

- Kamrul-Hasan ABM, Alam MS, Zarin N, et al.** Prevalence and patterns of dyslipidemia among lipid-lowering drug-naïve patients with type 2 diabetes mellitus – A countrywide study in Bangladesh. *Endocr Metab Sci.* 2023;13:100152. doi:10.1016/j.endmts.2023.100152
- Sarfraz M, Sajid S, Ashraf MA.** Prevalence and pattern of dyslipidemia in hyperglycemic patients and its associated factors among Pakistani population. *Saudi J Biol Sci.* 2016;23(6):761-766. doi:10.1016/j.sjbs.2016.03.001
- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators, Kearney PM, Blackwell L, et al.** Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet Lond Engl.* 2008;371(9607):117-125. doi:10.1016/S0140-6736(08)60104-X
- Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al.** 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-188. doi:10.1093/eurheartj/ehz455
- Nguyễn Văn Sĩ, Trần Xuân Trường, Võ Thành Duy, Nguyễn Thị Thu Thủy, Phạm Dung, Đỗ Thức.** Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL cholesterol theo khuyến cáo của Hội tim Châu Âu 2019 trên người bệnh có nguy cơ tim mạch cao và rất cao. *Tạp Chí Học Cộng Đồng.* 2022;63. doi:10.52163/yhc.v63i4.368
- Nguyễn Giang Phúc Khánh, Đặng Duy Khánh.** Đánh giá kết quả kiểm soát LDL-C trong sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan trên người bệnh điều trị ngoại trú tại Cần Thơ. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;525(1B). doi:10.51298/vmj.v525i1B.5147
- Lê Thị Lan Anh.** Thực trạng điều trị rối loạn lipid máu theo phân tầng nguy cơ tim mạch ở người bệnh đái tháo đường typ 2 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. 2023.
- Hội nội tiết - Đái tháo đường Việt Nam.** Khuyến Cáo về Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh Đái Tháo Đường.; 2018.

ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG THẦN KINH THANH QUẢN QUẶT NGƯỢC TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN, NẠO VẾT HẠCH HAI VÙNG MỞ RỘNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình¹, Nguyễn Đức Duy¹, Thái Đức An¹

TÓM TẮT

Nạo vét hạch quanh thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN) luôn là một trong những vị trí thách thức nhất với quy trình nạo vét hạch ung thư thực quản. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ và các yếu tố liên quan với tổn thương TKTQQN (TTTKTQQN) xảy ra trong quá trình cắt thực quản, nạo vét hạch điều ung thư biểu mô vảy thực quản bằng phẫu thuật nội soi 3D tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu tại Bệnh viện K từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 3 năm 2024 trên các bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi 3D cắt thực quản – nạo vét hạch hai vùng mở rộng. **Kết quả:** Với 60 bệnh nhân được ghi nhận vào nghiên cứu có 8,3% tổn thương độ II. Sau thời gian trung bình trên 6 tháng theo dõi, 76,9% trường hợp tổn thương phục hồi hoàn toàn. Tất cả các trường hợp đều tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược trái. Tuổi, BMI, thời gian nằm hồi sức và nằm viện trung bình không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Ghi nhận nhóm bệnh nhân đã hóa xạ trị tiền phẫu có tỷ lệ tổn thương TKTQQN cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,015$; RR = 4,7; KTC 95% = 1,3 – 17,0). **Kết luận:**

Ghi nhận tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược độ II trong quá trình nạo vét hạch điều trị ung thư thực quản là 8,3%. Tổn thương TKTQQN liên quan với tình trạng hóa xạ trị tiền phẫu trước mổ. Cần áp dụng biện pháp kỹ thuật với một quy trình thống nhất trong nạo vét hạch quanh TKTQQN.

Từ khóa: Ung thư biểu mô vảy thực quản, phẫu thuật nội soi 3D ngực – bụng cắt thực quản, tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược.

