

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT BỆNH VIỆN BÌNH DÂN LẦN THỨ 19 NGÀY 06 - 07 THÁNG 04 NĂM 2018

TỔNG QUAN

- 1 Tiến bộ trong điều trị ngoại khoa ung thư tụy tạng
** Lê Quang Nghĩa*
- 7 Gây mê hồi sức trong phẫu thuật ghép gan
** Nguyễn Văn Chàng, Nguyễn Văn Chính, Trần Đỗ Anh Vũ*
- 13 Nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản
** Đào Quang Oánh*
- 19 Testosterone: hư cấu và thực tế lâm sàng
** Mai Bá Tiến Dũng*
- 24 Điều trị testosterone bổ sung và bệnh lý tuyến tiền liệt
** Đào Quang Oánh*
- 31 Cập nhật chẩn đoán và vai trò của ung bướu nội khoa trong điều trị bướu biểu mô tuyến ức: thực tế và triển vọng
** Võ Thị Ngọc Diệp, Nguyễn Hoàng Quý*
- 36 Chất chống oxy hóa: quan điểm trong điều trị vô sinh nam
** Mai Bá Tiến Dũng*
- 41 Bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu trong phẫu thuật ung thư trực tràng
** Phan Thanh Tuấn, Trần Văn Minh Tuấn, Hồ Tiến Duy*

- 49 Liệu pháp kích điện thần kinh chày sau điều trị bảo tồn các rối loạn chức năng sàn chậu
** Nguyễn Trung Vinh, Đặng Duy Anh*

NGHIÊN CỨU Y HỌC

- 56 Đánh giá hiệu quả chương trình quản lý kháng sinh trong sử dụng kháng sinh dự phòng ở các khoa ngoại tại bệnh viện Bình Dân
** Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Huỳnh Lê Hạ, Bùi Hồng Ngọc*
- 64 Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang không xâm lấn cơ bàng cắt đứt qua ngã niệu đạo với laser thulium yag kết hợp hóa trị trong bàng quang sau phẫu thuật
** Nguyễn Hoàng Lương, Hà Văn Bằng*
- 70 U mạch cơ mô thận – báo cáo trường hợp lâm sàng
** Trần Ngọc Khánh, Ngô Thanh Liêm, Hoàng Phong, Đinh Thị Phương Hoài*
- 74 Đánh giá kết quả điều trị bệnh co thắt tâm vị bằng phương pháp nong bóng hơi nội soi
** Nguyễn Khôi, Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức, Nguyễn Văn Hùng, Trần Quang Trình*

(Xem tiếp trang 640)

NGHIÊN CỨU UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN 2014 – 2016

Văn Tân*, Trần Vĩnh Hưng*, Trần Công Quyền*, Hồ Khánh Đức*, Nguyễn Văn Việt Thành*,
Đương Thanh Hải*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khối u ở phổi rất đa dạng. Khi khối u trên 2 cm, thì ung thư chiếm 80%. Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và phân loại mô học của ung thư phổi, tỷ lệ từng giai đoạn ung thư, đánh giá kết quả của các phương pháp điều trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Là nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp. Bệnh nhân đến điều trị tại BV. Bình Dân từ 2014 – 2016 với các triệu chứng và dấu chứng nghi khối u ở phổi.

