

# UNG THƯ THỰC QUẢN

## 1-Đại cương:

Là một trong những loại ung thư khá phổ biến (đứng hàng thứ 9 trong các bệnh lý ác tính) và có tiên lượng nghèo nàn bậc nhất (tỉ lệ sống 5 năm là 8% và thời gian sống trung bình là 9 tháng).

Độ tuổi thường mắc bệnh: 60-70. Nam có tần suất mắc bệnh cao hơn nữ (5:1).

Vị trí: hầu hết ở thực quản 1/3 giữa và 1/3 dưới. Ung thư thực quản ngực trên và ung thư thực quản cổ hiếm gặp.

95% tổn thương ác tính của thực quản là ung thư tế bào vảy. 60% ung thư tế bào vảy phân bố thực quản 1/3 giữa và 30% ở thực quản 1/3 dưới. Ung thư tế bào vảy có 4 đại thể chính: thể xùi, thể loét, thể thâm nhiễm và thể polyp. Thể polyp có tiên lượng tốt nhất.

Ở châu Âu và Bắc Mỹ, phần lớn ung thư thực quản (hơn 50%) là ung thư tế bào tuyến. Ung thư tế bào tuyến có thể xuất phát từ ống tuyến niêm mạc thực quản, nhưng phổ biến nhất là hậu quả của sự chuyển sản ác tính của lớp biểu mô đơn tầng ở đoạn cuối thực quản (thực quản Barrett).

Tổn thương thực quản Barrett là hậu quả của viêm thực quản do trào ngược kéo dài. Ở vùng thực quản có tổn thương Barrett, lớp tế bào vảy nhiều tầng bình thường được thay thế bằng lớp tế bào trụ đơn tầng có cấu trúc dạng nhung mao như niêm mạc dạ dày hay ruột non. Các tế bào này khởi đầu bằng hiện tượng dị sản, sau đó chuyển sang loạn sản và cuối cùng ung thư hoá. Nguy cơ ung thư hoá tỉ lệ thuận với mức độ loạn sản. BN có thực quản Barrett sẽ có nguy cơ ung thư (tuyến) thực quản tăng 30-40 lần.

Thuốc lá được xem là yếu tố nguy cơ của ung thư tế bào vảy, trong khi viêm thực quản trào ngược là yếu tố nguy cơ của ung thư tế bào tuyến (bảng 1).

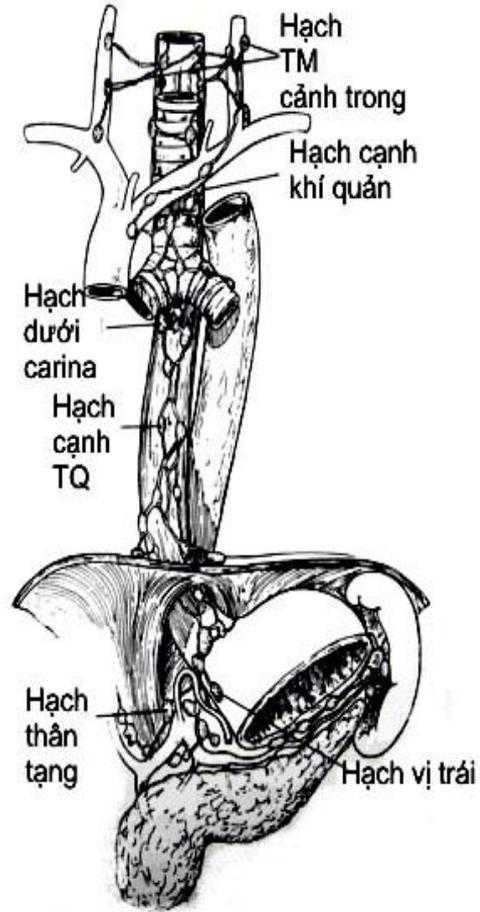
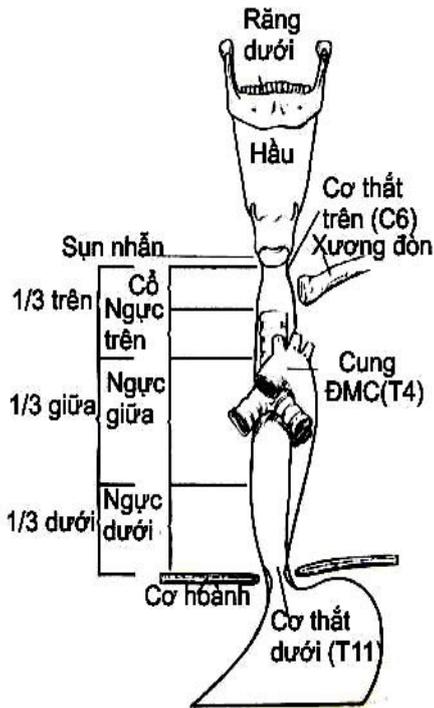
<i>Ung thư tế bào vảy</i>	<i>Ung thư tế bào tuyến</i>
<i>Rượu, thuốc lá</i>	<i>Bệnh viêm thực quản do trào ngược</i>
<i>Cơ thắt tâm vị</i>	<i>Thực quản Barrett (được xem là tổn thương tiền ung thư)</i>
<i>Túi thừa thực quản</i>	<i>Béo phì</i>
<i>Tổn thương thực quản do bỏng</i>	
<i>Chứng không tiêu sừng lòng bàn tay (tylosis)</i>	
<i>Mức sống thấp, điều kiện vệ sinh ăn uống kém</i>	
<i>Thiếu vitamin</i>	
<i>Hội chứng Plummer-Vinson (thiếu máu thiếu sắt, khó nuốt, màng ngăn thực quản)</i>	

*Bảng 1- Các yếu tố nguy cơ của ung thư thực quản*

Ung thư thực quản xâm lấn tại chỗ rất mạnh mẽ và cho di căn hạch sớm. Sự xâm lấn theo đường bạch mạch ở lớp dưới niêm có thể lan rộng trong một khoảng cách khá xa so với khối u nhìn trên đại thể.

Vào thời điểm được chẩn đoán: 75% BN đã có di căn hạch, 50% BN đã có di căn xa hay khối u không thể cắt được.

Nắm vững phân đoạn, sự cung cấp máu và dẫn lưu bạch mạch của thực quản đóng vai trò quan trọng để phẫu thuật BN bị ung thư thực quản (hình 1-4).



Hình 1- Thực quản bắt đầu từ cơ thắt trên (C6) và tận cùng bằng cơ thắt dưới (T11). Thực quản được chia làm ba đoạn: thực quản 1/3 trên bao gồm thực quản cổ và thực quản ngực trên, thực quản 1/3 giữa tương đương thực quản ngực giữa, thực quản 1/3 dưới bao gồm thực quản ngực dưới và thực quản bụng.

Hình 2-Dẫn lưu bạch mạch của thực quản đổ về các nhóm hạch: quanh thực quản, TM cánh trong, cạnh khí quản, dưới carina, thân tạng, vị trái.

## 2-Chẩn đoán:

### 2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Triệu chứng cơ năng:

- Nuốt nghẹn, khó nuốt: là triệu chứng thường gặp nhất (74%).
- Nuốt đau (17%)
- Sụt cân (57%)
- 17% BN có tiền căn viêm thực quản do trào ngược.
- Triệu chứng chứng tỏ khối u đã xâm lấn ra ngoài thực quản: khó thở, ho, sặc, khàn tiếng, đau (đau sau xương ức, đau sau lưng, đau bụng vùng thượng vị).

