

Kỹ thuật vét hạch dọc thần kinh quặt ngược trong phẫu thuật nội soi cắt thực quản điều trị ung thư thực quản

The technique of lymph node dissection along the recurrent laryngeal nerves in laparoscopic esophagectomy procedures for esophageal cancer

Nguyễn Anh Tuấn, Phạm Văn Hiệp

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật vét hạch dọc dây thần kinh quặt ngược 2 bên trong phẫu thuật nội soi cắt thực quản điều trị ung thư thực quản. **Đối tượng và phương pháp:** 29 bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa và 1/3 dưới được tiến hành phẫu thuật nội soi thay thực quản bằng ống dạ dày, vét hạch dọc 2 dây thần kinh quặt ngược từ tháng 5/2019 tới tháng 8/2020 tại Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hoá, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Ghi nhận các số liệu về đặc điểm bệnh nhân và khối u, các đặc điểm về phẫu thuật, biến chứng sau mổ, kết quả giải phẫu bệnh về hạch sau mổ. **Kết quả:** 100% bệnh nhân là nam giới. 93,09% bệnh nhân được điều trị bổ trợ trước mổ. Kết quả giải phẫu bệnh: U ở giai đoạn T₁, T₂ chiếm 79,3%, 41,27% có di căn hạch, tỷ lệ di căn hạch dọc dây thần kinh quặt ngược trái là 6,89%, tỷ lệ di căn hạch dọc dây thần kinh quặt ngược phải là 10,34%. Biến chứng nói khàn thường gặp nhất (17,24%). Không có tử vong phẫu thuật. **Kết luận:** Vét hạch dọc dây thần kinh thanh quản quặt ngược là kỹ thuật an toàn, hiệu quả trong điều trị phẫu thuật nội soi cắt thực quản.

Từ khoá: Ung thư thực quản, vét hạch, dây thần kinh quặt ngược.

Summary

Objective: To evaluate the safety and effectiveness of the technique of lymph node dissection along the recurrent laryngeal nerves in laparoscopic esophagectomy for esophageal cancer. **Subject and method:** 29 patients with middle and lower third esophageal cancer underwent laparoscopic esophagectomy combined with lymphadenectomy procedures along the recurrent laryngeal nerves from May 2019 to August 2020 at the Department of Gastrointestinal Tract Surgery - 108 Military Central Hospital. Recorded data on patient and tumor characteristics, surgical features, postoperative complications, postoperative lymphadenopathy. **Result:** 100% of patients were men. 93.09% of patients received adjuvant treatment before surgery. Pathological results: Tumors in stage T₁, T₂ accounted for 79.3%, 41.27% had lymph node metastasis, the rate of lymph node metastasis along the left laryngeal nerve was 6.89%, the rate of lymph node metastasis along the right laryngeal nerve was 10.34%. The most common complications was hoarseness (17.24%). There were no surgical deaths. **Conclusion:** The technique of lymph node dissection along the recurrent laryngeal nerves is safe and effective in laparoscopic esophagectomy for esophageal cancer.

Keywords: Esophageal cancer, lymphadenectomy, recurrent laryngeal nerve.

1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 04/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 27/1/2021

Người phản hồi: Phạm Văn Hiệp, Email: phamhoaphong@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

Phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch triệt căn đóng vai trò nền tảng trong điều trị ung thư thực quản. Với sự phát triển của dụng cụ nội soi và kỹ thuật ngoại khoa, phẫu thuật nội soi cắt thực quản ít xâm lấn với đường mổ nhỏ giúp bệnh nhân ít đau sau mổ, ít biến chứng và hồi phục nhanh sau phẫu thuật, đây là kỹ thuật được lựa chọn phổ biến trong những năm qua [1].

