

Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ngực-bụng thay thực quản bằng ống cuốn dạ dày sau xương ức điều trị ung thư thực quản

The early results of transthoracic video-assisted esophagectomy with retrosternal gastric tube in the treatment of esophageal cancer

Phạm Văn Hiệp, Nguyễn Anh Tuấn,
Nguyễn Cường Thịnh

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ngực-bụng thay thực quản bằng ống cuốn dạ dày sau xương ức điều trị ung thư thực quản (UTTQ) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, bao gồm 77 bệnh nhân (BN) ung thư thực quản 1/3 giữa và 1/3 dưới được phẫu thuật nội soi ngực bụng thay thực quản bằng ống cuốn dạ dày đặt sau xương ức từ tháng 11/2018 đến tháng 11/2022. Các thông số về kết quả sớm của phẫu thuật được ghi nhận, phân tích bằng phần mềm SPSS 17.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $57,49 \pm 7,89$ tuổi. 100% BN là nam giới. 21,9% BN có bệnh lý kết hợp. Thời gian điều trị: 63,6% BN về thẳng khoa điều trị, được rút ống nội khí quản ngay tại phòng mổ, thời gian nằm viện trung bình là 13,83 ngày, thời gian trung tiện trung bình là 3,53 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh: 100% BN là ung thư biểu mô tế bào vảy, 17 BN không phát hiện u và hạch sau điều trị bổ trợ, tỉ lệ hạch di căn là 3,34%. Tỉ lệ biến chứng hô hấp là 66,2%, trong đó đa số là tràn dịch màng phổi (63,6%). Đa số biến chứng hô hấp ở mức độ nhẹ (82,4%). Tỉ lệ rò miệng nối là 16,9%. Đặt miệng nối phía dưới hõm ức có tỉ lệ rò thấp hơn so với đặt miệng nối phía trên hõm ức (0% so với 22%, $p=0,029$). Rò đường chấp là 3,9%. Rò chân mở thông hồng tràng là 3,9%, tắc ruột sau mổ là 2,6%, giãn ống cuốn dạ dày phía trên xương ức là 1,3%, thoát vị ống cuốn là 2,6%. Không có tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngực bụng thay thực quản bằng ống cuốn dạ dày đặt sau xương ức có kết quả sớm tốt: Tỉ lệ biến chứng sớm thấp, không có tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt thực quản, đường hầm sau xương ức.

Summary

Objective: To evaluate the early results of transthoracic video-assisted esophagectomy with retrosternal gastric tube in the treatment of esophageal cancer at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A retrospective and prospective study, including 77 patients with esophageal cancer at 1/3 middle and 1/3 lower who underwent transthoracic video-assisted esophagectomy with a retrosternal gastric tube from November 2018 to November 2022. The parameters of early results of surgery were recorded and analyzed using SPSS 17.0 software. **Result:** Mean age was 57.49 ± 7.89 years old. 100% of patients were male. 21.9% of patients had comorbidities. Duration of treatment: 63.6% of patients were

Ngày nhận bài: 7/8/2023, ngày chấp nhận đăng: 27/8/2023

Người phản hồi: Phạm Văn Hiệp, Email: drphamvanhiep108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

sent straight to our department, the intubation was removed right at the operating room, and the average hospital stay was 13.83 days. The mean first flatus time was 3.53 days. Pathological results: 100% of patients were squamous cell carcinoma, and 17 patients had no detected tumors and lymph nodes after adjuvant treatment. The lymph node metastasis rate was 3.34%. The rate of respiratory complications was 66.2%, of which the majority was pleural effusion (63.6%). Most respiratory complications were mild (82.4%). The anastomosis leakage rate was 16.9%. Placing an anastomosis below the sternal notch had a lower leakage rate than placing an anastomosis above the sternal notch (0% vs 22%, $p=0.029$). The chylous leakage rate was 3.9%. Leak at jejunostomy tube was 3.9%, postoperative intestinal obstruction was 2.6%, gastric tube dilatation above the sternum was 1.3%, and intrathoracic herniation of gastric conduit was 2.6%. There were no deaths within 30 days after surgery. **Conclusion:** Transthoracic video-assisted esophagectomy with a retrosternal gastric tube has good early results: The rate of early complications is low, and there is no mortality within 30 days after surgery.

Keywords: Video-assisted transthoracic esophagectomy, substernal route.

