

mạc áp. Tuy sau điều trị có 7 mắt tăng sinh dịch kính võng mạc nhưng tỉ lệ này so với trước điều trị là sai khác không có ý nghĩa thống kê. Về mặt chức năng, tỉ lệ mắt tăng thị lực ở giai đoạn sớm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với mắt giai đoạn muộn. Các mắt của bệnh nhân trên 10 tuổi có tỉ lệ tăng thị lực lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với các mắt của bệnh nhân dưới 10 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shields CL, Udyaver S, Dalvin LA, et al.** Coats disease in 351 eyes: Analysis of features and outcomes over 45 years (by decade) at a single center. *Indian J Ophthalmol.* 2019;67(6).
2. **Kang HG, Kim JD, Choi EY, et al.** Clinical features and prognostic factors in 71 eyes over 20 years from patients with Coats' disease in Korea. *Sci Rep.* 2021;11(1):6124.
3. **Li AS, Capone A, Trese MT, et al.** Long-Term Outcomes of Total Exudative Retinal Detachments in Stage 3B Coats Disease. *Ophthalmology.* 2018;125(6): 887-893.
4. **He YG, Wang H, Zhao B, Lee J, Bahl D, McCluskey J.** Elevated vascular endothelial growth factor level in Coats' disease and possible therapeutic role of bevacizumab. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol Albrecht Von Graefes Arch Klin Exp Ophthalmol.* 2010;248(10):1519-1521.
5. **Oli A, Balakrishnan D, Jalali S.** Coats' disease: trends and long-term treatment outcomes in a tertiary referral centre. *Ther Adv Ophthalmol.* 2021;13:25158414211055957.
6. **Ramasubramanian A, Shields CL.** Bevacizumab for Coats' disease with exudative retinal detachment and risk of vitreoretinal traction. *Br J Ophthalmol.* 2012;96(3):356-359.
7. **Mulvihill A, Morris B.A.** Population-based study of Coats disease in the United Kingdom II: investigation, treatment, and outcomes. *Eye.* 2010;24(12):1802-1807.
8. **Al-Qahtani AA, Almasaud JM, Ghazi NG.** Clinical characteristics and treatment outcomes of coats disease in a Saudi Arabian population. *Retina.* 2015;35(10):2091-2099.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D CẮT THỰC QUẢN, NẠO VẾT HẠCH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ VÂY THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Duy^{1,2}, Phạm Văn Bình², Thái Đức An²
Kim Văn Vụ^{1,2}, Nguyễn Xuân Hùng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị nhóm 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 hoặc ba vùng 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 12 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 hoặc ba vùng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $57,0 \pm 7,0$ tuổi. 62,5% bệnh nhân được phẫu thuật ngay, 37,5% bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị trước. 93,8% bệnh nhân được nạo vét hạch hai vùng mở rộng và 6,3% nạo vét hạch ba vùng. 01 trường hợp có thủng khí quản trong mổ. Thời gian phẫu thuật thì ngực trung bình $172,4 \pm 47,2$ phút. Lượng máu mất trung bình thì ngực là $83,3 \pm 56,4$ ml. Biến chứng sau mổ gặp nhiều nhất là biến chứng hô

hấp (27,5%) và tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN) độ I (15%). Sau thời gian theo dõi trung bình $15,1 \pm 7,2$ tháng, chúng tôi ghi nhận 9 trường hợp xảy ra tái phát/di căn. Tỷ lệ sống thêm không bệnh của nhóm bệnh nhân có liên hệ với tình trạng di căn hạch và giai đoạn bệnh (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi 3D cắt thực quản, nạo vét hạch là một phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư thực quản tại Việt Nam. Việc quản lý biến chứng và theo dõi toàn diện sau phẫu thuật cần được chú trọng để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Ung thư biểu mô vảy thực quản, phẫu thuật nội soi 3D cắt thực quản, nạo vét hạch trong ung thư thực quản.

SUMMARY

OUTCOMES OF 3D THORACOLAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY AND RADICAL LYMPH NODE DISSECTION FOR ESOPHAGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA AT K HOSPITAL

Background: This study aims to evaluate the treatment outcomes of patients with esophageal squamous cell carcinoma undergoing thoracoscopic esophagectomy and two-field or three-field lymph node dissection at K Hospital. **Subjects and methods:** Prospective descriptive study at K Hospital from October 2022 to December 2024 on

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

patients with esophageal squamous cell carcinoma undergoing 3D thoracoscopic esophagectomy and extended two-field lymph node dissection.

