

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI PHẪU THUẬT CẮT THUY PHỔI QUA NỘI SOI MỘT LỖ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Võ Tuấn Anh*, Nguyễn Công Tiến, Phạm Danh Phương,
Nguyễn Văn Thành, Kiều Minh Sơn, Nguyễn Trường Giang

TÓM TẮT

Mở đầu: Phẫu thuật cắt thùy phổi qua đường nội soi một lỗ (uniportal VATS) là kỹ thuật ít xâm lấn, mang lại lợi ích như giảm đau hậu phẫu và cải thiện thẩm mỹ. Tại Việt Nam, kỹ thuật này còn hạn chế, chủ yếu tại các bệnh viện lớn, trong khi Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai chưa áp dụng. Nghiên cứu đánh giá tính khả thi và kết quả ban đầu tại đây.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025 trên 14 bệnh nhân tại Khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai. Tiêu chuẩn chọn: tuổi 18-75, NS-CLC giai đoạn IA-IIIa hoặc tổn thương lành tính nhưng có chỉ định cắt thùy điều trị bệnh lý. Phẫu thuật qua đường rạch 3-4 cm, sử dụng camera 30 độ và dụng cụ chuyên dụng, thu thập dữ liệu về thời gian, biến chứng và hồi phục theo phương pháp tiến cứu.

Kết quả: Độ tuổi trung bình $62,64 \pm 9,25$ (40-75 tuổi), nam giới 57% (8/14 ca), tỷ lệ hút thuốc lá 71%. Phần lớn là u phổi (12/14 ca), kích thước trung bình $31,46 \pm 8,5$ mm, vị trí chủ yếu ở 1/3 ngoài thùy phổi (71%). Phổi phải chiếm 78,6%, thùy trên cắt nhiều nhất (9 ca). Kích thước đường rạch trung bình $3,5 \pm 0,5$ cm, phân độ rãnh liên thùy theo Lea chủ yếu độ 1-2 (70%). Thời gian phẫu thuật trung bình 155 ± 55 phút (70-240 phút), learning curve ổn định sau 10 ca (giảm từ 180 phút xuống 130 phút). Nạo hạch thành công ở đa số ca, trung bình 3-4 nhóm/ca (3A, 4R, 7, 8, 9, 10, 11). Biến chứng trong mổ: 14,3% (2 ca, chảy máu xử lý nội soi và chuyển sang 2 lỗ do giải phẫu khó), không chuyển mổ mở. Hậu phẫu: đau VAS $3,8 \pm 0,9$ (3-6), thời gian lưu ống dẫn lưu $3,5 \pm 2,1$ ngày (1-12 ngày), nằm viện $5,2 \pm 3,06$ ngày (2-14 ngày),

dò khí kéo dài tự giới hạn 14,3% (2 ca), không mổ lại, tử vong 0%.

Kết luận: Uniportal VATS khả thi, an toàn và hiệu quả tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai nhưng cần thêm thời gian và số lượng để hoàn thiện kỹ thuật. Đây là một kỹ thuật tốt với tiềm năng mở rộng tại các bệnh tuyến tỉnh khác.

Từ khóa: Cắt thùy phổi, kỹ thuật nội soi một cổng.

INITIAL RESULTS OF IMPLEMENTING UNIPORTAL VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC LOBECTOMY AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To evaluate the surgical outcomes in the treatment of Chronic lower limb ischemia (CLI) at Viet Tiep Friendship hospital during the period of 2022 to 2025.

Introduction: Uniportal video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) lobectomy is a minimally invasive technique that offers advantages such as reduced postoperative pain and improved cosmetic outcomes. In Vietnam, this technique remains limited and is mainly performed in major hospitals, while Dong Nai General

Khoa Ngoại lồng ngực tim mạch, Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

*Tác giả liên hệ: Võ Tuấn Anh

Email: dranhtuanvo@gmail.com - Tel: 0908520016

Ngày nhận bài: 26/11/2025 Ngày sửa bài: 08/12/2025

Ngày chấp nhận: 25/12/2025

Hospital has not yet implemented it. This study evaluates its feasibility and early outcomes at this institution.

Methods: A case series was conducted from March 2025 to September 2025 on 14 patients at the Thoracic Surgery Department, Dong Nai General Hospital. Inclusion criteria: age 18–75, NSCLC stage IA–IIIA, or benign lesions with surgical indication for lobectomy. The procedure was performed through a 3–4 cm incision using a 30-degree camera and specialized instruments. Data on operative duration, complications, and recovery were collected prospectively.

