

# Kết quả trung hạn phẫu thuật (Phương pháp Orringer) điều trị ung thư thực quản ngực tại Bệnh viện Thống Nhất

Nguyễn Đỗ Nhân<sup>1\*</sup>, Đỗ Kim Quê<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Tổng quan:** ung thư thực quản ít gặp, di căn sớm, nặng, kết quả phẫu thuật cần được đánh giá.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thực quản ngực. Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư thực quản ngực theo phương pháp Orringer có theo dõi trung hạn (03 năm).

**Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả các trường hợp phẫu thuật ung thư thực quản ngực từ 01/2018 đến 01/2023 tại bệnh viện Thống nhất.

**Kết quả:** 36 trường hợp, nam 94,5%, tuổi trung bình 68,2 tuổi, BMI < 18,5 chiếm 75%, bệnh kết hợp Tăng huyết áp 77,7%, ung thư ở giai đoạn III (52,8%). Kết quả phẫu thuật tốt 52,7%, trung bình 30,5%, không có tử vong do phẫu thuật. Ghi nhận một số biến chứng. Thời gian sống thêm toàn bộ 01 năm 83,3%.

**Kết luận:** Người cao tuổi mắc bệnh cao, chủ yếu là nam giới. Gầy, thiếu cân là chủ yếu, giai đoạn trễ. Kết quả phẫu thuật chấp nhận được. Biến chứng theo dõi hằng năm nổi bật là hẹp miệng nối và suy kiệt. Thời gian sống thêm toàn bộ 01 năm 83,3%, giảm nhanh vào các năm sau.

**Từ khóa:** ung thư thực quản, phẫu thuật, trung hạn.

## MIDTERM RESULTS OF SURGERY (BY ORRINGER METHOD) OF ESOPHAGEAL CANCER AT THONG NHAT HOSPITAL

### Abstract

**Introduction:** esophageal cancer is uncommon, metastasizes early, severe, surgical results need to be evaluated.

**Objectives:** Characteristics of thoracic esophageal cancer. Midterm results of surgery by orringer method of esophageal cancer (03 years).

**Subjects and Methods:** retrospectively, surgery by orringer method of esophageal cancer at Thong Nhat hospital from January 2018 to January 2023.<sup>1</sup>

**Results:** 36 cases, male 94.5%, age 68.2 years, BMI < 18.5 accounted for 75%, Hypertension rate is 77.7%. Stage by TNM of Cancer is grade III (52.8%). Good surgical result is 52.7%, average 30.5%, no deaths due to surgery, some complications were recorded. Overall survival time for 01-year is 83.3%.

**Conclusions:** Elderly people have more esophageal cancer than young people, mainly men. Skinny, underweight is predominant, late stage. Results of surgical treatment is acceptable. The prominent annual follow-up complications are anastomosis and cachexia. Total survival time of 1 year is 83.3%, decreasing rapidly in the following years.

**Keywords:** esophageal cancer, surgery, midterm

<sup>1</sup> Bệnh viện Thống Nhất

<sup>2</sup> Khoa Y - Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Đỗ Nhân

Email: bsnnguyendonhan@gmail.com; Tel. 0982220994

Ngày gửi bài: 19/09/2023 Ngày chấp nhận đăng: 20/10/2023

## TỔNG QUAN

Tại Việt Nam, ung thư thực quản đứng hàng thứ 4 trong ung thư tiêu hóa [2]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính nhưng kết quả không như mong đợi. Có nhiều tiến bộ trong điều trị [3], [4], nhưng thời gian sống 5 năm chỉ khoảng 10% - 30% do cuộc mổ nặng nề, di căn nhanh, đáp ứng điều trị kém, tỷ lệ tử vong cao. Có nghiên cứu còn cho thấy vai trò của suy kiệt do ăn uống kém, dẫn đến tử vong nhanh chóng trước khi kịp trở nặng do khối u di căn [5].

Hiện nay, có nhiều phương pháp phẫu thuật cho kết quả khả quan [4], [6]. Tuy nhiên, ở nhóm người cao tuổi, nhiều bệnh kết hợp, phát hiện ở giai đoạn trễ thì kết quả phẫu thuật cũng như theo dõi trung hạn không đơn giản. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thực quản ngược và đánh giá kết quả phẫu thuật trung hạn điều trị ung thư thực quản ngược.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** các trường hợp ung thư thực quản ngược, phẫu thuật tại bệnh viện Thống Nhất từ 06/06/2018 - 06/06/2023.

