Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 65, Special Issue 3, 265-274
► CHUYÊN ĐỀ BỆNH KHÔNG NHIỄM TRÙNG ◄

RESULTS OF SINGLE-PORT VIDEO ASSISTED THORACOSOPIC LOBECTOMY IN THE TREATMENT OF EARLY STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT NATIONAL LUNG HOSPITAL

Nguyen Si Khanh, Nguyen Huy Binh, Dang Duy Duc*,
Nguyen Duc Tuyen, Vu Quy Duong, Le Xuan Hieu, Dinh Van Luong

National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received: 24/02/2024
Revised: 15/03/2024; Accepted: 13/04/2024

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. At National Lung Hospital Uniport VATS thoracoscopic lobectomy has been routinely perform to treat early stage non small cell lung cancer. We conducted a study on patients undergoing laparoscopic lobectomy at National Lung Hospital to evaluate the feasibility and safety of the surgery.

Methods: We conducted a study from January 2022 to December 2022 on 84 patients undergoing endoscopic lobectomy for non-small cell lung cancer at the National Lung Hospital.

Results: Most of the patients were in early stage, there were 8 patients with stage IIIA, the average operating time was 180 minutes, the average hospital stay was 8,8 days. There was 01 case of bleeding and 1 case of prolonged air leakage after surgery.

Conclusion: Uniport VATS thoracoscopic lobectomy at National Lung Hospital hospital shows feasibility and safety although there are still many problems to improve to improve the quality of treatment.

Keyword: Lung cancer, uniport , VATS thoracoscopic surgery, lobectomy.

*Corresponding author
Email address: dangduyduc225@gmail.com
Phone number: (+84) 979954159
https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1138

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI 1 LỖ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Sĩ Khánh, Nguyễn Huy Bình, Đặng Duy Đức*,
Nguyễn Đức Tuyến, Vũ Quý Dương, Lê Xuân Hiếu, Đinh Văn Lượng

Bệnh viện Phổi Trung ương – 463 Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/02/2024
Chỉnh sửa ngày: 15/03/2024; Ngày duyệt đăng: 13/04/2024

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.Tại Bệnh viện Phổi Trung ương đã thực hiện thường quy kỹ thuật phẫu thuật lồng ngực nội soi 1 lỗ điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên các bệnh nhân dược phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi 1 lỗ ở Bệnh viện Phổi Trung ương 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 84 bệnh nhân được cắt thùy phổi nội soi điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Kết quả: Hầu hết các bệnh nhân đều ở giai đoạn sớm, có 8 bệnh nhân giai đoạn IIIA, thời gian mổ là trung bình là 180 phút, thời gian nằm viện trung bình là 8,8 ngày. Có 01 trường hợp chảy máu sau mổ và 1 trường hợp rò khí kéo dài sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi 1 lỗ cắt thùy phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương 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.

1. 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, đông thời giúp bệnh nhân giảm đau và phục hồi tốt hơn sau mổ.

Tại Bệnh viện Phổi Trung ương, phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi đã được triển khai thường quy từ năm 2015, đến năm 2022 phẫu thuật nội soi 1 lỗ được triển khai 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 1lỗ cắt thùy phổi trong điều trị ung thư phổi.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang, thực hiện trên tất cả bệnh nhân ung thư phổi có chỉ định và được phẫu thuật cắt thùy phổi qua nội soi lồng ngực (NSLN)

*Tác giả liên hệ
Email: dangduyduc225@gmail.com
Điện thoại: (+84) 979954159
https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1138

cắt thùy phổi, nạo vét hạch tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 01/2022 tới tháng 12/2022. Nghiên cứu không xét đến bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy phổi do bệnh lý không ung thư hoặc do các loại ung thư khác, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Đơn vị phẫu thuật Bệnh viện Phổi Trung ương từ 01/01/2022 đến 31/12/2022. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Theo đó, bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn được tiếp cận, giới thiệu về nghiên cứu và xin chấp thuận tham gia. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và được quyền không tiếp tục tham gia ở bất kỳ thời điểm nào trong quá trình nghiên cứu. Nghiên cứu được đồng ý bởi Hội đồng chuyên môn bệnh viện.

