ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRONG VÀ SAU MỔ CỦA GÂY MÊ – PHẪU THUẬT CẮT U THỰC QUẢN NỘI SOI NGỰC

Đinh Văn Lộc[1], Nguyễn Thanh Quang[1], Trần Nguyễn Quang Hùng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Đánh giá tỷ lệ thành công của gây mê phẫu thuật cắt u thực quản nội soi ngực và các biến chứng trong phẫu thuật và các biến chứng sớm sau mổ (tại khu hồi sức sau mổ).*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: *Nghiên cứu trên 73 bệnh nhân u thực quản được phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực từ năm 2009 đến 2011. Tuổi từ 38 đến 73. Tỷ lệ nam/nữ: 71/2. Trong đó vị trí u 1/3 trên là 13 ca; 1/3 giữa là 42 ca và 1/3 dưới là 18ca.*

Kết quả: *- 4 ca không cắt được thực quản*

- 11 ca không cắt hết u.

- 2 ca tổn thương khí phế quản

- 4 ca viêm phổi sớm trong đó 1 ca tử vong

- 3 ca tràn dịch màng phổi

Kết luận: *Gây mê và phẫu thuật cắt u thực quản nội soi ngực là phẫu thuật phức tạp, nhiều biến chứng, đòi hỏi các nhà phẫu thuật, gây mê phải thành thạo để đem lại kết quả tốt cho bệnh nhân hạn chế các biến chứng trong và sau mổ.*

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL AND ANESTHESIS RESULTS OF THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR CANCER

Dinh Van Loc[1], Nguyen Thanh Quang[1],
Tran Nguyen Quang Hung[1]

Objective*: To access the success of Anesthesia and surgical of thoracoscopic esophagectomy for intrathoracic esophageal cancer.*

To access the complications in during operating and at recovery room.

Method*: A retrospective study from 1999 to 2011. 73 esophagel cancer patients were thoracoscopic esophagectomy. Age from 38 years old to 73 years old. Site tumuor: 1/3 upper: 13cases; 1/3 middle: 42cases; 1/3 under: 18cases.*

Result*: - 04 cases unresectable*

- 11 partial tumorectomies

- 01 bleeding

- 02 tracheal and bronchial injuries (rupture).

- 01 perforated lung

- 04 pneumonitis, in which 01 death

1. Khoa Gây mê hồi sức A, BVTW Huế

***Conclusion**: Anesthesia and surgery of thoracoscopic esophagectomy for intrathoracic esophageal cancer are a complex surgery, many complications, it requires good anesthesiologist and surgeons to bring good results for patients, decrease the complications during and post-operating.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê và phẫu thuật cắt bỏ khối u thực quản qua nội soi thường gặp nhiều khó khăn do đây là loại hình phẫu thuật phức tạp[1] được thực hiện nội soi qua lồng ngực, thời gian mổ kéo dài, ngoài ra đây là phẫu thuật còn tương đối mới ở Việt Nam (BV Việt Đức và Chợ Rẫy từ 2004; BVTW Huế từ 2007). Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá tỷ lệ thành công trong gây mê –phẫu thuật cắt u thực quản nội soi ngực và các biến chứng trong và sau mổ". Với mục tiêu sau:

1. Đánh giá tỷ lệ thành công của gây mê phẫu thuật cắt u thực quản nội soi ngực.

2. Đánh giá các biến chứng trong phẫu thuật và các biến chứng sớm ở thời gian hồi tỉnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng:

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bệnh ung thư thực quản có ASA: I,II. Được chỉ định phẫu thuật từ năm 2009 đến năm 2011.

+ Tuổi từ: 30 trở lên. Không phân biệt giới tính

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ U di căn từ nơi khác

+ Bệnh nhân không đồng ý.

+ Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch nặng, bệnh hô hấp nặng, bệnh thần kinh sọ não, suy gan, thận kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu, mô tả, cắt dọc. Thu thập các số liệu nghiên cứu trước, trong và sau mổ đồng thời phân tích các dữ liệu thu được trong quá trình gây mê hồi sức.

2.2.1. Các bước tiến hành

Protocol gây mê:

- Thì ngực: Gây mê toàn thân với fentanyl : 4mcg/kg, Propofol : 2mg/kg, Esmeron : 0,7mg/kg. đặt nội khí quản Carlens sau khi kiểm tra thông khí 2 phổi tốt, cho xẹp phổi phải (P) và đặt bệnh nhân nằm tư thế nghiêng trái (T). Phẫu thuật viên đặt các trocars (bơm khí CO_2 với áp lực thấp 6mmHg). Tiến hành bóc tách khối u khỏi tổ chức xung quanh, vét hạch, kết thúc thì 1 đặt dẫn lưu ngực P, cho nỡ phổi.

