

- with clarification of criteria for atypical carcinoid and its separation from typical carcinoid. *Am J Surg Pathol.* 1998;22:934–44.
4. **Lara PN, Jr, Natale R và cộng sự.** Phase III trial of irinotecan/cisplatin compared with etoposide/cisplatin in extensive-stage small-cell lung cancer: clinical and pharmacogenomic results from SWOG S0124. *J Clin Oncol.* 2009;27:2530–5.
 5. **Yamazaki S, Sekine I và cộng sự.** Clinical responses of large cell neuroendocrine carcinoma of the lung to cisplatin-based chemotherapy. *Lung Cancer.* 2005;49:217–23.
 6. **Le Treut J, Sault MC và cộng sự.** Multicentre phase II study of cisplatin-etoposide chemotherapy for advanced large-cell neuroendocrine lung carcinoma: the GFPC 0302 study. *Ann Oncol.* 2013;24:1548–52
 7. **Niho S, Kenmotsu H, Sekine I, et al.** Combination chemotherapy with irinotecan and cisplatin for large-cell neuroendocrine carcinoma of the lung: a multicenter phase II study. *J Thorac Oncol.* 2013;8:980–4.
 8. **Shimada Y, Niho S, Ishii G, et al.** Clinical features of unresectable high-grade lung neuroendocrine carcinoma diagnosed using biopsy specimens. *Lung Cancer.* 2012;75:368–73.
 9. **Christian Roesel, Stefan Welter, Karl-Otto Kambartel et al.** Prognostic markers in resected large cell neuroendocrine carcinoma: a multicentre retrospective analysis. *J Thorac Dis.* 2020 Mar; 12(3): 466–476.
 10. **Elisa Andriani, Valentina Tateo, Dario De Biase et al.** Large cell neuroendocrine carcinoma of the lung: Prognostic factors to predict clinical outcomes. Meeting Abstract, 2021 ASCO Annual Meeting I.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Phạm Đắc Đông¹, Phan Lê Thắng²

RESULTS OF SURGERY FOR THE TREATMENT OF LUNG CANCER PATIENTS AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật trên bệnh nhân ung thư phổi tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 5/2019 đến tháng 4/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu 59 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIIa được chẩn đoán và phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 5/2019 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58,90 ± 9,32 (35 - 72 tuổi). Nam chiếm 49,2% số bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau ngực chiếm 45,7%; có 40,6% bệnh nhân có ho khạc đờm. Tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng thiếu máu chiếm 8,5%. Đa số khối u nằm ở phổi phải chiếm 61%. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn Ib chiếm 37,3%; tiếp theo là giai đoạn IIb chiếm 23,7%. Tỷ lệ bệnh nhân được mổ mở là 55,9%. Có 1 bệnh nhân bị tai biến rách tĩnh mạch đơn trong mổ. Ghi nhận 6,8 % bị dò khí kéo dài, 3,4% bị viêm phổi trong thời gian hậu phẫu. **Kết luận:** Ung thư phổi triệu chứng thường gặp đau ngực và ho, điều trị phẫu thuật ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIIa mang lại kết quả tốt, ít biến chứng.

Từ khóa: Ung thư phổi, giai đoạn I-IIIa, phẫu thuật, Ung bướu Hà Nội.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND

Objective: Describing several clinical and subclinical features and assessing the results of surgery for the treatment of non-small cell lung cancer patients at Hanoi Oncology Hospital from 05/2019 to 04/2022. **Patients and method:** Retrospective and prospective analysis of 59 patients diagnosed of staged I-IIIa non-small cell lung carcinoma and treated with surgery at Hanoi Oncology Hospital from 05/2019 to 04/2022. **Results:** The mean age was 58.90 ± 9.32 years old (range, 35 - 72), male patients accounted for 49.2%. Patients presented with chest pain for 45.7%, then 40.6% of cases had cough. Rate of anemia was 8.5%. Most of patients presented with a right lung cancer (61%). Most of patients diagnosed of stage Ib (37.3%), then stage IIb (23.7%). Rate of open surgery was 55.9% of cases. There was a report of one patient experienced of rupture of azygos vein during operation. There was 6.8% of patients presented with prolong pneumothorax and 3.4% of pneumonitis during post-operation. **Conclusion:** Lung cancer patients presented with the common symptoms of chest pain and cough, and the surgery of staged I-IIIa non-small cell lung cancer had a good result with a low complication.

