

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

Đinh Văn Lượng, Dương Xuân Phương***, Đinh Văn Tuấn*, Đặng Duy Đức*, Nguyễn Lê Vinh*, Nguyễn Sĩ Khánh*, Nguyễn Thành Long*, Lê Ngọc Thành***

TÓM TẮT:

Có 160 trường hợp PTNSLN cắt thùy phổi do ung thư phổi được thực hiện tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Trong đó 146 trường hợp thực hiện PTNSLN hoàn toàn, 14 trường hợp thực hiện PTNSLN không hoàn toàn do diễn biến không thuận lợi. Tuổi trung bình 58,4 (từ 34-80 tuổi), nam/nữ = 92/68. Trước mổ, tất cả các BN đều được đánh giá chức năng hô hấp, chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao có tiêm thuốc cản quang; sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học trước mổ là ung thư; các BN được chụp cộng hưởng từ sọ não; 150 BN được chụp PET/CT; 15 bệnh nhân được chụp xạ hình xương. 33 trường hợp cắt thùy trên phổi trái, 29 trường hợp thùy dưới phổi trái, 46 trường hợp thùy trên phổi phải, 15 trường hợp thùy giữa phổi phải, 37 trường hợp thùy dưới phổi phải. Chẩn đoán giai đoạn trước mổ gồm có 54 trường hợp ung thư phổi giai đoạn IA, 52 trường hợp giai đoạn IB, 15 trường hợp giai đoạn IIA, 20 trường hợp giai đoạn IIB, 19 trường hợp giai đoạn IIIA. Chẩn đoán giai đoạn sau mổ gồm có 51 trường hợp ung thư phổi giai đoạn IA, 58 trường hợp giai đoạn IB, 15 trường hợp giai đoạn IIA, 19 trường hợp giai đoạn IIB, 17 trường hợp giai đoạn IIIA. Thời gian phẫu thuật trung bình trung bình: 161,36 phút (90 – 270 phút). Lượng máu mất trung bình 94,05 ml (50 – 700ml); Thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình 4,27 ngày (1 – 9 ngày); Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 5,5 ngày (3-11 ngày). 10 trường hợp chảy máu trong mổ chuyển sang mổ mở ngực nhỏ (a-VATS). 03 trường hợp chảy máu sau mổ được mổ lại cầm máu kịp thời, sau mổ bệnh nhân ổn định. Sau giai đoạn hậu phẫu bệnh nhân được

chuyển điều trị hóa chất theo phác đồ chuẩn của hiệp hội Ung thư Hoa kỳ.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi.

ABSTRACT

EARLY RESULT OF VIDEO ASSISTED THORACIC SURGERY LOBECTOMY IN NON SMALL CELL LUNG CANCER AT NATIONAL LUNG HOSPITAL

160 patients underwent VATS lobectomy at National Lung Hospital, from June 2015 to March 2018. 146 patients was performed c-VATS, 14 patients was performed a-VATS, because of bleeding, large mediastinal lympho nodes, large tumour. The mean of age is 58,4 years (range 34-80 years), male/female = 92/68. Before surgery, all of patients had results of lung function, high resolution computed tomography, pathology by biopsy, magnetic resonance imaging of brain. 150 patients had PET-CT and 15 patients had scintigraphy. Before surgery, 54 cases of lung cancer stage IA, 52 cases of stage IB, 15 cases of stage IIA, 20 cases of stage IIB, 19 cases of stage IIIA. After surgery, 51 cases of lung cancer stage IA, 58 cases of stage IB. 15 cases of stage IIA, 19 cases of stage IIB, 17 cases of stage IIIA. The mean durations of operative time 161.36 (90-270 min), intraoperative blood loss 94,05 (50 - 700ml), the mean durations of

* Bệnh viện Phổi Trung Ương

**Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E

*** Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ

Người chịu trách nhiệm khoa học: GS.TS. Lê Ngọc Thành

Ngày nhận bài: 01/05/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 20/05/2018

Phản Biện Khoa học: GS.TS. Bùi Đức Phú

PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

chest drainage: 4.27 (1-9 days); the mean postoperative hospitalization 5.5 (3-11 days). 09 cases had bleeding in surgery and changed to a-VATS. Postsurgery, patients were treated chemotherapy following NCCN guideline.

