

Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Vũ Ngọc Tú, Nguyễn Duy Gia*, Nguyễn Duy Thắng

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư phổi là loại ung thư gây tử vong hàng đầu tại Việt Nam. Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi được chỉ định để điều trị cho các trường hợp ung thư phổi không tế bào nhỏ có giai đoạn phù hợp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhằm đánh giá tính khả thi và độ an toàn của phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022 trên 30 bệnh nhân được cắt thùy phổi nội soi điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Đơn vị phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Kết quả: Hầu hết các bệnh nhân đều ở giai đoạn sớm, có 4 bệnh nhân giai đoạn IIIA, thời gian mổ là trung bình là 96 phút, thời gian nằm viện trung bình là 5,7 ngày. Có 01 trường hợp tử vong do thuyên tắc phổi và 1 trường hợp rò khí > 7 ngày sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy tính khả thi và an toàn mặc dù còn nhiều vấn đề cần cải thiện để nâng cao chất lượng điều trị.

Từ khóa: Ung thư phổi, phẫu thuật nội soi lồng ngực, phẫu thuật cắt thùy phổi.

EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC LOBECTOMY IN THE TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

Background: Lung cancer is the leading cause of cancer death in Vietnam. Total endoscopic lobectomy is indicated for the treatment of suitable stage non-small cell lung cancer. We conducted a study on patients undergoing laparoscopic lobectomy at Hanoi Medical University Hospital to evaluate the feasibility and safety of the surgery.

Methods: We conducted a study from January 2022 to December 2022 on 30 patients undergoing endoscopic lobectomy for non-small cell lung cancer at the Cardiovascular and Thoracic Surgery Unit, Hanoi Medical University Hospital.

Results: Most of the patients were in early stage, there were 4 patients with stage IIIA, the average operating time was 96 minutes, the average hospital stay was 5.7 days. . There was 01 death due to pulmonary embolism and 1 case of air leak > 7 days after surgery.

Tác giả chính: Vũ Ngọc Tú

Email: Vungoctu@hmu.edu.vn

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Duy Gia

Email: Duygia.nguyen@gmail.com

Ngày gửi bài: 18/03/2023 - Ngày chấp nhận đăng: 18/04/2023

Conclusion: Total endoscopic lobectomy at Hanoi Medical University hospital shows feasibility and safety although there are still many problems to improve to improve the

quality of treatment

Keyword: Lung cancer, thoracoscopic surgery, lobectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư phổi là bệnh lý có tỷ lệ cao về cả tỷ lệ mắc mới và nguyên nhân tử vong tại Việt Nam.(1) Phẫu thuật cắt thùy phổi điều trị ung thư được chỉ định cho các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giải đoạn nhỏ hơn hoặc bằng IIIa(2).

Phẫu thuật nội soi lồng ngực bằng nội soi ống cứng ra đời từ những năm 1910.(3) Đến năm 1992, các tác giả người Nhật đã thực hiện thành công ca cắt thùy phổi nội soi đầu tiên.(4) Đây là bước tiến bộ lớn khi kỹ thuật này giúp cho vết mổ nhỏ hơn, tăng tính thẩm mỹ cũng như giúp quan sát và thao tác tại một số vị trí thuận lợi, đồng thời giúp bệnh nhân giảm đau và phục hồi tốt hơn sau mổ.

Tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi đã được triển khai từ năm 2017, tuy nhiên, đến năm 2022 phẫu thuật này mới được triển khai thường quy với số lượng lớn. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá lại hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật trên. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm nhận xét về chỉ định và đánh giá độ an toàn của phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi trong điều trị ung thư phổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Thời gian:** 01/01/2022 đến 31/12/2022.

2. **Địa điểm:** Đơn vị phẫu thuật Tim mạch lồng ngực Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

3. Đối tượng nghiên cứu:

3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân ung thư phổi có chỉ định và được phẫu thuật cắt thùy phổi qua nội soi lồng ngực (NSLN) cắt thùy phổi, nạo vét hạch tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2022 tới tháng 12/2022.

