

- Đức. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2010.
8. **Guangming Zhang, Rongsheng Hu, Shenglong Ding.** Morphological Investigation Of the Minor Posterior Malleolar Fragment Of The Ankle. *EC Orthopaedics.* 2018; 9(5): 293-299.
9. **Zaghloul A, Haddad B, Barksfield R, et al.** Early complications of surgery in operative treatment of ankle fractures in those over 60: a review of 186 cases. *Injury.* 2014; 45(4): 780-783. doi: 10.1016/i.injury.2013.11.008
10. **YongWu, Qi-Fei He, Liang-Peng Lai, et al.** Functional Outcome of Pronation-External Rotation-Weber C Ankle Fractures with Supracollicular Medial Malleolar Fracture Treated with or without Syndesmotomic Screws: A Retrospective Comparative Cohort Study. *Chin Med J (Engl).* 2018; 131(21): 2551-2557. doi: 10.4103/0366-6999.244112

BIẾN CHỨNG HÔ HẤP SAU PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN

Nguyễn Văn Tiệp¹, Thái Khắc Thảo¹,
Nguyễn Trọng Hòe¹, Nguyễn Quang Nam¹

TÓM TẮT

Biến chứng hô hấp sau phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt thực quản triệt căn điều trị ung thư thực quản là một trong những biến chứng hay gặp nhất, làm tăng tỉ lệ tử vong trong bệnh viện. Có nhiều yếu tố trước và trong mổ được dự đoán có liên quan đến biến chứng hô hấp sau phẫu thuật, tuy nhiên mối liên quan này vẫn chưa rõ ràng. **Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm biến chứng hô hấp sau phẫu thuật cắt thực quản, phương pháp điều trị, và một số yếu tố liên quan đến các biến chứng đó. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu + tiền cứu, 113 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư thực quản bằng giải phẫu bệnh được phẫu thuật nội soi cắt thực quản triệt căn tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ 02/2010 đến 8/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 54,8 ± 8,6 (32-75). Nam: 97,3%, nữ: 2,7%. Biến chứng hô hấp: 31 bệnh nhân (27,4%) trong đó: viêm phổi 11 bệnh nhân (9,7%); viêm phổi + tràn khí màng phổi 1 bệnh nhân (0,9%); tràn dịch màng phổi 15 bệnh nhân (13,3%); viêm mú màng phổi 2 bệnh nhân (1,8%); rò khí quản – thực quản 1 bệnh nhân (0,9%); tràn khí khoang màng phổi 1 bệnh nhân (0,9%). Trong số 31 bệnh nhân gặp biến chứng, có 1 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật (3,2%); 30 bệnh nhân được điều trị bằng nội khoa (96,8%). Các yếu tố: chức năng hô hấp trước phẫu thuật, BMI, thời gian phẫu thuật là những yếu tố có ý nghĩa liên quan đến biến chứng hô hấp. **Kết luận:** Biến chứng hô hấp hay gặp nhất sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản điều trị ung thư thực quản là viêm phổi và tràn dịch màng phổi. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng hô hấp bao gồm chức năng hô hấp trước phẫu thuật, BMI, thời gian phẫu thuật. **Từ khóa:** Ung thư thực quản, biến chứng hô hấp, cắt thực quản.

SUMMARY

PULMONARY COMPLICATIONS AFTER THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER

Pulmonary complications after thoracoscopic esophagectomy for patients with esophageal cancer is common and serious complication and have been correlated with prolonged hospital stays and inhospital mortality. There are many preoperative and intraoperative factors that are predicted to be associated with this complications, but this associations remains unclear. **Objective:** Describe respiratory complications after esophagectomy and treatment methods, some factors associating with those complications. **Materials and methods:** descriptive research, retrospective and prospective. 113 patients with definitive diagnosis of esophageal cancer by pathology underwent esophagectomy at 103 Military Hospital from February 2010 to August 2023. **Results:** The mean age was 54.8 ± 8.6 (32-75). male: 97.3%, female: 2.7%. Respiratory complications: 31 patients (27.4%) of which: pneumonia 11 patients (9.7%); pneumonia + pneumothorax 1 patient (0.9%); pleural effusion 15 patients (13.3%); Pleural empyema 2 patients (1.8%); tracheo-oesophageal fistula in 1 patient (0.9%); pneumothorax in 1 patient (0.9%). Some factors related to respiratory complications after surgery were statistically significant, including preoperative respiratory function, BMI and surgery time. **Conclusion:** The most common respiratory complications after thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer are pneumonia and pleural effusion. Some factors related to respiratory complications include preoperative respiratory function, BMI and surgery time.

