

6. **Brunoni AR, Valiengo L, Baccaro A, et al.** The Sertraline vs Electrical Current Therapy for Treating Depression Clinical Study: Results From a Factorial, Randomized, Controlled Trial. *JAMA psychiatry*. 2013. 70(4):383-391. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.32 %J JAMA Psychiatry.
7. **Bareš M, Brunovsky M, Stopkova P, Hejzlar M, Novak T.** Transcranial Direct-Current Stimulation (tDCS) Versus Venlafaxine ER In The Treatment Of Depression: A Randomized, Double-Blind, Single-Center Study With Open-Label, Follow-Up. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 10/01 2019. Volume 15:3003-3014. doi:10.2147/NDT.S226577.
8. **Brunoni AR, Moffa AH, Sampaio-Junior B, et al.** Trial of Electrical Direct-Current Therapy versus Escitalopram for Depression. *New England Journal of Medicine*. 2017/06/29 2017. 376(26): 2523-2533. doi:10.1056/NEJMoa1612999.
9. **Razza LB, Palumbo P, Moffa AH, et al.** A systematic review and meta-analysis on the effects of transcranial direct current stimulation in depressive episodes. 2020. 37(7):594-608. doi:https://doi.org/10.1002/da.23004.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN I-III A CỦA BỆNH NHÂN NAM GIỚI DƯỚI 45 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Tiêu Văn Lực¹, Nguyễn Khắc Kiềm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-III A của bệnh nhân nam dưới 45 tuổi đã được phẫu thuật tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 43 bệnh nhân nam giới ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-III A dưới 45 tuổi được phẫu thuật tại Bệnh viện K từ 1/2018 đến 8/2022. **Kết quả điều trị:** Độ tuổi trung bình là 37.49 ± 4.5 tuổi, trẻ nhất là 27 tuổi. Phần lớn bệnh nhân có tiền sử hút thuốc: 86%. Lý do vào viện hay gặp nhất là đau ngực (60.5%) và ho kéo dài (44.2%). U phổi phải hay gặp hơn u phổi trái (74.4%), u ngoại vi hay gặp hơn u trung tâm (81.4% vs 18.6%). U kích thước từ 3-5 cm gặp nhiều nhất với tỷ lệ 65.1%. Phần lớn bệnh nhân không có hạch trên CLVT (65.1%). Thể mô bệnh học gặp nhiều nhất là UTBM tuyến (83.6%). Tỷ lệ phẫu thuật an toàn không biến chứng cao đạt 89.4%. Biến chứng hay gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ-viêm phổi chiếm 7%. Thời gian rút dẫn lưu màng phổi và hầu phẫu lần lượt là 5.60 ± 1.7 ngày và 11.65 ± 4.5 ngày. **Kết luận:** Ung thư phổi ở bệnh nhân nam giới trẻ tuổi (<45 tuổi) có những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khác biệt. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt 1 thùy phổi kèm nạo vét hạch, với tỷ lệ biến chứng thấp. Cần thêm các nghiên cứu để đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ, cũng như so sánh với các nhóm đối tượng khác. **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, nam giới dưới 45 tuổi, phẫu thuật.

