

NGHIÊN CỨU XÁC ĐỊNH MỨC ĐỘ ĐỐT HỦY HẠCH GIAO CẢM NGỰC ĐỂ GIẢM THIỂU TÌNH TRẠNG RA NHIỀU MỒ HÔI BÙ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CHỨNG TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Văn Nam*

TÓM TẮT

Nghiên cứu xác định mức độ đốt hủy hạch giao cảm ngực cho 138 bệnh nhân (BN) mắc chứng tăng tiết mồ hôi tay nguyên phát (TTMHTNP) từ 7 - 2005 đến 9 - 2009. Chia BN ngẫu nhiên làm 3 nhóm: nhóm 1: đốt hủy thần kinh giao cảm (TKGC) trên xương sườn (XS) 2, 3. Nhóm 2: đốt hủy TKGC trên XS 2, 3, 4. Nhóm 3: đốt hủy TKGC trên XS 3, 4. Đánh giá sự cải thiện ra mồ hôi tay, tỷ lệ và mức độ ra nhiều mồ hôi (RNMH) bù. Thời gian theo dõi: 12 tháng.

Kết quả: Mức độ đốt hủy ngang TKGC ngực trên XS 3, 4 là mức độ can thiệp hợp lý để điều trị chứng TTMHTNP ở lòng bàn tay. 100% kết quả tốt, tỷ lệ và mức độ RNMH bù thấp nhất.

* Từ khóa: Tăng tiết mồ hôi tay nguyên phát; Đốt hủy thần kinh giao cảm; Phẫu thuật nội soi.

STUDY ON ASSESSMENT OF LEVELS OF SYMPATHECTOMY TO REDUCE COMPENSATORY SWEATING BY LAPAROSCOPIC SURRGERY OF PALMAR HYPERHIDROSIS

SUMMARY

This study was to assess levels of sympathectomy on 138 patients with palmar hyperhidrosis from 2005 to 2009. They were randomized divided into three groups. Group one: sympathectomy was performed at the 2nd and 3th rib; group two: sympathectomy at the rib 2nd, 3th, 4th. Group three: sympathectomy at the rib 3th, 4th. The follow-up period was 12 months.

Results: Sympathectomy at the rib 3th, 4th was an appropriate choice for treatment of palmar hyperhidrosis. Good results were 100%. The compensatory sweating was lowest rate and level.

* *Key words: Palmar hyperhidrosis; Sympathectomy; Laparoscopic surgery.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) lồng ngực đốt hủy TKGC ngực là phương pháp có hiệu quả cao để điều trị chứng TTMHTNP. Tuy nhiên,

lại gặp một số hậu quả không mong muốn sau mổ, đặc biệt là RNMH bù quá mức, ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Tỷ lệ và mức độ RNMH bù có liên quan đến mức độ can thiệp vào chuỗi TKGC ngực trên.

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Ngô Văn Hoàng Linh

Nghiên cứu này nhằm: So sánh tỷ lệ, vị trí và mức độ RNMH bù giữa mức độ đốt hủy TKGC ngực trên và xác định mức độ can

thiệp hợp lý, vừa đạt hiệu quả điều trị, vừa hạn chế được RNMH bù quá mức.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

138 BN được chẩn đoán mắc chứng TTMHTNP. Chỉ tiến hành phẫu thuật cho BN bị mức độ nhiều (mức độ II - bàn tay đẫm nước) và rất nhiều (mức độ III - bàn tay giở giọt) theo phân loại của Karasna M.J [7]. Tất cả BN đều được trực tiếp thăm khám, phẫu thuật, theo dõi và đánh giá kết quả tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện 103 từ 11 - 2005 đến 9 - 2009.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng: xác định chẩn đoán, loại trừ chứng TTNMH thứ phát. Đánh giá mức độ RNMH ở lồng bàn tay.

- Phương pháp vô cảm: gây mê với ống nội khí quản 2 nòng.

- Dụng cụ, trang thiết bị:

+ Hệ thống máy PTNS.

+ Bộ dụng cụ PTNS thông thường.

* Quy trình kỹ thuật:

- Tư thế BN: nằm ngửa, đầu cao (nửa nằm nửa ngồi).

- Vị trí các cửa vào (đặt trocar): sử dụng 2 cửa vào:

+ 1 ở KLS 4 đường nách giữa để đưa ống soi vào khoang màng phổi.

+ 1 ở KLS 3 đường nách trước để cho dụng cụ cắt hủy TKGC ngực.