Keywords: esophageal cancer, esophagectomy, pulmonary complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ sáu trong các loại ung thư và tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng

¹Học viện Quân y, Bệnh viện Quân y 103
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tiệp
Email: chiductam@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024
Ngày duyệt bài: 25.4.2024

[1]. Bệnh nhân ung thư thực quản với khối u phát triển tại chỗ, phẫu thuật triệt căn kết hợp hóa xạ trị tân bổ trợ vẫn là phương pháp hiệu quả nhất để kéo dài thời gian sống thêm. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt thực quản triệt căn là phẫu thuật phức tạp nặng cả mặt kỹ thuật lẫn mặt gây mê hồi sức. Tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong sau phẫu thuật vẫn cao. Theo tác giả Phạm Đức Huấn, Triệu Triệu Dương tỷ lệ tử vong của phẫu thuật từ 1,4 – 8,3% [2], [3]. Trong các biến chứng sau phẫu thuật thì biến chứng hô hấp là biến chứng hay gặp nhất. Tỷ lệ gặp biến chứng hô hấp sau phẫu thuật cắt thực quản khoảng 30% [4]. Suy hô hấp do biến chứng hô hấp sau phẫu thuật là nguyên nhân chính gây tử vong sau phẫu thuật cắt thực quản. Một số yếu tố được dự đoán có liên quan đến biến chứng hô hấp sau phẫu thuật cắt thực quản như tuổi, BMI, chức năng hô hấp trước phẫu thuật, các phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, thời gian phẫu thuật... Nhiều phương pháp đã được thực hiện nhằm hạn chế, điều trị những biến chứng hô hấp sau phẫu thuật cắt thực quản. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm mô tả các đặc điểm biến chứng hô hấp sau phẫu thuật cắt thực quản, phương pháp điều trị, và một số yếu tố liên quan đến các biến chứng đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

113 bệnh nhân được xác định chẩn đoán ung thư thực quản bằng giải phẫu bệnh, phẫu thuật cắt thực quản triệt căn tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ 02/2010 đến 8/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTQ ngực bằng giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô.
- Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thực quản triệt căn cho giai đoạn cT1b-cT2, N0 hoặc cT1b-cT2, N+ hoặc T3-T4a, N bất kỳ sau khi hóa xạ trị tiền phẫu.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ, đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu đặt ra từ đầu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân phẫu thuật cắt thực quản không do ung thư biểu mô hoặc không do ung thư.
- Bệnh nhân cắt thực quản không triệt căn.
- Bệnh nhân có tiền sử cắt dạ dày.
- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

Bảng 1: Biến chứng hô hấp liên quan với một số đặc điểm trước mổ

Biến số	Biến chứng hô hấp			p
	Tổng chung	Có (n = 31)	Không (n = 82)	
Đặc điểm bệnh nhân				

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Viêm phổi được chẩn đoán: khi bệnh nhân có biểu hiện sốt, số lượng bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao và có hình ảnh của thâm nhiễm phổi mới trên X-quang hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Các tổn thương tràn khí, tràn dịch, viêm màng phổi được chẩn đoán dựa vào X-quang hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Rò khí quản được phát hiện thông qua nội soi phế quản. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm 1 bao gồm những bệnh nhân có biến chứng phổi (n = 31), và nhóm 2 bao gồm những bệnh nhân không có biến chứng phổi (n = 82), chúng tôi thu thập các yếu tố về mặt đặc điểm tiền sử và thể trạng bệnh nhân trước mổ, các xét nghiệm quan trọng, các yếu tố trong quá trình phẫu thuật và kết quả điều trị ở cả 2 nhóm. Các yếu tố được ghi lại nhằm đánh giá mối liên quan với biến chứng hô hấp sau phẫu thuật được phân thành 2 nhóm chính là nhóm các yếu tố trước phẫu thuật (bảng 1) và nhóm các yếu tố trong và sau phẫu thuật (bảng 3). Có tổng cộng 6 loại biến chứng hô hấp được ghi nhận bao gồm: viêm phổi, viêm phổi kết hợp tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, viêm màng phổi, tràn khí khoang màng phổi, rò khí quản.

