OUTCOMES OF VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC LOBECTOMY WITH LYMPH NODE DISSECTION FOR EARLY-STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Tieu Cong Quyet[1], Vu Ngoc Tu[2], Nguyen Duy Thang[2], Nguyen Duy Gia[2], Le Van Hung[2], Nguyen Quang Huy[2], Nguyen Minh Ngoc[2], Dang Van Khanh[2]*

[1]Viet Tiep Friendship Hospital - 1 Nha Thuong Street, Le Chan Ward, Hai Phong City, Vietnam
[2]Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 16/07/2026
Revised: 25/08/2026; Accepted: 28/08/2026

ABSTRACT

Background: Video-assisted thoracoscopic lobectomy with systematic lymph node dissection has become a standard surgical treatment for early-stage non-small cell lung cancer. This study aimed to describe the clinical, paraclinical and pathological staging characteristics and to evaluate the surgical outcomes of this technique.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 80 patients who underwent thoracoscopic lobectomy with lymph node dissection at Hanoi Medical University Hospital from September 2021 to December 2024. Survival was analysed using the Kaplan-Meier method and the log-rank test.

Results: The mean age was 61.3 ± 8.6 years and 53.8% of patients were male. Non-mucinous adenocarcinoma accounted for 85.0%, invasive mucinous adenocarcinoma for 5.0% and squamous cell carcinoma for 5.0%. There were 1, 55, 10 and 14 patients in stages 0, I, II and IIIA. Early complications occurred in 35.0% of patients, mostly Clavien-Dindo grade I–II, with prolonged air leak being the most common (17.5%); 30-day mortality was 1.3%. The three-year overall survival and disease-free survival rates were 86.2% and 62.6%, respectively. High-grade adenocarcinoma had significantly lower disease-free survival than grade 1–2 tumours (34.1% versus 69.8%; p = 0.023).

Conclusions: Thoracoscopic lobectomy with lymph node dissection for early-stage non-small cell lung cancer is safe, with low rates of severe complications and mortality and favourable mid-term survival. The histologic grade is a notable prognostic factor for disease-free survival.

Keywords: *Non-small cell lung cancer, video-assisted thoracoscopic surgery, lobectomy, lymph node dissection, histologic grade, survival.*

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CẮT THÙY PHỔI KÈM NẠO VÉT HẠCH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Tiêu Công Quyết[1], Vũ Ngọc Tú[2], Nguyễn Duy Thắng[2], Nguyễn Duy Gia[2], Lê Văn Hùng[2], Nguyễn Quang Huy[2], Nguyễn Minh Ngọc[2], Đặng Văn Khánh[2]*

TÓM TẮT

Tổng quan: Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch hệ thống đã trở thành phương pháp điều trị ngoại khoa tiêu chuẩn cho ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn bệnh và đánh giá kết quả phẫu thuật của phương pháp này.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 80 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9/2021 đến tháng 12/2024. Sống còn được phân tích bằng phương pháp Kaplan-Meier và kiểm định log-rank.

Kết quả: Tuổi trung bình 61,3 ± 8,6 năm; nam giới chiếm 53,8%. Ung thư biểu mô tuyến không nhầy chiếm 85,0%, tuyến nhầy xâm nhập 5,0% và ung thư biểu mô vảy 5,0%. Số bệnh nhân ở giai đoạn 0, I, II và IIIA lần lượt là 1, 55, 10 và 14; Biến chứng sớm gặp ở 35,0% bệnh nhân, đa số ở độ I-II theo phân độ Clavien-Dindo, thường gặp nhất là rò khí kéo dài (17,5%); tử vong trong 30 ngày là 1,3%. Tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh sau 3 năm lần lượt là 86,2% và 62,6%. Ung thư biểu mô tuyến độ ác cao có sống còn không bệnh thấp hơn rõ rệt so với độ 1-2 (34,1% so với 69,8%; p = 0,023).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm là an toàn, tỷ lệ biến chứng nặng và tử vong thấp, sống còn trung hạn khả quan. Độ ác mô học là yếu tố tiên lượng đáng lưu ý đối với sống còn không bệnh.