- Mức độ đốt hủy TKGC ngực trên và các nhánh nối thêm: đốt hủy TKGC ngực: chia 138 BN làm 3 nhóm ngẫu nhiên:

+ Nhóm 1: đốt hủy TKGC ngực trên XS 2 và XS 3.

+ Nhóm 2: đốt hủy TKGC ngực trên XS 2, XS 3 và XS 4.

+ Nhóm 3: đốt hủy TKGC ngực trên XS 3 và XS 4.

* *Đánh giá kết quả sau mổ 24 giờ, 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng:*

- Đánh giá tình trạng RNMH bù, so sánh giữa 3 mức độ can thiệp theo thời gian.

Mức độ RNMH bù: dựa theo Karasna M.J [7]:

+ Mức độ nhẹ: mồ hôi ra ở thân, bẹn, đùi, gây ẩm ướt nhưng chưa ướt quần áo.

+ Mức độ trung bình: mồ hôi ra ở các vùng trên nhưng nhiều hơn, làm ướt quần áo.

+ Mức độ nặng: mồ hôi ra nhiều, có thể chảy thành dòng, ở phụ nữ thường ra nhiều ở khe giữa 2 vú hoặc dưới quầng vú, có cảm giác nóng hoặc lạnh rất khó chịu. Thậm chí, một số BN muốn quay lại trạng thái như trước mổ.

- Vị trí RNMH bù.

- Tỷ lệ RNMH bù.

- Đánh giá kết quả chung: theo tiêu chuẩn của Bryne. J [3]:

+ Tốt: lồng bàn tay khô ẩm, BN thoải mái với kết quả điều trị.

+ Trung bình: tay khô hơn so với trước mổ, nhưng BN chưa hoàn toàn hài lòng với kết quả điều trị.

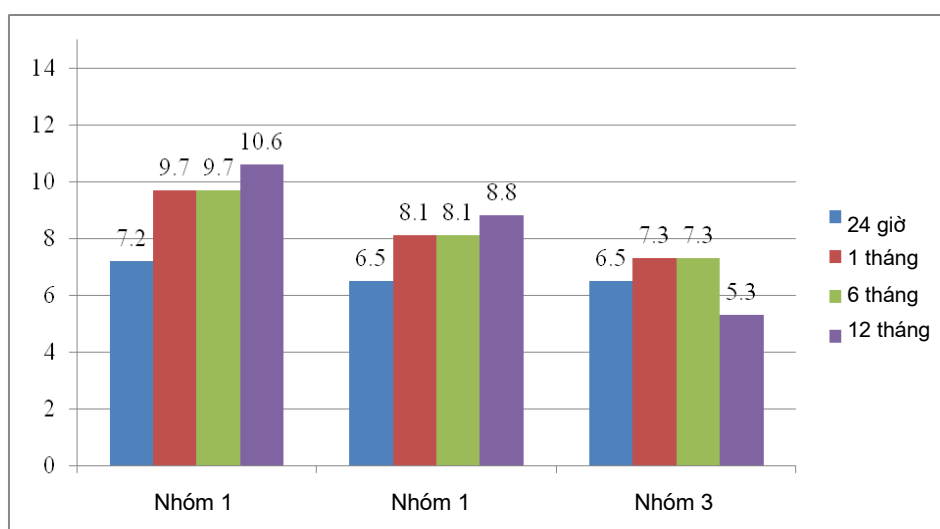
+ Không thay đổi: ra nhiều mồ hôi tay không thay đổi so với trước mổ.

+ Xấu: RNMH bù quá nhiều làm BN than phiền hay ngược lại lồng bàn tay khô quá mức hoặc có hội chứng Horner.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. So sánh RNMH bù giữa 3 mức độ can thiệp.

* *Tỷ lệ RNMH bù:*



Biểu đồ 1: So sánh tỷ lệ RNMH bù giữa 3 mức độ can thiệp.

Tỷ lệ RNMH bù cao nhất ở nhóm 1 (đốt hủy TKGC trên XS 2, 3) và thấp nhất ở nhóm 3 (đốt hủy TKGC trên XS 3, 4) ở các thời điểm theo dõi. Kết quả này phù hợp với Reisfeld R. (2006) [10]: kẹp clip ở mức XS 3, 4 có tỷ lệ RNMH bù ít hơn khi kẹp ở mức XS 2, 3.

Tỷ lệ RNMH bù có sự chênh lệch rất lớn giữa các tác giả. Kopelman D [6] giải thích nguyên nhân của sự chênh lệch đó là:

+ Chưa thống nhất về tiêu chuẩn đánh giá RNMH bù, chi tiết câu hỏi điều tra và thời gian theo dõi.

