

**KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG NGỰC – BỤNG
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

Bùi Thị Hiền^{1}, Nguyễn Văn Tuấn¹, Mai Văn Đợi¹, Nguyễn Văn Hiền¹,
Trần Phước Hồng², Phạm Văn Năng¹*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang

**Email: buithihien1604@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt thực quản đã được chứng minh là phương pháp an toàn, tỉ lệ tử vong thấp (1,4% - 1,9%), thời gian nằm viện ngắn và kết quả ung thư học tương đương với mổ mở. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi đường ngực - bụng điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 31 bệnh nhân ung thư thực quản được chỉ định mổ cắt thực quản nội soi tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 01/2015 đến 10/2022. **Kết quả:** 100% bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình: $60,16 \pm 9,64$ tuổi. Tất cả các trường hợp đều thực hiện thành công với 30 trường hợp miệng nối ở cổ, 1

trường hợp miệng nối trong ngực. Thời gian phẫu thuật trung bình: $474,35 \pm 86,68$ phút, tỉ lệ tai biến: 3,2% (1 trường hợp rách khí quản màng), tỉ lệ biến chứng: 64,5% (hô hấp 54,8%, khàn giọng thoát qua 12,9%, xì miệng nối 9,7%), tỉ lệ tử vong sau mổ: 3,2%, thời gian nằm viện trung bình: $18,26 \pm 5,1$ ngày. Số hạch nạo vét được trung bình: $8,9 \pm 3,83$ hạch. Mô bệnh học sau mổ: 87,1% cacrcinôm tế bào gai, 9,7% cacrcinôm tuyến, 69% biệt hóa vừa. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thực quản nội soi điều trị ung thư thực quản là khả thi, tỉ lệ biến chứng và tử vong chấp nhận được.

Từ khóa: Ung thư thực quản, cắt thực quản, phẫu thuật nội soi đường ngực bụng.

ABSTRACT

EARLY OUTCOMES OF THORACO – LAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

**Bui Thi Hien^{1*}, Nguyen Van Tuan¹, Mai Van Doi¹, Nguyen Van Hien¹,
Tran Phuoc Hong², Pham Van Nang¹**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. General Hospital of An Giang Area Province

Background: Minimally invasive esophagectomy (MIE) has proved to be safe with lower morbidity, lower mortality (1.4 – 1.9%), short duration of hospitalization, and similar oncological outcomes. **Objective:** To evaluate the early outcomes of thoracic-laparoscopic esophagectomy for treating esophageal cancer at the Department of General Surgery of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** A retrospective and prospective descriptive study on 31 patients undergoing MIE at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2015 to October 2022. **Results:** 31 esophageal cancer patients were male, the median age was 60.16 ± 9.64 years (37-80 years). All cases were successfully performed, 30 cases with anastomosis in the neck, and 1 case with anastomosis in the thorax. The median duration of surgery was 474.35 ± 86.68 minutes. There was one case of tracheal injury (3.2%), which was viewed and managed at operation. Postoperative morbidity was 64.5%: respiratory complications 54.8%, leakage of anastomosis 9.7%, dysphonia 12.9%, and mortality 3.2%. The median postoperative hospital stay was 18.26 ± 5.1 days. The average number of harvested lymph nodes: is 8.9 ± 3.83 nodes. Postoperative pathological results: squamous cell carcinoma 87.1%, adenocarcinoma 9.7%, and in almost all cases were moderately differentiated, 69%. **Conclusion:** Laparo-thoracoscopic esophagectomy for the treatment of esophageal cancer was a safe method that has acceptable morbidity and mortality.