1. Đặt vấn đề

Ung thư thực quản (UTTQ) là loại bệnh lý ác tính phổ biến thứ mười trong tổng số các loại ung thư trên toàn thế giới [1]. Điều trị UTTQ là sự kết hợp đa mô thức: Chẩn đoán, phẫu thuật, hoá chất, xạ trị và miễn dịch. Phẫu thuật là phương pháp đóng vai trò chính. Từ trước tới nay, đã có nhiều phương pháp như: Phẫu thuật Sweet, phẫu thuật Ivor-Lewis, phẫu thuật Akiyama... Cùng với sự tiến bộ của y học, phẫu thuật nội soi điều trị UTTQ đã được áp dụng và trở nên phổ biến. Nhiều nghiên cứu gần đây của các tác giả trên thế giới cho thấy tính ưu việt rõ ràng của phẫu thuật nội soi ít xâm lấn so với mổ mở như: Biến chứng ít hơn, giảm mất máu, hồi phục nhanh sau mổ... [2].

Phẫu thuật nội soi thay thực quản bằng ống cuốn dạ dày đặt sau xương ức hiện nay được sử dụng rộng rãi trên thế giới, cùng với đường hầm trung thất sau. Đã có nhiều báo cáo về kết quả của phương pháp này. Tuy nhiên, kết quả phẫu thuật khác nhau giữa các tác giả châu Á và châu Âu, do nhiều nguyên nhân: Đặc điểm thể trạng, kỹ thuật áp dụng, điều kiện vật chất, trang thiết bị, phẫu thuật viên. Tại Việt Nam, đã có một số tác giả áp dụng phẫu thuật này nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả. Chúng tôi áp dụng phẫu thuật nội soi ngực bụng thay thực quản bằng ống cuốn dạ dày đặt sau xương ức từ tháng 11/2018 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của phương pháp này.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả BN UTTQ được phẫu thuật nội soi ngực-bụng thay thực quản bằng ống cuốn dạ dày sử dụng đường hầm sau xương ức, tại Bệnh viện TƯQĐ 108, từ tháng 11/2018 đến tháng 11/2022.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu theo phương pháp hồi cứu kết hợp tiến cứu, can thiệp lâm sàng và theo dõi dọc.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán xác định UTTQ đoạn ngực 1/3 giữa và 1/3 dưới được phẫu thuật nội soi ngực bụng thay thực quản bằng ống cuốn dạ dày đặt sau xương ức. Giai đoạn I - III theo phân chia của Ủy Ban Ung Thư Hoa Kỳ. BN có ASA ≤ 3 hoặc PS score ≤ 2 (theo WHO), không có bệnh lý toàn thân nặng: Suy gan, suy thận, suy hô hấp nặng, suy tim...

Tiêu chuẩn loại trừ: Những BN phải chuyển mổ mở, BN có hồ sơ bệnh án không đủ số liệu theo chỉ tiêu nghiên cứu.

Quy trình phẫu thuật bao gồm: *Thì ngực:* Giải phóng thực quản và vét hạch ngực. *Thì bụng:* Phẫu thuật nội soi tạo hình dạ dày, vét hạch bụng. *Làm đường hầm sau xương ức:* Bằng mổ mở hoặc nội soi. *Thì cổ:* Giải phóng thực quản cổ và làm miệng nối.

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, BMI.

Kết quả giải phẫu bệnh: Đại thể, vi thể, đánh giá giai đoạn theo Ủy ban Ung thư Hoa Kỳ (AJCC).

Diễn biến sau mổ: Thời gian điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, thời gian nằm viện, thời gian trung tiện.

Các biến chứng sớm: Biến chứng hô hấp được định nghĩa theo tiêu chuẩn bảng đánh giá kết quả phẫu thuật lâm sàng châu Âu (EPCO), biến chứng rò miệng nối, rò đường chấp, rò chân mở thông hồng tràng, giãn ống cuốn dạ dày phía sau xương ức, thoát vị ống cuốn dạ dày vào khoang màng phổi.

Thu thập vào xử lý số liệu: Thu thập số liệu theo bệnh án thống nhất. Các giá trị được trình bày dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các nhóm được so sánh sử dụng T-test, Mann-Whitney U test. Các dữ liệu

phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Các giá trị có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Kết quả

Tuổi trung bình là $57,49 \pm 7,89$ (39-75) tuổi. 100% BN là nam giới. 21,9% BN có bệnh lý kết hợp. Chỉ số BMI trung bình là 21,42. Vị trí u 1/3 giữa chiếm 58,4%. 72,7% BN được điều trị hoá xạ trị tiền phẫu.

Thời gian điều trị: 63,6% BN về thẳng khoa điều trị, được rút ống NKQ ngay tại phòng mổ. Trong số 28 BN về ICU, thời gian trung bình nằm hồi sức là 18,38 giờ, thời gian trung bình đặt ống NKQ là 5,42 giờ. Thời gian nằm viện trung bình là 13,83 ngày. Thời gian trung tiện trung bình là 3,53 ngày.