2.2. Nội dung nghiên cứu

Biến số nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến hành thu thập số liệu về các thông tin trước mổ, giai đoạn u, thông tin trong và sau mổ và kết quả theo dõi:

+ 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 đanh giá trên PET/CT và MRI sọ não, 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 nôi 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].

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 giải 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.

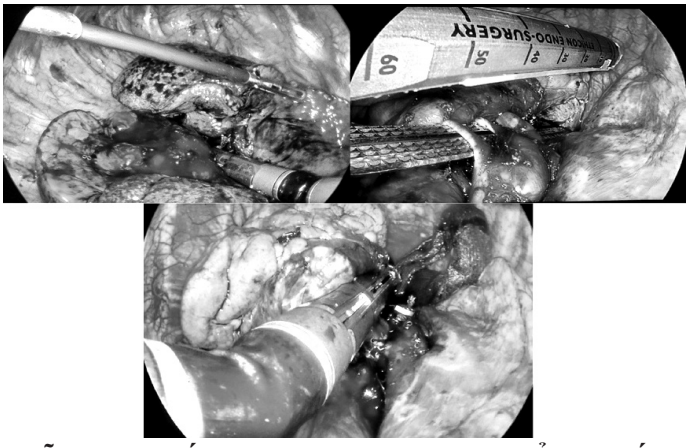
Các bệnh nhân được đánh giá giai đoạn u, sinh thiết trước mổ chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ hoặc các trường hợp bệnh nhân không thế sinh thiết phổi trước mổ được sinh thiết tức thì trong mổ là UTP-KTBN, đo chức năng hô hấp có FEV1 > 60% và không có chống chỉ định mổ khác.

Phương pháp phẫu thuật:

- Gây mê nội khí quản 2 nòng, bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ, độn dưới nách. Bệnh nhân được thông khí 1 phổi đối diện để làm xẹp phổi bên phẫu thuật.

- Vị trí phẫu thuật viên: Đứng phía trước bệnh nhân.

- Vị trí đường rạch: Khoang liên sườn 4 với cắt thuỳ trên, giữa, khoang liên sườn 5-6 với cắt thuỳ dưới.



Hình 1. Phẫu tích và cắt động mạch, tĩnh mạch phổi và phế quản thùy

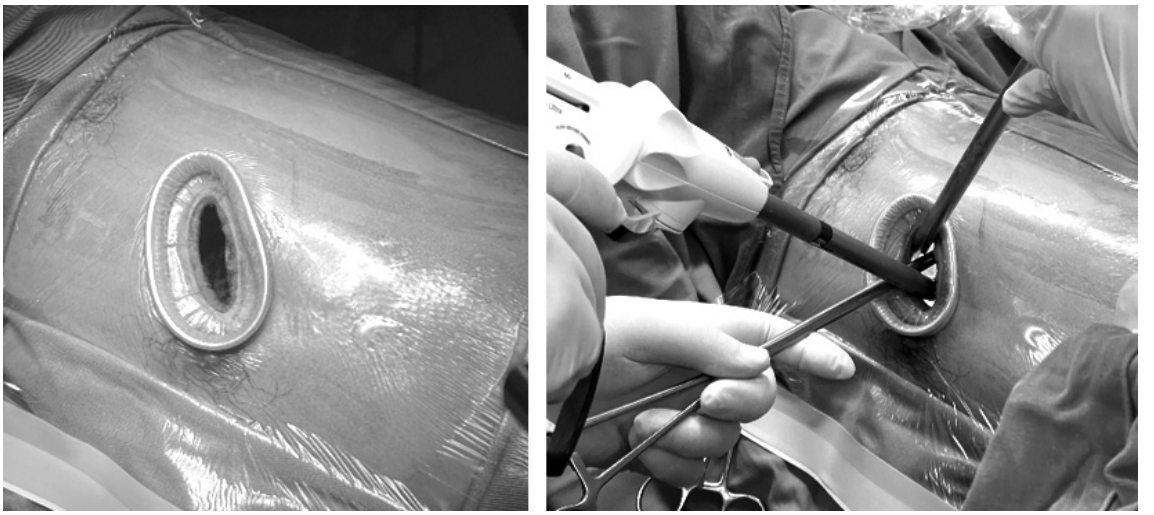
- Thứ tự: Cắt động mạch, tĩnh mạch, phế quản, cắt cầu nhu mô sau cùng, tuy nhiên thứ tự này có thể thay đổi tùy theo vị trí thùy phổi được cắt.

