

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY PHỔI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thế May*, Nguyễn Công Huy

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư tại Việt Nam. Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi đã trở thành phương pháp ít xâm lấn tiêu chuẩn trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn sớm.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật và hậu phẫu của kỹ thuật nội soi cắt thùy phổi điều trị UTPKTBN tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 39 bệnh nhân UTPKTBN được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi trong giai đoạn 2023–2025. Các đặc điểm lâm sàng, thông số phẫu thuật và kết quả sau mổ được phân tích.

Kết quả: Nghiên cứu gồm 23 nam và 16 nữ, tuổi trung bình $56,2$ (38–73 tuổi). Thời gian phẫu thuật trung bình $140 \pm 30,1$ phút; lượng máu mất trung bình $150 \pm 87,3$ ml. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $6 \pm 1,2$ ngày. Biến chứng bao gồm rò khí kéo dài (2,6%) và tràn dịch màng phổi (5,1%). Không có trường hợp phải mổ lại.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị UTPKTBN, với tỷ lệ biến chứng thấp và khả năng hồi phục tốt. Phương pháp này nên được xem là lựa chọn chuẩn cho các bệnh nhân phù hợp.

Từ khóa: Nội soi cắt thùy phổi; phẫu thuật ít xâm lấn; ung thư phổi không tế bào nhỏ.

RESULTS OF THORACOSCOPIC LOBECTOMY IN THE TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

ABSTRACT

Background: Lung cancer is the leading cause of cancer related mortality in Vietnam. Thoracoscopic lobectomy has emerged as a standard minimally invasive technique for early stage non small cell lung cancer (NSCLC).

Objective: To assess perioperative outcomes and postoperative results of thoracoscopic lobectomy for NSCLC at Viet Tiep Friendship Hospital.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 39 patients diagnosed with NSCLC who underwent thoracoscopic lobectomy between 2023 and 2025. Clinical characteristics, operative parameters, and postoperative outcomes were analyzed.

Results: The cohort included 23 males and 16 females, with a mean age of 56.2 years (38–73). Mean operative duration was 140 ± 30.1 minutes, and mean intraoperative blood loss was 150 ± 87.3 ml. Postoperative hospital stay averaged 6 ± 1.2 days. Complications included prolonged air leak (2.6%) and pleural effusion (5.1%). No re operations were required.

Conclusion: Thoracoscopic lobectomy is a safe and effective approach for NSCLC, demonstrating low complication rates and

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thế May

Email: nguyenthemay@gmail.com - Tel: 0936550168

Ngày nhận bài: 25/11/2025 Ngày sửa bài: 15/12/2025

Ngày chấp nhận: 25/12/2025

favorable recovery profiles. It should be considered a standard surgical option for appropriately selected patients.

Keywords: *Thoracoscopic lobectomy, minimally invasive thoracic surgery, NSCLC.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi tiếp tục là gánh nặng sức khỏe toàn cầu, trong đó UTPKTBN chiếm tỷ lệ lớn nhất. Đối với các trường hợp còn khả năng phẫu thuật, cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch hệ thống là tiêu chuẩn điều trị vàng. Sự phát triển của phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS) trong ba thập kỷ qua đã mang lại bước tiến lớn nhờ giảm đau sau mổ, giảm sang chấn và thời gian phục hồi ngắn hơn, trong khi vẫn đảm bảo hiệu quả ung thư học tương đương mổ mở.

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp, phẫu thuật lồng ngực được triển khai từ năm 1999 và kỹ thuật nội soi được áp dụng rộng rãi từ năm 2001. Ca cắt thùy phổi nội soi hoàn toàn đầu tiên được thực hiện vào năm 2019. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có báo cáo hệ thống về kết quả phẫu thuật tại bệnh viện. Nghiên cứu này nhằm đánh giá toàn diện kết quả phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi điều trị UTPKTBN trong giai đoạn 2023–2025 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp.