Tiêu chuẩn chọn: ung thư thực quản ngược, phẫu thuật theo phương pháp Orringer. Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư từ cơ quan khác; giai đoạn 4; suy kiệt mức độ 3 và 4 theo WHO [7]; không đồng ý phẫu thuật, chống chỉ định gây mê.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu mô tả.

$$n = Z^2 \frac{P \times (1-P)}{1-\alpha/2 \quad d^2}$$

Cỡ mẫu

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có;  
P: Tỷ lệ mẫu ước tính;  $\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê;

d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể;  $Z(1-\alpha/2)$ : Giá trị Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn.

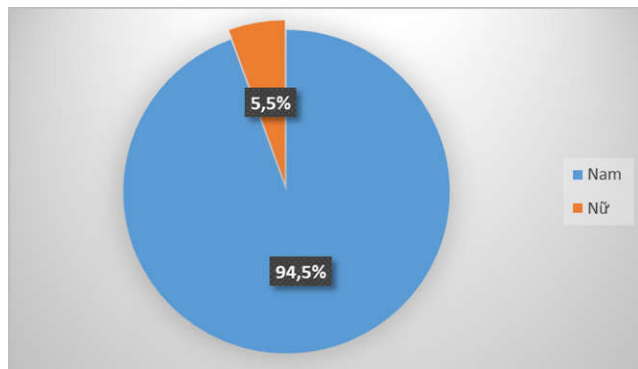
Với mục tiêu chính là đánh giá kết quả phẫu thuật, chúng tôi chọn tiêu chí biến chứng xảy ra sau phẫu thuật, theo [8] là từ 9,2% -32,4%. Vì vậy, chúng tôi chọn  $p = 0,1$ ,  $d = 0,1$ . Với  $\alpha = 0,05$ ,  $Z = 1,96$ . Thay thế vào công thức,  $n = 34,57$ . Vậy cỡ mẫu cần thiết là 35 trường hợp.

### Thu thập và xử lý số liệu

Chẩn đoán xác định: giải phẫu bệnh từ sinh thiết nội soi thực quản, giai đoạn ung thư theo TNM, phẫu thuật theo phương pháp Orringer. Quy trình: chẩn đoán xác định, chuẩn bị tiền phẫu. Phẫu thuật: vào bụng, đánh giá hạch, nạo hạch, chuẩn bị dạ dày, phẫu tích thực quản, mở chân hoành, cắt thần kinh X tại thân, mở thực quản cổ, phẫu tích cắt đoạn thực quản, cắt u thực quản trong ổ bụng, đưa dạ dày lên nối thực quản ở cổ, mở thông hồng tràng, mở môn vị, dẫn lưu, đóng vết mổ.

Biến số thu thập: tuổi, giới, nguy cơ, triệu chứng, loại mô, kích thước, vị trí, giai đoạn ung thư, biến chứng, bệnh kết hợp, thời gian phẫu thuật, nằm viện, biến chứng trong và sau phẫu thuật. Đánh giá kết quả: tốt:  $\leq 01$  biến chứng và xử trí đáp ứng tốt, ăn uống qua miệng, không nghẹn. Trung bình:  $\leq 01$  biến chứng đáp ứng điều trị kém, ăn uống qua miệng, nghẹn phải nong. Kém: nhiều biến chứng, không ăn uống qua miệng, thông dạ dày ra da vĩnh viễn, tử vong. Theo dõi định kỳ (03 năm): 06 tháng, hằng năm, gồm: tử vong, tái phát, tái nghẹn, nong, nội khoa, biến chứng muộn.

Đạo đức nghiên cứu : mọi thông tin được thu thập qua hồ sơ bệnh án lưu, số liệu được mã hóa ngẫu nhiên và bảo mật.

