

# EVALUATION OF THE APPLICATION OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) IN THORACIC ESOPHAGEAL CANCER SURGERY AT THONG NHAT HOSPITAL

Nguyen Do Nhan\*, Le Dinh Thanh

*Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 7, Tan Binh, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 17/01/2024

Revised: 28/02/2024; Accepted: 29/03/2024

## ABSTRACT

**Objectives:** Determinate the results of ERAS applying in esophageal cancer surgery.

**Methodology:** Case series report, on thoracic esophageal cancer surgery with ERAS from 6/2019 to 09/2023 at Thong Nhat hospital.

**Result:** 38 cases, the average age is 67,5 years old, men / women is 17/1. Preoperative controlling smoking addiction takes 63,6%, controlling cardiovascular conditions takes 90,9%; there are not deaths in perioperative time.

**Conclusion:** ERAS on esophageal cancer surgery are showed similar results with studies of other in both complications, results.

*Keywords:* Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), esophageal cancer.

---

\*Corresponding author

Email address: bsnguyendonhan@gmail.com

Phone number: (+84) 982 220 994

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1072>



# ĐÁNH GIÁ ÁP DỤNG PHỤC HỒI SỚM (ERAS) TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ THỰC QUẢN NGỰC TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Đỗ Nhân\*, Lê Đình Thanh

Bệnh viện Thống Nhất - 1 Lý Thường Kiệt, Phường 7, Tân Bình, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 17 tháng 01 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 28 tháng 02 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 29 tháng 03 năm 2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả áp dụng ERAS trong phẫu thuật ung thư thực quản.

**Đối tượng và Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca phẫu thuật ung thư thực quản áp dụng ERAS, từ 06/2019- 09/2023 tại Bệnh viện Thống Nhất.

**Kết quả:** 38 trường hợp, tuổi 67,5 tuổi, nam/ nữ là 17/1, kiểm soát nghiện thuốc lá đạt 63,6%, tim mạch 90,9%, không tử vong chu phẫu.

**Kết luận:** Áp dụng ERAS trong phẫu thuật ung thư thực quản cho kết quả khả quan, tương tự một số số nghiên cứu khác về biến chứng, kết quả điều trị.

**Từ khóa:** Hồi phục sớm sau phẫu thuật, ung thư thực quản.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

ERAS - Enhanced Recovery After Surgery: hồi phục sớm sau phẫu thuật - Đề xuất bởi Henrik Kehlet năm 1995 [1], [2], là phương pháp tiếp cận đa phương và được chứng minh là cải thiện kết quả ngắn hạn phẫu thuật [2], [3], [4], [5]. Tuy nhiên, áp dụng vào điều trị từng loại bệnh có các giá trị khác nhau, nhất là trên các bệnh lý nặng, tiên lượng xấu như ung thư nói chung. Ví dụ, ung thư thực quản tỉ lệ tử vong hàng thứ 6 theo Globocan 2023 [6]. Đến nay, phẫu thuật là phương pháp điều trị chính nhưng kết quả không như mong đợi. Ở người cao tuổi, kết quả còn hạn chế hơn [8], [9]. Trong bệnh cảnh nặng nề và hiệu quả phẫu thuật giới hạn, áp dụng ERAS cho kết quả thế nào và vai trò mong

đợi của ERAS là rất cần thiết nhằm cải thiện chất lượng điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu là: Đánh giá kết quả áp dụng ERAS trong phẫu thuật ung thư thực quản.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

**2.1 Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả.

**2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu:**

Các trường hợp phẫu thuật ung thư thực quản ngực tại Bệnh viện Thống Nhất từ 01/06/2019-31/08/2023.

**2.3 Đối tượng nghiên cứu**

*Tiêu chuẩn chọn:* Phẫu thuật áp dụng ERAS.

\*Tác giả liên hệ

Email: bsnguyendonhan@gmail.com

Điện thoại: (+84) 982 220 994

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1072>

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư giai đoạn cuối, chỉ còn phẫu thuật nâng đỡ.

**2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu**

Cỡ mẫu

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần; P: Tỷ lệ mẫu ước tính; α: Mức ý nghĩa thống kê; d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể; Z (1-α/2): cho rằng dữ liệu được phân phối bình thường,

Z là số lượng độ lệch chuẩn mà theo đó giá trị của điểm dữ liệu cao hơn giá trị trung bình của giá trị được đo, Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn. Với mục tiêu chính là kết quả và biến chứng phẫu thuật, chúng tôi chọn tiêu chí biến chứng xảy ra sau phẫu thuật, theo [10] là từ 9,2% -32,4%. Vì vậy, chúng tôi chọn p = 0,1, d = 0,1; α = 0,05, Z = 1,96, vậy n = 34,57, mẫu cần thiết là 35.

