

**KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI HAI CỔNG CẮT THUY PHỔI
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ
TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103**

*Nguyễn Ngọc Trung¹, Nguyễn Văn Nam¹, Nguyễn Thành Bắc²
Nguyễn Đình Ngân², Trần Thanh Bình¹, Trần Xuân Bộ¹
Nguyễn Đức Tài¹, Nguyễn Trọng Dương¹, Đặng Tuấn Nghĩa^{1*}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hai cổng cắt thủy phổi, nạo vét hạch hệ thống điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 73 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTPKTBN và phẫu thuật nội soi hỗ trợ hai cổng cắt thủy phổi kèm vét hạch hệ thống tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2023 - 12/2024. **Kết quả:** Vị trí khối u phần lớn ở thùy trên (thùy trên phải là 41,09%, thùy trên trái là 16,43%), kích thước u chủ yếu là $\leq 30\text{mm}$ (63,01%). Số nhóm hạch vét trung bình là 3,34. Đa số BN ung thư giai đoạn I (49,3%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 121,90 phút. Thời gian dẫn lưu màng phổi là 5,48 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 7,12 ngày. Tỷ lệ biến chứng là 5,47%, các biến chứng không nặng và xử trí ổn định. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi hai cổng cắt thủy phổi, nạo vét hạch là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị UTPKTBN.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ; Ung thư phổi không tế bào nhỏ; Phẫu thuật nội soi hai cổng.

**EARLY OUTCOMES OF BIPORTAL VIDEO-ASSISTED THORACIC
SURGERY LOBECTOMY TO TREAT NON-SMALL CELL LUNG CANCER
AT MILITARY HOSPITAL 103**

Abstract

Objectives: To evaluate the early results of biportal video-assisted thoracic surgery (VATS) with systemic lymph node dissection in treating non-small cell lung cancer.

¹Bộ môn - Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Đặng Tuấn Nghĩa (dangtuannghia3112@gmail.com)

Ngày nhận bài: 10/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 15/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si4.1509>

Methods: A retrospective, descriptive study was conducted on 73 patients diagnosed with non-small cell lung cancer who underwent biportal VATS lobectomy with systemic lymph node dissection at the Department of Thoracic Surgery, Military Hospital 103, from January 2023 to December 2024.

Results: Tumors were more common in the upper lobes (the right upper lobe was 41.09%, the left upper lobe was 16.43%), and the size was mainly $\leq 30\text{mm}$ (63.01%). The average number of lymph node dissection groups was 3,34. The majority of patients were in stage I (49.3%). The average surgery time was 121.90 minutes. The mean pleural drainage time was 5.48 days, and the mean hospital stay was 7.12 days. The incidence of low morbidity was 5.47%, and complications were stable and not serious. **Conclusion:** Biportal VATS lobectomy with lymph node dissection is a safe and effective treatment for patients with non-small cell lung cancer.

Keywords: Video-assisted thoracic surgery; Non-small cell lung cancer; Biportal video-assisted thoracic surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo vét hạch hệ thống là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho BN UTPKTBN giai đoạn sớm [1]. Trong khoảng 20 năm trở lại đây, phẫu thuật qua nội soi đã được triển khai rộng rãi trên toàn thế giới [2]. Ngày nay, với sự phát triển của hệ thống máy nội soi có độ phân giải cao, nội soi 3D ra đời và đưa vào sử dụng, nhiều dụng cụ phẫu thuật mới, hệ thống cánh tay robot... giúp tăng khả năng linh hoạt trong thao tác. Đặc biệt, trình độ của các phẫu thuật viên đã được nâng cao. Những yếu tố đó đã đưa phẫu thuật nội soi điều trị ung thư phổi phát triển vượt bậc. Đa dạng cách tiếp cận và biến thể của phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi,

vét hạch được công bố (phẫu thuật nội soi bốn cổng, ba cổng, hai cổng, một cổng, robot hỗ trợ). Qua đó góp, phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho BN.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi kèm vét hạch điều trị UTPKTBN đã trở thành thường quy ở các trung tâm phẫu thuật lớn. Kỹ thuật đa dạng, thường tiến hành qua ba hoặc bốn cổng, một số trung tâm đã báo cáo phẫu thuật nội soi một cổng. Nghiên cứu được tiến hành nhằm: *Đánh giá kết quả và nhận xét một số điểm điểm của kỹ thuật phẫu thuật nội soi hai cổng điều trị UTPKTBN tại Bệnh viện Quân y 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 73 BN được chẩn đoán UTPKTBN được tiến hành phẫu thuật nội soi hai cổng tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2023 - 12/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN được chẩn đoán xác định là UTPKTBN qua