**KẾT QUẢ****Đặc điểm****Giới tính:****Biểu đồ 01. Giới tính**

*Nhận xét:* Tỷ lệ Nam/Nữ: 17/1, giới nam 94,5%. Nam nhiều hơn nữ, ( $P < 0,05$ )

**Tuổi:****Bảng 1. Phân chia bệnh nhân theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %	Trung bình
<60	6	16,6	68,2 ± 5,31 Thấp nhất 42 Cao nhất 80
60-70	12	33,4	
>70	18	50,0	

*Nhận xét:* Tuổi trung bình: 68,2 ± 5,3 tuổi, nhỏ nhất 48, cao nhất 78; tuổi từ 60 trở lên 83,3%. Tuổi từ 60 trở lên mắc ung thư thực quản cao hơn dưới 60 ( $P < 0,05$ )

**Nguyên cơ, bệnh kết hợp****Bảng 2a. Nguyên cơ**

Nguyên cơ	n	Tỷ lệ %
Thuốc lá	11	30,5
Rượu	06	16,6
Trào ngược	07	19,4
Barret	01	02,7

**Bảng 2b. Bệnh kết hợp**

<b>Bệnh kèm</b>	<b>n</b>	<b>Tỉ lệ %</b>
Tăng HA	28	77,7
Rối loạn lipid	11	30,5
Đái tháo đường	08	22,2
COPD	04	11,1
Viêm dạ dày	12	33,3
Bệnh mạch vành	11	30,5

*Nhận xét:* 30,5% có nghiện thuốc lá. Tăng huyết áp chiếm 77,7%.

**Lâm sàng**

**Bảng 3a. Triệu chứng lâm sàng**

<b>Triệu chứng</b>	<b>n</b>	<b>Tỉ lệ %</b>
Nuốt nghẹn	27	75,0
Sụt cân	19	52,7
Hạch cổ	12	33,3
Khàn tiếng	3	08,3
Không triệu chứng	2	05,5

**Bảng 3b. Chỉ số BMI**

<b>BMI</b>	<b>n</b>	<b>Tỉ lệ %</b>
≤ 16	03	08,4
16 - 18,5	24	66,6
18,5 – 25	09	25,0
≥25	0	0

*Nhận xét:* nuốt nghẹn chiếm 75%, sụt cân chiếm 52,7%, hạch cổ 33,3%. 75% thiếu cân, trong đó 8,4% thiếu cân nặng. không có trường hợp béo phì.

**Cận lâm sàng**

**Vị trí u qua nội soi thực quản**

**Bảng 4. Vị trí u đánh giá trong nội soi dạ dày-thực quản**

Vị trí u (cung răng)	n	Tỉ lệ %	Trung bình
15cm < 25cm	03	08,3	Vị trí u cách cung răng trung bình 30,23± 4,32 cm
25cm < 35cm	25	69,4	
≥35cm	08	22,3	

*Nhận xét:* u ở vị trí 1/3 giữa 69,4%. Vị trí u ở 1/3 giữa và dưới cao hơn đoạn trên, khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05)

**Giai đoạn ung thư, loại tế bào:**

**Bảng 5a. Giai đoạn theo TMN**

Giai đoạn TNM	n	Tỉ lệ %
I	01	02,7
II	16	44,5
III	19	52,8

**Bảng 5b. Loại mô học ung thư**

Biểu mô	n	Tỉ lệ %
Gai	31	88,9
Tuyến	04	11,1
Tuyến(Barret)	01	02,7

*Nhận xét:* 52,8% các trường hợp trong mẫu mắc ung thư ở giai đoạn III, 44,5% giai đoạn II. Mô học loại tế bào gai chiếm 88,9%

**Kết quả phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật: trung bình 198,53 ± 79,12 phút, ngắn nhất 146 phút, dài nhất 225 phút. Nằm viện: trung bình 16,32 ± 04, 52 ngày

**Hậu phẫu:**

**Bảng 6. Thời gian: trung tiện, rút dẫn bụng, cổ; ăn qua thông hồng tràng**

Thời gian	Trung bình (giờ)	Thấp nhất - cao nhất
Trung tiện	65,14 ± 12,68	50 - 85
Rút dẫn lưu bụng	48,53 ± 05,63	40 - 72
Rút dẫn lưu vùng cổ	53,32 ± 03,18	45 - 120
Cắt chỉ vết mổ	171,72 ± 21,35	165 - 220
Ăn qua thông hồng tràng	98,12 ± 11,67	96 - 121
Ăn qua miệng	198,14 ± 28,92	168 - 240

**Nhận xét:** thời gian có lại trung tiện là  $54,14 \pm 12,68$  giờ; nuôi ăn qua thông hồng tràng trung bình là  $98,12 \pm 11,67$  giờ; ăn qua miệng trung bình là  $198,14 \pm 28,82$  giờ.