**2.5. Biến số nghiên cứu:** Biến số là các tiêu chí khuyến nghị mạnh trong hướng dẫn 2019 áp dụng trong phẫu thuật thực quản [2] và: tuổi, giới, bệnh kết hợp, thời gian nằm viện, biến chứng sớm và sau phẫu thuật.

**Bảng 1. Bảng biến số**

<b>1. Chuẩn bị</b> Tư vấn bệnh Dinh dưỡng	-Bác sĩ giải thích bệnh, nguy cơ phẫu thuật -Dinh dưỡng chủ động BMI < 16/khoa dinh dưỡng
<b>2. Tiền phẫu</b> Kiểm soát Dinh dưỡng Chuẩn bị đại tràng	-Ổn định đường máu, huyết áp, kháng đông -Ăn cháo ít xơ, ăn nhẹ hoặc sữa trước 24 giờ. -Nhịn ăn và 1 gói fortrans/1 lít nước chiều trước mổ
<b>3. Phẫu thuật</b> Kháng sinh dự phòng Phẫu thuật ít xâm lấn Vật liệu, tạo hình Duy trì thân nhiệt Giảm đau đa mô thức	-Cefazolin 2g, trước phẫu thuật 30 phút -Orringer; mở ngực 3 đường mổ -Lấy dạ dày tạo hình, nạo hạch ổ bụng -Bàn sưởi và san mổ, 37 Độ. -Gây mê nội khí quản (thường hoặc chọn lọc).
<b>4. Hậu phẫu</b> Rút thông tiểu sớm Vận động sớm Thông hồng tràng Rút dẫn lưu ổ bụng Rút thông mũi-dạ dày Ăn qua miệng Ngưng dịch truyền Dự phòng huyết khối	- Ngày 03; nếu có cầu bàng quang, đặt lại. - Ngày 02: sau khi đã rút thông tiểu - Ngày 02: bơm qua thông, khoa dinh dưỡng điều chế - Ngày 03: tình trạng bụng mềm, dịch không ra thêm - Ngày 05: vết mổ khô, không xì dò. - Ngày 06: 50ml nước đường ngắt quãng, ăn lỏng - Ngày 07: ăn uống qua miệng không nghẹn - Đánh giá lâm sàng, bổ sung thuốc phù hợp.

Trong giai đoạn hậu phẫu, các tiêu chí khuyến nghị mạnh theo hiệp hội [2] tập trung vào phục hồi sớm. Các mốc thời gian, đánh giá hiệu quả, cũng như nỗ lực giúp bệnh nhân tái sinh hoạt bình thường sớm nhất có thể. Các thời điểm này, phụ thuộc vào khả năng mỗi đơn vị y tế, không cứng nhắc, mục tiêu là phục hồi sớm nhất: rút các thông, dẫn lưu (ngay khi tình trạng ổn định), vận động, phục hồi lưu thông tiêu hóa, dự phòng huyết khối.

Đánh giá kết quả theo các tiêu chí: 1. Phục hồi ăn uống qua miệng có/không can thiệp nong thực quản hẹp 2. Số các biến chứng phẫu thuật nếu có kể cả tử vong. Cụ thể như sau:

Kết quả Tốt: khi số biến chứng ≤ 01, ăn uống qua miệng. Trung bình: ≤ 01 biến chứng, nuốt nghẹn phải nong. Kém: nhiều biến chứng, không ăn uống qua miệng, tử vong.



