

ngiên cứu này cũng đã nhận thấy có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và kiểm soát huyết áp: những bệnh nhân tuân thủ điều trị có tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao hơn 2,26 lần ($P=0,009$). Kết quả này tương đồng với Nguyễn Trần Phương Thảo (2018), những bệnh nhân tuân thủ điều trị có tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao hơn 2,68 lần ($P<0,05$). Từ đây, có thể khẳng định được tuân thủ điều trị là một trong những yếu tố tác động rất lớn đến hiệu quả điều trị ở bệnh nhân và vai trò của dược sĩ lâm sàng trong việc tư vấn, theo dõi và duy trì sự tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân chưa kiểm soát được huyết áp (69,0%). Tỷ lệ tuân thủ kém là (88,5%). Có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với yếu tố trình trạng sống chung, dân tộc, thời gian điều trị, theo dõi huyết áp ($P<0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Hiếu Nhân**, Dược lý học, NXB Y học

- TP.HCM, 2017, 152-153.
2. **Nguyễn Trần Phương Thảo**, Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân trên 60 tuổi tại Phòng khám Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ năm 2018, Tạp Chí Y Dược học Cần Thơ số 20, 2019, 11-18.
 3. **Bryan Williams**, 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, European Heart Journal, Volume 39, Issue 33, 2018, Pages 3021-3104.
 4. **Oliveira-Filho D et al.**, Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control, Arq Bras Cardiol. 99(1), 2012, 649-58.
 5. **Ross S, Walker A, MacLeod M. J**, Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. J Hum Hypertens, 18(9), 2004, 607-13.
 6. **Son P. T, Quang N. N, Viet N. L, et al**, Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. J Hum Hypertens, 26, (4), 2012, 268-80.
 7. **World Health Organization**, A global brief on Hypertension - Silent killer, global public health crisis, 2013.

TỶ LỆ DI CĂN HẠCH CỔ TRONG PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN NỘI SOI NGỰC BỤNG, NẠO VẾT HẠCH 3 VÙNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN

Nguyễn Hoàng¹, Trịnh Doãn Đông²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ di căn hạch cổ ở người bệnh được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 16 người bệnh ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng, nạo vét hạch 3 vùng. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình 59.75 ± 6.96 . Nam giới chiếm tỷ lệ 100%. Vị trí u: 1/3 giữa chiếm 56.2%, 1/3 dưới chiếm 48.2%. Giai đoạn IIB và IIIB chiếm tỷ lệ nhiều nhất 31.5%, giai đoạn IA, IB, IIA đều chiếm 12.5%. Tổng số hạch cổ nạo vét trung bình: 28.25 ± 8.72 (nhỏ nhất 12 hạch, lớn nhất 43 hạch). Trong đó có 1 trường hợp di căn hạch cổ ở người bệnh có u ở vị trí 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 11.1%, không có trường

hợp nào di căn hạch cổ ở bệnh nhân có u ở vị trí 1/3 dưới. **Kết luận:** Tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư biểu mô tế bào vảy của thực quản là khá cao, hay gặp hơn ở ung thư thực quản ngực 1/3 giữa, ít gặp ở vị trí ngực 1/3 dưới. Vì vậy nên phẫu thuật nội soi ngực bụng, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư thực quản ngực 1/3 giữa và ngực 1/3 trên để tăng tính triệt căn.

Từ khóa: Ung thư thực, nạo vét hạch 3 vùng, tỷ lệ di căn hạch cổ

SUMMARY

THE RATE OF CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS IN ESOPHAGECTOMY WITH THREE FIELD LYMPHADENECTOMY FOR ESOPHAGEAL CARCINOMA

Objectives: To describe the clinical, paraclinical and rate of cervical lymph node metastasis in patients undergoing esophagectomy with three field lymphadenectomy for esophageal carcinoma at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study on 16 patients with esophageal carcinoma who underwent thoracoscopic-laparoscopic esophagectomy and three field lymphadenectomy. **Results and discussion:** Mean age 59.75 ± 6.96 . All of the patients are male. The middle third of the tumor accounted for 56.2%, the lower third accounted for

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023

48.2%. Stages IIB and IIIB accounted for the most 31.5%, stages IA, IB, IIA all accounted for 12.5%. The average number of cervical lymph nodes: 28.25 ± 8.72 (minimum 12 nodes, maximum 43 nodes). In which, there was 1 case of cervical lymph node metastasis in patients with tumors in the middle third position, accounting for 11.1%, there was no case of cervical lymph node metastasis in patients with tumors in the lower third position. **Conclusions:** The rate of cervical lymph node metastasis in squamous cell carcinoma is a quite high, more common in esophageal cancer of the middle third, less often in the lower third. Recommended is performed thoracoscopic-laparoscopic esophagectomy and three field lymphadenectomy in patients which the tumor is located upper and middle third.

