

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẠ DÀY DO UNG THƯ THEO CHƯƠNG TRÌNH ERAS

Nguyễn Trường TrúC Lâm¹, Võ Công Khanh¹, Lý Phạm Quốc Hậu¹, Nguyễn Ngọc Huân¹, Nguyễn Khắc Huy¹, Trần Hiếu Trung¹, Lê Văn Trung¹, Bùi Thị Huỳnh Như¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày (PTNS cắt dạ dày) điều trị ung thư kết hợp chương trình hồi phục tăng cường sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS) có thể giúp giảm đau, rút ngắn thời gian hồi phục và nằm viện. Tuy nhiên, mức độ triển khai ERAS cho phẫu thuật cắt dạ dày tại Việt Nam còn hạn chế và cần dữ liệu thực hành tại cơ sở tuyến cuối.

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm phẫu thuật PTNS cắt dạ dày nạo hạch D2 theo ERAS; (2) Đánh giá kết quả hậu phẫu sớm (hồi phục tiêu hoá, đau, thời gian nằm viện, biến chứng 30 ngày) và mối liên quan giữa mức tuân thủ ERAS với các kết cục.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả có phân tích, hồi cứu 54 bệnh nhân ung thư dạ dày được PTNS cắt dạ dày triệt căn kèm nạo hạch D2 tại Bệnh viện Chợ Rẫy và cơ sở vệ tinh giai đoạn 01/2024–12/2025. Tuân thủ ERAS được lượng hoá bằng thang điểm ERAS_adj_25 (0–25) dựa trên 25 thành phần của ERAS. Phân nhóm tuân thủ: thấp (<16), trung bình (16–18), cao (≥19). Kết cục chính: thời gian trung tiện, thời điểm ăn lỏng, thời gian nằm viện sau mổ (LOS). Kết cục phụ: điểm đau VAS 6h/24h/48h, liều opioid 48 giờ, biến chứng trong viện và 30 ngày, tái nhập viện và tử vong 30 ngày.

Kết quả: Tuổi trung bình 62,3±11,3; nam 64,8%; ASA I–II 94,5%. Vị trí u: hang vị 34 ca (63,0%), góc bờ cong nhỏ 6 ca (11,1%), thân vị 10 ca (18,5%), tâm vị 4 ca (7,4%). Bệnh giai đoạn tiến xa chiếm ưu thế (T3–T4: 92,6%; giai đoạn III: 66,7%). Cắt dạ dày bán phần xa 74,1%, cắt toàn bộ dạ dày 24,1%; cắt bán phần trên 1,9%. Không đặt dẫn lưu ổ bụng ở 21/54 trường hợp (38,9%). Trung tiện 2,44±0,57 ngày; ăn lỏng 2,54±0,50 ngày; LOS 5,15±1,20 ngày. VAS 6 giờ 2,72±0,45; 24 giờ 2,69±0,47; 48 giờ 1,89±0,39; tổng liều opioid 48 giờ thấp. LOS ở nhóm không đặt dẫn lưu ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có dẫn lưu (4,6±0,8 so với 5,5±1,2 ngày; p=0,003). Điểm ERAS_adj_25 tương quan nghịch với trung tiện (p=0,007), ăn lỏng (p=0,018) và LOS (p=0,005). Biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ nông vùng Pfannenstiel 12,9% (CDC: superficial incisional SSI; Clavien–Dindo I–II); không ghi nhận rò miệng nối, mổ lại, tử vong hay tái nhập viện trong 30 ngày.

Kết luận: PTNS cắt dạ dày nạo hạch D2 theo chương trình ERAS là khả thi và an toàn trong điều kiện thực hành tại Bệnh viện tuyến cuối và cơ sở vệ tinh, đạt hồi phục sớm thuận lợi, biến chứng nặng thấp. Mức tuân thủ ERAS cao liên quan hồi phục nhanh hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường TrúC Lâm
Email: bstruclam@outlook.com

Mã bài: N515

Ngày nhận bài: 11/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/1/2026

Ngày duyệt bài: 11/3/2026

Từ khoá: ung thư dạ dày; phẫu thuật nội soi cắt dạ dày; nạo hạch D2; ERAS; hồi phục sớm.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER UNDER AN ERAS PROGRAM

Background: Laparoscopic gastrectomy combined with Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathways may improve postoperative recovery in gastric cancer surgery; however, real-world data from Vietnam remain limited.

