

Kết quả sớm phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Early results of thoracoscopic and laparoscopic surgery for esophageal cancer treatment at Hanoi Oncology Hospital

Nguyễn Xuân Hoà¹, Tống Quang Hiếu¹,
Phan Đắc Phương² và Phạm Hồng Thiện²

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm trên nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi (PTNS) ngực bụng điều trị ung thư thực quản (UTSQ) tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 39 bệnh nhân từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2025. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình: $283,8 \pm 38,4$ phút. Số hạch nạo vét được trung bình: $15,9 \pm 15,3$ hạch. Tỷ lệ đạt đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học (pCR) chiếm 48,1%, 100% đạt diện cắt R0. Thời gian rút dẫn lưu khoang màng phổi (DLKMP) trung bình $5,4 \pm 2,4$ ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình $10,9 \pm 3,6$ ngày. Tạo hình bằng ống dạ dày chiếm 89,7%, bằng đại tràng chiếm 10,3%. Tai biến trong mổ: Rách màng phổi chiếm 15,4%, tổn thương ống ngực chiếm 5,1%. Biến chứng sau mổ: Biến chứng hô hấp chiếm 23,1%, rò miệng nối chiếm 12,8%, tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược chiếm 5,2%, hẹp miệng nối chiếm 15,4%. **Kết luận:** PTNS ngực bụng tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội là phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị ung thư thực quản với tỷ lệ biến chứng ở mức chấp nhận được, không có tử vong sau mổ, thời gian nằm viện và thời gian rút dẫn lưu màng phổi tương đối ngắn.

Từ khoá: Ung thư thực quản, phẫu thuật nội soi ung thư thực quản.

Summary

Objective: To evaluate the early postoperative outcomes in patients undergoing thoraco-laparoscopic esophagectomy for esophageal cancer at Hanoi Oncology Hospital. **Subject and method:** A retrospective descriptive study was conducted on 39 patients from January 2023 to December 2025. **Result:** The mean operative time was 283.8 ± 38.4 minutes, and the mean number of retrieved lymph nodes was 15.9 ± 15.3 . The rate of pathological complete response (pCR) was 48.1%, and R0 resection was achieved in 100% of cases. The mean duration of chest tube drainage was 5.4 ± 2.4 days, and the mean postoperative hospital stay was 10.9 ± 3.6 days. Reconstruction was performed using a gastric conduit in 89.7% of patients and colon interposition in 10.3%. Intraoperative complications included pleural injury in 15.4% and thoracic duct injury in 5.1%. Postoperative complications consisted of respiratory complications (23.1%), anastomotic leakage (12.8%), recurrent laryngeal nerve injury (5.2%), anastomotic stricture (15.4%). **Conclusion:** Thoraco-laparoscopic esophagectomy at Hanoi Oncology Hospital is a safe and feasible approach for the treatment of esophageal cancer. Early postoperative outcomes demonstrated acceptable complication rates, no postoperative mortality, and relatively short durations of chest tube drainage and hospital stay.

Keywords: Esophageal cancer, thoracoscopic esophagectomy.

Ngày nhận bài: 11/2/2026, ngày chấp nhận đăng: 25/3/2026

* Tác giả liên hệ: drhoangnuyxuan@gmail.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTSQ) là một trong những bệnh ung thư đường tiêu hoá có tiên lượng xấu và tỷ lệ tử vong cao. Theo GLOBOCAN năm 2020, ung thư thực quản đứng thứ 8 về số ca mắc mới và là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 6 trong các bệnh ung thư trên toàn thế giới¹. Tại Việt Nam, UTSQ vẫn là một vấn đề y tế đáng quan tâm với tỷ lệ mắc và tử vong còn cao, đặc biệt ở nam giới, liên quan chặt chẽ đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá và uống rượu bia.