- Nạo vét hạch: Chúng tôi thực hiện nạo vét hạch hệ thống.

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

- Đặt dẫn lưu qua vết mổ

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



Hình 2. Vết mổ của bệnh nhân

2.3. Phương pháp quản lý và phân tích số liệu:

Số liệu được ghi nhận trong quá trình thực hiện phẫu thuật, thông tin qua hồ sơ bệnh án và thông qua phỏng vấn trực tiếp. Dữ liệu được nhập và xử lý bằng SPSS. Các phương pháp tiếp cận thống kê trong phân tích bao gồm phân tích mô tả (báo cáo những chỉ số gì) và phân tích suy luận (sử dụng các kiểm định nào)

Giá trị p<0,05 có ý nghĩa, sử dụng kiểm định Fisher và tính toán trung bình, độ lệch chuẩn.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 01/2022 tới tháng 12/2022, tại Bệnh viện Phổi Trung ương, chúng tôi đã thực hiện được 84 trường hợp phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo vét hạch qua nội soi lồng ngực 1 lỗ điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ.

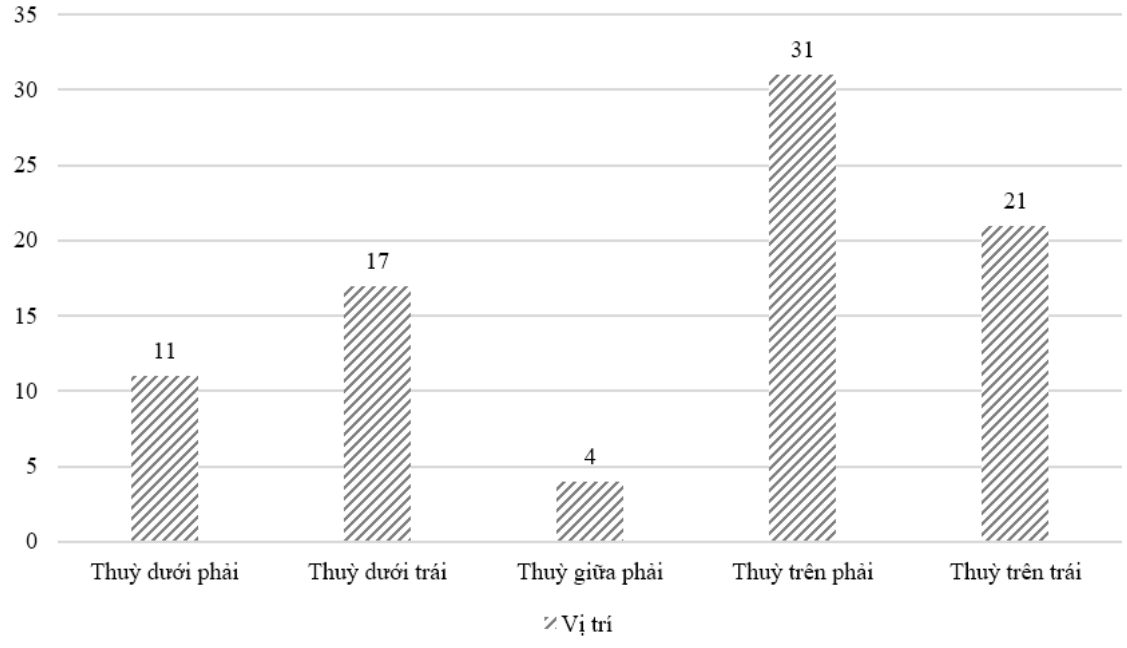
3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Các đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình* (TB ± SD) (n=84)		59,9 ± 9,7	
Nhóm tuổi (n=84)	< 60 tuổi	34	40,5
	≥ 60 tuổi	50	59,5
Giới tính (n=84)	Nam	49	58,3
	Nữ	35	41,7
Triệu chứng LS (n=84)	Không có	44	52,4
	Có TC LS	40	47,6
Tình trạng hút thuốc lá (n=84)	Có	25	29,8
	Không	59	70,2

