

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

NGUYỄN HOÀNG BÌNH

**ĐÁNH GIÁ TÍNH KHẢ THI VÀ HIỆU QUẢ
PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙNG PHỔI
TRONG BỆNH LÝ PHỔI**

Chuyên ngành: Ngoại lồng ngực

Mã số: 62 72 01 24

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH – 2015

Công trình được hoàn thành tại:

Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

PGS TS ĐỖ KIM QUẾ

TS VŨ HỮU VĨNH

Phản biện 1:

Phản biện 1:

Phản biện 1:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường

Họp tại.....

Vào hồi.....giờ.....ngày.....tháng.....năm.....

Có thể tìm hiểu luận án tại

Thư viện Quốc gia Việt Nam

Thư viện khoa học Tổng hợp TP HCM

Thư viện Đại Học Y Dược TP HCM

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt thùy phổi là một phương pháp điều trị ngoại khoa quan trọng đối với các bệnh lý phổi. Phẫu thuật cắt thùy phổi không những điều trị thành công các bệnh lý phổi mà còn điều trị sớm, điều trị triệt để các bệnh lý tại phổi. Tuy nhiên, đa số các phẫu thuật cắt thùy phổi hiện nay đều thực hiện bằng mổ mở. Tại Hoa Kỳ, hơn 80% phẫu thuật cắt thùy phổi là mổ mở. Tại Việt Nam, ở Bệnh viện Chợ Rẫy, từ 1997- 2008, có 722 bệnh nhân được mổ mở cắt thùy phổi điều trị UTPQPNP không tế bào nhỏ.

Năm 1987, bác sĩ Phillipe Mouret (Pháp) báo cáo ca phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật đầu tiên thành công. PTNS lồng ngực cũng bắt đầu phát triển đồng thời cùng thời điểm này. Thập niên 1990-2000, với sự phát triển của gây mê, hồi sức, các phương tiện kỹ thuật trong PTNS đã thúc đẩy PTNS lồng ngực ngày càng phát triển mạnh hơn. Năm 1993, Kirby và cộng sự báo cáo các trường hợp PTNS cắt thùy phổi đầu tiên.

Mặc dù PTNS đã được chọn thay thế mổ mở trong nhiều bệnh lý phổi, PTNS cắt thùy phổi vẫn còn chiếm tỷ lệ thấp trong phẫu thuật cắt thùy phổi. Tại Hoa Kỳ, trong 10 năm (2000-2010), PTNS chỉ chiếm 5- 20% của tổng số phẫu thuật cắt thùy phổi. Các phẫu thuật viên còn e ngại vì cho rằng:

- PTNS phức tạp, đường mổ nhỏ khó thao tác nên có nguy cơ biến chứng, tử vong.
- PTNS có đủ an toàn, hiệu quả đối với bệnh nhân UTPQPNP không tế bào nhỏ hay không?

Tại Việt Nam, PTNS lồng ngực được tiến hành đầu tiên vào năm 1996, tại Bệnh viện (BV) Bình Dân. Kể từ đó, PTNS lồng ngực đã không ngừng phát triển rộng khắp ở nhiều BV lớn trong cả nước ta. Năm 2008, Gs Văn Tần tiến hành phẫu thuật cắt thùy phổi với sự trợ giúp của màn hình video tại BV Bình Dân. Lê Ngọc Thành báo cáo một trường hợp PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi tại BV Việt Đức. Năm 2009, PTNS cắt thùy phổi bắt đầu được tiến hành tại BV Chợ Rẫy. Mặc dù đã có những báo cáo về PTNS cắt thùy phổi ở nước ta, nhưng chỉ là các báo cáo đơn lẻ, PTNS cắt thùy phổi vẫn chưa được áp dụng rộng rãi ở nước ta.

Vì vậy câu hỏi đặt ra là liệu PTNS cắt thùy phổi có thể thực hiện an toàn và hiệu quả trong điều trị bệnh lý phổi ở nước ta hay không?

Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá tính khả thi của kỹ thuật (sự an toàn) PTNS cắt thùy phổi trong điều trị bệnh lý phổi.
2. Đánh giá hiệu quả của PTNS cắt thùy phổi trong điều trị bệnh lý phổi.

2. TÍNH CẤP THIẾT CỦA ĐỀ TÀI

Phẫu thuật cắt thùy phổi để điều trị triệt để các bệnh lý phổi là một chỉ định quan trọng. Hiện nay, ở nước ta, đa số phẫu thuật cắt thùy phổi là mổ mở. PTNS ra đời và phát triển đã giúp cho bệnh nhân ít đau hơn, hồi phục chức năng hô hấp tốt hơn, ít biến chứng giúp bệnh nhân sớm trở về sinh hoạt bình thường so mổ mở. Tuy còn nhiều tranh cãi, PTNS cắt thùy phổi đã được chỉ định điều trị cho một số bệnh lý phổi và cho thấy với kết quả rất tốt.

Tại Việt Nam, số liệu nghiên cứu về phương pháp PTNS cắt thùy phổi còn ít, không đồng nhất, vì vậy đề tài nghiên cứu này có tính thời sự, cấp bách và cần thiết.

3. NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Công trình nghiên cứu đã cho thấy PTNS cắt thùy phổi để điều trị bệnh lý phổi an toàn và hiệu quả trong một số bệnh phổi. So sánh với các công trình nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới, cho thấy PTNS cắt thùy phổi có tỷ lệ biến chứng chấp nhận được, không có biến chứng nặng và tử vong. PTNS cắt thùy phổi cũng có tính hiệu quả cao, bệnh nhân ít đau hơn, ít sử dụng thuốc giảm đau, chức năng hô hấp hồi phục nhanh, xuất viện sớm, tỷ lệ còn sống trong 3 năm của bệnh nhân UTPQPNP không tế bào nhỏ giai đoạn I tương đối cao. Kết quả này giúp cho các phẫu thuật viên Lồng Ngực mạnh dạn áp dụng PTNS cắt thùy phổi để điều trị bệnh lý phổi ở nước ta.

Nghiên cứu cũng góp phần bước đầu để xây dựng phác đồ chỉ định PTNS cắt thùy phổi ở bệnh phổi lành tính cũng như UTPQPNP không tế bào nhỏ giai đoạn sớm, giai đoạn I, II.

4. BỐ CỤC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 128 trang: Phần đặt vấn đề 2 trang, mục tiêu nghiên cứu 1 trang, tổng quan tài liệu 37 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 20 trang, kết quả nghiên cứu 29 trang, bản luận 35 trang, kết luận 2 trang. Có 37 bảng, 14 biểu đồ và 139 tài liệu tham khảo (32 tài liệu tham khảo tiếng Việt, 107 tài liệu tham khảo tiếng nước ngoài).