Keywords: *Non-small cell Lung cancer, Thoracoscopic lobectomy.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính thường gặp nhất, số BN mới mắc chiếm nhiều nhất trong tổng số các trường hợp mới mắc do ung thư, và tăng trung bình 0.5% mỗi năm [1]. Cho đến nay, phẫu thuật ung thư phổi giai đoạn sớm, vẫn là phương pháp hiệu quả nhất kéo dài thời gian sống thêm cho BN. Tất cả các BN ung thư phổi có thể cắt bỏ trong phẫu thuật mở ngực kinh điển đều có thể cắt bỏ qua PTNSLN. Tuy nhiên, vấn đề còn bàn cãi ở đây là liệu phẫu thuật PTNSLN cắt thùy phổi có ưu điểm hơn kỹ thuật kinh điển hay không, về tính an toàn và hiệu quả điều trị ung thư.

Trên thế giới, PTNSLN cắt thùy phổi lần đầu tiên được thực hiện năm 1992 bởi Mc Kenna [2]. Tại Việt Nam, kỹ thuật này được thực hiện từ năm 2002, tại Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện 108, Bệnh viện Phổi Trung ương, Bệnh viện Bình Dân,... Kết quả bước đầu cho thấy các BN được PTNSLN cắt thùy phổi, so với mổ mở có nhiều ưu điểm rõ ràng: vết mổ nhỏ hơn, ít đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn hơn [2], [6]. Tuy nhiên, số BN được phẫu thuật bằng phương pháp này còn ít, các nghiên cứu với cỡ mẫu chưa đủ lớn.

Tại Bệnh viện Phổi Trung ương, PTNSLN cắt thùy phổi do ung thư phổi được thực hiện từ tháng 6 năm 2015, với số BN được phẫu thuật trung bình là 70-80 trường hợp mỗi năm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, nhằm đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi do ung thư phổi nguyên phát giai đoạn sớm, tại khoa Phẫu thuật lồng ngực,

Bệnh viện Phổi Trung ương, từ tháng 6 năm 2015 đến tháng 3 năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 160 BN được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn I-IIIa được điều trị PTNSLN cắt thùy phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 6 năm 2015 đến tháng 3 năm 2018.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn BN: BN được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIIa, được điều trị PTNSLN cắt thùy phổi tại khoa Phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện Phổi Trung ương, có hồ sơ bệnh án đầy đủ, rõ ràng.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ: BN được phẫu thuật nhằm mục đích chẩn đoán, không phải để điều trị, hồ sơ bệnh án không đầy đủ rõ ràng.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi cứu, không đối chứng.

2.5. Quy trình điều trị, kỹ thuật mổ

• Tất cả BN của chúng tôi đều được đánh giá, chẩn đoán trước mổ, thực hiện mổ và chăm sóc sau mổ dựa theo quy trình kỹ thuật mà TS. BS. Hyoeng Ryul Kim và các tác giả thế giới đề cập [1], [4], [6], được Bộ Y tế và Bệnh viện cho phép thực hiện.

+ BN được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cơ bản đánh giá chức năng các cơ quan, đặc biệt chức năng hô hấp cho phép cắt thùy phổi hay không.

+ Sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới cắt lớp vi tính chẩn đoán giải phẫu bệnh.

+ Chụp CT-scanner lồng ngực độ phân giải cao, MRI sọ não, PET/CT, Xạ hình xương để xác định giai đoạn bệnh trước mổ.

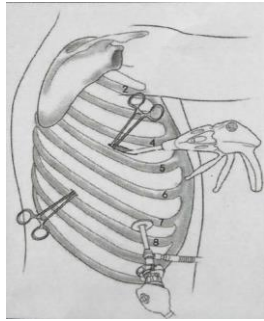
+ Thực hiện PTNSLN cắt thùy phổi bệnh lý, bóc hạch trung thất: TS. BS. Hyoeng Ryul Kim thực hiện vét hạch theo từng chặng, ngay cả không

co hạch. Với BN của chúng tôi phát hiện ở giai đoạn sớm, bóc hạch theo hướng dẫn của PET/CT hoặc tổn thương hạch nhìn thấy trong mổ.

