

- đường hàng không”
4. **Nghị định 89/2018/NĐ-CP** “ Hướng dẫn luật phòng chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới”
 5. **Deblina Roy và các cộng sự. (2020)**, “Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic”, *Asian Journal of Psychiatry*. 51.
 6. **Huynh Giao và các cộng sự. (2020)**, “Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City”. 13(6), tr. 260.

7. **Cổng thông tin điện tử Bộ Y Tế** về đại dịch COVID-19
8. **Trần Thị Hằng** “kiến thức, thái độ, thực hành về phòng, chống dịch covid-19 và một số yếu tố liên quan của sinh viên khoa y, trường đại học kinh doanh và công nghệ hà nội, năm 2020” luận văn thạc sĩ y tế công cộng.
9. **Ghai Suhani (2020)**, “Are dental schools adequately preparing dental students to face outbreaks of infectious diseases such as COVID-19?”, *Journal of dental education*. 84(6), tr. 631-633.

CẮT THỰC QUẢN NỘI SOI QUA HAI ĐƯỜNG NGỰC-BỤNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN: KINH NGHIỆM QUA 50 TRƯỜNG HỢP

Trần Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt thực quản nội soi qua hai đường ngực-bụng để điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 50 trường hợp được phẫu thuật cắt thực quản nội soi để điều trị ung thư thực quản trong 2 năm tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2/ 2020 đến tháng 2/2022. **Kết quả:** 100% bệnh nhân là nam giới được phẫu thuật, 100% bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng sấp sang trái 45 độ thì ngực, nằm ngửa, dạng chân ở thì bụng. Thời gian mổ trung bình 290 phút, thời gian nằm viện trung bình là 9,8 ngày. Không có tai biến trong mổ. Tỷ lệ biến chứng là 16%, biến chứng rò miệng nối 3 trường hợp (6%), tràn dịch màng phổi 1 trường hợp (2%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngực - bụng cắt thực quản tạo hình điều trị ung thư thực quản là phẫu thuật ít xâm hại, an toàn và hiệu quả

Từ khóa: Ung thư thực quản, cắt thực quản, phẫu thuật nội soi ổ bụng, phẫu thuật nội soi ngực.

SUMMARY

LAPARO – THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR TREATMENT ESOPHAGEAL CANCER: EXPERIENCE 50 CASES

Aims: Early result of laparo-thoracoscopy in esophageal cancer treatment at Bach Mai hospital. **Material and methods:** 50 patients who underwent laparo-thoracoscopic esophagectomy for treatment esophageal cancer at the Department of general surgery of Bach Mai hospital. **Results:** 50 male patients was performed surgery from 2/2020 to 2/2022. 100% of patients were placed in prone position at thoraco-stage; in supine position at laparo-stage. All cases were successfully implemented. The

average surgery time is 290 minutes, the average hospitalization time is 9,8 days. The operation went well. Complications: 16%, 3 case with anastomotic leak (6%), 1 case with pleural effusion (2%). **Conclusion:** Laparo-thoracoscopic for esophagectomy for treatment esophageal cancer was a safe and effective method

Key words: Esophageal cancer, esophagectomy, laparoscopic, thoracoscopic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là bệnh khá phổ biến ở Việt Nam, bệnh thường gặp ở nam giới. Điều trị ung thư thực quản thường lựa chọn phối hợp đa mô thức là phẫu thuật, hóa trị, xạ trị tùy thuộc vào vị trí, kích thước khối u, giai đoạn bệnh, thể trạng người bệnh, trong đó phẫu thuật với nguyên tắc cắt bỏ thực quản rộng rãi và nạo vết hạch vẫn là phương pháp điều trị cơ bản. Phẫu thuật mở kinh điển cắt thực quản có tỉ lệ tai biến và biến chứng sau mổ còn cao, đặc biệt là các biến chứng về hô hấp. Phẫu thuật nội soi qua hai đường ngực, bụng cắt thực quản và tạo hình là phẫu thuật ít xâm hại, ít các biến chứng về hô hấp và giúp cho quá trình phẫu tích thực quản ở ngực được dễ dàng hơn [1], [2], [3], [4]. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sớm 50 trường hợp phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực - bụng để điều trị ung thư thực quản trong 2 năm tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản, được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai từ 2/ 2020 đến 2/1022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**Bệnh viện Bạch Mai*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoaimb@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.4.2022

