

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NẠO HẠCH CỔ TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAI THỰC QUẢN

Dương Minh Tân¹, Lâm Việt Trung¹,
Trần Phùng Dũng Tiến¹, Bùi Đức Ái¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nạo vét hạch cổ là một thành phần quan trọng trong phẫu thuật cắt thực quản, nạo hạch 3 vùng cổ, ngực và bụng điều trị ung thư tế bào gai thực quản. Tuy nhiên, lợi ích thực sự của phương pháp này đối với thời gian sống thêm của bệnh nhân vẫn gây nhiều tranh cãi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả; từ tháng 11 năm 2015 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022, 114 bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi cắt thực quản với nạo hạch 3 vùng cổ, ngực và bụng tại khoa Ngoại tiêu hóa, bệnh viện Chợ Rẫy, Việt Nam. **Kết quả:** Tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư tế bào gai thực quản là 14%. Trong đó UTTQ 1/3 trên có tỷ lệ di căn hạch cổ là 50%, ở UTTQ 1/3 giữa, dưới có tỷ lệ tương ứng là 19,2%, 6,9%. Tỷ lệ di căn hạch cổ theo mức độ xâm lấn của u với pT1 là 13%, pT3 là 23,5%, pT4 là 16,7%. Tụ dịch vùng cổ chiếm tỷ lệ 6,1%, rò bạch huyết và huyết khối tĩnh mạch cảnh (2,6%), tê cánh tay và vai sau mổ (1,8%). **Kết luận:** Tỷ lệ di căn cao (14%) đến hạch cổ cho thấy sự cần thiết của phẫu thuật nội soi cắt thực quản với nạo hạch 3 vùng đối với ung thư thực quản biểu mô gai. Tuy nhiên cần nhiều nghiên cứu hơn để đánh giá lợi ích và nguy cơ khi áp dụng quy trình kỹ thuật này.

Từ khóa: Nạo hạch cổ, nạo hạch 3 vùng

SUMMARY

EVALUATION OF CERVICAL LYMPH NODE DISSECTION IN SURGICAL TREATMENT FOR ESOPHAGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Background: Cervical lymph node dissection is an important component of esophagectomy with three-field lymphadenectomy (cervical, thoracic, abdominal) for esophageal squamous cell carcinoma (ESCC). However, the true benefit of this procedure regarding patient survival remains controversial. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive study was conducted from November 2015 to December 31, 2022. A total of 114 patients underwent thoracoscopic esophagectomy with three-field lymphadenectomy at the Department of Digestive Surgery, Cho Ray Hospital, Vietnam. **Results:** The rate of cervical lymph node metastasis in ESCC patients was 14%. Tumors located in the upper third of the esophagus had a cervical metastasis rate of 50%, whereas tumors in the middle and lower thirds showed rates of 19.2% and 6.9%, respectively. The

rate of cervical node metastasis according to tumor invasion depth was 13% in pT1, 23.5% in pT3, and 16.7% in pT4 tumors. Complications included cervical fluid accumulation (6.1%), chylous fistula and internal jugular venous thrombosis (2.6%), and postoperative shoulder and arm numbness (1.8%). **Conclusion:** The high cervical lymph node metastasis rate (14%) supports the necessity of thoracoscopic esophagectomy with three-field lymphadenectomy for esophageal squamous cell carcinoma. However, further studies are needed to thoroughly evaluate the balance of benefits and risks associated with this surgical technique. **Keywords:** Cervical lymph node dissection, three-field lymphadenectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là nguyên nhân phổ biến thứ sáu gây tử vong liên quan đến ung thư trên toàn thế giới. Di căn hạch bạch huyết là yếu tố tiên lượng quan trọng đối với bệnh nhân UTTQ¹. Do đó, phẫu thuật UTTQ bao gồm loại bỏ tổn thương nguyên phát và nạo vét hạch. Hiện nay mức độ, phạm vi của việc nạo vét hạch vẫn còn gây tranh cãi.

Phẫu thuật cắt thực quản với nạo hạch 3 vùng cổ, ngực và bụng đã được thực hiện nhiều nơi trên thế giới. Tuy nhiên, cũng có nhiều báo cáo làm tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, làm xấu đi tiên lượng của bệnh nhân UTTQ².