Results: The mean age was 62.64 ± 9.25 (range 40–75), with males accounting for 57% (8/14 cases) and a smoking rate of 71%. Most cases involved pulmonary tumors (12/14), with an average size of 31.46 ± 8.5 mm, predominantly located in the outer one-third of the pulmonary lobe (71%). The right lung was involved in 78.6%, with the upper lobe most commonly resected (9 cases). The mean incision length was 3.5 ± 0.5 cm. Interlobar fissure grade according to Lea was

primarily grade 1–2 (70%). The mean operative time was 155 ± 55 minutes (70–240 minutes), with the learning curve stabilizing after 10 cases (reduction from 180 to 130 minutes). Lymph node dissection was successful in most operations, with an average of 3–4 stations per case (3A, 4R, 7, 8, 9, 10, 11). Intraoperative complications occurred in 14.3% (2 cases—managed by thoracoscopic control of bleeding and conversion to biportal approach due to difficult anatomy), with no conversions to thoracotomy. Postoperative outcomes: VAS pain score 3.8 ± 0.9 (3–6), chest tube duration 3.5 ± 2.1 days (1–12 days), hospital stay 5.2 ± 3.06 days (2–14 days), prolonged air leak self-limited in 14.3% (2 cases), with no reoperations and 0% mortality.

Conclusion: Uniportal VATS is feasible, safe, and effective at Dong Nai General Hospital, although further time and increased case volume are needed for refinement. This technique shows promise and potential for expansion to other provincial-level hospitals.

Keywords: Lobectomy, uniportal VATS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt thùy phổi từ lâu đã là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho các bệnh lý phổi như ung thư phổi giai đoạn sớm, lao phổi kháng thuốc hoặc các tổn thương lành tính cần can thiệp ngoại khoa¹. Trong bối cảnh y học hiện đại, xu hướng phát triển các kỹ thuật ít xâm lấn đã trở thành mục tiêu quan trọng nhằm giảm thiểu biến chứng, rút ngắn thời gian hồi phục và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân². Phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ video (VATS) ra đời vào những năm 1990 đã đánh dấu một bước ngoặt lớn, thay thế dần phẫu thuật mở truyền thống vốn gây nhiều tổn thương mô, đau đớn kéo dài và để lại sẹo lớn³. Từ nền tảng của VATS, kỹ thuật VATS một cổng— phẫu thuật cắt thùy phổi qua một cổng duy nhất— được phát triển, mang lại những cải tiến vượt bậc⁴. Với chỉ

một đường rạch nhỏ khoảng 2-3 cm, VATS một cổng không chỉ giảm số lượng cổng mổ mà còn hạn chế tối đa tổn thương cơ liên sườn và thần kinh, từ đó giảm đau sau mổ, cải thiện thẩm mỹ và giúp bệnh nhân nhanh chóng trở lại sinh hoạt bình thường⁵.

Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, với vai trò là cơ sở y tế tuyến tỉnh hàng đầu khu vực, tiếp nhận hàng năm hàng trăm bệnh nhân mắc các bệnh lý phổi cần can thiệp ngoại khoa¹⁰. Việc triển khai VATS một cổng tại bệnh viện không chỉ đáp ứng nhu cầu ngày càng cao về các kỹ thuật ít xâm lấn mà còn góp phần nâng cao năng lực chuyên môn của đội ngũ y bác sĩ, khẳng định vị thế của bệnh viện trong lĩnh vực phẫu thuật lồng ngực¹². Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu sau:

- Đánh giá tính khả thi của việc áp dụng phẫu thuật cắt thùy phổi qua một cổng tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.
- Ghi nhận các kết quả bước đầu và tính an toàn hiệu quả khi triển khai phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả loạt ca (case series study).
- Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật VATS một cổng tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.
- Thời gian: Từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025 (12 tháng).
- Địa điểm: Khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.
- Cỡ mẫu: Toàn bộ ca đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ
- Tiêu chuẩn chọn bệnh:
 - o Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi

không tế bào nhỏ (NSCLC) giai đoạn sớm (IA-IB theo phân loại TNM) hoặc các tổn thương lành tính cần cắt thùy phổi (ví dụ: lao phổi khu trú, u lành phổi kích thước lớn) [1].

o Chức năng hô hấp chấp nhận được, với thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây (FEV1) lớn hơn 60% giá trị dự đoán, đo bằng nghiệm pháp hô hấp trước mổ [15].

- Tiêu chuẩn loại trừ:

o Bệnh nhân có chống chỉ định tuyệt đối với phẫu thuật hoặc gây mê, bao gồm suy tim nặng (phân độ NYHA III-IV), rối loạn đông máu không kiểm soát được hoặc suy hô hấp nặng (FEV1 < 40%) [11].

o Tổn thương phổi xâm lấn rộng (giai đoạn T3 trở lên), có di căn hạch hoặc di căn xa, không phù hợp với kỹ thuật VATS một cổng[6].