Bảng 1. Thời gian điều trị

Thông số		Số bệnh nhân (n = 77)	Tỷ lệ %
Nằm hồi sức	Có	28	36,4
	Không	49	63,6
Thời gian nằm hồi sức trung bình (giờ, min-max)		$18,38 \pm 3,22$ (15-25)	
Thời gian đặt ống NKQ trung bình (giờ, min-max)		$5,42 \pm 2,16$ (2,5-15)	
Thời gian trung tiện (ngày, min-max)		$3,53 \pm 0,84$ (2-5)	
Thời gian nằm viện (ngày, min-max)		$13,83 \pm 5,97$ (8-38)	

Kết quả giải phẫu bệnh trước mổ cho thấy 100% BN là ung thư biểu mô tế bào vảy. Sau mổ: Có 17 BN không phát hiện u và hạch, trong đó 1 BN được điều trị hoá trị tân bổ trợ, 16 BN được điều trị hoá xạ trị tiền phẫu. 2 BN (2,6%) không có u nhưng có di căn hạch (TON1).

Bảng 2. Giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân (n = 77)	Tỷ lệ %
0	17	22,1
I	24	31,2
IIA	2	2,6
IIB	17	22,1
IIIA	11	14,3
IIIB	0	0
IIIC	6	7,8

Tổng số hạch vét được là 1673 hạch, số hạch di căn là 56 hạch, tỉ lệ hạch di căn là 3,34%.

Bảng 3. Đặc điểm hạch di căn

Thông số	Kết quả
Số hạch trung bình vét được (Hạch, Min-Max)	21,73 ± 11,15 (2-58)
Số hạch ngực trung bình (Min-Max)	14,21 ± 7,34 (2-34)
Số hạch bụng trung bình (Min-Max)	7,39 ± 5,88 (0-28)
Số hạch di căn trung bình (Min-Max)	0,73 ± 1,43 (0-9)
Số hạch ngực di căn trung bình (Min-Max)	0,39 ± 0,74 (0-4)
Số hạch bụng di căn trung bình (Min-Max)	0,35 ± 1,15 (0-8)

Biến chứng hô hấp: Tỷ lệ biến chứng hô hấp là 66,2%. Thường gặp nhất là biến chứng tràn dịch màng phổi (63,6%). Trong số có biến chứng hô hấp, đa số là Clavien-Dindo I (82,4%), có 2 BN tràn khí màng phổi nhỏ do vỡ kén khí ngoại vi, duy trì ống dẫn lưu màng phổi, sau đó BN khỏi không cần phải can thiệp thêm. 9 BN biến chứng hô hấp phân loại Clavien-Dindo II bao gồm: 2 BN viêm phổi, 7 BN viêm phổi kết hợp tràn dịch màng phổi.

Bảng 4. Các biến chứng hô hấp

Thông số	Số bệnh nhân (n = 77)	Tỷ lệ %
Viêm phổi sau mổ	11	14,3
Tràn khí màng phổi	2	2,6
Tràn dịch màng phổi	49	63,6
Biến chứng hô hấp chung	51	66,2
Mức độ		
Clavien Dindo I	42	82,4
Clavien Dindo II	9	17,6

Rò miệng nối: Tỷ lệ rò miệng nối là 16,9%. Hầu hết các trường hợp rò điều để ngỏ vết thương chăm sóc, nuôi dưỡng qua mở thông hồng tràng, có 1 BN được mổ lại. Thời gian trung bình phát hiện rò là 8,92 ngày sau mổ.

Bảng 5. Biến chứng rò miệng nối

Thông số	Số bệnh nhân (n = 77)		Tỷ lệ %
Phương pháp điều trị	Không mổ	12	92,3
	Mổ lại	1	7,7
Thời gian trung bình phát hiện rò (ngày, min-max)	8,92 ± 2,66 (3-15)		

Đánh giá các yếu tố liên quan tới rò miệng nối cho thấy: Không có sự khác nhau về chỉ số albumin và protid giữa nhóm có rò miệng nối và không có rò miệng nối. Tỷ lệ rò miệng nối ở nhóm quần mạc nối lớn thấp hơn so với nhóm không quần (9,1% so với 20%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ rò miệng nối ở nhóm sử dụng toàn bộ dạ dày thấp hơn so với nhóm sử dụng ống dạ dày lớn (7,4% so với 22%), tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê. Mở rộng trung thất cho thấy tỷ lệ rò thấp hơn việc không mở rộng (4,3% so với 22,2%), tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê. Việc đặt miệng nối phía dưới hõm ức có tỷ lệ rò thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với việc đặt miệng nối phía trên hõm ức (0% so với 22%, p=0,029).