Di căn hạch trung thất trên tương đối phổ biến trong các bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 trên và 1/3 giữa [2]. Do đó, việc nạo vét hạch trung thất trên, đặc biệt là vét hạch dọc dây thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN) là bắt buộc trong tất cả các trường hợp ung thư thực quản, việc này giúp đánh giá chính xác giai đoạn ung thư cũng như tiên lượng tốt hơn cho bệnh nhân, tuy nhiên kỹ thuật này đòi hỏi trình độ phẫu tích chính xác của phẫu thuật viên [3]. Mặc dù kỹ thuật nội soi ngực vét hạch, đặc biệt là vét hạch dọc dây TKTQQN, được cho là một bước khó khăn khi tiến hành trong một môi trường khá chật hẹp, bệnh nhân nằm sấp nghiêng trái, điều này làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh này nhưng đây là bước bắt buộc, có thể thực hiện được đối với các phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Oshikiri đã giới thiệu kỹ thuật Bascule trong vét hạch dọc dây TKTQQN trái năm 2014 [1], và tác giả cũng giới thiệu kỹ thuật Pincer trong vét hạch dọc dây TKTQQN phải năm 2017 [2]. Nguyên lý của kỹ thuật này là nắm vững đặc điểm giải phẫu của “mạch treo thực quản”, “cuống bên” là tổ chức 2 bên mạch treo thực quản có chứa dây TKTQQN, hạch và nhánh mạch nuôi thực quản nằm dọc 2 bên khí quản. Chúng tôi áp dụng kỹ thuật Bascule và kỹ thuật Pincer cải biên, dựa trên những nguyên lý trên. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật vét hạch dọc dây thần kinh quặt ngược 2 bên trong phẫu thuật nội soi cắt thực quản.*

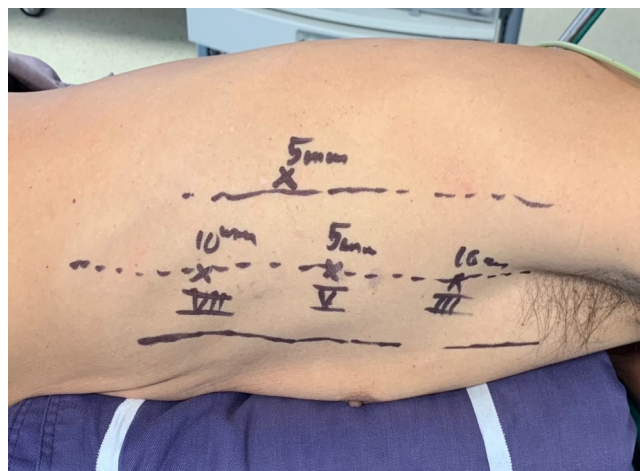
2. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu bao gồm 29 bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa và 1/3 dưới được tiến hành phẫu thuật nội soi thay thực quản bằng ống dạ dày, nạo vét hạch triệt căn, đặc biệt là vét hạch dọc 2 dây thần kinh quặt ngược, từ tháng 5/2019 tới tháng 8/2020, tại Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hoá, Bệnh viện

Trung ương Quân đội 108. Tất cả bệnh nhân được tiến hành khám tiền phẫu, làm xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu, nội soi thực quản-dạ dày, sinh thiết, đo chức năng hô hấp, chụp cắt lớp vi tính ngực-bụng đánh giá giai đoạn. Giai đoạn bệnh được đánh giá dựa trên phân loại của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ [11]. Chỉ định phẫu thuật ngay với giai đoạn $\leq T_2, N_0$. Các trường hợp muộn hơn được tiến hành điều trị hoá xạ trị tiền phẫu trong 5 tuần, đánh giá lại sau xạ 4 - 6 tuần, sau đó sẽ tiến hành phẫu thuật.

Vị trí trocar

Bệnh nhân được tiến hành gây mê nội khí quản, đặt nằm sấp nghiêng trái 30 độ. Chúng tôi sử dụng 4 trocar, trong đó: Trocar 10mm trên đường nách sau gian sườn 7 cho camera, trocar 5mm ở khoang liên sườn 5 và trocar 10mm liên sườn 3 đường nách giữa để thao tác, trocar 5mm đường nách sau liên sườn 5 cho phẫu thuật viên phụ. Bơm khí CO₂ duy trì áp lực 6 - 8mmHg.



Hình 1. Tư thế bệnh nhân (Bệnh nhân Nguyễn Văn M., số HS: 33021)

Kỹ thuật vét hạch dọc dây thần kinh X quặt ngược phải

Mở phế mạc trung thất dọc theo đường đi dây thần kinh X về phía động mạch dưới đòn phải, cẩn thận tránh tổn thương dây thần kinh này. Phẫu tích bóc lộ dây TKTQQN phải tại bờ dưới động mạch dưới đòn phải, chú ý bảo tồn lớp ngoài của đám rối thần kinh phó giao cảm xung quanh động mạch này. Thắt bó mạch nuôi khí-thực quản chạy cắt

ngang dây TKTQQN phải, cẩn thận cầm máu không để làm bẩn phẫu trường.