3.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy phổi do bệnh lý không ung thư hoặc do các loại ung thư khác

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

4. Phương pháp nghiên cứu:

4.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

4.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu: 30 bệnh nhân

4.2. Phương pháp thu thập số liệu:

Thu thập số liệu về các thông tin trước mổ, giải đoạn u, thông tin trong và sau mổ và kết quả theo dõi, khám lại sau 3 tháng:

+ Thông tin trước mổ:

- Thông tin chung: Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ: Hút thuốc lá, COPD, tiền sử gia đình

- Chức năng hô hấp trước mổ

- Vị trí U

- TNM trước mổ theo giải đoạn TNM cho ung thư phổi phiên bản số 8 (2017) (5), di căn hạch và di căn tạng khác được đánh giá trên PET/CT hoặc MRI sọ não, MRI toàn thân phối hợp với chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, siêu âm hạch

cổ, bẹn nách. Dựa vào đó đánh giá giai đoạn trước mổ theo IASLC lần thứ 8.(5)

- Sinh thiết trước mổ: Bệnh nhân được sinh thiết/ Không thể sinh thiết trước mổ, kết quả sinh thiết. Các trường hợp bệnh nhân không thể sinh thiết trước mổ sẽ được phẫu thuật nội soi sinh thiết tức thì trong mổ.

- Thời gian mổ, lượng máu mất, tai biến trong mổ

- Thời gian lưu dẫn lưu, thời gian nằm viện.

- Biến chứng sau mổ: Nhiễm trùng, ổ cặn màng phổi, rò khí, chảy máu, tử vong

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, giai đoạn TNM theo TNM cho ung thư phổi phiên bản số 8 (năm 2017).(5)

4.3. Chỉ định phẫu thuật:

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật theo hướng dẫn của bộ y tế,(6) và cập nhật 2022 về hướng dẫn điều trị ung thư phổi của hiệp hội phẫu thuật lồng ngực Châu Âu (ESTS) năm 2009(2): Chỉ định phẫu thuật cho các trường hợp u giai đoạn nhỏ hơn hoặc bằng IIIA.

Các trường hợp u giai đoạn IIIA T4N0/1M0, chúng tôi chỉ định phẫu thuật với các trường hợp xâm lấn cơ hoành, thần kinh thanh quản quặt ngược và u 2 thùy phổi cùng bên. Với trường hợp u T3 xâm lấn màng tim, thành ngực, thần kinh hoành, chúng tôi tiến hành cắt màng tim, thành ngực vị trí xâm lấn kèm theo.

Các trường hợp u giai đoạn IIIA T4N0/1M0 u xâm lấn vào trung thất, tim, mạch máu lớn, thực quản hoặc cột sống, chúng tôi không chỉ định phẫu thuật.

Các bệnh nhân được đánh giá giai đoạn u, sinh thiết trước mổ chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ hoặc các trường hợp bệnh nhân không thể sinh thiết phổi trước mổ được sinh thiết tức thì trong mổ là UTPKTBN, đo chức năng hô hấp có FEV1 > 60% và không có chống chỉ định mổ khác.

4.4. Phương pháp phẫu thuật:

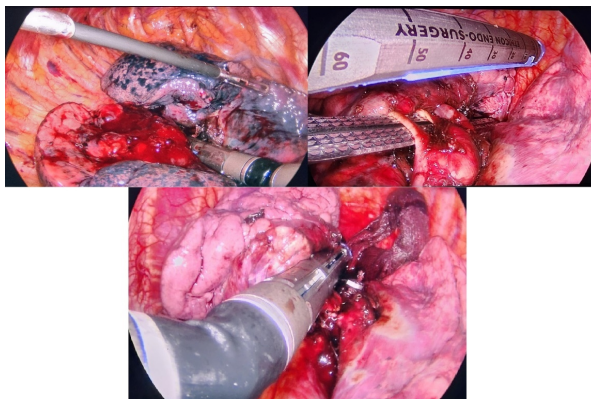
- Gây mê nội khí quản 2 nòng, bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ, độn dưới nách. Bệnh nhân được bơm CO2 khoang màng phổi để xẹp phổi nếu phổi xẹp kém sau khi đã thông khí 1 phổi đối diện

- Vị trí phẫu thuật viên: phía lưng bệnh nhân đối với u phổi phải và phía bụng bệnh nhân đối với u phổi trái.

