-224.
9. Denard PJ, Jiwani AZ, Lädermann A, Burkhart SS. Long-term outcome of arthroscopic massive rotator cuff repair: the importance of double-row fixation. Arthroscopy. 2012;28(7): 909-915.
10. Millett PJ, Warth RJ, Dornan GJ, Lee JT, Spiegl UJ. Clinical and structural outcomes after arthroscopic single-row versus double-row rotator cuff repair: a systematic review and meta-analysis of level I randomized clinical trials. J Shoulder Elbow Surg. 2014;23(4):586-597.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LẬP LẠI LƯU THÔNG TIÊU HÓA THEO PHƯƠNG PHÁP FINSTERER SAU CẮT DẠ DÀY BÁN PHẦN CỰC DƯỚI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Xuân Hòa¹, Nguyễn Đức An²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Finsterer sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới do ung thư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu đánh giá kết quả phẫu thuật 44 bệnh nhân cắt dạ dày cực dưới do ung thư từ 3/2014 đến 8/2018 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Ghi nhận thời gian mổ trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $155,7 \pm 25,9$ (90 – 200) phút. Số lượng hạch nạo vét được là $19,1 \pm 4,8$ (13 – 37) hạch. Biến chứng trong và sau mổ chưa ghi nhận vấn đề gì đặc biệt. Tỷ lệ trào ngược miệng nổi có biểu hiện lâm sàng là 45,7%. Qua nội soi dạ dày xác định được tỷ lệ viêm miệng nổi là 71,4% và trào ngược dịch mật là 60%. Ghi nhận hội chứng Dumping sớm xảy ra ở 20% bệnh nhân, không ghi nhận trường hợp nào xảy ra hội chứng Dumping muộn. Nồng độ Bilirubin và nồng độ Amylase trong dịch dạ dày ghi nhận vào ngày thứ 1 sau mổ lần lượt là 26,25mmol/l và 97,6 mmol/l, vào thời điểm sau khi có trung tiện lần lượt là 23510 mmol/l và 20016 mmol/l. **Kết luận:** Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Finsterer sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới do ung thư là khả thi và an toàn, với thời gian phẫu thuật hợp lý. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ viêm miệng nổi và trào ngược dịch mật sau phẫu thuật, cũng như sự xuất hiện của hội chứng Dumping sớm. Cần cân nhắc khi áp dụng phương pháp Finsterer trên lâm sàng, đặc biệt trong việc quản lý và dự phòng các biến chứng sau mổ. **Từ khóa:** cắt dạ dày bán phần cực dưới, miệng nổi Finsterer, ung thư dạ dày

SUMMARY

OUTCOMES OF DIGESTIVE TRACT RECONSTRUCTION USING THE FINSTERER METHOD FOLLOW DISTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER

Objectives: This study aimed to evaluate the outcomes of digestive tract reconstruction using the Finsterer method after distal gastrectomy for gastric cancer. **Subject and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted to evaluate the

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hoà

Email: drhoanguyenxuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

surgical outcomes of 44 patients who underwent distal gastrectomy for gastric cancer from March 2014 to August 2018 at Viet Duc University Hospital. **Results:** The average operative time was 155.7 ± 25.9 (90 – 200) minutes. The average number of lymph nodes resected was 19.1 ± 4.8 (13 – 37). No significant intraoperative or postoperative complications were noted. The rate of clinical reflux was 45.7%. Gastrosocopy confirmed a 71.4% incidence of anastomotic inflammation and a 60% incidence of bile reflux. Early Dumping syndrome was observed in 20% of patients and no cases of late Dumping syndrome reported. The levels of Bilirubin and Amylase in gastric fluid on the first postoperative day were 26.25 mmol/l and 97.6 mmol/l, respectively. After bowel movements were restored, these levels were 23510 mmol/l and 20016 mmol/l, respectively. **Conclusion:** Digestive tract reconstruction using the Finsterer method after distal gastrectomy for gastric cancer is feasible and safe, with a reasonable operative time. However, the study also revealed a significant incidence of anastomotic inflammation and bile reflux postoperative, as well as the occurrence of early Dumping syndrome. Consideration should be given to the clinical application of the Finsterer method in the management of postoperative complications.

Keywords: gastrectomy, Finsterer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới là phương pháp điều trị triệt căn quan trọng với ung thư dạ dày giai đoạn sớm và tiến triển tại chỗ¹. Sau khi thực hiện phẫu thuật, việc lập lại lưu thông tiêu hóa là cần thiết để phục hồi chức năng tiêu hóa và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Hiện nay, có nhiều phương pháp khác nhau được áp dụng để lập lại lưu thông tiêu hóa, bao gồm các kỹ thuật như Billroth I, Billroth II, Roux-en-Y.