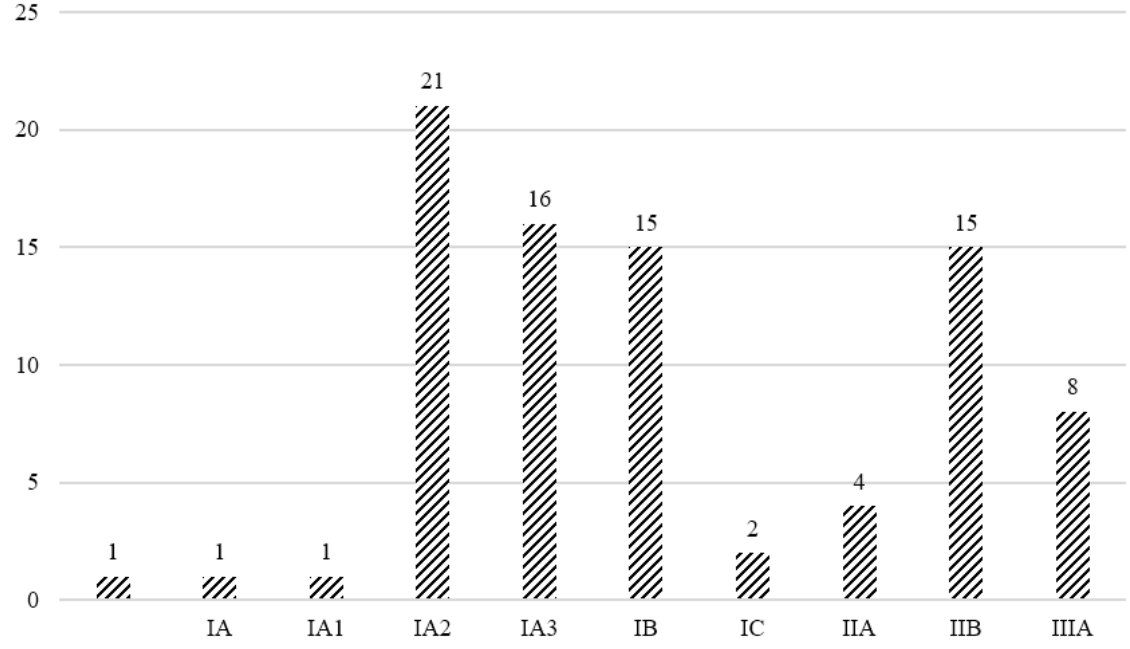
Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,9 tuổi, nam giới chiếm ưu thế hơn so với nữ giới (chiếm 58,3%). Tất cả các bệnh nhân đều được sinh thiết trước mổ và đánh giá giai đoạn trên phim chụp PET/CT và MRI sọ não.

