

Ung thư thực quản ngực ở người cao tuổi kết quả phẫu thuật những trường hợp nhiều nguy cơ tại Bệnh viện Thống Nhất

Nguyễn Đỗ Nhân, Nguyễn Duy Tân

Bệnh viện Thống Nhất

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Đỗ Nhân,
Bệnh viện Thống Nhất
Số 1 Lý Thường Kiệt, phường 7,
quận Tân Bình, TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0982 220 994
Email: bsnguyendonhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/01/2024

Ngày chấp nhận đăng:

26/6/2024

Ngày xuất bản: 28/6/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Người cao tuổi mắc ung thư thực quản thường nặng.

Đối tượng, phương pháp: hồi cứu mô tả các trường hợp phẫu thuật ung thư thực quản ngực ở người cao tuổi có nguy cơ từ 01/2018 đến 01/2024 tại bệnh viện Thống nhất.

Kết quả: 35 trường hợp. 03 nhóm Nguy cơ: Cơ địa (tuổi > 70 - 17,1%; BMI < 18,5 - 62,8%; nghiện rượu, thuốc lá 37,1%), Cấp tính (tim mạch 74,1%), Tiềm ẩn (rối loạn chuyển hóa lipid 51,4%; tiểu đường 22,8%). Kết quả phẫu thuật tốt 54,3%, 02 tử vong. Viêm phổi 22,8%, chảy máu 11,4% và một số biến chứng khác.

Kết luận: Người cao tuổi mắc bệnh có nhiều nguy cơ. Thiếu cân, tăng huyết áp, rối loạn lipid, bệnh hô hấp hay gặp. Kết quả phẫu thuật chấp nhận được. Biến chứng tương tự nghiên cứu khác.

Từ khóa: ung thư thực quản ngực, nguy cơ, người cao tuổi

Thoracic esophageal cancer in the elderly- results of surgery for high risk cases at Thong Nhat Hospital

Nguyen Do Nhan, Nguyen Duy Tan

Thong Nhat Hospital

Abstract

Introduction: Elderly patients with thoracic esophageal cancer are often at the high risks.

Subjects and Methods: Retrospective study of results of surgery for thoracic esophageal cancer in high risk elderly patients at Thong Nhat hospital, from January 2018 to January 2024.

Results: There were 35 cases. Risk factors were divided into 3 groups: Physical (ages from above 70 years

old -17,1%; BMI < 18.5 - 62.8%; Alcoholism and/or tobacco addition - 37.1%), Acute risk (cardiovascular disease - 74.1%); Potential risk (Lipid metabolism disorders 51.4%; Diabetes mellitus 22.8%). Good surgical result was in 54.3%, however there were two dead in study. There were some complications were pneumonia in 22.8%, bleeding in 11.4% respectively.

Conclusions: Elderly patients have risks. Underweight, hypertension, lipid disorders, respiratory diseases are mostly the high risks of them. Surgical results were acceptable. Complications are similar to other studies.

Keywords: thoracic esophageal cancer, risk, elderly.

Đặt vấn đề

Tại Việt Nam, ung thư thực quản đứng hàng thứ 4 trong ung thư tiêu hóa [1]. Năm 2023, tại Mỹ ghi nhận mắc mới 21560 trường hợp, tử vong 16.120 [2]. Thời gian sống 5 năm chỉ khoảng 10% - 30% do phẫu thuật nặng nề, nhiều nguy cơ; suy kiệt do ăn uống kém, dẫn đến tử vong trước khi kịp trở nặng do khối u di căn [4].

Hiện nay, điều trị đạt một số kết quả khả quan [3], [5]. Tuy nhiên, ở người cao tuổi, có nguy cơ, kết quả hạn chế và rất cần được đánh giá. Nghiên cứu nhằm: đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thực quản ngực ở người cao tuổi có nguy cơ và đánh giá kết quả phẫu thuật những trường hợp này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng: các trường hợp ung thư thực quản ngực ở người cao tuổi có nguy cơ, phẫu thuật tại bệnh viện Thống Nhất từ 01/01/2018 - 01/01/2024.