Keywords: lung cancer, stage I-IIIa, surgery, Hanoi Oncology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phạm vi toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2020, tại Việt Nam, ung thư phổi đứng hàng thứ 2 chỉ sau ung thư gan với tỷ lệ

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đắc Đông

Email: phamdacdong@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.10.2022

mắc mới chiếm 15,4% tổng số ung thư nhưng tỉ lệ tử vong lên đến 19,4% [1]. Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới, mô bệnh học của UTP được chia làm hai nhóm chính là UTP tế bào nhỏ (TBN) và UTP không tế bào nhỏ (KTBN), trong đó UTPKTBN chiếm khoảng 80%. Trong bệnh lý UTP hai loại này có phương pháp điều trị và tiên lượng khác nhau [2].

Điều trị UTP là điều trị đa mô thức phối hợp giữa phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và điều trị đích tùy thuộc vào type mô bệnh học, giai đoạn bệnh và thể trạng bệnh nhân. Trong đó phẫu thuật đóng vai trò then chốt và cơ bản ở giai đoạn sớm, hóa trị và xạ trị có vai trò bổ trợ, khoảng 25 - 30% số bệnh nhân đến sớm còn chỉ định phẫu thuật [3]. Phẫu thuật điều trị UTP đến nay đã phát triển mạnh mẽ với những phương pháp mới đạt kết quả đáng khích lệ, phẫu thuật đạt triệt căn thì ngoài việc cắt bỏ thùy phổi giải quyết khối u nguyên phát cần phải nạo vét hạch vùng lấy hết tổn thương.

Tại Việt nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu về ung thư phổi, và kết quả phẫu thuật ung thư phổi. Ở viện Ung bướu Hà Nội chưa có công trình nghiên cứu nào về kết quả phẫu thuật ung thư phổi. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài về: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư phổi tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội" với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư phổi tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội.*
2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư phổi trong nhóm nghiên cứu trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-III A đến khám, điều trị và được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội thời gian từ tháng 5/2019 đến tháng 4/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học ung thư phổi không tế bào nhỏ theo phân loại WHO 2015.
- Chẩn đoán giai đoạn I-III A theo phân loại AJCC 2017 và được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội
- Có đầy đủ các xét nghiệm CLS, chức năng tim, gan thận trong giới hạn cho phép, chức năng đông máu, chức năng thông khí phổi tốt.
- Có chỉ số toàn trạng tốt, đủ khả năng để phẫu thuật với chỉ số PS = 0 - 1
- Không mắc các bệnh cấp tính hoặc mãn tính

nặng ảnh hưởng đến sự sống còn của bệnh nhân (suy tim, gan, thận, hen phế quản nặng, đợt COPD cấp...).

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: - Mắc ung thư thứ 2

- Không đầy đủ hồ sơ

- Bệnh nhân đã được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu trước đó

- Bệnh nhân được phẫu thuật trước thời điểm nghiên cứu, đến nay tái phát tại chỗ có chỉ định phẫu thuật lại.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

- Thời gian nghiên cứu: từ 05/2019 - 4/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu

- **Cỡ mẫu nghiên cứu ước tính:** Theo phương pháp thống kê y học, ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2(1-\alpha/2) \frac{p(1-p)}{(\rho\epsilon)^2}$$

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

α : Mức ý nghĩa thống kê; với $\alpha = 0,05$ thì hệ số tin cậy $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p: là tỷ lệ mắc bệnh ở giai đoạn I, II, IIIA trong UTP ($p = 0,3$) theo một số nghiên cứu trước đây [7],[8].

$q = 1 - p = 0,7$, chọn $\epsilon = 0,41$.

Cỡ mẫu tối thiểu $n = 53$ bệnh nhân

Thực tế chúng tôi chọn được 59 bệnh nhân UTP đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.4. Các bước tiến hành

❖ Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu

❖ Bước 2: Thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá giai đoạn

❖ Bước 3: Phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật

2.4. Xử lý số liệu. Các thuật toán thống kê được sử dụng như sau:

+ So sánh các giá trị trung bình: sử dụng kiểm định T (T-Test).