Nạo hạch cổ là một thì trong nạo hạch 3 vùng cổ, ngực, bụng để điều trị ung thư thực quản. Trong đó, chúng ta phẫu tích nạo các hạch bao gồm: hạch cạnh thực quản vùng cổ, hạch trên đòn, thông thường nhóm cạnh thực quản cổ (nhóm hạch 101) có thể nạo trong lồng ngực tuy nhiên nhóm trên đòn (nhóm hạch 104) phải đi từ cổ, nếu chỉ nạo nhóm hạch 101 thì không được xem là nạo hạch 3 vùng. Nạo hạch 3 vùng được xem như phẫu thuật tiêu chuẩn tại các trung tâm lớn tại Nhật và lan rộng ra các nước phương Tây những năm 1990³.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng bệnh nhân được chẩn đoán UTTQ tế bào gai có chỉ định phẫu thuật, nhập bệnh viện Chợ Rẫy tháng 11 năm 2015 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân UTTQ ngực tế bào gai có chỉ định phẫu thuật cắt thực quản và tạo hình thực quản bằng ống dạ dày.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Ái

Email: dr.buiducaig@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025

- U ở giai đoạn T1-T4a trên chực cắt lớp điện toán không có di căn xa.

- Không có chống chỉ định phẫu thuật nội soi (u lớn và/hoặc trên hình ảnh nghĩ có dày dính màng phổi phải nhiều).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có ASA-PS ≥ 3 [2].
- Có tiền căn phẫu thuật mở vùng ngực phải.
- Có 2 loại ung thư cùng lúc.

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu mô tả.

Phương pháp phẫu thuật thì cổ: Tư thế ngửa cổ, Rạch da đường vòng cung trên hõm ức khoảng 1-2 cm bộc lộ cơ ức đòn chũm, cơ ức móng và ức giáp, có thể cắt các cơ này ở vị trí bám với xương đòn, nạo nhóm hạch cổ sâu 101.

Vén bao cảnh vào trong, có thể cắt cơ vai móng và nạo nhóm hạch trên đòn (nhóm 104) chủ yếu nằm dưới cơ vai móng. Bộc lộ thực quản cổ ra ngoài, sau đó ống dạ dày được kéo lên qua đường trung thất sau hoặc sau xương ức để nối với thực quản đoạn cổ.



Hình 1: Nạo hạch quanh thực quản cổ và hạch trên đòn⁴

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu được mô tả trong bảng 1. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $60,1 \pm 7,24$. Bệnh nhân nam chiếm hầu hết (99,1%). Khoảng 20% bệnh nhân ghi nhận tình trạng hạn chế về hô hấp ở mức nhẹ và trung bình. Về bệnh kèm theo, bệnh tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất (10,5%). Tỉ lệ điều trị tân hỗ trợ trước mổ chiếm tỉ lệ 57,9 %.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Tần số (%)
Nhóm tuổi	
45-60	49 (43,0)
61-75	65 (57,0)
Giới	
Nam	113 (99,1)
Nữ	1 (0,9)
Chức năng hô hấp	
Hạn chế nhẹ	22 (19,3)
Hạn chế trung bình	2 (1,8)
Bệnh kèm theo	
Bệnh hô hấp	5 (4,4)
Bệnh tim mạch	12 (10,5)

Đái tháo đường	6 (5,3)
Bệnh gan	3 (2,6)
Bệnh thận	5 (4,4)
Hoá xạ trước mổ	
Không	48 (42,1)
Có	66 (57,9)

Đặc điểm của khối u. Đặc điểm của khối u được mô tả ở bảng 2. Tỉ lệ UTTQ ngực vị trí 1/3 giữa, dưới chiếm hầu hết (96,5%), UTTQ ngực 1/3 trên thấp nhất (3,5%). U biệt hóa kém chiếm tỉ lệ 14%. Tỉ lệ u có giai đoạn xâm lấn lớp cơ T2 nhiều nhất (31,6%). Tỉ lệ di căn hạch trong nghiên cứu khoảng 49%, nhiều nhất là u có giai đoạn N1 (25,4%). Khoảng 80% bệnh nhân có giai đoạn I-III, 6,1% bệnh nhân xếp giai đoạn 0 do đáp ứng hoàn toàn với hóa xạ trị trước mổ.