Tiêu chuẩn chọn: ung thư thực quản ngực từ 60 tuổi trở lên có nguy cơ, phẫu thuật cắt thực quản tạo hình bằng ống tiêu hóa. Loại trừ: Ung thư từ cơ quan khác; giai đoạn 4; suy kiệt mức độ 3 và 4 theo WHO [6]; không đồng ý phẫu thuật, chống chỉ định gây mê.

Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.

Cỡ mẫu: vì là nghiên cứu hồi cứu, trường hợp nghiên cứu thuộc nhóm bệnh ít gặp, chúng tôi thu thập mẫu gồm tất cả trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

Thu thập, xử lý số liệu

Quy trình: Chẩn đoán xác định: nội soi thực

quản sinh thiết u, xét nghiệm giải phẫu bệnh mô học; chụp cắt lớp điện toán, định giai đoạn (theo T, N, M). Hóa xạ trị trước phẫu thuật theo hội chẩn liên khoa.

Phẫu thuật: a. Phương pháp Orringer: phẫu thuật đường vào bụng, đánh giá và nạo hạch, tạo hình dạ dày thay thực quản. Phẫu thuật đường vào cổ (bên trái), phẫu tích thực quản (từ cổ và bụng), mở chân hoành, cắt thần kinh X tại thân, cắt thực quản ngực (gồm khối u, từ đoạn cổ đến dạ dày), đưa dạ dày lên nối thực quản ở cổ tận-tận, mở thông hồng tràng, mở môn vị, dẫn lưu, đóng vết mổ. b. Kết hợp nội soi: chuẩn bị tư thế (gây mê với Nội khí quản chọn lọc, xẹp phổi phải), nội soi khoang màng phổi phải, phẫu tích và cắt toàn bộ thực quản ngực gồm u; định giai đoạn, nạo hạch; đóng vết mổ; chuyển tư thế phẫu thuật mở vào bụng, nạo hạch, tạo hình dạ dày. Mở cổ bên trái, phẫu tích thực quản cổ, nối dạ dày -thực quản ở cổ. đóng vết mổ các bước tương tự phương pháp Orringer.

Khoa Ung bướu và các khoa liên quan điều trị Đa mô thức. Do mẫu nghiên cứu gồm trường hợp hiếm, bước đầu, nhóm nghiên cứu xin tập trung đánh giá về kết quả ngoại khoa.

Đánh giá kết quả: Tốt: ≤ 01 biến chứng, không có tể bào ung thư trên diện cắt 2 đầu thực quản, ăn uống qua miệng, không nghẹn. Trung bình: ≤ 01 biến chứng, không có tể bào ung thư trên diện cắt 2 đầu thực quản, ăn uống qua miệng, nghẹn phải nong. Kém: nhiều biến chứng, hẹp thực quản nặng nong thất bại, chỉ nuôi ăn qua thông dạ dày, tử vong.

Biến số thu thập: Nhóm nguy cơ: Cơ địa (tuổi, giới, nghiện thuốc lá, rượu, chỉ số khối cơ thể

<18,5); Tiềm ẩn (Béo phì, rối loạn lipid, men gan cao, tiểu đường); Cấp tính (bệnh lý tim mạch, hô hấp). Đặc điểm: mô học, kích thước, vị trí, giai đoạn ung thư. Kết quả điều trị: thời gian phẫu thuật, nằm viện, biến chứng.

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 nghiên cứu (35 trường hợp)

Đặc điểm

Bảng 01. Nguy cơ phẫu thuật

Nguy cơ		n	Tỉ lệ(%)
Cơ địa	Tuổi > 70	06	17,1
	Giới (Nam)	32	91,4
	Thuốc lá, rượu	13	37,1
	BMI < 18,5	22	62,8
Bệnh kết hợp tiềm ẩn	Béo phì	01	02,8
	Rối loạn lipid	18	51,4
	Men gan cao*	04	11,4
	Tiểu đường type 2	08	22,8
Bệnh kết hợp cấp tính	Tim mạch**	25	71,4
	Hô hấp*	15	42,8