- Thì bụng, cổ: Thay ống NKQ carlens bằng ống NKQ thường, phẫu thuật viên mở bụng và tạo hình ống dạ dày thực quản, song song mở cổ bên T bộc lộ thực quản cổ đưa dạ dày đã tạo hình thực quản qua ngực lên nối với thực quản cổ tận – bên.

- Ở giai đoạn hồi tỉnh: Sau mổ tiếp tục cho ngủ nhẹ bằng midazolam 1mg/giờ, giảm đau bằng morphin, hoặc fentanyl và thở máy hỗ trợ từ 4 đến 12h, chụp phim phổi kiểm tra kết quả tốt rút NKQ. Dẫn lưu ngực được rút từ 24 đến 48h sau mổ.

2.2.2. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Medcalc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

	Tổng số (n = 73)
Tuổi (năm): trung bình ± độ lệch chuẩn	55,5 ± 17,5
Chiều cao (cm): trung bình± độ lệch chuẩn	163,5 ± 8,5
Cân nặng (kg): trung bình± độ lệch chuẩn	51,5 ± 9.5
Giới: Nam, n% Nữ, n%	71(97,2%) 02(02,8%)

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu nam nhiều hơn nữ, thường gặp ở tuổi trên 55.

3.2. Kết quả thành công phẫu thuật

Bảng 3.2. Tỉ lệ thành công phẫu thuật

Tiêu chí đánh giá	n	%
Hoãn mổ vì không không đặt được NKQ Carlens	0	0%
Tử vong trong mổ	0	0%
Không cắt được thực quản	04	5,47%
Cắt không hết u	11	15,07%
Cắt hết u	**58**	**79,46**
Tổng cộng	**73**	**100%**

Nhận xét: Tỉ lệ thành công phẫu thuật 79.46%, có 4 trường hợp thất bại không cắt được u. Không có trường hợp nào thất bại do gây mê

3.3. Biến chứng gây mê-phẫu thuật

Bảng 3.3. Tỉ lệ biến chứng trong mổ

Loại biến chứng	n	%
Tổn thương khí phế quản	2	2,74%%
Tổn thương nhu mô phổi	1	1.37%
Chảy máu trong mổ	1	1.37%
Xẹp phổi bên phải không hoàn toàn	2	2,74%
Tổng cộng	**6/73**	**8,22%**

Nhận xét: Tổn thương khí phế quản và xẹp phổi bên phải không hoàn toàn là biến chứng hay gặp.

Bảng 3.4 Tỉ lệ các biến chứng sau mổ

Loại biến chứng	n	%
Chảy máu	2	2,74%
Viêm phổi	4	5,47%
Tràn dịch màng phổi	2	2,74%
Tổng cộng	**8/73**	**10,95%**

Nhận xét: Biến chứng viêm phổi có tần suất cao so với các biến chứng khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về thành công của phẫu thuật

- Ung thư thực quản là bệnh thường gặp chủ yếu ở nam giới [3] phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi: nam 71ca, nữ 02ca. Phẫu thuật cắt thực quản nội soi đã phát triển trong những năm gần đây - kỹ thuật này nhanh chóng được áp dụng cho bệnh nhân bị ung thư thực quản. Vì có nhiều ưu điểm rất rõ bao gồm: giảm đau sau mổ, ít biến chứng, thời gian mổ ngắn hơn, thời gian hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn ngày hơn, tránh được phẫu tích mù đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật ung thư, đặc biệt tránh được đường mở ngực-bụng lớn không cần thiết khi khối u xâm lấn rộng nhưng không đánh giá được trước mổ.

- Sự thành công của phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực là giảm thiểu các biến chứng nhưng phụ thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm: tuổi, giai đoạn bệnh, cắt bỏ triệt để hoặc không hoàn toàn, bệnh lý kết hợp như xơ gan, chức năng hô hấp kém, X Quang phổi bất thường, nuôi dưỡng bệnh nhân trước mổ kém,...

- Đa số bệnh nhân ung thư thực quản của chúng ta đều đến muộn, không ăn uống được kéo dài nên thể trạng kém. Vì vậy sự phối hợp chặt chẽ giữa người gây mê và phẫu thuật viên trong việc chuẩn bị bệnh nhân trước và trong mổ và nuôi dưỡng sau mổ rất quan trọng. Khoảng 5,47% bệnh nhân phẫu thuật không cắt được thực quản, 15,07% cắt không hết u không do kỹ thuật gây mê mà phần lớn do khối u dính, xâm lấn nhiều vào các tổ chức. Nếu chúng ta chọn lựa bệnh mổ một cách kỹ lưỡng hơn thì tỷ lệ này sẽ giảm nhiều.

