

# Y HỌC

ISSN 1859-1779

## THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT BV. BÌNH DÂN

Lần thứ 18 – ngày 4&5 tháng 3 2016

### TỔNG QUAN

- 1 Laser và ứng dụng trong niệu khoa  
*\* Nguyễn Tế Kha, Nguyễn Ngọc Thuì, Nguyễn Lê Hoàng Anh*
- 9 Ứng thu tuyến tiền liệt nguy cơ cao  
*\* Đào Quang Oánh*
- 14 Tiếp cận điều trị ung thư tuyến tiền liệt khu trú: cập nhật các hướng dẫn điều trị  
*\* Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Lê Nguyễn Minh Hoàng*
- 25 Lịch sử mổ nội soi  
*\* Lê Quang Nghĩa*
- 32 Viêm loét dạ dày-tá tràng: đặc điểm, điều trị và kết quả (2010-2013)  
*\* Văn Tân, Trần Vĩnh Hưng, Dương Thanh Hải*
- 35 Săn sóc bệnh nhân ngay sau phẫu thuật ghép gan  
*\* Nguyễn Văn Chìeng, Trần Đỗ Anh Vũ, Trần Thị Ngọc Phương*
- 44 Giải phẫu ngoại khoa ứng dụng trong ghép gan phân thùy  
*\* Trần Vĩnh Hưng*

- 59 Tổng quan về mổ thoát vị bẹn  
*\* Lê Quang Nghĩa*
- 64 Sử dụng hệ thống POP-Q trong đánh giá sa cơ quan đáy chậu  
*\* Nguyễn Văn Ân, Phạm Hữu Đoàn, Võ Trọng Thanh Phong, Huỳnh Đoàn Phương Mai*
- 70 Chăm sóc ban đầu rối loạn chức năng sàn chậu  
*\* Nguyễn Thị Vĩnh Thành*

### NGHIÊN CỨU Y HỌC

- 76 Tán sỏi thận qua da bằng máy soi thận nhỏ: kinh nghiệm ban đầu  
*\* Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phan Trương Bảo, Lê Trọng Khôi*
- 83 Tụ máu dưới bao thận sau tán sỏi nội soi ngược dòng bằng laser sỏi niệu quản đoạn 1/3 giữa: nhân một trường hợp  
*\* Nguyễn Văn Truỵen, Trần Phương, Cao Chí Viêt, Trương Hồng Ngân*
- 89 Đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận niệu quản kiểu cắt rời Hynes anderson qua nội soi sau phúc mạc  
*\* Ngô Đại Hải, Nguyễn Tuấn Vinh, Vũ Lê Chuyên*

(Xem tiếp trang 599)

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CẮT THUY PHỐI NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Trần Công Quyên\*, Hồ Huỳnh Long\*, Nguyễn Văn Việt Thành\*\*

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS) cắt thùy phổi ngày nay là một phương pháp dân thay thế trong phẫu thuật cắt phổi. VATS cắt thùy phổi không dùng dụng cụ banh sườn đạt được yêu cầu xâm lấn tối thiểu. Kiểu cắt phổi này phẫu tích được vùng rốn phổi mà không làm tổn thương khoang liên sườn. VATS cắt thùy phổi được chia làm VATS hỗn hợp (nhìn trực tiếp lẫn qua video) và VATS hoàn toàn (chỉ nhìn qua video).

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm khảo sát tính khả thi và an toàn của phẫu thuật cắt thùy phổi VATS hoàn toàn ở người bệnh (NB) bị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ (NSCLC).

**Phương pháp:** Phân tích hồi cứu các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cuộc mổ, sau mổ của 14 người bệnh được cắt thùy phổi nội soi từ tháng giêng 2014 đến tháng sáu 2015 tại bệnh viện Bình Dân. So sánh kết quả giữa 2 nhóm VATS hỗn hợp và VATS hoàn toàn.

