

# PHẪU THUẬT UNG THƯ THỰC QUẢN QUA ĐƯỜNG NỘI SOI NGỰC

LÊ MẠNH HÀ, LÊ LỘC

## TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá mức độ an toàn, tính khả thi và kết quả phẫu thuật nội soi ngực cắt thực quản tại Bệnh viện Trung ương Huế.

**Đối tượng và phương pháp:** Gồm 38 bệnh nhân, được chẩn đoán ung thư thực quản và được phẫu thuật nội soi ngực cắt thực quản tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2012 có theo dõi và tái khám sau mổ.

**Kết quả:** Gồm 38 bệnh nhân, tuổi trung bình là 56,4 ± 10,8 (38-82), tỷ lệ nam/nữ 37/1. Vào viện với lý do nuốt nghẹn 97,4%. Vị trí u ở 1/3 giữa 60,5%, chiều dài khối u 4-8cm 65,8%, trung bình 5,8 ± 2,0cm. Hình ảnh đại thể: u sùi lõm vào trong lòng thực quản 73,7%, loét sùi 26,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình 247 ± 25,5 phút (180-300 phút), thời gian phẫu thuật thì ngực trung bình 115 ± 29,8 phút. Tai biến trong mổ: Rách tĩnh mạch đơn 2,6%, rách nhu mô phổi 2,6%. Biến chứng sau mổ: Dò miệng nối cổ 13,2%, viêm phổi 13,2%, không có trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. Tái khám sau mổ: Hẹp miệng nối 13,0%, di căn hạch cổ 13,0%, di căn xa 8,7%. Thời gian sống thêm sau mổ trung bình 10,7 ± 4,2 tháng. Khả năng sống thêm sau 1 năm 69,0%.

**Kết luận:** Đây là một kỹ thuật an toàn, khả thi phù hợp với xu hướng phẫu thuật ít xâm nhập hiện nay cũng như trong tương lai.

**Từ khóa:** Cắt thực quản nội soi ngực điều trị ung thư thực quản

## SUMMARY

**Perpose:** Evaluation of safety, feasibility and early results from thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer at Hue Central Hospital.

**Patients and methods:** Consist of 38 patients who were operated to thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer at Hue Central Hospital from January 2011 to December 2012 with follow up and postoperative re-examination.

**Results:** 38 patients, mean age 56.4 ± 10.8 (38-82), rate male/female 37/1. Primary clinical manifestations: transit disorder 97.4%. Tumor location: middle 60.5%, length of tumor 4-8cm 65.8%, mean length 5.8 ± 2.0cm. Esophageal endoscopy: inside lumen protrusion 73.7%, malignant protrusive ulcer 26.3%. Mean operation time 247 ± 25.5 minutes (180-300), mean thoracoscopic duration 115 ± 29.8 minutes. Intra-operative complications: azygos laceration 2.6%, pulmonary laceration 2.6%. Postoperative complications: anastomotic leak at neck 13.2%, pneumonia 13.2%, without mortality hospitalized duration. Postoperative re-examination: anastomotic stenosis 13.00%, neck lympho node metastasis 13.0%, distal metastasis 8.7%. Mean overall survival 10.7 ± 4.2 months. Survival mortality after 1 year: 69.0%.

**Conclusions:** Thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer is a safe, feasibility, suitability for minimal invasive procedure in future.

**Keywords:** Thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là bệnh lý ung thư thường gặp, là một trong những loại ung thư có tiên lượng xấu. Theo Macmillan "Ung thư thực quản là một chương buồn nhất trong y học" khi đánh giá về tiên lượng đối với ung thư thực quản [6].