Từ khóa: *Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật nội soi lồng ngực, cắt thùy phổi, nạo vét hạch, độ ác mô học, sống còn.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là loại ung thư có tỷ lệ mới mắc và tử vong hàng đầu trên thế giới [1], trong đó ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 80-85% các trường hợp. Tại Việt Nam, ung thư phổi đứng hàng thứ ba về số ca mới mắc và thứ hai về số ca tử vong, phần lớn được phát hiện ở giai đoạn muộn. Đối với giai đoạn sớm, phẫu thuật cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch là phương pháp điều trị triệt căn được lựa chọn hàng đầu [2].

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ ít xâm lấn và hồi phục nhanh; các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy phương pháp này giảm đau sau mổ và cải thiện chất lượng cuộc sống so với mổ mở [3]. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, kỹ thuật được thực hiện ngày càng thường quy nhưng

[1]Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp - Số 1 phố Nhà Thương, P. Lê Chân, Tp. Hải Phòng, Việt Nam
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
**Tác giả liên hệ: Vũ Ngọc Tú*
Email: vungoctu@hmu.edu.vn - Tel: 0915451293
Ngày nhận bài: *16/07/2026;* ***Ngày chỉnh sửa:*** *25/08/2026*
Ngày chấp nhận: *28/08/2026*
DOI: *10.47972/vjcts.v57i.1891*

chưa có nghiên cứu tổng kết đầy đủ về kết quả phẫu thuật và sống còn. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn bệnh và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm tại bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 9/2021 đến tháng 12/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là UTPKTBN giai đoạn sớm, định nghĩa là giai I-II theo Hướng dẫn của Hội Ung thư học châu Âu áp dụng trong thời gian nghiên cứu [2], phân loại theo hệ thống TNM phiên bản 8 [4] , và được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch với mục tiêu điều trị triệt căn. Tiêu chuẩn loại trừ: giai đoạn trước mổ IIIA trở lên, có ung thư khác đồng thời; phẫu thuật không phải cắt thùy; điều trị tân bổ trợ; hoặc hồ sơ không đầy đủ. Giai đoạn trước mổ được dùng cho tiêu chuẩn lựa chọn, còn giai đoạn bệnh học sau mổ dùng cho phân tích kết quả và sống còn.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung (tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, bệnh lý nền, triệu chứng, chức năng hô hấp); đặc điểm khối u và mô bệnh học (vị trí, kích thước, týp mô học, độ ác mô bệnh học, xâm nhập mạch bạch huyết, xâm nhập màng phổi tạng, xâm nhập thần kinh, di căn hạch); giai đoạn TNM phiên bản 8; kết quả phẫu thuật (thời gian mổ, truyền máu, thời gian dẫn lưu, thời gian nằm viện sau mổ, diện cắt); biến chứng sớm trong 30 ngày phân độ theo Clavien-Dindo; tử vong 30 ngày; tái phát, di căn xa; sống còn toàn bộ (OS) và sống còn không bệnh (DFS).

Độ ác mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến được phân theo hệ thống của Hiệp hội Quốc tế Nghiên cứu Ung thư phổi năm 2020 [8], dựa trên kiểu mô học nổi trội và tỷ lệ thành phần độ cao: độ 1 (biệt hóa cao) khi kiểu lepidic nổi trội với dưới 20% thành phần độ cao; độ 2 (biệt hóa vừa) khi kiểu chùm nang hoặc nhú nổi trội với dưới 20% thành phần độ cao; độ 3 (biệt hóa kém) khi có từ 20% trở lên thành phần độ cao (kiểu đặc, vi nhú hoặc tuyến phức tạp). Biến chứng sớm trong 30 ngày sau mổ được phân độ theo Clavien-Dindo [5]: độ I – sai lệch tiến trình hồi phục bình thường nhưng không cần điều trị thuốc đặc hiệu hay can thiệp; độ II – cần điều trị nội khoa (gồm truyền máu, dinh dưỡng tĩnh mạch); độ III – cần can thiệp ngoại khoa, nội soi hoặc X-quang (IIIa không gây mê toàn thân, IIIb dưới gây mê toàn thân); độ IV – biến chứng đe dọa tính mạng (IVa suy một cơ quan, IVb suy đa cơ quan); độ V – tử vong.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập

Thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, biên bản phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất; thông tin sống còn được cập nhật qua tái khám và liên hệ điện thoại.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng). Sống còn được phân tích theo phương pháp Kaplan-Meier kèm khoảng tin cậy 95% và so sánh bằng kiểm định log-rank; tỷ suất nguy cơ (HR) được ước lượng bằng hồi quy Cox đơn biến. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thông tin bệnh nhân được mã hóa và bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, 80 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích. Đặc điểm chung, đặc điểm khối u và giai đoạn bệnh được trình bày tại Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn bệnh (n = 80)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn), năm	61,3 ± 8,6
Nam / Nữ, n (%)	43 (53,8) / 37 (46,3)
Tiền sử hút thuốc, n (%)	37 (46,3)
Có bệnh lý nền, n (%)	68 (85,0)
Phát hiện tình cờ, n (%)	39 (48,8)
U phổi phải, n (%)	54 (67,5)
Kích thước u (cm), trung vị (khoảng)	2,3 (1,1-5,6)
Số hạch vét được, trung bình ± độ lệch chuẩn	11.2 ± 6,6
Có di căn hạch (N1-N2), n (%)	16 (20,0)
Giai đoạn 0 / I / II / IIIA, n	1 / 55 / 10 / 14

Cắt bỏ triệt căn R0 đạt 79/80 (98,8%); 1 trường hợp R1 do diện cắt phế quản còn tế bào u vi thể. Có 16 bệnh nhân (20,0%) di căn hạch (N1-N2). Điều trị bổ trợ: 38 bệnh nhân theo dõi đơn thuần, 42 trường hợp điều trị bổ trợ sau mổ. Có 19 trường hợp (23,8%) tăng giai đoạn sau mổ so với trước mổ, chủ yếu do phát hiện di căn hạch trung thất. Đặc điểm mô bệnh học, kết quả phẫu thuật và biến chứng sớm được trình bày tại Bảng 2. Trong ung thư biểu mô tuyến không nhầy, kiểu mô nổi trội chủ yếu là chùm nang (70,6%), nhú (10,3%), lepidic (8,8%), đặc (7,4%) và vi nhú (1,5%).

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học, kết quả phẫu thuật và biến chứng (n = 80)

Chỉ số	Giá trị
Ung thư biểu mô tuyến (không nhầy), n (%)	68 (85,0)
Ung thư biểu mô tuyến nhầy xâm nhập, n (%)	4 (5,0)
Ung thư biểu mô vảy, n (%)	4 (5,0)
Ung thư biểu mô tuyến vảy, n (%)	2 (2,5)
Ung thư biểu mô đa hình, n (%)	1 (1,3)
Ung thư biểu mô thần kinh nội tiết tế bào lớn, n (%)	1 (1,3)
Độ ác IASLC 1 / 2 / 3, n	4 / 52 / 11
Xâm nhập mạch bạch huyết, n (%)	11 (13,8)
Xâm nhập màng phổi tạng, n (%)	7 (8,8)
Diện cắt phế quản R0 / R1, n	79 / 1
Thời gian mổ (phút), trung bình ± độ lệch chuẩn	120,9 ± 40,9
Thời gian dẫn lưu (ngày), trung bình ± độ lệch chuẩn	6,2 ± 2,6
Nằm viện sau mổ (ngày), trung bình ± độ lệch chuẩn	8,1 ± 3,8
Có biến chứng sớm, n (%)	28 (35,0)
Rò khí, n (%)	18 (22,5)
Rò khí kéo dài (> 5 ngày), n (%)	14 (17,5)
Tử vong 30 ngày, n (%)	1 (1,3)
Có điều trị bổ trợ, n (%)	42 (52,5)
Không điều trị bổ trợ, n (%)	38 (47,5)

