

# KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BỤNG CẮT THỰC QUẢN, NẠO VẾT HẠCH 3 VÙNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN

Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Trịnh Doãn Đông<sup>2</sup>, Phùng Thị Thuý Nga<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm 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 hồi cứu trên 20 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  $59.75 \pm 6.96$ . Nam giới chiếm tỷ lệ 100%. Vị trí u: 1/3 giữa chiếm 45%, 1/3 dưới chiếm 55%. giai đoạn IB (80%) với nhóm không HXT tiền phẫu và giai đoạn I (40%) với nhóm HXT tiền phẫu. Tổng số hạch nạo vét trung bình là  $70,80 \pm 17,83$ . Tỷ lệ di căn hạch cổ ở nhóm UTTQ giữa là 11,1%. UTTQ 1/3 giữa di căn hạch ngực nhiều hơn UTTQ 1/3 dưới, ngược lại UTTQ 1/3 dưới di căn hạch bụng nhiều hơn UTTQ 1/3 giữa. Tổng số biến chứng chung là 45% trong đó biến chứng tổn thương dây TKTQQN hay gặp nhất chiếm 35% và 100% gặp ở dây TKTQQN trái, biến chứng hô hấp chiếm tỷ lệ 25%, không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản có tính khả thi, giúp tăng khả năng nạo vét hạch triệt để 3 vùng cổ ngực bụng. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng còn cao, khuyến cáo nên thực hiện ở các trung tâm phẫu thuật tiêu hóa lớn, được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Cần có thêm số lượng người bệnh và thời gian theo dõi để đánh giá chất lượng cuộc sống của kỹ thuật này. **Từ khóa:** Ung thư thực quản, nạo vét hạch 3 vùng.

## SUMMARY

### SHORT-TERM OUTCOMES OF MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY WITH THREE FIELD LYMPH NODE DISSECTION IN TREATMENT OF ESOPHAGEAL CARCINOMA

**Objectives:** To assess the short-term outcomes of minimally invasive esophagectomy with three-field lymph node dissection in treatment of esophageal carcinoma at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Retrospective descriptive study on 20 patients with esophageal squamous carcinoma undergoing minimally invasive esophagectomy with three field lymph node dissection. **Results and discussion:** The mean age was  $59.75 \pm 6.96$ . 100% was male. Tumor location: middle third 45%, lower third 55%. Staging: Among patients without

neoadjuvant chemotherapy, 80% were at IB stage. Among patients on neoadjuvant chemotherapy, 40% were at stage I. Mean number of lymph nodes collected was  $70,80 \pm 17,83$ . Patients with middle third esophageal cancer had a rate of cervical lymph node metastasis of 11,1% Middle third tumor patient group had higher rate of metastasis to thoracic lymph nodes, while lower third group had higher rate of abdominal lymph nodes. Complications were seen in 45% cases, with recurrent laryngeal nerve injury was the most common (35%), with all the injured nerve on the left, respiratory complications were witnessed in 25% cases. No intraoperative and postoperative mortality has been notified. **Conclusion:** Minimally invasive esophagectomy with three-field lymph node dissection is feasible in treatment of esophageal carcinoma. However, since the morbidity rate was high, the technique should only be performed in high-volume center, by experienced surgeons. More studies should be conducted with more patients and longer follow-up period to assess postoperative quality of life from this technique. **Keywords:** Esophageal cancer, three-field lymph node dissection

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) 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)

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. UTTQ có thể di căn từ hạch cổ, ngực đến bụng. Đối với UTTQ 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 (2).

Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật cắt thực quản điều trị UTTQ, tuy nhiên số lượng nghiên cứu về phẫu thuật cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng còn khiêm tốn. Vì vậy chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản tại khoa Ngoại tiêu hóa gan mật – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023.*

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biên khoa học: 6.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

**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 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023 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 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023 có 20 người bệnh ung thư thực quản 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 là 57,05 ± 7,437 (46 – 76 tuổi), trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ 50%. Có 90 % người bệnh có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường, 20% người bệnh có bệnh lý kèm theo trong đó người bệnh có bệnh lý đái tháo đường kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất 10%. Tỷ lệ người bệnh bị UTTQ có tiền sử hút thuốc lá, uống rượu, cả uống rượu và hút thuốc lá lần lượt là 95%, 80%, 80%. Tỷ lệ vị trí UTTQ 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt là 45% và 55%.

**3.2. Kết quả sống**

**Bảng 3.1. Đặc điểm phẫu thuật**

Biến	Min	Max	TB	SD
Thời gian mổ (phút)	300	400	361	34
Lượng máu mất (ml)	50	200	111	60
Thời gian nằm ICU (giờ)	24	216	43,2	48,38
Thời gian hậu phẫu (ngày)	7	34	11,8	6,14
Thời gian rút sonde dẫn lưu màng phổi (ngày)	5	11	6,78	1,77

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi chỉ gặp tai biến rách màng phổi chiếm 40%, không có trường hợp nào tổn thương quai tĩnh mạch đơn, chảy máu, tổn thương khí phế quản, tĩnh mạch cửa, tử vong trong mổ...

**Bảng 3.2. Số lượng hạch nạo vét**

Vị trí	Trung bình	SD	Min	Max
Hạch cổ P	13,80	7,16	3	29
Hạch cổ T	13,65	4,80	5	22
Hạch cổ	27,4	8,51	12	42

Hạch dọc TKTQQN P	6,90	3,70	2	16
Hạch dọc TKTQQN T	5,65	4,85	0	20
Hạch ngực	18,85	6,64	8	32
Hạch bụng	11,95	6,88	3	26
<b>Tổng</b>	<b>70,80</b>	<b>17,83</b>	<b>40</b>	<b>108</b>

**Nhận xét:** Tổng số lượng hạch nạo vét trung bình là 70,80 ± 17,83.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ di căn hạch**

Vị trí u Số ca	1/3 giữa	1/3 dưới	Tổng
Hạch cổ dương tính	1 (11,1%)	0	1 (5%)
Hạch dọc TKTQQN P dương tính	1 (11,1%)	1 (9,09%)	2 (10%)
Hạch dọc TKTQQN T dương tính	1 (11,1%)	0	1 (5%)
Hạch ngực dương tính	2 (22,2%)	1 (9,09%)	3 (15%)
Hạch bụng dương tính	1 (11,1%)	2 (18,18%)	3 (15%)
<b>Tổng</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>20 (100%)</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ di căn hạch cổ ở nhóm UTTQ giữa là 11,1 %. UTTQ 1/3 giữa di căn hạch ngực nhiều hơn UTTQ 1/3 dưới, ngược lại UTTQ 1/3 dưới di căn hạch bụng nhiều hơn UTTQ 1/3 giữa

**Bảng 3.4. Giai đoạn bệnh**

Giai đoạn bệnh pTNM	n	%	Giai đoạn bệnh ypTNM	n	%
IA	0	0	I	6	40
IB	4	80	II	3	20
IIA	1	20	IIIA	2	13,3
IIB	0	0	IIIB	4	26,7
<b>Tổng</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>Tổng</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong cả hai nhóm chủ yếu ở giai đoạn IB (80%) với nhóm không HXT tiền phẫu và giai đoạn I (40%) với nhóm HXT tiền phẫu.

**Bảng 3.5. Biến chứng sớm**

Loại tai biến biến chứng	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)	
Biến chứng hô hấp	5	25	
Phân loại biến chứng	Viêm phổi	4	20
	TDMP	4	20
	Viêm phổi + TDMP	3	15
Tổn thương TKTQQN	7	35	
Rò miệng nổi	1	5	
Rò dưỡng chấp	2	10	
Hẹp miệng nổi	1	5	
Tử vong	0	0	
Biến chứng khác	0	0	
<b>Tổng</b>	<b>9</b>	<b>45</b>	

**Nhận xét:** Tổng số biến chứng chung là 45% trong đó biến chứng tổn thương dây TKTQQN hay gặp nhất chiếm 35% và 100% gặp ở dây TKTQQN trái, biến chứng hô hấp chiếm tỷ lệ 25%, không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ (trong thời gian hậu phẫu).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm người bệnh.** Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là  $57,05 \pm 7,437$  trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 50 – 59 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 20/0; tỷ lệ người bệnh bị UTTQ có tiền sử hút thuốc lá, uống rượu, cả uống rượu và hút thuốc lá lần lượt là 95%, 80%, 80%. Kết quả này tương đồng với các tác giả trong nước<sup>6,7</sup> (3) nhưng có sự khác biệt với các tác giả trên thế giới (2). Điều này được lý giải có thể do tỷ lệ hút thuốc lá và uống rượu ở nước ta còn cao, chủ yếu là nam giới, nhiều người bệnh đã hút thuốc lá và uống rượu từ rất sớm cũng như điều kiện kinh tế xã hội còn chưa cao là yếu tố nguy cơ UTTQ.

UTTQ có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, hầu hết các người bệnh khi phát hiện đã ở giai đoạn muộn, trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết người bệnh vào viện với triệu chứng nuốt nghẹn (80%) trong đó chủ yếu là nghẹn đặc (70%) và không nghẹn (20%) không có trường hợp nào nghẹn hoàn toàn. Kết quả này có sự khác biệt so với tác giả Phạm Đức Huân, tương đồng với Nguyễn Xuân Hòa. Điều này cho thấy đời sống kinh tế tốt hơn, người bệnh quan tâm đến sức khỏe đi khám phát hiện bệnh được sớm hơn<sup>(4), (5)</sup>.

**4.2. Kết quả sớm.** Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình là dài hơn so với các nghiên cứu về cắt thực quản, nạo vét hạch 2 vùng trong nước, so sánh với các nghiên cứu của Lâm Việt Trung<sup>7</sup> và trên thế giới, có sự khác nhau như vậy do trong quá trình phẫu thuật cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng thì cổ cần thêm nhiều thời gian hơn để nạo vét hạch cổ 2 bên. Tuy nhiên lượng máu mất trung bình không có sự khác biệt với các báo cáo về phẫu thuật cắt thực quản, nạo vét hạch 2 vùng (3,5). Chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Tai biến trong mổ thường gặp nhất là rách màng phổi trái (40%), chủ yếu gặp ở người bệnh đã hóa xạ trị, không còn thấy rõ lớp phẫu tích u và màng phổi trái. Chúng tôi không có trường hợp nào chảy máu trong phẫu thuật và tử vong trong mổ.

Một số phẫu thuật viên cho rằng việc nạo vét hạch triệt để hơn có thể mang lại lợi ích kiểm

soát bệnh tại chỗ, tại vùng và kéo dài thời gian sống. Isono so sánh 2 nhóm phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch 3 vùng và 2 vùng trên 4590 người bệnh cho thấy nhóm phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch 3 vùng có tỷ lệ sống 5 năm là 34,3% cao hơn so với 26,7% ở nhóm phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch 2 vùng sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001(6)$ . Một nghiên cứu khác ngẫu nhiên đối chứng của Tetsuro Nishihira báo cáo trên 32 người bệnh phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch rộng (3 vùng) và 30 người bệnh phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch chuẩn cho thấy tỷ lệ sống thêm 2 năm và 5 năm lần lượt là 83,3% và 66,2% ở nhóm phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch rộng (3 vùng); tỷ lệ này ở nhóm phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch chuẩn (2 vùng) lần lượt là 64,8% và 48% (7).

Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng nạo vét hạch trung bình là 70,8 cao hơn so với các báo cáo về nạo vét hạch 3 vùng trong nước và trên thế giới<sup>4-7</sup>, có sự khác biệt về số lượng hạch như vậy do kỹ thuật nạo vét hạch vùng cổ của chúng tôi hình chữ V khác với các tác giả khác hình chữ U. Với kỹ thuật nạo vét hạch cổ hình chữ V có phẫu trường phẫu thuật rộng rãi, thuận lợi cho vét hạch, tuy nhiên về mặt thẩm mỹ thì lại kém ưu việt hơn so với kỹ thuật nạo vét hạch cổ hình chữ U.

Tỷ lệ hạch cổ di căn của chúng tôi là 5% thấp hơn so với các báo cáo của tác giả trong nước và trên thế giới: Lâm Việt Trung báo cáo tỷ lệ di căn hạch cổ ở UTTQ 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt là 20,8% và 9,7%. Isono (6) nạo vét hạch cổ trên 1791 người bệnh có tỷ lệ di căn hạch cổ là 27,4%, trong nhóm 200 người bệnh được B Li (8) thực hiện cắt thực quản nạo vét hạch 3 vùng từ năm 2013 đến năm 2016. Có sự khác biệt giữa kết quả của chúng tôi và các tác giả trong nước và trên thế giới được lý giải có thể do cỡ mẫu tổng nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ ( $n=20$ ) so với các báo cáo của các tác giả khác; các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có giai đoạn bệnh sớm hơn so với các tác giả khác.

Nhiều báo cáo trên thế giới cho thấy tỷ lệ di căn hạch dọc TKTQQN cao, đây là nơi giao nhau thường xuyên của các hạch bạch huyết cổ và ngực. Kato (9) nghiên cứu trên 43 người bệnh UTTQ có tỷ lệ di căn hạch dọc TKTQQN phải là 16,3% cao nhất. Trong khi K Ye (10) nghiên cứu trên 120 người bệnh cho thấy tỷ lệ di căn hạch dọc TKTQQN là 34,2% trong đó 15,8% di căn hạch dọc TKTQQN trái và 20,8% di căn hạch dọc

TKTQQN phải cho thấy sự cần thiết của nạo vét hạch dọc TKTQQN điều trị UTTQ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ di căn hạch dọc TKTQQN phải và trái lần lượt là 10% và 5%, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các báo cáo của các tác giả trên thế giới, điều này được lý giải do người bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn sớm, cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ hơn nhiều so với các tác giả khác. Có một điều cần lưu ý là hạch dọc TKTQQN không phải lúc nào cũng có, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp không có hạch dọc TKTQQN trái.

Biến chứng hô hấp là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật cắt thực quản và được cho là nguyên nhân chính của 55% đến 65% trường hợp tử vong sau phẫu thuật cắt thực quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng hô hấp là 25% cao hơn nhiều so với các báo cáo của các tác giả trong nước và trên thế giới. Trong đó tỷ lệ viêm phổi là 20%, các trường hợp viêm đều được dùng kháng sinh theo ý kiến chuyên gia hô hấp; có 1 trường hợp viêm phổi kèm bệnh cơ tim takutsubo người bệnh phải nằm ICU thở máy 9 ngày, ra viện sau 34 ngày. Tỷ lệ TDMP trong nghiên cứu của chúng tôi là 20%, tràn dịch màng phổi xảy ra ở nhóm người bệnh có tổn thương rách màng phổi trái trong đó có 1 người bệnh có biểu hiện suy hô hấp xuất hiện vào ngày thứ 1 sau mổ sau khi chuyển từ ICU về khoa, người bệnh được chuyển lại ICU đặt dẫn lưu màng phổi trái ra 540ml dịch hồng, người bệnh được hỗ trợ thở máy không xâm nhập, chuyển lại khoa Ngoại tiêu hóa gan mật sau 3 ngày rút dẫn lưu màng phổi vào hậu phẫu ngày thứ 9, xuất hiện viêm phổi vào ngày thứ 12 được đổi kháng sinh (cephalosporine thế hệ 4 và Levofloxacin) người bệnh được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 22; 1 người bệnh xuất hiện TDMP trái vào hậu phẫu ngày thứ 11, trường hợp này được liên hệ chọc hút dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm, người bệnh được ra viện sau đó 3 ngày, khám lại sau 1 tháng trường hợp này ko còn dịch màng phổi. Trong mổ chúng tôi có trường hợp bị tổn thương rách màng phổi trái, chúng tôi không thực hiện dẫn lưu màng phổi trái thường quy ở những trường hợp này. Tỷ lệ biến chứng hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả: Lâm Việt Trung (3) (tỷ lệ viêm phổi 7,1%), B Li (8) (tỷ lệ viêm phổi 10% ở nhóm nạo vét hạch 3 vùng); điều này được lý giải do chúng tôi mới triển khai kỹ thuật nên còn chưa có nhiều kinh nghiệm trong điều trị người bệnh, một phần nữa do tỷ lệ liệt dây TKTQQN của chúng tôi cao gây ảnh hưởng

đến chức năng hô hấp của người bệnh sau mổ.

Tổn thương dây TKTQQN: Trong quá trình phẫu tích thực quản, đặc biệt là nạo vét hạch trung thất trên và vùng cổ, các tác động như nhiệt, kéo căng, chèn ép hoặc tổn thương các vi mạch có thể gây ra liệt dây thần kinh thanh quản ngược với tỉ lệ từ 0% tới 59% tùy theo phương pháp phẫu thuật, mức độ rộng của nạo vét hạch (2 vùng, 3 vùng), kích thước và giai đoạn khối u. Trong phẫu thuật nạo vét hạch 3 vùng, TKTQQN trái dễ tổn thương nhất do nó nằm ở vị trí sau khí quản (khi thực hiện PTNS ngực phải), các hạch dọc TKTQQN trái phân bố chạy dọc trên dưới và có thể nằm cả mặt sau TKTQQN trái. Để thuận lợi trong phẫu tích hạch dọc TKTQQN trái chúng tôi sử dụng ống Blockage đặt vào nội khí quản giúp việc vén khí quản xuống dưới dễ dàng hơn, tạo điều kiện thuận lợi cho nạo vét hạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ liệt TKTQQN là 45%, và tất cả đều liệt TKTQQN trái. Kết quả này cao hơn so với Lâm Việt Trung (3) (10,7% - đều hồi phục), Tỷ lệ này của Otsuka (2) là 0%. Điều này được lý giải là do mới triển khai kỹ thuật còn chưa có nhiều kinh nghiệm, trong phẫu tích nạo vét hạch dọc TKTQQN, đặc biệt là TKTQQN trái chúng tôi nạo vét hạch triệt để, làm trơ dây TKTQQN đồng thời tác động cơ kéo dây TKTQQN cũng gây tổn thương, mặc dù sử dụng dao năng lượng hạn chế khả năng bỏng nhưng tỷ lệ tổn thương TKTQQN của chúng tôi còn cao; một phần do trong nghiên cứu của chúng tôi chưa theo dõi đánh giá được lâu nên chưa đánh giá được khả năng hồi phục của tổn thương TKTQQN. Theo một số tác giả sử dụng corticoid sau mổ có thể làm giảm tiến triển của tổn thương viêm dây TKTQQN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rò miệng nối là 5%, người bệnh xuất hiện rò miệng nối vào ngày thứ 21 sau mổ, vết mổ vùng cổ nề đỏ, người bệnh được điều trị nội khoa ổn định, dinh dưỡng qua mở thông hồng tràng, không cần phẫu thuật. Tỷ lệ rò dưỡng chấp là 10% các người bệnh này đều được điều trị nội khoa ổn định, không cần can thiệp.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản có tính khả thi, giúp kéo dài thời gian sống thêm sau mổ. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng còn cao, khuyến cáo nên thực hiện ở các trung tâm phẫu thuật tiêu hóa lớn, được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Cần có

thêm số lượng người bệnh và thời gian theo dõi để đánh giá chất lượng cuộc sống của kỹ thuật này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hulscher JB, Tijssen JG, Obertop H, van Lanschot JJ.** Transthoracic versus transhiatal resection for carcinoma of the esophagus: a meta-analysis. *Ann Thorac Surg.* 2001 Jul;72(1):306–13.
2. **Otsuka K, Murakami M, Goto S, Ariyoshi T, Yamashita T, Saito A, et al.** Minimally invasive esophagectomy and radical lymph node dissection without recurrent laryngeal nerve paralysis. *Surg Endosc.* 2020 Jun;34(6):2749–57.
3. **Viet Trung Lam.** Kết quả sớm của phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng với nạo hạch 3 vùng điều trị ung thư thực quản. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh* 2018;22(1):1; 2018.
4. **Phạm Đức Huân.** Nghiên Cứu Điều Trị Phẫu Thuật Ung Thư Thực Quản Ngực. Luận Án Tiến Sĩ Học. 2003;
5. **Nguyễn Xuân Hòa.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Thực Quản và Nạo Vết Hạch Rộng Hai Vùng (Ngực - Bụng) Trong Điều Trị Ung Thư Thực Quản. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
6. **Isono K, Sato H, Nakayama K.** Results of a nationwide study on the three-field lymph node dissection of esophageal cancer. *Oncology.* 1991;48(5):411–20.
7. **Nishihira T, Hirayama K, Mori S.** A prospective randomized trial of extended cervical and superior mediastinal lymphadenectomy for carcinoma of the thoracic esophagus. *Am J Surg.* 1998 Jan;175(1):47–51.
8. **Li B, Hu H, Zhang Y, Zhang J, Miao L, Ma L, et al.** Three-field versus two-field lymphadenectomy in transthoracic oesophagectomy for oesophageal squamous cell carcinoma: short-term outcomes of a randomized clinical trial. *Br J Surg.* 2020 May;107(6):647–54.
9. **Kato H, Watanabe H, Tachimori Y, Iizuka T.** Evaluation of neck lymph node dissection for thoracic esophageal carcinoma. *Ann Thorac Surg.* 1991 Jun;51(6):931–5.
10. **Ye K, Xu JH, Sun YF, Lin JA, Zheng ZG.** Characteristics and clinical significance of lymph node metastases near the recurrent laryngeal nerve from thoracic esophageal carcinoma. *Genet Mol Res GMR.* 2014 Aug 25;13(3):6411–9.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH XEP ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG THẤP CÓ LOÃNG XƯƠNG NẶNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP BƠM CEMENT SINH HỌC CÓ BÓNG

Nguyễn Đình Đức<sup>1</sup>, Đỗ Mạnh Hùng<sup>2</sup>, Đinh Mạnh Hải<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục đích:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng được điều trị bằng phương pháp bơm cement sinh học có bóng. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 45 trường hợp xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng được điều trị bơm cement sinh học có bóng tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 4/1, tuổi trung bình 71.3 tuổi (44-93), 44.4% người bệnh có xẹp đốt sống cũ, 28.9% người bệnh có trượt đốt sống, 82.2% người bệnh có thoái hóa cột sống. Triệu chứng chính: đau đột ngột hoặc từ từ tại cột sống do chấn thương nhẹ hoặc tự nhiên kèm hạn chế vận động do đau. VAS trung bình 7.1 điểm (4-9), tổng số 52 đốt sống bị xẹp, vị trí tổn thương nhiều nhất ở L3 (31 đốt) chủ yếu lõm 2 mặt và lún ép thân đốt sống, T-score trung bình -3.5. **Kết luận:** Xẹp đốt sống thắt lưng thấp do loãng

xương chủ yếu ở bệnh nhân cao tuổi, nữ giới, có tiền sử xẹp đốt sống cũ, có tình trạng trượt đốt sống và thoái hóa cột sống kèm theo, khởi phát sau một chấn thương nhẹ hoặc tự nhiên, thường đau kéo dài, mức độ loãng xương nặng. **Từ khóa:** Xẹp đốt sống thắt lưng thấp, lâm sàng và cận lâm sàng.

#### SUMMARY

#### THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF LOWER LUMBAR OSTEOPOROTIC COMPRESSION FRACTURES TREATED BY PERCUTANEOUS KYPHOPLASTY

**Objectives:** Analyzing clinical, subclinical features of the patients was diagnosed lower lumbar osteoporotic vertebral compression fractures (LLOVCFs) was treated by percutaneous kyphoplasty (KP). **Methods:** Cross-sectional descriptive prospective study of 45 LLOCFs underwent KP in Viet Duc hospital from 7/2022 to 6/2023. **Result:** The female-male ratio is 4 with mean age of 71.3 (44-93 years old), the ratio of old compression fracture is 44.4%, 28.9% of patients have spondylolisthesis, 82.2% of patients have degenerative spine. The patients frequently presented with sudden or gradual onset of pain in proportion to VCFs because of light trauma or natural happening with decreasing of spinal mobility because of pain, the mean of VAS score is 7.1, L3 is the most in 52 new injured segments (31 segments), fracture type: flat-type fractures is the

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023