Có 4 nhóm phương pháp để xử lý các biến chứng hô hấp bao gồm điều trị nội khoa, chọc hút khoang màng phổi, dẫn lưu khoang màng phổi và phẫu thuật.

2.3. Xử trí số liệu. Các số liệu được tập hợp, xử lý trên phần mềm SPSS và Excel với các thuật toán thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Thông tin về bệnh tật của bệnh nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

113 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thực quản điều trị ung thư thực quản đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 54,8 ± 8,6 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 32 tuổi, bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 75 tuổi. Tỷ lệ nam giới là 97,3%, tỷ lệ nữ giới là 2,7%. Có 31 bệnh nhân có biến chứng hô hấp chiếm 27,4%.

Tuổi	54,8 ± 8,6	55,8 ± 8,4	54,4 ± 8,6	0,41
Nam	110 (97,3%)	30 (96,8%)	80 (97,6%)	1,0
Nữ	3 (2,7%)	1 (3,2%)	2 (2,4%)	0,8
BMI	19,7 ± 3,4	20,4 ± 3,2	19,4 ± 3,4	0,04
Tiền sử				
Bệnh lý hô hấp mạn tính	16 (14,2%)	6 (19,4%)	10 (12,2%)	0,36
Hút thuốc lá, thuốc lào	55 (48,7%)	16 (51,6%)	39 (47,6%)	0,80
Uống rượu nhiều	66 (58,4%)	19 (61,3%)	47 (57,3%)	0,80
Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ theo thang điểm ASA				
ASA = 2	79 (69,9%)	19 (61,3%)	60 (73,2%)	0,21
ASA = 3	34 (30,1%)	12 (38,7%)	22 (26,8%)	
Đo chức năng hô hấp trước mổ				
Bình thường	82 (72,6%)	20 (64,5%)	62 (75,6%)	0,03
Rối loạn thông khí tắc nghẽn	24 (21,2%)	9 (29,0%)	15 (18,3%)	
Rối loạn thông khí hạn chế	3 (2,7%)	2 (6,5%)	1 (1,2%)	
Rối loạn thông khí hỗn hợp	4 (3,5%)	0 (0%)	4 (4,9%)	

Nhận xét: Chỉ số BMI và chức năng hô hấp trước phẫu thuật có liên quan đến biến chứng hô hấp sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 2. Các loại biến chứng hô hấp

Tên biến chứng hô hấp	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Viêm phổi	11	9,7
Viêm phổi + tràn khí màng phổi	1	0,9
Tràn dịch màng phổi	15	13,3
Viêm mũ màng phổi	2	1,8
Rò khí quản	1	0,9
Tràn khí khoang màng phổi	1	0,9
Biến chứng hô hấp chung	31	27,4

Nhận xét: Biến chứng hô hấp hay gặp nhất sau phẫu thuật cắt thực quản điều trị ung thư thực quản là viêm phổi với tỷ lệ 13,3%, tiếp theo là viêm phổi với 9,7%.

Bảng 3: Biến chứng hô hấp liên quan với một số đặc điểm trong và sau mổ

Biến số	Biến chứng hô hấp			P
	Tổng số	Có (n = 31)	Không (n = 82)	
Yếu tố trong mổ				
Tổng thời gian phẫu thuật (phút)	287±62	302±68	281±58	0,04
Thời gian phẫu thuật thì ngực (phút)	120±36	128±39	117±35	0,16
T1a	3 (2,7%)	2 (6,5%)	1 (1,2%)	0,54
T1b	5 (4,4%)	1 (3,2%)	4 (4,9%)	
T2	28 (24,8%)	6 (19,4%)	22 (26,8%)	
T3	64 (56,6%)	18 (58,1%)	46 (56,1%)	
T4a	13 (11,5%)	4 (12,9%)	9 (11,0%)	0,36
Thì bụng nội soi hoàn toàn	5 (4,4%)	0 (0%)	5 (6,1%)	
Thì bụng nội soi hỗ trợ	90 (79,6%)	27 (87,1%)	63 (76,8%)	
Thì bụng mổ mở	18 (16,0%)	4 (12,9%)	14 (17,1%)	
Yếu tố sau mổ				
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	14,5±6,5	17,6±9,3	13,4±4,5	0,02
Thời gian nằm ICU (ngày)	1,5±0,5	1,8±0,37	1,2±0,41	0,01
Thời gian rút DL khoang màng phổi (ngày)	5,4±2,2	6,3±2,6	5,1±2,0	0,15
Rò miệng nổi	13 (11,5%)	5 (16,1%)	8 (9,8%)	0,34
Rò dưỡng chấp	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	1,0
Tổn thương thần kinh quặt ngược	15 (13,3%)	6 (19,4%)	9 (11,0)	0,35
Tử vong	2 (1,8%)	1 (3,2%)	1 (1,2%)	0,47

