

tăng liên quan đến yếu tố gia đình, chế độ ăn, các thói quen có hại như hút thuốc lá/lười vận động hoặc liên quan các bệnh lý khác như tăng huyết áp, đái tháo đường. Kiểm soát LDL-C chính là mục tiêu điều trị nền tảng được khuyến cáo trong các hướng dẫn cập nhật điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 46 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có tuổi trung bình là $73,33 \pm 10,52$ tuổi, 82,6% là nam. Tỷ lệ RLCH lipid máu ở bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên là 84,8%, trong đó: RLCH lipid máu đơn thuần chiếm 28,3%; RLCH lipid máu kết hợp chiếm 56,5%. Tỷ lệ tăng cholesterol TP máu, triglycerid máu, HDL-C, LDL-C lần lượt là 28,3%; 56,5%; 60,9% và 56,5%. Tỷ lệ LDL-C $\geq 1,4$ mmol/l chiếm tỷ lệ cao: 95,7%, do vậy cần có chiến lược hợp lý để kiểm soát lipid máu và đạt đích LDL-C $< 1,4$ mmol ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên sau can thiệp mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robert B, Xavier R, Coughlan J, et al. Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC), European Heart Journal. 2023; 44(38):3720–3826.
2. Armitage J, Baigent, Barnes E, et al. Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration: Efficacy and safety of statin therapy in older

- people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials. Lancet (London, England). 2019; 393: 407-415.
3. Nguyễn Ngọc Quang, Đàm Trung Hiếu. Nghiên cứu rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân nhồi máu Cơ Tim cấp Có ST Chênh Lên tại Viện Tim mạch Việt Nam. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2018; 84: 254-258.
 4. Trần Thanh Bình và cộng sự. Rối loạn lipid máu trên bệnh nhân cao tuổi bị hội chứng vành cấp điều trị tại bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2018; 22(6): 50-53.
 5. Quách Tấn Đạt, Phạm Hòa Bình, Nguyễn Văn Tân. Thực trạng điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2021; 25(2): 140-146.
 6. Zamani B, Babapour B, Masoudi N. Change of LDL and HDL levels in patients with acute coronary syndrome on admission and 3 months after treatment. International Journal of Advances in Medicine. 2016; 3(1): 88-91.
 7. Nguyễn Vinh Trinh và cộng sự. Khảo sát tình hình điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2016.
 8. Phạm Thị Ngọc Nga, Huỳnh Quang Minh, Trần Linh Sơn và cộng sự. Nghiên cứu tình hình rối loạn lipid máu ở các bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm bộ mỡ máu tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022. 2023; 532(1): 134-138.
 9. Trần Đình Thoan, Lê Bạch Mai, Nguyễn Hồng Sơn. Thực trạng rối loạn chuyển hóa lipid máu ở người cao tuổi nông thôn Thái Bình. 2020; 16(5): 103-111.

PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BỤNG CẮT THỰC QUẢN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ KHÔNG CẦN MỞ BỤNG NHỎ

Lê Huy Lưu^{1,2}, Trần Văn Hiệp², Lê Ngọc Trung², Trần Quốc Hạnh², Huỳnh Quang Nghệ², Nguyễn Văn Chính^{1,2}, Lê Cao Phương Duy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật là phương pháp quan trọng và hiệu quả nhất trong điều trị ung thư thực quản còn cắt bỏ được. Hiện nay phẫu thuật ít xâm lấn đã dần thay thế cho mổ mở trong phẫu thuật cắt thực quản giúp hạn chế sang chấn, giảm biến chứng hô hấp, hồi phục nhanh và tăng hiệu quả thẩm mỹ. Kỹ thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo hạch và sử dụng dạ dày thay thế thực quản thường được áp dụng. Tuy nhiên, hầu hết các trung tâm phẫu thuật hiện nay đều cần một đường mổ nhỏ ở bụng để tạo

