

Đánh giá hiệu quả tái lập lưu thông tiêu hóa bằng kỹ thuật Roux-en-y sau cắt dạ dày bán phần dưới điều trị ung thư dạ dày

Evaluation of the outcomes of roux-en-y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer

Nguyễn Xuân Hòa^{1*} và Nguyễn Đức An²

¹Bệnh viện HN Việt Đức
²Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, độ an toàn và hiệu quả phục hồi lưu thông tiêu hoá sau cắt dạ dày bán phần cực dưới do ung thư bằng phương pháp Roux-en-Y. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 42 người bệnh ung thư biểu mô tuyến 1/3 dưới dạ dày, được phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới và phục hồi lưu thông tiêu hoá theo phương pháp Roux-en-Y tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ 3/2014 đến 8/2018. Các thông số phẫu thuật, biến chứng sớm và muộn sau mổ được ghi nhận và phân tích. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình là $170,3 \pm 22,3$ phút (120 - 215 phút). Số lượng hạch nạo vét trung bình là $20,3 \pm 4,5$ hạch (12 - 33 hạch). Tai biến trong mổ có 1 trường hợp (2,4%) chảy máu mạc treo. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là $22,7 \pm 11,2$ tháng (2 - 52 tháng). Tỷ lệ trào ngược dịch mật có biểu hiện lâm sàng là 9,4%. Nồng độ bilirubin và amylase trong dịch dạ dày sau trung tiện lần lượt là 0,5 mmol/l và 152 mmol/l. Viêm miệng nổi ghi nhận ở 43,8% trường hợp. Hội chứng Dumping sớm gặp ở 9,4% người bệnh, không ghi nhận Dumping muộn. **Kết luận:** Phương pháp Roux-en-Y là khả thi và an toàn trong phục hồi lưu thông tiêu hoá sau cắt dạ dày bán phần cực dưới do ung thư, với tỷ lệ biến chứng thấp và hiệu quả trong hạn chế trào ngược dịch mật.

Từ khóa: Cắt dạ dày bán phần, miệng nối Roux-en-Y, phục hồi lưu thông tiêu hoá.

Summary

Objective: To evaluate the feasibility, safety, and outcomes of Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric carcinoma. **Subject and method:** A prospective study was conducted on 42 patients with adenocarcinoma of the distal third of the stomach, who underwent distal gastrectomy and Roux-en-Y reconstruction at Viet Duc Hospital between March 2014 and August 2018. Operative parameters, postoperative complications, and long-term outcomes were analyzed. **Result:** The mean operative time was 170.3 ± 22.3 minutes (range, 120–215). The mean number of retrieved lymph nodes was 20.3 ± 4.5 (range, 12–33). Intraoperative complication included 1 case (2.4%) of mesenteric bleeding. The mean follow-up period was 22.7 ± 11.2 months (range, 2 - 52). Clinical bile reflux occurred in 9.4% of patients. Median bilirubin and amylase levels in gastric juice after bowel movement were 0.5mmol/L and 152mmol/L, respectively. Anastomotic gastritis was observed in 43.8% of cases. Early dumping syndrome occurred in 9.4% of patients, while no late dumping syndrome was recorded.

Ngày nhận bài: 23/10/2025, ngày chấp nhận đăng: 06/11/2025

* Tác giả liên hệ: drhoanguyenxuan@gmail.com - Bệnh viện HN Việt Đức

Conclusion: Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric carcinoma is feasible and safe, with a low rate of complications and an effective reduction of bile reflux.

Keywords: distal gastrectomy, Roux-en-Y reconstruction, gastric cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính phổ biến. Theo thống kê Globocan 2020, ung thư dạ dày đứng thứ 5 trong các bệnh ung thư về tỉ lệ mắc và đứng thứ 3 về tỉ lệ tử vong¹. Vị trí UTDD hay gặp nhất là 1/3 dưới. Tỷ lệ vị trí này ở Mỹ là 45%, ở Việt Nam theo nhiều nghiên cứu là hơn 80%². Cho tới nay, phẫu thuật vẫn được coi là phương pháp điều trị triệt căn đối với ung thư dạ dày. Các biện pháp điều trị khác như hóa chất, xạ trị, liệu pháp miễn dịch,... chỉ được coi là những phương pháp điều trị bổ trợ tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và giai đoạn bệnh.

