

Phẫu thuật nội soi lồng ngực kết hợp đường tiếp cận dưới mũi ức trong phẫu thuật cắt tuyến ức: Nghiên cứu tổng quan hệ thống

Lê Thị Thiên Nga^{1,2}, Trần Thanh Vỹ^{1,2}, Hồ Tất Bằng^{1,2}, Nguyễn Hoài Nam^{2,3}

1. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 3. Bệnh viện Quốc tế Minh Anh

Địa chỉ liên hệ:

Trần Thanh Vỹ,
Bệnh viện Đại học Y Dược Thành
phố Hồ Chí Minh
217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận
5, Thành phố Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0966 603 911
Email: vy.tt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 04/04/2025

Ngày chấp nhận đăng:

06/10/2025

Ngày xuất bản: 01/12/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi lồng ngực kết hợp đường tiếp cận dưới mũi ức là kỹ thuật ít xâm lấn ngày càng được áp dụng trong phẫu thuật cắt tuyến ức. Tuy nhiên, hiện chưa có tổng quan nào đánh giá toàn diện đặc điểm người bệnh, kỹ thuật thực hiện và kết quả hậu phẫu của phương pháp này. Nghiên cứu tổng quan hệ thống (Systematic review), nhằm phân tích tổng hợp và cung cấp bằng chứng cập nhật về hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu này phân tích tổng hợp các tài liệu được tìm kiếm trên PubMed và Hinari, trong khoảng thời gian từ 01/2014 đến 12/2024. Các nghiên cứu được chọn nếu báo cáo kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực có kết hợp đường tiếp cận dưới mũi ức ở người bệnh có u tuyến ức hoặc tăng sản tuyến ức trong bệnh nhược cơ. Loại trừ những bài tổng quan, báo cáo ca bệnh đơn lẻ hoặc nghiên cứu có chất lượng thấp theo MMAT 2018.

Kết quả: Có 11 nghiên cứu được đưa vào tổng quan, với thời gian phẫu thuật dao động từ 80 – 199,1 phút, lượng máu mất từ 22,5 – 75 ml, thời gian nằm viện trung bình từ 4 – 6 ngày. Các biến chứng phổ biến gồm tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ, cơn nhược cơ cấp và liệt dây thần kinh hoành, nhưng không có tử vong liên quan trực tiếp đến phẫu thuật. Điểm đau VAS sau mổ từ 1,8 – 5,0 điểm, cho thấy mức độ đau có thể kiểm soát được. Đa số người bệnh đạt thuyên giảm hoàn toàn hoặc một phần, chỉ có một số ít trường hợp cần theo dõi lâu dài do còn sót mô mỡ trung thất.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi lồng ngực có kết hợp đường tiếp cận dưới mũi ức là phương pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả trong cắt tuyến ức, giúp giảm đau sau mổ, hạn chế biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục. Tuy nhiên, cần thực hiện đánh giá người bệnh kỹ lưỡng trước khi áp dụng phương pháp phẫu thuật này.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức, bệnh nhược cơ, u tuyến ức.

Thoracoscopic surgery combined with subxiphoid approach in thymectomy: A systematic review

Le Thi Thien Nga^{1,2}, Tran Thanh Vy^{1,2}, Ho Tat Bang^{1,2}, Nguyen Hoai Nam^{2,3}

1. University Medical Center Ho Chi Minh City, Vietnam, 2. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Vietnam,

3. Minh Anh International Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam

Abstract

Introduction: Subxiphoid video-assisted thoracoscopic surgery (SVATS) is a minimally invasive technique increasingly applied in thymectomy for thymoma and myasthenia gravis. However, a comprehensive evaluation of its clinical outcomes is still lacking. This systematic review aims to synthesize and provide updated evidence regarding the efficacy and safety of this approach.

Patients and Methods: This systematic review analyzed studies retrieved from PubMed and Hinari between January 2014 and December 2024. Eligible studies were those reporting outcomes of subxiphoid video-assisted thoracoscopic thymectomy in patients with thymoma or thymic hyperplasia associated with myasthenia gravis. Review articles, case reports, and studies not qualified according to the MMAT 2018 criteria were excluded.

Results: A total of 11 studies were enrolled. Operative time ranged from 80 to 199.1 minutes, blood loss ranged from 22.5 to 75 mL, and the average length of hospital stay ranged from 4 to 6 days. Common postoperative complications included pleural effusion, surgical site infection, myasthenic crisis, and phrenic nerve palsy. No procedure-related mortality was reported. Postoperative pain scores (VAS) ranged from 1.8 to 5.0, indicating that pain was generally well controlled. Most patients achieved either complete or partial remission, with only a small number requiring long-term follow-up due to residual mediastinal fat tissue.

