Kết quả bước đầu làm miệng nối Billroth I kiểu delta shaped trong phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Địa chỉ liên hệ:
Đinh Văn Chiến,
Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
Km5 Đại lộ Lê Nin, Nghi Phú, TP Vinh, Tỉnh Nghệ An, Vinh
Điện thoại: 0963 311 668
Email: chienbvna@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/9/2023
Ngày chấp nhận đăng: 27/6/2024
Ngày xuất bản: 28/6/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu làm miệng nối Billroth I kiểu delta shaped trong phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, các người bệnh được làm miệng nối Billroth I kiểu delta shaped trong phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị nạo vét hạch D2 từ tháng 12/2022 đến 08/2023 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Kết quả: Có 35 người bệnh, tuổi trung bình 64,8 ± 11,0 (47 – 93) tuổi; tỷ lệ nam/nữ 3,3/1. BMI 20,1 ± 1,2 (18,6 – 23,35) kg/m^2; tình trạng sức khỏe trước mổ chiếm 85,7% là ASA1 và ASA2. Vị trí tổn thương chủ yếu là ở hang vị dạ dày, chiếm 82,9%. Giai đoạn bệnh chủ yếu là I và II, chiếm 90,5%. 2,9% có tai biến trong mổ; 5,8% lỗi kỹ thuật làm miệng nối và 2,9% biến chứng sau mổ, không có biến chứng rò miệng nối và tử vong trong và sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 156,8 ± 15,8 (130 - 190) phút; thời gian nằm viện sau mổ trung bình 6,6 ± 0,5 (6 - 8) ngày.

Kết luận: Kết quả bước đầu làm miệng nối Billroth I kiểu delta shaped trong phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày nạo vét hạch D2 là an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Từ khóa: Kỹ thuật delta shaped, phẫu thuật nội soi dạ dày, ung thư dạ dày.

Initial results of the delta- shaped anastomosis in distal laparoscopic Billroth I gastrectomy associated with D2 lymph node disection at Nghe An Frienship General Hospital

Dinh Van Chien, Nguyen Van Huong

Nghe An Friendship General Hospital

Abstract

Background: The study aimed to evaluate the initial results of the delta- shaped anastomosis in distal laparoscopic Billroth I gastrectomy with D2 lymph node dissection for gastric adenocarcinoma.

Materials and Mehods: A prospective descriptive study of patients underwent the delta- shaped anastomosis in distal laparoscopic Bilroth I gastrectomy with D2 lymph node dissection for gastric adenocarcinoma from December 2022 to August 2023 at Nghe An Friendship General Hospital.

Results: We included 35 patients with a mean age of 64.8 ± 11.0 (47 – 93) years old, ratio of male and female patients was 3,3/1, average of BMI was 20,1 ± 1,2 (18,6 – 23,35) kg/m^2, preoperative ASA were mostly ASA I và ASA II accounted for 85,7%. The location of the lesion was mainly in the antrum of the stomach, accounting for 82.9%. There were 2.9% of cases occurred incident during the surgery and the complications after the surgery accounted for 2.9%. There were 5.8% cases of technical errors in making an delta-shaped anastomosis. No anastomotic leakage or death was observed after the surgery. The operation time was 156.8 ± 15.8 (130 - 190) minutes. The mean hospital stay was 6.6 ± 0.5 (6 - 8) days.

Conclusion: Initial results of the the initial results of the delta-shaped anastomosis in distal laparoscopic Billroth I gastrectomy with D2 lymph node dissection was safe and effective in the treatment of gastric adenocarcinoma.

Keywords: The technique of delta-shaped, Laparoscopic distal gastrectomy, Gastric cancer

Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh phổ biến ở Việt Nam và các nước châu Á như Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc ... [1],[2]. Điều trị ung thư dạ dày là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật triệt căn tổ chức ung thư vẫn là phương pháp được lựa chọn đầu tiên hiện nay [3]. Tuy nhiên, vấn đề phục hồi lưu thông tiêu hóa sao cho sinh lý, an toàn ... sau cắt dạ dày vẫn còn là một vấn đề khó cho các phẫu thuật viên, đến nay đã có nhiều nghiên cứu và báo cáo về các phương pháp phục hồi lưu thông thông tiêu hóa sau mổ mở cắt bán phần xa dạ dày đã được các phẫu thuật viên chấp nhận, ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng.

