

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA HAI ĐƯỜNG NGỰC – BỤNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu ứng dụng phẫu thuật 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:** Mô tả kết quả 20 trường hợp được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản do ung thư tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2/ 2020 đến tháng 2/2021. **Kết quả:** Tổng số 20 bệnh nhân nam đầu tiên được phẫu thuật, 100% bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng sấp thì ngực, nằm ngửa, dạng chân ở thì bụng. Tất cả các trường hợp đều thực hiện thành công với 19 trường hợp để miệng nối ở cổ, 1 trường hợp miệng nối trong ngực. Thời gian mổ trung bình 280 ± 20 phút, thời gian nằm viện trung bình là $9,4 \pm 2,1$ ngày. Không có tai biến trong mổ. Biểu chứng rò miệng nối 1 trường hợp (5%), tràn dịch màng phổi 1 trường hợp (5%). **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, sau mổ phục hồi sớm, ít có biến chứng nặng.

Từ khóa: Cắt thực quản, phẫu thuật nội soi, ung thư thực quản.

SUMMARY

LAPARO – THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR TREATMENT ESOPHAGEAL CANCER AT BACH MAI HOSPITAL

Aims: The research aims at evaluating the initial result of laparo-thoracoscopy in esophageal cancer treatment at Bach Mai hospital. **Material and methods:** Describe the technique and result of laparo-thoracoscopic esophagectomy in esophageal cancer patients who had surgery at the Department of general surgery of Bach Mai hospital. **Results:** A total of 20 patients was performed surgery from 2/2020 to 2/2021. Male / female ratio = 10/0. 100% of patients were placed in prone position at thoraco-stage; in supine position at laparo-stage. All cases were successfully implemented, 19 cases with anastomoses on neck, 1 case with anastomosis in thorax. The average surgery time is 280 minutes, the average hospitalization time is 9,4 days. There are no intraoperative catastrophes. **Complications:** 1 case with anastomotic leak, 1 case with pleural effusion. **Conclusion:** Esophageal cancer treatment by laparo-thoracoscopic surgery initially shows feasibility, early recovery and few serious complications.

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng
Email: tranmanhhungngoai@bmaibm@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.2.2021
Ngày phản biện khoa học: 26.3.2021
Ngày duyệt bài: 6.4.2021

Keywords: Esophagectomy, laparoscopy, esophageal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (TQ) là bệnh khá thường gặp ở Việt Nam, đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư đường tiêu hóa. Chẩn đoán sớm ung thư thực quản không khó, tuy vậy hiện nay rất nhiều trường hợp còn được chẩn đoán ở giai đoạn muộn làm cho quá trình điều trị còn nhiều khó khăn và phức tạp. Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất trong điều trị, hóa trị hay xạ trị được sử dụng trước hoặc sau phẫu thuật. Trong vài thập niên gần đây, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bỏ thực quản tạo hình đã được ứng dụng rất nhiều để điều trị ung thư thực quản và được đánh giá ưu việt hơn hẳn so với mổ mở kinh điển, đang thay thế cho phẫu thuật mở kinh điển [1], [6], [7]. Tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật nội soi qua hai đường ngực, bụng cắt thực quản tạo hình để điều trị ung thư thực quản từ tháng 2 năm 2020. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu của kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ 20 trường hợp (TH) đầu tiên được tiến hành phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản tạo hình tại Bệnh viện Bạch Mai.

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

2.3. Quy trình phẫu thuật:

Thì nội soi ngực.

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm sấp, nghiêng trái. Ngừng thông khí phổi phải. Phẫu thuật viên và người phụ đứng bên phải bệnh nhân. Màn hình nội soi đặt ở phía đối diện.