Có nhiều phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa sau cắt dạ dày bán phần cực dưới. Một phương pháp lý tưởng cần đảm bảo tỷ lệ biến chứng thấp, giúp người bệnh ăn uống tốt, duy trì tình trạng dinh dưỡng và cải thiện chất lượng cuộc sống^{3,4}. Các phương pháp thường được áp dụng gồm Billroth I, Billroth II và Roux-en-Y. Trong đó, Billroth I có ưu điểm phục hồi lưu thông tiêu hóa gần với sinh lý, nhưng khó thực hiện về mặt kỹ thuật, tỷ lệ rò miệng nối cao và đòi hỏi móm dạ dày còn lại phải đủ dài, do đó ít phù hợp trong phẫu thuật ung thư dạ dày. Billroth II được sử dụng rộng rãi nhưng có nhược điểm gây trào ngược dịch mật, viêm loét và nguy cơ ung thư tái phát tại miệng nối⁴. Phương pháp Roux-en-Y ra đời nhằm khắc phục các hạn chế trên, với ưu điểm làm giảm trào ngược dịch mật vào miệng nối dạ dày và hạn chế hội chứng Dumping. Tuy nhiên, phương pháp này cũng có thể gặp một số biến chứng như loét miệng nối hoặc chập lưu thông dạ dày sau mổ (hội chứng Roux)⁵.

Trong bối cảnh thời gian sống thêm sau mổ của người bệnh ung thư dạ dày ngày càng được cải thiện, việc đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp Roux-en-Y trong phục hồi lưu thông tiêu hóa sau cắt dạ dày bán phần cực dưới là cần thiết. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu phân tích kết quả phục hồi lưu thông tiêu hóa

theo phương pháp Roux-en-Y ở bệnh nhân ung thư dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày 1/3 dưới, được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn cắt dạ dày bán phần cực dưới. Phẫu thuật được thực hiện bởi một nhóm bác sĩ chuyên khoa theo quy trình thống nhất. Tất cả người bệnh trong nghiên cứu đều được phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Roux-en-Y. Người bệnh được hẹn khám lại định kỳ sau mổ, đánh giá tình trạng miệng nối bằng thăm khám lâm sàng và nội soi dạ dày.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 8 năm 2018.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc.

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 hay xâm lấn tạng (còn khả năng phẫu thuật triệt để).

Bước 2: Cắt dạ dày. Tách mạc nối lớn khỏi đại tràng ngang từ phải sang trái tới cực dưới lách. Bộc lộ và thắt tận gốc các bó mạch vị-mạc nối phải, môn vị, vành vị. Cắt và khâu móm tá tràng. Cắt dạ dày (giới hạn trên cách u > 5 cm), lấy bỏ toàn bộ mạc nối lớn và một phần mạc nối vị-lách (thắt một số mạch vị ngắn) tương ứng giới hạn trái diện cắt. Sinh thiết diện cắt dạ dày trên và dưới.

Bước 3: Nạo vét hạch D2. Bao gồm các nhóm hạch số 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p, 12a.

Bước 4: Phục hồi lưu thông tiêu hóa. Thực hiện miệng nối kiểu Roux-en-Y: nối mồm dạ dày với quai hồng tràng qua mạc treo đại tràng ngang. Quai Y được làm dài 45 cm để hạn chế hội chứng Roux, túi cùng hồng tràng đặt về phía bờ cong lớn dạ dày. Miệng nối chân quai Y theo kiểu tận - bên.

Bước 5: Đặt ống thông dạ dày. Đặt ống thông dạ dày vào giữa mồm dạ dày để lấy dịch xét nghiệm sau mổ.

Biến số nghiên cứu

Kết quả sớm:

Thời gian phẫu thuật, số lượng hạch nạo vét, tai biến trong mổ (chảy máu mạc treo, xoắn vặn miệng nối, tổn thương tạng khác, tử vong trong mổ).

Các biến chứng sau mổ và trong vòng 30 ngày đầu: bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn dư, tử vong sớm.

Xét nghiệm nồng độ bilirubin và amylase trong dịch dạ dày ngày thứ nhất sau mổ và sau khi có trung tiện.

Kết quả xa:

Tình trạng viêm miệng nối, trào ngược dịch mật, hội chứng Dumping.