Objectives: To describe perioperative characteristics and evaluate early outcomes after laparoscopic D2 gastrectomy under an ERAS program, and to assess the association between ERAS compliance and recovery metrics.

Methods: A retrospective descriptive-analytical study of 54 consecutive gastric cancer patients undergoing curative laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy (01/2024–12/2025) at Cho Ray Hospital and a satellite center. ERAS adherence was quantified using a 25-item score (ERAS_adj_25, 0–25) and categorized as low (<16), intermediate (16–18), or high (≥19). Primary outcomes were time to first flatus, time to liquid diet, and postoperative length of stay (LOS). Secondary outcomes included pain scores (VAS at 6/24/48 hours), opioid use within 48 hours, and 30-day morbidity, readmission, and mortality.

Results: Mean age was 62.3±11.3 years; 64.8% were male; 94.5% were ASA I–II. Tumor location: antrum 34 (63.0%), lesser curvature angle 6 (11.1%), body 10 (18.5%), and cardia 4 (7.4%). Most patients had locally advanced disease (T3–T4: 92.6%; stage III: 66.7%). Distal gastrectomy accounted for 74.1% and total gastrectomy for 24.1%, proximal subtotal gastrectomy 1.9%. No routine abdominal drainage was applied in 38.9%. Mean time to flatus was 2.44±0.57 days, time to liquid diet 2.54±0.50 days, and LOS 5.15±1.20 days. Pain scores decreased over time (VAS 6h 2.72±0.45; 24h 2.69±0.47; 48h 1.89±0.39) with minimal opioid requirement. LOS was significantly shorter in the no-drain group (4.6±0.8 vs 5.5±1.2 days; p=0.003). Higher ERAS_adj_25 scores correlated with faster recovery and shorter LOS. Superficial Pfannenstiel wound infection occurred in 12.9% (CDC superficial incisional SSI; Clavien–Dindo I–II); no anastomotic leak, reoperation, 30-day mortality, or readmission was observed.

Conclusions: Laparoscopic D2 gastrectomy within an ERAS program is feasible and safe in tertiary and satellite settings, yielding favorable early recovery with low major morbidity. Higher ERAS compliance is associated with improved recovery.

Keywords: gastric cancer; laparoscopic gastrectomy; D2 lymphadenectomy; ERAS; early recovery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là bệnh lý ác tính thường gặp và vẫn đóng góp gánh nặng tử vong đáng kể. Điều trị triệt để hiện nay dựa trên phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo hạch hệ thống (thường là D2) kết hợp hoá trị/hoá-xạ trị tùy giai đoạn. Từ cuối thập niên 1990, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày đã phát triển mạnh, đặc biệt ở châu Á, và ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy PTNS không thua kém về kết cục ung thư học so với mổ mở trong một số nhóm bệnh nhân, đồng thời mang lại lợi ích ngắn hạn như giảm mất máu, giảm đau và phục hồi sớm.

Song song đó, ERAS là chiến lược chăm sóc chu phẫu đa mô thức nhằm giảm stress phẫu thuật, tối ưu hoá dinh dưỡng và dịch truyền, giảm opioid, tránh các can thiệp không cần thiết (như nhịn ăn kéo dài, đặt sonde/ dẫn lưu kéo dài), thúc đẩy ăn sớm và vận động sớm. Trong phẫu thuật tiêu hoá, ERAS đã được chứng minh giúp rút ngắn thời gian nằm viện và giảm biến chứng trong nhiều loại phẫu thuật. Đối với phẫu thuật cắt dạ dày, ERAS Society đã đưa ra khuyến cáo gồm 25 thành phần cốt lõi, nhưng việc ứng dụng cần được điều chỉnh phù hợp điều kiện từng cơ sở.

Tại Việt Nam, đa số bệnh nhân ung thư dạ dày đến viện ở giai đoạn tiến xa; phẫu thuật thường lớn, thời gian hồi phục kéo dài và chi phí điều trị cao. Triển khai PTNS triệt căn kèm ERAS một cách hệ thống có thể mang lại lợi ích thực tiễn, đặc biệt khi mở rộng ra cơ sở vệ tinh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp dữ liệu thực hành về mức tuân thủ ERAS và kết quả hậu phẫu sớm trong loạt bệnh nhân PTNS cắt dạ dày nạo hạch D2 tại Bệnh viện Chợ Rẫy và cơ sở vệ tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả có phân tích, hồi cứu.