- Lỗ trocar thứ nhất: 10mm dùng cho camera ở khoang liên sườn 7 trên đường nách giữa.

- Lỗ trocar thứ hai: 10mm ở khoang liên sườn 5 trên đường nách trước với phổi phải và liên sườn 6 đường nách sau với phổi trái.

- Lỗ trocar thứ ba: 5mm ở liên sườn 5 đường nách sau với phổi phải và liên sườn 5 đường nách trước với phổi trái



Hình 1: Phẫu tích và cắt động mạch, tĩnh mạch phổi và phế quản thùy (Nguồn: tác giả)

- Thứ tự: Phẫu tích dây chằng tam giác, phẫu tích cầu nhu mô, vết hạch rốn phổi, cắt tĩnh mạch phổi, các nhánh động mạch phổi, phế quản thùy bằng máy cắt nối tự động, vết hạch trung thất, mô nhỏ vị trí trocar 2 có bọc vết mổ lấy bệnh phẩm. Tuy nhiên thứ tự này có thể thay đổi tùy vị trí thùy phổi được cắt.

- Tất cả các bệnh nhân được kiểm tra và nạo vét hạch chặng 1, chặng 2 và hạch nhóm VII

thường quy, với các trường hợp u giai đoạn IIIA T4N0M0, chúng tôi tiến hành cắt

- Rửa sạch khoang màng phổi, kiểm tra tình trạng dò khí miệng cắt phế quản, diện cắt cầu nhu mô.

- Đặt dẫn lưu qua lỗ trocar thứ nhất

- Các bệnh phẩm được làm giải phẫu bệnh: khối u, các nhóm hạch.



Hình 2: Vết mổ của bệnh nhân

4.5. Xử lý số liệu: giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa, sử dụng kiểm định Fisher và tính toán trung bình, độ lệch chuẩn.

4.6. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, được thông tin, được quyền không tiếp tục tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được đồng ý bởi Hội đồng chuyên môn bệnh viện.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 01/2022 tới tháng 12/2022, tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi đã thực hiện được 30 trường hợp phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo vét hạch qua nội soi lồng ngực điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Các đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi (năm)	41-78 (59,7±14,4)
Giới (Nam:Nữ)	21:9 (70%:30%)
Sinh thiết trước mổ	26/30
Lý do đến khám (Đau ngực: Ho ho: không triệu chứng)	4:10:16
Tiền sử (Hút thuốc lá: COPD: Gia đình có người ung thư phổi)	20: 7: 3

