

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT THỤY PHỔI QUA NỘI SOI ĐƯỜNG NGỰC

Trần Trọng Kiểm*

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi hỗ trợ trong phẫu thuật cắt thùy phổi

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu. Gồm những bệnh nhân bị bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II và các bệnh nhân giãn phế quản khu trú, được điều trị tại khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện TWQĐ108 từ tháng 4/2010 đến tháng 6 năm 2012. Bệnh nhân được chụp CT, Xạ hình xương, công năng phổi và các xét nghiệm phục vụ cho phẫu thuật. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt phân thùy phổi nội soi hỗ trợ.

Kết quả nghiên cứu: 20 bệnh nhân 12 nam, 8 nữ, tuổi trung bình 54,3 tuổi. 14 bệnh nhân ung thư không tế bào nhỏ, 6 bệnh nhân giãn phế quản. Thùy trên phổi phải 4, thùy giữa 3, thùy dưới phổi phải 6. Thùy trên phổi trái 2, thùy dưới phổi trái 5. Thời gian trung bình 170 phút, ngày nằm viện sau mổ trung bình 7 ngày, không có tai biến.

Kết luận: Đây là phương pháp phẫu thuật có nhiều ưu điểm, đường mổ ngực nhỏ, hậu phẫu nhẹ nhàng, thời gian nằm viện ngắn.

Outcome of VAST lobectomy

Abstract

Objective: outcome of VAST lobectomy

Method: It is a prospective study. A total of 20 patients, who underwent VAST lobectomy for non small cell lung cancer at stage I,II and bronchiectasis, from april 2009 to june 2012. Clinical evaluation, routine investigations, chest radiography, computed tomography, pulmonary function test, bronchoscopy were performed in all cases. All patients underwent preoperative anesthetic evaluation by anesthetist and one lung ventilation during surgery and specimen sent for histopathology.

Result: Out of 20 patients, 12 patients were male and 8 patients were female, mean age was 54,3 years, 14 patients were non small cell lung cancer, 6 patients were bronchiectasis. 4 right upper lobe, 3 right middle lobe, 6 right lower lobe,

2 left upper lobe and 5 left lower lobe. Mean operative time was 170 minute, mean hospitalization was 7 days, without complication.

Conclusion: This method has many advantages such as decreased postoperative pain, better postoperative respiratory function, short hospitalization.

Đặt vấn đề

Năm 1993, Kirby đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi đầu tiên [10]. Từ đó đến nay, phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi được tiến hành ngày càng nhiều hơn trên thế giới.

Phần lớn các nghiên cứu gần đây cho thấy phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi có nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mở kinh điển như: đường rạch da nhỏ, không băng xương sườn, bệnh nhân ít đau sau mổ hơn, thẩm mỹ hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn. Tuy vậy, trong thời gian ứng dụng, phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi vẫn còn một số băn khoăn về chỉ định phẫu thuật, kỹ thuật, thời gian phẫu thuật, kết quả lâu dài, đặc biệt trong phẫu thuật ung thư phổi.

Ở Việt Nam, phương pháp phẫu thuật này đã được áp dụng ở một số Bệnh viện lớn: Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện TWQĐ108...

Từ tháng 7 năm 2009, khoa phẫu thuật Lồng ngực bệnh viện TWQĐ108 đã tiến hành kỹ thuật “Cắt phổi bằng mổ ngực nhỏ nội soi hỗ trợ”. Tiếp đó, chúng tôi tiến hành cắt phổi nội soi có video hỗ trợ với tư thế bệnh nhân nằm nghiêng 90°.

Mục đích: Đánh giá hiệu quả của phương pháp cắt phổi qua nội soi đường ngực

*Bệnh viện Trung ương quân đội 108

Người chịu trách nhiệm khoa học: TS Trần Trọng Kiểm

Ngày nhận bài: 08/08/2013

Ngày Cho Phép Đăng: 16/08/2013

Phản Biện Khoa học: GS.TS. Đặng Hanh Đệ

PGS.TS. Lê Ngọc Thành

2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 20 bệnh nhân, trong đó có 14 bệnh nhân bị bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II và 6 bệnh nhân giãn phế quản khu trú, được điều trị tại khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện TWQĐ108 từ tháng 4/2010 đến tháng 6 năm 2012.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu, mô tả lâm sàng
- Bệnh nhân được chụp CT, Xạ hình xương, công năng phổi và các xét nghiệm phục vụ cho phẫu thuật. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt phân thùy phổi nội soi hỗ trợ.