**2.6. Thu thập và xử lý số liệu**

Quy trình gồm các bước theo ERAS: *Chuẩn bị*: bệnh nhân được tư vấn về bệnh và quy trình ERAS. Chuẩn bị dinh dưỡng theo chuyên gia dinh dưỡng (bổ sung chất xơ, nhịn ăn trước phẫu thuật). *Tiền phẫu*: ổn định đường máu, huyết áp, ngưng kháng đông đủ ngày nếu có dùng (thuốc hạ áp, insulin, chế độ ăn, mức đường máu đạt mức cho phép phẫu thuật). *Phẫu thuật*: phương pháp phẫu thuật (theo hội đồng duyệt phẫu thuật cấp viện); Kháng sinh dự phòng, gây mê, điều chỉnh thân nhiệt trong phẫu thuật; lựa chọn vật liệu tái tạo thay thế thực quản. *Hậu phẫu*: Rút các thông, dẫn lưu (thông tiểu, dẫn lưu ổ bụng, thông dạ dày); vận động (ngồi,

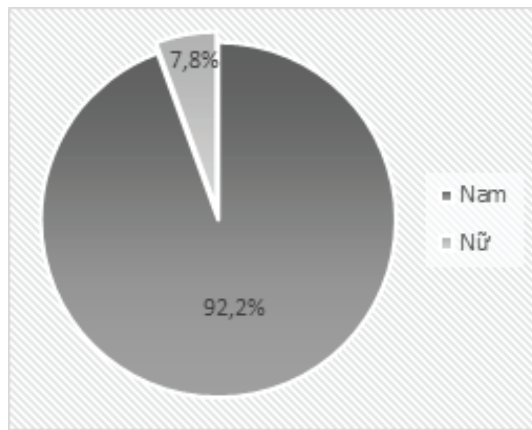
đi lại); phục hồi lưu thông tiêu hóa (ăn qua thông hồng tràng, uống đường miệng 50ml nước/ngắt quãng, ăn lỏng) phối hợp cùng bác sĩ dinh dưỡng.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Mọi thông tin được thu thập qua hỏi cứu hồ sơ, bảo mật, không tiếp xúc trực tiếp bệnh nhân.

**3. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm chung**

*Giới, tuổi*



*Nhận xét:* Tỷ lệ bệnh nhân nam là 92,2%, tỷ suất Nam/Nữ: 17/1. Tuổi thấp nhất: 43 tuổi, tuổi cao nhất 71, tuổi trung bình: 67,5 ± 5,81.

**Các nguy cơ, bệnh kết hợp trước phẫu thuật và kết quả áp dụng ERAS (tiền phẫu)**

Đánh giá trước phẫu thuật các thông tin về nguy cơ, bệnh kết hợp. Áp dụng ERAS giai đoạn tiền phẫu nhằm hạn chế nguy cơ phẫu thuật. Quá trình áp dụng gồm: điều trị thuốc, vận động, tập thở chế độ ăn, tư vấn theo mục tiêu; đánh giá đạt mục tiêu sau khi áp dụng ERAS.

**Bảng 2. Nguy cơ, bệnh kết hợp; kết quả áp dụng eras**

Kiểm soát và điều chỉnh nguy cơ theo khuyến nghị Eras ở giai đoạn tiền phẫu						
Nguy cơ, bệnh kết hợp			Kiểm soát và điều chỉnh (Eras)			
Yếu tố	Tiền phẫu		Các bước	Mục tiêu	Đạt mục tiêu	
	n	Tỷ lệ %			n	Tỷ lệ %
Tăng HA	28	73,7	Thuốc hạ áp	Huyết áp Tâm thu < 140mmHg	24	85,7
Rối loạn lipid	11	28,9	Thuốc nhóm Statin	Cholesterol < 6mmol/L	10	90,9
Đái tháo đường	08	21,1	Insulin, chế độ ăn	ĐH đói < 8 mmol/L	07	87,5
COPD	04	10,5	Tập thở, công năng HH	Mức hạn chế nhẹ, trung bình	03	75,0
Bệnh tim mạch	11	28,9	Nguy cơ tim mạch	EF > 50%	10	90,9
Hút Thuốc lá	11	28,9	Tư vấn	Bỏ hút thuốc	7	63,6
Rượu	07	18,4	Tư vấn	Bỏ uống rượu	6	85,7

Nhận xét: 28,9% nghiện thuốc lá. Tư vấn thành công, bỏ thuốc đạt 63,6%. Bệnh kết hợp tăng huyết áp 73,7%, sau xử trí tiền phẫu - tạm ổn đạt 85,7%. Bệnh tim mạch

28,9%, sau xử trí - tạm ổn đạt 90,9%.

**Chỉ số khối cơ thể (BMI) trước phẫu thuật**

**Bảng 3. Chỉ số khối cơ thể trước phẫu thuật**

Chỉ số khối cơ thể (BMI)	n	Tỉ lệ %
≤ 16	03	07,9
16 - 18,5	26	68,4
18,5 – 25	09	23,7
≥25	0	0

Nhận xét: Trường hợp thiếu cân chiếm 68,4%, gầy 07,9%; không có trường hợp béo phì. Các trường hợp BMI ≤18,5 (29 trường hợp) đều được bs dinh dưỡng khám chỉ định chế độ dinh dưỡng.