- Vị trí và số lượng trocar: Sử dụng 4 trocar vào khoang lồng ngực phải, trong đó 1 trocar 10mm ở liên sườn 5 đường nách sau đặt camera, 1 trocar 5mm ở liên sườn 9 đường nách sau và 1 trocar 10mm ở liên sườn 4 đường nách giữa cho các dụng cụ mổ, 1 trocar 5 khoang liên sườn 8 đường nách giữa.

- Phẫu tích thực quản: Sau khi đánh giá khả năng cắt u. Phẫu tích bắt đầu bằng việc cắt dây chằng tam giác phổi phải, mở màng phổi trung thất bằng móc điện theo 2 đường, đường phía sau dọc theo bờ trước tĩnh mạch đơn và đường

phía trước dọc theo màng tim, phế quản phải và dọc theo khí quản. Thắt, cắt quai TM đơn, đoạn thực quản lành được phẫu tích quanh chu vi và kéo lên bởi một sond nelaton. 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, tránh làm vỡ hạch gây di căn ung thư trong lồng ngực.

Thì nội soi bụng.

- Đặt 4 trocar: 1 trocar 10: cạnh rốn, 1 trocar 5: ở đường trắng giữa dưới

mũi ức, có tác dụng vén gan trong quá trình phẫu tích và nếu cần kéo dạ dày sang phải, 1 trocar 10: giao giữa đường kẻ ngang qua rốn và đường giữa đòn trái, 1 trocar 5: ở dưới bờ sườn trái, đường nách trước.

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

- Mở dây chằng gan vị đến trụ hoành phải, 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, cắt mở rộng 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 ngón tay 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. Để tránh làm tổn thương thần kinh quặt ngược cần xác định vị trí thần kinh quặt ngược, không nên đẩy thùy trái tuyến giáp bằng bàn tay tự động mà bằng ngón tay hoặc bằng tampon nhỏ, phẫu tích sát bờ phải thực quản thực 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 dưới 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 và làm miếng nối thực quản ống dạ dày tận bên bằng máy nối tròn cỡ 25 (CDH Stapler).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

20 bệnh nhân nam giới, tuổi trung bình 58,7.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	Tỉ lệ (%)	
Nuốt nghẹn	20	100,0	
Gây sút	12	60,0	
Nói khàn	0	0,0	
BMI	< 18,5	12	60,0
	≥ 18,5	8	40,0
ASA	I	11	55,0
	II	7	35,0
	III	2	10,0

Nhận xét: 100% các trường hợp có biểu hiện nuốt nghẹn; hầu hết có chỉ số BMI và ASA trong giới hạn bình thường.

Bảng 2. Cận lâm sàng và thăm dò chức năng

Loại thăm dò	Tổn thương	n	Tỉ lệ %
Soi thực quản, dạ dày	1/3 trên	1	5,0
	1/3 giữa	12	60,0
	1/3 dưới	7	35,0
Chụp CT ngực	Dày thành thực quản	16	80,0
	Lệch trục	2	10,0
	Hạch quanh thực quản, trung thất	12	60,0
	Đè đẩy khí quản	0	0,0
	Xâm lấn động mạch chủ	0	0,0
Siêu âm nội soi	T1	1	5,0
	T2	13	65,0
	T3	5	25,0
	T4	1	5,0
	Hạch cạnh thực quản	15	75,0
Đo chức năng hô hấp	RL thông khí nhẹ, trung bình	5	25,0
	Không có RL thông khí	15	75,0

Nhận xét: tổn thương thực quản ở 1/3 giữa và dưới là chủ yếu (95%), T2 và T3 chiếm 90% các trường hợp.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Các thông số	Min	Max	TB	SD
Thời gian mổ (phút)	220	390	280	40
Lượng máu mất trong mổ (ml)	100	300	125	150
Lượng máu truyền sau mổ (ml)	250	500	280	100
Thời gian ăn qua sonde dạ dày (ngày)	2	9	4,2	3,5
Thời gian rút sonde dạ dày (ngày)	2	13	5,8	3,5
Thời gian nằm viện (ngày)	8	23	9,4	2,1

Nhận xét: thời gian mổ trung bình 280 phút; nằm viện trung bình 9,4 ngày.

