

VAI TRÒ CỦA ĐƯỜNG MỞ NGỰC BÊN XÂM LẤN TỐI THIỂU TRONG CẮT THUỖ PHỔI KÈM NẠO VẾT HẠCH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Phạm Hữu Lư*, Bùi Văn Bình**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sử dụng đường mở ngực bên xâm lấn tối thiểu trong phẫu thuật lồng ngực nói chung và phẫu thuật cắt thuỷ phổi do ung thư nói riêng vẫn giữ một vai trò quan trọng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu: Từ 1/2015 đến 12/2016 có 93 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng đường mở ngực tối thiểu tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 1,7 và tuổi trung bình là 56,87±10,9 (từ 15 đến 76 tuổi). Thời gian phẫu thuật trung bình 155,10 ± 38,5 phút, có 3 bệnh nhân phải truyền máu trong mổ (3,23%), thời gian dẫn lưu màng phổi 4,94± 2,09 ngày, thời gian nằm viện 9,91± 3,03 ngày, biến chứng sau phẫu thuật chiếm 10,8%. Chức năng khớp vai bình thường và gần như bình thường lần lượt là 39,1% và 52,4%; 100% bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về thẩm mỹ của vết mổ sau phẫu thuật. **Kết luận:** Đường mở ngực bên xâm lấn tối thiểu không cắt các lớp cơ thành ngực chiếm vai trò tốt trong điều trị ngoại khoa ung thư phổi không tế bào nhỏ song hành với phẫu thuật nội soi với một số ưu điểm đã được khẳng định về giảm đau sau mổ, chức năng khớp vai, thẩm mỹ và đào tạo.

Từ khóa: Mở ngực bên tối thiểu, ung thư phổi không tế bào nhỏ, cắt thuỷ phổi

SUMMARY

THE ROLE OF MINIMALLY INVASIVE LATERAL THORACOTOMY IN LOBECTOMY WITH LYMPH NODE DISSECTION TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Background: Using minimally invasive lateral thoracotomy in thoracic surgery in general and lobectomy for non-small cell lung cancer in particular still plays an important role. **Methods:** Descriptive, retrospective study: From January 2015 to December 2016, 93 patients underwent lobectomy – node dissection for non-small cell lung cancer by minimally invasive lateral thoracotomy at Viet Duc University Hospital. **Results:** Male/female ratio = 1,7 and mean age was 56,87±10,9 (from 15 to 76 years old). Average operative time 155.10 ± 38.5 minutes, 3 patients required intraoperative blood transfusion (3,23%), chest tube time 4,94 ± 2,09 days, hospital

stay 9,91± 3,03 days, post-operative complications 10,8%. Normal and almost normal function of shoulder joint was 39,1% and 52,4%; 100% of patients were satisfied and very satisfied with the aesthetic of the incision after surgery. **Conclusion:** Minimally invasive thoracotomy without cutting chest wall muscles plays a good role in the surgical treatment of non-small cell lung cancer in parallel with video-assisted thoracoscopic surgery with some confirmed advantages on postoperative pain relief, shoulder function, cosmetic and training.

Keyword: minimally invasive lateral thoracotomy, non-small cell lung cancer, lobectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là một trong số ung thư thường gặp trên thế giới, đây cũng là căn nguyên nhân tử vong cao nhất ở nam giới và thứ hai ở nữ giới. Cho tới nay, phẫu thuật ít xâm lấn là lựa chọn hàng đầu trong điều trị ngoại khoa những trường hợp giai đoạn sớm [1], [2], [3].

Sử dụng đường mở ngực bên xâm lấn tối thiểu trong phẫu thuật lồng ngực nói chung và phẫu thuật cắt thuỷ phổi do ung thư nói riêng vẫn giữ một vai trò quan trọng [4]. Mặc dù phẫu thuật nội soi đã trở thành thường qui nhưng với đường mở ngực xâm lấn tối thiểu vẫn rất có tiềm năng vượt trội trong việc tối ưu hoá các chỉ định phẫu thuật, tính khả thi, an toàn, thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống [2]. Chúng tôi đã triển khai kỹ thuật mở ngực đường bên tối thiểu thường qui mang lại nhiều ưu điểm, tiết kiệm chi phí điều trị cho người bệnh, bài báo sẽ tổng kết kết quả cũng như giới thiệu lại chi tiết về kỹ thuật phẫu thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 93 bệnh nhân (BN) đã được phẫu thuật điều trị UTPKTBN bằng đường mở ngực bên xâm lấn tối thiểu tại khoa phẫu thuật tim mạch- lồng ngực Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2016. Tiêu chí: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA; Được loại bỏ khối u bằng phẫu thuật với đường mở ngực bên tối thiểu; Không giới hạn tuổi, giới tính, nghề nghiệp; Có hồ sơ bệnh án đầy đủ các chỉ số cần cho nghiên