**Biến chứng trong và sau phẫu thuật sớm:**

**Bảng 7. Biến chứng trong và sau phẫu thuật sớm**

Biến chứng	n	Tỉ lệ %
Viêm phổi, suy hô hấp	08	22,2
Xi dò miệng nối	02	05,5
Chảy máu miệng nối	01	02,7
Nhiễm trùng vết mổ cổ	05	13,9
Nhiễm trùng vết mổ bụng	04	11,1

**Nhận xét:** biến chứng hô hấp 22,2%, rò miệng nối 5,5%, chảy máu miệng nối 2,7%, nhiễm khuẩn vết mổ cổ 13,9%, vết mổ bụng 11,1%. 01 dò miệng nối và dò ra cổ (trước đó miệng nối được cắt nối bằng stapler), tháng thứ 03 lành miệng nối và khâu da thì hai. Không ghi nhận abes tồn lưu ở bụng. Không ghi nhận có tử vong sau mổ.

**Kết quả phẫu thuật:**

**Bảng 8. Kết quả phẫu thuật**

Kết quả	n	Tỉ lệ %
Tốt	19	52,7
Trung bình	11	30,5
Kém	06	16,6

**Nhận xét:** Kết quả phẫu thuật tốt chiếm 52,7%.

Theo dõi 6 tháng và định kì hằng năm: 02 mất theo dõi ở năm thứ ba.

**Hẹp miệng nối:**

**Bảng 9a: Hẹp miệng nối qua theo dõi 6 tháng, hằng năm**

Hẹp miệng nối	6 tháng		01 năm		Từ 02 năm	
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %
Hẹp miệng nối	04	11,1	7	19,4	3	08,3

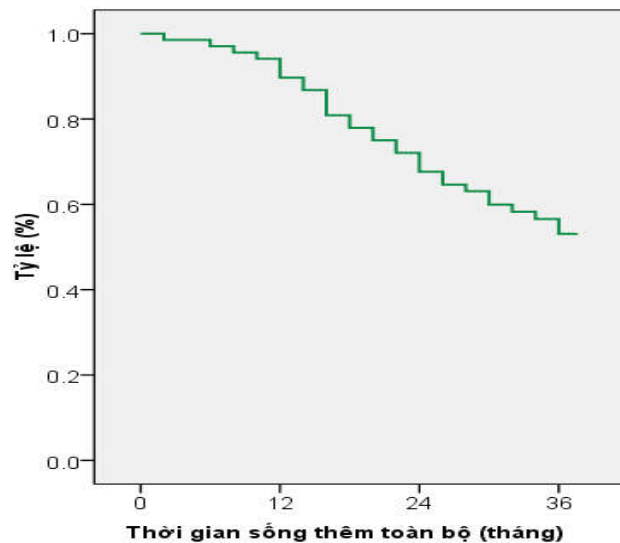
**Bảng 9b: Số lần nong hẹp miệng nối trên bệnh nhân**

Số lần nong hẹp	n	Tỉ lệ %
Nong 1 lần	07	19,4
Nong 2-5 lần	11	30,1
Nong > 5 lần	02	05,5

**Nhận xét:** hẹp miệng nối (06 tháng) 11,1%, năm tiếp theo: 19,4%, những năm còn lại là 8,3%. Nong nhiều lần chiếm 35,6%. 02 trường hợp năm 2 nong thất bại do hẹp nặng. Các trường hợp nong khác cho kết quả chấp nhận được.

### **Tái phát, Thời gian sống thêm**

Tái phát: Năm một 11 trường hợp (trong số 30 trường hợp còn sống), năm hai 14 trường hợp (22 còn sống), năm ba 10 trường hợp (18 còn sống).



**Biểu đồ 02. Thời gian sống thêm toàn bộ**

**Nhận xét:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 01 năm là 83,3%; 02 năm là 58,3%; 03 năm là 50,0%. Đường cong sống thêm đi xuống nhanh vào năm thứ 2 và 3.

