

BN  $\geq$ 45 tuổi, tỷ lệ nam: nữ =1,5:1.

- Triệu chứng hay gặp nhất là nuốt khó, sưng đau góc hàm và khít hàm. Khoang dưới hàm là vị trí nhiễm khuẩn hay gặp nhất. BN thường đến khi triệu chứng lan rộng ra xung quanh.

- Điều trị chính phẫu thuật dẫn lưu mủ, kết quả tốt chiếm 36,7% còn chưa cao. Do đó, phòng bệnh bằng cách thăm khám răng miệng định kỳ và xử trí sớm các bệnh lý răng miệng là rất quan trọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Xuyên.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt. Published online 2015.
2. **Flynn TR, Shanti RM, Hayes C.** Severe odontogenic infections, part 2: prospective outcomes study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64(7): 1104-1113. doi: 10.1016/j.joms.2006.03.031
3. **Uluibau IC, Jaunay T, Goss AN.** Severe odontogenic infections. *Aust Dent J.* 2005;50(4 Suppl 2): S74-81. doi: 10.1111/j.1834-7819.2005.tb00390.x
4. **Wang J, Ahani A, Pogrel MA.** A five-year

retrospective study of odontogenic maxillofacial infections in a large urban public hospital. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34(6):646-649. doi:10.1016/j.ijom.2005.03.001

5. **Ko HH, Chien WC, Lin YH, Chung CH, Cheng SJ.** Examining the correlation between diabetes and odontogenic infection: A nationwide, retrospective, matched-cohort study in Taiwan. *PLOS ONE.* 2017;12(6): e0178941. doi:10.1371/journal.pone.0178941
6. **Fang M, Ishigami J, Echouffo-Tcheugui JB, Lutsey PL, Pankow JS, Selvin E.** Diabetes and the risk of hospitalisation for infection: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Diabetologia.* 2021;64(11): 2458-2465. doi:10.1007/s00125-021-05522-3
7. **An J, Madeo J, Singhal M. Ludwig Angina.** In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed September 26, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482354/>
8. **López-González E, Vitales-Noyola M, González-Amaro AM, et al.** Aerobic and anaerobic microorganisms and antibiotic sensitivity of odontogenic maxillofacial infections. *Odontology.* 2019;107(3): 409-417. doi:10.1007/s10266-019-00414-w

## CHỌN LỰA PHƯƠNG PHÁP PHỤC HỒI LƯU THÔNG RUỘT SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN XA DẠ DÀY: NHẬN ĐỊNH VỀ MẶT CHỨC NĂNG

Đặng Quang Thông<sup>1</sup>, Trần Quang Đạt<sup>1</sup>, Đoàn Thuỳ Nguyên<sup>1</sup>,  
 Hồ Lê Minh Quốc<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Vũ Tuấn Anh<sup>1,2</sup>,  
 Nguyễn Hoàng Bắc<sup>1,2</sup>, Võ Duy Long<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phục hồi lưu thông (PHLT) sau phẫu thuật cắt phần xa dạ dày (CPXDD) vẫn còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu hồi cứu này được thực hiện để đánh giá hiệu quả về mặt chức năng của 5 phương pháp PHLT sau phẫu thuật CPXDD. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 426 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi (PTNS) CPXDD từ 2017 đến 2020 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Năm phương pháp PHLT bao gồm: Billroth 1 (B-I), Billroth 2 kiểu delta (B-II-ds), Billroth 2 với miệng nối Braun (BII Braun), Billroth 2 khâu treo quai đến (B-II-h) và Roux-en-Y (R-Y). Kết quả ngắn hạn bao gồm các đặc điểm phẫu thuật và tỉ lệ biến chứng. Kết quả lâu dài gồm kết quả nội soi sau 1 năm theo phân loại LA và phân loại RGB. **Kết quả:** PHLT kiểu B-II Braun hoặc R-Y có

