

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI
NGỰC CẮT THỰC QUẢN VẾT HẠCH 2 VÙNG ĐIỀU TRỊ
UNG THƯ THỰC QUẢN NGỰC 1/3 GIỮA VÀ 1/3 DƯỚI**

Nguyễn Văn Tiệp^{1}, Lê Thanh Sơn¹, Nguyễn Anh Tuấn²*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) ngực cắt thực quản, vết hạch 2 vùng điều trị ung thư thực quản (UTTQ) ngực vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 70 bệnh nhân (BN) UTTQ ngực vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới được PTNS ngực cắt thực quản, vết hạch 2 vùng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/2022 - 6/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $59,0 \pm 7,9$, 100% là BN nam, hóa - xạ trị tiền phẫu là 77,1%. Vị trí u ở 1/3 giữa là 60%, 1/3 dưới là 40%. Thời gian mổ trung bình là $254,3 \pm 34,9$ phút, lượng máu mất là 80 (50 - 100) mL. Tai biến ở 15 BN (21,4%), 1,4% rách nhu mô phổi, 4,3% tổn thương ống ngực, 1,4% rách tĩnh mạch đơn và tổn thương dây thần kinh quặt ngược là 14,3%. Số hạch vét được trung bình là 26 (21,8 - 34,0) hạch, tỷ lệ di căn hạch là 3,6%. Biến chứng sau mổ: Biến chứng hô hấp là 18,6%, rò miệng nổi là 7,1% và rò dưỡng chấp là 2,9%. Tử vong sau phẫu thuật là 2,9%. Thời gian nằm viện sau mổ là 11,0 (9 - 14) ngày. **Kết luận:** PTNS ngực cắt thực quản, vết hạch 2 vùng điều trị UTTQ ngực vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới là an toàn, phục hồi sau phẫu thuật sớm, tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Ung thư thực quản; Phẫu thuật nội soi; Cắt thực quản.

**EVALUATION OF EARLY RESULTS OF THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY
AND 2-FIELD LYMPH NODE DISSECTION FOR ESOPHAGEAL
CANCER IN THE MIDDLE AND LOWER 1/3 OF THE THORACIC**

Abstract

Objectives: To evaluate early results of thoracoscopic esophagectomy and 2-field lymph node dissection for esophageal cancer in the middle and lower 1/3 of the thoracic.

¹Bộ môn - Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Tiệp (chiductam@gmail.com)

Ngày nhận bài: 11/7/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 30/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i8.908>

Methods: A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 70 patients with esophageal cancer in the middle 1/3 and lower 1/3 of the thoracic undergoing thoracoscopic esophagectomy and 2-field lymph node dissection at 108 Military Central Hospital and Military Hospital 103 from June 2022 to June 2024. **Results:** The mean age was 59.0 ± 7.9 years old, 100% was male, preoperative chemotherapy and radiotherapy (77.1%). Tumor location: Middle 1/3 was 60%, lower 1/3 was 40%. The average surgery time was 254.3 ± 34.9 minutes, and the amount of blood loss was 80 (50 - 100) mL. 15 patients (21.4%) had complications, 1.4% had lung parenchymal injury, 4.3% had thoracic duct injury, 1.4% had Azygos vein injury, and recurrent nerve damage was 14.3%. The average number of lymph nodes removed was 26 (21,8 - 34,0), and the lymph node metastasis rate was 3.6%. Postoperative complications: Respiratory complications were 18.6%, anastomotic leakage was 7.1%, and chylothorax was 2.9%. The mortality rate was 2.9%. Postoperative hospital stay was 11.0 (9 - 14) days. **Conclusion:** Thoracoscopic esophagectomy and 2-field lymph node dissection for esophageal cancer in the middle and lower 1/3 of the thoracic is safe and feasible, with early postoperative recovery and a low complication rate.