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.3 GIẢI PHẪU HỌC ỨNG DỤNG PTNS CẮT THỤY PHỔI

1.4 MỘT SỐ BỆNH LÝ PHỔI

1.4.1 Bệnh phổi lành tính

1.4.1.1 U phổi lành tính : Hamartoma, u lao, u nấm

1.4.1.2 Kén khí

1.4.1.3 Dẫn phế quản

1.4.1.4 Áp xe phổi

Chỉ định cắt thùy phổi khi: u lớn hơn 3cm, kén khí lớn nằm 1/3 trong của phế trường phổi, gần rốn phổi. Dẫn phế quản, áp xe tổn thương cả thùy phổi, không mổ cắt phổi không điển hình được.

1.4.2 UTPQPNP không tế bào nhỏ

1.4.2.2 Phân loại tế bào học: Ung thư tế bào gai, tế bào tuyến, tế bào lớn không biệt hóa, tế bào nhỏ không biệt hóa.

1.4.2.4 Phân loại giai đoạn bệnh

Phân loại TNM (2009): Phân chia theo giai đoạn

Giai đoạn I: IA: T1N0M0. IB: T2aN0M0

Giai đoạn II: IIA: T1-2aN1M0, T2bN0M0. IIB: T2bN1M0; T3N0M0

Giai đoạn III: IIIA: T3N1M0; T1-3N2M0. IIIB: T4N0-2M0; T1-4N3M0.

Giai đoạn IV: bất kỳ T, N, M1

1.4.2.5 Điều trị ngoại khoa

Chỉ định phẫu thuật: UTPQPNP không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA. Phẫu thuật cắt thùy phổi nạo hạch hay lấy hạch,

1.5 PTNS CẮT THÙY PHỔI

1.5.1 Định Nghĩa: PTNS cắt thùy phổi là phẫu thuật cắt toàn bộ thùy phổi theo giải phẫu, với sự trợ giúp của màn hình và đường rạch nhỏ hỗ trợ, không dùng dụng cụ banh lồng ngực.

1.5.2 Chỉ định

- Bệnh phổi bẩm sinh cần phải cắt thùy: phổi biệt trí, kén khí lớn, dị dạng mạch máu thùy phổi...
- Bệnh phổi lành tính: dẫn phế quản, u lành tính, u nấm, u lao.
- Bệnh UTPQPNP không tế bào nhỏ giai đoạn I, II
- Bệnh ung thư phổi thứ phát.

1.5.3 Chống chỉ định tương đối

- Khoảng màng phổi dính, xạ vùng rốn trước đó, đã có phẫu thuật lồng ngực trước đó, rãnh liên thùy không hoàn toàn.
- U lớn > 4cm do u lớn gây khó khăn khi lấy u.

1.5.4 Chông chỉ định

- Ung thư giai đoạn T3 hay T4. Hạch trung thất: N2 hay N3.
- Bệnh nhân không thể gây mê một phổi,

1.6 BIẾN CHỨNG PTNS CẮT THÙY PHỔI

1.6.1 Tổn thương mạch máu phổi trong mổ

1.6.2 Chảy máu sau mổ.

1.6.4 Biến chứng phổi: xẹp phổi, viêm phổi, dò khí kéo dài...

1.6.5 Biến chứng màng phổi: Mủ màng phổi, tràn dịch dưỡng trấp.

1.6.6 Biến chứng toàn thân: Thuyên tắc phổi, suy thận.

1.6.7 Chuyển mổ mở

1.6.8 Tử vong

Chương 2:

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.1 Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo loạt ca kiểu mô tả dọc tiến cứu

2.1.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 01/2010 đến 12/2013, tại khoa Ngoại Lồng ngực, BV Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh.

2.1.3. Tính cỡ mẫu

$$\text{Công thức tính cỡ mẫu: } n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times P(1-P)}{\beta^2}$$

n: Cỡ mẫu, P: Tỷ lệ thành công của PTNS không tử vong là 99,06%, theo kết quả nghiên cứu của Subroto Paul. (2008).

β : Sai số cho phép = 0,02; $\alpha=0,05$. Mẫu tối thiểu là 89.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh phổi lành tính có chỉ định cắt thùy phổi: dẫn phế quản (PQ), áp xe phổi, phổi biệt trí, kén khí lớn, dị dạng mạch máu thùy phổi.
- U phổi lành tính có chỉ định cắt thùy phổi: hamatoma, u lao, u nấm. Trên phim CT Scan ngực: $3\text{cm} \leq U \leq 7\text{cm}$, u nằm gần rốn phổi.
- UTPQPNP không tế bào nhỏ giai đoạn I, II (cTNM)

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân UTPQPNP không tế bào nhỏ: T3, T4, N2 (cTNM).
- Bệnh nhân ung thư phổi thứ phát.
- U phổi: nội soi PQ thấy U nằm ngay chỗ chia PQ thùy
- Bệnh nhân u phổi lành tính hay bệnh nhân bệnh phổi lành tính có chỉ định cắt phổi không điển hình, cắt phân thùy phổi, cắt hai thùy.
- Bệnh nhân không đủ điều kiện PTNS: dày dính màng phổi, không gây mê một phổi được, hóa trị hay xạ trị trước đó.

2.4 PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

2.4.1. Chẩn đoán, chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu

- Tuổi, giới. Tình trạng tim mạch, chức năng hô hấp.
- Triệu chứng lâm sàng: đau ngực, ho, khó thở...
- Hình ảnh CT Scans: U, phổi dính, hạch...
- Đo chức năng hô hấp trước phẫu thuật (VC, FVC, FEV1).

2.4.2. PTNS cắt thùy phổi

2.4.2.2 Gây mê, tư thế bệnh nhân, phẫu thuật viên

- Gây mê: Bệnh nhân được gây mê với nội khí quản hai nòng.
- Tư thế bệnh nhân: kê nghiêng 90^0 hơi ngửa ít, đầu và hông hạ thấp so với ở giữa. Phẫu thuật viên luôn đứng bên phải bệnh nhân.

2.4.2.3 Vị trí đặt trocar, đường mổ bóc tách: 2 trocar 10mm: một trocar 10mm ở liên sườn 4 đường nách trước để đưa ống soi vào, một

trocar 10mm ở liên sườn 6 đường nách giữa và 1 trocar 5mm ở liên sườn 5, đường nách sau để thao tác.