Bảng 6. Các yếu tố liên quan tới rò miệng nối

Rò miệng nối	Có (n = 13)	Không (n = 64)	Giá trị p
Thông số			
Ống cuốn dạ dày			
Toàn bộ	2 (7,4%)	25 (92,6%)	0,1
Ống lớn	11 (22%)	39 (78%)	
Kiểu miệng nối			
Bằng tay 1 lớp	1 (20%)	4 (80%)	0,09
Bằng máy nối tròn	12 (22,2%)	42 (77,8%)	
Bằng tay 2 lớp	0 (0%)	18 (100%)	
Quấn mạc nối lớn			
Có	2 (9,1%)	20 (91,9%)	0,24
Không	11 (20%)	44 (80%)	
Mở rộng nền cổ			
Có	1 (4,3%)	22 (95,7%)	0,055
Không	12 (22,2%)	42 (77,8%)	
Vị trí miệng nối			
Trên hõm ức	13 (22%)	46 (78%)	0,029
Dưới hõm ức	0 (0%)	18 (100%)	
Làm thủ thuật Kocher			
Có	6 (15%)	34 (85%)	0,64
Không	7 (18,9%)	30 (81,1%)	
Protid trung bình (g/l)	72,84 ± 4,78	73,18 ± 7,04	0,87
Albumin trung bình (g/l)	40,76 ± 4,13	40,13 ± 3,95	0,59

Rò dưỡng chấp: Rò dưỡng chấp phát hiện trên 3 BN (3,9%). 2 BN được điều trị nội khoa, 1 BN được nút bạch mạch, 3 trường hợp đều được điều trị thành công.

Các biến chứng khác: Rò chân mở thông hồng tràng nuôi dưỡng gặp ở 3 BN (3,9%), nguyên nhân do không làm đường hầm Witzel, phải mổ lại đóng lỗ rò hồng tràng. 2 BN bị tắc ruột sau mổ: 1 BN do ung thư tái phát xâm lấn đại tràng sigma, đã phẫu thuật cắt đoạn đại tràng sigma, 1 BN do xoắn ruột non tại chỗ làm mở thông hồng tràng, đã mổ lại tháo xoắn, làm lại mở thông hồng tràng. 1 BN giãn ống cuốn dạ dày phía trên xương ức, sau khi ăn xuất hiện khối phồng kích thước khoảng 10 × 8cm tại vùng cổ, đã mổ lại. 2 BN thoát vị ống cuốn vào khoang màng phổi phải do rách màng phổi: 1 BN không can thiệp lại, 1 BN phải mổ lại.

Bảng 8. Các biến chứng khác

Biến chứng	Số bệnh nhân (n = 77)	Tỷ lệ %
Rò chân mở thông hồng tràng	3	3,9
Tắc ruột sau mổ	2	1,6
Giãn ống cuốn dạ dày phía trên xương ức	1	1,3
Thoát vị ống cuốn dạ dày vào khoang màng phổi phải	2	2,6

Tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày là 0%.

4. Bàn luận

Phẫu thuật nội soi cắt thực quản có tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ tử vong sau mổ cao hơn so với các phẫu thuật khác. Vì lí do đó, sau phẫu thuật, BN

thường được chuyển về trung tâm Hồi Sức (ICU) một cách thường quy, kể cả với các trung tâm lớn trên thế giới. Tuy nhiên, việc này bộc lộ một số nhược điểm: khi Trung tâm Hồi Sức đông BN dẫn tới có thể phải hủy lịch phẫu thuật để chuyển sang ngày khác, ảnh hưởng lớn tới BN; gia tăng chi phí điều trị. Hiện nay, đã có một số nghiên cứu cho phép BN được rút ống NKQ ngay tại phòng mổ, sau đó chuyển về khoa điều trị. Trong nghiên cứu của Iscimen và cộng sự [3], trong số 432 BN được phẫu thuật cắt thực quản, có 28,5% BN được chuyển về ICU, số còn lại được chuyển về phòng theo dõi đặc biệt của khoa điều trị. Tiêu chuẩn được lựa chọn đưa về ICU đó là: BN tiếp tục phải thở máy, đang phải duy trì thuốc vận mạch, hoặc có các yếu tố nguy cơ như: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ASA > 2, phải truyền máu số lượng lớn trong mổ, có rối loạn nhịp tim trong mổ. So sánh giữa 2 nhóm BN: nhóm phải về ICU và nhóm không về ICU cho thấy: Nhóm phải về ICU là nhóm BN nặng hơn, có dấu hiệu loạn nhịp hoặc viêm phổi trên X-quang cao hơn. Trong nhóm không về ICU có 12,3% BN phải tái nhập ICU do viêm phổi hít. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là thấp (3,7%). Kết luận được đưa ra: Chỉ có số lượng nhỏ BN phải về khoa ICU, số này có nguyên nhân từ viêm phổi hoặc rối loạn nhịp. Tại cơ sở của chúng tôi, việc chuẩn bị BN 1 cách hệ thống được tiến hành: Tập lý liệu, điều trị dinh dưỡng trước mổ, giảm đau kết hợp ngoài màng cứng và giảm đau toàn thân, tập lý liệu sau mổ. Chúng tôi áp dụng đánh giá những BN có nguy cơ cao như trong nghiên cứu của Iscimen mới đưa về ICU, các trường hợp còn lại đều được đưa về phòng hậu phẫu tại khoa điều trị, có 63,6% BN không phải đưa về ICU. Chúng tôi gặp 2 BN (2,6%) phải quay lại ICU do viêm phổi. Thời gian nằm ICU của 2 BN này lần lượt là 4 ngày và 6 ngày. Không có BN nào tử vong trong quá trình điều trị. Như vậy, việc đưa BN về khoa là an toàn và có thể tiến hành được, giảm sự phụ thuộc vào ICU. Thời gian trung bình nằm ICU (18,38 giờ) và thời gian đặt ống NKQ (5,42 giờ) thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hoà (thời gian nằm ICU: 36 giờ, thời gian đặt NKQ: 22,3 giờ) [4] và Hồ Hữu An (thời gian nằm ICU: 1,4