Kết quả: Nam/nữ 3/2, tuổi trung bình 42, 55% ở trong thành phố, 40% có hút thuốc lá trong nhiều năm. Lâm sàng: Đau ngực chiếm 72%, ho chiếm 53%, ho ra máu chiếm 24%, sốt chiếm 20%, mất ký chiếm 17%. Khám thấy giảm thở 1 bên 12%. X quang ngực thấy khối u 75%. U ở phổi trái 30%, phổi phải 45%. CT thấy u ở phổi trái 27%, u ở phổi phải 48%. Soi phế quản: Sinh thiết, hay chải rửa cho những khối u ở trung tâm hay gần trung tâm, dương tính được 70%. Nội soi lồng ngực: Sinh thiết cho những khối u ngoại biên. Sinh thiết ung thư được 62%. Chức năng hô hấp: FEV1 > 50%: 100%. Phẫu thuật: 36 BN được phẫu thuật. Tất cả đều nội soi trước để lượng giá xem mổ nội soi được không. Khi khối u ở giai đoạn I và II, không dính thành ngực, chúng tôi thử mổ nội soi. Chúng tôi mổ nội soi thành công được 75%. Mô bướu trong 36 BN, có 26 BN bị ung thư: Ung thư tế bào tuyến (21), Ung thư tế bào gai (3), Ung thư tế bào lớn (2), Ung thư tế bào nhỏ (0). Kết quả điều trị: BN được chuyển về khoa sau 12 đến 24 giờ. Ống dẫn lưu được rút bỏ 24-48 giờ sau mổ sau khi chụp hình phổi kiểm tra thấy phổi còn lại nở đủ. Tai biến và Biến chứng: Xuất huyết: Có 1 TH bị xuất huyết nặng sau mổ, chúng tôi mở ngực để cầm máu. - Suy hô hấp: 30% các thùy phổi của phổi còn lại không nở hoàn toàn. Vài ngày sau nhờ vật lý trị liệu, phổi nở dần, chỉ còn 1 TH phổi không nở hoàn toàn nhưng không bị suy hô hấp. Chúng tôi mổ lại. - Nhiễm trùng vết mổ hay phổi: Chúng tôi chưa có TH nào nhiễm trùng nặng. Tử vong: không có.

Kết luận: Ngày nay, khuynh hướng mổ nội soi ngày càng nhiều. Vấn đề là phải phát hiện bệnh sớm. Như vậy vấn đề là cần có những điều tra cơ bản những đối tượng trên 45 tuổi hút nhiều thuốc lá và hút khá lâu. Khám đại trà cho những người, cả nam lẫn nữ, hút thuốc lá hay sống chung với người hút thuốc

Từ khóa: ung thư phổi.

ABSTRACT

STUDY OF THE LUNG CANCER AT BINH DAN HOSPITAL 2014-2016

Van Tan, Tran Vinh Hung, Tran Cong Quyen, Ho Khanh Duc, Nguyen Van Viet Thanh,
Duong Thanh Hai * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement Vol. 22 - No 2- 2018: 341 - 345

Background: Lung tumor is very different. When the tumor is above 2 cm, 80% is cancer. Objective: Accessed the diagnosis, pathology classification and evaluated the stage of lung cancer. We perform the operations and follow-up the results.

Materials and method: It is a retrospective, case-series study. Patients came to us during 3 years 2014-

* Bệnh viện Bình Dân
Tác giả liên lạc: GS Văn Tân

ĐT: 02838394.747

Email: hoinghibvbd@gmail.com

2016 with more than 100 patients, but 36 were operated. With symptoms and signs of tumors of the lung.

Results: Epidemiology: Male/female 3/2, middle age 42, 55% habited in the city, 40% smoking during many years. Clinical picture: Thoracic pain 72%, cough 53%, hemoptisy 24%, fever 20%, loss of weight 17%. On examination: decrease of respiration in one side 12%. X ray: tumors 75%. tumor of the left lung 30%, right lung 45%. CT: tumors of the left lung 27%, tumor of the right lung 48%. Bronchoscopy: Tumor and biopsy or lavage, tumor + 70%. Thoracoscopy: Peripheric tumor, biopsy 62%. Respiration function: FEV1 > 50%: 100%. Surgery: 36 patients were operated. All are thoracoscopy. When tumor in stage I and II, no adhesion of thoracic wall, with respiration function more than 50% FEV1, we operated by thoracoscopy. 9 patients must be turned to thoracotomy. In 36 patients, 26 patients were cancers: Adenocarcinoma (ACA) (18), Squamous cell carcinoma (SCCA) (6), Large cell carcinoma (2), Small cell carcinoma (0). Results: Patients were transferred to thoracic ward in 12-24 hours. In 24-48 hours, drain was retired when Xray of the thorax that the lung is good expanded. Complications: - Bleeding: 1 cases we must perform thoracotomy to stop bleeding. - Respiration failure: 30% the lung is still collapse partially. With physical therapy, lung expand gradually. in 1 case the lung is collapse in 1/2 but no respiration failure, we reoperated. - Infection: 4 cases having infection of the wound but no severe. Death cases: none.