Phẫu tích giải phóng thực quản khỏi khí quản theo lớp giữa cân riêng thực quản và lớp màng của khí quản lên tới cổ. Sau khi hoàn thành bước này sẽ để lại khoảng trống phía sau giúp quá trình vết hạch thuận lợi hơn.

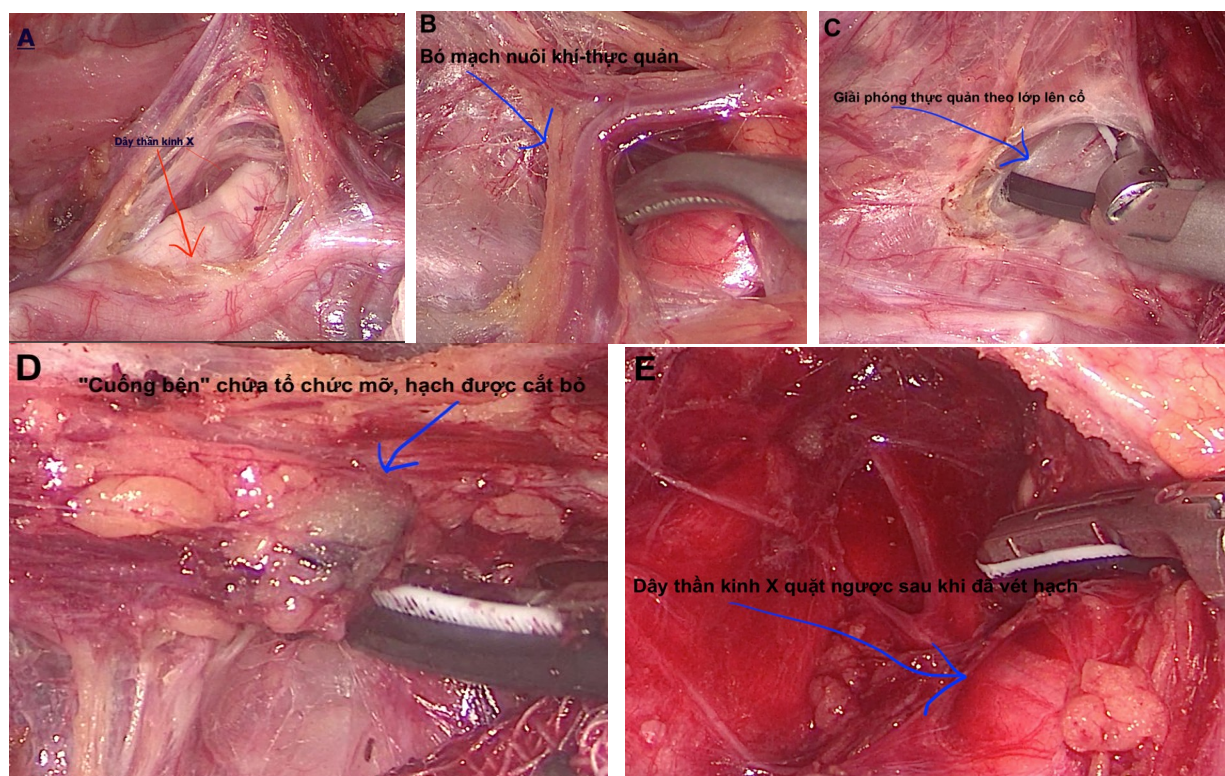
Tiếp tục phẫu tích từ ngoài vào, nâng nhẹ cấu trúc “cuống bên” tổ chức chứa mạch máu, dây

TKTQQN phải, hạch bên trong. Dùng Kelly cẩn thận tách dây TKTQQN phải khỏi tổ chức mỡ, hạch. Chú ý bảo tồn các nhánh động mạch nhỏ nuôi khí quản. Phẫu tích cho tới khi gặp khoảng trống phía sau.

Cắt nhánh thần kinh chi phối thực quản của dây thần kinh X quặt ngược.

Giới hạn phẫu tích là động mạch giáp dưới

Cắt “cuống bên” ra khỏi thực quản.



