

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BỤNG CẮT THỰC QUẢN TƯ THỂ NGHIÊNG TRÁI 90°, NẠO VẾT HẠCH 3 VÙNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Đỗ Đức Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm sau mổ ở người bệnh được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản tư thể nghiêng trái 90°, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 7 người bệnh ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng tư thể nghiêng trái 90° nạo vét hạch 3 vùng. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình 58,71 ± 10,24. Nam giới chiếm tỷ lệ 100%. Lý do vào viện hay gặp là nuốt nghẹn và gầy sút cân. Vị trí u: 1/3 giữa chiếm 71,42%, 1/3 dưới chiếm 28,6%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 336,4 ± 34 phút, không có ca nào phải chuyển mổ mở. Thời gian thở máy trung bình sau mổ là 1,7 ± 1,5 ngày, thời gian rút dẫn lưu màng phổi sau mổ trung bình là 11,3 ± 4,7 ngày. Có 2 trường hợp bị liệt dây thanh quản quặt ngược và cả 2 trường hợp có biến chứng hô hấp sau mổ, không có trường hợp nào gặp tai biến rò miệng nối sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi (PTNS) ngực bụng cắt thực quản tư thể nghiêng trái 90°, nạo vét hạch 3 vùng là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô thực quản. **Từ khóa:** Ung thư thực quản, tư thể nghiêng trái 90°, nạo vét hạch 3 vùng.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF THORACO-LAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY WITH LEFT LATERAL DECUBITUS POSITION, THREE FIELD LYMPHADENECTOMY FOR TREATMENT OF ESOPHAGEAL CARCINOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical, paraclinical characteristics and early postoperative results in patients undergoing thoraco-laparoscopic esophagectomy with left lateral decubitus positions for esophageal carcinoma at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Prospective descriptive study on 7 patients with esophageal squamous carcinoma who underwent laparoscopic thoracoscopic with left lateral decubitus, 3-field lymphadenectomy. **Results and discussion:** Mean age 58.71 ± 10.24 years. Men account for 100%. Common reasons for hospitalization are dysphagia and weight loss. Tumor

location: middle 1/3 accounts for 71.42%, lower 1/3 accounts for 28.6%. The mean operation time was 336.4 ± 34 minutes, no case required conversion to open surgery. The average time of mechanical ventilation after surgery was 1.7 ± 1.5 days, the average time of pleural drainage removal after surgery was 11.3 ± 4.7 days. There were 2 cases of recurrent laryngeal nerve paralysis, 2 cases of postoperative respiratory complications, and no cases of postoperative anastomotic leakage. **Conclusions:** thoracoscopic esophagectomy in the left lateral decubitus position and 3-field lymph node dissection is a safe and effective method in treating esophageal carcinoma. **Keywords:** esophageal carcinoma, left lateral decubitus positions, 3-field lymphadenectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là loại ung thư phổ biến, đứng thứ 8 và có tỷ lệ mắc ước tính là 3,2% trong tổng số các trường hợp ung thư trên thế giới; nhưng nó là nguyên nhân phổ biến thứ sáu gây tử vong liên quan đến ung thư (chiếm 5,3% tổng số ca tử vong).¹ Điều trị UTTQ vẫn là một vấn đề khó khăn phức tạp cần có sự phối hợp đa chuyên khoa: hóa trị, xạ trị và phẫu thuật trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Phẫu thuật mở cắt thực quản truyền thống có nhiều biến chứng dẫn đến tỉ lệ tử vong cao sau mổ. Với sự phát triển mạnh mẽ của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật cắt thực quản ít xâm lấn trở thành phương pháp điều trị chuẩn cho bệnh nhân ung thư thực quản với kết quả ngắn hạn tốt hơn so với mổ mở như giảm biến chứng sau mổ, giảm đau, bệnh nhân hồi phục nhanh hơn, đạt được kết quả về mặt ung thư học tốt hơn và không có sự khác biệt về các kết quả xa sau phẫu thuật (thời gian sống sau mổ, tỉ lệ tái phát, ...).² Trong thì nội soi ngực để giải phóng thực quản và vét hạch trung thất có 2 tư thế chính được áp dụng là tư thế nằm sấp và tư thể nghiêng trái 90°. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 11/2023 đã bắt đầu triển khai PTNS cắt thực quản ngực bụng với tư thể nghiêng trái 90° trong thì ngực và đem lại kết quả tốt, hạn chế được tai biến trong mổ cũng như các biến chứng sau mổ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh được ung thư thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng tư thể nghiêng trái 90° điều trị ung*