**Kết quả:** Mười bốn NB, tuổi trung bình  $65 \pm 8$  (56-79) tuổi, có 5 NB được cắt thùy phổi VATS hoàn toàn, 6 NB được cắt thùy phổi VATS hỗn hợp và 3 NB chuyển mổ mở điều trị ung thư phổi NSCLS. Nhiều nhất là cắt thùy phổi bên phải (8 NB). Mười một NB cắt thùy phổi nội soi có thời gian phẫu thuật trung bình  $130 \pm 29,5$  (125-180) phút, kích thước u  $42 \pm 12$  (28-60) mm, máu mất trung bình  $377 \pm 290$  (50-950) ml. Dịch dẫn lưu màng phổi  $420 \pm 270$  (200-980) ml, thời gian dẫn lưu màng phổi  $3,7 \pm 1,3$  (2-5) ngày, thời gian nằm viện sau mổ  $9,2 \pm 1,8$  (7-13) ngày, 1 ngày nằm ICU (1-2). Một NB bị viêm phổi sau mổ (7,1%). Không có NB tử vong chu phẫu. Phân giai đoạn bệnh sau mổ: IB, 2 trường hợp; IIA, 4 trường hợp; IIB, 5 trường hợp; IIIA, 3 trường hợp. Thời gian theo dõi trung bình 6 (1-14) tháng. Không có trường hợp nào bị tái phát tại chỗ hoặc di căn xa. So sánh hai nhóm VATS hỗn hợp và hoàn toàn được số liệu tuân tự như sau: Tuổi trung bình,  $68 \pm 10$  và  $62 \pm 6$  tuổi ( $P=0,04$ ); kích thước u  $46,6 \pm 13$  và  $39 \pm 8$  mm ( $P < 0,01$ ); máu mất trung bình  $516 \pm 317$  và  $250 \pm 129$  mL ( $P < 0,01$ ); thời gian phẫu thuật trung bình,  $140 \pm 20,2$  và  $135 \pm 10,8$  phút ( $P = 0,05$ ); dịch dẫn lưu màng phổi,  $452 \pm 210$  và  $410 \pm 270$  mL ( $P = 0,04$ ); thời gian đặt dẫn lưu màng phổi,  $3,5 \pm 1,3$  và  $4,2 \pm 1,5$  ngày ( $P > 0,05$ ); thời gian nằm viện sau mổ,  $9,6 \pm 2,3$  và  $8,7 \pm 1,2$  ngày ( $P = 0,02$ ).

**Kết luận:** Mặc dù tỉ lệ biến chứng chung thấp, phương pháp cắt thùy phổi VATS hoàn toàn có thể gặp phải một số tình huống không lường trước được. Nhưng đây là một phẫu thuật có thể thực hiện được và an toàn để cắt thùy phổi ít xâm lấn.

**Từ khóa:** Cắt thùy phổi có nội soi hỗ trợ; Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ; Phẫu thuật nội soi lồng ngực.

## ABSTRACT

### OPERATIVE OUTCOMES OF THORACOSCOPIC LOBECTOMY FOR NON SMALL-CELL LUNG CANCER

Tran Cong Quyen, Ho Huynh Long, Nguyen Van Viet Thanh

\* Y Hoc TP. Ho Chi Minh \* Supplement of Vol. 20 - No 2 - 2016: 482 - 488

**Background:** Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) lobectomy is a respected modality of anatomic lung resections nowadays. VATS lobectomy without rib extractor fulfil all current requirements for minimally

\* Khoa Tổng quát 3, BV Bình Dân \*\* Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Tác giả liên lạc: BS. CKII. Trần Công Quyên ĐT: 0913169047

Email: quyentrancong@gmail.com

*invasive lung resections. This type of an anatomic pulmonary resection with a targeted treatment of hilar structures doesn't traumatize the intercostal space. VATS lobectomy is classified into hybrid VATS (direct and video vision) and total VATS (video vision only).*

**Objectives:** *This study aims to explore the feasibility and safety of total VATS lobectomy in patients with non-small-cell lung cancer (NSCLC).*

**Methods:** *Between January 2014 and June 2015, 14 NSCLC patients underwent thoracoscopic lobectomy and mediastinal lymphadenectomy at Binh Dan Hospital. A retrospective analysis of clinical characteristics, operative data, early postoperative events was performed. The outcomes of hybrid VATS and total VATS for lung cancer were compared.*

