

Kết quả phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư thực quản được rút dẫn lưu khoang màng phổi sớm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Bùi Văn Phúc¹, Nguyễn Xuân Hòa², Nguyễn Hoàng³

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, 2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 3. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Xuân Hòa,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0988 110 844
Email: drhoanguyenxuan@gmail.
com

Ngày nhận bài: 23/10/2025

Ngày chấp nhận đăng:
27/12/2025.

Ngày xuất bản: 28/12/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt thực quản hai đường ngực bụng để điều trị ung thư thực quản ngày càng được áp dụng rộng rãi. Dẫn lưu khoang màng phổi được đặt sau phẫu thuật cắt thực quản với mục đích khôi phục sinh lý khoang màng phổi giúp phổi nở hoàn toàn, đồng thời phát hiện các biến chứng như: chảy máu, rò khí, rò đường chấp và rò miệng nối. Tuy nhiên, dẫn lưu màng phổi gây khó chịu, làm giảm nỗ lực hô hấp do gây đau đáng kể và cuối cùng cản trở việc ho và đi lại, điều này rất quan trọng trong việc ngăn ngừa biến chứng hô hấp và tăng cường khả năng phục hồi sau phẫu thuật. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả rút dẫn lưu khoang màng phổi sớm sau phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư thực quản.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 58 người bệnh UTTQ được rút dẫn lưu khoang màng phổi sớm sau PTNS ngực bụng điều trị ung thư thực quản từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

Kết quả: Tuổi trung bình $57,3 \pm 8,8$ tuổi. Nam giới chiếm tỉ lệ 98,3%, nữ giới chiếm 1,7%. Vị trí u: 1/3 giữa chiếm 67,2%, 1/3 dưới chiếm 32,8%. Người bệnh được hóa xạ tiền phẫu chiếm 44,8%. Thời gian mổ trung bình: $292,2 \pm 50,5$ phút, lượng máu mất trung bình: 131 ml. Phương pháp nạo vét hạch 3 vùng chiếm 60,3%, nạo vét hạch 2 vùng chiếm 39,7%. Số hạch nạo vét được trung bình: $34,4 \pm 19$ hạch. Tai biến trong mổ chiếm 22,4% (20,7% bị rách màng phổi trái, 1,7% tổn thương ống ngực). Thời gian rút dẫn lưu khoang màng phổi $3,51 \pm 1,24$ ngày. Lượng dịch màng phổi ngày cuối là $238,8 \pm 33,6$ ml. Thời gian nằm viện trung bình: $10,7 \pm 3,9$ ngày. Trong các

biến chứng gặp sau mổ, biến chứng hay gặp nhất là biến chứng về hô hấp chiếm tỉ lệ 10,3%, nhiễm trùng vết mổ chiếm 5,2%, hẹp miệng nối chiếm 3,4%, tỷ lệ rò miệng nối là 1,7%, không có trường hợp người bệnh nào tử vong trong thời gian hậu phẫu và trong 30 ngày sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng đã trở thành phẫu thuật thường quy trong điều trị ung thư thực quản. Việc rút dẫn lưu khoang màng phổi sớm sau phẫu thuật là an toàn và mang lại nhiều lợi ích. Không chỉ giúp giảm đau sau mổ mà còn giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị.

Từ khóa: Ung thư thực quản, cắt thực quản nội soi ngực bụng, dẫn lưu khoang màng phổi.

Results of thoraco-laparoscopic surgery for esophageal cancer with early removal of pleural drainage at Viet Duc University Hospital and Hanoi Medical University Hospital

Bui Van Phuc¹, Nguyen Xuan Hoa², Nguyen Hoang³

1. Viet Tiep Hospital, 2. Viet Duc University Hospital, 3. Ha Noi Medical University Hospital

Abstract

Introduction: Minimally invasive esophagectomy through thoracoabdominal approach for the treatment of esophageal cancer has been increasingly applied. Pleural drainage is placed after esophagectomy with the aim of restoring the physiology of the pleural cavity to allow the lungs to fully expand, and at the same time detecting complications such as bleeding, air leaks, chyle leaks and anastomotic leaks. However, pleural drainage causes discomfort, reduces respiratory effort due to significant pain and eventually hinders coughing and walking, which is very important in preventing pulmonary complications and enhancing postoperative recovery. This study aims to evaluate the results of early removal of pleural drainage after thoracoabdominal endoscopic esophagectomy for esophageal cancer.