Results: The mean age was 57.0 ± 7.0 years. 62.5% of patients underwent upfront surgery, while 37.5% received preoperative chemoradiotherapy. 93.8% underwent extended two-field lymph node dissection, and 6.3% underwent three-field dissection. One case of intraoperative tracheal perforation was recorded. The mean operation time of the thoracic phase was 172.4 ± 47.2 minutes. The average blood loss during the thoracic phase was 83.3 ± 56.4 mL. The most common postoperative complications were respiratory complications (27.5%) and grade I recurrent laryngeal nerve palsy (15%). After a mean follow-up duration of 15.1 ± 7.2 months, 9 cases of recurrence/metastasis were observed. Disease-free survival was significantly associated with lymph node metastasis status and disease stage (statistical significance with $p < 0.05$).

Conclusion: 3D thoraco-laparoscopic esophagectomy and lymphadenectomy is a feasible, safe, and effective approach for esophageal cancer treatment in Vietnam. Managing complications and ensuring comprehensive postoperative follow-up are crucial to improving treatment outcomes.

Keywords: Esophageal squamous cell carcinoma, 3D thoracoscopic esophagectomy, lymph node dissection in esophageal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là một trong những bệnh ung thư có tiên lượng xấu trong các bệnh lý ung thư của đường tiêu hóa. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư thực quản đứng thứ 11 về số lượng ca mắc mới, đứng thứ 7 về số lượng ca tử vong¹. Cho đến nay, mặc dù điều trị UTTQ đã có nhiều tiến bộ nhưng đây vẫn là một trong những bệnh lý ác tính với thời gian sống thêm sau 5 năm chỉ khoảng dưới 20%.

Điều trị UTTQ phụ thuộc vào giai đoạn của bệnh với phương pháp điều trị đa mô thức đóng vai trò trung tâm. Trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng, triệt căn đối với UTTQ giai đoạn sớm và tiến triển tại chỗ. Phẫu thuật nội soi điều trị UTTQ đã có một lịch sử phát triển lâu dài, kể từ ca PTNS đầu tiên vào năm 1992. Từ đó đến nay, PTNS đã được chứng minh mang lại nhiều lợi ích hơn PT mở cả về mặt ung thư học và biến chứng. Tại Việt Nam, PTNS điều trị UTTQ đã được thực hiện những năm đầu thập niên 90 thế kỉ trước, nhưng đến nay đây vẫn là một phẫu thuật lớn, phức tạp đòi hỏi lớn về sự đồng bộ của phẫu thuật viên và gây mê hồi sức. Chính vì thế hiện nay chỉ một số ít các trung tâm tại Việt Nam thực hiện thường quy phẫu thuật này.

Trong khoảng một thập kỷ trở lại đây, PTNS UTTQ đã có nhiều bước tiến lớn. Tại các nước phát triển như Mỹ, Châu Âu, Nhật Bản, Hàn

Quốc..., PTNS Robot đã được ứng dụng rộng rãi và chứng minh có nhiều tính ưu việt so với PTNS thông thường như công thái học tốt hơn, cung cấp phẫu trường 3 chiều (3 – Dimension – 3D) với hình ảnh sắc nét, tăng số lượng hạch nạo vét, giảm nguy cơ biến chứng và giúp thực hiện được các động tác phức tạp. Tuy nhiên, tại Việt Nam PTNS Robot vẫn chưa được ứng dụng nhiều trong điều trị UTTQ do vấn đề về chi phí và đào tạo. Trước thực tế này, PTNS 3D được xem là một lựa chọn tối ưu, kế thừa nhiều ưu điểm của PTNS Robot như phóng đại hình ảnh, tái tạo hình ảnh 3 chiều sắc nét giúp phẫu thuật viên cải thiện các nhược điểm của PTNS thông thường. Với chi phí phẫu thuật thấp và khả năng ứng dụng cao, PTNS 3D có tiềm năng ứng dụng và phổ biến tại Việt Nam hiện nay.

Hiện nay đã có nhiều các báo cáo về vai trò của PTNS thông thường trong điều trị UTTQ tại Việt Nam, tuy vậy các báo cáo về PTNS 3D vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả của PTNS 3D trong điều trị UTTQ, từ đó đóng góp vào dữ liệu của phương pháp này trong điều kiện thực tế tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 80 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu. Các trường hợp này đều được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô vảy thực quản 1/3 ngực giữa - dưới, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào vảy, được PTNS 3D ngực – bụng, nạo vét hạch hai vùng mở rộng hoặc ba vùng.