3.2. Đặc điểm thăm dò trước mổ



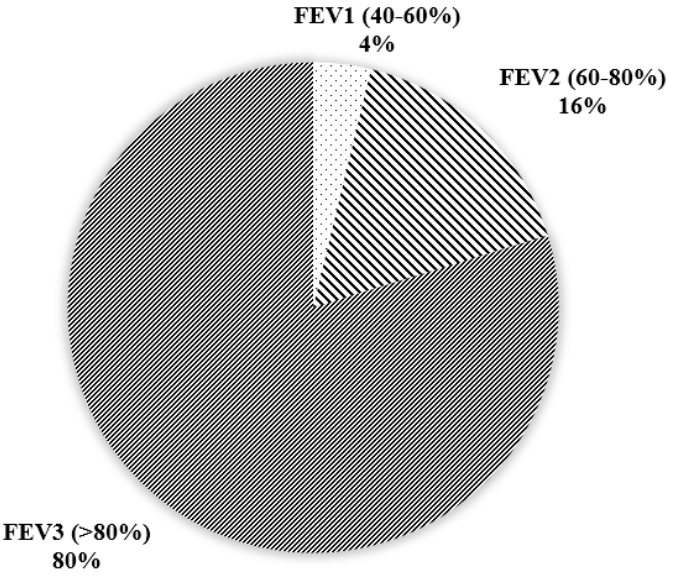
Biểu đồ 1. Vị trí u phổi

phẫu thuật nội soi được thực hiện tất cả các vị trí của thùy.Trong đó thuỳ trên phổi phải chiếm ưu thế tỷ lệ là 36,9%.



Biểu đồ 2. Giai đoạn u trước mổ

Hầu hết các bệnh nhân đều ở giai đoạn sớm (IA chiếm 57%). Có 8 bệnh nhân giai đoạn IIIA



Biểu đồ 3. Chức năng hô hấp của bệnh nhân trước mổ

Hầu hết các bệnh nhân có chức năng hô hấp tốt (80% bệnh nhân có FEV1 > 80%, 13bệnh nhân có FEV1 60-80%. Có 3 bệnh nhân có FEV1 40-60%. Chúng tôi không chỉ định mổ cho các trường hợp FEV1 < 40%.

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học trước mổ

Mô bệnh	Tần số	Tỷ lệ (%)
K biểu mô TB nhỏ tổ hợp TB lớn	1	1,2
K biểu mô tuyến	74	88,1
K biểu mô tuyến nhú	1	1,2
K biểu mô tuyến vảy	1	1,2
K biểu mô tuyến vảy/ viêm lao	1	1,2
K biểu mô vảy	2	2,4
K biểu mô vảy không sừng hóa	3	3,6
K TB lớn thần kinh nội tiết	1	1,2
Tổng cộng	84	100

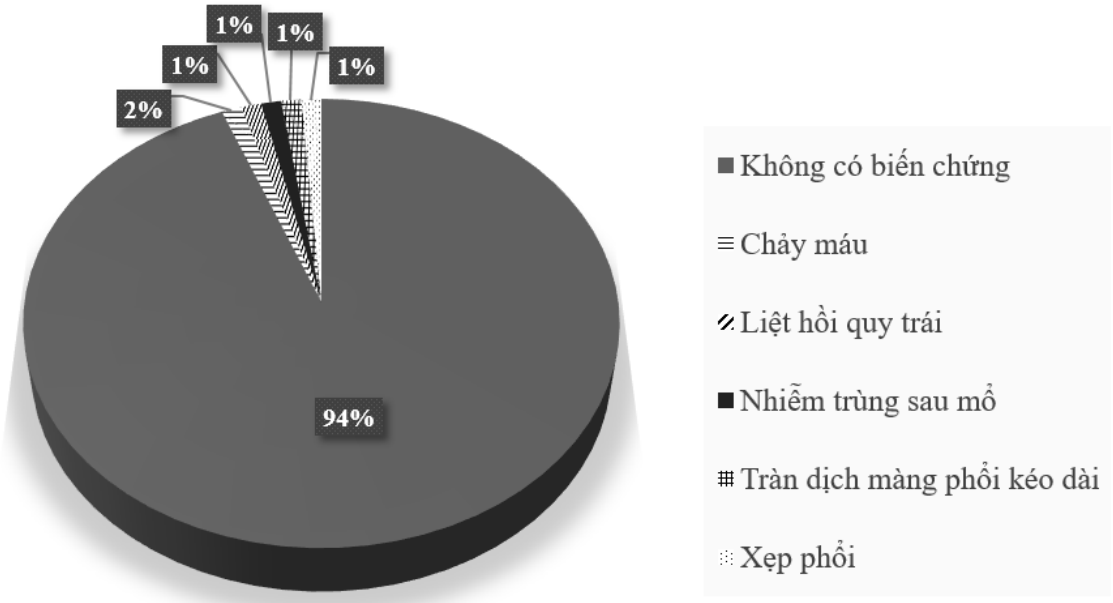
K biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 88,1%