hình ống dạ dày và lấy bệnh phẩm. Nhằm giảm tối đa sự xâm hại, chúng ta có thể tạo hình ống dạ dày qua nội soi ổ bụng và sau đó kéo bệnh phẩm lên và lấy qua vết mổ ở cổ đồng thời thực hiện miêng nối tại đây. Với cách làm này chúng ta tránh được vết mổ ở bụng, hạn chế sang chấn phẫu thuật và cải thiện hiệu quả thẩm mỹ. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả kỹ thuật, đánh giá tính khả thi và an toàn của việc lấy bệnh phẩm qua vết mổ ở cổ trong phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản điều trị ung thư thực quản. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả kỹ thuật qua ca lâm sàng. **Bàn luận:** Bài viết bàn luận sâu hơn về quá trình phát triển của phẫu thuật cắt thực quản và các vấn đề của kỹ thuật lấy bệnh phẩm qua ngã cổ. **Kết luận:** Với việc điều chỉnh một số bước trong quy trình phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản điều trị ung thư thực quản như tạo hình ống dạ dày qua nội soi và lấy bệnh phẩm qua cổ không chỉ làm tăng các ưu điểm về tính ít xâm hại, tăng tính thẩm mỹ mà còn khiến cuộc mổ có thể trở nên thuận lợi hơn mà vẫn

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Lưu

Email: lehuyllu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024

đảm bảo tính an toàn của phẫu thuật.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, ống dạ dày, lấy bệnh phẩm qua cổ.

SUMMARY

INTRODUCTION OF A NEW SURGICAL TECHNIQUE: THORACOLAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER WITHOUT MINILAPAROTOMY

Introduction: Surgical treatment is the most important and effective therapy for resectable esophageal cancer. Currently, minimally invasive surgery has gradually replaced open surgery in esophagectomy, helping to limit surgical trauma, reduce respiratory complications, speed up recovery and improve cosmetic efficiency. Thoracoscopic esophagectomy, lymph node dissection and the use of gastric conduit replacement for the esophagus are commonly used. However, most surgical centers today use a minilaparotomy to construct a gastric conduit and to extract surgical specimens. In order to minimize the invasiveness, we can construct the gastric conduit under laparoscopy and then, a cervical incision can be made for extraction of surgical specimen and made anastomosis of the esophagus with the gastric conduit. Thus avoiding abdominal incision to decrease surgical trauma and improve the cosmetic effect. In this paper, we describe this technique and the focus on the technique's safety and feasibility. **Methods:** Clinical case-based technique description. **Discussion:** The paper also explores the developmental process of esophagectomy surgery and addresses issues related to the transhiatal specimen retrieval technique. **Conclusions:** The adjustment of certain steps in thoracoscopic esophagectomy for treating esophageal cancer, including laparoscopic gastric conduit construction and transhiatal specimen retrieval, not only enhances the benefits of minimally invasive and cosmetic aspects but also renders the surgical procedure more favorable in terms of safety.

Keywords: thoracoscopic esophagectomy, gastric conduit, cervical incision for extraction of specimen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là một trong số các bệnh ác tính phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong liên quan đến ung thư ở cả Việt Nam và trên thế giới. Điều trị ung thư thực quản cần sự phối hợp đa mô thức. Mặc dù có những tiến bộ vượt bậc trong hóa xạ trị và liệu pháp miễn dịch, tiên lượng của ung thư thực quản vẫn rất kém với tỷ lệ sống sót sau 5 năm thấp. Hiện tại, phẫu thuật vẫn là phương pháp quan trọng và hiệu quả nhất đối với ung thư thực quản. Cắt thực quản xâm lấn tối thiểu đã được phát triển để giảm chấn thương phẫu thuật và cải thiện kết quả sau phẫu thuật. Tuy nhiên, ngay cả với những phương pháp xâm lấn tối thiểu này, vết rạch ở bụng hoặc lồng ngực vẫn thường được các phẫu thuật viên sử dụng để tạo hình ống dạ dày và để lấy bệnh phẩm sau phẫu thuật cắt bỏ thực quản. Hầu hết