* Men gan > 100UI xét nghiệm máu trước phẫu thuật

**Tim mạch: THA (nyha), bệnh mạch vành, mạch não, cảnh.

***Hô hấp: COPD, lao phổi cũ, phẫu thuật phổi cũ.

Đặc điểm bệnh lý

Bảng 02: Đặc điểm bệnh lý

Lâm sàng		Cận lâm sàng		Giai đoạn			
Triệu chứng	n(%)	Vị trí u	n(%)	Di căn hạch	n(%)	T, N, M	n (%)
Nướu nhện	26(74,2)	Trên	03(08,6)	Trung thất	13(37,1)	I	03(08,6)
Sụt cân	18(51,4)	Giữa	24(68,5)	Cổ	12(34,3)	II	14(40,1)
Khàn giọng	02(05,7)	Dưới	07(20,0)	Dạ dày	06(17,1)	III	18(51,4)

Mô học loại tế bào gai chiếm 90,2%

Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật: 198,53 + 79,12 phút. Ngắn nhất 146, dài nhất 225 phút. Thời gian nằm viện 16,32 + 04,52 ngày. Máu mất: 200ml+03 gạc 20-20

31 trường hợp phẫu thuật Orringer. Trong đó 19 trường hợp giai đoạn I (TNM). 12 trường hợp hóa xạ trước mổ: 03 trường hợp chuyển giai đoạn I. 09 trường hợp giai đoạn III, không đáp ứng. Nạo hạch dạ dày (06), hạch cổ (05).

04 trường hợp phẫu thuật nội soi lồng ngực kết hợp

mở bụng, cổ, giai đoạn III (theo TNM). 100% dùng dạ dày, tạo hình thành ống thay thế thực quản ngực, miệng nối kiểu tận-tận tại cổ. Nạo hạch dạ dày, hạch cổ, hạch trung thất. (01 trường hợp hạch xâm lấn phế quản gốc, nguy cơ vỡ khí quản, thất bại nạo hạch).

Bảng 03. Kết quả phẫu thuật, biến chứng

Kết quả, biến chứng phẫu thuật	n	Tỉ lệ %
Tốt	19	54,2
Kết quả phẫu thuật	Trung bình	10
	Kém	06
Biến chứng*	Viêm phổi	07
	Suy hô hấp	05
	Dò miệng nối	02
	Nhiễm trùng	07
	Chảy máu	04
	Hẹp miệng nối	01
		02,8

*Không có biến chứng tổn thương mạch nuôi dạ dày sau tạo hình thành ống tiêu hóa

Bảng 04. Điều trị sau phẫu thuật và theo dõi 12 tháng

Điều trị sau phẫu thuật	Thời gian (giờ)	
Trung tiện	65,14 + 12,68	
Rút dẫn lưu bụng	48, 53 + 05,63	
Chăm sóc, phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS)	Rút dẫn lưu cổ	53,32 + 03,18
	Cắt chỉ	171,72 + 21,35
	Ăn qua thông	78,12 + 16,67
	Ăn qua miệng	191,24 + 28,82
Theo dõi	n	Tỉ lệ %
Hẹp miệng nối	12 tháng	08
	Nong	01 lần
	Nhiều lần	01
	Thất bại	01
Theo dõi (12 tháng)	Tái phát	04
	Tử vong	02

Bàn luận

Nguy cơ ở người bệnh cao tuổi mắc ung thư thực quản ngực [5][7][10][11][15]

Tuổi: trung bình mắc ung thư thực quản ngực trong khoảng 50-70, người từ 60 tuổi trở lên mắc cao hơn dưới 60. Theo Luketich là 65 [5], Miyasaka là 64 [7]. Theo một số nghiên cứu trong nước, độ tuổi có phần trẻ hơn. Giới: Tỉ lệ người bệnh nam chiếm 91,4%, nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ (P<0,05), kết quả này tương tự một số nghiên cứu khác [5], [7].