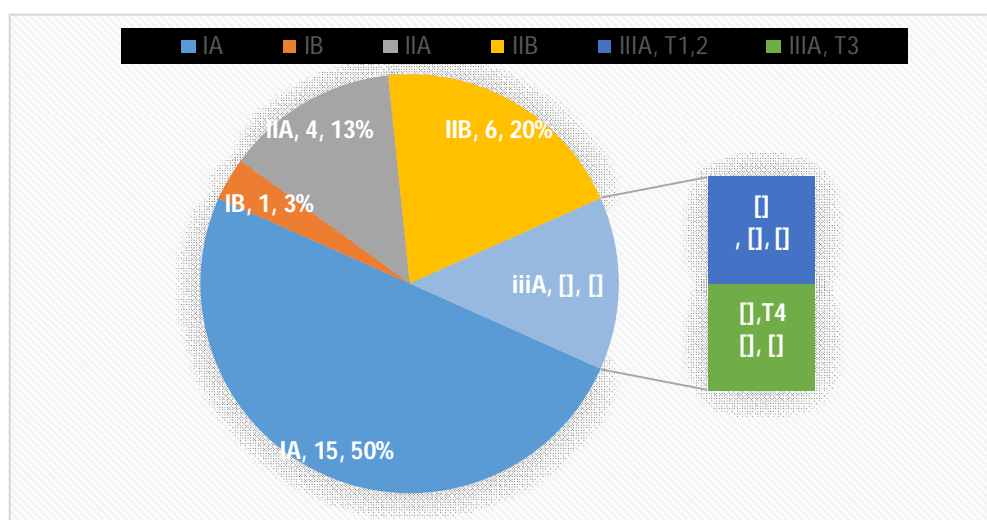
Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,7 tuổi, hầu hết các bệnh nhân là nam giới (chiếm 70%). Có 4 bệnh nhân không thể sinh thiết trước mổ và hơn một nửa bệnh nhân không có triệu chứng, phát hiện bệnh tình cờ hoặc khi khám sức khỏe định kỳ.

3.2. Đặc điểm thăm dò trước mổ

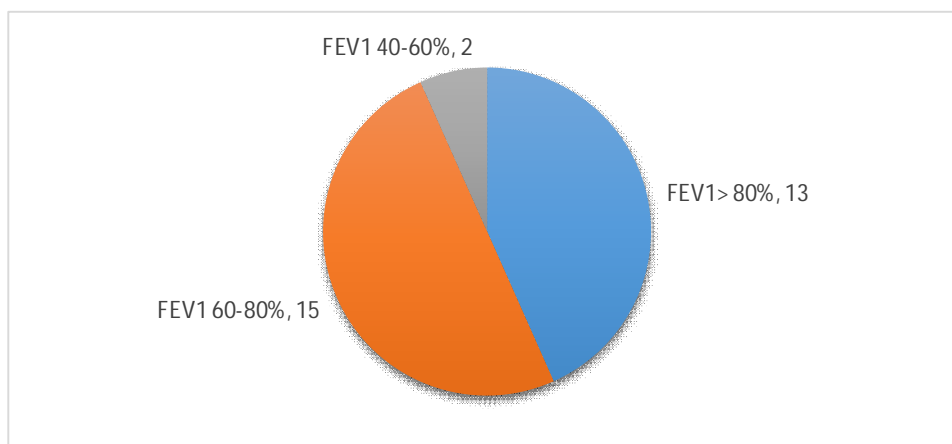
Bảng 2: Vị trí u phổi

Vị trí u phổi	n	%
Thùy trên phổi (P)	11	36,7
Thùy giữa phổi (P)	3	10
Thùy dưới phổi (P)	7	23,3
Thùy trên phổi (T)	7	23,3
Thùy dưới phổi (T)	2	6,7

Nhận xét: phẫu thuật nội soi được thực hiện tất cả các vị trí của thùy. Phổi phải chiếm ưu thế với tỷ lệ là 70%.

**Biểu đồ 1: Giai đoạn u trước mổ**

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân đều ở giai đoạn sớm (IA chiếm 50%). Có 4 bệnh nhân giai đoạn IIIA, trong đó có 1 bệnh nhân T3 và 1 bệnh nhân T4.



Biểu đồ 2: Chức năng hô hấp của bệnh nhân trước mổ

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân có chức năng hô hấp tốt (13 bệnh nhân có FEV1 > 80%, 15 bệnh nhân có FEV1 60-80%). Có 2 bệnh nhân có FEV1 40-60%. Chúng tôi không chỉ định mổ cho các trường hợp FEV1 < 40%.