Keywords: Esophageal cancer; Thoracoscopic esophagectomy; Esophagectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là bệnh lý ác tính, đứng thứ 7 về tỷ lệ mắc mới và thứ 6 trên toàn thế giới về tỷ lệ tử vong do nguyên nhân ung thư [1]. Phẫu thuật UTTQ là một phẫu thuật lớn, phức tạp, nặng nề, cả về kỹ thuật lẫn gây mê hồi sức. Một số nghiên cứu báo cáo phẫu thuật cắt thực quản có tỷ lệ biến chứng chung từ 30 - 50%, các biến chứng hay gặp là biến chứng hô hấp, rò miệng nổi, rò dưỡng chấp [2, 3]. Một nghiên cứu

báo cáo cho thấy vết hạch 3 vùng có tỷ lệ biến chứng sau mổ cao hơn vết hạch 2 vùng; vết hạch 3 vùng làm tăng tỷ lệ rò miệng nổi và tổn thương dây thần kinh quặt ngược [4]. Với UTTQ ở vị trí 1/3 giữa, 1/3 dưới thì việc vét hạch 3 vùng chưa thể hiện lợi ích so với vét hạch 2 vùng [4, 5]. Guo-Wei Ma và CS phân tích hai nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng và 18 nghiên cứu quan sát với > 7.000 BN cũng chứng minh vết hạch 3 vùng có nguy cơ

tôn thương dây thần kinh quặt ngược và rò miệng nổi cao hơn so với vết hạch 2 vùng [6]. Ở Việt Nam, PTNS cắt thực quản điều trị UTTQ được thực hiện thường quy tại nhiều bệnh viện lớn. Các vấn đề liên quan đến phẫu thuật còn chưa thống nhất và cần được nghiên cứu thêm là: Phạm vi vết hạch, sử dụng loại ống dạ dày cỡ nào, vị trí đặt ống dạ dày, kỹ thuật thực hiện miệng nổi. Để đánh giá kết quả PTNS cắt thực quản, vết hạch 2 vùng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả sớm PTNS cắt thực quản, vết hạch 2 vùng điều trị UTTQ ngực vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

70 BN được chẩn đoán xác định UTTQ ngực vị trí 1/3 giữa, 1/3 dưới bằng giải phẫu bệnh, được PTNS ngực cắt thực quản, vết hạch 2 vùng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ tháng 6/2022 - 6/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN ung thư biểu mô thực quản ngực vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới được xác định bằng giải phẫu bệnh và được PTNS ngực cắt thực quản triệt căn, vết hạch 2 vùng; BN giai đoạn I - III theo phân loại của Ủy ban Ung thư Hoa Kỳ; BN chấp nhận hợp tác nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN phẫu thuật cắt thực quản không do ung thư biểu mô hoặc không do ung thư; BN phẫu thuật cắt thực quản không sử dụng ống dạ dày thay thế; hồ sơ bệnh án của BN thiếu thông tin.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

* *Quy trình phẫu thuật*:

Thì ngực: Giải phóng thực quản ngực: Bóc tách thực quản ngực qua các trocar đặt bên ngực phải. Giải phóng thực quản lên sát nền cổ và xuống tận dưới lỗ khe hoành sát hai trụ hoành, mục đích để kéo thực quản xuống bụng sau khi cắt thực quản ở thì cổ. Vết hạch vùng ngực: Lấy hết lớp mỡ và các nhóm hạch quanh thực quản gồm các nhóm 106R, 106L, 107, 108, 109, 110, 120.

Thì bụng: Giải phóng mạc nối lớn giữa dạ dày - đại tràng ngoài cung mạch bờ cong lớn tới mạch vị mạc nối phải. Vết toàn bộ các nhóm hạch 1, 2, 3, 7, 8, 9, 11 và các nhóm hạch nghi ngờ có di căn hạch vùng bụng.

Thì cổ: Cắt thực quản tại vùng cổ và thực hiện miệng nổi thực quản - ống dạ dày. Kỹ thuật nối: Nối tận - tận bằng khâu tay. Vị trí đặt ống dạ dày: Ở trung thất sau.

** Chỉ tiêu nghiên cứu:*

UTTQ vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới được xác định trong mổ như sau: 1/3 giữa là từ đường viền dưới của tĩnh mạch Azygos đến đường viền dưới của tĩnh mạch phổi dưới. 1/3 dưới là từ đường viền dưới của tĩnh mạch phổi dưới đến tâm vị dạ dày, bao gồm ngã ba dạ dày thực quản (theo AJCC 8th 2017: American Joint Committee on Cancer).

BN vào viện, được khám lâm sàng, nội soi thực quản - dạ dày, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, cắt lớp vi tính lồng ngực, đo chức năng hô hấp, siêu âm tim để chẩn đoán bệnh, giai đoạn bệnh. Tiến hành PTNS ngực cắt thực quản triệt căn, vét hạch 2 vùng cho những BN có chỉ định phẫu thuật. Chỉ định phẫu thuật theo hướng dẫn điều trị UTTQ của Mạng lưới hỗ trợ điều trị ung thư Quốc gia (NCCN) năm 2022. BN giai đoạn cT1b-cT2, N0 thì phẫu thuật ngay, với giai đoạn cT1b-cT2, N⁺ hoặc T3-T4a, N bất kỳ thì hóa xạ trị tiền phẫu sau đó phẫu thuật.

