

có vai trò quan trọng giúp tăng tỷ lệ liền xương cũng như hạn chế các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Porter JL, Varacallo M. Osteoporosis. StatPearls: Treasure Island (FL); 2023.
2. Lan HPT, Uyen NTD. Reference ranges for bone mineral density and prevalence of osteoporosis in Vietnamese men and women. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12:1-7.
3. Dai F, Liu Y, Zhang F, et al. Surgical treatment of the osteoporotic spine with bone cement-injectable cannulated pedicle screw fixation: technical description and preliminary application in 43 patients. Clinics. 2015;70:114-119.
4. Lê Bá Tùng, Dương Đại Hà. Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống ở bệnh nhân loãng xương. Tạp Chí Học Cộng Đồng. 2024;65(2).
5. Kiều Đình Hùng, Nguyễn Vũ, Đình Mạnh Hải. Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí nghiên cứu Y học, 2021; 169-175
6. Đỗ Mạnh Hùng, Phạm Minh Đức. Kết quả hàn xương liên thân đốt lồi sau (TLIF) cho bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có loãng xương tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí y học Việt Nam, 2025; 1-3
7. Jae Hwan Cho, Chang Ju Hwang. Effect of osteoporosis on the clinical and radiological outcomes following one-level posterior lumbar interbody fusion. Journal of Orthopaedic Science 2018; 1-8
8. Peter M. Formby, Daniel G. Kang. Clinical and Radiographic Outcomes of Transforaminal Lumbar Interbody Fusion in Patients with Osteoporosis. Global Spine J 2016;6:660-664

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHÂN THỦY PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA INDOCYANINE GREEN (ICG): BÁO CÁO KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Khắc Kiềm¹, Mai Văn Tuấn¹, Nguyễn Đình Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi cắt phân thủy phổi dưới hướng dẫn của chất chỉ thị màu huỳnh quang Indocyanine Green (ICG) tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng hồi cứu gồm 10 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IA được chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ cắt phân thủy phổi dưới hướng dẫn của ICG tại Khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện K từ tháng 6 đến tháng 7 năm 2025. Các thông tin được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, phẫu thuật, và kết quả hậu phẫu. Dữ liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê mô tả. **Kết quả:** Tất cả 10 bệnh nhân đều được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giai đoạn IA và được phẫu thuật thành công. Tỷ lệ xác định ranh giới gian phân thủy (ISP) bằng ICG đạt 100%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 87,9 phút, lượng máu mất trung bình 41 mL. Không ghi nhận trường hợp tử vong trong mổ hoặc trong vòng 30 ngày sau mổ. Có 1 ca tràn khí kéo dài được phân độ II theo phân loại Clavien-Dindo. Số lượng hạch trung bình được nạo vét là 8 hạch, không phát hiện di căn hạch trong tất cả các trường hợp. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt phân thủy phổi dưới hướng dẫn của ICG là kỹ thuật khả thi, an toàn và hiệu quả, giúp xác định chính xác mặt phẳng gian phân thủy và đảm bảo diện cắt triệt căn. Kết quả bước đầu cho thấy kỹ thuật này có thể

được ứng dụng rộng rãi tại các cơ sở phẫu thuật lồng ngực tại Việt Nam. **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật cắt phân thủy phổi, nội soi lồng ngực một lỗ, Indocyanine Green.

SUMMARY

INDOCYANINE GREEN (ICG)-GUIDED THORACOSCOPIC PULMONARY SEGMENTECTOMY: INITIAL RESULTS FROM K HOSPITAL

Objective: To describe the technique and evaluate the initial outcomes of indocyanine green (ICG) fluorescence - guided thoracoscopic segmentectomy at K Hospital. **Patients and Methods:** This was a retrospective case series of 10 patients with stage IA non-small cell lung cancer who underwent single-port video-assisted thoracoscopic segmentectomy with ICG guidance at the Department of Thoracic Surgery, K Hospital, from June to July 2025. Data collected included clinical characteristics, surgical details, and postoperative outcomes. Descriptive statistical methods were used for data analysis. **Results:** All 10 patients were diagnosed with stage IA lung adenocarcinoma and successfully underwent surgery. The rate of intersegmental plane (ISP) identification using ICG was 100%. The mean operative time was 87.9 minutes, and the mean estimated blood loss was 41 mL. No intraoperative or 30-day postoperative mortality was recorded. One case of prolonged air leak was observed, graded as Clavien-Dindo II. The mean number of dissected lymph nodes was 8, with no lymph node metastases detected in any case. **Conclusion:** ICG fluorescence-guided thoracoscopic segmentectomy is a feasible, safe, and effective technique that allows precise identification of the intersegmental plane and ensures

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Mai Văn Tuấn

Email: maituan115@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025

complete oncologic resection. These initial results suggest that the technique has the potential for wider application in thoracic surgery centers in Vietnam.