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật có liên quan đến biến chứng hô hấp có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Biến chứng hô hấp liên quan đến thời gian nằm viện và thời gian nằm ICU sau mổ có ý nghĩa

thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 4: Phương pháp điều trị

Tên biến chứng hô hấp	Phương pháp điều trị			
	Điều trị nội khoa	Dẫn lưu khoang màng phổi	Chọc hút dịch khoang màng phổi	Phẫu thuật
Viêm phổi	11	0	0	0
Viêm phổi + tràn khí màng phổi	0	1	0	0
Tràn dịch màng phổi	0	0	15	0
Viêm mũ màng phổi	0	2	0	0
Tràn khí khoang màng phổi	0	1	0	
Rò khí quản – thực quản	0	0	0	1
Tổng số	11	4	15	1

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân có biến chứng hô hấp đều được điều trị bằng chọc hút dịch khoang màng phổi và điều trị nội khoa với lần lượt 15 và 11 trường hợp bệnh nhân, có 4 trường hợp được điều trị bằng dẫn lưu khoang màng phổi và chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân được điều trị phẫu thuật là bệnh nhân bị rò thực quản – khí quản.

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng hô hấp là biến chứng hay gặp và nặng nhất sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản triệt căn điều trị ung thư thực quản và cũng là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong sau mổ. Trong tổng số 113 bệnh nhân tham gia nghiên cứu: có 31 bệnh nhân có biến chứng hô hấp chiếm tỷ lệ 27,4%. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Christopher E. (2002) [4] với tỷ lệ biến chứng hô hấp là 30%; cao hơn nghiên cứu của tác giả Simon Law (2004): 15,9% [5]. Naoya Yoshida (2013): 17,7% [6]. Trong số các biến chứng hô hấp, chúng tôi nhận thấy tràn dịch màng phổi và viêm phổi là 2 biến chứng hay gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 13,3 và 9,7%. Naoya Yoshida (2013) cũng cho thấy viêm phổi là biến chứng hay gặp nhất với tỷ lệ 8,7% [6]. Ngoài các biến chứng trên, một số biến chứng hô hấp khác trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm: Viêm phổi + tràn khí màng phổi 1 bệnh nhân (0,9%); Viêm mũ màng phổi 1 bệnh nhân (0,9%); Rò khí quản 2 bệnh nhân (1,8%); tràn khí khoang màng phổi 1 bệnh nhân (0,9%). Để hạn chế các biến chứng này trước phẫu thuật chúng tôi thường cho bệnh nhân tập thở, nuôi dưỡng tích cực, dùng kháng sinh mạnh trong và sau mổ, đặt dẫn lưu hút khoang màng phổi vô trùng, kín, một chiều và rút sớm dẫn lưu khoang màng phổi khi chụp kiểm tra khoang màng phổi hết dịch và khí. Tác giả Teus J Weijs và đồng nghiệp đưa ra một số biện pháp nhằm hạn chế biến chứng hô hấp sau mổ bao gồm phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, chế độ dinh dưỡng, hỗ trợ hô

hấp, hóa xạ trị tân bổ trợ...[7]

Biến chứng hô hấp gây nên những hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi biến chứng hô hấp là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến 1 bệnh nhân tử vong, trong đó có 1 bệnh nhân do biến chứng viêm phổi 2 bên. Đây là bệnh nhân nam 40 tuổi, tiền sử hút thuốc, uống rượu nhiều, thể trạng gầy, biểu hiện nuốt nghẹn 3 tháng, đánh giá giai đoạn T3N0M0 qua CLVT, nội soi. Thời gian phẫu thuật 330 phút không có tai biến trong phẫu thuật, sau phẫu thuật được rút ống nội khí quản giờ thứ 17. Sau 3 ngày biểu hiện suy hô hấp, chụp phim XQ thấy tràn khí KMP bên phải sau đó biểu hiện sốt 38-38,5 độ, chụp lại CLVT thấy viêm phổi 2 bên, tràn khí - tràn dịch 2 bên bệnh nhân diễn biến xấu dần và tử vong ở ngày thứ 8 sau phẫu thuật.