Điều trị UTSQ hiện nay là điều trị đa mô thức, bao gồm phẫu thuật, hoá trị, xạ trị và các liệu pháp toàn thân khác, trong đó phẫu thuật cắt thực quản triệt căn vẫn giữ vai trò trung tâm đối với các trường hợp có chỉ định phẫu thuật². Tuy nhiên, đây là một trong những phẫu thuật lớn và phức tạp nhất của ngoại khoa tiêu hoá, đi kèm nguy cơ cao về tai biến và biến chứng, đặc biệt là các biến chứng hô hấp, rò miệng nổi và tử vong sớm sau mổ. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của phẫu thuật ít xâm lấn và các phác đồ điều trị đa mô thức, hoá xạ trị tiền phẫu ngày càng được áp dụng rộng rãi nhằm làm giảm giai đoạn khối u, tăng khả năng cắt bỏ triệt căn, giảm tỷ lệ biến chứng liên quan phẫu thuật và cải thiện tiên lượng lâu dài^{3,4,5}. Trong những năm gần đây, bệnh viện Ung bướu Hà Nội đã triển khai kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt thực quản ngực bụng điều trị ung thư thực quản, tuy nhiên chưa có nghiên cứu tổng kết đánh giá hiệu quả của kỹ thuật này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt thực quản ngực bụng điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội”, nhằm đánh giá tính an toàn, khả thi của phẫu thuật và các tai biến, biến chứng sớm sau mổ, góp phần hoàn thiện chiến lược điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh ung thư thực quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu thực hiện trên 39 bệnh nhân UTSQ ngực (1/3) giữa và (1/3) dưới (theo phân giai đoạn của AJCC 8th -2017) được phẫu thuật nội soi cắt thực quản ngực bụng, điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Các bệnh nhân được chẩn đoán là UTSQ, xác định qua mô bệnh học.

Hồ sơ bệnh án đủ các thông tin phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu và theo dõi sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân mắc các bệnh lý nội khoa nặng.

Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2025.

Quy trình phẫu thuật nội soi cắt thực quản tạo hình.

Phẫu thuật được thực hiện qua ba thì: ngực, bụng và cổ.

Ở thì ngực, bệnh nhân được đặt trocar qua các khoang liên sườn, tiến hành nội soi lồng ngực để đánh giá tổn thương, sau đó phẫu tích và cắt quai tĩnh mạch đơn, động mạch phế quản phải. Thực quản được bóc tách từ cơ hoành đến đỉnh ngực kèm nạo vét hạch trung thất, đặc biệt vùng ngã ba khí phế quản. Sau khi hoàn tất, đặt dẫn lưu màng phổi.

Ở thì bụng, tiến hành nội soi ổ bụng với 5 trocar. Dạ dày được giải phóng dọc bờ cong lớn và bờ cong nhỏ bằng dao siêu âm, bảo tồn bó mạch vị mạc nối phải. Cuống mạch vị trái được phẫu tích, kẹp clip và cắt, đồng thời nạo vét hạch nhóm 7, 8, 9, 11. Thực quản bụng được bóc tách và mở rộng lỗ hoành để chuẩn bị đưa ống dạ dày lên ngực.

Ở thì cổ, mở đường cổ trái, bóc tách và cắt thực quản cổ, chú ý bảo tồn thần kinh quặt ngược thanh quản. Qua đường mở bụng nhỏ, tạo hình ống dạ dày, thực hiện tạo hình môn vị. Ống dạ dày được kéo lên cổ qua trung thất sau và thực hiện miệng nối thực quản - dạ dày tận bên. Cuối cùng mở thông hồng tràng nuôi dưỡng và đóng các đường mổ.

Chỉ số và biến số nghiên cứu:

Kết quả trong mổ: Thời gian phẫu thuật (phút), số lượng máu mất (ml), các tai biến trong mổ (tổn thương khí phế quản, nhu mô phổi, rách màng phổi, tổn thương mạch máu lớn, tổn thương ống ngực, tổn thương dây thần kinh quặt ngược) được phẫu

thuật viên ghi nhận trong biên bản phẫu thuật, số lượng hạch nạo vét được.

Kết quả sau mổ: Tử vong sau mổ (trong 30 ngày sau mổ), thời gian nằm viện sau phẫu thuật (sau khi phẫu thuật đến khi bệnh nhân ra viện) tính theo ngày, thời gian rút dẫn lưu khoang màng phổi (từ khi mổ xong đến khi bệnh nhân được rút dẫn lưu) theo ngày, các biến chứng sau phẫu thuật (biến chứng hô hấp, rò miệng nối, tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược, hẹp miệng nối, rò dương chấp).