Chỉ tiêu trước phẫu thuật: Tuổi, giới tính, chỉ số ASA, chỉ số BMI, tình trạng nghiện thuốc lá, nghiện rượu, hóa trị, xạ trị trước mổ.

Các chỉ tiêu trong phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, tai biến trong phẫu thuật, lượng máu mất, thì bụng mổ nội soi hay mổ mở, mở thông hồng tràng nuôi dưỡng.

Biến chứng sau mổ: Được tính trong thời gian 30 ngày sau phẫu thuật, các biến chứng như rò miệng nối, biến chứng hô hấp, rò dưỡng chấp, tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược đều được ghi chép lại.

** Xử lý số liệu:* Dữ liệu nghiên cứu được thu thập trong một bảng thu thập dữ liệu Excel. Các biến phân loại được hiển thị dưới dạng một số có tỷ lệ phần trăm, dữ liệu định lượng được biểu thị dưới dạng giá trị trung bình và/hoặc trung vị với độ lệch chuẩn. Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS (phiên bản 26.0, 64 bit của Tập đoàn IBM, NY, Hoa Kỳ).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân y 103 chấp thuận (Số 193/CNChT - HĐĐĐ ngày 09/12/2022). Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

70 BN được PTNS ngực cắt thực quản, vét hạch 2 vùng điều trị UTTQ vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới. Kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung BN (n = 70).

Đặc điểm chung	$\bar{X} \pm SD/n$ (%)
Tuổi	59,0 ± 7,9
Nam giới	70 (100)
BMI	21,0 ± 2,3
Nghiện thuốc lá	42 (60,0)
Nghiện rượu	39 (55,7)
ASA = 2	45 (64,3)
ASA = 3	25 (35,7)
Không hóa, xạ trị trước phẫu thuật	11 (15,7)
Hóa - xạ trị tiền phẫu	54 (77,1)
Hóa trị tiền phẫu	2(2,9)
Hóa trị triệt căn	3 (4,3)
Chức năng hô hấp:	
Bình thường	60 (85,7)
Rối loạn thông khí tắc nghẽn	8 (11,4)
Rối loạn thông khí hạn chế	2 (2,9)
Mức độ xâm lấn của u sau mổ (pTx):	
T0	18 (25,7)
T1	19 (27,2)
T2	15 (21,4)
T3	18 (25,7)
Di căn hạch sau mổ (pNx):	
N0	45 (64,3)
N1	14 (20,0)
N2	11 (15,7)
Giai đoạn bệnh sau mổ (pTNM):	
O	13 (18,6)
IA	2 (2,9)
IB	14 (20,0)
IIA	11(15,7)
IIB	10 (14,3)
IIIA	5 (7,1)
IIIB	15 (21,4)

BN được hóa - xạ trị trước mổ chiếm 77,1%, phẫu thuật ngay mà không hóa - xạ trị là 15,7%. Giai đoạn bệnh sau mổ: O, IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB lần lượt là 18,6%; 2,9%; 20,0%; 15,7% 14,3%; 7,1% và 21,4%.

Bảng 2. Đặc điểm chung của phẫu thuật (n = 70).

Đặc điểm phẫu thuật	$\bar{X} \pm SD$ /Median (Q1 - Q3)/n (%)
Thời gian phẫu thuật(phút)	254,3 ± 34,9
Thời ngực (phút)	107,6 ± 21,9
Số lượng máu mất (mL)	80 (50 - 100)
Vị trí khối u:	
1/3 giữa	42 (60)
1/3 dưới	28 (40)
Kỹ thuật tạo hình ODD:	
Stapler mổ nội soi	23 (32,9)
Stapler mổ mở	47 (67,1)
Chiều rộng ống dạ dày (cm)	5,1 ± 0,2
Chiều dài ống dạ dày (cm)	31,4 ± 1,3
Mở thông hồng tràng nuôi dưỡng	43 (61,4)
Tai biến trong mổ	15 (21,4)