3.3. Đặc điểm Phẫu thuật

Bảng 3. Đặc điểm hậu phẫu

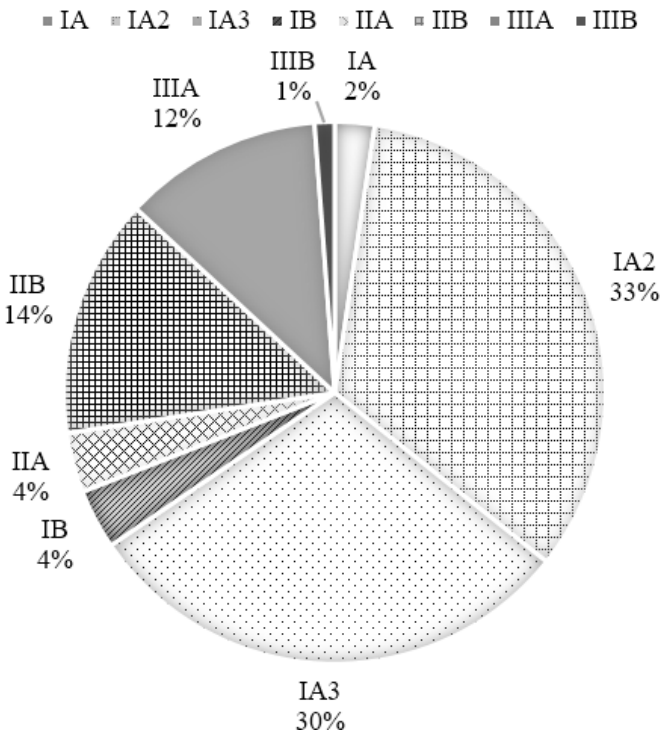
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian mổ* (TB ± SD) (n=84)	138,02 ± 65,75	
Thời gian dẫn lưu sau mổ* (TB ± SD) (n=84)	3,6 ± 2,2	
Thời gian nằm viện sau mổ* (TB ± SD) (n=84)	6,2 ± 4,01	

Thời gian lưu dẫn lưu màng phổi trung bình là 3,6 ngày. Thời gian phẫu thuật trung bình là 138 phút.



