

Bảng 3. Kết quả chuyển phôi (n=25)

Kết quả chuyển phôi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ có thai (gồm thai sinh hóa + lâm sàng)	19/25	76,0
Thai sinh hóa	3/25	12,0
Thai lâm sàng	16/25	64,0
Thai lâm sàng có tim thai	13/25	52,0
Thai diễn tiến	11/19	57,89
Số trẻ sinh sống	7/19	36,84
GEU	0	0
Sảy thai, lưu thai	5	26,31
Dị tật bẩm sinh	1	5,26
Số ca đơn thai	11/19	57,89
Số ca đa thai	1	5,26

Tỷ lệ có thai đạt 76%, trong đó tỷ lệ có thai sinh hóa 12%, tỷ lệ có thai lâm sàng 64%. Có 13 trường hợp thai lâm sàng có tim thai chiếm 52%, thai diễn tiến 57,89%; Ghi nhận 7 trường hợp trẻ sinh sống tại thời điểm nghiên cứu, chiếm 36,84%. Có 5 trường hợp lưu, sảy thai chiếm tỷ lệ 26,31%; dị tật bẩm sinh 1 trường hợp chiếm 5,26%. Có 11/19 trường hợp đơn thai chiếm 57,89% và 1 trường hợp đa thai chiếm 5,26%.

Bảng 4. Liên quan giữa chất lượng và số lượng phôi chuyển với thai lâm sàng

Chất lượng phôi chuyển	Không có thai lâm sàng	Thai lâm sàng	Tỷ lệ %	Tổng
Có phôi rất tốt +phôi tốt	7	15	68,18	22
Không có phôi tốt	2	1	33,30	3
Tổng	9	16	64	25

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ có thai lâm sàng của chuyển phôi nang có phôi tốt cao nhất là 68,18%, tỷ lệ thai lâm sàng thấp nhất ở nhóm phôi có chất lượng trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy, tỷ lệ có thai lâm sàng được cải thiện sau khi thực hiện phân tích di truyền trước chuyển phôi không xâm lấn.

Nghiên cứu của Fang và Cs (2019): Tỷ lệ có thai sinh hóa là 72,0% (36/50). Tỷ lệ có thai lâm sàng là 58,0% (29/50) [3]. Tỷ lệ sảy thai tự nhiên là 3/29 (không có trường hợp nào có thể dị bội NST). Tổng cộng có 27 em bé khỏe mạnh đã được sinh ra. Nghiên cứu của Rubio và Cs (2019): Tỷ lệ làm tổ đang diễn ra đối với phôi TE euploid/SBM euploid cao gấp ba lần so với tỷ lệ phôi TE euploid/SBM dị bội (lần lượt là 52,9% so với 16,7%) [4]. Nghiên cứu của Xiaoxi Li và Cs (2024): Tỷ lệ mang thai lâm sàng (70,0%) tỷ lệ mang thai đang diễn ra (58,9%) [5]. Nghiên cứu

của Hui He và Cs (2024): Tỷ lệ mang thai lâm sàng và tỷ lệ sinh sống ở phôi được dự đoán bởi mô hình NICS-Timelapse với xác suất bình bội là 0,7–0,1 lần lượt là 73,7% và 68,4% cho toàn bộ nhóm, 57,1% và 42,9% cho nhóm A, 86,7% và 80,0% cho nhóm B và 68,8% và 68,8% cho nhóm C [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tổng số 21/44 (47,72%) cặp vợ chồng có phôi được chuyển, trong đó đã thực hiện 25 lần chuyển duy nhất 1 phôi (17 phôi ngày 5 (68%), 8 phôi ngày 6(32%)). Tỷ lệ có thai đạt 76%, trong đó tỷ lệ có thai sinh hóa 12%, tỷ lệ có thai lâm sàng 64%. Có 13 trường hợp thai lâm sàng có tim thai chiếm 52%, thai diễn tiến 57,89%; Ghi nhận 7 trường hợp trẻ sinh sống tại thời điểm nghiên cứu, chiếm 36,84%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương với các nghiên cứu về tỷ lệ có thai sau khi thực hiện phương pháp phân tích di truyền không xâm lấn trước chuyển phôi. Trong nghiên cứu này, việc điều chỉnh quy trình nuôi phôi để phục vụ xét nghiệm di truyền tiền làm tổ không xâm lấn, trong đó ở giai đoạn phôi phân cắt, tiến hành kỹ thuật hỗ trợ thoát màng, kiểm tra và loại bỏ tế bào hạt còn lại, rửa phôi bằng môi trường nuôi cấy; sau đó nuôi đơn phôi trong 20µL đã làm gia tăng tỷ lệ nuôi phôi thành công từ giai đoạn phôi phân cắt sang giai đoạn phôi nang. Quy trình nuôi phôi đơn giọt, kết hợp với phương pháp sàng lọc di truyền trước chuyển phôi không xâm lấn là một trong những nghiên cứu rất khả quan, góp phần nâng cao tỷ lệ có thai nói chung và tỷ lệ có thai lâm sàng nói riêng.