thời gian phẫu thuật dài hơn so với các phương pháp nối khác ( $p < 0.001$ ). Không có sự khác biệt về lượng máu mất, thời gian nằm viện, tỉ lệ chuyển mổ mở, tỉ lệ và độ nặng của các biến chứng. PHLT kiểu R-Y duy trì chỉ số albumin máu tốt hơn các phương pháp nối còn lại ( $p < 0.001$ ), không khác biệt về các mật duy trì cân nặng, duy trì nồng độ hemoglobin. Kết quả nội soi sau 1 năm không khác biệt về tỉ lệ viêm thực quản trào ngược, viêm phần còn lại của dạ dày giữa các PHLT. Kiểu B-I tồn dư thức ăn khá cao (độ 1-2: 11.7%, độ 3: 5.9%, độ 4: 2.9%). Kiểu R-Y cho tỉ lệ có dịch mật ở miệng nối ít nhất (4.8%), theo sau là B-II Braun (14.2%) và B-I, B-II-h, B-II-ds. **Kết luận:** PHLT kiểu Roux-en-Y có thời gian phẫu thuật dài hơn, nhưng kết quả thuận lợi về mặt dinh dưỡng và giảm trào ngược dịch mật. PHLT kiểu B-I có tỉ lệ tồn đọng thức ăn cao. PHLT kiểu B-II khâu treo quai đến đơn giản về kĩ thuật, kết quả thuận lợi về chức năng và dinh dưỡng.

**Từ khoá:** Cắt phần xa dạ dày, Billroth 2, Billroth 1, Roux-en-Y

### SUMMARY

**CHOOSING THE METHOD OF RECONSTRUCTION AFTER LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY: ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Đại học Y dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Long

Email: long.vd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

**Introduction:** Reconstruction after laparoscopic distal gastrectomy (LDG) was still controversial. In our center, LDG has been applied frequently since 2013. This retrospective study was conducted to evaluate the effectiveness of the 5 types of reconstruction after distal gastrectomy in terms of functional outcomes. **Patients and methods:** We retrospectively studied 426 patients with gastric adenocarcinoma, who underwent LDG from 2017 to 2020 in our center, followed by 5 types of reconstruction: Billroth 1 (B-I), Billroth 2 delta shape (BII-ds), Billroth 2 with Braun anastomosis (B-II Braun), Billroth 2 with hinged afferent loop (B-II-h) and Roux-en-Y (R-Y). Short-term outcomes included operative characteristics and complications. Long-term outcomes included 1-year endoscopic findings according to the LA and the RGB classification. **Results:** B-II Braun or R-Y had a longer operating time than other methods ( $p < 0.001$ ). There was no difference in blood loss, postoperative hospital stay, conversion rate to open surgery, rate and severity of complications. R-Y reconstruction was ideal in maintaining serum albumin ( $p < 0.001$ ), however, there was no difference in terms of weight and hemoglobin maintenance. Endoscopic results after 1 year did not differ in the rates of reflux esophagitis and gastric remnant gastritis between reconstructions. B-I reconstruction had a high rate of food residue (grade 1-2: 11.7%, grade 3: 5.9%, grade 4: 2.9%). R-Y reconstruction had the lowest rate of bile reflux (4.8%), followed by B-II Braun (14.2%) and B-I, B-II-h, B-II-ds. **Conclusion:** Roux-en-Y reconstruction had a longer operating time but provided favorable nutritional results and reduced the incidence of bile reflux. B-I reconstruction resulted in a high rate of food residue. B-II with hinge afferent loop was simple in technique and provided favorable functional and nutritional outcomes.

**Keywords:** Laparoscopic distal gastrectomy; Billroth 2; Billroth 1; Roux-en-Y

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày điều trị ung thư lần đầu tiên được thực hiện tại Nhật Bản bởi Kitano vào năm 1994. Kể từ đó đã có nhiều tiến bộ đáng kể trong phương pháp nạo hạch và tái lập lưu thông tiêu hoá qua PTNS. Nhiều nghiên cứu lớn tại Nhật Bản và các nước Đông Á khác đã chứng minh tính an toàn về mặt phẫu thuật và ung thư học của phương pháp điều trị này. Sau phẫu thuật cắt phần xa dạ dày (CPXDD), có nhiều phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hoá (PHLT) được lựa chọn: nối dạ dày phần còn lại – tá tràng (Billroth I, B-I), nối dạ dày- hồng tràng (Billroth II, B-II) hoặc Roux-en-Y (R-Y). Phương pháp nối B-II có thể được thực hiện theo nhiều biến thể: Billroth II hình delta (B-II delta shape, B-II-ds), Billroth II khâu treo quai đến (B-II hinged afferent loop, B-II-h), Billroth II với miệng nối Braun (B-II Braun) [1,2]. Đến nay đã có nhiều cải thiện trong kỹ thuật PHLT tiêu hoá hoàn toàn qua nội soi với tỉ lệ biến

