

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**, WHO-MSD-MER-2017.2
2. **Rubenstein L., Unutzer J., Miranda J., et al (2000)**, Clinician guide to depression assessment and management in primary care, RAND, 11-12.
3. **Phạm Tú Dương (2000)**, "Tìm hiểu đặc điểm dịch tễ và lâm sàng rối loạn trầm cảm tại phường Đông Khê – TP Hải Phòng.", Tạp Chí Học Việt Nam. 34, trang 245-246
4. **S. B. Patten (2005)**, "Markov models of major depression for linking psychiatric epidemiology to clinical practice", Clin Pract Epidemiol Ment Health. 1(1), pages 2.
5. **Đỗ Huy Hoàng (2021)**, "Thực trạng mắc rối loạn trầm cảm ở người trưởng thành tại xã Văn Lang huyện Hưng Hà tỉnh Thái Bình", Tạp chí Y học cộng đồng. 2354, trang 33-39.
6. **Nguyễn Thu Hà (2021)**, "Đặc điểm lâm sàng triệu chứng ăn uống ở người bệnh giai đoạn trầm cảm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần", Tạp chí Y học Việt Nam tập 507 – tháng 10 – số 2 năm 2021, 281-284.
7. **Đỗ Tuyết Mai.** Đặc Điểm Lâm Sàng Các Triệu Chứng Cơ Thể Của Giai Đoạn Trầm Cảm ở Bệnh Nhân Nội Trú Tại Viện Sức Khỏe Tâm Thần. Luận văn Thạc sỹ Y học; 2017.

KẾT QUẢ DÀI HẠN CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN VỚI NẠO HẠCH 3 VÙNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Bùi Đức Ái*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư thực quản tế bào gai là một trong những bệnh ung thư có tiên lượng xấu nhất do di căn hạch nhiều và xâm lấn tại chỗ. Mục tiêu của chúng tôi thực hiện nghiên cứu để đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cắt thực quản với nạo hạch 3 vùng điều trị ung thư thực quản về mặt tai biến biến chứng, tỉ lệ tử vong, sống còn và tái phát sau mổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 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 ba vùng tại khoa Ngoại tiêu hóa, bệnh viện Chợ Rẫy, Việt Nam. **Kết quả** Tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản với nạo hạch 3 vùng là 0,88%. Tỉ lệ tai biến biến chứng chung là 50,9%. Khàn tiếng sau mổ là biến chứng thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 21,9%, xi miệng nổi và viêm phổi lần lượt 11,4% và 10,5%, rò bạch huyết chiếm tỉ lệ 2,6%. Tỉ lệ di căn hạch sau phẫu thuật cắt thực quản nạo hạch 3 vùng là 49,1%. Di căn hạch cổ ở UTTQ ngực 1/3 giữa, dưới tương ứng 19,2%, 6,9%. Tỉ lệ di căn hạch cổ theo mức độ xâm lấn của u với pT1 là 13%, pT3 là 23,5%, pT4 là 16,7%. Tỉ lệ sống còn chung sau 1 năm là 86%, sau 3 năm là 63%. Tỉ lệ bệnh nhân sống không bệnh sau 1 năm là 80%, 3 năm 49%, sau 5 năm là 41%. Thời gian sống không bệnh trung vị là 3 năm. **Kết luận:** Tỷ lệ di căn cao đến hạch cổ 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.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Ái