3.3. Đặc điểm Phẫu thuật

Bảng 3: Đặc điểm trong mổ

Thời gian mổ (phút)	96 ± 33 (60-240)
Mất máu > 500ml	2
Chuyển mổ mở	0
Cắt 1 thùy phổi	26
Cắt 1 thùy phổi kèm 1 phân thùy	1
Cắt 1 bên phổi	1

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 96 phút, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Có 3 trường hợp u giai đoạn IIIA phải cắt thùy phổi mở rộng và 1 trường hợp u giai đoạn IIIA phải cắt toàn bộ phổi.

Bảng 4: Đặc điểm hậu phẫu

Thời gian lưu dẫn lưu màng phổi (ngày)	3,3 ± 1,6 (2-9 ngày)
Thời gian nằm viện sau mổ	5,7 ± 2,4 (3 – 11 ngày)

Biến chứng sau mổ	Rò khí > 7 ngày	1
	Xẹp phổi	2
	Ổ cặn màng phổi	0
	Rò dưỡng chấp	0
Tử vong hậu phẫu	1	

Nhận xét: Thời gian lưu dẫn lưu màng phổi trung bình là 3,3 ngày, lâu nhất là 9 ngày.

Có 1 bệnh nhân rò khí màng phổi. Có 1 trường hợp bệnh nhân tử vong trong quá trình hậu phẫu (vào ngày thứ 7 sau mổ).

Bảng 5: Giai đoạn TNM sau mổ so với trước mổ

Giai đoạn	Trước mổ	Sau mổ
IA	15	14
IB	1	2
IIA	4	3
IIB	6	7
IIIA	4	4

Nhận xét: Sau mổ có 2 bệnh nhân tăng giai đoạn TNM (IA lên IB và IIA lên IIB) so với trước mổ.

3.4. Kết quả theo dõi sau 3 tháng

Bảng 6: Kết quả theo dõi sau 3 tháng (N=29)

Điều trị hóa chất/ xạ trị	14	
Tái phát sớm	0	
Biến chứng sau mổ	Xẹp phổi	1
	Đau ngực	0
	Khó thở	1
Tử vong sớm	0	

Nhận xét: Sau mổ có 14 bệnh nhân tiếp tục điều trị hóa chất hoặc xạ trị hậu phẫu. Không có trường hợp nào tái phát u hoặc hạch trên phim chụp cắt lớp vi tính sau mổ 3 tháng. Có 1 bệnh nhân vẫn còn xẹp phổi sau mổ và 1 bệnh nhân khác có khó thở khi gắng sức sau mổ. Không có trường hợp nào tử vong sớm sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các trường hợp nghiên cứu trung bình là 59,7 tuổi, trẻ nhất 41 tuổi, lớn nhất 78 tuổi. Độ tuổi này cũng tương đương với các nghiên cứu trong nước như của Phạm Hữu Lư là 58,62,(7) của Trần Minh Bảo Luân là 62.(8) Đây là lứa tuổi chính mắc ung thư phổi tại Việt Nam cũng như trên thế giới.(1)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam: nữ là 21:9. Tỷ lệ này tương đương với các tác giả khác nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi điều trị UTPKTBN như Thân Trọng Vũ là 36:14,(9) Phạm Hữu Lư là 21:16. Đặc biệt, 20 bệnh nhân hút thuốc lá và 7 bệnh nhân COPD đều là nam giới. Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu rất nhỏ, nhưng qua đây có thể thấy được hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hết sức quan trọng của ung thư phổi, đặc biệt ở Nam giới.

Có hơn một nửa bệnh nhân không có triệu chứng, phát hiện bệnh nhờ sàng lọc hoặc khám sức khỏe. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu ở Mỹ khi có 51% bệnh nhân phát hiện ung thư phổi nhờ tầm soát. (10) Tuy nhiên, cần lưu ý rằng hầu hết các bệnh nhân ung thư phổi chỉ có triệu chứng ở giai đoạn muộn, trong khi đó các bệnh nhân được chỉ định mổ ung thư phổi nhìn chung ở giai đoạn tương đối sớm.(2) Ngoài ra, với cỡ mẫu rất nhỏ, nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa phản ánh được tỷ lệ phát hiện ung thư phổi nói chung qua tầm soát ở Việt Nam. Tuy nhiên, đây là một dấu hiệu rất tốt khi các bệnh nhân ung thư phổi được phát hiện càng sớm thì tiên lượng sẽ càng tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân không thể sinh thiết trước mổ do u nằm ở vị trí nguy cơ cao khi sinh thiết xuyên thành (sát