Phân tích số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất - lớn nhất hoặc tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên tổng số 42 người bệnh được làm miệng nối kiểu Roux en Y. Thời gian mổ trung bình là $170,3 \pm 22,3$ phút, ngắn nhất 120 phút và dài nhất 215 phút. Số hạch nạo vét trung bình là $20,3 \pm 4,5$ hạch, ít nhất 12 hạch và nhiều nhất 33 hạch. Trong quá trình phẫu thuật, có 1 trường hợp (2,4%) chảy máu mạc treo cần xử trí cầm máu. Thời gian theo dõi sau mổ dao động từ 2 đến 52 tháng, trung bình $22,7 \pm 11,2$ tháng. Về kết quả xa, có 3 người bệnh (9,4%) xuất hiện triệu chứng trào ngược trên lâm sàng. Tái phát tại miệng nối được ghi nhận ở 2 trường hợp (5%), trong khi di căn xa gặp ở 4 người bệnh (10%).

Bảng 1. Kết quả sớm sau mổ

Biến số	Giá trị
Thời gian trung tiện trung bình (ngày)	$4 \pm 0,6$
Thời gian lưu ống thông dạ dày (ngày)	$4,8 \pm 0,8$
Thời gian ăn đường miệng (ngày)	$5,3 \pm 1$
Bục vết mổ thành bụng (%)	0
Nhiễm trùng vết mổ (%)	5 (11,9%)
Áp xe tồn dư sau mổ (%)	1 (2,4)

Nhận xét: Kết quả sớm sau mổ nhìn chung thuận lợi, thời gian trung tiện và ăn đường miệng sớm, biến chứng tại chỗ thấp (nhiễm trùng vết mổ 11,9%, áp xe tồn dư 2,4%, không có bục vết mổ).

Bảng 2. Nồng độ Bilirubin và Amylase trong dịch dạ dày

Thời điểm	Nồng độ (mmol/l)	Trung vị	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Ngày thứ nhất sau mổ	Bilirubin	2,14	0	1270
	Amylase	1358	1	126754
Sau khi có trung tiện	Bilirubin	0,5	0	548,3
	Amylase	152	0	14310

Nhận xét: Nồng độ Bilirubin và Amylase trong dịch dạ dày ở nhóm Roux en Y đều ở mức thấp, đặc biệt sau khi trung tiện giảm rõ rệt so với ngày đầu sau mổ.

Bảng 3. Tình trạng miệng nối dạ dày đánh giá qua nội soi

Chỉ số		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm miệng nối	Có	18	43,8
	Không	24	56,2

Chỉ số		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Trào ngược dịch mật	Có	1	3,1
	Không	41	96,9
Tổng		42	100

Nhận xét: Tỷ lệ viêm miệng nổi khá cao (43,8%), tuy nhiên tỷ lệ trào ngược dịch mật rất thấp (3,1%).

Bảng 4. Hội chứng Dumping

Chỉ số		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Dumping sớm	Có	4	9,4
	Không	38	90,6
Dumping muộn	Có	0	0
	Không	42	100
Tổng		42	100

Nhận xét: Hội chứng Dumping hiếm gặp, chỉ có 9,4% trường hợp Dumping sớm, không ghi nhận Dumping muộn.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phục hồi lưu thông tiêu hóa bằng kỹ thuật Roux-en-Y là khả thi và an toàn. Thời gian phẫu thuật trung bình đạt $170,3 \pm 22,3$ phút, số lượng hạch nạo vét trung bình $20,3 \pm 4,5$ hạch (dao động từ 12 đến 33 hạch). Có 1 trường hợp (2,4%) chảy máu mạc treo trong mổ nhưng đã được xử trí thành công. Số lượng hạch thu được vượt ngưỡng khuyến nghị quốc tế ($\geq 15-16$ hạch), cho thấy chất lượng phẫu thuật và giá trị phân giai đoạn đạt yêu cầu⁶.

Một ưu điểm nổi bật của miệng nối Roux en Y là khả năng hạn chế trào ngược dịch mật. Trong nghiên cứu này, chỉ có 9,4% người bệnh xuất hiện triệu chứng trào ngược trên lâm sàng. Kết quả xét nghiệm dịch dạ dày sau khi có trung tiện cho thấy nồng độ bilirubin và amylase đều ở mức thấp (lần lượt 0,5mmol/L và 152U/L). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó miệng nối Roux en Y được chứng minh có hiệu quả rõ rệt trong việc giảm trào ngược dịch mật, viêm mồm dạ dày và cải thiện chất lượng sống lâu dài⁵. Cơ chế được lý giải bởi cấu hình quai chữ Y giúp ngăn dòng dịch mật – tụy trào ngược lên dạ dày còn lại⁷. Qua nội soi, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ viêm miệng nối là 43,8% và trào ngược mật qua nội soi chỉ chiếm 3,1%. Tỷ lệ

viêm miệng nối này tương đương với một số báo cáo khác trong y văn, tuy nhiên có thể chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố như thời điểm nội soi, việc sử dụng thuốc ức chế bơm proton, tình trạng nhiễm H. pylori⁸. Dù vậy, xu hướng chung vẫn cho thấy miệng nối Roux en Y có tỷ lệ viêm và trào ngược dịch mật thấp hơn so với các phương pháp khác khi theo dõi trung và dài hạn⁹.