Điều trị ung thư thực quản là một vấn đề khó khăn, đòi hỏi phối hợp nhiều phương pháp, trong đó phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất. Năm 1871, Theodor Billroth đề xuất phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh lý này. Sau đó các tác giả Lewis-Santay, Akiyama... đã đề xuất các phương pháp cắt thực quản qua đường ngực và bụng với các kỹ thuật thực hiện miệng nối thực quản tại ngực và cổ [5].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi ngực điều trị ung thư thực quản được Nguyễn Minh Hải thực hiện đầu tiên vào năm 2004 tại Thành phố Hồ Chí Minh. Sau đó Triệu Triệu Dương báo cáo 20 trường hợp [1], Phạm Đức Huấn báo cáo 87 trường hợp cho kết quả tốt với tỉ lệ tử vong và biến chứng sau mổ thấp [4]. Cho đến nay phẫu thuật cắt thực quản nội soi dần dần đi vào thường qui tại một số bệnh viện lớn trên toàn quốc.

Từ năm 2007 đến nay, bệnh viện Trung Ương Huế đã triển khai phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực để điều trị ung thư thực quản và bước đầu đã đem lại những kết quả khả quan [3], từ thực tế đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm bệnh lý học trong ung thư thực quản.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản qua đường nội soi ngực điều trị ung thư thực quản.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 38 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản, được điều trị cắt thực quản qua đường nội soi ngực tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2012.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư TQ và được điều trị cắt thực quản qua đường nội soi ngực, kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy hoặc ung thư biểu mô tuyến.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có rối loạn thông khí rất nặng (VC hoặc FEV/VC <35%).
- Có biểu hiện xâm lấn của khối u đến các cấu trúc quan trọng lân cận như động mạch chủ, khí phế quản hoặc di căn xa.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

**3. Trang thiết bị:** Dàn máy nội soi Karl-Storz và các dụng cụ phẫu thuật nội soi thường quy, dao điện, Hemolock, Clip, GIA...

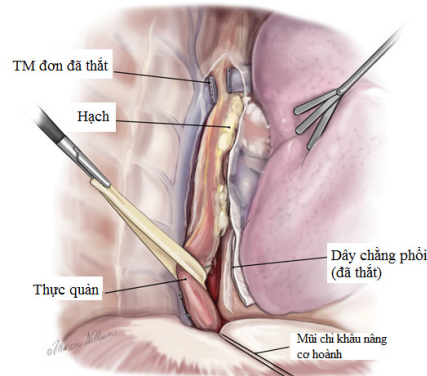
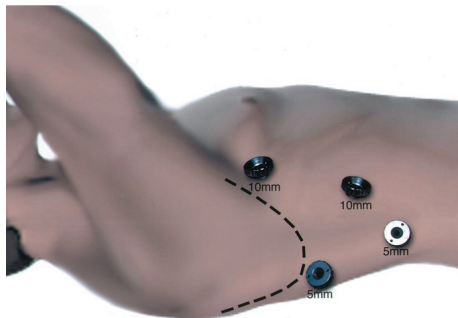
**4. Kỹ thuật tiến hành:**

- Gây mê nội khí quản đặt Carlen đảm bảo phổi bên mổ xẹp tốt.
- Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng trái có đặt miếng đệm bên dưới ngực trái hoặc tư thế nằm sấp nghiêng trái 30°.
- Kỹ thuật được tiến hành theo 3 thì: thì ngực, thì bụng và cổ
- **Thì ngực**

Đặt 4 trocar [8],[9]:

- 1 trocar 10mm ở gian sườn 7-8 trên đường nách giữa (trocar camera)
- 1 trocar 10mm ở gian sườn 4 trên đường nách trước (trocar vén phổi)
- 1 trocar 5mm ở gian sườn 8-9 trên đường nách sau (trocar thao tác) và
- 1 trocar 5mm ở phía sau so với bờ dưới đỉnh xương bả vai (trocar thao tác).

Đối với tư thế nằm sấp, nghiêng trái thì dùng 3 trocar (không đặt trocar vén phổi). Trong trường hợp phổi không xẹp tốt có thể đặt trocar thứ 4 để vén phổi.