Chỉ định phẫu thuật:

- Bệnh nhân được gây mê với ống nội khí quản 2 nòng, không có bệnh lý màng phổi, hoặc đã can thiệp vào khoang màng phổi trước đó
- Bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn I, II kích thước khối u < 6cm[8,9]
- Bệnh nhân giãn phế quản khu trú ở 1 thùy[8,9,13]
- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa mở mở khó khăn, có thể chỉ định cho mổ nội soi[1], FEV1 > 1,5 lít[3]

Vị trí trocar mà một số tác giả đã dùng

	Trocar 1	Trocar 2	Trocar 3	Đường rạch
Giancarlo R[13]	Liên sườn 7 hay 8 đường nách giữa	Liên sườn 4 nách sau	Liên sườn 5 nách trước	Liên sườn 3 hay 4 nách trước
Yim[15]	Liên sườn 7 hay 8 đường nách giữa	Liên sườn 7, 8 nách sau		Liên sườn 4 nách trước
Mc Kenna[9]	Liên sườn 7 hay 8 đường nách giữa	Liên sườn 5 nách trước	Liên sườn 4, 5 nách sau	Liên sườn 4 hay 5 nách trước
Yong Soo Choi [2]	Liên sườn 5, 6 nách trước	Liên sườn 5		Liên 1 sườn 4 hay 5

Qua tham khảo vị trí đặt trocar của các tác giả trong và ngoài nước và trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi đặt vị trí các trocar và đường rạch da:

Trocar thứ nhất: 10mm cho camera soi ở liên sườn 7 hay 8 đường nách giữa

Đường rạch: (4-6cm), để bóc tách và lấy mô ra, ở liên sườn 4, nằm giữa đường nách giữa và trước.

Chống chỉ định

- Bệnh nhân ung thư phổi, khối u T3, T4, hạch N2, N3

Dụng cụ phẫu thuật

Hầu hết các phẫu thuật viên đều dùng các dụng cụ tối thiểu để phẫu thuật nội soi lồng ngực gồm: Hệ thống máy nội soi lồng ngực, ống soi 30⁰ để thấy rõ và tránh đụng dụng cụ khác. Các dụng cụ mổ mở cũng như mổ nội soi khác, dùng đồ cong là thích hợp nhất, stapler như Endo GIA cho mạch máu, phế quản, nhu mô phổi, dao cắt đốt siêu âm.

Phương pháp mổ:

- Dưới gây mê nội khí quản bằng ống 2 nòng (ống Carlens)
- Bệnh nhân nằm nghiêng 90⁰, phẫu thuật viên đứng phía bụng bệnh nhân

Vị trí đặt trocar

Vị trí đặt trocar rất quan trọng, tùy thuộc vào từng phẫu thuật viên, tuy nhiên đảm bảo nguyên tắc hình tam giác, vị trí đặt trocar thích hợp sẽ giúp cho cắt thùy phổi, vét hạch dễ dàng, cũng như phải chuyển qua mổ mở khi cần thiết.

Trocar thứ 2 liên sườn 4 đường nách sau

Một số trường hợp, chúng tôi đặt thêm trocar để phục vụ cho quá trình phẫu tích.

Bộc lộ vào mặt trước và mặt sau rốn phổi, giải phóng rãnh liên thùy, thắt, cắt động mạch phân thùy, tĩnh mạch thùy, cắt phế quản thùy, vét hạch, kiểm tra, đặt dẫn lưu.



Hình ảnh vết mổ sau phẫu thuật cắt thùy trên phổi trái



Hình ảnh vết mổ sau cắt thùy dưới phổi trái

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi và giới

3.1.1. *Tuổi*: Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 54,3 tuổi. trong đó lớn tuổi nhất là 79 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi. Như vậy, u phổi có thể mắc ở hầu hết các lứa tuổi, thường gặp hơn ở tuổi trung niên và người già.

3.1.2. *Giới*

Bảng 1. Phân bố giới tính

	Giới	Tỷ lệ(%)
Nam	12	60
Nữ	8	40
Tổng số	20	100

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam chiếm 60 %, nữ giới 40%.

Bảng 2. Phân bố mặt bệnh

Giai đoạn	Ung thư phổi		Giãn phế quản	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
IA	2	14,3		
IB	4	28,6		
IIA	6	42,8		
IIB	2	14,3		
Tổng	14	100	6	100

Trong 20 bệnh nhân, có 14 bệnh nhân bị ung thư phổi, giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất(57,1%). Theo Yim: 80% bệnh nhân nghiên cứu của tác giả

là u phổi nguyên phát giai đoạn sớm. Chỉ định mổ nội soi khi u có kích thước < 4cm, cũng theo tác giả không phải u lớn gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật cắt thùy phổi, mà khi u lớn phải phanh sườn rộng mới lấy được u, như vậy sẽ mất đi ý nghĩa của phẫu thuật nội soi lồng ngực[15], theo Thomas chỉ định cho cả những bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn II[3]. Theo Giancarlo chỉ định phẫu thuật cho những bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn II (T1N1M0)[13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân giãn phế quản. Theo tác giả Mckenna, đã tiến hành phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi cho các bệnh nhân giãn phế quản, kén khí phổi lớn và một số u phổi lành tính[8.9]. Trong nghiên cứu của Anthony Yim, 20% bệnh nhân được chỉ định cắt thùy phổi nội soi là bệnh lành tính: giãn phế quản, lao kháng thuốc. Theo Giancarlo Roviario phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi được chỉ định cho cả những bệnh nhân giãn phế quản khu trú, và những bất thường ở phổi bẩm sinh như: phổi biệt lập[13], trong 20 bệnh nhân được phẫu thuật, có 25% là bệnh phổi lành tính