SUMMARY

EVALUATION OF RECURRENT LARYNGEAL NERVE PALSY IN THORACOLAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY AND EXTENDED TWO-FIELD LYMPH NODE DISSECTION FOR THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL CANCER

AT K HOSPITAL

Background: Lymph node around the recurrent laryngeal nerve (RLN) is one of the most challenging group in the lymph node dissection for esophageal cancer. This study aims to evaluate the incidence and factors related to recurrent laryngeal nerve palsy (RLNP) acquired during 3D thoracoscopic esophagectomy and lymph node dissection for esophageal squamous cell carcinoma. **Subjects and methods:** Prospective descriptive study at K Hospital from October 2022 to March 2024 on patients with esophageal squamous cell carcinoma undergoing 3D thoracoscopic esophagectomy and extended two-field lymph node dissection. **Results:** The

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

incidence of grade II RLNP is 8.3%. After an average follow-up period of over 6 months, 76.9% of cases recovered completely. All of RLNP is on the left side. Age, BMI, mean intensive care unit stay and hospital stay did not differ between the two groups. It was noted that the group of patients who had preoperative chemoradiotherapy had a statistically significant higher rate of RLNP ($p = 0.015$; $RR = 4.7$; $95\% \text{ CI} = 1.3 - 17.0$). **Conclusion:** The incidence of grade II RLNP is 8.3%. RLNP is related to preoperative chemoradiotherapy. It is necessary to apply technical improvements with a unified procedure in lymph node dissection around the RLN. **Keywords:** Esophageal squamous cell carcinoma, 3D thoracoscopic esophagectomy, recurrent laryngeal nerve palsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là một trong những bệnh ung thư có tiên lượng kém trong các bệnh lý ung thư của đường tiêu hóa. Theo GLOBOCAN 2022¹, ung thư thực quản đứng hàng thứ 11 về số lượng ca mắc mới, đứng thứ 7 về số lượng ca tử vong. Đây là một bệnh lý ác tính với thời gian sống thêm sau 5 năm chỉ khoảng dưới 20%².

Di căn hạch trong ung thư thực quản thường xảy ra sớm, đa hướng rộng rãi cả ba vùng cổ, ngực, bụng. Hiệp hội thực quản Nhật Bản yêu cầu nạo vét tất cả các nhóm hạch ngực trên, trong đó có nhóm hạch quanh TKTQQN hai bên với ung thư biểu mô vảy thực quản đoạn ngực. Việc nạo vét nhóm hạch này luôn là thách thức lớn với các phẫu thuật viên ung thư thực quản³. Nguyên nhân do những khó khăn về mặt kỹ thuật, TKTQQN đi trên một đoạn dài, cũng như nguy cơ cao xảy ra khi cơ kéo, bỏng nhiệt thần kinh. TKTQQN chi phối cho tất cả các cơ nội tại của thanh quản, ngoại trừ cơ nhẫn giáp. Chính vì thế khi tổn thương thần kinh này, sức căng và vận động của dây thanh sẽ bị ảnh hưởng, gây ra tổn thương có những hậu quả rất nặng nề như khó thở, nuốt sặc, viêm phổi,... thậm chí tử vong do suy hô hấp. Chính vì vậy, việc nạo vét nhóm hạch này đến nay vẫn còn nhiều thách thức⁴.

Tại Việt Nam hiện chưa có nhiều nghiên cứu về TTKTQQN khi nạo vét hạch trong điều trị ung thư thực quản và các yếu tố liên quan. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu:

- Nhận xét một số đặc điểm của tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược ở nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi cắt thực quản, nạo vét hạch hai vùng mở rộng.
- Đánh giá các yếu tố liên quan đến TTKTQQN ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu. Các trường hợp này đều được chẩn đoán xác định là ung thư thực quản ngực, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào vảy. Các bệnh nhân được PTNS 3D ngực bụng, nạo vét hạch hai vùng mở rộng (bao gồm nạo vét hạch quanh thần kinh thanh quản quặt ngược hai bên theo phân loại của Matsuda⁵).