2 trocar 10mm ở liên sườn 5 đường nách sau hay 7 nách giữa và một đường mổ bóc tách dài 2.5cm liên sườn 4 phía trước.

2.4.2.4 Kỹ thuật PTNS cắt thùy phổi

Tiến hành bóc lộ động mạch (ĐM), tĩnh mạch (TM), PQ cho thùy phổi, cắt từng thành phần riêng biệt, cắt cầu nhu mô phổi.

Thùy phổi được cho vào bao nylon lấy ra qua đường bóc tách hay đường mở rộng từ đường mổ đặt trocar 10mm khoảng 2.5 – 4cm.

Đối với ung thư phổi nguyên phát, chúng tôi phẫu thuật lấy hạch N1. Nếu bệnh nhân được phát hiện có hạch N2 trong mổ, chúng tôi tiến hành lấy hạch trung thất, tất cả hạch đều được gửi giải phẫu bệnh lý ghi nhận có di căn tế bào ung thư không.

Khâu lại nhu mô phổi bị cắt từ cầu nhu mô giữa các thùy phổi để tránh dò khí sau mổ. Kiểm tra mỏm cụt PQ, cho phổi nở. Kiểm tra cầm máu nhu mô phổi, thành ngực. Đặt dẫn lưu phổi. May vết mổ.

2.5 THU THẬP SỐ LIỆU

2.5.1 Đánh giá sự thành công, an toàn của PTNS cắt thùy phổi

Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật

2.5.1.3 Đánh giá kết phẫu thuật (trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật):

dựa bảng phân loại mức độ biến chứng của Clavien và Yim.

Kết quả tốt: Mức độ biến chứng độ I

Kết quả trung bình: Mức độ biến chứng độ II

Kết quả xấu: Mức độ biến chứng độ III, IV (tử vong)

2.5.1.4 Ghi nhận tỷ lệ các biến chứng, tử vong

Chảy máu trong mổ, chảy máu sau mổ, xẹp phổi, dò khí kéo dài, tràn khí, máu màng phổi sau khi rút dẫn lưu, viêm phổi...

2.5.1.6 Phân tích các yếu tố liên quan mức độ biến chứng của phẫu thuật:

Thùy phổi được phẫu thuật, rãnh liên thùy, phổi dính khoang màng phổi, hạch cạnh ĐM thùy phổi, kích thước u, bệnh lý phổi.

2.5.1.7 Tỷ lệ PTNS chuyển mổ mở

Định nghĩa chuyển mổ mở: được xem là chuyển mổ mở cắt thùy phổi khi trong quá trình PTNS đã bóc tách cắt một trong các thành phần mạch máu hay PQ thùy phổi, sau đó không PTNS tiếp được được phải chuyển mổ mở, có sử dụng dụng cụ banh lồng ngực.

Phân tích các yếu tố liên quan ảnh hưởng chuyển mổ mở:

Thùy phổi được phẫu thuật, rãnh liên thùy, phổi dính khoang màng phổi, hạch cạnh ĐM vào thùy phổi, kích thước u, bệnh lý phổi.

2.5.2 Hiệu quả sau PTNS các thùy phổi

2.5.2.2 Thời gian dẫn lưu khoang màng phổi sau phẫu thuật

2.5.2.3 Thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

2.5.2.4 Đánh giá giảm đau sau phẫu thuật

Đánh giá chủ quan: dựa trên thang điểm đau VAS.

Đánh giá khách quan: mức độ sử dụng thuốc giảm đau

2.5.2.5 Đánh giá chức năng hô hấp sau phẫu thuật: , FVC, FEV1.

2.3.10 Đánh giá kết quả trung hạn:

Bệnh nhân được hẹn tái khám trong một tháng đầu, mỗi 3 tháng trong năm đầu, mỗi 6 tháng trong năm thứ hai, mỗi năm từ năm thứ 3.

Ung thư phổi nguyên phát: Đánh giá tái phát, tiên lượng sống.

Bệnh phổi lành tính: Bệnh khỏi hoàn toàn, bệnh cải thiện, bệnh tái phát

2.4. Quản lý và phân tích số liệu

Nhập, xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.1.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 12 năm 2013, có 92 bệnh nhân được PTNS cắt thùy phổi tại khoa Ngoại Lồng ngực, BV Chợ Rẫy, chúng tôi ghi nhận một số kết quả như sau:

3.1 ĐẶC ĐIỂM NHÓM NGHIÊN CỨU

3.1.1 Tuổi: Tuổi trung bình: 55.6 ± 13.7 tuổi. (23 - 84 tuổi).

3.1.3 Giới: Nam: 56 bệnh nhân (60.9 %). Nữ: 36 bệnh nhân (39.1 %)

3.1.6 Cận Lâm Sàng

3.1.6.2 CT Scan ngực

Hạch cạnh ĐM của thùy phổi: 13 bệnh nhân (14.1%).

Kích thước u: 82 bệnh nhân u phổi (loại trừ 1 bệnh nhân phổi biệt trí). Đường kính trung bình: 3.2 ± 0.92 cm (1.5 -6.5 cm)

3.1.6.3 Chức năng hô hấp trước phẫu thuật

Bảng 3.11: Chức năng hô hấp trước phẫu thuật

Chức năng hô hấp trước phẫu thuật	PTNS hoàn toàn	Chuyển mở mở
FVC trung bình	3.3 ± 0.7 L	3.2 ± 0.9 L
FEV1 trung bình	2.6 ± 0.6 L	2.5 ± 0.7 L

3.1.7 Bệnh lý được phẫu thuật

Bảng 3.12: Bệnh lý được phẫu thuật

Bệnh lý	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Dãn phế quản	5	5.4
Kén khí lớn	2	2.2
Phình ĐM thùy phổi	1	1.1
U áp xe phổi	1	1.1
Phổi biệt trí	1	1.1
U phổi: U phổi lành tính	20	22.0
UTPQPNP	62	68.1

3.2 KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

3.2.1 Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình: 3.6 ± 0.7 giờ

3.2.2 Lượng máu mất: Lượng máu mất trung bình: 90.1 ± 68.0 ml

3.2.3 Tỷ lệ các biến chứng

Mức độ I: tràn khí dưới da: 7.8%

Mức độ II: Chảy máu sau mổ: 1.1%, chảy máu trong mổ: 4.4%, dò khí kéo dài: 2.2%, xẹp phổi: 1.1%

3.2.4 Kết quả phẫu thuật

Kết quả tốt: (mức độ I) 83 bệnh nhân (90.1%)