3. KẾT QUẢ

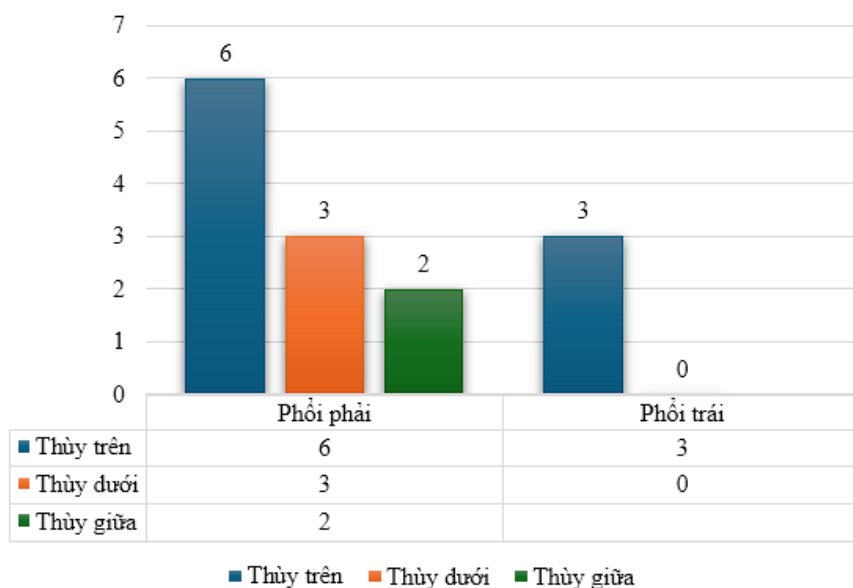
Từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025 chúng tôi đã thực 14 trường hợp bao gồm: 12 trường hợp u phổi, 1 trường hợp kén khí không lõ và 1 trường hợp u nấm.

3.1. Đặc điểm dân số mẫu

Bảng 1. Đặc điểm dân số mẫu

Đặc điểm		Mẫu	Giá trị	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi		14	62.64 ± 9.25		
Nam		14		8	57%
Tiền căn	Hút thuốc lá	14		10	71
	THA	14		5	35.7
	ĐTĐ	14		3	21.4
	COPD	14		1	7.1
	Lao cũ	14		3	21.4
Kích thước U		13	31.46 ± 8.5 mm		
Giai đoạn TNM	IIa	12		2	14.3
	IIb	12		6	42.9
	IIIA	12		4	28.6
CEA		13	3.88 ± 5.5 ng/ml		
Cyfra 21-1		13	2.25 1.8 ng/ml		

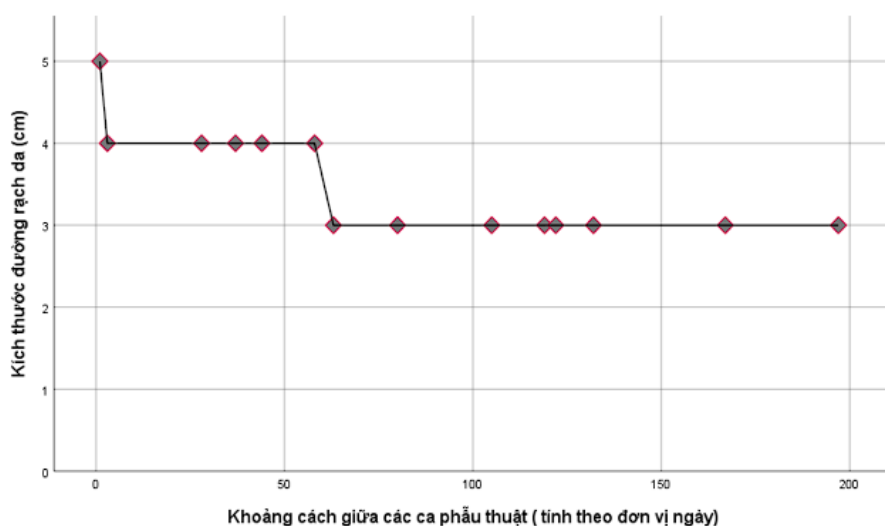
3.2. Kết quả phẫu thuật



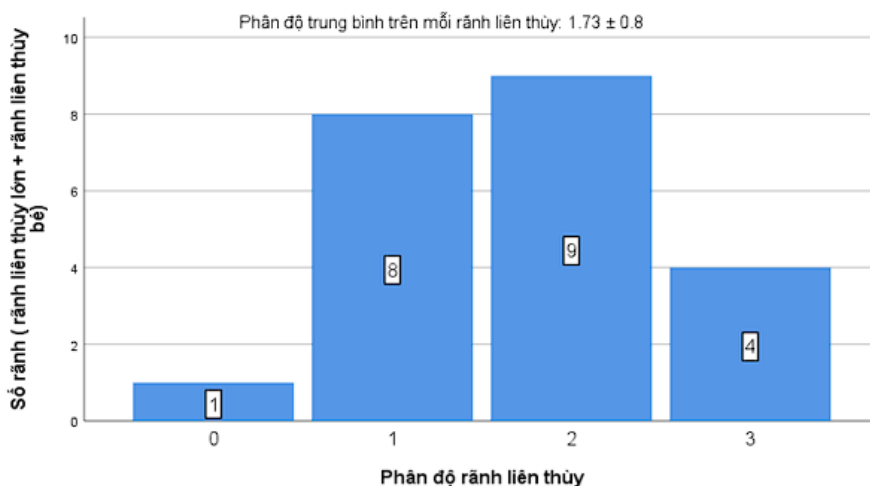
Biểu đồ 1. Các thùy phổi được cắt bằng phương pháp uniport