các trung tâm phẫu thuật thực quản lớn ở Việt Nam như Chợ Rẫy, Đại Học Y Dược, Việt Đức, Huế... đều mở nhỏ ở bụng để lấy bệnh phẩm ra và tạo hình ống dạ dày hoặc đại tràng (khi dùng đại tràng thay thế). Trong khi đó, ống dạ dày có thể được thực hiện bằng stapler qua nội soi ổ bụng, sau đó đẩy lên ngực và lòi qua vết mổ ở cổ để cắt và thực hiện miệng nối. Với cách này, chúng ta tránh được vết mổ ở bụng, giảm sang chấn phẫu thuật và cải thiện thẩm mỹ. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả cách tiếp cận này đồng thời nhấn mạnh tính khả thi và an toàn của kỹ thuật này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

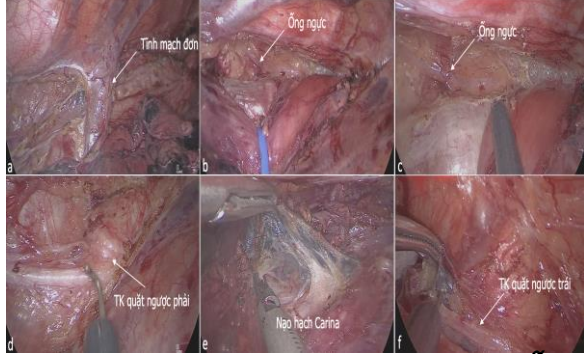
Mô tả kỹ thuật phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản điều trị ung thư không cần mở bụng nhỏ qua ca lâm sàng.

III. PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

Thì nội soi ngực: Bệnh nhân được đặt nội khí quản 2 nòng, nằm nghiêng trái, hơi sấp 30°, phổi phải của bệnh nhân được làm xẹp bằng cách kẹp ống bên phải và bơm CO₂ áp lực thấp (chỉ thông khí phổi trái trong thì nội soi ngực). Phẫu thuật viên và người phụ (camera) đứng phía trước bệnh nhân. Màn hình nội soi đặt ở phía đối diện (sau lưng và lệch về phía đầu bệnh nhân). Người phụ vén (nếu có) sẽ đứng sau lưng và lệch về phía chân bệnh nhân. Sử dụng 3 hoặc 4 trocar đặt vào khoang ngực phải (1 trocar 10 mm đặt ở liên sườn 6 đường nách giữa (camera), 1 trocar 5mm ở liên sườn 8 đường nách giữa và 1 trocar 12mm ở liên sườn 4 đường nách giữa để thao tác, 1 trocar 5mm ở khoang liên sườn 8 đường nách sau để phụ kéo vén (nếu cần).

Đưa camera vào quan sát và đánh giá khả năng cắt u. Tiến hành cắt dây chằng phổi dưới, mở màng phổi trung thất phía trước từ cơ hoành dọc theo màng tim, phế quản phải và dọc theo khí quản, phía sau dọc theo bờ trước tĩnh mạch đơn, động mạch chủ ngực, hai đường rạch gặp nhau ở đỉnh lồng ngực và trên cơ hoành. Phẫu thuật tích, kẹp và cắt quai tĩnh mạch đơn (hình 1a), động mạch phế quản phải. Tiếp tục phẫu thuật bóc tách thực quản, cẩn thận kẹp clip các mạch máu của thực quản, nạo vét hạch trung thất quanh thực quản, hạch dưới chỗ chia khí phế quản thành một khối (hình 1e). Khi phẫu thuật bên trái thực quản, sử dụng dải lụa hoặc cao su vòng qua thực quản kéo sang phải để bộc lộ phẫu trường rõ ràng, tránh tổn thương ống ngực (hình 1b, 1c). Lưu ý khi phẫu thuật hạch dọc khí quản 2 bên phải hết sức cẩn thận để tránh làm tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh

quản (hình 1d, 1f). Kết thúc thì nội soi lồng ngực, 1 ống dẫn lưu màng phổi được đặt qua lỗ trocar liên sườn 6, cho nở phổi và khâu các lỗ trocar thành ngực.