Phương pháp nghiên cứu:

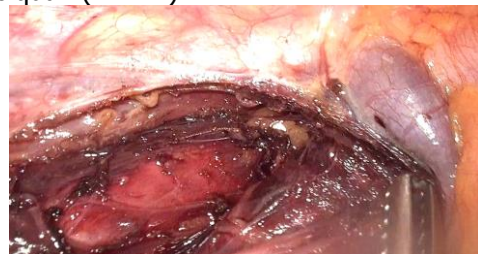
Thời gian: Từ tháng 10/2022 đến tháng 3/2024

Địa điểm: Khoa Ngoại bụng 1, Bệnh viện K

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

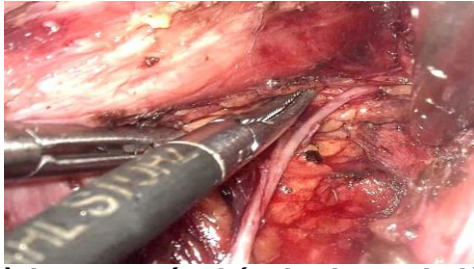
Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện với tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thực quản, nạo vét hạch hai vùng mở rộng.

Quy trình phẫu thuật: Tất cả các bệnh nhân đều được thực hiện phẫu thuật nội soi 3D cắt thực quản, nạo vét hạch hai vùng mở rộng, tạo hình thực quản bằng ống dạ dày với một ekip. Phương pháp McKeown được lựa chọn với miệng nối thực hiện ở cổ. Tiếp cận ban đầu được thực hiện thông qua lồng ngực với tư thế nghiêng trái hoặc tư thế sấp nghiêng, với việc lấy bỏ thực quản và nạo vét tất cả các nhóm hạch theo khuyến cáo của Hiệp hội Thực quản Nhật Bản với các trường hợp ung thư biểu mô vảy. Nhóm hạch quanh TKTQQN phải sẽ được nạo vét trước, bằng cách mở màng phổi trung thất trên dọc theo thần kinh X, từ đó tìm điểm xuất phát của TKTQQN phải, từ đó đi dọc theo thần kinh đến nền cổ để nạo vét nhóm hạch này (Hình 1). Nhóm hạch quanh TKTQQN trái được nạo vét sau đó, bằng cách vén khí quản sang phải, đi dọc theo khí quản từ phải sang trái, lấy bỏ lớp mỡ chứa các hạch dọc theo thần kinh từ vị trí bắt đầu dưới quai động mạch chủ đến nền cổ trái, đồng thời cắt bỏ các nhánh chi phối cho thực quản (Hình 2).



Hình 1: Nạo vét nhóm hạch quanh thần kinh thanh quản quặt ngược bên phải với tư thế sấp nghiêng

(Nguồn: nhóm nghiên cứu)



Hình 2: Nạo vét nhóm hạch quanh thân kinh thanh quản ngược bên trái với tư thế nghiêng trái

(Nguồn: nhóm nghiên cứu)

Tiếp cận thì bụng cũng được thực hiện thông qua nội soi, với việc nạo vét các nhóm hạch quanh gốc động mạch thân tạng, các hạch dọc bờ cong nhỏ dạ dày, hạch chân cơ hoành hai bên. Tạo hình thực quản đều sử dụng ống da dày để tạo hình. Miệng nối được thực hiện ở cổ với phương pháp nối tay hoặc máy nối tròn.

TTTTKTQQN sau mổ được đánh giá bằng thăm khám lâm sàng: xác định các triệu chứng khàn tiếng, nuốt sặc, viêm phổi sau mổ. Các trường hợp chưa rõ trên lâm sàng được tiến hành nội soi tai mũi họng đánh giá. Phân độ TTTKTQQN sử dụng phân loại biến chứng sau phẫu thuật của Nhóm Ung thư lâm sàng Nhật Bản được xây dựng dựa trên phân loại Clavien-Dindo mở rộng⁶. Điều trị cho các trường hợp TTTKTQQN bao gồm: đặt nội khí quản hoặc mở khí quản nếu xảy ra vấn đề tắc nghẽn đường thở, nhịn ăn nếu xảy ra nuốt sặc, điều trị kháng sinh, tập luyện với phục hồi chức năng. Đánh giá hồi phục sau tổn thương được xác định sau ít nhất 6 tháng điều trị, với đáp ứng hoàn toàn được xác định bằng lâm sàng hết triệu chứng và nội soi tai mũi họng cho thấy sự phục hồi hoàn toàn khả năng vận động của dây thanh âm. Các trường hợp còn lại được xác định là tổn thương không hồi phục. Các biến chứng viêm phổi được xác định dựa trên các biểu hiện lâm sàng, tràn

dịch màng phổi, tràn mủ màng phổi, xẹp phổi, đặt lại nội khí quản hoặc cần mở khí quản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu về tổn thương thần kinh thanh quản ngược trên 60 bệnh nhân phẫu thuật cắt thực quản, nạo vét hạch 2 vùng mở rộng từ tháng 9/2022 đến tháng 3/2024 tại Bệnh viện K, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 3.1. Các đặc điểm của tổn thương thần kinh thanh quản ngược:

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
Phân độ tổn thương	60	
Không tổn thương	47	78,3
Độ I	8	13,3
Độ II	5	8,3
Độ III	0	0
Hồi phục sau điều trị		
Có	10	76,9
Không	3	23,1
Phương pháp điều trị		
Nhịn ăn	2	15,4
Kháng sinh	13	100
Mở khí quản	0	0
Bên tổn thương		
Phải	0	0
Trái	9	69,2
Không xác định	4	30,8
Biểu hiện lâm sàng		
Khàn tiếng	13	100
Sặc khi nuốt	5	38,5

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản ngược là 21,6% trường hợp, trong đó có 13,3% tổn thương độ I và 8,3% tổn thương độ II. Sau thời gian trung bình trên 6 tháng theo dõi, 76,9% trường hợp tổn thương phục hồi hoàn toàn. Biện pháp điều trị nhịn ăn được áp dụng cho 5 trường hợp biểu hiện sặc khi nuốt. Tất cả các trường hợp đều tổn thương thần kinh thanh quản ngược trái, được xác định thông qua nội soi tai mũi họng sau mổ.

Bảng 3.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản ngược

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Có TTTKTQQN	Không TTTKTQQN	Giá trị p (Chi square hoặc Fisher's Exact Test)
Tuổi (năm) Trung bình ± SD	60	55,2 ± 6,3	56,9 ± 7,0	0,33
Tiền sử bệnh nền tim mạch, đái tháo đường				
Có	14	3 (21,4%)	11 (78,6%)	0,91
Không	46	10 (21,7%)	36 (78,3%)	
Hút thuốc				
Có	41	8 (19,5%)	33 (80,5%)	0,57
Không	19	5 (26,3%)	14 (73,7%)	
BMI trung bình		21,1 ± 2,6	21,0 ± 2,5	0,98
Vị trí u				0,15

Giữa	25	4 (16%)	21 (84%)	
Dưới	35	9 (25,7%)	26 (74,3%)	
Giai đoạn T				
T1 + T2	41	12 (29,3%)	29 (70,7%)	0,73
T3 + T4	8	4 (50%)	4 (50%)	
Giai đoạn N				
N0	36	10 (27,8%)	26 (72,2%)	0,71
N(+)	24	3 (12,5%)	21 (87,5%)	
Hóa xạ trị tiên phẫu				
Có	20	8 (40%)	12 (60%)	p = 0,015 RR = 4,7; KTC 95%=1,3-17,0
Không	40	5 (12,5%)	35 (87,5%)	
Rò miệng nội				
Có	3	0	3	
Không	57	13 (22,8%)	31 (77,2%)	
Thời gian nằm hồi sức trung bình (ngày)		4,8 ± 2,1	4,5 ± 2,2	0,49
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		12,8 ± 4,1	11,8 ± 4,7	0,38

RR = relative risk (Rủi ro tương đối), KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%.