ngày) [5]. Thời gian nằm viện sau mổ, thời gian trung tiện là tương đương so với 2 nghiên cứu trên.

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy: Đa số BN ở giai đoạn I hoặc giai đoạn II, số BN ở giai đoạn III chỉ chiếm 22,1%. Trong số các BN ở giai đoạn sớm, có tới 17 BN không phát hiện u và hạch. Điều này nói lên vai trò của hoá xạ trị tiền phẫu. So sánh với các tác giả khác như Hồ Hữu An [5] hoặc Nguyễn Xuân Hoà [4] thì tỷ lệ BN ở giai đoạn sớm của chúng tôi nhiều hơn, do số BN được điều trị bổ trợ trong nghiên cứu của các tác giả khác thấp hơn. Đáng chú ý trong nghiên cứu, chúng tôi phát hiện ở 2 BN sau điều trị bổ trợ đáp ứng khối u hoàn toàn (T0) nhưng vẫn có di căn hạch (N1). Như vậy việc phẫu thuật cắt thực quản, nạo vét hạch theo hệ thống là hoàn toàn cần thiết mặc dù đáp ứng khối u trên CT và nội soi hoàn toàn không thấy u. Điều này cũng phù hợp với khuyến cáo của Mạng lưới ung thư quốc gia Hoa Kỳ (NCCN): Đối với BN sau điều trị hoá xạ trị tiền phẫu, không phát hiện u và hạch nên tiến hành phẫu thuật cắt thực quản [6]. Trong khi đó, sau điều trị hoá xạ trị triệt căn, nếu không phát hiện u và hạch nên theo dõi định kỳ.

Về biến chứng hô hấp, một nghiên cứu đa trung tâm tại Nhật Bản của Kikuchi, nơi sử dụng đường hầm (ĐH) sau xương ức thường xuyên, mức độ tương đương với ĐH trung thất sau nhằm so sánh tỷ lệ BHH giữa 2 đường hầm cho thấy: Tỷ lệ viêm phổi ở ĐH sau xương ức thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với ĐH trung thất sau. Nghiên cứu này cũng cho thấy nguy cơ viêm phổi là thấp hơn có ý nghĩa thống kê khi sử dụng ĐH sau xương ức so với ĐH trung thất sau. Tác giả giải thích nguyên nhân do khi đặt ống cuốn dạ dày vào ĐH trung thất sau có nguy cơ chèn ép ống cuốn vào khí quản và phế quản gốc, dẫn tới nguy cơ viêm phổi [7]. Cùng chung quan điểm trên, Wang cũng cho rằng việc sử dụng ĐH sau xương ức chiếm ít thể tích lồng ngực, tạo điều kiện cho phổi giãn nở, hạn chế nguy cơ xẹp phổi (là nguyên nhân hàng đầu gây ra viêm phổi). Mặt khác khi sử dụng ĐH trung thất sau tác giả thấy một số BN dạ dày bị căng giãn lớn chèn ép gây hạn chế sự giãn nở của phổi [8].

