

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN NỘI SOI NGỰC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN

*Dương Xuân Lộc¹, Hồ Văn Linh¹,
Hoàng Trọng Nhật Phương¹, Lê Mạnh Hà², Lê Lộc¹*

(1) Khoa Ngoại Tiêu Hóa – BVTW Huế

(2) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt:

Mục đích: Nghiên cứu chỉ định, phương pháp và đánh giá kết quả cắt thực quản nội soi ngực trong điều trị ung thư thực quản. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả, theo dõi dọc dựa trên tất cả bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực tại Khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế từ 2009-2011, trong đó có 13 trường hợp u 1/3 ngực trên, 41 trường hợp u 1/3 ngực giữa và 17 trường hợp u 1/3 ngực dưới. Đa số u ở giai đoạn T3, N1. **Kết quả:** 71 trường hợp trong đó: nam/nữ là 69/2, tuổi trung bình 63 (43-73), 2 trường hợp tổn thương phế quản, 1 trường hợp tổn thương nhu mô phổi, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. 6 trường hợp dò miệng nối cổ, 12 trường hợp viêm phổi trong đó có 1 trường hợp tử vong. **Kết luận:** Cắt thực quản nội soi ngực trong điều trị ung thư thực quản an toàn, hiệu quả, biến chứng trong giới hạn cho phép. Tuy nhiên, cần nghiên cứu lâu dài để đánh giá hiệu quả về mặt ung thư học.

Abstract:

TO ACCESS THE OUTCOMES OF THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR INTRATHORACIC ESOPHAGEAL CANCER

Duong Xuan Loc¹, Ho Van Linh¹, Hoang Trong Nhat Phuong¹, Le Manh Ha², Le Loc¹

(1) Digestif Surgery Department of Hue Central Hospital

(2) Dept. of Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy

Objective: To research the indications, methods and access the outcomes of thoracoscopic esophagectomy for intrathoracic esophageal cancer. **Methods:** From 2009 to 2011, 71 patients of intrathoracic esophageal cancer underwent thoracoscopic esophagectomy at Digestif Surgery Department of Hue Central Hospital. Upper third: 13 cases, middle third: 41 cases and lower third: 17 cases. T3, N1 was found with the highest percentage. **Results:** Ratio male/female is 69/2, mean age: 63, no case of open conversion, 2 cases broncheal rupture, 6 cases anastomotic leak, 12 cases pneumonia (1 case to be death). **Conclusion:** Thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer is a feasible and safe procedure with perioperative complication are acceptable. However, let is a long-term research to evaluate the oncology effecton.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là loại ung thư phổ biến ở các nước Châu Á, đặc biệt ở Trung Quốc, nó đứng hàng thứ tư trong các loại ung thư thường gặp và thường là ung thư tế bào vảy, hay gặp ở 1/3 giữa thực quản. Ngược lại, ung

thư thực quản ít gặp ở Mỹ và các nước Châu Âu và thường là ung thư biểu mô tuyến, hay gặp ở 1/3 dưới thực quản [8],[12],[14]. Ở Việt Nam, ung thư thực quản cũng là loại ung thư thường gặp, nhưng từ trước đến nay chưa được thống kê đầy đủ về tần suất mắc bệnh,

đặc biệt trong thời gian gần đây tần suất mắc bệnh ngày càng tăng.

Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới và thường xảy ra ở người lớn tuổi. Ở châu Âu và Mỹ, rượu và thuốc là những yếu tố nguy cơ, trong khi đó ở các nước phương Đông yếu tố nguy cơ chủ yếu do thức ăn nóng. Viêm nhiễm, Barrett thực quản, achalasia và bồng thực quản là những yếu tố thuận lợi cho sự phát triển thành ung thư thực quản [16],[18]. Biểu hiện lâm sàng của ung thư thực quản thường diễn ra một cách thầm lặng, giai đoạn đầu thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng mơ hồ và không được chú ý đến. Khi đã xuất hiện những triệu chứng rõ ràng như nuốt nghẹn, sút cân... thì ung thư đã ở giai đoạn muộn. Vì vậy, có khoảng 50 – 75% bệnh nhân không còn khả năng cắt bỏ triệt để mà phải phẫu thuật tạm thời [18],[25].