Hình 1. Phẫu thuật thì ngực di động thực quản

Phẫu tích tĩnh mạch đơn, thắt bằng Clip. Mở màng phổi trung thất hai bên TQ và dây chằng phổi phải cho tới tĩnh mạch đơn để bộc lộ toàn bộ thực quản ngực.

TQ được giải phóng khỏi các thành phần xung quanh (tổ chức mỡ, hạch quanh TQ) tới động mạch chủ, màng tim và màng phổi trái. Di động từ phía cơ hoành lên đến lỗ vào ngực cách chỗ chia đôi khí phế quản 2-4cm.

Sau khi giải phóng toàn bộ TQ, kiểm tra phổi và đặt 1 ống dẫn lưu khoang màng phổi số 24F vào vị trí lỗ trocar 10mm ở gian sườn 7. Cho phổi nở và đóng các lỗ trocar.

**- Thì bụng [8],[9]**

Sau khi kết thúc thì ngực, BN được chuyển sang tư thế nằm ngửa.

Mở bụng đường giữa trên rốn khoảng 15cm

Bộc lộ dạ dày, giải phóng bờ cong lớn dạ dày và bảo tồn mạch máu vị mạc nối phải. Thắt và cắt động mạch vị trái, cắt động mạch vị ngắn.

Giải phóng thực quản đoạn bụng-khe hoành cho tới thực quản đoạn ngực đảm bảo có thể di động thực quản dễ dàng.

Tạo hình dạ dày kiểu ống Akiyama bằng đường cắt song song đi từ đáy vị đến bờ cong nhỏ dạ dày, cách bờ cong lớn dạ dày khoảng 3-4cm (thực hiện bằng khâu tay hoặc bằng các stapler). Tạo hình môn vị.

Mở thông hồng tràng nuôi dưỡng.

**- Thì cổ**

Được tiến hành đồng thời với thì bụng bởi 1 kỹ thuật viên khác.

Đường mổ xiên trước trái 1/3 dưới cơ ức đòn chũm, dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm. Vén bao cảnh.

Bộc lộ, di động thực quản và lấy hạch nếu có.

Đoạn TQ có khối u được lấy qua đường bụng, ống dạ dày được kéo lên nối thực quản cổ qua trung thất sau. Miệng nối thực quản-ống dạ dày được khâu tay bằng các mũi chỉ rời, một lớp toàn thể.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2012, 38 BN ung thư thực quản, được điều trị cắt thực quản qua đường nội soi ngực với kết quả như sau:

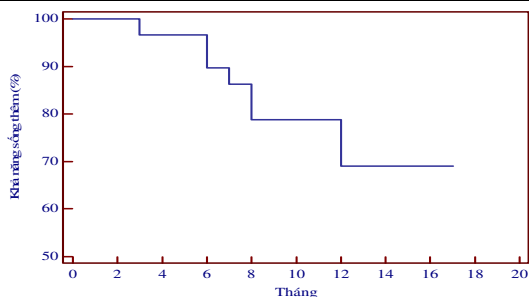
Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

	n = 38	%
Tuổi trung bình	56,4 ± 10,8	(38 - 82)
Giới: Nam/nữ	37/1	
Triệu chứng lâm sàng		
Nuốt nghẹn	37	97,4
Sút cân	32	84,2
Đau sau xương ức	16	42,1
Nôn mửa sau ăn	11	28,9
Khàn giọng	4	10,5
Tăng tiết nước bọt	3	7,9
Nội soi thực quản bằng ống soi mềm		
U sùi	28	73,7
Loét	0	0
Loét sùi	10	26,3
Vị trí khối u trên CT ngực		
1/3 trên	1	2,6
1/3 giữa	23	60,5

1/3 dưới	14	36,8
Kích thước khối u trung bình (cm)	5,8 ± 2,0	
< 4	9	23,7
4 – 8	25	65,8
> 8	4	10,5