Keywords: Esophageal cancer, esophagectomy, thoraco-laparoscopic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2020, ung thư thực quản (UTTQ) đứng thứ 12 trong các loại ung thư thường gặp với 3.281 ca mắc mới và 3.080 ca tử vong mỗi năm. UTTQ là bệnh có tiên lượng xấu, điều trị phức tạp và khó khăn, đòi hỏi phối hợp nhiều phương pháp (phẫu thuật, hóa trị và xạ trị), trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn cho những bệnh nhân có khối u còn cắt được. Phương pháp phẫu thuật thường được sử dụng gồm cắt thực quản đường ngực chuẩn, cắt thực quản qua khe hoành, hoặc cắt thực quản nội soi. Mổ mở cắt thực quản có nhược điểm là phải phối hợp nhiều đường mổ nên tiên lượng sau mổ rất nặng nề, bệnh nhân đau nhiều, tỉ lệ biến chứng chung dao động từ 20% - 46%, đặc biệt là các biến chứng về hô hấp. Sự ra đời của phẫu thuật nội soi (PTNS) với nhiều ưu điểm so với mổ mở kinh điển như: ít xâm lấn, giảm đau, hồi phục nhanh và thẩm mỹ hơn [14]. Những nghiên cứu tại các trung tâm ngoại khoa trên thế giới cũng như ở nước ta cho thấy cắt thực quản nội soi có tỉ lệ tử vong thấp (1,4% - 1,9%), thời gian nằm

viện ngắn hơn và kết quả về ung thư học tương đương với mổ mở [1], [9]. PTNS đường ngực - bụng cắt thực quản là phẫu thuật ít xâm hại, ít các biến chứng về hô hấp và giúp cho quá trình phẫu tích thực quản ở thì ngực dễ dàng hơn [1], [2], [15]. Để hiểu rõ vai trò của cắt thực quản nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi đường ngực - bụng điều trị ung thư thực quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán UTTQ và được chỉ định cắt thực quản nội soi tại Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 01/2015 đến 10/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô thực quản, được chỉ định cắt thực quản nội soi. $U \leq T4$. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và các thông tin cần ghiên cứu. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** những trường hợp mất thông tin, mất liên lạc hoặc không đồng ý cung cấp thông tin nghiên cứu. Có tiền căn phẫu thuật mở vùng ngực phải. Ung thư của cơ quan khác xâm lấn, di căn thực quản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** được tính theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu

Xác định các kết quả sớm của phẫu thuật như: thời gian mổ, tỉ lệ tai biến, tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ tử vong sau mổ, đánh giá giai đoạn sau mổ và thời gian nằm viện.

- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thu thập theo bảng số liệu có sẵn, khai thác hồ sơ bệnh án, tập trung vào các chỉ tiêu nghiên cứu đã liệt kê ở trên. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 và test thống kê y học.

- Quy trình kỹ thuật:

Chúng tôi thực hiện kỹ thuật 3 trường mổ: ngực, bụng và cổ hoặc 2 trường mổ: ngực và bụng. Bệnh nhân được gây mê qua đặt Carlène làm xẹp phổi phải.

* **Thì ngực:** tư thế: nằm sấp, nghiêng trái 30^0 . Đặt 4 trocar: 1 trocar 10mm ở liên sườn 5 đường nách giữa, 1 trocar 10mm ở liên sườn 9 đường nách sau, 1 trocar 5mm ở liên sườn 3 đường nách giữa, 1 trocar 5mm ở liên sườn 9 đường nách giữa. Phẫu tích, thắt và cắt đôi quai tĩnh mạch đơn. Cắt dây chằng tam giác phổi phải, mở màng phổi trung thất theo 2 đường, phía sau dọc theo bờ trước tĩnh mạch đơn và phía trước dọc theo màng tim, phế quản phải và dọc theo khí quản, hai đường gặp nhau ở đỉnh lồng ngực và trên cơ hoành. Bóc tách thực quản, phẫu tích và kẹp clip các mạch máu thực quản, vét hạch trung thất quanh thực quản và khối hạch dưới chỗ chia khí phế quản thành một khối. Lấy trọn mạc treo thực quản. Các hạch cần nạo vét gồm: hạch cạnh thực quản, hạch cạnh khe hoành, hạch ngã ba khí phế quản, hạch cạnh động mạch chủ, hạch rốn phổi hai bên. Sau khi bóc tách hết thực quản ngực, ống dẫn lưu màng phổi được đặt qua lỗ trocar liên sườn 5, bóp bóng để nở phổi và khâu các lỗ đặt trocar thành ngực.