Bảng 4. Các tai biến và biến chứng

Biến chứng	n	Tỉ lệ (%)
Tràn dịch màng phổi	1	5
Rò miệng nối	1	5
Nhiễm trùng vết mổ	1	5
Rò bạch huyết	1	5
Tổng	4	20

Nhận xét: Không có tai biến trong mổ, tỉ lệ biến chứng chung là 20%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Chỉ định phẫu thuật

- Các bệnh nhân được chỉ định trong nghiên cứu của chúng tôi đều có các dấu hiệu nuốt nghẹn có hoặc chưa có biểu hiện rõ dấu hiệu sụt cân; phân loại ASA và BMI hầu hết trong giới hạn bình thường (bảng 3.1). Đây là một trong những yếu tố đầu tiên để xem xét có chỉ định phẫu thuật hay không.

- Chúng tôi lựa chọn phẫu thuật cho những bệnh nhân có tổn thương thực quản ở 1/3 giữa và dưới, trên CT scanner ngực chưa đè đẩy khí quản, chưa xâm lấn động mạch chủ ngực, siêu âm nội soi đánh giá ở T2, T3 (Bảng 3.2). Đây là những yếu tố quyết định để chúng tôi chỉ định phẫu thuật nội soi cắt thực quản tạo hình. Chính vì vậy mà tất cả 20 TH đầu tiên chúng tôi đều thực hiện thành công PTNS cắt thực quản và tạo hình qua hai đường ngực bụng. Các loại thăm dò này cũng được các tác giả lựa chọn để đánh giá trước khi đưa ra chỉ định [1], [2], [5].

Kỹ thuật mổ.

- Tư thế bệnh nhân: Có hai ưu thế hay được sử dụng trong PTNS cắt thực quản thì ngực: tư thế nghiêng và sấp. Nghiêng 90^o thuận lợi hơn trong việc đặt tư thế, hơn nữa nếu phải mở ngực cũng sẽ thuận lợi hơn. Tuy nhiên tư thế này thường cần thêm 1 trocar để vén phổi, người phụ cũng dễ mỏi tay hơn. Tư thế chúng tôi áp dụng là nghiêng sấp với gối ôm dọc ngực phải, ở tư thế này chúng tôi nhận thấy có một số ưu điểm sau:

+ Chuẩn bị người bệnh ở tư thế thuận lợi, gần giống với nghiêng 90^o

+ Trung thất sau được mở rộng hơn thuận lợi cho phẫu tích. Nếu bệnh nhân nằm sấp hoàn toàn cột sống phần nào che lấp một phần thực quản chính vì vậy hạn chế phẫu trường phẫu tích thực quản. Khi cho nghiêng người bệnh sang phía đối diện thì thực quản sẽ được bộc lộ nhiều hơn.

+ Nếu cần mở ngực thì tư thế này cũng đủ rộng, thuận lợi cho can thiệp.

+ Phổi xẹp xuống, nằm ở vị trí trước bên, không cản trở tầm nhìn của phẫu thuật viên và

người phụ

- Thắt và cắt quai tĩnh mạch đơn: Thắt và cắt tĩnh mạch đơn không phải là bắt buộc vì thực quản có thể phẫu tích dễ dàng qua đoạn này, nhưng nếu cần một phẫu trường đủ rộng để lấy hạch bờ trái khí quản thì nên thắt. Nghiên cứu này chúng tôi để lại tĩnh mạch đơn 2 trường hợp, thực tế nó cũng ảnh hưởng ít nhiều đến các thao tác phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi cho rằng: việc thắt quai tĩnh mạch đơn không để lại hậu quả gì mà nó tạo ra một trường mổ rộng rãi để phẫu tích thực quản, lấy nhóm hạch ở bờ trái khí quản và phòng được tai biến rách tĩnh mạch đơn gây chảy máu làm kéo dài cuộc mổ, thậm chí phải mở ngực thì nên chủ động thắt quai tĩnh mạch đơn.