mạch máu, đường thở lớn, u sát cơ hoành di động...). Các trường hợp bệnh nhân này đều được làm các thăm dò trước mổ để đánh giá giai đoạn và chức năng hô hấp như một bệnh nhân ung thư phổi. Sau đó, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sinh thiết u bằng sinh thiết tức thì cắt lạnh trong mổ. Nếu kết quả là ung thư phổi không tế bào nhỏ đồng thời bệnh nhân có giai đoạn và chức năng hô hấp nằm trong chỉ định mổ thì sẽ được tiến hành cắt thùy phổi như theo quy trình.

Có 21 bệnh nhân u nằm ở vị trí thùy trên phổi trái, thùy trên hoặc giữa phổi phải. Đây là các vị trí nhìn chung thao tác phẫu thuật dễ hơn so với thùy dưới phổi 2 bên do phẫu tích rốn phổi dễ hơn, vị trí giải phẫu dễ bộc lộ và tư thế thuận lợi hơn cho phẫu thuật viên khi phẫu thuật nội soi toàn bộ. Tỷ lệ này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Thân Trọng Vũ (u thùy dưới là 20/50 bệnh nhân)(9).

Hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi đều ở giai đoạn sớm (IA chiếm 50%). Có 4 bệnh nhân giai đoạn IIIA. Tỷ lệ này khác với nghiên cứu của Phạm Hữu Lư khi tỷ lệ u ở giai đoạn IA chỉ là 32%.(7) Tuy nhiên, phải lưu ý rằng, tỷ lệ này không đại diện cho giai đoạn của các bệnh nhân ung thư phổi nói chung khi mà nghiên cứu trên 813.302 bệnh nhân ung thư phổi ở châu Âu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn III hoặc IV khi phát hiện u lên đến 65,1%.(11)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân giai đoạn IIIA, trong đó có 1 bệnh nhân T3N1M0 là u thùy trên phổi phải xâm lấn màng tim và 1 bệnh nhân nào T4N1M0 với u cả 2 thùy trên và dưới bên trái. 2 trường hợp bệnh nhân này được phẫu thuật cắt phổi kèm màng tim (Bệnh nhân T3) và cắt toàn bộ phổi trái (Bệnh nhân T4)

và hóa xạ sau mổ. Tuy nhiên, cần phải có thêm thời gian theo dõi để đánh giá thời gian sống ở 2 bệnh nhân này. Hiện nay, khuyến cáo mới nhất của Mạng lưới thông tin toàn cầu về ung thư cho thấy mặc dù việc phẫu thuật ở giai đoạn IIIA không làm tăng tỷ lệ sống sót sau 5 năm (27-36%), tuy nhiên, 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).(12) 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 của mình.

Sau mổ có 2 bệnh nhân tăng giai đoạn TNM (IA lên IB và IIA lên IIB) so với trước mổ. Cả 2 bệnh nhân này đều phát hiện di căn hạch sau mổ. Trong phẫu thuật của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được nạo vét hạch chặng 1, chặng 2(bao gồm cả hạch nhóm VII) thường quy. Ngoài ra, với việc phối hợp với nhuộm hóa mô miễn dịch phát hiện vi di căn hạch sau mổ, việc chẩn đoán giai đoạn, đặc biệt là xác định di căn hạch cũng chính xác hơn, giúp cho quyết định hóa xạ sau mổ chính xác hơn.