Bảng 2: Đặc điểm khối u của u

Vị trí u	Tần số (%)
1/3 dưới	58 (50,9)
1/3 giữa	52 (45,6)
1/3 trên	4 (3,5)
Độ biệt hóa	
Cao	2 (1,8)
Trung bình	96 (84,2)
Kém	16 (14,0)
Mức độ xâm lấn của u	
T0	9 (7,9)
T1	23 (20,2)
T2	36 (31,6)
T3	34 (29,8)
T4	12 (10,5)
Di căn hạch N	
N0	58 (50,9)
N1	29 (25,4)
N2	22 (19,3)
N3	5 (4,4)
Giai đoạn TNM	
0	7 (6,1)
I	20 (17,5)
II	29 (25,4)
III	37 (34,2)
IVa	19 (16,7)

Đặc điểm về phẫu thuật. Đặc điểm về phẫu thuật được mô tả trong bảng 3. Một nửa số ca phẫu thuật có thời gian > 390 phút. Thời gian phẫu thuật thì cổ có trung vị 40 phút.

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Tổng thời gian phẫu thuật	390 (90)
Thời gian phẫu thuật thì cổ	40 (10)

Bảng 4: Di căn hạch theo vị trí u

Di căn hạch	1/3 dưới (%)	1/3 giữa (%)	1/3 trên (%)	Tổng
-------------	--------------	--------------	--------------	------

	(N=58)	(N=52)	(N=4)	
Hạch cổ	4 (6,9)	10 (19,2)	2 (50,0)	16 (14,0)

Bảng 5: Di căn hạch theo giai đoạn xâm lấn của U

	Giai đoạn T sau mổ					P
	pT0 (%) n=9	pT1 (%) n=23	pT2 (%) n=36	pT3 (%) n=34	pT4 (%) n=12	
Di căn hạch cổ	0 (0)	3 (13)	3 (8,3)	8 (23,5)	2 (16,7)	0,319

Tai biến biến chứng do nạo vét hạch cổ. Tỉ lệ tai biến biến chứng do nạo vét hạch cổ được mô tả ở bảng 6.

Bảng 6: Tai biến biến chứng vùng cổ sau mổ

Tai biến biến chứng	Tần số (%)
Huyết khối tĩnh mạch cảnh	3 (2,6)
Rò bạch huyết cổ trái	3 (2,6)
Tê cánh tay và vai sau mổ	2 (1,8)
Tụ dịch vùng cổ	7 (6,1)

IV. BÀN LUẬN

Di căn hạch cổ. Tỉ lệ có di căn hạch sau mổ trong nhóm nghiên cứu là 49,1%, trong đó tỉ lệ di căn hạch cổ chung là 14% và chiếm tỉ lệ cao nhất ở UTTQ 1/3 trên (50%) và thấp nhất (6,9%) ở UTTQ 1/3 dưới. Di căn hạch cổ cũng phát hiện từ rất sớm, tỉ lệ di căn hạch cổ ở giai đoạn pT1 13%, pT3 23,5%.

Bảng 7: Tỉ lệ di căn hạch cổ theo vị trí ở một số nghiên cứu⁴

Tác giả	1/3 trên (%)	1/3 giữa (%)	1/3 dưới (%)	Tổng (%)
Akiyama 1994	42	28	19	33
Shimada 2006	48	30	18	26
Tachimori 2017	21,2	22,5	5,6	17
Chúng tôi	50	19,2	6,9	14

Hiện nay chưa có sự đồng thuận trong cách nạo vét hạch và chỉ định nạo vét hạch cổ. Các tác giả Nhật tập trung nạo vét hạch 101 và 104 vì có chỉ số hiệu quả nạo vét hạch cao⁵.