Keywords: Non-small cell lung cancer, anatomical segmentectomy, uniportal VATS, indocyanine green, fluorescence-guided surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là loại ung thư phổ biến nhất trong các bệnh lý ác tính vùng ngực, và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan đến ung thư trên toàn cầu.[1] Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc UTPKTBN cũng đang ngày một tăng. Sự tiến bộ trong các chương trình tầm soát, đặc biệt là với kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính liều thấp, đã giúp phát hiện nhiều ca bệnh ở giai đoạn sớm, khi các tổn thương vẫn còn khu trú và có khả năng điều trị triệt căn cao.[2]

Hiện nay cắt thùy phổi kèm nạo hạch qua mổ mở hoặc nội soi lồng ngực được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm. Tuy nhiên, do đặc thù bệnh nhân UTPKTBN thường là người lớn tuổi, kèm theo nhiều bệnh lý nền như COPD, tăng huyết áp, đái tháo đường..., việc bảo tồn chức năng hô hấp sau mổ trở nên ngày càng quan trọng. Vì vậy, phẫu thuật cắt phân thùy phổi - đặc biệt là bằng phương pháp nội soi lồng ngực (VATS segmentectomy) - được xem là một phương án thay thế tối ưu. Không chỉ bảo tồn được tối đa nhu mô phổi lành, kỹ thuật này còn cho thấy kết quả sống còn tương đương cắt thùy đối với các tổn thương nhỏ, ngoại vi, giai đoạn IA, có kích thước ≤ 2 cm và không xâm lấn.[3].[4].[5]

Một trong những thách thức lớn nhất của kỹ thuật cắt phân thùy là việc xác định chính xác mặt phẳng gian phân thùy (intersegmental plane - ISP). Nếu không xác định rõ, có thể dẫn đến cắt thiếu tổn thương, gây tái phát, hoặc cắt quá nhiều mô lành, làm mất đi lợi thế bảo tồn. Các kỹ thuật xác định ranh giới truyền thống như "bơm phồng" nhu mô sau khi cắt cuống phân thùy gặp nhiều hạn chế, nhất là ở bệnh nhân có khí phế thũng hoặc nhu mô phổi giãn quá mức. [6]

Gần đây, sự kết hợp giữa hình ảnh huỳnh quang của chất chỉ thị Indocyanine Green (ICG) và hệ thống camera cận hồng ngoại (NIR) đã mang lại giải pháp hữu hiệu. Sau khi thắt động mạch phân thùy, tiêm chất chỉ thị màu ICG tĩnh mạch sẽ tạo nên hình ảnh rõ ràng phân định vùng phổi được tưới máu và vùng thiếu máu - tương ứng với ranh giới ISP - dưới ánh sáng huỳnh quang.[7].[8].[9] Phương pháp này khách quan, chính xác và không phụ thuộc vào tình trạng phổi, rất phù hợp trong phẫu thuật xâm

lấn tối thiểu.

Tại Việt Nam, kỹ thuật VATS cắt phân thùy dưới hướng dẫn ICG vẫn còn tương đối mới mẻ, mặc dù ICG đã được ứng dụng trong các chuyên khoa khác như phẫu thuật tiêu hóa và gan mật. Đây là một kỹ thuật lần đầu tiên được áp dụng tại bệnh viện K, vì vậy chúng tôi tiến hành báo cáo này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả bước đầu kỹ thuật PTNS lồng ngực một lỗ cắt phân thùy phổi điển hình dưới hướng dẫn của ICG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu loạt ca lâm sàng hồi cứu, được thực hiện trên 10 bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật U-VATS cắt phân thùy phổi có hướng dẫn ICG tại Khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện K, từ tháng 6 năm 2025 đến tháng 7 năm 2025. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức bệnh viện K thông qua.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: Dựa trên các khuyến cáo quốc tế và thực tiễn lâm sàng, bao gồm:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư phổi không tế bào nhỏ (NSCLC).
- Giai đoạn lâm sàng là IA (đường kính khối u lớn nhất ≤ 2 cm, không có bằng chứng di căn hạch hoặc di căn xa trên chẩn đoán hình ảnh - cT1a-bN0M0).