Bảng 2. Vị trí đường mổ

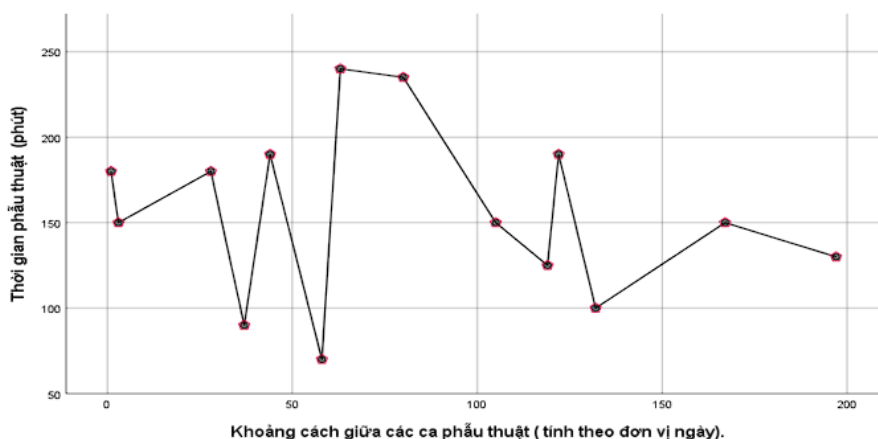
	Phổi phải			Phổi trái	
	Thùy trên	Thùy giữa	Thùy dưới	Thùy trên	Thùy dưới
Liên sườn 4	2			2	
Liên sườn 5	4	2	3	1	



Biểu đồ 2. Kích thước BV đường rạch da



Biểu đồ 3. Phân độ rãnh liên thùy theo Lea



Biểu đồ 4. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3. Các nhóm hạch được lấy trong phẫu thuật

Nhóm hạch	3A	4R	7	8	9	10	11
Số ca	3	5	5	2	7	6	7

Biến chứng có 2 trường hợp: 1 chảy máu và 1 trường hợp khó thực hiện phải chuyển qua 2 lỗ.

3.3. Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 4. Đánh giá giai đoạn hậu phẫu

	Giá trị	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thang điểm đau sau mổ	3.8 ± 0.9	3	6
Thời gian lưu ống dẫn lưu (ngày)	3.5 ± 2.1	1	12
Thời gian hậu phẫu (ngày)	5.2 ± 3.06	2	14

Có 2 trường hợp bị dò khí kéo dài nhưng tự giới hạn. Không mổ lại, tỷ lệ tử vong 0%.

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ video (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery - VATS) lần đầu tiên được giới thiệu vào đầu những năm 1990 bởi Rocco và cộng sự, đánh dấu một bước tiến quan trọng trong lĩnh vực phẫu thuật lồng ngực³. Trước đó, phẫu thuật mở (thoracotomy) là phương pháp duy nhất để thực hiện các ca cắt thùy phổi, đòi hỏi đường rạch lớn, gây tổn thương mô đáng kể và thời gian hồi phục kéo dài². VATS ra đời với mục tiêu giảm thiểu xâm lấn, ban đầu sử dụng 3-4 cổng (multiport VATS). Kỹ thuật này nhanh chóng được chấp nhận rộng rãi nhờ giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân⁵.

Tuy nhiên, đến năm 2010, một bước ngoặt mới xuất hiện khi Diego Gonzalez-Rivas, một bác sĩ phẫu thuật lồng ngực người Tây Ban Nha, công bố kỹ thuật uniport VATS – phẫu thuật cắt thùy phổi qua một cổng duy nhất⁴. Ý tưởng này bắt nguồn từ mong muốn tối ưu hóa hơn nữa lợi ích của VATS bằng cách giảm số lượng cổng mổ xuống còn một, qua đó hạn chế tổn thương cơ liên sườn và thần kinh, đồng thời cải thiện tính thẩm mỹ¹⁴. Ca phẫu thuật uniport đầu tiên được thực hiện thành công tại Bệnh viện Đại học A Coruña, Tây Ban Nha, mở ra kỷ nguyên mới cho phẫu thuật lồng ngực ít xâm lấn⁴. Kể từ đó, VATS một cổng nhanh chóng lan rộng trên toàn cầu, đặc biệt tại các nước có nền y học phát triển như Nhật Bản, Hàn Quốc, Mỹ và các nước châu Âu⁶. Các trung tâm y tế lớn bắt đầu áp dụng kỹ thuật này không chỉ cho cắt thùy phổi mà còn cho các thủ thuật phức tạp hơn như cắt phân thùy phổi hoặc nạo vét hạch lympho¹².