Tác giả H. Udagawa⁶ cho thấy di căn hạch có cả trong UTTQ giai đoạn sớm, những vị trí thường gặp là hạch cạnh thần kinh quặt ngược, hạch cạnh tâm vị, hạch cổ và hạch dọc theo động mạch vị trái chính vì thế tác giả nhấn mạnh không nên tách biệt hạch vùng cổ và trung thất mà nên được hiểu khối hạch dọc theo TKQN từ trung thất lên cổ. Tác giả cũng lưu ý không chỉ UTTQ ngực 1/3 trên, UTTQ ngực 1/3 giữa và dưới cũng có tỉ lệ di căn hạch cổ cao. Do đó, việc nạo vét hạch cổ và trung thất trên là cần thiết ngay

cả UTTQ 1/3 dưới.

Điều trị tân hỗ trợ là một trong những yếu tố quan trọng để quyết định nạo vét hạch rộng rãi hay không. Có nhiều nghiên cứu cho kết quả trái ngược và cần thêm nghiên cứu để làm rõ vấn đề này. Nghiên cứu của tác giả Mine và cộng sự⁷ tại Nhật Bản cho thấy, đối với những bệnh nhân UTTQ đã điều trị tân hóa trị hỗ trợ nếu không phát hiện hạch thương đòn di căn trên lâm sàng thì không cần thiết nạo vét hạch cổ dự phòng. Nghiên cứu của Lee và cộng sự⁸ tại Hàn quốc cho thấy, nên thực hiện nạo vét hạch 3 vùng dựa vào nhiều yếu tố như vị trí, giai đoạn u, tổng trạng bệnh nhân, kinh nghiệm phẫu thuật viên, điều kiện của trung tâm. Nạo vét hạch cổ vùng số IV là bắt buộc đối với những trường hợp khi đánh giá ung thư có giai đoạn N tiến triển ngay cả khi đã hóa trị trước mổ.

Biến chứng do nạo vét hạch cổ. Chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp rò dưỡng trấp chiếm tỉ lệ 2,6%. Tất cả các trường hợp đều gặp ở vùng cổ. Hai trường hợp phải phẫu thuật mở vết mổ cổ khâu lại ống ngực, bơm keo sinh học, một trường hợp điều trị nội khoa thành công. Chúng tôi nhận thấy, trong lồng ngực dưới màn hình nội soi có thể quan sát rất rõ ống ngực. Trong trường hợp u xâm lấn hoặc nghi ngờ tổn thương ống ngực, chúng tôi thường kẹp clip dự phòng nên không ghi nhận rò bạch huyết sau mổ. Ở vùng cổ, ống bạch huyết có nhiều biến thể giải phẫu. Do đó, phẫu thuật viên nên được trang bị kính phóng đại khi phẫu tích, có thể kẹp clip dự phòng trước khi cắt rời mô hạch vì khi cắt rời mô hạch ra ống bạch huyết có thể tụt sâu vào trong nền cổ hoặc trung thất dễ gây rò dưỡng trấp. Ngoài ra, bước kiểm tra sau khi nạo vét hạch xong cũng giúp phát hiện và can thiệp kịp thời rò dưỡng trấp.

Ngoài các biến chứng thường gặp trên trong nghiên cứu ghi nhận 3 trường hợp có huyết khối tĩnh mạch cảnh. Đây là những trường hợp phát hiện tình cờ khi cho bệnh nhân siêu âm vùng cổ do tụ dịch hay đi khám định kì. Thực tế tỉ lệ thuyên tắc tĩnh mạch có thể cao hơn. Ba nguyên nhân kinh điển gây huyết khối đã được tác giả Virchow mô tả gồm: tình trạng bất động, tổn thương thành mạch và rối loạn đông máu UTTQ với nạo vét hạch 3 vùng có thời gian phẫu thuật kéo dài, xâm lấn, đặt nhiều đường truyền hồi sức, tình trạng hóa xạ sau mổ, mất nước, nhiễm trùng, ngoài ra còn có các yếu tố kỹ thuật như tổn thương mô, mạch máu do nhiệt, điện tạo ra nhiều nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch.