Quy trình kỹ thuật: Một quy trình kỹ thuật chung cho 50 trường hợp được mô tả tóm tắt như sau:

Thì nội soi ngực:

- Bệnh nhân nằm sấp, nghiêng trái 45 độ, phẫu thuật viên và người phụ đứng bên phải bệnh nhân. Phụ thứ 2 ở phía đối diện, sử dụng 4 trocar vào khoang lồng ngực phải

- Phẫu tích thực quản: Thắt, cắt quai TM đơn, tiếp đến là phẫu tích bờ trước, sau và bên trái thực quản, tôn trọng cấu trúc giải phẫu các thành phần xung quanh đặc biệt là động mạch chủ, ống ngực, khí phế quản.

- Vết hạch trung thất quanh thực quản và khối hạch dưới chỗ chia khí phế quản thành một khối

Thì nội soi bụng:

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng, đầu nghiêng sang phải, phẫu thuật viên đứng giữa hai chân người bệnh, người phụ thứ nhất đứng bên phải, người phụ thứ hai đứng bên trái đặt 4 trocar vào ổ bụng

- Giải phóng bờ cong lớn dạ dày, chú ý bảo tồn nguyên vẹn cung mạch và bó mạch vị mạc nối phải, giải phóng phình vị lên đến trụ hoành trái.

- Bộc lộ toàn bộ thực quản bụng, nạo nhóm hạch 8a, 12a, thắt, cắt bó mạch vị trái sát gốc, nạo các nhóm hạch 7, 9. Tách rời hoàn toàn thực quản bụng khỏi khe hoành.

Thì cổ trái:

- Đường rạch cổ chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm trái. Sau khi cắt cơ vai móng đi vào khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để phẫu tích bờ trái thực quản, dùng móc tách vào khoang tế bào trước cột sống để phẫu tích mặt sau thực quản.

- Ở mặt trước, phẫu tích tách thực quản ra khỏi khí quản, luồn một ống thông. Nelaton nhỏ qua thực quản kéo lên để phẫu tích mặt sau thực quản lên trên và xuống dưới ngực.

- Cắt đôi thực quản cổ ngang mức bờ hõm ức, đóng đầu dưới thực quản để kéo toàn bộ thực quản xuống bụng.

Tạo hình ống dạ dày:

- Mở nhỏ 5 cm dưới mũi ức, tạo hình ống dạ dày bằng máy cắt thẳng 75mm, đưa ống dạ dày lên cổ qua trung thất sau.

- Làm miếng nối thực quản ống dạ dày tận bên bằng máy nối tròn cỡ 25 (CDH Stapler).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
40 - 49	11	22,0

Tuổi	50 - 59	20	40,0
	≥ 60	19	38,0
Giới	Nam	50	100,0
	Nữ	0	0,0
Bệnh phối hợp	Cao huyết áp	6	12,0
	Đái đường	3	6,0
	Khác	12	12,0
Yếu tố nguy cơ	Rượu	27	54,0
	Thuốc lá	31	62,0
	Rượu+thuốc lá	31	62,0
BMI	≤ 18,5	4	8,0
	> 18,5	46	92,0
ASA	I	27	54,0
	II	17	34,0
	III	6	12,0

Nhận xét: Ung thư thực quản hay gặp ở nam giới trên 50 tuổi (78%), yếu tố nguy cơ là thuốc lá và rượu bia

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Nuốt nghẹn	Nghẹn đặc	26	52,0
	Nghẹn lỏng	21	42,0
	Không nghẹn	3	6,0
Thời gian nuốt nghẹn	≤ 1 tháng	18	36,0
	> 1 tháng	32	64,0
Thay đổi cân nặng	Sụt cân	40	80,0
	Không sụt cân	10	20,0
Nôn máu	0	0,0	

Nhận xét: 94% các trường hợp ung thư thực quản có triệu chứng nuốt nghẹn, 80% các trường hợp có biểu hiện sụt cân.