Email: dr.buiducaiai@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2023

Ngày duyệt bài: 30.5.2023

Từ khóa: Ung thư thực quản, Cắt thực quản qua đường ngực, Nạo hạch 3 vùng

SUMMARY

LONG-TERM OUTCOME OF LAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY WITH THREE-FIELD LYMPH NODE DISSECTION FOR ESOPHAGEAL CANCER AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Esophageal squamous cell carcinoma is one of worst prognosis cancer due to extensive lymph node metastasis and local invasiveness. Our objective in this study is to evaluate surgical outcome of three-field lymph node dissection in terms of morbidity, mortality, survival and recurrent rate. **Materials and Methods:** Between November 2015 to December 31, 2022, a total of 114 patients had undergone esophagectomy with three-field lymph node dissection at the department of digestive surgery, Cho Ray hospital, Vietnam. All of the patients had primary squamous cell carcinoma of thoracic esophagus. This is prospective descriptive study. **Results:** The mortality rate after laparoscopic esophagectomy with 3-Field lymph node dissection was 0.88%. The overall complication rate was 50.9%. Recurrent laryngeal nerve paresis is the most common complication, accounting for 21.9%, anastomosis and pneumonia respectively 11.4% and 10.5%, lymphatic leakage accounted for 2.6%. The rate of lymph node metastasis after esophagectomy with 3-field lymph node dissection was 49.1%. in which cervical lymph node metastasis of middle and lower thoracic esophageal cancer 19,2%, 6,9%, respectively. The rate of cervical lymph node metastasis with tumor invasion is pT1 of 13%, pT3 of 23.5%, pT4 of 16,7%. Overall survival after 1 year is 86%, after 3 years is 63%. The rate of patients with disease-free survival after 1 year is 80%, 3 years 49%, after 5 years is 41%. Median disease-free survival was 3 years. **Conclusion:** The high rate of metastases to the

cervical lymph node suggests the need for laparoscopic esophagectomy with 3-Field lymphadenectomy for squamous cell carcinoma. However, it is necessary to balance the benefits and risks when applying this technical process.

Keywords: Esophageal cancer, Transthoracic esophagectomy, Three-Field lymph node dissection

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 UTTQ [1]. Do đó, phẫu thuật UTTQ bao gồm loại bỏ tổn thương nguyên phát và nạo vét hạch vẫn còn gây tranh cãi.

Phẫu thuật cắt thực quản với nạo hạch 3 vùng cổ ngực 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 UTTQ [1].

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.
- U ở giai đoạn T1-T3 trên chụp 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 nhĩ 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.

Kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt thực quản. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thực quản nạo hạch 3 vùng cổ ngực bụng.

Thì nội soi ngực phải: Tư thế nằm nghiêng sấp bên trái, với 5 trocar như hình:

Bước 1: Quan sát và đánh giá tổn thương, cắt dây chằng màng phổi, di động thực quản từ trụ hoành về phía rốn phổi phải. Nạo các nhóm hạch cạnh thực quản thành khối, thắt tĩnh mạch đơn bằng hemolok.

Bước 2: Mở màng phổi trung thất phía trước lên đến đỉnh phổi dọc thần kinh X bên phải, phía sau dọc giữa thực quản và cột sống. Nạo nhóm hạch phía trên carina quanh thực quản và nhóm hạch cạnh TKQN 2 bên.

Bước 3: Cắt ngang thực quản bằng stapler, tiếp tục nạo các nhóm hạch dưới carina, cạnh phế quản gốc và cạnh thực quản. Sau khi giải phóng toàn bộ thực quản và nạo hạch trung thất, kiểm tra phổi và đặt dẫn lưu khoang màng phổi.



Hình 1: Tư thế nghiêng sấp và vị trí trocar
Thì nội soi bụng: Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, dang 2 chân, tay trái khép.

Giải phóng bờ cong lớn dạ dày, bảo tồn cung mạch vị mạc nối phải. Mở dây chằng gan vị đến trụ hoành phải, cắt bó mạch vị trái, nạo các nhóm hạch 7,8,9,11. Tách rời hoàn toàn thực quản bụng khỏi khe hoành.

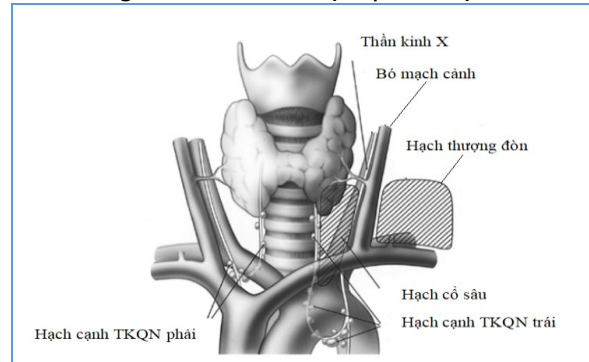
Tạo hình ống dạ dày: mở bụng 5-6 cm đường giữa, tạo hình ống dạ dày dọc bờ cong lớn bằng stapler thẳng, mở hồng tràng nuôi ăn, đặt dẫn lưu hố lách.

Nếu xác định tạo đường hầm sau xương ức, chúng tôi thực hiện qua nội soi: xác định mũi ức, mở phúc mạc, tạo đường hầm sau xương ức.