Conclusions: Subxiphoid video-assisted thoracoscopic thymectomy is a minimally invasive, safe, and effective approach for thymectomy. It offers advantages such as reduced postoperative pain, fewer complications, and faster recovery. However, thorough preoperative assessment is essential to determine the suitability of this surgical approach for each patient.

Keywords: subxiphoid video-assisted thoracoscopic thymectomy, myasthenia gravis, thymoma

Đặt vấn đề

U tuyến ức là một trong những khối u trung thất trước phổ biến nhất, chiếm khoảng 50% tại vị trí này và có tỷ lệ mắc 0,05 ca trên 100.000 người mỗi năm [1,2]. Mặc dù có diễn tiến chậm và không rõ ràng trong giai đoạn đầu nhưng u tuyến ức thường đi kèm với hội chứng cận ung, và đặc biệt là bệnh nhược cơ (MG). Trong nhiều năm qua, phẫu thuật mở ngực thông thường được xem là phương pháp

tiếp cận ngoại khoa tiêu chuẩn, thực hiện thông qua nhiều đường rạch khác nhau như tùy thuộc vào vị trí và kích thước của khối u.

Phẫu thuật mở kinh điển trong cắt tuyến ức mặc dù cho phép tiếp cận trực tiếp, triệt để tuyến ức nhưng là phương pháp xâm lấn cao, đi kèm với nhiều hạn chế như: cần sử dụng liều lượng thuốc mê lớn, lượng máu mất nhiều trong quá trình phẫu thuật, thời gian hồi phục kéo dài và tăng nguy cơ biến

chứng hậu phẫu, đồng thời để lại sẹo lớn. Trước những hạn chế đó, các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, đặc biệt là phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS), đã được ứng dụng rộng rãi. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi lồng ngực tiếp cận từ một bên ngực (uniportal VATS hoặc multiportal VATS) gặp khó khăn trong việc quan sát đầy đủ toàn bộ tuyến ức, đặc biệt là các vị trí sát màng phổi và trung thất bên đối diện. Điều này làm tăng nguy cơ sót tổ chức tuyến ức hoặc mô mỡ trung thất – yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả lâu dài ở người bệnh nhược cơ và u tuyến ức, hoặc có thể tổn thương thần kinh hoành.

Việc kết hợp thêm đường mổ dưới mũi ức (subxiphoid VATS - SVATS) cho phép mở rộng trường quan sát, thuận lợi trong việc đánh giá toàn diện cả hai khoang màng phổi và trung thất hai bên, giúp phẫu thuật viên cắt bỏ triệt để tuyến ức và mô mỡ liên quan. Đồng thời, SVATS hạn chế can thiệp vào các khoang liên sườn, góp phần giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và tối ưu hóa quá trình phục hồi sau phẫu thuật [3,4]. Đặc biệt, ở nhóm người bệnh nhược cơ có u tuyến ức, việc kiểm soát tốt lượng thuốc mê sử dụng trong mổ cũng đóng vai trò quan trọng trong giảm nguy cơ cơn nhược cơ cấp sau phẫu thuật.

Trước những ưu điểm tiềm năng của SVATS, hiệu quả lâm sàng của phương pháp này vẫn cần được đánh giá một cách hệ thống và toàn diện. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu tổng quan hệ thống nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả hậu phẫu của người bệnh được phẫu thuật cắt tuyến ức bằng SVATS. Kết quả tổng quan sẽ góp phần cung cấp thêm bằng chứng khoa học cho xu hướng ứng dụng SVATS trong cắt tuyến ức, đồng thời đề xuất các hướng nghiên cứu tiếp theo nhằm tối ưu hóa phương pháp này trong thực hành lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này phân tích tổng hợp các tài liệu được tìm kiếm trên PubMed và Hinari liên quan đến phẫu thuật nội soi lồng ngực kết hợp đường tiếp cận dưới mũi ức (SVATS) trong điều trị u tuyến

ức và bệnh nhược cơ. Việc tìm kiếm tài liệu được tiến hành trên các cơ sở dữ liệu PubMed và Hinari (Research4life), với khoảng thời gian từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2024.