Triệu chứng lâm sàng, nếu có, thường chứng tỏ bệnh đã có di căn xa (hạch thượng đòn trái, gan to, tràn dịch màng phổi).

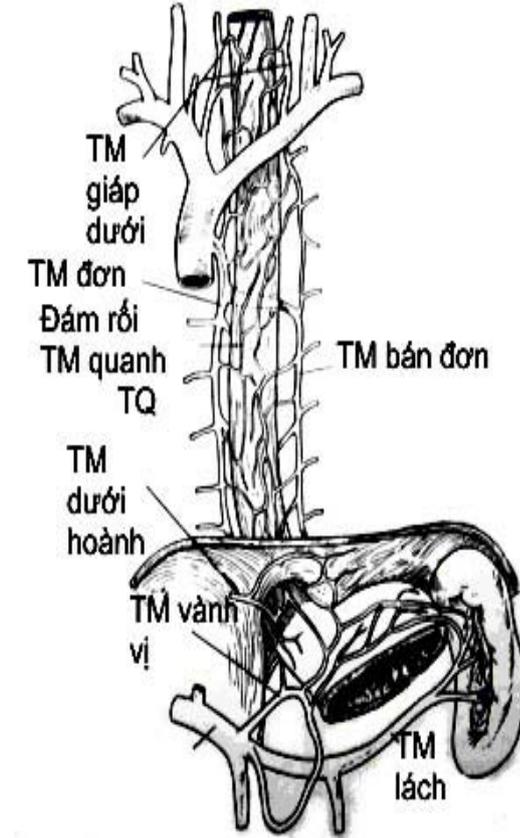
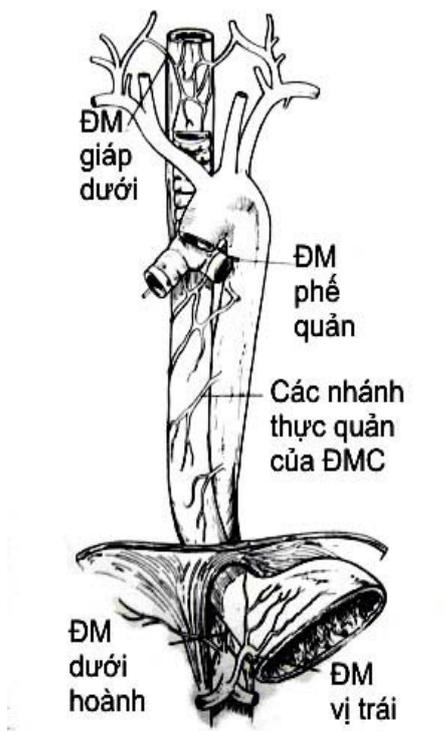
### 2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

#### 2.2.1-X-quang thực quản:

Thường được chỉ định trước tiên, khi BN đến khám vì triệu chứng nuốt nghẹn.

Hình ảnh trên X-quang:

- Một đoạn thực quản bị chít hẹp, bờ nham nhở (hình 5)
- Các dấu hiệu chứng tỏ ung thư đã quá khả năng phẫu thuật (đoạn hẹp dài hơn 5 cm, thực quản bị lệch trục, thuốc cản quang thoát ra ngoài thực quản). Chú ý: khi BN đã có dấu hiệu ho, sặc, khàn tiếng thì không chụp X-quang thực quản.



Hình 3- Các động mạch cung cấp máu nuôi thực quản bao gồm: ĐM giáp dưới cung cấp máu cho thực quản cổ, nhánh của ĐM phế quản và các nhánh thực quản của ĐM chủ ngực cung cấp máu cho thực quản ngực, nhánh trái của ĐM dưới hoành và nhánh của động mạch vị trái cung cấp máu cho phần thực quản bụng.

Hình 4-Hồi lưu máu tĩnh mạch thực quản: từ thực quản cổ là tĩnh mạch giáp dưới. Từ thực quản ngực là đám rối tĩnh mạch quanh thực quản. Đám rối tĩnh mạch quanh thực quản sau đó đổ về tĩnh mạch đơn và bán đơn. Từ thực quản bụng, máu tĩnh mạch đổ về tĩnh mạch vành vị và dưới hoành.

### 2.2.2-Nội soi thực quản (và sinh thiết):

Là chỉ định bắt buộc nếu trên X-quang thực quản cho thấy có tổn thương khu trú. Qua nội soi, ung thư thực quản biểu hiện bằng hình ảnh khối u chồi vào lòng thực quản, bờ và loét bề mặt (hình 5).

### 2.2.3-CT scan (ngực và phần trên bụng):

Nhằm đánh giá mức độ xâm lấn, di căn hạch, di căn gan.

### 2.2.4-Siêu âm qua nội soi:

Là “tiêu chuẩn vàng” để đánh giá mức độ xâm lấn của u (độ chính xác 80-90%) và di căn hạch vùng (độ chính xác 70-80%). Sinh thiết chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm qua nội soi có thể đánh giá giai đoạn ung thư với độ chính xác trên 90%.



Hình 5- Hình ảnh ung thư thực quản trên X-quang và nội soi

#### 2.2.5-PET scan:

Được xem là phương tiện đánh giá di căn hạch ngoài hạch vùng và di căn xa chính xác nhất.

#### 2.2.6-Nội soi lồng ngực hay xoang bụng:

Có thể đánh giá giai đoạn ung thư với độ chính xác cao (trên 90%). Tuy nhiên, đây là phương pháp chẩn đoán “xâm lấn”.

#### 2.2.7-Xét nghiệm CEA, CA 19-9, CA 125:

Có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp trong chẩn đoán xác định, phát hiện tái phát cũng như tầm soát ung thư thực quản.

#### 2.2.8-Soi phế quản:

Được chỉ định khi BN có triệu chứng nuốt nghẹn kết hợp với triệu chứng hô hấp (viêm phổi tái diễn, sặc, khó thở, thở rít...) nhằm loại trừ khả năng khối u xâm lấn khí-phế quản.

### 2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Ung thư thực quản cần được chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác của thực quản có triệu chứng nuốt nghẹn:

- Rối loạn vận động thực quản nguyên phát: co thắt tâm vị (achalasia), co thắt thực quản.
- U lành tính của thực quản (chiếm 0,5-0,8% bướu tân sinh của thực quản)
- Màng ngăn thực quản
- Túi thừa thực quản
- Sẹo hẹp thực quản do nhiệt, hoá chất, chiếu xạ...
- Các khối từ bên ngoài chèn vào thực quản (phình động mạch chủ ngực, u trung thất, ung thư phế quản, thoát vị khe hoành...)

- Viêm thực quản (do nấm candida, Herpes simplex virus)
- Tai biến mạch máu não

**2.4-Thái độ chẩn đoán:**

Khi một BN nhập viện vì triệu chứng nuốt nghẹn, cần khai thác kỹ bệnh sử (tập trung khai thác tính chất của nuốt nghẹn và sụt cân), thăm khám lâm sàng (chú ý toàn trạng và các dấu hiệu di căn xa).

X-quang thực quản bao giờ cũng được chỉ định trước tiên. Đây là một phương tiện chẩn đoán đơn giản, rẻ tiền, đồng thời cung cấp nhiều thông tin có giá trị về “con đường” thực quản. Nếu có tổn thương khu trú, nội soi thực quản và sinh thiết được chỉ định tiếp theo. Nếu nghi ngờ rối loạn vận động cơ năng của thực quản, có thể chỉ định áp lực kế thực quản, đo pH thực quản 24 giờ...