Keywords: esophageal carcinoma, three field lymphadenectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là ung thư xảy ra ở đoạn đầu của ống tiêu hóa. Theo Globocan, tại Việt Nam năm 2020 ung thư thực quản đứng thứ 14 về số ca mắc mới trong năm 2020, đứng thứ 9 về tỷ lệ tử vong. Tiên lượng ung thư thực quản vẫn còn kém trên toàn thế giới. Trong hầu hết các bài báo cáo tỷ lệ sống sau 5 năm khoảng 20% [1] [2]

Thực quản là đoạn đầu của ống tiêu hóa kéo dài từ cổ qua ngực đến bụng, bạch huyết xung quanh thực quản cũng nằm ở cổ, ngực, bụng. ung thư thực quản có thể di căn từ hạch cổ, ngực đến bụng [3]. Đối với ung thư thực quản còn cắt được phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Việc nạo vét hạch 3 vùng làm tăng tính triệt căn, cải thiện thời gian sống sau phẫu thuật [3]. Di căn hạch hay gặp nhất trong ung thư biểu mô tế bào vảy của thực quản [4], [5], [6].

Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật cắt thực quản điều trị ung thư thực quản, tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu về tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư biểu mô tế bào vảy của thực quản. Vì vậy chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô vảy thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*
2. *Đánh giá tỷ lệ di căn hạch cổ ở nhóm người bệnh trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các người bệnh có đủ tiêu chuẩn sau: (1) Người bệnh được phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng nạo vét hạch 3 vùng từ tháng 7 năm 2021 đến tháng

10 năm 2022 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. (2) Người bệnh có giải phẫu bệnh là ung thư tế bào biểu mô vảy, chưa di căn xa, giai đoạn T1 – T4a, bệnh nhân đồng ý thực hiện. (3) Hồ sơ bệnh án đầy đủ đáp ứng các yêu cầu nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng ngực phải, ung thư thực quản cổ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Biến số nghiên cứu đáp ứng cho 2 mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022 có 16 bệnh nhân ung thư thực quản tế bào biểu mô vảy được thực hiện cắt thực quản nội soi ngực bụng nạo vét hạch 3 vùng tại bệnh viện đại học Y Hà Nội.

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh: Nam giới chiếm 100%, tuổi trung bình 59.75 ± 6.96 (nhỏ nhất 51 tuổi, lớn nhất 76 tuổi).

Bảng 3.1. Vị trí khối u

Vị trí u	N	Tỷ lệ %
1/3 dưới	7	43.8
1/3 giữa	9	56.2
Tổng	16	100.0

Bảng 3.2. Giai đoạn khối u

Giai đoạn khối u	N	Tỷ lệ %
Giai đoạn IA	2	12.5
Giai đoạn IB	2	12.5
Giai đoạn IIA	2	12.5
Giai đoạn IIB	5	31.25
Giai đoạn IIIB	5	31.25
Tổng	16	100.0

3.2. Số hạch cổ nạo vét

Bảng 3.3. Số hạch cổ nạo vét

Số hạch cổ nạo vét trung bình	
Bên phải	13.56 ± 6.239
Bên trái	14.06 ± 5.170

Nhận xét: Số hạch cổ nạo vét trung bình bên trái là 13.56 ± 6.239 (ít nhất là 3 hạch, nhiều nhất là 27 hạch); số hạch cổ nạo vét trung bình bên trái là 14.06 ± 5.170 (ít nhất là 7 hạch nhiều nhất là 23 hạch).

3.3. Đặc điểm di căn hạch cổ

Bảng 3.4. Số hạch cổ di căn

Số hạch cổ di căn	
Bên phải	0
Bên trái	1

Nhận xét: Trong lô nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp có di căn hạch cổ trái (01 hạch di căn trong số 22 hạch cổ nạo vét trái nạo vét được), không có trường hợp nào di căn hạch cổ phải.

3.4. Tỷ lệ di căn hạch cổ. Tổng số hạch cổ nạo vét trung bình: 28.25 ± 8.72 (nhỏ nhất 12 hạch, lớn nhất 43 hạch).

Tỷ lệ hạch cổ di căn:

Bảng 3.5. Di căn hạch cổ liên quan đến vị trí u

Vị trí u	Số ca	Hạch cổ dương (%)
1/3 giữa	9	1 (11.1%)
1/3 dưới	7	0 (0%)

Có 1 trường hợp di căn hạch cổ ở người bệnh có u ở vị trí 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 11.1%, không có trường hợp nào di căn hạch cổ ở bệnh nhân có u ở vị trí 1/3 dưới.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% là nam giới với độ tuổi trung bình 59.75 ± 6.96 tương đồng với nghiên cứu của Lâm Việt Trung. Giai đoạn của ung thư thực quản chủ yếu là giai đoạn IIB và IIIB chiếm 62.5% cũng tương đồng với nghiên cứu của TS. Lâm Việt Trung [7]. Số hạch cổ nạo vét trung bình là 28.25 ± 8.72 nhiều hơn so với trong nghiên cứu của TS. Lâm Việt Trung 9 hạch [7], điều này được lý giải do kỹ thuật nạo vét hạch cổ hình chữ V so với kỹ thuật nạo vét hạch hình chữ U của TS. Lâm Việt Trung.