Tùy thuộc vào biến chứng hô hấp sau mổ sẽ có phương pháp xử trí khác nhau. Tất cả bệnh nhân có biến chứng tràn dịch khoang màng phổi trong nghiên cứu đều được chúng tôi điều trị bằng phương pháp chọc hút khoang màng phổi. Tùy thuộc vào mức độ tràn dịch, mức độ tái lập và triệu chứng lâm sàng mà số lần chọc là khác nhau. Những bệnh nhân có biến chứng viêm phổi đều được điều trị nội khoa, những trường hợp nhẹ sẽ được điều trị tại khoa lâm sàng bằng kháng sinh, khí dung, hỗ trợ hô hấp kết hợp theo dõi diễn biến lâm sàng và chụp lại X-quang ngực để đánh giá tổn thương. Những trường hợp viêm phổi nặng cần chuyển xuống ICU để thông khí nhân tạo. Nghiên cứu của tác giả Christopher [4] cho thấy trong số 20 bệnh nhân có biến chứng viêm phổi thì 12 bệnh nhân cần xuống ICU để thở máy. Những bệnh nhân có biến chứng viêm mũ màng phổi, tràn khí khoang màng phổi, viêm phổi kết hợp được điều trị bằng dẫn lưu khoang màng phổi thời gian lưu dẫn lưu sẽ tùy thuộc vào đáp ứng điều trị và tiến triển lâm sàng của bệnh nhân. Còn lại bệnh nhân có biến chứng rò khí quản – thực quản được phẫu thuật để đóng

đường rò, bệnh nhân này biểu hiện lâm sàng là tình trạng ho khan kéo dài, đau nhức vùng cổ, nội soi phát hiện lỗ rò từ ống cuốn – khí quản. Bệnh nhân đã được chúng tôi phẫu thuật mở để đóng lỗ rò thực quản và khí quản. Sau mổ bệnh nhân ổn định, hết các triệu chứng lâm sàng.

Nghiên cứu mỗi liên quan một số yếu tố đến biến chứng hô hấp sau mổ, chúng tôi nhận thấy: Có 2 yếu tố trước mổ có liên quan đến biến chứng hô hấp sau mổ bao gồm chỉ số BMI và chức năng hô hấp. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với một số tác giả khác trên thế giới. Urs Zingg (2010) [8] nhận thấy tiền sử hút thuốc và các bệnh lý kết hợp, đặc biệt là bệnh lý hô hấp có liên quan đến biến chứng hô hấp sau mổ. Kết quả của tác giả Simon Law (2004) [5] lại nhận thấy chỉ có tuổi là yếu tố trước mổ có liên quan đến biến chứng hô hấp sau mổ. Tác giả B. Zane và đồng nghiệp cho rằng, chức năng hô hấp trước phẫu thuật đặc biệt là chỉ số FEV1 có ảnh hưởng lớn đến biến chứng hô hấp sau mổ [9]. Do đó, việc đo chức năng hô hấp, tập thở, và đánh giá các bệnh lý hô hấp có liên quan trước mổ đóng vai trò quan trọng để hạn chế các biến chứng hô hấp sau mổ.

Thời gian phẫu thuật là yếu tố phẫu thuật chúng tôi nhận thấy có liên quan đến biến chứng hô hấp, chúng tôi tính riêng thời gian phẫu thuật thì ngực, thì bụng, kết quả bảng 3 cho thấy, thời gian phẫu thuật thì ngực có liên quan đến biến chứng hô hấp sau mổ với $p < 0.05$. Tác giả Simon Law (2004) [5] cũng nhận thấy thời gian phẫu thuật và vị trí khối U có ảnh hưởng đến biến chứng hô hấp sau mổ. Tác giả Naoya Yoshida (2013) [6] lại nhận thấy lượng máu mất trong mổ liên quan đến biến chứng hô hấp sau mổ. Tác giả Urs Zingg và đồng nghiệp cho rằng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu có ý nghĩa quan trọng trong việc hạn chế các biến chứng hô hấp sau mổ [8]. Bệnh nhân được phẫu thuật xâm lấn tối thiểu sẽ ít bị các sang chấn, tổn thương giải phẫu cơ quan hô hấp, giảm ảnh hưởng chức năng hô hấp và từ đó hạn chế các biến chứng hô hấp sau mổ. Tác giả Naoshi Kubo [10] so sánh biến chứng hô hấp ở 3 nhóm bệnh nhân được PTNS thì ngực, bụng, mổ mở thì ngực kết hợp PTNS thì bụng và mổ mở thì ngực bụng cắt thực quản điều trị ung thư thực quản, kết quả cho thấy PTNS thì ngực bụng giảm tỷ lệ biến chứng hô hấp sau mổ rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân được áp dụng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu bao gồm PTNS thì ngực, và PTNS hỗ trợ thì bụng trong phẫu thuật cắt

