

# EARLY OUTCOMES OF MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY WITH GASTRIC TUBE RECONSTRUCTION FOR ESOPHAGEAL CANCER AT K HOSPITAL

Nguyen Van Cuong<sup>1</sup>, Doan Trong Tu<sup>1</sup>, Mai Van Hanh<sup>1</sup>, Ngo Thi Thu<sup>1</sup>, Dao Van Tin<sup>1</sup>

*1Department of Gastrointestinal Surgery 2, K Hospital - No. 43 Quan Su, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 20/01/2026

Revised: 10/02/2026; Accepted: 29/04/2026

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the early outcomes of minimally invasive esophagectomy with gastric tube reconstruction for esophageal cancer at K Hospital.

**Methods:** A retrospective descriptive study of 95 patients with esophageal cancer who underwent minimally invasive esophagectomy with gastric tube reconstruction at the Department of Gastrointestinal Surgery II, K Hospital, from January 2022 to December 2023.

**Results:** The majority were male (98.9%), with a mean age of  $57.1 \pm 8.68$  years (range 44–74). Tumors were located in the middle (47.4%) and lower (52.6%) thirds of the esophagus. Mean operative time was  $298.9 \pm 39.6$  minutes. Mean lymph node yields were  $15.9 \pm 8.6$  (thoracic) and  $9.7 \pm 3.8$  (abdominal). Squamous cell carcinoma accounted for 90.5%. Intraoperative events occurred in 2 patients (2.1%). Mean hospital stay was  $15.8 \pm 6.35$  days. Postoperative respiratory complications included pneumonia (6.3%), pleural effusion (2.1%), and atelectasis (1.1%). Anastomotic leak was recorded in 2.1% and anastomotic stenosis in 4.2%. No in-hospital or 30-day mortality was recorded.

**Conclusion:** Minimally invasive esophagectomy with gastric tube reconstruction is a feasible procedure with an acceptable rate of early intraoperative and postoperative morbidity.

**Keywords:** esophageal cancer; minimally invasive surgery; esophagectomy; gastric tube; early complications.

---

\*Corresponding author

**Email:** Hanacuong@gmail.com **Phone:** (+84) 929492888 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD5.4967

# KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN CÓ TẠO HÌNH BẰNG ỐNG DẠ DÀY TRONG UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Cường<sup>1</sup>, Đoàn Trọng Tú<sup>1</sup>, Mai Văn Hạnh<sup>1</sup>, Ngô Thị Thu<sup>1</sup>, Đào Văn Tin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Khoa Ngoại Tiêu hóa 2, Bệnh viện K - Số 43 Quán Sứ, phường Cửa Nam, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 10/02/2026; Ngày duyệt đăng: 29/04/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt thực quản có tạo hình bằng ống dạ dày trong điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện K.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 95 bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật nội soi cắt thực quản có tạo hình bằng ống dạ dày tại Khoa Ngoại Tiêu hóa 2, Bệnh viện K từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023.

**Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (98,9%), tuổi trung bình  $57,1 \pm 8,68$  tuổi (44–74 tuổi). Khối u phân bố ở 1/3 giữa (47,4%) và 1/3 dưới thực quản (52,6%). Thời gian phẫu thuật trung bình  $298,9 \pm 39,6$  phút. Số hạch nạo vét trung bình  $15,9 \pm 8,6$  vùng ngực và  $9,7 \pm 3,8$  vùng bụng. Có 90,5% là ung thư biểu mô tế bào vảy. Tai biến trong mổ gặp ở 2 bệnh nhân (2,1%). Thời gian nằm viện trung bình  $15,8 \pm 6,35$  ngày. Biến chứng hô hấp sau mổ: viêm phổi 6,3%, tràn dịch màng phổi 2,1%, xẹp phổi 1,1%. Biến chứng miệng nối: rò miệng nối 2,1%, hẹp miệng nối 4,2%. Không ghi nhận tử vong trong viện hoặc trong vòng 30 ngày.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt thực quản có tạo hình bằng ống dạ dày là kỹ thuật khả thi, với tỷ lệ tai biến và biến chứng sớm ở tương đối thấp.