Mức độ biến chứng được phân loại theo thang điểm Clavien-Dindo⁶.

Kết quả trên mô bệnh học sau mổ: đáp ứng trên mô bệnh học sau hoá xạ trị, giai đoạn bệnh sau mổ.

Thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, biên bản phẫu thuật, phiếu gây mê hồi sức, kết quả giải phẫu bệnh, hồ sơ điều trị tiền phẫu và các thông tin

theo dõi sau mổ của bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội trong thời gian nghiên cứu.

Sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định lượng được biểu thị dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm (%).

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả dữ liệu bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Các thông tin được thu thập sau khi đã có đồng thuận nghiên cứu bằng văn bản hoặc qua người đại diện hợp pháp. Nghiên cứu không can thiệp vào quy trình điều trị và không gây bất kỳ nguy cơ nào cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		n (%)
Giới	Nam	38 (97,4%)
	Nữ	1 (2,6%)
Tuổi (TB $\pm$ SD) (Min-Max)		56,9 $\pm$ 6,8 (41 – 69)
Nhóm tuổi	< 40	0
	40 - 49	5 (12,8%)
	50 - 59	16 (41%)
	60 - 69	18 (46,2%)
	$\geq$ 70	0

Nhận xét: Nam giới chiếm 97,4%, nữ giới chiếm 2,6%, tuổi trung bình là 56,9 $\pm$ 6,8 (41 - 69 tuổi), trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 60 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ 46,2%.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm		Min	Max	Trung bình	SD
Thời gian mổ (phút)		210	375	283,8	38,4
Lượng máu mất (ml)		50	150	89,3	19,9
Hạch	Nạo vét được	17	75	15,9	15,3
	Di căn	0	2	0,38	0,71
Thời gian thở máy (giờ)		5	31	8,9	2,7
Thời gian hậu phẫu (ngày)		7	24	10,9	3,6
Thời gian rút DLKMP (ngày)		3	18	5,4	2,4
Cách thức phẫu thuật		Tạo hình bằng ống dạ dày		35 (89,7%)	
		Tạo hình bằng đại tràng		4 (10,3%)	

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 283,8 phút, lượng mất máu trung bình là 89,3ml, không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ. Số hạch nạo vét được trung bình là 15,9 hạch (7 - 75). Thời gian thở máy trung bình là 8,9 giờ (5 - 31). Thời gian hậu phẫu trung bình 10,9 ngày, ngắn nhất 7 ngày, dài nhất là 24 ngày. Thời gian rút DLKMP trung bình là 5,4 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 18 ngày. Đa số các trường hợp được tạo hình bằng ống dạ dày chiếm 89,7%, có 4 trường hợp (10,3%) tạo hình bằng đại tràng.

Bảng 3. Tai biến trong mổ

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Rách màng phổi	6	15,4
Tổn thương ống ngực	2	5,1
Tổn thương khí phế quản	0	0
Tổn thương mạch máu lớn	0	0

Nhận xét: Trong quá trình phẫu thuật có 6 trường hợp rách màng phổi chiếm 15,4%, 2 trường hợp tổn thương ống ngực chiếm 5,1%. Không có trường hợp nào tổn thương quai tĩnh mạch đơn, tổn thương động mạch chủ, tĩnh mạch phổi, khí phế quản, tử vong trong mổ.

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Loại tai biến, biến chứng		n	Tỷ lệ %
Biến chứng hô hấp	Viêm phổi	5	12,8
	Suy hô hấp + viêm phổi	0	0
	Tràn khí màng phổi	0	0
	Tràn dịch màng phổi	4	10,3
	Tổng	9	23,1
Rò miệng nối	Miệng nối cổ	4	10,2
	Đường tại ống dạ dày	1	2,6
	Tổng	5	12,8
Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản		2	5,2
Nhiễm trùng vết mổ		3	7,7
Hẹp miệng nối		6	15,4
Chảy máu		0	0
Tử vong		0	0
Clavien-Dindo			
Không biến chứng		24	61,5
Độ I		5	12,8
Độ II		3	7,7
Độ III	IIIa	6	15,4
	IIIb	1	2,6
Độ IV		0	0
Độ V		0	0