Nghiên cứu của Phùng Thị Sơn (2021) cho thấy những chu kỳ chuyển 1 phôi loại tốt hoặc phôi độ 1 phôi rất tốt thì tỷ lệ có thai lâm sàng là $100 \times (35/49) = 71,43\%$ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với những chu kỳ chuyển 1 phôi là phôi trung bình (1 phôi loại trung bình hoặc xấu) 8,33% với $p=0.0001 < 0,05$. Trong tổng số 365 chu kỳ được nghiên cứu thì có 39 chu kỳ chuyển phôi phôi trung bình và xấu tỷ lệ có thai lâm sàng là $(12/39) \times 100 = 30,77\%$. Còn lại 326 chu kỳ được nghiên cứu thì có ít nhất 1 phôi tốt được chuyển và hiệu quả 50 tỷ lệ có thai lâm sàng của nhóm này là 71,47% và so với nhóm không có phôi tốt là có ý nghĩa thống kê $p=0.0001 < 0,05$ [7]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ có thai lâm sàng của chuyển phôi nang có phôi tốt cao nhất là 68,18%, tỷ lệ thai lâm sàng thấp nhất ở nhóm phôi có chất lượng trung bình. Kết quả này chứng minh vai trò của chất lượng phôi ảnh hưởng thực sự lên thành công của chuyển phôi trữ lạnh. Điều này hoàn toàn phù hợp với những kết luận của các tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ có thai đạt 76%, trong đó tỷ lệ có thai sinh hóa 12%, tỷ lệ có thai lâm sàng 64%. Có 13 trường hợp thai lâm sàng có tim thai chiếm 52%, thai diễn tiến 57,89%; Ghi nhận 7 trường hợp trẻ sinh sống tại thời điểm nghiên cứu, chiếm 36,84%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fragouli E., Lenzi M., Ross R. và Cs. (2008).** Comprehensive molecular cytogenetic analysis of the human blastocyst stage. *Human Reproduction*, 23(11), 2596–2608.
2. **Hou W., Xu Y., Li R. và Cs. (2019).** Role of aneuploidy screening in preimplantation genetic testing for monogenic diseases in young women. *Fertility and Sterility*, 111(5), 928–935.
3. **Fang R., Yang W., Zhao X. và Cs. (2019).** Chromosome screening using culture medium of

embryos fertilised in vitro: a pilot clinical study. *J Transl Med*, 17(1), 73.

4. **Rubio C., Rienzi L., Navarro-Sánchez L. và Cs. (2019).** Embryonic cell-free DNA versus trophoctoderm biopsy for aneuploidy testing: concordance rate and clinical implications. *Fertility and Sterility*, 112(3), 510–519.
5. **Li X., Yao Y., Zhao D. và Cs. (2024).** Clinical outcomes of single blastocyst transfer with machine learning guided noninvasive chromosome screening grading system in infertile patients. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 22(1), 61.
6. **He H., Wu L., Chen Y. và Cs. (2024).** A novel non-invasive embryo evaluation method (NICS-Timelapse) with enhanced predictive precision and clinical impact. *Heliyon*, 10(9), e30189.
7. **Phùng Thị Sơn (2021)** Nghiên cứu hiệu quả chuyển phôi nang trữ đông và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện hỗ trợ sinh sản và nam học Đức Phúc. Luận văn thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BỤNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2019-2022