Rò miệng nổi là biến chứng xảy ra khá thường xuyên và nguy hiểm trong phẫu thuật cắt thực quản [7], [9]. Nguyên nhân rò miệng nổi thực quản-ống cuốn dạ dày được xem là tổng hợp các yếu tố: Tuổi, tình trạng dinh dưỡng, điều trị hỗ trợ trước mổ, kỹ thuật mổ... Tỷ lệ rò của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả nói trên. Trong nghiên cứu số lượng lớn BN tại Nhật Bản của Kikuchi cho thấy việc sử dụng ĐH sau xương ức có tỷ lệ rò miệng nổi cao hơn ĐH trung thất sau, và đây cũng là yếu tố nguy cơ dẫn tới rò miệng nổi. Trong nghiên cứu, chúng tôi mong muốn tìm ra yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với tỷ lệ rò miệng nổi khi sử dụng ĐH sau xương ức. Các yếu tố được đưa vào để đánh giá đó là: BMI, vị trí khối u, vật lý trị liệu trước mổ, sử dụng ống dạ dày, vị trí miệng nổi, việc mở rộng nền cổ, quần mạc nối lớn, làm thủ thuật Kocher, chỉ số protid và albumin trước mổ. Tuy nhiên, khi sử dụng mô hình hồi quy logistic, không có yếu tố nào nói trên có giá trị tiên lượng độc lập, nghĩa là rò miệng nổi là sự ảnh hưởng của nhiều yếu tố cộng lại, không do riêng một yếu tố nào.

Khi đánh giá từng yếu tố riêng lẻ, chúng tôi nhận thấy: Việc đặt miệng nổi phía dưới hõm ức có tỷ lệ rò thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với việc đặt miệng nổi phía trên hõm ức (0% so với 22%, $p=0,029$). Điều này tương tự Okumura khi chuyển miệng nổi xuống phía dưới cán xương ức và ghi nhận kết quả rò miệng nổi là 0% [10]. Một số e ngại khi chuyển miệng nổi xuống thấp nếu rò miệng nổi thì nhiễm khuẩn trung thất. Chúng tôi chưa gặp và cũng chưa ghi nhận tài liệu nào viết về vấn đề này. Tỷ lệ rò miệng nổi ở nhóm quần mạc nối lớn thấp hơn so với nhóm không quần, nhóm sử dụng toàn bộ dạ dày thấp hơn so với nhóm sử dụng ống dạ dày lớn, mở rộng trung thất cho thấy tỷ lệ rò thấp hơn việc không mở rộng, tuy nhiên sự khác nhau là chưa có ý nghĩa thống kê.

Hầu hết các trường hợp rò miệng nổi đều được phát hiện muộn, thời gian trung bình phát hiện rò miệng nổi là 8,92 ngày. Điều này chứng tỏ rò miệng nổi xảy ra có nguyên nhân là thiếu máu miệng nổi, không liên quan tới các kỹ thuật làm miệng nổi. Hầu hết các trường hợp đều được điều trị bảo tồn, tách

rộng vết thương để tự liền. 1 trường hợp chúng tôi mổ lại để khâu lại ống cuốn.

Về rò dưỡng chấp, chúng tôi phát hiện 3 BN tràn dịch dưỡng chấp sau mổ có 2 BN điều trị nội khoa thành công, 1 BN tràn dịch kéo dài phải tiến hành can thiệp nút bạch mạch. Tràn dịch dưỡng chấp là một biến chứng nguy hiểm, dẫn tới suy dinh dưỡng và nhiễm khuẩn sau mổ. Hiện tại có các biện pháp điều trị: Nội khoa bằng octreotide, phẫu thuật lại để thắt ống ngực hoặc can thiệp nút bạch mạch. Điều trị nội khoa chỉ định trong trường hợp rò số lượng ít. Trong khi đó, nếu số lượng dịch rò lớn hơn 1 lít/ngày trong 5 ngày, hoặc thời gian rò kéo dài quá 2 tuần thì nên tiến hành phẫu thuật lại hoặc nút bạch mạch [11]. Phẫu thuật lại để clip chỗ tổn thương đã được 1 số tác giả báo cáo, tuy nhiên cần lưu ý rằng không phải chỉ có 1 ống ngực chính mà có đường dẫn truyền dịch dưỡng chấp là mạng lưới chằng chịt, do đó việc phẫu thuật có thể không mang lại hiệu quả. Trong khi đó, biện pháp can thiệp nút bạch mạch có thể mang lại hiệu quả hơn vì quan sát rõ được hệ thông bạch huyết, đồng thời ít xâm lấn hơn. Một số tác giả đề xuất việc thắt ống ngực dự phòng nhằm tránh nguy cơ tràn dịch dưỡng chấp, tuy nhiên việc này ảnh hưởng tới thời gian sống sau 5 năm của BN theo nghiên cứu của Leiliu [12].