Kể từ khi phẫu thuật nội soi ra đời đã đem đến một bước tiến lớn trong ngành phẫu thuật nói chung và phẫu thuật tiêu hóa nói riêng, trong đó có phẫu thuật thực quản. Trong thời gian qua, tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi ngực trong cắt thực quản do ung thư và bước đầu đã đem lại những kết quả khả quan, làm giảm đáng kể các biến chứng, đặc biệt là biến chứng về phổi so với các phương pháp trước đây.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

71 bệnh nhân ung thư thực quản vào viện được chẩn đoán ung thư thực quản dựa trên những triệu chứng lâm sàng, kết quả cận lâm sàng, kết quả giải phẫu bệnh và được chỉ định phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt dọc.

2.3. Chỉ định

- U chưa xâm lấn vào khí phế quản và động mạch chủ ngực.
- Chức năng hô hấp tốt, không có các bệnh lý phổi mạn tính.
- Chưa có hiện tượng di căn phổi gan ...

- Chức năng gan đảm bảo.

- Thể trạng bệnh nhân đảm bảo được cuộc phẫu thuật lớn.

2.4. Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật cắt thực quản được chia thành 3 thì chính

- *Thì ngực:*

Gây mê nội khí quản cho xẹp phổi phải.

Bệnh nhân nằm nghiêng trái.

Đặt 4 trocats: 1 trocat 10mm ở gian sườn 5 trên đường trung đòn, 1 trocat 10mm ở gian sườn 7 trên đường nách giữa, 1 trocat 5mm ở gian sườn 4 trên đường nách trước, 1 trocat 5mm ở gian sườn 2 trên đường nách trước.

Đưa camera vào quan sát đánh giá vị trí khối u, tình trạng xâm lấn, hạch, khả năng cắt bỏ.

Phẫu tích tĩnh mạch đơn, cặp clip và cắt tĩnh mạch đơn.

Phẫu tích tách khối u ra khỏi tổ chức xung quanh, di động toàn bộ thực quản ngực.

Vét hạch cạnh khối u, cạnh thực quản và hạch cạnh khí phế quản.

Kết thúc thì 1, đặt dẫn lưu màng phổi phải.

- *Thì bụng:*

Đặt bệnh nhân nằm ngửa.

Mở bụng đường trắng giữa trên rốn.

Phẫu tích cắt bó mạch vị trái, cắt bó mạch vị mạc nối trái, vét hạch, di động toàn bộ dạ dày, bảo tồn bó mạch vị phải và bó mạch vị mạc nối phải.

Cắt rộng 2 trụ cơ hoành.

Tạo hình ống thực quản từ dạ dày bằng cách cắt khâu lại bằng máy hoặc bằng tay dọc theo cách bờ cong lớn dạ dày khoảng 2-3cm.

Tạo hình môn vị bằng cách xẻ dọc, khâu ngang.

- *Thì cổ:* Thì bụng và cổ gần như tiến hành cùng lúc, do 2 ekip phẫu thuật viên thực hiện.

Chèn tấm đệm dưới vai bệnh nhân để cổ ngửa ra trước, đầu nghiêng bên phải.

Mở cổ bên trái, dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm.

Cắt cơ bám da cổ, cắt cơ vai móng, vén cơ ức đòn chũm ra ngoài, cắt động mạch giáp dưới, tĩnh mạch giáp giữa, giáp dưới. Phẫu

tích lật thùy trái tuyến giáp ra trước sang trái.

Bộc lộ thực quản cổ, cắt ngang thực quản cổ gần hõm ức.

Lấy thực quản qua đường bụng.

Đưa dạ dày đã tạo hình thực quản qua ngực lên nối với thực quản cổ tận bên, khâu mũi rời.