*Trung tâm phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

**Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulucts@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 10.5.2022

cứu và theo dõi sau phẫu thuật.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả - cắt ngang - hồi cứu.

Quy trình phẫu thuật:

- Bệnh nhân được gây mê ống nội khí quản hai nòng thông khí chọn lọc một phổi, tư thế nằm nghiêng 90°, kê gối dưới vai để mở rộng khoang liên sườn, treo tay, chân dưới gập, chân trên thẳng và bệnh nhân được cố định vào bàn mổ bằng dây đai.

- Phẫu thuật viên sử dụng đèn đầu đứng phía trước (phía bụng) bệnh nhân. Phụ phẫu thuật đứng phía sau (phía lưng) bệnh nhân.

- Kỹ thuật:

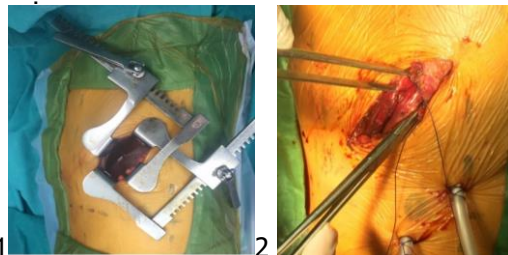
+ Tạo đường vào: Rạch da 5-8cm đường bên (từ đường nách trước đến đường nách sau) tại khoang liên sườn V. Phẫu tích tách (không cắt) cơ lưng rộng theo chiều dọc rồi kéo ra phía sau bộc lộ cơ răng trước, phẫu tích bỏ cuối cùng của cơ răng trước rồi kéo ra trước. Cắt qua cơ gian sườn để vào khoang màng phổi. Sử dụng một banh ngực nhỏ làm rộng khoang liên sườn, có thể dùng banh ngực nhỏ thứ hai đặt vuông góc với chiếc thứ nhất để mở rộng trường quan sát (**Hình 1**).

+ Thì cắt phổi và nạo vét hạch: Trình diễn trường mổ rõ ràng bằng dụng cụ. Bộc lộ động

mạch, tĩnh mạch và phế quản rồi cắt như trong phẫu thuật kinh điển và nạo vét hạch (sử dụng khâu và buộc chỉ bằng các dụng cụ chuyên dụng mà không cần tới stapler để tiết kiệm chi phí điều trị cho người bệnh)

+ Kết thúc phẫu thuật: Đặt dẫn lưu, sắp xếp các cơ lưng rộng và cơ răng trước về vị trí cũ, đóng vết mổ.

- Sau mổ đánh giá về mức độ đau, các biến chứng, thời gian phục hồi và mức độ hài lòng của bệnh nhân về vết mổ.



Hình 1. Hình ảnh đường mổ bên ít xâm lấn (1. Đặt banh sườn cơ học; 2. Đóng vết mổ sau khi kết thúc phẫu thuật)

Các tham số - biến số nghiên cứu: Chẩn đoán giai đoạn, cách thức mổ, kết quả sau phẫu thuật...

Xử lý số liệu: Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Chẩn đoán giai đoạn trước và sau phẫu thuật

Bảng 2.1. Chẩn đoán giai đoạn trước và sau phẫu thuật (n=93)

Giai đoạn	Chẩn đoán	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật		p
		n	%	n	%	
IA		15	16,1	13	13,9	0,7
IB		29	31,2	26	28	
IIA		32	34,4	34	36,5	
IIB		14	15	10	10,8	
IIIA		3	3,3	10	10,8	
Tổng		93	100	93	100	

Nhận xét: - Trước và sau phẫu thuật, giai đoạn II đều chiếm nhiều nhất lần lượt là 49,4% và 47,3%. Giai đoạn IIIA chiếm ít lần lượt là 3,3% và 10,8%.