Lợi ích của phẫu thuật một cổng.

VATS một cổng mang lại nhiều lợi ích vượt trội so với các phương pháp truyền thống, bao gồm:

- Giảm đau sau mổ: Do chỉ sử dụng một cổng, tổn thương cơ liên sườn và thần kinh giảm đáng kể. Nghiên cứu cho thấy điểm đau theo thang VAS (Visual Analog Scale) ở bệnh nhân VATS một cổng thấp hơn 30-40% so với VATS nhiều cổng trong 48 giờ đầu sau mổ⁵.

- Rút ngắn thời gian nằm viện: Trung bình, bệnh nhân VATS một cổng chỉ cần nằm viện 3-5 ngày, so với 7-10 ngày ở phẫu thuật mở và 5-7 ngày ở VATS nhiều cổng⁷.

- Cải thiện thẩm mỹ: Một sẹo nhỏ duy nhất giúp bệnh nhân hài lòng hơn về ngoại hình sau phẫu thuật, đặc biệt quan trọng với bệnh nhân trẻ tuổi¹².

- Tỷ lệ biến chứng thấp: Các biến chứng như nhiễm trùng vết mổ, tràn khí màng phổi kéo dài hoặc xuất huyết giảm đáng kể nhờ ít tổn thương mô¹⁴.

Về mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca (case series) được thực hiện từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025, bao gồm 14 bệnh nhân phẫu thuật cắt thùy phổi VATS một cổng tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai – một bệnh viện tuyến tỉnh, nhằm mục tiêu đánh giá tính khả thi và kết quả sơ bộ của kỹ thuật mới này, với số lượng ca nhỏ phù hợp cho nghiên cứu khởi đầu để tích lũy kinh nghiệm và giảm rủi ro, tương tự báo cáo ban đầu của Gonzalez-Rivas (2013) với 102 ca nhưng bắt đầu từ các ca đơn lẻ, và tại Việt Nam, các nghiên cứu tương tự như của Phạm Hữu Lư et al. (2022) tại Bệnh viện Việt Đức cũng khởi đầu với số lượng hạn chế¹; trong 14 ca, 12 ca (85,7%) là u phổi (chủ yếu ung thư giai đoạn sớm-trung bình), 1 ca kén khí lớn toàn thùy và 1 ca u nấm – phản ánh chỉ định phổ biến cho phẫu thuật lồng ngực ít xâm lấn; về đặc điểm nhân khẩu học, độ tuổi trung bình là $62,64 \pm 9,25$ tuổi (phân bố 40-75 tuổi), phù hợp với nhóm tuổi thường gặp ở bệnh phổi cần can thiệp ngoại khoa đặc biệt ung thư phổi, tỷ lệ nam/nữ là 57% (8/14) nam và 43% (6/14) nữ, cân bằng tương đối dù nam giới thường chiếm ưu thế do hút thuốc, so sánh quốc tế thì tuổi