+ Sau mổ BN được chăm sóc hậu phẫu theo quy trình chăm sóc BN mổ ngực, chuyển khoa Ung bướu để điều trị hỗ trợ hoá chất.

Kỹ thuật mổ:

- + Gây mê nội khí quản 2 nòng.
- + Trocar 1 (camera): 10mm, LS 7/8 đường



nách giữa; trocar 2 (10mm): LS 5-7; đường nách sau; đường rạch (4-6cm): LS 4/ 5, trước bên. Không dùng dụng cụ banh sườn.

+ Động mạch được thắt bằng chỉ lạnh. Một số trường hợp động mạch cắt bằng stapler và tĩnh mạch phổi được cắt bằng stapler 2,0 hoặc 2,5mm; phế quản hoặc nhu mô phổi được cắt bằng stapler 3,5 hoặc 4,5mm.



+ PTNSLN hoàn toàn (c-VATS): đường mổ dưới 5cm, nhìn hoàn toàn trên màn hình video, không dùng dụng cụ banh sườn.

+ PTNSLN không hoàn toàn (a-VATS): đường mổ 5-10cm, có dùng dụng cụ banh sườn, nhìn trực tiếp qua vết mổ kết hợp với nhìn trên màn hình video.

+ Khi tiến hành VATS cắt thùy phổi thì có một số điểm khác với phẫu thuật mở kinh điển như: bộc lộ rốn phổi đòi hỏi cả hai mặt trước và sau khác với mổ mở thường là bóc tách từ rãnh gian thùy; các thành phần được cắt theo trình tự “cái nào nhìn thấy trước, bộc lộ được trước thì cắt trước” không như mổ mở kinh điển là: tĩnh mạch hay động mạch trước rồi mới cắt phế quản sau cùng.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

• Hồi cứu hồ sơ bệnh án; số liệu thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

• Các thông tin cần thu thập:

1. Tuổi, giới, kết quả mô bệnh học, giai đoạn bệnh.
2. Phương pháp mổ, vị trí thùy phổi được

phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian dẫn lưu màng phổi, thời gian nằm viện sau mổ.

3. Biến chứng sau mổ: viêm phổi, xẹp phổi, tràn mủ màng phổi, sốc nhiễm khuẩn, chảy máu sau mổ, rò khí kéo dài, biến chứng tim mạch, tử vong, phẫu thuật nội soi hoàn toàn không thực hiện được chuyển mổ nội soi không hoàn toàn.

4. Đánh giá kết quả:

+ *Kết quả tốt*: Thực hiện thành công phẫu thuật a-VATS, không tai biến hay biến chứng.

+ *Kết quả trung bình*: Thực hiện thành công phẫu thuật a-VATS với các tai biến nhỏ được xử trí tốt bằng nội soi. Các biến chứng sau mổ nhưng, không phải mổ lại.

+ *Kết quả xấu*: Không thực hiện được phẫu thuật nội soi, phải chuyển mổ ngực. Các biến chứng sau mổ như: chảy máu, xẹp phổi, mủ màng phổi,... phải mổ lại xử trí thương tổn.

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTPKTBN

- Tuổi trung bình là 58,4 tuổi (34-72 tuổi); Đa số BN ở độ tuổi > 49 (93,3%). Tỷ lệ nam/ nữ là 92/68 (1.5:1).

Bảng 3.1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ho khan	36	22,5
Ho ra máu	17	10,6
Đau ngực	19	11,9
Khó thở	29	18,1
Sốt	29	18,1
Không triệu chứng	105	65,6

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho khan (22,5%). Có 65,6% BN không có triệu chứng.

Bảng 3.2: Hình ảnh tổn thương trên CT-scanner

Hình ảnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Vị trí tổn thương	Thùy trên trái	33	20,6
	Thùy dưới trái	29	18,1
	Thùy trên phải	46	28,8
	Thùy giữa phải	15	9,4
	Thùy dưới phải	37	23,1
Kích thước u	$X \pm SD$ (Min, Max): 2,96 \pm 0,94 (1,5-5,8 cm)		
Hạch	Hạch rốn phổi	39	24,2
	Hạch trung thất	33	20,8
	Không	88	55

Nhận xét: Tổn thương có thể ở tất cả các vị trí, gặp nhiều nhất ở thùy trên phải.