Nhận xét: Trong các biến chứng sớm sau mổ, biến chứng hô hấp gặp nhiều nhất chiếm 23,1%. Rò miệng nối gặp trong 5 trường hợp chiếm 12,8% trong đó có 4 trường hợp rò miệng nối cổ, 1 trường hợp rò tại ống dạ dày. Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản gặp 2 trường hợp chiếm 5,2%. Hẹp miệng nối chiếm

15,4%. Đa số các biến chứng từ độ I đến độ IIIa theo thang điểm Clavien-Dindo, chủ yếu điều trị bảo tồn bằng nội khoa, không có biến chứng đe dọa tính mạng, không có trường hợp nào tử vong.

Bảng 5. Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật theo TNM

Giai đoạn T	n	Tỷ lệ %
T0	16	41,0
T1	14	35,9
T2	4	10,3
T3	5	12,8
T4	0	0
Giai đoạn N		
N0	30	76,9
N1	9	23,1
N2	0	0
Giai đoạn bệnh		
0	0	0
I	28	71,8
II	2	5,1
IIIA	6	15,4
IIIB	3	7,7
IVA	0	0
Đáp ứng mô bệnh học sau hoá xạ trị		
Hoàn toàn	13	48,1
Không hoàn toàn	14	51,9
Tổng	27	100
Diện cắt		
R0	39	100
R1	0	0
R2	0	0

Nhận xét: Ung thư thực quản giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,8%. Trong số 27 bệnh nhân hoá xạ trị, hoá chất trước phẫu thuật có 13 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học chiếm 48,1%. 100% các trường hợp phẫu thuật đạt diện cắt R0.

IV. BÀN LUẬN

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 283,8 phút, tương đương với các nghiên

cứu trong nước (dao động từ 270 - 320 phút) và các báo cáo quốc tế (khoảng 250 - 330 phút). Lượng mất máu trung bình là 89,3ml, thấp hơn các nghiên cứu trong nước (khoảng 150 - 300ml) và tương đương các báo cáo quốc tế về phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, không ghi nhận trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ. Thời gian thở máy trung bình là 8,9 giờ (5 - 31), ngắn hơn so với một số báo cáo trong nước do phần lớn các trường hợp được rút ống nội khí quản ngay sau khi kết thúc phẫu thuật. Thời gian

nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $10,9 \pm 3,6$ ngày, ngắn hơn so với một số nghiên cứu trong nước trước đây. Nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức ghi nhận thời gian nằm viện trung bình sau cắt thực quản dao động khoảng 12 - 16 ngày, trong khi các báo cáo tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy thời gian nằm viện trung bình khoảng 13 - 15 ngày. So với các nghiên cứu quốc tế, thời gian nằm viện sau cắt thực quản nội soi thường dao động từ 10 - 14 ngày, đặc biệt tại các trung tâm áp dụng phẫu thuật ít xâm lấn^{5,7}. Như vậy, kết quả của chúng tôi nằm ở ngưỡng thấp của khoảng này, phản ánh quá trình hồi phục hậu phẫu tương đối thuận lợi ở đa số người bệnh cũng như việc chuẩn bị bệnh nhân kỹ lưỡng trước phẫu thuật. Thời gian rút DLKMP trung bình là 5,4 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 18 ngày, tương đương với một số nghiên cứu trong nước. Một số nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức và nghiên cứu quốc tế cho thấy dẫn lưu màng phổi có thể rút sớm hơn (khoảng 3 - 5 ngày) nếu như không có biến chứng hô hấp hay rò đường chấp. Thời gian rút dẫn lưu tương đối ngắn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể liên quan đến việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp, kiểm soát tốt tổn thương màng phổi trong mổ và theo dõi sát diễn biến hô hấp sau mổ. Tuy nhiên, ở những trường hợp có biến chứng hô hấp hoặc rò bạch huyết, thời gian dẫn lưu kéo dài hơn, làm tăng thời gian nằm viện chung^{8,9}.