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

	n = 38	%
Tai biến trong mổ		
Rách tĩnh mạch đơn	1	2,6
Rách nhu mô phổi	1	2,6
Rách phế quản	1	2,6
Biến chứng sau mổ		
Dò miệng nổi cổ	5	13,2
Viêm phổi	5	13,2
Xẹp phổi	1	2,6
Tràn dịch màng phổi	2	5,3
Nhiễm trùng vết mổ	2	5,3
Tràn khí dưới da	4	10,5
Thời gian mổ trung bình (phút)	247 ± 25,5	(180-300)
Thời gian phẫu thuật thì ngực trung bình	115 ± 29,8	
Kết quả theo dõi sau mổ 11,7 ± 4,1 tháng	n = 23	%
Hẹp miệng nổi	3	13,0
Dò miệng nổi cổ	0	0
Di căn hạch cổ	3	13,0
Di căn xa	2	8,7



Biểu đồ 1. Khả năng sống thêm sau mổ

Khả năng sống thêm sau 1 năm tính theo Kaplan-Meier là 69,0%.

Thời gian sống thêm trung bình 10,7 ± 4,2 tháng.

## BÀN LUẬN

### 1. Về đặc điểm bệnh nhân.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 56,4 ± 10, thấp nhất là 38 tuổi, cao nhất là 82 tuổi. Độ tuổi 50-69 chiếm tỷ lệ cao nhất 60,5% cho thấy ung thư TQ thường khởi phát ở tuổi trung niên. Theo Kato H và Minoru F [7] độ tuổi cũng là một yếu tố nguy cơ cho phẫu thuật. Tỷ lệ nam/nữ là 37/1, phù hợp với nghiên cứu của các tác giả như Phạm Đức Huấn, nam giới chiếm 97,9%, tỉ lệ nam/nữ 47/1 [4]. Theo Nguyễn Minh Hải, tỉ lệ nam/nữ 150/9 [2], theo Triệu Triệu Dương, tỷ lệ nam nữ 19/1 và tuổi trung bình là 56 tuổi [1]. Theo nghiên cứu của Law và cộng sự, tuổi trung bình 66 tuổi (43-80 tuổi) [9].

Thời gian từ khi có biểu hiện nuốt nghẹn đến khi được chẩn đoán xác định ung thư TQ trung bình 7,3 ±

4,0 tuần, sớm nhất là 1 tuần, muộn nhất là 16 tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết BN vào viện khi đã nuốt nghẹn chiếm 97,4%, theo nghiên cứu của Triệu Triệu Dương [1], khó nuốt và sút cân đều chiếm 100%. Nuốt nghẹn là triệu chứng có ý nghĩa quan trọng, nhưng là dấu hiệu muộn của bệnh. Do thành TQ không có lớp thanh mạc bên ngoài nên dễ giãn to khi u phát triển, tuy nhiên khi có biểu hiện nuốt nghẹn thì u đã xâm nhập vào lớp cơ vòng TQ trên 60% trường hợp [1].

Về nội soi bằng ống soi mềm, hình ảnh đại thể của khối u qua nội soi đa số là dạng u sùi chiếm 73,7%. Nghiên cứu của Triệu Triệu Dương [1], xác định vị trí khối u dựa vào nội soi thực quản, 60% nằm ở vị trí 24-32cm và 40% ở vị trí 32-40cm cách cung răng.