Phương pháp Billroth I và Billroth II là những kỹ thuật kinh điển, được sử dụng rộng rãi trong nhiều thập kỷ. Billroth I lập lại lưu thông bằng cách nối trực tiếp dạ dày với tá tràng, trong khi Billroth II nối dạ dày với hỗng tràng. Mặc dù hai phương pháp này tương đối đơn giản và được áp dụng rộng rãi, nhưng chúng có nhược điểm là có thể gây ra các biến chứng như hội chứng dumping, trào ngược mật, nguy cơ về diện cắt không đảm bảo và nguy cơ loét miệng nổi².

Phương pháp Roux-en-Y là một cải tiến với việc tạo một quai ruột hình chữ Y giúp giảm thiểu các biến chứng liên quan đến trào ngược và đảm bảo sự lưu thông tiêu hóa tự nhiên hơn. Tuy nhiên, phương pháp này cũng có nhược điểm như thời gian phẫu thuật kéo dài và nguy cơ tắc quai ruột².

Phương pháp Finsterer, là một cải tiến với việc thu hẹp lại mồm dạ dày so với phương pháp Billroth II truyền thống, đã được chứng minh có

hiệu quả cao trong việc giảm thiểu các biến chứng sau phẫu thuật, đặc biệt là hội chứng dumping và trào ngược, cũng như giảm thiểu thời gian phẫu thuật. Tuy nhiên, Finsterer có thể gây ra các biến chứng liên quan đến trào ngược dịch mật, viêm miệng nổi³.

Với các ưu điểm của phương pháp Finsterer được nhiều nghiên cứu ghi nhận, việc sử dụng miệng nổi này ngày càng rộng rãi. Vì vậy, cần có thêm nhiều nghiên cứu để đánh giá toàn diện về hiệu quả cũng như những hạn chế của phương pháp này. Mục tiêu của chúng tôi trong nghiên cứu này là cung cấp thêm dữ liệu và kiến thức thực tiễn với các nhược điểm có thể gặp phải, từ đó có thể cải thiện chất lượng điều trị và tối ưu hóa kết quả của miệng nổi Finsterer.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu đánh giá kết quả phẫu thuật 44 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày 1/3 dưới, được phẫu thuật triệt căn bằng phẫu thuật cắt dạ dày cực dưới do ung thư từ 3/2014 đến 7/2018 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Phẫu thuật được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa theo một quy trình phẫu thuật thống nhất và lập lại lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Finsterer.

Bệnh nhân được hẹn khám lại sau mổ, đánh giá miệng nổi dạ dày bằng khám lâm sàng và nội soi dạ dày. Thời điểm kết thúc nghiên cứu vào tháng 8/2018.

2.2. Quy trình phẫu thuật

Bước 1: Thăm dò ổ bụng: Mở bụng đường trắng giữa trên rốn kéo dài xuống dưới rốn (mổ mở) hoặc đặt 5 trocar trên thành bụng (mổ nội soi). Thăm dò ổ bụng, xác định vị trí u ở vùng hang môn vị (còn chỉ định cắt dạ dày bán phần), chưa có di căn xa, xâm lấn tạng (còn khả năng phẫu thuật triệt căn).

Bước 2: Tách mạc nối lớn khỏi đại tràng ngang đi từ phải sang trái tới sát cực dưới lách. Bộc lộ và thắt tận gốc bó mạch vị mạc nối phải, vị mạc nối trái, vị phải, nạo vét các nhóm hạch tương ứng: 4sb, 4d, 5, 6. Đóng móm tá tràng. Cắt dạ dày (giới hạn trên cách u > 6 cm).

Bước 4: Lập lại lưu thông tiêu hóa bằng phương pháp (Finsterer): đóng một phần móm dạ dày, nối móm dạ dày với quai hỗng tràng đầu tiên kiểu bên-bên qua mạc treo hoặc đi trước đại tràng ngang (quai đến đặt về phía bờ cong nhỏ).

Đặt ống thông dạ dày vào giữa móm dạ dày để lấy dịch dạ dày xét nghiệm sau mổ.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu và được nhập, xử lý trên phần mềm SPSS 20.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đều được thông báo về tình trạng, ưu, nhược điểm của các phương pháp phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có quyền từ chối, rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không bị phân biệt đối xử (tiếp tục được chăm sóc và điều trị).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 44 bệnh nhân (70,5% nam và 29,5% nữ) với độ tuổi trung bình là $55,2 \pm 9,6$ (từ 35 đến 72 tuổi); Thời gian mổ trung bình là $155,7 \pm 25,9$ (từ 90 đến 200) phút. Số hạch nạo vét được là $19,1 \pm 4,8$ (từ 13 – 37 hạch). Không ghi nhận tai biến trong và sau mổ.