Về phương pháp tạo hình thực quản, đa số các trường hợp được tạo hình bằng ống dạ dày chiếm 89,7%, có 4 trường hợp (10,3%) tạo hình bằng đại tràng. Tỷ lệ tạo hình bằng đại tràng trong nghiên cứu gần tương đồng với các báo cáo (dao động 5-10%), chủ yếu trong các trường hợp dạ dày không phù hợp để tạo hình do tiền sử phẫu thuật, tổn thương dạ dày, tưới máu kém hoặc u lan rộng vùng tâm vị^{5,8,10}. Trong số 39 BN của chúng tôi có 2 trường hợp bệnh nhân có tiền sử mổ cắt dạ dày do loét, 1 trường hợp ung thư thực quản lan rộng tâm vị, 1 trường hợp khác là ung thư dạ dày đồng mắc. Mặc dù tạo hình bằng đại tràng là một phẫu thuật phức tạp hơn, đòi hỏi thời gian mổ dài hơn và nguy cơ biến chứng cao hơn so với tạo hình bằng ống dạ dày, nhưng kết quả sớm tương đối tốt, không gặp

biến chứng nặng và không ghi nhận tử vong sau mổ. Điều này cho thấy khả năng triển khai an toàn kỹ thuật tạo hình thực quản bằng đại tràng tại cơ sở nghiên cứu, góp phần mở rộng chỉ định phẫu thuật triệt căn cho những trường hợp khó.

UTTQ có tỉ lệ cao di căn hạch và di căn xa ngay giai đoạn sớm, do đó vấn đề nạo hạch trong phẫu thuật rất quan trọng trong điều trị triệt căn. Việc nạo vét hạch 2 vùng hay 3 vùng hiện nay vẫn còn nhiều tranh cãi. Nạo vét hạch rộng rãi, triệt để có thể mang lại lợi ích kiểm soát bệnh tại chỗ, tại vùng và kéo dài thời gian sống. Tuy nhiên cũng làm tăng đến tỷ lệ tai biến, biến chứng cũng như tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số hạch nạo vét được trung bình là 15,9 hạch (7 - 75), đáp ứng yêu cầu tối thiểu về phẫu thuật triệt căn. Các nghiên cứu trong nước thường ghi nhận số hạch nạo vét trung bình từ 12 - 18 hạch, trong khi các nghiên cứu quốc tế báo cáo khoảng 15 - 25 hạch. Điều này cho thấy kỹ thuật nạo vét hạch trong nghiên cứu của chúng tôi đạt yêu cầu về mặt ung thư học.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư thực quản giai đoạn I sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất (71,8%). Trong số 27 bệnh nhân được điều trị hoá xạ trị hoặc hoá chất tiền phẫu, có 48,1% đạt đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học (pCR). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu CROSS (pCR khoảng 29%) và một số nghiên cứu trong nước (thường 20 - 35%)⁴. Sự khác biệt này có thể liên quan đến lựa chọn bệnh nhân, đặc điểm mô bệnh học và cỡ mẫu nghiên cứu. Tuy nhiên, kết quả cho thấy điều trị tiền phẫu có vai trò quan trọng trong làm giảm giai đoạn bệnh và tăng khả năng phẫu thuật triệt căn. Đáng chú ý, trong nghiên cứu có 3 bệnh nhân đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn tại u (pT0) sau hoá xạ trị nhưng tại hạch vẫn còn tế bào ung thư (pN(+)). Phân tích từ nghiên cứu CROSS cho thấy mặc dù tỷ lệ đạt đáp ứng hoàn toàn tại u khoảng 29% vẫn có một tỷ lệ nhất định có tồn dư di căn với pT0N(+) từ 5 - 15%⁴. Điều này càng khẳng định vai trò của phẫu thuật vét hạch triệt để ngay cả ở những bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn tại u nguyên phát sau điều trị tiền phẫu. Việc 100% trường hợp đạt diện cắt R0 trong nghiên cứu của chúng tôi là một điểm mạnh, tương

đương hoặc cao hơn so với các báo cáo trong nước (90–98%) và quốc tế (85 - 95%)³⁻⁵. Đây được coi là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng đối với thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ ở bệnh nhân ung thư thực quản¹¹.