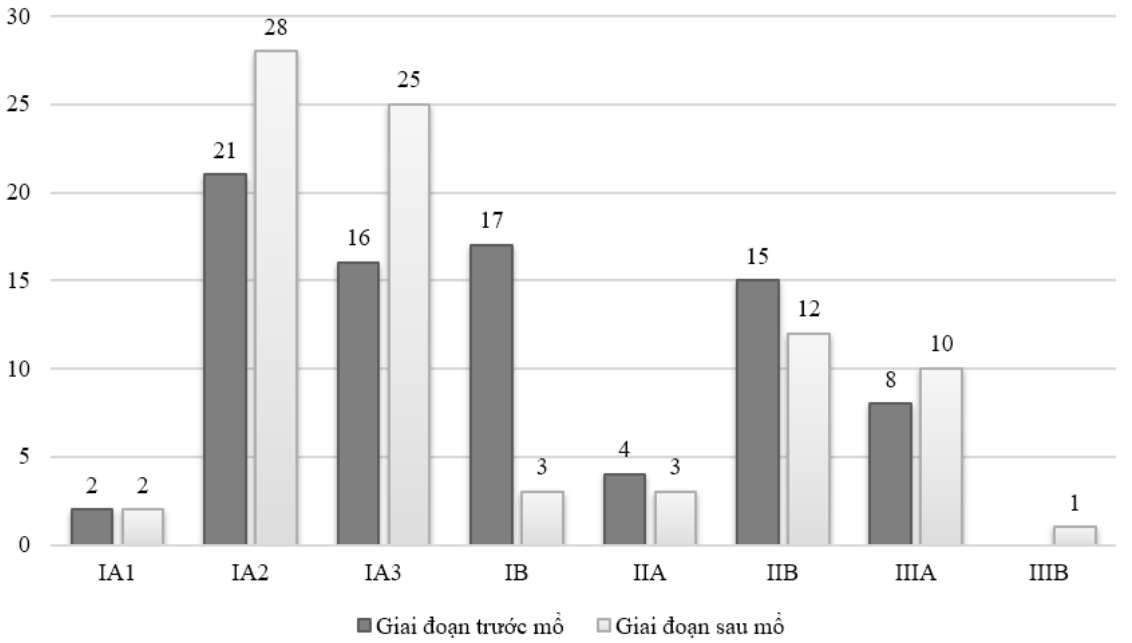
Biểu đồ 4. Biến chứng sau mổ

Tỷ lệ không có biến chứng là 94%, không có sự khác biệt so với các phẫu thuật nội soi nhiều lỗ trước đây.



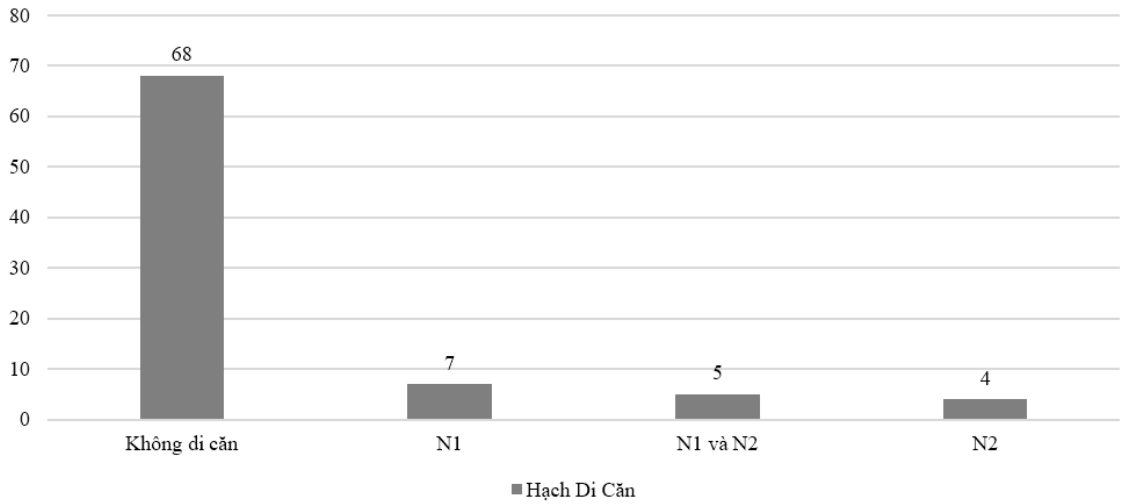
Biểu đồ 5. Giai đoạn sau mổ

Giai đoạn sau mổ vẫn chủ yếu là giai đoạn IA, 1 bệnh nhân giai đoạn IIIB



Biểu đồ 6. Giai đoạn TNM sau mổ so với trước mổ

Sau mổ có những bệnh nhân bị giảm giai đoạn và có những bệnh nhân tăng giai đoạn



Biểu đồ 7. Tỷ lệ hạch di căn

Sau mổ tỷ lệ phát hiện hạch dương tính là 19%, Hạch nhóm 1 dương tính tỷ lệ cao hơn hạch nhóm 2

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các trường hợp nghiên cứu trung bình là 59,9 tuổi, trẻ nhất 21 tuổi, lớn nhất 77 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 49:35. 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, các bệnh nhân hút thuốc lá và bệnh nhân COPD đều là nam giới. 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. Tuy nhiên hiện nay thì tỷ lệ phát hiện ung thư sớm ở nữ giới cũng có dấu hiệu tăng, do các bệnh nhân được sàng lọc tốt hơn.

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]. 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, tất cả các bệnh nhân đều được sinh thiết trước mổ, kỹ thuật sinh thiết xuyên thành tại Bệnh viện Phổi Trung ương đã có thể thực hiện cho những 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…). Một số trường hợp những nốt kính mờ đơn độc, chúng tôi không sinh thiết phổi mà sẽ làm thủ thuật định vị nốt dẫn đường dưới CT ngực sau đó đưa lên phòng mổ thực hiện phẫu thuật sinh thiết chẩn đoán Các trường hợp bệnh nhân này đều được làm các thăm dò trước mổ để đanh 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 56 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 viện 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 46,4%). Có 8 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 chung tôi, có 8 bệnh nhân giai đoạn IIIA, đây là giai đoạn ranh giới giữa mổ và không mổ.