trung bình cao hơn nhẹ so với Tame et al. (2017, Mỹ: 57 tuổi, nam 44%) nhưng gần với meta-analysis Wang et al. (2020: 60-65 tuổi, nam 55-60%)¹⁶, tại Việt Nam, Trần Minh Bảo Luân (TP. HCM) báo cáo tuổi trung bình 58,5 tuổi, nam 62%¹⁵, sự khác biệt có thể do bệnh nhân tuyển tính đến muộn hoặc có bệnh nền phức tạp hơn; tiền sử bệnh lý cho thấy tỷ lệ hút thuốc cao 71% (10/14 ca) chủ yếu nam giới – yếu tố nguy cơ chính cho ung thư phổi, các bệnh nền bao gồm tăng huyết áp (35,7%), đái tháo đường (21,4%), COPD (7,1%), lao cũ (21,4%) – phản ánh đa bệnh lý phổ biến ở bệnh nhân phổi Việt Nam, so sánh thì tỷ lệ hút thuốc tương tự quốc tế (Yang et al., 2019, Hàn Quốc: 65%; Liu et al., 2018 meta-analysis: 50-70%, COPD 10-15%)^{17,18}, tại Việt Nam, Lê Thị Dung et al. (2022): hút thuốc 75% nam, lao cũ 25%⁹, nhấn mạnh sàng lọc hô hấp trước mổ để giảm biến chứng đặc biệt ở bối cảnh lao phổi quốc gia; đặc điểm bệnh lý thì kích thước khối u trung bình $31,46 \pm 8,5$ mm (13 ca), chủ yếu ở 1/3 ngoài thùy (71%) – dễ tiếp cận uniportal VATS, trong 12 ca ung thư phổi, giai đoạn TNM là IIa (14,3%), IIb (42,9%), IIIA (28,6%) – bao gồm cả giai đoạn trung bình đòi hỏi nạo hạch kỹ, marker ung thư CEA $3,88 \pm 5,5$ ng/ml, Cyfra 21-1 $2,25 \pm 1,8$ ng/ml – bình thường đến hơi tăng phù hợp giai đoạn sớm-trung bình, so sánh thì kích thước u lớn hơn nhẹ so với Wang et al. (2020: 2,5-3 cm, chủ yếu IA-IB 70%) và Gonzalez-Rivas (2013: 2-4 cm, IA đa số) nhưng tương tự Yang (2019: mở rộng II-III)¹⁹, tại Việt Nam, Đinh Văn Lương et al. (2018): 3-4 cm, stage II 40%¹¹ – phản ánh phát hiện muộn do hạn chế sàng lọc; mẫu nghiên cứu phản ánh đặc trưng bệnh nhân phổi tại tuyến tính Việt Nam: tuổi cao, hút thuốc phổ biến, đa bệnh lý, u ngoại vi giai đoạn sớm-trung bình, kết quả ban đầu khẳng định tính khả thi của uniportal VATS, cần nghiên cứu lớn hơn để đánh giá dài hạn, so sánh quốc tế và trong nước cho thấy sự phù hợp với xu hướng toàn cầu nhấn mạnh lợi ích kỹ thuật ít xâm lấn ở bối cảnh dịch tễ địa phương.

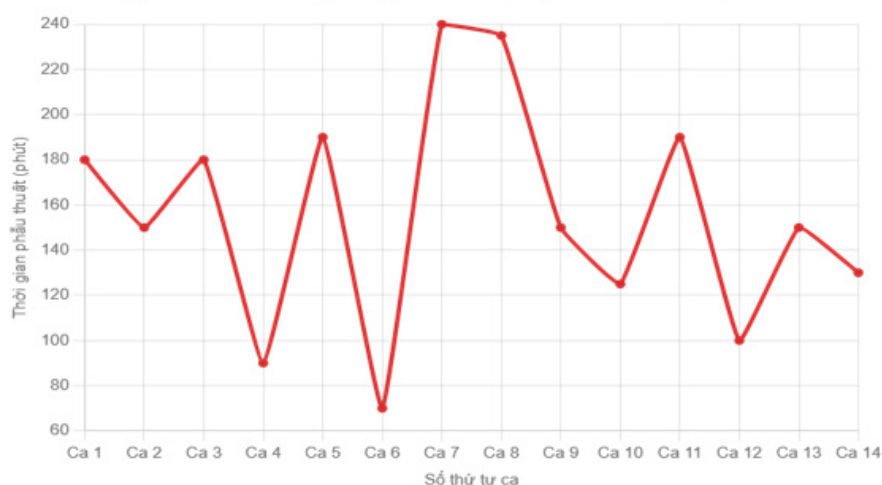
Về kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thực hiện thành công 14 ca cắt thùy phổi uniportal VATS với tỷ lệ thành công 92,9% (13/14 ca) mà không cần chuyển sang mở ngực, chứng tỏ tính khả thi ban đầu tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, chỉ 1 ca chuyển sang 2 lỗ do giải phẫu không phù hợp nhưng vẫn duy trì nguyên tắc ít xâm lấn; các thùy phổi cắt chủ yếu ở phổi phải (11 ca, 78,6%) bao gồm thùy trên (6 ca), thùy dưới (3 ca), thùy giữa (2 ca), trong khi phổi trái chỉ 3 ca thùy trên, phản ánh xu hướng tổn thương phổ biến ở phổi phải đặc biệt NSCLC giai đoạn II-III phù hợp chỉ định uniportal VATS giai đoạn sớm-trung bình, vị trí tổn thương chủ yếu 1/3 ngoài thùy (10 ca, 71%) thuận lợi cho tiếp cận nội soi một lỗ, 1/3 giữa (4 ca, 29%) đòi hỏi kỹ thuật tinh tế tránh tổn thương mạch lớn, so sánh quốc tế thì phân bố tương tự Gonzalez-Rivas et al. (2013, 102 ca Tây Ban Nha: phổi phải 70%, thùy trên 45% do giải phẫu dễ tiếp cận đường nách trước), tại Việt Nam Đỗ Kim Quế (2022: phổi phải 65%, ngoại vi 75%) khẳng định phù hợp bối cảnh bệnh nhân Việt Nam với sàng lọc CT định kỳ²⁰; vị trí đường mổ chủ yếu liên sườn 5 (10 ca) so liên sườn 4 (4 ca) dựa trên thùy phổi (liên sườn 5 thuận thùy dưới/giữa phải, liên sườn 4 phù hợp thùy trên), kích thước rạch da trung bình $3,5 \pm 0,5$ cm (đa số 3-4 cm) giảm tổn thương mô cải thiện thẩm mỹ, biểu đồ 4 cho thấy phân bố đều tối ưu không gian thao tác phù hợp hướng dẫn quốc tế Wang et al. (2020 meta-analysis >2000 ca: trung bình 3 cm, thành công cao liên sườn 4-5 95%); phân độ rãnh liên thùy theo Lea chủ yếu độ 1-2 (70%) dễ tách, độ 3-4 (30%) cần tách dính cẩn thận, biểu đồ 5 minh họa phân bố dự đoán thời gian mổ rủi ro, so sánh Yang et al. (2019, Hàn Quốc 150 ca NSCLC: độ 1-2 60%, độ cao thời gian mổ dài hơn 20%) nhấn mạnh vai trò giải phẫu²¹.