Bảng 3.3: Kết quả mô bệnh học

Giải phẫu bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô vảy	21	13,1
Ung thư biểu mô tuyến	124	77,5
Ung thư biểu mô tế bào lớn	7	4,4
Ung thư biểu mô tuyến vảy	4	2,5
U carxinoid	4	2,5

Nhận xét: 100% BN sinh thiết u phổi dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính chẩn đoán mô bệnh học; với ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (77,5%). Có giải phẫu bệnh thì 100% BN được chụp MRI/CT có tiêm thuốc tương phản, 150 BN được chụp PET/CT, 15 BN chụp xạ hình xương toàn thân.

3.2. Kết quả sớm VATS cắt thùy phổi trong UTPKTBN

- 100% BN được gây mê nội khí quản ống 2 nòng để làm xẹp phổi bệnh lý, gây tê ngoài màng cứng trước mổ (84,1%).

Bảng 3.4: Kỹ thuật mổ, thời gian mổ, lượng máu mất, dẫn lưu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Phương pháp mổ	c-VATS	146	91,3
	a-VATS	14	8,7
Kỹ thuật mổ	Cắt thùy phổi	152	95
	Cắt phân thùy, cắt u	8	5
Thời gian mổ (phút)	$X \pm SD$ (Min-Max)	161,36 \pm 37,27 (90-270)	
Lượng máu mất (ml)	$X \pm SD$ (Min- Max)	94,09 \pm 100,65(50-700)	
Số lượng dẫn lưu	1 dẫn lưu	156	97,5
	2 dẫn lưu	4	2,5

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 161 phút, ngắn nhất 90 phút, dài nhất 270 phút. Lượng máu mất trung bình là 94ml. Đa số các trường hợp BN chỉ cần đặt 1 dẫn lưu (97,5%).

Bảng 3.5: Thời gian rút dẫn lưu và nằm viện sau mổ

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thời gian rút dẫn lưu	Dưới 7 ngày	141	88,1
	Trên 7 ngày	19	11,9
	Trung bình	4,27 \pm 1,92 (từ 1-9 ngày)	
Thời gian nằm viện sau mổ	Dưới 7 ngày	124	77,5
	Trên 7 ngày	36	22,5
	Trung bình	5,5 \pm 2,19 (Từ 3-11 ngày)	

Nhận xét: Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 4,3 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ là 5.5 ngày.

Bảng 3.6: Tai biến và biến chứng

Biến chứng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Xử trí
Chuyển mổ a-VATS	14	8,7	-
Chảy máu	3	1,9	Mổ lại, bơm rửa màng phổi
Rò khí kéo dài	1	0,63	Hút áp lực thấp
Rò dưỡng chấp màng phổi	1	0,63	Mổ lại
Mổ lại	3	1,9	-
Tử vong	0	0	

Nhận xét: 5 BN biến chứng sau mổ; có 3 BN có tai biến chảy máu sau mổ, chỉ có 2 trường hợp phải mổ lại cầm máu; 1 trường hợp rò dưỡng chấp phải mổ lại khâu lỗ rò.

Bảng 3.7: Đánh giá giai đoạn trước và sau mổ

Giai đoạn	Trước mổ		Sau mổ	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Ia	54	33,7	51	31,9
Ib	52	32,5	58	36,2
IIa	15	9,4	15	9,4
IIb	20	12,5	19	11,9
IIIa	19	11,9	17	10,6

Nhận xét: Có 12 trường hợp có sự khác biệt về đánh giá giai đoạn trước và sau mổ. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- *Kết quả sớm sau phẫu thuật:* Tốt chiếm 92%; trung bình chiếm 3,3%; xấu chiếm 4,7%.