**Từ khóa:** ung thư thực quản; phẫu thuật nội soi; cắt thực quản; ống dạ dày; biến chứng sớm.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp của đường tiêu hóa, xếp thứ năm về tỷ lệ mắc mới trong nhóm ung thư tiêu hóa và đứng thứ 14 trong số tất cả các loại ung thư trên toàn cầu [1]. Phẫu thuật cắt thực quản vẫn là trụ cột trong điều trị ung thư thực quản có thể cắt bỏ, song đây là một phẫu thuật lớn với tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ đáng kể.

Tạo hình thực quản sau cắt bỏ nhằm phục hồi đường tiêu hóa liên tục, giúp bệnh nhân ăn uống trở lại qua đường miệng. Dạ dày là cơ quan thay thế thực quản được sử dụng phổ biến nhất nhờ nguồn cấp máu phong phú và chiều dài đủ để đưa lên tới cổ [2]. Tuy nhiên, khi sử dụng toàn bộ dạ dày, áp lực cao tại miệng nối làm tăng nguy cơ rò, đây là một biến chứng nghiêm trọng với tỷ lệ được báo cáo dao động từ 4% đến 21% trong các nghiên cứu về phẫu thuật cắt thực quản [1,2]. Yoshida và cộng sự (2020) đã chứng minh rằng việc sử dụng kỹ thuật tạo hình bằng ống dạ dày (phần dưới dạ dày được giữ nguyên, phần trên tạo thành ống hẹp) giúp giảm sức căng tại miệng nối, qua đó đưa tỷ lệ rò miệng nối xuống dưới 1% [3].

Trong hai thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi ít xâm lấn đã dần thay thế phẫu thuật mở ngực kinh điển trong cắt thực quản, với ưu thế được chứng minh về giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian hồi phục và hạn chế biến chứng hô hấp [1]. Tại Bệnh viện K, kỹ thuật nội soi cắt thực quản kết hợp tạo

hình bằng ống dạ dày đã được triển khai từ năm 2022, song chưa có báo cáo hệ thống về kết quả sớm của phương pháp này tại cơ sở. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt thực quản có tạo hình bằng ống dạ dày trong điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện K”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh trước mổ hoặc sau mổ xác nhận ung thư thực quản; (2) được phẫu thuật nội soi cắt thực quản và tạo hình bằng ống dạ dày tại Khoa Ngoại Tiêu hóa 2, Bệnh viện K; (3) hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin nghiên cứu cần thu thập.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mở vùng ngực hoặc vùng thượng vị làm thay đổi giải phẫu học gây khó khăn cho nội soi và tạo hình dạ dày; (2) ung thư thực quản có xâm lấn động mạch chủ hoặc khí-phế quản trên đánh giá CLVT trước mổ; (3) hồ sơ bệnh án thiếu từ hai thông tin nghiên cứu trở lên.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện toàn bộ ( $n = 95$ ). Địa điểm: Khoa Ngoại Tiêu hóa 2, Bệnh viện K. Thời gian: tháng 01/2022 đến tháng 12/2023.

\*Tác giả liên hệ

Email: Hanacuong@gmail.com Điện thoại: (+84) 929492888 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.4967

### 2.3. Đánh giá trước mổ và chỉ định phẫu thuật

Toàn bộ bệnh nhân được đánh giá trước mổ bằng: nội soi thực quản-dạ dày với sinh thiết, chụp CLVT ngực-bụng-tiểu khung có tiêm thuốc cản quang để xác định vị trí u, mức độ xâm lấn và di căn hạch, đo chức năng hô hấp và đánh giá thể trạng toàn thân. Chỉ định phẫu thuật được áp dụng cho các trường hợp ung thư thực quản có thể cắt bỏ (không có xâm lấn động mạch chủ, khí-phế quản, và không có di căn xa), thể trạng toàn thân đủ khả năng chịu đựng phẫu thuật lớn. Tất cả trường hợp được hội chẩn liên chuyên khoa (phẫu thuật, ung thư nội, xạ trị, chẩn đoán hình ảnh) trước khi quyết định phẫu thuật.

### 2.4. Kỹ thuật phẫu thuật

Phẫu thuật được thực hiện theo phương pháp nội soi hai thì (ngực và bụng). Thì ngực: bệnh nhân nằm nghiêng trái, tiếp cận qua ngực phải bằng nội soi lồng ngực để cắt rời thực quản và nạo vét hạch trung thất. Thì bụng: bệnh nhân nằm ngửa, tiếp cận qua đường bụng bằng nội soi ổ bụng để giải phóng dạ dày, nạo vét hạch ổ bụng và tạo hình ống dạ dày. Ống dạ dày được tạo bằng cách cắt dọc phần cong nhỏ với máy cắt thẳng (stapler) dưới nội soi, giữ lại phần cong lớn để tạo ống có đường kính khoảng 3–4 cm.

