

- undergoing hemodialysis using a nomogram model". *Medicine (Baltimore)*, 103(15): e37712.
8. **Menon.** (2015) "Sleep quality in end-stage renal disease patients on maintenance hemodialysis: a six-month prospective survey". *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 6(2), p. 660-668.
 9. **Mirghaied MT, Sepehrian R, Rakhshan A, et al** (2019). "Sleep Quality in Iranian Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis". *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(6), p. 403-9.
 10. **Shen Q, Huang X, Luo Z, et al** (2016). "Sleep quality, daytime sleepiness and health-related quality-of-life in maintenance haemodialysis patients". *Journal of International Medical Research*, 44(3), p. 698-709.

RÒ MIỆNG NỔ SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN, TẠO HÌNH THỰC QUẢN BẰNG TOÀN BỘ DẠ DÀY CÓ NONG MÔN VỊ TRƯỚC MỔ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ VÂY THỰC QUẢN

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn Đăng Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới rò miệng nối ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thực quản, tạo hình bằng dạ dày toàn bộ có nong môn vị trước mổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 37 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thực quản, tạo hình bằng toàn bộ dạ dày điều trị ung thư biểu mô vảy thực quản tại khoa Ngoại Tiêu hóa - Gan mật Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và khoa Phẫu thuật Tiêu hóa bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022. **Kết quả:** Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thực quản, tạo hình thực quản bằng toàn bộ dạ dày cho tổng số 37 bệnh nhân. Tuổi trung bình là $57,1 \pm 8,68$. Tất cả các bệnh nhân đều là nam giới. Thời gian phẫu thuật trung bình là $305,9 \pm 46,95$ phút. Tỷ lệ chuyển mổ mở thì bụng có 2 BN (5,4%), tỷ lệ làm miệng nối tạm-tận là 94,6%. Thời gian thở máy trung bình là $32,3 \pm 28,42$ phút, thời gian rút dẫn lưu màng phổi là $9,1 \pm 5,76$ ngày, thời gian nằm viện trung bình $13,6 \pm 6,28$ ngày. Tình trạng lưu thông dạ dày qua môn vị tốt chiếm 82,4%. Tỷ lệ biến chứng rò miệng nối có 2 BN (5,4%), viêm phổi 3 BN (8,1%), rò đường chấp 4 BN (10,8%) và tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược 4 BN (10,8%). Trong 2 BN rò miệng nối có 1 BN có tiền sử bệnh lý tim mạch, cả 2 BN này đều có tình trạng dinh dưỡng bình thường trước mổ, sau mổ cả 2 trường hợp này đều có biểu hiện hẹp miệng nối và 1 BN được nong thực quản và 1 BN phải đặt Stent thực quản do nong không có hiệu quả. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt nội soi cắt thực quản, tạo hình bằng toàn bộ dạ dày là một phẫu thuật tương đối an toàn, tỷ lệ biến chứng rò miệng nối và các biến chứng khác thấp. Tuy nhiên đây là phẫu thuật đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm và trang thiết bị, dụng cụ phải đầy đủ.

Từ khóa: Cắt thực quản nội soi ngực bụng, ung thư biểu mô vảy thực quản.