## **BÀN LUẬN**

### **Đặc điểm**

#### **Tuổi, giới, nguy cơ, bệnh kết hợp**

Tuổi trung bình của mẫu là 68,2, người cao tuổi mắc cao hơn ( $P < 0,05$ ). Theo Luketich là 65 [6], Miyasaka là 64 [8]. Theo một số nghiên cứu trong nước, độ tuổi có phần trẻ hơn. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 94,5%, nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ ( $P < 0,001$ ), kết quả này tương tự một số nghiên cứu khác [6], [8], [9]. Rượu (30,5%) và thuốc lá (16,6%) là hai yếu tố nguy cơ chính của ung thư thực quản được mô tả trong nhiều nghiên cứu [6], [8]. Globocan [1] ghi nhận tăng suất ung thư thực quản thay đổi theo tuổi, giới tính và nhất là theo khu vực. Gần

đây, Sara S. Jackson (2022) [10], nghiên cứu mẫu 300.000 bệnh nhân lại đưa ra kết quả đường như tiếp xúc nguy cơ không phải yếu tố chính dẫn đến mắc ung thư, mà là do yếu tố sinh học, độ tuổi và thể chất khác nhau giữa nam và nữ mới liên quan.

Bệnh kết hợp tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm loét dạ dày tá tràng chiếm tỉ lệ cao có lẽ do đặc thù nơi lấy mẫu. Thực tế, ngoài nghiên cứu này, chúng tôi phẫu thuật nhiều trường hợp u bằng phương pháp khác như Aikiyama, nội soi mở ngực nhỏ nạo vét hạch, cho kết quả tốt. Trong nghiên cứu này lại phản ánh các trường hợp cao tuổi, tình trạng nặng, dẫn đến chọn lựa loại phẫu thuật và không thể triệt để.

### **Thời gian mắc bệnh, triệu chứng lâm sàng**

**Thời gian mắc bệnh:** trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,12 tháng, tương tự Đỗ Mai Lâm là  $2,65 \pm 2,11$  tháng [11]. Triệu chứng của ung thư thực quản xuất hiện tương đối sớm (so với một số ung thư khác được biết đến là loại ung thư âm thầm). Những triệu chứng này có phần giống với một số triệu chứng của bệnh về tiêu hóa thông thường, nên bỏ sót. Bên cạnh đó, cấu tạo mô cơ co giãn, di căn sớm do không có thanh mạc làm bệnh diễn tiến nhanh, nặng.

**Nuốt nghẹn:** kết quả chúng tôi chiếm 75%, thấp hơn Đỗ Mai Lâm [11] 98,8%, và tương tự Lưu Quang Dũng [12] 80%. Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh giai đoạn III chiếm 55,5%, là giai đoạn trễ, nuốt nghẹn biểu hiện rõ và hay gặp.

**Sụt cân, chỉ số khối cơ thể (BMI):** Chúng tôi ghi nhận có 65% trường hợp sụt 10% trọng lượng cơ thể trong vòng 01 tháng. Bệnh nhân giảm 10% trọng lượng cơ thể trong thời gian ngắn là một yếu tố tiên lượng nặng [13]. Về chỉ số khối cơ thể, có đến 75% thiếu cân và 8,4% thiếu cân nặng, không có trường hợp béo phì nào. Với tỉ lệ sụt cân, suy kiệt nhiều hơn một số nghiên cứu khác, chúng tôi cho rằng nguy cơ béo phì trong ung thư thực quản hay gặp trong mẫu từ vùng Âu Mỹ, mẫu chúng tôi ghi nhận nổi bật tình trạng sụt cân và suy kiệt.

### **Dấu hiệu cận lâm sàng**

Qua nội soi dạ dày, u ở vị trí 1/3 giữa chiếm 69,4%, u ở vị trí 1/3 dưới chiếm 22,3%. Vị trí u ở 1/3 giữa và dưới cao hơn đoạn trên ( $P < 0,001$ ). Chụp cắt lớp điện toán ngực có cản quang: cho mọi trường hợp nhằm xác định vị trí u, mức độ xâm lấn, di căn hạch và di căn xa; dấu hiệu xâm lấn ngoài thành thực quản vào trung thất. Kết quả

có 13,8% trường hợp xâm lấn khí phế quản, 8,3% xâm lấn màng tim, 2,7% vào tĩnh mạch chủ trên. Kết quả này có phần thấp hơn một số nghiên cứu khác [11], [14].

### **Giai đoạn, mô bệnh học**

Mô học loại tế bào gai chiếm 88,9%, thấp hơn Trịnh Viết Thông [14] (99,3%), gần bằng Đỗ Mai Lâm 95,1% [11]. Hiện nay, ung thư biểu mô gai là dạng phổ biến trên thế giới [1]. Một số nghiên cứu ở Mỹ, Pháp, tỉ lệ ung thư biểu mô tuyến tăng dần, và được xem xét là do béo phì. Tuy nhiên, ung thư biểu mô gai vẫn chiếm ưu thế ở châu Á với nguy cơ thuốc lá, nghiện rượu phổ biến [1]. Tỷ lệ giai đoạn bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là giai đoạn III 52,8% và II 44,6%, cao hơn Trịnh Viết Thông [14].