SUMMARY

THE RESULT OF NON-SMALL CELL LUNG

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Tiêu Văn Lực

Email: tieuluc.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022

CANCER STAGE I-III A TREATMENT OF MALE PATIENTS UNDER 45 AT K HOSPITAL

Purpose: Our study aims to evaluate clinical features and treatment results of stage I-III A non-small cell lung cancer in male patients under 45. **Patient and methods:** A retrospective descriptive study on 43 male patients under 45 years of age diagnosed with stage I-III A non-small cell lung cancer who underwent surgery at K hospital from 1/2018 to 8/2022. **Results:** The mean age is 37.49 ± 4.5, and the youngest is 27. Most patients had a smoking history: 86%. Chest pain (60.5%) and persistent cough (44.2%) were the most common reasons for admission. Right lung tumors were more common than left lung tumors (74.4%), and peripheral tumors were more common than central tumors (81.4% vs 18.6%). Tumors with a diameter of 3-5 cm are the most common, accounting for 65.1% of all cases. On the CT scanner before surgery, most patients (65.1%) did not have lymph node metastasis. The most common histopathological type is adenocarcinoma (83.6%). The rate of safe surgery without complications was high at 89.4%. The most common complication was infection and pneumonia accounted for 7%. The mean time of removal of pleural drain and postoperative period was 5.60 ± 1.7 days and 11.65 ± 4.5 days, respectively. **Conclusion:** Non-small cell lung cancer in male patients under 45 has distinct clinical characteristics. The most common surgical method is lung lobectomy with lymph node dissection, which has a low complication rate. More studies are needed to evaluate overall survival, as well as to compare with other groups of patients.

Keywords: Non-small cell lung cancer, male patient under 45, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo GLOBOCAL năm 2018, trên toàn thế giới, tổng số

người mắc ung thư nói chung là 18,1 triệu người thì UTP chiếm 2,1 triệu người (11,6%), số bệnh nhân tử vong do các bệnh ung thư là 9,6 triệu người thì UTP chiếm 1,8 triệu người (18.8%).

Mặc dù có những tiến bộ trong điều trị, bao gồm phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị đích, tỷ lệ sống 5 năm của UTP chỉ từ 9-20%.

Về thực hành lâm sàng, UTP được chia làm 2 nhóm chính là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 85% và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) chiếm khoảng 15%, 2 nhóm này có tiên lượng và phương thức điều trị khác nhau. Điều trị UTP không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là 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.

UTP thường xảy ra ở người lớn tuổi, với tuổi trung vị tại thời điểm chẩn đoán là 71. UTP ở người trẻ tuổi tương đối hiếm gặp, chỉ dưới 3,5% bệnh nhân UTP có tuổi dưới 45, tuy nhiên, trong những năm gần đây, tỷ lệ này đang có xu hướng tăng lên, độ tuổi trung bình chẩn đoán UTP ngày càng giảm.¹

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra UTP ở người trẻ tuổi có những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khác biệt, tuy nhiên, ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Xuất phát từ thực tế lâm sàng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-III A của bệnh nhân nam giới dưới 45 tuổi tại bệnh viện K" với hai mục tiêu sau:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-III A nam giới dưới 45 tuổi đã được phẫu thuật tại bệnh viện K

2. Đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 43 bệnh nhân chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA theo phân loại AJCC 2017 được phẫu thuật tại bệnh viện K từ 01/2018 đến 08/2022 được chọn vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nam dưới 45 tuổi
- Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA dựa vào lâm sàng và một số xét nghiệm cận lâm sàng (Xquang

ngực, CLVT lồng ngực, sinh thiết kim xuyên thành ngực, sinh thiết u qua nội soi phế quản).

- Được phẫu thuật tại bệnh viện K.

- Có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư phổi không tế bào nhỏ.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật tại nơi khác, đến bệnh viện K điều trị hóa chất, xạ trị.

- Có kết quả mô bệnh học là UTBM tế bào nhỏ hoặc loại khác hiếm gặp.

- Ung thư cơ quan khác di căn tới phổi được phẫu thuật.

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân thỏa mãn điều kiện nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua tại hội đồng đạo đức Bệnh viện K.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Nhóm tuổi	40-44	13	30.2
	35-39	17	39.6
	<35	13	30.2
Tiền sử hút thuốc	Có	37	86.0
	Không	6	14.0
Triệu chứng hô hấp	Ho khan, ho đờm	19	44.2
	Ho máu	8	18.6
	Đau ngực	26	60.5
	Khó thở	6	14.0
Triệu chứng toàn thân	Không triệu chứng	12	27.9
	Sút cân	10	23.3
	Mệt mỏi	7	16.3
	Sốt kéo dài	1	2.3
	Không triệu chứng	25	58.1

Nhận xét: Trên 43 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình là 37.49 ± 4.5 tuổi, thấp nhất là 27 tuổi, cao nhất là 44 tuổi, nhóm tuổi 35-39 chiếm tỷ lệ cao nhất, có 17 bệnh nhân chiếm 39.6%, nhóm tuổi từ 40-44 và <35 đều có 13 bệnh nhân, chiếm 30.2%.

