

sớm (I, II) bằng phẫu thuật nội soi một lỗ là kỹ thuật khả thi và an toàn với ưu điểm về thẩm mỹ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn. Kỹ thuật này là một sự lựa chọn cho phẫu thuật viên tại các trung tâm phẫu thuật lồng ngực trên cả nước và bệnh nhân trong điều trị bệnh lý này khi có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Postmus P.E., Kerr K.M., Oudkerk M. và cộng sự. (2017).** Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, **28(suppl_4)**, iv1–iv21.
2. **Nachira D., Congedo M.T., Tabacco D. và cộng sự. (2022).** Surgical Effectiveness of Uniportal-VATS Lobectomy Compared to Open Surgery in Early-Stage Lung Cancer. *Front Surg*, **9**, 840070.
3. **Wang W., Rao S., Ma M. và cộng sự. (2021).** The concept of broad exposure facilitates uniportal video-assisted thoracoscopic mediastinal lymph nodes dissection. *J Cardiothorac Surg*, **16(1)**, 138.
4. **Gonzalez-Rivas D. (2012).** VATS Lobectomy: Surgical Evolution from Conventional VATS to Uniportal Approach. *The Scientific World Journal*, **2012**, 1–5.
5. **Yan T.D., Cao C., D'Amico T.A. và cộng sự. (2014).** Video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy at 20 years: a consensus statement. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, **45(4)**, 633–639.
6. **Bertolaccini L., Batirel H., Brunelli A. và cộng sự. (2019).** Uniportal video-assisted thoracic surgery lobectomy: a consensus report from the Uniportal VATS Interest Group (UVIG) of the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, **56(2)**, 224–229.
7. **Kim H.K., M.D, và Ph.D (2021).** Video-Assisted Thoracic Surgery Lobectomy. *Journal of Chest Surgery*, **54(4)**, 239–245.
8. **Li T., Xia L., Wang J. và cộng sự. (2021).** Uniportal versus three-port video-assisted thoracoscopic surgery for non-small cell lung cancer: A retrospective study. *Thorac Cancer*, **12(8)**, 1147–1153.
9. **Rocco G., Martucci N., La Manna C. và cộng sự. (2013).** Ten-Year Experience on 644 Patients Undergoing Single-Port (Uniportal) Video-Assisted Thoracoscopic Surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, **96(2)**, 434–438.
10. **Rocco G., Martin-Ucar A., và Passera E. (2004).** Uniportal VATS wedge pulmonary resections. *The Annals of Thoracic Surgery*, **77(2)**, 726–728.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THÔNG KHÍ CỦA MASK THANH QUẢN PROSEAL TRONG GÂY MÊ CHO PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA

Phạm Quang Minh¹, Trần Văn Quang²

TÓM TẮT

Mask thanh quản proseal được thiết kế có nhiều ưu điểm, đảm bảo khả năng duy trì thông khí tốt hơn. Tuy nhiên, bác sỹ gây mê vẫn lo ngại việc duy trì thông khí trong tư thế nằm nghiêng đối với phẫu thuật tán sỏi thận qua da. Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên được tiến hành nhằm so sánh hiệu quả thông khí giữa mask thanh quản proseal với ống nội khí quản. 60 bệnh nhân, chia thành 2 nhóm được phẫu thuật tán sỏi qua da tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 2 – 8/2020. **Kết quả:** một số chỉ số nhân trắc và thời gian phẫu thuật tương đương ở 2 nhóm. Sau khi nằm nghiêng, áp lực đỉnh đường thở tăng lên, độ giãn nở của phổi giảm đi, mặc dù vậy sự khác biệt tại mỗi thời điểm ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Thể tích khí rò rỉ (Vh %) ở nhóm mask thanh quản luôn cao hơn so với nhóm nội khí quản, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự thay đổi thể tích khí rò rỉ không tăng lên sau khi thay

đổi tư thế ở mỗi nhóm. Tuy nhiên, thể tích khí rò rỉ này không lớn và không gây rối loạn thông khí cũng như rối loạn trao đổi khí. **Kết luận:** mask thanh quản proseal có thể tích rò rỉ cao hơn nhưng vẫn đảm bảo duy trì thông khí và trao đổi khí so với nội khí quản ở bệnh nhân được phẫu thuật tán sỏi qua da ở tư thế nghiêng.

Từ khóa: Mask thanh quản proseal, gây mê nội khí quản, tán sỏi qua da.