Bảng 3.3. Nội soi thực quản

Hình ảnh nội soi	n	Tỉ lệ (%)	
Vị trí u qua nội soi	1/3/trên	1	2,0
	1/3 giữa	20	40,0
	1/3 dưới	29	58,0
Hình ảnh u qua nội soi	U sùi	21	42,0
	Loét thâm nhiễm	19	38,0
	Chít hẹp	10	20,0
Kết quả sinh thiết qua nội soi	Thấy tế bào ung thư	50	100,0
	Không thấy tế bào ung thư	0	0,0

Nhận xét: Tất cả các trường hợp của chúng tôi đều phát hiện được tổn thương ác tính qua nội soi và sinh thiết

Bảng 3.4. Chụp cắt lớp vi tính

Hình ảnh chụp CT ngực	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Hình ảnh u qua CT	Dày thành thực quản	42	82,0
	Lệch trục	8	18,0
	Không đè đẩy khí	47	94,0

Mức độ xâm lấn u	phế quản		
	Đề đầy khí phế quản	3	6,0
	T1	8	16,0
	T2	25	50,0
	T3	11	22,0
Di căn hạch	T4	2	4,0
	Không xác định	4	8,0
	Không di căn	26	52,0
	Hạch trung thất	24	48,0

Bảng 3.5. Kết quả phẫu thuật

Các thông số		Min	Max	TB	SD
Thời gian mổ	Ngực	70	160	115	25,6
	Bụng	80	150	101	15,2
	Cổ	70	80	75	4,5
Hạch nạo vét	Trung thất	5	12	10,2	7,9
	Bụng	4	15	10,4	6,1
Máu mất trong mổ (ml)		150	350	200	21,7
Thời gian ăn qua sonde		2	9	3,2	1,8
Thời gian có trung tiện		3	6	4,7	2,1
Thời gian rút sonde dạ dày		5	13	7,6	1,6
Thời gian nằm viện		8	23	9,8	1,9

Nhận xét: Thời gian mổ ngắn nhất là 220 phút, dài nhất là 390 phút, thời gian mổ trung bình là 280 phút.

Bảng 3.6. Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Vi thể	Ung thư tế bào vảy	47	94,0
	Ung thư tế bào tuyến	3	7,0
Mức độ xâm lấn khối u	Tis	2	4,0
	T1	9	18,0
	T2	25	50,0
	T3	11	22,0
	T4	3	6,0
Di căn hạch	N0	29	58,0
	N1	16	32,0
	N2	5	10,0

Nhận xét: Ung thư tế bào vảy là chủ yếu (94%), Khối u ở giai đoạn T2, T3 thường gặp (72%), có 42% các trường hợp có di căn hạch.

Bảng 3.7. Biến chứng

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tràn dịch màng phổi	1	2,0
Rò miệng nối	3	6,0
Rò bạch huyết	1	2,0
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,0
Hẹp miệng nối	2	4,0
Tổng	8	16,0

Nhận xét: Tỉ lệ biến chứng chung là 16%, biến chứng hay gặp nhất là rò miệng nối. Tử vong 1 trường hợp (2%) do viêm phổi bệnh viện trong vòng 30 ngày sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư thực quản là một ung thư có tiên lượng xấu, thường gặp ở nam giới trên 50 tuổi

Nhận xét: Đa số các trường hợp (72%) được xác định khối u ở giai đoạn T2, T3 trên chụp cắt lớp vi tính, 24 TH (48%) có nghi ngờ hạch trung thất.