PTNS cắt thực quản là phẫu thuật phức tạp, thời gian mổ trung bình là 254,3 ± 34,9 phút, thời gian thì ngực là 107,6 ± 21,9 phút. Lượng máu mất trong mổ là 80 (50 - 100) mL. Vị trí khối u trong phẫu thuật: 1/3 giữa (60%), 1/3 dưới (40%). Có 15 BN xảy ra tai biến trong mổ, trong đó, 1 BN bị tổn thương rách nhu mô phổi phải và 3 BN bị tổn thương ống ngực, 1 BN được phát hiện và kẹp clip trong phẫu thuật, 2 BN không phát hiện được gây biến chứng rò dưỡng chấp, 1 BN bị rách tĩnh mạch đơn cần phải khâu cầm máu tĩnh mạch. Có 10 BN (14,3%) tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngực.

Bảng 3. Số lượng hạch vét được và di căn (n = 70).

Nhóm hạch vùng	Số hạch vét được		Số hạch di căn	Tỷ lệ di căn (%)
	Tổng	Trung vị (25 - 75%)		
Trung thất	1.078	14,0 (11,8 - 19,0)	26	2,4
Vùng bụng	874	11,0 (9,0 - 17,3)	45	5,1
Tổng số	1.952	26,0 (21,8 - 34,0)	71	3,6

Tổng số hạch vét được của 2 vùng là 1.952 hạch, số hạch vét được trung bình là 26,0 (21,8 - 34,0) hạch. Số hạch vét được ở vùng trung thất cao hơn vùng bụng là 1.078 hạch so với 874 hạch. Tuy nhiên, tổng số hạch di căn vùng bụng lại cao hơn vùng trung thất giữa 45 hạch so với 26 hạch. Tỷ lệ di căn hạch chung, vùng trung thất và vùng bụng lần lượt là 3,6%; 2,4% và 5,1%.

Bảng 4. Thời gian hồi phục của BN sau phẫu thuật (n = 70).

Kết quả sớm sau phẫu thuật	$\bar{X} \pm SD$ /Median (Q1 - Q3)/ n (%)
Nằm hồi sức sau mổ (ICU)	18 (25,7)
Thời gian lưu ống nội khí quản (giờ)	0,7 (0,5 - 1,0)
Thời gian để dẫn lưu khí màng phổi (ngày)	4,7 \pm 1,5
Thời gian có trung tiện (ngày)	3,2 \pm 0,9
Thời gian bắt đầu cho ăn qua mở thông (ngày)	1,9 \pm 1,0
Thời gian bắt đầu ăn lỏng đường miệng (ngày)	7,0 \pm 1,2
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	11,0 (9,0 - 14,0)

Chỉ có 18/70 BN phải nằm hồi sức (ICU) sau mổ, đa phần được rút ống nội khí quản cho về phòng hồi tỉnh. Thời gian trung tiện trung bình là 4,7 \pm 1,5 ngày, thời gian cho ăn đường miệng trung bình là 7,0 \pm 1,2 ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 11,0 (9,0 - 14,0) ngày.

Bảng 5. Biến chứng sớm sau phẫu thuật (n = 70).

Biến chứng sớm sau phẫu thuật	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng hô hấp	13	18,6
Rò miệng nối	5	7,1
Rò bạch huyết	2	2,9
Nhiễm khuẩn huyết	1	1,4
Tử vong	2	2,9

Có 5 BN rò miệng nối (7,1%). Biến chứng hô hấp là biến chứng hay gặp nhất (18,6%). Có 2 BN (2,9%) rò dưỡng chấp sau phẫu thuật do tổn thương ống ngực và 2 BN (2,9%) tử vong sau phẫu thuật do viêm phổi và rò dưỡng chấp.

BÀN LUẬN

Tất cả các BN được PTNS ngực cắt thực quản đường ngực bên phải. Thì ngực của tất cả BN được đặt ống nội khí quản 2 nòng Carlen, mục đích làm xẹp phổi phải tạo trường phẫu tích, bóc tách thực quản. Trong nghiên cứu có 61,4% BN chủ động mở thông hồng tràng nuôi dưỡng, BN được ăn qua mở thông ngay từ những ngày đầu tiên sau mổ, thời gian trung bình là $1,9 \pm 1,0$ ngày. Nuôi dưỡng BN sau mổ sớm sẽ giúp BN hồi phục sớm, rút ngắn thời gian hậu phẫu.