Năm 1991 Kitano là người đầu tiên phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày trên thế giới [3], năm 1994 Kitano cũng là người đầu tiên thực hiện kỹ thuật nối dạ dày còn lại với mỏm tá tràng theo Billroth I qua phẫu thuật nội soi hỗ trợ [2],[3] nhưng đến nay kỹ thuật nối theo Billroth I cắt bán phần xa dạ dày trong phẫu thuật nội soi (PTNS) vẫn là kỹ thuật khó, mới chỉ có một số kỹ thuật như Billroth I thông thường, Orvill ... được thực hiện khâu qua PTNS hoặc hỗ trợ và đang được các phẫu thuật viên nghiên cứu.

Năm 2002, Kanaya là người đầu tiên báo cáo kỹ thuật làm miệng nối dạ dày còn lại với mỏm tá tràng kiểu Delta shaped đã mở ra một hướng tiếp cận mới trong kỹ thuật phẫu thuật nội soi hoàn toàn phục hồi lưu thông tiêu hóa sau cắt bán phần xa dạ dày [4], đã được ứng dụng rộng rãi ở các nước Nhật Bản, Hàn Quốc (chiếm hơn 80%), Trung Quốc và đã có nhiều báo cáo nghiên cứu về kỹ thuật này, đồng so sánh kết quả sớm, kết quả dài hạn với các kỹ thuật như Billroth I thông thường, Orvil, Roux-en-Y ... các nghiên cứu cũng ghi nhận kết quả tương đồng sau cắt bán phần xa dạ dày khi theo dõi ngắn hạn cũng như dài hạn và ghi nhận kỹ thuật Delta shaped có nhiều ưu điểm hơn trong PTNS hoàn toàn, sinh lý tốt hơn, thời gian hồi phục sức khỏe sau mổ nhanh hơn ... [2],[3],[5]

Để nâng cao hiệu quả điều trị sau phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu báo cáo: *"Kết quả bước đầu làm*

miệng nối Bilroth I kiểu Delta-shaped trong phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An"

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 35 người bệnh (NB) được thực hiện kỹ thuật Delta shaped nối mỏm dạ dày còn lại với mỏm tá tràng bằng băng đạn thẳng nội soi (linear stapler) theo phương pháp Bilroth I trong PTNS cắt hang môn vị điều trị ung thư biểu mô vùng hang môn vị dạ dày với chẩn đoán giai đoạn bệnh trước mổ T1-T3 hoặc ≤ IIB [6],[7] tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, tất cả NB được nối dạ dày với mỏm tá tràng theo phương pháp Bilroth I kiểu Delta-shaped bằng máy cắt nối thẳng sau cắt hang môn vị dạ dày từ 12/2022 đến 08/2023.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm NB: tuổi, giới, ASA, BMI, vị trí tổn thương dạ dày.

Kết quả phẫu thuật: lượng máu mất trong mổ, thời gian mổ, tai biến trong mổ, khoảng cách tổn thương đến diện cắt trên và kết quả giải phẫu bệnh diện cắt sau mổ.

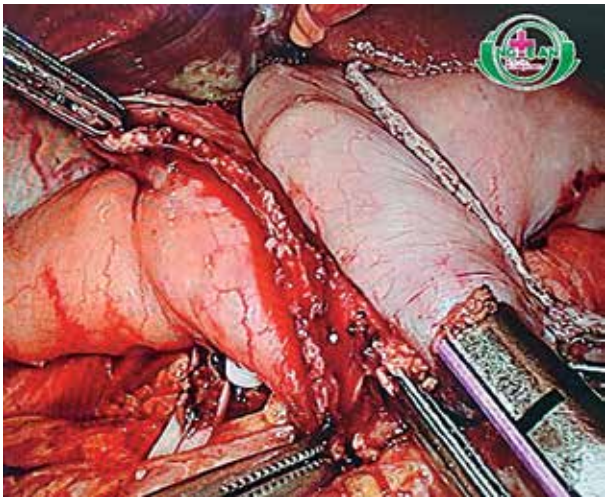
Kết quả sớm: Biến chứng sau mổ, thời gian trung tiện, thời gian rút thông dạ dày, thời gian cho ăn sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