***Siêu âm nội soi** : 8 TH ở T1 (16%); 25 TH ở T2 (50%); 15 TH ở T3 (30%) và 2 TH ở T4 (4%).

***Đo chức năng hô hấp**: 44 TH (88%) không có rối loạn thông khí; 6 TH (12%) có rối loạn thông khí nhẹ và trung bình

đã được các tác giả đề cập đến [2], [4]. 50 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi 100% đều là nam giới và độ tuổi trên 50 hay gặp nhất (78%), tuổi trung bình là 58,5 tuổi (47 – 72 tuổi). Khi tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của ung thư thực quản chúng tôi thấy rằng 62 % các trường hợp ung thư thực quản vừa hút thuốc lá và uống rượu (bảng 3.1), có trường hợp bệnh nhân hút thuốc lá ngày 1 bao trên 40 năm. Điều này lý giải tại sao ung thư thực quản thường gặp ở nam giới mà ít khi gặp ở nữ giới. Như vậy có thể thấy rằng một nam giới trên 50 tuổi hoặc vừa hút thuốc lá vừa uống rượu hoặc hút thuốc lá hay uống rượu trong nhiều năm là những đối tượng có nguy cơ cao gây ung thư thực quản cần được theo dõi và tầm soát sớm. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số có chỉ số BMI và ASA trước mổ trong giới hạn bình thường, những trường hợp gầy sút, không đảm bảo an toàn cho phẫu thuật đều được chúng tôi nuôi dưỡng và chuẩn bị bệnh nhân tốt trước khi tiến hành phẫu thuật.

Triệu chứng lâm sàng của ung thư thực quản thường là âm thầm, ở giai đoạn đầu thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng mơ hồ, không rõ ràng, dễ bị bỏ qua. Khi xuất hiện triệu chứng nuốt nghẹn điển hình thì ung thư không còn ở giai đoạn sớm nữa. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 47/50 TH (94%) nuốt nghẹn, từ nghẹn một phần hay nghẹn hoàn toàn, nghẹn đặc hay nghẹn lỏng chỉ 3 trường hợp không nghẹn là các trường hợp còn ở giai đoạn sớm và

tình cờ phát hiện khi kiểm tra sức khỏe và trên 1 tháng là khoảng thời gian hay gặp từ khi có triệu chứng nuốt nghẹn đến khi phát hiện bệnh. 80% các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện sụt cân (Bảng 3.2), đây là dấu hiệu thường thấy và xuất hiện đồng thời với triệu chứng nuốt nghẹn ở bệnh ung thư thực quản bởi trong thời gian khá dài người bệnh ăn uống kém hay không ăn uống được [2]. Vì vậy chúng tôi cho rằng khám sức khỏe định kỳ để tầm soát phát hiện ung thư thực quản sớm là hết sức quan trọng, đặc biệt là những đối tượng có nguy cơ cao là: Nam giới trên 50 tuổi, có tiền sử hút thuốc lá, uống rượu nhiều năm, có biểu hiện rối loạn về nuốt và soi thực quản dạ dày là thăm dò đơn giản, dễ thực hiện, có giá trị cao trong phát hiện sớm ung thư thực quản.

Thực vậy nội soi thực quản dạ dày kết hợp sinh thiết là thăm dò đầu tiên được thực hiện cho tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi để xác định vị trí, tính chất và bản chất của tổn thương. Kết quả nội soi cho thấy hầu hết ung thư thực quản được chỉ định phẫu thuật là ở 1/3 giữa và 1/3 dưới (98%), chỉ 1 trường hợp được chỉ định cho tổn thương ở 1/3 trên ở giai đoạn sớm, những trường hợp khối u lớn ở 1/3 trên thực quản không có chỉ định phẫu thuật. Hình ảnh nội soi của ung thư thực quản thường gặp là u sùi và loét thâm nhiễm cứng. Nội soi phối hợp với nhuộm màu niêm mạc thực quản và sinh thiết đã làm tăng tỉ lệ chẩn đoán đúng ung thư trước mổ là 100% (bảng 3.3). Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác [5], [6].