Bảng 3. Biến chứng sớm theo phân độ Clavien-Dindo (n = 80)

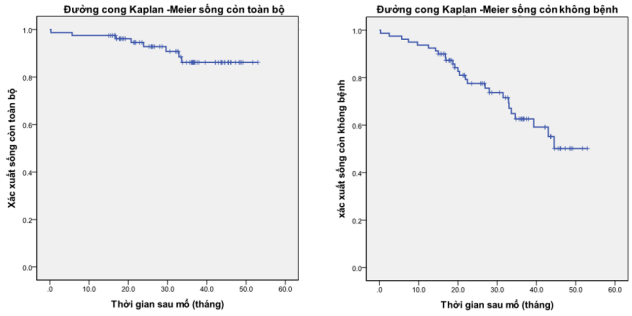
Phân độ	n (%)
Độ I	8 (10,0)
Độ II	8 (10,0)
Độ IIIa	5 (6,3)
Độ IIIb	5 (6,3)
Độ IVa	1 (1,3)
Độ V	1 (1,3)
Tổng	28 (35,0)

Bảng 4. Tỷ lệ rò khí sau mổ theo một số yếu tố nguy cơ (n = 80; kiểm định Fisher)

Yếu tố	Có yếu tố, n/N (%)	Không có yếu tố, n/N (%)	p
Tiền sử hút thuốc	12/37 (32,4)	6/43 (14,0)	0,062
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	3/7 (42,9)	15/73 (20,5)	0,185
Kích thước u > 3 cm	8/25 (32,0)	10/55 (18,2)	0,247
Cắt thùy trên	12/45 (26,7)	6/35 (17,1)	0,420
Giới nam	11/43 (25,6)	7/37 (18,9)	0,594

Rò khí gặp ở 18 trường hợp (22,5%), trong đó 14 ca (17,5%) rò khí kéo dài (khí rò > 5 ngày).

Thời gian theo dõi trung vị 32,8 tháng; ghi nhận 8 bệnh nhân tử vong, 16 tái phát và 11 di căn xa. Có 34/80 bệnh nhân được theo dõi đủ 36 tháng; số bệnh nhân còn trong nguy cơ tại từng mốc thời gian được trình bày dưới Biểu đồ 1. Tỷ lệ OS 3 năm là 86,2% (KTC 95%: 73,7-93); DFS 3 năm 62,6% (KTC 95%: 48,5-73,9) (Biểu đồ 1). Có 16 bệnh nhân tái phát trong đó 10 bệnh nhân tái phát tại hạch hay gặp tại hạch trung thất thượng đòn, hạch cổ và 6 bệnh nhân tái phát tại phổi hoặc màng phổi.

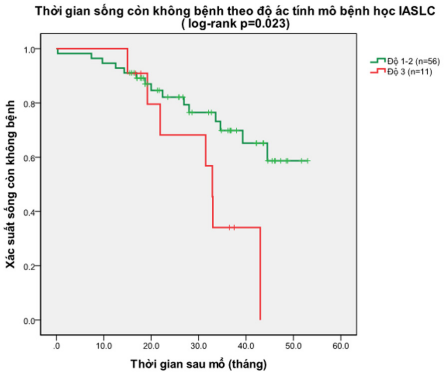


Biểu đồ 1. Sống còn toàn bộ (OS) và sống còn không bệnh (DFS) của 80 bệnh nhân.

DFS 3 năm theo giai đoạn I, II và IIIA lần lượt là 71,4% (KTC 95%: 54,2-83,1), 30% (1,5-71) và 39% (12,4-65,3); log-rank p = 0,036.