Nội soi là phương tiện duy nhất chẩn đoán xác định ung thư thực quản. Nếu chẩn đoán đã được khẳng định, bước tiếp theo là đánh giá giai đoạn của ung thư thực quản. CT ngực và phần trên bụng thường được chỉ định, cũng như PET scan. Nếu nghi ngờ khối u xâm lấn khí-phế quản, cần thiết phải nội soi phế quản. CT não, xạ hình xương có thể được chỉ định nếu như nghi ngờ có di căn xa.

Nội soi lồng ngực hay xoang bụng là phương tiện đánh giá giai đoạn có tính cách xâm lấn, thường được thực hiện ngay trước cuộc phẫu thuật, nếu như CT và các phương tiện đánh giá giai đoạn khác chưa cho kết luận đáng tin cậy..

**2.5-Đánh giá giai đoạn (theo AJCC):**

Khối u:

- Tis: carcinoma in situ
- T1: carcinoma xâm lấn tới lớp cơ niêm hay dưới niêm nhưng chưa qua khỏi lớp dưới niêm
- T2: carcinoma xâm lấn tới nhưng chưa qua khỏi lớp cơ
- T3: carcinoma xâm lấn lớp mạc quanh thực quản nhưng chưa xâm lấn vào các tạng lân cận
- T4: carcinoma xâm lấn vào các tạng lân cận

Hạch:

- N0: chưa di căn hạch vùng
- N1: có di căn hạch vùng

Di căn xa:

- M0: chưa di căn xa.
- M1a: khối u thực quản ngực trên di căn hạch cổ, khối u thực quản ngực dưới di căn hạch thân tạng
- M1b: di căn hạch ngoài hạch vùng hay di căn xa

Đánh giá giai đoạn ung thư thực quản theo AJCC (bảng 2)

Giai đoạn	T	N	M
0	is	0	0
I	1	0	0
IIA	2	0	0

	3	0	0
IIB	1	1	0
	2	1	0
III	3	1	0
	4	Bất kỳ	0
IVA	Bất kỳ	Bất kỳ	M1a
IVB	Bất kỳ	Bất kỳ	M1b

### 3-Điều trị:

#### 3.1- Phẫu thuật cắt thực quản:

Có ba phương pháp chính: cắt thực quản mở ngực, cắt thực quản không mở ngực và cắt thực quản nội soi. Có hai loại phẫu thuật cắt thực quản mở ngực: phẫu thuật Ivor-Lewis (miệng nối nằm trong lồng ngực) và phẫu thuật ba-vùng (miệng nối nằm ở cổ). Chưa có phương pháp phẫu thuật nào chứng tỏ tính ưu việt hơn các phương pháp còn lại.

Sau khi thực quản đã được cắt, dạ dày là tạng thường được chọn để tái tạo lại thực quản. Nếu phẫu thuật viên muốn bảo tồn chức năng dạ dày (chứa đựng và tiêu hoá thức ăn), đại tràng (phải hay trái) có thể được chọn để tái tạo lại thực quản. Khi được dùng để tái tạo thực quản, đại tràng có nguy cơ thiếu máu nhiều hơn so với dạ dày. Do đó, việc bảo tồn các mạch máu nuôi của đại tràng (cũng như của dạ dày) khi tiến hành tái tạo là bước rất quan trọng trong cuộc phẫu thuật.

Trong phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực (transhiatal esophagectomy), dạ dày được di động qua đường mở bụng trên, thực quản được di động tách khỏi các tạng trung thất khác qua khe thực quản của cơ hoành mà không phải mở ngực, và dạ dày sau đó được lên qua trung thất sau để nối với thực quản cổ.

Phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực có các lợi điểm sau: bờ cắt trên cách xa khỏi u, không có biến chứng của miệng nối trong lồng ngực và giảm bớt sang chấn phẫu thuật. Bất lợi của phẫu thuật: không lấy được hạch và không quan sát được trực tiếp khả năng dính của thực quản vào cấu trúc chung quanh.

Mặc dù phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực có thể được chỉ định cho bất kỳ khối u ở vị trí nào, chỉ định thích hợp nhất cho phẫu thuật này là ung thư phần cuối thực quản và ung thư vùng nối thực quản-dạ dày. Một số bệnh lý không ác tính nhưng ở giai đoạn cuối của thực quản cũng có chỉ định cắt thực quản không mở ngực, thí dụ chít hẹp thực quản do bông, do bệnh trào ngược thực quản, co thắt tâm vị...

Phẫu thuật Ivor-lewis cho phép quan sát và bóc tách thực quản trực tiếp qua đường mở ngực bên phải kèm theo lấy các hạch di căn. Việc có nạo hạch hay không trong phẫu thuật ung thư thực quản còn đang bàn cãi. Cho đến ngày nay, tiên lượng sống lâu dài của BN được phẫu thuật Ivor-Lewis và BN được phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực là ngang nhau.

Bất lợi của phẫu thuật Ivor-Lewis: nguy cơ xảy ra biến chứng hô hấp sau mổ cao hơn, nguy cơ xì dò miệng nối nằm trong trung thất (5%).

Phẫu thuật Ivor-Lewis được cân nhắc đến khi nghi ngờ có sự dính của thực quản vào cấu trúc chung quanh.

Phẫu thuật ba vùng có kỹ thuật tương tự như phẫu thuật Ivor-Lewis nhưng kết hợp thêm thì bóc tách di động thực quản cổ và miệng nối không nằm trong trung thất mà ở cổ.

Chuẩn bị trước mổ: BN bị ung thư thực quản hầu hết đều ở trong trạng thái suy dinh dưỡng nặng, do đó tăng cường dinh dưỡng là khâu chuẩn bị then chốt, quyết định đến sự

thành công của cuộc phẫu thuật (bảng 3). BN cần được đánh giá chức năng hô hấp và tim mạch trước mổ. Các bệnh lý về hô hấp và tim mạch, nếu có, cần được điều trị tích cực. Chuẩn bị sẵn máu và các phương tiện hồi sức cấp cứu khác (máy thở). Chuẩn bị tốt đại tràng nếu như cuộc mổ dự trữ khả năng tạo hình thực quản bằng đại tràng. Chuẩn bị tốt đoạn thực quản phía trên khối u nếu có sự ứ đọng (đặt thông bơm rửa). Thông dạ dày được đặt trước mổ. Kháng sinh dự phòng luôn cần thiết để làm giảm nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu.