Thời gian mổ thể hiện tính chất phức tạp của phẫu thuật. Trong nghiên cứu, thời gian mổ trung bình là $254,3 \pm 34,9$ phút, thời gian mổ trung bình thì ngực là $107,6 \pm 21,9$ phút. Số lượng máu trung bình trong phẫu thuật là 80 (50 - 100) mL. Nghiên cứu của Karl RC phẫu

thuật cho 143 BN thấy lượng máu mất trung bình là 481 (100 - 2.800) mL [2].

Có 15 BN xảy ra tai biến trong mổ, trong đó 1 BN bị tổn thương rách nhu mô phổi phải, nguyên nhân do khoang màng phổi phải dính nên khi đặt trocar bị rách nhu mô, trường hợp này được khâu nhu mô phổi. Có 3 BN bị tổn thương ống ngực, 2 BN không phát hiện được gây biến chứng rò dưỡng chấp, đã được nút bạch huyết để điều trị, 1 trường hợp ổn định sau 1 tuần, trường hợp còn lại gây ra viêm phổi và viêm mũ màng phổi dẫn đến tử vong do suy hô hấp sau 3 tuần điều trị. 1 BN bị rách tĩnh mạch đơn đã được khâu cầm máu thành công. 10 BN có tổn thương dây thần kinh quặt ngực (14,3%), biểu hiện là tình trạng khàn tiếng, nội soi có liệt dây thanh âm. Isono và CS cùng với Ningbo Fan đều báo cáo tỷ lệ tổn

thương thần kinh quặt ngược cao hơn ở nhóm vết hạch 3 vùng so với nhóm vết hạch 2 vùng [4, 5]. Nguyên nhân tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược là do bóc tách rộng, gây ảnh hưởng đến 70% trường hợp [2]. Hulscher phẫu thuật cho 383 BN có 6 BN tổn thương khí quản, trong đó, 5 BN phát hiện trong quá trình mổ, 1 BN phát hiện khi nằm ở khoa hồi sức [7].

Theo bảng 3, vết hạch 2 vùng có số hạch vét được ở vùng trung thất nhiều hơn số hạch vét được ở vùng bụng nhưng tỷ lệ di căn hạch vùng bụng cao hơn vùng trung thất. Lý giải cho vấn đề này, khối u ở 1/3 giữa và 1/3 dưới được hóa - xạ trị tiền phẫu thì những hạch di căn vùng bụng sẽ ít bị ảnh hưởng bởi tia xạ hơn so với vùng ngực. Mức độ xâm lấn của khối u ảnh hưởng rất nhiều đến mức độ di căn hạch trong UTTQ. Junqiang Chen cắt thực quản và nạo vét hạch 3 vùng cho 1.715 BN từ năm 1993 - 2007 thấy tỷ lệ di căn hạch cổ là tương đối thấp, đặc biệt đối với UTTQ 1/3 giữa và dưới. Tỷ lệ di căn hạch cổ phụ thuộc vị trí u [8].

Biến chứng sau mổ: có 2 BN tử vong sau phẫu thuật (2,9%), nguyên nhân tử vong của BN là biến chứng hô hấp, cụ thể, cả 2 BN đều bị viêm phổi 2 bên, viêm phổi sau rò dưỡng chấp, sau đó xuất hiện tình trạng suy hô hấp nặng dẫn đến tử vong. Van Kooten đánh giá mối liên quan của 15 yếu tố tiên lượng tử

vong trong 30 ngày sau phẫu thuật; trong số các yếu tố đó, 6 yếu tố có liên quan với tỷ lệ tử vong tăng bao gồm: ASA \geq III, bệnh lý tim mạch kèm theo, tuổi \geq 70 và BMI 18,5 - 25 kg/m² có liên quan với nguy cơ tử vong cao hơn [3].

Biến chứng hô hấp là biến chứng hay gặp và nặng nhất sau PTNS cắt thực quản triệt căn điều trị UTTQ và cũng là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong sau mổ. Trong nghiên cứu có 13 BN biến chứng hô hấp (18,6%). Urs Zingg [9] nhận thấy tiền sử hút thuốc và các bệnh lý kết hợp, đặc biệt là bệnh lý hô hấp có liên quan đến biến chứng hô hấp sau mổ.