Bảng 5. Phân tích đơn biến (hồi quy Cox) các yếu tố liên quan sống còn không bệnh

Yếu tố (so với nhóm tham chiếu)	HR (95% CI)	p
Giai đoạn II-IIIA so với I	2,79 (1,27-6,13)	0,01
IASLC độ 3 so với độ 1–2	2,53 (1,05-6,1)	0,029
Di căn hạch N+ so với N0	2,07 (0,85-5,02)	0,108
Xâm nhập mạch bạch huyết: có so với không	1,9 (0,71-5,1)	0,202



Biểu đồ 2. Sống còn không bệnh theo độ ác mô học IASLC (độ 3 so với độ 1-2)

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân (tuổi trung bình 61,3; nam giới ưu thế; u phổi phải nhiều hơn (bảng 1) ung thư biểu mô tuyến chiếm đa số, trong đó tuyến nhầy xâm nhập là một thể riêng (bảng 2);) phù hợp với UTPKTBN giai đoạn sớm và tương đồng các nghiên cứu trong nước [6,7]. Tỷ lệ diện cắt phế quản R0 đạt 98,8% (79/80) (bảng 2); trường hợp R1 duy nhất do tồn dư tế bào u vi thể ở diện cắt phế quản, yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát tại chỗ và đã được xạ trị bổ trợ sau mổ, phù hợp với khuyến cáo bổ sung điều trị tại chỗ cho các trường hợp cắt bỏ không hoàn toàn [2]; trường hợp này cũng nhấn

mạnh vai trò của sinh thiết tức thì diện cắt trong mổ và cân nhắc tạo hình phế quản đối với u ở vị trí trung tâm nhằm hạn chế diện cắt dương tính.

Về kết quả phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn và tử vong 30 ngày thấp (1,3%) (bảng 2) khẳng định độ an toàn của kỹ thuật, tương đồng các báo cáo nội soi cắt thùy trong nước [6,7]. So với nghiên cứu của Lê Hải Sơn và cộng sự trên 98 bệnh nhân nội soi cắt thùy kèm nạo vét hạch giai đoạn I-IIIA, kết quả của chúng tôi tương đồng về tuổi trung bình (đều 61,3) (bảng 1) và số hạch nạo vét (trung bình 11,2 so với 11,4 hạch) (bảng 1), với thời gian mổ ngắn hơn (trung bình 120,9 so với 143,5 phút) (bảng 2) [7].

Tỷ lệ biến chứng sớm 35,0%, phần lớn nhẹ (Clavien-Dindo độ I–II); biến chứng nặng (≥ độ IIIa) chiếm 15,0% (bảng 2, bảng 3), với một trường hợp tử vong do thuyên tắc phổi. Rò khí là biến chứng hay gặp nhất (22,5%), trong đó rò khí kéo dài chiếm 17,5% (bảng 2), cao hơn của Lê Hải Sơn (8,2%) [7] và Phạm Hữu Lư (7,1%) [8] (bảng 3). Phân tích các yếu tố nguy cơ cho thấy rò khí gặp nhiều hơn ở nhóm hút thuốc (32,4% so với 14,0% ở nhóm không hút thuốc), nhóm có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (42,9% so với 20,5%), khối u > 3 cm (32,0% so với 18,2%) và phẫu thuật cắt thùy trên (26,7% so với 17,1% ở thùy giữa và dưới); tỷ lệ ở nam giới (25,6%) cao hơn nữ giới (18,9%) tuy nhiên các yếu tố nguy cơ này chưa đạt mức ý nghĩa thống kê. Xử trí rò khí được tiến hành theo bậc thang: phần lớn đáp ứng điều trị bảo tồn bằng duy trì dẫn lưu màng phổi kín kèm hút áp lực âm; khi rò khí mức độ nhiều tiến hành xoay hoặc đặt lại dẫn lưu (2 ca), gây dính màng phổi qua ống dẫn lưu (3 ca); phẫu thuật khâu lại nhu mô chỉ đặt ra khi điều trị bảo tồn thất bại (3 ca mổ lại do rò khí từ thùy phổi còn lại) [8].