<p><i>Tăng cường dinh dưỡng</i>  <i>Điều trị các bệnh lý nội khoa, đặc biệt bệnh lý hô hấp và tim mạch</i>  <i>Tập vật lý trị liệu hô hấp</i>  <i>Chuẩn bị máu (2-4 đơn vị)</i>  <i>"Vệ sinh" đoạn thực quản trên khối u</i>  <i>Chuẩn bị đại tràng</i>  <i>Kháng sinh dự phòng</i>  <i>Thông dạ dày</i>  <i>Thông tiểu</i>  <i>Đặt catheter động mạch quay theo dõi áp lực động mạch. Ít khi cần đến đường truyền tĩnh mạch trung ương</i>  <i>Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ: heparin 5000 UI TDD khi bắt đầu dẫn mê, băng ép hai chi dưới.</i>  <i>Thông khí quản (thông phế quản đối với phương pháp cắt thực quản mở ngực)</i></p>
---

*Bảng 3- Chuẩn bị trước mổ ung thư thực quản*

Chăm sóc sau mổ:

- Cân nhắc đến chỉ định hỗ trợ hô hấp một thời gian sau mổ.
- Lưu BN trong phòng chăm sóc đặc biệt 2-3 ngày đầu sau mổ. Chú ý phát hiện sớm các biến chứng hô hấp và tim mạch.
- Cho ăn qua thông hồng tràng từ ngày hậu phẫu thứ nhất
- Ngày hậu phẫu 6 kiểm tra miệng nói: cho BN uống một vài ngụm nước: nếu dẫn lưu không ra dịch thì rút dẫn lưu và cho BN bắt đầu ăn qua đường miệng. Nếu ống dẫn lưu ra dịch: lưu ống dẫn lưu, tiếp tục nuôi ăn qua thông hồng tràng cho đến khi lỏng dần. Nếu miệng nói nằm trong lồng ngực (phẫu thuật Ivor-Lewis): chụp X-quang kiểm tra miệng nói. Thuốc cản quang phải là loại tan trong nước.
- Thời gian nằm viện trung bình: 9-14 ngày.
- Thông hồng tràng có thể lưu lại cho đến lần tái khám sau đó.

Biến chứng phẫu thuật:

- Thường gặp nhất là suy hô hấp do xẹp phổi, viêm phổi, tràn dịch màng phổi
- Nhồi máu cơ tim, loạn nhịp tim
- Xi, dò miệng nói
- Dò dưỡng chấp do tổn thương ống ngực
- Viêm trung thất (phẫu thuật Ivor-Lewis).

Di chứng:

- Hẹp miệng nói
- Viêm thực quản trào ngược

Xạ trị, hoá trị bổ túc trước hay sau phẫu thuật không làm thay đổi tiên lượng sống của BN.

Đây là phẫu thuật lớn, tỉ lệ biến chứng và tử vong cao (biến chứng phẫu thuật 25-40%, tử vong 3-10%), do đó cần phải cân nhắc giữa điều trị phẫu thuật và không phẫu thuật trước tất cả BN bị ung thư thực quản.

Chống chỉ định phẫu thuật:

- Di căn hạch thượng đòn trái, hạch tạng, di căn xa
- Khối u xâm lấn vào các cấu trúc lân cận
- BN mắc các bệnh lý nội khoa nặng, thể tích khí thở ra tối đa trong giây đầu nhỏ hơn 1 lít, phân suất tổng máu thất trái nhỏ hơn 40%.

### **3.2-Hoá trị:**

Không có tác dụng điều trị triệt căn.

### **3.3-Xạ trị:**

Ít được chỉ định, đặc biệt khối u ở giai đoạn IV, vì có nguy cơ gây dò thực quản-trung thất.

### **3.4-Các thủ thuật điều trị có tính cách thuyên giảm khác:**

- Nội soi thực quản , đặt stent xuyên qua u
- Nội soi thực quản, nong thực quản bằng bóng bơm hơi
- Nội soi thực quản, huỷ khối u bằng nhiệt điện hay bằng tia laser

### **3.5-Chỉ định:**

#### **3.5.1-Ung thư thực quản giai đoạn I,II,III (trừ T4):**

Phẫu thuật cắt thực quản vẫn là lựa chọn trước tiên, nếu toàn trạng BN cho phép. Hoá trị kết hợp với xạ trị dành cho những BN chống chỉ định phẫu thuật.

#### **3.5.2-Ung thư thực quản T4 và giai đoạn IV:**

Mục đích điều trị: làm thuyên giảm các triệu chứng và biến chứng.

Các phương pháp sau có thể được cân nhắc đến:

- Nội soi thực quản , đặt stent xuyên qua u
- Nội soi thực quản, nong thực quản bằng bóng bơm hơi
- Nội soi thực quản, huỷ khối u bằng nhiệt, điện hay bằng tia laser
- Xạ trị thuyên giảm: có thể làm khối u nhỏ lại nhưng có nguy cơ dẫn đến dò thực quản-khí quản
- Hoá trị thuyên giảm

### **3.6-Kết quả và tiên lượng:**

Tỉ lệ sống 5 năm:

- Giai đoạn I: 50-94%
- Giai đoạn II: 15-65%
- Giai đoạn III: 6-23%

- o Giai đoạn IV: nhỏ hơn 5%

Thời gian sống trung bình của BN bị ung thư thực quản: 9 tháng

#### 4-Tầm soát ung thư thực quản:

Khó tầm soát do:

- o Ung thư thực quản là bệnh lý ung thư không phổ biến
- o Các triệu chứng chỉ xuất hiện trong giai đoạn muộn

BN bị viêm thực quản do trào ngược:

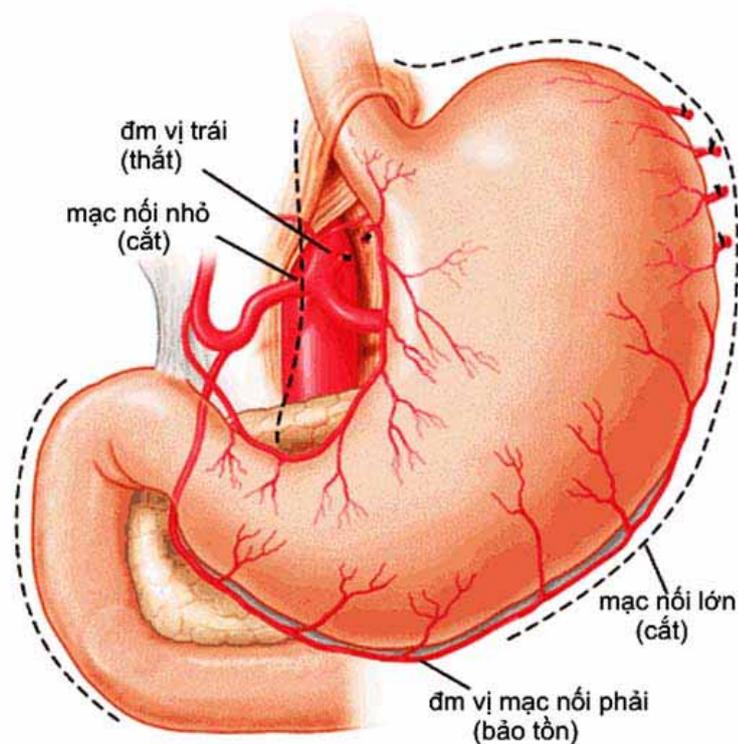
- o Điều trị nội khoa tích cực
- o Soi thực quản định kỳ mỗi 1-2 năm

BN có tổn thương thực quản Barrett:

- o Dự sản: nội soi thực quản kèm sinh thiết mỗi 12-24 tháng.
- o Loạn sản nặng (adenocarcinoma hiện diện trong 40% các trường hợp): có hai lựa chọn:
  - Nội soi thực quản kèm sinh thiết mỗi 3-4 tháng
  - Phẫu thuật: cắt thực quản, nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm

#### 4-Kỹ thuật phẫu thuật:

##### 4.1-Phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực (Transhiatal Esophagectomy):



BN, được gây mê toàn thân, nằm ngửa trên bàn mổ, hai tay khép dọc thân mình. Một gối nhỏ được đặt giữa hai vai. Đầu quay sang phải. Cổ hơi ngửa ra sau. Rửa và sát trùng da từ tai trái xuống cổ trái, ngực, bụng đến xương mu. Ở ngực, rửa và sát trùng ra hai bên tới đường nách giữa. Đặt thông dạ dày, thông tiểu và một catheter động mạch quay.