Kết quả trung bình: (mức độ II) 9 bệnh nhân (9.9%)

Kết quả xấu: (mức độ III, IV) 0 bệnh nhân (0%)

3.2.5 Các yếu tố ảnh hưởng biến chứng phẫu thuật

3.2.5.1 Phổi dính thành ngực: Phổi không dính: 56 bệnh nhân (60.9%). Phổi dính: 36 bệnh nhân (39.1%)

3.2.5.2 Rãnh liên thùy: Rãnh liên thùy toàn: 33 bệnh nhân (35.9%).

Rãnh liên thùy không hoàn toàn: 59 bệnh nhân (64.1%)

3.2.5.3 Vị trí thùy phổi được phẫu thuật

Bảng 3.17: Vị trí thùy phổi

Vị trí thùy phổi	Nhóm nghiên cứu: n=92 (%)
Thùy trên phổi phải	25 (27.2)
Thùy giữa phổi phải	10 (10.9)
Thùy dưới phổi phải	30 (32.6)
Thùy trên phổi trái	9 (9.8)
Thùy dưới phổi trái	18 (19.6)

3.2.5.4 Hạch cạnh ĐM thùy phổi: Không có hạch: 18 bệnh nhân (19.6%). Hạch có: 74 bệnh nhân (80.4%).

3.2.6 Mối liên quan các yếu tố ảnh hưởng và mức độ biến chứng

Bảng 3.19: Mối liên quan giữa mức độ biến chứng và các yếu tố

Các yếu tố ảnh hưởng	Mức độ I n = 83 (%)	Mức độ II n = 9 (%)	P
Lứa tuổi: < 70 tuổi	67 (89.3)	8 (10.7)	0.475
≥ 70 tuổi	16 (94.1)	1 (5.9)	
Vị trí thùy phổi PT			0.313
Thùy trên phải	20 (80)	5 (20)	
Thùy giữa phải	10 (100)	0 (0)	
Thùy dưới phải	28 (93.3)	2 (6.7)	
Thùy trên trái	8 (88.9)	1 (11.1)	
Thùy dưới trái	17 (94.4)	1 (5.6)	
Hạch cạnh ĐM:			0.127
Có hạch	65 (87.8)	9 (12.2)	
Không có hạch	18 (100)	0 (100)	
Bệnh lý:			0.614
Bệnh phổi lành tính	27 (90)	3 (10)	
Ung thư phổi	56 (90.3)	6 (9.7)	
Rãnh liên thùy:			0.306
Hoàn toàn	31 (93.9)	2 (6.1%)	
Không hoàn toàn	52 (88.1)	7 (11.9)	
Phổi dính: Không dính	50 (89.3)	6 (10.7)	0.503
Phổi dính	33 (91.7)	3 (8.3)	
Kích thước u (n=82)	(n=73)	(n=9)	0.27
U < 4cm	53 (86.9)	8 (13.1)	
U ≥ 4cm	20 (95.2)	1 (4.8)	

3.2.7 Chuyển mổ mở

Trong nghiên cứu chúng tôi có 6 bệnh nhân (6.7%) chuyển sang mổ mở: 4 bệnh nhân chảy máu trong phẫu thuật; 2 bệnh nhân do hạch dính ĐM phổi không bóc tách ĐM được.

Mối liên quan các yếu tố và chuyển mổ mở

Bảng 3.20: Mối liên quan giữa các yếu tố và chuyển mổ mở

Các yếu tố ảnh hưởng	Nhóm PTNS n=86 (%)	Nhóm chuyển mổ mở n=6 (%)	P
Vị trí thùy phổi PT			
Thùy trên phải	22 (88)	3 (12)	0.59
Thùy giữa phải	10 (100)	0 (0)	
Thùy dưới phải	29 (96.7)	1 (3.3)	
Thùy trên trái	8 (88.9)	1(11.1)	
Thùy dưới trái	17 (94.4)	1(5.6)	
Hạch cạnh ĐM: Có hạch			
	68 (91.9)	6 (8.1)	0.26
Không có hạch	18 (100)	0 (100)	
Bệnh lý phổi			
Bệnh phổi lành tính	28 (93.3)	2 (6.7)	0.64
Ung thư phổi	58 (93.5)	4 (6.5)	
Rãnh liên thùy: Hoàn toàn			
	33 (100)	0 (0)	0.063
Không hoàn toàn	53 (89.8)	6 (10.2)	
Phổi dính: Không dính			
	53 (94.6)	3 (5.4)	0.43
Phổi dính	33 (91.7)	3 (8.3)	
Kích thước u (n=82)			
	(n=76)	(n=6)	0.159
U < 4cm	55 (90.2)	6 (9.8)	
U ≥ 4cm	21 (100)	0 (0)	

3.3 Hiệu quả PTNS cắt thùy phổi

3.3.2 Thời gian dẫn lưu màng phổi: Thời gian trung bình nhóm PTNS: 2.1 ± 0.6 ngày, nhóm chuyển mổ mở: 2.1 ± 0.4 ngày.

3.3.3 Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Thời gian trung bình của nhóm PTNS: 4.9 ± 1 ngày, nhóm chuyển mổ mở: 6.8 ± 0.5 ngày.

3.3.4 Thang điểm đau sau phẫu thuật (VAS): Nhóm PTNS có VAS trung bình: 3.69, nhóm chuyển mổ mở: 6.38.

3.3.5 Thuốc giảm đau sử dụng: Nhóm PTNS: mức độ nhẹ: 65.2%, mức độ nặng: 6.9%. Nhóm chuyển mổ mở: mức độ nặng: 50%.

3.3.6 Chức năng hô hấp sau phẫu thuật: 79 bệnh nhân.

Bảng 3.26: Chức năng hô hấp sau phẫu thuật

Chức năng hô hấp sau PT	PTNS hoàn toàn	Chuyển mổ mở
FVC trung bình	3.01 ± 0.8 L	2.2 ± 0.7 L
FEV1 trung bình	2.3 ± 0.6 L	1.5 ± 0.4 L

3.3.7 Hiệu quả trong điều trị UTPQPNP không tế bào nhỏ

Hạch rốn phổi, trong phổi (N1): có tế bào ung thư di căn: 20 bệnh nhân (35.7%), không có tế bào ung thư di căn: 36 bệnh nhân (64.3%)

Hạch trung thất cùng bên (N2): có tế bào ung thư di căn: 5 bệnh nhân (5.1%), không di căn: 2 bệnh nhân (2.2%).