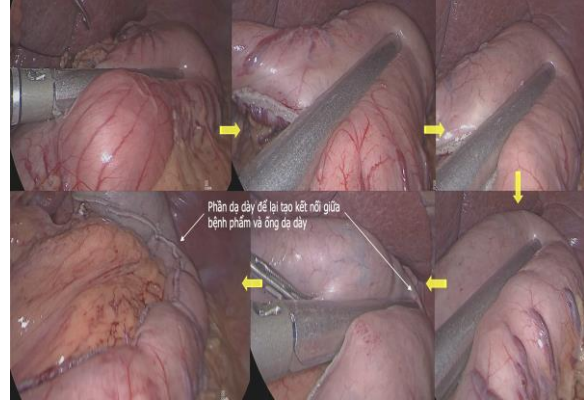


Hình 1. Một số hình ảnh trong thì phẫu thuật nội soi lồng ngực

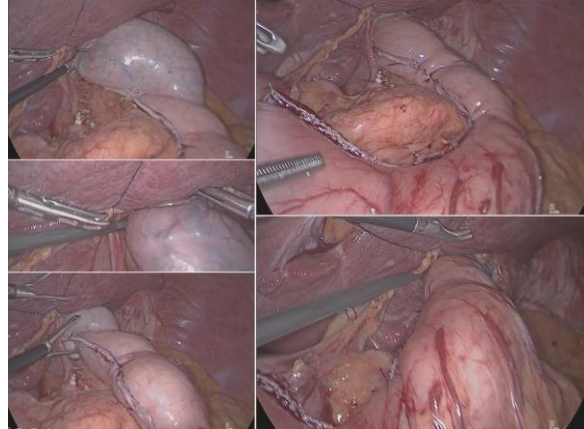
Thì nội soi bụng: Bệnh nhân được chuyển sang tư thế nằm ngửa, 2 chân dang, thông khí lại cả 2 bên phổi. Máy nội soi đặt ở vai trái người bệnh (khi chỉ có 1 màn hình). Phẫu thuật viên đứng bên phải, người phụ cầm camera đứng giữa 2 chân, người phụ kéo vền đứng bên trái người bệnh. Chúng tôi đặt 5 trocar, trong đó trocar 10mm ở rốn (camera), trocar 12mm đặt ở ngang rốn đường trung đòn phải, trocar 5mm ở dưới sườn phải và 2 trocar 5mm khác đặt đối xứng ở bên trái. Gan trái được treo lên thành bụng trước bằng chỉ. Dạ dày được giải phóng bắt đầu từ bờ cong lớn bằng cách cắt dây chằng vị đại tràng, vị lách, vị hoành (nạo hạch nhóm 2) và tách thực quản khỏi trụ hoành trái. Chú ý bảo tồn nguyên vẹn bó mạch vị mạc nối phải và cung mạch vị mạc nối dọc bờ cong lớn. Tiếp tục cắt mạc nối nhỏ tiếp cận giải phóng bờ cong nhỏ dạ dày, bảo tồn bó mạch vị phải, sau đó lần lượt nạo hạch nhóm 8a, 9, 11p, 11d, kẹp cắt bó mạch vị trái và nạo hạch nhóm 7, tách dạ dày khỏi thành bụng sau và trụ hoành phải (nạo hạch nhóm 1, 3) để giải phóng hoàn toàn dạ dày và thực quản bụng khỏi khe hoành.