Chụp cắt lớp vi tính là phương tiện chẩn đoán không xâm hại đầu tiên, rất có giá trị để đánh giá mức độ tổn thương của thực quản, mức độ lan rộng của ung thư thực quản vào các tạng khác của trung thất, hạch trung thất. Chụp cắt lớp với lát cắt mỏng và thuốc cản quang cho phép xác định chính xác mức độ xâm lấn của khối u đến các lớp của thực quản, ranh giới giữa khối u với các cấu trúc xung quanh nhất là khí quản và động mạch chủ dựa vào lớp mỡ quanh thực quản từ đó đánh giá và tiên lượng khả năng cắt bỏ u. Các dấu hiệu thường được nhận định trên chụp cắt lớp là thành thực quản dày, có lệch trục hay không, có đè đẩy khí phế quản không, có xâm lấn vào động mạch chủ hay không, mức độ tổn thương của khối u. Bảng 3.4 trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu khối u được đánh giá ở T2 và T3, có 2 trường hợp nghi ngờ ở mức T4, 24 TH (48%) nghi ngờ có di căn hạch trung thất. Đa số các tác giả lựa chọn thăm dò này để đưa ra chỉ định phẫu thuật [1], [2].

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định làm siêu âm nội soi trước mổ để hỗ trợ cho chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật, các kết quả đánh giá cho thấy tương đối phù hợp với chụp cắt lớp vi tính. Mặc dù siêu âm nội soi được cho là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đánh giá chính xác mức độ xâm lấn thành và hạch vùng. Tuy vậy nó còn phụ thuộc vào trang thiết bị, kỹ thuật và kinh nghiệm của người làm

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị ung thư thực quản nhưng tỉ lệ sống 5 năm sau mổ còn thấp chỉ từ 15% đến 25% [4]. Trong các phương pháp điều trị, phẫu thuật cắt thực quản vẫn đóng vai trò chủ yếu, hóa xạ trị có vai trò hỗ trợ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật khi u chưa xâm lấn vào khí phế quản và động mạch chủ, đo chức năng hô hấp không có rối loạn thông khí hoặc rối loạn thông khí nhẹ và trung bình, thể trạng bệnh nhân (BMI) được điều chỉnh đến giới hạn cho phép, những trường hợp có bệnh phổi hợp được điều trị ổn định. Chúng tôi cho rằng đây là những điều kiện tiên quyết để đảm bảo thành công của cuộc phẫu thuật.

Tư thế phẫu thuật ở thì ngực của chúng tôi là tư thế nghiêng – sấp 45 độ sang trái, đặt gối ôm dọc ngực bên phải người bệnh. Đây là tư thế trung gian giữa tư thế sấp hoàn toàn và tư thế nghiêng 90 độ. Với tư thế này trường mổ được mở rộng, dễ dàng tiếp cận và phẫu tích thực quản cũng như nạo vét hạch trung thất; Phổi phải xẹp xuống, nằm ở vị trí trước bên, không cản trở tầm nhìn của phẫu thuật viên; Nếu cần phải chuyển mổ ngực thì đây cũng là tư thế sẵn sàng, đủ rộng cho việc can thiệp mà không cần mất thời gian để thay đổi tư thế. Thì ngực bao giờ cũng là bước quan trọng, quyết định sự thành công hay thất bại của cuộc phẫu thuật, vì vậy cần thận trọng, tỉ mỉ để phẫu tích, bóc tách nạo vét hạch tránh làm tổn thương khí quản, động mạch chủ, ống ngực hay thần kinh quặt ngực [7].