Tỷ lệ di căn hạch cổ ở ung thư thực quản 1/3 giữa là 11.1% cũng tương đồng với các nghiên cứu của TS. Lâm Việt Trung 20.8% [7], kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Hiroshi Akiyama và cộng sự nghiên cứu trên 1298 bệnh nhân từ năm 1973 đến 1993 tỷ lệ di căn hạch cổ ở ung thư thực quản trên, giữa và dưới lần lượt là 63.4%, 45.2% và 42% [5]. Trong nghiên cứu của Isono và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ di căn hạch cổ ở ung thư thực quản 1/3 giữa và dưới lần lượt là 27.5% và 19% [8], [9]. Tỷ lệ di căn hạch cổ ở ung thư thực quản 1/3 dưới là 0% khác biệt so với nghiên cứu của Lâm Việt Trung là 9.7% [7], điều này được lý giải là do trong nghiên cứu của chúng tôi số liệu chưa nhiều.

Tỷ lệ di căn hạch cổ đối với ung thư biểu mô tế bào vảy là khá cao, 11.1% ở ung thư thực quản 1/3 giữa, nhưng tỷ lệ này khá thấp ở ung thư thực quản 1/3 dưới (0%), tương đồng với kết quả của Junqiang Chen khi nghiên cứu 1715 bệnh nhân ung thư thực quản biểu mô tế bào vảy tỷ lệ di căn hạch cổ ở tất cả bệnh nhân là 31.9%, với ung thư thực quản 1/3 trên, ung thư thực quản 1/3 giữa và ung thư thực quản 1/3 dưới lần lượt là 44.2%, 31.5% và 14.4% với $p < 0,0001$ [10]. Trong một nghiên cứu khác của Junqiang Chen tỷ lệ di căn hạch cổ là 35.6%

trong tổng số 1081 bệnh nhân có di căn hạch trên 1850 bệnh nhân [6].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư biểu mô tế bào vảy của thực quản là khá cao, hay gặp hơn ở ung thư thực quản ngực 1/3 giữa, ít gặp ở vị trí ngực 1/3 dưới. Vì vậy nên phẫu thuật nội soi ngực bụng, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư thực quản ngực 1/3 giữa và ngực 1/3 trên để tăng tính triệt căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fh E., Gj H., Mj K. và cộng sự.** (1997). Esophagogastrectomy for carcinoma of the esophagus and cardia: a comparison of findings and results after standard resection in three consecutive eight-year intervals with improved staging criteria. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 113(5).
- Hulscher J.B., Tijssen J.G., Obertop H. và cộng sự.** (2001). Transthoracic versus transhiatal resection for carcinoma of the esophagus: a meta-analysis. *Ann Thorac Surg*, 72(1), 306–313.
- Matsuda S., Takeuchi H., Kawakubo H. và cộng sự.** (2017). Three-field lymph node dissection in esophageal cancer surgery. *J Thorac Dis*, 9(Suppl 8), S731–S740.
- Ando N., Ozawa S., Kitagawa Y. và cộng sự.** (2000). Improvement in the results of surgical treatment of advanced squamous esophageal carcinoma during 15 consecutive years. *Ann Surg*, 232(2), 225–232.
- Akiyama H., Tsurumaru M., Udagawa H. và cộng sự.** (1994). Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus. *Ann Surg*, 220(3), 364–372; discussion 372–373.
- Chen J., Liu S., Pan J. và cộng sự.** (2009). The pattern and prevalence of lymphatic spread in thoracic oesophageal squamous cell carcinoma. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg*, 36(3), 480–486.
- Lâm Việt Trung và Bùi Đức Ái** (2018). Kết quả sớm của phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng với nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư thực quản. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 22(2), 1.
- Udagawa H., Ueno M., Shinohara H. và cộng sự.** (2012). The importance of grouping of lymph node stations and rationale of three-field lymphadenectomy for thoracic esophageal cancer. *J Surg Oncol*, 106(6), 742–747.
- Fujita H., Kakegawa T., Yamana H. và cộng sự.** (1995). Mortality and morbidity rates, postoperative course, quality of life, and prognosis after extended radical lymphadenectomy for esophageal cancer. Comparison of three-field lymphadenectomy with two-field lymphadenectomy. *Ann Surg*, 222(5), 654–662.
- Chen J., Wu S., Zheng X. và cộng sự.** (2014). Cervical lymph node metastasis classified as regional nodal staging in thoracic esophageal squamous cell carcinoma after radical esophagectomy and three-field lymph node dissection. *BMC Surg*, 14(1), 110.