Trong số các biến chứng cần can thiệp lại, có 2 trường hợp máu cục màng phổi sau mổ phải mổ lại lấy máu cục và cầm máu (Clavien-Dindo độ IIIb). Đáng lưu ý, trường hợp tử vong trong 30 ngày là do huyết khối động mạch phổi. Đây là bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ của huyết khối động mạch phổi như: bệnh nhân nữ, 64 tuổi, có bệnh lý ung thư, phẫu thuật nội soi cắt thùy trên phổi phải nạo vét hạch trong 70 phút, và bất động sau mổ tại giường. Điểm CAPRINI của bệnh nhân là 8 điểm, thuộc nhóm nguy cơ cao của huyết khối động mạch phổi. Bệnh nhân đột ngột khó thở và ngừng tuần hoàn sau mổ 7 ngày, được cấp cứu và sử dụng ECMO sau đó nhưng xuất hiện rối loạn đông máu, tình trạng bệnh nhân nặng và tử vong. Siêu âm Doppler mạch chi dưới xác định huyết khối lấp hoàn toàn tĩnh mạch khoeo lan đến tĩnh mạch chủ dưới, là nguồn gây thuyên tắc bệnh nhân biến cố này. Nhìn chung, các bệnh nhân sau mổ nội soi cắt thùy phổi do ung thư đều có điểm CAPRINI >4 điểm do có bệnh lý ác tính, phẫu thuật nội soi kéo dài trên 45 phút. Sau biến cố này chúng tôi áp dụng thường quy thang điểm CAPRINI để đánh giá nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch và dự phòng cho bệnh nhân cắt thùy phổi. Các biến chứng khác (viêm phổi, xẹp phổi) hiếm gặp nhưng cần dự phòng tích cực.

Trong các yếu tố tiên lượng khảo sát, độ ác mô học theo IASLC liên quan có ý nghĩa với DFS: nhóm độ 3 có DFS 3 năm thấp hơn rõ rệt (34,1% so với 69,8%; p = 0,023) (biểu đồ 2), phù hợp giá trị tiên lượng của hệ thống này [9]. Tuy nhiên, do độ ác mô học và giai đoạn có tương quan và số biến cố hạn chế, chúng tôi chưa thực hiện phân tích đa biến để khẳng định vai trò tiên lượng độc lập; vấn đề này cần làm rõ ở cỡ mẫu lớn hơn. Xâm nhập mạch bạch huyết có xu hướng tiên lượng xấu hơn nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê, nhiều khả năng do số ca dương tính ít.

Đối chiếu giai đoạn trước và sau mổ cho thấy hiện tượng chuyển dịch giai đoạn rõ rệt: trước mổ hầu hết bệnh nhân được xếp giai đoạn lâm sàng I (70/80; 87,5%) và II (10/80; 12,5%); sau mổ, phân bố theo giai đoạn bệnh học là giai đoạn I 68,8%, II 12,5% và IIIA 17,5% (cùng 1 trường hợp giai đoạn 0) (bảng 1). Có 23,8% bệnh nhân được thăng giai đoạn sau mổ, chủ yếu lên giai đoạn IIIA do phát hiện di căn hạch trung thất (N2) chưa phát hiện trước mổ. Hiện tượng thay đổi giai đoạn sau mổ cho thấy vai trò của nạo vét hạch hệ thống trong

xác định giai đoạn chính xác, từ đó định hướng điều trị bổ trợ.