Thời gian và địa điểm: từ 01/2024 đến 12/2025 tại Khoa Ngoại Tiêu hoá – Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Nam Sài Gòn (cơ sở vệ tinh).

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày có chỉ định phẫu thuật triệt căn; được PTNS cắt dạ dày kèm nạo hạch D2; được áp dụng chương trình ERAS với checklist 25 mục và có đủ dữ liệu theo dõi kết cục sớm.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) ung thư dạ dày có chỉ định cắt dạ dày triệt căn; (2) phẫu thuật nội soi hoàn toàn; (3) có hồ sơ đầy đủ các biến số nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) phẫu thuật cấp cứu; (2) chuyển mổ mở khẩn do biến cố; (3) bệnh nội khoa

mất bù cản trở áp dụng ERAS; (4) thiếu dữ liệu chính.

Nguồn số liệu được trích từ hồ sơ bệnh án (điện tử/giấy), phiếu gây mê – hồi sức và bảng kiểm ERAS 25 mục của đơn vị; dữ liệu được chuẩn hoá theo cùng quy trình tại Bệnh viện Chợ Rẫy và cơ sở vệ tinh.

Mô tả can thiệp ERAS và lượng hoá tuân thủ: Bộ ERAS gồm 25 thành phần (tư vấn – tối ưu trước mổ; nhịn ăn và nạp carbohydrate; dự phòng huyết khối; dự phòng buồn nôn; giảm đau đa mô thức; hạn chế dịch truyền; duy trì thân nhiệt; không đặt sonde/dẫn lưu thường quy hoặc rút sớm; cho ăn và vận động sớm; tiêu chí xuất viện...). Mỗi thành phần đạt được ghi 1 điểm, không đạt 0 điểm; tổng điểm ERAS_adj_25 từ 0–25. Phân nhóm: tuân thủ thấp (<16), trung bình (16–18), cao (≥19). Kỹ thuật phẫu thuật: phẫu thuật nội soi cắt dạ dày triệt căn (bán phần xa hoặc toàn phần) kèm nạo hạch D2 theo nguyên tắc ung thư học. Tái lập lưu thông tiêu hoá thực hiện nổi trong ổ bụng (intracorporeal). Bệnh phẩm được lấy ra ngoài qua đường rạch nhỏ ngang trên xương mu (Pfannenstiel). Dẫn lưu ổ bụng không đặt thường quy; đặt chọn lọc theo đánh giá trong mổ.

ERAS_adj_25 được nhóm hoá để dễ áp dụng gồm: trước mổ (tư vấn, tối ưu dinh dưỡng/nguỵ cơ, nhịn ăn ngắn và nạp carbohydrate, dự phòng huyết khối), trong mổ (phẫu thuật ít xâm lấn, duy trì thân nhiệt, hạn chế dịch, giảm đau đa mô thức và dự phòng buồn nôn/nôn), sau mổ (hạn chế ống sonde/ dẫn lưu, cho ăn sớm, vận động sớm, giảm opioid và theo dõi tiêu chí xuất viện).

Biến số và tiêu chí đánh giá: Biến mô tả gồm tuổi, giới, BMI, ASA, đặc điểm u (giai đoạn T/N/ stage), loại phẫu thuật, dẫn lưu, truyền máu. Kết cục chính: thời gian trung tiện; thời điểm bắt đầu ăn lỏng; thời gian nằm viện sau mổ (LOS). Kết cục phụ: điểm đau VAS (6h/24h/48h), liều opioid 48 giờ (morphine-equivalent), biến chứng trong viện và 30 ngày, tái nhập viện và tử vong 30 ngày.