Patients and Methods: A prospective study was conducted on 58 patients with esophageal cancer who had early pleural drain removal following thoraco-laparoscopic esophagectomy between June 2024 and June 2025 at Viet Duc University Hospital and Hanoi Medical University Hospital.

Results: The mean age was 57.3 ± 8.8 years. Male patients accounted for 98.3%, and female patients for 1.7%. Tumor locations included the middle third of the esophagus in 67.2% and the lower third in 32.8%. Preoperative chemoradiotherapy was performed in 44.8% of cases. The mean operative time was 292.2 ± 50.5 minutes, with a mean blood loss of 131 mL. Three-field lymph node dissection was performed in 60.3% and two-field dissection in 39.7% of cases. The mean number of retrieved lymph nodes was 34.4 ± 19 . Intraoperative complications occurred in 22.4% of patients (20.7% had left pleural tear and 1.7% thoracic duct injury). The mean time to pleural drain removal was 3.51 ± 1.24 days, with an average drainage volume of 238.8 ± 33.6 mL on the last day. The mean hospital stay was 10.7 ± 3.9 days. Postoperative complications included respiratory complications in 10.3%, surgical site infection in 5.2%, anastomotic stricture in 3.4%, and anastomotic leak in 1.7% respectively. There were no in-hospital or 30-day postoperative deaths.

Conclusions: Thoraco-laparoscopic esophagectomy has become a routine surgical approach in the management of esophageal cancer. Early removal of pleural drainage after surgery is safe and confers multiple benefits, including reduced postoperative pain, shorter hospital stay, and lower treatment costs.

Keywords: esophageal cancer, thoracoscopic esophagectomy, chest tubes

Đặt vấn đề

Ung thư thực quản (UTTQ) là một bệnh lý ác tính phổ biến, với 604.100 trường hợp mắc mới chiếm tỷ lệ 3,1% vào năm 2020, đứng thứ tám về tỷ lệ mắc khối u ác tính trên toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, trong cùng năm thống kê, UTTQ được ghi nhận đứng thứ 14 trong số các loại ung thư, với 3.281 ca mắc mới, chiếm khoảng 1,8% tổng số trường hợp ung thư. Đây là bệnh lý có tiên lượng xấu, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 6 trong các bệnh ung thư, với tỷ lệ sống sót sau 5 năm dưới 20% [2,3]. Hiện nay, điều trị UTTQ áp dụng chiến

lược đa mô thức (bao gồm hóa trị, xạ trị, phẫu thuật, miễn dịch, ...). Lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào vị trí khối u, giai đoạn bệnh, thể trạng người bệnh... trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ đạo. Sự ra đời của phẫu thuật nội soi (PTNS) được xem là bước tiến mới của ngành ngoại khoa. Trong đó PTNS ngực bụng với miệng nối cổ là phương pháp thường được áp dụng nhất. Các kết quả nghiên cứu đều khẳng định phẫu thuật cắt thực quản nội soi nạo vét hạch có nhiều ưu điểm hơn: vết mổ nhỏ, thẩm mỹ, ít đau, ít tai biến và giảm các biến chứng hô hấp sau mổ.

Dẫn lưu khoang màng phổi (DLKMP) được đặt sau phẫu thuật cắt thực quản để đảm bảo việc giãn nở phổi hoàn toàn và phát hiện chảy máu, rò rỉ khí, dưỡng trấp và rò miệng nối. Tuy nhiên, những DLKMP này gây khó chịu, làm giảm nỗ lực hô hấp do gây đau đáng kể và cuối cùng cản trở việc ho và đi lại, điều này rất quan trọng trong việc ngăn ngừa biến chứng phổi và tăng cường khả năng phục hồi sau phẫu thuật [4]. Vì vậy, việc rút DLKMP càng sớm càng mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Chỉ định rút DLKMP dựa vào thể tích dịch qua dẫn lưu được theo dõi trong 24h, phổi giãn nở hoàn toàn trên phim Xquang ngực và không có chảy máu, rò khí, rò dưỡng chấp hay miệng nối. Các bệnh viện tại nước ta thường áp dụng thể tích dịch qua dẫn lưu từ 50 -100 ml/24h để chỉ định rút DLKMP. Trên thế giới có nhiều tác giả áp dụng rút DLKMP sớm sau phẫu thuật cắt thực quản với tiêu chuẩn thể tích dịch màng phổi cao hơn như Bhandari [5] là 250ml/24h, Fei Yao [6] và Wang [7] là 300ml/24h. Các nghiên cứu này đều chỉ ra lợi ích của rút DLKMP sớm như giảm đau, giảm ngày điều trị, giảm chi phí mà không làm tăng biến chứng hô hấp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các người bệnh được chẩn đoán UTTQ ngực (1/3) giữa và (1/3) dưới (theo phân giai đoạn của AJCC 8th -2017) - được PTNS lồng ngực và ổ bụng, điều trị UTTQ tại khoa Ngoại tiêu hóa bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và khoa Ngoại Tổng Hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/06/2024 đến 01/6/2025, có tiêu chuẩn sau:

Người bệnh được chẩn đoán là UTTQ, xác định

qua mô bệnh học.

Đặt dẫn lưu khoang màng phổi trong phẫu thuật với hệ thống hút kín.

Người bệnh sau mổ được theo dõi và tháo bỏ dẫn lưu khoang màng phổi sớm với tiêu chuẩn sau: Thể tích dịch qua dẫn lưu khoang màng phổi <300ml/ngày, 2 phổi giãn nở hoàn toàn trên phim chụp xquang, không có chảy máu, không rò rỉ khí kéo dài (khí đã ngừng ra >24h), không có rò dịch dưỡng chấp.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Người bệnh phải chuyển mổ mở.

Người bệnh có kèm phẫu thuật lồng ngực khác trong cùng cuộc mổ.

Người bệnh sau mổ được chẩn đoán: viêm phổi phải trước thời điểm rút dẫn lưu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Kết quả nghiên cứu

Trong khoảng thời gian từ tháng 01/06/2024 đến 30/06/2025 có 58 người bệnh UTTQ được PTNS ngực bụng cắt thực quản có rút DLKMP sớm tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức và bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

Đặc điểm nhóm người bệnh

Nam giới chiếm 98,3%. Tuổi trung bình $57,3 \pm 8,8$ tuổi (39 – 76), trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50 – 59 tuổi chiếm 39,7%. Tỷ lệ người bệnh có uống rượu, hút thuốc lá rất cao lần lượt là 82,8% và 79,3%. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được trình bày bảng 1.

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng		n	Tỷ lệ (%)
Nuốt nghẹn		28	48,3
Gầy sút cân		17	29,3
Đau ngực		8	13,8
BMI	< 18,5	5	8,6
	≥ 18,5	53	91,4
Cận lâm sàng	Tổn thương	n	Tỷ lệ (%)
Nội soi thực quản – dạ dày	1/3 giữa	42	72,4
	1/3 dưới	16	27,6
Chụp CLVT ngực	Dày đều	22	37,9
	Dày thành thực quản	Dày không đều	53,9
		Không xác định	8,6
	Hạch quanh trung thất	15	25,9
	Đè đẩy khí phế quản	0	0
Siêu âm nội soi (18 người bệnh)	Xâm lấn động mạch chủ	0	0
	T1	8	44,4
	T2	9	50
	T3	1	5,6
Đo chức năng hô hấp	Rối loạn thông khí nhẹ	8	13,8
	Không rối loạn thông khí	50	86,6

Triệu chứng nuốt nghẹn chiếm tỷ lệ cao nhất 48,3%. Đa số các người bệnh có BMI trong giới hạn bình thường. Tổn thương tại vị trí 1/3 giữa chiếm đa số (72,4%). 18 người bệnh làm SANS

có 94,4 % tổn thương xâm lấn thành thực quản ở T1, T2. 13,8% người bệnh có rối loạn thông khí nhẹ. Các biến số kết quả sớm được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật, hạch di căn và giai đoạn bệnh