Phần lớn các bệnh nhân đều có tiền sử hút thuốc với 37 bệnh nhân, chiếm 86%.

Triệu chứng lâm sàng về hô hấp hay gặp nhất là đau ngực và ho kéo dài, chiếm tỷ lệ lần lượt là 60.5% và 44.2 %, sau đó là ho máu (18.6%), khó thở (14%). Có 12 bệnh nhân (27.9%) không có triệu chứng hô hấp.

Triệu chứng toàn thân hay gặp nhất là sụt cân: 10 bệnh nhân (23.3%), sau đó là mệt mỏi (16.3%), sốt kéo dài (2.3%). Có tới 58.1% người bệnh không có triệu chứng toàn thân.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Hình ảnh CLVT	Vị trí u: Phổi phải	32	74.4
	Phổi trái	11	25.6
	Vị trí u theo thùy phổi		
	Thùy trên phải	11	25.6
	Thùy giữa phải	8	18.6
	Thùy dưới phải	13	30.2
	Thùy trên trái	6	14
	Thùy dưới trái	5	11.6
	Phân bố u: Ngoại vi	35	81.4
	Trung tâm	8	18.6
Kích thước u	U ≤ 3cm	9	20.9
	3cm < U ≤ 5cm	28	65.1
	5cm < U ≤ 7cm	6	14.0
	U > 7cm	0	0
	Hạch (cN): N0	28	65.1
N1	10	23.3	
N2	5	11.6	
Giai đoạn trước phẫu thuật	Giai đoạn I	8	18.6
	Giai đoạn II	27	62.8
	Giai đoạn IIIA	8	18.6
Đặc điểm mô bệnh học	UTBM tuyến	36	83.6
	UTBM vảy	3	7.0
	UTBM tuyến vảy	2	4.7
	UTBM tế bào lớn	2	4.7
Đánh giá T, N và giai đoạn sau phẫu	T: T1		
	T2a	4	9.3
	T2b	10	23.3
	T3	24	55.8

thuật	T4	3	7.0
	N:	1	2.3
	N0	26	60.5
	N1	10	23.3
	N2	7	16.3
	Giai đoạn I	4	9.3
	Giai đoạn II	29	67.4
	Giai đoạn IIIA	5	11.6
	Giai đoạn IIIB	2	4.7
	Giai đoạn IIIC	0	0
	Giai đoạn IV	2	4.7

Nhận xét: - Tỷ lệ u bên phải cao (74.4%), thùy trên và thùy dưới cao hơn thùy giữa.

- U ngoại vi có 35 bệnh nhân (81.4%), u trung tâm có 8 bệnh nhân (18.6%)

- Ít phát hiện u nhất là u thùy dưới phổi trái với 5 bệnh nhân (11.6%)

- Phần lớn các bệnh nhân có u >3cm (79.4%), trong đó 3 < u ≤ 5cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 65.1%. Không có bệnh nhân nào có u >7 cm.

- Phần lớn bệnh nhân (65.1%) không phát hiện hạch trên CLVT trước phẫu thuật.

- Giai đoạn trước phẫu thuật: Giai đoạn I: 8 bệnh nhân (18.6%), giai đoạn II: 27 bệnh nhân (62.8%), giai đoạn IIIA: 8 bệnh nhân (18.6%)

- Mô bệnh học: UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất: 83.6%.

- Giai đoạn sau phẫu thuật: 4 bệnh nhân u T1 chiếm 9.3%, giai đoạn T2a: 10 bệnh nhân (23.3%), T2b: 24 bệnh nhân (55.8%), T3: 3 bệnh nhân (7.0%), có 1 trường hợp u T4, xâm lấn cơ hoành (2.3%)

- Có 17 bệnh nhân di căn hạch sau phẫu thuật, chiếm 39.6%, trong đó di căn hạch rốn phổi (N1) chiếm tỷ lệ cao với 58.8%.

