

(Cao HA, ĐTD, bệnh lý tim mạch, dùng corticoid kéo dài), PT Harmann nên được lựa chọn khi có VPM mũ hay VPM phân). NC 65 BN PT Harmann VS 46 BN cắt nối thì đầu của Zingg [8] cho thấy ưu thế của PT Harmann.

+ Lựa chọn điều trị nội cần cân nhắc dựa trên TCLS, tình trạng bụng. CLVT có dịch khu trú quanh ĐT (VTTĐTP, theo phân loại WasvaryII) hay tiểu khung (Hinchey II), có thể hút hay DL dưới hướng dẫn SA. Khi TCLS cải thiện, đỡ đau bụng có thể CĐ mổ cắt ĐT nối 1 thì [3]. Chúng tôi có 1 BN PTNS thăm dò, hút rửa OB, sau mổ BN xuất hiện thủng túi thừa và apxe tiểu khung (Hinchey II), BN này được DL mũ dưới CLVT và điều trị KS, diễn biến LS ổn định, hết ĐB, ko sốt, ra viện.

V. KẾT LUẬN

+ Tuổi TB: 45,1±18,5. VTTĐTP 77,8%, VTTĐTT 9,9%, VTTĐTP-T 12,3%.

+ Chụp CLVT có giá trị xác định VTTĐT cao; 85,3%.

+Điều trị nội: 48,1%, đạt kết quả 100%BN có phân loại Hinchey GD I, hoặc Ambrosetti 1997 mức độ nhẹ). Thời gian điều trị TB: 5,64±2,65 ngày. Thời gian dùng KS TB: 5,1±2,36 ngày.

+ Phẫu thuật: Tỷ lệ PT 51,9%, Mổ cấp cứu 85,7%, mổ phiên 14,3%.

+ PTNS 61,9%, mổ mở 23,8%, PTNS→Mở 14,3%
+ Thời gian (TG) mổ TB: 93,8±55,2' (30-210'). Ngày điều trị TB: 7,2±4,04 ngày (3-25 ngày).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tuấn Anh, Phạm Tiến Quang, Nguyễn Hồng sơn, Lý Hữu Tuấn: Điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng. Y học TP.Hồ Chí Minh 26 (1) 2022:77-83.
2. Lê Huy Lưu, Nguyễn Văn Hải: Kết quả phẫu thuật cắt túi thừa đại tràng phải bằng phẫu thuật nội soi.Y học TP.Hồ Chí Minh 14(4) 2010:1-6
3. Lê Huy Lưu, Nguyễn Văn Hải: Viêm túi thừa đại tràng. Cấp cứu ngoại tiêu hóa. NXB Thanh niên 2018:147-158.
4. Thái Nguyên Hưng: Đánh giá kết quả điều trị nội khoa bệnh lý túi thừa đại tràng. Y Học Thực hành 7 (1140) 2020:114-117.
5. Thái Nguyên Hưng, Trần Bình Giang: Đánh giá kết quả phẫu thuật và phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng tại bệnh viện Việt Đức.Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt nam 4 (3) 2013:5-13.
6. Đặng Thị Hòa Thu: Đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm điều trị phẫu thuật bệnh lý viêm túi thừa đại tràng 2001-2008. Khóa luận tốt nghiệp BSYK 2003-2009.HN 2009
7. Fang JF, Chen RJ, Lin BC (2003): Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. Am.J.Surg,185(2):135-140.
8. Zingg U, Pastenak I, Dietrich M, et al (2010): Primary anastomosis vs Hartmann procedure in patient undergoing left emergency for perforated diverticulitis. Colorectal dis,12 (1): 54-60

KẾT QUẢ SỚM 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 biểu mô 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 sớm, tính khả thi và lợi ích của phẫu thuật nội soi cắt thực quản với nạo hạch 3 vùng điều trị ung thư thực quản. **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 ba vùng tại khoa Ngoại tiêu hóa, bệnh viện Chợ Rẫy, Việt Nam. **Kết quả** Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật nội soi cắt thực

quản với nạo hạch 3 vùng là 0,88%. Tỷ lệ tai biến biến chứng chung là 50,9%. Khàn tiếng sau mổ là biến chứng thường gặp nhất (21,9%), xì miệng nối và viêm phổi lần lượt 11,4% và 10,5%, rò bạch huyết (2,6%). Tỷ lệ di căn hạch sau mổ là 49,1%. Trong đó, di căn hạch cổ ở UTTQ ngực 1/3 giữa, dưới tương ứng 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%. **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.