Miệng nối thực quản-dạ dày được thực hiện tại cổ bằng kỹ thuật khâu tay hoặc stapler theo quyết định của phẫu thuật viên. Sau mổ, bệnh nhân được chăm sóc tại đơn vị hồi sức và nuôi dưỡng qua sonde tá tràng hoặc mở thông hồng tràng trong giai đoạn đầu. Thời điểm bắt đầu ăn đường miệng phụ thuộc vào diễn biến lâm sàng và kết quả chụp thực quản kiểm tra miệng nối.

### 2.5. Biến số nghiên cứu và định nghĩa

Các biến số chính thu thập gồm: đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới), vị trí khối u, chức năng hô hấp trước mổ, hình ảnh u trên CLVT, thời gian phẫu thuật, số lượng hạch nạo vét (vùng ngực, vùng bụng và tổng), loại mô bệnh học, thời gian rút dẫn lưu ngực, thời gian rút sonde dạ dày, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ.

Định nghĩa biến chứng: (1) Viêm phổi: sốt, tăng bạch cầu kèm thâm nhiễm mới trên X-quang ngực, cần điều trị kháng sinh; (2) Tràn dịch màng phổi: dịch màng phổi sau mổ cần dẫn lưu; (3) Xẹp phổi: xẹp phổi trên X-quang cần can thiệp nội soi phế quản; (4) Rò miệng nối: thoát dịch qua miệng nối xác nhận bằng chụp thực quản cản quang hoặc qua nội soi; (5) Hẹp miệng nối: hẹp lành tính miệng nối được xác nhận bằng nội soi và/hoặc chụp thực quản sau mổ, cần can thiệp nong. Tử vong sau mổ: tử vong xảy ra trong quá trình nằm viện hoặc trong vòng 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật.

### 2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Biến liên tục trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (ĐLC) kèm khoảng dao động; biến phân loại trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

### 2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Ban Lãnh đạo Bệnh viện K chấp thuận. Toàn bộ thông tin định danh bệnh nhân được mã hóa và bảo mật. Chỉ nhóm nghiên cứu có quyền truy cập dữ liệu gốc. Không có can thiệp ngoài quy trình điều trị thường quy.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học trước mổ (n = 95)

Đặc điểm chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Giới tính</b>		
Nam	94	98,9
Nữ	1	1,1
<b>Tuổi</b>		
Tuổi trung bình ± ĐLC (khoảng), tuổi	57,1 ± 8,68 (44–74)	
<b>Vị trí khối u</b>		
1/3 giữa thực quản	45	47,4
1/3 dưới thực quản	50	52,6
<b>Chức năng hô hấp trước mổ</b>		
Bình thường	80	84,2
Rối loạn thông khí hạn chế	10	10,5
Rối loạn thông khí tắc nghẽn	4	4,2
Rối loạn thông khí hỗn hợp	1	1,1
<b>Hình ảnh khối u trên CLVT</b>		
Khối đều	1	1,1
Khối lệch trục	2	2,1
Dày thành	87	91,6
Không xác định	5	5,3

Nhóm nghiên cứu bao gồm 95 bệnh nhân, trong đó nam giới chiếm tuyệt đại đa số (98,9%). Tuổi trung bình là 57,1 ± 8,68 tuổi (44–74 tuổi). Khối u phân bố ở 1/3 dưới thực quản (52,6%) và 1/3 giữa (47,4%), không có trường hợp nào ở 1/3. Chức năng hô hấp trước mổ bình thường ở 84,2% bệnh nhân; 15,8% còn lại có rối loạn thông khí ở các mức độ khác nhau (hạn chế 10,5%, tắc nghẽn 4,2%, hỗn hợp 1,1%). Trên CLVT, hình ảnh dày thành thực quản là kiểu hình chiếm ưu thế (91,6%).