Phương pháp nghiên cứu:

Thời gian: Từ tháng 10/2022 đến tháng 12/2024

Địa điểm: Khoa Ngoại bụng 1, Bệnh viện K

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

Cỡ mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Xử lý số liệu: Các số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20. Thời gian sống sau mổ được tính theo phương pháp trực tiếp và phương pháp Kaplan – Meier so sánh thời gian sống giữa các nhóm bằng test Log Rank. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu là một phần trong đề tài nghiên cứu sinh đã được thông qua hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội với mã số đề tài 9720104, quyết định số 875/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu về kết quả phẫu thuật nội

soi 3D cắt thực quản, nạo vét hạch hai vùng mở rộng hoặc ba vùng trên 80 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản từ tháng 10/2022 đến tháng 9/2024 tại Bệnh viện K, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 3.1: Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (%)
Tuổi trung bình	57,0 ± 7,0 tuổi
Giới tính nam	78 (97,5%)
Một số yếu tố nguy cơ	
Hút thuốc lá	60 (75%)
Uống rượu	47 (58,8%)
Điều trị đa mô thức	
Phẫu thuật ngay	50 (62,5%)
Hóa xạ trị tiền phẫu	30 (37,5%)
Nạo vét hạch	
Hai vùng mở rộng	75 (93,8%)
Ba vùng	5 (6,3%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 57,0 ± 7,0 tuổi với phần lớn bệnh nhân là nam giới (97,5%), chỉ có 2 bệnh nhân là nữ giới được đưa vào nghiên cứu. 62,5% bệnh nhân có giai đoạn trước điều trị sớm, chưa có di căn hạch được phẫu thuật ngay, 37,5% bệnh nhân có giai đoạn u tiến triển tại chỗ (cT2 nguy cơ cao – cT3) hoặc nghi ngờ di căn hạch được điều trị hóa xạ trị trước và phẫu thuật sau. 93,8% bệnh nhân được nạo vét hạch hai vùng mở rộng và 6,3% nạo vét hạch ba vùng.

Bảng 3.2: Các biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số bệnh nhân (%)
Tổn thương phổi hợp và biến chứng trong mổ	
Dày dính màng phổi	4 (5,0%)
Kén khí phế quản phổi	3 (3,8%)
Thủng khí quản	1 (1,3%)
Biến chứng sau mổ	
Biến chứng hô hấp	22 (27,5%)
Tổn thương TKTQQN độ I	12 (15%)
Rò miệng nổi	4 (5%)
Rối loạn nhịp tim	3 (3,8%)
Tử vong trong vòng 90 ngày sau mổ	0

Nhận xét: Tổn thương phổi hợp phổ biến là dày dính màng phổi với 4 bệnh nhân. 01 trường hợp có thủng khí quản, được khâu lại ngay trong mổ. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, không có trường hợp nào ghi nhận tổn thương các mạch máu lớn trong mổ. Biến chứng sau mổ gặp nhiều nhất là biến chứng hô hấp (27,5%) và tổn thương TKTQQN độ I (15%,

không ghi nhận tổn thương độ cao hơn). Chúng tôi gặp rò miệng nổi ở 4 trường hợp (chiếm 5%).

Bảng 3.3: Thời gian phẫu thuật

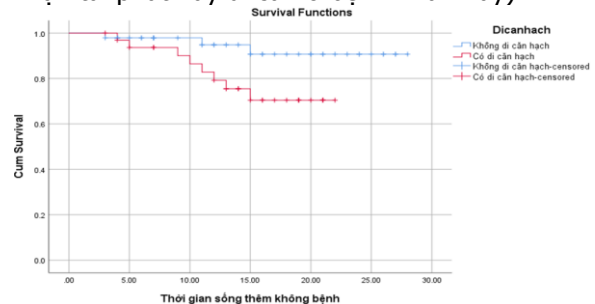
Thời gian (phút)	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian phẫu thuật thì ngực	172,4 ± 47,2	90	330
Thời gian phẫu thuật thì bụng	54,4 ± 18,2	20	120
Tổng thời gian phẫu thuật	323,2 ± 65,1	200	500
Lượng máu mất (ml)	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thì ngực	83,3 ± 56,4	10	300
Thì bụng	32,3 ± 24,0	10	150
Tổng lượng máu mất	166,1 ± 79,4	30	390

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật thì ngực trung bình 172,4 ± 47,2 phút, chiếm phần lớn trong tổng thời gian phẫu thuật. Lượng máu mất trung bình khi thực hiện phẫu thuật thì ngực là 83,3 ± 56,4ml, chiếm gần 50% tổng lượng máu mất.

