

XỬ TRÍ U TRUNG MÔ DẠ DÀY LỚN VÙNG ĐÁY VỊ SÁT TÂM VỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP TẠO VAN CHỐNG TRÀO NGƯỢC, BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP

Lưu Văn Đạt¹, Triệu Triều Dương¹, Ngô Sỹ Thanh Nam¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U trung mô dạ dày, trong đó u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) là loại thường gặp nhất, được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn với diện cắt âm tính. Phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên, các khối u lớn nằm ở vùng đáy vị sát tâm vị vẫn là thách thức lớn do khó đảm bảo tính triệt căn, hẹp tâm vị, trào ngược dạ dày – thực quản sau mổ. Vai trò của các kỹ thuật tạo van chống trào ngược trong phẫu thuật vẫn chưa được xác định rõ ràng.

Mục tiêu: Báo cáo kết quả của phẫu thuật nội soi kết hợp tạo van chống trào ngược trong điều trị u trung mô dạ dày lớn vùng đáy vị sát tâm vị.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 2 trường hợp u trung mô dạ dày lớn vùng đáy vị sát tâm vị được phẫu thuật nội soi kết hợp tạo van chống trào ngược tại Bệnh viện Tâm Anh giai đoạn 2024 –2025.

Kết quả: Cả hai bệnh nhân được phẫu thuật nội soi thành công với diện cắt âm tính (R0), kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor. Kích thước u lần lượt 38 × 33 x 22 mm và 72 × 55 x 57 mm; thời gian mổ 140 và 220 phút; ăn lại sau 3 và 5 ngày. Giải phẫu bệnh gồm 1 u cơ trơn và 1 GIST nhóm nguy cơ 3a. Không ghi nhận biến chứng. Sau theo dõi 6 tháng, không có hẹp tâm vị, không có triệu chứng trào ngược.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi kết hợp tạo van chống trào ngược là phương pháp khả thi, an toàn và kết quả bước đầu thuận lợi trong xử trí u trung mô dạ dày lớn vùng đáy vị sát tâm vị. Kỹ thuật này giúp đảm bảo nguyên tắc triệt căn, bảo tồn chức năng chống trào ngược của tâm vị.

Từ khóa: U trung mô dạ dày; GIST; phẫu thuật nội soi; chống trào ngược.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF LARGE GASTRIC MESENCHYMAL TUMORS IN THE FUNDUS ADJACENT TO THE CARDIA WITH CONCOMITANT ANTI-REFLUX RECONSTRUCTION: A REPORT OF TWO CASES

Background: Gastric mesenchymal tumors, among which gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are the most common, are primarily treated by complete surgical resection with negative margins. Laparoscopic surgery has been increasingly adopted due to its safety and effectiveness. However, large tumors located at the gastric fundus near the cardia remain challenging because of the difficulty in achieving oncologic clearance and the risk of cardia stenosis and postoperative gastroesophageal reflux. The role of anti-reflux procedures in this setting remains unclear.

Objective: To report the outcomes of laparoscopic resection combined with anti-reflux reconstruction in the management of large gastric mesenchymal tumors located at the fundus near the cardia.

Methods: This is a retrospective case series of two patients with large gastric mesenchymal tumors at the fundus near the cardia who underwent laparoscopic resection combined with anti-reflux reconstruction at Tam Anh Hospital between 2024 and 2025.

Results: Both patients underwent successful laparoscopic resection with negative margins (R0) combined with Dor fundoplication. Tumor sizes were 38 × 35 × 22 mm and 72 × 57 × 55 mm; operative times were 140 and 220 minutes; oral intake was resumed on postoperative days 3 and 5, respectively. Histopathology revealed one leiomyoma and one GIST (risk group 3a). No intraoperative or postoperative complications were observed. At 6-month follow-up, no cardia stenosis or reflux symptoms were reported.

Conclusion: Laparoscopic resection combined

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Văn Đạt
Email: 23na11.vandat@gmail.com
Ngày nhận bài: 7/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 13/7/2026
Ngày duyệt bài: 31/7/2026

with Dor fundoplication is a feasible, safe approach for the management of large gastric mesenchymal tumors located in the fundus adjacent to the gastroesophageal junction, ensuring oncologic principles while preserving anti-reflux function.