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

SUMMARY

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

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Ái

Email: dr.buiducaig@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2023

Ngày duyệt bài: 5.6.2023

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, feasibility and benefits of three-field lymph node dissection in treatment esophageal cancer. **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 for tumors with T1 stage is 13%, T3 is 23.5% and T4 is 16.7%. **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. 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 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].

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.

- 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 nghĩ có dày dính màng phổi phải nhiều).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có ASA-PS \geq 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:



Hình 1: Tư thế nghiêng sấp và vị trí trocar

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 thân 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.

Thì nội soi bụng: Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, dang 2 chân, tay trái khép.

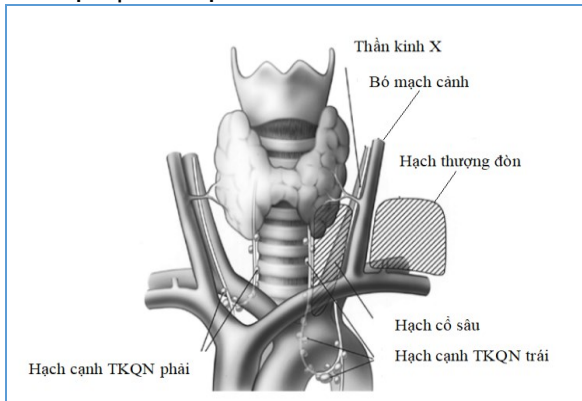
Giải phóng bờ cong lớn dạ dày, bảo tồn cung mạch vị mạc nối phải. Mở dây chằng gan vị đến trụ hoành phải, cắt bó mạch vị trái, nạo các nhóm hạch 7,8,9,11. Tách rời hoàn toàn thực quản bụng khỏi khe hoành.

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 tỷ 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 tỷ 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)
Hóa 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 tỷ 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

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. Lượng máu mất trung bình trong cuộc mổ là không đáng kể

(<100g), không có bệnh nhân nào phải truyền máu trong và sau mổ. Chúng tôi thực hiện mổ hồng tràng nuôi ăn cho tất cả các trường hợp giúp nuôi ăn sớm sau mổ.

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)

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 (chiếm tỉ lệ 0,88%). Tỉ 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. Tỉ 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)
Xỉ rò miệng nối	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)

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)
<i>Đường đi ống dạ dày</i>	
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. Tỉ lệ có di căn hạch sau mổ trong nhóm nghiên cứu là 49,1%, trong đó tỉ lệ di căn hạch cổ 14%. UTTQ ngực 1/3 giữa, dưới có tỉ lệ di căn hạch cổ tương ứng là 19,2%, 6,9%. Tỉ lệ di căn hạch ở giai đoạn T3 cao nhất (44,6%), thấp nhất ở giai đoạn T0 (3,6%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 60,1 ± 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].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ Nam giới chiếm đa số (99,1%). Theo Globocan 2020 [3], tỉ lệ UTTQ ở nam thường gặp hơn ở nữ gấp 2-3 lần. Tuy nhiên, có sự khác biệt rất lớn về tỉ lệ nam/nữ giữa các vùng miền. Sự khác biệt này gợi ý các nguyên nhân UTTQ khác nhau giữa các vùng.

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.