SUMMARY

TO ASSESS THE VENTILATIVE EFFICIENCY OF PROSEAL LARYNGEAL MASK DURING ANESTHESIA FOR PERCUTANEOUS RENAL LITHOTRIPSY SURGERY

The proseal laryngeal mask is designed with many advantages that ensure a better ability to maintain ventilation. However, the anesthesiologist still concerned about maintaining ventilation in the lateral position for percutaneous nephrolithotripsy. Prospective, randomized clinical intervention study was conducted to compare the ventilation efficiency between proseal laryngeal mask and endotracheal tube. 60 patients, divided into 2 groups, underwent percutaneous lithotripsy at Vinh Phuc General Hospital from February to August 2020. **Results:** some anthropometric indices and surgery time were similar in the 2 groups. After lying on the side, the peak

¹Trường đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchuc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.4.2022

airway pressure increased, the lung compliance decreased, although the difference at each time point in the two groups was not statistically significant difference. Leakage volume (Vh %) in the laryngeal mask group was always higher than in the endotracheal group, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. The change in leakage volume was not increased after postural change in each group. However, this leakage volume was not large and does not cause ventilation disturbances as well as gas exchange disorders. **Conclusion:** the proseal laryngeal mask had a higher leakage volume but still maintained ventilation and gas exchange compared to endotracheal intubation in patients undergoing percutaneous lithotripsy in the lateral position.

Keywords: proseal laryngeal mask, endotracheal anesthesia, percutaneous lithotripsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát đường thở để đảm bảo thông khí cho bệnh nhân trong quá trình gây mê là rất quan trọng. Kỹ thuật đặt và thông khí bằng ống nội khí quản ra đời từ thế kỷ 19 đã giúp cho quá trình thông khí được dễ dàng hơn và cứu sống rất nhiều người bệnh. Tuy nhiên, kỹ thuật này yêu cầu phải có đèn soi thanh quản và tỷ lệ đặt nội khí quản khó chiếm khoảng 1/65 ca và khoảng 0,3% trường hợp không thể đặt ống nội khí quản được¹. Từ khi mask thanh quản ra đời, việc sử dụng mask thanh quản được chứng minh là giải pháp an toàn trong kiểm soát đường thở cấp cứu. Sau đó mask thanh quản tiếp tục được sử dụng trong mổ phiên bởi tính hiệu quả và một số ưu điểm của nó so với nội khí quản². Trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có nhiều phẫu thuật được tiến hành dưới gây mê an toàn bằng việc sử dụng mask thanh quản³. Kỹ thuật tán sỏi thận qua da ra đời từ những năm giữa thế kỷ 20 và được áp dụng tại Việt Nam từ năm 2002. Để chủ động kiểm soát hô hấp trong cả cuộc mổ, bác sỹ gây mê có thể áp dụng phương pháp gây mê nội khí quản hoặc mask thanh quản⁴. Tuy nhiên, với tư thế nằm nghiêng trong phẫu thuật tán sỏi qua da, các bác sỹ gây mê lo lắng mask thanh quản không đủ kín và không đảm bảo duy trì thông khí. Mask thanh quản proseal được thiết kế có nhiều ưu điểm hơn, đảm bảo thông khí tốt hơn. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả mask thanh quản proseal trong gây mê phẫu thuật tán sỏi qua da bằng đường hầm nhỏ tư thế nằm nghiêng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *so sánh hiệu quả thông khí của mask thanh quản Proseal với ống nội khí quản trong gây mê cho phẫu thuật tán sỏi thận qua da.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức, Bv đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 02 năm 2020 đến tháng 08 năm 2020.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có chỉ định mổ phiên tán sỏi thận qua da

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thể trạng bệnh nhân: ASA I, II.

- Tuổi từ 18- 70 tuổi.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chống chỉ định đặt mask thanh quản

- Bệnh nhân có đau họng, khàn tiếng trước phẫu thuật.

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng với thuốc dùng trong gây mê

2.2.3. Tiêu chuẩn đưa bệnh nhân ra khỏi nghiên cứu

- Đặt mask thanh quản hoặc nội khí quản thất bại.

- Có tai biến trong quá trình phẫu thuật: chảy máu nhiều, mạch chậm, ngừng tuần hoàn.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp, ngẫu nhiên có đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Lấy mẫu chủ định gồm 60 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm:

- Nhóm I: 30 bệnh nhân đặt mask thanh

quản proseal.