Conclusion: Nowadays, thoracoscopy of pulmonary cancer is in majority of cases. The tumor may be detected early. The patients over 45 years old, long time smoking must be screened for pulmonary problem.

Key word: lung cancer

MỞ ĐẦU

Chúng tôi chỉ cắt được khối u trong 3 năm 2014-2016 là 36 BN. Gần 80% là u ác, số còn lại là u lành.

U ngực rất đa dạng. Ở đây, chúng tôi chỉ chú trọng u phổi, mổ cắt được. Chúng tôi có 153 u phổi trong 3 năm 2014-2016, nhưng chỉ cắt được có 36 BN.

Mục tiêu

Xác định tỷ lệ và phân loại mô học của ung thư phổi, tỷ lệ từng giai đoạn ung thư, đánh giá kết quả của các phương pháp điều trị.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Là nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

Tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân đến điều trị với các triệu chứng và dấu chứng nghi khối u ở phổi. Chúng tôi cho chụp X Quang phổi và CT.

KẾT QUẢ

Đặc điểm bệnh nhân

Nam/nữ 3/2, tuổi trung bình 42, 55% ở trong thành phố, 40% có hút thuốc lá trong nhiều năm.

Lâm sàng

Đau ngực chiếm 72%, ho chiếm 53%, ho ra máu chiếm 24%, sốt chiếm 20%, mất ký chiếm 17%. Khám thấy giảm thở 1 bên 12%.

Cận lâm sàng

Thử máu thấy có thiếu máu nhẹ với bạch cầu cao 24%. Các xét nghiệm về miễn dịch như CEA, CA 19.9 bất thường 6%.

X quang ngực thấy khối u 75%. U ở phổi trái 30%, phổi phải 45%. CT thấy u ở phổi trái 27%, u ở phổi phải 48%⁽²⁷⁾.

Soi phế quản: Sinh thiết, hay chải rửa cho những khối u ở trung tâm hay gần trung tâm, dương tính là 70%

Nội soi lồng ngực: Sinh thiết cho những khối u ngoại biên. Sinh thiết ung thư được 62% dương tính.

Chức năng hô hấp: FEV1 > 50%: 100%.

Phẫu thuật

Ban đầu chúng tôi nội soi để tìm xem khối u, đặc biệt các khối u ở trung tâm và gần trung tâm, chúng tôi thấy rõ, thùy phổi có u, khối u lan tỏa cả thùy, có khi ăn lan qua thùy khác, thấy như vậy 72%. Với khối u ở ngoại biên, 30% không tìm thấy vì phổi không thấy cứng hơn. Những BN không tìm thấy khối u, chúng tôi mở ngực với đường mổ nhỏ, dùng tay thám sát thì thấy được khối u 90% ở thùy nào.

Kết hợp với nội soi, chúng tôi tách phân thùy hay 2 phân thùy rồi kẹp-cắt mạch máu, kẹp cắt phế quản. Chúng tôi nạo hạch nếu có và lấy thùy phổi ra. Một số trường hợp (TH), chúng phải cắt nhỏ trong bao rồi rút ra. Chúng tôi kiểm tra lại cuống phổi và cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu và đóng thành ngực. TH khối ăn lan gần hết phổi hay khối u ở cuống phổi, chúng tôi chuyển mổ mở để cắt toàn bộ phổi, đặc biệt là phổi trái. Khi quyết định cắt toàn bộ phổi, chúng tôi kẹp thủ cuống phổi và cho thở, nếu thấy bình thường, chúng tôi thực hiện. TH này chỉ có 1 BN. Có 2 BN, chúng tôi chỉ nội soi và sinh thiết, một TH u ác tuyến, một là u lao.

Ra hồi sức, BN được giúp thở 6-12 giờ rồi rút nội khí quản. 20% BN phải thở máy 12-24 giờ.

BN xuất viện sau từ 7 đến 10 ngày.

Bảng 1: Mô học của bướu trong 36 BN

Mô học	Số TH
Ung thư tế bào tuyến	18
Ung thư tế bào gai	6
Ung thư tế bào lớn	2
U lao	6
U nấm Aspergillus	1
U viêm mãn tính, xơ hóa	2
U tế bào gan (cắt HCC 2 năm)	1
Tổng số	36

Được hẹn tái khám trong vòng 1 tháng và cho hóa trị. Ở BV Bình Dân, chúng tôi dùng paclitaxel và cisplatin, 6 chu kỳ. Sau đó, chúng tôi cho tái khám 6 tháng rồi 12 tháng.

Tai biến và Biến chứng của phẫu thuật

Xuất huyết

Có 1 TH bị xuất huyết nặng sau mổ, chúng tôi phải mở ngực để cầm máu.

Suy hô hấp

30% các thùy phổi của phổi còn lại không nở hoàn toàn. Vài ngày sau nhờ vật lý trị liệu, phổi nở dần, chỉ còn 1 TH phổi không nở hoàn toàn nhưng không bị suy hô hấp, chúng tôi mổ lại.

Nhiễm trùng vết mổ hay phổi

Chúng tôi chưa bị TH nào nhiễm trùng nặng.

Hậu phẫu

Bình thường BN được xuất viện sau 7 ngày từ ngày mổ. Những BN thám sát, sinh thiết được xuất viện sớm hơn.

Hóa trị những TH mổ tích cực được 75%, không ghi nhận bị phản ứng. BN ở giai đoạn III có 2 BN tái phát và 1 BN đã tử vong sau mổ 11 tháng, còn BN khi tiếp tục hóa trị với gemzar và muối platin đã được 3 chu kỳ⁽²²⁾.

BÀN LUẬN

Hút thuốc lá sẽ bị ung thư phổi, được chứng minh và đã nói rõ cho mọi người, mọi gia đình hút thuốc lá. Cần chụp hình, nếu trên hình phổi có nghi ngờ khối u thì chụp CT. Nhờ vậy ta biết ung thư phổi sớm và mổ triệt để cao.

Ung thư phổi đa số đến trễ, định bệnh thường không khó, cần 1 hình phổi là đã thấy rõ nhưng cần CT để biết giai đoạn và sinh thiết để biết dạng ung thư nào, ác hay lành tính, không phải tế bào nhỏ hay tế bào nhỏ. Sinh thiết cũng không thể biết hết, vì vậy một số khoảng 25%, chúng tôi phải mở ngực để thám sát, ngoài sinh thiết còn nếu khối u sờ được, chúng tôi cắt thùy phổi. Trong số bệnh của chúng tôi có 17% là ung thư tế bào nhỏ, không nằm trong số mổ. Số còn lại là không phải tế bào nhỏ thì chúng tôi thường mổ ở giai đoạn I đến IIIA, nhưng phải chọn lọc. và cần chức năng hô hấp phải trên 50% FEV1^(21,24,25,26,28), vì vậy cần hóa xạ trước và sau mổ, điều này chúng tôi chưa thực hiện.