Kỹ thuật làm miệng nối Bilroth I kiểu Delta-shaped: NB nằm ngữa dạng hai chân, phẫu thuật viên đứng bên trái và đặt 5 trocar, tiến hành phẫu tích dạ dày nạo vét hạch D2. Thực hiện nối mỏm dạ dày còn lại với mỏm tá tràng theo các bước như sau:

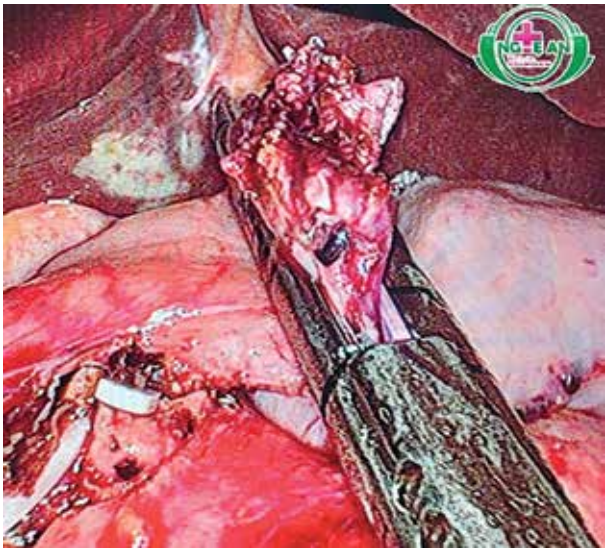
Bước 1: Cắt ngang dạ dày bằng liner staplers, đãm bảo đủ khoảng cách an toàn và miệng nối không căng, sinh thiết diện cắt. Mở lỗ nhỏ khoảng 1,5cm ở bờ cong lớn dạ dày sát diện cắt để đặt để đặt máy nối.

Bước 2: Cắt ngang mỏm tá tràng dưới môn vị khoảng 1cm, đãm bảo mặt sau mỏm tá tràng đủ dài khoảng ≥ 2,5cm. Mở lỗ nhỏ ở bờ dưới mỏm tá tràng khoảng 1cm sát diện cắt để đặt để đặt máy nối.

Bước 3: Dùng stapler thứ nhất luồn qua 2 lỗ mỡ dạ dày và tá tràng (hình 1), nối mặt sau mỏm cắt dạ dày với mặt sau mỏm tá tràng (tạo thành diện cắt hình nón), kiểm tra cầm máu diện cắt nếu chảy máu.

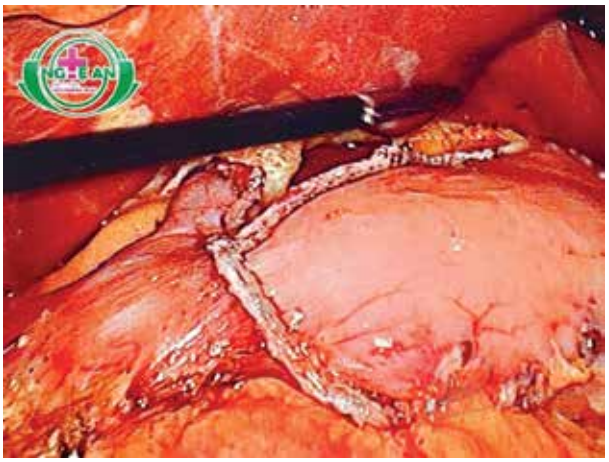


Hình 1: Nối dạ dày với tá tràng



Hình 2: Đóng kín miếng nối

Bước 4: Dùng stapler thứ 2 đóng kín mặt đáy miệng nối (hình 2) tạo thành miệng nối hình delta, đông thời luôn sonde dạ dày qua miệng nối để bơm hơi hoặc nước qua thông dạ dày kiểm tra sự lưu thông và kín miếng nối (hình 3,4).