Chiến lược tìm kiếm

Quy trình tìm kiếm tài liệu được thực hiện theo hướng dẫn của PRISMA nhằm đảm bảo tính hệ thống và chặt chẽ trong việc thu thập dữ liệu. Việc tìm kiếm trên Pubmed được bắt đầu vào ngày 19 tháng 12 năm 2024, lựa chọn các bài báo xuất bản bằng tiếng Anh trên đối tượng con người trong thời gian 10 năm (từ 01 tháng 01 năm 2014 đến 19 tháng 12 năm 2024) với các từ khóa tìm kiếm bao gồm “Endoscopic thymectomy”, “Thoracoscopic surgery”, “Subxiphoid”, “Myasthenia Gravis” và “Thymoma”.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Các bài báo được đưa vào nghiên cứu phải thực hiện trên con người, không giới hạn về chủng tộc, giới tính hay nơi sinh sống. Chỉ chấp nhận bài viết bằng tiếng Anh, xuất bản trong khoảng thời gian từ 01/01/2014 đến 19/12/2024.

Loại trừ các bài không nghiên cứu trên người bệnh u tuyến ức hoặc bệnh nhược cơ, không áp dụng SVATS, hoặc là tổng quan hệ thống, phân tích gộp. Các tài liệu như xã luận, thư, sách, chương sách và hướng dẫn cũng không được đưa vào. Nghiên cứu sẽ bị loại nếu không có mục tiêu nghiên cứu rõ ràng, không báo cáo cụ thể kết quả phẫu thuật SVATS, hoặc có dữ liệu trùng lặp (ưu tiên bài có dữ liệu phong phú hơn). Đồng thời chất lượng nghiên cứu $\leq 3/5$ theo MMAT 2018 cũng bị loại.

Trích xuất dữ liệu

Tài liệu được quản lý bằng Endnote, dữ liệu trích xuất bằng Microsoft Excel và Word. Nội dung trích xuất gồm sơ đồ PRISMA, thông tin nghiên cứu (tác giả, năm, thiết kế, cỡ mẫu), phương pháp phẫu thuật, các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của người bệnh SVATS.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này có đối tượng là những bài báo nghiên cứu khoa học được lấy từ các cơ sở dữ liệu điện tử mở, hoàn toàn không ảnh hưởng đến quyền lợi hay gây thiệt hại cho bất kỳ cá nhân/ tổ chức nào.

Kết quả

Kết quả truy tìm y văn

Sơ đồ PRISMA được sử dụng để mô tả quá trình truy tìm y văn của nghiên cứu tổng quan hệ thống. Tổng cộng 76 bài báo được chọn lọc từ cơ sở dữ liệu PubMed (44 bài) và Hinari (32 bài). Sau khi loại bỏ 14 bài trùng lặp, còn 63 bài báo được đưa vào bước sàng lọc tóm tắt. Trong số này, 28 bài báo đáp ứng tiêu chí để tiếp tục sàng lọc toàn văn. Tuy nhiên, 17 bài báo tiếp tục bị loại do không báo cáo mục tiêu nghiên cứu ($n = 9$), không mô tả cụ thể nhóm người bệnh áp dụng SVATS ($n = 2$) hoặc chất lượng bài báo không đạt yêu cầu ($n = 6$). Kết thúc quy trình lựa chọn, 11 bài báo đủ điều kiện được đưa vào tổng quan hệ thống (Sơ đồ 1).