thực quản nhằm hạn chế những biến chứng này.

Kết quả bảng 3 cũng cho thấy biến chứng hô hấp làm kéo dài thời gian nằm viện và thời gian nằm ICU sau mổ. Thông thường những bệnh nhân sau phẫu thuật cắt thực quản nội soi của chúng tôi sẽ được nằm theo dõi tích cực tại ICU từ 1 đến 2 ngày sau đó sẽ được chuyển lên khoa lâm sàng để được điều trị tiếp. Những bệnh nhân nặng cần phải được điều trị tại ICU, trong đó biến chứng viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu kéo dài thời gian nằm tại ICU cũng như thời gian nằm viện của chúng tôi. Những bệnh nhân này sẽ được sử dụng kháng sinh mạnh, thông khí nhân tạo và theo dõi sát tại ICU. Kết quả nghiên cứu của tác giả Christopher [4] cũng cho thấy thời gian nằm ICU trung bình ở tất cả bệnh nhân sau mổ cắt thực quản là 2 ngày, ở nhóm có biến chứng hô hấp là $6,1 \pm 11,1$ ngày, thời gian nằm viện trung bình ở tất cả bệnh nhân sau mổ cắt thực quản là 13 ngày, ở nhóm có biến chứng hô hấp là $17,7 \pm 12,5$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng hô hấp là biến chứng gặp nhất sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản điều trị ung thư thực quản. Biến chứng hô hấp: 31 bệnh nhân (27,4%) trong đó: viêm phổi 11 bệnh nhân (9,7%); viêm phổi + tràn khí màng phổi 1 bệnh nhân (0,9%); tràn dịch màng phổi 15 bệnh nhân (13,3%); viêm mũ màng phổi 2 bệnh nhân (1,8%); rò khí quản – thực quản 1 bệnh nhân (0,9%); tràn khí khoang màng phổi 1 bệnh nhân (0,9%). Điều trị bằng nội khoa là chủ yếu (96,8%), có 1 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật (3,2%). Một số yếu tố liên quan đến biến chứng hô hấp sau mổ có ý nghĩa thống kê bao gồm chức năng hô hấp trước phẫu thuật, BMI, thời gian phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee R., Miller J.** (1997). "Esophagectomy for cancer". *Surg Clin North Am*, 77, 1169–96.
2. **Phạm Đức Huân, Đỗ Mai Lâm** (2015). "Cắt thực quản qua nội soi trong điều trị ung thư thực quản". Hội nghị khoa học phẫu thuật nội soi - nội soi và Ngoại khoa Việt Nam, Huế.
3. **Triệu Triều Dương, Trần Hữu Vinh** (2014). "Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới bằng phẫu thuật nội soi". *Y học thực hành*, 1(902), 62-66.
4. **Christopher E., Patrick A., Gerard A.** (2002). "Pulmonary Complications After Esophagectomy". *Ann Thorac Surg* 73, 922– 926.
5. **Law S., Wong K.** (2004). "Predictive Factors for Postoperative Pulmonary Complications and Mortality After Esophagectomy for Cancer". *Ann Surg*, 240, 791–800.