Nhận xét: Tuổi trung bình, BMI trung bình, thời gian nằm hồi sức và nằm viện trung bình không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Ghi nhận nhóm bệnh nhân đã hóa xạ trị tiên phẫu có tỷ lệ TTTKTQQN cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,015$; $RR = 4,7$; $KTC\ 95\% = 1,3 - 17,0$). Chưa ghi nhận mối liên hệ giữa yếu tố khác như tiền sử bệnh nền, hút thuốc, giai đoạn u, giai đoạn hạch với tỷ lệ TTTKTQQN.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 60 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi ngực – bụng cắt thực quản, nạo vét hạch hai vùng mở rộng, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ TTTKTQQN là 21,6%; trong đó có 13,3% tổn thương độ I và 8,3% tổn thương độ II. So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới tỷ lệ này có sự thay đổi: từ 0% đến 60%^{3,7,8}. Nguyên nhân do tỷ lệ tổn thương phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: Phẫu thuật viên, quy trình phẫu thuật, chẳng hạn như cách tiếp cận, các bộc lộ, bóc tách hạch quanh thần kinh thanh quản quặt ngược, phương pháp phẫu thuật cắt thực quản và thực hiện miệng nội, cũng như phương thức chẩn đoán và phân độ TTTKTQQN. Nguyên nhân tổn thương đã được chỉ ra do quá trình bóc tách hạch gây chèn ép, co kéo, bỏng nhiệt, tổn thương mạch máu nuôi dưỡng cho thần kinh⁷. Phần lớn các trường hợp tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi là độ nhẹ không cần can thiệp. Tỷ lệ không hồi phục của tổn thương cũng thay đổi theo nhiều nghiên cứu, dao động từ 4% đến 59%⁹.

Tất cả các trường hợp chúng tôi ghi nhận TTTKTQQN đều ở bên trái. Các tác giả khác cũng

ghi nhận tình trạng tương tự⁷. Nguyên nhân là do thần kinh bên trái dài hơn, thời gian nạo vét kéo dài hơn. Hơn nữa khi nạo vét nhóm hạch này ở tư thế sấp nghiêng trái hay nằm sấp, tay dao của phẫu thuật viên chính vuông góc với chiều đi của thần kinh, xung đột với chiều đi của dụng cụ của phụ phẫu thuật, đồng thời TKTQQN bị che lấp bởi khí quản nên quá trình nạo vét có nhiều khó khăn, gây co kéo (hình 1).

Chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân đã hóa xạ trị tiên phẫu có tỷ lệ TTTKTQQN cao hơn so với nhóm chưa điều trị ($p = 0,015$; $RR = 4,7$; $KTC\ 95\% = 1,3 - 17,0$). Với các bệnh nhân ở nhóm này, khối u và hạch thường ở giai đoạn tiến triển tại chỗ trước điều trị. Mặt khác, tổ chức mô ở các trường hợp này cũng thường xơ dính và tiết dịch do ảnh hưởng của các tác dụng của xạ trị¹⁰, dẫn đến quá trình phẫu tích gặp nhiều khó khăn hơn, nhiệt độ ở đầu dụng cụ phẫu thuật năng lượng cao lớn hơn từ đó nguy cơ tổn thương thần kinh cao hơn.

Để giảm thiểu tỷ lệ TTTKTQQN cũng như giảm độ nặng khi tổn thương, nhiều tác giả trên thế giới đã đề xuất các kĩ thuật nạo vét khác nhau. Tại trung tâm của chúng tôi, một quy trình nạo vét hạch thống nhất cũng được đưa ra. Cụ thể các phương pháp được sử dụng: Luôn nhìn rõ thần kinh trước khi tiến hành tách bỏ nhóm hạch, tay phẫu tích luôn tiến hành song song với thần kinh bằng cách chuyển tư thế phẫu thuật từ sấp nghiêng sang nghiêng trái, chiều của dao bóc tách luôn tránh việc co kéo. Ngoài ra, chúng tôi còn chuyển sang sử dụng các loại dao năng lượng tỏa nhiệt độ thấp (HARMONIC HD1000i, Ethicon, Cincinnati, OH, USA), hoặc các loại dụng cụ không tỏa nhiệt như kelly nội soi, kéo nội soi

để phẫu tích và bóc tách hạch khỏi TKTQQN. Thêm vào đó, kĩ thuật bảo tồn mô tự nhiên của Otsuka với tỷ lệ tổn thương từ độ II trở lên là 0%⁸, cũng là một kĩ thuật được chúng tôi thực hiện giúp làm giảm tỷ lệ TTTKTQQN.