Mở thông hồng tràng nuôi dưỡng.

2.5. Đặc điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu một số đặc điểm chung như tuổi, giới.

- Nghiên cứu về vị trí u và liên quan với mô bệnh học.

- Đánh giá giai đoạn và khả năng phẫu thuật.

- Đánh giá thời gian mổ, tai biến và phương pháp xử trí trong mổ.

- Phương thức chăm sóc sau mổ, biến chứng và phương pháp xử trí.

- Đánh giá di chứng và thời gian sống thêm sau mổ.

3. KẾT QUẢ

Từ 2009 đến 2011, 71 bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực, nam/nữ là 69/2, tuổi trung bình 63 (43-73).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Nuốt nghẹn	71	100
Sút cân	52	73,24
Khàn giọng	2	2,82
Tăng tiết nước bọt	21	29,58
Đau tức sau xương ức	16	22,53

Tất cả bệnh nhân vào viện với triệu chứng nuốt nghẹn.

Bảng 2. Liên quan giữa vị trí u và mô bệnh học

Vị trí GPB	1/3 trên		1/3 giữa		1/3 dưới		Tổng
	N	%	N	%	N	%	
TB vảy	13	18,31	39	54,93	11	15,49	63(88,73%)
TB tuyến	0	0	2	2,82	6	8,45	8(11,27%)
Tổng	13	18,31	41	57,75	17	23,94	71(100%)

Ung thư 1/3 giữa chiếm đa số và chủ yếu là ung thư tế bào vảy.

Bảng 3. Phân chia giai đoạn theo TNM.

Giai đoạn		N	Tỷ lệ %
T	T1	0	0
	T2	4	5,63
	T3	67	94,34
	T4	0	0
N	N0	9	12,68
	N1	58	81,69
	N2	4	5,63
M	M0	69	97,18
	M1	2	2,82

Ung thư chủ yếu ở giai đoạn T3,N1.

Bảng 4. Tai biến trong mổ

Tai biến	N	%
Chảy máu	1	1,41
Tổn thương khí phế quản	3	2,82
Tổn thương nhu mô phổi	1	1,41
Chuyển mổ mở	0	0
Tử vong	0	0

Thời gian phẫu thuật trung bình 220 phút.
Thời gian nội soi ngực trung bình 100 phút.

Bảng 5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	N	%
Chảy máu	1	1,41
Nhiễm trùng vết mổ	3	4,23
Viêm phổi	4*	5,63
Tràn dịch màng phổi	3	4,23
Dò miệng nối TQ cổ	6	8,45
Dò ống dạ dày	0	0

Biến chứng dò miệng nối thực quản

chiếm tỷ lệ 5,63%.

Trong 4 trường hợp viêm phổi, có 1 trường hợp viêm phổi tiến triển nặng và tử vong vào ngày thứ 4 sau mổ.

Thời gian rút dẫn lưu ngực thường được thực hiện sau 24 - 48 giờ sau mổ sau khi đã được chụp XQ phổi kiểm tra. Thời gian bơm thức ăn qua sonde hồng tràng khoảng 48 – 72 giờ sau mổ khi đã có nhu động ruột. Cho ăn bằng miệng vào ngày thứ 7 sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 12,6 ngày.

Bảng 6. Theo dõi trong 1 năm chỉ thực hiện được trên 42 bệnh nhân

Diễn tiến \ Thời gian	3 tháng		6 tháng		12 tháng	
	N	%	N	%	N	%
Hẹp miệng nối thực quản	0	0	2	2,82	0	0
Tái phát tại chỗ	0	0	1	1,41	3	4,23
Di căn vết mổ	0	0	2	2,82	1	1,41
Di căn xa	0	0	2	2,82	6	8,45
Tử vong	1	1,41	1	1,41	6	8,45

2 bệnh nhân hẹp miệng nối ở cổ, trong đó 1 bệnh phẫu thuật làm lại miệng nối và 1 bệnh nong bằng bóng qua nội soi.