**Results:** *Of the 14 patients (median age,  $65 \pm 8$  years; range, 56-79 years), 5 underwent total VATS, 6 underwent hybrid VATS and 3 converted to thoracotomy to treat NSCLC. Right lobectomy was most frequently performed (eight patients). Of the 11 VATS, median operative time was  $130 \pm 29.5$  minutes (range, 125-180 minutes), tumour size,  $42 \pm 12$  mm (range, 28-60 mm), and median blood loss was  $377 \pm 290$  mL (range, 50-950 mL). Thoracic drainage  $420 \pm 270$  mL (range, 200-980 mL), duration of thoracic drainage  $3.7 \pm 1.3$  days (range, 2-5 days), postoperative hospital stay  $9.2 \pm 1.8$  days (range, 7-13 days), and ICU stay 1 day (range, 1-2 days). One patient (1/14, 7.1%) suffered from pneumonia after surgery. There were no deaths at 30 days. Pathological stage: IB, 2; IIA, 4; IIB, 5; and IIIA, 3. Median duration of follow-up was 6 months (range, 1-14 months). And no local recurrences or distant metastasis were reported. The results for hybrid and total VATS, respectively, were as follows: mean age,  $68 \pm 10$  and  $62 \pm 6$  years ( $P = 0.04$ ); tumour size,  $46.6 \pm 13$  and  $39 \pm 8$  mm ( $P < 0.01$ ); mean blood loss,  $516 \pm 317$  and  $250 \pm 129$  mL ( $P < 0.01$ ); mean operative time,  $140 \pm 20.2$  and  $135 \pm 10.8$  minutes ( $P = 0.05$ ); thoracic drainage,  $452 \pm 210$  and  $410 \pm 270$  mL ( $P = 0.04$ ); duration of thoracic drainage,  $3.5 \pm 1.3$  and  $4.2 \pm 1.5$  days ( $P > 0.05$ ); postoperative hospital stay,  $9.6 \pm 2.3$  and  $8.7 \pm 1.2$  days ( $P = 0.02$ ).*

**Conclusions:** *Although its overall rate of complications is low, a total thoracoscopic approach might cause unusual adverse events. We concluded that a total VATS is a safe and technically feasible surgical procedure which enables us to make thoracoscopic lung resections less invasive.*

**Keywords:** *Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) lobectomy; Non-small-cell lung cancer; Thoracoscopic operation.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt thùy phổi là một phương pháp điều trị ngoại khoa quan trọng đối với các bệnh lý phổi. Tuy nhiên, đa số các phẫu thuật cắt thùy phổi hiện nay đều thực hiện bằng mổ mở. VATS ra đời và phát triển đã giúp cho bệnh nhân ít đau hơn, hồi phục chức năng hô hấp tốt hơn, ít biến chứng giúp bệnh nhân sớm trở về sinh hoạt bình thường so mổ mở. Mặc dù VATS đã được chọn thay thế mổ mở trong nhiều bệnh lý phổi, VATS cắt thùy phổi vẫn còn chiếm tỷ lệ thấp trong phẫu thuật cắt thùy phổi. Năm 1993, Kirby và cộng sự báo cáo các trường hợp VATS cắt thùy phổi đầu tiên<sup>(9)</sup>. Tại Hoa Kỳ, từ 2000 đến 2010, VATS chiếm 5-20% tổng số phẫu thuật cắt

thùy phổi<sup>(2)</sup>. Tại Việt Nam, VATS được tiến hành đầu tiên vào năm 1996, tại bệnh viện (BV) Bình Dân. Kể từ đó, VATS đã không ngừng phát triển rộng khắp ở nhiều BV lớn trong cả nước. Năm 2008, Gs Văn Tần tiến hành phẫu thuật cắt thùy phổi với sự trợ giúp của màn hình video tại BV Bình Dân. Lê Ngọc Thành báo cáo một trường hợp VATS hoàn toàn cắt thùy phổi tại BV Việt Đức. Năm 2009, VATS cắt thùy phổi bắt đầu được tiến hành tại BV Chợ Rẫy. Mặc dù đã có những báo cáo về VATS cắt thùy phổi ở nước ta, nhưng chỉ là các báo cáo đơn lẻ, VATS cắt thùy phổi vẫn chưa được áp dụng rộng rãi ở nước ta. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để: Đánh giá hiệu quả của VATS cắt thùy phổi trong điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ.

**ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****Thiết kế nghiên cứu**

Báo cáo loạt ca kiểu mô tả dọc tiến cứu.

**Thời gian, địa điểm nghiên cứu:**

Từ tháng 01/2014 đến 6/2015 tại khoa Ngoại lồng ngực – Mạch máu bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh.

**Đối tượng nghiên cứu****Tiêu chuẩn chọn bệnh**

Phân loại TNM (2009): phân chia theo giai đoạn.

Giai đoạn I: IA: T1N0M0. IB: T2aN0M0.

Giai đoạn II: IIA: T1-2aN1M0, T2bN0M0. IIB: T2bN1M0; T3N0M0.

Giai đoạn III: IIIA: T3N1M0; T1-3N2M0. IIIB: T4N0-2M0; T1-4N3M0.

Giai đoạn IV: bất kỳ T, N, M1.

Chỉ định phẫu thuật: Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân không đủ điều kiện PTNS: dày dính màng phổi, không gây mê một phổi được, hóa trị hay xạ trị trước đó.

**Phương pháp tiến hành**

PTNS (VATS) cắt thùy phổi là phẫu thuật toàn bộ thùy phổi theo giải phẫu, với sự trợ giúp của màn hình và đường rạch nhỏ hỗ trợ, không dùng dụng cụ banh lồng ngực. VATS cắt thùy phổi được chia làm VATS hỗn hợp (nhìn trực tiếp lẫn qua video) và VATS hoàn toàn (chỉ nhìn qua video).

Chuyển mổ mở được xem là VATS đã bóc tách cắt được một trong các thành phần mạch máu hay phế quản thùy phổi, sau đó không làm tiếp được phải chuyển mổ mở, có sử dụng dụng cụ banh lồng ngực.

Đánh giá kết quả của phẫu thuật: dựa vào bảng phân loại mức độ biến chứng, tử vong của Clavien và Anthony Yim.

Kết quả tốt: tương ứng mức độ biến chứng độ I Clavien. Bệnh nhân không có biến chứng hay biến chứng nhẹ như: tràn khí dưới da. Bệnh nhân không có bất thường cơ năng.

Kết quả trung bình: tương ứng mức độ biến chứng độ II Clavien.

Mức độ biến chứng IIa: Bệnh nhân có biến chứng nguy cơ đe dọa cuộc sống: tràn khí màng phổi, dò khí, xẹp phổi, nhưng không cần phẫu thuật lại để điều trị biến chứng.

Mức độ biến chứng IIb: Bệnh nhân có biến chứng đe dọa cuộc sống: chảy máu trong, sau phẫu thuật, tràn khí màng phổi cần phẫu thuật lại. Bệnh nhân không có bất thường cơ năng.

Kết quả xấu: tương ứng mức độ biến chứng độ III, IV Clavien. Bệnh nhân có biến chứng gây bất thường hay mất cơ năng như: liệt, suy hô hấp, sống đời sống thực vật. Bệnh nhân tử vong.

**KẾT QUẢ**

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015, có 14 bệnh nhân được VATS cắt thùy phổi tại khoa Ngoại lồng ngực – Mạch máu, BV Bình Dân, chúng tôi ghi nhận một số kết quả như sau.

**Đặc điểm nhóm nghiên cứu**

Tuổi: Tuổi trung bình :  $65 \pm 8$  tuổi. (56 – 79 tuổi).

Giới: Nam: 7 người bệnh (50%). Nữ: 7 người bệnh (50%).

Kích thước u trên MSCT ngực:  $42 \pm 12$  (28 – 60) mm.

**Vị trí tổn thương**

71,43% phổi P (42,86% thùy dưới, 21,43% thùy trên, 7,14% thùy giữa).

28,57% phổi T (21,43% thùy dưới, 7,14% thùy trên).

Phân loại ASA trước mổ: 7,14% ASA1, 78,58% ASA2, 14,28% ASA3.

**Kết quả phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật:

35,71% VATS hoàn toàn.

42,86% VATS không hoàn toàn.

21,43% chuyển mổ mở.

Thời gian phẫu thuật:  $130 \pm 29,5$  (125-180) phút.

Lượng máu mất:  $377 \pm 290$  (50-950) ml.

Thời gian nằm ICU: 1 ngày.