Tai biến trong mổ gặp với tỷ lệ thấp và chủ yếu là rách màng phổi chiếm tỷ lệ 15,4% và tổn thương ống ngực (5,1%). Tỷ lệ này tương đương với các nghiên cứu trong nước, trong đó rách màng phổi được ghi nhận từ 10 - 20%, đặc biệt trong phẫu thuật nội soi ngực¹². Các trường hợp này đều là tổn thương rách nhỏ, không cần khâu lại màng phổi hay DLKMP trái. 2 trường hợp (5,1%) tổn thương ống ngực được xử trí bằng kẹp ống ngực bằng clip, sau mổ không phát hiện biến chứng tràn dịch dưỡng chấp^{5,7,8,10}.

Biến chứng hô hấp là nhóm biến chứng sớm thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (23,1%) chủ yếu là viêm phổi (12,8%) và tràn dịch màng phổi (10,3%). Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức (khoảng 18 - 25%) và Bạch Mai (khoảng 15 - 20%). Các nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ biến chứng hô hấp dao động từ 20 - 30%, cho thấy kết quả của chúng tôi nằm trong giới hạn chấp nhận được¹³. Các bệnh nhân viêm phổi đều được nội khoa ổn định, không có trường hợp nào suy hô hấp. Các bệnh nhân tràn dịch khoang màng phổi đều được chọc hút dịch màng phổi dưới siêu âm. Trong đó có 1 bệnh nhân tràn dịch tái diễn kéo dài do bệnh lý xơ gan do viêm gan đi kèm, bệnh nhân được chuyển điều trị tích cực tại bệnh viện Nhiệt đới Trung ương và ổn định ra viện.

Tỷ lệ rò miệng nối trong nghiên cứu là 12,8% trong đó có 4 trường hợp rò miệng nối cổ và 1 trường hợp rò ống dạ dày vào khí quản. Kết quả này tương đương với nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai (13,1%), nhưng cao hơn so với một số báo cáo tại Việt Đức (khoảng 4 - 6%)^{8,10}. Các nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ rò miệng nối khoảng 10 - 15% đối với cắt thực quản nội soi, cho thấy kết quả của chúng tôi tương đương^{5,7}. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến cỡ mẫu và số lượng bệnh nhân được hoá xạ trị tiền phẫu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao. Trong 4 trường hợp rò miệng nối cổ, 1 trường

hợp dịch tiêu hoá rò xuống trung thất, tất cả đều được điều trị nội khoa ổn định và ra viện, không ghi nhận trường hợp nào phải mổ lại. Đối với trường hợp rò ống dạ dày vị trí hàng ghim vào phế quản, bệnh nhân được đặt stent phế quản và ổn định ra viện. Hẹp miệng nối được ghi nhận ở 15,4% bệnh nhân, tương đương với các báo cáo trong nước (10–20%) và quốc tế (10 - 25%). Hầu hết đều ở mức độ nhẹ và đều được xử lý bằng nong miệng nối. Tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược gặp trong 2 trường hợp với biểu hiện khàn tiếng sau mổ, tuy nhiên đều là tổn thương tạm thời và phục hồi hoàn toàn. 3 bệnh nhân (7,7%) nhiễm trùng vết mổ tại vị trí mở bụng tạo hình ống dạ dày. Tất cả bệnh nhân đều được cắt chỉ cách vết mổ và thay băng 2 lần/ngày, điều trị ổn định. Đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong sau mổ. Tỷ lệ tử vong sau cắt thực quản trong các nghiên cứu trong nước thường dao động từ 0–3%, trong khi các báo cáo quốc tế ghi nhận khoảng 2 - 5%¹³. Kết quả này cho thấy tính an toàn của phẫu thuật tại cơ sở nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cắt thực quản chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Về phía người bệnh, tuổi, tình trạng dinh dưỡng, chức năng hô hấp và các bệnh lý kèm theo đóng vai trò quan trọng, trong khi tiền sử hút thuốc lá và sử dụng rượu bia có thể làm tăng nguy cơ biến chứng hô hấp và chậm liền miệng nối. Điều trị tiền phẫu, đặc biệt là hóa xạ trị đồng thời, mặc dù giúp tăng tỷ lệ đáp ứng mô bệnh học và khả năng cắt bỏ triệt căn, nhưng cũng có thể làm tăng nguy cơ rò miệng nối do ảnh hưởng đến tưới máu và chất lượng mô. Bên cạnh đó, yếu tố kỹ thuật và kinh nghiệm phẫu thuật viên, bao gồm phương pháp tiếp cận, kỹ thuật tạo hình và vị trí miệng nối, có ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả sau mổ. Cuối cùng, chăm sóc hậu phẫu và phát hiện sớm biến chứng đóng vai trò then chốt trong việc kiểm soát biến chứng bằng các biện pháp ít xâm lấn, góp phần làm giảm tỷ lệ biến chứng nặng và tử vong.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu còn nhỏ và được thực hiện tại một trung tâm đơn lẻ nên tính khái quát của kết quả còn