6. **Yoshida N., Watanabe M., Baba Y.** (2013). "Risk factors for pulmonary complications after esophagectomy for esophageal cancer". *Surg Today*.
7. **Weijts TJ., Ruurda JP., Nieuwenhuijzen GAP.** (2013). "Strategies to reduce pulmonary complications after esophagectomy". *World J Gastroenterol* 19(39), 6509-6514.
8. **Urs Zingg, Bernard M., David C.** (2010). "Factors Associated with Postoperative Pulmonary Morbidity After Esophagectomy for Cancer". *Ann Surg Oncol*, 18, 1460-1468.
9. **Zane B., Thomas A.** (2006). "Respiratory Complications After Esophagectomy". *Thorac Surg Clin* 35 – 48.
10. **Kubo N., Ohira M., Yamashita Y.** (2014). "The Impact of Combined Thoracoscopic and Laparoscopic Surgery on Pulmonary Complications After Radical Esophagectomy in Patients With Resectable Esophageal Cancer". *ANTICANCER RESEARCH*, 34, 2399-2404

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT KHÓA XÂM LẤN TỐI THIỂU TRONG GÃY LIÊN MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI

Lê Mạnh Sơn¹, Nguyễn Văn Phan¹, Nguyễn Thành Luân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật kết hợp xương gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp vít khóa xâm lấn tối thiểu cho hiệu quả cao so với mổ mở thông thường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo 61 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi từ 01/2021 đến 10/2022. Đánh giá kết quả dựa trên lâm sàng và Xquang sau mổ. **Kết quả:** Số lượng máu mất trung bình 50 ± 5 ml. 100% liền xương sau 6 tháng. Thời gian phẫu thuật trung bình là $22,6 \pm 5,61$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $3,12 \pm 1,74$ ngày. Chức năng khớp háng theo thang điểm Harris đạt tốt và rất tốt là 87.5%. **Kết luận:** Kết hợp xương nẹp vít khóa xâm lấn tối thiểu là một phương pháp kết hợp xương vững chắc cho phép vận động và phục hồi cơ năng sớm, vết mổ nhỏ, thời gian mổ ngắn, ít mất máu, liền xương nhanh, tránh các biến chứng do nằm lâu. **Từ khóa:** nẹp vít khóa, gãy liên mấu chuyển xương đùi, xâm lấn tối thiểu.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULT OF MINIMALLY INVASIVE OSTEOSYNTHESIS PLATE IN INTERTROCHANTERIC FRACTURE

Background: Femoral intertrochanteric fracture surgery with minimally invasive plate osteosynthesis is highly effective compared to conventional open surgery. **Subject and methods:** Conducted a research on 61 patients with intertrochanteric femoral fractures from January 2021 to October 2022. Evaluate results based on clinical and radiographic results after surgery. **Results:** Average amount of blood loss was 50 ± 5 ml. 100% had bone healing after 6 months. The average surgical time was 22.6 ± 5.61 minutes. The average hospital stay was 3.12 ± 1.74 days. Hip function according to the Harris scale is

good and very good at 87.5%. **Conclusion:** Minimally invasive plate osteosynthesis is optimal method that allows early movement and functional recovery, small incisions, short surgery time, less blood loss, quick bone healing, avoiding complications due to prolonged lying down. **Keywords:** minimally invasive plate osteosynthesis, intertrochanteric femoral fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín liên mấu chuyển (LMC) xương đùi là gãy xương ở khoảng giữa mấu chuyển lớn và mấu chuyển bé, gãy ở vùng chuyển tiếp giữa thân xương và cổ xương đùi. Đây là loại gãy xương ngoài khớp^{1,2}. Nguyên nhân hay gặp là do ngã đập mông xuống nền cứng ở người cao tuổi.

Ngày nay, bên cạnh phương pháp thay khớp háng, phần lớn các gãy LMC được điều trị bằng phẫu thuật cố định bên trong như nẹp DHS, đinh Gamma, nẹp khóa... giúp phục hồi giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc để giảm đau, liền xương và vận động sớm.

Trong vòng mười năm trở lại đây, với sự phát triển của nẹp vít khóa và các dụng cụ hỗ trợ nắn chỉnh, việc áp dụng phẫu thuật ít xâm lấn trong gãy LMC đem lại nhiều ưu điểm như đường mổ nhỏ, ít mất máu, thời gian nằm viện ngắn, liền xương nhanh giúp tập vận động và phục hồi chức năng sớm. Báo cáo này nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy LMC xương đùi bằng nẹp vít khóa ít xâm lấn tại khoa PT Chấn thương Chủng bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn: Gãy liên mấu chuyển xương đùi nhóm A1, A2, A3 theo phân loại AO/OTA. **Tiêu chuẩn loại trừ:** Gãy mất vững trên bệnh nhân già, loãng xương nặng. Gãy xương đùi bệnh lý. Gãy hở, gãy cũ. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiến hành hồi cứu và tiến cứu theo phương pháp mô tả cắt

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phan

Email: nguyenvanphan207@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 22.4.2024