Định nghĩa biến kết cục: trung tiện = thời điểm ghi nhận lần đầu có hơi qua hậu môn sau mổ; ăn lỏng = thời điểm bắt đầu dung nạp khẩu phần lỏng mà không nôn/đau bụng tăng; vận động sớm = bệnh nhân tự ngồi dậy/đi lại tại giường trong 24 giờ đầu; ngưng dịch truyền = thời điểm ngừng truyền dịch tĩnh mạch khi bệnh nhân dung nạp ăn uống và sinh hiệu ổn định. Theo dõi biến chứng 30 ngày dựa trên hồ sơ điều trị nội trú và tái khám/ghi nhận tái nhập viện; trường hợp không tái khám được liên hệ điện thoại để ghi nhận biến cố. Nhiễm trùng vết mổ được phân loại theo CDC và mức độ biến chứng ghi nhận

theo Clavien–Dindo. Tiêu chí xuất viện tại đơn vị: sinh hiệu ổn định, không sốt, đau kiểm soát bằng thuốc uống, dung nạp ăn lỏng/ăn mềm, đi lại được, không cần truyền dịch/điều trị tĩnh mạch và không có biến chứng cần can thiệp.

Xử lý và phân tích thống kê: biến định lượng trình bày trung bình $\pm$ SD hoặc trung vị [IQR] tùy phân bố; biến định tính trình bày tần số (%). So sánh giữa hai nhóm dùng t-test hoặc Mann–Whitney; biến định tính dùng Chi-square/Fisher. Tương quan giữa ERAS_adj_25 và các kết cục đánh giá bằng Spearman. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân ($n=54$)

Đặc điểm	Giá trị	Tỷ lệ/ghi chú
Tuổi (năm)	62,3 $\pm$ 11,3	TB $\pm$ SD
Giới nam	35	64,8%
ASA I–II	51	94,5%
Vị trí u	Hang vị 34; Góc BCK 6; Thân vị 10; Tâm vị 4	63,0%; 11,1%; 18,5%; 7,4%
T3–T4	50	92,6%
Giai đoạn III	36	66,7%
Cơ sở vệ tinh	35	64,8%

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật và hồi phục sớm

Chỉ số	Giá trị
Cắt dạ dày bán phần xa	40/54 (74,1%)
Cắt dạ dày toàn phần	13/54 (24,1%)
Cắt bán phần trên dạ dày	1/54 (1,9%)
Thời gian mổ (phút)	201,5 $\pm$ 34,4
Không truyền máu	54/54 (100%)
Không đặt dẫn lưu ổ bụng	21/54 (38,9%)
Trung tiện (ngày)	2,44 $\pm$ 0,57
Ăn lỏng (ngày)	2,54 $\pm$ 0,50
LOS sau mổ (ngày)	5,15 $\pm$ 1,20
VAS 6 giờ	2,72 $\pm$ 0,45
VAS 24 giờ	2,69 $\pm$ 0,47
VAS 48 giờ	1,89 $\pm$ 0,39

Bảng 3. So sánh theo đặt dẫn lưu ổ bụng (có/không)

Chỉ số	Có dẫn lưu ($n=33$)	Không dẫn lưu ($n=21$)	p
LOS (ngày)	5,5 $\pm$ 1,2	4,6 $\pm$ 0,8	0,003
VAS 6h	2,69 $\pm$ 0,44	2,79 $\pm$ 0,47	0,41
VAS 24h	2,64 $\pm$ 0,50	2,79 $\pm$ 0,41	0,25
VAS 48h	1,92 $\pm$ 0,44	1,84 $\pm$ 0,31	0,43

Bảng 4. Biến chứng hậu phẫu (30 ngày)

Biến chứng	Số ca	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ nông vùng Pfannenstiel (CDC: superficial incisional SSI; Clavien–Dindo I–II)	7	12,9
Rò miệng nối	0	0
Mổ lại	0	0
Tái nhập viện 30 ngày	0	0
Tử vong 30 ngày	0	0

Bảng 5. Tóm tắt các kết cục chính của nghiên cứu

Kết cục	Giá trị	Ghi chú
Trung tiện (ngày)	2,44 $\pm$ 0,57	TB $\pm$ SD
Ăn lỏng (ngày)	2,54 $\pm$ 0,50	TB $\pm$ SD
LOS sau mổ (ngày)	5,15 $\pm$ 1,20	TB $\pm$ SD
VAS 6 giờ	2,72 $\pm$ 0,45	TB $\pm$ SD
VAS 24 giờ	2,69 $\pm$ 0,47	TB $\pm$ SD
VAS 48 giờ	1,89 $\pm$ 0,39	TB $\pm$ SD
Không đặt dẫn lưu ổ bụng	21/54 (38,9%)	
SSI nông Pfannenstiel	7/54 (12,9%)	CDC: superficial incisional SSI; Clavien–Dindo I–II
Rò miệng nối / Mổ lại / Tử vong / Tái nhập viện 30 ngày	0	