Nguyễn Bá Vương¹, Nguyễn Xuân Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết trung hạn và xa và đánh giá một số yếu tố tiên lượng tới kết quả sau phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư thực quản tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 138 bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình 57.83 ± 7.41. Nam giới chiếm tỉ lệ 98.6%, nữ giới là 1.4%. Vị trí u: 1/3 giữa chiếm 39.9%, 1/3 dưới chiếm 60.1%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 289.2 ± 38.8 phút. Số hạch nạo vét được trung bình: 21.25 ± 10.91. Tỉ lệ tai biến trong mổ 1.4% (2 trường hợp tổn thương màng phổi). Trong các biến chứng gặp sau mổ, biến chứng hay gặp nhất là biến chứng về hô hấp chiếm tỉ lệ 18.1%, có 5 (3.6%) trường hợp khàn tiếng sau mổ, tỷ lệ rò miệng nối là 4.3%, có 3 trường hợp bệnh nhân rò đường chấp sau mổ, không có trường hợp bệnh nhân nào tử vong trong thời gian hậu phẫu. Mô bệnh học sau mổ: 0.7% ung thư biểu mô tuyến, 91.3% ung thư biểu mô vảy, 1.4% ung thư dạng biểu bì nhày, 6.5% không còn tế bào u. 138 bệnh nhân trong nghiên cứu có 9

bệnh nhân mất tin (6.5%), 42 bệnh nhân đã chết (30.4%), 87 bệnh nhân còn sống (63%). Thời gian sống thêm trung bình: 47.9 ± 1.9 tháng. 7 bệnh nhân bị hẹp miệng nối chiếm tỉ lệ 5.1%, được điều trị bằng phương pháp nong thực quản. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng đã trở thành phẫu thuật thường quy trong điều trị ung thư thực quản. Phẫu thuật đáp ứng được yêu cầu điều trị UTTQ về thời gian sống sau mổ, giảm bớt được tỷ lệ tai biến, biến chứng so với phẫu thuật mổ mở.

Từ khóa: ung thư thực quản, cắt thực quản nội soi ngực bụng

SUMMARY

SURGICAL RESULTS AND SOME PROGNOSIS FACTORS AFTER THORACOCAL ENDOSCOPIC SURGERY TO TREAT ESOPHAGIC CANCER AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL IN THE PERIOD 2019-2022

Research objective: To evaluate the outcomes of thoracoscopic and laparoscopic surgery for the treatment of esophageal cancer at Viet Duc Friendship Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study involving 138 patients with esophageal cancer who underwent thoracoscopic and laparoscopic surgery at the Department of Digestive Surgery at Viet Duc Friendship Hospital from January 2019 to December 2022. **Results and discussion:** The average age was 57.83 ± 7.41 years. Males accounted for 98.6%, while females made up 1.4%. Tumor location: middle third accounted for 39.9%, and lower third accounted for 60.1%. The average surgical time was 289.2 ± 38.8 minutes. The average

¹Bệnh viện Việt Tiệp 2 Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hoà

Email: drhoanguyenxuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 10.12.2024