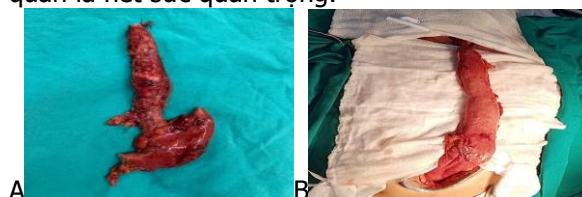
Ở thì bụng với tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng, phẫu thuật viên đứng giữa hai chân người bệnh rất thuận lợi cho việc giải phóng và cắt bỏ mạc nối vị tì, mạc nối nhỏ, thắt và cắt bó mạch vị trái, nạo vét hạch quanh động mạch thân tạng cũng như giải phóng tâm vị, thực quản bụng và nạo vét hạch vùng này. Với cách tiếp cận ở hai thì ngực và bụng như vậy mà 50 trường hợp của chúng tôi có thời gian phẫu thuật ngực trung bình là 115 phút, hạch nạo vét được ở ngực trung bình là 10,2 hạch; thời gian phẫu thuật bụng trung bình là 101 phút, hạch

nao vết được trung bình ở bụng là 10,4 hạch (bảng 3.6). Số lượng hạch trung bình lấy được của chúng tôi thấp hơn so với Nguyễn Xuân Hòa [2], có thể do đây là 50 trường hợp đầu tiên. Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được tạo hình ống dạ dày qua đường mổ nhỏ 5cm ở dưới mũi ức, ống dạ dày được đưa qua trung thất sau lên cổ, làm miệng nối tận – bên thực quản cổ và ống dạ dày bằng máy CDH 25mm. Với các bước thực hiện phẫu thuật như đã mô tả thì thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 290 phút (220 – 390 phút) và lượng máu mất cho một ca phẫu thuật là không nhiều. Trong trường hợp dạ dày không còn hoặc dạ dày không đủ tiêu chuẩn để tạo hình thì sử dụng tạng nào để thay thế khi cắt bỏ thực quản?. Chúng tôi đã gặp một trường hợp vừa ung thư biểu mô vảy ở thực quản, vừa ung thư biểu mô tuyến ở dạ dày đã được phẫu thuật cắt thực quản, cắt toàn bộ dạ dày và tạo hình lại đường tiêu hóa trên bằng hồi – đại tràng phải cho kết quả tốt, sau mổ 2 năm người bệnh vẫn khỏe mạnh, tăng cân, lao động bình thường [8].

Vấn đề tạo hình môn vị trong tạo hình thực quản bằng ống dạ dày cũng chưa được thống nhất. Có tác giả khuyến cáo nên tạo hình môn vị để tránh ứ đọng tại dạ dày sau mổ, giảm tỉ lệ rò miệng nối do dây thần kinh X đã bị cắt bỏ, có tác giả cho rằng tạo hình môn vị là không cần thiết vì sự ứ đọng dạ dày sau mổ hay biến chứng miệng nối không liên quan đến việc có hay không tạo hình môn vị. Thực vậy trong số 50 trường hợp chúng tôi không tạo hình môn vị cho trường hợp nào, không mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng cho trường hợp nào mà qua sonde dạ dày đã được đặt khi mổ, chúng tôi cho nhỏ giọt dinh dưỡng từ ngày thứ 3 sau mổ, phối hợp với dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch đảm bảo cung cấp 2.000 calo/24 giờ, các bệnh nhân đều tiếp nhận tốt. Sonde dạ dày thường được rút vào ngày thứ 7 hoặc thứ 8 sau mổ, là khoảng thời gian đủ để đảm bảo đánh giá an toàn của miệng nối. Từ thực tế kinh nghiệm qua 50 trường hợp chúng tôi thấy rằng việc có tạo hình môn vị hoặc mở thông hồng tràng hay không, không phải là bắt buộc. Chúng tôi cho rằng chỉ nên tạo hình môn vị khi có những tổn thương phối hợp tại môn vị nguy cơ hẹp và nên mở thông hồng tràng chủ động khi có bất thường về ống dạ dày hay miệng nối thực quản dạ dày mà thôi. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ của chúng tôi là 9,8 ngày.

