

3. **Ocak I, Topaloğlu S, Acarli K J T J o M S** (2020), "Posthepatectomy liver failure", 50 (6), pp. 1491-1503.
4. **Rahbari N N, Garden O J, Padbury R, et al** (2011), "Posthepatectomy liver failure: a definition and grading by the International Study Group of Liver Surgery (ISGLS)", 149 (5), pp. 713-724.
5. **Siu J, McCall J, Connor S J H** (2014), "Systematic review of pathophysiological changes following hepatic resection", 16 (5), pp. 407-421.
6. **Strasberg S, Belghiti J, Clavien P-A, et al** (2000), "The Brisbane 2000 terminology of liver anatomy and resections", 2 (3), pp. 333-339.
7. **VIỆT Đ Q (2022)**, "Giá trị tiên lượng chức năng gan của độ thanh lọc Indocyanine Green trong phẫu thuật cắt gan", Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh.
8. **Zhang Z-Q, Xiong L, Zhou J-J, et al** (2018), "Ability of the ALBI grade to predict posthepatectomy liver failure and long-term survival after liver resection for different BCLC stages of HCC", 16 (1), pp. 1-9.

## KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN XÂM LẤN TỐI THIỂU TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ VỎY THỰC QUẢN HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Duy<sup>1,2</sup>, Phạm Văn Bình<sup>1</sup>, Trần Đại Mạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Thanh<sup>1</sup>, Thái Đức An<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Hùng<sup>3</sup>, Kim Văn Vụ<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** UTTQ là một trong các bệnh lý ung thư ác tính có tiên lượng xấu. Hóa xạ trị tiền phẫu (HXTTP) sau đó kết hợp với phẫu thuật đã được chứng minh giúp giảm tỷ lệ tái phát, tăng thời gian sống thêm của bệnh, nâng cao tỷ lệ cắt bỏ R0. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu được thực hiện trên những bệnh nhân được chẩn đoán UTTQ 1/3 giữa – dưới được HXTTP và phẫu thuật nội soi ngực – bụng cắt thực quản nạo vét hạch từ tháng 9/2022 đến tháng 10/2023 tại Khoa Ngoại Bụng I – Bệnh viện K. **Kết quả:** Với 20 bệnh nhân ung thư thực quản được thực hiện phẫu thuật nội soi ngực- bụng nạo vét hạch hai vùng mở rộng trung thất và ba vùng, chúng tôi ghi nhận tai biến trong mổ ghi nhận 5 trường hợp (25%) rách màng phổi, biến chứng sau mổ ghi nhận 25% bệnh nhân có viêm phổi, 10% tổn thương thần kinh quặt ngược, giải phẫu bệnh sau mổ ghi nhận 45% bệnh nhân không còn phát hiện thấy u, số lượng nạo vét hạch trung bình là 33,5 ± 15,2 hạch. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngực- bụng nạo vét hạch điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa – dưới cho nhóm bệnh nhân hóa xạ trị tiền phẫu là khả thi và an toàn với tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật có thể chấp nhận được.

**Từ khóa:** Ung thư thực quản, điều trị tân bổ trợ, hóa xạ trị tiền phẫu

### SUMMARY

#### SHORT-TERM OUTCOME OF MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Duy

Email: ducduy272@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

### SQUAMOUS CELL CARCINOMA PREOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY AT K HOSPITAL

**Abstract:** Esophageal cancer is a poor prognosis disease. Preoperative chemoradiotherapy followed by surgery has been shown to reduce recurrence rate, increase overall survival, increase chance of R0 resection rate. **Methodology:** A prospective descriptive study was performed on a group of middle-lower third esophageal cancer who underwent preoperative chemoradiotherapy and follow by thoraco-laparoscopic esophagectomy with lymph node dissection from September 2022 to May 2023 at Department of Abdominal Surgery I – National Cancer Hospital. **Result:** With the sample size is 20 patients, we recognized the intraoperative complications were pleural tear (40%) and the main postoperative complication were pneumonia (25%), recurrent laryngeal nerve injury (10%). 45% of the patients have no residual viable primitive tumour at pathological examination and the average number of retrieved lymph node was 33,5 ± 15,2 per-patient. **Conclusion:** This prospective study demonstrates that thoraco-laparoscopic esophagectomy and lymph node dissection follow preoperative chemoradiotherapy is feasible and safe with with an acceptable rate of postoperative complications.