Đặc điểm phẫu thuật					
Đặc điểm		Min	Max	Trung bình	SD
Thời gian mổ (phút)		200	420	292,2	50,5
Lượng máu mất (ml)		50	400	131	61,6
Hạch nạo vét được	Trung thất	2	32	14,6	6,9
	Bụng	3	26	10,9	6,3
	Cổ	0	38	9,0	11,1
Thời gian thở máy (giờ)		12	60	19,2	6,1
Thời gian hậu phẫu (ngày)		6	26	10,7	3,9
Thời gian rút DLKMP (ngày)		2	8	3,5	1,2
Lượng dịch màng phổi ngày cuối (ml)		160	280	238,8	33,6
Hạch di căn					
Vị trí hạch di căn	Vị trí u				
	1/3 giữa	1/3 dưới	Tổng		
Cổ	2 (5,1%)	0	2 (3,4%)		
Trung thất	4 (10,2%)	9 (47,3%)	13 (22,4%)		
Bụng	2 (5,1%)	4 (21%)	6 (10,3%)		
Tổng	39	19	58 (100%)		
Giai đoạn bệnh theo TNM					
Giai đoạn bệnh		n	Tỷ lệ %		
0		7	12,6		
I		24	41,4		
IIA		8	13,8		
IIB		13	22,4		
IIIA		5	8,6		
IIIB		1	1,7		
IVA		0	0		
Tổng		58	100		

Tỷ lệ di căn hạch trung thất trong UTTQ là cao nhất chiếm 22,4% trong đó với UTTQ 1/3 dưới, tỉ lệ này là 47,3%. Ung thư giai đoạn I chiếm tỷ

lệ cao nhất là 41,4%, thấp nhất là u giai đoạn IIIB 1,7%.

Trong quá trình phẫu thuật có 12 trường hợp tổn

thương rách màng phổi trái chiếm 20,7%, 1 trường hợp tổn thương ống ngực chiếm 1,7%, không có trường hợp nào tổn thương quai tĩnh mạch đơn, tổn

thương động mạch chủ, tổn thương khí phế quản, tĩnh mạch cửa, tử vong trong mổ. Các biến chứng sau mổ được trình bày bảng 3.

Bảng 3. Biến chứng sau mổ

Loại biến chứng		n	Tỉ lệ %
Biến chứng hô hấp	Viêm phổi	0	0
	Suy hô hấp + viêm phổi	0	0
	Tràn khí màng phổi	1	1,7
	Tràn dịch màng phổi	5	8,6
	Tổng	6	10,3
Rò miệng nối	Miệng nối cổ	1	1,7
	Đường tạo ống dạ dày	0	0
	Tổng	1	1,7
Tổn thương thần kinh quặt ngược		1	1,7
Nhiễm trùng vết mổ		3	5,2
Hẹp miệng nối		2	3,4
Chảy máu		0	0
Tử vong		0	0
Không có biến chứng		45	75,6
Tổng		58	100

Trong các biến chứng gặp sau mổ, biến chứng hay gặp nhất là biến chứng về hô hấp chiếm tỉ lệ 10.3%, không có trường hợp người bệnh nào tử vong trong và sau mổ (trong thời gian hậu phẫu).

Bàn luận

Đặc điểm người bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTTQ gặp chủ yếu ở nam giới, chiếm tỷ lệ 98,3%, tỉ lệ nam/nữ = 57/1, tuổi trung bình của người bệnh là 57,26 tuổi, dao động từ 39 tuổi đến 76 tuổi, trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50 - 59 tuổi (39,7%). Kết quả

này tương đồng với các nghiên cứu trước tại Việt Nam [8,9] Tuy nhiên, theo nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài, tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu cao hơn [7]. Nguyên nhân có thể do: ở nước ta, tỷ lệ hút thuốc lá và uống rượu cao và chủ yếu ở nam giới, cùng với điều kiện kinh tế xã hội còn thấp, đặc biệt là ở vùng nông thôn, miền núi là những yếu tố nguy cơ được công nhận gây ung thư thực quản. Triệu chứng lâm sàng chính của UTTQ là nuốt nghẹn và gầy sút cân chiếm lần lượt là 48,3% và 29,3%. Tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu trong

nước trước đây. Sự khác biệt này có thể phản ánh điều kiện kinh tế, xã hội được nâng lên, nhận thức của cộng đồng về các vấn đề sức khỏe cao hơn và việc phát hiện bệnh sớm hơn.

Kết quả sớm

Thời gian phẫu thuật trung bình là 292.2 phút, ngắn nhất 200 phút, dài nhất 420 phút. Lượng máu mất trung bình trong mổ là không đáng kể 131ml. Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong nghiên cứu cũng tương đương với các tác giả trong nước và quốc tế.