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 54 bệnh nhân, tuổi trung bình 62,3 $\pm$ 11,3 và nam chiếm 64,8%. Hầu hết bệnh nhân thuộc ASA I–II (94,5%) với BMI trung bình 20,1 $\pm$ 2,7 kg/m². Đặc điểm bệnh học cho thấy mẫu nghiên cứu chủ yếu là ung thư tiến xa tại chỗ: T3–T4 chiếm 92,6% và giai đoạn III chiếm 66,7%. Về phân bố cơ sở, 64,8% ca

được thực hiện tại cơ sở vệ tinh, phản ánh khả năng triển khai quy trình tại mô hình vệ tinh khi có hướng dẫn chuyên môn.

Về phẫu thuật, cắt dạ dày bán phần xa chiếm 74,1% và cắt dạ dày toàn phần chiếm 24,1%; cắt bán phần trên dạ dày 1,9%. Tất cả ca được thực hiện nội soi hoàn toàn, tái lập lưu thông tiêu hoá bằng nối trong (intracorporeal anastomosis) và lấy bệnh phẩm qua đường rạch ngang trên xương mu (Pfannenstiel), nhằm hạn chế đường rạch vùng thượng vị/đường giữa. Thời gian mổ trung bình 201,5±34,4 phút. Không có trường hợp truyền máu.

Về dẫn lưu, chiến lược không đặt dẫn lưu thường quy được áp dụng cho 21/54 trường hợp (38,9%). So sánh theo đặt dẫn lưu cho thấy nhóm không đặt dẫn lưu có thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn có ý nghĩa thống kê ($4,6 \pm 0,8$ so với $5,5 \pm 1,2$ ngày; $p=0,003$), trong khi điểm đau VAS ở các mốc 6h, 24h và 48h không khác biệt có ý nghĩa.

Các chỉ số hồi phục tiêu hoá và nằm viện của toàn nhóm: trung tiện $2,44 \pm 0,57$ ngày; ăn lỏng $2,54 \pm 0,50$ ngày; LOS $5,15 \pm 1,20$ ngày. Điểm đau giảm dần theo thời gian: VAS 6 giờ $2,72 \pm 0,45$; 24 giờ $2,69 \pm 0,47$; 48 giờ $1,89 \pm 0,39$. Nhu cầu opioid trong 48 giờ đầu thấp, phù hợp chiến lược giảm đau đa mô thức.

Mức tuân thủ ERAS theo thang ERAS_adj_25 được phân bố: tuân thủ thấp 4/54 (7,4%), trung bình 28/54 (51,9%) và cao 22/54 (40,7%). Phân tích tương quan cho thấy điểm ERAS_adj_25 tương quan nghịch có ý nghĩa với thời gian trung tiện ($p=0,007$), thời điểm ăn lỏng ($p=0,018$) và LOS ($p=0,005$), gợi ý mức tuân thủ ERAS càng cao thì hồi phục càng nhanh.

Về biến chứng, biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ nông vùng Pfannenstiel (12,9%) (CDC: SSI nông; Clavien–Dindo I–II). Các trường hợp được xử trí chủ yếu bằng chăm sóc vết mổ tại chỗ, tháo dịch khi cần và/hoặc kháng sinh theo chỉ định lâm sàng. Không ghi nhận rò miệng nối, mổ lại, tái nhập viện hay tử vong trong 30 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy triển khai PTNS cắt dạ dày triệt căn kèm nạo hạch D2 theo ERAS trong điều kiện thực hành tại một bệnh viện tuyến cuối và cơ sở vệ tinh là khả thi, đồng thời đạt các mốc hồi phục sớm thuận lợi với tỷ lệ biến chứng nặng thấp. Các mốc trung tiện và ăn lỏng trung bình vào khoảng ngày 2–3, và LOS trung bình khoảng 5 ngày, phù hợp định hướng của ERAS là rút ngắn thời gian phục hồi chức năng tiêu hoá và giảm thời gian nằm viện.