Bảng 3. Vị trí u, tổn thương

STT	Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Thùy trên bên phải	4	20,0
2	Thùy trên bên trái	2	10,0
3	Thùy giữa	3	15,0
4	Thùy dưới bên phải	6	30,0
5	Thùy dưới bên trái	5	25,0

Trong 20 bệnh nhân cắt thùy phổi, chúng tôi cắt thùy dưới phổi phải chiếm 30%. Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi thấy bộc lộ và cắt thùy dưới phổi trái có phần thuận lợi hơn. Những bệnh có rãnh liên thùy hoàn toàn sẽ giúp cho quá trình phẫu tích nhẹ nhàng và thuận lợi. Như vậy, quá trình phẫu thuật nội soi hỗ trợ, việc chẩn đoán hình ảnh rất quan trọng. Điều đó giúp cho tiên lượng cuộc mổ, nhất là giai đoạn đầu đang triển khai kỹ thuật mới.

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

STT	Kết quả điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Đau mức độ ít	20	100
2	Thời gian hậu phẫu trung bình	2-4	
3	Rò khí nhu mô	5	25
4	Tràn dịch mức độ nhẹ	8	40
5	Rò môn phế quản	0	0

Mức độ đau sau phẫu thuật giảm rất nhiều, giúp cho bệnh nhân hồi phục nhanh hơn, hô hấp tốt hơn so với bệnh nhân mổ mở. Tất cả các tác giả trong và ngoài nước đều đã khẳng định với kết luận trên[4,5,6,7,8,11,12]...

- Rò khí nhu mô cũng ít hơn, dẫn lưu phần lớn rút sau 48 giờ

Biến chứng:

- Trong 20 trường hợp phẫu thuật không có biến chứng.

Kết luận

- Qua 20 trường hợp phẫu thuật cắt phân thùy phổi, chúng tôi nhận thấy đây là một kỹ thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Kết quả bước đầu rất khả quan, có nhiều ưu điểm: đau sau phẫu thuật ít, thời gian hậu phẫu ngắn, vết mổ nhỏ, hồi phục hô hấp và thể lực nhanh hơn mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anthony P.C. Yim, MD. (2002). VAST major pulmonary resection revisited-controversies, Technique, and results. *Ann Thorac Surg*, 74: p 615-623

2. Flornyes RM. and Alam NZ(2007). Video-Assisted Thoracoscopic Surgery. Major

Lung Resections. Difficult decision in thoracic surgery. p 140 -146

3. Kirby TJ., Priest BP (1994). Video assisted thoracoscopic lobectomy. Atlas of video-assisted thoracic surgery . p221-226.

4. Lê Ngọc Thành, Phạm Hữu Lưu, Đỗ Tất Thành, Dương Văn Đoàn, Nguyễn Sỹ Khánh và cs. (2008). “Cắt thùy phổi qua phẫu thuật nội soi lồng ngực: nhân một trường hợp mổ thành công”. Tạp chí Y học Việt nam. P 443-448

5. Linden PA, Sugarbaker DJ(2007). Pulmonary Resection. *Mastery of Surgery*2007, p579 – 599.

6. Liu H.P;Lin P.J; Chang C.H. 1993. Video-Assisted Thoracic surgery: manipulation without trocar in 112 consecutive procedures. *Chest*.104: p1452-1454.

7. McKenna RJ; wolf R.K; Brenner M, et al. 1988. “ Is VAST lobectomy an adequate cancer operation?”. *Ann Thorac Surg*. 66: p1903-1908

8. McKenna RJ, Jr(2007). “Anatomic pulmonary Resections by videoassisted Thoracic surgery”. *Advanced therapy in thoracic surgery*, p68-74

9. McKenna R.J. Jr(2005). Video-Assisted Thoracic Surgery for Wedge Resection, Lobectomy, and Pneumonectomy. *General Thoracic Surgery*, p524 -532

10. Nguyễn Công Minh. Kết hợp đa mô thức trong điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 9 năm (1999 – 2007)(2008). Tạp chí Y học Việt nam tháng 11. tr546-557.

11. Nguyễn Hoài Nam(2006). Phẫu thuật nội soi lồng ngực. Nhà xuất bản Y học.

12. Onaitis M & D'Mico TA(2005). Lung Cancer: Minimally Invasive Approaches. *Surgery of the Chest* , p277-284.

13. Roviario G, Varoli F, Rebuffat C, Vergani C, Scalambra SM, and Maciocco M(1994). Video thoracoscopic lobectomy and pneumonectomy. Atlas of video-assisted thoracic surgery, p226-236.

14. Swanson SJ and Batirel HF(2002). Video-assisted thoracic surgery (VATS) resection for lung cancer. *The surgical clinics of North America*, p 541-561

15. Yim APC(2002). Video assisted pulmonary resections. *Thoracic surgery*, p1073-1084.