- Nhóm II: 30 bệnh nhân đặt ống nội khí quản.

2.3.3. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được thăm khám trước mổ 1 ngày, giải thích về gây mê và phẫu thuật, ký cam kết tham gia nghiên cứu.

- Ngày phẫu thuật, bệnh nhân vào phòng mổ, làm đường truyền, lắp các thiết bị theo dõi. Thở oxy 3lít/phút qua mask mặt.

- Khởi mê theo phác đồ: fentanyl 2 -3 mcg/kg, propofol 1,5- 2 mg/kg. Khi thông khí qua mask mặt được, tiêm rocuronium 0,6mg/kg. Đặt mask thanh quản hoặc nội khí quản khi đủ điều kiện, bơm cuff đủ kín, kiểm tra thông khí hiệu quả, cố định ống thở. Đặt máy mê kiểm soát thể tích: chế độ thông khí bảo vệ phổi. Duy trì sevofluran theo MAC và PRST. Nhắc lại fentanyl, esmeron theo thời gian và thì phẫu thuật.

- Phẫu thuật viên đặt bệnh nhân ở tư thế sản khoa, đặt JJ. Sau đó đặt tư thế nghiêng. Trước khi kết thúc cuộc mổ 30 phút truyền thuốc giảm đau 1gam paracetamol và 20mg nefopam.

- Thu thập các số liệu về SpO₂, EtCO₂, độ giãn nở phổi, thể tích khí rò rỉ, áp lực đỉnh đường thở tại một số thời điểm.

• Sau phẫu thuật bệnh nhân được chuyển về phòng hồi tỉnh. Rút ống nội khí quản hoặc mask thanh quản khi đủ tiêu chuẩn.

2.3.4. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu nghiên cứu được thu thập theo phiếu nghiên cứu và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Tuổi, giới, BMI, ASA trong nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	p
Tuổi (năm)	46,4 ± 10,1	46,8 ± 10,3	> 0,05
BMI (kg/m ²)	19,6 ± 2,1	19,4 ± 2,1	> 0,05
Nam/nữ	17/13	18/12	> 0,05
ASA (I/II)	28/2	29/1	> 0,05
Thời gian phẫu thuật (phút)	86,1 ± 8,4	85,9 ± 8,6	> 0,05

Nhận xét: tuổi, giới, BMI, ASA, thời gian phẫu thuật trung bình của 2 nhóm không có sự khác biệt.

3.2. Thay đổi các chỉ số liên quan đến thông khí

3.2.1. Thay đổi SpO₂, EtCO₂ tại các thời điểm nghiên cứu. Chỉ số SpO₂, EtCO₂ tại các thời điểm nghiên cứu đều trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm

3.2.2. Độ giãn nở của phổi (Compliance)

Bảng 3.2. Độ giãn nở của phổi theo nhóm nghiên cứu

Thời điểm	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	p
Sau khi đặt ống thở 5 phút	26,4 ± 6,8	25,9 ± 6,5	> 0,05
Trước khi BN nằm nghiêng	26,5 ± 6,3	25,8 ± 6,2	
Sau khi BN nằm nghiêng 5 phút	24,6 ± 7,8*	24,4 ± 7,6*	
p	< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: độ giãn nở của phổi trung bình ở 2 nhóm cùng thời điểm không có sự khác biệt. Độ giãn nở của phổi sau khi chuyển tư thế nằm nghiêng thấp hơn tư thế nằm ngửa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2.3. Thay đổi về áp lực đỉnh (P_{peak}) (cmH₂O)

Bảng 3.3. Sự thay đổi áp lực đỉnh (P_{peak}) theo nhóm nghiên cứu

Thời điểm	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	p
Sau khi đặt ống thở 5 phút	17,7 ± 1,5	18,2 ± 2,0	< 0,05
Trước khi BN nằm nghiêng	17,4 ± 1,9	18,4 ± 2,3	
Sau khi BN nằm nghiêng 5 phút	18,6 ± 1,7*	19,1 ± 2,6*	
Sau nằm nghiêng 30 phút	18,5 ± 1,5*	19,0 ± 2,4*	
p	< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: P_{peak} của nhóm đặt nội khí quản cao hơn so với nhóm đặt mask thanh quản khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. P_{peak} tư thế nghiêng cao hơn so với tư thế ngửa, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2.4. Thay đổi thể tích khí rò rỉ (%): Vh(%) = (Vi - Ve)/Vi x 100%