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (bảng 3.7) cho thấy chủ yếu là ung thư tế bào vảy (94%), mức độ xâm lấn của khối u gặp từ T1 đến T4 trong đó T2 và T3 là chủ yếu với 36 TH (72%),

T1 có 9 TH (18%), T4 có 3 TH (6%) 21 TH di căn hạch N1 đến N2 (42%). Mặc dù tỉ lệ phát hiện sớm ung thư thực quản chưa cao nhưng so với các nghiên cứu trước đây đã cải thiện rất nhiều do sự hiểu biết của người dân và sự phát triển của y tế cơ sở nhất là nội soi chẩn đoán. Nghiên cứu của Hoàng Trọng Nhật Phương [4] trong 205 TH thì không có trường hợp nào ở T1, chủ yếu ở giai đoạn T3 (79,5%), T4 (9,3%) và có đến 91,2% có di căn hạch từ T1 đến T2. Cũng như các ung thư khác, chúng tôi cho rằng trong ung thư thực quản thì mức độ xâm nhiễm của khối u và di căn hạch là những yếu tố quyết định đảm bảo tính triệt căn vì vậy lấy bỏ hết khối u và nao vét hạch trong phẫu thuật ung thư thực quản là hết sức quan trọng.



Ảnh: Bệnh nhân số 50: Hà Văn D, mã hồ sơ BM.220002303. A. Thực quản được cắt bỏ; B. Ống dạ dày được tạo hình

Tỉ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi là 16%, trong đó biến chứng rò miệng nối hay gặp hơn cả 3 TH (6%). Tuy nhiên rò ở mức độ nhẹ, không trường hợp nào phải mổ lại, 1 TH rò dưỡng chấp được nút nhánh của ống ngực thành công, 1 TH tử vong trong vòng 30 ngày do viêm phổi bệnh viện. Kết quả của chúng tôi tương tự các nghiên cứu khác. Qua đó cho thấy phẫu thuật nội soi cắt thực quản qua hai đường ngực – bụng là phẫu thuật ít xâm hại, giảm tỉ lệ biến chứng sau mổ nhất là các biến chứng hô hấp. Chúng tôi đang theo dõi và đánh giá kết quả xa của kỹ thuật.

V. KẾT LUẬN

Cắt thực quản nội soi qua đường ngực, bụng để điều trị ung thư thực quản là phương pháp an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đức Huấn (2016). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng, vét hạch rộng hai vùng với tư thế sấp nghiêng 30 độ. Hội nghị khoa học Ngoại khoa và phẫu thuật nội soi toàn quốc, 36-40
2. Nguyễn Xuân Hòa (2018). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt thực quản và nao vét hạch rộng hai vùng (ngực – bụng) trong điều trị ung thư thực quản. Luận án Tiến sĩ Y học.
3. Watanabe M, Baba Y, Nagai Y, et al. (2013). Minimally invasive esophagectomy for esophageal

- cancer: an updated review. *Surgery today*, 43(3), 237-44.
4. **Hoàng Trọng Nhật Phương, Lộc L, Hiệp PN, et al. (2013).** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực trong điều trị ung thư thực quản. Hội nghị ngoại khoa toàn quốc Cần Thơ.
 5. **Triệu Triệu Dương, Trần Hữu Vinh (2014).** Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới bằng phẫu thuật nội soi. *Y học thực hành*, 902(1), 62-66
 6. **Taguchi S, Osugi H, Higashino M, et al. (2003).** Comparison of threefield esophagectomy for esophageal cancer incorporating open or thoracoscopic thoracotomy. *Surgical endoscopy*, 17(9), 1445-50.
 7. **Reza Bagheril, SeYed Ziollah, Nazanin Hazzti2, et al. (2017)** comparison the outcomes of open thoracotomy and minimally invasive thoracoscopic esophagectomy in esophageal cancer. *Journal of Cardio – Thoracic Medicine*, 5 (2), 569 – 574.
 8. **Manh Hung Tran, Thi Phương Thao Tran, Trung Kien Nguyen et al. (2021).** Formation of the upper digestive tract by the ileum - right colon for patient with concurrent cancers of the esophagus and the stomach: A case report. *International Journal of surgery Case Report* 85, 2021, 106232.