chứng miệng nối ngày càng tiệm cận 0%. So với kiểu nối R-Y, kiểu nối B-I được cho rằng có nhiều ưu điểm hơn: tái tạo lưu thông tiêu hoá gần giống với trước phẫu thuật về giải phẫu và sinh lý, dẫn đến dinh dưỡng tốt hơn [3,4], cho phép can thiệp đường mật qua ngã nội soi khi cần thiết. Kiểu nối B-II (và các biến thể) và R-Y có một số bất lợi: hội chứng quai đến (B-II), liệt quai Y, gia tăng hình thành sỏi mật, thoát vị nội [2]. Trong một phân tích tổng hợp, Cai và cộng sự cho thấy kiểu nối B-I rút ngắn thời gian mổ và giảm chậm làm trống dạ dày so với R-Y. Imamura và cộng sự [4] cho rằng kiểu nối B-I sau cắt dạ dày dẫn đến giảm mật độ xương ít hơn so với kiểu nối R-Y. Tuy một số nghiên cứu cho rằng tỉ lệ trào ngược dịch mật và trào ngược dạ dày thực quản cao hơn ở bệnh nhân nối B-I [5], [6], một số nghiên cứu khác cho rằng không khác biệt.

Tại Việt Nam, nhiều trung tâm lớn đã triển khai PTNS cắt dạ dày. Phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá sau PTNS CPXDD thường được thực hiện là B-II và R-Y và dưới PTNS hỗ trợ. Một số tác giả Việt Nam nối B-I khi thực hiện phẫu thuật mở hoặc PTNS CPXDD đối với ung thư dạ dày. Tại trung tâm của chúng tôi, PTNS hỗ trợ cắt dạ dày bắt đầu thực hiện từ năm 2003. Việc thực hiện miệng nối R-Y cũng như B-I, B-II hoàn toàn trong ổ bụng cũng đã được tiến hành thường xuyên từ 2013 [8].

Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá phương pháp nào là tối ưu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm so sánh các ưu và nhược điểm của các phương pháp PHLT tiêu hoá kể trên xét về mặt chức năng miệng nối.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu trên các trường hợp ung dạ dày được PTNS CPXDD từ tháng 1.2017 đến tháng 12.2020 tại Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh. Tiêu chuẩn chọn vào: (i) ung thư biểu mô tuyến của dạ dày, (ii) tuổi từ 18 đến 80, (iii) ghi nhận hồ sơ theo dõi đủ 1 năm. Tiêu chuẩn loại ra (i) phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu hoặc cắt dạ dày làm sạch do biến chứng (chảy máu, thủng u), (ii) có tiền căn hoặc đang đồng mắc bệnh ung thư khác.

Các đặc điểm của dân số nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (body mass index, BMI), phân loại ASA, tỉ lệ hẹp đường ra dạ dày, dạng biệt hoá, mức độ xâm lấn của u (T), mức độ di căn hạch (N)

Kết quả nội soi sau 1 năm được đánh giá dựa theo phân loại Los Angeles (LA) và phân loại

tồn đọng thức ăn – viêm mồm dạ dày – trào ngược dịch mật (food residual – gastric remnant gastritis – bile reflux, RGB)

Kết cục chính của nghiên cứu là tỉ lệ viêm phần còn lại của dạ dày trên nội soi theo thang điểm RGB sau 1 năm

Các kết quả khác bao gồm kết quả phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, tỉ lệ biến chứng), tỉ lệ viêm thực quản trào ngược, tồn lưu thức ăn, trào ngược dịch mật trên nội soi sau mổ 1 năm theo thang điểm LA và RGB, thay đổi về cân nặng sau 1 năm, thay đổi về hemoglobin (Hgb) sau 1 năm, thay đổi về albumin (Alb) sau 1 năm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Đặc điểm của dân số nghiên cứu**