### **Kết quả điều trị**

#### **Một số đánh giá trước phẫu thuật**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 50% bệnh nhân trên 70 tuổi. nhiều bệnh kết hợp (tăng huyết áp 77,7%, COPD 11,1%, viêm loét dạ dày tá tràng 33,3%). Tình trạng sụt cân nhanh và chỉ số khối cơ thể thấp. (sụt cân trên 10% chiếm tỉ lệ 65%), BMI thấp. Thể trạng gầy, suy kiệt ảnh hưởng nhiều đến sự phục hồi và lành thương.

Phương pháp Orringer để giảm thiểu tối đa sự phụ thuộc và tình trạng hô hấp. Mặc dù vậy, tỉ lệ viêm phổi sau phẫu thuật của chúng tôi chiếm 22,2% (đáp ứng điều trị nội khoa tích cực).

#### **Thời gian, kỹ thuật phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu này ngắn hơn so với một số kết quả khác [14]. Thời gian phẫu thuật ngắn là một trong những ưu điểm của phương pháp Orringer nhưng cũng có hạn chế về việc mất đi nạo hạch trung thất.



Thì bụng: trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% nạo hạch ổ bụng, lấy dạ dày tạo hình ống tiêu hóa, cắt đoạn thực quản và mở rộng môn vị, mở thông hồng tràng tạm thời nuôi ăn. Phẫu tích thực quản trong lồng ngực thực hiện bằng tay. Kiểu phẫu tích này đòi hỏi rất nhiều kinh nghiệm từ phẫu thuật viên, nhất là tuân thủ các mốc giải phẫu, đánh giá trước khả năng tách được u, mở chân hoành thích hợp cũng như chiều dài cần thiết để chuẩn bị dạ dày ở vị trí mới. Miệng nối dạ dày (đã tạo hình)-thực quản ở cổ có thể khâu bằng tay, bằng tay và máy, dùng stapler [8]. Trong nghiên cứu chúng tôi, miệng nối thực quản - dạ dày ở cổ kiểu tận (thực quản) – tận (dạ dày), bằng khâu vắt 1 lớp. Có 1 trường hợp khâu bằng stapler, sau đó xì dò từ vết nối, chúng tôi kiểm tra chi tiết và phát hiện stapler bị lỗi do quá trình cắt giữ, chân ghim bị rơi, (miệng nối bị xì vị trí này). Trường hợp này được điều trị (kháng sinh, thay băng, để hở) 03 tháng, lành và đóng da thì 2 sau đó.

#### ***Biến chứng trong và sau phẫu thuật sớm***

**Rò miệng nối dạ dày – thực quản:** Trong nghiên cứu có 02 trường hợp (5,5%) rò miệng nối. Tỷ lệ rò trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự một số nghiên cứu khác [8], [9]. Trong 02 trường hợp rò miệng nối, có 01 trường hợp do stapler mất ghim 1 đoạn 5mm, kéo theo nhiễm trùng vết mổ cổ, phải phẫu thuật cắt lọc nhiều lần, để hở, thay băng, kháng sinh phối hợp, dinh dưỡng suốt 03 tháng, sau đó vết rò đóng, vết mổ lên mô hạt, khâu da thì 2 ổn định. Trường hợp rò còn lại phải phẫu thuật lại đóng rò, cắt lọc, để hở vết mổ cổ ngừng ăn đường miệng, nhỏ nước bọt và nuôi dưỡng qua tĩnh mạch và thông hồng tràng, lành miệng nối sau 03 tuần, đóng vết mổ thì 2 sau 04 tuần. Có thể thấy, tỉ lệ biến chứng rò

miệng nối không cao, nhưng mức độ nguy hiểm và xử trí rất khó khăn, kéo dài.

**Chảy máu:** chúng tôi ghi nhận lượng máu mất không đáng kể (khoảng 100ml trong bình hút và 03 gạc bụng 20 x 20 cm). Tuy nhiên, có 02 trường hợp cuốn mạch lách ngấn, phẫu tích làm chảy máu khoảng 300ml và khâu cầm máu được ngay sau đó. 02 trường hợp rách tĩnh mạch phía trước trụ hoành mất khoảng 100ml máu, sau khâu cột cầm máu được. Không có trường hợp tổn thương bó mạch nuôi ống dạ dày. Tình huống trên phản ánh đa dạng giải phẫu và tình trạng chung của loại phẫu thuật. Có 1 trường hợp biến chứng chảy máu miệng nối tại diện cắt thực quản, phải phẫu thuật lại cắt lọc, khâu cột cầm máu, miệng nối lành sau 14 ngày.