KẾT QUẢ THEO THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP ĐẮP PARAFFIN TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG CỔ VAI TAY DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG CỔ

Nguyễn Thị Thanh Tú*, Cao Thị Huyền Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị theo thể bệnh y học cổ truyền của điện châm kết hợp đắp paraffin trên bệnh nhân hội chứng cổ vai tay do thoái hoá cột sống cổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng mở, tiến cứu, so sánh trước sau có đối chứng. 60 bệnh nhân chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu dùng điện châm kết hợp đắp paraffin, nhóm chứng dùng điện châm đơn thuần. **Kết quả:** Sau 15 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở thể can thận hư kèm phong hàn thấp (85,7%), cao hơn thể can thận hư đơn thuần (50%) ($p < 0,05$). **Kết luận:** Điện châm kết hợp đắp paraffin có hiệu quả điều trị tốt ở thể can thận hư kèm phong hàn thấp.

Từ khoá: điện châm, paraffin, thể can thận hư, thể phong hàn thấp

SUMMARY

RESULTS FOLLOWING TRADITIONAL MEDICAL PATTERNS OF ELECTRO- ACUPUNCTURE COMBINED WITH PARAFFIN THERAPY ON CERVICAL SCAPULOHUMERAL SYNDROME PATIENTS DUE TO CERVICAL SPONDYLOSIS

Objectives: To evaluate the treatment outcomes in different traditional medical patterns of electro-acupuncture combined with paraffin on cervical scapulothoracic syndrome patients due to cervical spondylosis and to investigate the undesirable effects of the intervention method. **Subjects and research**

methods: Prospective controlled interventional study, compare results before and after treatment. 60 patients were divided into 2 groups: the study group was administered electro-acupuncture combined with paraffin, and the control group was administered electro-acupuncture only. **Results:** After 15 days of treatment, in the study group, 85.7% of wind – cold – dampness pattern combined with liver kidney yin deficiency pattern and 50% of liver and kidney yin deficiency pattern achieved good grade ($p < 0.05$). **Conclusion:** Electro-acupuncture combined with paraffin is a safe and effective treatment method in wind – cold – dampness pattern combined with liver kidney yin deficiency pattern fever than that of liver-kidney yin deficiency pattern.

Keywords: electro-acupuncture, paraffin, wind – cold – dampness pattern, yin deficiency pattern.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cổ vai tay do thoái hoá cột sống cổ là một bệnh lí khá phổ biến [3]. Với biểu hiện trên lâm sàng là triệu chứng đau, chèn ép rễ thần kinh gây hạn chế tầm vận động. Theo y học cổ truyền (YHCT), các triệu chứng lâm sàng của hội chứng cổ vai tay do thoái hoá cột sống cổ được xếp vào phạm vi chứng Tý [1]. Nguyên nhân do phong hàn thấp hoặc phong nhiệt thường kết hợp với chính khí cơ thể hư yếu, rối loạn chức năng tạng phủ, nhất là tạng can và tạng thận. Do đó trên lâm sàng thường gặp nhất là thể can thận hư và thể can thận hư hết hợp phong hàn thấp. Từ trước đến nay, điện châm được biết đến là một phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, an toàn và hiệu quả. Paraffin là phương pháp nhiệt trị liệu, được sử dụng rộng rãi trong phục hồi chức năng [7]. Trên thực hành lâm sàng, việc kết hợp 2 phương pháp này

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhthu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 15.4.2022