	<b>B-I (n=74)</b>	<b>B-II-ds (n=71)</b>	<b>B-II Braun (n=40)</b>	<b>B-II-h (n=147)</b>	<b>R-Y (n=94)</b>	<b>Giá trị p</b>	
<b>Tuổi</b>	58 +/- 10.5	58 +/- 11.2	62 +/- 12.0	60.1 +/- 11.1	59.6 +/- 10.8	0.751	
<b>Nam : nữ</b>	1.5 : 1	1.5 : 1	1.3 : 1	1.2 : 1	1.21: 1	0.660	
<b>BMI</b>	20.97 +/- 2.8	20.7 +/- 3.6	21.2 +/- 3.0	21.5 +/- 3.1	21.1 +/- 3.1	0.314	
<b>ASA</b>	1	7	3	1	2	0.713	
	2	42	49	29	111		
	3	21	19	10	67		
<b>Hẹp đường ra dạ dày</b>	12 (16.2)	18 (25.3)	10 (20.4)	29 (20.4)	22 (27.8)	0.144	
<b>Dạng biệt hoá</b>	Tốt	12 (16.2)	4 (5.6)	1 (2.5)	14 (9.9)	8 (10.1)	0.481
	Vừa	28 (37.8)	34 (47.9)	20 (50.0)	59 (41.8)	25 (31.6)	
	Kém	22 (29.7)	27 (38.0)	16 (40.0)	49 (34.8)	34 (43.0)	
	Không biệt hoá	8 (10.8)	6 (8.5)	3 (7.5)	19 (13.5)	12 (15.2)	
<b>pT</b>	1	23 (31.1)	20 (28.1)	8 (20.0)	29 (20.4)	15 (19.0)	0.749
	2	8 (10.8)	7 (9.9)	10 (12.5)	18 (12.7)	8 (10.1)	
	3	11 (14.9)	13 (21.1)	10 (12.5)	16 (11.3)	9 (11.4)	
	4	32 (43.2)	31 (43.7)	22 (55.0)	79 (55.6)	47 (59.5)	
<b>pN</b>	N0	41 (55.4)	29 (40.8)	14 (35.0)	61 (43.0)	35 (44.3)	0.688
	N+	33 (44.6)	42 (59.1)	26 (65.0)	81 (57.0)	44 (55.7)	

**Bảng 2: Kết quả phẫu thuật của 5 phương pháp phục hồi lưu thông**

	<b>B-I (n=74)</b>	<b>B-II-ds (n=71)</b>	<b>B-II Braun (n=40)</b>	<b>B-II-h (n=147)</b>	<b>R-Y (n=94)</b>	<b>Giá trị p</b>	
<b>Thời gian phẫu thuật (phút)</b>	182 +/- 51	176 +/- 44	238 +/- 54	184 +/- 40	216 +/- 70	<0.001	
<b>Lượng máu mất</b>	61.3 +/- 39	70 +/- 28	77 +/- 34	79 +/- 48	81 +/- 43	0.289	
<b>Chuyển mổ mở</b>	0	2 (2.8)	0	2 (1.4)	3 (3.2)	0.123	
<b>Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)</b>	7.5 +/- 1.9	8.0 +/- 2.9	9.0 +/- 4.1	8.3 +/- 4.3	8.6 +/- 3.2	0.270	
<b>Biến chứng (tỉ lệ)</b>	Xỉ miêng nổi	1 (1.4)	0	1 (1.3)	2 (1.3)	0 (0.0)	0.999
	Rò tụy	0	0	0 (0)	1 (0.7)	0 (0.0)	0.999
	Chảy máu	2 (2.8)	3 (4.2)	3 (7.5)	8 (5.4)	1 (1.3)	0.100
	Liệt ruột sau mổ	0	0	0 (0.0)	3 (2.0)	3 (3.8)	0.352
<b>Độ nặng biến chứng sớm (theo phân loại Clavien-Dindo)</b>	1	1 (1.4)	3 (4.2)	2 (5.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	0.346
	2	1 (1.4)	1 (1.4)	2 (5.0)	12 (8.1)	6 (7.6)	
	3a/3b	1 (1.4)	0	0	2 (1.3)	3 (1.3)	
	4	0	0	1 (1.3)	3 (2.0)	0 (0.0)	
	5	0	0	0	1 (0.7)	1 (1.3)	

**Bảng 3: Kết quả về mặt chức năng của 5 phương pháp phục hồi lưu thông**

Trong khoảng thời gian từ tháng 1.2017 đến tháng 12.2020, chúng tôi ghi nhận được 426 trường hợp thoả mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh. Đặc điểm của dân số nghiên cứu được thể hiện ở Bảng 1.