kết quả giải phẫu bệnh sau mổ; BN được phẫu thuật nội soi hai cổng cắt thùy phổi và vét hạch hệ thống; hồ sơ bệnh án đầy đủ các chỉ số cần thiết cho nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN giai đoạn IIB, IIIA có u T3 xâm lấn thành ngực hoặc T4; BN đã hóa xạ tiền phẫu; BN có bệnh toàn thân nặng không đảm bảo gây mê thông khí một phổi.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

* *Quy trình phẫu thuật*:

Gây mê bằng nội khí quản 2 nòng, thông khí 1 phổi.

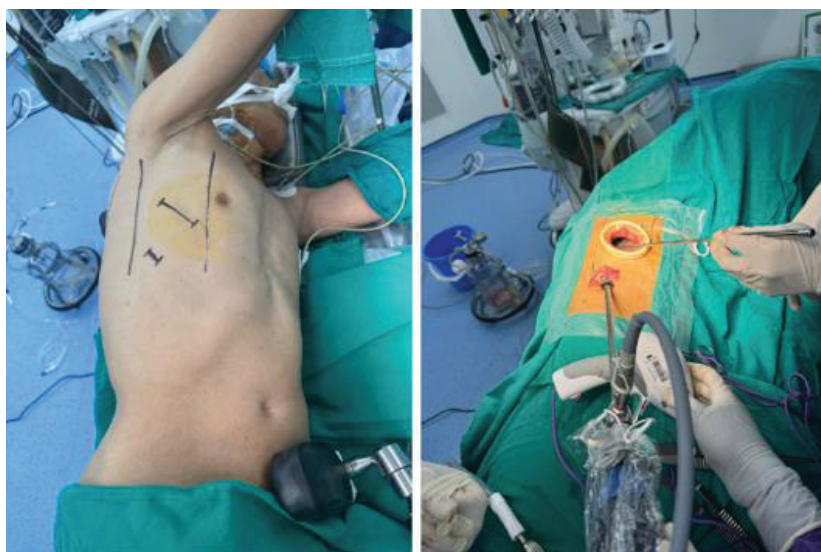
Tư thế nằm nghiêng 90° sang bên đối diện có độn gối, tay để lên cao.



Hình 1. Tư thế BN.

Đường vào:

- Cổng số 1: Cho camera tại khoang liên sườn 7 đường nách giữa dài 1 - 1,5cm.
- Cổng số 2: Cổng thao tác, dài 3 - 4cm đường ngực bên tại liên sườn 4 (cắt thùy trên) hoặc liên sườn 5 (cắt thùy giữa, dưới), sử dụng miếng bảo vệ mô mềm (soft tissue wound protector retractor).



Hình 2. Hai cổng thao tác.

Cắt thùy phổi theo tổn thương và vết hạch theo hệ thống sử dụng dụng cụ khâu cắt tự động (stapler).

Phạm vi vết hạch gồm: Các nhóm 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11 đối với các khối u ở phổi phải; các nhóm 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 đối với các khối u ở phổi trái.

Đóng vết mổ: Đặt 1 dẫn lưu Argyl 28 Fr tại đường vào cổng số 1.

** Các biến số nghiên cứu:*

Tuổi, giới tính, tiền sử hút thuốc, bệnh lý kết hợp, vị trí u theo giải phẫu thùy phổi, số nhóm hạch.

Thời gian phẫu thuật theo phút, lượng máu mất theo mL, thời gian dùng giảm đau, thời gian dẫn lưu màng phổi, thời gian nằm viện tính theo ngày.

Giai đoạn phân loại theo Hiệp hội Ung thư Phổi Quốc tế phiên bản 8.

Biến chứng chảy máu, rò khí kéo dài (rò khí trên 7 ngày), rò đường chấp, tử vong.

** Xử lý số liệu:* Số liệu được thu thập theo mẫu hồ sơ nghiên cứu thống nhất và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Quy trình phẫu thuật và nghiên cứu được thực hiện đúng theo quy định của Bệnh viện Quân y 103. Tất cả các thông tin khai thác từ BN đều được giữ bí mật. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, đánh giá tiên lượng bệnh, phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe người dân và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung.