**Triệu chứng, giai đoạn ung thư theo T, N, M:** Triệu chứng nuốt nghẹn 71,1%, sụt cân 50%; ung thư giai đoạn III là 52,6%, giai đoạn II là 44,7%.

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**Thời gian phẫu thuật:** Trung bình 188,7±71,6 phút, ngắn nhất 170p, dài nhất 232p.

**Thời gian nằm viện:** Trung bình 16,32 ± 04, 52 ngày.

**Hậu phẫu**

**Bảng 4. Thời gian trung tiện, rút dẫn lưu; ăn qua thông hồng tràng**

Thời gian từ phẫu thuật	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 ngực	48,12 ± 12,24	40 – 65
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	48,12 ± 16,67	45 – 121
Ăn qua miệng	191,24 ± 28,82	165 – 235

Nhận xét: Có lại trung tiện 54,14 ± 12,68 giờ; khởi đầu nuôi ăn qua thông hồng tràng 48,12 ± 16,67 giờ; thời gian ăn qua miệng 191,24 ± 28,82 phút.

**Biến chứng trong và sau phẫu thuật sớm:** Hô hấp 21% (6 viêm phổi, 2 suy hô hấp), rò miệng nối 5,2%, chảy máu miệng nối 2,6%, nhiễm khuẩn vết mổ cổ 13,1%, nhiễm khuẩn vết mổ bụng 10,5%. Đặc biệt, 01 trường hợp dò miệng nối, ra cổ (nối stapler), chăm sóc đến tháng thứ 03 lành, khâu da thì hai, ăn uống đường miệng, tăng cân.

Không ghi nhận abes tồn lưu ổ bụng. Không ghi nhận

có tử vong sau mổ.

**Kết quả phẫu thuật sớm:** Kết quả tốt chiếm 55,2%, trung bình 28,9%

**4. BÀN LUẬN**

**Áp dụng phục hồi nhanh phẫu thuật (ERAS) trong ung thư thực quản**

Hiện nay, trên thế giới, việc chuẩn hóa các khuyến nghị thuộc Eras vẫn còn có khác nhau ở mỗi vùng, khu vực. Bằng chứng về việc sử dụng phác đồ ERAS trong phẫu



thuật thực quản còn hạn chế. Các nghiên cứu đề cập đến tính khả thi của ERAS sau phẫu thuật cắt thực quản với các phác đồ khác nhau, thành phần khác nhau của ERAS vì không có hướng dẫn tiêu chuẩn hóa nào cho đến khi Hiệp hội ERAS xuất bản gần đây các hướng dẫn chăm sóc chu phẫu trong phẫu thuật cắt thực quản [4]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu công bố gần đây cho thấy hiệu quả của Eras trong phẫu thuật ung thư thực quản. Điển hình là nghiên cứu cây thư mục của Pisarska [15] qua thư viện MEDLINE, Embase, Scopus và Cochrane nhằm tìm kiếm các nghiên cứu đủ điều kiện. Nhóm tác giả này đã phân tích dữ liệu tính đến tháng 5 năm 2016, kết quả chính là tỷ lệ mắc bệnh tổng thể. Kết quả phụ bao gồm thời gian nằm viện, các biến chứng cụ thể, tỷ lệ tử vong và tái nhập viện. Phân tích tổng hợp hiệu ứng ngẫu nhiên đã được thực hiện. Tổng hợp có 1.064 nghiên cứu, báo cáo khoa học liên quan. Trong đó có 13 bài báo đủ điều kiện được phân tích. Tổng cộng có 2.042 bệnh nhân được đưa vào phân tích (1.058 nhóm ERAS và 984 bệnh nhân được điều trị bằng các phác đồ truyền thống). Phân tích tỷ lệ mắc bệnh tổng thể cũng như tỷ lệ biến chứng không cho thấy sự giảm đáng kể nào. Các biến chứng không phẫu thuật và biến chứng phổi thấp hơn đáng kể ở nhóm ERAS, RR = 0,71 95% CI 0,62–0,80, p < 0,00001 và RR = 0,75, 95% CI 0,60–0,94, p = 0,01, tương ứng. Phân tích tổng hợp về thời gian lưu trú cho thấy mức giảm đáng kể Chênh lệch trung bình = -3,55, KTC 95% -4,41 đến -2,69, p cho hiệu ứng < 0,00001.