Hình 2. Kỹ thuật vết hạch dọc dây thần kinh X quặt ngược bên phải

- A: Mở phế mạc trung thất dọc dây X, B: Cắt bó mạch thực-khí quản chạy cắt ngang dây thần kinh quặt ngược, C: Giải phóng thực quản theo lớp lên nền cổ, D: “Cuống bên” bao gồm mỡ, hạch được cắt bỏ, E: Dây thần kinh quặt ngược phải sau khi cắt bỏ hạch (Nguồn: Bệnh nhân Nguyễn Văn M., số HS: 33021)

Kỹ thuật vết hạch dọc dây thần kinh X quặt ngược trái

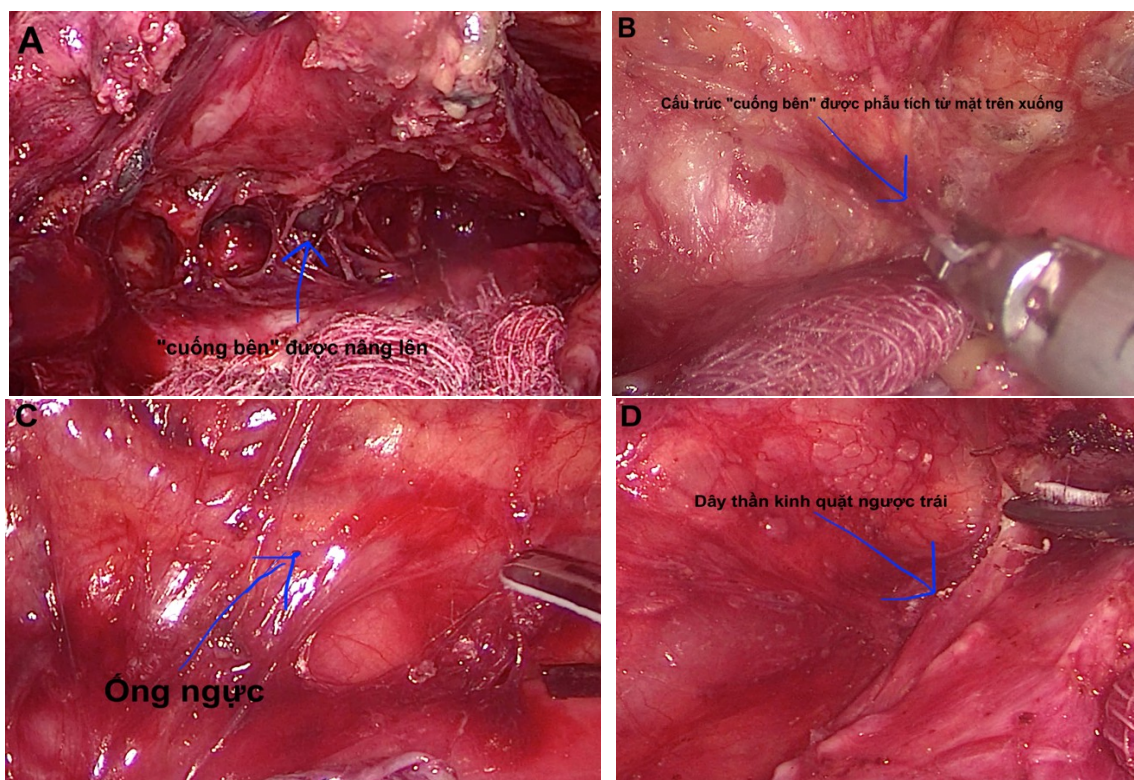
Sau khi giải phóng 1/3 giữa và 1/3 dưới thực quản, 1/3 trên thực quản được phẫu tích khỏi mặt bên khí quản. Bắt đầu từ mặt này, “cuống bên” bao gồm tổ chức mỡ, hạch và dây TKTQQN trái được nâng cao lên. Tiếp tục dùng gạc giải phóng mặt sau của “cuống bên” ra khỏi phế quản gốc trái và khí

quản. Ở mặt trước của “cuống bên”, di động “cuống bên” khỏi cột sống và xương bả vai phải. Quá trình này nhìn rõ ống ngực, tránh làm tổn thương cấu trúc này. Chúng tôi không cắt rời thực quản mà sử dụng Kelly cho phẫu thuật viên phụ nâng thực quản lên.