Thời gian dẫn lưu màng phổi:  $3,7 \pm 1,3$  (2-5) ngày.

Dịch dẫn lưu màng phổi  $420 \pm 270$  (200-980) ml.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật:  $9,2 \pm 1,8$  (7-13) ngày.

Phân giai đoạn bệnh sau mổ: 14,29% IB, 28,57% IIA, 35,71% IIB, 21,43% IIIA.

Tỉ lệ biến chứng: 1 trường hợp viêm phổi sau mổ (Mức độ II).

Kết quả phẫu thuật:

Kết quả tốt: (mức độ I) 92,86%.

Kết quả trung bình: (mức độ II) 7,14%.

Kết quả xấu: (mức độ III, VI) 0%.

Thời gian theo dõi trung bình 6 (1 – 14) tháng: không có trường hợp nào bị tái phát tại chỗ hoặc di căn xa.

### So sánh hai nhóm VATS hỗn hợp và hoàn toàn.

Tuổi trung bình:  $68 \pm 10$  và  $62 \pm 6$  tuổi ( $P=0,04$ ).

Kích thước u:  $46,6 \pm 13$  và  $39 \pm 8$  mm ( $P < 0,01$ ).

Máu mất trung bình:  $516 \pm 317$  và  $250 \pm 129$  mL ( $P < 0,01$ ).

Thời gian phẫu thuật trung bình;  $140 \pm 20,2$  và  $135 \pm 10,8$  phút ( $P = 0,05$ ).

Dịch dẫn lưu màng phổi:  $452 \pm 210$  và  $410 \pm 270$  mL ( $P = 0,04$ ).

Thời gian đặt dẫn lưu màng phổi:  $3,5 \pm 1,3$  và  $4,2 \pm 1,5$  ngày ( $P > 0,05$ ).

Thời gian nằm viện sau mổ:  $9,6 \pm 2,3$  và  $8,7 \pm 1,2$  ngày ( $P = 0,02$ ).

### BÀN LUẬN

#### Chỉ định phẫu thuật.

Cho đến nay, chỉ định VATS cắt thùy phổi trong điều trị ung thư vẫn còn nhiều bàn cãi<sup>(1,3,4,5,6,7)</sup>. Hầu hết các tác giả đều chỉ định VATS ở bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn sớm. Vì chưa có nhiều dữ kiện chứng minh VATS có thể nạo hết hạch trung thất nên bệnh nhân có hạch trung thất vẫn còn được nhiều tác giả chỉ định mổ mở<sup>(8,9,10,12)</sup>. Theo Mc Kenna: VATS cắt thùy phổi được chỉ định đối với bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, u có kích thước  $< 6$ cm. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Thomas, VATS cắt thùy phổi được chỉ định cả trong bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn II. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân ở giai đoạn I và II. 3 bệnh nhân được đánh giá trong lúc mổ ở giai đoạn IIIA phải chuyển mổ mở.

#### Tính khả thi an toàn

VATS cắt thùy phổi đã được tiến hành từ thập niên trước với nhiều ưu điểm VATS so với mổ mở như: giảm đau sau mổ, chức năng hô hấp sau mổ hồi phục tốt hơn<sup>(9,11,13,14,15)</sup>. Các nghiên cứu của các tác giả đều cho thấy kết quả VATS cắt thùy phổi đều cho kết quả với tỉ lệ tử vong thấp, thay đổi từ 0 – 2,7%, tỉ lệ biến chứng thay đổi từ 7,4 – 18,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng mức độ II chiếm tỉ lệ 7,14%, biến chứng nặng mức độ III và tử vong không có. So sánh với các tác giả khác, tỉ lệ biến chứng của nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự. Tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi không có, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn ít. Mặt khác, chúng tôi sẵn sàng chuyển mổ mở khi có biến chứng chảy máu xảy ra để đảm bảo an toàn cho phẫu thuật. Tỉ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi cao vì 21,43% (3 bệnh nhân) được đánh giá trong lúc mổ ở giai đoạn IIIA.