* **Thì bụng:** tư thế: nằm ngửa, dạng 2 chân. Đặt 5 trocar: 1 trocar 10mm ở trên rốn, 1 trocar 5mm ở ngay dưới mũi ức, 1 trocar 10mm giao giữa đường kẻ ngang qua rốn và đường giữa đòn trái, 1 trocar 5mm ở điểm giao giữa đường kẻ ngang qua rốn và đường giữa đòn phải, 1 trocar 5mm ở dưới bờ sườn trái, đường nách trước. Cắt mạc nối lớn ngoài cung mạch vị mạc nối phải, bảo tồn bó mạch vị mạc nối phải và môn vị. Cắt các nhánh vị ngắn. Thất động mạch, tĩnh mạch vành vị và vị mạc nối trái. Nạo vét các nhóm hạch bao gồm: 1, 2, 3, 7, 8, 9, 11. Tạo đường hầm sau xương ức từ dây chằng liềm đến hõm ức trong trường hợp tiến hành nối dạ dày - thực quản qua đường sau xương ức, khâu đóng lỗ cơ hoành.

- **Tạo hình ống dạ dày:** mở bụng 5cm dưới mũi ức, tạo hình ống dạ dày bằng máy cắt nối thẳng, khâu tăng cường bằng chỉ đơn sợi. Tạo hình môn vị.

- **Thì cổ trái:** tư thế: đầu nghiêng phải, độn gối dưới vai. Mở dọc bờ trước cơ ức đòn chũm, phẫu tích giải phóng thực quản cổ. Cắt đôi thực quản cổ ngang mức bờ dưới tuyến giáp.

- **Thực hiện miệng nối:**

+ Kỹ thuật 3 trường mổ: đưa ống dạ dày lên cổ qua trung thất sau hoặc đường hầm sau xương ức và thực hiện miệng nối thực quản ống dạ dày bên - bên bằng máy cắt nối thẳng hoặc nối tận - tận bằng chỉ vicryl 3.0.

+ Kỹ thuật 2 trường mổ: chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm sấp, nghiêng trái 30⁰, đưa ống dạ dày qua trung thất sau vào lồng ngực, thực hiện miệng nối ống dạ dày - thực quản bên - bên trong lồng ngực.



Hình 1. Tạo hình ống dạ dày và mẫu bệnh phẩm sau mổ
(Nguồn : Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2015 đến 10/2022 chúng tôi thực hiện cắt thực quản nội soi đường ngực - bụng cho 31 bệnh nhân, đều là nam giới, tuổi trung bình $60,16 \pm 9,64$ tuổi (trẻ nhất là 37 tuổi và lớn nhất là 80 tuổi). Tất cả các trường hợp đều thực hiện thành công với 30 trường hợp miệng nối ở cổ, 1 trường hợp miệng nối trong ngực; 23 trường hợp đưa ống dạ dày lên làm miệng nối qua đường trung thất sau và 8 trường hợp qua đường hầm sau xương ức.

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ SỐ 55/2022- SỐ CHUYÊN ĐỀ HỘI NGHỊ QUỐC TẾ

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật

Các thông số		Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	Tổng	474,35 ± 86,68 (345-650)
	Thì ngực	217,26 ± 57,87 (130-420)
	Thì bụng	255,81 ± 58,53 (135-390)
	Thì cổ	118,71 ± 31,88 (60-120)
Tai biến trong lúc mổ (%)		3,2
Số hạch nạo vét được (hạch)		8,9 ± 3,83 (2-16)
Thời gian nằm khoa hồi sức tích cực/hậu phẫu (ngày)		2,48 ± 1,71 (1-11)
Thời gian trung tiện trung bình (ngày)		2,82 ± 1,18 (1-5)
Thời gian rút ống dẫn lưu ngực trung bình (ngày)		7,04 ± 2,26 (3-14)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		18,26 ± 5,1 (7-27)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình: 474,35 ± 86,68 phút. Tỷ lệ tai biến trong mổ (3,2%): 1 trường hợp rách khí quản màng lúc phẫu tích. Thời gian nằm khoa hồi sức tích cực/hậu phẫu trung bình, thời gian trung tiện trung bình và thời gian rút ống dẫn lưu trung bình lần lượt là 2,48 ± 1,71 ngày, 2,82 ± 1,18 ngày và 7,04 ± 2,26 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 18,26 ± 5,1 ngày.

Mô bệnh học sau mổ: 87,1% ung thư tế bào gai, 9,7% ung thư biểu mô tuyến và 1 trường hợp (3,2%) có kết quả là mô viêm mạn tính sau hóa - xạ trị với kết quả giải phẫu bệnh trước mổ là ung thư tế bào gai, biệt hóa vừa. Độ biệt hóa: 20,7% bệnh nhân có độ biệt hóa cao, 69% biệt hóa vừa, 10,3% biệt hóa thấp.