+ Những thay đổi bất thường về giải phẫu của chuỗi TKGC ngược trên như vị trí hạch TKGC, các nhánh TK nổi thêm... hoặc xác định đúng mức độ can thiệp hay không?. Có thể là lý do gây chênh lệch về tỷ lệ RNMH bù giữa các tác giả.

* *Mức độ RNMH bù:*

Bảng 1: Mức can thiệp trên XS 2, 3 (nhóm 1).

THỜI GIAN \ MỨC ĐỘ	24 GIỜ (n = 54)	1 THÁNG (n = 51)	6 THÁNG (n = 51)	12 THÁNG (n = 51)
Nhẹ	10 (18,5%)	9 (17,6%)	9 (17,6%)	9 (17,6%)
Vừa	-	3 (5,9%)	3 (5,9%)	3 (5,9%)
Nặng	-	-	-	-
Tổng	10 (18,5%)	12 (23,5%)	12 (23,5%)	12 (23,5%)

Bảng 2: Mức can thiệp trên XS 2, 3, 4 (nhóm 2).

THỜI GIAN \ MỨC ĐỘ	24 GIỜ (n = 36)	1 THÁNG (n = 32)	6 THÁNG (n = 32)	12 THÁNG (n = 31)
Nhẹ	9 (25%)	7 (21,9%)	7 (21,9%)	7 (22,6%)
Vừa	-	2 (6,3%)	2 (6,3%)	2 (6,6%)
Nặng	-	1 (3,1%)	1 (3,1%)	1 (3,3%)

Tổng	9 (25%)	10 (31,3%)	10 (31,3%)	10 (32,5%)
------	---------	------------	------------	------------

Bảng 3: Mức can thiệp trên XS 3, 4 (nhóm 3).

MỨC ĐỘ \ THỜI GIAN	24 GIỜ	1 THÁNG	6 THÁNG	12 THÁNG
	(n = 48)	(n = 41)	(n = 41)	(n = 31)
Nhẹ	9 (18,6%)	9 (30%)	9 (30%)	6 (19,4%)
Vừa	-	-	-	-
Nặng	-	-	-	-
Tổng	9 (18,6%)	9 (30%)	9 (30%)	6 (19,4%)

Sau mổ 24 giờ, cả 3 mức độ can thiệp đều chỉ RNMH bù mức độ nhẹ.

Tại các thời điểm theo dõi tiếp, nhóm 2 (đốt hủy TKGC trên XS 2, 3, 4) có mức độ RNMH bù nặng nhất. Tại thời điểm 12 tháng, 2 BN (6,6%) RNMH bù mức độ vừa, 1 BN (3,3%) RNMH bù mức độ nặng.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả: Rieger R nghiên cứu trên 204 BN, với mức độ can thiệp cắt bỏ từ hạch T2 đến hạch T4, thời gian theo dõi trung bình sau mổ 21 tháng, tỷ lệ RNMH bù nặng 17%. Grossot D [5] theo dõi 44 BN, sau cắt bỏ từ hạch T2 đến hạch T4, thời gian trung bình 8 tháng, tỷ lệ RNMH mức độ vừa và nặng lên đến 50%. Licht P.B [8] so sánh 3 mức độ đốt hủy TKGC trên XS 2, XS 3 với trên XS 2, XS 3, XS 4 và trên XS 2, thời gian theo dõi trung bình 26 tháng, thấy ở mức độ đốt hủy trên XS 2, XS 3, XS 4, tỷ lệ RNMH bù cao nhất (38%), trong đó mức độ nặng 16%. Dumont P [4] cắt đoạn chuỗi TKGC ngược từ XS 2 đến XS 4 ở 124 BN, theo dõi trong 6 năm: kết quả tốt đạt 98%, nhưng tỷ lệ RNMH bù lên đến 87%.

* Vị trí RNMH bù:

Bảng 4: So sánh vị trí RNMH bù giữa 3 mức độ can thiệp.

Nhóm 3 (đốt hủy TKGC trên XS 3, 4) chỉ RNMH bù ở mức độ nhẹ ở tất cả thời điểm theo dõi.