Khi vào xoang bụng, tìm kiếm các di căn trong xoang bụng. Nếu có di căn xa, mở dạ dày ra da và kết thúc cuộc mổ.

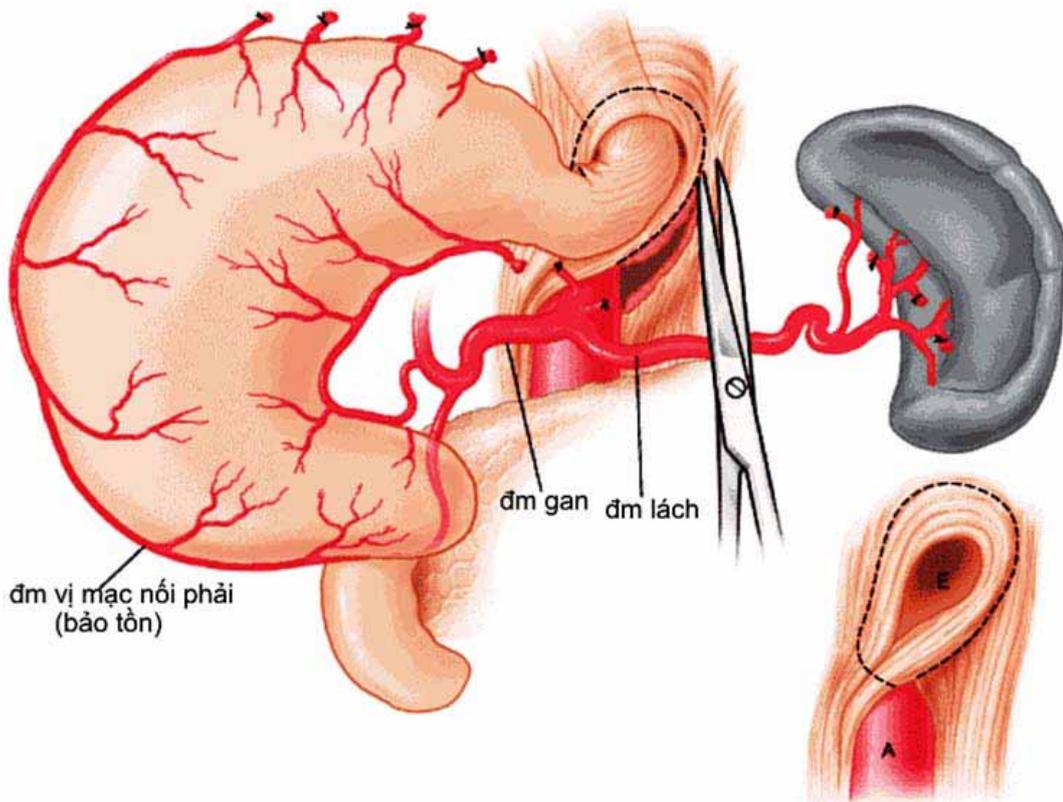
Rạch mạc nối gan vị. Rạch dây chằng tam giác trái, di động và vén thùy gan trái sang phải. Rạch phúc vòng quanh thực quản, từ trụ hoành phải sang trụ hoành trái. Bộc lộ thực quản tâm vị. Luồn một Penrose qua thực quản tâm vị. Kéo nhẹ thực quản tâm vị lên trên và sang phải để quan sát các nhánh của động mạch vị ngăn cung cấp máu cho đáy vị và tâm vị.

Cắt mạc nối lớn để di động dạ dày phía bờ cong lớn, từ môn vị lên tâm vị. Tìm và bảo tồn bó mạch vị mạc nối phải trên suốt đường đi của nó. Mép cắt của mạc nối lớn phải cách bó mạch vị mạc nối phải 1 cm. Thao tác nhẹ nhàng để không làm tổn thương mạch máu, đặc biệt là tĩnh mạch.

Đặt một miếng gạc phía sau lách để nâng lách lên, vừa tạo thuận lợi cho việc di động bờ cong lớn, vừa hạn chế nguy cơ tổn thương lách.

Khi rạch mạc nối lớn tới rốn lách, kéo nhẹ dạ dày sang phải, tìm và thắt các nhánh vị ngăn. Vị trí thắt các nhánh vị không sát bờ cong lớn dạ dày. Tiếp tục thắt các nhánh vị ngăn ở vùng đáy vị.

Trong quá trình di động không dùng bất cứ kẹp nào để kẹp dạ dày. Khi quá trình di động bờ cong lớn lên đến tâm vị, tiếp tục di động tâm vị và đoạn thực quản cuối.

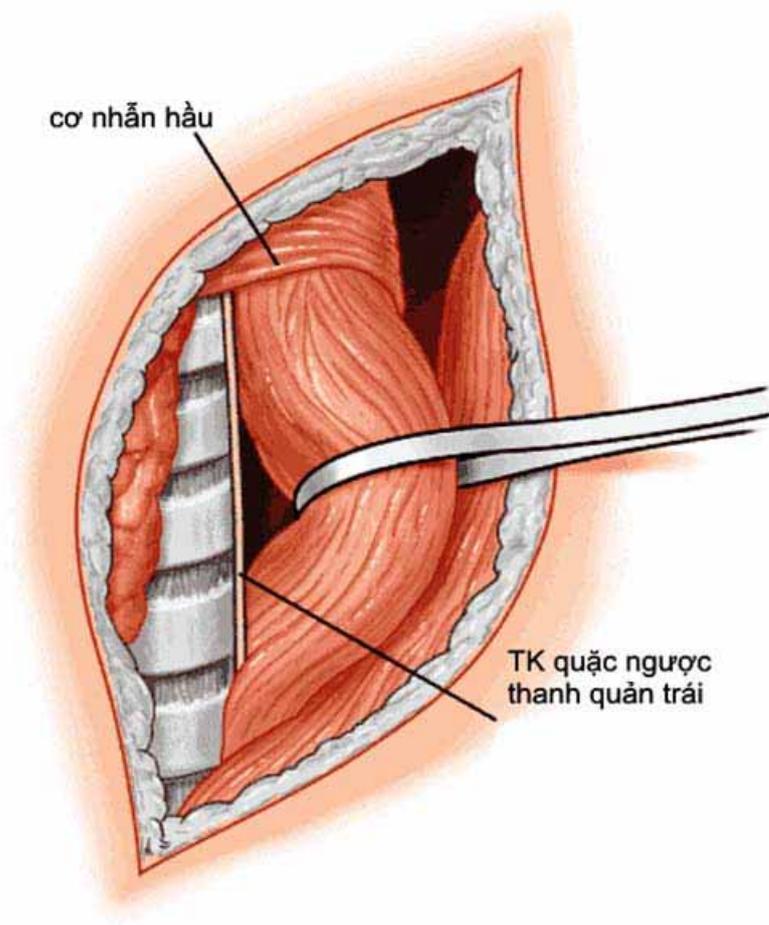


Khi bờ cong lớn đã được di động hoàn toàn, lật dạ dày sang phải, quan sát hậu cung mạc nối, bờ trên tụy và các nhánh của động mạch thân tạng. Tìm và thắt động mạch vị trái. Tới gian đoạn này, toàn bộ hai bờ cong dạ dày đã được di động.

Di động tá tràng bằng thủ thuật Kocher. Thanh cơ môn vị được rạch 2-3 cm trên dạ dày và 0,5 cm trên tá tràng. Nếu niêm mạc bị thủng, khâu chỗ thủng bằng các mũi khâu rời chỉ đơn sợi 4-0 hay 5-0.