- Phẫu tích thực quản ngực: Kỹ thuật bóc tách thực quản bắt đầu từ phần thực quản lành, dọc theo chiều dài thực quản. Quá trình bóc tách này bao gồm cả việc lấy hết tổ chức mỡ quanh thực quản. Thực tế qua 20 trường hợp đầu tiên phẫu thuật nội soi cắt thực quản chúng tôi thấy rằng các tổ chức quanh thực quản là các tổ chức lỏng lẻo, dễ bóc tách; mạch máu nuôi thực quản là các nhánh nhỏ, nhỏ, khối u không to chưa xâm lấn vào cơ quan lân cận thì bình tĩnh, thận trọng phẫu tích thực quản, lấy bỏ hạch trung thất sẽ không gặp phải khó khăn gì. Các hạch nạo vét bao gồm hạch trung thất giữa và dưới được giới hạn bởi đường viền đi từ ngã ba khí phế quản đến khe hoành, phía trước giới hạn bởi rốn phổi và màng ngoài tim, phía sau là động mạch chủ lên: hạch cạnh thực quản, hạch cạnh khe hoành, hạch ngã ba khí phế quản, hạch cạnh động mạch chủ, hạch rốn phổi hai bên và nhóm hạch ở dọc hai bên khí quản. Điểm cần lưu ý khi phẫu tích hạch dọc khí quản 2 bên đó là tránh làm tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản.

- Giải phóng dạ dày và tạo hình thực quản: Dạ dày là bộ phận được chọn nhiều nhất để tái tạo lưu thông ống tiêu hóa sau khi cắt bỏ thực quản. Vì dạ dày được cấp máu tốt, đủ dài để làm miệng nối ở ngực hoặc ở cổ đặc biệt khi tạo hình bằng ống dạ dày nhỏ và chỉ có một miệng nối do vậy thời gian mổ ngắn, phù hợp với phẫu thuật lớn. Trong tất cả 20 trường hợp cắt thực quản chúng tôi đều sử dụng ống dạ dày đi qua trung thất sau với miệng nối thực quản dạ dày ở cổ bằng CDH Stapler 25. Với kỹ thuật sử dụng 4 trocar thường quy, phẫu thuật viên chính đứng giữa hai chân người bệnh chúng tôi tiến hành cắt bỏ mạc nối vị, mạc nối nhỏ, thắt và cắt bó

mạch vị trái, lấy bỏ hạch quanh mạch thân tạng, giải phóng tâm vị thực quản bụng và các hạch vùng tâm vị rất thuận lợi. Một điều lưu ý ở thì bụng đó là phải bảo tồn nguyên vẹn bó mạch vị phải và vị mạc nối phải. Đường mở cổ được thực hiện ngay sau khi giải phóng song dạ dày và thực quản được cắt ngang qua mức khớp ức đòn. Chúng tôi cho rằng, đường mở nhỏ 5cm dưới mũi ức đưa thực quản và dạ dày ra ngoài để cắt bỏ thực quản bị bệnh và tạo ống dạ dày là hợp lý vì: Bệnh phẩm được đưa ngay ra ngoài; quá trình tạo ống dạ dày sẽ nhanh hơn, thuận lợi hơn vì vậy mà cuộc mổ được rút ngắn có ý nghĩa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thời gian mổ trung bình là 280 phút; ngắn nhất 220 phút, dài nhất 390 phút. Thời gian trung bình thì nội soi ngực là 100 phút. Lượng máu mất trung bình trong cuộc mổ là không đáng kể 100ml. Nhiều nghiên cứu cho thấy kết quả sớm khá tốt về thời gian mổ, lượng máu mất và các biến chứng sớm sau mổ, thậm chí một số kết quả còn tốt hơn so với phẫu thuật mổ mở truyền thống [1], [2], [3]. Tỷ lệ chuyển mổ mở chung của các tác giả từ 0% đến 5,3% [4], [5]. Nguyên nhân thường là: u lớn không phẫu tích qua nội soi được, u dính vào các tạng xung quanh, chảy máu trong mổ do tổn thương các mạch máu lớn (tĩnh mạch đơn, động mạch chủ...), tổn thương khí phế quản, dày dính màng phổi.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không phải chuyển mổ mở trường hợp nào. Có một trường hợp dày dính màng phổi nhiều nhưng giải phóng thành công khoang màng phổi. Như vậy có thể thấy rằng chỉ định phẫu thuật đúng: dựa vào vị trí, kích thước của khối u, giai đoạn bệnh cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên là những yếu tố quyết định cho sự thành công của cuộc mổ.