Dùng stapler nội soi tạo hình ống dạ dày, stapler đầu tiên bắt đầu từ góc bờ cong nhỏ, các stapler tiếp theo hướng lên đỉnh phình vị, song song và cách bờ cong lớn 4-5cm. Việc tạo hình ống dạ dày thường cần sử dụng 5 băng đạn stapler 60mm, các vị trí giao tiếp giữa các stapler được khâu tăng cường bằng chỉ đơn sợi 4.0. Stapler cuối cùng chừa lại 1 phần dạ dày ở phình vị khoảng 2-3cm, nhờ vậy nên phần cắt bỏ không bị cắt rời khỏi ống dạ dày mà vẫn còn nối với nhau ở phần để lại này (hình 2). Sau đó phần tâm phình vị và một phần ống dạ dày được đẩy lên lồng ngực qua khe hoành (hình 3). Khi kéo

bệnh phẩm qua cổ, chúng tôi tiếp tục quan sát và kiểm soát sự di chuyển của phần còn lại của ống dạ dày lên lồng ngực. Trong thì này chúng tôi có thể xem xét việc mở hồng tràng nuôi ăn hoặc không tùy tình trạng dinh dưỡng của người bệnh cũng như nguy cơ của cuộc mổ. Kết thúc thì bụng bằng việc đóng lại các lỗ trocar và không đặt dẫn lưu bụng.

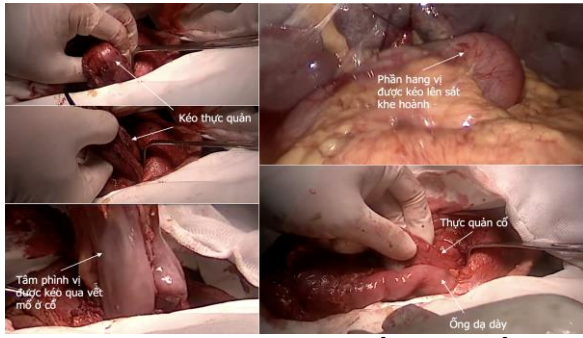


Hình 2. Tạo hình ống dạ dày qua nội soi



Hình 3. Đẩy dạ dày lên ngực

Thì cổ trái: Rạch da hình chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm trái hướng vào hõm ức. Tách dưới cơ bám da, phẫu tích và vén cơ ức đòn chũm sang bên và vén cơ vai móng lên trên. Tiếp tục cắt tĩnh mạch giáp giữa, động mạch giáp dưới và đi vào khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để phẫu tích bờ trái thực quản. Phẫu tích tách thực quản khỏi cột sống ở phía sau và khí quản ở phía trước. Lưu ý tránh làm tổn thương thần kinh quặt ngược, đặc biệt là khi phẫu tích bờ phải thực quản. Luồn một ống thông Nelaton nhỏ qua thực quản để kéo lên, sau đó dùng tay tiếp tục kéo toàn bộ thực quản ngực, tâm phình vị và ống dạ dày qua vết mổ ở cổ. Khi kéo cần quan sát giữ đúng hướng giải phẫu đồng thời phối hợp nội soi quan sát sự di chuyển của ống dạ dày từ bụng lên ngực (hình 4).



Hình 4. Kéo bệnh phẩm qua cổ

Ống dạ dày và thực quản cổ được cắt để lấy bỏ bệnh phẩm, vị trí cắt đảm bảo an toàn về mặt ung thư học lẫn tưới máu mô. Miệng nối giữa thực quản cổ và ống dạ dày được thực hiện bằng stapler hoặc khâu nối bằng tay. Chúng tôi không chủ trương đặt Levin và dẫn lưu ở cổ. Kết thúc phẫu thuật bệnh nhân chỉ có 1 vết mổ ở cổ, vùng bụng và ngực chỉ là các vết đặt trocar (hình 5). Ngoài 1 dẫn lưu ở khoang màng phổi phải thì bệnh nhân không phải đặt thêm dẫn lưu nào khác ở bụng và cổ (có thể có ống mở hồng tràng nuôi ăn).