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (năm)	63,26 ± 8,24
(Min - Max)	(42 - 79)
Giới tính, n (%)	
Nam	53 (72,6)
Nữ	20 (27,4)
Tiền sử hút thuốc lá, n (%)	
Có hút thuốc lá	17 (23,3)
Không hút thuốc lá	56 (76,7)
Bệnh lý kết hợp, n (%)	
Tăng huyết áp	17 (23,3)
Đái tháo đường	13 (17,8)
Bệnh động mạch vành	5 (6,84)
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	7 (9,59)
Hen phế quản	3 (4,1)
Rung nhĩ	2 (2,74)

Tuổi trung bình là 63,26. BN nam chiếm đa số (72,6%). Tỷ lệ hút thuốc gặp ở 17/73 ca. Tăng huyết áp và đái tháo đường là bệnh lý nền hay gặp nhất.

2. Một số kết quả trong mổ

Bảng 2. Kết quả trong mổ.

Thông số	Giá trị
Vị trí u, n (%)	
Thùy trên phải	30 (41,09)
Thùy giữa phải	9 (12,34)
Thùy dưới phải	14 (19,18)
Thùy trên trái	12 (16,43)
Thùy dưới trái	8 (10,96)
Kích thước u, n (%)	
≤ 30mm	46 (63,01)
30 - 50mm	21 (28,76)
> 50mm	6 (8,23)
Min - Max	9 - 68
Số nhóm hạch vét trung bình	3,34 ± 1,21 (2 - 7)
Thời gian phẫu thuật (phút)	121,9 ± 39,8
Lượng máu mất trong mổ (mL)	164,27

Vị trí u thùy trên hai phổi chiếm đa số, trong đó thùy trên phổi phải chiếm 41,1%. Kích thước u chủ yếu không quá 3cm (63,01%). Thời gian mổ trung bình là 121,9 phút.

3. Một số kết quả sau mổ

Bảng 3. Kết quả sau mổ.

Thông số	Giá trị
Giai đoạn (sau mổ), n (%)	
I	36 (49,3)
IIA	15 (20,5)
IIB	9 (12,3)
IIIA	13 (17,8)
Thời gian dùng giảm đau (ngày)	4,57 ± 2,34
Thời gian dẫn lưu màng phổi (ngày)	5,48 ± 3,15
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	7,12 ± 3,35
Biến chứng, n (%)	4 (5,47)
Chảy máu phải mổ lại	0
Rò khí kéo dài	3
Rò dưỡng chấp	1
Tử vong trong 3 tháng sau mổ	0
Mổ lại	1

BN giai đoạn I chiếm 49,3%. Thời gian dùng giảm đau sau mổ ngắn (4,57 ngày), thời gian dẫn lưu màng phổi là 5,48 ngày. Tỷ lệ biến chứng là 5,47%.

BÀN LUẬN

Năm 2007, nghiên cứu đa trung tâm của Swanson và CS đã chứng minh tính ưu việt của phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và vét hạch điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm [2]. Quy trình này được thực hiện dưới sự hỗ trợ của màn hình nội soi. Phẫu tích được thực hiện thông

qua 2, 3 hoặc 4 cổng. Tuy nhiên, về cơ bản phẫu thuật viên sẽ mở cổng thao tác chính dài khoảng 3 - 5cm ở đường ngực bên hoặc trước bên, số lượng và vị trí các cổng hỗ trợ tùy theo tổn thương và thói quen. Nhìn chung, mổ qua 3 cổng vẫn là cách tiếp cận phổ biến cho tới nay trên thế giới cũng như tại Việt Nam.

Năm 2011, Gonzalez và CS lần đầu giới thiệu phẫu thuật nội soi một lỗ, đây được coi là cột mốc trong sự phát triển của phẫu thuật nội soi lồng ngực [3]. Tác giả đầu tiên báo cáo mổ nội soi hai cổng cắt thùy phổi là Onaitis và CS tại Bắc Carolina (Hoa Kỳ), với kinh nghiệm 500 ca cho thấy đây là một kỹ thuật an toàn và đa năng trong điều trị các bệnh lý cả lành tính và ung thư ở phổi [4]. Nghiên cứu năm 2020 của Xu và CS gồm hai nhóm mổ nội soi một lỗ (55 ca) và hai lỗ (87 ca) chỉ ra hiệu quả của hai phương pháp là khá tương đồng [5].