Lượng máu mất trong mổ ở nghiên cứu này là không đáng kể khoảng 100 ml, nhiều nghiên cứu cũng cho thấy đây là ưu thế của phẫu thuật nội soi ngực để cắt bỏ thực quản được nhiều tác giả đồng tình [1] [2] [7]. Tuy nhiên, nguy cơ tổn thương các mạch lớn vẫn có thể xảy ra như tĩnh mạch đơn, tĩnh mạch phổi, động mạch chủ ngực,... và thường cần chuyển mổ mở. Khi chuyển mổ ngực, bệnh nhân ở tư thế sấp nghiêng trái sẽ nhanh chóng và dễ dàng hơn so với tư thế sấp hoàn toàn.

Tổn thương ống ngực được nhiều tác giả đề cập trong nghiên cứu của mình. Tổn thương ống ngực rất khó phát hiện trong quá trình phẫu tích vì ống ngực rất nhỏ (đường kính 3mm), không

biểu hiện lớn khi bị tổn thương (chỉ thấy dịch vị trí tổn thương chảy nhiều hơn). Nếu phát hiện tổn thương ống ngực có thể xử trí bằng kẹp clip hoặc khâu vị trí tổn thương ống ngực. Còn những trường hợp không phát hiện tổn thương ống ngực trong mổ sẽ gây nên biến chứng tràn dịch dưỡng chấp sau mổ, điều trị hết sức khó khăn, chúng tôi gặp một trường hợp rò dưỡng chấp sau mổ, nút ống ngực thành công tại bệnh viện đại học Y Hà Nội.

Chúng tôi gặp 1 TH bệnh nhân có biến chứng hô hấp (bảng 3.4). Biến chứng hô hấp bao gồm: tràn dịch màng phổi, xẹp thùy phổi, viêm phổi... Nghiên cứu của tác giả Taguchi và cộng sự nghiên cứu trên 51 bệnh nhân chia làm hai nhóm mở ngực (29 bệnh nhân) và nhóm PTNS (22 bệnh nhân), thấy rằng nhóm PTNS ngực có các chỉ số VC, FVC, FEV1 cao hơn hẳn nhóm phẫu thuật mở ngực. Điều này chứng tỏ nhóm PTNS có tình trạng hô hấp tốt hơn so với nhóm mổ mở [6].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt ung thư thực quản là phẫu thuật an toàn và hiệu quả cao, cho kết quả sớm sau mổ tốt, kết quả lâu dài cần được đánh giá thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phạm Đức Huân (2016).** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng, vết 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
- Shichinohe T, Hirano S, Kondo S (2008).** Video-assisted esophagectomy for esophageal cancer. *Surgery today* 38(3), 206-13.
- Watanabe M, Baba Y, Nagai Y, et al. (2013).** Minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer: an updated review. *Surgery today*, 43(3), 237-44.
- 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.
- Triệu Triều 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
- 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.
- Reza Bagheril, SeYed Ziaollah, 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.