Nhóm nghiên cứu xin trình bày rõ là hiện nay, Eras đang được triển khai ở một số nước y học phát triển mạnh. VN cũng có nền y học tốt nhưng việc áp dụng Eras chỉ mới ở một số trung tâm lớn, có đủ số lượng chuyên khoa phối hợp, (Eras gồm nhiều khuyến nghị cho nhiều chuyên khoa). Vì vậy, phân tích và bàn luận xin dựa vào những kết quả ban đầu. Hiện nay nhóm nghiên cứu vẫn tiếp tục thu thập các báo cáo liên quan về Eras trong ung thư thực quản ở Việt Nam nhưng hiện có rất ít; do đó nghiên cứu có phần hạn chế vì không so sánh phân tích với các nghiên cứu trong nước (chưa có), bù lại mạnh dạn đưa ra những nhận định, phân tích ban đầu, gợi ý cho những nghiên cứu hướng mới này.

### Tình trạng nghiện rượu, thuốc lá; chỉ số khối cơ thể BMI

Nghiên cứu có 28,9% bệnh nhân *ngại rượu* và 18,4% *ngại thuốc lá*. Rượu và thuốc lá là hai yếu tố nguy cơ chính của ung thư thực quản được mô tả trong nhiều

nghiên cứu [4], [5], [10]. *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 bệnh viện, nơi lấy mẫu. Tỷ lệ giai đoạn bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là giai đoạn III 52,6% và II 44,7%. *Sụt cân, chỉ số khối cơ thể (BMI)*: theo một số nghiên cứu dấu hiệu sụt cân chiếm từ 40% đến 90% [13]. Chúng tôi ghi nhận có 65% trường hợp sụt 10% trọng lượng cơ thể trong vòng 01 tháng. Về chỉ số khối cơ thể, có đến 68,4% thiếu cân và 7,4% thiếu cân nặng, không có trường hợp béo phì nào.

### Eras trong tiền phẫu

*Dinh dưỡng*: Bệnh nhân ung thư thực quản có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao do triệu chứng khó nuốt do khối u gây hẹp lòng thực quản, kèm theo chứng chán ăn thứ phát và chứng suy mòn do ung thư. Trong đánh giá tiền phẫu, giảm 10% trọng lượng cơ thể trong thời gian ngắn là một yếu tố tiên lượng nặng [13]. Bổ sung dinh dưỡng có tác động tích cực. Trong nghiên cứu, chúng tôi phối hợp cùng bác sĩ chuyên khoa dinh dưỡng.

*Thuốc lá, rượu*: Yếu tố nguy cơ nghiện thuốc lá, nghiện rượu trong phẫu thuật, cũng như vai trò quan trọng của việc cai thuốc lá và rượu được chứng minh trong nhiều nghiên cứu liên quan. Việc ngừng hút thuốc ít nhất 1 tháng đã được chứng minh là làm giảm đáng kể các biến chứng sau phẫu thuật, đặc biệt là viêm phổi và nhiễm trùng vết thương [14]. Sau tư vấn, bỏ nghiện rượu đạt 63,6%, bỏ nghiện thuốc lá đạt 85,7%, bước đầu là một kết quả đáng khích lệ.

*Kiểm soát bệnh tim mạch, nội khoa*: Chúng tôi đánh giá siêu âm tim, đo công năng hô hấp và các xét nghiệm chuyên biệt nếu cần thiết (holter nhịp tim, siêu âm mạch vành, nghiệm pháp gắng sức). Trong mọi trường hợp có bệnh lý tim phổi, đều được phối hợp đánh giá bởi các chuyên gia tim mạch và hô hấp.

### ERAS trong Phẫu thuật

*Phương pháp đa dạng phù hợp bệnh nhân, chỉ định, xâm lấn tối thiểu*: Phương pháp Orringer cho nhiều ưu điểm với những trường hợp chức năng hô hấp kém, bệnh kết hợp COPD, tình trạng chung không thích hợp chịu đựng cuộc mổ lớn. Theo dõi lâu dài thử nghiệm ngẫu nhiên TIME cho thấy phẫu thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu có kết quả tốt [4], [5], [14].