SUMMARY

ANASTOMOTIC LEAKAGE AFTER LAPAROSCOPIC AND THORACOSCOPIC WHOLE-STOMACH ESOPHAGECTOMY WITH PREOPERATIVE PYLORIC BALLOON DILATATION FOR ESOPHAGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Objectives: Analysis of risk factors for postoperative anastomosis leak anastomotic in a group of patients undergoing laparoscopic and thoracoscopic whole stomach esophagectomy with preoperative pyloric balloon dilatation for esophageal squamous cell carcinoma. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study on 28 patients undergoing laparoscopic and thoracoscopic whole stomach esophagectomy with preoperative pyloric balloon dilatation at Ha Noi Medical University and Viet Duc Medical University from January 2020 to March 2023. **Results:** We performed laparoscopic and thoracoscopic whole stomach esophagectomy with preoperative pyloric balloon dilatation for 37 patients. The mean age was 57.1 ± 8.68 . All patients were male. The mean surgical time was 305.9 ± 46.95 minutes. The conversion rate to open abdominal surgery was 2 patients (5.4%), the rate of end-to-end anastomosis was 94.6%. The mean duration of mechanical ventilation was 32.3 ± 28.42 minutes, the time to remove the pleural drain was 9.1 ± 5.76 days, and the mean of hospital stay was 13.6 ± 6.28 days. Among 34 post-operative cases underwent gastric transit scans, most had non-dilated stomachs with efficient pyloric drug circulation (82.4%). The rate of anastomotic leakage in 2 patients (5.4%), pneumonia in 3 patients (8.1%), chylothorax in 4 patients (10.8%) and recurrent laryngeal nerve damage occurred in 10.8% of cases. In the 2 patients with anastomotic leakage, 1 patient had a history of cardiovascular disease. Both patients had preoperative normal nutritional status. After surgery, both cases showed signs of anastomotic stenosis. There was a patient who had esophageal dilation with a balloon

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

and the other had esophageal stent. **Conclusion:** laparoscopic and thoracoscopic whole stomach esophagectomy with preoperative pyloric balloon is safe and feasible with a low rate of anastomotic leakage and other complications. However, this is a difficult technique, requiring the surgeon to have a lot of experience and adequate equipment and instruments. **Keywords:** laparoscopic and thoracoscopic esophagectomy, esophageal squamous cell.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là bệnh ung thư phổ biến thứ 8 nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 6 trên thế giới theo GLOBOCAN 2020¹. Phẫu thuật cắt bỏ thực quản và tạo hình thực quản là phương pháp chủ yếu để điều trị ung thư thực quản. Mặc dù đã có rất nhiều tiến bộ trong phẫu thuật, gây mê và hồi sức cho bệnh nhân, phẫu thuật cắt bỏ thực quản vẫn là một trong những phẫu thuật phức tạp và nhiều biến chứng trong quá trình chu phẫu. Rò miệng nối thực quản là một trong những biến chứng thường gặp với tỉ lệ từ 5-30% tùy theo các báo cáo và nghiêm trọng nhất của phẫu thuật cắt thực quản, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong sau phẫu thuật.²⁻⁵

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng rò miệng nối có liên quan tới nhiều yếu tố như tuổi bệnh nhân, vị trí miệng nối (trong ngực hay nền cổ), giai đoạn u, tình trạng dinh dưỡng, vật liệu tái tạo thực quản (dạ dày, đại tràng hay ruột non)... Tuy nhiên vẫn chưa có những kết luận được đồng thuận cao được đưa ra. Các tác giả nhất trí với nhau rằng có sự khác biệt rõ ràng về tỉ lệ rò, mức độ nghiêm trọng, triệu chứng lâm sàng, phương pháp điều trị và tiên lượng giữa miệng nối thực quản trong ngực và nền cổ^{2-4,6}. Và rò miệng nối làm thời gian nằm viện kéo dài, tăng tỉ lệ tử vong, tăng chi phí điều trị, giảm chất lượng cuộc sống. Vì vậy, việc phòng ngừa và giảm tỉ lệ rò miệng nối sau mổ cắt thực quản đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện chất lượng phẫu thuật cho bệnh nhân.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả các mô tả các yếu tố ảnh hưởng tới rò miệng nối ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nối soi cắt thực quản do ung thư, tạo hình thực quản bằng dạ dày toàn bộ có nông môn vị trước mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư thực quản và được phẫu thuật nội soi cắt thực quản nội soi ngực bụng, tạo hình bằng dạ dày, nạo vét hạch 2 vùng tại Khoa Ngoại Tiêu hóa - Gan mật Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và khoa Phẫu thuật Tiêu hóa bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022 có đủ các tiêu