Keywords: Gastric mesenchymal tumor; GIST; laparoscopic surgery; Dor fundoplication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U trung mô dạ dày là nhóm khối u phát sinh từ các thành phần trung mô của thành dạ dày, trong đó u mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal stromal tumor – GIST) là loại thường gặp nhất, chiếm khoảng 85–90% các u trung mô dạ dày [1]. Ngoài ra còn có các loại ít gặp hơn như u cơ trơn (leiomyoma) và schwannoma.

Phẫu thuật cắt triệt căn với diện cắt âm tính là phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với các khối u trung mô dạ dày có chỉ định can thiệp. Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ ưu điểm ít xâm lấn, giảm đau sau mổ và rút ngắn thời gian hồi phục [3,4,5]. Tuy nhiên, các khối u nằm ở vùng đáy vị sát tâm vị vẫn là thách thức lớn đối với phẫu thuật viên. Đây là khu vực giải phẫu đặc biệt gần chỗ nối thực quản – dạ dày, việc cắt u có nguy cơ gây biến dạng tâm vị, hẹp chỗ nối hoặc làm suy yếu cơ chế chống trào ngược sinh lý, từ đó dẫn đến trào ngược dạ dày – thực quản sau phẫu thuật [8].

Một số kỹ thuật tái tạo chống trào ngược đã được áp dụng nhằm hạn chế các biến chứng chức năng sau mổ, tuy nhiên các báo cáo lâm sàng về kỹ thuật này trong điều trị u trung mô dạ dày vùng sát tâm vị hiện vẫn còn ít.

Chúng tôi báo cáo hai trường hợp u trung mô dạ dày lớn vùng đáy vị sát tâm vị được

điều trị bằng phẫu thuật nội soi kết hợp tạo van chống trào ngược nhằm đánh giá tính khả thi, độ an toàn và hiệu quả bước đầu của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hai bệnh nhân được chẩn đoán u trung mô dạ dày lớn vùng đáy vị sát tâm vị và được điều trị phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

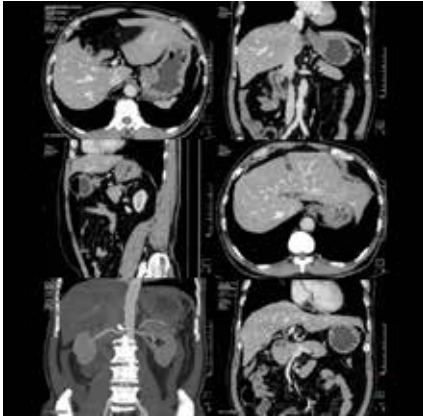
Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca bệnh. Các thông tin được thu thập bao gồm: Đặc điểm lâm sàng, kết quả nội soi và chẩn đoán hình ảnh, phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa, kết quả giải phẫu bệnh, biến chứng sau mổ và kết quả theo dõi sau 6 tháng.

III. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

3.1. Ca lâm sàng 1

U trung mô dạ dày tại tâm vị

Bệnh nhân nam (TRAN.X.D), 69 tuổi, vào viện vì đau âm ỉ vùng thượng vị, ăn chậm tiêu. Nội soi dạ dày phát hiện khối u dưới niêm mạc vùng phình vị kích thước khoảng 4 cm. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ghi nhận: Vị trí phình vị có khối tỷ trọng tổ chức kích thước 38x22x35mm, có phần lan tới tâm vị, khối có giới hạn rõ, bờ đều, đẩy lớp niêm mạc lồi vào lòng dạ dày, chưa thấy thâm nhiễm qua lớp thanh mạc, sau tiêm ngấm thuốc kém. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi. Trong mổ ghi nhận khối u phát triển từ lớp cơ thành dạ dày tại tâm vị. Phẫu thuật viên tiến hành cắt u bằng stapler nội soi và sau đó tạo van chống trào ngược kiểu Dor.



Hình 1. Cắt lớp vi tính và hình ảnh nội soi của ca lâm sàng 1.