IV. BÀN LUẬN

• Trong vòng 21 tháng, từ tháng 6 năm 2015 đến tháng 3 năm 2018, tại khoa Phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện Phổi Trung ương có 160 BN ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ, giai đoạn sớm được PTNSLN cắt thùy phổi. Với tuổi đời trung bình 58,4; nam/ nữ 1,35/1. Tỷ lệ này cũng tương đương với các tác giả trong và ngoài nước như Jesús Loscertales (2010): 349 ca; nam/nữ = 1,6/1; tuổi trung bình 59,7 [2]. Trần Minh Bảo Luân (2012): 15 ca; Nam/nữ = 2/1; tuổi trung bình 65 ± 8,3 [2]; Văn Tần (2002-2008): 25 ca; nam/nữ ± 1/1; tuổi trung bình 58,09 [5]. Điều này cũng phù hợp với dịch tễ bệnh ung thư phổi; tuy nhiên, do công tác tuyên truyền, tư vấn sức khỏe cho BN trong những năm gần đây được nâng cao, góp phần quan trọng làm giảm tỷ lệ BN đến viện vào giai đoạn muộn của bệnh. Theo Xihao Sui nghiên cứu trên 105 BN cao tuổi bị ung thư phổi được mổ VATS cắt thùy phổi thấy thấy khoảng 71% các trường hợp mới được chẩn đoán xảy ra ở BN trên 70 tuổi, trong đó hơn 1/3 là 80 tuổi hoặc cao hơn trong năm 2005-2009. Câu hỏi liệu một liệu trình điều trị là cần thiết cho dân số ngày càng tăng của BN cao tuổi bị ung thư phổi giai đoạn sớm. Các BN cao tuổi bị ung thư phổi ở giai đoạn sớm có nhiều khả năng có thể trạng kém và nhiều bệnh kèm theo dẫn đến không

sẵn sàng hoặc không thể can thiệp phẫu thuật, ngay cả khi thực hiện mổ VATS, tuy nhiên, nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, can thiệp VATS cắt thùy phổi trong ung thư phổi người cao tuổi là chỉ định, cơ hội tốt nhất giúp kéo dài thời gian sống không bệnh của BN [6].

• Y văn cũng chỉ rõ triệu chứng lâm sàng bệnh ung thư phế quản không rầm rộ như các bệnh lý viêm nhiễm khác tại phổi, màng phổi, trong nghiên cứu chúng tôi gặp tới 66% BN không có triệu chứng; số còn lại hay gặp là ho khan. Như vậy, việc khám sức khỏe định kỳ là rất cần thiết, có thể sàng lọc ung thư phổi sớm qua chụp xquang phổi chuẩn, CT-scanner ngực liều thấp, soi phế quản huỳnh quang gây tê có sinh thiết. Từ đó có thể can thiệp mổ nội soi sớm, đem lại kết quả khả quan.

• Tất cả các BN của chúng tôi đều được đánh giá, chẩn đoán bệnh theo quy trình; được đánh giá tổng thể tất cả các cơ quan, đặc biệt đo chức năng hô hấp, soi phế quản huỳnh quang, chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao có tiêm thuốc cản quang đánh giá khối u và hạch trung thất (kích thước khối u nhỏ dưới 6cm, có 55% không có hạch rốn phổi hay trung thất); 100% BN được sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính chẩn đoán mô bệnh học trước mổ là ung thư, tỷ

lệ ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (77,5%) điều này phù hợp với dịch tễ ung thư phổi nguyên phát (Xizhao Sui cũng thống kê thấy có 72% ung thư biểu mô tuyến [6]; các BN đều được chụp cộng hưởng từ sọ não; 150 BN được chụp PET/CT; 15 BN không có bảo hiểm được đánh giá chụp xạ hình xương toàn thân. Việc đánh giá giai đoạn trước mổ rất quan trọng, giúp chúng ta chọn lựa phương pháp mổ, tiên lượng cuộc mổ cũng như định hướng điều trị hỗ trợ sau mổ. điều này được nhiều tác giả trên thế giới đề cập đến [1], [2], [6].