Bảng 2. Giai đoạn bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh		Số lượng	Tỉ lệ
Mức độ xâm lấn thành	T1	1	3,3
	T2	5	16,7
	T3	17	56,7
	T4	7	23,3
Giai đoạn bệnh	I	1	3,3
	II	10	33,3
	III	6	20,0
	IV	12	31,6

Nhận xét: mức độ xâm lấn thành của khối u gặp từ T1 đến T4, trong đó, T3 và T4 là chủ yếu với 17 trường hợp T3 (56,7%), 7 trường hợp T4 (23,3%). Phần lớn bệnh ở giai đoạn muộn với 12 bệnh nhân (31,6%) được đánh giá giai đoạn IV.

Bảng 3. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Xì miệng nổi		3	9,7
Biến chứng hô hấp	Viêm phổi	11	35,5
	Tràn dịch màng phổi	5	16,1
	Xẹp phổi	4	12,9
	khác	1	3,2
Biến chứng tim mạch		1	3,2
Nhiễm trùng vết mổ		1	3,2

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Khàn giọng thoáng qua	4	12,9
Tụ dịch	1	3,2
Tử vong	1	3,2

Nhận xét: Biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi (35,5%), 1 trường hợp ngưng tim ngưng thở nghi do hít sặc trong ngày hậu phẫu 2 (3,2%), 3 trường hợp xì miệng nổi (9,7%), 1 trường hợp (3,2%) rối loạn nhịp tim sau mổ, 1 trường hợp áp xe tồn lưu ổ bụng (3,2%), 4 trường hợp khàn giọng (12,9%), 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ (3,2%).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư thực quản là bệnh có tiên lượng xấu, thường gặp ở nam giới trên 50 tuổi [1], [4]. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 31 bệnh nhân đều là nam giới, tương tự như kết quả của Trần Mạnh Hùng [3] và Phan Thanh Tuấn [6]. Tuổi trung bình là $60,16 \pm 9,64$ (37 – 80) tuổi, nhóm 60 – 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (48,4%). Kết quả này tương tự với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Trọng Nhật Phương [4] là 61,7 tuổi và Pather K [12] là 68 tuổi, nhưng lại cao hơn các tác giả khác trong nước [1], [5]. Thời gian phẫu thuật trung bình là $474,35 \pm 86,68$ (345 - 650) phút. Trong đó, thời gian thì nội soi ngực trung bình là $217,26 \pm 57,87$ phút, thì nội soi ổ bụng là $255,81 \pm 58,53$ phút và thì cổ là $118,71 \pm 31,88$ phút. Kết quả này cao hơn tác giả Nguyễn Xuân Hòa [1] là 320,5 phút, Phạm Trung Vỹ [7] là 315,2 phút, và Chowdappa R [9] với thời gian mổ nội soi là 260 phút và mổ mở là 180 phút; do đa số bệnh nhân của chúng tôi đều đến trong giai đoạn muộn; có 8 trường hợp khối u to, xâm lấn xung quanh, trong đó 4 trường hợp cắt u không triệt căn (12,9%). Trong nghiên cứu này, chúng tôi không phải chuyển mổ mở trường hợp nào. Một trường hợp dày dính khoang màng phổi nhiều ở bệnh nhân có tiền sử lao phổi cũ được gỡ dính thành công. Tồn thương khí phế quản có thể do tác động trực tiếp từ sự truyền nhiệt của đốt điện đơn cực, nạo vét hạch trung thất hoặc u xâm lấn. Decker và cs [10] ghi nhận tỉ lệ tổn thương khí phế quản trong PTNS ngực - bụng cắt thực quản là 0,8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp (3,2%) khối u to ở vị trí tiếp giáp 1/3 trên và 1/3 giữa, xâm lấn khí quản và cung động mạch chủ (T4a), trong quá trình phẫu tích gỡ dính gây rách khí quản màng # 2cm. Xử trí: hội chẩn bác sĩ chuyên khoa Ngoại Lồng Ngực và khâu kín khí quản bằng chỉ prolen 4.0 qua nội soi, đặt 2 ống dẫn lưu ngực, bệnh nhân thở máy sau mổ với ống nội khí quản được đặt qua chỗ rách, rút ống nội khí quản sau 14 giờ. Theo dõi ghi nhận khí ra bình dẫn lưu đến ngày hậu phẫu 6, 1 ống dẫn lưu ngực được rút vào ngày hậu phẫu 9 và rút ống còn lại vào ngày hậu phẫu 14. Bệnh nhân ổn định dần và xuất viện sau mổ 17 ngày. Biến chứng hô hấp là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật cắt thực quản, là nguyên nhân của 50% đến 65% trường hợp tử vong có liên quan đến cắt thực quản [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi biến chứng hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất 54,8%, thường gặp là viêm phổi (35,5%), tràn dịch màng phổi (16,1%) và xẹp phổi (12,9%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hòa [1] là 6,8 %, Trần Mạnh Hùng [3] là 5% và Chowdappa R [9] là 7,4% trong mổ nội soi và 25,6% trong mổ mở. Nguyên nhân do thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn và bệnh nhân có bệnh lý hô hấp kèm theo trước đó. Chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp xì miệng nổi (9,7%) với 1 trường hợp (3,2%) tử vong sau khi mổ lại. Trường hợp đầu tiên, bệnh nhân viêm phổi diễn tiến nặng vào ngày hậu phẫu 9, đáp ứng kém với điều trị nội khoa, đến ngày hậu phẫu thứ 12, bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ngực ghi nhận xì miệng nổi và được chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực và ổ bụng bơm rửa + dẫn