- Vị trí tổn thương nằm ở ngoại vi và được đánh giá là nằm gọn trong một hoặc hai phân thùy liên kề, phù hợp về mặt kỹ thuật cho phẫu thuật cắt phân thùy.

- Bệnh nhân có chức năng hô hấp và tim mạch đủ điều kiện cho phẫu thuật

- Bệnh nhân và gia đình đã được giải thích đầy đủ về phương pháp phẫu thuật và đồng ý tham gia.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:

- Bệnh nhân có chống chỉ định tuyệt đối với phẫu thuật nội soi hoặc gây mê toàn thân với thông khí một phổi.

- Tiền sử dị ứng với Iod, hoặc chất chỉ thị ICG.

- Tổn thương có bằng chứng xâm lấn qua ranh giới phân thùy, xâm lấn các cấu trúc lớn hoặc có di căn hạch (cN1, cN2) trên chẩn đoán hình ảnh.

2.4. Các bước thực hiện

2.4.1. Đánh giá và lập kế hoạch trước phẫu thuật. Bệnh nhân được thăm khám toàn diện trước mổ (lâm sàng, xét nghiệm máu, đo chức năng hô hấp, khám tim mạch). Hình ảnh CT (DICOM) được tái tạo 3D để xác định chính xác phân thùy tổn thương, nhận diện biến thể giải phẫu, lập kế hoạch phẫu tích và đảm bảo diện cắt an toàn. Kết hợp phân tích 3D và dẫn

đường ICG trong mổ giúp tăng độ chính xác và giảm rủi ro.

2.4.2. Quy trình phẫu thuật

- Chuẩn bị: Gây mê nội khí quản hai nòng, bệnh nhân nằm nghiêng 90°, độn ngực.
- Đường vào: Uniportal VATS, rạch da 3 cm tại khoang liên sườn 4–5 đường nách trước/giữa.
- Phẫu tích cuống phân thùy: Theo “bản đồ” 3D, lần lượt bóc lộ và xử lý động mạch, tĩnh mạch, phế quản bằng stapler, clip hoặc dao năng lượng.
- Dẫn đường ICG: Tiêm tĩnh mạch ICG 0,25 mg/kg, theo dõi hình ảnh hồng ngoại để xác định ranh giới huỳnh quang giữa nhu mô còn cấp máu và đã thắt mạch; đánh dấu bằng bipolar và cắt nhu mô theo đường này bằng stapler.
- Hoàn tất: Lấy bệnh phẩm bằng túi chuyên dụng, rửa khoang màng phổi, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ theo lớp.

2.5. Thu thập và phân tích số liệu. Dữ liệu được thu thập một cách có hệ thống, bao gồm: tuổi, giới tính, các bệnh lý đi kèm, chẩn đoán mô bệnh học trước và sau mổ, giai đoạn TNM, vị trí và kích thước khối u, loại phân thùy được cắt bỏ, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất ước tính, tỷ lệ xác định thành công ISP bằng

ICG, thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi, tổng thời gian nằm viện sau mổ, các biến chứng hậu phẫu (được phân loại theo hệ thống Clavien-Dindo), và kết quả giải phẫu bệnh cuối cùng (loại mô bệnh học, tình trạng di căn hạch). Dữ liệu được phân tích bằng các phương pháp thống kê mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Nghiên cứu trên 10 bệnh nhân trong đó có 6 nữ (60%) và 4 nam (40%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 59.6 tuổi, dao động từ 49 đến 72 tuổi. Các bệnh lý nền phổ biến nhất bao gồm tăng huyết áp (40%) và đái tháo đường type 2 (20%). Tất cả các bệnh nhân (100%) đều được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IA dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Kích thước khối u trung bình là 12.3 mm (khoảng 8-19mm). Các vị trí cắt phân thùy đa dạng, bao gồm thùy trên trái (S1+2, S3; S4+5), thùy dưới trái (S6, S10; S8+9+10), thùy trên phải (S1). Chi tiết đặc điểm của từng bệnh nhân được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm nền của bệnh nhân và khối u (N=10)

ID Bệnh nhân	Tuổi	Giới	Bệnh nền	Chẩn đoán Mô bệnh học	Giai đoạn TNM	Vị trí Phân thùy	Kích thước u (cm)
1	49	nam	Không	AC	pT1bN0M0	S6 trái	10
2	70	nữ	THA, ĐTĐ	AC	pT1bN0M0	S8-9-10 trái	19
3	57	nữ	Không	AC	pT1aN0M0	S1 phải	16
4	53	nam	Không	AC	pT1aN0M0	S1 phải	8
5	72	nữ	THA, ĐTĐ	AC	pT1bN0M0	S10 trái	13
6	56	nam	Không	AC	pT1aN0M0	S1+2 trái	9
7	60	nữ	Không	AC	pT1bN0M0	S8 trái	11
8	62	nữ	TBMMN, THA, ĐTĐ	AC	pT1bN0M0	S1+2 trái	13
9	59	nữ	THA	AC	pT1bN0M0	S4+5 trái	12
10	58	nam	COPD	AC	pT1bN0M0	S3 trái	10

THA: Tăng huyết áp; ĐTĐ: Đái tháo đường; COPD: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; TBMMN: Tai biến mạch máu não.

3.2. Kết quả phẫu thuật. Tất cả 10 ca phẫu thuật đều được thực hiện thành công bằng phương pháp nội soi lồng ngực một lỗ U-VATS. Việc xác định mặt phẳng gian phân thùy (ISP) bằng kỹ thuật huỳnh quang ICG đã thành công ở tất cả các trường hợp, đạt tỷ lệ 100%. Ranh giới mặt phẳng gian thùy hiện lên rõ nét trong vòng 10-30 giây sau khi tiêm ICG, cho phép phẫu thuật viên đánh dấu và tiến hành cắt nhu mô một cách chính xác.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 87.9 phút (khoảng 73-120 phút). Lượng máu mất trong mổ

không đáng kể, với giá trị trung bình là 41 mL (khoảng 20-70 mL). Không có trường hợp nào cần truyền máu hoặc chuyển sang mổ mở. Không ghi nhận tai biến trong mổ hay tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

Thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi trung bình là 2.6 ngày (khoảng 2-5 ngày). Thời gian nằm viện trung bình là 6.7 ngày (từ 5-9 ngày). Tỷ lệ biến chứng chung là 10% (1/10 ca). Cụ thể, có một bệnh nhân (ID 10) bị rò khí kéo dài sau mổ (trên 5 ngày), được điều trị bảo tồn thành công bằng cách duy trì dẫn lưu và đã tự khỏi, được xếp loại độ II theo phân loại Clavien-Dindo.

Kết quả giải phẫu bệnh cuối cùng xác nhận tất cả 10 trường hợp đều là ung thư biểu mô

tuyến. Số lượng hạch trung bình được nạo vét là 8 hạch (khoảng 4-13 hạch), và không có trường hợp nào phát hiện di căn hạch (pN0). Dữ liệu chi

tiết về kết quả phẫu thuật và hậu phẫu được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2: Thông số đánh giá trong và sau phẫu thuật (N=10)

ID Bệnh nhân	Phân thủy cắt bỏ	Thời gian PT (phút)	Máu mất (mL)	Xác định ISP	Thời gian Dẫn lưu (ngày)	Thời gian Nằm viện (ngày)	Biến chứng (Clavien-Dindo)	Số hạch nạo vét/di căn
1	S6 trái	75	20	Thành công	3	6	Không	8/0
2	S8-9-10 trái	86	60	Thành công	2	7	Không	6/0
3	S1 phải	90	45	Thành công	2	8	Không	10/0
4	S1 phải	73	20	Thành công	2	6	Không	13/0
5	S10 trái	100	40	Thành công	2	5	Không	6/0
6	S1+2 trái	75	30	Thành công	3	6	Không	11/0
7	S8 trái	95	60	Thành công	2	7	Không	9/0
8	S1+2 trái	90	70	Thành công	3	6	Không	6/0
9	S4+5 trái	120	20	Thành công	2	7	Không	4/0
10	S3 trái	85	50	Thành công	5	9	Rò khí kéo dài (Độ II)	7/0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về chỉ định phẫu thuật: Phẫu thuật cắt phân thủy phổi ngày càng được lựa chọn điều trị thay thế hiệu quả trong UTPKTBN giai đoạn sớm, đặc biệt với khối u nhỏ ≤ 2 cm, ngoại vi và không di căn hạch. Nghiên cứu JCOG0802/WJOG4607L (2022) là một trong những thử nghiệm ngẫu nhiên

đa trung tâm lớn nhất cho thấy không chỉ kết quả sống còn không kém cắt thủy mà thậm chí còn có lợi thế về thời gian sống tổng thể (OS).[2] Những lợi ích này đặc biệt rõ nét ở bệnh nhân cao tuổi hoặc có chức năng hô hấp giới hạn.

4.2. Hiệu quả và tính an toàn trong thực tế lâm sàng

Bảng 3: So sánh kết quả với các nghiên cứu trên thế giới

Nghiên cứu (Tác giả, Năm)	Số ca (N)	Tỷ lệ xác định ISP (%)	Thời gian PT trung bình (phút)	Máu mất trung bình (mL)	Thời gian nằm viện (ngày)
Nghiên cứu của chúng tôi	10	100%	87.9	41	6.7
Sun et al 2024 [10]	32	100%	98.59	Không rõ	4.7
Yotsukura et al 2021	209	88%	105	12	3
Ueno et al 2023	111	94	155	5	5

Phân tích Bảng 3 cho thấy, các kết quả của chúng tôi hoàn toàn tương đồng với các tiêu chuẩn quốc tế. Tỷ lệ xác định thành công ISP là 100%, với mức trung bình 88-94% được báo cáo, cho thấy sự thành thạo ban đầu trong việc áp dụng kỹ thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình (87.9 phút) và lượng máu mất (41 ml) nằm trong khoảng mong đợi và tương đương với các trung tâm lớn trên thế giới, phản ánh hiệu quả của quy trình phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng 10% (1 ca có rò khí được phân loại độ II) cũng phù hợp với các báo cáo khác. Điều này khẳng định rằng, với sự chuẩn bị kỹ lưỡng và đội ngũ phẫu thuật được đào tạo bài bản, kỹ thuật VATS segmentectomy dưới hướng dẫn ICG có thể được triển khai một cách an toàn và hiệu quả ngay từ những ca đầu tiên tại một trung tâm mới.

4.3. Ưu điểm kỹ thuật và các vấn đề cần lưu ý. Một trong những yếu tố quan trọng của kỹ thuật này là sự chuẩn bị kỹ lưỡng về lập kế hoạch trước phẫu thuật và sự chính xác trong xác

định mặt phẳng gian phân thủy với sự hỗ trợ của ICG. Lập kế hoạch trước phẫu thuật giúp cho phẫu thuật viên xác định chính xác của các biến thể giải phẫu trước khi vào ca mổ. Trong khi đó, ICG cung cấp một "sự xác nhận giải phẫu" động, dựa trên bản đồ tưới máu theo thời gian thực trong cuộc mổ. Sự kết hợp này mang lại một lợi thế kép: giảm thiểu sai sót do các biến thể giải phẫu bất thường và tăng cường sự tự tin của phẫu thuật viên, đặc biệt khi thực hiện các phân thủy phức tạp hoặc ở những bệnh nhân có giải phẫu khó. Thành công của loạt ca này, do đó, không chỉ đến từ việc sở hữu một hệ thống camera huỳnh quang mà còn từ việc đầu tư vào một quy trình lập kế hoạch bài bản trước mổ.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu. Đây là một kỹ thuật mới được áp dụng tại Bệnh viện K, vì vậy nhằm mục đích báo cáo sớm kết quả trong những ca lâm sàng đầu tiên và để nhìn lại những kinh nghiệm thực tiễn cần rút ra, tuy nhiên cỡ mẫu còn nhỏ làm hạn chế sự khách quan của kết

quả. Hơn nữa đây là nghiên cứu loạt ca lâm sàng hồi cứu và không có nhóm chứng do đó cần có những nghiên cứu trên mẫu bệnh nhân lớn hơn, nhiều nhóm bệnh nhân hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để có thể đánh giá và kết luận về độ hiệu quả và an toàn của kỹ thuật này.