Thời gian mổ 140 phút. Bệnh nhân hồi phục tốt, ăn uống trở lại sau 72 giờ và xuất viện sau 9 ngày. Giải phẫu bệnh: Trên 04 tiêu bản nhuộm HE thấy: U nằm trong lớp cơ của thành dạ dày và có ranh giới rõ. Cấu trúc u gồm các tế bào có nhân hình thoi hoặc bầu dục tạo thành các dải, có nơi đan xen nhau. Nhân tế bào đều, mịn, mật độ nhân chia thấp (<2 nhân chia/10HPF), diện cắt bệnh phẩm không còn tổn thương. Các tế bào u dương tính với SMA và Desmin; âm tính với CD117, DOG-1, S100 và CD34; chỉ số Ki67 $<1\%$. Hình ảnh mô bệnh học và hóa mô miễn dịch phù hợp với U cơ trơn dạ dày lành tính (Leiomyoma). Sau mổ 6 tháng không xuất hiện triệu chứng trào ngược.

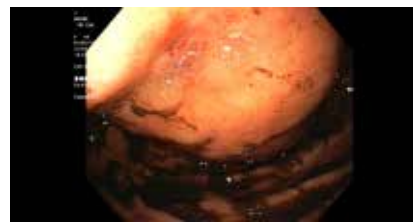


Hình 2. Ảnh trong mổ sau khi tạo van chống trào ngược ca lâm sàng 1

3.2. Ca lâm sàng 2

U trung mô dạ dày lớn tại phình vị

Bệnh nhân nữ (Dương.T.L), 66 tuổi, vào viện vì nôn ra dây máu. Nội soi: Phình vị: quan sát thấy có 01 khối u đẩy lùi đường kính ~6cm, niêm mạc phủ khối u là niêm mạc dạ dày, ở đỉnh khối u có 01 ổ loét ĐK ~ 8mm → bơm rửa quan sát không thấy điểm chảy máu. Cắt lớp vi tính ổ bụng: Cận phình vị có khối kích thước 55 x 57 x 72 mm, ranh giới không rõ với thanh mạc dạ dày. Sau tiêm ngấm thuốc mạnh, lân cận có hạch nhỏ 5 - 7mm.



Hình 3. Hình ảnh nội soi và cắt lớp vi tính của ca lâm sàng 2

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt phần trên dạ dày. Sau đó thực hiện nối thực quản dạ dày bằng Stapler. Tạo van chống trào ngược kiểu Dor. Thời gian mổ 220 phút. Bệnh nhân hồi phục thuận lợi, uống nước sau 4 ngày, ăn lại sau 5 ngày. Không có biến chứng sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh: U nằm trong thành dạ dày và có ranh giới rõ. Mô u giàu tế bào. Các tế bào u hình thoi, nhân nhọn và hơi lượn sóng, sắp xếp thành các bó hoặc cuộn xoáy, rất hiếm nhân chia (1-2 nhân chia/50 vi trường độ phóng đại cao). Các tế bào u dương tính với CD117, DOG1. Các tế bào u âm tính với Desmin, SMA, S100, SOX10. Chỉ số Ki67 < 1%. Kết luận: U mô đệm đường tiêu hóa nhóm tiên lượng 3a. Diện cắt âm tính. Phạm vi u 1 ổ, kích thước lớn nhất 8cm. Sau mổ 6 tháng không xuất hiện triệu chứng lâm sàng trào ngược và hẹp tâm vị.

IV. BÀN LUẬN

U trung mô dạ dày là nhóm u hiếm gặp, chiếm khoảng 1–3% các khối u dạ dày, trong đó u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) là thể thường gặp nhất, chiếm khoảng 85–90% các u trung mô của đường tiêu hóa. Dạ dày là vị trí thường gặp nhất của GIST, chiếm khoảng 60% tổng số trường hợp. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 50–70 với biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu như đau thượng vị, đầy bụng, khó tiêu hoặc xuất huyết tiêu hóa [1,2].