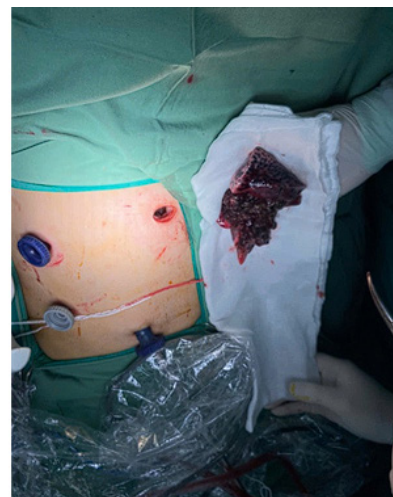
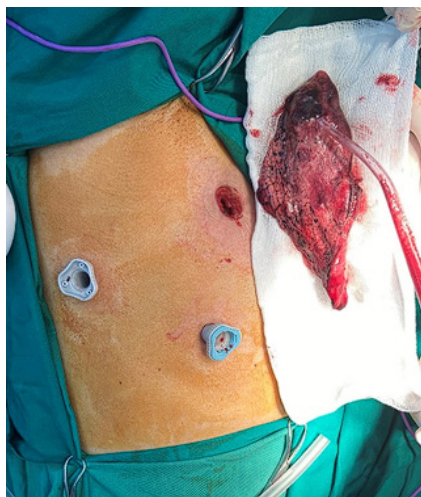
2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: 39 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN và phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2025.

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án.

- Chỉ định phẫu thuật: Chỉ định dựa theo hướng dẫn quốc gia và khuyến cáo của Hội Phẫu thuật Lồng ngực châu Âu (ESTS). Bệnh nhân có khối u còn khả năng cắt được đến giai đoạn IIIA theo phân loại TNM phiên bản 8 được xem là phù hợp phẫu thuật.

- Quy trình phẫu thuật: Bệnh nhân được đặt nội khí quản hai nòng và nằm nghiêng hoàn toàn. Sử dụng ba đường vào: một trocar camera 12mm tại khoang liên sườn 7–8 đường nách giữa; một trocar 5mm tại khoang liên sườn 5–6 đường nách sau; và một đường mở 2–3 cm tại khoang liên sườn 4–5 đường nách trước để thao tác chính. Quá trình phẫu thuật gồm xử lý mạch máu–phế quản bằng stapler, hoàn thiện rãnh liên thùy và nạo vét hạch hệ thống. Một dẫn lưu màng phổi được đặt cuối cuộc mổ.



Hình 1. Vị trí các vết mổ trên thành ngực bệnh nhân

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2023 đến 6/2025, và nạo vét hạch điều trị ung thư không tế bào nhỏ tại Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp, chúng tôi đã thực hiện 39 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi với những kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Các đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm chung		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (n=39)		56,2 ± 10,5 tuổi	
Giới tính (n=39)	Nam	23	58.9
	Nữ	16	41.1
Triệu chứng lâm sàng (n=39)	Không có	21	53.8
	Có triệu chứng lâm sàng	18	46.2
Tiền sử hút thuốc (n=39)	Có	12	30.7
	Không	27	69.3

3.2. Vị trí U phổi

Bảng 2. Vị trí u phổi

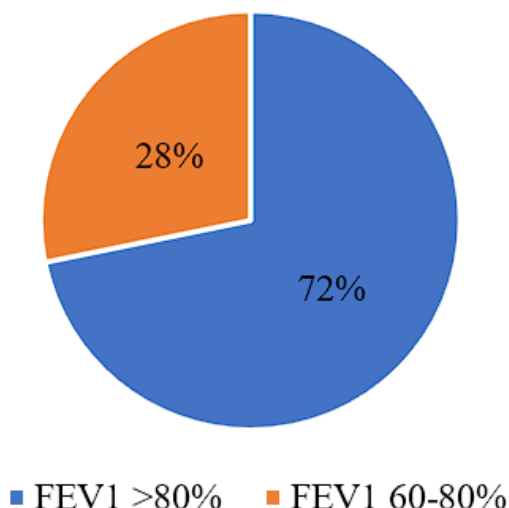
Vị trí U phổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thùy trên phải	14	35.9
Thùy giữa phải	2	5.1
Thùy dưới phải	6	15.4
Thùy trên trái	9	23.1
Thùy dưới trái	8	20.5
Tổng số	39	100

3.3. Giai đoạn u đánh giá trước mổ

Bảng 3. Giai đoạn u trước mổ

Giai đoạn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
IA2	8	20.5
IA3	10	25.6
IB	8	20.5
IIA	2	5.1
IIB	11	28.2
IIIA	0	0
Tổng	39	100

3.4. Chức năng hô hấp của bệnh nhân trước mổ



Biểu đồ 1. Chức năng hô hấp của bệnh nhân trước mổ

3.5. Đặc điểm mô bệnh học khối u trước mổ

Bảng 4. Mô bệnh học trước mổ

Mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
K biểu mô tuyến	27	87.1
K biểu mô tuyến vảy	1	3.2
K biểu mô vảy	2	6.5
K biểu mô vảy không sừng hóa	1	3.2
Tổng	31	100