Thực quản và “cuống bên” sau khi được nâng lên sẽ nhìn rõ cấu trúc phía sau. Dùng Kelly phẫu tích tách rời tổ chức mỡ, hạch khỏi dây TKTQQN trái

chạy song song với khí quản lên nền cổ. Chú ý khu vực giữa động mạch chủ và phế quản gốc trái nơi có nhánh quặt ngược bắt đầu đi lên trên. Điểm chú ý thứ 2 là đoạn thực quản sát nền cổ, tại vị trí này dây

TKTQQN trái đi sát với thực quản, phải hết sức cẩn thận quá trình di động thực quản khỏi khí quản, tránh tổn thương dây thần kinh này.



Hình 3. Kỹ thuật tạo vết hạch dọc dây thần kinh thành quản quặt ngược trái

A: "cuống bên" bao gồm dây TKTQQN

(Nguồn: Bệnh nhân Nguyễn Văn M., số HS: 33021)

Phân tích số liệu

Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng như đặc điểm của bệnh nhân, đặc điểm trong mổ, kết quả giải phẫu bệnh, tai biến, biến chứng sau mổ được ghi lại. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0, kiểm định bằng Chi-square. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm bệnh nhân và khối u

Như trong Bảng 1, tất cả bệnh nhân là nam giới (100%). Hầu hết bệnh nhân trước mổ đều là ung thư thực quản ở giai đoạn tiến triển và được điều trị hỗ trợ trước mổ, chủ yếu là hoá xạ trị đồng thời. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy sau khi điều trị tiền phẫu, hầu hết khối u ở mức T_1 , T_2 (79,3%). Đa số bệnh nhân không có di căn hạch (58,62%). Tuổi trung bình là $58,62 \pm 7,65$ năm.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân và khối u

Đặc điểm bệnh nhân (n = 29)			Số bệnh nhân (n = 29)	Tỷ lệ %
Giới (Nam/nữ)			29/0	100
Vị trí khối u	1/3 giữa		17	58,62
	1/3 dưới		12	41,38
Điều trị tiền phẫu	Hoá xạ trị kết hợp		24	82,75
	Hoá trị đơn thuần		3	10,34
Kết quả giải phẫu bệnh	Mức độ xâm lấn	T ₁	12	41,37
		T ₂	11	37,93
		T ₃	4	13,79
		T ₄	2	6,91
	Di căn hạch	N ₀	17	58,62
		N ₁	11	37,93
		N ₂	1	3,45
		N ₃	0	0
Kích thước khối u (cm)	< 3		22	75,85
	3 - 5		5	17,24
	> 5		2	6,91
Xâm lấn mạch bạch huyết			2	6,91
Xâm lấn thần kinh			1	3,45

Đa số khối u ở vị trí 1/3 giữa (58,62%), mức độ xâm lấn đa số là T₁ (41,37%).

3.2. Kết quả về phẫu thuật

Như trong Bảng 2, đa số bệnh nhân sử dụng đặt ống Carlens. Thời gian phẫu thuật trung bình ở 2 nhóm đặt ống 1 nòng và 2 nòng khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ khả năng tiếng liên quan tới việc nạo vét hạch dọc dây TKQN chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n = 29)	Tỷ lệ %
Phương pháp đặt ống NKQ	1 nòng	12	41,37
	2 nòng	17	58,63
Các tai biến liên quan tới vết hạch	Khàn tiếng	5	17,24
	Viêm phổi	2	6,91
	Rò miệng nổi	3	10,34
	Rò đường chấp	1	3,45

Thời gian phẫu thuật trung bình trong thì ngực ở nhóm bệnh nhân đặt nội khí quản 1 nòng và 2 nòng lần lượt là $86,72 \pm 25,67$ phút và $83,25 \pm 23,52$ phút. Tai biến thường gặp nhất sau mổ là khàn tiếng (17,24%).

Kết quả nạo vét hạch dọc 2 dây thần kinh quặt ngược (TKQN)

Như trong Bảng 3, số hạch dọc dây thần kinh quặt ngược thấp trong tổng số hạch ngực. Tuy nhiên số bệnh nhân có hạch di căn chiếm tỷ lệ cao (41,37%). Tỷ lệ di căn hạch ngực (41,37%). Tỷ lệ di căn dọc dây TKQN trái là 6,89%, tỷ lệ di căn dọc dây TKQN phải là 10,34%.