**Biến chứng, chuyển mổ mở, tử vong trong VATS**

*Bảng 1:*

Tác giả	Số BN	Biến chứng (%)	Chuyển mổ mở (%)	Tử vong (%)
Rovario (1998)	211	18,9	5,3	0,6
Mc Kenna (2006)(12)	1100	15	2,5	0,8
Swanson (2008)	127	7,4	13	2,7
Kwhanmien Kim (2010)	704	9,1	4,9	1,3
Gonzalez (2011)	200	18,5	14,5	2,5
N H Bình (2013)	92	9,9	6,7	0
<i>Chúng tôi (2014 – 2015)</i>	<i>14</i>	<i>7,14</i>	<i>21,43</i>	<i>0</i>

**Lượng máu mất, thời gian phẫu thuật:**

Lượng máu mất trong phẫu thuật cũng như thời gian phẫu thuật là những yếu tố đánh giá khả năng an toàn, cũng như tính khả thi kỹ thuật có thể thực hiện được VATS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất trong mổ trung bình là 377ml, các tác giả khác. Thời gian phẫu thuật trung bình 130 phút ~ 2,17 giờ cũng không khác biệt so với các tác giả khác.

*Bảng 2: Lượng máu mất, thời gian phẫu thuật*

Tác giả	Lượng máu mất trung bình (ml)	Thời gian mổ trung bình (giờ)
Mc Kenna (2006)	150	Không ghi nhận
Walker (2007)	60	2,2
Sandra C Tomazek (2008)	150	2,9
	100	3,4
Khalid Amed (2010)	90,17	3,6
N H Bình (2013)		
<i>Chúng tôi</i>	<i>377</i>	<i>2,17</i>

**Biến chứng sau phẫu thuật**

Chảy máu sau phẫu thuật: Trong nghiên cứu của Robert J Mc Kenna (n = 1100), có 10 bệnh nhân bị chảy máu sau phẫu thuật, chỉ có 1 bệnh nhân được mổ lại cầm máu. Nghiên cứu của N.H.Bình có một bệnh nhân bị chảy máu hậu phẫu ngày thứ nhất. Bệnh nhân được PTNS lại, phát hiện chảy máu từ đường rạch da đặt trocar. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào chảy máu sau mổ.

Dò khí: Trong nghiên cứu của Kc Kenna, dò khí kéo dài chiếm tỉ lệ 2.8%, bệnh nhân được

theo dõi, điều trị với hệ thống dẫn lưu van 1 chiều Heimlich, kết quả tốt, xuất viện. Kwhamien Kim có 33/704 bệnh nhân bị dò khí kéo dài, 30 bệnh nhân được làm xơ dính màng phổi sau đó. Nghiên cứu N.H.Bình có 2 trường hợp dò khí, bệnh nhân được điều trị nội khoa, tập vật lý trị liệu, sau đó hậu phẫu ngày thứ 7 bệnh nhân rút dẫn lưu màng phổi được, xuất viện. Chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp dò khí sau mổ nào trong nghiên cứu.

Biến chứng được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là 1 trường hợp viêm phổi sau mổ. Bệnh nhân không phải thở máy nhưng được điều trị nội khoa tích cực sau mổ. Lý do bệnh nhân lớn tuổi (75 tuổi), được chẩn đoán giai đoạn IIIA trong lúc mổ và phải chuyển mổ mở.

**Nguyên nhân chuyển mổ mở:**

Một trong những tiêu chuẩn đánh giá sự an toàn và thành công của VATS cắt thùy chính là tỉ lệ chuyển mổ mở. Tỉ lệ chuyển mổ mở trong VATS cắt thùy phổi thay đổi tùy theo nghiên cứu. Với kỹ năng, kỹ thuật kinh nghiệm phẫu thuật viên ngày càng được cải thiện, tỉ lệ chuyển mổ mở đã giảm dần trong các nghiên cứu được báo cáo gần đây. Nguyên nhân của VATS chuyển mổ mở là do: Kỹ thuật VATS như: chảy máu khi bóc tách, chảy máu do stapplers bị lỗi khi cắt mạch máu, hạch dính rãnh liên thùy không hoàn toàn, phổi dính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 trường hợp chuyển mổ mở. Các trường hợp này đều được đánh giá ở giai đoạn IIIA trong lúc mổ.

**Tính hiệu quả**

**Thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn, xuất viện sớm:**

Ưu điểm lớn nhất của VATS là cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân sau mổ. Thời gian nằm viện ngắn hơn giúp giảm chi phí đồng thời bệnh nhân hồi phục, quay lại công việc sớm. Trong nghiên cứu của Todd Demmy, Subroto Paul, thời gian dẫn lưu màng phổi, thời gian nằm viện sau phẫu thuật của VATS đều thấp hơn so với mổ mở.

**Bảng 3:** Thời gian nằm viện sau phẫu thuật, dẫn lưu

Tác giả	Thời gian nằm viện (ngày)		Thời gian dẫn lưu (ngày)	
	VATS	Mổ mở	VATS	Mổ mở
Todd Memmy	5,3	11,2	4	8,9
Whitson	6,4	7	5	6,1
Subroto Nestor	4	6	3	4
N H Binh	4	5	3	4
Chúng tôi	4,9		2,1	
	9,2		3,7	

### So sánh VATS hỗn hợp và VATS hoàn toàn

Chúng tôi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong 2 nhóm phẫu thuật này ở: kích thước u ( $46,6 \pm 13$  và  $39 \pm 8$  mm,  $P < 0,01$ ), lượng máu mất trung bình ( $516 \pm 317$  và  $250 \pm 129$  mL,  $P < 0,01$ ) và thời gian nằm viện sau mổ  $9,6 \pm 2,3$  và  $8,7 \pm 1,2$  ngày,  $P = 0,02$ ). Các yếu tố này đều tăng hơn ở nhóm VATS hỗn hợp.

### KẾT LUẬN

VATS cắt thùy phổi cho thấy là phương pháp phẫu thuật có tính an toàn, hiệu quả không kém mổ mở trong điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ. Kỹ thuật này được chỉ định chọn lọc cho ung thư phổi giai đoạn sớm (giai đoạn I, II) và có thể thay thế cho phương pháp mổ mở truyền thống.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akinori Iwasaki. (2004) Results of video-assisted thoracic surgery for stage I/II non-small cell lung cancer. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 26 158-164.
2. Davis CJ and Charles j. Filipi (1997) "A history of Endoscopy Surgery". *Principles of Laparoscopic Surgery*. Springer - Verlag. 3-20.
3. Craig SR, Leaver HA, Yap PL et al.(2001). Acute phase responses following minimal access and conventional thoracic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;20:455- 463.
4. Daniels LJ, Balderson SS, Onaitis MW et al. (2002). Thoracoscopic lobectomy: A safe and effective strategy for patients with stage I lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2002;74:860-864.
5. Demmy TL, Curtis JJ (1999). Minimally invasive lobectomy directed toward frail and high-risk patients: A casecontrol study. *Ann Thorac Surg* 1999; 68:194-200.
6. D'Amico TA (2006). Thoracoscopic lobectomy: Evolving and improving *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;132:464-465.
7. Jesus Loscertales et al. (2009). Video-Assisted Surgery for Lung Cancer. *State of the Art and Personal Experience*. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2009;17:313-26.
8. Kaseda S, Aoki T. (2002). Video-assisted thoracic surgical lobectomy in conjunction with lymphadenectomy for lung cancer. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 2002;103:717-721. In Japanese.
9. Kirby TJ, Mack MJ, Landreneau RJ et al. (1995). Lobectomy—video-assisted thoracic surgery versus muscle-sparing thoracotomy. A randomized trial. *J Thorac Cardiovasc Surg*;109:997-1002.
10. Kozo Nakanishi. (2007). Video-Assisted Thoracic Surgery Lobectomy With Bronchoplasty for Lung Cancer Initial Experience and Techniques. *Ann Thorac Surg*;84:191-6.

### Thời gian sống còn và tái phát

Trong giai đoạn đầu, hầu hết các tác giả đều chỉ định cho những trường hợp ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm. Nghiên cứu của Mc Kenna cho thấy tỉ lệ bệnh nhân còn sống 4 năm của ung thư phổi giai đoạn I, II tương đối cao (75%, 60%), tuy nhiên giai đoạn III còn thấp 20%. Tác giả Yamamoto cũng có kết quả tỉ lệ bệnh nhân còn sống 5 năm của ung thư phổi giai đoạn III thấp 29%.