Hội chứng Dumping trong nghiên cứu hiếm gặp, chỉ ghi nhận 9,4% trường hợp Dumping sớm, không phát hiện trường hợp Dumping muộn. Kết quả này tương đồng với các báo cáo quốc tế, cho thấy miệng nối Roux en Y có tác dụng hạn chế hội chứng Dumping¹⁰. Kết quả sớm sau mổ nhìn chung thuận lợi: thời gian trung tiện trung bình $4 \pm 0,6$ ngày, bắt đầu ăn đường miệng sau $5,3 \pm 1$ ngày. Các biến chứng tại chỗ ở mức thấp, bao gồm nhiễm trùng vết mổ 11,9%, áp-xe tồn dư 2,4%, và không ghi nhận trường hợp bục vết mổ. Những số liệu này phù hợp với xu hướng an toàn của miệng nối Roux en Y được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu gần đây, cho thấy miệng nối Roux en Y không làm tăng nguy cơ biến chứng so với các phương pháp khác, trong khi có ưu thế về cải thiện chức năng tiêu hóa và chất lượng sống sau mổ¹¹.

IV. KẾT LUẬN

Phục hồi lưu thông tiêu hóa sau cắt dạ dày bán phần do ung thư theo phương pháp Roux-en Y cho thấy tính khả thi và độ an toàn chấp nhận được, với

tỷ lệ biến chứng thấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp này có thể góp phần làm giảm tình trạng trào ngược dịch mật vào miệng nối và viêm môm dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al (2021) *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. CA: A Cancer Journal for Clinicians 71(3): 209-249. doi:10.3322/caac.21660.
2. Đặng Vĩnh Dũng (2011) *Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp phục hồi lưu thông dạ dày -ruột theo Roux en Y & Billroth II trong phẫu thuật cắt đoạn dạ dày ung thư*. Luận án Tiến sỹ y học. Thư viện Quốc Gia 3: 6-15.
4. Ishikawa M, Kitayama J, Kaizaki S et al (2005) *Prospective randomized trial comparing Billroth I and Roux-en-Y procedures after distal gastrectomy for gastric carcinoma*. World J Surg 29(11): 1415-1420; discussion 1421. doi:10.1007/s00268-005-7830-0
4. Piessen G, Triboulet JP, Mariette C (2010) *Reconstruction after gastrectomy: Which technique is best?* J Visc Surg 147(5): 273-283. doi: 10.1016/j.jvisc Surg.2010.09.004
5. Hirao M, Takiguchi S, Imamura H et al (2013) *Comparison of Billroth I and Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: one-year postoperative effects assessed by a multi-institutional RCT*. Ann Surg Oncol 20(5):1591-1597. doi: 10.1245/s10434-012-2704-9
6. Varga Z, Kolozsi P, Nagy K, Tóth D (2022) *Optimal extent of lymph node dissection in gastric cancer*. Front Surg 9. doi:10.3389/fsurg.2022.1093324
7. Roux-en-Y versus Billroth I reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: a meta-analysis. In: *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-Assessed Reviews [Internet]*. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2013. Accessed August 20, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK131831/>
8. Park JY, Kim YJ (2014) *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 14(4): 229-237. doi:10.5230/jgc.2014.14.4.229
9. Kim CY (2022) *Postgastrectomy syndrome*. Foregut Surg 2(1):17-28. doi:10.51666/fs.2022.2.e4
10. He L, Zhao Y (2019) *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) 98(48):17093. doi:10.1097/MD.00000000000017093
11. Yang K, Zhang WH, Liu K, Chen XZ, Zhou ZG, Hu JK (2017) *Comparison of quality of life between Billroth-I and Roux-en-Y anastomosis after distal gastrectomy for gastric cancer: A randomized controlled trial*. Sci Rep 7(1): 11245. doi:10.1038/s41598-017-09676-2