**Hô hấp:** Biến chứng hô hấp là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật cắt thực quản, có nguy cơ tử vong trong hoặc sau mổ cao gấp 6 lần so với không viêm phổi [4], [6], [7], [8]. Trong nghiên cứu chúng tôi, biến chứng hô hấp chiếm 22,2% (6 viêm phổi, 2 viêm phổi suy hô hấp). Tỷ lệ biến chứng hô hấp của chúng tôi cao hơn Trịnh Việt Thông [14] 7,2% nhưng đều đáp ứng với điều trị nội khoa tích cực. Phương pháp Orringer không mở ngực, được chỉ định giúp giảm tối đa nguy cơ về hô hấp, thời gian phẫu thuật và phù hợp bệnh ở giai đoạn trễ. Tình trạng đau vết mổ, thời gian phẫu thuật dài, nằm lâu là nguyên nhân thường thấy gây nên viêm phổi hậu phẫu.

**Nhiễm trùng vết mổ:** nhiễm trùng vết mổ, đặt biệt vùng miệng nối là một trong những biến chứng nặng nề, nhất là miệng nối trong ngực, là nỗi ám ảnh của phẫu thuật viên vì tỉ lệ tử vong gần hoàn toàn. Việc chỉ định phương pháp 02

đường mổ trong mẫu nghiên cứu này cũng nằm trong yêu cầu bảo đảm an toàn tối đa, miệng nối ở vị trí kiểm soát được. Các trường hợp nhiễm trùng vết mổ đều đáp ứng với xử trí: cắt chỉ sớm, cấy trùng và kháng sinh, cắt lọc, thay băng, khâu da thì 2 khi vết mổ sạch, lên mô hạt.

### **Kết quả phẫu thuật**

Kết quả phẫu thuật tốt chiếm 52,7%. Theo những tiêu chí đã đặt ra để phân loại (mục 2.2.3), kết quả phẫu thuật là khá tốt. Dù rằng có một số biến chứng và kiểu phẫu thuật không nạo vét hạch trung thất, phẫu tích thực quản trung thất, nhưng kết quả không ghi nhận tử vong.

### **Theo dõi định kì 6 tháng, hằng năm**

#### **Hẹp miệng nối, điều trị hẹp**

Một trong những mục tiêu và giá trị hàng đầu của phẫu thuật ung thư thực quản theo kiểu Orringer là phục hồi lưu thông tiêu hóa để trở lại cuộc sống bình thường nhanh nhất có thể, ngoài việc giảm thiểu tốt đa sự phát triển của khối u một cách ít nặng nề nhất. Hẹp miệng nối trở thành vấn đề quan tâm hàng đầu sau phẫu thuật. Tỷ lệ hẹp miệng nối trong 06 tháng sau phẫu thuật của chúng tôi chiếm 11,1%, trong 01 năm tiếp theo là 19,4% và trong những năm còn lại là 8,3%. Hẹp miệng nối có tăng suất cao từ năm thứ hai của quá trình theo dõi. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác [11], [14]. Bên cạnh đó, chúng tôi còn bước đầu đánh giá kết quả xử trí nong hẹp. Số trường hợp nong lại nhiều lần chiếm 35,6%, trong đó có 05 trường hợp nong lại đến 04 lần và 02 trường hợp nong 06 lần. Có 02 trường hợp từ năm thứ 2 nong thất bại do hẹp nặng chỉ còn điều trị giảm nhẹ (nong thất bại). Các trường hợp nong hẹp miệng nối còn lại đều cho kết quả chấp nhận được (ăn uống qua miệng không nghẹn). Tuy nhiên, những lần nong hẹp về

sau đều ghi nhận độ xơ hẹp tăng, lan rộng và phải điều chỉnh áp lực nong bóng giảm dần.