Bảng 3.4: Theo dõi và các sự kiện xảy ra sau phẫu thuật

Biến chứng xa và di chứng sau mổ	Số sự kiện	Tỷ lệ
Tái phát hạch vùng	3	3,8
Tái phát hạch cổ	3	3,8
Tái phát miệng nổi	2	2,5
Di căn xa tại gan	3	3,8
Di căn xa tại phổi	1	1,3
Ung thư khác thì vị trí đáy lưỡi (Metachronous cancer)	1	1,3
Số trường hợp ghi nhận tái phát/di căn	9	11,3
Tử vong	1	1,3
Mất thông tin	0	0

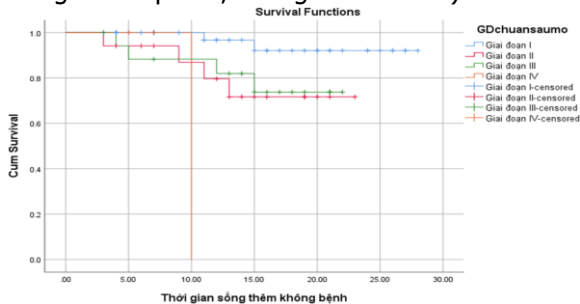
Nhận xét: Sau thời gian theo dõi trung bình 15,1 ± 7,2 tháng, chúng tôi ghi nhận 9 trường hợp xảy ra tái phát/di căn. Tái phát hay gặp tại hạch vùng, hạch cổ và tại gan (03 trường hợp). 01 trường hợp phát hiện ung thư đáy lưỡi sau 14 tháng phẫu thuật ung thư thực quản. 01 trường hợp tử vong do nguyên nhân đột quỵ (không ghi nhận tái phát hay di căn ở bệnh nhân này).



Tỷ lệ sống sót	6 tháng	12 tháng	22 tháng
Có di căn hạch	93%	79,2%	70,4%
Không di căn hạch	100%	94,8%	94,8%

Hình 3.1: Thời gian sống thêm không bệnh phân theo tình trạng di căn hạch

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh có mối liên quan với tình trạng di căn hạch. Cụ thể tỷ lệ sống thêm không bệnh của nhóm bệnh nhân có di căn hạch thấp hơn (sau 22 tháng là 70,4% so với 94,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$ Log – Rank test).



Tỷ lệ sống sót	6 tháng	12 tháng	2 năm
Giai đoạn I	100%	96,7%	92,1%
Giai đoạn II	79,6%	71,7%	71,7%
Giai đoạn III	88,2%	73,7%	
Giai đoạn IV	100%	0%	

Hình 3.2: Mối liên quan giữa thời gian sống thêm không bệnh và giai đoạn sau mổ

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh có mối liên quan với giai đoạn bệnh sau mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$ (Log – Rank test).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình $57,0 \pm 7,0$ tuổi tương đồng với một số nghiên cứu lớn khác về ung thư thực quản². Phần lớn bệnh nhân là nam giới (97,5%). Ưu thế mắc ung thư thực quản ở đối tượng nam giới có nhiều nguyên nhân. Nam giới có xu hướng sử dụng rượu, thuốc lá hoặc nhai trầu nhiều hơn, trong khi đây là các yếu tố nguy cơ độc lập của ung thư thực quản. Về chỉ định điều trị, tôi sử dụng hướng dẫn của Mạng lưới Ung thư toàn diện Quốc gia Hòa Kỳ NCCN³. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, nếu không chỉ định đúng giai đoạn, thời gian sống thêm bệnh nhân sẽ giảm. Nghiên cứu CROSS chỉ ra thời gian sống thêm tăng toàn bộ đáng kể giữa nhóm được hóa xạ trị rồi phẫu thuật sẽ cao hơn (49,4 tháng so với chỉ 24,0 tháng)². Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, với 50 bệnh nhân được phẫu thuật ngay theo đúng chỉ định và hướng dẫn của NCCN, ghi nhận tái phát hoặc di căn ở 6 trường hợp, trong đó có