3.3.7.5 So sánh giai đoạn TNM trước và sau phẫu thuật

Bảng 3.28: So sánh giai đoạn TNM trước và sau phẫu thuật

Giai đoạn ung thư TNM	TNM trước PT n=62 (%)	TNM sau PT n=62 (%)
IA : T1N0M0	29 (46.7)	20 (32.3)
IB : T2aN0M0	21 (33.9)	19 (30.6)
IIA : T2bN0M0	1 (1.6)	1 (1.6)
T2aN1M0	3 (4.8)	5 (8.1)
T1N1M0	7 (11.3)	11 (17.7)
IIB : T2bN1M0	1 (1.6)	1 (1.6)
IIIA: T1-2N2M	0 (0)	5 (8.1)

Có 17 bệnh nhân thay đổi giai đoạn ung thư so với trước phẫu thuật. 15 bệnh nhân tăng giai đoạn, 2 bệnh nhân giảm giai đoạn.

3.3.7.6 Tiên lượng sống bệnh nhân UTPQPNP không tế bào nhỏ

Chúng tôi chỉ thống kê theo dõi lâu dài được 55 bệnh nhân, 4 bệnh nhân chuyển mổ mở và 3 bệnh nhân không liên lạc được.

Ung thư phổi giai đoạn I: Thời gian theo dõi trung bình: 15.1 ± 12.1 tháng (2 – 41 tháng). Ung thư phổi giai đoạn II: Thời gian theo dõi trung bình: $16,7 \pm 9.7$ tháng (3 – 31 tháng). Ung thư phổi giai đoạn IIIA: Thời gian theo dõi trung bình $10,2 \pm 4.1$ tháng (3 – 17 tháng).

Bảng 3.29: Tỷ lệ còn sống

Giai đoạn ung thư	Tổng số bệnh nhân	Số bệnh nhân tử vong	Số bệnh nhân còn sống	Tỷ lệ còn sống (%)
Giai đoạn I	34	5	29	85.3
Giai đoạn II	17	6	11	64.7
Giai đoạn IIIA	4	3	1	25
Tổng số	55	14	41	74.5

3.3.7.7 Tái phát của UTPQPNP không tế bào nhỏ

Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ có 3 trường hợp ghi nhận có tái phát phát hiện có hạch trung thất trên CT Scan (một bệnh nhân IIA sau 26 tháng, hai bệnh nhân IA sau 19 và 12 tháng), 1 bệnh nhân IA tái phát tại thùy phổi cùng bên sau 12 tháng.

3.3.8 Kết quả trung hạn bệnh phổi lành tính

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ theo dõi trung hạn được 26 bệnh nhân.

Thời gian theo dõi trung bình: 19.3 ± 14.5 tháng (2 – 46 tháng)

Bệnh khởi hoàn toàn: 24 bệnh nhân (92.3%)

Bệnh cải thiện: 2 bệnh nhân (7.7%)

Bệnh tái phát: 0 bệnh nhân (0%)

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1 ĐẶC ĐIỂM CỦA NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

4.1.1 Tuổi & Giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 55.6, như vậy đa số bệnh nhân được phẫu thuật là bệnh nhân lớn tuổi.

Tỷ lệ bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ, 60.9% so với 39.1%. Nhóm bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát, có tuổi trung bình 59.5 tuổi, tỷ lệ nam so với nữ giới: 40.7% và 21.7%.

4.1.4 Bệnh lý được phẫu thuật

4.1.4.1 Bệnh phổi lành tính

Theo Mc Kenna, PTNS cắt thùy phổi được chỉ định trong các bệnh lý phổi như: dẫn phế quản, kén khí phổi lớn, hay một số u phổi lành tính lớn gần mạch máu phổi không thể cắt không điển hình.

Theo Weber, tất cả bệnh nhân có bệnh lành tính, thất bại điều trị nội khoa, bệnh nhân vẫn có triệu chứng như ho, nhiễm trùng tái đi tái lại, khó thở thậm chí có diễn tiến nặng như ho ra máu vào cấp cứu, tổn thương khu trú trong một thùy, không lan tỏa toàn phổi thì có chỉ định ngoại khoa PTNS cắt thùy. Trong nghiên cứu của chúng tôi: có 30 bệnh nhân bệnh phổi lành tính được PTNS cắt thùy phổi chiếm tỷ lệ 32.6%, đa số bệnh nhân là u lao (tỷ lệ 17.4 %).

Bệnh phổi lành tính là bệnh lý được các phẫu thuật viên lựa chọn khi bắt đầu tiến hành PTNS cắt thùy phổi, có 3 đặc điểm:

- Không cần làm giải phẫu bệnh bờ cắt của u trong phẫu thuật để kiểm tra cắt sạch tận gốc u (bao gồm cả nạo hạch)
- Bệnh lý viêm nhiễm tạo ra phổi dính thành ngực hay trung thất có thể gây khó khăn cho bóc tách hơn so bệnh lý ác tính, đặc biệt khi bóc tách mạch máu phổi.
- Nguy cơ nhiễm trùng vết thương, mũ màng phổi.

4.1.4.2 UTPQPNP không tế bào nhỏ

Chỉ định PTNS cắt thùy phổi trong điều trị ung thư vẫn còn nhiều bàn cãi, tuy vậy hầu hết các tác giả đều chỉ định PTNS ở bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn sớm. Chưa có nhiều dữ kiện chứng minh

PTNS có thể nạo hết hạch trung thất nên bệnh nhân có hạch trung thất vẫn còn được nhiều tác giả chỉ định mổ mở.

Theo Mc Kenna: PTNS cắt thùy phổi được chỉ định đối với bệnh nhân UTPQPNP không tế bào nhỏ giai đoạn I, u có kích thước < 6cm.

Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Thomas, PTTNS cắt thùy phổi được chỉ định cả trong bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn II.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 62 trường hợp được PTNS cắt thùy phổi, tất cả bệnh nhân đều là giai đoạn I, II.

4.2 PTNS CẮT THÙY PHỔI KHẢ THI AN TOÀN

4.2.3 PTNS cắt thùy phổi khả thi an toàn

4.2.3.1 PTNS cắt thùy phổi tỷ lệ biến chứng nặng, tử vong thấp.

PTNS cắt thùy phổi đã được tiến hành từ thập niên trước với nhiều ưu điểm PTNS so với mổ mở như: giảm đau sau mổ, chức năng hô hấp sau mổ hồi phục tốt hơn, giảm sản xuất cytokine, cải thiện chức năng miễn dịch. Tuy vậy, theo số liệu từ hội Phẫu thuật lồng ngực Hoa Kỳ (ATS), PTNS cắt thùy phổi chỉ chiếm khoảng 5%-20%. PTNS cắt thùy phổi chưa được áp dụng rộng rãi hiện nay, vì vẫn còn nhiều băn khoăn, lo ngại liên quan sự an toàn cho bệnh nhân, kỹ thuật thực hiện không dễ, cần thời gian huấn luyện cho phẫu thuật viên.