Có 5 BN xuất hiện rò miệng nối (7,1%), tất cả BN đều được điều trị nội khoa không cần phẫu thuật miệng nối và đều liền sau 3 - 4 tuần. You J đánh giá hiệu quả và độ an toàn của miệng nối thực quản trong lồng ngực so với miệng nối thực quản vùng cổ. Tỷ lệ rò miệng nối thực quản ($p < 0,001$) và tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược ($p < 0,01$) ở nhóm miệng nối trong lồng ngực ít hơn so với nhóm miệng nối ở cổ. Không có sự khác biệt về tỷ lệ hẹp miệng nối, viêm phổi, rò dưỡng chấp sau phẫu thuật và tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm [8]. Grigor đánh giá hiệu quả và độ an toàn của tất cả các biện pháp can thiệp nhằm giảm nguy cơ rò miệng nối. Phẫu thuật chám mạc nối

lớn làm giảm tỷ lệ rò miệng nối tới 78% so với không chám mạc nối lớn. Miệng nối được thực hiện bằng stapler không làm giảm tỷ lệ rò miệng nối so với khâu tay [9].

Rò dưỡng chấp sau phẫu thuật cắt thực quản là một biến chứng nghiêm trọng, trong nghiên cứu có 2 BN có rò dưỡng chấp, nguyên nhân do tổn thương ống ngực, BN này cần phải can thiệp bằng cách nút chỗ rò bằng thuốc. Trong 2 BN rò dưỡng chấp có 1 BN dẫn đến viêm phổi và viêm mũ màng phổi dẫn đến tử vong sau mổ. Rò dưỡng chấp cũng liên quan đến viêm phổi, dẫn đến suy hô hấp và xác định tăng nguy cơ nhiễm khuẩn huyết (24%). Điều trị bảo tồn có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao (82%), các biến chứng hô hấp có thể xảy ra, do đó, ảnh hưởng đến sự phục hồi chung sau mổ [10].

KẾT LUẬN

PTNS ngực cắt thực quản triệt căn, vét hạch 2 vùng điều trị UTTQ ngực vị trí 1/3 giữa, dưới là an toàn, khả thi, hồi phục sau mổ sớm. Thời gian mổ trung bình là $254,3 \pm 34,9$ phút, lượng máu mất trong mổ là 80 (50 - 100) mL. Tai biến trong mổ là 21,4%. Biến chứng sau mổ: Biến chứng hô hấp là 18,6%, rò miệng nối thực quản là 7,1%, rò dưỡng chấp là 2,9% và tử vong sau phẫu thuật là 2,9%. Khả năng vét hạch 2 vùng qua PTNS cao với tổng số hạch vét được

trung bình là 26,0 (21,8 - 34,0) hạch, tỷ lệ di căn hạch là 3,6%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 11 (9 - 14) ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-249.
2. Fujita H, et al. Mortality and morbidity rates, postoperative course, quality of life, and prognosis after extended radical lymphadenectomy for esophageal cancer. Comparison of three-field lymphadenectomy with two-field lymphadenectomy. *Ann Surg.* 1995; 222(5):654-62.
3. Van Kooten RT, et al. Patient-related prognostic factors for anastomotic leakage, major complications, and short-term mortality following esophagectomy for cancer: A systematic review and meta-analyses. *Ann Surg Oncol.* 2022; 29(2):1358-1373.
4. Fan N, et al. Comparison of short- and long-term outcomes between 3-field and modern 2-field lymph node dissections for thoracic oesophageal squamous cell carcinoma: A propensity score matching analysis. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery.* 2019; 29(3):434-441.

5. Isono K, H Sato, and K Nakayama. Results of a nationwide study on the three-field lymph node dissection of esophageal cancer. *Oncology*. 1991; 48(5):411-20.
6. Ma GW, et al. Three-field vs two-field lymph node dissection for esophageal cancer: A meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2014; 20(47): 18022-30.
7. Hulscher JB, et al. Injury to the major airways during subtotal esophagectomy: Incidence, management, and sequelae. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2000; 120(6):1093-1096.
8. Chen J, et al. Cervical lymph node metastasis is classified as regional nodal staging in thoracic esophageal squamous cell carcinoma after radical esophagectomy and three-field lymph node dissection. *BMC Surg*. 2014; 14:110.
9. Zingg U, BM, and DC. Factors associated with postoperative pulmonary morbidity after esophagectomy for cancer. *Ann Surg Oncol*. 2010; 18: 1460-1468.
10. Varshney VK, et al. Management options for post-esophagectomy chylothorax. *Surg Today*. 2021; 51(5): 678-685.