Bảng 2. Đặc điểm ung thư học trước mổ và điều trị tân bổ trợ (n = 95)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Giai đoạn lâm sàng trước mổ</b>		
Giai đoạn I	9	9,5
Giai đoạn II	38	40,0
Giai đoạn III	48	50,5
<b>Điều trị tân bổ trợ</b>		
Không điều trị tân bổ trợ	70	73,7
Hóa trị tiền phẫu	5	5,3
Hóa xạ trị tiền phẫu	20	21,1
<b>Đáp ứng sau tân bổ trợ (n = 25)</b>		
Đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng - hình ảnh học	2	8,0

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng một phần	16	64,0
Bệnh ổn định	7	28,0
Tiến triển trong thời gian tân bổ trợ	0	0

Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II và III, lần lượt chiếm 40,0% và 50,5%; chỉ có 9,5% ở giai đoạn I. Có 25 bệnh nhân (26,3%) được điều trị tân bổ trợ trước phẫu thuật, trong đó hóa xạ trị tiền phẫu chiếm ưu thế (21,1%). Trong nhóm điều trị tân bổ trợ, đáp ứng một phần chiếm tỷ lệ cao nhất (64,0%), 8,0% đạt đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng - hình ảnh học và không ghi nhận trường hợp nào tiến triển trong thời gian điều trị.

### 3.2. Đặc điểm phẫu thuật

**Bảng 3. Đặc điểm kỹ thuật và kết quả trong mổ (n = 95)**

Đặc điểm phẫu thuật	Kết quả
Thời gian phẫu thuật trung bình ± ĐLC (khoảng), phút	298,9 ± 39,6 (219–405)
<b>Số lượng hạch nạo vét trung bình ± ĐLC (khoảng)</b>	
Vùng ngực	15,9 ± 8,6 (5–51)
Vùng bụng	9,7 ± 3,8 (3–26)
Tổng số hạch	25,6 ± 10,4
Tai biến trong mổ	2 (2,1%)
Chuyển mổ mở	0 (0%)
<b>Mô bệnh học sơ bộ</b>	
Ung thư biểu mô tế bào vảy	86 (90,5%)
Ung thư biểu mô tuyến	9 (9,5%)

Toàn bộ 95 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 298,9 ± 39,6 phút. Tổng số hạch nạo vét trung bình là 25,6 ± 10,4 hạch, gồm 15,9 ± 8,6 hạch vùng ngực và 9,7 ± 3,8 hạch vùng bụng. Tai biến trong mổ ghi nhận ở 2 bệnh nhân (2,1%). Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm ưu thế với 90,5%, ung thư biểu mô tuyến chiếm 9,5%.

**Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ và mức độ triệt căn ung thư học (n = 95)**

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ biệt hóa		
Biệt hóa cao	18	18,9
Biệt hóa vừa	53	55,8
Biệt hóa kém	24	25,3
Giai đoạn pT		
pT0	2	2,1
pT1	12	12,6
pT2	29	30,5

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
pT3	52	54,7
Giai đoạn pN		
pN0	43	45,3
pN1	30	31,6
pN2	17	17,9
pN3	5	5,3
Giai đoạn pTNM sau mổ		
Giai đoạn 0	2	2,1
Giai đoạn I	10	10,5
Giai đoạn II	36	37,9
Giai đoạn III	47	49,5
Diện cắt phẫu thuật		
R0	92	96,8
R1	3	3,2
R2	0	0
Đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn sau tân bổ trợ (ypT0N0)	2/25	8,0*

\* Tính trên 25 bệnh nhân được điều trị tân bổ trợ.

Về mức độ biệt hóa, nhóm biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (55,8%), tiếp theo là biệt hóa kém (25,3%) và biệt hóa cao (18,9%). Giai đoạn pT chủ yếu là pT2 và pT3, lần lượt chiếm 30,5% và 54,7%; pN0 gặp ở 45,3% bệnh nhân. Sau phẫu thuật, giai đoạn pTNM chủ yếu là giai đoạn II và III. Tỷ lệ diện cắt âm tính (R0) đạt 96,8%, có 3 trường hợp (3,2%) còn tế bào ung thư vi thể tại diện cắt. Trong nhóm được điều trị tân bổ trợ, 2 bệnh nhân (8,0%) đạt đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn.