Hình 3: Mặt trước miệng nối



Hình 4: Mặt sau miếng nối

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

Kết quả nghiên cứu

Triển khai nghiên cứu từ tháng 12/2022 đến 08/2023, gồm 35 NB có kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh nghiên cứu

Đặc điểm người bệnh nghiên cứu		Trung bình, n, %
Tuổi (năm)		64,8 ± 11,0 (47 – 93)
BMI (kg/m^2)		20,1 ± 1,2 (18,6 – 23,35)
Giới tính	Nam	27 (77,1%)
	Nữ	08 (22,9%)
ASA	ASA1	18 (51,4%)
	ASA2	12 (34,3%)
	ASA3	05 (14,3%)
Vị trí tổn thương	Hang vị	29 (82,9%)
	Ống môn vị	6 (17,1%)
Giai đoạn bệnh sau mổ	IA	4 (11,4%)
	IB	18 (51,4%)
	IIA	4 (14,1%)
	IIB	5 (14,3%)
	IIIA	3 (8,6%)
	IIIB	1 (2,9%)

Tuổi thấp nhất trong nhóm nghiên cứu là 47 tuổi và cao nhất là 93 tuổi, BMI thấp nhất 18,6 kg/m^{2}và cao nhất là 23,3 kg/m^2. Tỷ lệ nam/nữ 3,3/1. Tình trạng sức khỏe trước mổ chiếm 85,7% là ASA1 và ASA2. Vị trí tổn thương chủ yếu là ở hang vị dạ dày, chiếm 82,9%. Giai đoạn bệnh chủ yếu là I và II, chiếm 90,5%. Có 3 NB giai đoạn IIIA và 1 NB IIIB sau mổ, cả 4 NB này trước mổ khối u đều ≤ T3 tương ứng với giai đoạn IIA và IIB nhưng số hạch di căn sau mổ ở mức N2 và N3a nên đã làm tăng giai đoạn sau mổ.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	N, trung bình, %
Tai biến trong mổ	01 (2,9%)
Lỗi kỹ thuật làm miệng nối TQ-HT	02 (5,8%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	156,8 ± 15,8 (130 - 190)
Lượng máu mất trong mổ trung bình (ml)	27,4 ± 22,9 (15 - 150)
Khoảng cách từ bờ TT đến diện cắt trên (cm)	4,57 ± 1,17 (3 – 7)
Giải phẫu bệnh diện cắt âm tính	35 (100%)

100% NB được PTNS hoàn toàn nối dạ dày với mỏm tá tàng bằng kỹ thuật Delta shaped bằng băng đạn thẳng nội soi (linear staplers). 2,9% có tai biến trong mổ là 1 trường hợp tổn thương nhánh mạch ở bờ trên tá tràng (động mạch tá tràng 1, 2) gây chảy máu (khoảng 150ml) trong thì làm miệng nối do thao tác; 5,8% lỗi kỹ thuật thuật khi dùng stapler thứ 2 cắt đóng không kín miệng nối nên phải khâu tăng cường 1 mũi chữ X bằng chỉ vicryn 3.0. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp hợp phải chuyển đổi phương pháp nối (Billroth II) do khi luồn stapler thứ nhất vào mõm tá tráng thì bị xuyên thủng bờ trên mỏm tá tràng (đưa ra khỏi báo cáo này). Thời gian phẫu thuật trung bình 156,8 ± 15,8 phút, ngắn nhất là 130 phút, dài nhất là 190 phút. Khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến diện cắt trên ngắn nhất là 3cm và daì nhất là 7cm, 100% diện cắt không còn tế bào ung thư.