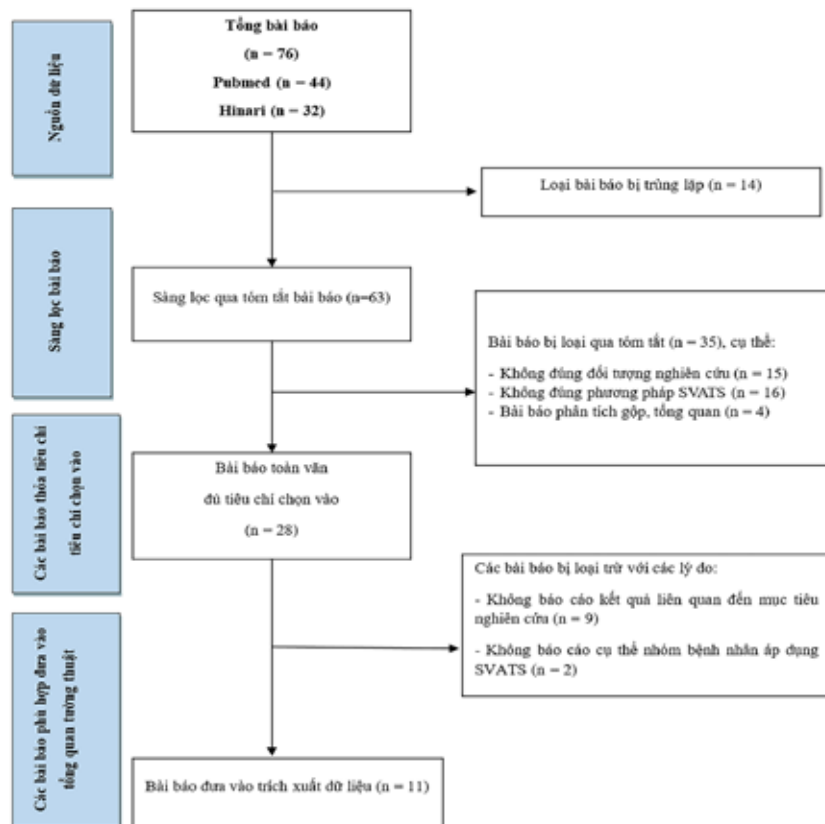
Đặc điểm các nghiên cứu

Sau quá trình sàng lọc, có 11 nghiên cứu được đưa vào trích xuất thông tin (Bảng 1) Với phần lớn thiết kế nghiên cứu là đoàn hệ hồi cứu và riêng nghiên cứu của Hartert M. và cộng sự là báo cáo loạt ca. Thời gian xuất bản của các nghiên cứu từ

năm 2016 – 2022. Tất cả các nghiên cứu đều thực hiện trên đối tượng là người bệnh u tuyến ức hoặc nhược cơ; báo cáo đầy đủ thời gian, địa điểm thực hiện nghiên cứu. Cỡ mẫu các nghiên cứu dao động từ 3 đến 208 người bệnh. Tất cả nghiên cứu đều có sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực với đường tiếp cận dưới mũi ức, trong đó nghiên cứu của Asaf BB có kết hợp cánh tay robot.

Phân bố giới tính giữa các nghiên cứu có sự khác biệt với tỷ lệ nữ giới dao động từ 40,5% đến 100%; tỷ lệ nam giới dao động từ 30% đến 59,5%. Về tuổi, tuổi nhỏ nhất là 29,3 (23 – 48) tuổi trong nghiên cứu Asaf BB. và cộng sự, tuổi lớn nhất ghi nhận là 55 tuổi trong nghiên cứu của Zang H. và cộng sự.

Chức năng phổi trước phẫu thuật được báo cáo trong ba nghiên cứu. Chỉ số FEV1 cao nhất được ghi nhận trong nghiên cứu của Hartert M. (100,3%), và Liu Y. báo cáo chỉ số thấp nhất (65%). Sáu nghiên cứu cung cấp dữ liệu về đường kính khối u, dao động từ 2,2 cm đến 3,27 cm.



Sơ đồ 1. Sơ đồ PRISMA mô tả quá trình chọn lọc bài báo

Bảng 1. Các nghiên cứu về người bệnh u tuyến ức và bệnh nhược cơ (n = 11)

Nghiên cứu	Quốc gia (Năm)	Thiết kế nghiên cứu	Đối tượng Cỡ mẫu (n)	Đặc điểm chung người bệnh			
				Giới (%)	Tuổi/ Độ tuổi	Chức năng phổi (%)	Đường kính khối u (cm)
Ma H. và cộng sự [5]	Trung Quốc (2024)	Đoàn hệ hồi cứu	Người bệnh u tuyến ức trải qua điều trị phẫu thuật nội soi ngực n = 208 (nhóm SVATS: 98 người bệnh)	Nữ (53,1%), Nam (46,9%)	55 tuổi	NA	3,20
Liu Y. và cộng sự [6]	Từ Châu - Trung Quốc (2022)	Đoàn hệ hồi cứu	Người bệnh phẫu thuật cắt tuyến ức từ 02/2016 - 04/2020 tại Bệnh viện Trung ương Từ Châu n = 37	Nữ (40,5%), Nam (59,5%)	50 (45 – 60) tuổi*	65,0	2,20
Zhang S. và cộng sự [7]	Quảng Châu - Trung Quốc (2022)	Đoàn hệ hồi cứu	Người bệnh MG phẫu thuật cắt tuyến ức n = 155 (nhóm SVATS: 47 người bệnh)	Nữ (70%), Nam (30%)	24,9 ± 6,7 tuổi**	66,3	NA
Hartert M. và cộng sự [8]	Đức (2022)	Báo cáo loạt ca bệnh	Người bệnh MG toàn thể n = 3	Nữ (100%)	35 (20 – 41) tuổi*	100,3	NA
Liu Z và cộng sự [9]	Trung Quốc (2021)	Đoàn hệ hồi cứu	Người bệnh u tuyến ức liên quan đến bệnh nhược cơ n = 10	Nữ (50%) Nam (50%)	45,7 ± 8,04 tuổi**	NA	2,90
Yoshida M. và cộng sự [10]	Nhật Bản (2021)	Đoàn hệ hồi cứu	Người bệnh có u tuyến ức và MG (có và không có u tuyến ức) phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức mở rộng từ 2015-2018 n = 11 (nhóm SVATS: 6 người bệnh)	Nữ (47,7%), Nam (52,3%)	49 (18 - 67) tuổi*	NA	NA
Cao P. và cộng sự [11]	Trung Quốc (2021)	Đoàn hệ hồi cứu	Người bệnh MG trải qua SVATS hoặc VATS từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 12 năm 2019 n = 137 (nhóm SVATS: 65 người bệnh)	Nữ (45,4%), Nam (54,6%)	41 (9 - 77) tuổi*	NA	3,27
Li J. và cộng sự [12]	Hà Bắc - Trung Quốc (2020)	Đoàn hệ hồi cứu	Người bệnh đã trải qua phẫu thuật cắt tuyến ức nội soi dưới ức để điều trị MG từ tháng 11/2017 – 09/2019. n = 205	Nữ (56%), Nam (44%)	29,3 (23-48) tuổi*	NA	NA