- Có 67 trường hợp không thay đổi giai đoạn trước và sau phẫu thuật, 10 trường hợp tăng giai đoạn và 16 trường hợp giảm giai đoạn. Sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với p= 0,7.

3.2. Cách thức phẫu thuật

Bảng 2.2. Cách thức phẫu thuật (n=93)

Phẫu thuật	n	%
Cắt 1 thùy phổi	75	80,6
Cắt 2 thùy phổi	13	14,0
Cắt 1 thùy phổi + 1 phần thùy phổi	4	4,3
Cắt 1 phổi	1	1,1
Tổng	93	100

Nhận xét: - Có 3/93 BN (3,23%) phải truyền máu trong mổ với số lượng trung bình 833 ml.

- Thời gian phẫu thuật trung bình: 155,1 ± 38,5 phút (Ngắn nhất: 85 phút và dài nhất: 310 phút)

3.3 Điều trị sau phẫu thuật

Bảng 2.3. Kết quả điều trị sau phẫu thuật (n=93)

Thời gian (ngày)	Trung bình	Dài nhất	Ngắn nhất
Điều trị sau phẫu thuật	7,44 ± 2,83	29	4
Dẫn lưu màng phổi	4,94 ± 2,09	27	3
Nằm viện	9,91 ± 3,03	31	6
Dùng thuốc giảm đau	6,27 ± 2,74	29	4

Nhận xét: Có 51/93 (54,8%) bệnh nhân sử dụng giảm đau ngoài màng cứng, tất cả các bệnh nhân này chỉ phải dùng 1 loại thuốc giảm đau Paracetamol sau phẫu thuật. Chỉ 33% bệnh nhân phải dùng 2 loại là Paracetamol và Morphin.

*Biến chứng sau phẫu thuật chiếm 10,8%, rò khí kéo dài có 7 bệnh nhân, 1 trường hợp chảy máu sau mổ phải mổ lại và 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ.

*Chức năng khớp vai: mức độ vận động khớp vai sau phẫu thuật bình thường và gần như bình thường là rất cao lần lượt là 39,1% và 52,4%. Chỉ có 7 trường hợp vận động kém chiếm 8,5%.

*100% bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng (47,6% và 52,4%) về thẩm mỹ của vết mổ sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật bằng đường mở ngực xâm lấn tối thiểu nói chung là phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn thường có độ dài đường rạch da nhỏ (5-8 cm), hạn chế tối đa sự cắt cơ thành ngực (chỉ cắt cơ liên sườn), các xương sườn được ban rộng ra cho phép thực hiện hầu hết các kĩ thuật trong phẫu thuật lồng ngực mà đã được Bethencourt và Holmes mô tả đầu tiên năm 1987 [4]. Thực hiện mở ngực đường bên xâm lấn tối thiểu đã được chứng minh tính hiệu quả và mang lại ưu thế bảo tồn cơ thành ngực tốt, qua đó bảo tồn chức năng khớp vai cũng như tính thẩm mỹ của đường mở ngực này đã được các tác giả trên thế giới đề cập tới trong các công trình nghiên cứu của mình [4], [5], [6], [7]

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn 2015 – 2016 đã sử dụng đường mở ngực bên xâm lấn tối thiểu cho tất cả các giai đoạn của ung thư phổi có chỉ định ngoại khoa như **Bảng 1** ở trên ngoài các ưu thế về thẩm mỹ, bảo tồn cơ chúng tôi thấy rõ tính an toàn và giảm chi phí điều trị (do phải sử dụng dụng cụ khâu cắt tự động). Ngoài ra, tính an toàn trong phẫu thuật cũng được đảm bảo nhưng với kinh nghiệm của chúng tôi cho thấy rằng phẫu thuật viên cũng cần được đào tạo về phẫu thuật lồng ngực một cách bài bản cùng với các kỹ năng xử lý khi sử dụng đường mở ngực này.