Bảng 3. Kết quả điều trị sau mổ

Kết quả điều trị sau mổ		**N, trung bình, %**
Biến chứng sau mổ	Viêm tụy cấp	01 (2,9%)
	Không có biến chứng	34 (97,1%)
Thời gian lưu sonde dạ dày sau mổ (ngày)		1,4 ± 0,6 (1 - 3)
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày)		2,06 ± 0,59 (1 - 4)
Thời giant rung tiện trung bình (giờ)		50,3 ± 6,9 (48 - 72)
Thời gian cho ăn đường miệng (ngày)		2,1 ± 0,47 (1 - 4)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		6,6 ± 0,5 (6 - 8)

Kết quả có 2,9% có biến chứng sau mổ là viêm tụy cấp, đều điều trị nội khoa ổn định ra viện. Không có trường hợp nào rò miệng nối hoặc biễn chứng khác và tử vong sau mổ. Thời gian ra viện trung bình là 6,6 ngày (45,7% ra viện vào ngày thứ 6 sau mổ và 51,4% ra viện ngày thứ 7 sau mổ). Thời gian lưu sonde dạ dày trung bình là 1,4 ngày (67,5% lưu 1 ngày, 28,6% lưu 2 ngày và 5,7% lưu sonde dạ dày 3 ngày).

Bàn luận

Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 64,8 ± 11,0 tuổi, thấp nhất là 47 tuổi và cao nhất là 93 tuổi.77,1% là nam giới và 22,9 % là nữ giới. Tỷ lệ nam/nữ 3,3/1. Theo nghiên cứu của các tác giả tuổi mắc UTDD ở các nước như Nhật Bản và Hàn Quốc, Trung Quốc và Việt Nam là 62,7 - 64,8 [2],[3],[5]. BMI trung bình là 20,1 ± 1,2 kg/m^2, thấp nhất 18,6 kg/m^2 và cao nhất là 23,3 kg/m^2. Đánh giá tình trạng sức khỏe trước mổ theo ASA chủ yếu là ASA1 và ASA2 chiếm 85,7%. Chúng tôi chỉ định cắt bán phần xa dạ dày làm miệng nối Delta-shaped cho những trường hợp UTDD ở hang vị và ống môn vị, giai đoạn trước mổ T1-T3 và ≤ IIB nhưng kết quả sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 (8,6%) NB giai đoạn IIIA và 1 (2,9%) NB IIIB là do số hạch di căn sau mổ ở mức N2 và N3a nên đã làm tăng giai đoạn sau mổ.

Kết quả nghiên cứu có 82,9% tổn thương mức T1-T3 nằm ở hang vị và 17,1% ở ống môn vị dạ dày; với kết quả này phù hợp với chỉ định cắt bán phần xa dạ dày nối lưu thông theo Delta-shaped của các tác giả trong nước và trên thế giới [6],[7],[8],[9]. Một vấn đề mà chúng ta quan tâm là khoảng cách từ bờ tổn thương đến điện cắt trên có đủ an toàn về mặt tế bào học trong ung thư không, các nghiên cứu gần đây cho thấy khoảng cách này có thể từ 2cm trở lên đối với UTDD thể loét nhưng phải đảm bảo sinh thiết diện cắt không còn tế bào ung thư, đặc biệt trong giai đoạn sớm. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến diện cắt trên ngắn nhất là 3cm và dài nhất là 7cm, trung bình 4,57cm. 100% diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư. Những trường hợp tổn thương lên cao đến phần đứng bờ cong nhỏ dạ dày thì chúng tôi tiến hành nối theo phương pháp Billroth II. Theo các tác giả Nhật Bản, khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến diện cắt trên ít nhất là 5cm [8],[9],[10].

Kỹ thuật nối lưu thông tiêu hóa theo Bilroth I kiểu Delta-shaped: chúng tôi tiến hành nối lưu thông tiêu hóa trong PTNS cắt bán phần xa dạ dày, làm miệng nối dạ dày còn lại với mỏm tá tràng bằng miệng nối Delta-shaped bằng linear staplers. Chúng

tôi nhận thấy làm miệng nối qua PTNS hoàn toàn có nhiều ưu điểm hơn so với khâu nối trong PTNS hỗ trợ hoặc mổ mở như phẫu trường rộng, thao tác của phẫu thuật viên dễ dàng hơn, nối dạ dày còn lại với mỏm tá tràng sẽ làm giảm được số lượng miệng nối (chỉ có 1 miệng nối) nên làm giảm được nguy cơ từ miệng nối, các thao tác phẫu thuật dễ dàng thực hiện và rút ngắn được thời gian mổ, vết mổ nhỏ nên người bệnh phục hồi sức khỏe sau mổ sớm hơn.