Về vị trí và kích thước u, 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất 60,5%, đa số khối u có kích thước từ 4-8cm chiếm 65,8%, chiều dài khối u trung bình 5,8 ± 2,0cm, bề dày lớn nhất trung bình 18 ± 4,8mm. nghiên cứu của Law [1] trên 22 trường hợp cắt thực quản nội soi ngực, vị trí khối u 1/3 trên là: 13,6%, 1/3 giữa là 54,5%, 1/3 dưới là 13,6% và nằm ở hai vị trí là 18,1%. Theo các tác giả Luketich [10], Smithers [14], CT là phương tiện quan trọng đánh giá giai đoạn ban đầu của ung thư TQ và xác định di căn xa. Các hạch bạch huyết vùng ngực và bụng có đường kính >1cm có thể được xác định trên CT [10], tuy nhiên giới hạn của CT là các hạch quanh TQ thường bị che khuất bởi khối u nguyên phát và sự di căn đến các hạch bạch huyết có kích thước bình thường. Độ nhạy của CT trong việc phát hiện các hạch trung thất bệnh lý là 34-61%, hạch ổ bụng là 50-76% [10]. Akiyama và cộng sự [5] đã xác định và lập bản đồ về các khu vực bạch huyết thường di căn của khối u nguyên phát ở thực quản. Đối với u 1/3 trên, trên 50% di căn đến các hạch trung thất trên và trung thất sau, gần 40% di căn đến các hạch ổ bụng. Khối u ở 1/3 dưới thì có đến 60% di căn hạch trung thất và 70% di căn đến các hạch ổ bụng [5].

### 2. Về kết quả phẫu thuật.

Trong những năm gần đây, phương pháp phẫu thuật ít xâm nhập đã đạt được những tiến bộ nhất định trong điều trị ung thư TQ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã áp dụng phương pháp Akiyama với nội soi hỗ trợ qua đường ngực, đường mổ ở cổ để phẫu tích, khâu nối và đường mổ bụng trên rốn ở đường trắng giữa. Kết quả, thời gian phẫu thuật trung bình 247±25,5 phút (180-300 phút), thời gian phẫu thuật thì ngực trung bình 115±29,8 phút. Có 3 BN được truyền máu trong mổ (7,9%) và số lượng truyền trung bình là 02 đơn vị, tạo hình ống dạ dày thay thế trong 100% trường hợp.

Theo nhiều nghiên cứu, thời gian phẫu thuật thì ngực từ 100-200 phút. Việc phẫu tích thực quản qua nội soi theo các tác giả là khá an toàn do phẫu trường rộng rãi và với tư thế nằm sấp làm cho phổi phải xẹp tốt hơn và đỡ về phía trước, cột sống của BN nghiêng ra trước làm cho đường vào TQ dễ dàng hơn. Phẫu trường rộng cho phép bóc tách khối u dễ dàng, bóc hạch và cầm máu tốt, do đó lượng máu mất trong mổ ít [10]. Theo nhiều tác giả, lượng máu chảy trong thì nội soi ngực thường dưới 200ml [3].

Nghiên cứu của một số tác giả như Law và cs [9], thời gian phẫu thuật thì ngực trung bình 110 phút (55-165 phút), thời gian phẫu thuật toàn bộ trung bình 240 phút (165-360 phút) [9]. Theo Triệu Triều Dương [1], thời gian phẫu thuật trung bình 210 phút. Thời gian phẫu thuật kéo dài cũng là yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật [1].

Về biến chứng sau phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi chiếm 13,2%, dò miệng nối cổ chiếm 13,2%, tràn khí dưới da chiếm 10,5%, tràn dịch màng phổi phải và nhiễm trùng vết mổ chiếm 5,3%, xẹp phổi chiếm 2,6%. Tỷ lệ biến chứng viêm phổi thay đổi từ 15-20% tùy theo từng tác giả. Cắt thực quản có nội soi ngực hỗ trợ đã làm giảm đáng kể biến chứng viêm phổi, tuy nhiên phẫu thuật qua đường nội soi ngực giúp giảm đau sau mổ và phục hồi dung tích sống nhanh hơn so với mổ mở. Các yếu tố tiên lượng trước mổ cho biến chứng viêm phổi gồm có: Độ tuổi, thói quen hút thuốc lá và uống rượu, thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên <65%, tình trạng hoạt động, phẫu thuật qua đường ngực [2].

