

ĐỐT U PHỔI ÁC TÍNH BẰNG SÓNG CAO TẦN Ở BỆNH NHÂN KHÔNG THỂ PHẪU THUẬT: NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG TRÊN 32 BỆNH NHÂN

Đinh Trọng Toàn¹, Nguyễn Đức Bằng¹, Nguyễn Huy Dũng¹, Nguyễn Hữu Lân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, và các biến chứng của kỹ thuật đốt u phổi bằng sóng cao tần bằng kim điện cực xuyên da dưới hướng dẫn chụp cắt lớp điện toán để điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ không thể phẫu thuật và u di căn phổi.

Chất liệu và phương pháp: Ba mươi hai bệnh nhân tham gia nghiên cứu gồm 27 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (KPKTBN) và 5 bệnh nhân ung thư di căn phổi, được điều trị đốt u bằng sóng cao tần bằng kim điện cực xuyên da dưới hướng dẫn chụp cắt lớp điện toán lồng ngực. Những bệnh nhân này không phẫu thuật cắt bỏ u được vì ung thư phổi giai đoạn tiến xa ($n=9$) và/hoặc bệnh nặng đi kèm ($n=8$) hoặc từ chối phẫu thuật ($n=10$). Chụp cắt lớp điện toán lồng ngực có cản quang được thực hiện 1 tháng sau khi đốt u bằng sóng cao tần để đánh giá đáp ứng điều trị về chẩn đoán hình ảnh học cũng như theo dõi sự cải thiện triệu chứng lâm sàng.

Kết quả: Kết quả sơ bộ sau 1 tháng theo dõi cho thấy đáp ứng điều trị hoàn toàn về hình ảnh học là 8/32 (25%) bệnh nhân, đáp ứng điều trị một phần là 24/32 (75%) bệnh nhân. Có 20/32 (62,5%) BN bị ho trong đó 6/20 (30%) bệnh nhân bị ho cải thiện rõ rệt triệu chứng; Có 18/32 (56,25%) BN bị đau ngực trong đó 8/18 (44,4%) cải thiện rõ rệt cảm giác đau tức ngực sau thủ thuật. Các biến chứng bao gồm tràn khí màng phổi do thủ thuật là 14/32 bệnh nhân (43,75%), tràn khí dưới da là 1/32 bệnh nhân (3,1%), ho ra máu là 2/32 bệnh nhân (6,2%), viêm phổi là 1/32 bệnh nhân (3,1%).

Kết luận: Nghiên cứu này chứng minh tính khả thi, hiệu quả, an toàn của đốt u phổi ác tính bằng sóng cao tần ở bệnh nhân không thể phẫu thuật. Các nghiên cứu bổ sung là cần thiết để xác định tính an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Sóng cao tần, u phổi ác tính.

ABSTRACT

RADIOFREQUENCY ABLATION OF PULMONARY MALIGNANT TUMORS IN INOPERABLE PATIENTS: CLINICAL STUDY ON 32 PATIENTS

Đinh Trọng Toàn¹, Nguyễn Đức Bằng¹, Nguyễn Huy Dũng¹, Nguyễn Hữu Lân¹

Objective: To assess safety, complications and efficiency of percutaneous computed tomography (CT)-guided transthoracic radiofrequency (RF) ablation for treating inoperable non-small cell lung cancer (NSCLC) and lung metastases.

1. Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Tp Hồ Chí Minh

- Ngày nhận bài (received): 23/6/2013; Ngày phản biện (revised): 15/7/2013
- Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013
- Người phản biện: TS Nguyễn Đình Tùng; TS Nguyễn Lương Tấn
- Người phản hồi (corresponding author): Đinh Trọng Toàn
- Email: dinghtoandr@gmail.com DT: 0909647556

Materials and Methods: 32 patients with 27 NSCLCs and 5 lung metastases underwent RFA at our institution. These patients were not neither candidates for surgery because of either advanced-stage disease ($n = 9$) nor comorbidity ($n = 8$). In addition, 10 operable non-small cell lung cancer patients refused to undergo surgery ($n = 10$). Contrast-enhanced CT was performed 1 month after RF ablation to evaluate the response to therapy as well as clinical manifestations were assessed after being discharged and follow up release clinic to better.

Results: Preliminary outcome at 1-month follow-up, complete response was in 8 of 32 (25%) patients, incomplete response in 24 of 32 (75%) patients. Among 20/32 (62.5%) patients having a cough, 30% (6/20) had tremendously reduced cough; 18/32 (56.25%) patients having chest pain, 44.4% (8/18) improved significantly. Complications included procedure-related pneumothorax in 14 of 32 patients (43.75%), subcutaneous emphysema in 1 of 32 patients (3.1%), hemoptysis in 2 of 32 patients (6.2%), pneumonia in 1 of 32 pts (3.1%).

Conclusion: This study demonstrates the feasibility, efficacy, and safety of radiofrequency ablation for pulmonary malignant tumors in inoperable patients. Additional trials are needed to determine safety and efficacy.

Key words: Radiofrequency, pulmonary malignant tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong năm 2008, có khoảng 12,7 triệu trường hợp ung thư và 7,6% chết do ung thư. Ung thư phổi là ung thư thường gặp nhất ở nam giới, chiếm 17% tổng số trường hợp ung thư mới, và 23% tử vong do ung thư [9]. Phẫu thuật cắt bỏ u vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu cho giai đoạn đầu UTPKTBN và cũng mang lại lợi ích cho một số bệnh nhân có u ngoài lồng ngực di căn khu trú ở phổi [12]. Tuy nhiên, có những bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn I–IIIa không thể phẫu thuật cắt bỏ u do chức năng phổi kém hoặc do có thêm một bệnh nặng khác. Lựa chọn thay thế điều trị phẫu thuật bao gồm hóa trị và xạ trị, nhưng những bệnh nhân này có thời gian sống thêm thường thấp hơn so với những bệnh nhân được cắt bỏ hoàn toàn khối u phổi. Đốt u phổi bằng sóng cao tần là kỹ thuật ít xâm lấn, thực hiện dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp điện toán lồng ngực, được áp dụng để có thêm sự chọn lựa trị liệu thích hợp cho những bệnh nhân này nhằm nâng cao hiệu quả điều trị [5],[3]. Nguyên lý của đốt u bằng sóng cao tần là dùng năng lượng điện từ gây tổn thương không thể phục hồi của tế bào khối u đích. Đốt u bằng sóng cao tần là một trong những tiến bộ lớn để xử lý các khối u đặc trong khi giảm thiểu tổn thương mô xung quanh, nhằm cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ tổn thương không thể phẫu thuật.

Đốt u bằng sóng cao tần đã được sử dụng để điều trị thành công các khối u đặc của phổi, gan, thận và xương [4]. Lần đầu tiên tại Việt Nam, chúng tôi thực hiện nghiên cứu kỹ thuật đốt u phổi bằng sóng cao tần cho những bệnh nhân ung thư phổi không thể phẫu thuật nhằm đánh giá hiệu quả, biến chứng của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

32 trường hợp liên tiếp bị ung thư phổi không thể thực hiện phẫu thuật, được đốt u phổi bằng sóng cao tần bằng máy RITA Model 1500X, của hãng AngioDynamics, Hoa Kỳ. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 9/2011 đến tháng 12/2012. Sau khi hoàn thành thủ thuật đốt u phổi bằng sóng cao tần, chúng tôi ghi nhận biến chứng, ghi nhận sự cải thiện triệu chứng lâm sàng, đánh giá lại thay đổi đường kính khối u và tính chất tăng quang của khối u sau 1 tháng thực hiện thủ thuật so với trước khi can thiệp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt lâm sàng.

● Chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân phải nhịn đói bữa sáng trước thủ

thuật và nằm nội trú ở bệnh viện ít nhất một ngày. Các bệnh nhân này được kiểm tra toàn bộ các xét nghiệm thường quy, không có chống chỉ định đốt u phổi bằng sóng cao tần (u phổi cách phế quản chính dưới 1cm, u phổi kèm xẹp phổi hoặc viêm phổi tắc nghẽn, bệnh nhân có rối loạn đông máu không kiểm soát được, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu). Vào đêm trước lúc thực hiện thủ thuật, cho bệnh nhân uống diazepam 5mg. Thủ thuật được thực hiện tại phòng chụp cắt lớp điện toán của bệnh viện. Bệnh nhân được thở oxy liên tục từ 5-8 lít/phút, tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp Ketorolac 0,5mg/kg, truyền tĩnh mạch Propofol 1-2mg/kg/giờ và Remifentanyl 0,1 mcg/kg/giờ[10]. Các dấu hiệu sinh tồn được theo dõi liên tục trong lúc thực hiện và một giờ sau thủ thuật[16].

● Kỹ thuật

Vị trí và hướng đâm kim vào u phổi được hướng dẫn bởi chụp cắt lớp điện toán lồng ngực. Hướng đưa kim vào u phổi phải được cân nhắc trước để tránh mạch máu lớn, khí quản, và các cơ quan quan trọng khác. Sau khi tiền mê và bệnh nhân ngủ yên, thủ thuật viên sẽ sát trùng da và gây tê bằng lidocaine 2% rồi đưa một cây kim điện cực qua da vào chính giữa khối u. Đồng thời hai tấm điện cực khác được đặt ở hai đùi của bệnh nhân. Kim điện cực này và hai tấm điện cực ở hai đùi sẽ được nối với máy phát sóng cao tần. Sự chênh lệch về diện tích bề mặt của kim điện cực khá nhỏ so với diện tích bề mặt khá lớn của hai tấm điện cực ở hai đùi của bệnh nhân sẽ tạo ra nhiệt năng tập trung xung quanh kim điện cực nhằm giúp tiêu hủy tế bào ung thư nằm trong khối u. Căn cứ vào đường kính u phổi mà thủ thuật viên sẽ điều chỉnh nhiệt độ nơi đốt, thời gian và công suất máy theo bảng hướng dẫn (bảng 1). Lý tưởng là chu vi đốt phải rộng hơn chu vi của khối u từ 0,5-1cm. Kim điện cực được dùng một lần cho mỗi một bệnh nhân. Trước, trong và sau thủ thuật bệnh nhân luôn được chụp cắt lớp điện toán lồng ngực để đánh giá tổn thương, hướng kim và các biến chứng có thể xảy ra như tràn khí màng phổi, xuất huyết nhu mô, tràn khí dưới da, tràn máu màng phổi... bệnh nhân được chụp X quang lồng ngực thẳng tại giường tại

thời điểm 1 và 24 giờ sau thủ thuật để theo dõi và phát hiện các biến chứng trễ. Nếu các dấu hiệu sinh tồn ổn định, các xét nghiệm sau đó không có thay đổi gì đáng kể, không có biến chứng nào được ghi nhận, bệnh nhân có thể được ra viện sau 24 giờ thực hiện thủ thuật. Nếu có bất kỳ biến chứng nào được ghi nhận, chúng tôi sẽ kịp thời điều trị hợp lý cho đến khi bệnh nhân ổn định hoàn toàn mới cho xuất viện[4].

Bảng 1: Các chỉ số kỹ thuật khi đốt u phổi bằng sóng cao tần

Kích thước u phổi	Nhiệt độ đốt	Công suất điện	Thời gian đốt
20 mm	90°C	35 - 50 w	10 phút
30 mm	90°C	50 - 70 w	15 phút
40 mm	90°C	70 - 90 w	20 phút
50 mm	90 - 100°C	90 - 110 w	Lần 1: 15 phút Lần 2: 10 phút

Tất cả các bệnh nhân đều được ghi nhận tiền sử, bệnh sử, các triệu chứng lâm sàng có trước và sau khi làm thủ thuật cũng như đặc điểm u phổi qua chụp cắt lớp điện toán lồng ngực trước và sau đốt u phổi bằng sóng cao tần. Các số liệu sau khi thu thập sẽ được mã hóa và nhập vào máy vi tính, sử dụng phần mềm Stata 10 để xử lý. Chúng tôi sử dụng phép kiểm Mann-Whitney để so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân cho các biến định lượng và phép kiểm χ^2 để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ giữa hai nhóm bệnh nhân cho các biến định tính. Thực hiện phép kiểm chính xác của Fisher (Fisher's Exact Test) nếu có trên 20% số ô trong bảng chéo có tần số mong đợi nhỏ hơn 5. Tất cả các phương pháp kiểm định giả thuyết được thực hiện bằng cách sử dụng kiểm định 2 bên (two-sided alternatives). Ngưỡng ý nghĩa là 0,05 ($p < 0,05$) để chấp nhận hay bác bỏ giả thuyết thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Từ tháng 9/ 2011 đến 12/ 2012 chúng tôi ghi nhận

thực hiện thủ thuật đốt u phổi bằng sóng cao tần cho 32 bệnh nhân (22 bệnh nhân nam, 10 bệnh nhân nữ). Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 60 ± 13 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân nam là 60 ± 12 tuổi (từ 41 tuổi đến 81 tuổi). Tuổi trung bình của bệnh nhân nữ là 63 ± 16 tuổi (từ 36 tuổi đến 78 tuổi). Không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi theo giới tính ($p > 0,56$). 18 bệnh nhân (56,25%) bị ung thư phổi nguyên phát giai đoạn I - IIIa nhưng không thể phẫu thuật (8 bệnh nhân có bệnh nặng đi kèm, 10 bệnh nhân từ chối phẫu thuật), 9 bệnh nhân (28,12%) bị ung thư phổi nguyên phát giai đoạn IIIB - IV, 5 bệnh nhân bị ung thư phổi thứ phát (3 trường hợp di căn từ gan, 1 trường hợp di căn từ vú, 1 trường hợp di căn từ tuyến tiền liệt). 10 bệnh nhân có u phổi ngoại vi, 22 bệnh nhân có u phổi trung tâm. Đo kích thước u phổi trên hình ảnh chụp cắt lớp điện toán lồng ngực thấy có 10 (31,25%) bệnh nhân có đường kính u phổi ≤ 30 mm, 14 (43,75%) bệnh nhân có đường kính u phổi từ 31 mm đến 50 mm, 8 (25%) bệnh nhân có đường kính u phổi > 50 mm. Không thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa vị trí giải phẫu và đường kính u phổi ($p = 0,6$), giữa giới tính và đường kính u phổi ($p = 0,093$).

3.2. Đánh giá sau điều trị

Chúng tôi đánh giá hiệu quả điều trị đốt u phổi bằng sóng cao tần dựa vào so sánh đường kính của u, đặc tính của u, tính chất cản quang của u phổi trước và sau thủ thuật một tháng (bảng 2). Đồng thời chúng tôi cũng ghi nhận sự cải thiện về triệu chứng lâm sàng có trước và sau khi thực hiện thủ thuật.

Bảng 2: Kết quả đáp ứng điều trị sau một tháng thực hiện thủ thuật.

Đường kính	Kết quả đáp ứng điều trị		Cộng
	Hoàn toàn	Một phần	
≤ 30 mm	5	5	10
30-50mm	2	12	14
> 50 mm	1	7	8
Cộng	8	24	32

Chúng tôi ghi nhận có 20/32 (62,5%) số trường

hợp bị ho nhiều trước nhập viện, trong đó có 6/20 (30%) số này có cải thiện rõ rệt triệu chứng ho sau 2 ngày thủ thuật; Có 18/32 (56,25%) bệnh nhân có đau tức ngực trước thủ thuật thì có 8/18 (44,4%) số này có cảm giác cải thiện rõ rệt triệu chứng tức ngực sau thủ thuật.

Chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp thất bại ngay khi làm thủ thuật lần thứ nhất [1 trường hợp ho dữ dội phải tạm dừng thủ thuật (thực hiện lại 3 ngày sau thành công) và 1 trường hợp ho ra máu]. Sau thủ thuật, có 14 trường hợp tràn khí màng phổi lượng ít, theo dõi sau 24 giờ có một trường hợp tràn khí màng phổi lượng vừa phải đặt ống dẫn lưu kín màng phổi (sau 48 giờ kiểm tra thấy phổi nở hoàn toàn nên rút ống dẫn lưu). Có hai trường hợp ho ra máu lượng ít, ổn định sau 24 giờ theo dõi. Trong nhóm bệnh nhân có đường kính u phổi > 50 mm có một trường hợp bị sốt kèm tăng bạch cầu và có tổn thương phổi mới xuất hiện trên X quang lồng ngực có đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh như một trường hợp viêm phổi. Có một trường hợp bị tràn khí dưới da; không có biến chứng nặng hay tử vong liên quan đến thủ thuật. Số ngày trung bình nằm viện sau thủ thuật là $4,7 \pm 2$ ngày [$4,1 \pm 2,1$ ngày đối với nhóm bệnh nhân có đường kính u phổi ≤ 30 mm, $5,2 \pm 2,4$ ngày đối với nhóm bệnh nhân có đường kính u phổi từ 31 mm đến 50 mm, $4,6 \pm 1,5$ ngày đối với nhóm bệnh nhân có đường kính u phổi > 50 mm ($p > 0,5$)].

IV. BÀN LUẬN

Đốt u phổi bằng sóng cao tần được Dupuy báo cáo đầu tiên vào năm 2000. Tác giả đã thành công trong điều trị giảm nhẹ cho 3 bệnh nhân[6]. Kể từ đó, đã có một số báo cáo về tính khả thi và an toàn của phương pháp điều trị này. Đặc biệt, báo cáo nghiên cứu đa quốc gia của Steinke và cộng sự (cs) trên gần 500 trường hợp đốt u phổi bằng sóng cao tần cho thấy kỹ thuật ít xâm lấn này có tỉ lệ tử vong không đáng kể, thời gian nằm viện ngắn, chất lượng cuộc sống được cải thiện [15]. Hầu hết các báo cáo tập trung vào thời gian theo dõi ngắn với kết quả ngắn hạn đáng khích lệ. Herrera thực hiện nghiên cứu đốt u phổi bằng sóng cao tần cho 18 bệnh nhân

ung thư phổi nguyên phát hoặc thứ phát (5 bệnh nhân đốt u trong khi phẫu thuật mở lồng ngực, 13 bệnh nhân đốt u bằng kim điện cực xuyên da). Sau thời gian theo dõi trung bình 6 tháng, tác giả nhận thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn hoặc một phần là 55%, tỷ lệ bệnh ổn định là 17% với đường kính trung bình 5,3cm. Tỷ lệ đáp ứng điều trị dường như là tốt hơn cho các tổn thương có kích thước nhỏ hơn (66% cho tổn thương < 5cm so với 33% cho tổn thương > 5cm) [8]. Nghiên cứu của Fernando và cs cho thấy có 63% bệnh nhân UTPKTBN có đáp ứng hoàn toàn với đốt u phổi bằng sóng cao tần sau thời gian theo dõi trung bình 14 tháng [7]. Trong một nghiên cứu trên 54 bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát hoặc thứ phát, Akebosi và cs báo cáo tỷ lệ làm hoại tử hoàn toàn u phổi bằng sóng cao tần là 59%. Các tác giả này cũng nhận thấy u có kích thước ≤ 3 cm sẽ có đáp ứng điều trị tốt hơn u có kích thước > 3cm (tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn theo thứ tự là 69% so với 39%, $p < 0,05$) [1]. Điều ghi nhận này được tái xác định qua nghiên cứu của Lee và cs, những người đã nhận thấy tỷ lệ hoại tử hoàn toàn sau thời gian theo dõi 12,5 tháng kể từ khi đốt u phổi bằng sóng cao tần là 38% đối với u phổi có kích thước từ 3cm đến 5cm và 100% đối với u phổi có kích thước < 3cm ($p < 0,05$), trong khi tỷ lệ này ở u phổi có đường kính > 5cm chỉ là 8% [11]. Theo dõi kết quả sau 12 tháng đốt u phổi bằng sóng cao tần ở những bệnh nhân ung thư đại-trực tràng di căn phổi, Steinke và cs nhận thấy tỷ lệ những tổn thương có kích thước từ 0,3cm đến 4,2cm biến mất hoặc giảm kích thước, hoặc ổn định là 65% [14]. Nghiên cứu của Ambrogi và cs cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau thời gian theo dõi trung bình 23,7 tháng kể từ khi đốt u phổi bằng sóng cao tần là 61,9% (39/63 tổn thương). Tỷ lệ này ở u phổi có kích thước < 3cm là 69,7%, ở u phổi có kích thước ≥ 3 cm là 50%, ở u di căn từ tổn thương ác tính ngoài phổi là 70,8%, u di căn từ tổn thương ác tính của phổi là 56,4%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi chụp cắt lớp điện toán lồng ngực để đánh giá hiệu quả của thủ thuật thông qua đánh giá tổn thương ở u đích trước và sau thủ thuật qua ghi

nhận các thông số là kích thước u đích (đường kính lớn nhất), đặc tính cũng như tính chất cản quang của u đích với thời gian theo dõi tối thiểu là một tháng. Phân tích kết quả thu được chúng tôi thấy có 8/32 (25%) trường hợp là đáp ứng hoàn toàn với hoặc kích thước lớn nhất giảm 30%, hoặc không còn tồn thương hình dạng bờ nhám nhờ quanh u, hoặc không có hình ảnh tăng quang sau thủ thuật hoặc có hình ảnh hoại tử trung tâm của u đích. Có 24/32 bệnh nhân (75%) trường hợp đáp ứng một phần (có giảm nhẹ kích thước u, còn tăng quang nhẹ và/ hoặc có tổn thương hoại tử trung tâm). Kết quả đáp ứng điều trị các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phụ thuộc vào kích thước u đích: đáp ứng hoàn toàn có 5/10 u phổi có kích thước ≤ 30 cm, 3/22 u phổi có kích thước > 30 cm; đáp ứng một phần có 5/10 u phổi có kích thước ≤ 30 cm, 19/22 u phổi có kích thước > 30 cm.

Phân tích 18 ca bị KPKTBN giai đoạn sớm có 8 ca không có chỉ định mổ thì có tới 10 ca từ chối phẫu thuật, tìm hiểu nguyên nhân chúng tôi nhận thấy đa số là do tâm lý lo sợ khi mổ sẽ làm tổn thương lan rộng, ngoài ra còn có nguyên nhân là bằng lòng chấp nhận số phận, càng thực hiện ít can thiệp càng tốt.

Phân tích 2 triệu chứng chủ yếu gặp phải trong ung thư phổi là ho và tức ngực thì thấy có 30% số bệnh nhân bị ho có cải thiện ngay triệu chứng ho vào ngày thứ 2 sau thủ thuật và có 44,4% số bệnh nhân có giảm rõ cảm giác tức nặng ngực. Dù số bệnh nhân tham gia nghiên cứu còn nhỏ nhưng đây cũng là tín hiệu đáng mừng cho thấy hiệu quả của thủ thuật.

Có 2 trường hợp thất bại ngay khi làm thủ thuật lần đầu (1 trường hợp ho ra máu, 1 trường hợp ho dữ dội). Trường hợp bệnh nhân bị ho ra máu ngay sau khi đưa kim điện cực vào, có u đích nằm ở giữa nhu mô phổi, nên phải ngưng thủ thuật ngay lập tức. Trường hợp bệnh nhân ho dữ dội không thể tiếp tục thủ thuật là bệnh nhân nữ đã quá lo lắng và mất ngủ đêm trước thủ thuật, tiền mê không tốt nên bệnh nhân có phản ứng lo sợ thái quá ngay từ đầu. Những bệnh nhân sau đó, chúng tôi thực hiện tư vấn kỹ cho

bệnh nhân cũng như thực hiện tốt tiền mê và tê tại chỗ nên không còn xảy ra tình trạng tương tự. Trong nghiên cứu đốt u phổi bằng sóng cao tần của Jin và cs có 6/16 (37,5%) trường hợp thất bại lần đầu trong đó có 4 trường hợp đau do tiền mê không tốt và 2 trường hợp do ho nhiều thì kết quả thực hiện đốt u phổi lần đầu bằng sóng cao tần trong nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn [10].

Sau thủ thuật đốt u phổi lần đầu bằng sóng cao tần, chúng tôi ghi nhận có 1 (3,1%) trường hợp tràn khí dưới da lượng ít và 14 (43,75%) trường hợp tràn khí màng phổi lượng ít. Trong số này có 1 (3,1%) trường hợp tràn khí màng phổi tăng lên trong vòng 24 giờ nên phải đặt ống dẫn lưu kín màng phổi, sau 48 giờ kiểm tra thấy phổi nở hoàn toàn nên chúng tôi rút ống dẫn lưu, theo dõi tiếp sau 72 giờ thấy bệnh ổn định nên chúng tôi cho xuất viện. Có 2 (6,2%) trường hợp ho ra máu lượng ít sau thủ thuật và ổn định sau 24 giờ theo dõi. Có 1 (3,1%) trường hợp bị viêm phổi có đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh, sau 1 tháng kiểm tra thấy kích thước tổn thương không đổi nhưng có hoại tử trung tâm cũng như tăng quang nhẹ sau cản quang. Không có tai biến nặng hoặc tử vong liên quan thủ thuật. Nghiên cứu đốt u phổi bằng sóng cao tần của Simon và cs có 52/183 (28,4%) trường hợp bị tràn khí màng phổi, trong đó có 18/183 (9,8%) trường hợp phải đặt ống dẫn lưu kín màng phổi [13]. Nghiên cứu đốt u phổi bằng sóng cao tần của Fernando và

cs có 1/18 (5,5%) trường hợp tử vong hậu phẫu do viêm phổi, 7/18 (39%) trường hợp tràn khí màng phổi phải đặt ống dẫn lưu kín nhưng trong nghiên cứu này có 2 bệnh nhân đốt u phổi qua mở lồng ngực tối thiểu [7]. Nghiên cứu của Lee và cs có 2/32 (6,2%) trường hợp phải đặt ống dẫn lưu kín màng phổi và 1 trường hợp rối loạn chức năng hô hấp (3,1%) [11]. Như vậy, ngoài 1 trường hợp tử vong hậu phẫu do viêm phổi trong nghiên cứu của Fernando và cộng sự [7], các biến chứng của đốt u phổi bằng sóng cao tần là an toàn và dễ xử trí.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có thời gian nằm viện trung bình sau thủ thuật là 4,7 ngày, dài hơn so với nghiên cứu của Fernando (2,5 ngày) [7]. Sự khác biệt này có thể do một số bệnh nhân thực hiện thủ thuật vào ngày thứ năm, thứ sáu trong tuần, không thể xuất viện vào thứ bảy và chủ nhật nên có thể làm kéo dài thêm ngày nằm viện. Ngoài ra có một trường hợp có biến chứng viêm phổi phải điều trị dài ngày sau thủ thuật.

KẾT LUẬN

Chúng tôi nhận thấy đốt u phổi bằng sóng cao tần là một thủ thuật tương đối an toàn, hiệu quả, có thể áp dụng nhằm phá hủy tổn thương ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ không thể phẫu thuật cũng như ung thư phổi thứ phát (di căn từ ung thư đường tiêu hóa, ung thư tiền liệt tuyến hoặc ung thư vú...)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Có 16 tài liệu tham khảo, nếu có nhu cầu xin đọc giả liên hệ với tác giả