lưu, mở thực quản ra da và mở hồng tràng nuôi ăn, sau 5 ngày điều trị tại khoa hậu phẫu bệnh nhân diễn biến nặng hơn, gia đình xin về. Trường hợp 2, bệnh nhân xuất hiện tình trạng viêm phổi và rung nhĩ đáp ứng thất nhanh sau mổ, điều trị nội khoa đáp ứng tốt; vào ngày hậu phẫu 11, bệnh nhân tràn dịch màng phổi 2 bên lượng nhiều được dẫn lưu màng phổi tại giường, dịch nâu đục, sau uống xanh methylen ghi nhận dịch xanh chảy ra ống dẫn lưu, bệnh nhân được mở ngực hút rửa khoang màng phổi, khâu tăng cường và đắp mỡ màng ngoài tim vào miệng nối + dẫn lưu, mở hồng tràng nuôi ăn; sau mổ lần 2, bệnh nhân được hồi sức tích cực nhưng đáp ứng kém với điều trị và được chuyển tuyến trên điều trị tiếp. Trường hợp 3, sau mổ bệnh nhân diễn tiến ổn định, ngày hậu phẫu 3 ống dẫn lưu màng phổi ra # 800ml dịch nâu lộn cợn, mổ lại ghi nhận xì miệng nối dạ dày – thực quản, dạ dày bán xoắn theo chiều kim đồng hồ; xử trí: khâu tăng cường miệng nối bằng vicryl 3.0, đặt 2 ống dẫn lưu ngực, nối vị tràng, mở hồng tràng nuôi ăn; sau mổ, bệnh nhân xếp phổi phải đáp ứng kém điều trị nội khoa nghi do tắc nghẽn đàm và được chuyển tuyến trên nội soi khí phế quản bơm rửa, sau can thiệp bệnh nhân hồi phục tốt. Tỷ lệ tử vong sau mổ của chúng tôi tương tự như kết quả trong nghiên cứu của tác giả Trịnh Việt Thông [5] là 2% và Chowdappa R [9] là 3,8 %. Thời gian nằm viện trung bình: $18,26 \pm 5,1$ ngày. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu chúng tôi dài hơn nghiên cứu của tác giả Phạm Trung Vỹ [7] là $15,6 \pm 7,2$ ngày, Pather K [12] là 8 ngày.