Có 13 bệnh nhân có chức năng hô hấp bình thường ($FEV1 > 80\%$) và 15 bệnh nhân có chức năng hô hấp đảm bảo ($FEV1$ 60-80%). Tuy nhiên, việc đánh giá chức năng hô hấp trước mổ của chúng tôi còn hạn chế đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có chức năng hô hấp giảm khi chúng tôi không thể đo được khuyết tán CO (Dl.CO) hay tiêu thụ oxy tối đa (Peak VO₂) của bệnh nhân. Các bệnh nhân, đặc biệt là nhóm bệnh nhân COPD vẫn chỉ được siêu âm tim trước mổ chứ chưa được làm thêm các thăm dò để đánh giá khả năng chịu đựng của tim. Khuyến cáo 2009 của ESTS đặc biệt nhấn mạnh việc đánh giá Dl.CO và

Peak VO₂ ở nhóm bệnh nhân có $FEV1 < 80\%$, đặc biệt nếu bệnh nhân có COPD kèm theo.(2) Ngoài ra, việc dự đoán FEV1 còn lại sau mổ (ppo-FEV1) cũng chưa được tiến hành ở nhóm bệnh nhân này. Đây là hạn chế của nghiên cứu của chúng tôi và cần được cải thiện nhằm đánh giá đúng nguy cơ cũng như dự đoán chức năng phổi sau mổ cho bệnh nhân.

Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 96 phút, nhanh hơn các tác giả như Phạm Hữu Lưu (150 phút),(7) Thân Trọng Vũ (180 phút)(9) và tương đương với Trần Minh Bảo Luân (105 phút).(8) Trong các thì phẫu tích, cắt phổi và vét hạch, chúng tôi đều thao tác nội soi toàn bộ, xếp phổi bằng thông hơi một phổi phổi hợp với bơm CO₂ tạo phẫu trường, vì thế, quá trình thao tác của chúng tôi không bị phụ thuộc hoàn toàn vào việc xếp phổi nhờ thông khí 1 phổi. Đây là một trong những lợi thế của phẫu thuật nội soi khi so với mổ mở hay phẫu thuật nội soi hỗ trợ, mặc dù bệnh nhân phải đặt 03 lỗ trocar để thao tác. Có 2 bệnh nhân có chảy máu > 500ml sau mổ, cả 2 trường hợp đều là những bệnh nhân COPD, quá trình phẫu tích cầu nhu mô khó khan và gây mất máu.

Có 01 bệnh nhân rò khí và 02 bệnh nhân xếp phổi sau mổ. Trường hợp bệnh nhân rò khí phải đặt thêm 01 dẫn lưu và gây dính màng phổi bằng betadin, bệnh nhân điều trị bảo tồn thành công và rút dẫn lưu sau 9 ngày. Tỷ lệ này cũng tương đương với các tác giả khác như Phạm Hữu Lưu, Thân Trọng Vũ hay Trần Minh Bảo Luân.

02 bệnh nhân có xếp phổi sau mổ. Tất cả các trường hợp bệnh nhân của chúng tôi đều được đặt catheter giảm đau cơ dựng sống hoặc cơ răng trước, đồng thời được ngồi dậy ngay ngày đầu sau mổ để thực hiện lý liệu pháp hô hấp. Tỷ lệ

xẹp phổi này cũng tương đương với tác giả Phạm Hữu Lưu. Sau 3 tháng khám lại, có 01/02 bệnh nhân đã không còn xẹp phổi, trường hợp còn lại vẫn còn xẹp một phần thùy phổi còn lại nhưng không có triệu chứng lâm sàng.