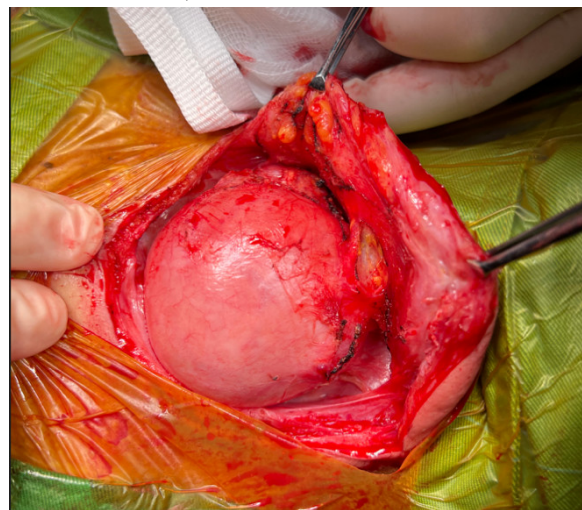
Các biến chứng liên quan tới mở thông hồng tràng nuôi dưỡng cũng là một vấn đề gây nên sự tranh cãi. Mở thông hồng tràng nuôi dưỡng được cho có nhiều lợi ích: Cho ăn sớm, nuôi dưỡng được trong trường hợp rò miệng nổi. Nhiều tác giả chủ trương mở thông hồng tràng nuôi dưỡng: Nguyễn Xuân Hoà mở thông hồng tràng ở 100% BN, Weijis cũng cho rằng nên kéo dài thời gian mở thông để hạn chế tình trạng sụt cân và BN có thể tự chăm sóc tại nhà [13]. Tuy nhiên, việc mở thông cũng có các biến chứng liên quan: Rò chân mở thông, chảy máu, xoắn... Trong nghiên cứu của Weijis, tỷ lệ này là 2% [13]. Chúng tôi mở thông ở 49,6% BN, biến chứng rò chân mở thông ở 3 BN và tắc ruột do xoắn ở chân mở thông ở 1 BN. Kinh nghiệm cho thấy nên làm đường hầm Witzel và cố định hồng tràng lên thành bụng để hạn chế các biến chứng trên. Chúng tôi cho ăn rất sớm tại ngày thứ 1 sau mổ, điều này cũng góp

phần giúp BN nhanh hồi phục. Một nghiên cứu gần đây cho thấy: Mở thông hồng tràng thường quy là không khuyến cáo do những biến chứng có thể mang lại [14]. 3 BN rò hồng tràng và tắc ruột đều phải mổ lại để làm lại mở thông. 1 BN tắc ruột do khối u tái phát xâm lấn đại tràng sigma đã tiến hành mổ lại cắt đoạn đại tràng sigma.

Tình trạng thoát vị của ống cuốn dạ dày vào khoang màng phổi là vấn đề đáng quan tâm. Một nghiên cứu lớn được tiến hành bởi Uemura năm 2017 cho thấy: Trong số 231 BN được tiến hành phẫu thuật từ 2011 tới 2015, có 19 BN (8%) bị thoát vị trong lồng ngực [15]. Tác giả giải thích tình trạng thoát vị này là do tổn thương lá thành màng phổi trong quá trình phẫu tích tạo đường hầm. Khi đó, có sự thông thương giữa đường hầm sau xương ức và màng phổi, dưới áp lực âm của màng phổi sẽ dẫn tới dạ dày chui qua màng phổi bị rách và vào khoang màng phổi. Trong nghiên cứu, tác giả nhận thấy biến chứng liệt dây thanh âm đặc biệt cao ở những BN có thoát vị trong lồng ngực. Giải thích tình trạng này, đó là do sự chèn ép của dạ dày vào dây thanh âm, sau đó lại bị kéo chùng xuống lồng ngực khi có thoát vị. Do vậy, khi phẫu tích làm đường hầm phải cẩn thận chú ý không làm tổn thương lá thành màng phổi 2 bên. Chúng tôi gặp 2 BN bị thoát vị ống cuốn dạ dày, nguyên nhân cũng do rách lá thành màng phổi: 1 BN thoát vị 1 phần ống cuốn và 1 BN thoát vị toàn bộ ống cuốn dạ dày qua chỗ rách. Với BN thoát vị 1 phần chỉ cần đặt sonde dạ dày, điều trị bảo tồn, tiêu hoá lưu thông tốt. BN bị thoát vị toàn bộ ống cuốn dạ dày gây nên tình trạng tắc ống cuốn, phải tiến hành mổ lại, cắt màng phổi phải để ống cuốn không bị gấp góc nữa, sau đó BN ra viện với tình trạng tiêu hoá lưu thông tốt.