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh hạch

Số lượng hạch vét được trung bình (cái)	Tổng số	14,23 ± 5,42
	Hạch ngực	8,64 ± 3,21
	Dọc dây thần kinh quặt ngược trái	1,2 ± 0,23
	Dọc dây thần kinh quặt ngược phải	2,01 ± 0,32
Số lượng hạch dương tính trung bình (cái)	Tổng số	1,02 ± 0,14
	Hạch ngực	0,83 ± 0,24
	Hạch dọc dây thần kinh quặt ngược trái	0,14 ± 0,27
	Hạch dọc dây thần kinh quặt ngược phải	0,31 ± 0,56
Hạch ngực	Số BN có hạch di căn/ Tổng số BN	12/29 (41,37%)
	Số hạch di căn/ Tổng số hạch vét được	23/244 (9,42%)
Hạch dọc dây TKQN trái	Số BN có hạch di căn/ Tổng số BN	2/29 (6,89%)
	Số hạch di căn/ Tổng số hạch vét được	3/33 (9,09%)
Hạch dọc dây TKQN phải	Số BN có hạch di căn/ Tổng số BN	3/29 (10,34%)
	Số hạch di căn/ Tổng số hạch vét được	10/61 (16,39%)

4. Bàn luận

Cuschieri là người đầu tiên báo cáo phẫu thuật nội soi cắt thực quản điều trị ung thư thực quản năm 1992 [3]. Kể từ đó tới nay, phẫu thuật này trở thành phổ biến với những ưu điểm lớn mà mổ mở không có được như: Đường mổ nhỏ, với sự phóng đại của ống kính nội soi cho phép quan sát kỹ lưỡng, tỉ mỉ tổ chức xung quanh nhờ đó phẫu thuật viên có thể phẫu tích chính xác hơn. Điều này mang lại hiệu quả thiết thực: Tỷ lệ sống thêm sau mổ, số lượng hạch vét được, tỷ lệ tái phát sau mổ của phẫu thuật nội soi cao hơn so với mổ mở [5].

Hạch trung thất trên được nhiều tác giả báo cáo có tỷ lệ di căn cao trong ung thư thực quản, đặc biệt là tình trạng di căn hạch dọc theo 2 dây TKQN [4]. Điều này dẫn tới sự đồng thuận cao trong việc cần thiết phải tiến hành vét hạch dọc 2 dây TKQN này nhằm nâng cao tỷ lệ sống sau mổ và làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ [5]. Ninomiya và cộng sự đã báo cáo nghiên cứu cho thấy lợi ích rõ ràng của việc vét hạch

dọc 2 dây TKQN với các bệnh nhân được theo dõi trong vòng 10 năm [6]. Trong nghiên cứu của Tan và cộng sự, tỷ lệ di căn hạch dọc dây TKQN là 26% (66/254 BN), trong đó tỷ lệ di căn dọc dây TKQN phải là 20,9% (53/254), tỷ lệ di căn dọc dây TKQN trái là 8,7% (22/254 BN), có di căn cả 2 bên là 3,5% (9/254 BN) [4]. Oshikiri và cộng sự báo cáo tỷ lệ di căn dọc dây thần kinh quặt ngược trái là 22% [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch ngực là 41,37%, trong đó tỷ lệ BN có di căn hạch dọc dây TKQN trái là 6,89%, di căn dọc dây TKQN phải là 10,34%. Điều này có thể do số lượng hạch vét được thấp hơn so với các tác giả khác, mặt khác đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được tiến hành hoá xạ trị tiền phẫu, điều này giúp giảm giai đoạn khối u.

Dây TKQN trái xuất phát từ dây thần kinh phế vị trái, vòng quanh quai động mạch chủ rồi chạy dọc rãnh thực quản-khí quản, nằm sâu trong khoảng không gian chật hẹp. Tỷ lệ di căn hạch dọc dây TKQN trái là từ 0 - 41,9% [7]. Điều này phụ thuộc vào

phạm vi vết hạch, kỹ thuật vết hạch và vị trí của khối u. Cho tới nay, không có kỹ thuật nào được xem là tiêu chuẩn trong việc vết hạch dọc dây TKQN trái. Trong số các phương pháp, chúng tôi nhận thấy phương pháp mà Oshikiri đưa ra là đầy đủ và rõ ràng. Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi áp dụng phương pháp cải biên so với Oshikiri, tức là các bước thao tác giống tác giả, tuy nhiên tác giả có cắt thực quản bằng 1 stapler sau đó nâng lên để vết hạch. Chúng tôi dùng dụng cụ để nâng thực quản lên, trong trường hợp này vẫn cho trường thao tác khá tốt và tiết kiệm được chi phí.