Bảng 3.4. Thay đổi Vh (%) trong phẫu thuật

Thời điểm	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	p
Sau khi đặt ống thở 5 phút	5,32 ± 0,01	0,21 ± 0,01	< 0,01
Trước khi BN nằm nghiêng	5,31 ± 0,03	0,20 ± 0,02	< 0,01
Sau khi BN nằm nghiêng 5 phút	5,32 ± 0,02	0,22 ± 0,01	< 0,01
Sau nằm nghiêng 30 phút	5,33 ± 0,02	0,20 ± 0,01	< 0,01
Trước khi rút ống thở	5,31 ± 0,01	0,21 ± 0,01	< 0,01
p	> 0,05	> 0,05	

Nhận xét: ở các thời điểm nghiên cứu rò rỉ khí ở nhóm I cao hơn nhóm II có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Ở thời điểm trước và sau khi nằm nghiêng tỷ lệ rò rỉ khí ở từng nhóm là như nhau, khác biệt không có ý nghĩa với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân trắc và một số yếu tố liên quan đến phẫu thuật. Bảng 3.1 cho

thấy các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có sự tương đồng về tuổi, giới, BMI, đây là một số yếu tố liên quan đến sự thành công của việc đặt nội

khí quản, mask thanh quản. Bệnh nhân thừa cân là yếu tố tiên lượng thông khí khó, đặt nội khí quản khó hoặc không đủ kín khi đặt mask thanh quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Thời gian phẫu thuật kéo dài làm tăng lượng thuốc mê, tăng các biến chứng có thể xảy ra và đặc biệt dễ dẫn đến giảm hiệu quả duy trì thông khí qua mask thanh quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi: thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm I là $86,1 \pm 8,4$ phút, nhóm II là $85,9 \pm 8,6$ phút, không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật trung bình giữa 2 nhóm nghiên cứu. Thời gian này là trung bình đối với một ca tán sỏi qua da, tương đương với nghiên cứu của Lê Hồng Thanh (2018)⁵ ($89,3 \pm 9,0$ phút).

4.2. Thay đổi các chỉ số liên quan đến thông khí

4.2.1. Sự khác biệt về SpO₂ và EtCO₂: trong suốt cuộc mổ SpO₂ ở 2 nhóm không có sự khác biệt và trong giới hạn bình thường. Như vậy trước khi bàn đến hiệu quả thông khí ta thấy mask thanh quản hay nội khí quản đều đảm bảo duy trì được bão hòa oxy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nhiều tác giả trong và ngoài nước. EtCO₂ cũng được đảm bảo trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt, điều này chứng tỏ việc điều chỉnh bằng máy thở là hiệu quả đối với cả 2 nhóm, ống nội khí quản thì luôn đủ kín, mask thanh quản cũng đảm bảo cho việc duy trì này.

4.2.2. Sự thay đổi về độ giãn nở của phổi (Compliance). Bảng 3.2 cho thấy độ giãn nở của phổi ở 2 nhóm tại từng thời điểm không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Điều này khẳng định rằng bệnh nhân được thông khí bằng mask thanh quản hay bằng nội khí quản độ giãn nở của phổi là như nhau. Độ giãn nở của phổi của cả 2 nhóm ở thời điểm trước khi nằm nghiêng cao hơn sau khi nằm nghiêng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích là do tư thế nằm nghiêng, có chèn gối cao dưới mạng sườn để thuận lợi cho phẫu thuật nên các tạng trong ổ bụng dồn về phía lồng ngực, đẩy cơ hoành lên trên làm cho phổi bị chèn ép dẫn đến độ giãn nở của phổi giảm⁶.