Thời gian theo dõi sau mổ ngắn nhất là 2 tháng, dài nhất là 52 tháng, thời gian theo dõi trung bình sau mổ $22,7 \pm 11,2$ tháng. Số bệnh nhân có triệu chứng trào ngược trên lâm sàng là 16 (45,7%). Qua nội soi dạ dày xác định được tỷ lệ viêm miệng nối là 71,4% và trào ngược dịch mật là 60%. Ghi nhận hội chứng Dumping sớm xảy ra ở 20% bệnh nhân, không ghi nhận trường hợp nào xảy ra hội chứng Dumping muộn (bảng 1). Nồng độ Bilirulin và nồng độ Amylase trong dịch dạ dày ghi nhận vào ngày thứ 1 sau mổ lần lượt là 26,25mmol/l và 97,6 mmol/l, vào thời điểm sau khi có trung tiện lần lượt là 23510 mmol/l và 20016 mmol/l (bảng 2).

Bảng 1: Các đặc điểm của nhóm bệnh nhân được thực hiện miệng nối Finsterer

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
<40	4	9,09
40-59	26	59,1
60-69	11	25,0
≥70	3	6,82
Giới tính		
Nam	31	70,5
Nữ	13	29,5
Cách thức mổ		
Mổ mở	34	77,3
Mổ nội soi	10	22,7
Triệu chứng trào ngược trên lâm sàng		
Có	16	45,7
Không	19	54,3
Viêm miệng nối qua nội soi		
Có	25	71,4
Không	10	28,6
Trào ngược dịch mật qua nội soi		
Có	21	60
Không	14	40
Hội chứng Dumping sớm		
Có	7	20
Không	28	80

Hội chứng Dumping muộn		
Có	0	0
Không	35	100

Bảng 2: Kết quả sớm sau mổ của nhóm bệnh nhân được thực hiện miệng nối Finsterer

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian trung tiện (ngày)	$3,6 \pm 0,6$
Thời gian lưu ống thông dạ dày (ngày)	$4,9 \pm 0,7$
Thời gian ăn đường miệng (ngày)	$5,7 \pm 0,8$
Bục vết mổ thành bụng (%)	1 (2,3%)
Nhiễm trùng vết mổ (%)	2 (4,5%)
Áp xe tồn dư sau mổ	0
Nồng độ Bilirulin trong dịch dạ dày	
Ngày thứ nhất sau mổ (mmol/l)	26,3 (0,3-763)
Sau khi có trung tiện (mmol/l)	23510 (0-377200)
Nồng độ Amylase trong dịch dạ dày	
Ngày thứ nhất sau mổ (mmol/l)	97,6 (0,3-936)
Sau khi có trung tiện (mmol/l)	20016 (0-152300)

IV. BÀN LUẬN

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới, đặc biệt ở các quốc gia châu Á⁴. Dù tỷ lệ mắc bệnh đã giảm ở nhiều nước phát triển, ung thư dạ dày vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở nhiều quốc gia. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu cho ung thư dạ dày khi bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn sớm và tiến triển tại chỗ. Tuy nhiên, sau phẫu thuật cắt dạ dày, việc lựa chọn phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa là một thách thức do mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng, phù hợp với từng đối tượng khác nhau.

Với phương pháp Finsterer, một trong những ưu điểm nổi bật của là thời gian thực hiện miệng nối nhanh do chỉ cần thực hiện một miệng nối so với phương pháp Roux-en-Y, cũng như miệng nối dễ thực hiện hơn phương pháp Bilioth I. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là $155,7 \pm 25,9$ phút, thấp hơn so với nhiều nghiên cứu khác sử dụng các kỹ thuật nối khác như Roux-en-Y. Điều này không chỉ giúp giảm thiểu thời gian gây mê mà còn giảm nguy cơ biến chứng phẫu thuật liên quan đến thời gian phẫu thuật kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có biến chứng nào xảy ra trong quá trình phẫu thuật, cho thấy mức độ an toàn cao của phương pháp này.