Việc sử dụng phương pháp đặt ống nội khí quản cũng ảnh hưởng tới vết hạch và kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của Miao Lin và cộng sự cho thấy, kỹ thuật thông khí 1 nòng bằng ống nội khí quản thông thường có thời gian phẫu thuật trung bình ngắn hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và số lượng hạch vét được dọc dây TKQN nhiều hơn so với nhóm BN sử dụng kỹ thuật thông khí 2 nòng trong khi tỷ lệ tai biến, biến chứng giữa 2 nhóm là tương đương nhau [8]. Nghiên cứu khác của tác giả Lei Cai và cộng sự năm 2016 bao gồm 147 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: Thông khí 1 nòng và thông khí 2 nòng [9]. Kết quả cho thấy: Nhóm thông khí 1 nòng có kết quả thông khí trong mổ tốt hơn, thời gian chuẩn bị cho gây mê ngắn hơn, ít lượng máu mất hơn, thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn hơn, số lượng hạch vét được nhiều hơn. Lý do được tác giả đưa ra là với thông khí 1 nòng, việc đặt ống khá đơn giản, cấu trúc ống ngắn, mềm mại cho phép phẫu thuật viên thoải mái trong việc bộc lộ khí quản để làm thuận lợi quá trình vết hạch. Tuy nhiên, nhược điểm lớn của việc sử dụng thông khí 1 nòng là trong trường hợp cần mổ mở sẽ phải đặt lại ống 2 nòng để bloc phổi phải. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp gần đây đa số được sử dụng ống NKQ 1 nòng. Cũng như các tác giả khác [8, 9], chúng tôi nhận thấy sự dễ dàng trong vết hạch, đặc biệt là vết hạch dọc dây TKQN trái, do ống NKQ 1 nòng mềm mại sẽ dễ dàng vén khí quản sang 1 bên, trong khi đặt ống Carlens sẽ làm khí quản cứng lại, hầu như không thể di động. Điều thiếu sót trong nghiên cứu này chúng tôi chưa đưa ra con số so

sánh cụ thể về số lượng hạch vét được và các chỉ số khí máu, chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu và công bố sau.

Biến chứng thường gặp khi vết hạch dọc dây TKQN 2 bên là khàn tiếng. Theo tác giả Chien-Hung Chiu và cộng sự trong nghiên cứu về tính an toàn khi vết hạch dọc dây TKQN năm 2018 trên 103 trường hợp ung thư thực quản, tỷ lệ khàn tiếng khi vết hạch dọc dây TKQN là 26,6% so với 7,9% khi không tiến hành vết hạch [10]. Theo tác giả, có 3 yếu tố cần lưu ý để làm giảm tỷ lệ biến chứng khàn tiếng đó là: *Thứ nhất*, lựa chọn bệnh nhân kỹ càng. Tác giả đưa ra nhận định chỉ nên tiến hành vết hạch ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao có hạch di căn và dây TKQN. Bởi vì khi tiến hành vết hạch thường qui dọc 2 dây TKQN thì có khoảng 30,8% số bệnh nhân bị di căn khi đánh giá sau xạ trị là ycN(-) và không có hạch di căn dọc dây TKQN, trong khi đó, nếu bệnh nhân không phát hiện hạch di căn trước xạ trị, thì tỷ lệ hạch di căn chỉ là 10%. Do đó, tác giả cho rằng số bệnh nhân không nghi ngờ có di căn hạch trước cũng như sau khi hoá xạ trị thì không cần thiết phải tiến hành vết hạch dọc dây TKQN. Tuy nhiên, nhiều tác giả Nhật Bản lại cho rằng vết hạch dọc dây TKQN là bắt buộc trong ung thư thực quản [4, 9]. *Thứ hai*, sử dụng biện pháp kích thích điện đánh giá tình trạng hoạt động dây thần TKQN trong mổ, tương tự như trong phẫu thuật vết hạch cổ điều trị ung thư tuyến giáp. *Thứ ba*, sử dụng dụng cụ phẫu thuật EndoWrist với cấu trúc xoay 3 chiều sẽ làm thao tác dễ dàng hơn, tránh việc tổn thương dây TNKQ. Tác giả cũng cho rằng việc phẫu thuật robot sẽ làm giảm tỷ lệ khàn tiếng. Trong nghiên cứu của mình, tỷ lệ khàn tiếng của chúng tôi là 17,24 %, cũng tương tự như 1 số tác giả [1, 4, 5]. Trong điều kiện hiện tại, không sử dụng được kích thích điện để đánh giá chức năng dây TKQN trong mổ cũng như phẫu thuật robot, chúng tôi cho rằng việc bộc lộ rõ ràng là tiêu chí rất quan trọng làm giảm tỷ lệ nói khàn. Đối với dây TKQN trái, vị trí khó khăn nhất chính là ngay trên phế quản gốc trái. Tại vị trí này thường có hạch, dây TKQN vừa vòng dưới quai động mạch chủ đi lên rồi nằm sát rãnh khí quản-thực quản, việc nâng thực quản lên đồng thời phẫu tích tỉ mỉ, tránh dùng dụng