**Keywords:** Esophageal cancer, neo-adjuvant treatment, preoperative chemoradiotherapy

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTTQ là một trong các bệnh lý ung thư ác tính với thời gian sống sau 5 năm dưới 25% trên toàn thế giới, mặc dù điều trị ung thư thực quản đã có nhiều tiến bộ<sup>1</sup>. So với điều trị các ung thư đường tiêu hóa khác như đại tràng và dạ dày, trong điều trị UTTQ vai trò của điều trị bổ trợ trước mổ được nhấn mạnh theo các hiệp hội ung thư lớn trên thế giới<sup>2,3</sup>. Hóa xạ trị tiền phẫu sau đó kết hợp với phẫu thuật đã được chứng minh

giúp giảm tỷ lệ tái phát, tăng thời gian sống thêm của bệnh, làm giảm giai đoạn, nâng cao tỷ lệ cắt bỏ R0 và cải thiện tái phát tại chỗ. Tuy nhiên, việc phẫu thuật cắt thực quản tạo hình trên bệnh nhân hóa xạ trị tiền phẫu còn gặp nhiều khó khăn do tổ chức sau hóa xạ dính, viêm, hô hấp bệnh nhân thường kém hơn. Tại Việt Nam điều trị UTTQ đa mô thức đã được áp dụng tại nhiều trung tâm, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá được kết quả điều trị phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân này. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân ung thư thực quản được hóa xạ trị tiền phẫu và thực hiện phẫu thuật nội soi ngực – bụng cắt thực quản theo phương pháp McKeown.*

2. *Kết quả điều trị sớm ở nhóm bệnh nhân trên.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản 1/3 giữa, dưới với giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô vảy, đã được hóa xạ trị tiền phẫu theo khuyến cáo của NCCN 2022: cT2, N0 (nguy cơ cao: >3cm, GPB biệt hóa kém, xâm nhập bạch huyết).

- Được phẫu thuật nội soi ngực – bụng theo phương pháp McKeown

- Hồ sơ có đầy đủ thông tin

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:**

- Bệnh nhân có các bệnh lý ác tính phối hợp khác.

- Bệnh nhân không đủ hồ sơ bệnh án.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu

**2.2.2. Cỡ mẫu:** Chọn cỡ mẫu thuận tiện. Đối tượng: bệnh nhân ung thư thực quản đã được hóa xạ trị tiền phẫu và được phẫu thuật bằng PTNS ngực – bụng phương pháp McKeown từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023 tại Khoa Ngoại Bụng 1 Bệnh viện K.

**2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu và được nhập, xử lý trên phần mềm SPSS 20.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu là một phần trong đề tài nghiên cứu sinh đã được thông qua hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội với mã số đề tài 9720104, quyết định số 875/GCN-HĐĐDNCSH-ĐHYHN.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 9/2022 đến tháng 10/2023, 20 bệnh nhân UTTQ đã được hóa xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng tại khoa Ngoại Bụng I – Bệnh viện K. Các đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu này được mô tả trong các bảng sau:

**3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

Khoảng tuổi mắc bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤40 tuổi	1	5
41 - 60 tuổi	14	70
Trên 60 tuổi	5	25
Tổng	20	100
Tuổi trung bình	54,8 ± 8,3 (từ 37 đến 69 tuổi)	
Giới tính	Nam: 19 bệnh nhân Nữ: 1 bệnh nhân	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,8 ± 8,3; có 01 bệnh nhân là nữ giới.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

**Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nuốt nghẹn	16	80
Gầy sút cân	8	40
Đau ngực	5	25
Đau thượng vị	2	10

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân vào viện đều có biểu hiện lâm sàng: Nuốt nghẹn, gầy sút cân hoặc đau ngực.