Cụ thể: Chúng tôi thực hiện với đường rạch da nhỏ từ 5-8cm cho phép thực hiện kỹ thuật

một cách thuận lợi (cắt từ một thùy, hai thùy hoặc toàn bộ phổi như trình bày tại Bảng 2) mà không làm tăng nhiều thời gian phẫu thuật (155,10 ± 38,5 phút). Thời gian thực tế phẫu thuật phụ thuộc vào từng phẫu thuật viên, đối với phẫu thuật viên có kinh nghiệm với phẫu thuật của đường mở ngực bên nhỏ thì thời gian phẫu thuật cũng không lâu hơn so với đường mổ kinh điển [2], [8], [9].

Biến chứng liên quan tới đường mở ngực bên xâm lấn tối thiểu được các tác giả trên thế giới đề cập nhiều là đau sau mổ, chức năng vận động của khớp vai và phục hồi chức năng phổi [4], [5], [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ vận động khớp vai sau phẫu thuật bình thường và gần như bình thường là rất cao lần lượt là 39,1% và 52,4%. Chỉ có 7 trường hợp vận động kém chiếm 8,5% (do bệnh cao tuổi hạn chế trong lý liệu pháp sau mổ).

Do đường mở ngực bên xâm lấn tối thiểu không cắt cơ trong đó có cơ lưng rộng tham gia vào động tác duỗi và xoay trong cánh tay tại khớp vai, kéo cánh tay xuống dưới và ra sau. Vì vậy mà chức năng khớp vai được bảo tồn tối đa trong phẫu thuật với đường mở ngực tối thiểu do không cắt cơ lưng rộng. Ngoài chức năng tham gia vào hoạt động của đai vai, cơ lưng rộng còn đóng vai trò giúp bệnh nhân thở sâu và ho có hiệu quả (rất quan trọng sau phẫu thuật lồng ngực).

Bên cạnh đó, đường mổ này cũng đảm bảo yếu tố thẩm mỹ khi gần như toàn bộ đường rạch da được cánh tay che phủ, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu hài lòng và rất hài lòng về thẩm mỹ của vết mổ sau phẫu thuật. Sẹo mổ nhỏ và không có gờ 'sẹo cơ' hình thành khi khâu nối lại cơ đã cắt trong quá trình đóng như vết mổ truyền thống. Điều này có ý nghĩa đối với những bệnh nhân còn trẻ tuổi, yêu cầu thẩm mỹ cao, nâng cao chất lượng cuộc sống sau mổ.

So với phẫu thuật nội soi trong cắt thùy phổi – nạo vét hạch cũng đã được một số tác giả nghiên cứu khẳng định là đường mở ngực bên xâm lấn tối thiểu tương đương nhau. Một số khác khẳng định phẫu thuật nội soi ưu việt hơn so với sử dụng đường mở ngực bên xâm lấn tối thiểu [1], [2].

Về phương diện đào tạo: Thực tế chúng tôi đã chứng minh khả năng kiểm soát tốt các thành

phần của rốn phổi và nạo vét hạch trong phẫu thuật ung thư phổi không tế bào nhỏ nhưng bác sỹ phẫu thuật sẽ làm quen dần với không gian làm việc cũng như thao tác trong mổ hẹp, thích nghi nhanh hơn và kiểm soát tình huống trong mổ dễ dàng hơn so với phẫu thuật nội soi. Chúng tôi tin rằng kỹ thuật này là bước đệm giữa phẫu thuật kinh điển và phẫu thuật nội soi trong cắt thùy phổi – nạo vét hạch. Mặt khác, về mặt chỉ định cho những trường hợp ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III thích hợp hơn và trong một số tình huống trong mổ nội soi thất bại thì việc lựa chọn đường mở ngực bên ít xâm lấn là hoàn toàn khả thi.