### 3.5. Diễn biến sau mổ

**Bảng 5. Diễn biến sau mổ (n = 95)**

Diễn biến sau mổ	TB ± ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian rút dẫn lưu ngực (ngày)	9,6 ± 2,5	7	16
Thời gian rút sonde dạ dày (ngày)	6,9 ± 1,2	3	12
Thời gian trung tiện (giờ)	42,3 ± 7,6	24	75
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	15,8 ± 6,35	10	31

Thời gian rút dẫn lưu ngực trung bình là 9,6 ± 2,5 ngày. Sonde dạ dày được rút sau trung bình 6,9 ± 1,2 ngày. Thời gian trung tiện trung bình là 42,3 ± 7,6 giờ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 15,8 ± 6,35 ngày.

### 3.6. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

**Bảng 6. Biến chứng sớm sau phẫu thuật (n = 95)**

Biến chứng sau phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng hô hấp		
Viêm phổi	6	6,3

Biến chứng sau phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tràn dịch màng phổi cần dẫn lưu	2	2,1
Xẹp phổi cần soi phế quản can thiệp	1	1,1
Biến chứng miệng nổi		
Rò miệng nổi	2	2,1
Hẹp miệng nổi	4	4,2
Tử vong sau mổ		
Tử vong trong viện hoặc trong vòng 30 ngày	0	0

Biến chứng hô hấp là nhóm biến chứng thường gặp nhất sau mổ, trong đó viêm phổi chiếm 6,3%. Biến chứng miệng nổi gồm rò miệng nổi 2,1% và hẹp miệng nổi 4,2%. Không ghi nhận trường hợp tử vong trong viện hoặc trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

### 3.7. Phân độ biến chứng theo Clavien–Dindo

Bảng 7. Phân độ biến chứng theo Clavien–Dindo (n = 95)

Phân độ Clavien–Dindo	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không có biến chứng	81	85,3
Độ I	0	0
Độ II	8	8,4
Độ IIIa	6	6,3
Độ IIIb	0	0
Độ IVa–IVb	0	0
Độ V	0	0

Có 81 bệnh nhân (85,3%) không ghi nhận biến chứng sau mổ. Phần lớn biến chứng thuộc mức độ II và IIIa, lần lượt chiếm 8,4% và 6,3%. Không ghi nhận biến chứng độ IIIb, IV hoặc

## 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, nam giới chiếm tới 98,9%, phản ánh đặc điểm dịch tễ học của ung thư thực quản tại Việt Nam, nơi bệnh có tỷ lệ mắc ở nam giới cao hơn nữ giới nhiều lần, liên quan chặt chẽ với thói quen hút thuốc lá và uống rượu. Tuổi trung bình 57,1 tuổi tương đồng với kết quả của Nguyễn Đăng Hưng (2021) và các nghiên cứu trong nước khác về phẫu thuật cắt thực quản [4].

Tất cả khối u đều nằm ở 1/3 giữa và 1/3 dưới thực quản, đây là vị trí phù hợp với chỉ định tạo hình bằng ống dạ dày qua đường ngực phải và nối tại cổ. Tỷ lệ chức năng hô hấp bình thường chiếm 84,2%, tương tự kết quả của Nguyễn Đăng Hưng với 89,2% [4], và cao hơn một số nghiên cứu phương Tây do đặc điểm chọn bệnh nhân khác biệt. Việc đánh giá chức năng hô hấp trước mổ kết hợp với hướng dẫn tập thở và khuyến khích bỏ thuốc lá là chiến lược quan trọng nhằm giảm nguy cơ biến chứng hô hấp sau mổ [1].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là 298,9 ± 39,6 phút, dài hơn so với báo cáo của Phạm Văn Bình (2020) tại cùng cơ sở với thời gian trung bình 195 phút [5], song ngắn hơn nghiên cứu của Hosogi và cộng sự (2022) với 352 phút [6]. Sự khác biệt này có thể phản ánh giai

đoạn học tập của kỹ thuật, sự khác biệt về định nghĩa thời gian tính và đặc điểm bệnh nhân giữa các nhóm.