Độ tuổi trung bình của các nhóm là 58-60 tuổi. Tỉ lệ nam : nữ là khoảng 1.2 – 1.5 : 1. BMI trung bình trong các nhóm khá tương đồng, trong khoảng 21 kg/m<sup>2</sup>. Tỉ lệ hẹp đường thoát dạ dày từ 16.2 – 27.8%. Các dạng ung thư biệt hoá kém hoặc không biệt hoá chiếm tỉ lệ khá cao trong các nhóm (40.5 – 58.5%). Phần lớn các trường hợp là ung thư tiến triển (T2-4a) hoặc có hạch di căn (N+). Các yếu tố về đặc điểm dân số khá tương đồng giữa các nhóm.

	<b>B-I (n=74)</b>	<b>B-II-ds (n= 71)</b>	<b>B-II Braun (n=40)</b>	<b>B-II-h (n=147)</b>	<b>R-Y (n=94)</b>	<b>Giá trị p</b>	
Thay đổi cân nặng sau 1 năm (%)	-5.25+/-3.2	-5.1+/-4.2	-4.0+/-3.2	- 4.6+/-4.9	-3.6+/11.5	0.773	
Albumin sau 1 năm (g/dL)	38.2+/-4.5	37.5+/-3.2	38.8+/-4.1	38.3+/-3.8	39.1+/-4.3	0.085	
Thay đổi albumin sau 1 năm (%)	-1.5+/-3.5	-1.6+/-4.2	-0.3+/-4.7	-1.1+/-4.9	1.0+/-5.8	0.001	
Hemoglobin sau 1 năm (g/dL)	118.8 +/-11.5	120.5 +/-14.5	121.9 +/-10.7	123.6 +/-15.4	123.4 +/-15.0	0.963	
Thay đổi Hemoglobin sau 1 năm (%)	-1.7+/-17.9	-2.9+/-15.6	-1.5+/-19.2	-2.4+/-24.6	-1.3 /17.8	0.353	
<b>Số BN thực hiện nội soi</b>	34 (45.9)	36 (50.7)	21 (52.5)	59/147(40.1)	41/94(43.6)		
<b>Phân loại LA</b>	<b>0</b>	21 (61.8)	29 (52.7)	14 (66.7)	40 (67.8)	31 (65.6)	0.352
	<b>A</b>	8 (23.5)	13 (36.1)	4 (1.9)	17 (28.8)	9 (22.0)	
	<b>B</b>	4 (11.8)	3 (8.3)	2 (9.5)	1 (1.7)	0 (0.0)	
	<b>C</b>	1 (2.9)	1 (2.8)	1 (4.7)	1 (1.7)	1 (2.4)	
	<b>D</b>	0 (0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<b>Tồn dư thức ăn (R)</b>	<b>0</b>	23 (67.6)	28 (77.8)	15 (71.4)	44 (74.6)	29 (70.7)	0.163
	<b>1</b>	4 (11.7)	3 (8.3)	3 (14.3)	9 (15.3)	6 (14.6)	
	<b>2</b>	4 (11.7)	3 (8.3)	2 (9.5)	4 (6.8)	5 (12.2)	
	<b>3</b>	2 (5.9)	2 (5.6)	1 (4.8)	2 (3.4)	1 (2.4)	
	<b>4</b>	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<b>Viêm phần dd còn lại (G) (độ nặng)</b>	<b>0;1</b>	26 (76.4)	25 (69.4)	16 (76.2)	44 (74.5)	33 (80.5)	0.259
	<b>2+</b>	8 (23.5)	11 (30.6)	5 (23.8)	15 (25.5)	8 (19.5)	
<b>Viêm phần dd còn lại (E) (độ rộng)</b>	<b>0;1</b>	27 (79.5)	27 (75.0)	12 (57.1)	43 (82.7)	32 (80.0)	0.515
	<b>2+</b>	7 (20.5)	9 (25.0)	9 (22.5)	9 (17.3)	8 (20.0)	
<b>TN dịch mật (B)</b>	<b>B+</b>	9 (26.4)	12 (33.3)	3 (14.2)	16 (27.1)	2 (4.8)	<0.001

Kết quả phẫu thuật giữa các nhóm phương pháp PHLT được thể hiện ở Bảng 2. PHLT theo phương pháp B-II Braun hoặc R-Y có thời gian phẫu thuật dài hơn đáng kể so với các phương pháp nối B-I, B-II-ds và B-II-h (238 +/- 54 phút và 216 +/- 70 phút so với 182 +/- 51 phút, 176 +/- 44 phút và 184 +/-40 phút,  $p < 0.001$ ). Giữa các phương pháp nối không có sự khác biệt về lượng máu mất, thời gian nằm viện, tỉ lệ chuyển mổ mở, tỉ lệ và độ nặng của các biến chứng.