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp có tai biến trong mổ chiếm tỷ lệ 2,9%, trường hợp này là tổn thương nhánh động mạch ở bờ trên mỏm tá tràng (động mạch tá tràng 2) trong khi làm miệng nối gây chảy máu khoảng 150ml, nuyên nhân là do thao tác thu gọn bờ trên, mỏm tá tràng vào stapler thứ 2 trước khi bấm cắt. Chúng tôi tiến hành cầm máu bằng kẹp clip mạch máu trong PTNS, sau mổ người bệnh diễn tiến ổn định và ra viện vào ngày thứ 7. Có 2 trường hợp lỗi kỹ thuật trong khi làm miệng nối do khi bấm stapler thứ 2 đã không kiểm soát hết diện cắt miệng nối còn lại nên không kín miệng nối (1 trường hợp là hở ngay góc dưới của đáy delta - phía bờ dưới mỏm tá tràng và 1 trường hợp là ở góc trên của đáy delta), chúng tôi tiên hành khâu kín miệng nối 1 mũi chữ X bằng chỉ vicryn 3.0, sau mổ cả 2 người bệnh diễn tiến ổn định và ra viện vào ngày thứ 7. Có 1 trường hợp phải chuyển đổi phương pháp nối sang Billroth II do khi luồn stapler thứ nhất vào mỏm tá tráng thì bị xuyên thủng bờ trên mỏm tá tràng, lúc này độ dài còn lại của mỏm từ chỗ thủng không đủ để làm miệng nối Delta-shaped vì vậy chúng tôi quyết định chuyển phương pháp làm miệng nối sang Billroth II sau mổ người bệnh diễn tiến ổn định và ra viện, trường hợp này chúng tôi chỉ đưa thêm vào trong kết quả và bàn luận vì trong báo cáo này chỉ báo về miệng nối Delta-shaped. Chúng tôi ghi nhận kết quả bước đầu làm miệng nối Delta-shaped sau cắt bán phần xa dạ dày là khả thi, thao tác dễ dàng, rút ngắn được thời gian mổ đáng kể, tỷ lệ tai biến và lỗi kỹ thuật trong mổ là chấp nhận được so với các nghiên cứu ở các nước có tỷ lệ UTDD, kỹ thuật phẫu thuật và điều trị cao nhất thế giới như Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc [10],[11]. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, chỉ có 1 trường hợp bị viêm tụy cấp sau mổ chiếm 2,9%, trường hợp này có lẻ do trong khi phẫu thuật nạo vét hạch đã làm tổn thương đến nhu mô thân tụy về mặt vi phẫu, sau mổ 12 giờ xét nghiệm amylase máu tăng cao (1150UI) nên dùng thêm giảm tiết dịch tụy (octreotide) và theo dõi men tụy, Tiếp tục điều trị phối hợp viêm tụy cấp sau mổ, bệnh nhận diễn tiến ổn định dần vào ngày thứ 3 đến thứ 5 sau mổ và ra viện ở ngày thứ 8. Không có trường hợp nào có biến chứng rò miệng nối hoặc biến chứng khác cũng như tử vong sau mổ. Nghiên cứu của Kigatami và cộng sự trên 68 người bệnh làm miệng nối Delta-shaped có tỷ lệ biến chứng 2,94% (1 trường hợp tắc ruột sớm và 1 viêm tụy cấp sau mổ) [3]. Han Hong Lee và cộng sự nghiên cứu trên 138 người bệnh làm miệng nối Delta-shaped sau mổ cắt bán phần xa dạ dày có tỷ lệ biến chứng 8% gồm viêm phổi (0,7%), viêm tụy cấp (1,4%), rò miệng nối (1,4%), hẹp miệng nối (1,4%), chảy máu sau mổ (0,7%), tắc ruột sớm (1,4%), nhiễm trùng vết mổ (0,7%) [5].