number of dissected lymph nodes was 21.25 ± 10.91 . The intraoperative complication rate was 1.4% (2 cases of pleural injury). Among the postoperative complications, the most common was respiratory complications, which accounted for 18.1%; there were 5 cases (3.6%) of hoarseness post-surgery, and the anastomotic leak rate was 4.3%, with 3 patients experiencing chylous leaks after surgery; no patients died during the postoperative period. Postoperative histopathology revealed 0.7% adenocarcinoma, 91.3% squamous cell carcinoma, 1.4% mucinous carcinoma, and 6.5% with no tumor cells remaining. Among the 138 patients in the study, 9 patients were lost to follow-up (6.5%), 42 patients had died (30.4%), and 87 patients were alive (63%). The average survival time was 47.9 ± 1.9 months. Seven patients (5.1%) experienced anastomotic strictures and were treated with esophageal dilation. **Conclusion:** Thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy has become a standard procedure for the treatment of esophageal cancer. The surgery meets the requirements for treating esophageal cancer in terms of postoperative survival time and has reduced the rates of complications compared to open surgery. **Keywords:** esophageal cancer, thoracoscopic esophagectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là một bệnh ung thư hay gặp. Trên thế giới, theo GLOBOCAN năm 2020 UTTQ đứng thứ 8 trong các bệnh ung thư với 604100 ca mắc mới chiếm tỉ lệ 3.1%¹. Năm 2020 tại Việt Nam, UTTQ đứng thứ 14 trong các bệnh ung thư với 3281 ca mắc mới, chiếm tỉ lệ 1.8%. Bệnh có tiên lượng nặng và là nguyên nhân tử vong cao thứ 6 trong các bệnh ung thư và tỷ lệ sống sót sau 5 năm dưới 20%^{2,3}. Khoảng 70% trường hợp mắc UTTQ xảy ra ở nam giới trên toàn thế giới. Điều trị ung thư thực quản là điều trị đa mô thức (bao gồm hóa trị, xạ trị, phẫu thuật, miễn dịch...). Lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, vị trí khối u, thể trạng bệnh nhân... trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Sự ra đời của phẫu thuật nội soi (PTNS) được xem là bước tiến mới của ngành ngoại khoa. Trong đó PTNS ngực bụng với miệng nối cổ là phương pháp thường được áp dụng nhất. Các kết quả nghiên cứu đều khẳng định phẫu thuật cắt thực quản nội soi nạo vét hạch có nhiều ưu điểm hơn: vết mổ nhỏ, thẩm mỹ, ít đau, ít tai biến và giảm các biến chứng hô hấp sau mổ.

Vấn đề còn đang được thảo luận là PTNS có đạt được yêu cầu của phẫu thuật ung thư (cắt rộng rãi) hay không, đặc biệt là vấn đề nạo vét hạch, các tai biến và biến chứng trong và sau mổ, thời gian sống thêm sau mổ. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư thực quản tại bệnh

viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2019-2022".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân UTTQ ngực (1/3 giữa và 1/3 dưới (theo phân giai đoạn của AJCC 8th -2017) được PTNS ngực- bụng điều trị tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2022, có tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là UTTQ, xác định qua mô bệnh học.
- Hồ sơ bệnh án đủ các thông tin phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu và theo dõi sau mổ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2022 có 138 người bệnh ung thư thực quản được thực hiện cắt thực quản nội soi ngực bụng tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh. Nam giới chiếm 98.6%, nữ giới chiếm 1.4%, tuổi trung bình là $57,83 \pm 7,41$ (39 –77 tuổi), trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50 –59 tuổi chiếm tỷ lệ 47.1%. Có 71 % người bệnh có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ người bệnh bị UTTQ có tiền sử hút thuốc lá, uống rượu, cả uống rượu và hút thuốc lá lần lượt là 66.7%, 67.4%, 54.3%. Tỷ lệ vị trí UTTQ 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt là 39.9% và 60.1%.

3.2. Kết quả sớm

Bảng 3.1. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Min	Max	Trung bình	SD
Thời gian mổ (phút)	210	420	289.2	38.8
Lượng máu mất (ml)	100	300	151.3	44.1
Thời gian thở máy (giờ)	4	784	34.55	84.71
Thời gian hậu phẫu (ngày)	6	60	13.4	7.3
Thời gian rút dẫn lưu màng phổi (ngày)	3	39	7.81	4.98

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi chỉ gặp 2 trường hợp tai biến rách màng phổi chiếm 1.4%, không có trường hợp nào tổn thương quai tĩnh mạch đơn, chảy máu, tổn thương khí phế quản, tĩnh mạch cửa, tử vong trong mổ.

Bảng 3.2. Số lượng hạch nạo vét được và số lượng hạch di căn

Đặc điểm	Min	Max	Trung bình	SD
Số lượng hạch nạo vét	5	69	21.25	10.91
Hạch di căn	0	11	1.38	2.44

Nhận xét: Số lượng hạch nạo vét được

trung bình là 21.25± 10.91. Số lượng hạch di căn trung bình là 1.38±2.44.