Chúng tôi gặp 5 trường hợp có biến chứng dò miệng nối cổ, không có trường hợp nào dò miệng nối ở ngực. Tất cả 5 trường hợp này đều được điều trị nội khoa bảo tồn với: Mở rộng vết mổ cổ và dẫn lưu dịch dò, nuôi dưỡng qua sonde hồng tràng, nâng cao thể trạng. Những trường hợp này sau đó các lỗ dò tự đóng lại và ra viện trong tình trạng ổn định. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN sau khi đánh giá dựa và lâm sàng và chụp X-quang ngực kiểm tra đảm bảo phổi nở tốt và không còn tràn dịch tràn khí màng phổi thì rút dẫn lưu ngực. Tuy nhiên có 2 trường hợp có biến chứng tràn dịch màng phổi phải, 2 trường hợp này được dẫn lưu màng phổi, sau đó tình trạng tràn dịch hết và được rút dẫn lưu. Không có trường hợp nào tử vong trong thời kỳ hậu phẫu.

Theo nhiều tác giả, dò miệng nối ở cổ, điều trị bảo tồn có hiệu quả tới 98% trong 2 tuần [4]. Nguyên nhân của tình trạng dò có thể do các yếu tố tại chỗ và hệ thống. Trong đó các yếu tố tại chỗ như: Khi tạo hình ống dạ dày để đưa lên nối ở cổ không đủ chiều dài làm miệng nối bị căng; dính dạ dày nơi thực hiện miệng nối có thể nuôi dưỡng kém do ở xa động mạch vị mạc nối; đường vào ngực chật có thể làm ứ máu tĩnh mạch gây thiếu máu, nhiễm trùng, sự chèn ép từ bên ngoài và do lỗi kỹ thuật khâu nối chưa kể đến các yếu tố hệ thống như suy dinh dưỡng, hạ huyết áp và giảm oxy máu... [2].

Nghiên cứu của Scheeper và cộng sự trên 132 BN cắt thực quản (93 trường hợp cắt qua lỗ cơ hoành và 39 thực quản-hậu-thanh quản), thì tỉ lệ dò miệng nối cổ là 12,1%, trong đó 56,3% được chẩn đoán dò miệng nối mà không cần chụp cản quang. Trong số những bệnh nhân dò miệng nối cổ được chụp cản quang thì chỉ có 28,6% cho vị trí dò chính xác, 57,1% là âm tính giả, và 14,3% là không rõ ràng.

Theo Triệu Triều Dương, tỷ lệ rò miệng nối cổ là 10%, hẹp miệng nối cổ 5%, viêm phổi 5%, thời gian

nằm viện trung bình 12 ngày (10-21 ngày), thời gian cho ăn đường miệng là 9 ngày (7-19 ngày) [1].

### 3. Về theo dõi sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ theo dõi đạt 81,6%. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 2 tháng và dài nhất là 17 tháng. Kết quả tái khám cho thấy tỉ lệ hẹp miệng nối sau mổ chiếm 13,0%. Di căn hạch cổ chiếm 13,0%, di căn xa chiếm 8,7%. Có 8 trường hợp tử vong sau mổ, trong đó do di căn xa chiếm 50,0%. Thời gian tử vong trung bình  $7,8 \pm 3,1$  tháng. Có 3 trường hợp hẹp miệng nối, trong đó có 1 trường hợp nặng được nong TQ bằng bóng qua nội soi, 1 trường hợp nong nội soi thất bại, 1 trường hợp chỉ hẹp nhẹ nên được tiếp tục theo dõi. Cho đến nay, tỉ lệ thất sự của hẹp miệng nối vẫn chưa rõ ràng do chưa có tiêu chuẩn nào để xác định hẹp miệng nối. Theo các báo cáo, tỉ lệ này thay đổi từ 0-50%, các yếu tố nguy cơ bao gồm: dò miệng nối, thiếu máu phần xa ống dạ dày và do lỗi kỹ thuật khâu nối. Hầu hết hẹp miệng nối xuất hiện trong tháng đầu tiên sau phẫu thuật. Đối với những trường hợp xuất hiện muộn thường do trào ngược từ ống dạ dày, tuy nhiên cần loại trừ tình trạng u tái phát [10].

