

CẮT THÙY PHỔI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC

Trần Minh Bảo Luân

Dại cương:

Nội soi lồng ngực được thực hiện đầu tiên bởi Jacobaeus năm 1910 bằng ống soi cứng tại bệnh viện Serafimerla saretet ở Stockholm. Năm 1925, ông báo cáo 120 trường hợp nội soi lồng ngực thành công, trong đó gồm tách dính xoang màng phổi nhằm điều trị lao phổi và chẩn đoán u màng phổi. Từ thời điểm Jacobaeus báo cáo cho đến thập niên 50, có rất nhiều báo cáo khác về nội soi lồng ngực với số lượng lớn bệnh nhân đã được thực hiện ở các nước Âu – Mỹ⁽²⁾.

Sự ra đời của hệ thống máy quay camera cực nhỏ vào những năm đầu của thập niên 1980, nội soi lồng ngực thực sự trở lại thời kỳ hưng thịnh với vai trò điều trị thực thụ của nó. Sau đó, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã và đang có những bước phát triển vượt bậc nhờ:

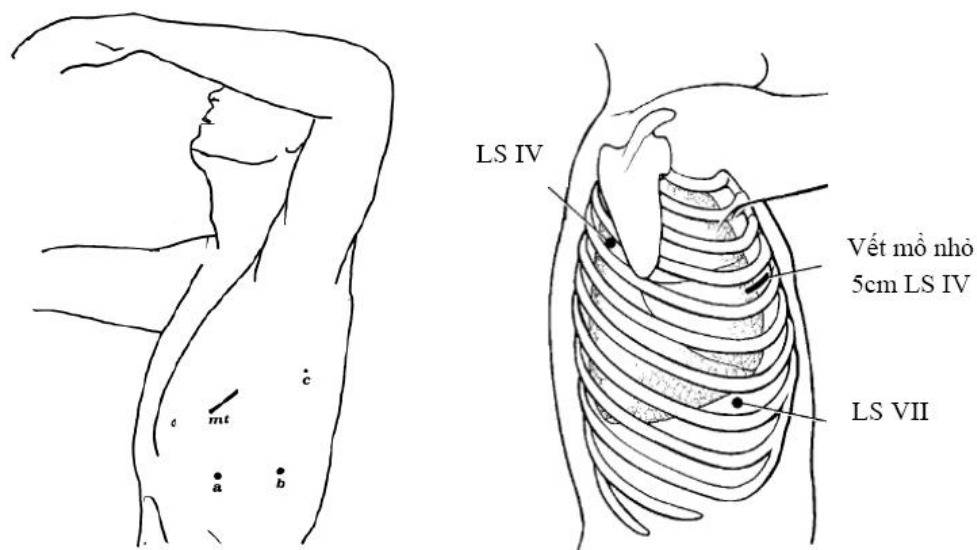
- ✚ Sự cải thiện của hệ thống thấu kính nội soi kết hợp với sự phát triển của hệ thống định hình lập thể và máy quay camera cực nhỏ vào những năm đầu của thập niên 1980, cho phép phẫu thuật viên quan sát toàn cảnh một nửa lồng ngực thay vì xem qua một thị trường hẹp như trước đây.
- ✚ Sự tiến bộ của gây mê hồi sức với hô hấp chọn lọc một bên phổi tạo điều kiện cho việc thao tác kính soi và dụng cụ phẫu thuật được dễ dàng hơn. Nhiều dụng cụ phẫu thuật chuyên dùng cho phẫu thuật nội soi lồng ngực được sáng chế, tạo điều kiện cho phẫu thuật viên có thể thực hiện được nhiều loại phẫu thuật.

Năm 1989, phẫu thuật nội soi cắt túi mật lần đầu tiên thực hiện thành công. Từ đó, phẫu thuật nội soi ổ bụng phát triển mạnh mẽ và lan rộng khắp thế giới. Điều này đã thúc đẩy các phẫu thuật viên ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý lồng ngực thành công như: cắt phổi không điển hình bằng stapler trong điều trị nốt đơn độc phổi, cắt kén khí qua nội soi lồng ngực trong tràn khí màng phổi tự phát... Đến năm 1992, cắt thùy phổi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực lần đầu tiên được thực hiện thành công⁽⁷⁾. Ngày nay, nhiều trung tâm trên thế giới đã áp dụng kỹ thuật này. Tuy nhiên, về mặt kỹ thuật thì cũng còn chưa được thống nhất và các chỉ định áp dụng cũng là vấn đề được bàn cãi nhiều trong phẫu thuật cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi.

Kỹ thuật:

Hiện nay có nhiều kỹ thuật được mô tả, nhưng khác nhau chủ yếu về vị trí và số trocar: từ 1 vết mổ nhỏ và 1 lỗ trocar cho đến 1 vết mổ nhỏ và 3 lỗ trocar. Mặc dù, cắt thùy phổi qua nội soi có thể thực hiện được chỉ với 1 vết mổ nhỏ để thao tác và 1 lỗ trocar cho camera, kỹ thuật này không được áp dụng rộng rãi vì thao tác khó khăn và thời gian phẫu thuật kéo dài. Vì vậy, có hai kỹ thuật thường được chọn lựa, khác nhau về vị trí trocar và vết mổ như sau tùy theo thói quen của phẫu thuật viên^(6, 12, 17, 18, 22):

1. Vết mổ khoảng 1,5cm khoang liên sườn 8 hoặc 9 đường nách giữa cho camera quan sát, vết mổ khoảng 1,5cm khoang liên sườn 5 hoặc 6 đường nách sau, và 1 vết mổ khoảng 5cm (4,5 – 6cm) khoang liên sườn 4 hoặc 5 đường nách trước để thao tác.
2. Vết mổ khoảng 1,5 cm LS 8 đường nách trước và vết mổ khoảng 1,5cm LS 9 đường nách sau cho camera hoặc dụng cụ để vén phổi; vết mổ khoảng 5cm LS 4 hoặc 5 đường nách giữa để thao tác và phẫu tích rốn phổi.



Tư thế bệnh nhân và vị trí trocar, vết mổ nhỏ để thao tác

Bệnh nhân tư thế nằm nghiêng 90°, gối dưới nách và bàn mổ được gấp lại vùng hông lưng để hạ thấp xương vùng chậu xuống dưới, nhờ đó khoang liên sườn giãn ra tối đa và không hạn chế camera hay dụng cụ thao tác khi xoay chuyển. Camera 30° được dùng để quan sát toàn bộ khoang màng phổi qua trocar LS 8 hoặc 9 và đánh giá lại vị trí khối u cũng như các thương tổn kèm theo để quyết định tiến hành cắt thùy phổi. Dùng Ring forceps hoặc Grasper nội soi để vén phổi qua lỗ trocar còn lại. Có thể dùng dụng cụ nội soi hoặc dụng cụ phẫu thuật mở kinh điển để bóc tách các cấu trúc rốn phổi dưới màn hình nội soi qua vết mổ 5cm. Các nhánh động mạch và tĩnh mạch phổi được cắt bằng stapler 2,0 hoặc 2,5mm, và phế quản hoặc nhu mô phổi được cắt bằng stapler 3,5 hoặc 4,5mm. Khi tiến hành phẫu thuật cắt thùy phổi qua nội soi lồng ngực thì có một số điểm khác với phẫu thuật mở kinh điển như: bộc lộ rốn phổi đòi hỏi cả hai mặt trước và sau khác với mổ mở thường là bóc tách từ rãnh liên thùy; các mạch máu và phế quản được cắt theo trình tự không như mổ mở kinh điển là: tĩnh mạch hay động mạch trước rồi mới cắt phế quản sau cùng. Sau đây là một số điểm riêng biệt cho từng thùy phổi.

Cắt thùy trên phổi trái:

Phổi được kéo về phía sau và phẫu tích tĩnh mạch phổi trên, khi phẫu tích cần chú ý tránh tổn thương nhánh động mạch phân thùy đỉnh phía sau trên của tĩnh mạch phổi trên; sau đó tĩnh mạch phổi trên được cắt bằng stapler 2,0mm. Bóc tách rãnh liên thùy để tìm động mạch phổi; nếu rãnh liên thùy không hoàn toàn thì từ mặt phẳng động mạch phổi bóc tách về rốn phổi phía trước để tiến hành cắt phần nhu mô phổi của rãnh liên thùy. Sau đó, nhánh động mạch thùy lưỡi và phân thùy sau được bóc tách, kiểm soát từ hướng rãnh liên thùy và hướng tiếp cận từ phía sau của rốn phổi. Sau khi kiểm soát hoàn toàn hai nhánh của phân thùy sau, dùng stapler 2,5mm để cắt hai nhánh mạch máu này. Lúc này thùy trên phổi di động hơn và dễ dàng hơn khi bóc tách và kiểm soát phế quản thùy trên, cần lấy bỏ hạch quanh phế quản thùy trên để dễ thao tác và kiểm soát phế quản cũng như bóc tách nhánh động mạch phân thùy đỉnh. Phế quản thùy trên được tiếp cận và bóc tách hai mặt từ phía rốn phổi và phía rãnh liên thùy, sau đó được cắt bằng stapler 3,5mm. Còn lại một hoặc hai nhánh động mạch phân thùy đỉnh được bóc tách và cắt bởi stapler 2,5mm. Sau đó thùy phổi được lấy ra ngoài qua vết mổ nhỏ thao tác.

Cắt thùy trên phổi phải

Cắt thùy trên phổi phải tương đối khó hơn vì phải kiểm soát cả hai rãnh liên thùy lớn và bé. Sau khi cắt dây chằng phổi, rốn phổi được bóc tách từ phía sau để bộc lộ phế quản thùy trên ngay

ngã ba với phế quản trung gian. Tiếp theo phổi được vén về phía sau và bóc lộ tĩnh mạch phổi thùy trên từ tĩnh mạch phổi trên; cắt tĩnh mạch phổi thùy trên bằng stapler 2,0mm. Sau đó, nhánh động mạch phân thùy đỉnh được bóc lộ (nằm phía sau trên của tĩnh mạch phổi trên) và được cắt bằng stapler 2,5mm. Tiếp đến là phế quản thùy trên được tiếp cận từ phía sau và phía trước, dễ dàng bóc lộ và cắt phế quản thùy trên bằng stapler 3,5mm; nhánh động mạch phân thùy sau còn lại cũng được bóc lộ và cắt bằng stapler 2,5mm. Sau đó, phần nhu mô phổi còn lại được cắt bằng stapler 4,5mm và thùy phổi được lấy ra ngoài.

Cắt thùy giữa phổi phải

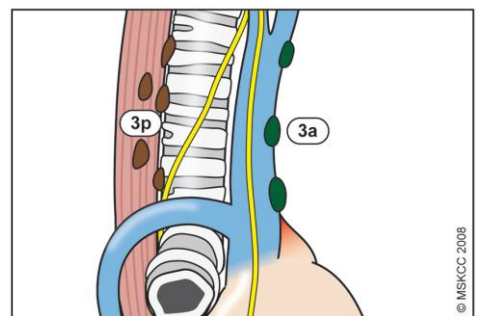
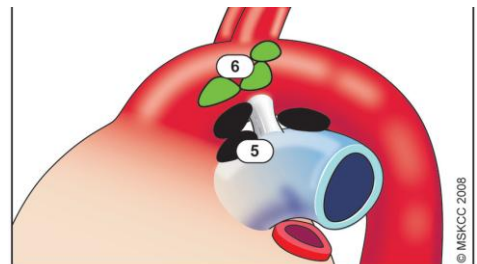
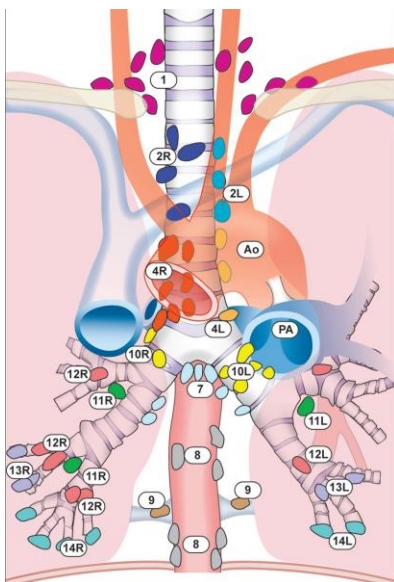
Phổi được vén về phía sau, bắt đầu phẫu tích nhánh tĩnh mạch phổi thùy giữa ra khỏi tĩnh mạch phổi trên và cắt bằng stapler 2,0mm. Sau đó, vén thùy giữa phổi về phía sau và lên trên, bóc tách phế quản thùy giữa và cắt bằng stapler 3,5mm. Nhánh động mạch thùy giữa được cắt sau cùng bằng stapler 2,5mm. Sau cùng, cắt nhu mô phổi vùng rãnh liên thùy lớn và rãnh liên thùy bé nếu rãnh liên thùy không hoàn toàn bằng stapler 4,5mm và lấy thùy phổi ra ngoài.

Cắt thùy dưới phổi phải và trái

Cắt thùy dưới phổi gần giống nhau cho cả hai bên. Phổi được vén về phía trước và lên trên, cắt dây chằng phổi dưới, bóc lộ và cắt tĩnh mạch phổi dưới bằng stapler 2,0mm. Sau đó phổi được vén về phía sau và lên trên, bóc lộ phế quản thùy dưới đến ngã ba với phế quản thùy giữa (bên phải) hoặc thùy lưỡi (bên trái) theo hướng từ phía trước và phía dưới lên; cắt phế quản thùy dưới bằng stapler 3,5mm. Sau khi cắt phế quản thùy dưới, động mạch phổi thùy dưới và nhánh phân thùy trên của thùy dưới dễ dàng bóc lộ từ phía trước và phía sau; động mạch được cắt ngay phía trên chỗ chia của 2 nhánh này bằng stapler 2,5mm. Phần phổi còn lại của rãnh liên thùy được cắt bằng stapler 4,5mm. Thùy phổi được lấy ra ngoài.

Kỹ thuật nạo hạch bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực:

Các nhóm hạch di căn trong ung thư phổi^(19,20):



Nhóm 1: vùng cổ thấp, trên xương đòn, hõm ức.

Nhóm 2: cạnh khí quản đoạn cao.

Nhóm 3: trước mạch máu (3a), sau khí quản (3b)

Nhóm 4: cạnh khí quản đoạn thấp.

Nhóm 5: dưới quai động mạch chủ.

Nhóm 6: trước quai động mạch chủ (động mạch chủ xuống).

Nhóm 7: dưới chỗ chia đôi khí phế quản.

Nhóm 8: cạnh thực quản (dưới chỗ chia đôi khí phế quản).

Nhóm 9: vùng dây chằng phổi.

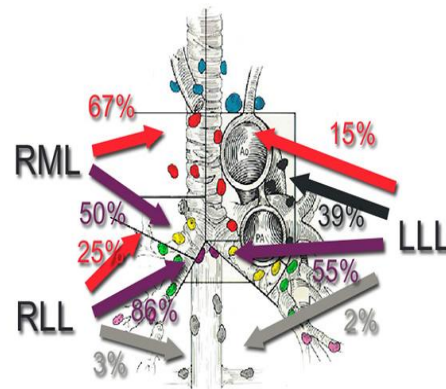
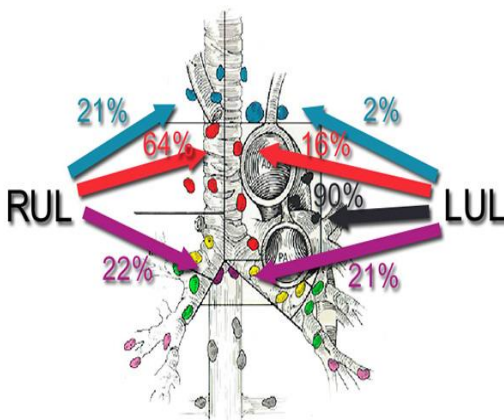
Nhóm 10: vùng rốn phổi.

Nhóm 11: rãnh gian thùy.

Nhóm 12: trong thùy.

Nhóm 13: trong phân thùy.

Nhóm 14: trong tiểu phân thùy.



Tỷ lệ các nhóm hạch di căn cho từng thùy phổi có tổn thương ung thư

Nạo hạch nhóm 2 đến 4:

Để nạo được hạch nhóm 2 đến 4, cần tách và di động TM đơn hoặc cắt đôi TM đơn để bộc lộ phẫu trường rộng rãi. Phổi được kéo về phía dưới và dụng cụ bóc tách được dùng để tách mặt sau TM đơn. Một khi TM đơn được di động đủ để thao tác, có thể dùng stapler để cắt đôi TM đơn hoặc không cần cắt TM đơn tùy theo sự thuận tiện của việc thao tác. Kẹp hình tim với đầu cong được đưa vào qua lỗ trocar đường nách sau, kẹp và kéo TMC trên ra khỏi khí quản cho phép tiếp cận dễ dàng vùng hạch cạnh khí quản. Màng phổi trung thất ngay vị trí hạch nhóm 2-4 được cắt bằng dao đốt hoặc harmonic scarpel. Mô hạch được bóc tách khỏi thành bên của TMC trên cho đến động mạch dưới đòn phải. Dùng ring forceps giữ mô hạch ngay tại vị trí chia đôi khí phế quản (cần tránh làm tổn thương nhánh thân ĐM phổi ngay tại vị trí này). Sau đó kéo mô hạch lên phía trên, dùng clip kẹp mạch máu nhỏ và mạch

bạch huyết và cắt mô hạch khỏi vùng màng ngoài tim. Toàn bộ mô hạch được cho vào túi đựng bệnh phẩm và lấy ra ngoài qua vết mổ nhỏ.

Nạo hạch nhóm 5 và 6:

Màng phổi trung thất ngay vị trí cửa sổ phế chủ được cắt theo hướng ngang, cần tránh tổn thương dây thần kinh lang thang (thần kinh quặt ngược thanh quản) và thần kinh hoành ngay tại vị trí này. Dùng kẹp giữ và kéo bờ trên của màng phổi trung thất vừa được cắt về phía trên, bộc lộ hoàn toàn ĐM phổi, ĐMC và các nhóm hạch. Ring forceps với đầu cong được dùng để giữ mô hạch và mô mỡ xung quanh hạch, sau đó bóc tách và cắt bằng dao đốt hoặc harmonic scarpel toàn bộ mô hạch phía dưới ĐM phổi (hạch nhóm 5) và ĐMC (hạch nhóm 6). Mẫu mô hạch được cho vào túi đựng bệnh phẩm và lấy ra ngoài qua vết mổ nhỏ.

Nạo hạch nhóm 7 (bên phải):

Phổi được kéo vào trong và lật lên, cắt màng phổi trung thất phía sau bằng dao đốt. Xác định mặt sau của TM phổi dưới, đây là nơi bắt đầu bóc tách để nạo hạch nhóm 7. Cần bóc tách bộ lộ rõ ngã ba phế quản gốc và phế quản trung gian. Ring forceps được dùng để nắm phần phía dưới của mô hạch nhóm 7 và kéo lật về phía trên. Tránh làm tổn thương thần kinh lang thang và thực quản. Khi phần dưới của mô hạch được lật lên hoàn toàn, tiếp tục bóc tách về phía trên bằng dao đốt hoặc harmonic scarpel và clip các nhánh mạch máu nhỏ, cho đến khi thấy rõ ngã ba khí phế quản. Mẫu mô hạch được lấy ra ngoài qua vết mổ nhỏ sau khi đã cho vào túi đựng bệnh phẩm.

Nạo hạch nhóm 7 (bên trái):

Tương tự như bên phải, phổi được vén về phía trong và lật về phía trước, màng phổi trung thất phía sau được cắt bằng dao đốt. Tương tự, nơi bắt đầu bóc tách nạo hạch cũng là mặt sau của TM phổi dưới. Phổi được vén về phía trước và phía trên hơi mạnh hơn so với bên phải vì ngã ba khí phế quản nằm sâu phía bên trong ĐM chủ và thực quản. Sau khi bóc tách đủ nhìn thấy rõ phế quản gốc bên trái, ring forceps đầu cong được đặt giữa phế quản gốc trái và thực quản, sau đó mở rộng đầu ring forceps để vén và tách rời phế quản gốc với thực quản. Một ring forceps khác được dùng để nắm mô hạch và bóc tách về phía trên cho đến ngã ba khí phế quản. Trong trường hợp cắt thùy trên phổi trái, TM phổi dưới được giữ nguyên, điều này làm khó quan sát rõ toàn bộ phế quản gốc trái. Trong trường hợp cắt thùy dưới phổi trái, việc nạo hạch dưới ngã ba khí phế quản rất dễ dàng vì TM phổi dưới đã được cắt đôi trong quá trình cắt thùy phổi. Điểm máu chốt trong nạo hạch nhóm 7 bên trái là vén, kéo phổi đủ rộng để đặt ring forceps vào nhằm vén phế quản gốc trái và thực quản về hai bên đủ rộng để thuận tiện thao tác bóc tách nạo hạch dưới chỗ chia khí phế quản.

Nạo hạch nhóm 8 và 9:

Trong lúc di động dây chằng phổi dưới, ring forceps được dùng để nắm mô hạch và kéo ra ngoài khỏi trung thất. Sau đó dễ dàng cắt lấy các nhóm hạch này bằng dao đốt hoặc harmonic scarpel. Cần lưu ý tránh tổn thương thực quản và dây thần kinh lang thang ngay tại vị trí này.

Chỉ định và kết quả:

Cắt thùy phổi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực đã được nhiều công trình nghiên cứu đơn trung tâm cũng như đa trung tâm báo cáo nhằm chứng minh tính an toàn và hiệu quả trong điều

trị ung thư phổi giai đoạn sớm; cũng như lợi điểm của phẫu thuật nội soi như: vết mổ nhỏ thẩm mỹ cao, ít đau sau mổ, thời gian phục hồi ngắn, rút ngắn thời gian nằm viện... Qua đó, đa số các tác giả khuyến cáo phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi nên được thực hiện trong các trường hợp sau: ung thư phổi giai đoạn I và II⁽¹⁾; kích thước u nhỏ hơn 5cm (4-6cm) nằm ở ngoại biên^(7,12,14), không xâm lấn mạch máu, thành ngực, rãnh liên thùy, cơ hoành và màng ngoài tim^(7,14); bệnh nhân không xạ trị vùng ngực trước đó; chức năng hô hấp đảm bảo thông khí một phổi tốt trong quá trình gây mê phẫu thuật. Tuy vậy, tác giả báo cáo Kozo Nakanishi cũng đã báo cáo thực hiện thành công cắt thùy phổi nội soi cho ung thư phổi giai đoạn IIIA và tạo hình phế quản qua nội soi lồng ngực sau khi cắt thùy phổi⁽¹⁰⁾.

Kết quả phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi cũng được nhiều tác giả báo cáo cho thấy tương đương với phẫu thuật mở ngực tiêu chuẩn. Tác giả Jesus Loscertales⁽⁷⁾ từ năm 1993 đến 2007 thực hiện 260 trường hợp cắt thùy phổi nội soi trong đó: 76 trường hợp thùy trên phổi phải, 49 trường hợp thùy trên phổi trái, 42 trường hợp thùy dưới phổi trái, 41 trường hợp thùy dưới phổi phải, 11 trường hợp thùy giữa, 8 trường hợp cắt 2 thùy giữa và dưới, 9 trường hợp cắt thùy giữa và trên. Thời gian phẫu thuật trung bình 95 phút, chuyển mổ hở 9,2% (24 trường hợp) trong đó 12 trường hợp chảy máu, 11 trường hợp khó khăn về mặt kỹ thuật. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 4,1 ngày. Biến chứng thường gặp nhất là xì khí kéo dài trên 4 ngày⁽⁹⁾. Tử vong chu phẫu (30 ngày) là 2%. Tỷ lệ sống còn sau 5 năm là 77,7%. Từ 1994 đến 2002, tác giả Akinori Iwasaki⁽¹⁾ thực hiện phẫu thuật 100 trường hợp cắt thùy phổi qua nội soi lồng ngực, không biến chứng hay tử vong chu phẫu, có 3 trường hợp chuyển mổ hở trong đó: 1 trường hợp chảy máu không kiểm soát được qua nội soi, 2 trường hợp khó khăn về mặt kỹ thuật. Tỷ lệ sống còn sau 5 năm là: 80,9% đối với ung thư phổi giai đoạn I; 70,3% đối với giai đoạn II. Kinh nghiệm tại Asan Medical Center (Seoul), trong 300 trường hợp cắt thùy phổi nội soi có 4 trường hợp chảy máu trong mổ do rách động mạch phổi. Trong đó 1 trường hợp vết rách nhỏ máu chảy tự cầm sau khi đè ép nơi chảy máu 15 phút (vì áp lực động mạch phổi rất thấp chỉ khoảng 20 – 25mmHg nên chảy máu có thể tự cầm nếu là vết rách nhỏ), sau đó có thể tiếp tục thực hiện cắt thùy phổi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực; 3 trường hợp còn lại không cầm máu được sau khi đè ép nơi mạch máu bị rách, cho thấy mạch máu bị rách lớn đòi hỏi phải chuyển mổ hở ngay sau đó. Daniel⁽⁴⁾ và cộng sự báo cáo 110 trường hợp cắt thùy phổi nội soi, tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,8%; tử vong chu phẫu là 3,6%, không tai biến trong mổ, thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 3 ngày. Thời gian phẫu thuật trung bình là 130 phút. Gần đây, báo cáo tác giả Mc Kenna với 1100 trường hợp⁽¹³⁾ cho thấy tỷ lệ tử vong được hạ thấp hơn nữa chỉ còn 0,8%. Và kết quả được báo cáo về phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi của nhiều tác giả khác được chúng tôi tổng kết như sau:

Nghiên cứu	Mẫu nghiên cứu	Ung thư phổi	Tử vong (%)	Tỷ lệ tử vong tích lũy (%)	Thời gian nằm viện (ngày)	Thời gian phẫu thuật (ph)	Lượng máu mất (ml)	Sống còn sau 3 năm (%)	Sống còn sau 5 năm (%)
Sugi et al. ⁽¹⁹⁾	48	48						90%	90%
Craig et al. ⁽³⁾	22	18	0	9%	8.6	141			
Kirby et al. ⁽⁹⁾	25	25	0	24%	7.1	161	<250 ml		
Lewis et al. ⁽¹¹⁾	250	214	0	11.2%	2.83	78.6	100 ml	83%; 92%gđ I	
Yim et al. ⁽²²⁾	214	168	0.4%	21.9%	6.8			93%	
Kaseda et al. ⁽⁸⁾	145	103	0.8%						94.4%
Walker et al. ⁽²³⁾	159	131	1.8%			130	60 ml		78%
Solaini et al. ⁽¹⁸⁾	112	99	0	11.6%	5.8			85%; 90%gđ I	
McKenna et al. ⁽¹³⁾	1100	1015	0.8%	15.3%	4.7		150 ml		
Daniels et al. ⁽⁴⁾	108	108	3.6%	19.1%	3.0				

Bảng kết quả cắt thùy phổi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực

Ngoài ra, có nhiều báo cáo cho thấy phẫu thuật nội soi với nhiều ưu điểm như tính thẩm mỹ cao với vết mổ nhỏ, không băng kéo xương sườn nên ít đau sau phẫu thuật, thời gian phục hồi ngắn, rút ngắn thời gian nằm viện: báo cáo của tác giả Sugiura cho thấy thời gian cần sử dụng giảm đau ngoài màng cứng cho bệnh nhân rất ngắn so với phẫu thuật mở⁽²¹⁾; trong khi Demmy và Curtis cho rằng đau sau phẫu thuật ít hơn và thời gian hồi phục của bệnh nhân ngắn hơn đặc biệt với những bệnh nhân nguy cơ cao⁽⁵⁾.

Vấn đề còn lại được nhiều tác giả nhắc đến đó là tính khả thi và hiệu quả của kỹ thuật cắt thùy phổi nội soi về mặt ung thư học. Đa số các tác giả đều cho rằng phẫu thuật được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kỹ năng thì việc cắt thùy phổi nên bao gồm cả nạo hạch như phẫu thuật mở tiêu chuẩn. Tác giả Shigemura⁽¹⁶⁾ chứng minh hiệu quả của việc nạo hạch trung thất qua nội soi cũng như các báo cáo trước đây cũng khẳng định điều này^(4,15,20). Tác giả Shiraishi⁽¹⁷⁾ cũng cho rằng về mặt kỹ thuật, phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo hạch tương đương như phẫu thuật mở tiêu chuẩn. Tác giả Sugi⁽¹⁹⁾ và cộng sự cũng cho thấy không có sự khác nhau về tỷ lệ sống còn khi so sánh với phẫu thuật mở trước đây: 90% so với 93% sau 3 năm và 90% so với 85% sau 5 năm. Các biến chứng sau phẫu thuật cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở ngực kinh điển ngoại trừ báo cáo của Kirby có một vài trường hợp xì khí hơn 4 ngày⁽⁹⁾.

Qua những báo cáo trên, nhìn chung kết quả cắt thùy phổi qua nội soi lồng ngực trong điều trị ung thư phổi rất đáng khích lệ. Hiện nay, tại một số trung tâm trong những năm gần đây phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi được lựa chọn áp dụng cho hơn 80% bệnh nhân⁽¹³⁾. Tuy nhiên, vẫn còn bàn cãi rất nhiều quanh chủ đề này và đa phần các tác giả đều cho rằng cần một nghiên cứu lớn hơn được thiết kế chặt chẽ hơn để so sánh giữa phẫu thuật nội soi và mở ngực tiêu chuẩn. Và một nghiên cứu với số liệu dự kiến 450 trường hợp đang được tiến hành bởi Hiệp hội ngoại khoa về ung thư Hoa Kỳ, kết quả sẽ được báo cáo trong tương lai⁽¹⁴⁾.

Kết luận:

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi cho thấy nhiều ưu điểm: vết mổ nhỏ, thẩm mỹ cao, ít đau sau mổ, thời gian phục hồi và nằm viện ngắn... Hiện nay đang được áp dụng rộng rãi và tính khả thi về mặt kỹ thuật và hiệu quả trong điều trị ung thư cũng đã được nhiều tác giả cố gắng chứng minh qua nhiều nghiên cứu trên. Mặc dù vậy, đa số các tác giả đều cho rằng cần nghiên cứu được thiết kế chặt chẽ hơn để kết luận câu hỏi này; và nghiên cứu này đang được tiến hành bởi Hiệp hội ngoại khoa về ung thư Hoa Kỳ, sẽ có câu trả lời cho vấn đề này trong thời gian tới.

Tài liệu tham khảo

1. **Akinori Iwasaki.** Results of video-assisted thoracic surgery for stage I/II non-small cell lung cancer. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 26 (2004) 158–164.
2. **Chad j. Davis and Charles j. Filipi:** “ A history of Endoscopy Surgery”. *Principles of Laparoscopic Surgery*. Springer – Verlag. 1997: 3-20.
3. **Craig SR, Leaver HA, Yap PL et al.** Acute phase responses following minimal access and conventional thoracic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;20:455– 463.
4. **Daniels LJ, Balderson SS, Onaitis MW et al.** Thoracoscopic lobectomy: A safe and effective strategy for patients with stage I lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2002;74:860–864.
5. **Demmy TL, Curtis JJ.** Minimally invasive lobectomy directed toward frail and high-risk patients: A case-control study. *Ann Thorac Surg* 1999; 68:194 –200.
6. **D’Amico TA.** Thoracoscopic lobectomy: Evolving and improving *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;132:464–465.
7. **Jesus Loscertales et al.** Video-Assisted Surgery for Lung Cancer. State of the Art and Personal Experience. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2009;17:313–26.
8. **Kaseda S, Aoki T.** Video-assisted thoracic surgical lobectomy in conjunction with lymphadenectomy for lung cancer. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 2002;103:717–721. In Japanese.
9. **Kirby TJ, Mack MJ, Landreneau RJ et al.** Lobectomy—video-assisted thoracic surgery versus muscle-sparing thoracotomy. A randomized trial. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995;109:997–1002.
10. **Kozo Nakanishi.** Video-Assisted Thoracic Surgery Lobectomy With Bronchoplasty for Lung Cancer Initial Experience and Techniques. *Ann Thorac Surg* 2007;84:191– 6.
11. **Lewis RJ, Caccavale RJ.** Video-assisted thoracic surgical non-rib spreading simultaneously stapled lobectomy (VATS(n)SSL). *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1998;10:332–339.
12. **McKenna RJ Jr.** VATS Lobectomy with mediastinal lymph node sampling or dissection. *Technique of Pulmonary Resection . Chest Surgery Clinics of North American*. W.B Saunders Company. Vol 5. No.2. 1995: 223.232.
13. **McKenna RJ Jr, Houck W, Fuller CB.** Video-assisted thoracic surgery lobectomy: Experience with 1100 cases. *Ann Thorac Surg* 2006;81:421–426.
14. **Piergiorgio Solli,** Indications and Developments of Video-Assisted Thoracic Surgery in the Treatment of Lung Cancer. *The Oncologist* 2007;12:1205–1214.
15. **Sedrakyan A, van der Meulen J, Lewsey J et al.** Video assisted thoracic surgery for treatment of pneumothorax and lung resections: Systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2004;329:1008 – 1012.
16. **Shigemura N, Akashi A, Funaki S et al.** Long-term outcomes after a variety of video-assisted thoracoscopic lobectomy approaches for clinical stage IA lung cancer: A multi-institutional study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;132:507–512.
17. **Shiraishi T et al.** A Completely Thoracoscopic Lobectomy Segmentectomy for Primary Lung Cancer – Technique Feasibility and Advantages. *Thorac Cardiovasc Surg* 2006; 54: 202–207.
18. **Solaini L. et al.** Video-assisted thoracic surgery major pulmonary resections. Present experience. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 20 (2001) 437- 442.

19. **Sugi K, Kaneda Y, Esato K.** Video-assisted thoracoscopic lobectomy achieves a satisfactory long-term prognosis in patients with clinical stage IA lung cancer. *World J Surg* 2000;24:27–31.
20. **Sugi K, Sudoh M, Hirazawa K et al.** Intrathoracic bleeding during videoassisted thoracoscopic lobectomy and segmentectomy. *Kyobu Geka* 2003;56:928 –931. In Japanese.
21. **Sugiura H, Morikawa T, Kaji M et al.** Long-term benefits for the quality of life after video-assisted thoracoscopic lobectomy in patients with lung cancer. *Surg Laparosc Endosc* 1999;9:403– 408.
22. **Yim AP, Izzat MB, Liu HP et al.** Thoracoscopic major lung resections: An Asian perspective. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1998;10:326 –331.
23. **Walker WS, Codispoti M, Soon SY et al.** Long-term outcomes following VATS lobectomy for non-small cell bronchogenic carcinoma. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003;23:397– 402.