Tổng số hạch nạo vét trung bình đạt 25,6 hạch, đáp ứng ngưỡng tối thiểu 15 hạch khuyến nghị trong phẫu thuật ung thư học thực quản theo AJCC. Phân bố rõ ràng giữa hạch vùng ngực (15,9) và vùng bụng (9,7) cho thấy nạo vét hạch hai vùng được thực hiện đầy đủ. Hai trường hợp tai biến biến trong mổ (2,1%) đều là rách màng phổi trong bệnh nhân đã xạ trị tiền phẫu, làm tổ chức xung quanh u xơ dính, tăng nguy cơ tổn thương cơ học. Đây là loại tai biến đã được mô tả trong các nghiên cứu về cắt thực quản sau hóa xạ trị tân bổ trợ [1,6]. Cả hai trường hợp đều được xử trí thành công qua nội soi mà không cần chuyển mổ mở.

Về đặc điểm ung thư học, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật ở giai đoạn lâm sàng II và III. Có 26,3% bệnh nhân được điều trị tân bổ trợ trước mổ, chủ yếu là hóa xạ trị tiền phẫu. Trong nhóm này, đáp ứng một phần chiếm tỷ lệ cao nhất và 8,0% đạt đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng - hình ảnh học. Kết quả này cho thấy chỉ định tân bổ trợ tại trung tâm chủ yếu được áp dụng cho các trường hợp bệnh tiến triển tại chỗ nhưng vẫn còn khả năng phẫu thuật triệt căn. Ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm ưu thế (90,5%), nhất quán với đặc điểm bệnh học ung thư thực quản tại Việt Nam và trái ngược với xu hướng tại các nước phương Tây nơi ung thư biểu mô tuyến đang có xu hướng tăng [1,6]. Ung thư biểu mô tế bào vảy có khả năng đáp ứng xạ trị tốt hơn ung thư biểu mô tuyến, điều này có ý nghĩa đối với lựa chọn điều trị hỗ trợ sau mổ [7].

Thời gian rút dẫn lưu ngực trung bình (9,6 ± 2,5 ngày) trong nghiên cứu này cao hơn so với báo cáo của Nguyễn Duy Thanh và Phạm Văn Bình (2020) với 5,6 ± 1,3 ngày [8]. Sự chênh lệch này có thể liên quan đến tiêu chuẩn rút dẫn lưu khác nhau giữa các cơ sở, đặc biệt trong bối cảnh một số bệnh nhân có biến chứng hô hấp kéo dài thời gian dẫn lưu. Thời gian nằm viện trung bình 15,8 ± 6,35 ngày tương đồng với Nguyễn Đăng Hưng (13,6 ngày) [4] và Phạm Văn Bình (12,5 ngày) [5]. Các trường hợp nằm viện kéo dài thường do biến chứng hô hấp, rò miệng nổi hoặc phổi hợp cả hai. Thời gian trung tiện sớm (trung bình 42,3 giờ) phản ánh sự hồi phục nhu động ruột tương đối nhanh sau nội soi, phù hợp với ưu thế của phẫu thuật ít xâm lấn so với mổ mở [1].

Biến chứng hô hấp là nhóm biến chứng sau mổ thường gặp nhất trong phẫu thuật cắt thực quản, do sự kết hợp của nhiều yếu tố nguy cơ đặc thù: thói quen hút thuốc lá, can thiệp trực tiếp lên phổi trong thì ngực, thời gian phẫu thuật kéo dài và tư thế nằm nghiêng không thuận lợi [1,6]. Tỷ lệ viêm phổi 6,3% trong nghiên cứu này cao hơn so với Nguyễn Đăng Hưng (2,7%) [4] nhưng thấp hơn một số báo cáo quốc tế. Chiến lược phòng ngừa bao gồm đánh giá chức năng hô hấp trước mổ, tập thở tích cực và khuyến khích bỏ thuốc có thể đã góp phần hạn chế mức độ biến chứng.

Tỷ lệ rò miệng nổi 2,1% trong nghiên cứu này thấp hơn đáng kể so với khoảng dao động 4,35–17,24% trong tổng quan hệ thống của Guo và cộng sự (2015) [1] và thấp hơn nghiên cứu của Phạm Văn Bình (4,8%) [5]. Điều này có thể phản ánh lợi ích của kỹ thuật tạo hình bằng ống dạ dày giúp bảo tồn nguồn cấp máu và giảm sức căng tại miệng nổi, đúng như lý thuyết Yoshida đề xuất [3]. Hai trường hợp rò đều có yếu tố nguy cơ rõ ràng (đái tháo đường, tăng

huyết áp, xạ trị tiền phẫu), cho thấy rằng việc kiểm soát các bệnh đi kèm là yếu tố quan trọng trong phòng ngừa biến chứng này. Hai trường hợp tai biến trong mổ đều gặp ở nhóm bệnh nhân đã được hóa xạ trị tiền phẫu. Kết quả này cho thấy xạ trị trước mổ có thể làm tổ chức quanh thực quản và trung thất xơ dính hơn, làm tăng khó khăn kỹ thuật khi bóc tách. Tuy nhiên, cả hai trường hợp đều được xử trí thành công qua nội soi, không phải chuyển mổ mở, cho thấy phẫu thuật vẫn khả thi nếu được thực hiện tại trung tâm có kinh nghiệm.