Kết quả về mặt chức năng của các phương pháp nối được trình bày ở Bảng 3. Xét về các chỉ số dinh dưỡng, phương pháp nối R-Y giúp duy trì chỉ số albumin máu tốt hơn các phương pháp nối còn lại ( $p < 0.001$ ), tuy nhiên, không có khác biệt về các mặt duy trì cân nặng, duy trì nồng độ hemoglobin. Về kết quả nội soi sau 1 năm, không có sự khác biệt về tỉ lệ viêm thực quản trào ngược, viêm phần còn lại của dạ dày giữa phương pháp nối B-I, các kiểu nối B-II so với phương pháp nối R-Y. Phương pháp nối B-I có tỉ lệ tồn dư thức ăn khá cao (độ 1 và độ 2: 11.7%, độ 3: 5.9%, độ 4: 2.9%). Phương pháp nối R-Y cho thấy tỉ lệ xuất hiện dịch mật ở miệng nối ít nhất (4.8%), theo sau là B-II Braun (14.2%) và sau đó là B-I, B-II-h, B-II-ds.

#### IV. BÀN LUẬN

Đối với PTNS CPXDD điều trị ung thư dạ dày,

phương pháp PHLT ruột là yếu tố rất quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp tới các kết quả quan trọng của phẫu thuật, bao gồm tỉ lệ biến chứng ngắn – dài hạn, tỉ lệ và độ nặng các hội chứng sau cắt dạ dày, tình trạng dinh dưỡng sau mổ, và chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu của chúng tôi trên cỡ mẫu khá lớn đã đưa ra những kết quả so sánh về mặt phẫu thuật và về mặt chức năng giữa các phương pháp thực hiện PHLT sau CPXDD, từ đó cung cấp các thông tin quan trọng cho lựa chọn phẫu thuật.

Tương tự các nghiên cứu trước đây, tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật không khác biệt giữa các phương pháp nối [1,7]. PHLT kiểu R-Y cho tới nay được xem là phương pháp nối cho kết quả thuận lợi nhất về mặt dinh dưỡng và chống trào ngược dịch mật [1,2,7]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả tương tự, trong đó R-Y giúp giữ được nồng độ albumin sau phẫu thuật 1 năm và có tỉ lệ phát hiện dịch mật ở miệng nối thấp nhất trên nội soi sau phẫu thuật 1 năm. Tuy nhiên, tất cả các yếu tố còn lại bao gồm duy trì cân nặng, duy trì nồng độ hemoglobin, tỉ lệ viêm thực quản trào ngược, tỉ lệ viêm phần còn lại của dạ dày đều không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa R-Y và các phương pháp nối khác.

Kiểu nối R-Y và B-II Braun đều có thời gian phẫu thuật kéo dài hơn đáng kể so với B-I, B-II-

ds và B-II-h do việc phải thực hiện thêm 1 miệng nối. Dù vậy, kiểu nối B-II Braun chỉ giúp giảm trào ngược dịch mật ở mức độ hạn chế (tỉ lệ 14.2%) nhưng không mang lại lợi ích nhiều hơn về các mặt chức năng khác.

Trong các kiểu biến thể của kiểu nối B-II, kiểu nối B-II khâu treo quai đến dù đơn giản về kĩ thuật nhưng dường như cho kết quả thuận lợi nhất: thời gian phẫu thuật ngắn, duy trì cân nặng và albumin khá tốt, tỉ lệ viêm thực quản trào ngược thấp nhất, tỉ lệ tổn động thực ăn và viêm thực quản trào ngược đều thấp. Đây cũng là phương pháp nối được mô tả bởi tác giả Nakamura [1], như một phương án thay thế hợp lý cho kiểu nối R-Y trong các trường hợp cụ thể, ví dụ như lớn tuổi, nhiều bệnh nền. Phương pháp nối B-I mặc dù cho các kết quả tương đối thuận lợi về mặt chức năng, tuy nhiên lại có tỉ lệ tổn động thực ăn cao đáng kể. Đây cũng là một trong những vấn đề quan trọng nhất của kiểu nối này được đề cập trong các nghiên cứu trước đây [7].