Một vấn đề cần lưu ý nữa là tình trạng căng giãn phần dạ dày phía trên xương ức. BN sau mổ than phiền về túi dạ dày vùng cổ phình thành 1 khối lớn sau khi ăn. Nguyên nhân là thức ăn bị ứ lại vùng cổ, khó thoát qua nền cổ chật hẹp. BN phải nuốt nhẹ túi phình này hoặc ăn rất chậm thì mới thoát khỏi tình trạng này. Chúng tôi đã mổ lại BN này, cắt phần dạ dày bị thừa để lại móm cột dạ dày vừa đủ, không quá dài để nối với thực quản. Một cải tiến nữa là đẩy

miệng nối xuống phía sau xương ức sẽ không gặp hiện tượng trên. Chúng tôi chưa ghi nhận tài liệu viết về vấn đề này.



Hình 1. Ống cuốn dạ dày bị giãn
(Nguồn: BN Nguyễn Văn Ng. Số HS: 23033108)

5. Kết luận

Phẫu thuật nội soi ngực bụng thay thực quản bằng ống cuốn dạ dày đặt sau xương ức có kết quả sớm tốt: 63,6% BN về thẳng khoa điều trị, được rút ống NKQ ngay tại phòng mổ, tỉ lệ biến chứng hô hấp là 66,2%, tuy nhiên hầu hết là ở mức nhẹ (82,4% là Clavien-Dindo I), rò miệng nối là 16,2%, các biến chứng khác chiếm 14,28%, tỉ lệ tử vong sớm là 0%.

Tài liệu tham khảo

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al (2021) *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA Cancer J Clin 71(3): 209-249.
2. Kikuchi H, Endo H, Yamamoto H et al (2022) *Impact of reconstruction route on postoperative morbidity after esophagectomy: Analysis of esophagectomies in the Japanese National Clinical Database*. Ann Gastroenterol Surg 6(1): 46-53.
3. Iscimen R, Brown DR, Cassivi SD et al (2010) *Intensive care unit utilization and outcome after esophagectomy*. J Cardiothorac Vasc Anesth 24(3): 440-446.
4. Nguyễn Xuân Hoà (2018) *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt thực quản và nạo vét hạch*

- rộng hai vùng (ngực-bụng) trong điều trị ung thư thực quản. Luận án Tiến sĩ học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Hồ Hữu An (2019) *Nghiên cứu điều trị ung thư thực quản bằng phẫu thuật nội soi ngực phải kết hợp mở bụng*. Luận án Tiến sĩ học, Viện Nghiên cứu Dược lâm sàng 108 Hà Nội.
 6. Ajani JA, Barthel JS, Bentrem DJ et al (2011) *Esophageal and esophagogastric junction cancers*. J Natl Compr Canc Netw 9(8): 830-887.
 7. Kikuchi H, Endo H, Yamamoto H et al (2022) *Impact of reconstruction route on postoperative morbidity after esophagectomy: Analysis of Esophagectomies in the Japanese National Clinical Database*. Ann Gastroenterol Surg 6(1): 46-53.
 8. Wang M, Jin Y, Sun G et al (2021) *The complications between different routes of reconstruction after esophagectomy*. Thorac Cardiovasc Surg 69(3): 211-215.
 9. Yamasaki M, Miyata H, Yasuda T et al (2015) *Impact of the route of reconstruction on post-operative morbidity and malnutrition after esophagectomy*. World J Surg 39(2): 433-440.
 10. Okumura T, Miwa T, Numata Y et al (2022) *Reduction of anastomotic leakage after esophagectomy with retrosternal gastric tube reconstruction*. Dis Esophagus 35(2): 326-335.
 11. Mishra PK, Saluja SS, Ramaswamy D et al (2013) *Thoracic duct injury following esophagectomy in carcinoma of the esophagus: Ligation by the abdominal approach*. World J Surg 37(1): 141-146.
 12. Liu L, Gong L, Zhang M et al (2021) *The effect of prophylactic thoracic duct ligation during esophagectomy on the incidence of chylothorax and survival of the patients: An updated review*. Postgrad Med 133(3): 265-271.
 13. Weijs TJ, van Eden HWJ, Ruurda JP et al (2017) *Routine jejunostomy tube feeding following esophagectomy*. J Thorac Dis 9(8): 851-860.
 14. Álvarez-Sarrado E, Mingol Navarro F, J Rosellón R, et al (2019) *Feeding Jejunostomy after esophagectomy cannot be routinely recommended. Analysis of nutritional benefits and catheter-related complications*. Am J Surg 217(1): 114-120.
 15. Uemura N, Abe T, Kawakami J et al (2017) *Clinical impact of intrathoracic herniation of gastric tube pull-up via the retrosternal route following esophagectomy*. Dig Surg 34(6): 483-488.