Rượu và/hoặc thuốc lá: trong nghiên cứu là 37,1%, là hai yếu tố nguy cơ chính của ung thư thực quản được mô tả trong nhiều nghiên cứu [5], [7]. Globocan [10] ghi nhận tăng suất ung thư thực quản thay đổi theo tuổi, giới tính và nhất là theo khu vực. Thể chất, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI): Suy kiệt trước phẫu thuật ảnh hưởng xấu đến kết quả phẫu thuật, giảm 10% trọng lượng cơ thể trong thời gian ngắn là một yếu tố tiên lượng nặng [11]. Đánh giá qua chỉ số khối cơ thể (BMI), chúng tôi ghi nhận có 62,8% thiếu cân. Với tỉ lệ sút 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, Mĩ, mẫu chúng tôi ghi nhận nổi bật tình trạng sụt cân và suy kiệt.

Bệnh tim mạch, hô hấp: tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, rối loạn chuyển hóa lipid chiếm tỉ lệ cao trong mẫu.

Kiểm soát nguy cơ

Rượu, thuốc lá: Theo Underwood T.J. [11], ngừng hút thuốc ít nhất 01 tháng giảm đáng kể các biến chứng sau phẫu thuật, đặc biệt là viêm phổi, nhiễm trùng. Chúng tôi truyền thông sức khỏe tác hại của rượu thuốc lá với bệnh lý và tác động trực tiếp đến phổi, hô hấp, gây mê nhằm hạn chế, bỏ rượu, bỏ thuốc lá. Tỉ lệ Bỏ nghiện rượu đạt 61,5%, bỏ nghiện thuốc lá đạt 81,2%. Khó có thể đánh giá hiệu quả bỏ rượu, thuốc lá ngăn ngày trước phẫu thuật và quá trình gây mê, hồi phục; Nhưng về lâu dài, hiệu quả đã được chứng minh trong một số nghiên cứu liên quan. Do vậy, sự thay đổi hành vi này cần được duy trì và kiểm soát thích hợp.

Dinh dưỡng: trường hợp BMI thấp < 18,5, được

phối hợp cùng bác sĩ chuyên khoa dinh dưỡng khám, điều chế khẩu phần ăn trong 03 ngày trước phẫu thuật. Mặc dù, không cải thiện ngay về cân nặng tối ưu, nhưng bảo đảm đủ dinh dưỡng cần thiết tối thiểu, giảm nguy cơ phẫu thuật.

Áp dụng phục hồi nhanh phẫu thuật (ERAS: Enhanced Recovery After Surgery) [12]: áp dụng ERAS giúp tối ưu hóa kiểm soát nguy cơ. Chúng tôi đánh giá siêu âm tim, đo công năng hô hấp, 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 bác sĩ chuyên khoa tim mạch và hô hấp.

Phương pháp đa dạng phù hợp người bệnh, chỉ định, xâm lấn tối thiểu [12]: trong nghiên cứu này, phẫu thuật sẽ theo phương pháp 3 đường mổ với nội soi hỗ trợ hoặc phương pháp Orringer. Phương pháp Orringer có ưu điểm với những trường hợp chức năng hô hấp kém, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tình trạng chung không thích hợp cuộc mổ lớn. Phẫu thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu mất máu ít hơn, thời gian nằm viện ngắn, chất lượng cuộc sống tốt hơn [3], [4], [13].

Lựa chọn dạ dày thay thế, thực hiện miệng nối ở cổ [12]: chúng tôi thực hiện toàn bộ miệng nối tại cổ và dùng dạ dày tạo ống nhằm tránh tối đa biến chứng xì dò trong trung thất, là một biến chứng rất nặng, tử vong cao. Dạ dày là những lựa chọn được sử dụng để tái tạo thực quản sau phẫu thuật cắt thực quản [1], [3], [4] 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 trong phẫu thuật thực quản.

Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật: thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu này ngắn hơn so với một số kết quả khác [13]. Thời gian phẫu thuật ngắn là một trong những ưu điểm của phương pháp Orringer nhưng hạn chế về việc mất đi nạo hạch trung thất.