Chúng tôi đã thu được một kết quả khả quan: phẫu thuật cắt u thực quản thành công chiếm tỷ lệ khá cao khoảng 80%. Không có trường hợp nào phải hoãn mổ do đặt nội khí quản Carlen không được.

4.2. Về các biến chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi trong mổ có 02 bệnh nhân rách khí phế quản (2,74%) là do quá trình phẫu tích bóc u, 01 ca do quá trình đặt nội khí quản. Cả 02 ca này đều được phẫu thuật viên khâu lại vị trí rách qua nội soi, và sau mổ không để lại biến chứng gì. Có 01 trường hợp tổn thương nhu mô phổi do thao tác đặt Troca quá mạnh. Trường hợp này hậu phẫu lưu dẫn lưu ngực 72 giờ hết ra khí, kiểm tra X-Quang phổi tốt rút được dẫn lưu; 01 trường hợp chảy máu do rách tĩnh mạch đơn, cầm máu được,

lượng máu mất khoảng 250 ml.

- Nghiên cứu cuả Laketich [6]: tổn thương khí phế quản tỷ lệ chiếm 1,8%.Nguyễn Minh Hải [1]: 2/53%

- Theo nghiên cứu của Shatoshi Yamamoto [7] năm 2005 cho thấy tai biến tổn thương tĩnh mạch đơn chiếm 0,8%, tổn thương khí phế quản 03 trường hợp tỷ lệ chiếm 2,7% trong đó có trường hợp phải mở ngực để xử trí.

Về biến chứng sau mổ chúng tôi gặp 04 bệnh nhân viêm phổi sau mổ chiếm tỷ lệ 5,47% so với nghiên cứu Nguyễn Minh Hải [1] 3/53=5,66% . Trong đó có một bệnh nhân đã được xạ trị trước mổ hậu phẫu ngày thứ 03 xuất hiện viêm phổi lan toả tiến triển nhanh và tử vong ngày thứ 4.

- Theo nghiên cứu của Satoshi Yanamoto kết quả biến chứng về phổi chiếm tỷ lệ 6,3%. Chúng tôi có gặp 02 ca chảy máu sau mổ trong đó 01 ca chảy máu qua ống dẫn lưu ngực phải khoảng 200 ml sau đó tử vong; 01 ca chảy máu qua dẫn lưu vết mổ ở cổ # 150ml theo dõi ổn định. Ngoài ra có 03 cas tràn dịch màng phổi phải sớm ngày thứ 3, thứ 4 sau mổ; trong đó có 01 ca do dò miệng nối sớm, 02 ca do dịch xuất tiết; sau một tuần bệnh ổn.

Tử vong tại hồi tỉnh 1 bệnh nhân: 1,37% so với Nguyễn Thiện Chí [2]: 2,47% và Nguyễn Minh Hải [1]: 1,88%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt khối u thực quản bằng nội soi, có tỉ lệ thành công khá cao và giảm được nguy cơ biến chứng nặng sau mổ. Nếu tầm soát tốt và chẩn đoán sớm trước mổ, tạo điều kiện điều trị phẫu thuật triệt để sẽ đem lại kết quả khả quan và giảm thiểu các biến chứng trong và sau mổ. Tuy nhiên cần nghiên cứu thêm tỷ lệ sống của bệnh nhân về lâu dài sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hải (2010), "phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư thực quản 2/3 dưới", *Tạp chí y học Tp Hồ Chí Minh*, 14.
2. Phạm Hữu Thiện Chí (2006), "Nghiên cứu 46 bệnh nhân cắt thực quản nội soi tại khoa ngoại bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh*, 10 (3).
3. Trần Văn Huy (2009), *Bệnh tiêu hoá gan mật*, Giáo trình sau đại học, Đại học Y Dược Huế, tr.114.
4. Anil K.Rustigi (2003), Esophageal neoplasms, *Textbook of gastroenterology*, 1.
5. Alan R Aitkenhead (2010), *Textbook of Anesthesia*.
6. James D Luketich et al (2003), Minimally invasive esophagectomy outcomes in 222 patients, *Ann surg*, 238, pp.486-495.
7. Shatoshi Yamamoto et al (2005), *Minimally invasive esophagectomy for stage I,II esophageal cancer*.
8. Tadataka Yamada (2005), *Gastroenterology*.
9. Harrison's Principles of internal medicine, 16th edition 2005.
10. The handbook of surgical intensive care 1996.