hạn chế. Thứ hai, thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu nên chưa cho phép đánh giá đầy đủ mối liên quan nhân quả giữa các yếu tố lâm sàng và kết quả điều trị. Ngoài ra, thời gian theo dõi còn ngắn nên chưa đánh giá được các kết quả dài hạn. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để khẳng định thêm các kết quả này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội là phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị ung thư thực quản. Kết quả sớm sau mổ cho thấy tỷ lệ biến chứng ở mức chấp nhận được, không có tử vong sau mổ, thời gian nằm viện và thời gian rút dẫn lưu màng phổi tương đối ngắn.

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. doi:10.3322/caac.21660
2. Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ et al (2023) *Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2.2023*, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw 21(4): 393-422. doi:10.6004/jnccn.2023.0019
3. Hagen P van, Hulshof MCCM, Lanschot JJB van, et al (2012) *Preoperative Chemoradiotherapy for Esophageal or Junctional Cancer*. New England Journal of Medicine 366(22): 2074-2084. doi:10.1056/NEJMoa1112088
4. Shapiro J, van Lanschot JJB, Hulshof MCCM et al (2015) *Neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery versus surgery alone for oesophageal or junctional cancer (CROSS): Long-term results of a randomised controlled trial*. Lancet Oncol 16(9):1090-1098. doi: 10.1016/S1470-2045(15)00040-6
5. Luketich JD, Pennathur A, Awais O et al (2012) *Outcomes after minimally invasive esophagectomy: Review of over 1000 patients*. Ann Surg 256(1): 95-103. doi:10.1097/SLA.0b013e3182590603
6. Tool Section_Clavien Dindo Scale. Accessed March 21, 2026. <https://gynqi.com/wp-content/uploads/2022/02/Clavien-Dindo-Scale-Explained.pdf>
7. Rutegård M, Lagergren P, Rouvelas I, Mason R, Lagergren J (2012) *Surgical complications and long-term survival after esophagectomy for cancer in a nationwide Swedish cohort study*. Eur J Surg Oncol 38(7): 555-561. doi: 10.1016/j.ejso.2012.02.177
8. Hùng TM, Kiên NT, Kiên TT (2024) *Kết quả phẫu thuật nội soi ngực - bụng cắt thực quản điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Bạch Mai*. VMJ. 2024;537(1). doi:10.51298/vmj.v537i1.9064
9. Yến NTH, Cương HM, Hải BTH, Doanh VT (2024) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư thực quản tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*. VMJ 541(3). doi: 10.51298/vmj.v541i3.10840
10. Hòa NX, 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.
11. Javidfar J, Speicher PJ, Hartwig MG, D'Amico TA, Berry MF (2016) *Impact of Positive Margins on Survival in Patients Undergoing Esophagogastrectomy for Esophageal Cancer*. Ann Thorac Surg 101(3): 1060-1067. doi:10.1016/j.athoracsur.2015.09.005
12. Duy ND, Bình PV, Mạnh TĐ, et al (2024) *Kết quả sớm phẫu thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu trên nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản hóa xạ trị tiền phẫu tại Bệnh viện K*. VMJ 535(1B). doi:10.51298/vmj.v535i1B.8374
13. Low DE, Kuppusamy MK, Alderson D et al (2019) *Benchmarking Complications Associated with Esophagectomy*. Ann Surg 269(2): 291-298. doi:10.1097/SLA.0000000000002611