V. KẾT LUẬN

Ghi nhận tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược độ II trong quá trình nạo vét hạch điều trị ung thư thực quản là 8.3%. TTTKTQQN liên quan với tình trạng hóa xạ trị tiền phẫu trước mổ. Cần áp dụng biện pháp kĩ thuật với một quy trình thống nhất trong nạo vét hạch quanh TKTQQN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **Sheikh M, Roshandel G, McCormack V, Malekzadeh R.** Current Status and Future Prospects for Esophageal Cancer. *Cancers.* 2023;15(3):765. doi:10.3390/cancers15030765
3. **Chiu CH, Wen YW, Chao YK.** Lymph node dissection along the recurrent laryngeal nerves in patients with oesophageal cancer who had undergone chemoradiotherapy: is it safe? *Eur J Cardiothorac Surg.* 2018;54(4):657-663. doi:10.1093/ejcts/ezy127

4. **Guo Q, Li H, Wang H, Zhang D, Li Y.** Effects of standard and total two-field lymph node dissection on prognosis of patients undergoing Esophagectomy. *Pak J Med Sci.* 2022;38(4Part-II):950-954. doi:10.12669/pjms.38.4.4031
5. **Matsuda S, Takeuchi H, Kawakubo H, Kitagawa Y.** Three-field lymph node dissection in esophageal cancer surgery. *J Thorac Dis.* 2017;9(Suppl 8):S731.
6. **Katayama H, Kurokawa Y, Nakamura K, et al.** Extended Clavien-Dindo classification of surgical complications: Japan Clinical Oncology Group postoperative complications criteria. *Surg Today.* 2016;46:668-685. doi:10.1007/s00595-015-1236-x
7. **Scholtemeijer MG, Seesing MFJ, Brenkman HJF, Janssen LM, Hillegersberg R van, Ruurda JP.** Recurrent laryngeal nerve injury after esophagectomy for esophageal cancer: incidence, management, and impact on short and long-term outcomes. *J Thorac Dis.* 2017;9(Suppl 8). doi:10.21037/jtd.2017.06.92
8. **Otsuka K, Murakami M, Goto S, et al.** Minimally invasive esophagectomy and radical lymph node dissection without recurrent laryngeal nerve paralysis. *Surg Endosc.* 2020;34:2749-2757.
9. **Jeon YJ, Cho JH, Lee HK, et al.** Management of patients with bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis following esophagectomy. *Thorac Cancer.* 2021;12(12):1851-1856. doi:10.1111/1759-7714.13940
10. **Wang K, Tepper JE.** Radiation therapy-associated toxicity: Etiology, management, and prevention. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(5):437-454. doi:10.3322/caac.21689

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT GIAI ĐOẠN II, III TẠI THÁI BÌNH NĂM 2023-2024

Nguyễn Thế Điệp¹, Bùi Thị Minh Phượng¹, Nguyễn Minh Châu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hoá khớp gối (THKG) là bệnh thường gặp ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Do đó, nghiên cứu này thực hiện nhằm đánh giá CLCS của bệnh nhân THKG nguyên phát giai đoạn II, III điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán THKG nguyên phát giai đoạn II, III đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024. Đánh giá CLCS bằng thang đo SF-36. **Kết quả:** Điểm CLCS trung bình là 49,0±16,5. Điểm chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân nam cao hơn nhóm bệnh nhân nữ, ở nhóm dưới 60 tuổi cao hơn nhóm từ 60

tuổi trở lên và ở nhóm THKG giai đoạn II cao hơn giai đoạn III. **Kết luận:** Điểm CLCS của người bệnh THKG ở mức thấp, phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và một số yếu tố về giới tính, tuổi, bệnh kèm theo.

Từ khóa: Thoái hoá khớp gối, chất lượng cuộc sống, SF-36, Thái Bình.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS STAGES II AND III IN THAI BINH IN 2023-2024

Background: Knee osteoarthritis is a common joint disease that greatly affects the patient's quality of life (QoL). Therefore, this study was conducted to evaluate the quality of life of patients with stage II and III primary knee osteoarthritis treated at Thai Binh Medical University Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 34 patients diagnosed with primary knee osteoarthritis stages II and III who visited and were treated at Thai Binh Medical University Hospital from January 2023 to December /2024. The objective of the study was to assess the QoL by SF36 score. **Results:** The average quality of

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024