Bảng 3.3. Giai đoạn bệnh theo TNM

Giai đoạn bệnh	N	Tỉ lệ %
0	24	17.4
I	43	31.2
IIA	12	8.7
IIB	14	10.1
IIIA	6	4.3
IIIB	29	21
IVA	10	7.2
Tổng	138	100

Nhận xét: Ung thư thực quản giai đoạn I chiếm tỉ lệ cao nhất là 31.2%, thấp nhất là giai đoạn IVA với tỉ lệ 7.2%.

Bảng 3.4. Biến chứng sớm

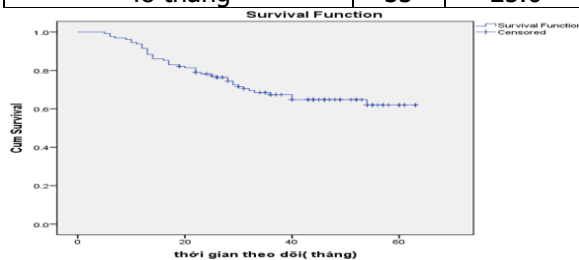
Biến chứng	N	Tỉ lệ %
Biến chứng hô hấp		
Phân loại biến chứng hô hấp	Viêm phổi	6 4.3
	Tràn dịch màng phổi	7 5.1
	Tràn khí màng phổi	3 2.2
	Suy hô hấp + viêm phổi	9 6.5
Tổn thương thần kinh quặt ngược	5 3.6	
Rò miệng nổi	6 4.3	
Nhiễm trùng vết mổ	8 5.8	
Chảy máu sau mổ	7 5.1	
Rò đường chập	3 2.2	
Tử vong	0 0	

Nhận xét: Trong các biến chứng gặp sau mổ, biến chứng hay gặp nhất là biến chứng về hô hấp chiếm tỉ lệ 18.1%, không có trường hợp bệnh nhân nào tử vong trong và sau mổ (trong thời gian hậu phẫu).

3.3. Kết quả xa và một số yếu tố ảnh hưởng

Bảng 3.5. Tình hình tử vong và thời gian sống sau mổ

Kết quả	N	Tỉ lệ (%)
Tử vong	42	30.4
Mất tin	9	6.5
Sống có bệnh tiến triển	8	5.8
Sống không bệnh tiến triển	79	57.3
Tổng	138	100
Thời gian sống sau mổ		
	N	Tỉ lệ (%)
12 tháng	121	93.4
24 tháng	96	74.4
36 tháng	64	49.6
48 tháng	33	25.6



Biểu đồ 3.1: Thời gian sống thêm trung bình ước tính theo Kaplan-Meier

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình ước tính 47.9 ± 1,9 tháng, thời gian sống thêm 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm lần lượt là 93.4%, 74.4%, 49.6%, 25.6%.

Bảng 3.6. Thời gian sống thêm trung bình tính theo tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tử vong	X ± SD (tháng)	P
≤ 49	18	3	53.4 ± 4.0	P=0.332
50-59	60	21	46.8 ± 2.9	
≥ 60	51	18	46.7 ± 3.1	

Nhận xét: Đến thời điểm kết thúc theo dõi, nhóm ≤ 49 tuổi có thời gian sống thêm trung bình là 53.4 ± 4.0 tuổi, nhóm 50- 59 có thời gian sống thêm trung bình là 46.8 ± 2.9 tuổi, nhóm ≥ 60 có thời gian sống thêm trung bình là 46.7 ± 3.1 tuổi. Sự khác biệt về thời gian sống sau mổ của các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với p = 0,332.

Bảng 3.7. Thời gian sống thêm trung bình theo mức độ xâm lấn của khối U

Độ xâm lấn	Số lượng	Tử vong	X ± SD (tháng)	P
T0	10	3	45.6 ± 5.7	P=0.0001
Tis	13	1	59.1 ± 3.8	
T1	51	7	57.1 ± 3.1	
T2	16	5	48.4 ± 5.4	
T3	38	25	31.6 ± 3.5	
T4	1	1	17	

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình của độ xâm lấn T4 thấp nhất là 17 tháng. Sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa các mức độ xâm lấn có ý nghĩa thống kê với p = 0,0001.