*Lựa chọn dạ dày thay thế, thực hiện miệng nối ở cổ*: Chúng tôi thực hiện toàn bộ miệng nối tại cổ và dùng dạ dày. Những trường hợp dạ dày ngắn, ưu tiên phẫu

tích kỹ dạ dày, tạo ống đủ dài (đo đặt bên ngoài lồng ngực) và phẫu tích vùng chân hoành phù hợp để bảo đảm việc di dời dạ dày thích hợp mà không bị vặn xoắn, căng miệng nối ở cổ. Dạ dày là những lựa chọn được sử dụng để tái tạo thực quản sau phẫu thuật cắt thực quản [3], [4], [5] vì ưu điểm dễ di chuyển vào trung thất sau và có nguồn cung cấp máu dồi dào. Việc này phù hợp với khuyến cáo của ERAS 2018.

**Kiểm soát thân nhiệt:** Thời gian phẫu thuật kéo dài là một trong những yếu tố gây hạ thân nhiệt. Hạ thân nhiệt (dưới 36°C) có thể ảnh hưởng xấu đến quá trình hồi phục [4], [5]; yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng vết mổ và biến chứng tim [3], [4], [5]. Chúng tôi kiểm soát nhiệt độ chu phẫu bằng nhiệt kế, dùng nệm sưởi, san mổ có độ dày và số lượng thích hợp.

**Biến chứng Rò miệng nối:** Theo Pisarska [15] Biến chứng phẫu thuật đã được báo cáo trong 11 bài báo. Phân tích cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm nghiên cứu 176/917(19,2%) trong nhóm ERAS so với 174/847(20,5%) trong nhóm đối chứng: RR = 0,92, KTC 95% 0,76–1,1, p cho hiệu ứng = 0,36, p cho độ không đồng nhất = 0,85,  $I^2 = 0\%$ . Rò miệng nối đã được báo cáo trong tất cả các bài báo. Phân tích cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm nghiên cứu 96/1028 (9,3%) trong nhóm ERAS so với 103/954 (10,8%) trong nhóm đối chứng: RR = 0,83, KTC 95% 0,63–1,08, p cho hiệu ứng = 0,16, p cho độ không đồng nhất = 0,80,  $I^2 = 0\%$ . Trong nghiên cứu này có 01 trường hợp rò miệng nối do stapler mất ghim đoạn 5mm, phải phẫu thuật cắt lọc nhiều lần chăm sóc 03 tháng, khâu da thì 2.

**Biến chứng Viêm phổi:** Cũng theo Pisarska [15], nhóm biến chứng này được báo cáo trong 10 bài báo. Phân tích cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm được nghiên cứu 240/853 (28,1%) trong nhóm ERAS so với 297/754 (39,4%) trong nhóm đối chứng: RR = 0,71, KTC 95% 0,62–0,80, p cho hiệu ứng < 0,00001, p cho độ không đồng nhất = 0,94,  $I^2 = 0\%$ . Đồng thời, phân tích cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm được nghiên cứu 175/917(19,1%) trong nhóm ERAS so với 213/847(25,2%) trong nhóm đối chứng: RR = 0,75, KTC 95% 0,60–0,94, p cho hiệu ứng = 0,01, p cho độ không đồng nhất = 0,26,  $I^2 = 20\%$ . Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 21% biến chứng hô hấp, bao gồm 06 viêm phổi và 02 viêm phổi suy hô hấp. Các trường hợp này đáp ứng điều trị nội khoa tích cực.

## ERAS trong hậu phẫu sớm

**Vận động sớm:** Là một phần trong tất cả các hướng dẫn ERAS [2], [4]. Nằm lâu hậu phẫu có thể dẫn đến mất cơ, viêm phổi ứ đọng, kháng insulin và tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch. Để tránh những vấn đề này, bệnh nhân được khuyến khích đi lại sớm trong giai đoạn hậu phẫu [2], [4], [5]. Chúng tôi tập vận động thụ động và chủ động tùy theo tình trạng lâm sàng của bệnh nhân: ngồi dậy, tập vận động có hỗ trợ vật lý trị liệu, đi lại trong phòng bệnh, khu tập vận động của khoa.