*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024

thư biểu mô thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2. *Đánh giá kết quả sớm sau mổ của các bệnh nhân tại đại điểm nghiên cứu và trong thời gian trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các người bệnh có đủ tiêu chuẩn sau: (1) Người bệnh được phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng tư thế nghiêng trái 90° nạo vét hạch 3 vùng từ tháng 11 năm 2023 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. (2) Người bệnh có giải phẫu bệnh là ung thư tế bào biểu mô, chưa di căn xa, giai đoạn T1 – T4a, bệnh nhân đồng ý thực hiện. (3) Hồ sơ bệnh án đầy đủ đáp ứng các yêu cầu nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng ngực phải, ung thư thực quản cổ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Biến số nghiên cứu đáp ứng cho 2 mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. 100% bệnh nhân là nam giới. tuổi trung bình là $58,71 \pm 10,24$ (lớn nhất 73 tuổi và nhỏ nhất là 45 tuổi); 100% bệnh nhân đều có tiền sử hút thuốc lá. Bệnh nhân đến viện chủ yếu với triệu chứng nuốt nghẹn và gầy sút cân chiếm 100%.

Bảng 1: Kết quả nội soi thực quản

	Biến	N	Tỷ lệ (%)
Vị trí khối u	1/3 giữa	5	71,4
	1/3 dưới	2	28,6
Đại thể khối u	Loét	3	42,9
	Sùi	4	57,1
	Thâm nhiễm	0	0

Bảng 2: Kết quả cắt lớp vi tính (CLVT)

	Biến	N	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	1/3 giữa	5	71,4
	1/3 dưới	2	28,6
Hình ảnh khối u	Dày thành	7	100,0
Di căn hạch	Không thấy hình ảnh nghi ngờ di căn hạch	6	85,7
	Hình ảnh nghi ngờ di căn hạch	1	14,3
M	M0	7	100,0

3.2. Đặc điểm trong mổ. Không có bệnh nhân nào gặp tai biến trong mổ. Có 1 trường hợp phải chuyển mổ mở ở thì bụng do bệnh nhân có tiền sử mổ bụng cũ, ổ bụng rất dính không thể mổ nội soi được. Thời gian phẫu thuật

trung bình là 336 ± 34 phút (dao động từ 300 đến 390 phút), Lượng máu mất trung bình $60 \pm 7,8$ ml. Số lượng hạch ngực nạo vét được trung bình là $18,3 \pm 8,3$, hạch bụng là $13,4 \pm 6,6$.

3.3. Tỷ lệ biến chứng và kết quả sớm sau mổ. 2 BN có biến chứng sau mổ (28.6%) do tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN) và 2 trường hợp này có biến chứng viêm phổi sau mổ, tất cả các bệnh nhân này đều được điều trị nội khoa. Không có trường hợp nào có biến chứng rò miệng nổi và cũng không có trường hợp nào tử trong vòng 30 ngày sau mổ. Thời gian thở máy sau mổ trung bình là $1,7 \pm 1,5$ ngày, thời gian rút dẫn lưu màng phổi là $11,3 \pm 4,3$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình $13,3 \pm 4,5$ ngày (dao động 9-21 ngày).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng: UTTQ là ung thư thường gặp ở người lớn tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là từ 45 đến 70 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân là nam giới với tuổi trung bình là $58,71 \pm 10,24$ (dao động từ 45 đến 73 tuổi), tương đương với các tác giả trong nước là Nguyễn Xuân Hòa, Phạm Đức Huấn nhưng thấp hơn so với với các tác giả nước ngoài như Otsuka, Murakami.³⁻⁶ Nguyên nhân có thể do thời gian tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ (rượu, bia, thuốc lá,...) ở người Việt Nam sớm hơn và tuổi thọ trung bình của người Việt Nam vẫn thấp hơn các nước phát triển.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là nuốt nghẹn (100%) và gầy sút cân (100%), cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hòa và tương đương với tác giả Phạm Đức Huấn.^{3,4} Chẩn đoán giai đoạn bệnh trước mổ có vai trò vô cùng quan trọng trong quá trình điều trị ung thư thực quản nói chung và trước phẫu thuật nói riêng. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy là phương pháp chủ yếu để đánh giá vị trí, mức độ xâm lấn, di căn hạch, di căn xa của khối u, xác định khả năng cắt bỏ khối u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 trường hợp u ở 1/3 giữa và 2 trường hợp u ở 1/3 dưới và đều được đánh giá không xâm lấn các tạng xung quanh như động mạch chủ, khí phế quản là các chống chỉ định phẫu thuật. Đối với đánh giá di căn hạch và di căn xa ở các tạng, có 6 trường hợp trong nghiên cứu không thấy hình ảnh nghi ngờ di căn hạch, chỉ có 1 trường hợp thấy có hình ảnh nghi ngờ di căn hạch trên CLVT nhưng đối chiếu kết quả GPB sau mổ thì trong đó có 3 trường hợp có di căn hạch và không có trường hợp nào di căn xa.