Nhóm BN của chúng tôi có tuổi trung bình là 63, BN nam chiếm đa số với 72,6%. Nghiên cứu của Xu và CS có tuổi trung bình 59, tỷ lệ nam/nữ là 46/41 [5]. Bệnh nền trong nghiên cứu chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường.

Chỉ định của phẫu thuật nội soi hai cổng không có nhiều điểm đặc biệt so với nội soi thông thường, Onaitis thậm chí mổ 18 ca ở giai đoạn IIIA và cả những BN đã hóa chất tiền phẫu [4]. Tuy nhiên, nhiều khuyến cáo cho rằng nên chỉ định cho những trường hợp u kích thước < 7cm và giai đoạn hạch chỉ ở N0, N1. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giai đoạn I chiếm đa số (49,3%), nghiên cứu của Onaitis giai đoạn I chiếm 78,8% [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy u nằm ở thùy

trên hai phổi chiếm 57,50%. Kích thước $u \leq 3\text{cm}$ chiếm tỷ lệ cao và ca u lớn nhất là 68mm.

Đường vào trong phẫu thuật nội soi hai cổng khá thống nhất giữa các nghiên cứu [4, 6, 7]. Tác giả Onaitis và CS chọn mở cổng thao tác khoảng 4 - 5cm ở gian sườn 5 đường trước bên do gian sườn 5 vừa dễ tiếp cận rốn phổi lại rộng nhất, tăng phạm vi thao tác nhiều dụng cụ qua cổng. Camera đưa qua liên sườn 7 hoặc 8 đường nách giữa. Trong khi đó, tác giả Wang và CS linh hoạt hơn khi chọn cổng thao tác 4cm đường ngực bên tại liên sườn 4 hoặc 5 tùy tổn thương [7]. Chúng tôi thường chọn đường vào cổng thao tác chính tại liên sườn 4 khi cắt thùy trên và liên sườn 5 khi cắt thùy giữa hoặc thùy dưới. Đường mở cổng thao tác khoảng 3 - 4cm nằm giữa đường nách sau và đường nách trước. Mở ra phía trước sẽ khó trong thì vét hạch nhóm 7 nhưng cũng không nên mở ra sau quá nhiều do phía sau khoang gian sườn hẹp, khối cơ thành ngực dày, khó thao tác nhiều dụng cụ. Camera dùng loại ống 10mm và góc soi 30° để tăng tầm nhìn phẫu trường.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 121,9 phút ngắn hơn Xu là 181,71 phút. Lượng máu mất trong mổ của chúng tôi là 164,27mL, nhiều hơn nghiên cứu của Xu và CS là 87,47mL.

Tác giả Xu và CS mổ nhóm BN u khá nhỏ, trung bình chỉ 2,56cm [5]. Số nhóm hạch vét được trung bình trong nghiên cứu là 3,34 nhóm.

Cách tiếp cận 2 cổng so với cách tiếp cận thông thường 3 hay 4 cổng tương đối khác biệt. Mấu chốt là làm cách nào để tạo sự phối hợp nhịp nhàng khi đưa nhiều dụng cụ vào một cổng để thao tác và có thể tiếp cận tổn thương đủ hợp lý để bóc tách. Hơn nữa, trong điều kiện không có dụng cụ chuyên biệt đủ dài, uốn cong và linh hoạt, chỉ sử dụng những dụng cụ nội soi cơ bản. Một số kinh nghiệm của chúng tôi để đạt được kết quả này: Thứ nhất, vị trí phẫu thuật viên có thể thay đổi bên phải hay trái để thuận tiện các thao tác phẫu tích và vét hạch đối với các trường hợp khó hoặc có bất thường về giải phẫu; phòng mổ cần có màn hình nội soi thứ 2 đối diện màn hình chính; thứ hai, bàn mổ có thể thay đổi vị trí linh hoạt, xoay phải trái, đầu cao thấp trong các giai đoạn mổ để tạo hướng tiếp cận thuận lợi nhất cho phẫu tích. Thứ ba, luôn giải phóng dây chằng phổi và gỡ dính trước để di động phổi tối đa, giúp phổi co về rốn, qua đó dễ vén và xoay bộc lộ trường mổ; thứ tư, tận dụng thêm dụng cụ của người phụ mổ, công thao tác chính thường trực 2 dụng cụ của phẫu thuật viên chính, tùy thời điểm phụ mổ có thể thêm dụng cụ thứ 3 như ống hút vén phổi, kẹp phổi...; thứ năm, dao điện hay hook cán