chẩn chọn lựa chọn sau: (1) bệnh nhân được nông môn vị bằng bóng qua nội soi dạ dày trước mổ; (2) bệnh nhân được tạo hình thực quản bằng toàn bộ dạ dày (3) bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án. Tiêu chuẩn loại trừ là các trường hợp không đủ các tiêu chuẩn như trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên một loạt ca bệnh, số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân. Từ tháng 1/2019 tới tháng 3/2022, tổng số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt TQ, tạo hình TQ bằng toàn bộ dạ dày kết hợp nông môn vị trước mổ đủ tiêu chuẩn của nghiên cứu là N = 37 bệnh nhân (100% là nam giới) với độ tuổi trung bình là $57,1 \pm 8,68$, trong đó độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm từ 50-59 tuổi, thể trạng tốt chiếm đa số (BMI = 18.5 – 25) với 86,5%.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Biến số		N	%
Giới	Nam	37	100
	Nữ	0	0
Nhóm tuổi	40-49	8	21,6
	50-59	15	40,5
	60-69	9	24,3
	≥ 70	5	13,5
BMI	< 18.5	2	5,4
	18.5 - 25	32	86,5
	≥ 25	3	8,1

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều là nam giới, tuổi từ 50-59 tuổi là hay gặp nhất

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

	Trung bình	Max	Min
Thời gian phẫu thuật	305,9 $\pm$ 46,95 phút	400 phút	225 phút
Tỉ lệ chuyển mổ mở	Ngực	0 BN	0%
	Bụng	2 BN	5,4%
Mở thông hồng tràng		14 BN	37,8%
Kỹ thuật làm miệng nối	Tân - tân	2 BN	5,4%
	Tân - bên	35 BN	94,6%
Vị trí ống dạ dày	Trung thất sau	37 BN	100%
	Trung thất trước	0	0
	Sau xương ức	0	0

Nhận xét: Có 2 trường hợp thì bụng phải chuyển mổ mở, tỉ lệ miệng nối tân-bên là chủ yếu.

Bảng 3. Kết quả sớm phẫu thuật

Biến	Trung bình	Max	Min
Thời gian thở máy (giờ)	32,3 $\pm$ 28,42	192	24
Thời gian trung tiện (giờ)	41,0 $\pm$ 8,56	72	24

Lượng dịch trung bình hàng ngày qua sonde dạ dày (ml)		148,9±110,66	50	320
Thời gian cho ăn lại qua sonde dạ dày tính từ sau mổ (ngày)		5,2±2,98	2	7
Thời gian rút DLMP (ngày)		9,1±5,76	20	5
Thời gian nằm viện		13,6±6,28	9	32
Số lượng hạch thu được	Trung thất	15,9±9,91	52	6
	Bụng	9,5±4,99	27	2
	Tổng	26,3±11,56	64	13
Kết quả chụp lưu thông dạ dày sau mổ		Tình trạng dạ dày	Giãn	2(5,9%)
			Không giãn	32(94,1%)
		Lưu thông qua môn vị	Tốt	28(82,4%)
			Trung bình	4(11,8%)
			Chậm	2(5,4%)
Biến chứng sau mổ		Viêm phổi	3(8,1%)	
		Rò miệng nối	2(5,4%)	
		Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản		4(10,8%)
		Rò đường chấp	4(10,8%)	
Lưu thông dạ dày chậm (theo tiêu chuẩn Delphi)				2(5,4%)
Tử vong sau mổ				0

Nhận xét: Tình trạng dạ dày không giãn chiếm 94,1%, tỉ lệ thuốc lưu thông tốt qua môn vị chiếm 82,4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân rò miệng nối thực quản với tỉ lệ 5,9%. Cả hai bệnh nhân đều được điều trị nội khoa (tách vết mổ, nhịn ăn đường miệng, dinh dưỡng qua mở thông hồng tràng,...) và ra viện sau 27 và 25 ngày. 02 bệnh nhân rò miệng nối đều có các bệnh lý phối hợp, mức độ rò nhẹ và trung bình được điều trị bảo tồn nội khoa.