4.2. Đặc điểm phẫu thuật: Trong thời

gian gần đây, phẫu thuật ít xâm lấn đã chứng minh tính ưu việt so với phẫu thuật mở về các kết quả sớm sau mổ. Trong 16 nghiên cứu tiền cứu và 04 nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng, phẫu thuật ít xâm lấn làm giảm lượng máu mất ($p=0,0009$) nhưng thời gian mổ tăng lên so với phẫu thuật mở ($p=0,0009$).⁷ Với nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân đều được tiếp cận với phương pháp phẫu thuật nội soi hoàn toàn, thời gian mổ trung bình là 336 phút, lâu nhất là 390 phút và ngắn nhất là 300 phút. Lượng máu mất trung bình không đáng kể khoảng 60 ml. Kết quả này tương đương với các tác giả khác trong nước và trên thế giới.^{3,4,8}

Tỉ lệ chuyển mổ mở chung của các tác giả từ 0% tới 5,3%.^{3,4,8} Trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hòa với 118 bệnh nhân cắt thực quản nội soi ngực bụng tỉ lệ chuyển mổ mở là 0,8% với nguyên nhân do dày dính màng phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi với 7 bệnh nhân không có trường hợp nào phải mở ngực, có 01 trường hợp chuyển mổ bụng do bệnh nhân có tiền sử mổ cũ ở bụng, ổ bụng rất dính khiến cho quá trình nạo vét hạch gặp khó khăn. Tuy nhiên không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu gặp tai biến trong mổ. Các nghiên cứu về phẫu thuật cắt thực quản đều thống nhất rằng phẫu thuật nội soi làm giảm các biến chứng trong và sau mổ, đem lại kết quả ngắn hạn tốt hơn.^{2-4,7} Trong phẫu thuật nội soi, các chi tiết giải phẫu, mạch máu, hạch bạch huyết đều được phóng đại, trình bày rõ ràng, phẫu tích tỉ mỉ, cẩn thận sẽ tránh được các tai biến trong mổ như chảy máu, đặc biệt là tổn thương các mạch máu lớn trong lồng ngực như động mạch chủ ngực, quai động mạch chủ, tĩnh mạch phổi, quai tĩnh mạch đơn, ... là các tổn thương rất nặng nề, đòi hỏi xử lí nhanh chóng và chính xác, phần lớn cần mở ngực nhanh chóng để kiểm soát chảy máu.

Về kĩ thuật mổ, chúng tôi lựa chọn tạo hình thực quản bằng toàn bộ dạ dày và thực hiện miệng nối thực quản cổ - phình vị dạ dày bằng tay với các mũi khâu rời chỉ PDS 3-0. Qua 7 trường hợp chúng tôi thấy kĩ thuật trên tiến hành thuận lợi, độ dài ống dạ dày và mức độ tưới máu (đánh giá qua màu sắc mô của miệng nối) của dạ dày đều tốt, làm miệng nối thuận lợi. Điều này cho thấy sự thuận lợi và phổ biến của phương pháp thay thế thực quản bằng ống dạ dày so với các cơ quan khác như ruột non, đại tràng. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều đưa ống dạ dày toàn bộ lên cổ qua đường trung thất sau. Nghiên cứu của Booka cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ tử vong sau mổ giữa đường sau xương ức và

đường trung thất sau khi đưa ống dạ dày lên cổ, điều đó chứng minh rằng cả hai đường này đều an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, mỗi phương pháp lại có nguy cơ biến chứng khác nhau. Tỉ lệ rò miệng nối thấp hơn đáng kể ở đường trung thất sau, trong khi đó biến chứng viêm phổi thấp hơn đáng kể với đường sau xương ức.⁹ Vì vậy, việc lựa chọn phương pháp nào tùy thuộc vào yếu tố nguy cơ từng biến chứng trong mỗi bệnh nhân cụ thể. Trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện miệng nối tay cho 100% các trường hợp thấy rằng tiến hành thuận lợi về mặt kĩ thuật và thời gian, tỉ lệ rò và hẹp miệng nối đều tương đương với nghiên cứu sử dụng máy nối tròn hoặc máy nối thẳng.