**Bảng 3.3. Tiền sử bệnh nhân trước điều trị**

Tiền sử	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Hút thuốc lá	15	75	
Uống rượu	6	30	
Tăng huyết áp	5	25	
Phẫu thuật ổ bụng	3	15	
Mở thông dạ dày	Qua nội soi	1	5
	Mổ mở	3	15

**Nhận xét:** BN trong nhóm nghiên cứu đa số là uống rượu và hút thuốc lá chiếm tỷ lệ lần lượt là 60.9% và 26,1%. 2 bệnh nhân mở thông dạ dày qua nội soi và 7 trường hợp mở thông dạ dày mổ mở (8,7% và 30,4%)

**Bảng 3.4. Một số đặc điểm của u trên nội soi và giai đoạn bệnh trước mổ**

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí u so với cung răng trên	Giữa	11	55
	Dưới	9	45
Kích thước u (so với chu vi)	Dưới ¼ chu vi	1	5
	Từ ¼ đến ¾ chu vi	15	75

thực quản) trước điều trị	Từ ¼ đến toàn bộ chu vi	4	20
Kích thước u (so với chu vi thực quản) sau điều trị	Dưới ¼ chu vi	12	60
	Từ ¼ đến ¾ chu vi	6	30
	Từ ¾ đến toàn bộ chu vi	2	10

**Nhận xét:**

- Vị trí u: Bệnh nhân phân bố đều ở cả hai nhóm giữa và dưới.

- Giai đoạn bệnh: Trước HXTTP, nhóm bệnh nhân có u chiếm ¼ đến ¾ chu vi chiếm tỷ lệ cao nhất, trong khi ở nhóm sau HXTTP nhóm u chiếm <¼ chu vi chiếm tỷ lệ cao nhất.

**3.3. Đặc điểm trong và sau mổ:****Bảng 3.5 : Thời gian mổ các thì**

Thời gian mổ (phút)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Thì nội soi ngực	120	330	183,3±50,4
Tổng thời gian mổ	250	440	320,4±63,1
Lượng máu mất (ml)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Tổng lượng máu mất	220	490	338,3±70,3

**Nhận xét:** Thời gian mổ trung bình là 320,4 ±63,1 phút, lượng máu mất trung bình là 338,3 ±70,3 phút.

**Bảng 3.6: Các biến chứng và bất thường ghi nhận trong và sau mổ**

Tai biến trong mổ	N	Tỷ lệ (%)
Rách màng phổi	5	25
Kén khí phổi	1	5
Dày dính màng phổi	1	5
Dày dính trong ổ bụng	1	10,0
Chuyển mổ mở	0	0,0
Biến chứng sớm sau mổ	N	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi, tràn dịch màng phổi	5	25
Rối loạn nhịp tim	2	10
Tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản	2	10
Rò miệng nối	1	5

**Nhận xét:** Các tai biến gặp chủ yếu trong mổ là rách màng phổi (25%). Sau mổ ghi nhận biến chứng viêm phổi, tràn dịch màng phổi gặp nhiều nhất với 25% trường hợp.

**3.4. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ nhóm nghiên cứu****Bảng 3.7: Kết quả giải phẫu bệnh (GPB) sau mổ**

Đặc điểm	Phân loại	N	Tỷ lệ (%)
Mức độ xâm lấn u trên GPB sau mổ	Không còn u	9	45
	T1	2	10

	T2	3	15
	T3	5	25
	T4a	1	5
Mức độ di căn hạch trên GPB sau mổ	N0	9	45
	N1	10	50
	N2	1	5
Số lượng hạch nạo vét trung bình	33,5 ± 15,2 hạch (từ 16 – 80 hạch)		

**Nhận xét:** Chúng tôi ghi nhận 9 trường hợp (45%) không còn phát hiện u trên GPB sau khi hóa xạ trị tiền phẫu. Tuy vậy trong 9 trường hợp này vẫn ghi nhận 2 trường hợp có hạch di căn. Phần lớn bệnh nhân có GPB u ở giai đoạn tiến triển (T2 và T3, lần lượt 15% và 25%).