Bảng 3.8. Thời gian sống thêm trung bình theo tình trạng di căn hạch

Mức độ di căn hạch	Số lượng	Tử vong	X ± SD (tháng)	P
No	83	11	56.9 ± 1.7	P=0.0001
N1	22	10	43.1 ± 4.7	
N2	16	13	21.9 ± 3.3	
N3	8	8	21 ± 4.4	

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình của mức độ di căn hạch N3 thấp nhất là 21± 4.4 tháng. Sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa các mức độ di căn hạch có ý nghĩa thống kê với p = 0,0001.

Bảng 3.9. Thời gian sống thêm trung bình theo giai đoạn bệnh sau mổ

Giai đoạn bệnh	Số lượng	Tử vong	X ± SD (tháng)	P
0	23	4	54.8 ± 3.8	P=0.0001
I	42	3	59.7 ± 1.9	

IIA	12	2	54.2 ± 4.4
IIB	13	4	50.3 ± 5.5
IIIA	4	2	45.3 ± 8.9
IIIB	26	18	26.1 ± 3.3
IVA	9	9	20.6 ± 3.9

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình của giai đoạn bệnh IVA thấp nhất là 20.6 ± 3.9 tháng. Sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa các giai đoạn bệnh có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là $57,83 \pm 7,41$ (39 –77 tuổi), trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50 –59 tuổi chiếm tỷ lệ 47.1%, nam giới chiếm tỉ lệ 98.6%. Tỷ lệ người bệnh bị ung thư thực quản có tiền sử hút thuốc lá, uống rượu, cả uống rượu và hút thuốc lá lần lượt là 66.7%, 67.4%, 54.3%. Kết quả này tương đồng với các tác giả trong nước^{4,5} nhưng có sự khác biệt với các tác giả trên thế giới⁶. Điều này được lý giải có thể do tỷ lệ hút thuốc lá và uống rượu ở nước ta còn cao, chủ yếu là nam giới cũng như điều kiện kinh tế xã hội còn chưa cao là yếu tố nguy cơ gây ung thư thực quản.

Ung thư thực quản có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh vào viện với triệu chứng nuốt nghẹn chiếm 48.6%, trong đó chủ yếu là nghẹn đặc không có trường hợp nào nghẹn hoàn toàn. Kết quả này thấp hơn so với tác giả Phạm Đức Huân, Nguyễn Xuân Hòa. Điều này cho thấy đời sống kinh tế tốt hơn, người bệnh quan tâm đến sức khỏe đi khám định kì phát hiện bệnh được sớm hơn.

4.2. Kết quả sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 289.2 phút, ngắn nhất là 210 phút, dài nhất là 420 phút. Lượng máu mất trung bình trong cuộc mổ là không đáng kể (151 ml). Thời gian mổ của chúng tôi cũng tương đương với hầu hết các tác giả trong nước và quốc tế⁴. Chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi chỉ gặp 2 trường hợp tai biến rách màng phổi chiếm 1.4%, không có trường hợp nào tổn thương quai tĩnh mạch đơn, chảy máu, tổn thương khí phế quản, tĩnh mạch cửa và tử vong trong mổ. Thời gian nằm hồi sức trong nghiên cứu này trung bình là 34.55 giờ. Khi so sánh với các nghiên cứu khác về phẫu thuật nội soi cắt thực quản, thời gian nằm hồi sức của nhóm bệnh nhân nghiên cứu cũng tương đương như các tác giả khác. Thời gian nằm viện trung bình là 13.4 ngày, thấp nhất là 6 ngày,