4. BÀN LUẬN

Ung thư thực quản là bệnh thường gặp chủ yếu ở nam giới phù hợp với các tác giả [2],[4],[5]. Nghiên cứu của chúng tôi, 71 bệnh nhân thì nữ chỉ có 1 trường hợp. Tuổi từ 50-70 chiếm đa số, tuổi trung bình 57, bệnh nhân thấp tuổi nhất là 38, lớn nhất là 74. Dấu hiệu lâm sàng thường gặp trong ung thư thực quản là khó nuốt, nuốt nghẹn, gầy sút [1],[5]. Ở bệnh nhân chúng tôi, 100% bệnh nhân đến bệnh viện với lý do nuốt khó, sút cân nhanh trong vòng 1 tháng sau khi xuất hiện dấu hiệu cản trở đường tiêu hoá trên, phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác [2],[6],[7],[13], diễn biến của bệnh không rõ ràng cho đến khi bệnh đã ở giai đoạn muộn.

Về vị trí và giai đoạn u được đánh giá qua các xét nghiệm cận lâm sàng như nội soi thực quản, chụp thực quản cản quang, chụp CT Scan thực quản. Ngoài ra, cần cũng cần

thêm nhiều xét nghiệm khác để đánh giá khả năng cũng như các yếu tố tiên lượng cho phẫu thuật. Ở nghiên cứu này, ung thư thực quản thương tổn chủ yếu ở 1/3 giữa chiếm 57,75%, 1/3 dưới chiếm 23,94%. Kết quả này phù hợp các tác giả trong nước: Nguyễn Công Minh [8]: 1/3 trên 4% (13/357), 1/3 giữa 63% (222/357), 1/3 dưới 21% (76/357). Triệu Triệu Dương: 1/3 trên 0%, 1/3 giữa 12/20 (60%), 1/3 dưới 40% (8/20), nhưng có sự khác biệt với một số nghiên cứu khác trên thế giới: A. Alidina: 1/3 trên 25 % (65/263), 1/3 giữa 23% (60/263), 1/3 dưới 52% (138/263), John M.Daly: 1/3 trên 10,4% (547/5256), 1/3 giữa 24,4% (1283/5256), 1/3 dưới 48,1% (2528/5256). Sự khác biệt này là do ở các nước phương tây, bệnh nhân mắc ung thư thực quản có sự liên quan chủ yếu đến hội chứng trào ngược dạ dày thực quản (thực quản Barrett)

dẫn đến sự biểu mô tuyến hóa tế bào vảy của vùng tâm vị và thực quản 1/3 dưới. Ở nghiên cứu này, ung thư tế bào vảy chiếm 88,73% và ung thư biểu mô tuyến 11,27%, kết quả này phù hợp với các tác giả khác [8],[9],[10],[12].

Mặc dù thời gian sống toàn bộ sau mổ đối với bệnh nhân ung thư thực quản thấp nhưng phẫu thuật cắt thực quản vẫn là tiêu chuẩn điều trị cho sự lựa chọn đối với ung thư thực quản. Trong những năm gần đây, phẫu thuật cắt thực quản với nội soi đã phát triển nhanh chóng. Kỹ thuật này nhanh chóng thu hút sự chú ý của các nhà phẫu thuật tiêu hóa vì những ưu điểm rất rõ ràng: giảm đau sau mổ, ít biến chứng, thời gian mổ ngắn hơn, thời gian nằm viện ngắn, thời gian hồi phục nhanh, thẩm mỹ, tránh phẫu tích mù đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật ung thư, đặc biệt tránh đường mổ ngực, mổ bụng lớn không cần thiết khi khối u xâm lấn rộng nhưng không đánh giá được trước mổ [1],[3],[11].