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật theo nhóm ca

Nhóm ca	Số ca	Thời gian trung bình (phút)	Độ lệch chuẩn (SD)	Ghi chú
Ca 1-6	6	160	50	Giai đoạn học hỏi, biến thiên cao
Ca 7-8	2	237.5	3.5	Đỉnh cao do phức tạp
Ca 9-14	6	147.5	32	Ổn định, đạt plateau

Learning Curve: Thời gian phẫu thuật qua 14 ca Uniportal VATS



Biểu đồ 5. Thời gian phẫu thuật theo nhóm ca

Điểm nổi bật là phân tích learning curve qua thời gian phẫu thuật trung bình 155 ± 55 phút (70-240 phút), ca 1-6 trung bình 160 phút biến thiên cao (90-190) giai đoạn học hỏi, ca 7-8 đột biến 237,5 phút do phức tạp, ca 9-14 ổn định 147,5 phút (125-190) giảm 18% tổng thể, biểu đồ 5.6 và 6.1 cho thấy đường cong không tuyến tính có đỉnh bất thường nhưng giảm từ 180 phút (ca 1) xuống 130 phút (ca 14), phân tích CUSUM xác định plateau sau ca 8 dưới 150 phút đạt sau 10-12 ca dù mẫu hạn chế; bảng 6.1 tóm tắt: ca 1-6 (6 ca, 160 ± 50 phút, học hỏi biến thiên cao), ca 7-8 (2 ca, 237.5 ± 3.5 phút, đỉnh phức tạp), ca 9-14 (6 ca, 147.5 ± 32 phút, ổn định plateau), so sánh Nacho et al. (2018, Tây Ban Nha 15 ca: giảm 200-120 phút sau 10 ca), Zhao et al. (2018, Trung Quốc: 21 ca thùy trên, 12 ca thùy dưới ổn định <150 phút) cho thấy tiến bộ nhanh ở trung tâm nhỏ với đào tạo tốt [22]; nạo hạch lấy nhóm trung thất rốn phổi đa số (bảng 5.3: 3A 3 ca, 4R 5 ca, 7 5 ca, 8 2 ca, 9 7 ca, 10 6 ca, 11 7