cao nhất là 60 ngày. Chúng tôi có 1 trường hợp bệnh nhân sau mổ có biến chứng suy hô hấp, rò miệng nổi, nhiễm trùng vết mổ nằm viện đến 60 ngày. Nhìn chung, thời gian nằm viện trong nhóm nghiên cứu cũng khá tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước⁽⁷⁾.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng hạch nạo vét được trung bình là 21.25 ± 10.91 . Số lượng hạch di căn trung bình là 1.38 ± 2.44 hạch. Số hạch nạo vét được trong nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt nhiều so với các tác giả trong nước (4,5). Biến chứng hô hấp là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật cắt thực quản và được cho là nguyên nhân chính của 55% đến 65% trường hợp tử vong sau phẫu thuật cắt thực quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng hay gặp nhất sau mổ là biến chứng về hô hấp (18.1%). Trong các biến chứng hô hấp, viêm phổi chiếm tỉ lệ cao nhất (10.8%), có 9 bệnh nhân diễn biến suy hô hấp sau mổ phải đặt lại ống nội khí quản thở máy. Các bệnh nhân này đều được hồi sức tích cực, ổn định ra viện, không có bệnh nhân nào tử vong trong thời gian điều trị hậu phẫu. Có nhiều yếu tố có thể gây ảnh hưởng đến tình trạng hô hấp sau mổ như tuổi, tiền sử hút thuốc, bệnh lý kèm theo, chức năng hô hấp trước mổ, thời gian phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi có 5 (3.6%) trường hợp khàn tiếng sau mổ, quá trình phẫu thuật cũng như hậu phẫu đều thuận lợi, bệnh nhân ra viện sau 9-12 ngày, không xảy ra các biến chứng khác. Tỷ lệ rò miệng nổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 4.3%, khá tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới. Tỷ lệ rò miệng nổi là không cao, điều này có thể do quy trình chọn lựa bệnh nhân trước mổ và kỹ thuật phẫu tích cũng như làm miệng nổi của chúng tôi ngày càng tốt lên. Có duy nhất 1 trường hợp bệnh nhân rò thực quản, kích thước lỗ rò 1cm, bệnh nhân có cả tổn thương nhánh tĩnh mạch cảnh trong trái, đã được mổ lại để xử lý đồng thời cả hai thương tổn, các trường hợp còn lại đều được điều trị nội khoa ổn định và ra viện. Nghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp chảy máu sau mổ chiếm tỷ lệ 5.1% trong đó có 1 trường hợp bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao được điều trị bảo tồn, 1 bệnh nhân tổn thương nhánh tĩnh mạch cảnh trong trái, 1 bệnh nhân tổn thương động mạch lách, 1 bệnh nhân tổn thương nhánh của thành dạ dày, 3 bệnh nhân tổn thương nhánh của động mạch vị phải của ống dạ dày. Các bệnh nhân này đều được mổ lại cầm máu sau đó ổn định ra viện. Có

3 trường hợp bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi bị rò rỉ đường chấp sau phẫu thuật, cả ba bệnh nhân đều được điều trị nội khoa kết hợp với nút tổn thương ống ngực. Các bệnh nhân này đều được điều trị ổn định và ra viện.

