

# Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo vét hạch điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA

## The initial results of thoracoscopic lobectomy and lymph node dissection for non-small cell lung cancer stage I, II, IIIA

Lê Hải Sơn, Trần Trọng Kiểm,  
Mai Văn Viện, Ngô Vi Hải

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi, nạo vét hạch điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA. **Đối tượng và phương pháp:** 98 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA theo phân loại TNM phiên bản lần thứ 8 được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, nạo vét hạch. Thống kê các đặc điểm chung, các đặc điểm về nạo vét hạch, tai biến, biến chứng, phân loại kết quả điều trị. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $61,3 \pm 8,7$  tuổi; thùy trên phổi phải chiếm tỷ lệ cao nhất (30,6%); thời gian phẫu thuật trung bình  $143,5 \pm 37,3$  phút. Số lượng hạch vét được trung bình  $11,4 \pm 5,5$  hạch. Số nhóm hạch vét được trung bình  $3,8 \pm 1,6$  nhóm. Kết quả tốt 79,6% (78/98 BN). Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS: không có độ 4 và độ 5. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, nạo vét hạch trong UTPKTBN là kỹ thuật có tỷ lệ tai biến - biến chứng thấp, kết quả sớm tốt, đau sau mổ ít và đảm bảo được tiêu chuẩn nạo vét hạch ung thư.

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật cắt thùy phổi, nạo vét hạch.

### Summary

**Objective:** To evaluate the initial outcomes of thoracoscopic lobectomy and lymph node dissection in treatment for early stage non-small cell lung cancer. **Subject and method:** Ninety-eight non-small cell lung cancer stage I, II, IIIA according to the TNM classification 8<sup>th</sup> who underwent thoracoscopic lobectomy and lymph node dissection. Statistics of general characteristics, lymph node resection, complications and general results. **Result:** The mean age was  $61.3 \pm 8.7$  years; right upper lobe was the highest proportion (30.6%); the operating time was  $143.5 \pm 37.3$  minutes. The mean of resected lymph nodes was  $11.4 \pm 5.5$ . The mean of resected lymph node groups was  $3.8 \pm 1.6$ . The rate of good result was 79.6% (78/98). Pain level was assessed by VAS: Level 4 and level 5 were not recorded. **Conclusion:** Thoracoscopic lobectomy and lymph node dissection for non-small cell lung cancer was demonstrated with low rate complication, good early outcome, mild pain and acceptable technique for oncologic lymphadenectomy.

**Keywords:** Non-small cell lung cancer, thoracoscopic lobectomy, lymph node dissection.

---

Ngày nhận bài: 18/1/2022, ngày chấp nhận đăng: 26/1/2022

Người phản hồi: Lê Hải Sơn, Email: lehaison108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## 1. Đặt vấn đề

Ung thư phổi (UTP) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong nhóm bệnh lý ác tính trên toàn thế giới với ước tính khoảng 1,76 triệu người chiếm 18,4% tổng số bệnh nhân (BN) tử vong do ung thư [1]. Phẫu thuật là một lựa chọn tốt cho ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn sớm (I, II, IIIA). Ngày nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị UTP đã trở thành phẫu thuật thường quy. Tuy nhiên, ở Việt Nam, sự thống nhất về kỹ thuật và giá trị của kỹ thuật trong nạo vét hạch còn nhiều tranh cãi. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, nạo vét hạch trong điều trị UTPKTBN giai đoạn I, II, IIIA tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

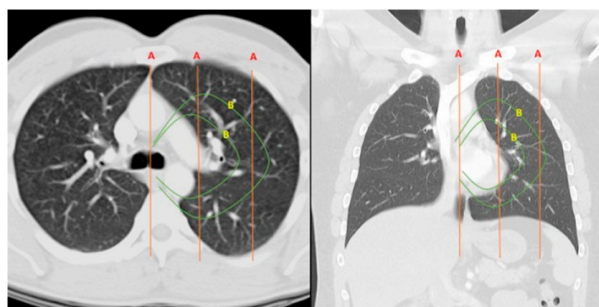
Gồm 98 bệnh nhân UTPKTBN được PTNS cắt thùy phổi, nạo vét hạch tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 05/2017 đến 03/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA có u ngoại vi kích thước  $\leq 7$ cm, chưa điều trị hóa trị và/hoặc xạ trị trước mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ khi có một trong các yếu tố sau: FEV1  $< 75\%$ , u trung tâm, u  $> 7$ cm.

Phân chia giai đoạn UTPKTBN: Theo bảng phân loại TNM phiên bản lần thứ 8 của Hiệp hội Nghiên cứu Ung thư phổi thế giới.

Phân chia u trung tâm - ngoại vi theo phân loại của Casal (2017) [2]: Dựa vào cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực, các khối u trung tâm là khối u tiếp xúc với rốn phổi (phế quản tràng, động mạch phổi thùy, tĩnh mạch phổi thùy) hoặc nằm ở 1/3 trong của lồng ngực (được xác định dựa vào các đường đồng tâm xuất phát từ rốn phổi).



Hình 1. Phân chia u ngoại vi và trung tâm [2]

### 2.2. Phương pháp

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, không đối chứng.

*Kỹ thuật mổ nội soi cắt thùy phổi, nạo vét hạch*

Phương pháp vô cảm và tư thế bệnh nhân: bệnh nhân được gây mê nội khí quản (NKQ) 2 nòng, tư thế nằm nghiêng 90° về phía đối diện tổn thương.

Vị trí các đường vào: 3 đường vào dài 1-1,5cm tại gian sườn 8 đường nách giữa, gian sườn 6 đường nách trước và gian sườn 4 đường nách sau. Đường mở ngực tại gian sườn 4 được mở rộng dài 3-4cm để lấy thùy phổi ra khỏi lồng ngực để tránh làm vỡ khối u.

Kỹ thuật PTNS cắt thùy phổi: Dưới màn hình nội soi, phẫu tích bộc lộ mạch máu và phế quản. Đối với các trường hợp rãnh liên thùy không hoàn toàn, giải phóng rãnh liên thùy bằng stapler 45 - 60/3,5. Kiểm soát mạch máu bằng stapler 30/2,5 và phế quản bằng stapler 45/3,5.

Vết hạch theo đặc trưng thùy:

Đối với u thùy trên: Nạo vét hạch nhóm 2, 4 (bên phải); Nhóm 5, 6 (bên trái) và các nhóm hạch chặng N1.

Đối với u thùy giữa phổi phải: Nạo vét hạch nhóm 2, 4, 7, 8, 9 và các nhóm hạch chặng N1.

Đối với thùy dưới: Nạo vét hạch nhóm 7, 8, 9 và các nhóm hạch chặng N1.

Ngoài ra, nạo vét các nhóm hạch khác nếu xác định được trên cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực/PET-CT trước mổ và/hoặc xác định được trong mổ.

Các hạch chặng N1: Nhóm 10, 11 được vét trong mổ; nhóm 12 được phẫu tích, đẩy về phía ngoại vi và lấy bỏ cùng nhóm 13, 14 sau khi thùy phổi được lấy ra khỏi lồng ngực.

*Các chỉ tiêu nghiên cứu:*

Thời gian mổ, thời gian dẫn lưu.

Kết quả vét hạch: Số nhóm hạch nạo vét được, số lượng hạch nạo vét được

Mức độ đau sau mổ: Đánh giá theo thang điểm nhìn đồng dạng (VAS - Visual Analog Scale)

Tai biến - biến chứng, tỷ lệ chuyển mổ mở, nguyên nhân chuyển mổ mở.

Đánh giá kết quả chung sau mổ căn cứ bảng phân loại biến chứng của Dino [3], chúng tôi phân chia kết quả thành 4 loại:

Kết quả tốt (tương đương Dino độ 1): Không có tai biến - biến chứng.

Kết quả trung bình (tương đương Dino độ 2): Có tai biến được phát hiện, xử trí kịp thời ngay trong mổ bằng phẫu thuật nội soi hoặc có biến chứng được điều trị thành công không cần gây mê toàn thân, không phải mổ lại.

Kết quả xấu (tương đương Dino độ 3): Có tai biến - biến chứng được điều trị thành công trong đó tai biến phải chuyển mổ mở, biến chứng phải mổ lại hoặc phải can thiệp thủ thuật dưới gây mê toàn thân.

Kết quả rất xấu/tử vong (tương đương Dino độ 4, 5): Tử vong trong mổ hoặc có tai biến - biến chứng điều trị thất bại.

### 3. Kết quả

**Bảng 1. Các đặc điểm chung (n = 98)**

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi trung bình		61,3 ± 8,7 tuổi
Giới	Nam	60 (61,2%)
	Nữ	38 (38,8%)
Vị trí u	Thùy trên phổi phải	30 (30,6%)
	Thùy giữa phổi phải	6 (6,1%)
	Thùy dưới phổi phải	27 (27,6%)
	Thùy trên phổi trái	24 (24,5%)
	Thùy dưới phổi trái	11 (11,2%)
Giai đoạn bệnh sau mổ	IA	37 (37,8%)
	IB	19 (19,4%)
	IIA	1 (1,0%)
	IIB	19 (19,4%)
	IIIA	22 (22,4%)
Kích thước u trung bình		31,9 ± 13,8mm
Thời gian phẫu thuật		143,5 ± 37,3 phút (70 - 240)
Thời gian dẫn lưu		4,4 ± 2,3 ngày (1 - 15)

Tuổi trung bình 61,3 ± 8,7 tuổi; nam giới 61,2%; thùy trên phổi phải chiếm tỷ lệ cao nhất (30,6%); thời gian phẫu thuật trung bình 143,5 ± 37,3 phút.

**Bảng 2. Số lượng hạch vét được theo nhóm (n = 98)**

Nhóm hạch	Số BN	Ít nhất	Nhiều nhất	Tổng	Trung bình
2* - 4	41	1	29	249	6,1 ± 5,2
3	12	2	9	42	3,5 ± 2,1
5 - 6	28	1	9	107	3,8 ± 2,4
7	41	1	12	194	4,7 ± 3,1

8 - 9	32	1	4	56	1,9 ± 0,9
10	45	1	8	116	2,6 ± 1,6
11	59	1	8	153	2,6 ± 1,6
12 - 13 - 14	60	1	11	207	3,5 ± 2,4
*: Chỉ có ở bên phải					

Số hạch vét được trung bình cao nhất ở nhóm 2\* - 4 (6,1 ± 5,2 hạch); ít nhất ở nhóm 8 - 9 (1,9 ± 0,9 hạch).

**Bảng 3. Số lượng hạch vét được (n = 98)**

Số hạch	n	Tỷ lệ %
< 10 hạch	49	50,0
≥ 10 hạch	49	50,0
Min	6	
Max	32	
Tổng	1121	
Trung bình	11,4 ± 5,5	

Số lượng hạch vét được trung bình 11,4 ± 5,5 hạch; tỷ lệ vét được ≥ 10 hạch (50%) tương đương < 10 hạch (50%).

**Bảng 4. Số nhóm hạch vét được (n = 98)**

Số nhóm	n	Tỷ lệ %
≤ 4 nhóm	74	75,5
> 4 nhóm	24	24,5
Min	2	
Max	9	
Tổng	367	
Trung bình	3,8 ± 1,6	

Số nhóm hạch vét được trung bình 3,8 ± 1,6 nhóm; tỷ lệ vét được > 4 nhóm chiếm 24,5%.

**Bảng 5. Lý do chuyển mổ mở (n = 98)**

Loại phẫu thuật/Lý do chuyển mổ mở		n	Tỷ lệ %
Phẫu thuật nội soi		91	92,9
Chuyển mổ mở	Chảy máu	2	2,0
	Hạch dính	3	3,1
	Lỗi dụng cụ phẫu thuật	1	1,0
	Phổi không xẹp	1	1,0
Tổng		98	100,0

Lý do chuyển mổ mở thường gặp là hạch dính 3,1% (3/98 BN).

**Bảng 6. Biến chứng sau mổ (n = 98)**

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Không có biến chứng	83	84,7

TDMP sau rút dẫn lưu	5	5,1
Rò khí kéo dài	8	8,2
Xẹp phổi	1	1,0
Biến chứng tim - mạch	1	1,0
<b>Tổng</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

Biến chứng thường gặp nhất là tràn khí kéo dài 8,2% (8/98 BN), có 1 BN có biến chứng tim mạch sau mổ.

**Bảng 7. Mức độ đau sau mổ theo VAS (n = 91)**

Mức độ đau	n	Tỷ lệ %
Độ 0	19	20,9
Độ 1	45	49,5
Độ 2	20	22,0
Độ 3	7	7,7
<b>Tổng</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>

Phần lớn bệnh nhân đau mức độ 1 và 2, tỷ lệ lần lượt là 49,5% và 22,0%.

**Bảng 8. Phân loại kết quả sớm sau mổ (n = 98)**

Phân loại kết quả	n	Tỷ lệ %
Tốt	78	79,6
Trung bình	18	18,4
Xấu	2	2,0
Rất xấu	0	0
<b>Tổng</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

Kết quả tốt chiếm đa số 78/98 BN (79,6%).

#### 4. Bàn luận

##### *Đặc điểm chung*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình  $61,3 \pm 8,7$  tuổi; nam giới 61,2%; thùy trên phổi phải chiếm tỷ lệ cao nhất (30,6%); kích thước u trung bình là  $31,9 \pm 13,8$ mm; thời gian phẫu thuật trung bình  $143,5 \pm 37,3$  phút. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước: Trần Trọng Kiểm nghiên cứu 120 bệnh nhân, tuổi trung bình  $56,7 \pm 12,6$  tuổi; Nguyễn Văn Lợi nghiên cứu 83 BN, tuổi trung bình  $58,59 \pm 8,44$  tuổi [4], [5]. So với các nghiên cứu trên thế giới, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thường thấp hơn [6], [7].

Lee và cộng sự (2016) nghiên cứu 297 BN chia 2 nhóm: Nhóm A rãnh liên thùy không hoàn toàn <

30% (độ 1) 242 BN, nhóm B rãnh liên thùy không hoàn toàn > 30% (độ 2 và độ 3) 55 BN: không có sự khác biệt giữa nhóm A và nhóm B về giới (nam 44,6% so với 49,1%,  $p=0,549$ ), tuổi trung bình ( $61,63 \pm 9,88$  so với  $60,51 \pm 9,55$ ,  $p=0,446$ ), kích thước u trung bình ( $2,17 \pm 0,93$ cm so với  $2,22 \pm 0,88$ cm,  $p=0,709$ ). Thời gian phẫu thuật trung bình nhóm A  $129,92 \pm 46,80$  phút so với nhóm B  $158,45 \pm 46,28$  phút,  $p<0,001$  [8]. Li và cộng sự (2018) [7] nghiên cứu 528 BN UTPKTBN giai đoạn I, II nam 62,3%, nữ 37,7%, tuổi trung bình  $63,1 \pm 8,2$  (trung vị 63,58 - 69 tuổi), vị trí u thùy trên phổi phải chiếm tỷ lệ cao nhất 34,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình  $130,7 \pm 52,0$  (trung vị 120; 90 - 150 phút). Thời gian dẫn lưu trung bình  $4,6 \pm 3,1$  ngày (trung vị 3; 2 - 6 ngày).

##### *Đặc điểm về nạo vét hạch*

Bảng 2, 3, 4 cho thấy số hạch vét được trung bình cao nhất ở nhóm 2\* - 4 ( $6,1 \pm 5,2$  hạch); ít nhất

ở nhóm 8 - 9 ( $1,9 \pm 0,9$  hạch); số lượng hạch vét được trung bình  $11,4 \pm 5,5$  hạch; số nhóm hạch vét được trung bình  $3,8 \pm 1,6$  nhóm.

Tantranworasin và cộng sự (2017) [9] hồi cứu 240 BN UTP được phẫu thuật thấy số lượng hạch trung bình ở nhóm lấy mẫu hạch là 4,3, ở nhóm vét hạch là 25,5; không có sự khác biệt giữa số lượng hạch vét được giữa phổi phải và phổi trái ( $23,1 \pm 12,6$  so với  $22,0 \pm 13,2$ ;  $p=0,519$ ). So sánh về số lượng hạch vét được: nhóm tái phát thấp hơn nhóm không tái phát (20,9 so với 24,6;  $p=0,028$ ); nhóm tử vong thấp hơn nhóm còn sống (21,3 so với 23,8;  $p=0,133$ ). Tác giả nhận xét số hạch và số nhóm hạch vét được không phải yếu tố tiên lượng độc lập đối với tỷ lệ tử vong toàn bộ (HR = 0,99; 95% CI: 0,97 - 1,01).

#### *Về tai biến và lý do chuyển mổ mở*

Theo Sawada và cộng sự (2009), tỷ lệ chuyển mổ mở trong 5 năm đầu khi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi là 8%, trong 5 năm tiếp theo là 5%; nguyên nhân chuyển mổ mở được chia thành 2 nhóm:

Nhóm liên quan đến kỹ thuật: Chảy máu trong mổ, tai biến cần mổ mở để tạo hình lại các cấu trúc giải phẫu.

Nhóm không liên quan đến kỹ thuật: Hạch dính vùng rốn phổi, rãnh liên thùy không hoàn toàn, hạch di căn [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chuyển mổ mở 7,1% (7/98 BN) trong đó nguyên nhân liên quan đến phẫu thuật 4/7 BN, nguyên nhân không liên quan đến kỹ thuật 3/7 BN. Cụ thể như sau:

2/98 BN (2,0%) có tai biến chảy máu do tổn thương động mạch phân thùy trong mổ, chiếm tỷ lệ 2,0%. Cả hai BN này đều được chuyển mổ mở xử trí cầm máu.

1/98 BN (1,0%) chuyển mổ mở do lỗi dụng cụ phẫu thuật, xảy ra ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến thùy dưới phổi trái giai đoạn IIB. Sau khi hàng ghim tại stapler đóng kín diện cắt động mạch basal, lưỡi dao và hàng ghim bị mắc, chúng tôi không thể cắt mạch bằng stapler. Vì vậy, chúng tôi chuyển mổ mở để gỡ stapler khỏi động mạch basal.

1/98 BN (1,0%) chuyển mổ mở vì phổi không xếp trong quá trình phẫu thuật: BN ung thư biểu mô

tuyến thùy trên phổi trái giai đoạn IIIA, sau khi giải phóng rãnh liên thùy và cắt tĩnh mạch phổi trên, nhu mô phổi nở trở lại làm thu hẹp phẫu trường. Kíp gây mê đã tiến hành kiểm tra thấy các vị trí khớp nối trên hệ thống gây mê bình thường, vị trí kẹp nhánh NKQ đảm bảo, soi phế quản đánh giá vị trí bóng chèn của ống NKQ không thay đổi; tuy nhiên phổi không xếp, cản trở quá trình phẫu tích do phẫu trường bị thu hẹp. Chúng tôi quyết định chuyển mổ mở để đảm bảo an toàn cho BN.

3/98 (3,1%) BN chuyển mổ mở do hạch dính, không thể phẫu tích tách hạch khỏi mạch máu dưới nội soi.

Augustin và cộng sự (2016) [11] nghiên cứu 232 BN UTPKTBN thấy nguyên nhân chuyển mổ mở bao gồm: Chảy máu các nhánh động mạch phổi (7/15 BN), u xâm lấn (thành ngực, thùy phổi khác, trung thất - 4/15 BN), hạch trung thất di căn (1/15 BN), cản trở về kỹ thuật (phổi - trung thất dính, trường mổ không đủ rộng - 3/15 BN).

#### *Về biến chứng*

Bảng 6 cho thấy tỷ lệ biến chứng là 15,3% (15/98 BN) trong đó rò khí kéo dài 8,2%; tràn dịch màng phổi sau rút dẫn lưu 5,1%; xếp phổi 1,0%; biến chứng tim mạch 1,0%. Tỷ lệ và loại biến chứng thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bình (2015) thấy tỷ lệ biến chứng là 17,7% trong đó nhóm BN có rãnh liên thùy không hoàn toàn có tỷ lệ biến chứng cao hơn nhóm BN có rãnh liên thùy hoàn toàn (11,9% so với 6,1%); nhóm BN có phổi dính có tỷ lệ biến chứng cao hơn nhóm BN phổi không dính (10,7% so với 8,3%); tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [12].

Hishida và cộng sự (2016) [13] nghiên cứu 5392 BN UTPKTBN được phẫu thuật cắt thùy phổi và vét hạch, trong đó 4124 BN được vét hạch hệ thống, 1268 BN được vét hạch theo đặc trưng thùy; không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng, biến chứng nặng ( $\geq$  độ 3), tỷ lệ tử vong chu phẫu giữa hai nhóm ( $p=0,250$ ; 0,380, 0,544) và thời gian nằm viện ( $p=1,000$ ). Cụ thể về tỷ lệ biến chứng ở nhóm vét

hạch theo đặc trưng thùy: Tỷ lệ biến chứng chung 12,7%; biến chứng nặng ( $\geq$  độ 3) 3,6%, tràn khí kéo dài ( $\geq$  7 ngày) chiếm tỷ lệ cao nhất 4,1%; tỷ lệ tử vong chu phẫu (trong 30 ngày) 0,2%; tỷ lệ tử vong nội viện 0,4%. Đối với nhóm vét hạch hệ thống: Tỷ lệ biến chứng chung 14,0%; biến chứng nặng ( $\geq$  độ 3) 3,1%; tràn khí kéo dài chiếm tỷ lệ cao nhất 4,2%; tử vong chu phẫu 0,3%; tử vong nội viện 0,5%.

Nghiên cứu của Li và cộng sự (2018) [7] cho thấy tỷ lệ biến chứng tim phổi 20,8%: biến chứng hô hấp 19,5%, biến chứng tim mạch 2,7%. Các biến chứng bao gồm: viêm phổi 13,1%, xẹp phổi 6,4%, tràn dịch màng phổi 1,3%, hội chứng suy hô hấp cấp 1,1%, tắc mạch phổi 1,1%, ho máu 0,9%, rung nhĩ 1,3%, loạn nhịp 0,9%, thiếu máu cơ tim 0,4%.

Lee và cộng sự (2016) cho rằng tỷ lệ và mức độ biến chứng phụ thuộc vào tính chất rãnh liên thùy: BN có rãnh liên thùy hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn có tỷ lệ biến chứng và mức độ biến chứng thấp hơn so với BN có rãnh liên thùy không hoàn toàn [8].

#### *Kết quả chung và đau sau mổ*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tốt 79,6% (78/98 BN); kết quả trung bình 18,4% (18/98 BN); kết quả xấu 2,0% (2/98 BN); 91/98 BN được đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, trong đó tỷ lệ BN ở độ 0 là 20,9% (19/91 BN); độ 1 là 49,5% (45/91 BN); độ 2 là 22,0% (20/91 BN); độ 3 là 7,7% (7/91 BN); không có độ 4 và độ 5.

Chúng tôi và nhiều tác giả đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi dựa vào sự thực hiện thành công phẫu thuật và mức độ các tai biến - biến chứng. Theo cách phân loại này, kết quả chúng tôi thu được tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Lợi, Trần Minh Bảo Luân và Nguyễn Hoàng Bình [5], [14], [12].

Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho rằng BN sau PTNS cắt thùy phổi đau ít hơn so với mổ mở: Nguyễn Hoàng Bình (2015) so sánh giữa nhóm được PTNS hoàn toàn và nhóm chuyển mổ mở thấy: Điểm đau trung bình ở nhóm PTNS là 3,6; trong khi đó, điểm đau trung bình ở nhóm chuyển mổ mở là 6,8 [12]. Trần Minh Bảo Luân (2018) đánh giá đau theo thang điểm VAS thấy: 72

BN đau ít (66,1%), 30 BN đau trung bình (27,5%), 7 BN đau nhiều (6,4%) [14]. Một số tác giả khác còn đánh giá về đau mạn tính sau mổ như: Bendixen và cộng sự (2016) theo dõi đánh giá tình trạng đau đến tháng thứ 52 sau mổ; thấy rằng tỷ lệ BN có độ đau  $>$  3 ở nhóm PTNS thấp hơn nhóm mổ mở (PTNS 38%, 95% CI 0,28 - 0,48 so với mổ mở 63%, 95% CI 0,52 - 0,72,  $p=0,0012$ ). Theo dõi trong 52 tuần, tỷ lệ đau mức độ vừa ở nhóm PTNS cũng thấp hơn mổ mở ( $p<0,001$ ) [15]. Tuminello và cộng sự (2018) nghiên cứu so sánh 1987 bệnh nhân UTP được PTNS với 1913 bệnh nhân mổ mở thấy rằng: Nhóm PTNS có tuổi cao hơn, ít biến chứng hơn, kết quả tốt hơn, ít phụ thuộc giảm đau trong vòng 90 ngày sau mổ so với nhóm mổ mở [16].

#### **5. Kết luận**

Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, nạo vét hạch có tỷ lệ tai biến - biến chứng thấp, kết quả ban đầu tốt, đau sau mổ ít và đảm bảo được tiêu chuẩn nạo vét hạch trong UTP.

#### **Tài liệu tham khảo**

1. Bray F et al (2018) *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA: A cancer journal for clinicians 68(6): 394-424.
2. Casal RF et al (2017) *What exactly is a centrally located lung tumor? Results of an online survey* 14(1): 118-123.
3. Dindo D, Demartines N, Clavien PA (2004) *Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey*. Ann Surg 240(2): 205-513.
4. Trần Trọng Kiểm (2016) *Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ*. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 2016. 11(3/2016), tr. 85-91.
5. Nguyễn Văn Lợi (2021) *Ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I đến IIA*. In Ung thư, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Darling GE et al (2011) *Randomized trial of mediastinal lymph node sampling versus*

- complete lymphadenectomy during pulmonary resection in the patient with N0 or N1 (less than hilar) non-small cell carcinoma: Results of the American College of Surgery Oncology Group Z0030 Trial.* The Journal of thoracic cardiovascular surgery 141(3): 662-670.
7. Li S et al (2018) *Degree of pulmonary fissure completeness can predict postoperative cardiopulmonary complications and length of hospital stay in patients undergoing video-assisted thoracoscopic lobectomy for early-stage lung cancer.* Interactive cardiovascular thoracic surgery 26(1): 25-33.
  8. Lee S et al (2016) *Pulmonary fissure development is a prognostic factor for patients with resected stage I lung adenocarcinoma.* Journal of surgical oncology 114(7): 848-852.
  9. Tantraworasin A et al (2017) *Impact of lymph node management on resectable non-small cell lung cancer patients.* [J Thorac Dis.](#) 9(3): 666-674.
  10. Sawada S, Komori E, and M.J.E.j.o.c.-t.s. Yamashita (2009) *Evaluation of video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy requiring emergency conversion to thoracotomy.* Eur J Cardiothorac Surg 36(3): 487-490.
  11. Augustin F et al (2016) *Causes, predictors and consequences of conversion from VATS to open lung lobectomy.* Surgical endoscopy 30(6): 2415-2421.
  12. Nguyễn Hoàng Bình (2015) *Đánh giá tính khả thi và hiệu quả phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi trong bệnh lý phổi.* In Ngoại lồng ngực, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
  13. Hishida T et al (2016) *Lobe-specific nodal dissection for clinical stage I and II NSCLC: Japanese multi-institutional retrospective study using a propensity score analysis.* Journal of Thoracic Oncology 11(9): 1529-1537.
  14. Trần Minh Bảo Luân (2018) *Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo hạch.* In Ngoại lồng ngực, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
  15. Bendixen M et al (2016) *Postoperative pain and quality of life after lobectomy via video-assisted thoracoscopic surgery or anterolateral thoracotomy for early stage lung cancer: A randomised controlled trial.* Lancet Oncol. 17(6): 836-844.
  16. Tuminello S et al (2018) *Opioid use after open resection or video-assisted thoracoscopic surgery for early-stage lung cancer.* JAMA Oncol 4(11): 1611-1613.