Tuy nhiên, tỷ lệ trào ngược trên lâm sàng trong nghiên cứu này là 45,7%, cao hơn so với một số nghiên cứu khác. Ví dụ, với miệng nối sử

dụng phương pháp Roux-en-Y, nghiên cứu của Petrucciani và cs (2024) ghi nhận tỷ lệ trào ngược sau mổ là 31.7%, nghiên cứu của Park YS và cs (2018) ghi nhận tỷ lệ trào ngược 25.6%⁵. Điều này có thể do cơ chế tạo miệng nối của phương pháp Finsterer không hiệu quả trong việc ngăn chặn dòng trào ngược từ ruột non lên dạ dày.

Viêm miệng nối và trào ngược dịch mật cũng là những vấn đề đáng chú ý trong nghiên cứu này, với tỷ lệ viêm miệng nối là 71,4% và trào ngược dịch mật là 60%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu sử dụng phương pháp Roux-en-Y đã được thực hiện⁶. Park YJ ghi nhận tỷ lệ trào ngược dịch mật 23.7%⁷. Một lý do có thể là do sự tiếp xúc của dịch tiêu hóa từ quai đi, bao gồm dịch mật trong trong phương pháp Finsterer, làm tăng nguy cơ viêm miệng nối và trào ngược dịch mật. Thật vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ Bilirubin và Amylase trong dịch dạ dày tăng đáng kể sau khi có trung tiện, cho thấy sự hiện diện của trào ngược dịch mật và men tiêu hóa từ ruột non vào dạ dày. Điều này cũng có thể liên quan đến cơ chế miệng nối của phương pháp Finsterer, nơi mà dòng chảy từ quai đến chứa dịch tụy và dịch mật có thể dễ dàng di chuyển ngược lên dạ dày.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Finsterer sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới do ung thư là khả thi và an toàn, với thời gian phẫu thuật hợp lý. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ viêm miệng nối và trào ngược dịch mật sau phẫu thuật, cũng như sự xuất hiện của hội chứng

Dumping sớm. Cần cân nhắc khi áp dụng phương pháp Finsterer trên lâm sàng, đặc biệt trong việc quản lý và dự phòng các biến chứng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Japanese Gastric Cancer Association.** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). Gastric Cancer. 2021;24(1):1-21. doi:10.1007/s10120-020-01042-y
2. **He L, Zhao Y.** Is Roux-en-Y or Billroth-II reconstruction the preferred choice for gastric cancer patients undergoing distal gastrectomy when Billroth I reconstruction is not applicable? A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2019;98(48):e17093. doi:10.1097/MD.00000000000017093
3. **Ha PH, Hoa NX.** Comparison of Surgical Outcomes for Finsterer and the Roux-en-Y Reconstruction after Distal Gastrectomy for Gastric Carcinoma. Gastroenterol Res Pract. 2021;2021:5562776. doi:10.1155/2021/5562776
4. **Bray F, Laversanne M, Sung H, 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. doi:10.3322/caac.21834
5. **Park YS, Shin DJ, Son SY, et al.** Roux Stasis Syndrome and Gastric Food Stasis After Laparoscopic Distal Gastrectomy with Uncut Roux-en-Y Reconstruction in Gastric Cancer Patients: A Propensity Score Matching Analysis. World J Surg. 2018;42(12):1. doi:10.1007/s00268-018-4715-6
6. **Zhu G, Zhou S, Shen X, Qu J.** Long-Term outcomes of uncut roux-en-Y anastomosis in laparoscopic distal gastrectomy: A retrospective analysis. Front Surg. 2023;10. doi:10.3389/fsurg.2023.1090626
7. **Park JY, Kim YJ.** Uncut Roux-en-Y Reconstruction after Laparoscopic Distal Gastrectomy Can Be a Favorable Method in Terms of Gastritis, Bile Reflux, and Gastric Residue. J Gastric Cancer. 2014;14(4):229-237. doi:10.5230/jgc.2014.14.4.229

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI HƯNG YÊN

Trương Quốc Huy^{1,3}, Nguyễn Quảng Bắc^{2,3,4}, Đặng Thị Hồng Thiện², Nguyễn Văn Thắng², Nguyễn Thái Giang³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 139 bệnh nhân chẩn đoán u buồng trứng và được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên từ 01/2022 đến 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 40,3 ± 14,8 tuổi, chủ yếu thuộc nhóm 30–49 tuổi (64,03%). Bóc u được thực hiện nhiều nhất (69,78%), tiếp theo là cắt phần phụ (15,11%) và cắt u buồng trứng (11,51%). Lựa chọn phương pháp phẫu thuật có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kích thước khối u và số con (p < 0,05). Thời gian nằm viện chủ yếu 5–7 ngày