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 2: Nạo hạch vùng cổ sâu và hạch trên đòn

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 $60,1 \pm 7,24$ thấp nhất 45 tuổi, cao nhất 74 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm hầu hết (99,1%), bệnh nhân nữ chiếm 0,9%. Tỷ lệ nam/nữ là 113/1. Tất cả các bệnh nhân đều được đo chức năng hô hấp trước mổ. Trong đó, gần 80% bệnh nhân không ghi nhận tình trạng hạn chế về hô hấp, khoảng 20% có mức hạn chế nhẹ và trung bình. Khoảng 70% bệnh nhân trong nghiên cứu không ghi nhận bệnh kèm theo. Bệnh tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất (10,5%), thấp nhất là bệnh gan (2,6%). Các bệnh hô hấp, đái tháo đường, bệnh thận chiếm khoảng 4-5%. Tỷ lệ hóa xạ 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. Tỷ 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 trung bình hoặc tốt chiếm đa số (86%), biệt hóa kém chiếm tỉ lệ 14%. Tỷ lệ u có giai đoạn xâm lấn lớp cơ T2 nhiều nhất (31,6%), thấp nhất u giai đoạn T0 (7,9%). Tỷ 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, 8% bệnh nhân xếp giai đoạn 0 do đáp ứng hoàn toàn với hóa xạ trị trước mổ. Giải phẫu bệnh sau mổ không còn tế bào ung thư

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	9 (7,9)
I	20 (17,5)
II	29 (25,4)
III	37 (32,5)
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 ngực có trung vị 150 phút. Thời gian thì cổ có trung vị 40 phút. Hơn 97% các trường hợp trong nghiên cứu được sử dụng phương pháp nối máy stapler. Phương pháp nối tay được sử dụng ít nhất (2,6%). Đường trung thất sau đưa ống dạ dày lên nối gần gấp đôi đường sau xương ức.

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 thì ngực	150 (20)
Thời gian phẫu thuật thì cổ	40 (10)
Biến số	Tần số (%)
Kiểu nối	
Nối tay tận tận	3 (2,6)
Stapler thẳng	51 (44,7)
Stapler vòng	60 (52,6)
Đường đi ống dạ dày	
Sau xương ức	37 (32,5)
Trung thất sau	77 (67,5)

Kết quả di căn hạch. Di căn hạch sau mổ được mô tả trong bảng 4 và bảng 5. Tỷ lệ có di căn hạch sau mổ trong nhóm nghiên cứu là 49,1%, trong đó tỷ lệ di căn hạch cổ 14%. UTTQ ngực 1/3 giữa, dưới có tỷ lệ di căn hạch cổ tương ứng là 19,2%, 6,9%. Tỷ lệ di căn hạch ở giai đoạn T3 cao nhất (44,6%), thấp nhất ở giai đoạn T0 (3,6%).

Bảng 4: Di căn hạch theo vị trí u

Di căn hạch	1/3 dưới (%) (N=58)	1/3 giữa (%) (N=52)	1/3 trên (%) (N=4)	Tổng
Hạch cổ	4 (6,9)	10 (19,2)	2 (50,0)	16 (14,0)
Hạch cạnh TKQN	9 (15,5)	8 (15,4)	1 (25,0)	18 (15,8)
Hạch trung thất giữa	7 (12,1)	9 (17,3)	0 (0)	16 (14,0)
Hạch trung thất dưới	7 (12,1)	3 (5,8)	0 (0)	10 (8,8)
Hạch cạnh dạ dày	21 (36,2)	9 (17,3)	0 (0)	30 (26,3)

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	2 (3,6)	7(12,5)	16(28,6)	25(44,6)	6(10,7)	0,006
Di căn hạch cổ	0(0)	3(13)	3(8,3)	8(23,5)	2(16,7)	0,319

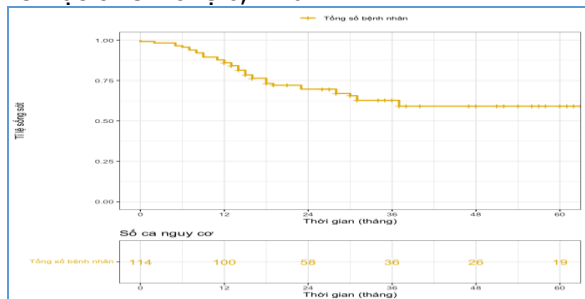
Tai biến biến chứng sau phẫu thuật.

Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp tử vong sau mổ (0,88%). Tỷ lệ tai biến, biến chứng (TBBC) sau phẫu thuật là 50,9%. Trong đó, bao gồm các TBBC thường gặp sau phẫu thuật và TBBC do nạo vét hạch vùng cổ. Tỷ lệ TBBC được mô tả ở bảng 6.

Bảng 6: Tai biến biến chứng sau mổ

Tai biến biến chứng	Tần số (%)
Tai biến biến chứng vùng cổ	
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)
Viêm phổi	12 (10,5)
Xì miệng nổi	13 (11,4)
Khàn tiếng	25 (21,9)
Không hồi phục	5 (4,4)
Khàn tiếng có hồi phục	20 (17,5)
Rò bạch huyết	3 (2,6)

Kết quả dài hạn sau phẫu thuật. Bệnh nhân được theo dõi từ lúc phẫu thuật tới khi tử vong hoặc ngưng nghiên cứu vào ngày 31/12/2022, thời gian theo dõi trung bình 29,95 ± 1,88 tháng, dài nhất 73 tháng. Một nửa số bệnh nhân có thời gian theo dõi < 26 tháng. Trong thời gian nghiên cứu có 7 bệnh nhân mất liên lạc chiếm tỷ lệ 6,14%.



Biểu đồ 1: Biểu đồ ước lượng tỉ lệ sống còn của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 7: Khả năng sống thêm của bệnh nhân nghiên cứu

Thời gian	Tỉ lệ sống sót	KTC 95%
1 năm	0,86	0,80 - 0,93
2 năm	0,70	0,61 - 0,79
3 năm	0,63	0,54 - 0,73
4 năm	0,59	0,50 - 0,71

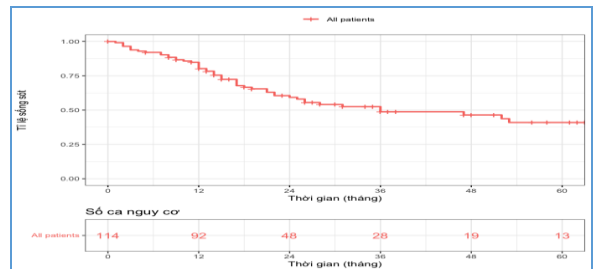
KTC: khoảng tin cậy

Nhận xét: Tỷ lệ sống sót bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu sau 1 năm là 86%, sau 2 năm là 70% và sau 4 năm là 59%.

Tái phát/di căn sau mổ: Tỷ lệ bệnh nhân tái phát tại chỗ hay di căn xa chiếm 45,6%. Tái phát ở hạch (21,9%), phổi (15,8%), gan (13,2%) là những vị trí thường gặp. Bên cạnh đó, não, tái phát miệng nổi là những vị trí ít gặp hơn, chiếm tỷ lệ 1,8% và 0,9%.

Bảng 8: Tái phát di căn sau mổ

Đặc điểm tái phát di căn	Tần số (%)
Tái phát miệng nổi	3 (2,6)
Tái phát/ di căn	49 (43,0)
Hạch	25 (21,9)
Hạch cổ	7 (6,1)
Hạch trung thất	11 (9,6)
Hạch ổ bụng	6 (5,3)
Gan	15 (13,2)
Phổi	18 (15,8)
Xương	6 (5,3)
Não	1 (0,9)



Biểu đồ 2: Ước lượng tỉ lệ sống thêm

Không bệnh của bệnh nhân nghiên cứu
Bảng 9: Ước tính tỉ lệ sống không bệnh của bệnh nhân

Thời gian	Tỉ lệ sống không bệnh	KTC 95%
1 năm	0,80	0,73 - 0,88
2 năm	0,59	0,50 - 0,70
3 năm	0,49	0,39 - 0,61
4 năm	0,46	0,36 - 0,59
5 năm	0,41	0,30 - 0,55

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân sống không bệnh trong nghiên cứu sau 1 năm là 80%, sau 2 năm là 59% và sau 5 năm là 41%. Thời gian sống không bệnh trung vị là 3 năm.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $60,1 \pm 7,24$ (thấp nhất 45 tuổi, cao nhất 74 tuổi). Bệnh nhân nam chiếm hầu hết (99,1%). Nhìn chung kết quả này tương tự một số nghiên cứu khác [1].

Phẫu thuật cắt thực quản là một phẫu thuật lớn với nhiều TBBC, bệnh nhân UTTQ thường lớn tuổi và có bệnh kèm theo. Trong nghiên cứu, có 30% bệnh nhân có bệnh kèm theo và chủ yếu là các tình trạng có thể điều chỉnh tạm ổn trước mổ. Tỉ lệ bệnh nhân được hóa xạ trị trước mổ khoảng 58%. Hóa xạ trị tân hỗ trợ hiện nay được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với UTTQ tiến triển. Việc nạo hạch trên những bệnh nhân này hiện còn chưa thống nhất.

Đặc điểm phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật. Khoảng 50% số ca phẫu thuật có thời gian > 390 phút, thời gian phẫu thuật thì ngực có trung vị 150 phút. Thời gian thì ngực tương đối kéo dài trong đó thời gian nạo các nhóm hạch quanh TKQN 2 bên chiếm nhiều thời gian nhất. Thời gian nạo hạch cổ 2 bên chiếm khoảng 40 phút. Chúng tôi thường tiến hành thì nạo hạch cổ cùng lúc với thì bụng nên về tổng thời gian cuộc mổ không thay đổi nhiều.

Thời gian hậu phẫu. Chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện sau mổ trung vị là 11 ngày, khoảng tứ phân vị là 5 ngày, thời gian hậu phẫu ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 32 ngày. Những bệnh nhân có viêm phổi hoặc các biến chứng khác có thể nằm viện lâu hơn.

Kết quả sớm sau mổ

Di căn hạch. 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 10: Tỉ lệ di căn hạch cổ theo vị trí ở một số nghiên cứu [3]

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 hạch và chỉ định nạo hạch cổ. Các tác giả Nhật tập trung nạo nhóm 101 và 104 vì có chỉ số hiệu quả nạo hạch cao. Theo nghiên cứu của Yoonjin Kang [4] tại Hàn Quốc vùng hạch trên đòn tương ứng với vùng hạch số IV có tỉ lệ di căn hạch cao nên cần phải được nạo khi UTTQ ở giai đoạn tiến triển. Tác giả H. Udagawa [1] 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 hạch cổ và trung thất trên là cần thiết ngay cả UTTQ 1/3 dưới.

Tai biến trong mổ. Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp tổn thương rách ống ngực trong lồng ngực, phát hiện được trong mổ. Có 3 trường hợp tổn thương ống ngực ở vùng cổ trái gây rò bạch huyết. Có 7 trường hợp rách màng phổi trái khi phẫu tích nạo hạch.

Tổn thương ống ngực do u xâm lấn hoặc do đi sát thực quản. Vị trí thường gặp là ở cạnh trái 1/3 trên thực quản trong ngực hoặc ở cổ trái. Khi phát hiện chúng tôi chủ động kẹp clip, hoặc khâu cột 2 đầu mạch bạch huyết.

Rách màng phổi có thể xảy ra khi chúng tôi cố gắng nạo nhóm hạch cạnh thực quản phía bên trái. Khi u xâm lấn hoặc ở những bệnh nhân có vị trí thực quản lệch nhiều bên trái. Vị trí tổn thương thường gặp là ở chân hoành trái, do màng phổi mỏng và dính sát cơ hoành, do đó khi phẫu tích thường đi phía trong trụ hoành bên trái. Trong trường hợp bị rách, chúng tôi thường kẹp clip, một số trường hợp rách lớn, có bệnh lý hô hấp đi kèm chúng tôi xem xét đặt dẫn lưu màng phổi trái.

Biến chứng sau mổ. Nạo hạch 3 vùng có thể làm tăng tỉ lệ tai biến biến chứng so với 2 vùng.

Bảng 11: Tỷ lệ TBBC sau nạo hạch 3 vùng ở một số nghiên cứu [5]

Tác giả	Hồ hấp (%)	Rò miệng nổi (%)	Rò dưỡng trấp (%)	Liệt TKQN (%)
Park 2018	8,8	9,3	0	25
Shao 2018	17	15	2,5	2,8
Yamashita 2017	10,6	5,8	4,8	20,2
Chúng tôi 2023	10,5	11,4	2,6	21,9

Viêm phổi. Viêm phổi thường gặp sau phẫu thuật cắt thực quản. Chúng tôi ghi nhận viêm phổi chiếm tỷ lệ 10,5%. Kết quả này có khác với số liệu của một số tác giả khác [5]. Điều này có thể do sự khác nhau về đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, tiêu chí để chẩn đoán viêm phổi cũng rất khác nhau.

Tổn thương dây TKQN. Phẫu thuật cắt thực quản với nạo hạch quanh TKQN là phẫu thuật tiêu chuẩn tại Nhật. Mặc dầu vậy tỷ lệ tổn thương TKQN là khá cao (8,3 tới 40,9%). Chúng tôi ghi nhận liệt TKQN chiếm tỷ lệ 21,9%, trong đó khàn tiếng tạm thời (17,5%) gấp 4 lần khàn tiếng vĩnh viễn (4,4%).

Tổn thương dây TKQN có thể xảy ra một bên hoặc 2 bên dẫn tới khàn tiếng, khó nuốt, khó thở và có thể gây ra viêm phổi hít. Điều này làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân. Khi nghi ngờ tổn thương TKQN, nên soi thanh quản và thực quản để đánh giá khả năng nuốt tình trạng hoạt động nắp thanh môn. Có thể tổn thương dây TKQN nhưng không có biểu hiện lâm sàng, chỉ phát hiện qua nội soi.

Hiện nay với sự phát triển của phẫu thuật nội soi cả về kỹ thuật cũng như dụng cụ góp phần làm giảm biến chứng tổn thương TKQN. Với màn hình nội soi 4K giúp quan sát rõ các cấu trúc, ranh giới giữa thần kinh, mạch máu tránh làm tổn thương lúc phẫu tích

Nhiều báo cáo về việc áp dụng máy theo dõi thần kinh trong mổ cũng góp phần làm giảm tỷ lệ tổn thương TKQN.

Biến chứng xì rò miệng nổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rò miệng nổi là 11,4%. Chúng tôi nhận thấy, để làm giảm tỷ lệ xì rò miệng nổi về mặt kỹ thuật phải hết sức lưu ý thao tác cầm nắm tránh làm sang chấn ống dạ dày, đảm bảo ống dạ dày có chiều dài đủ, nuôi dưỡng tốt, không bị thiếu máu hay hoại tử, không để ống dạ dày quá hẹp. Hiện nay, chúng tôi cũng ưu tiên sử dụng máy nối thẳng để thực hiện miệng nổi. Việc áp dụng máy cắt nối đã được mô tả bởi Collard và cộng sự vào cuối thập niên 1990 và được cải biên bởi Orringer [1], đây

được coi là một bước tiến lớn trong việc giảm tỷ lệ rò rỉ và hẹp miệng nổi.

Biến chứng rò Dưỡng trấp: Chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp rò dưỡng trấp chiếm tỷ 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 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 tự dịch hay đi khám định kỳ. Thực tế tỷ lệ thuyên tắc tĩnh mạch có thể cao hơn. 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.

Kết quả dài hạn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống 3 năm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 63%, cao hơn một số tác giả khác. Có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm bệnh nhân PTNS cắt thực quản do tác giả Trần Phùng Dũng Tiến [6] thực hiện cùng một trung tâm (bệnh viện Chợ Rẫy) trong khoảng thời gian từ 2009-2013 (36,4%). Điều này do nhiều yếu tố: như sự nâng cao trong việc chăm sóc y tế trước và sau mổ; Việc áp dụng phác đồ điều trị hóa xạ tân bổ trợ, cũng như sự cải tiến của dụng cụ phẫu thuật, trình độ, kỹ năng nạo vét hạch của phẫu thuật viên so với giai đoạn trước.

Bảng 12: Tỷ lệ sống chung của bệnh nhân mổ thực quản [7]

Tác giả	Tỷ lệ sống (%)			
	1 năm	2 năm	3 năm	5 năm
Koterazawa	72	64	53	23
Li	91,5	76	61,5	25,5
Phạm Đức Huấn	70	47	35	23

Trần Phùng Dũng Tiến	78,5	51,7	36,4	18,2
Chúng tôi	86	70	63	-

Hiện nay có rất nhiều phân tích gộp cho thấy ưu điểm của nạo hạch 3 vùng so với 2 vùng. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu đến từ các tác giả Châu Á và một vài báo cáo ở phương Tây. Tỷ lệ sống 5 năm sau khi áp dụng nạo hạch 3 vùng 34-52%, với tỉ lệ tử vong 1,2-5%. Mặc dù di căn hạch cổ xếp vào di căn xa nhưng có khoảng 13-32% sống trên 5 năm sau phẫu thuật nạo hạch cổ làm sạch [7].

Tái phát/di căn sau mổ. Chúng tôi ghi nhận 7 trường hợp tái phát hạch cổ (6,1%). Trong cả 7 trường hợp này đều có kèm tổn thương tái phát/di căn ở cơ quan khác như phổi, gan, miệng nổi. Trong trường hợp chỉ tái phát ở vùng cổ, chúng tôi sẽ tiến hành phẫu thuật nạo vét hạch cổ lần 2.

Bảng 13: Tỉ lệ tái phát/di căn sau nạo hạch 3 vùng [8]

Tác giả	Năm	n	Tỉ lệ tái phát (%)
Bhansali	1997	90	43
Nakagawa	2004	17	43
Ningbo Fan	2019	83	27,7
Chúng tôi	2023	11	45,6

Tại Nhật Bản tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật triệt để (cắt bỏ R0) đối với UTTQ là 28-47%. Một số báo cáo ở phương Tây có tỷ lệ tái phát >50%, thời gian tái phát trung bình là 10-12 tháng [8]. Một số nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của phẫu thuật nạo vét tổn thương tái phát cục bộ, như hạch cổ, các tổn thương tái phát của phổi, gan, não, tuyến mang tai và tụy. Tuy nhiên, những nghiên cứu này được thực hiện tại một số trung tâm hoặc chỉ liên quan đến

một số trường hợp hạn chế do đó, hiệu quả của nó vẫn chưa được xác định.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn cao đến hạch cổ 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. Fujita, H., et al., Three-field dissection for squamous cell carcinoma in the thoracic esophagus. *Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2002. **8**(6): p. 328-335.
2. Hata, T.M. and J. Moyers, Preoperative patient assessment and management. *Clinical anesthesia*, 2009. **581**.
3. Yajima, S., Y. Oshima, and H. Shimada, Neck dissection for thoracic esophageal squamous cell carcinoma. *International Journal of Surgical Oncology*, 2012. **2012**.
4. Lee, D.H., et al., 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): p. 365-371.
5. Ozawa, S., et al., Postoperative complications of minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer. *Annals of Gastroenterological Surgery*, 2020. **4**(2): p. 126-134.
6. Trần Phùng Dũng Tiến, Phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa và dưới. 2011
7. Wang, J., et al., Three-field versus two-field lymphadenectomy for esophageal squamous cell carcinoma: a meta-analysis. *Journal of Surgical Research*, 2020. **255**: p. 195-204.
8. Kudou, K., et al., Clinical outcomes of surgical resection for recurrent lesion after curative esophagectomy for esophageal squamous cell carcinoma: a nationwide, large-scale retrospective study. *Esophagus*, 2022. **19**(1): p. 57-68.

KỸ THUẬT LẬP KẾ HOẠCH PHẪU THUẬT BẰNG PHẦN MỀM MÃ NGUỒN MỞ CHO TẠO HÌNH XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG VẬT XƯƠNG MÁC TỰ DO

Đông Ngọc Quang*, Lại Bình Nguyên*, Lê Ngọc Tuyền*, Nguyễn Quang Rực*

TÓM TẮT

Tổng quan: Kế hoạch phẫu thuật giả tưởng trong tạo hình xương hàm dưới bằng vật xương mác

**Bệnh viện Răng hàm mặt TW Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Rực

Email: rucnguyen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

tự do giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, cải thiện độ chính xác, và cải thiện kết quả thẩm mỹ và chức năng. Trong khi các phần mềm chuyên dụng đều đắt đỏ, thì các phần mềm mã nguồn mở cũng hữu dụng, đáng tin cậy, và có thể được tải về miễn phí. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả một phác đồ thiết kế máng hướng dẫn phẫu thuật bằng các phần mềm mã nguồn mở để thực hiện tạo hình XHD bằng vật xương mác tự do nhanh hơn với chi phí thấp, mà không cần sự hỗ trợ của các kỹ sư chuyên nghiệp. **Kỹ thuật:** Ba phần mềm mã nguồn mở được sử dụng lần lượt là SNAP®,