Asaf BB. và cộng sự [13]	Ấn Độ (2020)	Đoàn hệ hồi cứu	Người bệnh trải qua phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức bằng robot dưới mũi ức từ 06/2017 - 09/2018 n = 25	Nữ (68,7%), Nam (31,3%)	40,3 tuổi	NA	2,25
Zhong Y. và cộng sự [14]	Quảng Tây - Trung Quốc (2017)	Đoàn hệ hồi cứu	Người bệnh MG được phẫu thuật điều trị từ 01/2015 - 04/2016 Cỡ mẫu: 31 người bệnh (nhóm SVATS: 16 người bệnh)	Nữ (50%), Nam (50%)	53,9 ± 14,4 tuổi**	NA	NA
Suda T. và cộng sự [15]	Nhật Bản (2016)	Đoàn hệ hồi cứu	Người bệnh đã được phẫu thuật để cắt u tuyến ức hoặc MG từ 01/2005 - 12/2014 n = 81 (nhóm SVATS: 46 người bệnh)	Nữ (53,1%), Nam (46,9%)	55 tuổi	NA	2,92

*Trung vị (khoảng tứ phân vị), **trung bình ± độ lệch chuẩn

MG: bệnh nhược cơ

Đặc điểm lâm sàng

Toàn bộ người bệnh được sử dụng Pyridostigmine trước phẫu thuật được ghi nhận trong ba nghiên cứu, với Zhang S. và cộng sự báo cáo liều trung bình $236,81 \pm 50,13$ mg và 13,8% dùng Immunoglobulin. Một số người bệnh trong nghiên cứu Li Y. và Yoshida M. còn sử dụng prednisolon (35 mg/ngày), và một người bệnh trong nghiên cứu Liu Z. được kê thêm steroid. Tỷ lệ u tuyến ức trong năm nghiên cứu dao động khoảng (16% – 48,6%). Li J. và cộng sự ghi nhận chi tiết về mô bệnh học, trong đó 16,1% là u tuyến ức; 53,7% tăng sản tuyến ức; 2,4% u nang tuyến ức và 27,8% teo tuyến ức. Riêng nghiên cứu Liu Z. và cộng sự không có người bệnh nào mắc u tuyến ức. Việc lọc huyết tương trước phẫu thuật được báo cáo trong bốn nghiên cứu. Liu Y. và cộng sự báo cáo tỷ lệ cao nhất (10,8%), trong khi Zhang S. và cộng sự ghi nhận 4,3% người bệnh được lọc huyết tương trước mổ.

Đặc điểm kết quả điều trị sau phẫu thuật

Những đặc điểm điều trị bệnh được mô tả ở (Bảng 2). Thời gian phẫu thuật được ghi nhận ở 10/11 nghiên cứu, dao động từ 80 phút đến 199,1 phút, với nghiên cứu của Asaf BB. và cộng sự có thời gian dài nhất 199,14 (180 – 220) phút, Liu Y. và cộng sự có thời gian ngắn nhất với 80 (60 – 100) phút. Mặt khác, Zhang S. và cộng sự phân nhóm thời gian phẫu thuật, trong đó 6,4% người bệnh dưới 60 phút, 40,4% từ 60-120 phút và 53,2% trên 120 phút. Ngoài ra, có sáu nghiên cứu báo cáo thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình từ 4 đến 6 ngày. Tuy nhiên, Zhang S. và cộng sự báo cáo thời gian dài hơn ($8,55 \pm 3,41$ ngày), trong khi Asaf BB. và cộng sự ghi nhận thời gian ngắn nhất (2 ngày).