đến 5 trường hợp phát hiện di căn hạch sau mổ. Chính vì vậy, vai trò của việc chỉ định phẫu thuật đúng là vô cùng cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 93,8% bệnh nhân được nạo vét hạch hai vùng mở rộng và 5 bệnh nhân (6,3% trường hợp) được nạo vét hạch ba vùng. Chỉ định nạo vét hạch ba vùng rộng rãi được ủng hộ trước đây tại Nhật Bản, khi mà hướng dẫn nạo vét hạch của JES năm 2017 chỉ định vét hạch thường quy các nhóm hạch cổ cho ung thư thực quản ngực 1/3 trên và giữa⁴. Tuy vậy, hướng dẫn nạo vét hạch JES năm 2022 phân loại hạch cổ 104 là nhóm M1a, tức là không nạo vét hạch thường quy mà chỉ vét khi có nghi ngờ di căn hạch cổ⁵. Điều này được đặt ra một vài nghiên cứu chỉ ra việc nạo vét hạch cổ không mang lại lợi ích về kết quả xa, trong khi làm tăng các biến chứng sau phẫu thuật⁶. Mặc khác, việc phát hiện di căn hạch cổ trước mổ có thể thực hiện đơn giản với siêu âm hạch cổ. Tuy vậy, lợi ích của việc nạo vét hạch cổ dự phòng vẫn còn đang tranh luận. Nghiên cứu JCOG2013 về nạo vét hạch cổ dự phòng trong ung thư biểu mô vảy thực quản đang được tiến hành tại các trung tâm phẫu thuật ung thư thực quản lớn nhất Nhật Bản hứa hẹn sẽ mang lại câu trả lời chính xác hơn cho vấn đề nạo vét hạch ba vùng còn nhiều tranh luận này⁷.

Về biến chứng trong mổ, chúng tôi ghi nhận 01 trường hợp thủng khí quản. Bệnh nhân này ghi nhận thủng trong quá trình sử dụng dụng cụ phẫu thuật đè vào mặt sau khí quản trong quá trình nạo vét hạch quanh TKTQQN trái khi nạo vét hạch ở tư thế sấp nghiêng trái. Tổn thương được phát hiện và khâu lại ngay trong mổ. Để tránh những trường hợp thủng khí quản như vậy, trong các trường hợp tiếp theo chúng tôi sử dụng các biện pháp để khắc phục: Tất cả các dụng cụ nội soi đều sử dụng các tấm lót mềm để đè đẩy tránh tổn thương các cơ quan xung quanh; Sử dụng tư thế nghiêng trái để nạo vét hạch quanh TKTQQN trái, tránh việc phải đè đẩy trực tiếp vào thành sau khí quản như trường hợp trên.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến chứng hô hấp là 27,5% (22 bệnh nhân). Trong đó có 2 trường hợp cần mở khí quản điều trị, các trường hợp còn lại đều được điều trị nội khoa và ra viện sau đó. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tổn thương TKTQQN là 15% với 12 trường hợp, trong đó có 6 trường hợp (50% số tổn thương) có khàn tiếng kéo dài không hồi phục sau 6 tháng. Tỷ lệ tổn thương thần phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: Phẫu thuật viên, quy trình kỹ thuật được sử dụng, chẳng hạn như

cách tiếp cận, các bộc lộ, bóc tách hạch quanh TKTQQN, phương pháp phẫu thuật cắt thực quản và thực hiện miệng nối, cũng như phương thức chẩn đoán và phân độ tổn thương TKTQQN.