Nạo vét hạch 2 vùng hay 3 vùng trong phẫu thuật UTTQ đến nay vẫn còn nhiều tranh cãi. Như đã biết, UTTQ có tỉ lệ cao di căn hạch và di căn xa ngay cả ở giai đoạn sớm, do đó vấn đề nạo hạch trong phẫu thuật rất quan trọng để chữa khỏi bệnh. Một số phẫu thuật viên cho rằng thực hiện nạo vét hạch triệt để có thể mang lại lợi ích kiểm soát bệnh tại chỗ, tại vùng và kéo dài thời gian sống. Nhưng nó cũng làm tăng đến tỷ lệ tai biến, biến chứng cũng như tử vong nên một số tác giả khác cân nhắc về mức độ nạo hạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 60,3% người bệnh được nạo vét hạch 3 vùng, 39,7% nạo vét hạch 2 vùng. Số lượng hạch trung bình của chúng tôi là 34,4 hạch, thấp nhất là 9 hạch, nhiều nhất là 96 hạch. Tỷ lệ di căn hạch trung thất trong UTTQ là cao nhất chiếm 22,4% trong đó với UTTQ 1/3 dưới, tỉ lệ này là 47,3%. Trong mổ chúng tôi có 12 trường hợp bị rách màng phổi trái chiếm tỷ lệ 20,7%. Các trường hợp này đều là tổn thương có kích thước nhỏ, không cần khâu lại màng phổi trái hay DLKMP trái. 1 trường hợp (1,7%) tổn thương ống ngực được xử trí bằng kẹp ống ngực bằng clip, sau mổ không phát hiện biến chứng tràn dịch dưỡng chấp.

Thời gian rút DLKMP trung bình là $3,51 \pm 1,24$ ngày, lượng dịch màng phổi ngày cuối trung bình

là $238,79 \pm 33,57$ ml/24h. Trong đó 33 người bệnh (56,9%) có lượng dịch màng phổi ngày cuối trong khoảng từ 200ml đến 250ml. 19 người bệnh (32,8%) có số lượng dịch ngày cuối trong khoảng 250ml đến 300ml. Kết quả thời gian rút DLKMP của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước [8,9]. Nguyên nhân là do chỉ định rút DLKMP trong nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn ngưỡng thể tích dịch màng phổi cao hơn. Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả nghiên cứu của Wang và cộng sự có thời gian rút DLKMP là 4 ± 1 ngày với thể tích dịch màng phổi ngày cuối < 250 ml [7].

Thời gian nằm viện trung bình là $10,7 \pm 3,9$ ngày. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu của tác giả nước ngoài như Wang và cộng sự có thời gian nằm viện trung bình của nhóm người bệnh được DLKMP sớm là 11 ± 7 ngày, của nhóm người bệnh thông thường là 16 ± 9 ngày ($P = 0,008$) [7]. Nghiên cứu Rajeev Bhandari và cộng sự cho kết quả thời gian nằm viện trung bình ở nhóm người bệnh được rút DLKMP sớm là $9 \pm 1,1$ ngày, của nhóm thông thường $11,5 \pm 1,2$ ngày ($P < 0,05$) [5]. Rút DLKMP sớm sau PTNS cắt thực quản không chỉ giảm đau sau phẫu thuật mà còn giảm thời gian nằm viện và tiết kiệm tổng chi phí điều trị.

Biến chứng hô hấp là biến chứng thường gặp nhất và được xem là nguyên nhân chính trong khoảng 50%–65% trường hợp tử vong sau mổ cắt thực quản. Nghiên cứu của chúng tôi có 10,3% người bệnh sau mổ có biến chứng hô hấp. Tỷ lệ này tương đương các nghiên cứu trong nước và quốc tế [5,8]. Trong đó có 1 trường hợp tràn khí khoang màng phổi vào ngày thứ 2 sau mổ, người bệnh nằm tại khoa hồi sức, xuất hiện khó thở, tràn khí dưới da thành ngực, rì rào phế nang phổi phải giảm. Nguyên nhân do gấp ống làm tắc DLKMP. Sau khi ống được khai thông, các triệu chứng hết