Có 2 trường hợp yếu tay trái, tê cánh tay, vai sau phẫu thuật. Những suy giảm chức năng này

có thể do phẫu thuật bóc tách làm tổn thương hoặc co kéo thần kinh XI. Đường đi của thần kinh XI ở vùng cổ tương đối dài làm cho thần kinh này dễ bị tổn thương trong quá trình bóc tách. Vị trí dễ tổn thương ở bờ sau cơ ức đòn chũm trong tam giác cổ sau.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn cao đến hạch cổ (14%) cho thấy sự cần thiết của phẫu thuật nội soi cắt thực quản với nạo hạch ba vùng đối với ung thư thực quản biểu mô gai. Tuy nhiên, cần cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ khi áp dụng quy trình kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, 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):209-249.
2. Shao L, Ye T, Ma L, et al. Three-field versus two-field lymph node dissection for thoracic esophageal squamous cell carcinoma: a propensity score-matched comparison. Journal of Thoracic Disease. 2018;10(5):2924.
3. 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. Annals of Surgical Oncology. 2019;26:2899-2904.

4. Yajima S, Oshima Y, Shimada H. Neck dissection for thoracic esophageal squamous cell carcinoma. International Journal of Surgical Oncology. 2012;2012
5. Kitagawa Y, Uno T, Oyama T, et al. Esophageal cancer practice guidelines 2017 edited by the Japan esophageal society: part 2. Esophagus. Jan 2019;16(1):25-43. doi:10.1007/s10388-018-0642-8
6. Udagawa H, Ueno M, Shinohara H, et al. The importance of grouping of lymph node stations and rationale of three-field lymphadenectomy for thoracic esophageal cancer. Journal of surgical oncology. 2012;106(6):742-747.
7. Mine S, Watanabe M, Kumagai K, et al. Oesophagectomy with or without supraclavicular lymphadenectomy after neoadjuvant treatment for squamous cell carcinoma of the oesophagus. Journal of British Surgery. 2018;105(13):1793-1798.
8. Lee DH, Kim HR, Kim DK, Park S-I, Kim Y-H. Outcomes of cervical lymph node recurrence in patients with esophageal squamous cell carcinoma after esophagectomy with 2-field lymph node dissection. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2013;146(2):365-371.

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN LO ÂU, TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG TRÀO NGƯỢC DẠI DẰNG

Phạm Thị Hương Trà¹, Trần Thị Thu Trang^{2,3}, Đào Việt Hằng^{1,2,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn lo âu trầm cảm ở bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dai dẳng và bước đầu đánh giá một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 58 người bệnh có triệu chứng trào ngược dai dẳng (không đáp ứng với 8 tuần điều trị PPI) tại Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật từ 12/2022-07/2024. Rối loạn lo âu trầm cảm được đánh giá bằng thang điểm DASS-21. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 47,3±14,1, 63,8% là nữ, tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 triệu chứng GERD điển hình là 94,8%. Kết quả đo pH trở kháng 24 giờ ghi nhận tỷ lệ GERD bệnh lý, nóng rát chức năng và thực quản tăng nhạy cảm lần lượt là 27,6%, 53,5%, 18,9%. 51,7% và 25,9% bệnh nhân có tình trạng lo âu và trầm cảm. Tỷ lệ lo âu và trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân nữ so với nam

(p=0,013 và p=0,049). Nhóm nóng rát chức năng có tỷ lệ rối loạn lo âu cao nhất (67,7%), tiếp theo là nhóm GERD bệnh lý (37,5%) và thấp nhất ở nhóm thực quản tăng nhạy cảm (27,3%). Tỷ lệ trầm cảm cao nhất ở nhóm GERD bệnh lý (43,8%). Tuy nhiên, những sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). **Kết luận:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ lo âu, trầm cảm giữa các nhóm bệnh nhân chẩn đoán dựa trên kết quả đo pH trở kháng thực quản 24 giờ. **Từ khóa:** trào ngược dạ dày – thực quản, GERD, lo âu, trầm cảm, DASS-21

SUMMARY

ASSESSMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION DISORDERS IN PATIENTS WITH PERSISTENT REFLUX SYMPTOMS

Objective: To evaluate the proportion of anxiety and depression in patients with persistent reflux symptoms and to preliminarily evaluate some related factors. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 58 patients with persistent reflux symptoms (no response to 8 weeks of PPI therapy) at the Institute of Gastroenterology and Hepatology from December 2022 to July 2024. Anxiety and depression were assessed using the DASS-21 scale. **Results:** The mean age was 47.3±14.1, 63.8% were female. The proportion of patients with at least one typical

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

³Trường Đại học Dược Hà Nội

⁴Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025