31 bệnh nhân được sinh thiết xuyên thành chẩn đoán trước mổ; 08 bệnh nhân với khối u nhỏ được tiến hành sinh thiết tức thì trong mổ, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư phổi được tiến hành phẫu thuật cắt thùy phổi

3.6. Đặc điểm phẫu thuật

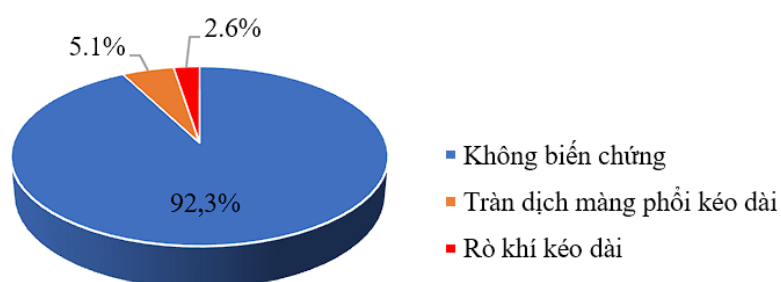
Bảng 5. Đặc điểm phẫu thuật

Vị trí cắt thùy phổi	Số BN	Nhóm hạch được nạo vét	Số lượng
Thùy trên phải	14	N1, 2R, 4R, 7	7
Thùy giữa phải	2	N1, 4R, 7, 8, 9	6
Thùy dưới phải	6	N1, 7, 8, 9	6
Thùy trên trái	9	N1, 5, 6, 7	7
Thùy dưới trái	8	N1, 7, 8, 9	6

Thông số phẫu thuật	Mean $\pm$ SD
Thời gian phẫu thuật trung bình	140 $\pm$ 30.1 phút
Lượng máu mất trung bình	150 $\pm$ 87.3 ml
Thời gian dẫn lưu sau mổ	3.6 $\pm$ 1.1 ngày
Thời gian hậu phẫu trung bình	6 $\pm$ 1.2 ngày

Nạo vét hạch trong phẫu thuật đảm bảo nguyên tắc lấy tối thiểu ít nhất 3 nhóm hạch trung thất, số lượng ít nhất 6 hạch

3.7 Biến chứng sau mổ: Các biến chứng có thể gặp sau mổ như: Chảy máu, nhiễm trùng, rò khí kéo dài, tràn dịch màng phổi, xẹp phổi... Một số biến chứng ít gặp: khàn tiếng, rò đường chấp, liệt thần kinh hoành. Biến chứng trong nhóm nghiên cứu được thể hiện trong biểu đồ sau:



Biểu đồ 2. Biến chứng sau mổ

3.8. Giải phẫu bệnh sau mổ

Bảng 6. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Mô bệnh học khối u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
K biểu mô tuyến	30	76.9
K biểu mô tuyến vảy	3	7.7
K biểu mô vảy	5	12.8
K biểu mô vảy không sừng hóa	1	2.6
Tổng	39	100

3.9. Chẩn đoán giai đoạn bệnh sau mổ

Bảng 7. Chẩn đoán giai đoạn sau mổ

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
IA2	9	23.1
IA3	10	25.6
IB	8	20.5
IIA	1	2.6
IIB	10	25.6
IIIA	1	2.6
Tổng	39	100

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 56.2 tuổi (từ 38 đến 73 tuổi) (bảng 1). Độ tuổi này cũng tương đương với các nghiên cứu của Phạm Hữu Lư là 58.62 [7], Jesus Loscertales là 59.7 [5]. Đây cũng là lứa tuổi chính mắc ung thư phổi tại Việt Nam cũng như trên thế giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam:nữ là 23:16 (bảng 1). Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của các tác giả khác như Thân Trọng Vũ là 36:14, Phạm Hữu Lư là 21:16. Số lượng bệnh nhân có hút thuốc lá trong nghiên cứu là 30/39. Điều này cho thấy thuốc lá là yếu tố nguy cơ quan trọng gây ung thư phổi, đặc biệt ở nam giới. Sự chênh lệch theo giới được lý giải bởi tỉ lệ hút thuốc lá ở nam giới Việt Nam vẫn ở mức rất cao, trong khi tỉ lệ nữ hút thuốc thấp hơn rõ rệt. Ngoài ra, nam giới thường tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố nguy cơ nghề nghiệp như amiang, khói bụi công nghiệp, làm tăng nguy cơ ung thư phổi.