Chúng tôi ghị nhận lượng máu mất trung bình là 27,4 ± 22,9 (15 - 150) ml; thời gian phẫu thuật trung bình là 156,8 ± 15,8 (130 - 190) phút; thời gian lưu sonde dạ dày sau mổ trung bình là 1,4 ± 0,6 (1 - 3) ngày (67,5% lưu 1 ngày, 28,6% lưu 2 ngày và 5,7% lưu sonde dạ dày 3 ngày); thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là 2,06 ± 0,59 (1 - 4) ngày; thời gian trung tiện sau mổ trung bình 50,3 ± 6,9 (48 - 72) giờ; thời gian bắt đầu cho ăn đường miệng trung bình là 2,1 ± 0,47 (1 - 4) ngày; thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6,6 ± 0,5 (6 - 8) ngày (45,7% ra viện vào ngày thứ 6 sau mổ và 51,4% ra viện ngày thứ 7 sau mổ). Han Hong Lee và cộng sự nghiên cứu trên 138 người bệnh làm miệng nối Delta-shaped sau mổ cắt bán phần xa dạ dày có thời gian phẫu thuật trung bình 220,4 phút; lượng máu mất trong mổ trung bình 99,8 ml; thời gian trung tiện trung bình 2,7 ngày; thời gian cho ăn sau mổ trung bình là 4,6 ngày; thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 8,5 ngày [5]. Nghiên cứu của Kigatami và cộng sự trên 68 người bệnh làm miệng nối Delta-shaped có thời gian phẫu

thuật trung bình 230 phút, lượng máu mất trong mổ trung bình 21,5ml [3].

Kết luận

Kết quả bước đầu làm miệng nối Bilroth I kiểu Delta-shaped trong phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày nạo vét hạch D2 là an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Tài liệu tham khảo

1. Hà Hải Nam, Lê Văn Thành (2022). "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt dạ dày gần toàn bộ trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn CT1-2N0M0 tại bệnh viện K" Tạp chí Y học Việt Nam tập 520 – tháng 11 – số 1A: 10-14.
2. Wei Ding et al (2018), "Comparison of the short-term outcomes between delta-shaped anastomosis and conventional Billroth I anastomosis after laparoscopic distal gastrectomy: A meta-analysis" Medicine 97: 1-9.
3. Hidehiko Kitagami et al (2014), "Evaluation of the delta-shaped anastomosis in laparoscopic distal gastrectomy: midterm results of a comparison with Roux-en-Yanastomosis", Surg Endosc 28: 2137–2144.
4. Seiichiro Kanaya et al (2011), "The delta-shaped anastomosis in laparoscopic distal gastrectomy: analysis of the initial 100 consecutive procedures of intracorporeal gastroduodenostomy", Gastric Cancer 14: 365–371.
5. Han Hong Lee et al (2014), "Delta-shaped anastomosis, a good substitute for conventional Billroth I technique with comparable long-term functional outcome in totally laparoscopic distal gastrectomy", Surg Endosc 1-8.
6. Japanese Gastric Cancer Association (2021). "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition)", Gastric Cancer 24: 1-21.
7. Japanese Gastric Cancer Association (2023). "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2021 (6th edition)", Gastric Cancer 26: 1-25.
8. Kanaya S, Gomi T, et al (2002). "Delta-shaped anastomosis in totally laparoscopic Billroth I gastrectomy: new technique of intraabdominal gastroduodenostomy". J Am Coll Surg 195:284–28.
9. Noshiro H, et al (2011). "An additional suture secures against pitfalls in delta-shaped gastroduodenostomy after laparoscopic distal gastrectomy". Gastric Cancer 14: 385–389
10. Wang N, et al (2014). "Application study of totally laparoscopic distal gastrectomy with delta-shaped anastomosis". Chinese J Gastrointest Surg; 17: 1111–4.
11. Zhang B, et al (2015). "Comparison of early-term effects between totally laparoscopic distal gastrectomy with delta-shaped anastomosis and conventional laparoscopic-assisted distal gastrectomy: a retrospective study". Int J Clin Exp Med; 8:9967–72.