- Chúng tôi tiến hành mổ c-VATS dựa theo kỹ thuật của TS. BS. Hyoeng Ryul Kim, với đường mổ ngực nhỏ trước bên, và 1 trocar cho camera, thời gian đầu mới thực hiện chúng tôi mở thêm 1 trocar LS V-VI đường nách sau để vén phổi, sau đó chúng tôi chỉ thao tác qua đường mổ ngực nhỏ (như tác giả Xizhao Sui thực hiện [6]). Tiến tới chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi 1 lỗ, đây cũng là tiến bộ vượt bậc trong PTNSLN. Với 33 trường hợp cắt thùy trên phổi trái, 29 trường hợp thùy dưới phổi trái, 46 trường hợp thùy trên phổi phải, 15 trường hợp thùy giữa phổi phải, 37 trường hợp thùy dưới phổi phải. Trong quá trình phẫu tích, những hạch rốn phổi được bóc hoặc gạt lên phần phổi bỏ đi. Bóc tất cả những hạch trung thất mà được định vị trước mổ bằng CT-scanner và PET/CT, cũng như hạch nhìn thấy, nghi ngờ trong mổ. Trường hợp PET/CT không thấy hạch tổn thương, chúng tôi vẫn lấy hạch làm giải phẫu bệnh để đánh giá giai đoạn sau mổ. Cũng đã nhiều tranh cãi về việc vét hạch hay bóc hạch, tuy nhiên chưa có báo cáo thống kê nào khẳng định kỹ thuật nào lợi hơn về mặt ung thư học. Theo kinh nghiệm, chúng tôi thấy việc vét tất cả các hạch hạch thường làm cuộc mổ kéo dài, hậu phẫu nặng nề, nguy cơ tai biến và biến chứng cao hơn. BN của chúng tôi ở giai đoạn sớm, giai đoạn đầu mới thực hiện PTNSLN cắt thùy phổi nên chúng tôi thực hiện bóc hạch. Thống kê của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác,

Văn Tân (2002-2008): 25 ca; Trên phải (48%); trên trái (24%); Trần Minh Bảo Luân (2012): 15 ca; Dưới trái (47%); KT khối u $4 \pm 0,5$; hạch rốn phổi (46%); hạch trung thất (20%). Jesús Loscertales (2010): 349 ca; Trên phải (33,2%); trên trái (20%). Xizhao Sui (2015; n=105) trên phải chiếm chủ yếu (31,5%).

- Đa số BN phẫu thuật chúng tôi đều gây tê ngoài màng cứng trước mổ (84,1%). Có 08 trường hợp tuổi cao (70-80 tuổi), có rối loạn thông khí tắc nghẽn (FEV1 <60%), khối u nhỏ < 2cm, không có hạch trung thất (đánh giá qua PET/CT), chúng tôi quyết định mổ nội soi cắt tối thiểu phần phổi chứa khối u, đảm bảo hậu phẫu thuận lợi. Nghiên cứu của chúng tôi có 14 trường hợp chuyển mổ a-VATS do nhận thấy diễn biến mổ không thuận lợi, đây cũng là những trường hợp mổ đầu tiên của nghiên cứu, với phương tiện, trang thiết bị còn thiếu, kinh nghiệm mổ VATS cắt thùy phổi chưa nhiều. Về thời gian phẫu thuật cũng là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá kết quả cuộc mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi 161,36 phút, dài hơn so với một số tác giả khác, tuy nhiên đây là bước đầu chúng tôi áp dụng VATS cắt thùy phổi do ung thư, nên những trường hợp đầu tiên được phẫu thuật rất lâu, càng về sau thì thời gian phẫu thuật được rút ngắn dần, hơn nữa trong điều kiện còn thiếu thốn về dụng cụ, trang thiết bị, đặc biệt chúng tôi sử dụng tiết kiệm stapler, để giảm chi phí mổ cho BN nên các động mạch chúng tôi phải thắt và cắt bằng chỉ lạnh, đa số chỉ dùng stapler để cắt tĩnh mạch và phế quản, nên thời gian mổ kéo dài hơn. Như vậy, thời gian phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều vào đường cong huấn luyện. Chúng tôi tin rằng với số lượng BN lớn hơn trong các báo cáo tiếp theo của chúng tôi, cùng sự tiến bộ về trang thiết bị, thời gian phẫu thuật sẽ rút ngắn hơn đáng kể. Lượng máu mất trong mổ cũng nằm trong giới hạn cho phép, trung bình 94ml. Trần Minh Bảo Luân (2012): thời gian phẫu thuật ($150 \pm 38,5$ ph);

Máu mất (150 ml) [2]. Văn Tần thấy thời gian PT (110 ph); máu mất (240 ml) [5]; Xizhao Sui (n=105): thời gian mổ 195,7 phút (thực hiện vét hạch), lượng máu mất 194,3 ml [6].