Có 21/39 trường hợp không có triệu chứng (bảng 1), phát hiện bệnh nhờ sàng lọc hoặc tình cờ khi đi khám sức khỏe định kỳ. Điều này phù hợp với xu hướng chung của ung thư phổi giai đoạn sớm, khi triệu chứng thường không rõ ràng hoặc rất nghèo nàn. Một số nghiên cứu tại Mỹ đã chỉ ra có 51% trường hợp phát hiện ung thư phổi nhờ tầm soát, đặc biệt bằng chụp CT liều thấp. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc triển khai tầm soát thường quy cho nhóm nguy cơ cao, giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm khi còn khả năng can thiệp triệt căn bằng phẫu thuật. Việc hơn một nửa bệnh nhân trong nghiên cứu được phát hiện khi chưa có triệu chứng cho thấy hiệu quả của thói quen khám sức khỏe định kỳ và phản ánh xu thế ngày càng gia tăng của chẩn đoán sớm.

Trong nghiên cứu có 31 trường hợp (bảng 4) được sinh thiết chẩn đoán ung thư trước mổ, 08 trường hợp tổn thương dạng nốt nhỏ được sinh thiết tức thì chẩn đoán xác định trong mổ trước khi quyết định cắt thùy phổi theo quy trình. Khối u nằm vị trí thùy trên phổi phải chiếm đa số 35.9% (14 bệnh nhân) (bảng 2), tiếp đến là thùy trên phổi trái chiếm 23.1% (09 bệnh nhân). Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu cho thấy ung thư phổi

thường gặp hơn ở hai thùy trên. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chẩn đoán trước mổ từ giai đoạn IA đến IIB; trong đó giai đoạn I chiếm 66.7%; giai đoạn II chiếm 33.3% (bảng 3). Hiện nay, nhiều tác giả khuyến cáo có thể chỉ định mổ với bệnh nhân giai đoạn IIIA, đây là giai đoạn ranh giới giữa mổ và không mổ. Mặc dù việc phẫu thuật ở giai đoạn IIIA không làm tăng tỷ lệ sống sau 5 năm (27 – 36%) nhưng phẫu thuật làm tăng tỷ lệ sống không bệnh có ý nghĩa thống kê và giúp kiểm soát khối u tại chỗ khi hóa - xạ sau mổ tốt hơn (22% so với 11% khi không phẫu thuật) [4,6]. Vì vậy, việc phẫu thuật với các tổn thương có thể cắt được ở giai đoạn IIIA vẫn được khuyến cáo và cho thấy lợi ích. Đây là cơ sở để các trung tâm lớn vẫn lựa chọn phẫu thuật cho nhóm bệnh nhân IIIA có khối u còn khả năng cắt được và tình trạng toàn thân cho phép. Trong nghiên cứu, chúng tôi triển khai với số lượng không quá lớn, do đó chúng tôi chủ động lựa chọn bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn bệnh trước mổ đến IIB.

Về nạo vét hạch, số lượng nhóm hạch được lấy trong nghiên cứu đạt từ 6–7 hạch cho mỗi ca (bảng 5), cho thấy phẫu thuật viên tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc nạo vét hạch hệ thống trong phẫu thuật ung thư phổi. Con số này tương đương một số báo cáo quốc tế về ung thư phổi. Việc nạo vét nhiều nhóm hạch hơn giúp tăng độ chính xác giai đoạn bệnh, đồng thời có ý nghĩa cải thiện tiên lượng điều trị lâu dài.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 140 ± 30.1 phút (bảng 5), kết quả này gần tương đương với kết quả nghiên cứu của một số tác giả như Phạm Hữu Lư (150 phút) [7]; Thân Trọng Vũ (180 phút) [8]. Lượng máu mất trung bình trong mổ 150 ± 87.3 ml; nằm trong giới hạn thấp so với nhiều báo cáo khác, phản ánh độ an toàn của phương pháp nội soi trong điều kiện dụng cụ hiện đại. Thời gian dẫn lưu sau mổ trung bình 3.6 ± 1.1 ngày, điều trị hậu phẫu trung bình 6 ± 1.2 ngày. Các thông số trên cho thấy việc phẫu tích mạch máu, cắt mạch máu và nhu mô phổi sử dụng stapler tỏ ra ưu việt hơn, rút ngắn thời gian phẫu thuật, hạn chế việc chảy máu, giảm nguy cơ rò khí kéo dài sau mổ và thời gian phục hồi nhanh hơn.