4.2.3. Sự thay đổi áp lực đỉnh đường thở (P_{peak}). Áp lực đỉnh đường thở phụ thuộc vào các thông số cài đặt trên máy thở và các biến số liên quan đến bệnh nhân. Áp lực đường thở phản ánh áp lực trong phế nang, theo dõi và kiểm soát tốt giúp tránh được những chấn thương áp lực ở phổi. Từ bảng 3.8 ta thấy áp lực

đỉnh trung bình ở nhóm I có dao động từ $17,5 \pm 1,7$ cmH₂O đến $18,6 \pm 1,7$ cmH₂O, ở nhóm II từ $18,0 \pm 2,1$ cmH₂O đến $19,2 \pm 2,4$ cmH₂O. Áp lực P_{peak} ở từng thời điểm của nhóm đặt nội khí quản có xu thế cao hơn nhóm đặt mask thanh quản do đường kính của ống nội khí quản thường nhỏ hơn so với đường kính của mask thanh quản và vị trí đặt nội khí quản qua 2 dây thanh âm vào khí quản còn mask thanh quản nằm ở vùng hầu họng. Do đó có sự khác biệt về áp lực đỉnh đường thở ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi cao hơn của A.M.López (2011)⁷ (16 ± 3 cmH₂O) ở tư thế nằm sấp.

4.2.4. Thay đổi về thể tích khí Vh (%). Vh (%) của nhóm I cao hơn nhóm II tại từng thời điểm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), nói lên sự rò rỉ khí tại nhóm đặt mask thanh quản cao hơn nhóm đặt nội khí quản, nói cách khác, sử dụng ống nội khí quản đảm bảo độ kín đường thở hơn mask thanh quản. Tuy nhiên, với Vh trung bình $5,32 \pm 0,03$ (%) ở nhóm đặt mask thanh quản cho thấy hở khí là rất thấp, vẫn đảm bảo an toàn thông khí cho bệnh nhân trong suốt quá trình phẫu thuật. Kết quả này của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tú⁸ có lẽ là do nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân thay đổi tư thế từ nằm ngửa sang nằm nghiêng trong quá trình phẫu thuật nên độ rò rỉ khí cao hơn. Độ rò rỉ khí trung bình ở nhóm đặt nội khí quản là $0,2 \pm 0,02$ (%) tương đương trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tú ($0,37 \pm 0,28$).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 60 bệnh nhân, chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm tương đồng nhau về các chỉ số nhân trắc, mức độ nặng cũng như thời gian phẫu thuật. Các chỉ số về thông khí như độ giãn nở phổi, áp lực đỉnh đường thở tương đương giữa 2 nhóm. Mask thanh quản proseal đảm bảo duy trì bão hòa oxy máu tốt. Thể tích khí rò rỉ cao hơn so với nhóm đặt nội khí quản $5,32 \pm 0,03\%$ so với $0,2 \pm 0,02$, khác biệt có ý nghĩa thống kê, thay đổi không đáng kể khi chuyển sang tư thế nghiêng. 5% là con số chấp nhận được đối với mask thanh quản, điều này được khẳng định thêm bằng chỉ số EtCO₂ luôn trong giới hạn cho phép và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan R. Aitkenhead, Graham Smith (1996), Preoperative Assessment and Premedication, Textbook of Anaesthesia, 3 Edition, pp 3, 91 -98.
2. Dương Anh Khoa, Nguyễn Quốc Kính (2006), Đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp dùng mask thanh quản ProSeal trong gây mê mổ

- nội soi ổ bụng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Trần Thị Kiệm, Nguyễn Thu (2007)**, Nghiên cứu vai trò của phương pháp gây mê bằng Propofol kết hợp đặt mask thanh quản ProSeal trong phẫu thuật tại – xương chũm, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 - Brimacombe J (2004)**, LMA-Proseal an analysis of current knowledge and a complete practical guide, The Laryngeal Mask Company Limited, pp2-104.
 - Lương Hồng Thanh (2018)**, Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da bằng phương pháp đường hầm nhỏ - tư thế nằm nghiêng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Luận văn chuyên khóa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
 - Tahereh Parsa, Shideh Dabir, Badiolzaman Radpay (2006)**, Ventilation with ProSeal Laryngeal Mask Airway during Short – Term Elective Gynecologic Surgery, Tanaffos 5(3), 19 -23.
 - A. M. Lopez, R. Valero , P. Hurtado , P. Gambu , M. Pons and T. Anglada (2011)**, Comparison of the LMA Supreme with the LMA Proseal for airway management in patients anaesthetized in prone position, British Journal of Anaesthesia, 107(2):265–71.
 - Nguyễn Thanh Tú và Cs**, So sánh biến đổi về tuần hoàn và hô hấp khi gây mê bằng mask thanh quản Proseal với nội khí quản trong gây mê phẫu thuật cắt gân hoàn toàn tuyến giáp, Tạp chí Y học-Quản sự, Số 4, 2012.

ĐÁNH GIÁ DI CĂN HẠCH NÁCH TRONG UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I-II (cT₁₋₃N₀M₀) TẠI ĐƠN VỊ TUYỂN VÚ BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Huỳnh Quang Khánh¹, Phan Vũ Hồng Hải², Nguyễn Văn Khôi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vú là ung thư phổ biến hàng đầu ở phụ nữ tại Việt Nam cũng như toàn thế giới, gây tử vong đứng thứ hai sau ung thư phổi. Đánh giá di căn hạch nách trong ung thư vú rất thiết yếu trong việc phân giai đoạn ung thư vú và quyết định phương pháp điều trị. Nạo hạch nách là điều trị tại chỗ tiêu chuẩn ở bệnh nhân ung thư vú nhằm xác định giai đoạn chính xác của bệnh nhân. Tuy nhiên, ở giai đoạn sớm, nạo hạch nách không cải thiện tỉ lệ sống còn và làm tăng biến chứng. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này so sánh giai đoạn hạch nách trước phẫu thuật trên lâm sàng, cận lâm sàng với mô bệnh học sau phẫu thuật và xác định độ chính xác của các phương thức phân giai đoạn khác nhau. Đồng thời, đưa ra đặc điểm cụ thể ở nhóm bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II chưa di căn hạch. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca hồi cứu bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn I, II chưa di căn hạch nách trên lâm sàng (cN₀), điều trị bằng phương pháp đoạn nhũ hoặc bảo tồn kèm nạo hạch nách nhóm I, nhóm II tại Đơn vị Tuyển Vú BV Chợ Rẫy năm 2021. **Kết quả:** 46 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II (cT₁₋₃N₀M₀) được phẫu thuật đoạn nhũ hoặc bảo tồn kèm nạo hạch. Đa số bệnh nhân trong nhóm (41-50 tuổi) chiếm 42,5%. Liên quan đến kích thước khối u, đa số thuộc giai đoạn T1 (1,1-2cm) chiếm 54,3%; khối u T2 chiếm 43,5% và khối u T3 là 2,2%. Mô học trong 95,7% khối u là ung thư biểu mô ống tuyến xâm nhập và 69,5% khối u có grad cao (II, III). Số lượng trung bình các hạch được bóc tách là 12,2 hạch (từ 7-30). Tỉ lệ di căn

hạch nách trên nhóm bệnh nhân này là 21,7%. **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra rằng: Siêu âm hạch nách là phương tiện ít xâm lấn và mang lại nhiều lợi ích đối với việc phân giai đoạn hạch trước mổ. Tỉ lệ di căn hạch nách trong ung thư vú giai đoạn sớm cT₁₋₃N₀M₀ là 21,7%.

Từ khóa: Di căn hạch nách, cT₁₋₃N₀M₀, ung thư vú, đoạn nhũ, bảo tồn, nạo hạch

SUMMARY

ASSESSMENT OF AXILLARY LYMPH NODE METASTASIS IN STAGE I-II BREAST CANCER (cT₁₋₃N₀M₀) AT BREAST UNIT CHO RAY HOSPITAL

Background Breast cancer is the most common cancer in women in Vietnam as well as worldwide, the second leading cause of death after lung cancer. Evaluation of axillary lymph node metastases in breast cancer is essential in staging breast cancer and deciding on treatment. Axillary lymph node dissection is the standard local treatment of breast cancer in order to determine the exact stage of the patient. However, in the early stages, axillary lymph node dissection does not improve survival and increases complications. **Objectives:** This study compares the clinical and paraclinical preoperative axillary lymph node staging with postoperative histopathology and determines the accuracy of different staging methods. At the same time, give specific characteristics in the group of breast cancer patients stage I, II without lymph node metastasis. **Method:** Description of a retrospective series of patients diagnosed with stage I, II breast cancer with no axillary lymph node metastasis (cN₀), treated with mastectomy or conservatively with lymph node dissection. armpit group I, group II at the Breast Unit of Cho Ray Hospital in 2021. **Results:** 46 patients with stage I, II (cN₀) breast cancer underwent mastectomy or conservation with lymph node dissection. The majority of patients in the fifth decade of life (41-50 years of

¹Đơn vị Tuyển Vú – Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Khánh

Email: huynhquangkhanhbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2022

Ngày phản biên khoa học: 5.4.2022

Ngày duyệt bài: 15.4.2022