- Giai đoạn II sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất: 67.4%, có 2 bệnh nhân (4.7%) di căn màng phổi (GD IV).

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		n	%
Phương pháp phẫu thuật	Cắt 1 thùy phổi	42	97.7
	Cắt 2 thùy phổi	0	0
	Cắt phổi	1	2.3
	Cắt phổi không điển hình	0	0
Mức độ xâm lấn	U nằm trong nhu mô	15	34.9
	U xâm lấn lá tạng	25	58.1
	U xâm lấn rãnh liên thùy	1	2.3
	U xâm lấn thành ngực	1	2.3
	U xâm lấn trung thất	1	2.3
Di căn hạch vùng	N0	26	60.5
	N1	10	23.3
	N2	7	16.3
Số hạch vét được		9.8 ± 8.1 (1-34)	

Biến chứng sau phẫu thuật	Không biến chứng	39	90.7
	Có biến chứng	5	11.6
	Chảy máu sau mổ	1	2.3
	Nhiễm trùng vết mổ - viêm phổi	3	7.0
	Viêm màng phổi	1	2.3
	Xẹp phổi	0	0
	Tử vong trong 24h đầu hoặc 1 tháng	0	0
Thời gian dẫn lưu màng phổi	≤ 5 ngày	30	69.8
	6 – 10 ngày	12	27.9
	> 10 ngày	1	2.3
Thời gian hậu phẫu	≤ 10 ngày	27	62.8
	11-15 ngày	10	23.2
	16-20 ngày	4	9.3
	>20 ngày	2	4.7
Điều trị phổi hợp	Phẫu thuật đơn thuần	4	9.3
	Phẫu thuật + hóa trị	26	60.5
	Phẫu thuật + hóa trị + xạ trị	13	30.2

Nhận xét: - Cắt 1 thùy phổi là phương pháp phẫu thuật chủ yếu ở tất cả các giai đoạn (97.7%)

- Cắt toàn bộ phổi có 1 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào cắt 2 thùy phổi hay cắt phổi không điển hình.

- Đánh giá u trong mổ: chủ yếu là u xâm lấn lá tạng (58.1%) và nằm trong nhu mô phổi (34.9%). Nhóm u xâm lấn thành ngực, rãnh liên thùy, xâm lấn trung thất ít gặp.

- Tỷ lệ phẫu thuật an toàn không biến chứng cao, đạt 89.4 %

- Tỷ lệ biến chứng chung là 11.6%. Nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất với 3 bệnh nhân (7.0%), có 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ, phải mổ lại trong 24 h đầu, có 1 bệnh nhân có biến chứng viêm màng phổi.

- Không có bệnh nhân bị viêm màng phổi, xẹp phổi hay tử vong.

- Thời gian dẫn lưu khoang màng phổi trung bình là 5.60 ± 1.7 ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 12 ngày. Hầu hết các bệnh nhân sau mổ rút dẫn lưu dưới 5 ngày chiếm 69.8%. Có 2 trường hợp rút dẫn lưu dài hơn 10 ngày, do biến chứng viêm màng phổi.

- Thời gian hậu phẫu trung bình là 11.65 ± 4.5 ngày, ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 30 ngày do biến chứng viêm màng phổi.

- Thời gian hậu phẫu trên 15 ngày có 7 bệnh nhân, do có biến chứng sau phẫu thuật.

- Có 4 bệnh nhân phẫu thuật đơn thuần chiếm 9.3 %,

- Điều trị phẫu thuật + hóa chất chiếm tỷ lệ cao nhất: 60.5%, tỷ lệ phẫu thuật + hóa xạ trị bổ trợ chiếm 30.2%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh

nhân nghiên cứu. Ung thư phổi (UTP) là bệnh ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Độ tuổi trung vị chẩn đoán ung thư phổi là 71. Tỷ lệ mắc ung thư phổi ở người trẻ tuổi chỉ chiếm dưới 3.5%, tuy nhiên tỷ lệ này có xu hướng tăng, đặc biệt là đối tượng nam giới.