### **Thời gian sống thêm toàn bộ**

Thời gian sống thêm toàn bộ 01 năm là 83,3%; 02 năm là 58,3%; 03 năm là 50,0%. Đường cong sống thêm đi xuống nhanh vào năm thứ 2 và 3. Tỷ lệ này thấp hơn một số nghiên cứu tương tự [14]. Ở năm thứ 3 theo dõi, tỉ lệ sống thêm thấp hơn đáng kể [8]. Kết quả này có thể do nhiều nguyên nhân: mẫu chúng tôi có tỉ lệ trường hợp nặng cao, giai đoạn III chiếm 52,2%, theo [chính] có 36,2% ở giai đoạn III (Mục 4.2: một số yếu tố tiên lượng nặng). Số trường hợp có bệnh kết hợp, độ tuổi >70 (Mục 4.1: tuổi giới, nguy cơ bệnh kết hợp). [99] nạo vét hạch rộng rãi, triệt để góp phần giảm tái phát, di căn, trong khi chúng tôi phẫu thuật theo phương pháp chỉ nạo vét hạch tầng bụng (Mục 4.2: thời gian, kỹ thuật phẫu thuật).

### **KẾT LUẬN**

Người cao tuổi mắc bệnh nhiều hơn, chủ yếu nam giới; gầy, thiếu cân và mắc nhiều bệnh kết hợp. Nuốt nghẹn 75%, ung thư giai đoạn III (52,8%), u nằm ở giữa, dưới của thực quản (91,7%), biểu mô gai ưu thế.

Kết quả phẫu thuật tốt 52,7%, trung bình 30,5%, không có tử vong do phẫu thuật. Một số yếu tố nặng: tuổi cao, bệnh kết hợp, sụt cân nhanh, giai đoạn trễ. Có gặp một số biến chứng. Xì dò miệng nối, xảy ra ít (5,5%) nhưng nặng, điều trị kéo dài. Trung hạn: nối bậc là hẹp miệng nối. Thời gian sống thêm toàn bộ 01 năm 83,3%, giảm nhanh vào các năm sau.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hyuna Sung, Jacques Ferlay et al (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide

for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209-249.

2. Ferlay J., Soeqomataram I., et al. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*, 136(5), E359-386.

3. Phạm Đức Huân (2007). Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư thực quản tại Bệnh viện Việt Đức trong 10 năm (1994 - 2004). *Y học Việt Nam*, 8, tr 32 - 36.

4. Akashi T, Kaneda I, Higuchi N et al (1996). Thoracoscopic en bloc total esophagectomy with radical mediastinal lymphadenectomy. *Thorac Cardiovasc Surg*, 112, 1533 - 1540.

5. LiangLiang Chen, GuoCan Yu et al (2023). A possible combined appraisal pattern: predicting the prognosis of patients after esophagectomy. *World J Surg Oncol.* 2023; 21: 155.

6. Luketich J. D., Pennathur A., AwaisO. et al. (2012). Outcomes after minimally invasive esophagectomy: review of over 1000 patients. *Ann Surg*, 256(1), 95-103.

7. WHO (1979). WHO handbook for reporting results of cancer treatment. *Offset Publication*, No. 48, pp. 7.

8. Miyasaka D., Okushiba S., et al. (2013). Clinical evaluation of the feasibility of minimally

invasive surgery in esophageal cancer. *Asian J Endosc Surg*, 6(1), 26-32.

9. Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quang Nhân và cộng sự (2013). Cắt thực quản nội soi. *Hội nghị ngoại khoa toàn quốc*, Cần Thơ.

10. Sarah.S.Jackson, Morgan et al (2022). Sex disparities in the incidence of 21 cancer types: Quantification of the contribution of risk factors. *Cancer.* 2022 Oct 1;128(19):3531-3540.

11. Đỗ Mai Lâm (2008). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Orringer trong điều trị ung thư thực quản. *Luận văn Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.

12. Lưu Quang Dũng (2017). Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Luận văn bác sĩ Nội trú*, Trường đại học Y Hà Nội.

13. Phạm Đức Huân (2003). Nghiên cứu điều trị phẫu thuật ung thư thực quản ngực. *Luận án tiến sĩ Y học*, Đại học Y Hà Nội.

14. Trịnh Viết Thông (2018). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực và ổ bụng điều trị ung thư thực quản ngực. *Luận án tiến sĩ Y học*, Đại học Y Hà Nội.

15. Kodama M., Kakegawa. (1998). Treatment of superficial cancer of the esophagus: a summary of responses to a questionnaire on superficial cancer of the esophagus in Japan. *Surgery*. 123, 432 - 9.