+ Mỗi liên quan giữa đáp ứng với các yếu tố loại định tính: sử dụng kiểm định χ^2 hoặc kiểm định chính xác Fisher.

+ Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Ý nghĩa thống kê đặt ở mức 95%, khoảng tin cậy được xác định ở mức 95%.

2.5. Vấn đề y đức

Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác.

Tất cả các thông tin chi tiết về tình trạng

bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hoá các số liệu trên máy vi tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ 05/2019 đến 04/2022, chúng tôi tiến hành đánh giá trên 59 ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIIa đến khám, điều trị và được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm tuổi, giới tính

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Nhóm tuổi		
<60	27	45,8
≥60	32	54,2
Giới		
Nam	29	49,2
Nữ	30	50,8

Nhận xét:- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58,90± 9,32, tuổi thấp nhất là 35 tuổi và cao nhất là 72 tuổi.

- Nam chiếm 49,2% số bệnh nhân.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

Cơ năng	n (%)	Thực thể	n (%)
Đau ngực	27 (45,7)	HC niêm trùng	1 (1,7)
Sút cân	4 (6,8)	Rale ẩm, nổ	2 (3,4)
Ho khan	2 (3,4)	HC 3 giảm	0 (0)
Mệt mỏi	8 (13,6)	Hạch ngoại vi	0
Sốt	1 (1,7)	HC đông đặc	3 (5,1)
Ho ra máu	6 (10,2)	HC Pancoast-Tobias	0 (0)
Ho khạc đờm	24 (40,6)	HC Pierre-Marie	0 (0)
Đau khớp	0	Wheezing	0 (0)
Khó thở	3 (5,1)	HC Cushing	0 (0)
Khàn tiếng	0 (0)	HC CETMCT	0
Nuốt nghẹn	0	HC thiếu máu	5 (8,5)

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau ngực chiếm 45,7%; có 40,6% bệnh nhân có ho khạc đờm. Tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng thiếu máu chiếm 8,5%; hội chứng đông đặc chiếm 5,1%.

Bảng 3.3. Vị trí khối u trên cắt lớp vi tính theo thùy phổi

Vị trí	n	%	
Phổi phải	Thùy trên	16	27,1
	Thùy giữa	6	10,2
	Thùy dưới	14	23,7
Phổi trái	Thùy trên	10	16,9
	Thùy dưới	13	22,0

Nhận xét: Đa số khối u nằm ở phổi phải 61%; vị trí hay gặp nhất là thùy trên phải chiếm 27,1%.

Bảng 3.4. Phân loại giai đoạn sau phẫu thuật

Giai đoạn	Ia	Ib	IIa	IIb	IIIa
Bệnh nhân (n)	10	22	6	14	7
Tỉ lệ (%)	16,9	37,3	10,2	23,7	11,9

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ở giai đoạn Ib chiếm 37,3%; tiếp theo là giai đoạn IIb chiếm 23,7%; giai đoạn Ia chiếm 16,9%; giai đoạn IIa chiếm 10,2%; giai đoạn IIIa chiếm 11,9%. (2 bệnh nhân từ IIb -> IIIa, 3 bệnh nhân Ib -> IIb, 1 bệnh nhân IIa -> IIb)

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư phổi

3.2.1. Đặc điểm chung của phẫu thuật

Bảng 3.5. Đặc điểm chung của phẫu thuật.

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Phương pháp phẫu thuật		
Mổ mở	33	55,9
VATS	26	44,1
Dính phổi		
Không	57	64,4
Dính ít	18	30,5
Dính nhiều	3	5,1
Rãnh liên thùy		
Hoàn toàn	28	47,5
Không hoàn toàn	26	44,1
Dính rãnh liên thùy	5	8,5
Tai biến phẫu thuật		
Không	57	96,6
Rách TM đơn	1	1,7
Rách phế quản đối bên	0	0

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân được mổ mở là 55,9%. Tỉ lệ bệnh nhân bị dính phổi ít 30,5%; 5,1% bị dính phổi nhiều. Tỉ lệ bị dính rãnh liên thùy 8,5%. Có 1 bệnh nhân bị tai biến rách tĩnh mạch đơn trong mổ.