4.3. Kết quả xa và một số yếu tố tiên lượng. UTTQ có tiên lượng nghèo nàn, thời gian sống sau phẫu thuật đối với thường thấp. Các nghiên cứu về thời gian sống sau mổ đối với bệnh nhân UTTQ mà được phẫu thuật nội soi không nhiều. Nghiên cứu của Smithers và cộng sự ghi nhận tỉ lệ sống 5 năm theo giai đoạn ung thư sau PTNS cắt thực quản, kết quả: tỉ lệ sống 5 năm là 85% đối với giai đoạn I, 33% đối với giai đoạn IIA, 37% đối với giai đoạn IIB và 16% đối với giai đoạn III(8). Nghiên cứu khác của Luketich và cộng sự⁹ nghiên cứu trên hơn 1000 bệnh nhân thực quản chia làm hai nhóm cắt thực quản nội soi và mổ mở. Theo dõi trên 462 bệnh nhân cắt thực quản nội soi thấy rằng: thời gian sống thêm 3 năm: giai đoạn IV là 10%, giai đoạn III là 20%, giai đoạn II là 50%, giai đoạn I là trên 75%. Nghiên cứu của chúng tôi trên 138 bệnh nhân (mất thông tin 9 bệnh nhân) thấy rằng tử vong 42 bệnh nhân, sống có bệnh là 8 bệnh nhân, sống không bệnh 79 bệnh nhân. Chúng tôi ước lượng được tỉ lệ sống tích lũy của bệnh nhân tại thời điểm 1 năm là 93.4%, thời điểm 2 năm là 74.4%; thời điểm 3 năm là 49.6%, thời điểm 4 năm là 25.6%. Thời gian sống trung bình sau phẫu thuật cắt thực quản là 47.9 ± 1.9 tháng. Thời gian sống trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả trong nước như Triệu Triều Dương⁷ 29 tháng, Trần Mạnh Hùng¹⁰ 34 tháng. Có thể là do hiệu quả của điều trị hóa xạ trị tiên phẫu, bệnh nhân phát hiện trong giai đoạn sớm, kĩ thuật của chúng tôi ngày càng được hoàn thiện hơn, hạn chế được những tai biến xảy ra trong và sau mổ. Đến thời điểm kết thúc theo dõi, nhóm ≤ 49 tuổi có thời gian sống thêm trung bình là 53.4 ± 4.0 tuổi, nhóm 50- 59 có thời gian sống thêm trung bình là 46.8 ± 2.9 tuổi, nhóm ≥ 60 có thời gian sống thêm trung bình là 46.7 ± 3.1 tuổi. Sự khác biệt về thời gian sống sau mổ của các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,332$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu khác không cho thấy sự ảnh hưởng của tuổi tới thời gian sống thêm sau mổ. Mức độ xâm lấn thành và di căn hạch là hai trong ba yếu tố để xếp loại giai đoạn bệnh và là yếu tố tiên lượng quan trọng được hầu hết các tác giả thừa nhận. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm bệnh nhân ở giai đoạn 0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB,

IVA lần lượt là 54.8 ± 3.8 tháng, 59.7 ± 1.9 tháng, 54.2 ± 4.4 tháng, 50.3 ± 5.5 tháng, 45.3 ± 8.9 tháng, 26.1 ± 3.3 tháng, 20.6 ± 3.9 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0.0001$. Điều này chứng tỏ rằng, giai đoạn bệnh là một trong những yếu tố có ảnh hưởng đến thời gian sống thêm sau mổ của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thực quản hai đường ngực bụng đã trở thành phẫu thuật thường quy trong điều trị ung thư thực quản. Phẫu thuật đáp ứng được yêu cầu điều trị UTTQ về thời gian sống sau mổ, giảm bớt được tỷ lệ tai biến, biến chứng so với phẫu thuật mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209–49.
2. **Cancer (IARC) TIA for R.** Global Cancer Observatory [Internet]. [cited 2023 May 29]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
3. **Lundberg E, Lagergren P, Mattsson F, Lagergren J.** Life Expectancy in Survivors of Esophageal Cancer Compared with the Background Population. Ann Surg Oncol. 2022;29(5):2805–11.
4. **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 án tiến sĩ y học]. Trường đại học Y Hà Nội; 2018.
5. **Phạm Đức Huân.** Nghiên cứu điều trị phẫu thuật ung thư thực quản ngực [Luận án tiến sĩ y học]. Trường đại học Y Hà Nội; 2003.
6. **Otsuka K, Murakami M, Goto S, Ariyoshi T, Yamashita T, Saito A, et al.** Minimally invasive esophagectomy and radical lymph node dissection without recurrent laryngeal nerve paralysis. Surg Endosc. 2020 Jun 1;34(6):2749–57.
7. **Triệu Triều Dương, Trần Hữu Vinh.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới bằng phẫu thuật nội soi. Y học thực hành. 2014;902(1):62–6.
8. **Smithers BM, Gotley DC, Martin I, Thomas JM.** Comparison of the Outcomes Between Open and Minimally Invasive Esophagectomy. Ann Surg. 2007 Feb;245(2):232–40.
9. **Luketich JD, Pennathur A, Awais O, Levy RM, Keeley S, Shende M, et al.** Outcomes after minimally invasive esophagectomy: review of over 1000 patients. Ann Surg. 2012 Jul;256(1):95–103.
10. **Trần Mạnh Hùng, Nguyễn Trung Kiên, Trần Trung Kiên.** Kết quả phẫu thuật nội soi ngực-bụng cắt thực quản điều trị ung thư thực quản tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;537(1):348–53.