Tuy nhiên, các nghiên cứu của các tác giả đều cho thấy kết quả PTNS cắt thùy phổi đều cho kết quả với tỷ lệ tử vong thấp, thay đổi từ 0-2.7%, tỷ lệ biến chứng thay đổi từ 7.4 – 18.9%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng mức độ II chiếm tỷ lệ 9.8%, biến chứng nặng mức độ III và tử vong không có. So sánh với các tác giả khác, tỷ lệ biến chứng của nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự (bảng 4.2). Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu chúng tôi không có, có thể do chúng tôi mới bắt đầu PTNS nên chúng tôi cẩn thận khi

chọn lựa bệnh nhân, mặt khác chúng tôi sẵn sàng chuyển mổ mở khi có biến chứng chảy máu xảy ra để bảo đảm an toàn cho phẫu thuật.

Bảng 4.2: Biến chứng, chuyển mổ mở, tử vong trong PTNS

<i>Tác giả</i>	<i>Số bệnh nhân</i>	<i>Biến chứng (%)</i>	<i>Chuyển mổ mở (%)</i>	<i>Tử vong (%)</i>
<i>Rovario (1998)</i>	211	18.9	5.3	0.6
<i>McKenna (2006)</i>	1100	15	2.5	0.8
<i>Swanson (2008)</i>	127	7.4	13	2.7
<i>Kwhanmien Kim (2010)</i>	704	9.1	4.9	1.3
<i>Gonzalez (2011)</i>	200	18.5	14.5	2.5
<i>N H Bình (2013)</i>	92	9.9 %	6.7%	0%

4.2.3.2 Lượng máu mất, thời gian phẫu thuật

Lượng máu mất trong phẫu thuật cũng như thời gian phẫu thuật là những yếu tố đánh giá khả năng an toàn, cũng như tính khả thi kỹ thuật có thể thực hiện được PTNS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất trong mổ trung bình là 90.1ml, tương tự các tác giả khác; thời gian phẫu thuật trung bình 3.6 giờ, thời gian phẫu thuật dài hơn có thể do chúng tôi mới bắt đầu PTNS cắt thùy phổi (Bảng 4.4).

Bảng 4.4: Lượng máu mất, thời gian phẫu thuật

<i>Tác giả</i>	<i>Lượng máu mất trung bình (ml)</i>	<i>Thời gian phẫu thuật trung bình (giờ)</i>
<i>Mc Kenna (2006)</i>	150ml	Không ghi nhận
<i>Walker (2007)</i>	60ml	2.2
<i>Sandra C Tomazek (2008)</i>	150ml	2.9
<i>Khalid Amed (2010)</i>	100 ml	3.4
<i>N H Bình (2013)</i>	90.17 ml	3.6 giờ

4.2.3.3 Biến chứng sau phẫu thuật

Chảy máu sau phẫu thuật: Trong nghiên cứu của Robert J McKenna (n=1100), có 10 bệnh nhân bị chảy máu sau phẫu thuật, chỉ có 1 bệnh

nhân được mổ lại cầm máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân bị chảy máu hậu phẫu ngày thứ nhất. Bệnh nhân được PTNS lại, phát hiện chảy máu từ đường rạch da đặt trocar.

Dò khí: Trong nghiên cứu của McKenna, dò khí kéo dài chiếm tỷ lệ 2.8%, bệnh nhân được theo dõi, điều trị với hệ thống dẫn lưu van 1 chiều Heimlich, kết quả tốt, xuất viện. Kwhamien Kim có 33/704 bệnh nhân bị dò khí kéo dài, 30 bệnh nhân được làm xơ dính màng phổi sau đó. Trong nghiên cứu chúng tôi, có 2 trường hợp dò khí, bệnh nhân được điều trị nội khoa, tập vật lý trị liệu, sau đó hậu phẫu ngày thứ 7 bệnh nhân rút dẫn lưu màng phổi được, xuất viện.

4.2.3.4 Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ biến chứng PTNS

Phổi dính: Phổi dính là một trong những chống chỉ định cho phẫu thuật lúc khởi đầu PTNS. Phổi dính dễ gây chảy máu khi bóc tách, cũng như làm biến dạng, che mờ cấu trúc giải phẫu thông thường gây khó khăn cho phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng ở nhóm bệnh nhân phổi không dính thấp hơn so với nhóm bệnh nhân có phổi dính 10.7% so với 8.3% ($P>0.05$) (Bảng 3.19).

Rãnh liên thùy không hoàn toàn: Khi PTNS cắt thùy phổi, một trong những lo ngại cho các phẫu thuật viên là rãnh liên thùy không hoàn toàn, vì nguy cơ chảy máu, không nhìn rõ ĐM phổi để bóc tách. Thậm chí theo Rovario, rãnh liên thùy không hoàn toàn là một trong những chống chỉ định. Kirby báo cáo trong nghiên cứu của mình, 3 trường hợp phải chuyển mổ mở do rãnh liên thùy hoàn toàn, không bóc tách ĐM được. Rãnh liên thùy không hoàn toàn là một thách thức kỹ thuật cho PTNS nhưng không phải là một chống chỉ định. Trong những trường hợp khó, phẫu thuật viên có thể thay đổi, cắt phế quản hay mạch máu trước khi cắt rãnh liên thùy tùy trường hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có rãnh liên thùy

không hoàn toàn có tỷ lệ biến chứng cao hơn so nhóm bệnh nhân có rãnh liên thùy hoàn toàn (11.9% so với 6.1%), ($P>0.05$). (Bảng 3.19)

Thùy phổi được phẫu thuật: Trong số các thùy phổi được phẫu thuật, đa số thùy dưới phổi hai bên được PTNS nhiều nhất vì an toàn hơn, dễ thực hiện hơn và ít biến chứng xảy ra hơn. PTNS cắt thùy trên phổi trái, khó khăn hơn vì thùy này có nhiều nhánh ĐM. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng của PTNS cắt thùy dưới hai bên thấp hơn so với thùy trên. ($P>0.05$) (Bảng 3.19).