Hiện nay, điều trị ung thư thực quản là đa mô thức. Trong nghiên cứu này, các trường hợp đều hội chẩn liên khoa và điều trị hóa xạ đồng thời trước phẫu thuật khi có chỉ định. Sau hóa xạ, người bệnh

được định giai đoạn và phẫu thuật. Phạm vi điều trị gồm nhiều chuyên khoa. Trong đó, phẫu thuật và nguy cơ phẫu thuật là một trong những khía cạnh quan trọng, nhóm nghiên cứu xin tập trung đánh giá, cụ thể như sau:

31 trường hợp phẫu thuật kiểu Orringer (không nạo hạch trung thất): 19 trường hợp chưa có hạch trung thất, hạch cổ và 03 trường hợp sau hóa xạ đồng thời trước mổ đã chuyển về giai đoạn I (TNM), không còn hạch trung thất trên chụp cắt lớp điện toán. Còn lại 09 trường hợp giai đoạn III, không đáp ứng hóa xạ trước mổ, di căn tiến u lan tràn. Điều trị Đa mô thức có hiệu quả cao, tuy nhiên có tỉ lệ đáp ứng kém. 09 trường hợp này có điểm chung là tuổi cao (>75), suy kiệt nặng BMI < 16 (gầy độ 3), mắc COPD và bệnh mạch vành. Cân nhắc lâm sàng nhiều yếu tố nặng tác động, chỉ định Orringer nhằm mục tiêu tái tạo lưu thông tiêu hóa, cố gắng giảm thiểu tối đa các nguy cơ khác của quá trình gây mê dài hơn, mở ngực, viêm phổi trên nền COPD v.v... Theo dõi lâu dài thử nghiệm ngẫu nhiên TIME cho thấy phẫu thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu có liên quan đến mất máu ít hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, nhiễm trùng phổi ít hơn, chất lượng cuộc sống tốt hơn sau 1 năm và kết quả ung thư tương đương sau 3 năm [3], [4], [13].

04 trường hợp phẫu thuật nội soi lồng ngực kết hợp phẫu thuật mở bụng và cổ, giai đoạn II, III (theo TNM). 100% dùng dạ dày, tạo hình thành ống thay thế thực quản ngực, miệng nối kiểu tận-tận tại cổ. Nạo hạch dạ dày, hạch cổ, hạch trung thất. (01 trường hợp hạch xâm lấn phế quản gốc, nguy cơ vỡ khí quản, thất bại nạo hạch).

Thì bụng: trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% nạo hạch dạ dày, lấy dạ dày tạo hình ống tiêu hóa, cắt đoạn thực quản, mở rộng môn vị, mở thông hồng tràng. Những trường hợp phẫu thuật Orringer, 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 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 [7]. 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 cất giữ, chân ghim bị rơi, (miệng nối bị xì vị trí này).

Kết quả phẫu thuật: Kết quả phẫu thuật tốt chiếm 54,2%. Theo những tiêu chí đã đặt ra, mẫu gồm những trường hợp ung thư thực quản ngực trên người cao tuổi có nguy cơ, kết quả phẫu thuật chấp nhận được. Dù rằng có một số biến chứng và kiểu phẫu thuật (các trường hợp áp dụng phương pháp Orringer) không nạo vét hạch trung thất, phẫu tích thực quản trung thất, nhưng kết quả tương tự các nghiên cứu khác.

Một số biến chứng sớm

Hô hấp: Biến chứng hô hấp có nguy cơ tử vong trong hoặc sau mổ cao hơn nhiều lần so với không có biến chứng [3], [5], [6], [7]. Tình trạng đau vết mổ, thời gian phẫu thuật dài, nằm lâu là nguyên nhân thường thấy gây nên viêm phổi hậu phẫu. Chúng tôi thấy rằng, những trường hợp phẫu thuật mở ngực, cảm giác chủ quan của người bệnh đau nhiều hơn (hậu phẫu có áp dụng máy đánh giá đau qua nút bấm cho người bệnh cầm trực tiếp, tự điều chỉnh truyền tramadol qua bơm tiêm điện, chi tiết sẽ mô tả trong một nghiên cứu liên quan khác). Trong nghiên cứu chúng tôi, viêm phổi hậu phẫu 22,8%, suy hô hấp 14,8%. Tỷ lệ biến chứng hô hấp cao hơn Trịnh Viết Thông [13] nhưng đáp ứng với điều trị nội khoa.