Hình 5. Bệnh phẩm và vết mổ ở 3 phẫu trường

IV. BÀN LUẬN

4.1. Quá trình phát triển kỹ thuật cắt thực quản. Trong vài thập kỷ trở lại đây, phẫu thuật điều trị ung thư thực quản đã có nhiều tiến bộ với tỷ lệ tỷ vong và biến chứng sau mổ giảm rõ rệt, tuy nhiên hầu hết các phương pháp mổ đều để lại những sang chấn nặng nề với 2-3 đường mổ (ngực-bụng, ngực-bụng-cổ). Có thể kể một số kỹ thuật phổ biến sau đây:

- Cắt thực quản theo Ivor Lewis (cắt thực quản qua 2 đường ngực bụng với miệng nối trong lồng ngực). Đây là phẫu thuật cắt phần giữa và dưới thực quản qua đường ngực phải và bụng với miệng nối được thực hiện trong ngực giữa thực quản ngực và ống dạ dày.

- Cắt thực quản không mở ngực theo Orringer với miệng nối ở cổ. Đây là phẫu thuật cắt gần toàn bộ thực quản bằng cách phẫu tích qua khe hoành thực quản qua đường bụng kết

hợp phẫu tích từ cổ mà không cần mở ngực. Ống dạ dày được nối với thực quản cổ qua đường mở cổ.

- Cắt thực quản 3 thì theo Mc Keown. Đây là phẫu thuật cắt gần toàn bộ thực quản (chủ yếu là thực quản ngực) qua đường ngực phải, bụng và cổ với miệng nối được thực hiện ở cổ giữa thực quản cổ và ống dạ dày.

Do việc hạn chế kiểm soát phẫu trường trong lồng ngực cũng như không thể nạo hạch trung thất nên kỹ thuật Orringer hiện không được khuyến cáo áp dụng cắt thực quản cho ung thư. Kỹ thuật Ivor Lewis cũng ít được áp dụng do hậu quả nặng nề nếu miệng nối trong lồng ngực khi xảy ra xì dò. Phổ biến nhất hiện nay là kỹ thuật Mc Keown.

Từ những năm cuối thế kỷ 20 phẫu thuật nội soi đã được áp dụng để điều trị ung thư thực quản với các kỹ thuật tương tự như mổ mở. Trong đó phẫu thuật nội soi ngực bụng với miệng nối cổ là kỹ thuật thường được áp dụng nhất. Các kết quả sớm đều khẳng định phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở cả về tính ít xâm hại, ít tai biến, biến chứng, sự hồi phục nhanh, tính thẩm mỹ thậm chí cả khía cạnh ung thư học (do khả năng nạo hạch được nhiều hơn).

Tuy nhiên, dù phẫu thuật nội soi cắt thực quản đã được áp dụng khá phổ biến trên thế giới cũng như trong nước, nhưng dù áp dụng kỹ thuật nào thì hầu hết các phẫu thuật viên đều cần thêm vết mổ ở ngực hoặc bụng để lấy bệnh phẩm và tạo hình ống dạ dày hoặc đại tràng để thay thế thực quản^(1, 2). Với sự hiện diện vết mổ như vậy không chỉ khiến kỹ thuật nội soi không được trọn vẹn mà bản thân vết mổ đó cũng đem đến một số bất lợi. Ngoài một số nhược điểm hiện nhiên như đau, hạn chế cử động, kém thẩm mỹ... thì vết mổ ở bụng cũng dễ nhiễm trùng, đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc béo phì, làm chậm quá trình lành vết thương và tăng tỷ lệ biến chứng. Ngược lại, vết mổ ở cổ ít nhiễm trùng hơn, ít đau hơn và nhanh lành hơn do vị trí giải phẫu, ít mỡ và giàu mạch máu. Hơn nữa, dù có lấy hay không lấy bệnh phẩm thì vẫn có vết mổ ở cổ với kích thước không thay đổi.