- Tỷ lệ BN bị biến chứng của chúng tôi là 3,1%, trong đó chủ yếu là chảy máu sau mổ (1,9%). Với những BN có chảy máu sau mổ, có 2 BN chúng tôi phải mổ lại cầm máu, 1 BN được dẫn lưu, bơm rửa màng phổi ổn định. Có 01 BN bị rò dưỡng chấp sau mổ cắt thùy trên phổi phải, do chúng tôi thực hiện vét hạch dọc từ nhóm 4 xuống nhóm 8, đặc biệt hạch nhóm 4 cứng chắc nên khi lấy bị tổn thương ống ngực, BN được mổ lại khâu lại lỗ rò ngay sau mổ 24 tiếng. Đặc biệt chúng tôi tiến hành khâu phục hồi tất cả những tổn thương rách phổi có dò khí ngay trong mổ, nên sau mổ phổi nở tốt, có 01 trường hợp biến chứng dò khí kéo dài 8 ngày. Các BN vẫn phục hồi sức khỏe ổn định, không có BN nào tử vong. Nghiên cứu của chúng tôi với số liệu còn nhỏ, chọn lựa BN còn ở giai đoạn sớm nên các biến chứng được ghi nhận không đáng kể khi so sánh với các tác giả khác, điều này có thể do lần đầu áp dụng phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi nên chúng tôi chọn lựa BN với tổn thương không quá phức tạp; không có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo, nên phẫu thuật được thực hiện dễ hơn và ít biến chứng hơn. Jesús Loscertales (2010): Chuyển mở ngực (9,2%); biến chứng (12,8%), dò khí chiếm 3,5% [4]; Văn Tần: Biến chứng 16% (thủng PQ gốc, xẹp phổi, gãy sườn), 1 ca tử vong [5]. Xizhao Sui (n=105) có tỷ lệ tai biến, biến chứng là 12,8%, chủ yếu rò khí kéo dài dây cũng là nguy cơ cao đối với BN cao tuổi, chức năng phổi kém; với 5 ca tử vong chủ yếu do bệnh phổi hợp (hai ARDS, hai thuyên tắc phổi và một nhồi máu tim) [6].

- Một tiêu chí đáng quan tâm nữa là thời gian đặt dẫn lưu và thời gian nằm viện sau mổ. Đa số BN chúng tôi chỉ đặt 01 dẫn lưu màng phổi, giảm sang chân cho Bn, dẫn lưu được rút

khi lâm sàng BN ổn định, dịch dẫn lưu có màu hồng, vàng nhạt, số lượng dưới 100ml/24 giờ, không còn rò khí, xquang phổi nở tốt. Sau khi rút dẫn lưu, nếu không có biến chứng gì khác, BN được chuyển lên khoa Ung Bướu để đánh giá điều trị tiếp hoá chất hỗ trợ. Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 4,27 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5,5 ngày, điều này cho thấy ưu điểm vượt trội của nội soi, xâm lấn ít, rút ngắn thời gian nằm viện. Các số liệu trên tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam, thời gian rút dẫn lưu trung bình là 4,5 ngày theo Trần Minh Bảo Luân (2012) [2]; và 8 ngày theo Văn Tần (2010) [5]. Thời gian kéo dài hơn khi thực hiện mổ lớn nào vét hạch nhiều, như Xizhao Sui (2015), thời gian dẫn lưu trung bình 7,52 ngày; thời gian nằm viện sau mổ trung bình 10,66 ngày [6].