Bảng 4. Đặc điểm hẹp miệng nối

Biến		N
Thời gian xuất hiện	< 30 ngày	0
	>30 ngày	2
Mức độ	Bình thường (D > 12mm)	0
	Nhẹ (D = 9-12 mm)	0
	Trung bình (D=5-8 mm)	1
	Nặng (D< 5mm)	1

Điều trị	Nong qua nội soi	2
	Phẫu thuật lại	0
Số lần nong miệng nối	1 lần	1
	2 lần	0
	≥3 lần	1
Đặt stent qua miệng nối		1

Nhận xét: Hai bệnh nhân này được theo dõi định kì phát hiện hẹp miệng nối sau khi ra viện 1,5 tháng và được nong miệng nối qua nội soi tiêu hoá, có một bệnh nhân nong nhiều lần bị tái hẹp phải đặt stent qua miệng nối.

IV. BÀN LUẬN

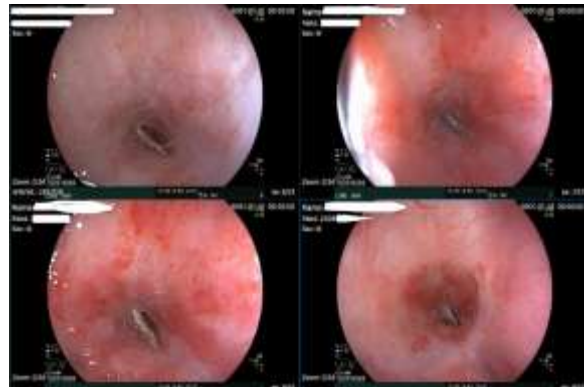
Rò miệng nối là một trong những biến chứng sau mổ nghiêm trọng nhất làm tăng tỉ lệ các biến chứng khác kèm theo, kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỉ lệ tử vong và giảm chất lượng cuộc sống. Tỉ lệ rò miệng nối nhìn chung khoảng 11,4% - 21,2% tùy các báo cáo khác nhau, phương pháp phẫu thuật khác nhau, các trung tâm khác nhau.⁷ Có rất nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới tỉ lệ rò miệng nối. Các bệnh lý đi kèm như suy dinh dưỡng, suy tim, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc nhiều năm,... làm tăng đáng kể tỉ lệ rò miệng nối. Điều trị xạ trị trước mổ với liều hơn 31Gy cũng được cho là tăng nguy cơ rò miệng nối.⁸ Miệng nối TQ cổ cũng được cho là có nguy cơ rò cao hơn gấp 5 lần so với miệng nối TQ trong lồng ngực vì yêu cầu TQ tạo hình phải dài hơn, nguy cơ miệng nối căng và thiếu máu lớn hơn.⁹ Phẫu thuật ít xâm lấn đã chứng minh làm giảm các tai biến biến chứng sau mổ, trong đó có cả tỉ lệ rò miệng nối.^{9,10} Về kĩ thuật thực hiện miệng nối, khâu nối vạt bằng tay 1 lớp là kĩ thuật hay được sử dụng, gần đây các loại máy cắt nối được sử dụng nhiều nhưng tỉ lệ rò miệng nối giữa các phương pháp vẫn không khác biệt. (p), Quan trọng hơn nữa, cần bảo đảm huyết động ổn định trong và sau phẫu thuật nhằm bảo đảm tưới máu ổn định cho miệng nối, điều này cần sự phối hợp chặt chẽ với các bác sĩ gây mê. Trong nghiên cứu của mình, tỉ lệ rò miệng nối là 2/37 bệnh nhân (5,4%), tương đương với các nghiên cứu khác của Phạm Đức Huân (7,4%), Nguyễn Xuân Hòa (6,8%), Triệu Triều Dương (7,25%), Kinjo (4%), Luketich (5%). Cả 2 trường hợp bệnh nhân rò miệng nối của chúng tôi đều có các bệnh lý nội khoa kèm theo (đái tháo đường, tăng huyết áp) và 1 bệnh nhân được xạ trị tiền phẫu, chính vì thế nguy cơ rò miệng nối tăng lên. Tất cả 37 bệnh nhân đều sử dụng dạ dày toàn bộ để tạo hình, chúng tôi đánh giá dạ dày toàn bộ đủ chiều dài để làm miệng nối cổ không bị căng, mà tưới máu dưới niêm mạc rất tốt. Sử dụng phẫu thuật nội soi