dài và đầu đốt có thể bẻ cong các hướng rất hữu ích để phẫu tích trong trường hợp này; thứ sáu, khó khăn nhất vẫn là thao tác luôn stapler để cắt mạch hay phế quản; chúng tôi chuyển đổi thường xuyên giữa công thao tác và công camera; camera và stapler đổi chỗ cho nhau để tạo tư thế tối ưu, nhất là những trường hợp cắt thùy trên, đưa stapler đi vào từ liên sườn 7 sẽ tạo độ chéo thuận lợi hơn để kẹp cắt mạch máu.

Nhiều nghiên cứu đều khẳng định phẫu thuật nội soi 2 cổng cắt thùy phổi vét hạch trong điều trị UTPKTBN là an toàn và hiệu quả cao, giảm gánh nặng sau mổ cho BN [4, 7]. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian dẫn lưu trung bình là 5,48 ngày, tương đồng với nghiên cứu của Xu và CS (5,84 ngày) và thời gian phải dùng giảm đau trung bình là 4,57 ngày [5]. Thời gian nằm viện sau mổ của Xu và CS là 7,74 ngày và của chúng tôi là 7,12 ngày. Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,74% (4 ca). Tuy nhiên, đây chỉ là những biến chứng không phức tạp có thể xử trí hiệu quả tốt. Trong 4 ca có 3 ca rò khí > 7 ngày, đây là 3 BN bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính rò khí sau mổ. Tất cả các ca này đều điều trị bảo tồn thành công. 1 trường hợp rò dưỡng chấp tại vị trí vét hạch nhóm 7 bên phải. Đây cũng là trường hợp phải mổ lại để khâu đường rò. Trong 87 ca nghiên cứu của Xu và CS,

có 7 ca viêm phổi, 4 ca rò khí và 2 ca rò dưỡng chấp sau mổ. Nghiên cứu của Onaitis và CS có 5% viêm phổi và 4% rò khí sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong khi theo dõi 3 tháng sau mổ.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi kèm vét hạch hệ thống điều trị UTPKTBN hiện nay không có cách tiếp cận nào là tiêu chuẩn. Quyết định áp dụng kỹ thuật nào tùy thuộc vào điều kiện cơ sở vật chất, trình độ của phẫu thuật viên và quan điểm riêng của mỗi trung tâm. Phẫu thuật nội soi hai cổng cắt thùy phổi kèm vét hạch điều trị UTPKTBN là phương pháp an toàn, hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deboever N, Mitchell KG, Feldman HA, et al. Current surgical indications for non-small-cell lung cancer. *Cancers (Basel)*. 2022; 14(5).

2. Swanson SJ, Herndon JE, 2nd D'Amico TA, et al. Video-assisted thoracic surgery lobectomy: Report of CALGB 39802 - a prospective, multi-institution

feasibility study. *J Clin Oncol*. 2007; 25(31):4993-4997.

3. González D, de la Torre M, Paradela M, et al. Video-assisted thoracic surgery lobectomy: 3-year initial experience with 200 cases. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2011; 40(1):e21-28.

4. Onaitis MW, Petersen RP, Balderson SS, et al. Thoracoscopic lobectomy is a safe and versatile procedure: Experience with 500 consecutive patients. *Ann Surg*. 2006; 244(3):420-425.

5. Xu W, Xu C, Ding C, et al. Comparison of the clinical effect of uniportal video-assisted thoracoscopic lobectomy and biportal video-assisted thoracoscopic lobectomy in the treatment of lung cancer. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi*. 2020; 23(7):561-567.

6. Brunelli Alessandro. Technical aspects of biportal video-assisted thoracoscopic right S7 segmentectomy of the lung. *Journal of Visualized Surgery*. 2018; 4.

7. Wang GS, Wang Z, Wang J, et al. Biportal complete video-assisted thoracoscopic lobectomy and systematic lymphadenectomy. *J Thorac Dis*. 2013; 5(6):875-881.