V. KẾT LUẬN

Dựa trên kinh nghiệm từ 10 ca lâm sàng đầu tiên được thực hiện tại Bệnh viện K, phẫu thuật nội soi cắt phân thùy phổi dưới hướng dẫn của huỳnh quang Indocyanine Green đã chứng tỏ là một phương pháp điều trị an toàn, khả thi và hiệu quả cao cho ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm. Với kết quả phẫu thuật tương đương với các trung tâm hàng đầu trên thế giới, kỹ thuật này giúp phẫu thuật viên đạt được sự cân bằng tối ưu giữa hai mục tiêu quan trọng: đảm bảo triệt căn về mặt ung thư học và bảo tồn tối đa chức năng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. CA Cancer J Clin. Tháng Giêng 2020;70(1):7–30.
2. Saji H, Okada M, Tsuboi M, Nakajima R, Suzuki K, Aokage K, và c.s. Segmentectomy versus lobectomy in small-sized peripheral non-small-cell lung cancer (JCOG0802/WJOG4607L): a multicentre, open-label, phase 3, randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet Lond Engl. 23 Tháng Tư 2022;399(10335):1607–17.
3. Altorki NK, Yip R, Hanaoka T, Bauer T, Aye R, Kohman L, và c.s. Sublobar resection is equivalent to lobectomy for clinical stage 1A lung cancer in solid nodules. J Thorac Cardiovasc Surg.

Tháng Hai 2014;147(2):754–62; Discussion 762–764.

4. Winckelmans T, Decaluwé H, De Leyn P, Van Raemdonck D. Segmentectomy or lobectomy for early-stage non-small-cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg. 1 Tháng Sáu 2020;57(6):1051–60.
5. Okada M, Koike T, Higashiyama M, Yamato Y, Kodama K, Tsubota N. Radical sublobar resection for small-sized non-small cell lung cancer: a multicenter study. J Thorac Cardiovasc Surg. Tháng Mười 2006;132(4):769–75.
6. Sekine Y, Ko E, Oishi H, Miwa M. A simple and effective technique for identification of intersegmental planes by infrared thoracoscopy after transbronchial injection of indocyanine green. J Thorac Cardiovasc Surg. Tháng Sáu 2012;143(6):1330–5.
7. Misaki N, Chang SS, Igai H, Tarumi S, Gotoh M, Yokomise H. New clinically applicable method for visualizing adjacent lung segments using an infrared thoracoscopy system. J Thorac Cardiovasc Surg. Tháng Mười 2010;140(4):752–6.
8. Tarumi S, Yokomise H. [Video-assisted Thoracoscopic Segmentectomy Using Infrared Thoracoscopy with Indocyanine Green]. Kyobu Geka. Tháng Bảy 2016;69(8):671–5.
9. Peeters M, Jansen Y, Daemen JHT, van Roozendaal LM, De Leyn P, Hulsewé KWE, và c.s. The use of intravenous indocyanine green in minimally invasive segmental lung resections: a systematic review. Transl Lung Cancer Res. 29 Tháng Ba 2024;13(3):612–22.
10. Sun Y, Zhuang Y, Wang Z, Jiao S, Yao M, Zhang Q, và c.s. Indocyanine green fluorescence identification of the intersegmental plane by the target segmental vein-first single-blocking during thoracoscopic segmentectomy. BMC Surg. 9 Tháng Mười 2024;24(1):299.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN DƯỚI DẠ DÀY, NẠO VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Phạm Chí Hiên^{1,3}, Quách Văn Kiên^{1,2}

TÓM TẮT

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ung thư thường gặp, và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các loại ung thư. **Mục tiêu:** kết quả phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày nạo vết hạch D2 điều trị

ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** NC hồi cứu các bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày nạo vết hạch D2 giai đoạn từ tháng 01/2021 đến 12/2022 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. **Kết quả:** Qua NC 65 bệnh nhân (BN), chúng tôi thấy nhóm tuổi từ 50 hay gặp nhất chiếm 92.3%. Tỷ lệ nam:nữ là 73.2:26.2 Thời gian mổ trung bình là 153.7 phút, Min là 120, Max là 250 phút. Số lượng hạch vét được trung bình 15.7 hạch. Kỹ thuật làm miệng nối 72% Bilioth II, 28% Bilioth II- Braun. Giai đoạn bệnh chủ yếu giai đoạn IIb và IIIa chiếm 23.1 và 41.5%. Tỷ lệ biến chứng chung 23.1% chủ yếu là biến chứng nhẹ. Một số kết quả xa ghi nhận được: tỷ lệ trào ngược dạ dày

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: drqvkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025