Mở hồng tràng ra da là bước cuối cùng trong thì bụng. Vị trí mở hồng tràng cách góc Treitz khoảng 30 cm.

Rạch da cổ trái 4-6 cm dọc bờ trước cơ ức đòn chũm. Tiếp tục cắt cơ bám da cổ, cơ nhị thân (ở phần gân). vén bao cảnh sang phải, bóc tách đến mạc trước cột sống. Thất tĩnh mạch giáp dưới. Tìm thần kinh quặt ngược, bóc tách khe giữa thực quản và khí quản. Cho một ngón tay vào khe thực khí quản. Dùng kẹp vuông góc (right angle) bóc tách từ bờ trái thực quản ra sau thực quản để đung vào đầu múp ngón tay nằm trong rãnh thực khí quản. Thao tác này giúp bộc lộ thực quản mà không làm tổn thương khí quản và thần kinh quặt ngược. Luôn Penrose qua thực quản. Tiếp tục bóc tách bằng ngón tay để di động thực quản cho đến ngõ ra lồng ngực.



Nong rộng khe thực quản của cơ hoành (có thể cắt trụ trái cơ hoành). Dùng banh vén Harrington đưa vào khe và vén lên trên. Kéo Penrose ôm quanh phần tâm vị xuống dưới. Hai động tác này sẽ bộc lộ đoạn cuối thực quản ngực.

Di động thực quản lên tới mức carina bằng cách bóc tách các mô liên kết lỏng lẻo quanh thực quản. Các mạch máu nhỏ được đốt bằng dao điện hay dao siêu âm. Thần kinh X được cắt ngang.

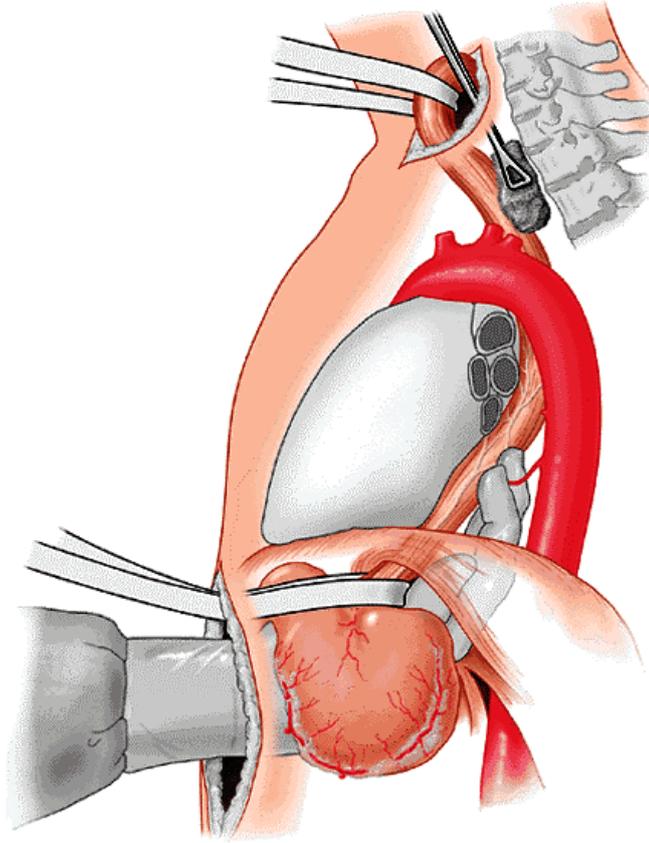
Thao tác trong giai đoạn di động thực

quản ngực dưới mức carina được tiến hành dưới sự quan sát trực tiếp.

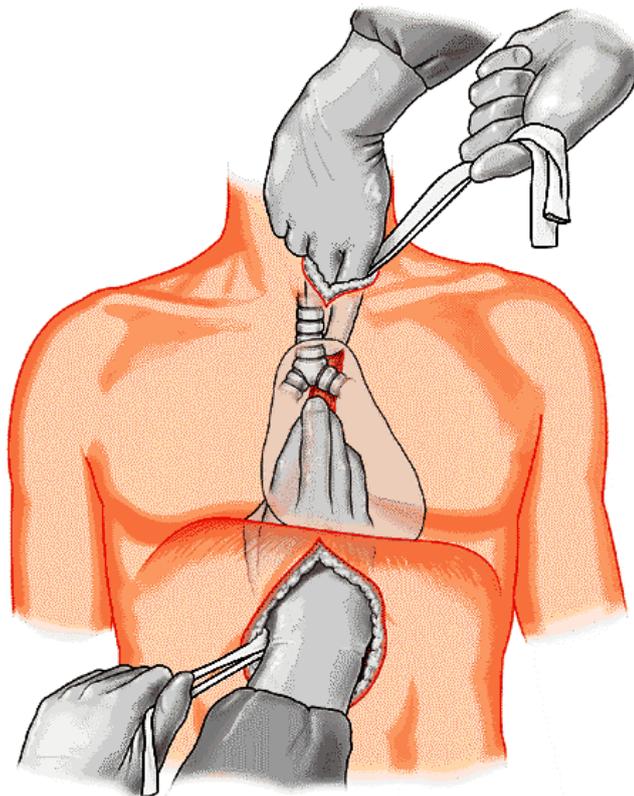
Đoạn thực quản ngực từ vị trí carina lên đến ngõ ra lồng ngực được bóc tách “mù”.

Việc bóc tách mặt sau thực quản tương đối dễ dàng. Đưa các ngón tay của bàn tay phải từ xoang bụng lên, qua khe thực quản của cơ hoành. Các ngón tay ôm sát thực quản. Đầu các ngón bóc tách mô liên kết lỏng lẻo giữa mặt sau thực quản và mạc trước cột sống. Các ngón tay di động theo hướng nâng thực quản ra phía trước.

Việc bóc tách mặt sau thực quản từ trên cổ xuống được thực hiện bằng miếng gạc nhỏ giữ trong đầu kẹp trái tim. Đầu các ngón của bàn tay phải trong ngực định hướng đường đi của miếng gạc.



Sau khi di động toàn bộ mặt sau thực quản ngực, luồn một ống dẫn lưu trung thất kích cỡ Fr 28 từ cổ xuống bụng qua trung thất để theo dõi lượng máu chảy trong quá trình bóc tách mặt trước.



Bằng kỹ thuật tương tự, bóc tách mặt phẳng giữa mặt trước thực quản và khí quản (và phế quản gốc trái) từ dưới lên bằng các ngón của bàn tay phải. Dùng đầu tù của một ống hút cong (được dùng thay cho miếng gạc kẹp trong đầu kẹp trái tim) hay ngón tay của bàn tay trái để bóc tách từ trên xuống.