Cách thực hiện miệng nối. Trong nghiên cứu, khoảng 97% các trường hợp được sử dụng phương pháp nối thực quản ống dạ dày với máy cắt nối, phương pháp nối tay được sử dụng trong khoảng 3% các trường hợp. Kiểu nối bên-bên kết hợp máy nối thẳng và khâu tay được Orringer và cộng sự [4] báo cáo từ năm 2000 với kết quả làm giảm tỉ lệ xì và hẹp miệng nối sau mổ.

Đường đi của ống dạ dày. Chúng tôi sử dụng đường hầm trung thất sau và đường hầm sau xương ức để đưa ống dạ dày lên nối với thực quản cổ.

Theo tác giả Coral và cộng sự, đường hầm trung thất sau được xem là sinh lý nhất vì đúng vào vị trí thực quản đã cắt bỏ, một số tác giả nghiên cứu cho thấy đường hầm trung thất sau ngắn hơn đường hầm sau xương ức. Điều này giúp tưới máu miệng nối tốt hơn, giảm tỉ lệ rò miệng nối, tuy nhiên điều này còn đang tranh cãi. Một lợi điểm khác của đường hầm trung thất sau là làm giảm các biến chứng liên quan tới tim mạch như rung nhĩ, ngoại tâm thu thất [5].

Đường hầm sau xương ức giúp tránh được nguy cơ tổn thương ống dạ dày khi điều trị xạ trị sau mổ cũng như giúp tránh được việc xâm lấn khi u tiến triển tái phát, bên cạnh đó một số nghiên cứu cũng cho thấy ở những bệnh nhân có đường hầm sau xương ức tỉ lệ trào ngược dịch tá tràng, dạ dày thấp hơn [6].

Trước đây, chúng tôi tạo đường hầm sau xương ức bằng tay. Thông qua phẫu tích mù, không kiểm soát nguy cơ tổn thương màng phổi, màng tim, chảy máu. Hiện nay, với sự phát triển của phẫu thuật nội soi và trang thiết bị giúp việc tạo đường hầm sau xương ức bằng nội soi rất thuận tiện, an toàn và nhanh chóng.

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 [7]

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 [8] 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: Tỉ lệ TBBC sau nạo hạch 3 vùng ở một số nghiên cứu [9]

Tác giả	Hô hấp (%)	Xì 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 tỉ lệ 10,5%. Kết quả này có khác với số liệu của một số tác giả khác. Điều này có thể do sự khác nhau về đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Tỉ lệ hóa xạ trị tân hỗ trợ trong nghiên cứu của chúng tôi 57,9%, điều này có thể ảnh hưởng tới tỉ lệ viêm phổi [9]. Bên cạnh đó, tiêu chí để chẩn đoán viêm phổi cũng rất khác nhau giữa các nghiên cứu.

Tổn thương dây TKQN. Phẫu thuật cắt thực quản với nạo hạch quanh TKQN là phẫu thuật tiêu chuẩn tại Nhật. Mặc dầu vậy tỉ lệ tổn thương TKQN là khá cao (8.3 tới 40.9%). Chúng tôi ghi nhận liệt TKQN chiếm tỉ lệ 21,9%, trong đó khàn tiếng tạm thời (17,5%) gặp 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 tỉ lệ tổn thương TKQN.

Biến chứng xì rò miệng nổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ rò miệng nổi là 11,4%. Chúng tôi nhận thấy, để làm giảm tỉ 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 tỉ lệ rò rỉ và hẹp miệng nổi.

Biến chứng rò dưỡng trấp: 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 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. 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

Tỉ 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. **Sung, H., 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): p. 209-249.
4. **Orringer, M.B., B. Marshall**, and M.D. Iannettoni, Eliminating the cervical esophagogastric anastomotic leak with a side-to-side stapled anastomosis. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 2000. **119**(2): p. 277-288.
5. **Hu, H., et al.**, Is anterior mediastinum route a shorter choice for esophageal reconstruction? A comparative anatomic study. *European journal of cardio-thoracic surgery*, 2011. **40**(6): p. 1466-1469.
6. **Wong, A.C., S. Law, and J. Wong**, Influence of the route of reconstruction on morbidity, mortality and local recurrence after esophagectomy for cancer. *Digestive Surgery*, 2003. **20**(3): p. 209-214.
7. **Yajima, S., Y. Oshima, and H. Shimada**, Neck dissection for thoracic esophageal squamous cell carcinoma. *International Journal of Surgical Oncology*, 2012. **2012**.
8. **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.
9. **Ozawa, S., et al.**, Postoperative complications of minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer. *Annals of Gastroenterological Surgery*, 2020. **4**(2): p. 126-134.