cụ sinh nhiệt như: Dao điện, dao siêu âm... là quan trọng. Vị trí thứ 2 là tại nền cổ, dây TKQN trái lúc này có xu hướng đi sát thực quản. Khi giải phóng thực quản khỏi khí quản, cần quan sát kỹ lưỡng tránh làm tổn thương nó. Đối với dây TKQN phải, theo Oshikiri [2], việc thắt nhánh mạch nuôi khí-thực quản là quan trọng, tránh việc chảy máu làm mờ trường mổ, dây TKQN phải bắt chéo phía dưới các nhánh mạch này. Phẫu tích tỉ mỉ bằng Kelly sẽ nhận biết được cấu trúc này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm hạn chế. Thứ nhất, số lượng các bệnh nhân chưa nhiều. Thứ hai, chưa phải là nghiên cứu so sánh, số liệu được thu thập tại một trung tâm và bởi một nhóm phẫu thuật duy nhất. Chúng tôi sẽ làm nghiên cứu so sánh trên số lượng lớn hơn.

5. Kết luận

Vết hạch dọc dây thần kinh quặt ngược là kỹ thuật an toàn, hiệu quả trong phẫu thuật nội soi cắt thực quản điều trị ung thư thực quản.

Tài liệu tham khảo

- Oshikiri, Taro et al (2015) *A new method (the "Bascule method") for lymphadenectomy along the left recurrent laryngeal nerve during prone esophagectomy for esophageal cancer*. Surgical endoscopy 29(8): 2442-2450.
- Oshikiri, Taro et al (2017) *Practical surgical techniques for lymphadenectomy along the right recurrent laryngeal nerve during thoracoscopic esophagectomy in the prone position*. Annals of Surgical Oncology 24(8): 2302-2302.
- Cuschieri A, Shimi S, and Banting S (1992) *Endoscopic oesophagectomy through a right thoracoscopic approach*. Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh 37(1): 7.
- Tan, Zihui, et al (2014) *Impact of thoracic recurrent laryngeal node dissection: 508 patients with tri-incisional esophagectomy*. Journal of Gastrointestinal Surgery 18(1): 187-193.
- Tong, Daniel, and Simon Law (2013) *Extended lymphadenectomy in esophageal cancer is crucial*. World journal of surgery 37(8): 1751-1756.
- Ninomiya, Itasu, et al (2014) *Oncologic outcomes of thoracoscopic esophagectomy with extended lymph node dissection: 10-year experience from a single center*. World journal of surgery 38(1): 120-130.
- Haller, Justin M, Michael I, and Francis HS (2012) *Clinically relevant anatomy of recurrent laryngeal nerve*. Spine 37(2): 97-100.
- Lin, Miao et al (2018) *A comparison between two lung ventilation with CO₂ artificial pneumothorax and one lung ventilation during thoracic phase of minimally invasive esophagectomy*. Journal of thoracic disease 10(3): 1912.
- Cai, Lei et al (2017) *Better perioperative outcomes in thoracoscopic-esophagectomy with two-lung ventilation in semi-prone position*. Journal of thoracic disease 9(1): 117.
- Chien-Hung C, Yu-Wen W, and Yin-Kai C (2018) *Lymph node dissection along the recurrent laryngeal nerves in patients with oesophageal cancer who had undergone chemoradiotherapy: is it safe?*. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 54(4): 657-663.
- Rice TW, Patil DT, Blackstone EH (2017) *8th edition AJCC/UICC staging of cancers of the esophagus and esophagogastric junction: Application to clinical practice*. Ann Cardiothorac Surg 6(2): 119-130.