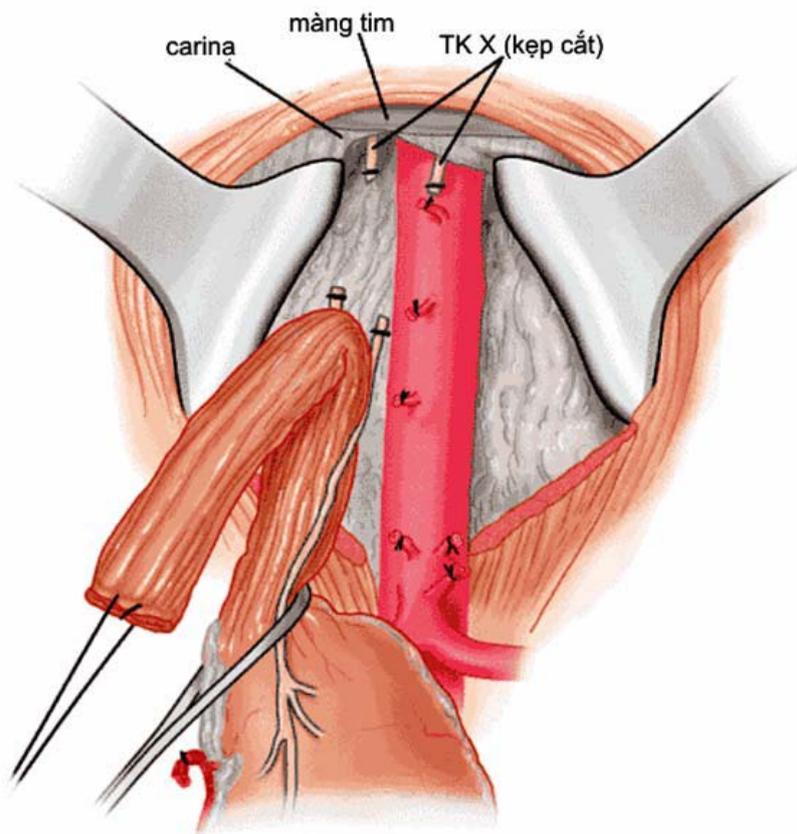
Khi quá trình bóc tách từ trên xuống và từ dưới lên gặp nhau, tiếp tục bóc tách sang hai bên. Giai đoạn bóc tách sang hai bên để di động thực quản ngực phần trên là nguy hiểm nhất. Tĩnh mạch đơn có thể bị tổn thương khi bóc tách sang phải. Tĩnh mạch phổi dưới có thể bị tổn thương khi bóc tách sang trái.

Rút thông dạ dày cho đến lúc đầu thông ở mức sụn nhẫn. Kẹp cắt ngang thực quản cổ (bên dưới cơ nhẫn hầu khoảng 6 cm) bằng stapler.

Thực quản được rút xuống bụng. Quan sát tình trạng chảy máu từ trung thất. Rút ống dẫn lưu trung thất.

Bơm cho phổi nở và quan sát màng phổi trung thất xem có bị rách. Dẫn lưu kín xoang màng phổi bên có rách màng phổi trung thất.

Nhét một gạch mảnh vào trung thất từ khe thực quản của cơ hoành và từ ngõ ra lồng ngực.



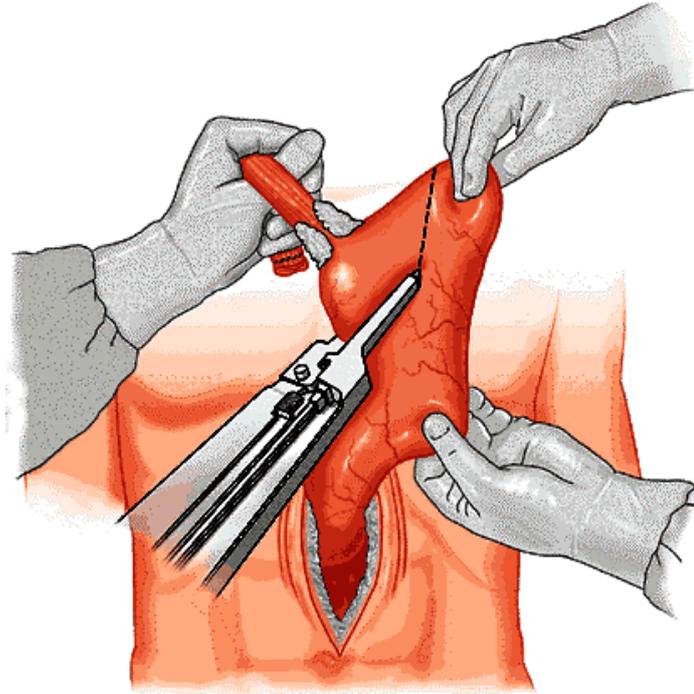
Căng nhẹ dạ dày để dạ dày trái ra theo chiều dọc của nó. Dùng stapler cắt chéo từ bờ cong nhỏ sang phía đáy vị. Mép cắt cách tâm vị 4-6 cm. Sinh thiết lạnh mép cắt để chắc chắn không có tế bào ác tính. Khâu đóng mồm dạ dày bằng các mũi Lambert. Dạ dày giờ đây có hình của một ống thẳng. Rút gạc trung thất. Đưa ống dạ dày qua trung thất lên cổ (không lôi kéo ống dạ dày). Chú ý tránh làm xoắn ống dạ dày. Khâu lại khe thực quản của cơ hoành. Kiểm tra cầm máu trong xoang bụng và

đóng bụng.

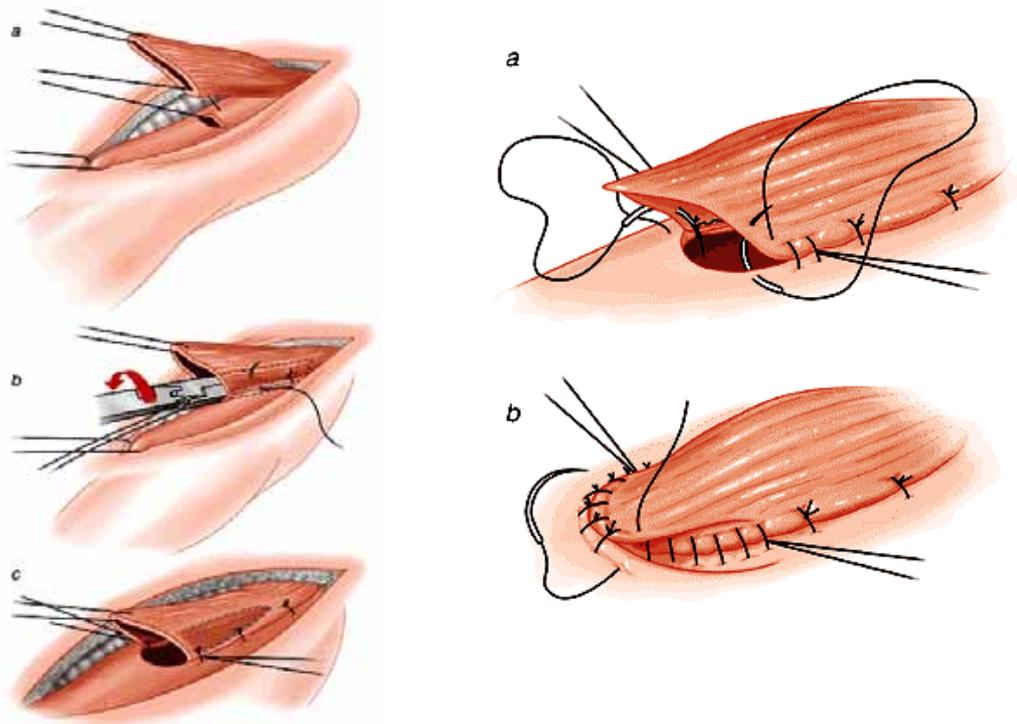
Khâu nối ống dạ dày và thực quản cổ là khâu quan trọng nhất. Nó quyết định kết quả hậu phẫu.