So với một số tác giả khác, Riet M theo dõi 28 BN sau cắt trên và dưới hạch T3, thời gian trung bình 3,5 năm, kết quả rất khả quan, không có RNMH bù. Yazbek G so sánh mức cắt hạch T2 và T3, theo dõi trong 6 tháng thấy tỷ lệ RNMH bù ở mức cắt T3 thấp hơn mức T2. Li X [9] so sánh cắt hạch T3 và T2, T3, T4, tỷ lệ RNMH bù mức độ nhẹ và vừa, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, nhưng tỷ lệ RNMH bù mức độ nặng ở nhóm cắt T3 ít hơn (3%) so với nhóm cắt T2, T3, T4 (10%). Reifeld R [10] tiến hành kẹp clip ở 2 mức độ, kẹp hạch T2, T3 và T3, T4, kết quả tốt hơn ở mức kẹp hạch T3 và T4, tỷ lệ RNMH bù chỉ 2,7% so với 8,2% ở mức kẹp hạch T2 và T3. Schmidt J cắt hủy hạch T2, T3, T4 và hạch T3, T4, theo dõi trong 24 tháng thấy: tỷ lệ RNMH bù thấp hơn ở nhóm cắt hạch T3, T4 (4,9%) so với 17,1% của nhóm cắt hạch T2, T3, T4.

MỨC ĐỘ CAN THIỆP		VỊ TRÍ				
		L- NG	BỤNG	NGỰC	BÈN - ĐÙI	
Trên XS 2, XS 3 (nhóm 1)	24 giờ (n = 54)	12 (22,2%)	11 (20,4%)	1 (1,9%)	-	
	1 tháng (n = 51)	12 (23,5%)	12 (23,5%)	8 (15,7%)	-	
	6 tháng (n = 51)	12 (23,5%)	12 (23,5%)	8 (15,7%)	-	
	12 tháng (n = 51)	12 (23,5%)	12 (23,5%)	8 (15,7%)	-	
Trên XS 2, XS 3, XS 4 (nhóm 2)	24 giờ (n = 36)	9 (25%)	9 (25%)	-	1 (2,8%)	
	1 tháng (n = 32)	10 (31,3%)	10 (31,3%)	-	1 (3,1%)	
	6 tháng (n = 32)	10 (31,3%)	10 (31,3%)	-	1 (3,1%)	
	12 tháng (n = 31)	9 (29%)	9 (29%)	-	1 (3,2%)	
Trên XS 3, XS 4 (nhóm 3)	24 giờ (n = 48)	4 (8,3%)	6 (12,5%)	-	-	
	1 tháng (n = 41)	4 (9,8%)	6 (11,6%)	-	-	
	6 tháng (n = 41)	4 (9,8%)	6 (11,6%)	-	-	
	12 tháng (n = 31)	4 (12,9%)	6 (19,4%)	-	-	

Vị trí RNMH bù ở lưng và bụng hay gặp nhất ở cả 3 mức độ can thiệp và ở các thời điểm theo dõi. Tỷ lệ cao nhất ở nhóm 2 (31,3%), thấp nhất ở nhóm 3 (19,4%). RNMH bù ở ngực chỉ gặp ở nhóm 1 (15,7%) ở các thời điểm theo dõi. Điều này chứng tỏ ở nhóm 2 và 3 là các mức độ có đốt hủy chuỗi TKGC trên XS 4, nên sau mổ không có RNMH bù ở ngực. Vấn đề này cũng cần ghi nhận, vì RNMH bù ở ngực gây cảm giác khó chịu và bất tiện cho BN nhiều hơn ở các vị trí khác, nhất là đối với nữ.

2. So sánh kết quả giữa 3 mức độ can thiệp theo thời gian theo dõi.

Bảng 5: Kết quả chung giữa 3 mức độ can thiệp theo thời gian theo dõi.

MỨC ĐỘ CAN THIỆP		KẾT QUẢ				
		TỐT	TRUNG BÌNH	KÉM	KHÔNG THAY ĐỔI	XẤU
Trên XS 2, XS 3	24 giờ (n = 54)	54 (100%)	0	0	0	0
	1 tháng (n = 51)	48 (94,1%)	3 (5,9%)	0	0	0

(nhóm 1)	6 tháng (n = 51)	48 (94,1%)	3 (5,9%)	0	0	0
	12 tháng (n = 51)	48 (94,1%)	3 (5,9%)	0	0	0
Trên XS 2, XS 3, XS 4 (nhóm 2)	24 giờ (n = 36)	35 (97,2%)	1 (2,8%)	0	0	0
	1 tháng (n = 32)	29 (90,6%)	2 (6,3%)	1 (3,1%)	0	0
	6 tháng (n = 32)	30 (90,6%)	2 (6,3%)	1 (3,1%)	0	0
	12 tháng (n = 31)	28 (90,3%)	2 (6,5%)	1 (3,2%)	0	0
Trên XS 3, XS 4 (nhóm 3)	24 giờ (n = 48)	48 (100%)	0	0	0	0
	1 tháng (n = 41)	41 (100%)	0	0	0	0
	6 tháng (n = 41)	41 (100%)	0	0	0	0
	12 tháng (n = 31)	31 (100%)	0	0	0	0

- Nhóm 1: sau mổ 24 giờ, 100% đạt kết quả tốt, nhưng sau 1, 6, 12 tháng chỉ còn 94,1% có kết quả tốt, 5,9% trung bình.

