

NHẬN XÉT KẾT QUẢ VẾT HẠCH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI LÒNG NGỰC HỖ TRỢ CẮT THÙY PHỔI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

*Nguyễn Ngọc Trung¹, Nguyễn Văn Nam¹, Trần Thanh Bình¹ Trần Xuân Bộ¹
Đặng Tuấn Nghĩa¹, Nguyễn Trọng Dương¹, Nguyễn Đức Tài^{1*}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét kết quả vết hạch ở bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) được phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 73 BN UTPKTBN, được phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt thùy phổi và vét hạch tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2022 - 12/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ hạch di căn là 26,1%, trong đó, hạch N1 là 11,0%, hạch N2 là 11,0%, hạch N1 và N2 là 4,1%. Tỷ lệ hạch di căn ở nữ cao hơn nam (30,0% và 24,5%); nhóm tuổi > 60 cao hơn nhóm tuổi ≤ 60 (27,1% và 24%); nhóm có xâm lấn màng phổi tạng (36,4%) cao hơn nhóm không xâm lấn màng phổi; nhóm ung thư biểu mô (UTBM) tuyến (26,2%) cao hơn nhóm UTBM vảy (25,0%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Khối u ở trung tâm hạch có tỷ lệ hạch di căn (44,0%) cao hơn so với các khối u ngoại vi (16,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$. **Kết luận:** Không có mối liên quan về tuổi, giới tính, kích thước, type mô bệnh học của khối u đối với di căn hạch. Vị trí khối u trong thùy phổi trung tâm có tỷ lệ hạch di căn cao hơn so với khối u ngoại vi.

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

A REVIEW OF LYMPH NODE DISSECTION OUTCOMES IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER UNDERGOING BY VIDEO-ASSISTED THORACIC SURGERY LOBECTOMY AT MILITARY HOSPITAL103

Abstract

Objectives: To assess the results of lymph node dissection in patients with non-small cell lung cancer undergoing video-assisted thoracic surgery (VATS)

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

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Đức Tài (nguyenductaibv103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 13/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 23/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i9.1537>

lobectomy with lymph node dissection. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 73 patients with non-small cell lung cancer undergoing VATS lobectomy and lymph node dissection at Military Hospital 103 from January 2022 to December 2024. **Results:** The rate of lymph node metastasis was 26.1%, N1 lymph node metastasis was 11.0%, N2 lymph node metastasis was 11.0%, N1 and N2 metastasis was 4.1%. The rate of lymph node metastasis in females was higher than that in males (30.0% and 24.5%). The age group > 60 was higher than the group ≤ 60 (27.1% and 24%); the group with visceral pleura invasion (36.4%) was higher than the group without visceral pleural invasion; the group with adenocarcinoma (26.2%) was higher than the group with squamous carcinoma (25.0%), the difference was not statistically significant. The central tumor had lymph node metastasis (44.0%), higher than the peripheral tumors (16.7%); the difference was statistically significant with $p = 0.003$. **Conclusion:** There was no correlation between age, gender, size, and histological type of the primary tumor on lymph node metastasis. The tumor location in the central lung lobe had a higher rate of lymph node metastasis than the peripheral tumor.

Keywords: Video-assisted thoracic surgery; Non-small cell lung cancer; Lymph node metastasis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên toàn thế giới [1]. Phẫu thuật cắt thùy phổi kèm vét hạch là lựa chọn đầu tiên cho BN UTPKTBN giai đoạn sớm. Phạm vi cắt bỏ hạch bạch huyết là mối quan tâm hàng đầu khi thực hiện phẫu thuật đối với những BN này. Phẫu thuật vét hạch bạch huyết có hệ thống được coi là phương pháp tiêu chuẩn, giúp điều trị triệt để và xác định giai

đoạn bệnh chính xác. Đây là yếu tố cơ bản quyết định phác đồ điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật.

Việc xác định di căn hạch có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn bệnh và là cơ sở đưa ra kế hoạch điều trị hỗ trợ tiếp theo cũng như tiên lượng sau phẫu thuật. Để tìm hiểu rõ hơn về đặc điểm, các yếu tố liên quan, khả năng, phạm vi vét hạch trong phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt thùy phổi kèm vét hạch điều trị UTPKTBN, cũng như đóng góp

thêm cơ sở dữ liệu về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Nhận xét kết quả vết hạch ở BN UTPKTBN được phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt thùy phổi kèm nạo vết hạch tại Bệnh viện Quân y 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 73 BN UTPKTBN được phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ cắt thùy phổi kèm vết hạch tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2022 - 12/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN chẩn đoán xác định UTPKTBN bằng xét nghiệm giải phẫu bệnh. Giai đoạn lâm sàng I - IIIA (theo Hệ thống phân loại lần thứ 9 của Hiệp hội Nghiên cứu Ung thư phổi quốc tế (International Association for the Study of Lung Cancer - IASLC) [2]; được phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ cắt thùy phổi kèm vết hạch; có đầy đủ hồ sơ, bệnh án đáp ứng các tiêu chí nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: Ung thư phổi kèm theo bệnh lý ung thư khác.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

Phạm vi phẫu thuật vết hạch bao gồm các nhóm 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12 và 13 đối với các khối u nằm ở phổi phải; các nhóm 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 và 13 đối với các khối u nằm ở phổi trái. Chẳng N1: Nhóm 10, 11, 12, 13, 14 là các hạch trong phổi đến rốn phổi, được màng phổi tạng bao phủ; chẳng N2: Nhóm 2, 4, 5, 6, 7, 9 là các hạch trung thất trên và động mạch chủ, cùng bên với tổn thương u nguyên phát.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu*: Các nhóm hạch di căn được xác định bằng giải phẫu bệnh sau mổ; mối liên quan giữa di căn hạch với tuổi và giới tính; tính chất khối u phổi nguyên phát (đánh giá trên phim chụp cắt lớp vi tính và trong mổ) và type mô bệnh học.

* *Xử lý số liệu*: Bằng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Bệnh viện Quân y 103. Số liệu nghiên cứu được Khoa Phẫu thuật lồng ngực, 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

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình (năm)	63,26 ± 8,24 (42 - 79)
Nhóm tuổi, n (%)	
≤ 60	25 (34,2)
> 60	48 (65,8)
Giới tính, n (%)	
Nam	53 (72,6)
Nữ	20 (27,4)
Kích thước khối u (mm)	
≤ 30	46 (63,0)
30 - 50	21 (28,8)
> 50	6 (8,2)
Mô bệnh học	
Kích thước trung bình (mm)	29,47 ± 14,6 (9,0 - 68,0)
UTBM tuyến	61 (83,6)
UTBM vảy	8 (11,0)
UTBM Lepidic	4 (5,4)

Tuổi trung bình là 63,26 ± 8,24. Nhóm tuổi chủ yếu là > 60 (65,8%). Giới tính nam chiếm đa số (72,6%). Kích thước khối u trung bình là 29,47 ± 14,6mm, chủ yếu là UTBM tuyến.

Bảng 2. Tỷ lệ di căn hạch.

Di căn hạch	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Không di căn	54	73,9
Di căn N1	8	11,0
Di căn N2	8	11,0
Di căn cả N1 và N2	3	4,1

Tỷ lệ di căn hạch là 26,1%, trong đó, di căn hạch N1 là 11%, N2 là 11% và di căn cả N1 - N2 là 4,1%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm về tuổi, giới tính với di căn hạch.

Đặc điểm	Không di căn hạch, n (%)	Di căn hạch, n (%)	p
Giới tính			
Nam	40 (75,5)	13 (24,5)	0,635
Nữ	14 (70,0)	6 (30,0)	
Tuổi			
≤ 60	19 (76,0)	6 (24,0)	0,776
> 60	35 (72,9)	13 (27,1)	

Tỷ lệ di căn hạch ở nữ cao hơn nam (30,0% và 24,5%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,635$. Nhóm tuổi > 60 có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm tuổi ≤ 60 (27,1% và 24%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,776$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa vị trí khối u với di căn hạch.

Vị trí khối u	n	Di căn hạch, n (%)				p
		N0	N1	N2	N1+N2	
Thùy phổi						
Trên phải	30	23 (76,7)	2 (6,7)	5 (16,7)	7 (23,4)	0,867
Giữa phải	9	6 (66,7)	1 (11,1)	2 (22,2)	3 (33,3)	
Dưới phải	14	9 (64,3)	3 (21,4)	2 (14,3)	5 (35,7)	
Trên trái	13	10 (76,9)	1 (7,7)	2 (15,4)	3 (23,1)	
Dưới trái	7	6 (85,7)	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (14,3)	
Vị trí u						
Ngoại vi	48	40 (83,3)	1 (2,1)	7 (14,6)	8 (16,7)	0,003
Trung tâm	25	14 (56,0)	7 (28,0)	4 (16,0)	11(44,0)	

Không có mối liên quan giữa vị trí khối u trong thùy phổi với di căn hạch. Tỷ lệ di căn khối u ở trung tâm (44,0%) cao hơn so với các khối u ngoại vi (16,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa kích thước khối u, xâm lấn màng phổi và mô bệnh học với di căn hạch.

Đặc điểm khối u	n	Di căn hạch, n (%)				p
		N0	N1	N2	N1+N2	
Kích thước (mm)						
≤ 30	46	35 (76,1)	4 (8,7)	7 (15,2)	11 (23,9)	0,434
30 - 50	21	15 (71,4)	2 (9,5)	4 (19,1)	6 (28,6)	
> 50	6	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	2 (33,3)	
Xâm lấn màng phổi tạng						
Không	62	47 (75,8)	6 (9,7%)	9 (14,5)	15 (24,2)	0,568
Có	11	7 (63,6)	2 (18,2)	2 (18,2)	4 (36,4)	
Mô bệnh học						
UTBM tuyến	61	45 (73,8)	6 (9,8)	10 (16,4)	16 (26,2)	0,773
UTBM vảy	8	6 (75,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	
UTBM Lepidic	4	3 (75,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	

Kích thước khối u lớn hơn thì tỷ lệ di căn cao hơn, tỷ lệ di căn hạch nhóm có xâm lấn màng phổi (36,4%) cao hơn nhóm không xâm lấn màng phổi, tuy nhiên, những sự khác biệt này không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

Tỷ lệ di căn hạch nhóm UTBM tuyến (26,2%) gần tương đương nhóm UTBM vảy (25,0%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,733$.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm về hạch

Trong UTPKTBN, sự tái phát chủ yếu là do có di căn hạch, đặc biệt là "di căn nhảy cóc" và "di căn vi thể". Vì vậy, hầu hết các nghiên cứu đều khẳng định vét hạch hệ thống là cần thiết vì không chỉ loại bỏ tế bào khối u mà còn giúp chẩn đoán giai đoạn bệnh chi tiết và cung cấp bằng chứng cho việc điều trị

bổ trợ [3, 4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hạch di căn ở BN UTPKTBN là 26,1%, trong đó, hạch N1 là 11,0%, hạch N2 là 11,0% và cả hạch N1 và N2 là 4,1%. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của các tác giả khác cho thấy tỷ lệ hạch trong UTPKTBN là tương đối cao, dao động từ 20 - 40% và có sự di căn hạch không theo thứ tự các chặng mà có di căn nhảy

cóc, nghĩa là di căn chằng hạch N2 mà không có di căn chằng hạch N1 [3 - 5]. Hơn nữa, ở một số nghiên cứu chỉ ở nhóm BN giai đoạn I cũng cho thấy tỷ lệ di căn hạch nhất định, trong đó cũng có sự di căn hạch nhảy cóc như đối với các khối u ở giai đoạn muộn hơn [4]. Từ đó, các tác giả đều khuyến cáo nên vét hạch hệ thống cả chằng N1 và N2 kể cả không xác định được khả năng di căn hạch trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc khi sinh thiết hạch chằng N1 âm tính cũng không bỏ qua chằng hạch N2 để tránh sót hạch di căn và làm tăng tỷ lệ tái phát của bệnh.

2. Mối liên quan của di căn hạch với một số đặc điểm tuổi, giới tính

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình là $63,26 \pm 8,24$, dao động từ 42 - 79 tuổi; tỷ lệ BN nam/nữ là 2,6/1. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Haruki cho thấy tuổi trung bình là 66 (35 - 89 tuổi), nam giới gặp nhiều hơn nữ [6]. Tác giả Lê Hải Sơn cho thấy tuổi trung bình là $63,8 \pm 8,9$, nam giới chiếm 61,9% [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nam (30,0% và 24,5%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,635$. Nhóm tuổi > 60 có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm tuổi ≤ 60 (27,1% và 24%), sự khác biệt

không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,776$. Một số nghiên cứu của các tác giả khác đều cho thấy không có sự liên quan giữa tuổi và giới tính với mỗi di căn hạch trong UTPKTBN [3, 4]. Tuy nhiên, cũng có tác giả cho thấy nguy cơ di căn hạch cao khi tuổi càng lớn, nghiên cứu của Phạm Văn Thái và CS cho thấy sự di căn hạch ở nhóm > 55 tuổi cao hơn so với nhóm < 55 tuổi [7]. Điều này có thể liên quan đến phân nhóm tuổi BN, nhưng hiện nay hầu hết các nghiên cứu đều lấy ngưỡng 60 tuổi là điểm phân nhóm.

3. Mối liên quan của di căn hạch với một số đặc điểm khối u nguyên phát

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ di căn hạch của khối u thùy dưới phổi phải cao hơn so với khối u ở các vị trí khác (35,7%), tỷ lệ di căn hạch chằng N2 khá cao đối với u thùy giữa phổi phải (22,2%) và thùy trên phổi trái (15,4%), tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, tác giả Lê Hải Sơn và Seok Y cho thấy di căn hạch chằng N1 thường gặp ở các khối u thùy trên bên phải hoặc thùy dưới bên trái, di căn chằng N2 vùng trên thì thường gặp với những khối u thùy trên bên phải, còn vùng động mạch chủ phổi từ các khối u thùy trên phổi trái và vùng dưới carina từ các khối u thùy dưới hai bên [3, 8]. Mặc dù không thấy mối liên quan giữa vị trí thùy phổi và di căn hạch, nhưng

chúng tôi lại nhận thấy sự khác biệt về di căn hạch giữa các khối u ở ngoại vi và trung tâm. Tỷ lệ di căn hạch của các khối u trung tâm là 44,0%, cao hơn so với các khối u ở ngoại vi là 16,7%. Nghiên cứu của tác giả Luo T và CS cũng cho thấy kết quả tương tự với tỷ lệ di căn hạch đối với khối u trung tâm là 19,8% còn khối u ngoại vi là 8,3% [4]. Điều này cũng cho thấy sự phù hợp về đặc điểm di căn hạch từ xa đến gần trong ung thư phổi, vì vùng rốn phổi cũng như trung thất là vị trí tập trung của các hạch lympho, do đó, những khối u gần vị trí này sẽ có khả năng di căn cao hơn so với những khối u ở vị trí xa hơn.

Về kích thước khối u, chúng tôi gặp các khối u có kích thước $< 30\text{mm}$ nhiều hơn (62,01%). Mặc dù không thấy có mối liên quan giữa kích thước khối u với mức độ di căn hạch, nhưng theo thống kê của chúng tôi, kích thước khối u lớn hơn thì mức độ di căn hạch cũng cao hơn. Cụ thể, tỷ lệ di căn hạch của những khối u kích thước $\leq 30\text{mm}$ là 23,9%, khối u kích thước từ 30 - 50mm là 28,5% và khối u $> 50\text{mm}$ là 33,0%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy kích thước khối u càng lớn thì tỷ lệ di căn hạch càng cao. Tác giả Lê Hải Sơn cho thấy tỷ lệ di căn hạch là 25,9% với khối u $< 3\text{cm}$, 59,3% với khối u 3 - 5cm và 66,7% đối với khối u $> 5\text{cm}$ [3].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ di căn hạch ở nhóm có xâm lấn màng phổi tạng là 36,4%, cao hơn so với nhóm không có xâm lấn là 24,2%, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Lê Hải Sơn về tỷ lệ di căn trong nhóm u xâm lấn lá tạng màng phổi (43,5%) cao hơn so với nhóm u không xâm lấn (36,8%) [3]. Trong khi đó, thống kê của tác giả Phạm Văn Thái cho thấy tỷ lệ di căn của những khối u không xâm lấn màng phổi (31,9%) cao hơn so với những khối u có xâm lấn (20%) [7]. Mặc dù có sự khác nhau về kết quả giữa các tác giả, nhưng sự khác biệt về tỷ lệ di căn này đều không có ý nghĩa thống kê.

Phần lớn BN UTPKTBN trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc type UTBM tuyến (83,6%). Tỷ lệ di căn hạch nhóm UTBM tuyến (26,2%) gần tương đương nhóm UTBM vảy (25,0%); sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,733$. Theo nghiên cứu của tác giả Lou T, tỷ lệ di căn hạch ở type UTBM tuyến là 11,6%, thấp hơn so với type UTBM vảy là 28%, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [4]. Các tác giả cho rằng có thể do tỷ lệ gặp phải của UTBM vảy ít hơn nhiều so với UTBM tuyến nên làm giảm ý nghĩa khác biệt về mức độ di căn hạch giữa hai nhóm này.

KẾT LUẬN

Kết quả di căn hạch ở BN UTPKTBN có chỉ định phẫu thuật cho thấy tỷ lệ di căn hạch là tương đối cao (khoảng 26,1%). Không có mối liên quan về tuổi, giới tính, kích thước, tính chất xâm lấn màng phổi tạng của khối u nguyên phát và type mô bệnh đối với di căn hạch. Vị trí khối u trung tâm có tỷ lệ di căn hạch cao hơn so với khối u ngoại vi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024; 74(3):229-263.
2. Argentieri G, Valsecchi C, Petrella F, et al (2025), Implementation of the 9th TNM for lung cancer: Practical insights for radiologists. *European Radiology*. 2025; 35:4395-4402.
3. Lê Hải Sơn, Trần Trọng Kiểm, Mai Văn Viện và CS. Đặc điểm di căn hạch trong ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, vét hạch. *Tạp chí Y Dược Lâm sàng* 108. 2021; 16:103-108.
4. Lou T, Chen Q and Zeng J. Analysis of lymph node metastasis in 200 patients with non small cell lung cancer. *Transl Cancer Res*. 2020; 9(3):1577-1583.
5. Zhao JL. Selective lymph node dissection for clinical T1 stage non-small cell lung cancer. *Transl Cancer Res*. 2019; 8(8):2820-2828.
6. Haruki T, Aokage K, Miyoshi T, et al. Mediastinal nodal small-cell lung cancer: Possibility of rational lymph node dissection. *Journal of Thoracic Disease*. 2015; 6(12):930-936.
7. Phạm Văn Thái, Phạm Cẩm Phương, Đỗ Thị Thanh Xuân và CS. Đặc điểm di căn hạch ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 547(1):61-64.
8. Seok Y. Frequency of lymph node metastasis according to the size of tumors in resected pulmonary adenocarcinoma with a size of 30mm or smaller. *Journal of Thoracic Oncology*. 2014; 9(6):818-824.