Rò miệng nối dạ dày – thực quản: Trong nghiên cứu có 02 trường hợp (05,7%) rò miệng nối. Tỷ lệ rò trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự một số nghiên cứu khác [7]. Trong 02 trường hợp rò miệng nối, có 01 trường hợp do stapler mất ghim một đoạn 05 mm, kéo theo nhiễm trùng vết mổ. Trường hợp rò còn lại được phẫu thuật lại đóng rò, cắt lọc, để hở vết mổ. Có thể thấy, tỷ lệ biến chứng rò miệng nối không cao, nhưng mức độ nguy hiểm và xử trí rất khó khăn, kéo dài.

Tử vong: nghiên cứu có một trường hợp tử vong liên quan phẫu thuật: nhiễm trùng rò miệng nối vùng cổ lan trung thất, diễn tiến nặng. điều trị phổi hợp nhiều chuyên khoa không đáp ứng. 01 tử vong ở

tháng thứ 10: suy kiệt nặng, mất theo dõi quá trình. Khi tái nhập viện rơi vào suy kiệt, tử vong trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim không hồi phục. Biến chứng nhiễm trùng trung thất từ vết mổ các miệng nối tiêu hóa luôn là biến chứng rất nặng, tử vong cao bởi môi trường thuận lợi cho vi khuẩn xâm nhập, dinh dưỡng hậu phẫu, gây mê và ứ đọng đường thở kéo dài. Dù rằng, chúng tôi đã theo dõi sát, tiên lượng nguy cơ nhưng bệnh diễn tiến nặng nhanh, không kiểm soát hiệu quả.

Biến chứng muộn

Hẹp miệng nối: một trong những giá trị của phẫu thuật ung thư thực quản là phục hồi lưu thông tiêu hóa. Trong 12 tháng theo dõi, chúng tôi ghi nhận hẹp miệng nối 22,8%. 01 trường hợp nông thất bại ghi nhận u tái phát ngay tại miệng nối (hồi cứu tường trình phẫu thuật ghi nhận miệng cắt không u). Các trường hợp nông hẹp còn lại đều cho kết quả chấp nhận được (những lần nông hẹp về sau đều ghi nhận độ xơ hẹp tăng, lan rộng). Một số kết quả nghiên cứu cũng nhắc đến vai trò của tạo hình miệng nối dạ dày-thực quản kiểu T, kiểu bên (tránh nối thẳng), kỹ thuật khâu và vị trí miệng nối giúp hạn chế biến chứng này.

Kết luận

Người cao tuổi mắc bệnh có nhiều nguy cơ kèm theo, chủ yếu nam giới. Nhóm nguy cơ thiếu cân, bệnh tim mạch, rối loạn chuyển hóa lipid và hô hấp hay gặp. Kết quả phẫu thuật chấp nhận được. Kiểm soát nguy cơ chu phẫu và lâu dài rất cần thiết. Các biến chứng điều trị tương tự nghiên cứu khác.

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Đức Huấn (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.
2. Steve Lander, Eric Lander (2023). Esophageal Cancer: Overview, Risk Factors, and Reasons for the Rise. Curr Gastroenterol Rep. 2023 Nov; 25(11): 275-279.
3. Akashi T, Kaneda I, Higuchi N et al (1996). Thoracoscopic en bloc total esophagectomy with radical mediastinal lymphadenectomy. Thorac Cardiovasc Surg, 112, 1533 - 1540.
4. 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.
5. Luketich J. D., Pennathur A., Awais O. et al. (2012). Outcomes after minimally invasive esophagectomy: review of over 1000 patients. *Ann Surg*, 256(1), 95-103.
 6. WHO (1979). WHO handbook for reporting results of cancer treatment. Offset Publication, No. 48, pp. 7.
 7. 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.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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.
 11. Underwood TJ, Noble F, Madhusudan N et al (2017) The development, application and analysis of an enhanced recovery programme for major oesophagogastric resection. *J Gastrointest Surg* 21:614–621
 12. Silvia Salvans, Luis Grande, Mariagiulia Dal Cero et al (2023). 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.
 13. 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
 14. 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.
 15. Satoru Motoyama, Eri Maeda et al (2021). Differences in treatment and survival between elderly patients with thoracic esophageal cancer in metropolitan areas and other areas. *Cancer Sci*.2021 Oct; 112(10): 4281–4291.