Có 1 trường hợp tử vong sau mổ do huyết khối tĩnh mạch phổi. Đây là trường hợp bệnh nhân bị thuyên tắc động mạch phổi vào ngày thứ 7 sau mổ, sau khi bệnh nhân đã rút dẫn lưu được 2 ngày. Qua trường hợp này, chúng tôi đã rút kinh nghiệm và đồng thời áp dụng thang điểm Caprini cho tất cả các bệnh nhân phẫu thuật lồng ngực để sử dụng chống đông dự phòng sau mổ.(13) Tỷ lệ tử vong này cao hơn các nghiên cứu trong nước, cũng như các tác giả nước ngoài như của Onaitis và cộng sự là 1%, của McKenna là 0,8%...(11,14). Đây là trường hợp bệnh nhân tử vong không do quá trình mổ mà do việc điều trị sau mổ, vì vậy chúng tôi cần phải rút kinh nghiệm để tránh các biến chứng về sau

Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 5,7 ngày và lưu dẫn lưu khang màng phổi là 3,3 ngày, không có trường hợp nào rò rỉ dưỡng chấp hay ổ chẹn màng phổi sau mổ. Kết quả này cũng tương tự như các tác giả trong nước như Phạm Hữu Lưu, Thân Trọng Vũ hay tác giả nước ngoài như McKenna.(14)

Đánh giá lại bệnh nhân sau mổ 3 tháng, không có bệnh nhân nào còn triệu chứng đau ngực, có 1 bệnh nhân còn khó thở sau mổ khi gắng sức, đây là trường hợp có bệnh nền là COPD sau mổ. Có 14 bệnh nhân phải hóa xạ trị sau mổ. Không có trường hợp nào tái phát sớm. Mặc dù khoảng thời gian 3 tháng là không đủ để đánh giá hiệu quả của một phẫu thuật điều trị ung

thư, tuy nhiên, kết quả sớm sau 3 tháng cho thấy các bệnh nhân đều phục hồi tốt sau mổ.

V. KẾT LUẬN:

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ là phẫu thuật đã được triển khai thường quy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Mặc dù số lượng ca mổ còn ít và còn nhiều vấn đề cần cải thiện, kết quả bước đầu cho thấy tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật này để sử dụng nhằm nâng cao chất lượng điều trị các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hyuna Sung, Rebecca L. Siegel, Jacques Ferlay. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. ACS J. 2021;71(3):209–49.
2. A. Brunelli, A. Charloux, C.T. Bolliger. ERS/ESTS clinical guidelines on fitness for radical therapy in lung cancer patients (surgery and chemo-radiotherapy). Eur Respir J. 2009;34:17–41.
3. Craig SR, Leaver HA, Yap PL. Acute phase responses following minimal access and conventional thoracic surgery. Eur J Cardiothorac Surg. 2001;20:455–63.
4. Akinori Iwasaki. Results of videoassisted thoracic surgery for stage I/II non-small cell lung cancer. Eur J Cardiothorac Surg. 2004;26:158–64.
5. Omar Lababede, Moulay A. Meziane. The Eighth Edition of TNM Staging of Lung Cancer: Reference Chart and Diagrams. Oncologist. 2018;23(7):844–8.
6. Bộ Y tế Việt Nam. Chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. Quy Trình Hướng Dẫn Điều Trị Các Bệnh Ung Thư. 2018;

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. Trần Minh Bảo Luân, Nguyễn Hoài Nam. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thùy phổi qua nội soi lồng ngực trong điều trị ung thư phổi. *Phẫu Thuật Tim Mạch Và Lồng Ngực Việt Nam*. 2018;23:97–103.
9. 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.
10. Dekel Shlomi, Gingy Ronen Balmor. Screening for lung cancer: time for large-scale screening by chest computed tomography. *Eur Respir J*. 2014;44:217–38.
11. Ana Casal-Mouriño, Alberto Ruano-Ravina, María Lorenzo-González. Epidemiology of stage III lung cancer: Frequency, diagnostic characteristics, and survival. *Transl Lung Cancer Res*. 2021;10(1):506–18.
12. 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.
13. Paul J. Grant, M. Todd Greene, Scott A. Flanders,. Assessing the Caprini Score for Risk Assessment of Venous Thromboembolism in Hospitalized Medical Patients. *Am J Med*. 2016;129(5):528–35.
14. Adam Lackey,, Jessica S. Donington. Surgical Management of Lung Cancer. *Semin Interv Radiol*. 2013;13(30):133–40