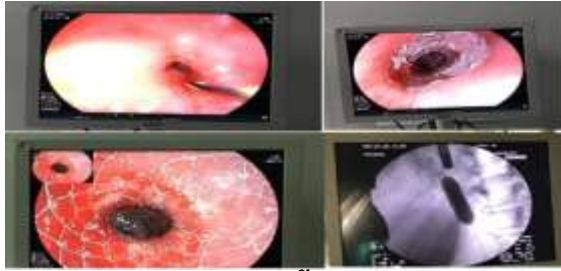
tránh các sang chấn vào dạ dày, mạch nuôi dạ dày, giảm đau sau mổ tốt giảm các nguy cơ rò miệng nối. Tất cả các bệnh nhân đều được chúng tôi nối bằng tay 1 lớp vạt bằng chỉ PDS 3-0 đều cho kết quả tốt.

Ngoài ra, tình trạng co thắt môn vị và hội chứng dạ dày trong lồng ngực làm tăng tỉ lệ các biến chứng về hô hấp do chèn ép, nguy cơ rò bực miệng nối do tăng áp lực trong lồng dạ dày. Để phòng và điều trị tình trạng ứ đọng dạ dày sau phẫu thuật, có nhiều phương pháp được áp dụng trong và sau mổ như phẫu thuật tạo hình môn vị, nong môn vị bằng tay, tiêm Botulinum vào cơ môn vị hay nong môn vị bằng bóng sau mổ. Có rất ít nghiên cứu đề cập tới nong môn vị bằng bóng trước khi phẫu thuật cắt TQ trên thế giới với số lượng bệnh nhân hạn chế và với các phương pháp phẫu thuật tạo hình TQ khác nhau. Với mục đích dự phòng ứ đọng dạ dày sau mổ nhằm giảm các biến chứng chu phẫu, đem lại kết quả phẫu thuật tốt hơn, Edward W. Swanson đã đưa ra ý tưởng nong môn vị bằng bóng trước phẫu thuật trên 20 bệnh nhân cắt TQ qua khe hoành, 03 bệnh nhân cắt TQ nội soi ngực-bụng, 02 bệnh nhân cắt TQ nội soi ngực hỗ trợ, với thời gian theo dõi trung bình 22 tháng cho kết quả tốt, không có biến chứng, chỉ có 1 bệnh nhân cần nong lại với bóng đường kính 16 mm. Xuất phát từ ý tưởng như vậy, chúng tôi áp dụng nong môn vị bằng bóng qua nội soi trước phẫu thuật nhằm phòng ngừa hội chứng dạ dày trong lồng ngực, giảm áp lực lên miệng nối trên 37 bệnh nhân cắt TQ nội soi ngực bụng, tạo hình bằng toàn bộ dạ dày cho kết quả có 32 trường hợp đánh giá lưu thông môn vị sau mổ tốt, không có các triệu chứng của ứ đọng dạ dày sau mổ, được cho ăn nhỏ giọt sớm qua sonde dạ dày với lượng tăng dần, theo dõi đáp ứng của bệnh nhân, thời gian trung bình cho ăn lại sau mổ là 5,2 ngày, sớm nhất là ngày thứ 4 sau phẫu thuật.