Lượng máu mất trong phẫu thuật dao động từ 22,5 ml đến 75,5 ml, thấp nhất trong nghiên cứu

Zhong Y. (22,5 ml) và cao nhất trong nghiên cứu Hartert M. và cộng sự (75,5 ml). Zhang S. và cộng sự phân loại lượng máu mất với 40,4% người bệnh dưới 50 ml, 27,7% từ 50 – 100 ml và 31,9% trên 100 ml. Riêng nghiên cứu Suda T. và cộng sự ghi

nhận khối lượng máu đã mất qua phẫu thuật trung vị 2 (2 – 3) g. Các tác giả cũng báo cáo điểm đau VAS sau phẫu thuật. Cao nhất là nghiên cứu của Asaf BB. (5,0), và Liu Z. ghi nhận mức điểm thấp nhất (1,8).

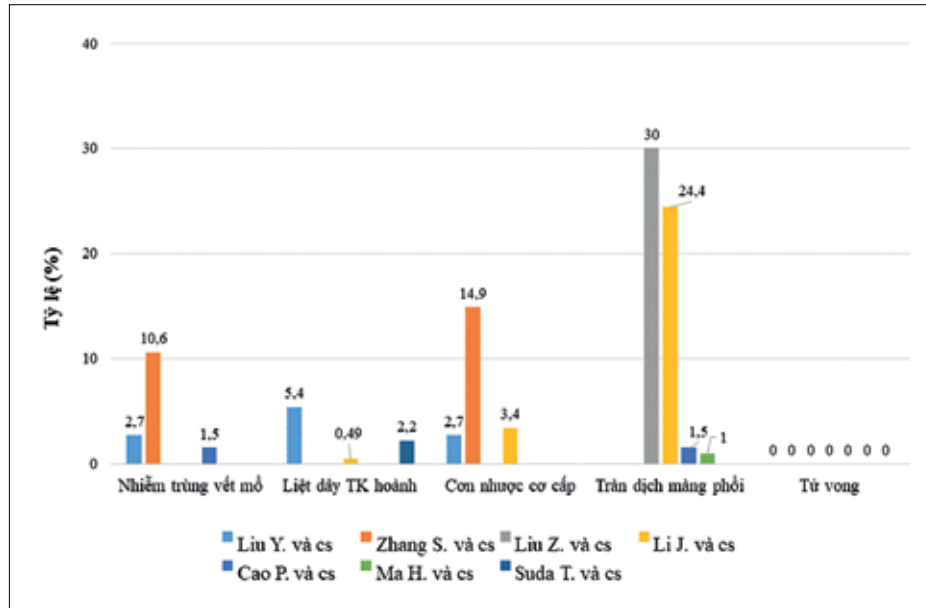
Bảng 2. Đặc điểm kết quả điều trị sau phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n = 11)

Nghiên cứu	Thời gian phẫu thuật (phút)	Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	Lượng máu mất sau phẫu thuật (ml/g)	Điểm đau VAS
Ma H. và cộng sự [5]	113,2	4,8	32,6	2,1
Liu Y. và cộng sự [6]	80,0	6,0	50,0	NA
Zhang S. và cộng sự [7]	149,8	NA	70,0	NA
Hartert M. và cộng sự [8]	122,0	5,0	75,5	NA
Liu Z. và cộng sự [9]	102,5	4,7	NA	1,8
Yoshida M. và cộng sự [10]	NA	NA	NA	NA
Cao P. và cộng sự [11]	124,5	NA	50,5	4,7
Li J. và cộng sự [12]	145,0	NA	40,0	3,5
Asaf BB. và cộng sự [13]	199,1	NA	NA	5,0
Zhong Y. và cộng sự [14]	149,6	4,9	22,5	3,1
Suda T. và cộng sự [15]	139,0	4,0	NA	NA