### Tỉ lệ bệnh nhân còn sống

Tác giả	Số BN	Tỉ lệ bệnh nhân còn sống
Mc Kenna 1998	298	4 năm: GĐ I: 75%; GĐ II: 60%; GĐ III: 20%
Iwasaki 2004	100	5 năm: GĐ I: 80,9%; GĐ II: 70,3%
Yamamoto 2010	325	5 năm: GĐ Ia: 85%; GĐ Ib: 69%; GĐ II: 48%; GĐ: 29%
N H Binh 213	62	3 năm: GĐ I: 85%; GĐ II: 64,7%; GĐ IIIa: 25%

Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là giai đoạn sớm: giai đoạn I - II, chiếm tỉ lệ 78,57%. Do VATS cắt thùy phổi mới bắt đầu triển khai, nên chúng tôi chỉ tiến hành cắt thùy phổi, lấy hạch chừa chưa tiến hành nạo hạch thường quy được, có 3 trường hợp được xác định ung thư phổi ở giai đoạn IIIA sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi bệnh nhân sau mổ dài nhất của chúng tôi là 14 tháng. Cho đến thời điểm hiện tại, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều còn sống và chưa ghi nhận trường hợp tái phát nào. Do thời gian theo dõi sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi còn ngắn nên chúng tôi cần có thêm thời gian để kết luận tỉ lệ sống còn và tái phát trung hạn.

11. Lewis RJ, Caccavale RJ. (1998). Video-assisted thoracic surgical non-rib spreading simultaneously stapled lobectomy (VATS(n)SSL). *Semin Thorac Cardiovasc Surg*;10:332-339.
12. McKenna RJ Jr. (. 1995). VATS Lobectomy with mediastinal lymph node sampling or dissection. *Technique of Pulmonary Resection. Chest Surgery Clinis of North Amercan. W.B Saunders Company. Vol 5. No.2: 223.232.*
13. McKenna RJ Jr, Houck W, Fuller CB. (2006). Video-assisted thoracic surgery lobectomy: Experience with 1100 cases. *Ann Thorac Surg*;81:421-426.
14. Piergiorgio Solli, (2007). Indications and Developments of Video-Assisted Thoracic Surgery in the Treatment of Lung Cancer. *The Oncologist*;12:1205-1214.
15. Sedrakyan A, van der Meulen J, Lewsey J et al. (2004). Video assisted thoracic surgery for treatment of pneumothorax and lung resections: Systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2004;329:1008 – 1012.
16. Shigemura N, Akashi A, Funaki S et al. (2006) Long-term outcomes after a variety of video-assisted thoracoscopic lobectomy approaches for clinical stage IA lung cancer: A multi-institutional study. *J Thorac Cardiovasc Surg*;132:507-512.
17. Shiraishi T et al. (2006). A Completely Thoracoscopic Lobectomy Segmentectomy for Primary Lung Cancer – Technique Feasibility and Advantages. *Thorac Cardiovasc Surg*; 54: 202-207.
18. Solaini L. et al. (2001). Video-assisted thoracic surgery major pulmonary resections. Present experience. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 20 437- 442.
19. Sugi K, Kaneda Y, Esato K. (2000). Video-assisted thoracoscopic lobectomy achieves a satisfactory long-term prognosis in patients with clinical stage IA lung cancer. *World J Surg*;24:27-31.
20. Sugi K, Sudoh M, Hirazawa K et al. (2003). Intrathoracic bleeding during videoassisted thoracoscopic lobectomy and segmentectomy. *Kyobu Geka*;56:928 -931. In Japanese.
21. Sugiura H, Morikawa T, Kaji M et al. (1999). Long-term benefits for the quality of life after video-assisted thoracoscopic lobectomy in patients with lung cancer. *Surg Laparosc Endosc*;9:403- 408.
22. Yim AP, Izzat MB, Liu HP et al. (1998). Thoracoscopic major lung resections: An Asian perspective. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*;10:326 -331.
23. Walker WS, Codispoti M, Soon SY et al. (2003). Long-term outcomes following VATS lobectomy for non-small cell bronchogenic carcinoma. *Eur J Cardiothorac Surg*; 23:397-402.

Ngày nhận bài báo: 26/11/2015

Ngày phản biện nhận xét bài báo: 26/12/2015

Ngày bài báo được đăng: 22/02/2016