Hẹp miệng nối là một diễn biến gần như tất yếu sau biến chứng rò miệng nối. Hẹp miệng nối đề cập tới trong nghiên cứu của chúng tôi là những hẹp miệng nối lành tính sau phẫu thuật, được chẩn đoán dựa vào lâm sàng và nội soi với tỉ lệ từ 9-40% tùy từng nghiên cứu. Dựa vào kết quả nội soi xác định đường kính miệng nối, phân loại William chia làm 3 mức độ hẹp: nặng ($d < 5\text{mm}$), trung bình ($d = 5-8\text{ cm}$), nhẹ ($< 5\text{mm}$). Theo phân loại này, nghiên cứu của chúng tôi có 03 bệnh nhân hẹp miệng nối mức độ trung bình, 01 bệnh nhân hẹp mức độ nặng. Các yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ hẹp miệng nối được đề cập là rò miệng nối, viêm miệng nối trào ngược dịch mật, kĩ thuật làm miệng nối bằng máy nối

tròn hay khâu nối bằng tay 2 lớp. Có 2 bệnh nhân trong nghiên cứu bị hẹp miệng nối xuất hiện sau rò miệng nối điều trị ổn định đã ra viện. Tỉ lệ hẹp miệng nối trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,8%, thời gian xuất hiện hẹp miệng nối trung bình là 2,5 tháng sau mổ. Tương đương với các báo cáo khác như Nguyễn Xuân Hòa (10,1%), và thấp hơn so với các báo cáo của các tác giả nước ngoài như R.P. Sutcliffe (27%), Rostas (17%). Xử trí hẹp miệng nối sau mổ cắt TQ bằng nong bằng bóng qua nội soi chứng tỏ được hiệu quả và an toàn cả về ngắn hạn và dài hạn với điều kiện bệnh nhân được phát hiện sau mổ sớm khi các tổ chức xơ hẹp chưa tổ chức hóa chắc chắn, bệnh nhân có thể được nong nhiều lần nếu chưa đạt được yêu cầu. Trong 4 bệnh nhân của chúng tôi bị hẹp miệng nối, tất cả đều được nong bằng bóng qua nội soi dưới màn huỳnh quang tăng sáng kể cả trường hợp hẹp mức độ nặng ($d < 5\text{mm}$) và nong nhiều lần (3 lần) sau đó vẫn tiếp tục các triệu chứng của hẹp miệng nối, đã được hội chẩn quyết định đặt stent qua miệng nối. Sau can thiệp, các bệnh nhân đều an toàn, cho ăn uống lại ngay. Aaron H. Mendelson hồi cứu lại 74 bệnh nhân hẹp miệng nối TQ cổ trong khoảng thời gian 5 năm được nong bằng bóng qua nội soi cho thấy 93% giảm ngay các triệu chứng ban đầu, tuy nhiên tái phát lại 43%. Còn theo báo cáo của VA. William (2008) trên 27 bệnh nhân (66%) hẹp miệng nối phải nong bằng bóng với 98 lần can thiệp, thời gian trung bình sau mổ là 2,4 tháng, không có biến chứng, kết quả sau can thiệp các bệnh nhân đều ăn uống lại được, không còn cảm giác nghẹn. Như vậy, đối với các hẹp miệng nối lành tính sau mổ có thể được xử trí sớm nong bằng bóng qua nội soi dưới màn huỳnh quang tăng sáng một cách an toàn và hiệu quả. Đối với các bệnh nhân tái hẹp phải nong nhiều lần, stent qua miệng nối là một lựa chọn ít xâm lấn phù hợp, tỉ lệ thành công cao, tuy nhiên giá thành vẫn khá đắt.





Hình 4.1. BN Nguyễn Ngọc T. 45 tuổi

Hẹp môn vị sau mổ được nong qua nội soi 3 lần, sau đó vẫn tái hẹp và cuối cùng quyết định đặt stent qua môn vị. Hiện tại ổn định.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh lý toàn thân phối hợp và xạ trị tiền phẫu là những yếu tố nguy cơ gây rò môn vị sau mổ cắt thực quản, tạo hình bằng toàn bộ dạ dày. Thời gian nằm viện sẽ kéo dài hơn do rò môn vị và hẹp môn vị là hậu quả thường xuyên. Nhược điểm của nghiên cứu này là số lượng nhỏ bệnh nhân và được tiến hành hồi cứu chỉ ở một trung tâm nên chưa thể hiện đầy đủ các yếu tố và mức độ liên quan tới môn vị sau mổ cắt thực quản. Các nghiên cứu tiếp theo cần thiết kể với các nhóm bệnh nhân so sánh khác nhau, đa trung tâm và nhiều yếu tố được quan sát hơn sẽ làm rõ hơn các yếu tố dự báo rò môn vị sau mổ cắt TQ và một số kết quả hậu phẫu ngắn hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer (IARC) TIA for R on.** Global Cancer Observatory. Accessed April 21, 2024. <https://gco.iarc.fr/>
2. **Famiglietti A, Lazar JF, Henderson H, et al.** Management of anastomotic leaks after