Chọn lựa bệnh nhân phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó giai đoạn bệnh cần được thảo luận trước tiên. Cắt bỏ triệt để với bờ cắt sạch (R0) là mục đích của phẫu thuật để có tiên lượng tốt, cần hạn chế cắt tạm thời. Những yếu tố tiên lượng di chứng và tử vong sau cắt thực quản gồm lớn tuổi, tình trạng thực hành kém, nuôi dưỡng kém và giảm cân, vị trí u ở đầu gần thực quản, X quang phổi bất thường, chức năng phổi kém, xơ gan và chỉ số tim mạch không bình thường. Ngoài ra còn có những nguy cơ khác như bệnh nhân ung thư tế bào vảy thường nuôi dưỡng kém, uống rượu, hút thuốc vì vậy làm giảm chức năng phổi, chức năng gan. Bệnh nhân ung thư tuyến thường mập nên có nguy cơ bệnh lý tim mạch. Đánh giá một bệnh nhân phù hợp thường căn cứ vào kinh nghiệm và trực giác của phẫu thuật viên mà không có cơ sở khoa học chính xác. Những thang điểm khách quan để đánh giá nguy cơ phẫu thuật và giúp chọn lựa bệnh nhân được sinh ra từ những phương pháp thống kê khác nhau và không thống nhất

cho tất cả các phẫu thuật viên cũng như từng trung tâm riêng biệt.

Tai biến trong mổ, có 2 bệnh nhân rách phế quản nhưng không phải tổn thương do phẫu tích, mà do trong quá trình gây mê đặt nội khí quản, bơm bóng quá căng làm toát phế quản. Cả 2 trường hợp này, sau khi di động thực quản, chúng tôi tiến hành khâu lại vị trí rách qua nội soi, hậu phẫu không để lại biến chứng gì. 01 trường hợp tổn thương nhu mô phổi do dụng cụ thao tác chọc thủng nhu mô phổi. Trường hợp này, hậu phẫu, lưu dẫn lưu ngực 72 giờ, hết ra khí và được rút dẫn lưu ngực. 01 trường hợp chảy máu do rách tĩnh mạch đơn, nhưng cầm máu được, lượng máu mất khoảng 200ml. Không có trường hợp nào phải chuyển sang mổ mở. Nghiên cứu của Satoshi Yamamoto(2005) [14] cho thấy tai biến tổn thương tĩnh mạch đơn chiếm 0,8%, tổn thương khí phế quản có 3 trường hợp chiếm 2,7%, trong đó có 1 trường hợp phải mở ngực để xử trí. Theo Luketich [15], tổn thương khí phế quản chiếm 1,8%. Trong 71 bệnh nhân có 2 bệnh nhân di căn gan nhưng kích thước nhỏ không phát hiện được trước mổ, trong quá trình phẫu thuật thì bụng chúng tôi tiến hành bóc u kết hợp RFA bờ phẫu thuật.

Biến chứng sau mổ, chúng tôi gặp 01 bệnh nhân được xạ trị trước mổ, hậu phẫu ngày thứ 3 xuất hiện viêm phổi lan tỏa, tiến triển nhanh và bệnh nhân tử vong ngày thứ tư sau mổ. 6 trường hợp dò miệng nổi ở cổ, trong đó có một trường hợp dò xuất hiện sớm vào ngày thứ 3 sau mổ, bệnh được mở rộng vết mổ cổ, chăm sóc tại chỗ, nuôi dưỡng qua sonde hồng tràng và dò tự bít vào ngày thứ 9. 01 trường hợp dò muộn vào ngày thứ 14 sau mổ. Nghiên cứu của Satoshi Yamamoto (2005) [14] cho kết quả biến chứng về phổi 6,3%, dò miệng nổi chiếm 8,1%. Luketich [15], dò miệng nổi chiếm 11,7%.