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 một số bệnh nhân tăng giai đoạn và cũng có những bệnh nhân giảm giai đoạn so với trước mổ. Lý do là vì do kết quả hạch được nạo vét trong mổ và kích thước khối u được đo lại chính xác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có hạch trung thất nghi ngờ ác tính trên phim chụp đều được đánh giá bằng nội soi phế quản siêu âm sinh thiết hạch trung thất. Việc này giúp chẩn đoán giai đoạn bệnh trước mổ chính xác hơn. 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 điều trị bổ trợ sau mổ 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 phát hiện bệnh trong giai đoạn sớm.

Có 63 bệnh nhân có chức năng hô hấp bình thường (FEV1> 80%) và 13 bệnh nhân có chức năng hô hấp đảm bảo (FEV1 60-80%). 2 kỹ thuật được thực hiện thường quy là đo tổng dung lương phổi và đo khuếch tán khí DLCO để đánh giá chức năng hô hấp trước mổ và dự đoán FEV1 còn lại sau mổ. Các bệnh nhân, đặc biệt là nhóm bệnh nhân COPD còn được đánh giá thêm khả năng gắng sức hô hấp và gắng sức tim mạch trước phẫu thuật. Điều này giúp đánh giá cũng như tiên lượng bệnh nhân sau mổ tốt hơn. 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]. Các bệnh nhân có chỉ số FEV1 thấp chúng tôi cho tập phục hồi chức năng hô hấp trước phẫu thuật, điều này làm giảm nguy cơ biến chứng hô hấp sau mổ.

Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 138 phút, tương đương các tác giả như Phạm Hữu Lư (150 phút) [7], Trần Minh Bảo Luân (105 phút) [8], Thân Trọng Vũ (180 phút) [9]. Trong các thì phẫu tích, cắt phổi và vét hạch, chúng tôi đều thao tác nội soi toàn bộ 1 lỗ. Kỹ thuật này được thực hiện thường quy cho những bệnh nhân mổ cắt thuỳ phổi do ung thư, thời gian đầu thực hiện, một số bệnh nhân có dính màng phổi nên thời gian phẫu thuật kéo dài hơn.

Có 01 bệnh nhân rò khí và 1 bệnh nhân liệt hồi quy trái, 1 bệnh nhân chảy máu, 1 bệnh nhân viêm phổi sau mổ. Các bệnh nhân đều được xử lý ổn định và ra viện. Tỷ lệ này cũng tương đương với các tác giả khác như Phạm Hữu Lư, Thân Trọng Vũ hay Trần Minh Bảo Luân. Tỷ lệ không biến chứng lên đến 94%, cho thấy được ưu điểm của phẫu thuật nội soi một lỗ. Các bệnh nhân sau mổ đều được theo dõi chặt chẽ để phát hiện biến chứng sớm, điều trị các bệnh phổi nền (nếu có) và dự phòng huyết khối sau mổ. Điều này cũng làm giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ.

Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 6,2 ngày và lưu dẫn lưu khoang màng phổi là 3,6 ngày, không có trường hợp nào rò dưỡng chấp hay ổ cặn màng phổi sau mổ. Kết quả này cũng tương tự như các tác giả

trong nước như Phạm Hữu Lư, Thân Trọng Vũ hay tác giả nước ngoài như McKenna(14).

Sau mổ 44 bệnh nhân chỉ phải theo dõi định kỳ chụp phim mỗi 3 tháng, còn các bệnh nhân còn lại đều được điều trị bổ trợ sau mổ bằng hoá chất xạ trị hoặc thuốc đích.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực 1 lỗ cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ là phẫu thuật đã được triển khai thường quy tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Số lượng các ca mổ tăng dần theo thời gian, 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] 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, 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 thuỳ 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 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