4.3. Kết quả sớm và biến chứng sớm sau mổ. Thời gian thở máy sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,7 \pm 1,5$ ngày, tương đương với các nghiên cứu khác như của Nguyễn Xuân Hòa¹⁰ là 36 giờ, của Luketich là 48h, của Kinjio là 24h.^{2,8} Thời gian rút dẫn lưu màng phổi là $11,3 \pm 4,3$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình $13,3 \pm 4,5$ ngày (dao động 9-21 ngày). Kết quả này cũng tương đương với các tác giả khác.^{2,3} Điều đó cho thấy phẫu thuật nội soi ít xâm lấn đã góp phần làm giảm thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức tích cực và thời gian nằm viện sau mổ.

Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các bệnh nhân ở giai đoạn III chiếm chủ yếu 57,1%, 100% đều là ung thư biểu mô vảy, 42,9% bệnh nhân có di căn hạch. Trong số 7 bệnh nhân có 5 bệnh nhân được hóa xạ trị trước mổ giúp giảm giai đoạn khối u, tăng khả năng phẫu thuật triệt căn, giảm tỉ lệ tái phát, di căn sau mổ.³ Do đặc điểm về bệnh nhân (hút thuốc lá, tuổi cao), phẫu thuật (thì ngực có tác động lên phổi, thời gian kéo dài, tư thế không thuận lợi,...) nên các biến chứng về hô hấp có tỉ lệ khá cao trong phẫu thuật thực quản, có thể lên tới 60% tùy các báo cáo và là nguyên nhân chính gây ra các biến chứng khác và tử vong sau mổ. Hiện nay, phẫu thuật cắt TQ ít xâm lấn gần như đã trở thành tiêu chuẩn, chính vì thế rất có lợi ích trong việc giảm các biến chứng hô hấp sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được phẫu thuật cắt TQ nội soi trong thì ngực, tỉ lệ biến chứng hô hấp gồm tràn dịch màng phổi 1 trường hợp (14,3%), tràn khí màng phổi 1 trường hợp (14,3%) đều được điều trị nội khoa ổn định, không có bệnh nhân tử vong.

Tổn thương liệt dây TKTQQN thường gặp trong quá trình phẫu tích thực quản, đặc biệt là nạo vét hạch trung thất trên và vùng cổ, các tác động như nhiệt, kéo căng, cắt đôi, chèn ép hoặc

tổn thương các vi mạch. Tổn thương dây TKTQQN sau mổ không chỉ làm tăng các biến chứng về hô hấp, làm tăng thời gian nằm viện mà còn gây ra các di chứng sau này như nói khàn và rối loạn nuốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 bệnh nhân bị liệt dây TKTQQN sau mổ biểu hiện nói khàn, ăn uống bị sặc, chiếm tỉ lệ 28,6%, cao hơn so với trong các nghiên cứu bệnh nhân được cắt thực quản tư thế nghiêng trái 90 độ: của Otsuka là 0%, của Murakami là 1,4%, của Teshima là 15,8%.^{5,6} Tuy nhiên 2 bệnh nhân trên không gặp biến chứng hô hấp sau mổ và khám lại sau 1 tháng đều ăn uống bình thường, tình trạng nói khàn giảm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào bị rò miệng nối, thấp hơn so với các nghiên cứu khác của Phạm Đức Huân (7,4%), Nguyễn Xuân Hòa (6,8%), Kinjo (4%), Luketich (5%).^{2-4,8} Đã có nhiều nghiên cứu so sánh kết quả sớm và tỉ lệ biến chứng sau mổ giữa tư thế nằm sấp và tư thế nghiêng trái 90 độ trong thì ngực của phẫu thuật. Nghiên cứu của Feng và cộng sự cho thấy tư thế nằm sấp có thời gian phẫu thuật ở thì ngực ngắn hơn (67 ± 20 phút so với 77 ± 17 phút, $p = 0,013$) và số lượng hạch ngực nạo vét được nhiều hơn ($11,6 \pm 4,0$ so với $8,9 \pm 4,9$, $p=0,005$) so với tư thế nghiêng trái. Teshima và cộng sự so sánh các kết quả ngắn hạn giữa tư thế nằm sấp và nằm nghiêng bên trái và không có sự khác biệt đáng kể thời gian phẫu thuật giữa các nhóm (247 ± 45 phút so với 247 ± 45 phút với 236 ± 48 phút, $p = 0,24$). Trong nghiên cứu của chúng tôi với tư thế nghiêng trái, màn hình được đặt ở đầu bàn mổ và trực thị trường được đặt theo hướng từ chân bàn mổ đến đầu bàn mổ. Sự sắp xếp này cho phép quá trình nạo vét hạch ngực tiến triển song song với đường đi của dây TKTQQN và có thể dễ dàng tiếp cận thị trường phía cổ, tạo điều kiện thuận lợi cho việc bóc tách các hạch bạch huyết xung quanh dây TKTQQN. Theo Noshiro việc nạo vét hạch xung quanh dây TKTQQN được thực hiện ở tư thế nằm sấp có kết quả tương đương ở tư thế nằm nghiêng bên trái. Tuy nhiên ở tư thế nằm sấp khi vét hạch xung quanh dây TKTQQN sẽ dễ gây tổn thương khí quản hơn. Phương pháp này cũng đòi hỏi lực kéo lên thực quản. Ngược lại, khi thực hiện ở tư thế nằm nghiêng bên trái, thị trường ở phía bụng của dây TKTQQN bên trái có thể dễ dàng được bộc lộ bằng các dụng cụ vén khí quản.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản

tư thế nghiêng trái 90° là một phẫu thuật an toàn, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, mang lại nhiều ưu điểm cho bệnh nhân về mặt thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn và tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp, đặc biệt là biến chứng liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
2. **Luketich JD, Pennathur A, Awais O, et al.** Outcomes after minimally invasive esophagectomy: review of over 1000 patients. *Ann Surg.* 2012;256(1):95-103. doi:10.1097/SLA.0b013e3182590603
3. **Nguyễn Xuân Hòa.** 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 An Tiến Sĩ Học Đại Học Hà Nội. Published online 2018.
4. **Phạm Đức Huân.** Nghiên cứu điều trị phẫu thuật ung thư thực quản ngực. Luận An Tiến Sĩ Học Đại Học Hà Nội. Published online 2003.
5. **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(6):2749-2757. doi:10.1007/s00464-020-07372-3
6. **Murakami M, Otsuka K, Goto S, Ariyoshi T, Yamashita T, Aoki T.** Thoracoscopic and hand assisted laparoscopic esophagectomy with radical lymph node dissection for esophageal squamous cell carcinoma in the left lateral decubitus position: a single center retrospective analysis of 654 patients. *BMC Cancer.* 2017;17(1):748. doi:10.1186/s12885-017-3743-1
7. **Coelho FDS, Barros DE, Santos FA, et al.** Minimally invasive esophagectomy versus open esophagectomy: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol.* 2021;47(11):2742-2748. doi:10.1016/j.ejso.2021.06.012
8. **Kinjo Y, Kurita N, Nakamura F, et al.** Effectiveness of combined thoracoscopic-laparoscopic esophagectomy: comparison of postoperative complications and midterm oncological outcomes in patients with esophageal cancer. *Surg Endosc.* 2012;26(2):381-390. doi:10.1007/s00464-011-1883-y
9. **Booka E, Takeuchi H, Morita Y, Hiramatsu Y, Kikuchi H.** What is the best reconstruction procedure after esophagectomy? A meta-analysis comparing posterior mediastinal and retrosternal approaches. *Ann Gastroenterol Surg.* 2023;7(4):553-564. doi:10.1002/ags3.12685
10. **Tang H, Zheng H, Tan L, et al.** Neoadjuvant chemoradiotherapy followed by minimally invasive esophagectomy: is it a superior approach for locally advanced resectable esophageal squamous cell carcinoma? *J Thorac Dis.* 2018;10(2):963-972. doi:10.21037/jtd.2017.12.108

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP BÀI THUỐC CRHV TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN RƯỢU