**Nuôi ăn sớm qua ống tròng:** Suy mòn ở bệnh nhân ung thư thực quản thường liên quan triệu chứng nuốt nghẹn, chán ăn [2], [3], [4]. Dinh dưỡng sớm rất quan trọng để duy trì tình trạng đạt được như trước và ngăn ngừa các biến chứng dinh dưỡng. Dinh dưỡng qua thông ống tròng có vai trò quan trọng, tạo nên chu trình hấp thu một cách sinh học nhất [2], [4], [5]; hạn chế nhược điểm của dinh dưỡng tĩnh mạch (tăng tỷ lệ rối loạn chuyển hóa, tăng men gan, nhiễm trùng huyết). Chúng tôi bơm dung dịch dinh dưỡng qua thông ống tròng vào ngày 01 hậu phẫu (ngày 02 sau mổ). Lượng dịch dinh dưỡng tăng dần tùy thuộc vào khả năng dung nạp của bệnh nhân, điều chế từ bác sĩ dinh dưỡng.

**Rút dẫn lưu sớm:** Rút thông tiêu ngày 01 hậu phẫu, bệnh nhân tự ngồi dậy. Có 02 trường hợp đặt lại thông tiêu do u xơ tuyến tiền liệt. Dẫn lưu được rút ngày 02 hậu phẫu. Dẫn lưu lồng ngực được rút ngày 02 hậu phẫu khi phổi nở hoàn toàn, dịch dẫn lưu ra còn khoảng 50ml dịch hồng, dẫn lưu vết mổ vùng cổ rút vào ngày 03 hậu phẫu. Có 01 trường hợp xì dò miệng nối do stapler khâu nối, dẫn lưu duy trì 07 ngày, để hở vết mổ, sau 03 tháng khâu da thì 02 phục hồi.

## Kết quả phẫu thuật

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

## 5. KẾT LUẬN

Người cao tuổi mắc bệnh ung thư thực quản ngực nhiều hơn người trẻ, chủ yếu ở nam giới. Thể trạng gầy, thiếu cân là chủ yếu (BMI < 18,5 chiếm 75%), mắc nhiều bệnh kết hợp, và bệnh ở giai đoạn trễ. Quy trình hồi

phục sớm sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS) cho thấy hiệu quả trong phẫu thuật ung thư thực quản ngực tại bệnh viện Thống Nhất; tỉ lệ biến chứng tương tự với một số nghiên cứu khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Rachel LGMB, Mark VH et al., Initial experiences of an enhanced recovery protocol in esophageal surgery. *World J Surg.* 2013 Oct;37(10):2372-8.
- [2] Donald EL, William A et al., Guidelines for Perioperative Care in Esophagectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. *World J Surg.* 2019 Feb;43(2):299-330.
- [3] Findlay JM, Gillies RS, Millo J et al., Enhanced recovery for esophagectomy: a systematic review and evidence-based guidelines. *Ann Surg.* 2014; 259:413–31.
- [4] Apurva A, Devayani N et al., The enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol to promote recovery following esophageal cancer resection. *Surg Today.* 2020 Apr;50(4):323-334.
- [5] Silvia S, Luis G, Mariagiulia DC et al., State of the art of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols in esophagogastric cancer surgery: the Western experience. *Updates Surg.* 2023 Feb;75(2):373-382.
- [6] Hyuna S, Jacques F et al., 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.
- [7] Ferlay J, Soeqomataram I, Dikshit R et al., Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer,* 136(5), 2015, E359-386.
- [8] Phạm Đức Huân, 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, 2007, tr 32 - 36.
- [9] Akashi T, Kaneda I, Higuchi N et al., Thoracoscopic en bloc total esophagectomy with radical mediastinal lymphadenectomy. *Thorac Cardiovasc Surg,* 112, 1996, 1533 - 1540.
- [10] Miyasaka D, Okushiba S et al., Clinical evaluation of the feasibility of minimally invasive surgery in esophageal cancer. *Asian J Endosc Surg,* 6(1), 2013, 26-32.
- [11] Sarah SJ, Morgan AM et al., Sex disparities in the incidence of 21 cancer types: Quantification of the contribution of risk factors. *Cancer.* 2022 Oct 1;128(19):3531-3540.
- [12] Trịnh Việt Thông, 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, 2018.
- [13] Đỗ Mai Lâm, 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, 2008.
- [14] Underwood TJ, Noble F, Madhusudan N et al., The development, application and analysis of an enhanced recovery programme for major oesophagogastric resection. *J Gastrointest Surg* 21:614–621, 2017.
- [15] Pisarska M, Malczak P et al., Enhanced recovery after surgery protocol in oesophageal cancer surgery: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2017;12:e 0174382.