Chúng tôi thường mổ nội soi và chuyển mổ mở khoảng 25%, là những BN có u di căn hay xâm lấn thành ngực sau, có nhiều hạch như trong giai đoạn IIIA và IIIB. Những trường hợp này, chúng tôi không cho là mổ trừ căn và hóa trị sớm⁽³⁾. Theo dõi từ 1 đến 3 năm, có hóa trị, 85% bệnh nhân còn sống^(2,5). Chúng tôi có chương trình mổ u phổi sớm bằng robot, đến nay đã được 4 TH. Khối u ở sulcus, theo các tác giả Mỹ, phẫu thuật triệt và hóa trị sẽ sống 5 năm 48%^(11,12).

Trong các báo cáo ở các hội nghị gần đây, các tác giả đã cắt u phổi ở giai đoạn I và II. 80% sống qua 5 năm^(1,4,6,9,17,19). Mổ nội soi khối u ở giai đoạn I, sống 5 năm không khác gì mổ mở. Ở giai đoạn II, chọn lọc, các tác giả cũng có mổ nội soi, nhưng sau mổ có hoá trị, BN sống qua 5 năm là 65%, tương đương với mổ mở. Các tác giả cũng có cắt phổi rộng chọn lọc ở giai đoạn IIIA và một ít ở giai đoạn IIIB và nạo hạch triệt để cho biết sống 3 năm là 25%^(7,8,10,14,15,18,20).

Hóa trị và xạ trị trước mổ, còn đang thử nghiệm. Hóa trị kết hợp với bevacizumab hoặc gefitinib tỏ ra có ích lợi, nhất là trong những trường hợp tái phát.

KẾT LUẬN

Ngày nay, khuynh hướng mổ phổi nội soi ngày càng nhiều. Vấn đề là phải phát hiện bệnh sớm. Như vậy cần có điều tra cơ bản những đối tượng trên 45 tuổi hút nhiều thuốc lá và hút khá lâu. Khám đại trà cho những người, cả nam lẫn nữ, hút thuốc lá hay sống chung với người hút thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Albain KS, Swann RS, Rusch VW et al (2009). Radiotherapy plus chemotherapy with or without surgical resection for stage III NSCLC. *Lancet* 574:379-386.
2. Arriagada R, Bergman B, Dunant A et al (2004). Cisplatin based adjuvant chemotherapy in patient with completed resected NSCLC. *N Engl J Med* 350:351-360.
3. Cao Văn Thịnh, Văn Tân (2004). Bước đầu thực hiện đa hóa trị Mitotax-Carboplatin hoặc Cisplatin trên bệnh nhân