## V. KẾT LUẬN

PHLT kiểu Roux-en-Y có thời gian phẫu thuật lâu hơn, nhưng cho kết quả thuận lợi về mặt dinh dưỡng và giảm tỉ lệ trào ngược dịch mật. PHLT kiểu B-I có tỉ lệ tổn động thực ăn cao. PHLT kiểu B-II khâu treo quai đến đơn giản về mặt kĩ thuật, cho kết quả thuận lợi về mặt chức năng và dinh dưỡng.

## VI. CAM ĐOAN

Nghiên cứu được thực hiện với sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.

Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật về thông

tin của các đối tượng nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nakamura K, Suda K, Suzuki A, Nakauchi M, Shibasaki S, Kikuchi K, Nakamura T, Kadoya S, Inaba K, Uyama I.** Intracorporeal Isosceles Right Triangle-shaped Anastomosis in Totally Laparoscopic Distal Gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2018 Jun;28(3):193-201. doi: 10.1097/SLE.0000000000000535. PMID: 29738380.
- Hoya Y, Mitsumori N, Yanaga K.** The advantages and disadvantages of a Roux-en-Y reconstruction after a distal gastrectomy for gastric cancer. *Surg Today.* 2009;39(8):647-51.
- Kim KH, Park DJ, Park YS, Ahn SH, Park DJ, Kim HH.** Actual 5-year nutritional outcomes of patients with gastric cancer. *J Gastric Cancer.* 2017;17(2):99-109.
- Imamura T, Komatsu S, Ichikawa D, Kosuga T, Kubota T, Okamoto K, et al.** Reconstruction method as an independent risk factor for postoperative bone mineral density loss in gastric cancer. *J Gastroenterol Hepatol.* 2018;33(2):418-25.
- Okuno K, Nakagawa M, Kojima K, Kanemoto E, Gokita K, Tanioka T, et al.** Long-term functional outcomes of Roux-en-Y versus Billroth I reconstructions after laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: a propensity-score matching analysis. *Surg.* 2018;32(11):4465-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-018-6192-2>
- Adachi Y, Suematsu T, Shiraiishi N, Katsuta T, Morimoto, Kitano S, et al.** Quality of life after laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. *Ann Surg.* 1999;229(1):49-54.
- Komatsu S, Ichikawa D, Kubota T, Okamoto K, Shiozaki A, Fujiwara H, et al.** Clinical outcomes and quality of life according to types of reconstruction following laparoscopy-assisted distal gastrectomy for gastric cancer. *Surg Laparosc Endosc Percutaneous Tech.* 2015;25(1): 69-73.
- Võ Duy L, Nguyễn Hoàng B, Đỗ Đình C.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2016;20(2): 112-6.

## KẾT QUẢ 563 TRƯỜNG HỢP TÁN SỎI NỘI SOI NGƯỢC DÒNG ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Quốc Hoà<sup>1,2</sup>, Trịnh Nam Sơn<sup>2</sup>

lệ từ 28-40% các trường hợp bệnh lý sỏi tiết niệu ở Việt Nam. Sỏi niệu quản rất dễ bám dính tổ chức xung quanh do đó cần được điều trị sớm. Tán sỏi nội soi ngược dòng là phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn, có tính hiệu quả cao được khuyến cáo sử dụng điều trị sỏi niệu quản. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả của 563 trường hợp điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng từ tháng 03/2023 đến tháng 08/2023 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là 47,6 tuổi và bệnh nhân nam chiếm đa số với tỉ lệ 57,9%. Kích thước sỏi trung bình trên phim cắt lớp vi tính là 12mm, hầu hết sỏi có kích thước 15mm trở

## TÓM TẮT

**Tóm tắt:** Sỏi tiết niệu là bệnh lý rất thường gặp trong các bệnh lý hệ tiết niệu. Sỏi niệu quản chiếm tỉ

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hoà

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023