dẫn. 5 người bệnh còn lại sau rút DLKMP xuất hiện tràn dịch màng phổi phải. Các người bệnh này đều được chọc hút dịch màng phổi dưới siêu âm, không có trường hợp phải đặt lại DLKMP. Trong 5 người bệnh có tràn dịch màng phổi, 4 người bệnh có lượng dịch màng phổi ngày cuối trong khoảng 200 đến 250 ml/ngày, 1 người bệnh trong khoảng 250 đến 300 ml/ngày. Dùng phép kiểm Fishers exact test, thấy tỉ lệ biến chứng phổi giữa 2 nhóm người bệnh trên khác biệt không ý nghĩa thống kê ($p = 0,36$). Nghiên cứu hồi cứu so sánh 70 người bệnh với thể tích dịch màng phổi lớn ($<300\text{ml/ngày}$) hoặc thể tích thấp ($<150\text{ml/ngày}$) khi quyết định rút DLKMP. Kết quả: Không có sự khác biệt về biến chứng hô hấp, tỷ lệ tràn khí màng phổi hoặc thời gian nằm viện và không cần thiết DLKMP lại ở cả hai nhóm [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 người bệnh rò miệng nối và 1 người bệnh tổn thương thần kinh quặt ngược chiếm tỷ lệ đều là 1,7%. Tỷ lệ này thấp hơn một số nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới [5,7]. Tỷ lệ rò miệng nối thấp, điều này có thể do quy trình chọn lựa người bệnh vào nghiên cứu và kỹ thuật phẫu tích cũng như làm miệng nối của phẫu thuật viên ngày càng tốt lên. Người bệnh rò miệng nối cổ sau mổ với kích thước lỗ rò 1cm và được điều trị nội khoa ổn định và ra viện. 3 người bệnh (5,2%) nhiễm trùng vết mổ tại vị trí mở bụng tạo hình ống dạ dày. Tất cả người bệnh đều được cắt chỉ cách vết mổ và thay băng 2 lần/ngày, điều trị ổn định.

Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt thực quản hai đường ngực bụng đã trở thành phẫu thuật thường quy trong điều trị ung thư thực quản. Rút dẫn lưu khoang màng phổi sớm sau phẫu thuật nội soi hai đường ngực bụng điều

trị ung thư thực quản là an toàn và khả thi, không chỉ giảm đau sau phẫu thuật mà còn giảm thời gian nằm viện và tiết kiệm tổng chi phí điều trị mà không tăng tỉ lệ biến chứng hô hấp.

Tài liệu tham khảo

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. Cancer (IARC) TIA for R. Global Cancer Observatory. Accessed May 29, 2023. <https://gco.iarc.fr/>
3. Lundberg E, Lagergren P, Mattsson F, Lagergren J. Life Expectancy in Survivors of Esophageal Cancer Compared with the Background Population. Ann Surg Oncol. 2022;29(5):2805-2811. doi:10.1245/s10434-022-11416-4
4. Refai M, Brunelli A, Salati M et al (2012) The impact of chest tube removal on pain and pulmonary function after pulmonary resection. Eur J Cardiothorac Surg 41:820–822
5. Rajeev Bhandari, You Yong-hao. Implementation and Effectiveness of Early Chest Tube Removal during an Enhanced Recovery Programme after Oesophago-gastrectomy. J Nepal Med Assoc 2015;53:24-27
6. Yao F, Wang J, Yao J, Hang F, Cao S, Qian J, Xu L. Early chest tube removal after thoracoscopic esophagectomy with high output. J Laparoendosc Adv Surg Tech A2016; 26: 17–22
7. Wang, Q., Liu, H. & Guo, X. A case-control study on early removal of thoracic drainage tube and gastric tube after MIE. Holist Integ Oncol2, 28 (2023).
8. Nguyễn Xuân Hòa. Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Thực Quản và Nạo Vết Hạch Rộng Hai Vùng (Ngực-Bụng) Trong Điều Trị Ung Thư Thực Quản. Luận án tiến sĩ y học. Trường đại học Y Hà Nội; 2018.
9. Trần Mạnh Hùng, Nguyễn Trung Kiên, Trần Trung Kiên. Kết quả phẫu thuật nội soi ngực- bụng cắt thực quản điều trị ung thư thực quản tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;537(1):348-353.
10. Luketich JD, Pennathur A, Awais O, et al. Outcomes After Minimally Invasive Esophagectomy: Review of Over 1000 Patients. Annals of Surgery. 2012;256(1):95.