- Đa đa số BN của chúng tôi được phát hiện và mổ ở giai đoạn 1 (trên 70 %); các BN đều được đánh giá kỹ lưỡng trước mổ (như MRI/CT, Xạ hình xương, PET/CT) nên việc chẩn đoán giai đoạn trước và sau mổ sai số không đáng kể. Do vậy, việc can thiệp phẫu thuật cũng như lựa chọn phương pháp điều trị ung thư phổi phụ thuộc chặt chẽ vào việc đánh giá giai đoạn trước mổ. Các tác giả khác cũng đánh giá giai đoạn trước mổ và chủ yếu thực hiện VATS trên BN giai đoạn 1 và 2. Trần Minh Bảo Luân (2012): 100% BN giai đoạn II [2]. Jesús Loscertales (2010): Giai đoạn I (91,9%); Giai đoạn II (8,1%) [4]. Văn Tần: Giai đoạn II (56%); Giai đoạn IIIA (44%) [5]. Nghiên cứu của Sizhao Sui thực hiện VATS cắt thùy phổi do ung thư trên 105 BN cao tuổi, thấy 66,7% giai đoạn I, có 16,7% giai đoạn IIIA [6], như vậy việc áp dụng PTNSLN cắt thùy phổi trong ung thư phổi đối với người cao tuổi cũng cần thiết ngay cả giai đoạn IIIA.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, thực hiện giảm đau ngoài màng cứng, kết hợp với thuốc giảm đau tiêm chỉ thực hiện trong vài ngày đầu, từ ngày thứ 3 chúng tôi chủ yếu dùng một loại

thuốc giảm đau (chủ yếu đường uống)), số BN ra viện chỉ còn đau mức 1-2. Nhiều tác giả như Sugiura, Demmy và Curtis đều cho rằng thời gian cần sử dụng giảm đau ngoài màng cứng cho BN rất ngắn so với mổ mở.

Nhiều tác giả cho thấy kết quả rất tốt của VATS cắt thùy phổi do ung thư đạt 70-95% sống trên 5 năm (đặc biệt giai đoạn I). Chúng tôi đang theo dõi những BN đã phẫu thuật, nhưng chưa có đánh giá, tổng kết xa. Về kết quả sớm thì đạt kết quả tốt 92%. Nhiều báo cáo cho thấy phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi trong ung thư phổi thuận lợi, nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở, đặc biệt đối BN cao tuổi [3], [4], [6].

V. KẾT LUẬN

- PTNSLN cắt thùy phổi trong ung thư phổi đang được ứng dụng rộng rãi được nhiều tác giả trên thế giới chứng minh qua các nghiên cứu với nhiều ưu điểm: xâm lấn tối thiểu; giảm đau sau mổ, chức năng hô hấp sau mổ được phục hồi nhanh; rút ngắn thời gian nằm viện, biến chứng và di chứng giảm so với mổ mở, thẩm mỹ cao.

- PTNSLN đúng tiêu chuẩn (c-VATS) đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trang thiết bị hiện đại. Tuy nhiên tại Việt Nam có rất ít các cơ sở có đủ điều kiện để thực hiện kỹ thuật này

- Bệnh viện Phổi Trung ương đã thực hiện thường qui VATS cắt thùy phổi do UTPKTBN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jemal A, et al**, “Global cancer statistics”, *CA cancer J Clin*, 2011, 61(2), 69-90.

2. **Trần Minh Bảo Luân**, “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt thùy phổi qua nội soi lồng ngực trong điều trị ung thư phổi”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 16 chuyên đề Ngoại khoa, năm 2012, tr. 196-201.

3. **Paul C. Lee, MD, et al**, “Lobectomy for Non-small cell lung cancer by Video-Assisted thoracic surgery: Effects of cumulative institutional experience on adequacy of lymphadenectomy”, *Ann Thorac Surg* 2016, 101: 1116-22.

4. **Jesus Loscertales et al**. Video-Assisted Surgery for Lung Cancer. State of the Art and Personal Experience. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2010;17:313–26.

5. **Văn Tần và cộng sự**, “Phẫu thuật cắt phổi ung thư nội soi hỗ trợ”, *Tạp chí ngoại khoa*, số 4,5,6 năm 2010, tr. 365-373.

6. **Xizhao Sui, MD et al**, “Outcome of VATS lobectomy for elderly Non-small cell lung cancer: A Propensity score-matched study”, *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2015; 21: 529-535