NA: Not Applicable – không áp dụng; VAS: visual analog scale – điểm đau

Biến chứng sau phẫu thuật được trình bày ở (Biểu đồ 1), với 7/11 nghiên cứu báo cáo và tỷ lệ dao động theo từng loại biến chứng. Nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,5% đến 10,6%, liệt dây thần kinh hoành với tỷ lệ từ 0,49% đến 5,4%, và cơn nhược cơ cấp ghi nhận tỷ lệ dao động từ 2,7% đến 14,9%. Đặc biệt, tràn dịch hoặc tràn khí màng phổi là biến chứng phổ biến nhất, với tỷ lệ

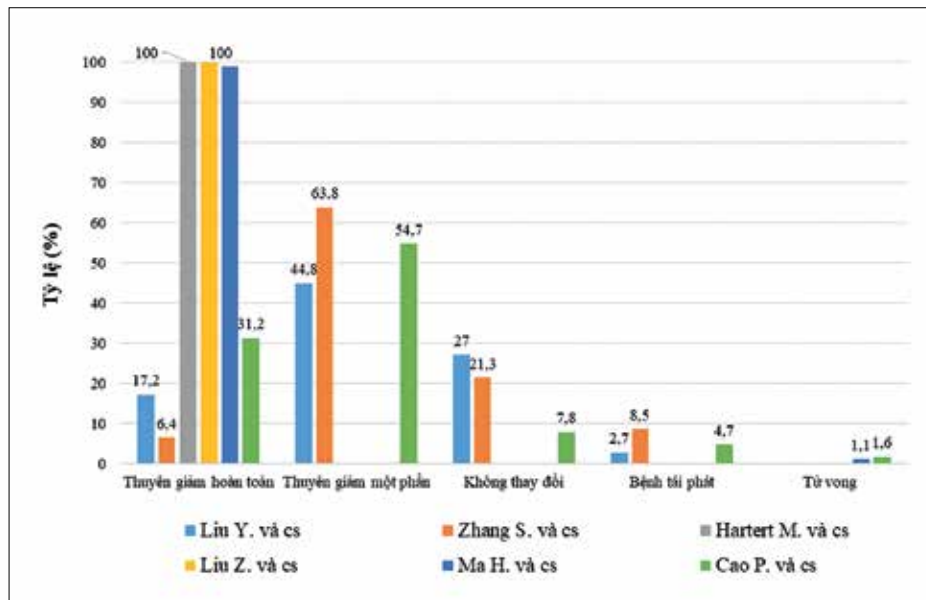
dao động từ 1% đến 30%. Trong nghiên cứu của Li J. và cộng sự, nhóm không có biến chứng này chiếm 37 trường hợp, ngoài ra có 13 trường hợp cần chọc dò màng phổi. Nhìn chung, không có trường hợp tử vong nào, tuy nhiên Zhang S. và cộng sự đã cho thấy tỷ lệ viêm phổi chiếm 6,4% và viêm trung thất chiếm 3,4% trong nhóm người bệnh sau phẫu thuật.



Biểu đồ 1. Biến chứng sau phẫu thuật (n = 7)

Sau thời gian theo dõi (Biểu đồ 2), thuyên giảm hoàn toàn được Hartert M và Liu Z báo cáo với tỷ lệ là 100%. Nhóm không thay đổi tình trạng chiếm 27%

(Liu Y) và 21,3% (Zhang S), tái phát 8,5% (Zhang S) và 2,7% (Liu Y). Hai ca tử vong do biến chứng nhược cơ và ngưng tim ghi nhận trong nghiên cứu Ma H và Cao P.



Biểu đồ 2. Kết quả theo dõi người bệnh dài hạn (n = 6)

Bàn luận

Điều trị các tuyến ức trong điều trị u tuyến ức và bệnh nhược cơ bằng phương pháp phẫu thuật SVATS được áp dụng rộng rãi trong điều trị u tuyến ức và bệnh nhược cơ nhờ tính chất ít xâm lấn. Kết quả tổng quan của chúng tôi cho thấy SVATS có thời gian phẫu thuật dao động từ 80 đến 199,1 phút, thời gian nằm viện trung bình từ 4 đến 6 ngày, và lượng máu mất trong phẫu thuật dao động từ 22,5 ml đến 75,5 ml. Những phát hiện này cho thấy rằng, việc áp dụng SVATS trong thực hành lâm sàng là khả thi, giúp giảm mất máu và rút ngắn thời gian hồi phục so với phẫu thuật mở. Tuy nhiên, khó có thể tránh hoàn toàn các rủi ro sau phẫu thuật. Biến chứng sau mổ là một yếu tố ảnh hưởng lớn cần được xem xét. Biến chứng thường gặp là tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ, cơn nhược cơ cấp và liệt dây thần kinh hoành. Điểm VAS sau phẫu thuật trung bình từ 1,8 – 5 điểm, một số người bệnh còn sốt mô mỡ trung thất; kết quả phẫu thuật sau quãng thời gian theo dõi đa số thuyên giảm hoàn toàn và thuyên giảm một phần, có hai trường hợp tử vong với nguyên nhân do xạ trị và cơn nhược cơ gây suy hô hấp.