ca), trung bình 3-4 nhóm/ca NSCLC đảm bảo giai đoạn chính xác, chứng tỏ uniportal hiệu quả không cần thêm lỗ tương tự Chen et al. (2021: 95% thành công 500 ca), Delgado et al. (2020: trung bình 12-15 hạch không kém multiportal) [23]; biến chứng trong mổ thấp 2 ca (14,3%): 1 ca chảy máu khâu cầm nội soi không mở ngực, 1 ca thêm lỗ do tĩnh mạch phổi khó tiếp cận, 0% chuyển mở ngực an toàn giai đoạn đầu, so sánh Gonzalez-Rivas (2013: chảy máu 1%, chuyển 0%), Abouarab et al. (2016 meta: chuyển 6.18% do chảy máu/giải phẫu), Liang (2016: chảy máu VATS 1.57% xử lý nội soi), tại Việt Nam nghiên cứu 2024: chuyển 1-2% uniportal do giải phẫu nhấn mạnh chọn bệnh kỹ [24]; kết quả hậu phẫu VAS đau trung bình $3,8 \pm 0,9$ (3-6) nhẹ-trung bình dễ kiểm soát, lưu ống dẫn lưu $3,5 \pm 2,1$ ngày (1-12), hậu phẫu $5,2 \pm 3,06$ ngày (2-14) hồi phục nhanh, 2 ca dò khí kéo dài tự giới hạn (14,3%) không can thiệp, 0% mổ lại tử vong.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mô tả loạt ca với 14 trường hợp cắt thùy phổi uniportal VATS tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025, chúng tôi đạt kết quả ban đầu khả quan, khẳng định tính khả thi của kỹ thuật tại bệnh viện tuyến tỉnh với tỷ lệ thành công 92,9% (13/14 ca) không chuyển kỹ thuật khác, thời gian phẫu thuật trung bình 155 ± 55 phút (70-240 phút), đường cong học tập ổn định sau 10-12 ca phản ánh cải thiện kỹ năng nhanh chóng dù mẫu hạn chế; hậu phẫu ghi nhận VAS đau trung bình $3,8 \pm 0,9$ (3-6), lưu ống dẫn lưu $3,5 \pm 2,1$ ngày (1-12), nằm viện $5,2 \pm 3,06$ ngày (2-14), biến chứng thấp chỉ 2 ca dò khí tự giới hạn (14,3%), 0% mổ lại/tử vong, vượt trội so với phẫu thuật mở truyền thống giúp giảm đau, rút ngắn hồi phục và nâng cao chất lượng sống. Kết quả trả lời tích cực các câu hỏi nghiên cứu: uniportal VATS triển khai thành công nhờ đào tạo và thiết bị cơ bản, bệnh nhân hài lòng với hồi phục nhanh (trở lại sinh hoạt 1-2 tuần), đặc biệt ý nghĩa ở Việt Nam nơi bệnh phổi tăng cao, giảm gánh nặng y tế tuyến tỉnh tương tự nghiên cứu quốc tế về lợi ích dài hạn cho NSCLC giai đoạn sớm (sống sót 5 năm 80-85%). Tuy nhiên, hạn chế do mẫu nhỏ và theo dõi ngắn cần mở rộng quy mô đánh giá tái phát/sống sót dài hạn; khuyến nghị tiếp tục đào tạo đội ngũ, hợp tác trung tâm lớn tối ưu kỹ thuật, mở rộng chỉ định ca phức tạp để phổ biến uniportal VATS, mang lại nhiều lựa chọn ít xâm lấn hơn cho bệnh nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hữu Lư, Nguyễn Mạnh Hiệp. (2022). “Cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ.” *Tạp chí Y học Việt Nam*, 531(1):112-118.
2. Sihoe, A. (2016). “The evolution of minimally invasive thoracic surgery.” *Journal of Thoracic Disease*.
3. Rocco, G. (2006). “History of VATS.” *Journal of Thoracic Disease*.
4. Gonzalez-Rivas, D., et al. (2013). “Single-port video-assisted thoracoscopic lobectomy.” *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*.
5. Tam, D., et al. (2017). “Pain management in uniportal VATS.” *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*.
6. Yang, H., et al. (2019). “Outcomes of uniportal VATS in NSCLC.” *Lung Cancer*.
7. Wang, S., et al. (2020). “Uniportal versus multiportal VATS: A systematic review.” *Annals of Thoracic Surgery*.
8. Đỗ Kim Quê, Nguyễn Trung Anh. (2022). “Phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm: VATS so với Thoracotomy.” *Tạp chí Tim mạch và Phẫu thuật lồng ngực Việt Nam*, 38:31-37.
9. Lê Thị Dung, et al. (2022). “Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi tại bệnh viện ung bướu TP HCM.” *Tạp chí Y học Thực hành*.
10. Nguyễn Thị Thu Thảo, et al. (2024). “Biến chứng và tỷ lệ tái nhập viện 30 ngày sau cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi: Đánh giá trước chương trình ERAS tại Việt Nam.” *Tạp chí Quản lý Ung thư*, 17(5).
11. Đinh Văn Lương, et al. (2018). “Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Phổi Trung ương.” *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 28(1-2):45-52.
12. Chen, C., et al. (2021). “Uniportal VATS: Technical challenges and solutions.” *Thoracic Surgery Clinics*.
13. Ho Tat Bang, et al. (2024). “Effectiveness of the enhanced recovery after surgery (ERAS) program after lobectomy for lung cancer: a single-center observational study using propensity score matching in Vietnam.” *Journal of Thoracic*

Disease, 16(11).

14. Liu, L., et al. (2018). “Uniportal VATS for lung cancer: A meta-analysis.” *Thoracic Cancer*.

15. Tran Minh Bao Luan, et al. (2021). “Long-term outcomes of video-assisted lobectomy in non-small cell lung cancer.” *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals*, 29(4):318-326.

16. Kang D. K., Kang M. K., Heo W., Hwang Y. H. Single center experience of uniportal VATS anatomical lung resections: Mid-term oncological outcomes. *Thorac Cancer*. Apr 2021;12(7):1006-

1013.

17. Yang D., Hong Q., Zhao C., Mu J. Postoperative Patient-Reported Outcomes after Uniportal Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Using the Perioperative Symptom Assessment for Lung Surgery Scale. *Curr Oncol*. Oct 13 2022;29(10):7645-7654.

18. Ruan, Y., Cao, W., Xue, H. et al. Long-term outcome of uniport vs. multiport video-assisted thoracoscopic lobectomy for lung cancer. *Sci Rep* 14, 5316 (2024)