Bảng 3.6. Số lượng hạch vùng được nạo vét

Kích thước hạch	Hạch N ₁ n (%)	Hạch N ₂ n (%)	Chung (N+N ₂) n (%)	p
≤ 10 mm	157	39	196	0,81
Từ >10-15mm	8	3	11	
Từ ≥15 mm	3	1	4	
Tổng	168	43	211	

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có hạch ở nhóm 1 hoặc 2 kích thước ≤ 10mm sự khác biệt về kích thước hạch giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

3.2.2. Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và biến chứng sau mổ

Bảng 3.7. Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ

Đặc điểm	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	115,76	95	140
Lượng máu mất (ml)	253,05	150	400

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 115,76 phút. Lượng máu mất trung bình là 253,05ml

Bảng 3.8. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng hậu phẫu	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Không	53	89,8
Dò khí kéo dài	4	6,8
Dò phế quản màng phổi	0	0
Viêm phổi	2	3,4
Xẹp phổi	0	0
Suy hô hấp, thở máy	0	0
Tử vong	0	0

Nhận xét: nghiên cứu của chúng tôi có 10,2% bệnh nhân gặp biến chứng trong đó 6,8% bị dò khí kéo dài, 3,4% bị viêm phổi. Không có bệnh nhân nào suy hô hấp, thở máy và tử vong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu. Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ cao nhất của ung thư phổi, tỷ lệ ung thư phổi tỷ lệ thuận với độ tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 59 bệnh nhân UTP: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $58,90 \pm 9,32$ (nhỏ nhất 35- lớn nhất 72). Về phân bố theo giới: Trong nghiên cứu, nam giới chiếm tỉ lệ 49% (29/59 BN), nữ giới chiếm tỉ lệ 51% (30/59 BN). Tỉ lệ nam/nữ là 0,96/1, gần như tương đương.

Chúng tôi nhận thấy nhóm triệu chứng cơ năng hay gặp: đau ngực 27/59 BN (45,7%) là triệu chứng hay gặp nhất, sút cân 4/59 BN (6,8%), ho khan 2/59 BN (3,4%), mệt mỏi 8/59 BN (13,6%), ho khạc đờm 24/59 BN (40,6%), ho ra máu 6/59 BN (10,2%). Nhóm triệu chứng thực thể hay gặp: Hội chứng thiếu máu 5/59 BN (8,5%), hội chứng đông đặc 3/59 BN (5,1%), rale ẩm nổ 2/59 BN (3,4%). Triệu chứng lâm sàng của UTP rất đa dạng không có triệu chứng đặc hiệu, tuy nhiên đối chiếu so sánh với các nghiên cứu nhận thấy triệu chứng đau ngực, ho khạc đờm, mệt mỏi, sút cân là các triệu chứng cơ năng hay gặp hơn. Do đó, việc chủ động khám sàng lọc cho những đối tượng có nguy cơ và khám sức khỏe định kỳ là quan trọng nhằm phát hiện sớm ung thư phổi từ đó có những phương pháp điều trị hiệu quả, cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Khối u gặp ở ngoại vi 52/59 (88,1%), khối u trung tâm 7/59 (11,9%). Đa số bệnh nhân có u nằm ở phổi phải 36/59 (61%) trong đó chủ yếu là u nằm ở thùy trên 16/59 (27,1%); tiếp đó là u thùy dưới 14/59 (23,7%) và ít nhất là u thùy giữa 6/59 (10,2%); có 23/59 (39%) bệnh nhân có u nằm ở phổi trái trong đó thùy trên 10/59 (16,9%) và thùy dưới 13/59 có tỉ lệ 22%.

Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Chương (2015), trên 173 BN UTBMT gặp ở ngoại vi (59,0%) nhiều hơn trung tâm (41,0%), phổi phải (56,6%) nhiều hơn phổi trái (43,4%), trong đó thùy trên phải (31,2%), trên trái (28,3%), Cung Văn Công (2015): 102 BN UTBMT; ngoại vi (55,9%) và trung tâm (44,1%), ung thư biểu mô tuyến gặp nhiều nhất ở thùy trên hai phổi, tỉ lệ xấp xỉ như nhau: (31,4%) ở bên phải, (29,4%) ở bên trái. Các thùy còn lại hai phổi tỷ lệ gặp là như nhau. Trong khi đó, UTBMTBV u trung tâm (55,7%), ngoại vi (42,3%). 43,67.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giai đoạn bệnh được đánh giá theo phân loại TNM bản thứ 7 cho ung thư phổi. Theo đó, giai đoạn IB chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,4%; giai đoạn IIB và IA chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 20,3% và 16,9%. Đặc điểm phân bố giai đoạn bệnh khá thay đổi ở các nghiên cứu khác nhau. Theo ANITA (2006), nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất (41,0%), giai đoạn I và II lần lượt chiếm 36% và 22% [4]. Trong khi đó, thử nghiệm JBR.10 (2005) không lựa chọn các bệnh nhân giai đoạn III, nhóm bệnh nhân giai đoạn I chiếm 46% và giai đoạn II chiếm 54% [5].

4.2. Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở chiếm 55,9%; còn lại là VAST chiếm 44,1%. Tỉ lệ bệnh nhân bị dính phổi ít 30,5%; 5,1% bị dính phổi nhiều. Tỉ lệ bị dính rãnh liên thùy 8,5%. Có 25,4% bệnh nhân được sinh thiết tức thì. Có 1 bệnh nhân bị tai biến rách tĩnh mạch đơn trong mổ. Nghiên cứu của chúng tôi thu được trên trên cắt lớp vi tính có tổng cộng 7 bệnh nhân có hạch đánh giá N1, không có trường hợp nào đánh giá N2. Trong nghiên cứu phẫu thuật 59 bệnh nhân có 154 vị trí hạch được khảo sát tỉ lệ phẫu thuật triệt để chiếm 78,6%. Đa số các bệnh nhân có hạch ở nhóm 1 hoặc 2 kích thước $\leq 10\text{mm}$ sự khác biệt về kích thước hạch giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Phân loại hạch N1 và N2 trong mổ, chúng tôi thấy có 2 hạch nhóm N2.

Thời gian phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào thương tổn trong mổ (kích thước khối u, tình trạng dính phổi, tình trạng rãnh liên thùy, ...), dụng cụ và phương tiện phẫu thuật, kinh nghiệm và kỹ năng của phẫu thuật viên và cách thức tiến hành phẫu thuật vì vậy thời gian phẫu thuật của các tác giả thay đổi rất nhiều. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 115,76 (95 – 140) phút và lượng máu mất trung bình 253,05ml. So với thời gian phẫu thuật của các tác giả khác trong bảng dưới đây.

Dù có nhiều bước tiến về trang thiết bị và kỹ thuật trong phẫu thuật nội soi và gây mê hồi sức nhưng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật nội soi vẫn chưa khả quan. Do đó biến chứng sau phẫu thuật nội soi vẫn là một vấn đề được nhiều tác giả quan tâm, được xem thước đo để đánh giá tính an toàn trong điều trị ung thư phổi. Theo Hiệp hội phẫu thuật lồng ngực Hoa Kỳ (ATS), với 49.029 bệnh nhân được phẫu thuật lồng ngực, trong đó 67,0% cắt thùy phổi và nạo hạch, tỷ lệ biến chứng sau mổ 32%, trong đó xì khí kéo dài trên 5 ngày 8,0%, viêm phổi 3,8%, xẹp phổi 3,6% [6].

Nghiên cứu của chúng tôi có tổng cộng 8 (9,6%) bệnh nhân gặp biến chứng bao gồm: sau phẫu thuật chúng tôi gặp 6 trường hợp biến chứng trong đó 4 (6,8%) trường hợp dò khí kéo dài; 2 (3,4%) trường hợp viêm phổi sau phẫu thuật, cải thiện sau điều trị kháng sinh toàn thân. Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi thấp hơn tác giả Yamatoma K. (2010) nghiên cứu trên 502 bệnh nhân phẫu thuật cắt phổi cho kết quả ghi nhận biến chứng sau mổ: biến chứng chung 28%, trong đó biến chứng hô hấp chiếm tỷ lệ 22,9%, nhiều nhất là xì khí kéo dài trên 7 ngày 16,9%, viêm phổi 1,8%, suy hô hấp 0,3% [7]. Mặt khác, tỉ lệ biến chứng của chúng tôi cao hơn tác giả Trần Minh Bảo Luân có 4 trường hợp (3,6%) biến chứng, bao gồm 2 trường hợp xì khí kéo dài chỉ cần điều trị nội khoa, 1 trường hợp suy hô hấp phải thở máy kéo dài sau mổ, 1 trường hợp viêm phổi đáp ứng với điều trị kháng sinh, không có trường hợp nào tử vong trong hay sau mổ. Theo tác giả Port J. L. phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi cho kết quả tương tự mổ mở nhưng tỷ lệ biến chứng và tử vong ít hơn [8]. Và tác giả Amer K. cho rằng PTNS là một phương pháp phẫu thuật phù hợp với người cao tuổi thay vì mổ mở. Nghiên cứu của tác giả Hiroaki Nomori cho kết quả PTNS cắt thùy phổi và nạo hạch ở hai nhóm bệnh nhân có rãnh liên thùy hoàn toàn và không hoàn toàn. Ông nhận thấy không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, lượng máu

mất trong phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng và tử vong giữa hai nhóm, đặc biệt là biến chứng dò khí [9]. Theo tác giả Elseyed H. và cs (2012) cho rằng: biến chứng xì khí kéo dài là nguyên nhân kéo dài thời gian nằm viện sau mổ (13 ngày so với 7 ngày, $p < 0,001$), có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính kèm theo và phổi dính là yếu tố làm tăng tỷ lệ biến chứng này [10].

V. KẾT LUẬN

Qua thời gian từ 05/2019 đến 04/2022, chúng tôi nghiên cứu 59 ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIIa được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội rút ra một số kết luận như sau:

- Triệu chứng thường gặp nhất: đau ngực (45,7%) và ho khác đờm (40,6%). Giai đoạn Ib chiếm 37,3%; tiếp theo là giai đoạn IIb chiếm 23,7%

- Tỷ lệ bệnh nhân mổ mở chiếm 55,9%, phẫu thuật VAST chiếm 44,1%, kết quả điều trị tốt, ít biến chứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Siegel RL, Miller KD, Jemal A (2015)**, Cancer statistics, CA Cancer J Clin. Jan-Feb;65(1):5-29. 2015.
- John K. Field (2012)**. Perspective: The screening imperative. Nature, 513-516.
- American Cancer Society (2007)**. Global cancer facts & figures 2007. CA Cancer J Clin, 7, pp. 13-56.
- Douillard J.-Y., Rosell R., De Lena M. và cộng sự. (2006)**. Adjuvant vinorelbine plus cisplatin versus observation in patients with completely resected stage IB-IIIa non-small-cell lung cancer (Adjuvant Navelbine International Trialist Association [ANITA]): a randomised controlled trial. Lancet Oncol, **7**(9), 719-727.
- Winton T., Livingston R., Johnson D. và cộng sự. (2005)**. Vinorelbine plus cisplatin vs. observation in resected non-small-cell lung cancer. N Engl J Med, **352**(25), 2589-2597.
- Boffa D. J. and Allen M. S. (2008)**, "Data from The Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery database: The surgical management of primary lung tumors", The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 135(2), pp. 247 - 254.
- Yamamoto K., Ohsumi A., and Kojima F. (2010)**, "Long - Term Survival After Video - Assisted Thoracic Surgery Lobectomy for Primary Lung Cancer", Ann Thorac Surg. 89, pp. 353 - 359.
- Port J. L., Mirza F. M., and Lee P. C. (2011)**, "Lobectomy in Octogenarians With Non-Small Cell Lung Cancer: Ramifications of Increasing Life Expectancy and the Benefits of Minimally Invasive Surgery", Ann Thorac Surg, pp. 1006-1082.
- Nomori H., Ohtsuka T., and Hirotsushi H. (2003)**, "Thoracoscopic Lobectomy for Lung Cancer With a Largely Fused Fissure", Chest. 123, pp. 619-622.
- Elsayed H., McShane J., and Shackcloth M. (2012)**, "Air leaks following pulmonary resection for lung cancer: is it a patient or surgeon related problem?", Ann R Coll Surg Engl. 94, pp. 422 - 427.