Theo dõi 1 năm chỉ thực hiện được trên 42 bệnh nhân, trong đó có 02 bệnh nhân xuất hiện hẹp miệng nổi thực quản vào tháng thứ 05 và 06 sau mổ, trong đó có 01 bệnh

nhân được nong bằng bóng qua nội soi, 01 bệnh nhân phải mổ làm lại miệng nối cổ. 02 bệnh nhân tử vong trong 06 tháng đầu là 02 trường hợp ung thư di căn gan ở giai đoạn T3, M1. Nhiều nghiên cứu trong những năm gần đây đã cho thấy không có sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa phương pháp phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi ngực.

5. KẾT LUẬN

Cắt thực quản nội soi ngực trong điều trị ung thư thực quản an toàn, hiệu quả, giảm các biến chứng, đặc biệt là biến chứng về phổi, ít đau, thời gian hồi phục nhanh hơn, biến chứng trong giới hạn cho phép. Tuy nhiên, cần nghiên cứu lâu dài để đánh giá hiệu quả về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Costas Bizakis et al “Initial Experience With Minimally Invasive Ivor Lewis Esophagectomy” *Ann Thorac Surg* 2006;82:402–407.
2. Dharmoon Areja et al “Tranhiatal versus Ivor-lewis procedure for the treatment of Carcinoma esophagus”, *pakistan surgery journal* Volume 22, Issue 3, 2006.
3. Dương Xuân Lộc, Lê Lộc (2009): “Đánh giá bước đầu kết quả cắt thực quản nội soi ngực tại Khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế” *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 13, phụ bản 6, 266-271.
4. Enrico Benzoni et al (2007) : “A Comparative Study of the Transhiatal Laparoscopic Approach versus Laparoscopic Gastric Mobilisation and Right Open Transthoracic Esophagectomy for Esophageal Cancer Management” *J Gastrointestin Liver Dis* December 2007 Vol.16 No 4, 395-40.
5. Ewout W. Steyerberg, Bridget A. Neville, Linetta B. Koppert, Valery E.P.P. Lemmens, Hugo W. Tilanus, Jan-Willem W. Coebergh, Jane C. Weeks, and Craig C.Earl(2006): “Surgical Mortality in Patients With Esophageal Cancer:Development and Validation of a Simple Risk Scor” *journal of clinical oncology*, Volume 24, number 26,4277-4284
6. Jeffrey Rentz, David Bull, David Harpole, Stephen Bailey, Leigh Neumayer, Theodore Pappas, Barbara Krasnicka, William Henderson, Jennifer Daley, ShukriKhuri: “Transthoracic versus transhiatal esophagectomy: A prospective study of 945 patients” *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003; 125: 14-20.
7. Mark B. Orringer, Becky Marshall, Mark D.Iannettoni (1999): “Transhiatal Esophagectomy: Clinical Experience and Refinements” *annals of surgery* Vol. 230, No. 3, 392–403.
8. Nguyễn Công Minh (2009): “Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa ung thư thực quản tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện cấp cứu Trung Vương trong 10 năm (1999-2008)” *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 13, phụ bản 6, 214-222.
9. Ninh T. Nguyen, David M. Follette, Bruce M. Wolfe, Philip D. Schneider, Peter Roberts, James E. Goodnight, Jr (2000) “Comparison of Minimally Invasive Esophagectomy With Transthoracic and Transhiatal Esophagectomy”, *Arch Surg.* 2000; 135: 920-925
10. Phạm Đức Huân. “Cắt thực quản nội soi ngực phải trong điều trị ung thư thực quản”
11. P. Hermanek(2009) “Surgery of the esophagus. pathologic classification of the esophageal carcinoma” 71-79.(2009)
12. Rafe C Connors, Brian C Reuben, Leigh A Neumayer, FACS, David A Bull: “Comparing Outcomes after Transthoracic and Transhiatal Esophagectomy: A 5-Year Prospective Cohort of 17,395 Patients” 2007 by the American College of Surgeons ISSN 1072-7515/07/ Published by Elsevier Inc
13. 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 thành phố Hồ Chí Minh*, tập 12, phụ bản 4, 200-203.
14. Shatoshi Yamamoto et al, (2005), “Minimally invasive esophagectomy for stage I and II esophageal cancer”, *Ann Thorac Surg*, Vol. 80, pp. 2070-5.
15. James D. Luketich et al. (2003), “ Minimally invasive esophagectomy outcomes in 222 patients”, *Ann surg* , (238), pp.486-495.