Kết quả hồi phục sớm của loạt bệnh nhân phù hợp với khuyến cáo/đồng thuận ERAS Society cho phẫu thuật cắt dạ dày (nhấn mạnh giảm opioid, ăn sớm, vận động sớm và hạn chế ống sonde/dẫn lưu không cần thiết). Tại đơn vị, bệnh nhân được xem xét xuất viện khi đáp ứng các tiêu chí chức năng và an toàn (ăn uống dung nạp, đi lại được, đau kiểm soát bằng thuốc uống, sinh hiệu ổn định và không có biến chứng cần can thiệp).

Ý nghĩa của phẫu thuật ít xâm lấn và chứng cứ ung thư học: Các thử nghiệm ngẫu nhiên lớn tại châu Á đã cung cấp bằng chứng rằng cắt dạ dày nội soi có thể đạt kết cục ung thư học không thua kém mổ mở trong những bối cảnh chọn lọc. Ở bệnh giai đoạn sớm, thử nghiệm KLASS-01 cho thấy sống còn dài hạn của cắt dạ dày nội soi không kém mổ mở. Ở bệnh giai đoạn tiến xa tại chỗ, thử nghiệm CLASS-01 chứng minh không thua kém về DFS 3 năm, và các cập nhật dài hạn tiếp tục củng cố tính an toàn ung thư học của PTNS khi thực hiện đúng chuẩn. Trong loạt bệnh nhân của chúng tôi, tỷ lệ T3–T4 và giai đoạn III cao, nhưng không ghi nhận biến chứng nặng như rò miệng nối hay mổ lại, gợi ý quy trình phẫu thuật – chăm sóc được chuẩn hoá có thể bù đắp một phần thách thức của nhóm bệnh nặng.

Vai trò tuân thủ ERAS: Thay vì chỉ báo cáo “có/không áp dụng ERAS”, nghiên cứu sử dụng điểm ERAS_adj_25 nhằm lượng hoá mức tuân thủ và cho phép phân tích liên quan liều–đáp ứng giữa tuân thủ và kết cục. Tỷ lệ tuân thủ cao đạt 40,7%, trong khi tuân thủ thấp chỉ 7,4%, phản ánh khả năng duy trì chương trình ở thực hành thường quy. Tương quan nghịch có ý nghĩa giữa ERAS_adj_25 với trung tiện, ăn lỏng và LOS cho thấy các can thiệp ERAS khi được thực hiện đầy đủ hơn có khả năng mang lại hiệu quả lâm sàng thực sự. Điều này phù hợp với cơ chế của ERAS: giảm stress phẫu thuật, tối ưu hoá cân bằng dịch – điện giải, giảm opioid và thúc đẩy hoạt động sớm của ruột.

Không đặt dẫn lưu thường quy: Một nguyên tắc của ERAS là hạn chế các ống dẫn lưu không cần thiết và rút sớm. Bằng chứng tổng hợp (bao gồm các thử nghiệm ngẫu nhiên và phân tích hệ thống) cho thấy đặt dẫn lưu dự phòng sau cắt dạ dày không mang lại lợi ích rõ rệt và có thể làm tăng đau, hạn chế vận động, tăng nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng. Trong nghiên cứu, 38,9% trường hợp không đặt dẫn lưu và nhóm này có LOS ngắn hơn có ý nghĩa (giảm gần 1 ngày), trong khi đau không khác biệt. Kết quả gợi ý đặt dẫn lưu chọn lọc theo nguy cơ là hướng tiếp cận hợp lý. Tuy nhiên, không nên diễn giải thành “không dẫn lưu tuyệt đối”; thay vào đó, cần

tiêu chí rõ ràng cho đặt dẫn lưu khi nghi ngờ nguy cơ rò/chảy máu hoặc mổ khó, và cần đánh giá thêm ở nghiên cứu tiền cứu.