- bi ung thư phổi nguyên phát. *Y học TP HCM* 8(1), pp 497-501.
4. Darling GE, Allen MS, Decker PA et al (2011). Randomized trial of mediastinal lymph node sampling, versus complete lymphadenectomy during pulmonary resection in patient with N0 or N1 NSCLC. *J Thorac Cardiovas Surg* 141:662-670.
5. Fernando HC, Schuchert M, Ladreaneau R et al (2010). Approaching the high risk patient: Sublobar resection, stereotactic body radiation therapy or radiofrequency ablation. *Ann Thorac Surg* 89:2123-3127.
6. Hồ Huỳnh Long, Hồ Khánh Đức (2012). Nhân 1 TH cắt thùy phổi hoàn toàn qua nội soi lồng ngực. *Y học TP HCM* 16(1), pp 53-56.
7. Jett JR, Schild SE, Keith RL et al (2007). Treatment of NSCLC stage IIIB: ACCP evidence-based clinical practice guideline (2nd edition). *Chest* 132:2665-2765.
8. Komaki R, Roth JA, Walsh GL et al (2006). Outcome predictors for 143 patients with superior sulcus tumors treated by multidisciplinary approach at the University of Texas MD. Anderson Cancer Center. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 48:347-354.
9. Kosower BD, Sheng S, O'Brien SM et al (2010). STS database risk models. Predictors of mortality and major morbidity for lung cancer resection. *Ann Thorac Surg* 90:875-881.
10. Kvale PA, Selecky PA, Prakash UB (2007). Palliative care in lung cancer. ACCP evidence-based clinical practice guideline (2nd edition). *Chest* 132:3685-4035.
11. Martinod E, D'Audiffret A, Thomas P et al (2002). Management of superior sulcus tumors. Experience of 139 cases treated by surgical resection. *Ann Thorac Surg* 73:1534-1539.
12. Mitsudomi E, Morita S, Yatabe Y et al (2010). Gefitinib versus cisplatin plus docetaxel in patients with NSCLC harbouring mutations of the epidermal growth factor receptor. *Lancet Oncol* 11:121-128.
13. Nguyễn Ngọc Bình (2016). Đánh giá hiệu quả của nội soi phế quản ống mềm, chẩn đoán UT phế quản so với KQ sau phẫu thuật. *Y học TP HCM* 20(2), pp 478-481.
14. Nguyễn Ngọc Bình, Hồ Khánh Đức, Văn Tân (2014). PT lồng ngực qua nội soi tại BV Bình Dân. *Y học TP HCM* 18(1), pp 267-270.
15. Pao W (2006). Defining clinical relevant molecular subsets of lung cancer. *Cancer Chemother Pharmacol* 58 (1):511-515.
16. Pao W, Girard N (2011). New driver mutations in NSCLC. *Lancet Oncol* 12:175-180.
17. Pisters KM, Vallieres E, Crowley JJ et al (2010). Surgery with or without preoperative paclitaxel and carboplatin in early stage NSCLC. *J Clin Oncol* 28:1843-1849.
18. Robinson LA, Ruckdeschel JC, Wagner H Jr et al (2007). Treatment of NSCLC, cancer stage IIIA. ACCP evidence based clinical practice guideline (2nd edition). *Chest* 132:2435-2655.
19. Sandler A, Gray R, Perry MC et al (2006). Paclitaxel-carboplatin alone or with bevacizumab for NSCLC. *N Engl J Med* 355:2542-2550.
20. Schiller JH, Harrington D, Belani CP et al (2002). Comparison of four chemotherapy regimens for advanced NSCLC. *N Engl J Med* 346:92-98.

21. Schuchert MJ, Pettiford BL, Keelcy S et al (2007). Anatomic segmentectomy in the treatment of stage I NSCLC. *Ann Thorac Surg* 84:926-932.
22. Scott WJ, Howington J, Feigenberg s et al (2017). Treatment of NSCLC stage I and stage II. ACCP evidence based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest* 132:234S-242S.
23. Socinski MA, Crowell R, Hensing TE et al (2007). Treatment of NSCLC stage IV: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest* 132:277S-289S.
24. Takeda K, Hida T, Sato T et al (2010). Randomized phase III trial of platinum-doublet chemotherapy followed by gefitinib compared with continued platinum-doublet chemotherapy to Japanese patients with advanced NSCLC. *J Clin Oncol* 28:753-760.
25. Trần Công Quyền, Hồ Huỳnh Long, Nguyễn văn Việt Thành (2016). Đánh giá hiệu quả cắt thùy phổi nội soi, điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ. *Y học TP HCM*. 20(2), pp 482-488.
26. Văn Tần (2004). PT những bộ phận trong lồng ngực qua nội soi. *Y học TP HCM*. 8(1), pp 6-9.
27. Văn Tần (2010). Biến chứng Phẫu thuật ngực. *Y học TP HCM*. 14(1), pp 1-5.
28. Văn Tần, Hoàng Danh Tấn, Trần Công Quyền và cs (2010). Phẫu Thuật Ung thư phổi qua nội soi lồng ngực. *Y học TP HCM*. 14(1), pp 135-141

Ngày nhận bài báo: 04/12/2017

Ngày phản biện nhận xét bài báo: 20/12/2017

Ngày bài báo được đăng: 25/03/2018