Về thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ, so sánh với các nghiên cứu khác thì hai thông số có sự khác biệt giữa các nghiên cứu khác⁸. Tuy vậy, kết quả từ nhiều nghiên cứu cho thấy, khi so sánh trong cùng một nghiên cứu, phẫu thuật nội soi 3D có thời gian phẫu thuật và lượng máu mất giảm đáng kể so với phẫu thuật nội soi 2D cắt thực quản, nạo vét hạch. Với các phẫu thuật nội soi khác, hiệu quả trong việc giảm thời gian phẫu thuật và lượng máu mất cũng đã được chứng minh. Kang và cs (2024) so sánh 75 bệnh nhân phẫu thuật nội soi 2D/3D cắt dạ dày cho thấy nhóm 3D mất máu ít hơn (25,1 so với 47,3 mL; $p = 0,001$) và thời gian phẫu thuật ngắn hơn ($105,9 \pm 30,6$ phút so với $129,0 \pm 28,5$ phút; $p = 0,001$) so với nhóm 2D⁹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 9 trường hợp tái phát hoặc di căn (chiếm 11,3%) trên tổng số bệnh nhân được theo dõi. Điều này cho thấy nguy cơ tái phát vẫn tồn tại ngay cả khi tất cả các trường hợp đều được phẫu thuật triệt căn. Về chiến lược điều trị sau phẫu thuật điều trị ung thư thực quản, các trường hợp diện cắt R0 như trong nghiên cứu của chúng tôi được NCCN đưa ra chiến lược theo dõi sau mổ mà không cần can thiệp gì thêm. Trường hợp đặc biệt bệnh nhân đã hóa xạ trị tiền phẫu mà có ypT hoặc ypN dương tính (tức là còn u hoặc hạch dương tính sau hóa xạ trị), gần đây NCCN đề xuất sử dụng thêm nivolumab như một giải pháp điều trị bổ trợ sau phẫu thuật³. 01 trường hợp ung thư đáy lưỡi được phát hiện là một ví dụ điển hình về ung thư khác thì (metachronous), thường xảy ra ở vùng đầu cổ cùng với ung thư thực quản biểu mô vảy do các yếu tố nguy cơ chung như hút thuốc lá và sử dụng rượu bia. Do đó, việc theo dõi toàn diện sau phẫu thuật ung thư thực quản là rất quan trọng. Theo dõi không nên giới hạn ở thực quản mà cần mở rộng ra các vùng khác có nguy cơ, đặc biệt là vùng đầu cổ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân có di căn hạch có tỷ lệ sống thêm không bệnh thấp hơn rõ rệt (70,4% so với 94,8%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó cho thấy tình trạng di căn hạch là một trong các yếu tố tiên lượng quan trọng nhất đối với ung thư thực quản. Từ đó, tầm quan trọng của việc nạo vét hạch đã được

khẳng định. Chúng tôi ghi nhận thời gian sống thêm không bệnh giảm dần theo mức độ tiến triển của giai đoạn bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$. Điều này cho thấy giai đoạn bệnh sau mổ là một yếu tố tiên lượng quan trọng, phản ánh mức độ tiến triển của bệnh và ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng sống thêm không bệnh. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây².

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi 3D cắt thực quản, nạo vét hạch là một phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư thực quản tại Việt Nam. Việc quản lý biến chứng và theo dõi toàn diện sau phẫu thuật cần được chú trọng để nâng cao hiệu quả điều trị.

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. **van Hagen P, Hulshof MCCM, van Lanschot JJB, et al.** Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med.* 2012; 366(22): 2074-2084. doi:10.1056/NEJMoa1112088
3. **Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, et al.** Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN.* 2023;21(4):393-422. doi:10.6004/jnccn.2023.0019
4. **Japanese Classification of Esophageal Cancer, 11th Edition: part I.** *Esophagus.* 2017;14(1):1-36. doi:10.1007/s10388-016-0551-7
5. **Mine S, Tanaka K, Kawachi H, et al.** Japanese Classification of Esophageal Cancer, 12th Edition: Part I. *Esophagus Off J Jpn Esophageal Soc.* 2024; 21(3): 179-215. doi:10.1007/s10388-024-01054-y
6. **Koterazawa Y, Oshikiri T, Takiguchi G, et al.** Prophylactic cervical lymph node dissection in thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer increases postoperative complications and does not improve survival. *Ann Surg Oncol.* 2019;26:2899-2904.
7. **Tsunoda S, Tsubosa Y, Sasaki K, et al.** A multicenter randomized controlled trial of esophagectomy with or without prophylactic supraclavicular node dissection: a phase 3 trial (JCOG2013, MODERN3). *Jpn J Clin Oncol.* 2023;53(9):858-862. doi:10.1093/jjco/hyad071
8. **Xin N, Ding X, Huang K, et al.** Three-dimension versus two-dimension video-assisted thoracoscopic surgery for esophageal cancer: a meta-analysis. *Transl Cancer Res.* 2021;10(7):3448-3457. doi:10.21037/tcr-21-644
9. **Kang LY, Lee WJ, Chen SS.** Using three-dimensional versus two-dimensional laparoscopy in sleeve gastrectomy: A case matched comparison. *Formos J Surg.* 2024;57(2):63. doi:10.1097/FS9.0000000000000100