NGHIÊN CỨU KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG NHIỄM HIV CỦA NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TỈNH KHÁNH HÒA NĂM 2010

Tôn Thất Toàn¹, Trần Xuân Chương²

(1) Trung tâm Truyền thông GDSK Khánh Hòa

(2) Bộ môn Truyền nhiễm, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới (MSM) là một trong những nhóm có nguy cơ nhiễm HIV cao. Cho đến nay ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về tình hình nhiễm HIV ở nhóm này. **Mục tiêu:** Tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những người nam giới quan hệ tình dục với nam giới (MSM) từ 16 tuổi trở lên đang sống tại Khánh Hòa. Thiết kế nghiên cứu: điều tra mô tả cắt ngang. Thời gian: Từ 6/2010 - 6/2011. **Kết quả:** Kiến thức: Đa số nhóm MSM có kiến thức tốt về đường lây truyền HIV/AIDS. 47,5% trả lời đúng từ 14-15 câu hỏi về kiến thức đường lây truyền và cách phòng chống HIV/AIDS. Thái độ: Có 98,5% đối tượng nghiên cứu bày tỏ thái độ sẵn sàng làm xét nghiệm tự nguyện bí mật để chẩn đoán HIV. 61,5% MSM không thảo luận với bạn tình nam về HIV hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Thực hành: Có 99,1% MSM tại Khánh Hòa đã từng sử dụng BCS trong quan hệ tình dục. Nhưng trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất 65,7% không sử dụng bao cao su khi QHTD với bạn tình nữ. Tiếp cận viên cộng đồng là nguồn cung cấp chủ yếu bao cao su (87,9%) và chất bôi trơn tan trong nước (96,2%). Chỉ có một tỷ lệ thấp (19,6%) MSM có nhận được dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV. Có 2% MSM trong nghiên cứu có tiêm chích ma túy. **Kết luận:** Đa số nhóm MSM có kiến thức tốt về đường lây truyền HIV/AIDS. Có 98,5% đối tượng sẵn sàng làm xét nghiệm tự nguyện để chẩn đoán HIV. Có 99,1% MSM đã từng sử dụng BCS trong quan hệ tình dục. Chỉ có một tỷ lệ thấp (19,6%) MSM có nhận được dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV.

Abstract:

STUDYING OF KNOWLEDGES, ATTITUDES AND PRACTICES (KAP) TOWARD HIV PREVENTION IN MSM IN KHANH HOA PROVINCE 2010

Ton That Toan¹, Tran Xuan Chuong²

(1) Khanh Hoa Centre for Health Education and Communication

(2) Dept. of Infectious Diseases, Hue University of Medicine and Pharmacy

Objectives: Man who have sex with man (MSM) group is a high risk group of HIV infection. There are very rare studies about HIV infection in this group. **Aims:** Study knowledge, attitudes and practices (KAP) toward HIV prevention in MSM in Khanh Hoa province in 2010. **Methods:** A cross-sectional study among MSM over 16 years aged living in Khanh Hoa in which data were collected from June 2010 to June 2011. **Results:** Knowledge: Most of MSM have good knowledge about the ways of HIV transmission in which 47.5% have right answers to 14-15 questions about HIV prevention. Attitudes: 98.5% MSM are ready to do voluntary tests for HIV. 61.5% MSM did not discuss to male partners about HIV or STDs. Practices: 99.1% have used condom but 67.5% did not use condoms in the last contact with female partners. Only 19.6% MSM have received consultations about HIV. **Conclusions:** Most of MSM have good knowledge about the ways of HIV transmission. 98.5% MSM are ready to do voluntary tests for HIV. 99.1% have used condom. Only 19.6% MSM have received consultations about HIV.