Nguyên tắc điều trị GIST dạ dày là cắt bỏ hoàn toàn khối u với diện cắt âm tính mà không cần nạo vét hạch rộng rãi do tỷ lệ di căn hạch thấp [1]. Trước đây, mổ mở được xem là lựa chọn tiêu chuẩn đối với các khối u kích thước lớn hoặc nằm ở vị trí khó như tâm vị, bờ cong nhỏ hay mặt sau dạ dày. Tuy nhiên, cùng với sự phát triển của phẫu thuật ít xâm

lấn, phẫu thuật nội soi ngày càng chứng minh được tính an toàn và hiệu quả trong điều trị GIST dạ dày [3,4,5].

Sự phát triển của stapler nội soi và các kỹ thuật tái tạo đã góp phần mở rộng chỉ định phẫu thuật nội soi trong nhiều trường hợp trước đây thường phải mổ mở. Qiu và cộng sự, trong nghiên cứu hồi cứu trên 48 bệnh nhân GIST dạ dày kích thước >5 cm, ghi nhận phẫu thuật nội soi có lượng máu mất ít hơn, thời gian trung tiện và ăn lại sớm hơn, đồng thời rút ngắn thời gian nằm viện sau mổ so với mổ mở; trong khi tỷ lệ biến chứng, tái phát và sống còn dài hạn không khác biệt giữa hai nhóm [3]. Tương tự, De Vogelaere và cộng sự nghiên cứu trên 51 bệnh nhân GIST dạ dày được phẫu thuật nội soi ghi nhận tỷ lệ cắt triệt căn R0 đạt 100%, không có tử vong sau mổ và tỷ lệ biến chứng thấp, cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị GIST dạ dày an toàn và hiệu quả bất kể kích thước khối u, với kết quả hậu phẫu thuận lợi mà vẫn đảm bảo tính triệt căn [4].

Ngoài ra, nghiên cứu đa trung tâm Hàn Quốc – Nhật Bản trên 1019 bệnh nhân của Kim và cộng sự ghi nhận phẫu thuật nội soi có tỷ lệ biến chứng thấp hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở (6.6 ngày so với 8.8 ngày), kể cả ở các trường hợp khối u >5 cm hoặc nằm ở vị trí không thuận lợi; trong khi thời gian sống còn không tái phát giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [5]. Những kết quả này cho thấy phẫu thuật nội soi hiện nay có thể được xem là phương pháp điều trị hiệu quả ngay cả đối với các trường hợp GIST dạ dày phức tạp tại các trung tâm có kinh nghiệm.

Mặc dù vậy, các khối u nằm ở vùng đáy vị sát tâm vị vẫn là thách thức lớn đối với phẫu

thuật viên. Đây là vùng giải phẫu đặc biệt nằm gần chỗ nối thực quản – dạ dày, đóng vai trò quan trọng trong cơ chế chống trào ngược sinh lý. Việc cắt u tại vị trí này có thể gây biến dạng tâm vị, hẹp chỗ nối thực quản – dạ dày hoặc phá vỡ góc His và hệ thống cơ vòng sinh lý, từ đó dẫn đến trào ngược dạ dày – thực quản sau mổ [1,8].

Trong trường hợp thứ nhất của chúng tôi, khối u nằm sát tâm vị với kích thước khoảng 4 cm. Nếu thực hiện cắt hình chêm đơn thuần có nguy cơ gây biến dạng vùng nối thực quản – dạ dày và hẹp tâm vị sau mổ. Vì vậy, chúng tôi lựa chọn cắt u bằng stapler nội soi kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor. Sau 6 tháng theo dõi, bệnh nhân không ghi nhận triệu chứng lâm sàng trào ngược hay hẹp tâm vị, cho thấy hiệu quả chức năng khả quan của kỹ thuật này.

Các kỹ thuật tái tạo chống trào ngược sau phẫu thuật vùng tâm vị ngày càng được quan tâm nhằm hạn chế biến chứng trào ngược dạ dày – thực quản sau mổ. Kỹ thuật tạo van chống trào ngược kiểu Dor ban đầu được Dor mô tả trong điều trị co thắt tâm vị, sau đó được ứng dụng rộng rãi nhằm tái tạo cơ chế chống trào ngược tại vùng nối thực quản – dạ dày. Nghiên cứu của Richards và cộng sự cho thấy tạo van chống trào ngược kiểu Dor sau phẫu thuật Heller giúp làm giảm đáng kể (9 lần) tình trạng trào ngược sau mổ so với nhóm không tạo van chống trào ngược [6]. Trong phẫu thuật cắt cực trên dạ dày, Hayami và cộng sự cũng ghi nhận các kỹ thuật tái tạo chống trào ngược giúp cải thiện kết quả chức năng và hạn chế viêm thực quản trào ngược sau mổ [7]. Những kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của các kỹ thuật tái tạo chống

trào ngược trong phẫu thuật vùng tâm vị và cực trên dạ dày.