Hạch cạnh ĐM thùy phổi: Hạch nằm cạnh ĐM thùy phổi là một khó khăn cho phẫu thuật viên khi bóc tách, đặc biệt là các hạch dính hay xâm lấn vào mạch máu, vì vậy nguy cơ chảy máu rất cao. Một số phẫu thuật viên đề nghị mổ mở khi có hạch dính sát ĐM phổi. Tuy nhiên theo thời gian, kinh nghiệm phẫu thuật của phẫu thuật viên tăng lên, cộng với sự phát triển của các dụng cụ PTNS nên khó khăn này chỉ còn là chống chỉ định tương đối. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân biến chứng đều có hạch cạnh ĐM thùy phổi, chiếm tỷ lệ 12.2% (Bảng 3.19).

4.2.3.5 Nguyên nhân chuyển mổ mở

Một trong những tiêu chuẩn đánh giá sự an toàn của PTNS cắt thùy chính là tỷ lệ chuyển mổ mở. Tỷ lệ chuyển mổ mở trong PTNS cắt thùy phổi thay đổi tùy theo nghiên cứu từ 2-6%. Với kỹ năng, kỹ thuật kinh nghiệm phẫu thuật viên ngày càng được cải thiện, tỷ lệ chuyển mổ mở đã giảm dần từ 8% còn 5% sau 5 năm. Nguyên nhân của PTNS chuyển mổ mở là do: Kỹ thuật PTNS như: chảy máu khi bóc tách, chảy máu do staplers bị lỗi khi cắt mạch máu, hạch dính, rãnh liên thùy không hoàn toàn, phổi dính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 trường hợp chuyển mổ mở.

Bốn trường hợp do chảy máu trong mổ: hai bệnh nhân bị tổn thương ĐM phổi khi bóc tách, một bệnh nhân chảy máu do lỗi kỹ thuật dùng staplers, một bệnh nhân bị chảy máu do tổn thương TM bất thường. Hai trường hợp chuyển mổ mở do hạch dính sát, xâm lấn ĐM thùy phổi không bóc tách được.

4.3 HIỆU QUẢ CỦA PTNS CẮT THÙY PHỔI

4.3.1 Thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn, xuất viện sớm

Ưu điểm lớn nhất của PTNS là cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân sau mổ. Thời gian nằm viện ngắn hơn giúp giảm chi phí đồng thời bệnh nhân hồi phục, quay lại công việc sớm. Trong nghiên cứu của Todd Demmy, Subroto Paul, thời gian dẫn lưu màng phổi, thời gian nằm viện sau phẫu thuật của PTNS đều thấp hơn so với mổ mở.

Bảng 4.6: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật, dẫn lưu

Tác giả	Thời gian nằm viện (ngày)		Thời gian dẫn lưu (ngày)	
	PTNS	Mổ mở	PTNS	Mổ mở
Todd Demmy	5.3	11.2	4	8.9
Whitson	6.4	7	5	6.1
Subroto	4	6	3	4
Nestor	4	5	3	4
N H Bình	4.9		2.1	

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, trong nhóm PTNS: bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật dài nhất là 8 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 4.9 ngày, tương tự các tác giả khác; trong khi đó chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân chuyển mổ mở có thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật tương đối dài là 6.6 ngày.

Thời gian dẫn lưu màng phổi của hai nhóm PTNS và chuyển mổ mở là gần tương đương nhau.

4.3.2 Đau sau mổ giảm

Hầu hết các nghiên cứu đều cho rằng, bệnh nhân PTNS ít đau hơn, ít sử dụng thuốc giảm đau so với mổ mở. Theo nghiên cứu của Daniel G Nicastri: 47% bệnh nhân PTNS không sử dụng thuốc giảm đau 2 tuần sau mổ, 26% bệnh nhân chỉ sử dụng thuốc giảm đau NSAID khi cần, 22% dùng thuốc giảm đau gây nghiện khi cần và 27% dùng thuốc giảm đau gây nghiện. Fran Dyterberk nhận thấy bệnh nhân PTNS có điểm đau VAS ít hơn, sử dụng thuốc giảm đau ít hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân PTNS có điểm đau trung bình là 3.6, trong khi bệnh nhân được chuyển mổ mở là 6.8. Nhóm bệnh nhân PTNS được sử dụng thuốc giảm đau với mức độ I chiếm đa số là 65.2 %, chỉ có 6.9% bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau mức độ 3, trong khi ở nhóm chuyển mổ mở không có bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau mức độ 1, đa số bệnh nhân được sử dụng thuốc giảm đau mức độ 2 (50%) hay mức độ 3 (50%) (Bảng 3.25).

4.3.3 Chức năng hô hấp sau phẫu thuật hồi phục nhanh

Theo báo cáo của Krost và cộng sự, bệnh nhân sau sáu tháng phẫu thuật mở cắt thùy phổi, chức năng hô hấp mới trở lại bình thường. Nagahiro và cs nhận thấy có sự hồi phục nhanh của VC, FEV1, FVC trong hai tuần đầu sau mổ ở những bệnh nhân PTNS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chức năng hô hấp ở nhóm PTNS sau phẫu thuật một tháng có sự cải thiện hồi phục nhanh hơn: FVC: 3.01L sau phẫu thuật trong khi FVC trước phẫu thuật là 3.3L; FEV1: 2.3L sau phẫu thuật trong khi FEV1 trước phẫu thuật là 2.6L.

4.3.4 Kết quả trung hạn

4.3.4.1 UTPQPNP không tế bào nhỏ

PTNS cắt thùy phổi được ứng dụng đầu tiên trên những bệnh nhân bệnh phổi lành tính, sau đó các phẫu thuật viên bắt đầu ứng dụng cho

ung thư phổi. Trong giai đoạn đầu, hầu hết các tác giả đều chỉ định cho những trường hợp UTPQNP không tế bào nhỏ giai đoạn sớm. Nghiên cứu của Mc Kenna cho thấy tỷ lệ bệnh nhân còn sống 4 năm của ung thư phổi giai đoạn I, II tương đối cao (75%, 60%) tuy nhiên giai đoạn III còn thấp 20%. Tác giả Yamamoto cũng có kết quả tỷ lệ bệnh nhân còn sống 5 năm của ung thư phổi giai đoạn III thấp 29%.