Trước khi khâu các mũi khâu đóng miệng nối cuối cùng, đưa thông dạ dày qua miệng nối. Cố định thông dạ dày vào cánh mũi. Một ống dẫn lưu mềm nhỏ được đặt cạnh và

bên dưới miệng nối. Sau mổ ống dẫn lưu được nối với hệ thống hút kín. Chụp X-quang phổi ngay trên bàn mổ để kiểm tra lại vị trí của các ống dẫn lưu và đánh giá tình trạng xoang màng phổi hai bên. Chỉ rút ống thông khí quản khi đã chắc chắn rằng sẽ không có khả năng phải đặt lại nó. Việc đặt lại thông khí quản với tư thế cổ ngửa có thể làm bung miệng nối.

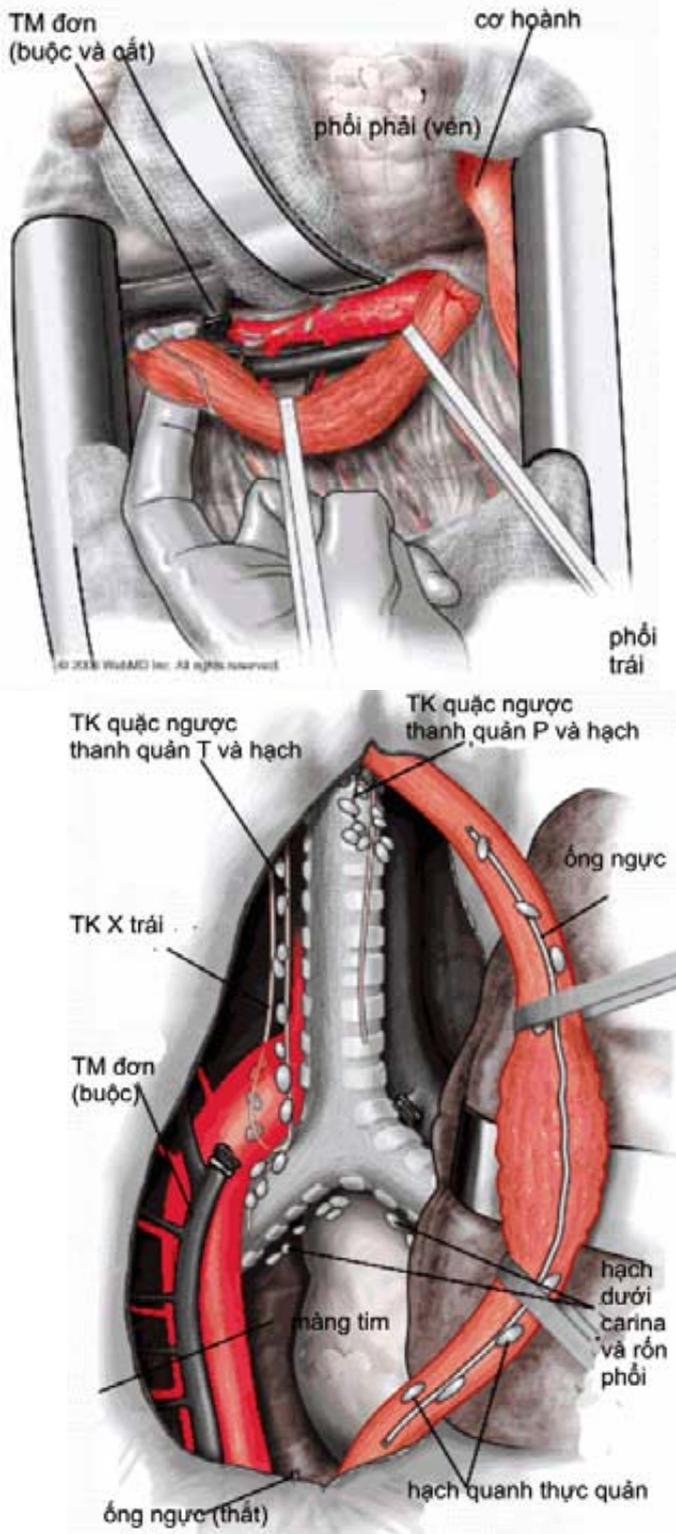


Trong 1-2 ngày hậu phẫu đầu, khi BN còn nằm trên giường bệnh và chưa hợp tác tốt, đặt hai gối dưới đầu BN để cho cổ luôn ở tư thế gấp.



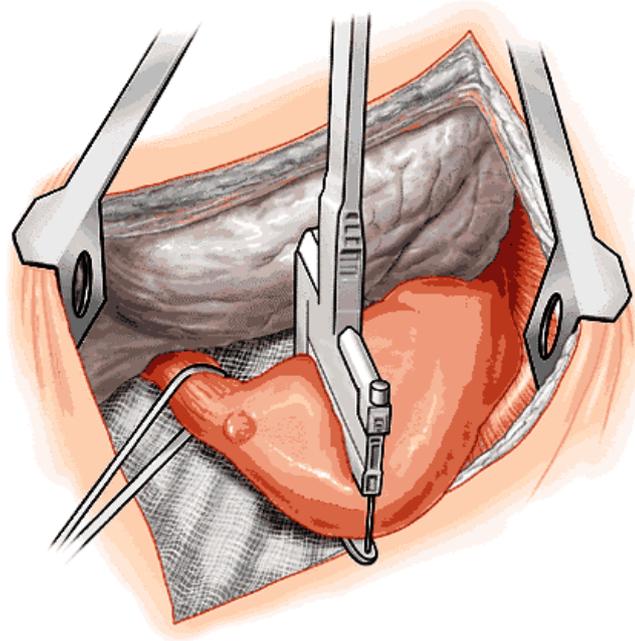
**4.2-Phẫu thuật Ivor-Lewis:**

Kỹ thuật di động dạ dày và phần cuối thực quản trong phẫu thuật Ivor-Lewis tương tự như trong phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực. Sau khi đã di động xong dạ dày, đóng bụng, nghiêng BN sang bên trái, rửa và trải lại khăn mổ. Bắt đầu cho thông khí một bên phổi (phổi trái). Mở ngực phải qua khoang liên sườn 5 hay 6. Cắt dây chằng phổi dưới, vén phổi lên trên. Buộc và cắt tĩnh mạch đơn.



Xẻ màng phổi trung thất. Chú ý đường xẻ màng phổi nên đi gần phế quản góc phải và màng tim để tránh phạm phải ống ngực. Di động thực quản từ cơ hoành cho đến đoạn phía trên tĩnh mạch đơn. Lớp mô mềm giữa thực quản và động mạch chủ ở phía sau và giữa thực quản và khí quản và màng tim ở phía trước cũng được lấy nguyên khối với thực quản, cũng như các hạch quanh thực quản và dưới carina. Luôn một Penrose vòng quanh thực quản đoạn phía trên tĩnh mạch đơn.

Cắt mở khe thực quản của cơ hoành vào xoang bụng, kéo dạ dày lên trên. Khi kéo dạ dày chú ý không làm tổn thương cuống mạch vị mạc nối. Cắt ngang thực quản cách khối u tối thiểu 5 cm. Gỡ mép cắt làm sinh thiết lạnh. Bờ cắt dưới được thực hiện theo cách thức tương tự như trong phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực.



Khâu tăng cường mép cắt đã được đóng bằng stapler. Khâu dính mồm dạ dày vào màng phổi bằng vài mũi khâu rời. Tiến hành khâu nối thực quản-ống dạ dày theo cách thức tương tự như đã mô tả trong phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực.