Nổi trong và đường lấy bệnh phẩm Pfannenstiel: Một điểm nổi bật của quy trình là tái lập lưu thông tiêu hoá bằng nổi trong, giúp hạn chế kéo ruột ra ngoài và có thể giảm đau thành bụng; đồng thời lấy bệnh phẩm qua Pfannenstiel nhằm tránh đường rạch giữa trên rốn/thượng vị. Một số nghiên cứu về vị trí đường rạch nhỏ trong PTNS cắt dạ dày gợi ý Pfannenstiel có thể liên quan đến ít đau hơn và lợi ích thẩm mỹ, song cần thêm dữ liệu về nhiễm trùng vết mổ, thoát vị vết mổ và chất lượng sống dài hạn. Trong loạt này, nhiễm trùng vết mổ nông Pfannenstiel là biến chứng thường gặp nhất (12,9%). Đây chủ yếu là biến chứng thành bụng, ít ảnh hưởng đến an toàn trong ổ bụng và miệng nổi. Các biện pháp cải thiện gồm: sử dụng wound protector khi lấy bệnh phẩm, tối ưu kiểm soát đường huyết, chuẩn hoá kháng sinh dự phòng, hạn chế thời gian mở vết mổ và tăng cường chăm sóc vết mổ.

Hạn chế của nghiên cứu: thiết kế hồi cứu một nhánh không có nhóm chứng chăm sóc thường quy; cỡ mẫu còn hạn chế; kết cục theo dõi mới dừng ở 30 ngày nên chưa đánh giá được dung nạp hoá trị bổ trợ, chất lượng sống và sống còn. Ngoài ra, một số thành phần ERAS có thể bị ảnh hưởng bởi yếu tố hệ thống (nhân lực điều dưỡng, phối hợp gây mê – hồi sức, sẵn có vật tư/thuốc). Trong tương lai, cần nghiên cứu tiền cứu với tiêu chí lựa chọn rõ ràng cho không dẫn lưu, chuẩn hoá nổi trong và đường Pfannenstiel, đồng thời theo dõi dài hạn.

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt dạ dày triệt căn nạo hạch D2 theo chương trình ERAS tại Bệnh viện Chợ Rẫy và cơ sở vệ tinh cho thấy tính khả thi và an toàn, đạt hồi phục sớm thuận lợi (trung tiện ~2,4 ngày; ăn lỏng ~2,5 ngày; LOS ~5,1 ngày) và tỷ lệ biến chứng nặng rất thấp. Điểm tuân thủ ERAS_adj_25 tương quan với hồi phục nhanh hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn; chiến lược không đặt dẫn lưu thường quy có thể giúp rút ngắn LOS trong nhóm phù hợp.

Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế hồi cứu một nhánh và cỡ mẫu còn hạn chế; do đó cần các nghiên cứu tiền cứu/đa trung tâm với theo dõi dài hạn để đánh giá thêm kết cục ung thư học, chất lượng sống và chi phí – hiệu quả.

VI. KIẾN NGHỊ

1) Duy trì và chuẩn hoá ERAS cho phẫu thuật cắt dạ dày tại các cơ sở triển khai, đồng thời theo dõi chất lượng bằng thang điểm tuân thủ (ERAS_adj_25).

2) Xây dựng tiêu chí đặt dẫn lưu chọn lọc và quy trình chăm sóc vết mổ Pfannenstiel nhằm giảm nhiễm trùng vết mổ.

3) Thực hiện nghiên cứu tiền cứu (đa trung tâm nếu có thể) tập trung vào phẫu thuật nội soi hoàn toàn với nổi trong, không dẫn lưu thường quy và đường lấy bệnh phẩm Pfannenstiel, đánh giá thêm kết cục dài hạn, chất lượng sống và chi phí – hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, et al.** The Clavien–Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg.* 2009;250(2):187–196.
2. **Japanese Gastric Cancer Association.** Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). *Gastric Cancer.* 2023;26:1–25.
3. **Kim HH, Han SU, Kim MC, et al.** Effect of Laparoscopic Distal Gastrectomy vs Open Distal Gastrectomy on Long-term Survival Among Patients With Stage I Gastric Cancer: The KLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2019;5(4):506–513.
4. **Mortensen K, Nilsson M, Slim K, et al.** Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Br J Surg.* 2014;101:1209–1229.
5. **Seo KW, Son T, Kim HI, et al.** Comparison of postoperative pain according to mini-laparotomy site in laparoscopic gastrectomy for gastric cancer. *Ann Surg Treat Res.* 2019;96(1):12–19.
6. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, 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.
7. **Wang Z, Chen J, Su K, et al.** Abdominal drainage versus no drainage post-gastrectomy for gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(5):CD008788.
8. **Yu J, Huang C, Sun Y, et al.** Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival Among Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019;321(20):1983–1992.