Sự phối hợp kỹ thuật nội soi hiện đại như laparoscopic and endoscopic cooperative surgery (LECS) do Hiki và cộng sự giới thiệu từ năm 2008 đã góp phần mở rộng chỉ định phẫu thuật ít xâm lấn đối với các khối u dạ dày ở vị trí khó [8]. Kỹ thuật này cho phép phối hợp giữa nội soi tiêu hóa và phẫu thuật nội soi nhằm xác định chính xác vị trí khối u, giảm diện cắt dạ dày và bảo tồn tối đa chức năng sinh lý của dạ dày. Trong nghiên cứu đa trung tâm của Hiki và cộng sự trên 126 bệnh nhân u dưới niêm mạc dạ dày được điều trị bằng LECS, tỷ lệ chuyển mổ mở chỉ 1,6%, tỷ lệ biến chứng sau mổ 4,8% và không ghi nhận tái phát tại chỗ hay di căn xa trong thời gian theo dõi trung vị 54,7 tháng [8]. Những kết quả này cho thấy LECS là phương pháp an toàn và hiệu quả, đặc biệt đối với các khối u nằm gần tâm vị hoặc ở vị trí khó tiếp cận.

Kết quả của hai trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi kết hợp tạo hình chống trào ngược là phương pháp khả thi và an toàn. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế do số lượng bệnh nhân ít và thời gian theo dõi ngắn. Cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hạn để đánh giá đầy đủ hơn hiệu quả chức năng cũng như kết quả ung thư học lâu dài của phương pháp này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi kết hợp tạo van chống trào ngược là phương pháp khả thi, an toàn và kết quả bước đầu thuận lợi trong xử trí u trung mô dạ dày lớn vùng đáy vị sát tâm vị. Phương pháp này không chỉ đảm bảo yêu cầu ung thư

học với diện cắt âm tính mà còn giúp bảo tồn chức năng sinh lý của tâm vị, hạn chế biến chứng trào ngược sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Casali PG, Abecassis N, Bauer S và cs.** Gastrointestinal stromal tumours: ESMO-EURACAN-GENTURIS Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2022;33(1):20-33.
2. **Nishida T, Blay JY, Hirota S và cs.** The standard diagnosis, treatment, and follow-up of gastrointestinal stromal tumors based on guidelines. *Gastric Cancer.* 2016;19(1):3-14.
3. **Qiu G, Wang J, Che X và cs.** Laparoscopic versus open resection of gastric gastrointestinal stromal tumors larger than 5 cm: a single-center, retrospective study. *Surg Innov.* 2017;24(6):582-589.
4. **De Vogelaere K, Van Loo I, Peters O và cs.** Laparoscopic resection of gastric gastrointestinal stromal tumors (GIST) is safe and effective, irrespective of tumor size. *Surg Endosc.* 2012;26(8):2339-2345.
5. **Kim W, Lee SI, Cho H và cs.** Early experience of laparoscopic resection and comparison with open surgery for gastric gastrointestinal stromal tumor: a multicenter retrospective study. *Sci Rep.* 2022;12:2290.
6. **Richards WO, Torquati A, Holzman MD và cs.** Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia. *Ann Surg.* 2004;240(3):405-412.
7. **Hayami M, Hiki N, Nunobe S và cs.** Clinical outcomes and evaluation of laparoscopic proximal gastrectomy with double-flap technique for early gastric cancer in the upper third of the stomach. *Ann Surg Oncol.* 2017;24(6):1635-1642.
8. **Hiki N, Yamamoto Y, Fukunaga T và cs.** Laparoscopic and endoscopic cooperative surgery for gastrointestinal stromal tumor dissection. *Surg Endosc.* 2008;22(7):1729-1735.