- Nhóm 2: sau mổ 24 giờ, 97,2% đạt kết quả tốt, 2,8% trung bình. Sau 1 và 6 tháng chỉ còn 90,6% đạt kết quả tốt, 6,3% trung bình và 3,1% kém. Sau 12 tháng, 90,3% đạt kết quả tốt, 6,5% trung bình và 3,2% kém.

- Nhóm 3: 100% đạt kết quả tốt ở tất cả thời điểm theo dõi.

Nhìn chung, kết quả của PTNS lồng ngực cắt hủy TKGC ngực trên điều trị chứng TTMHTNP rất cao, 90 - 100% giảm triệu chứng RNMH ngay sau mổ. Trần Ngọc Lương [2] đạt kết quả tốt 98,8%, còn 1,2% BN vẫn bị RNMH ở một bên. Nguyễn Ngọc Bích [1] cũng có kết quả tốt ở 99,4% BN, 0,6% không đạt kết quả.

KẾT LUẬN

Mức độ đốt hủy TKGC ngực trên XS 3, XS 4 là mức độ can thiệp hợp lý để điều trị chứng TTMHTNP, đạt kết quả tốt 100%, tỷ lệ RNMH bù thấp nhất, chỉ ở mức độ nhẹ và không RNMH bù ở ngực tại các thời điểm theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bích, Trần Hiếu Học, Ngô Văn Đăng, Phạm Việt Hà, Tạ Thanh Tùng, Trần Vinh, Nguyễn Quang Anh, Tạ Đăng Luân. PTNS ngực diệt hạch giao cảm điều trị bệnh ra nhiều mồ hôi tay, nách, mặt (kết quả trên 350 trường hợp). Y học thực hành. Công trình nghiên cứu khoa học. Hội nghị Ngoại khoa toàn quốc. 2004, (491), tr.409-412.

2. Trần Ngọc Lương, Trần Đoàn Kết, Tạ Văn Bình và CS. Kết quả bước đầu qua 131 trường hợp đốt hạch giao cảm qua nội soi lồng ngực để chữa chứng ra mồ hôi tay. Y học thực hành. Công trình nghiên cứu khoa học. Hội nghị Ngoại khoa toàn quốc. 2004, (49), tr.360-365.

3. Byrne. J, Waslsh TN, Hedrman W.P. Endoscopic transthoracic electrocautery of the sympathetic chain for palmar and axillary hyperhidrosis, Br Surg77: 1046-1049 Consequences. Ann Thorac Surg. 1990, 81, pp.1227-1233.

4. Dumont P, Denoyer A, and Robin P. Long-term results of thoracoscopic sympathectomy for hyperhidrosis. Ann Thorac Surg. 2004, 78, pp.1801-1807.

5. Gossot D, Toledo L, Fritsch S and Celerier M. Thoracoscopic sympathectomy _for upper limb hyperhidrosis: looking for the right operation. Ann Thorac Surg. 1997, 64 (4), pp.975-978.

6. Kopelman D, Hashmonai M. The correlation between the method of sympathetic ablation for palmar hyperhidrosis and the occurrence of compensatory hyperhidrosis: A Review. World J Surg. 2008, 32, pp.2343-2356.

7. Krasna M.J, Jiao X, Sonett J, et al. Thoracoscopic sympathectomy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2000, 10, pp.314-318.

8. Licht P.B, Pilegaard H.K. Severity of compensatory sweating after thoracoscopic sympathectomy. Ann Thorac Surg. 2004, 78, pp.427-431.

9. Li X, Tu Y. R, Lin M, Lai F. C, Chen J. F, Miao W. H. Minimizing endoscopic thoracic sympathectomy _for primary palmar hyperhidrosis: Guided by palmar skin temperature and laser doppler blood flow. Ann Thorac Surg. 2009, 87, pp.427-431.

10. Reisfeld R. Sympathectomy for hyperhidrosis: should we place the clamps at T2-T3 or T3-T4? Clin Auton Res. 2006, 16, pp.384-389.