Trần Phương Đông¹, Trần Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp bài thuốc CRHV trong hỗ trợ điều trị nghiện rượu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán xác định nghiện rượu dựa trên tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới về nghiện chất (ICD-10 (International Classification Disease – Hệ thống phân loại bệnh tật quốc tế) năm 1992, mục F10.2). **Kết quả:** Sau 45 ngày điều trị, người bệnh giảm tần suất sử dụng rượu/ngày và lượng rượu uống/ ngày, các biểu hiện của hội chứng cai như: thèm rượu, vã mồ hôi, run tay chân, buồn nôn/nôn, mất ngủ, lo lắng và chỉ số xét nghiệm chức năng gan (AST, ALT và GGT) đều giảm ở các thời điểm theo dõi ngày thứ 15, 30 và 45. Điểm chất lượng cuộc sống đạt mức tốt chiếm 88,9%. **Kết luận:** Bài thuốc CRHV kết hợp phương pháp điện châm có tác dụng tốt trong điều trị nghiện rượu. **Từ khóa:** Nghiện rượu, điện châm, bài thuốc CRHV.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTS OF CRHV REMEDY COMBINED WITH ELECTROACUPUNCTURE IN SUPPORTING THE TREATMENT OF ALCOHOL ADDICTION

Research objective: Evaluate the effects of the CRHV remedy combined with electroacupuncture in supporting the treatment of alcoholism. **Research subjects and methods:** Research subjects were diagnosed with alcoholism based on criteria The World Health Organization's standard on substance abuse (ICD-10 (International Classification Disease – International disease classification system) in 1992, section F10.2). **Results:** After 45 days of treatment, the patient reduced the frequency of alcohol use/day and the amount of alcohol consumed/day, and symptoms of withdrawal syndrome such as: cravings alcohol, sweating, tremors, nausea/vomiting, insomnia, anxiety and Liver function test indexes (AST, ALT and GGT) all decreased at monitoring days 15, 30 and 45. Quality of life scores reached a good level, accounting for 88.9%. **Conclusion:** CRHV remedy combined with electroacupuncture method has good effects in treating alcoholism. **Keywords:** Alcoholism, electroacupuncture, CRHV remedy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện rượu là bệnh mạn tính gây ra nhiều gánh nặng về sức khỏe, kinh tế và xã hội. Theo

thống kê, có tới 3,3 triệu ca tử vong do sử dụng rượu mỗi năm trên toàn thế giới [1]. Việc sử dụng rượu được coi là yếu tố nguy cơ hàng thứ ba góp phần vào gánh nặng bệnh tật toàn cầu ở nam giới [2]. Nghiện rượu vẫn rất phổ biến ở các nước phát triển và đây cũng là yếu tố chính trong bệnh xơ gan [3]. Theo báo cáo của tổ chức Y tế thế giới năm 2011, Việt Nam được xếp vào nhóm 25 quốc gia tiêu thụ rượu bia nhiều nhất, đứng thứ 4 trong khu vực Đông Nam Á [1]. Hiện nay, các biện pháp can thiệp điều trị nghiện rượu đều hướng tới mục đích giảm lạm dụng rượu.

Khi uống rượu sẽ tác động vào các tạng phủ đặc biệt là các tạng Tâm, Can, Tỳ và các phủ là Đờm, Vị. Rượu ảnh hưởng lên Tâm và Can gây rối loạn thần minh (Tâm tàng thần, Can tàng ý) xuất hiện các chứng như không tự chủ được, cười nói nhiều hoặc trầm cảm, cáu gắt, kích thích. Rượu ảnh hưởng đến tạng Tỳ gây cho người bệnh buồn nôn, chán ăn, mệt mỏi. Lâu dần các chứng trạng trên càng nặng nề hơn. Người bệnh gầy yếu, tay chân run, ăn ngủ kém, sa sút trí tuệ, không tập trung chú ý khi làm việc, khả năng làm việc giảm dần [4], [5].

Điện châm điều trị cai nghiện rượu là một trong số những phương pháp mới hiện đang được áp dụng tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương mang lại hiệu quả khá khả quan. Bên cạnh đó, việc sử dụng thêm các bài thuốc kinh nghiệm có tác dụng hỗ trợ điều trị cũng mang lại hiệu quả tốt. Sự phối hợp của điện châm và thuốc y học cổ truyền trong điều trị thường mang lại hiệu quả cộng gộp giúp nâng cao tác dụng. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp bài thuốc CRHV trong hỗ trợ điều trị nghiện rượu".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Thành phần bài thuốc CRHV

Tên thuốc	Tên khoa học của vị thuốc	Hàm lượng (gam)
Hà thủ ô	Radix Fallopieae multiflorae	30
Hoàng kỳ	Radix Astragali membranacei	20
Cà gai leo	Herba Solani procumbensis	15
Hà diệp	Folium Nelumbinis	10

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Đông

Email: Dongmailto@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024