Biến chứng sau mổ, chúng tôi gặp 2 trường hợp (5.1%) tràn dịch màng phổi kéo dài sau mổ, 1 trường hợp (2.6%) rò khí kéo dài sau mổ (biểu đồ 2). Đây là những biến chứng thường gặp trong phẫu thuật cắt thùy phổi, đặc biệt ở các tổn thương nằm sát rãnh liên thùy. Tràn dịch màng phổi kéo dài có thể do phản ứng viêm sau mổ hoặc do chảy dịch bạch huyết sau nạo vét hạch; trong khi rò khí kéo dài thường liên quan đến đường cắt nhu mô hoặc những vị trí bóc tách sâu gây tổn thương nhu mô phổi. Những bệnh nhân có biến chứng chúng tôi tiếp tục để dẫn lưu sau 01 tuần, bệnh nhân ổn định. Không có bệnh nhân nào phải xử trí phẫu thuật thì hai. Một số biến chứng nặng hơn như chảy máu, mũ màng phổi chúng tôi không gặp trong nhóm nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự như một số tác giả trong và ngoài nước như Phạm Hữu Lư, Thân Trọng Vũ, Jesus [7,8,5]

Đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ có 01 bệnh nhân tăng giai đoạn và 1 bệnh nhân giảm giai đoạn so với trước mổ (bảng 7). Lý do là vì kết quả hạch được nạo vét trong mổ và kích thước khối u được đo lại chính xác. Việc đánh giá giai đoạn sau mổ giúp cho việc quyết định điều trị bổ trợ tiếp theo được chính xác hơn. Tỷ lệ hạch nhóm 1 dương tính nhiều hơn hạch nhóm 2, đa phần các hạch đều âm tính, do các bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán trong giai đoạn sớm. Việc phát hiện chính xác tình trạng hạch giúp cá thể hóa điều trị sau mổ, đảm bảo bệnh nhân được điều trị hóa-xạ bổ trợ khi cần thiết và tránh điều trị quá mức ở các trường hợp giai đoạn rất sớm.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả và ít xâm lấn cho UTPKTBN, mang lại nhiều lợi ích so với phẫu thuật mở truyền thống. Kết quả nghiên cứu cũng có vai trò của kỹ thuật này trong điều trị giai đoạn sớm và một số trường hợp giai đoạn tiến triển chọn lọc. Việc tiếp tục phát triển kỹ thuật nội soi là cần thiết nhằm cải thiện kết quả lâu dài cho bệnh nhân ung thư phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kent M, Avelo-Rivera M and Luketich J: “Minimally Intensive Surgery for Lung Cancer”, Lung cancer 2010, Chapter 12, 180-192. 3. Kirby TJ, Rice TW: Thoracoscopic lobectomy. Ann Thorac Surg 56(3):784-786,1993.
2. Robert J. McKenna JR: “Minimally Intensive Techniques for the Management of Lung Cancer ” Principles and Practice of Lung Cancer 4th Edition, Chapter 31, 455-458.
3. Eric Lim, F.R.C.S. (C-Th)1,2, Tim J.P. Batchelor, F.R.C.S. (C-Th) et al: “Video-Assisted Thoracoscopic or Open Lobectomy in Early-Stage Lung Cancer” Published January 18, 2022 NEJM Evid 2022; 1 (3)
4. Bing-Yen Wang1,2,3, Chia-Chuan Liu1, Chih-Shiun Shih: “Short-Term Results of Thoracoscopic Lobectomy and Segmentectomy for Lung Cancer in Koo Foundation Sun Yat-Sen Cancer Center”, J Thorac Dis 2010; 2: 64-70.
5. Jesus Loscertales, Florencio Quero Valenzuela et al: “Video-Assisted Thoracic Surgery Lobectomy: Results in Lung Cancer”, J Thorac Dis 2010; 2: 29-35.
6. David S Ettinger, Douglas E Wood, Dara L Aisner, Non-Small Cell Lung Cancer, Version 3.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2022;20(5):497–530
7. Phạm Hữu Lư, Nguyễn Mạnh Hiệp, 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 Học Việt Nam. 2022;513(2):291–4
8. Thân Trọng Vũ, Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ tại bệnh viện Đà Nẵng. Phẫu Thuật Tim Mạch Và Lồng Ngực Việt Nam. 2018;23:59–64