4.2. Vấn đề của lấy bệnh phẩm qua cổ.

Những người ủng hộ làm ống dạ dày ngoài cơ thể tin rằng việc bản stapler ngoài cơ thể đảm bảo được giới hạn an toàn với khối u và kiểm soát tốt kích thước thích hợp của ống dạ dày, làm giảm tỷ lệ thất bại của việc tạo hình. Ngoài ra, việc dùng tay chủ động kéo căng nhẹ nhàng dạ dày trong khi bấm kim sẽ giúp tối đa hóa chiều dài ống dẫn và tránh tình trạng ống dẫn bị ngắn. Điều này làm giảm thiểu sức căng của ống

dạ dày khi nó được đưa đến cổ và giảm tỷ lệ xì rò miệng nối⁽³⁾. Cũng có người thì lại nhấn mạnh việc tiết kiệm chi phí vì tạo hình ống dạ dày bằng stapler mở mở rẻ hơn stapler nội soi. Thực tế khi tiến hành tạo hình ống dạ dày qua nội soi, chúng tôi hoàn toàn không gặp những khó khăn như một số tác giả lo ngại, thậm chí là thao tác khá dễ dàng và ống dạ dày được tạo ra rất dài, kéo lên cổ rất thoải mái và có phần dài hơn so với khi chúng tôi tạo hình ngoài cơ thể trước đây. Việc sử dụng các stapler có thể điều chỉnh góc cũng góp phần làm cho việc tạo hình ống dạ dày nội soi thuận lợi hơn.

Việc tạo hình ống dạ dày qua nội soi cũng đã được nhiều tác giả báo cáo. Có tác giả thực hiện kỹ thuật Ivor Levis nội soi, tạo hình ống dạ dày qua nội soi rồi đẩy lên ngực, nhưng bệnh phẩm lại phải lấy qua đường mở nhỏ ở ngực^(1, 4). Luketich thực hiện tạo hình ống dạ dày qua nội soi và lấy bệnh phẩm qua đường cổ nhưng tác giả cắt rời hoàn toàn bệnh phẩm khỏi ống dạ dày rồi sau đó mới khâu dính đỉnh ống dạ dày với bệnh phẩm để kéo lên cổ^(5, 6). Việc này có một số nhược điểm và làm kéo dài thời gian mổ do phải thực hiện thêm các mũi khâu. Hơn nữa, các mũi khâu có thể không đủ chắc, có thể bị bung ra trong quá trình kéo lên cổ, lực kéo cũng làm tổn thương thành ống dạ dày tại các vị trí khâu.

Chúng tôi cải biến bằng cách không cắt rời ống dạ dày mà bảo tồn một phần thành dạ dày ở phình vị khoảng 2-3cm, phần bảo tồn này tạo ra một sự liên kết đủ chắc giữa phần bệnh phẩm và ống dạ dày. Nhờ đó, chúng ta không lo ngại bị đứt rời khi kéo lên cổ. Ngoài ra, lực kéo có thể được phân bố đều hơn, hạn chế gây tổn thương cục bộ trên ống dạ dày. Cuối cùng và quan trọng nhất, đây là một phương pháp tạo hình ống thông dạ dày đơn giản, thuận lợi cho việc kéo ống thông dạ dày lên cổ. Không mất thời gian khâu cột, tránh việc xoắn ống dạ dày trong quá trình kéo vì được định hình nguyên cấu trúc giải phẫu. Cũng với nguyên tắc này, tác giả Wang đã mô tả một kỹ thuật tương tự công bố năm 2013, tuy nhiên ông cắt rời một phần dạ dày phía bờ cong nhỏ và lấy qua bụng⁽⁷⁾. Gần đây tác giả Zhi-Hao báo cáo kỹ thuật tương tự chúng tôi⁽⁸⁾.