Cho đến nay, nạo hạch trong UTTQ vẫn là vấn đề tranh cãi. Như đã biết, UTTQ có tỉ lệ cao di căn hạch và di căn xa ngay cả ở giai đoạn sớm, do đó, phẫu thuật đơn thuần không thể chữa khỏi bệnh. Việc nạo hạch triệt để có thể mang lại lợi ích kiểm soát bệnh tại chỗ, tại vùng và kéo dài thời gian sống [8]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, số hạch nạo được trung bình là $8,9 \pm 3,83$ hạch. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Smithers BM [13], số hạch lấy được là 11, nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hòa, số hạch nạo vét được trung bình là 25,2 [1] do chúng tôi tiến hành phẫu thuật với những trường hợp khối u ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới nên chỉ thực hiện nạo hạch 2 trường. Mô bệnh học sau mổ: mức độ xâm lấn khối u gặp từ T1 đến T4, trong đó T3 và T4 là chủ yếu với 17 trường hợp T3 (56,7%), 7 trường hợp T4 (23,3%) tương tự như nghiên cứu của Hoàng Trọng Nhật Phương [4] trong 205 trường hợp không có trường hợp nào ở T1, chủ yếu ở T3 (79,5%), T4 (9,3%). Phần lớn trường hợp ở giai đoạn muộn với 12 bệnh nhân (31,6%) được đánh giá giai đoạn IV, giai đoạn III, II, I lần lượt là 20%, 33,3% và 3,3%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đường ngực – bụng điều trị ung thư thực quản: an toàn và hiệu quả, cho kết quả sớm sau mổ tốt với tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Hòa (2018), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt thực quản và nạo vét hạch rộng hai vùng (ngực-bụng) trong điều trị ung thư thực quản*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Phạm Đức Huân, (2016), *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng, vét hạch rộng hai vùng với tư thế sấp nghiêng 30 độ*, Hội nghị khoa học Ngoại khoa và phẫu thuật nội soi toàn quốc.
3. Trần Mạnh Hùng (2021), *Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi qua hai đường ngực - bụng điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Bạch Mai*, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 501(2), tr. 58-61.
4. Hoàng Trọng Nhật Phương, Lê Lộc, Phạm Như Hiệp, (2013), *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực trong điều trị ung thư thực quản*, Hội nghị ngoại khoa toàn quốc, Cần Thơ.

5. Trịnh Việt Thông (2018), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực và ổ bụng điều trị ung thư thực quản ngực*, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Phan Thanh Tuấn, Đỗ Minh Hùng, Nguyễn Phú Hữu, và cs. (2016), *Kết quả sớm phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản hạch hai vùng với tư thế nằm sấp*, Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật Bệnh viện Bình Dân, Bệnh viện Bình Dân.
7. Phạm Trung Vỹ, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, và cộng sự. (2020), *Phẫu thuật nội soi ngực bụng trong điều trị ung thư thực quản*, *Tạp Chí Y Học Lâm Sàng*, 66, tr. 44-49.
8. Akiyama H, Tsurumaru M, Udagawa H, et al. (1994), Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus, *Annals of Surgery*, 220(3), pp. 364.
9. Chowdappa R, Dharanikota A, Arjunan R, et al. (2021), Operative Outcomes of Minimally Invasive Esophagectomy versus Open Esophagectomy for Resectable Esophageal Cancer, *South Asian Journal of Cancer*, 10(04), pp. 230-235.
10. Decker G, Coosemans W, Leyn PL, et al. (2009), Minimally invasive esophagectomy for cancer, *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 35(1), pp. 13-21.
11. Miyasaka D, Okushiba S, Sasaki T, et al. (2013), Clinical evaluation of the feasibility of minimally invasive surgery in esophageal cancer, *Asian Journal of Endoscopic Surgery*, 6(1), pp.26-32.
12. Pather K, Mobley EM, Guerrier C, et al. (2022), Long-term survival outcomes of esophageal cancer after minimally invasive Ivor Lewis esophagectomy, *World Journal of Surgical Oncology*, 20(1), pp.1-14.
13. Smithers BM, Gotley DC, McEwan D, et al. (2001), Thoracoscopic mobilization of the esophagus, *Surgical Endoscopy*, 15(2), pp.176-182.
14. Takahashi C, Shridhar R, Huston J, et al. (2018), Esophagectomy from then to now, *J Gastrointest Oncol*, 9(5), pp. 903-909.
15. Watanabe M, Baba Y, Nagai Y, et al. (2013), Minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer: an updated review, *Surg Today*, 43(3), pp.237-244.

(Ngày nhận bài: 10/11/2022 - Ngày duyệt đăng: 11/12/2022)