Hút thuốc lá đã được tổ chức Y tế thế giới xác nhận là có mối liên quan chặt chẽ với ung thư phổi. Trong nghiên cứu này, trong tổng số 43 bệnh nhân nam giới, có tới 37 bệnh nhân hút thuốc là, chiếm 86%. Shi Y và CS (2014) tổng kết từ 1482 BN UTBM tuyển của phổi với 7 quốc gia và vùng lãnh thổ Châu Á cho thấy tỷ lệ nghiện thuốc lá ở cả hai giới thấp chỉ chiếm 47,2%, nhưng ở nam giới vẫn cao 70,4% trong đó nghiện nhẹ 45,7%, chủ yếu là nghiện nặng >50 bao.năm.²

Qua nghiên cứu 43 bệnh nhân, chúng tôi thấy lý do vào viện chủ yếu là đau ngực (60.5%), ho kéo dài (19%), ho máu (18.6%) và khó thở (14%). Có 12 bệnh nhân (27.9%) không có triệu chứng mà phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe định kỳ. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Trần Nguyễn Phú (2005): đau ngực (58.4%), ho kéo dài (26.1%), khó thở (20.5%).³

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân đều được chụp phim CLVT lồng ngực để đánh giá tổn thương trước phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, u phổi phải hay gặp hơn u phổi trái (74.4 vs 25.6 %), hay gặp ở thùy trên và thùy dưới hơn thùy giữa. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Jinshi và cộng sự trên gần 1000 bệnh nhân UTP dưới 45 tuổi, với u phổi phải chiếm 54.82%, phổi trái chiếm 40.88%.⁴

Kích thước u có ảnh hưởng lớn đến kỹ thuật

mổ và tiên lượng bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các khối u có kích thước < 5 cm, chiếm 86%, chỉ có 14% u có kích thước > 5 cm. Điều này cho thấy khối u kích thước càng lớn càng xâm lấn rộng vào cấu trúc phế quản, mạch máu làm hạn chế rất nhiều khả năng phẫu thuật triệt căn, qua đó chỉ định mổ cũng giảm đi. Tỷ lệ u có kích thước < 3 cm chiếm 20.9%, tỷ lệ này khá cao so với các nghiên cứu trước đó, có lẽ do tỷ lệ khám sức khỏe định kỳ ngày càng cao tại Việt Nam.

Hiện nay, phẫu thuật được chỉ định cho bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ giai đoạn từ I-IIIa. Trong nghiên cứu này phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán trước phẫu thuật là giai đoạn II: 27 bệnh nhân (62.8%), tỷ lệ giai đoạn IIIa chiếm 8 bệnh nhân (18.6%).

Về mô bệnh học sau mổ, UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất: 83.6%, tiếp theo là UTBM vảy chiếm 7%, UTBM tuyến vảy chiếm 4.7%, UTBM tế bào lớn chiếm 2.3%.

Theo Nguyễn Khắc Kiểm (2015) nghiên cứu trên 282 bệnh nhân được phẫu thuật nạo vét hạch theo bản đồ thấy: UTBM tuyến 55.6%, UTBM vảy 27%, UTBM tế bào lớn 11%.⁵ Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ của UTBM tuyến ở nhóm bệnh nhân nam giới trẻ tuổi cao hơn so với nhóm bệnh nhân chung, phù hợp với nhiều nghiên cứu nước ngoài.