Về ung thư học, số hạch nạo vét trung bình 11.2 hạch (bảng 1), đáp ứng yêu cầu để đánh giá tình trạng di căn hạch bạch huyết. Thử nghiệm ACOSOG Z0030 cho thấy ở bệnh nhân N0-N1 được đánh giá hạch kỹ, nạo vét hạch trung thất hệ thống cho sống còn tương đương, song nạo vét hệ thống xác định giai đoạn chính xác hơn và phát hiện di căn hạch trung thất ẩn [10]. Tỷ lệ di căn hạch 20,0% và tăng giai đoạn 23,8% củng cố nhận định nạo vét hạch là thành phần không tách rời của phẫu thuật triệt căn và là cơ sở chỉ định bổ trợ. Về mô hình tái phát tại chỗ – tại vùng (16 bệnh nhân), có 10 bệnh nhân tái phát tại hạch (hạch trung thất hoặc hạch thượng đòn, hạch cổ) và 6 bệnh nhân chỉ tái phát tại phổi hoặc màng phổi cùng bên cho thấy hiện tượng này nhiều khả năng phản ánh di căn vi thể tiềm ẩn tại hạch không phát hiện được trên bệnh phẩm ở thời điểm mổ, song cũng nhấn mạnh yêu cầu theo dõi sát, cân nhắc điều trị bổ trợ và tiếp tục chuẩn hóa kỹ thuật nạo vét hạch;

Kết quả sống còn trung hạn của chúng tôi (OS 86,2%, DFS 62,6%) (biểu đồ 1) tương đồng hoặc cao hơn nghiên cứu nội soi trong nước của Trần Minh Bảo Luân (109 bệnh nhân, OS 3 năm 65,3% và 5 năm 55,9%) [11]. Khác biệt phần lớn do cơ cấu giai đoạn: nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ giai đoạn I cao (68,8%) (bảng 1), trong khi nghiên cứu trên gồm nhiều bệnh nhân giai đoạn tiến triển hơn. Khi phân tầng theo giai đoạn, kết quả khá tương đồng, OS 3 năm giai đoạn I của Trần Minh Bảo Luân đạt 89,8-94,1%, tương đương nhóm giai đoạn I của chúng tôi. Higuchi và cộng sự (cắt thùy phổi nội soi cho ung thư phổi giai đoạn IA lâm sàng) báo cáo sống còn toàn bộ 5 năm 94,1% và sống còn không bệnh 5 năm 88,0%; sống còn của chúng tôi thấp hơn phần nào, phù hợp với việc mẫu nghiên cứu bao gồm cả giai đoạn II–IIIA và có tỷ lệ di căn hạch 20,0%, (bảng 1) trong khi nghiên cứu trên chỉ gồm giai đoạn IA. Đáng lưu ý, các tác giả này cũng ghi nhận tái phát sau nội soi liên quan độc lập với di căn hạch [12]. Về trung hạn Fabbri và cộng sự (ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I–III, phẫu thuật nội soi) báo cáo sống còn toàn bộ 3 năm 82,3% và sống còn không bệnh 3 năm 81,2% [13]; sống còn toàn bộ của chúng tôi (86,2%) tương đương, song sống còn không bệnh (62,6%) thấp hơn rõ, phù hợp với tỷ lệ di căn hạch và mô hình tái phát tại hạch cao hơn trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi.

Cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch vẫn là phương pháp tiêu chuẩn cho phần lớn UTPKTBN giai đoạn sớm. Với tỷ lệ di căn hạch và tăng giai đoạn đáng kể, bệnh nhân giai đoạn II-IIIA hoặc có di căn hạch, cũng như bệnh nhân đột biến EGFR, được cân nhắc điều trị bổ trợ (hóa trị và/hoặc điều trị đích) theo hướng dẫn hiện hành ; việc xác định chính xác giai đoạn sau mổ và tình trạng đột biến gen giúp định hướng bổ trợ cá thể hóa.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế mô tả hồi cứu tại một trung tâm, cỡ mẫu nhỏ, không nhóm chứng. Thứ hai, theo dõi mới ở mức trung hạn (chỉ 34/80 đủ 36 tháng) với tỷ lệ kiểm duyệt cao khiến ước lượng sống còn 3 năm có khoảng tin cậy rộng và chưa đánh giá được sống còn 5 năm. Thứ ba, các phân nhóm nhỏ và số biến cố ít (26 biến cố) làm giảm độ mạnh thống kê và không cho phép phân tích đa biến tin cậy, nên các yếu tố tiên lượng mới được đánh giá đơn biến, chưa xác định độc lập. Thứ tư, ảnh hưởng của điều trị bổ trợ lên sống còn không được phân tích riêng: điều trị bổ trợ được chỉ định theo giai đoạn và yếu tố nguy cơ mô bệnh học, trong khi thiết kế quan sát một nhóm cùng các phân nhóm nhỏ khiến một so sánh không hiệu chỉnh sẽ cho ước lượng thiên lệch; xét nghiệm đột biến gen cũng chưa thực hiện cho mọi bệnh nhân. Hướng khắc phục là nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi dài hơn và phân tích đa biến đầy đủ..