V. KẾT LUẬN

Đường mở ngực bên xâm lấn tối thiểu không cắt các lớp cơ thành ngực chiếm vai trò tốt trong điều trị ngoại khoa ung thư phổi không tế bào nhỏ song hành với phẫu thuật nội soi với một số ưu điểm đã được khẳng định và ưu việt hơn so với đường mở ngực sau - bên kinh điển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhao Y., Li G., Zhang Y., et al. (2017). Comparison of outcomes between muscle-sparing thoracotomy and video-assisted thoracic surgery in patients with cT1 N0 M0 lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg*, **154**(4), 1420-1429.e1.
2. Wang Z., Pang L., Tang J., et al. (2019). Video-assisted thoracoscopic surgery versus

- muscle-sparing thoracotomy for non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Surg*, **19**(1), 144.
3. Deboever N., Mitchell K.G., Feldman H.A., et al. (2022). Current Surgical Indications for Non-Small-Cell Lung Cancer. *Cancers (Basel)*, **14**(5), 1263.
 4. Dumitrescu M., Bobocea A., and Cordos I. (2017). Muscle sparing lateral thoracotomy: the standard incision for thoracic procedures. *J Clin Invest Surg*, **2**(1), 60–65.
 5. Khan I.H., McManus K.G., McCraith A., et al. (2000). Muscle sparing thoracotomy: a biomechanical analysis confirms preservation of muscle strength but no improvement in wound discomfort. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, **18**(6), 656–661.
 6. Usuda K., Maeda S., Motomo N., et al. (2017). Pulmonary Function After Lobectomy: Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Versus Muscle-Sparing Mini-thoracotomy. *Indian J Surg*, **79**(6), 504–509.
 7. Nutt A.E., Knowles T.G., Nutt N.G., et al. (2021). Influence of muscle-sparing lateral thoracotomy on postoperative pain and lameness: A randomized clinical trial. *Veterinary Surgery*, **50**(6), 1227–1236.
 8. Kuritzky A.M., Aswad B.I., Jones R.N., et al. (2015). Lobectomy by Video-Assisted Thoracic Surgery vs Muscle-Sparing Thoracotomy for Stage I Lung Cancer: A Critical Evaluation of Short- and Long-Term Outcomes. *J Am Coll Surg*, **220**(6), 1044–1053.
 9. Li S., Feng Z., Wu L., et al. (2014). Analysis of 11 trials comparing muscle-sparing with posterolateral thoracotomy. *Thorac Cardiovasc Surg*, **62**(4), 344–352.

TOAN LACTIC Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC MỘT SỐ THUỐC VÀ HÓA CHẤT

Đặng Thị Xuân¹, Trương Anh Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm một số thuốc và hóa chất gây ngộ độc cấp có toan lactic. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 127 bệnh nhân ngộ độc cấp có toan lactic điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ 07/2019 - 07/2020. **Kết quả:** Ngộ độc rượu: ngộ độc methanol có lactat lúc vào cao hơn ethanol (9,4 và 4,7 mmol/l; $p < 0,01$); lactat về bình thường chậm hơn (27,8 và 8,2 giờ; $p < 0,01$); vào viện muộn hơn, biến chứng nặng và suy đa tạng nhiều hơn ethanol ($p < 0,01$); chỉ gặp tử vong ở BN ngộ độc methanol (40%), lactat vào viện

≥ 10 mmol/l tử vong 66,7%. Ngộ độc paracetamol: vào viện sớm sau uống 3,7 giờ với lactat trung bình 4,7 mmol/L và về bình thường sau 9,5 giờ; tăng lactat nhẹ và trung bình; không có biến chứng nặng và tử vong. Ngộ độc biguanid: vào viện muộn trung bình sau 52 giờ, tăng lactat nặng (100%), về bình thường chậm sau 48 giờ; 100% toan chuyển hóa nặng và suy đa tạng; tử vong cao 33%. Ngộ độc cyanua: vào viện sớm sau 1,6 giờ, tăng lactat nặng (40%), về bình thường sau 14,4 giờ; suy đa tạng và tử vong 20%. **Kết luận:** Cần đánh giá mức độ tăng lactat cùng với mức độ nặng của ngộ độc cấp một số thuốc và hóa chất để giúp tiên lượng và xử trí sớm cho bệnh nhân

Từ khóa: toan lactic, ngộ độc cấp

¹Trung tâm Chống độc, Bệnh viện Bạch Mai,

²Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Xuân

Email: xuandangthi@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.5.2022

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF LACTIC ACIDOSIS IN PATIENTS WITH ACUTE POISONING DUE TO DRUGS AND CHEMICALS

Objective: to describe the characteristics of lactic acidosis in patients with acute poisoning due to drugs