Bảng 4.8: Tỷ lệ bệnh nhân còn sống

<i>Tác giả</i>	<i>Số BN</i>	<i>Tỷ lệ bệnh nhân còn sống</i>
<i>Mc Kenna 1998</i>	298	4 năm: GĐ I: 75%; GĐ II: 60%; GĐ III: 20%
<i>Iwasaki 2004</i>	100	5 năm: GĐ I: 80.9%; GĐ II: 70.3%
<i>Yamamoto 2010</i>	325	5 năm: GĐ Ia: 85%, GĐ Ib: 69%, GĐ II: 48%, GĐ III: 29%
<i>N H Bình 2013</i>	62	3 năm: GĐ I: 85.3%, 2 năm: GĐ II: 64.7%; GĐ IIIa : 25%

Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chúng tôi là giai đoạn sớm: giai đoạn I, chiếm tỷ lệ 62.9% (Bảng 3.27). Do PTNS cắt thùy phổi mới bắt đầu triển khai, nên chúng tôi chỉ tiến hành cắt thùy phổi, lấy hạch chứ chưa tiến hành nạo hạch thường quy được, có 5 trường hợp được xác định ung thư phổi ở giai đoạn IIIa sau phẫu thuật.

Bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn I, thời gian theo dõi dài nhất 41 tháng, tỷ lệ bệnh nhân còn sống trong 3 năm là 85.3%, tương tự nghiên cứu của tác giả Sugi tỷ lệ bệnh nhân còn sống 3 năm là 90% 3 Bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn II, thời gian theo dõi dài nhất là 31 tháng (2 năm 7 tháng), tỷ lệ bệnh nhân còn sống là 64.7%, thời gian theo dõi chưa đủ lâu nên chúng tôi chỉ thống kê, chưa kết luận, so sánh với các tác giả khác. Bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IIIa: thời gian theo dõi sau 17 tháng (1 năm 5 tháng), tỷ lệ bệnh nhân còn sống là 25%. Các bệnh nhân ở giai đoạn này được đánh giá, phát hiện sau

phẫu thuật, việc xử lý còn bị động, chúng tôi chưa đủ thời gian đánh giá. Việc đánh giá tiên lượng sống cho bệnh nhân ung thư giai đoạn II, III trong nghiên cứu chúng tôi còn chưa hoàn chỉnh, cần có thời gian theo dõi lâu hơn, số lượng bệnh nhân nhiều hơn.

4.3.4.2 Bệnh phổi lành tính

Đa số các nghiên cứu đều cho thấy phẫu thuật cắt thùy trong điều trị bệnh lý phổi cho kết quả tốt, bệnh nhân hết bệnh, tỷ lệ tái phát thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26/30 bệnh nhân bệnh phổi lành tính được PTNS cắt thùy phổi được theo dõi, thời gian theo dõi trung bình khoảng 19.3 tháng. Chúng tôi ghi nhận 92.3% bệnh nhân có kết quả tốt, khỏi bệnh hoàn toàn, 7.3% cải thiện triệu chứng, còn đau nhẹ hay ho khan cần điều trị thuốc, không có bệnh nhân tái phát.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 92 trường hợp được PTNS cắt thùy tại khoa Ngoại lồng ngực Bệnh viện Chợ Rẫy, trong thời gian từ 2010 – 2013, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau

1. PTNS cắt thùy phổi an toàn trong điều trị chọn lọc một số bệnh lý phổi lành tính cũng như UTPQPNP không tế bào nhỏ giai đoạn I, II.
 - PTNS cắt thùy phổi có thể tiến hành an toàn (với tỷ lệ biến chứng 9.9%), không có biến chứng mức độ nặng cũng như tử vong, thời gian phẫu thuật không dài (thời gian phẫu thuật trung bình 3.6 giờ), lượng máu mất trong PTNS không nhiều (lượng máu mất trung bình 90.1ml).
 - Tỷ lệ chuyển mổ mở không cao (6.7%), nguy cơ biến chứng và chuyển mổ mở tăng lên khi có các yếu tố sau: Rãnh liên thùy không hoàn toàn, hạch cạnh ĐM thùy phổi

- Các yếu tố ít ảnh hưởng đến nguy cơ biến chứng và chuyển mổ mở: Thùy phổi được phẫu thuật, bệnh lý ác tính hay lành tính, kích thước u, phổi dính

2. PTNS cắt thùy phổi hiệu quả trong điều trị chọn lọc một số bệnh lý phổi lành tính cũng như UTPQPNP không tế bào nhỏ.

- PTNS cắt thùy cho thấy có nhiều hiệu quả: bệnh nhân hồi phục nhanh, thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn hơn, ít đau hơn, ít sử dụng thuốc giảm đau, chức năng hô hấp FVC, FEV1 hồi phục nhanh sau phẫu thuật.
- PTNS cắt thùy có thể tiến hành an toàn, thành công với bệnh nhân UTPQPNP không tế bào nhỏ giai đoạn I, với tỷ lệ bệnh nhân còn sống 3 năm là 84.4%.
- PTNS cắt thùy phổi trong bệnh phổi lành tính cho kết quả lâu dài tốt, tỷ lệ bệnh nhân hết bệnh cao (92.3%), không có bệnh nhân nào tái phát triệu chứng bệnh.

Kiến nghị

PTNS cắt thùy phổi cho thấy là phương pháp phẫu thuật có tính an toàn, hiệu quả không kém mổ mở trong một số bệnh lý phổi chọn lọc, thậm chí PTNS còn giúp cho bệnh nhân ít đau sau phẫu thuật, ít sử dụng thuốc giảm đau, bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật ngắn hơn. Vì vậy PTNS cắt thùy phổi có thể đưa vào áp dụng chỉ định chọn lọc để điều trị cho một số bệnh lý phổi lành tính cũng như ung thư phổi nguyên phát giai đoạn sớm (giai đoạn I, II) thay thế cho mổ mở trong các bệnh viện, trung tâm về phẫu thuật Lồng Ngực ở nước ta.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ

1. Nguyễn Hoàng Bình, Nguyễn Văn Khôi, Vũ Hữu Vĩnh (2010), “Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi: chỉ định, kỹ thuật, kết quả”. *Y học Tp Hồ Chí Minh*, 14(2),. tr 37-40
2. Nguyễn Hoàng Bình, Đỗ Kim Quế, Vũ Hữu Vĩnh (2012), “Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi: Kết quả ban đầu tại Bệnh viện Chợ Rẫy”. *Y dược học lâm sàng 108*, 7 (số đặc biệt), tr 4-10
3. Nguyễn Hoàng Bình, Nguyễn Đức Khuê, Vũ Hữu Vĩnh, Trương Văn Lê Phong (2013), “Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi trong điều trị ung thư phổi giai đoạn sớm”. *Y học Tp Hồ Chí Minh*, 17 (1), tr 258- 262