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là phương pháp an toàn, với tỷ lệ biến chứng nặng và tử vong

thấp và kết quả sống còn trung hạn khả quan. Độ ác mô học theo phân độ IASLC liên quan với DFS trong phân tích đơn biến và là một yếu tố tiên lượng đáng lưu ý; tuy nhiên vai trò độc lập của nó cần được khẳng định thêm trong các nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn tập thể Khoa Phẫu thuật Lồng ngực Trung tâm Tim mạch Lồng ngực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã hỗ trợ trong quá trình thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2024;74(3):229–63. https://doi.org/10.3322/caac.21834.

2. Postmus PE, Kerr KM, Oudkerk M. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2017;28(suppl_4):iv1–21. https://doi.org/10.1093/annonc/mdx222.

3. Bendixen M, Jørgensen OD, Kronborg C. Postoperative pain and quality of life after lobectomy via video-assisted thoracoscopic surgery or anterolateral thoracotomy for early stage lung cancer: a randomised controlled trial. Lancet Oncol 2016;17(6):836–44. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)00173-X.

4. Goldstraw P, Chansky K, Crowley J. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. J Thorac Oncol 2016;11(1):39–51. https://doi.org/10.1016/j.jtho.2015.09.009.

5. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg 2004;240(2):205–13. https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.

6. 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 Y học Việt Nam 2022;513(2):291–4. https://doi.org/10.51298/vmj.v513i2.2491.

7. Lê Hải Sơn, Trần Trọng Kiểm, Mai Văn Viện et al. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo vét hạch điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 2022;17(1):94–101.

8. Phạm Hữu Lư, Lê Văn Thực. Rò khí kéo dài sau phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi do ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam 2022;512(1):168–71. https://doi.org/10.51298/vmj.v512i1.2222.

9. Moreira AL, Ocampo PSS, Xia Y. A Grading System for Invasive Pulmonary Adenocarcinoma: A Proposal From the International Association for the Study of Lung Cancer Pathology Committee. J Thorac Oncol 2020;15(10):1599–610. https://doi.org/10.1016/j.jtho.2020.06.001.

10. Darling GE, Allen MS, Decker PA. Randomized trial of mediastinal lymph node sampling versus complete lymphadenectomy during pulmonary resection in the patient with N0 or N1 (less than hilar) non-small cell carcinoma: results of the American College of Surgery Oncology Group Z0030 Trial. J Thorac Cardiovasc Surg 2011;141(3):662–70. https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2010.11.008.

11. Trần Minh Bảo Luân, Vũ Trí Thanh. Các yếu tố tiên lượng thời gian sống còn sau phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tạp chí

Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam 2018;23:75–85. https://doi.org/10.47972/vjcts.v23i.387.

12. Higuchi M, Yaginuma H, Yonechi A et al. Long-term outcomes after video-assisted thoracic surgery (VATS) lobectomy versus lobectomy via open thoracotomy for clinical stage IA non-small cell lung cancer. J Cardiothorac Surg 2014;9:88. https://doi.org/10.1186/1749-8090-9-88.

13. Fabbri G, Femia F, Lampridis S et al. Long-term oncologic outcomes in robot-assisted and video-assisted lobectomies for non-small cell lung cancer. J Clin Med 2023;12(20):6609. https://doi.org/10.3390/jcm12206609.