Tổng số hạch nạo vét trung bình đạt 25,6 hạch, cao hơn ngưỡng tối thiểu thường được khuyến nghị trong phẫu thuật ung thư học thực quản, cho thấy mức độ nạo vét hạch tương đối đầy đủ. Tỷ lệ diện cắt R0 đạt 96,8% củng cố thêm giá trị triệt căn của phẫu thuật trong nhóm bệnh nhân được lựa chọn. Về biến chứng, khi phân loại theo Clavien–Dindo, phần lớn các biến chứng chỉ ở mức độ II và IIIa, không ghi nhận biến chứng nặng phải mổ lại hoặc suy đa tạng sau mổ. Như vậy, kết quả phẫu thuật nội soi cắt thực quản có tạo hình bằng ống dạ dày tại Bệnh viện K là kỹ thuật khả thi, với mức độ biến chứng sớm chấp nhận được trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Nghiên cứu này có một số hạn chế như thiết kế hồi cứu đơn trung tâm, không có nhóm đối chứng, chưa có dữ liệu về giai đoạn bệnh học đầy đủ (pTNM, diện cắt R), điều trị tân bổ trợ và kết quả sống còn.

## 5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thực quản có tạo hình bằng ống dạ dày tại Bệnh viện K là kỹ thuật khả thi, với tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sớm ở mức chấp nhận được trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Phẫu thuật đạt số lượng hạch nạo vét tương đối cao, tỷ lệ diện cắt R0 đạt 96,8% và không ghi nhận tử vong trong viện hoặc trong vòng 30 ngày sau mổ. Biến chứng sau mổ chủ yếu thuộc mức độ II và IIIa theo Clavien–Dindo, cho thấy phần lớn có thể được kiểm soát bằng điều trị nội khoa hoặc can thiệp ít xâm lấn.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Guo W, Ma X, Yang S, et al. Combined thoracoscopic-laparoscopic esophagectomy versus open esophagectomy: a meta-analysis of outcomes. *Surg Endosc*. 2016;30(9):3873–3881.
- [2] Rogers JE, Sewastjanow-Silva M, Waters RE, et al. Esophageal cancer: emerging therapeutics. *Expert Opin Ther Targets*. 2022;26(2):107–117.
- [3] Yoshida K, Tanaka Y, Imai T, et al. Subtotal stomach in esophageal reconstruction surgery achieves an anastomotic leakage rate of less than 1%. *Ann Gastroenterol Surg*. 2020;4(4):422–432.
- [4] Nguyễn Đăng Hưng. Đánh giá phẫu thuật nội soi cắt thực quản tạo hình thực quản bằng dạ dày toàn bộ kết hợp nong môn vị trước mổ điều trị ung thư thực quản. Luận văn chuyên khoa II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
- [5] Phạm Văn Bình, Lê Văn Thành. Biến chứng của phẫu thuật nội soi 3D mổ ung thư thực quản có tạo hình bằng ống dạ dày kinh nghiệm qua 41 ca. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020;491(2):118–122.
- [6] Hosogi H, Sakaguchi M, Yagi D, et al. Side-overlap esophagogastric tube (SO-EG) reconstruction after minimally invasive Ivor Lewis esophagectomy or laparoscopic proximal gastrectomy for cancer of the esophagogastric junction. *Langenbecks Arch Surg*. 2022;407(2):861–869.
- [7] Nguyễn Diệu Hương, Nguyễn Văn Hiếu. Kết quả mở thông dạ dày ra da qua nội soi ống mềm bệnh nhân ung thư thực quản tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019;1(482):167–169.
- [8] Nguyễn Duy Thanh, Phạm Văn Bình. Kết quả sớm phẫu thuật ung thư thực quản tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020;497(2):72-75.