- esophagectomy and gastric pull-up. *J Thorac Dis.* 2020;12(3):1022-1030. doi:10.21037/jtd.2020.01.15
3. **Biere SSAY, Maas KW, Cuesta MA, van der Peet DL.** Cervical or Thoracic Anastomosis after Esophagectomy for Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Digestive Surgery.* 2011;28(1):29-35. doi:10.1159/000322014
4. **Ubels S, Verstegen MHP, Rosman C, Reynolds JV.** Anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: risk factors and operative treatment. *Annals of Esophagus.* 2021;4(0). doi:10.21037/aoe-2020-18
5. **Manghelli JL, Ceppa DP, Greenberg JW, et al.** Management of anastomotic leaks following esophagectomy: when to intervene? *J Thorac Dis.* 2019;11(1):131-137. doi:10.21037/jtd.2018.12.13
6. **Li H, Zhuang S, Yan H, Wei W, Su Q.** Risk Factors of Anastomotic Leakage After Esophagectomy With Intrathoracic Anastomosis. *Front Surg.* 2021;8. doi:10.3389/fsurg.2021.743266
7. **Fabbi M, Hagens ERC, van Berge Henegouwen MI, Gisbertz SS.** Anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: definitions, diagnostics, and treatment. *Dis Esophagus.* 2021;34(1):doaa039. doi:10.1093/dote/doaa039
8. **Goense L, Rossum PSN van, Ruurda JP, et al.** Radiation to the Gastric Fundus Increases the Risk of Anastomotic Leakage After Esophagectomy. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2016; 102(6): 1798-1804. doi:10.1016/j.athoracsur.2016.08.027
9. **Markar SR, Arya S, Karthikesalingam A, Hanna GB.** Technical Factors that Affect Anastomotic Integrity Following Esophagectomy: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(13): 4274-4281. doi:10.1245/s10434-013-3189-x
10. **Lv L, Hu W, Ren Y, Wei X.** Minimally invasive esophagectomy versus open esophagectomy for esophageal cancer: a meta-analysis. *Onco Targets Ther.* 2016;9:6751-6762. doi:10.2147/OTT.S112105

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÁ NHỈ QUA NỘI SOI BẰNG CÁC LOẠI VẬT LIỆU GHEP KHÁC NHAU

Nguyễn Triều Việt¹, Đỗ Hội¹, Trần Khôi Nguyên¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Phẫu thuật nội soi vá nhĩ được sử dụng để sửa chữa thủng màng nhĩ bằng cách đặt một mảnh ghép ở những bệnh nhân bị viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) có thủng màng nhĩ bằng cách sử dụng mảnh ghép màng sụn hoặc sụn-màng sụn. **Mục tiêu**

nghiên cứu: mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, và đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi vá nhĩ qua nội soi bằng các dạng mảnh ghép khác nhau ở những bệnh nhân VTGMT có thủng màng nhĩ. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu có can thiệp lâm sàng trên 102 trường hợp viêm tai giữa mạn tính có thủng màng nhĩ được thực hiện phẫu thuật nội soi vá màng nhĩ đơn thuần hay phối hợp lót sụn bằng cách sử dụng sụn-màng sụn nắp bình tai làm mảnh ghép. **Kết quả:** Có 102 trường hợp được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 46,3 ± 12,4 tuổi. Tỷ lệ lành màng nhĩ sau 6 tháng lên tới 95,1%. Mức độ mất thính lực trung bình trước phẫu thuật là 39,7 ± 11,3 dB; khả năng

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: ntviet@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025