Một vấn đề cần quan tâm đó là đỉnh của lồng ngực được giới hạn của khung xương nên có thể lỗ trên lồng ngực khá nhỏ. Bệnh phẩm có thể bị kẹt hoặc nguy cơ rơi vãi mô bệnh phẩm (hạch) vào trong lồng ngực trong quá trình kéo. Tuy nhiên, các hướng dẫn hiện nay khuyến cáo mổ ung thư ở giai đoạn sớm hoặc u đã được giảm giai đoạn sau khi hóa xạ trị tân hỗ trợ cho nên ít có nguy cơ bệnh phẩm bị kẹt, thêm nữa là

người bệnh ung thư thực quản thường gầy nên lỗ trên lồng ngực ít bị làm hẹp thêm bởi mô mềm. Về việc lo ngại rơi vãi mô, chúng ta có thể chủ động cắt riêng các mô có nguy cơ rơi rụng bỏ vào bao và kéo riêng ra ngoài trước khi lòi thực quản (cũng qua lỗ cổ). Một lưu ý nữa là, dù lấy bệnh phẩm qua bụng hay qua cổ thì đều có nguy cơ tạng kéo lên có thể vướng vào clip hoặc hemolok kẹp mỏm cắt của tĩnh mạch đơn, có thể bung ra gây chảy máu ồ ạt. Để hạn chế nguy cơ này thì việc cắt tĩnh mạch đơn nên khâu cột hoặc sử dụng stapler.

V. KẾT LUẬN

Với việc điều chỉnh một số bước trong quy trình phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản điều trị ung thư thực quản như tạo hình ống dạ dày qua nội soi và lấy bệnh phẩm qua cổ không chỉ làm tăng các ưu điểm về tính ít xâm hại, tăng tính thẩm mỹ mà còn khiến cuộc mổ có thể trở nên thuận lợi hơn mà vẫn đảm bảo tính an toàn của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bonavina L, Asti E, Sironi A, Bernardi D, Aiolfi A.** Hybrid and total minimally invasive esophagectomy: how I do it. *J Thorac Dis.* 2017;9 (Suppl 8): S761-S772. doi: 10.21037/ jtd. 2017.06.55
- Braghetto IM, Burdiles PP, Korn OB.** Esophagectomy and laparoscopic gastric mobilization with minilaparotomy for tubulization and esophageal replacement. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2001;11(2):119-125.
- Crenshaw GD, Shankar SS, Brown RE, Abbas AE, Bolton JS.** Extracorporeal gastric stapling reduces the incidence of gastric conduit failure after minimally invasive esophagectomy. *Am Surg.* 2010;76(8):823-828.
- Predina JD, Morse CR.** Minimally invasive esophagectomy and its current role in esophageal cancer. *Minerva Chir.* 2014;69(6):363-370.
- Luketich JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO, et al.** Minimally invasive esophagectomy: outcomes in 222 patients. *Ann Surg.* 2003;238(4): 486-495. doi: 10.1097/ 01.sla. 0000089858. 40725.68
- Perry Y, Fernando HC, Buenaventura PO, Christie NA, Luketich JD.** Minimally invasive esophagectomy in the elderly. *JSLs.* 2002;6(4):299-304.
- Wang BY, Tsao LC, Cheng CY, Lin CH, Shih CS, Liu CC.** Experiences with a simple laparoscopic gastric tube construction. *J Cardiothorac Surg.* 2013;8:14. Published 2013 Jan 17. doi:10.1186/1749-8090-8-14
- Hu ZH, Li RX, Wang JT, et al.** Thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer with a cervical incision to extract specimen. *Asian J Surg.* 2023;46(1):348-353. doi:10.1016/j.asjsur.2022.04.073