**IV. BÀN LUẬN**

Điều trị hỗ trợ trước phẫu thuật có vai trò quan trọng trong điều trị ung thư thực quản, đã được chứng minh giúp giảm tỷ lệ tái phát, tăng thời gian sống thêm của bệnh, làm giảm giai đoạn, nâng cao tỷ lệ cắt bỏ R0 và cải thiện tái phát tại chỗ. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều có giai đoạn trước mổ chủ yếu ở giai đoạn T3, hoặc có hạch dương tính với các trường hợp T1 hoặc T2. Trên thực tế, chúng tôi sử dụng phác đồ của NCCN (Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia Hoa Kỳ) để chỉ định các trường hợp hóa xạ trị tiền phẫu. Cụ thể với phiên bản 2 – 2023 với ung thư biểu mô vảy, hóa xạ trị tiền phẫu có chỉ định: giai đoạn T2, N0 (nguy cơ cao: xâm nhập lympho, u lớn hơn 3cm hoặc kém biệt hóa), giai đoạn cT1b – cT2 mà có hạch dương tính, hoặc cT3 – cT4a mà có N bất kì<sup>2</sup>. Phác đồ của ESMO (Hiệp hội ung thư châu Âu)<sup>4</sup> hay JES (Hiệp hội thực quản Nhật Bản)<sup>3</sup> cũng cơ bản giống như NCCN, tuy vậy không phân chia giai đoạn T2 ra nguy cơ thấp hay nguy cơ cao, mà giai đoạn T2 và chưa có hạch nghi ngờ sẽ được chỉ định ngay điều trị hỗ trợ.

Về tiền sử, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá và uống rượu cao, lần lượt là 75% và 30%. Ashock và cs đã nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cai thuốc lá và rượu trước mổ. Ngừng hút thuốc trong ít nhất 1 tháng đã được chứng minh là làm giảm đáng kể các biến chứng sau phẫu thuật, đặc biệt là viêm phổi và nhiễm trùng. Tương tự như vậy, những bệnh nhân uống rượu thường xuyên đã tăng tỷ lệ mắc bệnh tim phổi và chảy máu sau mổ, điều này đã được chứng minh là giảm sau 4 tuần cai rượu<sup>5</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận gần 40% bệnh nhân được mở thông dạ dày trước khi điều trị hỗ trợ. Câu hỏi đặt ra liệu mở thông dạ dày có

ảnh hưởng gì đến việc sử dụng dạ dày để tạo hình thực quản ở phẫu thuật sau này không? Nghiên cứu của Fang và cs trên 1027 bệnh nhân cho thấy nhóm bệnh nhân MTDD và nhóm không mở thông không khác biệt về rò miệng nổi, hẹp miệng nổi, biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện cũng như không có trường hợp nào rò liên quan đến các vị trí mở thông cũ<sup>6</sup>. MTDD là một thủ thuật an toàn không có tác dụng phụ đối với việc tạo hình dạ dày và nó có thể được sử dụng cho các đối tượng suy dinh dưỡng hoặc nuốt nghẹn có chỉ định can thiệp dinh dưỡng trước hay trong quá trình điều trị tân bổ trợ. Tất cả các trường hợp được mở thông từ trước trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều không ghi nhận biến chứng liên quan đến ống dạ dày, tuy vậy các trường hợp mở thông dạ dày mổ mở thường dính và cần nhiều thời gian cũng như sự tỉ mỉ để chuẩn bị dạ dày tạo hình.