4.3. Kết quả phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật cắt 1 thùy chiếm tỷ lệ cao 97.7%, phẫu thuật cắt 1 lá phổi chiếm 2.3%, không có trường hợp nào cắt 2 thùy phổi hay cắt phổi không điển hình. Bệnh nhân cắt 1 là phổi là do u phổi trái lớn xâm lấn rãnh liên thùy. Theo Nguyễn Khắc Kiểm (2015) trên 282 bệnh nhân UTP giai đoạn I-IIIa được chỉ định phẫu thuật, tỷ lệ cắt 1 thùy phổi là 96.1%, cắt 2 thùy phổi chiếm 3.5%, cắt toàn bộ phổi trái chiếm 0.4%.

Sự xâm lấn của khối u vào tổ chức xung quanh có ý nghĩa quan trọng để phân chia giai đoạn bệnh và đánh giá khả năng phẫu thuật. Kết quả phẫu thuật 43 bệnh nhân cho thấy khối u ở giai đoạn sớm chưa xâm lấn chiếm tỷ lệ 34.9%, khối u xâm lấn lá tạng màng phổi chiếm 58.1%, xâm lấn thành ngực: 2.3%, xâm lấn trung thất: 2.3%, xâm lấn rãnh liên thùy: 2.3%. Tỷ lệ u xâm lấn thành ngực, trung thất không cao vì đa số giai đoạn này tỷ lệ phẫu thuật được là không cao và kỹ thuật mổ cũng phức tạp hơn, thường phải cắt rộng rãi mới đảm bảo tính triệt căn.

Tỷ lệ di căn hạch vùng sau phẫu thuật: 26 bệnh nhân (60.5%) không có di căn hạch vùng,

di căn hạch N1 chiếm 10 bệnh nhân (23.3%), di căn hạch N2: 7 bệnh nhân (16.3%). So với đánh giá hạch trước phẫu thuật qua CLVT lồng ngực, tỷ lệ này không khác nhiều cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu cao của CLVT trong đánh giá hạch trong UTP. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Khắc Kiểm (2015) với pN (-) sau mổ là 61.8%, pN (+) là 38.2% và Bùi Việt Chí (2011). Số hạch vét được trung bình trong nghiên cứu là 9.8 ± 8.1 hạch, dao động từ 1-34 hạch, tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian dẫn lưu khoang màng phổi trung bình là 5.60 ± 1.7 ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 12 ngày. Hầu hết các bệnh nhân sau mổ rút dẫn lưu dưới 5 ngày chiếm 69.8%. Thời gian hậu phẫu trung bình là 11.65 ± 4.5 ngày, ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 30 ngày do biến chứng viêm màng phổi. Thời gian này thấp hơn nghiên cứu của Rivera C (2011) và Nguyễn Công Tín (2016), do các tác giả trên nghiên cứu trên bệnh nhân tuổi cao, nhiều bệnh nền phổi hợp.

V. KẾT LUẬN

Ung thư phổi ở bệnh nhân nam giới trẻ tuổi (<45 tuổi) có những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khác biệt. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt 1 thùy phổi kèm nạo vét hạch, với tỷ lệ biến chứng thấp. Cần thêm các nghiên cứu để đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ, cũng như so sánh với các nhóm đối tượng khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ye T, Pan Y, Wang R, et al.** Analysis of the molecular and clinicopathologic features of surgically resected lung adenocarcinoma in patients under 40 years old. *J Thorac Dis.* 2014;6(10):1396-1402. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2014.08.50
2. **Shi Y, Au JSK, Thongprasert S, et al.** A prospective, molecular epidemiology study of EGFR mutations in Asian patients with advanced non-small-cell lung cancer of adenocarcinoma histology (PIONEER). *J Thorac Oncol.* 2014; 9(2):154-162. doi:10.1097/JTO.000000000000033
3. **Trần Nguyên Phú** (2005). Nghiên cứu lâm sàng và phân loại TNM ung thư phế quản tế bào không nhỏ tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Epidemiology and prognosis in young lung cancer patients aged under 45 years old in northern China | Scientific Reports.** Accessed September 25, 2022. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-86203-4>
5. **Nguyễn Khắc Kiểm** (2016). Nghiên cứu nạo vét hạch theo bản đồ trong phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIa.