

## KẾT QUẢ ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CẮT BỎ U TUYẾN ỨC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHƯỢC CƠ TẠI BỆNH VIỆN 103

Mai Văn Viện, Lê Việt Anh

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong cắt u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 38 bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức trong số 68 trường hợp được phẫu thuật nội soi cắt u tuyến ức Tại Bệnh viện 103, từ tháng 9/2008- 6/2012.

**Kết quả:** 38 bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức được phẫu thuật nội soi lồng ngực: 26 nữ, 12 nam, tuổi trung bình 33,5 (12- 69). tình trạng nhược cơ: nhóm I: 4, IIA: 24, IIB:10. Giai đoạn u theo phân loại của Masaoka: I là 16, II là 14, III là 4 và IV là 4

Không có tử vong do phẫu thuật, tai biến 5,2%, biến chứng 7,8%, thời gian theo dõi hồi sức tích cực trung bình 24 giờ (1-72), số ngày điều trị trung bình sau mổ: 7,5 (5-20).

Kết quả tốt ở giai đoạn sớm (dưới 1 năm) là 84,0%, sau 1 năm 88,9% tương đương tỷ lệ tốt 85,7% và 88,7% của phương pháp cắt u tuyến ức bằng mổ mở đường giữa xương ức hay mở ngực.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi lồng ngực có thể áp dụng cắt u tuyến ức nói chung, u tuyến ức nói riêng để điều trị bệnh nhược cơ, không có tử vong phẫu thuật, tai biến, biến chứng thấp. Kết quả tốt ở giai đoạn sớm sau mổ tương đương phẫu thuật mổ mở qua xương ức.

**Từ khoá:** Phẫu thuật nội soi lồng ngực, Bệnh nhược cơ và u tuyến ức.

### EVALUATION RESULTS OF THORACOSCOPIC SURGERY IN THYMOMECTOMY FOR MYASTHENIA GRAVIS

Mai Van Vien, Le Viet Anh

**Objectives:** To evaluate the results of thoracoscopic thymomectomy for Myasthenia Gravis at Hospital 103

**Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on 38 cases of thymoma among 68 patients with myasthenia gravis who were undergone thoracoscopic thymectomy at Hospital 103, from 9/2008 to 6/2012

**Results:** There were 38 patients Myasthenia gravis with thymoma who was undergone

thoracoscopic thymomectomy : 26 females, 12 males, mean age was 33,5 (range, 12-69), classification of Myasthenia was: stage I: (4), IIA:(24), IIB:(10). Masaoka's stages: I (16), II (14), III (4) and IV (4)

No hospital mortality, accidents 5,2%, complications:7,8%, mean time of intensive treatment was 24h (1-72h), mean time of postoperative treatment 7,5 days (5-20). Early operative results show an equivalent effectiveness to the method of transternal thymectomy.

**Conclusion:** Thoracoscopic surgery can be widely indicated for patients with myasthenia gravis at stage I-IIB with or without thymoma.

**Key words:** Thoracoscopic surgery, Myasthenia gravis with thymoma

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có khoảng gần một nửa số bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức. Việc cắt bỏ u tuyến ức nói riêng, tuyến ức nói chung từ lâu đã là một biện pháp điều trị hiệu quả bệnh nhược cơ.[1],[3].

Nếu như trước đây việc cắt bỏ tuyến ức, u tuyến ức thường được thực hiện bằng đường mổ dọc giữa xương ức, thì ngày nay với sự phát triển của phẫu thuật nội soi lồng ngực việc cắt bỏ tuyến ức, u tuyến ức đã dần được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. [1],[2],[3],[6].

Tuy nhiên, cho tới nay trên thế giới cũng như trong nước việc ứng dụng phẫu thuật lồng ngực trong cắt bỏ u tuyến ức để điều trị bệnh nhược cơ chưa nhiều và chưa được quan tâm một cách thích đáng.

Tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực Bệnh viện 103, từ tháng 9/2008 đến 6/2012 điều trị ngoại khoa bệnh nhược cơ bằng cắt bỏ tuyến ức, u tuyến ức đã hầu như được thay thế bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực [3],[4].

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong cắt bỏ u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ.*

\* Bộ môn - Khoa phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện 103,  
Học viện Quân Y

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Mai Văn Viện

Email: maivanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 07/06/2013 - Ngày Cho Phép Đăng: 13/6/2013

Phản Biện Khoa học: GS.TS. Đặng Hanh Đệ,  
PGS.TS.Lê Ngọc Thành

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Gồm 38 bệnh nhân nhược cơ có U tuyến ức trong số 68 bệnh nhân được cắt bỏ tuyến ức bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực, tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện 103, trong thời gian từ tháng 9/2008 đến 6/2012.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

#### + **Chỉ định phẫu thuật:**

- Bệnh nhân nhược cơ nhóm I- IIB, có u tuyến ức, tăng sản tuyến ức

- Bệnh nhân nhược cơ tái phát sau mổ mở (đường giữa xương ức)

#### + **Chuẩn bị bệnh nhân:**

- Làm các xét nghiệm thường qui cần thiết, chức năng hô hấp.

- Chụp Xquang lồng ngực chuẩn, CT- scanner lồng ngực có bơm khí trung thất.

- Điều trị trước mổ : kháng sinh chống bội nhiễm.

#### + **Qui trình phẫu thuật :**

- *Phương pháp vô cảm* : gây mê nội khí quản bằng ống nội khí quản 1 nòng (kết hợp bơm khí CO2 trong mổ) hoặc ống 2 nòng (không cần bơm khí trong mổ)

- *Tư thế bệnh nhân* : nằm nghiêng 30<sup>0</sup>.

- *Các bước kỹ thuật* :

Tuỳ theo vị trí u của tuyến ức mà tiếp cận trung thất qua khoang màng phổi phải hoặc trái

Đặt Trocar: Sử dụng 3 trocars: Trocar đầu tiên cho camera, đặt tại gian sườn V đường nách giữa, Trocar thứ hai đặt tại gian sườn III đường nách trước, Trocar còn lại đặt tại gian sườn VI đường giữa đòn hoặc đường nách trước.

Dụng cụ nội soi : sử dụng bộ dụng cụ của hãng Karl-Storz

Sau khi phẫu tích giải phóng, khối u sẽ được lấy ra khỏi lồng ngực bằng cách cho vào một túi nilon, kết hợp mở ngực tối thiểu (3 – 5cm) qua một cửa trocar để lấy khối u ra ngoài, trong những trường hợp khối u lớn có thể mở rộng hơn.

Bệnh phẩm được gửi giải phẫu bệnh lý.

Kết thúc phẫu thuật : kiểm tra cầm máu vùng mổ, kiểm tra thông khí phổi , đặt dẫn lưu khoang màng phổi : thường đặt 1 ống (Argyl 32F) dẫn lưu dịch, trong trường hợp cần thiết đặt thêm 1 ống (Argyl-18F) dẫn lưu khí.

Tiến hành nở phổi trước khi rút trocar và đóng ngực.

#### + **Sau phẫu thuật**

- Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật, chụp Xquang lồng ngực kiểm tra và rút dẫn lưu, thu thập kết quả giải phẫu bệnh lý.

- Đánh giá kết quả chia 2 nhóm: tốt (bệnh khối; hoặc cải thiện nhiều còn dùng thuốc với liều thấp) và không tốt (bệnh không khối cải thiện ít, tái phát).

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng

+ Phân bố tuổi: Tuổi bệnh nhân từ 12 đến 69, trung bình là 33,5, hay gặp nhất lứa tuổi 20-50: 75%

+Phân bố giới tính: Tỷ lệ bệnh nhân nữ là 68,4% nhiều hơn so với nam (31,6%). Tỷ lệ nữ /nam là 2,16

+ Tình trạng nhược cơ: gặp nhiều nhất là nhóm IIA: 63,1%, nhóm IIB 26,3%, nhóm I: 10,6 %, có 1 trường hợp tái phát

### 3.2 Kết quả phẫu thuật

#### 3.2.1. Qui trình phẫu thuật

Bảng 3.1: Các bước kỹ thuật

Qui trình kỹ thuật		Bệnh nhân		P
		U tuyến ức n: 38	Không u n: 30	
Gây mê nội khí quản	Đặt ống 1 nòng	1	2	>0,05
	Đặt ống 2 nòng	37(97,3%)	28 (93,3%)	
Tư thế bệnh nhân: nghiêng 30 <sup>0</sup>		38	30	
Vào trung thất qua KMF	Phải	4 (10,6%)	0(0,0%)	<0,01
	Trái	34 (89,4%)	30(100,0%)	
Số trocar sử dụng	3	34 (89,4%)	28(93,3%)	
	4	4 (10,6%)	2	
Vị trí đặt trocar	LS 3- nách trước	38	30	>0,05
	LS 5- nách trước		4	
	LS 5 - nách giữa	38	30	
	LS 6 - giữa đòn	38	30	
	LS6 - nách trước		10	
	LS 7 - nách sau	2	2	

Vị trí tiếp cận trung thất để cắt u tuyến ức phụ thuộc vào vị trí của u. Có 34/38 (89,4%) u lệch về trái được cắt bỏ qua khoang màng phổi trái, chỉ có 10,6% (4/38) u lệch sang phải được cắt bỏ qua khoang màng phổi phải. Khác với u các trường hợp khác không phải u có thể thực hiện được hoàn toàn qua một bên trái.

3.2.2. Diễn biến phẫu thuật

Bảng 3.2: Diễn biến phẫu thuật

Qui trình kỹ thuật		Diễn biến phẫu thuật				p
		U tuyến ức		Không u		
		Thuận lợi	Không thuận lợi	Thuận lợi	Không thuận lợi	
<b>Bơm khí CO2, KMF</b>	Có, (1nòng)		1		2	
	Kh,(2 nòng)	28(76,0%)	9(24,0%)	26 (92,8%)	2(7,2%)	< 0,05
<b>Bơm khí trung thất</b>	Có bơm	20 (80,0%)	5 (20,0%)	5(100,0%)		< 0,05
	Không bơm	6(46,2%)	7(53,8%)	18(72,0%)	7(2,08%)	

Diễn biến phẫu thuật của nhóm không u thuận lợi hơn nhóm u (92,8% so với 76,0%) với p<0,05. Có nghĩa mổ u khó hơn nhóm không u.

Trong nhóm 30 trường hợp có bơm khí trung thất trước mổ: 25 ca u và 5 ca không u thấy rằng nhờ tác dụng bóc tách của khí giúp quá trình phẫu thuật thuận lợi hơn với cả nhóm u và nhóm không u. Tuy vậy tỷ lệ thuận lợi của u (80,0%) thấp hơn(100,0%) nhóm không u (p<0,05)

3.2.3. Phạm vi can thiệp phẫu thuật

Bảng 3.3: Phạm vi can thiệp phẫu thuật nội soi lồng ngực

Phạm vi can thiệp	Giai đoạn U tuyến ức				
	Chưa xâm lấn		Xâm lấn		
	I	II	III	IV	
<b>Nội soi hoàn toàn</b>	16	14	2	1	33(86,8%)
<b>Chuyển mổ mở</b>			2	3	5(13,2%)
<b>Cộng</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>38</b>

Có 86,8% trường hợp u được cắt bỏ hoàn toàn bằng nội soi. Trong số này phần lớn (30/33=90,9%) u ở giai đoạn I, II, có 3 trường hợp u đã có biểu hiện xâm lấn rộng ra xung quanh (giai đoạn III,IV), vẫn có thể tiến hành nội soi hoàn toàn.

Có 5/38 (13,2%) trường hợp phải chuyển sang mổ mở, trong đó có 2 trường hợp u ở giai đoạn III, quá trình phẫu tích có tai biến tổn thương mạch máu (1 trường hợp rách động mạch phổi, 1 trường hợp rách tĩnh mạch vô danh) gây chảy máu nhiều phải chuyển mổ mở. Còn lại 3 trường hợp u ở giai đoạn IV (xâm lấn màng tim, màng phổi,..) có kích thước lớn hơn 8cm không thể cắt được bằng nội soi.

Không có trường hợp nào can thiệp nội soi hỗ trợ, hay dừng lại nội soi chẩn đoán.

**+Tai biến, biến chứng trong và sau mổ**

- Gặp 2 (5,2%) trường hợp chảy máu trong mổ: 1 do tổn thương động mạch phổi phải, một do rách tĩnh mạch vô danh.

- Biến chứng trong và sau mổ: tử vong không, suy hô hấp: 2, tràn dịch khoang màng phổi: 1.

- Thời gian mổ: trung bình 65 phút (40-180phút), trong đó dưới 60 phút có 19 trường hợp, 60-120 phút có 18 trường hợp, trên 120 phút có 1 trường hợp

- Thời gian hồi sức sau mổ: có 6 bệnh nhân (15,7%%) không qua hồi sức, 28/38 (73,6%) bệnh nhân theo dõi từ 12-24h, 4/38 (10,5%%) theo dõi điều trị 48-72h.

+ **Thời gian dẫn lưu khoang màng phổi:** trung bình 32,6 giờ (24-72 giờ)

+ **Thời gian điều trị sau mổ:** trung bình: 7,5 ngày (5-20): dưới 7 ngày có 22 bệnh nhân, 7-15 ngày có 14 bệnh nhân, trên 15 ngày có 2 bệnh nhân.

+ **Tỷ lệ kết quả tốt sau mổ:** 6 tháng là 84,0%, sau một năm là 88,9% tương đương tỷ lệ tốt 85,7% và 87,8% của nhóm mổ mở.

## V. BÀN LUẬN

### + Chỉ định phẫu thuật :

Điều trị ngoại khoa bệnh nhược cơ bằng phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức có thể tiến hành ở các lứa tuổi, trong cả 2 giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gặp các bệnh nhân nhược cơ ở tất cả các lứa tuổi từ 12 đến 69. Tuổi trung bình là 33,5 lứa tuổi hay gặp nhất là từ 20-50 tuổi. kết quả này cũng phù hợp với nhận xét ở một số công trình nghiên cứu trước đó về điều trị ngoại khoa bằng cắt bỏ tuyến ức theo phương pháp mổ mở kinh điển : Nguyễn Văn Thành(1988), Mai Văn Viện (2004)(2009)[2]. Điều này khẳng định rằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có thể áp dụng được cho các bệnh nhân nhược cơ tuổi từ 12 đến 69 tuổi.

Tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,16. Nhóm u là 2,3 tương đương Drachman D.B (1994)[2] là 1,5. Như vậy sự phân bố giới trong nghiên cứu này tương đương như trong mổ mở.

Tình trạng nhược cơ: gặp 3 nhóm: I, IIA, IIB, trong đó chủ yếu là nhóm IIA (63,1%). Tỷ lệ này tương đương kết quả của các công trình nghiên cứu về điều trị ngoại khoa bệnh nhược cơ theo các phương pháp kinh điển trước đây. Đặc biệt chúng tôi có chỉ định cho 2 trường hợp nhược cơ nhóm IIA tái phát sau phẫu thuật cắt tuyến ức bằng đường mổ xương ức, 1 trường hợp u và 1 trường hợp tăng sản tuyến kết quả mổ thuận lợi và tốt.

Tồn thương mô bệnh học: u: 38 trường hợp, tăng sản tuyến: 23 trường hợp, tồn tại tuyến ức là 7.

Trong số 38 trường hợp u trừ 3 trường hợp u to, ở giai đoạn IV (tức là có xâm lấn màng tim, màng phổi), và hai trường hợp chảy máu phải chuyển mổ mở còn lại 33 ca u từ giai đoạn I đến giai đoạn III (theo phân loại của Masaoka) đều có thể cắt được hoàn toàn bằng nội soi. Tuy nhiên u ở giai đoạn III, quá trình phẫu thuật khó khăn hơn.

*Như vậy, phẫu thuật nội soi lồng ngực có thể chỉ định cắt bỏ tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ với các bệnh nhân từ nhóm I đến nhóm IIB, có u hoặc không có u tuyến ức, nhược cơ tái phát, tuổi từ 12- 69, cả hai giới nam và nữ.*

+ **Phương pháp vô cảm:** Do tính chất của bệnh, dễ hạn chế biến chứng suy hô hấp trong và sau mổ,

khi mổ cắt tuyến ức qua đường mổ dọc giữa xương ức các tác giả thường được thực hiện dưới phương pháp vô cảm là mê tê. Vì vậy khi ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức, vấn đề đặt ra là liệu trong và sau gây mê tình trạng nhược cơ của bệnh nhân sẽ diễn biến như ra sao ? tỷ lệ suy hô hấp sau mổ thế nào?

Thực tế cho thấy sự ảnh hưởng của gây mê là không đáng lo ngại. Vấn đề đặt ra là nên đặt ống nội khí quản một nòng hay đặt ống hai nòng. Số liệu bảng 1 cho thấy đại đa số bệnh nhân (97,3% nhóm u, 93,3% nhóm không u) được đặt ống nội khí quản hai nòng, chỉ có khoảng 5,0% là đặt ống một nòng.

+ **Tư thế bệnh nhân trong mổ:** ở 68 bệnh nhân cho thấy: tư thế nằm nghiêng một góc 30<sup>0</sup>, có kê gối phía sau lưng, vai. Tuy nhiên theo Yim A(1996) đề xuất là có thể đặt nghiêng bệnh nhân 90<sup>0</sup> [4]

### + Đường tiếp cận trung thất:

Tuỳ theo kinh nghiệm, đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh tuyến ức mà các tác giả có sự lựa chọn khác nhau. Với Yim.A (1996), tác giả thường chọn đường tiếp cận trung thất qua khoang màng phổi phải. Một số tác giả Châu Âu lại lựa chọn đường tiếp cận qua khoang màng phổi trái [6],[7]. Trong số 68 trường hợp của chúng tôi có tới 94,1% (64/68) tiếp cận trung thất qua khoang màng phổi trái, chỉ có 4/68 (5,9%) phẫu thuật qua khoang màng phổi phải. Trong nhóm u có tới 10,5% trường hợp u lệch sang bên phải và được cắt bỏ u qua khoang màng phổi phải, trong khi đó ở nhóm không u 100% trường hợp có thể cắt bỏ được toàn bộ tuyến ức qua khoang màng phổi trái.

Lựa chọn đường tiếp cận trung thất qua khoang màng phổi bên phải hay bên trái chủ yếu là dựa vào đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh của tuyến ức cụ thể là vị trí của u tuyến ức trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Chúng tôi chưa nhận thấy có sự khác biệt gì rõ ràng khi phẫu thuật qua bên phải hay trái.

### + Số trocars sử dụng :

Cũng như một số tác giả: để can thiệp cắt bỏ tuyến ức bằng phẫu thuật nội soi thông thường phải cần đến 3 đường vào cho 3 trocar trong đó một dành cho camera, còn lại 2 trocar cho dụng cụ phẫu thuật. Trong những trường hợp cần thiết người ta có thể dùng thêm một trocar thứ tư hoặc thứ năm.

Kết quả của chúng tôi (bảng 3.1) cho thấy: đại đa số bệnh nhân nhóm u (89,4%) cũng như nhóm không u (93,3%) chỉ dùng 3 trocar, chỉ có 6 trường hợp: 4 ở nhóm u và 2 ở nhóm không u có sử dụng đến 4 trocars. Với số lượng trocar như vậy chúng tôi có thể thao tác cắt tuyến, u tuyến ức thuận lợi. Những trường hợp phải sử dụng đến trocar thứ tư là do bệnh nhân

béo, có những dải mỡ rất dày phía ngoài màng tim gây cản trở cho khả năng quan sát cũng như phẫu tích.

#### + Vị trí đặt Trocars:

Vị trí mà các tác giả hay dùng là: gian sườn 3 đường nách giữa, gian sườn 5 đường nách sau và gian sườn 6 đường nách trước.[5],[6],[8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 vị trí thường được sử dụng là: liên sườn 3 đường nách trước (100%), vị trí đặt camera ở liên sườn 5 đường nách giữa (100,0%) và liên sườn 6 đường giữa đòn là 100,0%. Với những vị trí như vậy cuộc mổ có thể thực hiện được một cách thuận lợi.

#### + Diễn biến và phạm vi can thiệp phẫu thuật:

Trong số 68 trường hợp phẫu thuật nội soi lồng ngực có tới 83,3% số cuộc mổ được tiến hành một cách bình thường và thuận lợi, trong số đó phải kể đến có gần nửa số trường hợp (30/68) có bơm khí trung thất ngay trước mổ. Dưới tác dụng bóc tách của không khí sẽ giúp cho phẫu thuật viên xác định và phẫu thuật vào trung thất tốt hơn, đặc biệt là với những trường hợp u tuyến ức. Kết quả này cũng phù hợp với những nhận xét của một số tác giả Ý năm 1996 [6]. Như vậy, việc bơm khí trung thất có thể áp dụng rộng rãi hơn vì đây là một thủ thuật tương đối đơn giản, dễ thực hiện, không tốn kém.[7]

Nguyên tắc phẫu thuật là phải lấy triệt để tuyến ức. Trong phẫu thuật nội soi lồng ngực cũng vậy, kết quả của nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước đã cho thấy giá trị của việc nội soi lồng ngực giúp cho phẫu thuật viên có khả năng quan sát rộng rãi hơn, giúp đánh giá được tình trạng tại chỗ cũng như xung quanh, đặc biệt là những trường hợp có u tuyến ức dính vào xung quanh. Kết quả nghiên cứu cho thấy: với 68 trường hợp phẫu thuật nội soi lồng ngực chúng tôi có thể cắt toàn bộ tuyến ức, u tuyến ức một cách thuận lợi.

Đặc biệt là trong số 38 trường hợp u tuyến ức có 33 trường hợp (86,6%) u ở giai đoạn I đến giai đoạn III theo Masaoka chúng tôi đã cắt bỏ hoàn toàn bằng nội soi an toàn. Ngoài 2 trường hợp có tai biến tổn thương mạch máu, còn lại 3 trường hợp u phải chuyển mổ mở, đó là 1 trường hợp u tái phát, 2 trường hợp khác u đã xâm lấn nhiều vào cả màng tim (giai đoạn IV theo Masaoka).

Kết quả này cho thấy qua nội soi lồng ngực chúng ta có thể can thiệp phẫu thuật cắt tuyến ức nói chung, u tuyến ức nói riêng một cách triệt để.[1],[3]

#### + Về tai biến và biến chứng của phẫu thuật:

Không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ. Có 2 trường hợp tổn thương mạch máu, dù đã tích cực cầm máu bằng kẹp Clip nhưng do tổn thương phức tạp (1 trường hợp rách động mạch phổi trái, 1 trường hợp rách tĩnh mạch vô danh) nên cầm máu qua nội soi không có hiệu quả phải chuyển mổ mở. Như vậy để hạn chế tai biến này cần xác định được tính chất xâm lấn của u trước mổ bằng chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có bơm khí trung thất và không nên chỉ định mổ khi u có xâm lấn nhiều (giai đoạn III và IV).

Về biến chứng của phẫu thuật: gặp 4/68 trường hợp chiếm 5,8% có biểu hiện suy thở sau mổ cần thông khí hỗ trợ. Trong số này phần lớn đều trở lại bình thường trong vòng 24 giờ đầu sau mổ.

Cần phải nói rằng nhờ có phẫu thuật nội soi, không phải mở xương ức nên đã hạn chế đau đớn giúp người bệnh có thể tự thở tốt hơn. Biến chứng suy thở sau mổ 5,8% thấp hơn rõ rệt so với mổ mở là 20-30%. Đây cũng là vấn đề rất quan trọng với bệnh nhân nhược cơ. Chúng tôi có gặp 1 trường hợp tràn dịch khoang màng phổi sau mổ do tai biến tổn thương mạch máu phải chuyển mổ mở. Có 2 trường hợp đau thần kinh liên sườn sau mổ vào tháng đầu sau đó ổn định. Hai trường hợp có rò dịch qua một trong 3 lỗ mở thành ngực để đặt trocar. Không có trường hợp nào liệt thần kinh hoành như thông báo của một số tác giả.

+ Về thời gian phẫu thuật: thời gian mổ kéo dài từ 40 phút đến 180 phút trung bình 65 phút, trong đó chủ yếu (80,0%) trong khoảng 60-120 phút, có khoảng gần 20% bệnh nhân thời gian mổ dưới 1 giờ. Có duy nhất một trường hợp kéo dài đến 3 giờ, đây là trường hợp mổ đầu tiên do chưa có kinh nghiệm từ việc đặt tư thế bệnh nhân, đường tiếp cận khoang màng phổi, mốc xác định để đi vào trung thất,...nên thời gian mổ đã phải kéo dài như vậy. Từ các trường hợp thứ hai trở đi chúng tôi đã rút được kinh nghiệm vì thế thời gian mổ rút ngắn một cách rõ rệt, kể cả là những trường hợp u có xâm lấn ra xung quanh nhưng thời gian tối đa chỉ còn là hai giờ.

+ Thời gian điều trị hồi sức tích cực: trước đây với phẫu thuật cắt tuyến ức qua đường mở dọc giữa xương ức thì hầu như tất cả các trường hợp đều được điều trị hậu phẫu tại khoa hồi sức tích cực. Trong số đó có nhiều trường hợp phải điều trị dài ngày tại hồi sức vì biến chứng suy hô hấp sau mổ, có những trường hợp kéo dài hàng tháng, đến hàng năm, tạo ra

một tâm lý nặng nề cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Với 38 bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức được phẫu thuật nội soi cho thấy có 6/38 (15,7%) bệnh nhân được chuyển về hậu phẫu tại khoa ngay sau mổ không qua hồi sức.

Số còn lại phải qua hồi sức để theo dõi trong vòng 24 giờ đầu sau mổ. Đây là ưu điểm của phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt bỏ tuyến ức nói chung, u tuyến ức nói riêng điều trị bệnh nhược cơ. Nhờ tránh phải đục xương ức, bệnh nhân ít đau, giúp cho khả năng tự thở của bệnh nhân sau mổ tốt hơn, hạn chế được biến chứng suy hô hấp sau mổ.

**+ Thời gian điều trị sau mổ:** Không kể thời gian nằm viện trước mổ thì thời gian điều trị trung bình sau mổ là 7,5 (5-20 ngày), cao hơn so với kết quả 5 ngày của một số tác giả. Giải thích cho sự khác nhau này phải chăng là liên quan đến chỉ định: nếu mổ những bệnh nhân nhược cơ nhẹ thì thời gian sau mổ sẽ ngắn hơn. Tuy nhiên so với trước đây thì thời gian trung bình như vậy đã được rút ngắn một cách rõ rệt. Đó là một ưu điểm về ứng dụng nội soi lồng ngực trong phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ.

**+ Tỷ lệ kết quả tốt ở giai đoạn sớm sau mổ.**

Theo dõi, kiểm tra đánh giá kết quả sớm ở 45 bệnh nhân sau mổ trên 6 tháng nhận thấy kết quả tốt giữa nhóm u và không u là tương đương là 84,0% , 35 bệnh nhân sau 1 năm là 88,9%, tương đương với kết quả tốt 85,7% và 87,8% của phương pháp cắt tuyến ức qua đường mở giữa xương ức. Tuy số lượng bệnh nhân chưa nhiều nhưng kết quả bước đầu như vậy gợi mở một hướng đi mới cho điều trị ngoại khoa bệnh nhược cơ.

**VI. KẾT LUẬN**

*Với kết quả nghiên cứu ứng dụng nội soi lồng ngực trong cắt bỏ u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ ở 68 bệnh tại Bệnh viện 103 trong thời gian từ 9/2008-6/2012, chúng tôi bước đầu rút ra một số kết luận sau:*

*Phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả*

*- Có thể tiến hành trên bệnh nhân nhược cơ từ nhóm I-IIB, có hoặc không có u tuyến ức, tuổi: 12- 69, cả 2 giới nam và nữ,*

*- Không có tử vong phẫu thuật, tai biến, biến chứng thấp.*

*- Ưu điểm: tổn thương thành ngực ít, ít đau, thời gian điều trị sau mổ ngắn, thẩm mỹ.*

*- Kết quả tốt ở giai đoạn sớm sau mổ 84,0%, sau 1 năm là 88,9% tương đương với 85,7% và 87,8% của phẫu thuật mở qua xương ức.*

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Nguyễn Công Minh (2008)**, “Phẫu thuật nội soi cắt tuyến hung điều trị bệnh nhược cơ” *Thông tin khoa học, Bệnh viện Chợ Rẫy.*
2. **Mai Văn Viện (2004)** ”Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, X quang và mô bệnh học tuyến ức liên quan đến kết quả điều trị ngoại khoa bệnh nhược cơ”, *Luận án tiến sỹ Y học, Học viện quân Y.*
3. **Mai Văn Viện, Phạm Vinh Quang (2009)**, Kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong cắt bỏ tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ, *Tạp chí Y học thực hành*, số 690-691: 18-24.
4. **Phạm Vinh Quang, Mai Văn Viện (2010)**, Phẫu thuật tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ, *Sách chuyên khảo, Nhà xuất bản Y học*
5. **Mack M., Landreneau R.J., Yim A.P., Hazelrigg S.R., Scruggs G (1996)** “ Results of video-assisted thymectomy in patients with myasthenia gravis”, *JThorac Cardiovasc Surg*, 112 (5), pp. 1352-60.
6. **Mack M., Scruggs G (1998)**, “Video-assited thoracic surgery thymectomy for myasthenia gravis”, *Chest surg clin north america*, 8 (4), pp. 809-25.
7. **Mineo TC, PompeoE., Ambrogi V, Sabato AF, Bernardig (1996)** “Adjuvantpneumomediastinum thoracoscopic thymectomy for Myasthenia gravis” *Ann Thoracsurg* 62, pp.853-9
8. **Rea F., Bortolottil, Firardir., et al (2003)**, “Thoracoscopic thymectomy with “Da Vinci” Surgical System in patient with Myasthenia gravis”, *Interact Cardiothoracsurg*, PP. 70 -72.
9. **Yoshino I., Hashizume M., Shimada M., Tomikawa M., Tomiyasu M., Suemitsu R, Sugimachi K(2001)**, “Thoracoscopic thymectomy with the da Vinci computer-enhanced surgical system”, *J thorac Cardiovasc Surg*, 122(4), pp. 783-5.