Trong quá trình phẫu thuật, các bệnh nhân UTTQ đã được hóa xạ trị tiền phẫu có một vài đặc điểm gây khó khăn cho quá trình phẫu thuật. Cụ thể, thời gian phẫu thuật chúng tôi ghi nhận được và lượng máu mất đều cao hơn so với các tác giả Jiang<sup>7</sup> hay Li<sup>8</sup> khi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thực trên tất cả các nhóm bệnh nhân. Điều này có thể giải thích như sau. Trước hết, kích thước u và giai đoạn bệnh trong các trường hợp này chủ yếu là giai đoạn tiến triển, với u kích thước trung bình lớn. Nhiều trường hợp tuy đã điều trị bổ trợ từ trước nhưng vẫn có hạch lớn, tùy vị trí. Chính vì vậy quá trình phẫu thuật thường gây khó khăn trong mổ, làm kéo dài thời gian, dễ gây biến chứng vì khối u hoặc hạch thường nằm sát hoặc xâm lấn các cơ quan lân cận hơn. Thêm vào đó, do xạ trị có tác dụng phụ làm chết và tổn thương vi mạch xung quanh khối u, dẫn đến xơ hóa các mô và nguy cơ cao việc khó lành vết thương hơn so với nhóm phẫu thuật ngay nên việc bóc tách các lớp và phẫu tích trong quá trình phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân này cũng gặp nhiều khó khăn<sup>9</sup>.

Ngoài ra, xạ trị được cho là gây ra các biến chứng độc tính nghiêm trọng do tổn thương phổi ảnh hưởng đến các chức năng hô hấp thông qua hai cơ chế: viêm phổi do tia xạ (radiation pneumonitis) và xơ phổi do tia xạ (radiation fibrosis)<sup>10</sup>. Ngoài ra như đã trình bày ở trên, những bệnh nhân trong nhóm hóa xạ trị tiền phẫu thường có giai đoạn tiến triển và khối u kích thước lớn hơn, do đó có thể tích phổi và mô xung quanh bị chiếu xạ cao hơn so với khối u thể tích nhỏ. Leprieur đã chỉ ra rằng yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến sự phát triển của

viêm phổi do tia xạ liên quan đến tỷ lệ phần trăm thể tích phổi được chiếu xạ<sup>11</sup>. Cụ thể, nhóm bệnh nhân của chúng tôi ghi nhận 25% trường hợp có viêm phổi và tràn dịch màng phổi sau mổ.

Phần lớn các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ ở giai đoạn tiến triển. Số lượng hạch nạo vét được trung bình là  $33,5 \pm 15,2$  hạch. Phác đồ của NCCN phiên bản 2.2023 mới nhất chưa chỉ ra chi tiết số hạch cần đạt được là bao nhiêu với nhóm bệnh nhân ung thư thực quản đã hóa xạ trị tiền phẫu, tuy vậy NCCN cũng chỉ ra rằng việc lấy bỏ từ 13 đến 29 hạch có liên quan đến việc cải thiện khả năng sống thêm không tiến triển (PFS) và sống thêm toàn bộ (OS) ở những trường hợp được hóa xạ trị trước phẫu thuật<sup>2</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngực – bụng, nạo vét hạch điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa – dưới cho nhóm bệnh nhân hóa xạ trị tiền phẫu là khả thi và an toàn với tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật có thể chấp nhận được

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Pennathur A, Gibson MK, Jobe BA, Luketich JD.** Oesophageal carcinoma. *The Lancet*. 2013;381(9864):400-412.
- Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, et al.** Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2023;21(4): 393-422. doi:10.6004/jnccn.2023.0019
- Japanese Classification of Esophageal Cancer, 11th Edition: part II and III.** *Esophagus*. 2017;14(1):37-65. doi:10.1007/s10388-016-0556-2
- Obermannová R, Alsina M, Cervantes A, et al.** Esophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2022;33(10): 992-1004. doi:10.1016/j.annonc.2022.07.003
- Ashok A, Niyogi D, Ranganathan P, et al.** The enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol to promote recovery following esophageal cancer resection. *Surg Today*. 2020;50(4):323-334. doi:10.1007/s00595-020-01956-1
- Fang HC, Farah MH, Shiue SJ, et al.** Percutaneous endoscopic gastrostomy prior to esophagectomy for esophageal cancer - a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2022;16(2):155-162. doi:10.1080/17474124.2022.2027754
- Jiang J, Yu X, Geng G, Liu H.** PS01. 130: Video-assisted thoracoscope 3D and 2D mode comparative analysis for esophageal chest surgery. *Diseases of the Esophagus*. 2018;31(13).
- Li Z, Li JP, Qin X, et al.** Three-dimensional vs two-dimensional video assisted thoracoscopic esophagectomy for patients with esophageal

cancer. World Journal of Gastroenterology: WJG. 2015;21(37):10675.