CÁC TRIỆU CHỨNG KÉO DÀI THƯỜNG GẶP Ở BỆNH NHÂN HỒI PHỤC SAU NHIỄM COVID-19 TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Lê Thị Bình Minh¹, Trần Nguyễn Quỳnh Anh¹,
Nguyễn Long Điền¹, Phạm Đình Đức¹, Trần Khánh Huyền¹,
Phạm Thị Thanh Ngân¹, Nguyễn Hữu Tín¹, Thái Thanh Trúc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đại dịch COVID-19 đã gây ra nhiều ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe của người nhiễm. Không những thế, những ảnh hưởng này có thể còn kéo dài cho đến thời kỳ hậu COVID-19. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này thực hiện nhằm xác định tỷ lệ những triệu chứng kéo dài phổ biến của những người khỏi COVID-19 tại Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 764 đối tượng đã khỏi COVID-19 từ 1 – 3 tháng tại 4 Quận/Huyện ở Thành phố Hồ Chí Minh trong năm 2022. Người tham gia hoàn thành bộ câu hỏi tự điền bao gồm các thông tin về đặc điểm cá nhân – xã hội, tình trạng sức khỏe trước, trong và sau khi nhiễm COVID-19. **Kết quả:** Tỷ lệ người có ít nhất 1 triệu chứng kéo dài trong thời kỳ bình phục là 81,3%. Trong đó, 5 triệu chứng kéo dài thường gặp nhất là: ho (39,8%), hay quên (34,7%), mệt mỏi (31,3%), rụng tóc (23,7%) và đau đầu (22,9%). Đa số các triệu chứng hậu COVID-19 xuất hiện từ lúc khỏi bệnh và thuyên giảm trong vòng 1 tuần. **Kết luận:** Tỷ lệ những người bình phục sau nhiễm COVID-19 ở thành phố Hồ Chí Minh có xuất hiện những triệu chứng kéo dài hiện đang ở mức cao. Do đó, cần có

chính sách và dịch vụ y tế nhằm tầm soát, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho người dân trong thời kỳ hậu COVID-19.

Từ khóa: triệu chứng COVID kéo dài, hậu COVID-19, tình trạng sức khỏe sau khi khỏi COVID-19, khỏi bệnh hoặc xuất viện từ 1 – 3 tháng.

SUMMARY

COMMON LONG-TERM SYMPTOMS AMONG PATIENTS RECOVERING FROM COVID-19 INFECTION IN HO CHI MINH CITY

Background: The COVID-19 pandemic has caused different negative effects on the health of infected patients. Not only that, but these health problems could also last for a long time afterward. **Objective:** This study was conducted to determine the prevalence of common long-term symptoms among people recovering from COVID-19 in Ho Chi Minh City. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among 764 patients who recovered from COVID-19 after 1 to 3 months in 4 districts of Ho Chi Minh City in 2022. Participants completed self-reported questionnaires including demographics, health status before, during and after COVID-19 infection. **Results:** The proportion of people with at least one symptom of COVID-19 lasting during their recovery period was 81.3%. The 5 most common long-term symptoms were cough (39.8%), forgetfulness (34.7%), fatigue (31.3%), hair loss (23.7%) and headache (22.9%). The most prevalent and earliest occurrence of these symptoms was from the early days of recovery and

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Thị Bình Minh

Email: sunrisebinhminh10@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2023

Ngày duyệt bài: 6.6.2023