Về khả năng sống thêm sau mổ, trong nghiên cứu này khả năng sống thêm sau 1 năm tính theo phương pháp Kaplan-Meier là 69,0%. Thời gian sống thêm trung bình  $10,7 \pm 4,2$  tháng. Theo Ancona [6], tỉ lệ sống sau mổ liên quan đến giai đoạn bệnh, khả năng cắt R0 của khối u [6]. Theo Luketich [10], tỉ lệ sống sau 5 năm là 52%. Tất cả bệnh nhân ở giai đoạn 0 đều sống được 4 năm. Tỷ lệ sống thêm 5 năm của giai đoạn 1 là 87%, giai đoạn IIa là 70%, giai đoạn IIb 68% và giai đoạn III 27%. Thời gian sống thêm sau 1 năm trong nghiên cứu của chúng tôi thấp là do đa số BN vào viện ở giai đoạn muộn, kích thước khối u lớn, đa số ở giai đoạn III, tỉ lệ di căn hạch chiếm 60,5%.

### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 38 bệnh nhân phẫu thuật ung thư thực quản qua đường nội soi ngực tại Bệnh viện Trung Ương Huế. Chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Đây là một kỹ thuật an toàn, khả thi phù hợp với xu hướng phẫu thuật ít xâm nhập hiện nay cũng như trong tương lai.

- Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi cần có một đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi cũng như các trang thiết bị chuyên dụng, hiện đại về gây mê hồi sức mà không phải ở bất cứ trung tâm nào cũng thực hiện được.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu Triều Dương (2008), "Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh ung thư thực quản tại Bệnh viện 108", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 12, tr. 200-203.

2. Nguyễn Minh Hải, Trần Minh Trường, Lâm Việt Trung, Trần Phùng Dũng Tiến (2008), "Xì dò miệng nối thực quản cổ, kinh nghiệm qua 92 trường hợp cắt thực quản", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 12, tr. 48-54.

3. Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh (2009), "Phẫu thuật cắt thực quản nội soi: Một số vấn đề kỹ thuật", *Y học lâm sàng*, 1, tr. 145-152.

4. Phạm Đức Huấn, Đỗ Mai Lâm (2008), "Cắt thực quản nội soi ngực phải trong điều trị ung thư thực quản", *Báo cáo khoa học Hội nghị nội soi và phẫu thuật nội soi toàn quốc*.
5. Akiyama H., Kogure T., Itai Y. (1972), "The esophageal axis and its relationship to the resectability of carcinoma of the esophagus", *Ann Surg*, 176(1), pp. 30-36.
6. Ancona E., Cagol M., Epifani M. et al (2004), "Surgical complication do not affect longterm survival after esophagectomy for carcinoma of the thoracic esophagus and cardia", *J Am Coll Surg*, 203(5), pp. 661-69.
7. Kato H., Minoru F., Tatsuya M., Masanobu N. et al (2007), "Surgical treatment for esophageal cancer", *Dig Surg*, 24, pp. 88-95.
8. Kuwano H., Fukuchi M., Kato H. (2006), "Thoracoscopic surgery for esophageal cancer", *Ann thorac cardiovasc Surg*, 12(5), pp. 305-7.
9. Law S., Fok M., Chu K.M., Wong J. (1997), "Thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer", *Surgery*, 122(1), pp. 8-14.
10. Luketich J.D., Rivera M.A., Buenaventura P.O. et al (2003), "Minimally Invasive Esophagectomy", *Ann Surg*, 238(4), pp. 486-95.