9. **Dormand E, Banwell PE, Goodacre TE.** Radiotherapy and wound healing. Int Wound J. 2005; 2(2): 112-127. doi: 10.1111/j.1742-4801.2005.00079.x

10. **Arroyo-Hernández M, Maldonado F, Lozano-Ruiz F, Muñoz-Montaño W, Nuñez-Baez M, Arrieta O.** Radiation-induced lung injury: current evidence. BMC Pulmonary Medicine. 2021;21(1): 9. doi: 10.1186/s12890-020-01376-4

## ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HỌC VÀ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN 19-8

Nguyễn Thành Luân<sup>1</sup>, Lê Văn Thực<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phúc mạc ruột thừa là một biến chứng nặng của viêm ruột thừa cấp. Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa đã được ứng dụng khá phổ biến, tuy vậy vẫn cần tiếp tục đánh giá về tính an toàn và hiệu quả. **Đối tượng, phương pháp:** 40 bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa, được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ chuyển mổ là 2,4%, thời gian mổ trung bình  $65,9 \pm 20,257$  phút, thời gian có trung tiện trung bình  $1,72 \pm 0,857$  ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $6,54 \pm 1,745$  ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa an toàn, hiệu quả. **Từ khóa:** Viêm phúc mạc ruột thừa. Phẫu thuật nội soi

### SUMMARY

#### EVALUATION OF BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND EARLY RESULTS OF TREATMENT OF APPENDIX PERITONITIS WITH LAPAROSCOPIC SURGERY AT THE 19-8 HOSPITAL

**Background:** Appendicular peritonitis is a serious complication of appendicitis. Laparoscopic procedure had been applied routinely, but it is still in need to measure the efficiency and safety of laparoscopic surgery in treating appendicular peritonitis. **Patients and methods:** Retrospective, from 1-2023 to 9-2023 at hospital, 40 cases of appendicular peritonitis have been treated by laparoscopic approach. **Results:** Conversion rate was 11. 9%. Mean operative time was  $65,9 \pm 20,257$  minutes, mean time of flat us passage was  $1,72 \pm 0,857$  days. Mean hospital stay was  $6,54 \pm 1,745$  days. **Conclusion:** Laparoscopic surgery is safe and efficient option in appendicular peritonitis. **Keywords:** Appendicular peritonitis, Laparoscopic

<sup>1</sup>Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: drluanbv198@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) là biến chứng nặng, hay gặp của viêm ruột thừa cấp. Nguyên nhân do viêm ruột thừa cấp không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, vỡ mũ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc và dẫn đến nhiễm độc toàn thân nặng, thậm chí dẫn đến tử vong.

VPMRT là một thể viêm phúc mạc thứ phát, nên nguyên tắc điều trị là phẫu thuật càng sớm càng tốt. Phẫu thuật nhằm mục đích cắt ruột thừa, rửa và dẫn lưu ổ bụng. Trong vài thập niên trở lại đây với sự phát triển mạnh mẽ của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật nội soi điều trị VPMRT đã được áp dụng rộng rãi. Nhờ những ưu việt của nó so với mổ mở: bệnh nhân (BN) ít đau sau mổ, giảm đáng kể nhiễm khuẩn vết mổ, giảm ngày nằm điều trị sau mổ, hiệu quả của phẫu thuật nội soi điều trị VPMRT đã được khẳng định. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị các trường hợp VPMRT tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện 19-8. Qua đó góp phần khẳng định tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị VPMRT*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 40 bệnh nhân (BN), được chẩn đoán là VPMRT và đã được áp dụng phẫu thuật nội soi. Thời gian từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023. Loại trừ các trường hợp có chỉ định mổ mở ngay từ đầu. Những BN chống chỉ định với gây mê nội khí quản và có bơm hơi ổ bụng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang

**2.3. Kỹ thuật và điều trị sau mổ:** Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, trocar 10mm được đặt ở cạnh dưới rốn làm cổng camera, 1 trocar 10mm hố chậu trái, 1 trocar 5mm hạ vị