Ngoài ra, lợi ích của SVATS trong phẫu thuật người bệnh có u tuyến ức và nhược cơ có thể được giải thích bằng các khía cạnh khác nhau. Phương pháp tiếp cận dưới mũi ức có thể tránh chèn ép và tổn thương dây thần kinh liên sườn trong quá trình phẫu thuật, và ống dẫn lưu ngực qua đường tiếp cận dưới mũi ức có thể cải thiện thêm hiệu quả này [16-18]. Hơn nữa, phương pháp tiếp cận dưới mũi ức cũng có thể được thực hiện chỉ bằng một cổng dưới mũi ức và việc giảm số lượng cổng vào dẫn đến giảm tổn thương các dây thần kinh hoặc cơ liên sườn [19]. Góc nhìn từ phương pháp tiếp cận dưới mũi ức tương tự như góc nhìn từ đường rạch giữa mũi ức giúp xác định và bóc tách tốt hơn các mạch máu trung thất trước như tĩnh mạch đầu cánh tay và tĩnh mạch ức, điều này có thể giải thích việc giảm lượng máu mất qua phẫu thuật [20,21]. Do giảm đau sau phẫu thuật và rút ngắn thời gian dẫn lưu ống dẫn lưu ngực, nên sự tuân thủ của người bệnh trong thời gian nằm viện sẽ được tăng cường và người

bệnh có nhiều khả năng chủ động ho và khạc đờm, thực hiện các bài tập thở sâu và đi lại sớm ra khỏi giường, giúp cải thiện chức năng phổi, giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết thương và thúc đẩy quá trình phục hồi nhanh chóng [21]. So với phẫu thuật mở qua xương ức, SVATS ít xâm lấn hơn, giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian hồi phục và mang lại tính thẩm mỹ cao hơn.

Về phân tích các biến chứng, các nghiên cứu đề ghi nhận tràn dịch hoặc tràn khí màng phổi là biến chứng phổ biến nhất [6,12]. Nguyên nhân có thể xuất phát từ tổn thương nhu mô phổi trong quá trình bóc tách hoặc dẫn lưu chưa tối ưu. Liệt dây thần kinh hoành, mặc dù hiếm gặp (0,49%–5,4%), thường liên quan đến vị trí khối u sát dây thần kinh hoặc thao tác bóc tách khó khăn. Cơn nhược cơ cấp sau mổ (2,7%–14,9%) có thể bị khởi phát bởi thời gian mổ kéo dài, liều thuốc mê, hoặc tình trạng bệnh nền chưa được kiểm soát đầy đủ [7]. Các biến chứng ít gặp hơn như viêm phổi hay viêm trung thất có thể gắn với khả năng thông khí và chăm sóc hô hấp sau mổ. Do đó, việc đánh giá kỹ lưỡng trước mổ, tối ưu hóa tình trạng nhược cơ, cùng với chiến lược bảo tồn cấu trúc thần kinh và quản lý hậu phẫu chặt chẽ là những yếu tố then chốt giúp hạn chế biến chứng và cải thiện hiệu quả lâm sàng.

Mặc dù có nhiều lợi ích, tổng quan này cũng còn một số hạn chế cần được đề cập. Đầu tiên, hầu hết các nghiên cứu được đưa vào đều là hồi cứu và chất lượng thông tin có thể bị ảnh hưởng. Thứ hai, mặc dù tất cả các nghiên cứu đều về PTNSLN với phương pháp tiếp cận dưới mũi ức, nhưng các phương pháp thực hiện tiếp cận dưới mũi ức khác nhau (cụ thể là số cổng vào và sử dụng cánh tay robot). Thứ ba, về việc theo dõi kết quả trong một thời gian, một số nghiên cứu chưa báo cáo tỷ lệ người bệnh được theo dõi và thời gian tại mỗi nghiên cứu không đồng nhất nên kết quả cần được cân nhắc. Cuối cùng, tất cả các nghiên cứu được đưa vào trích xuất đều được thực hiện ở Trung Quốc, Nhật Bản, Ấn Độ và Đức, nên kết luận của phân tích tổng hợp này khó có thể được khái quát hóa cho các khu vực khác trên thế giới.

Kết luận

PTNSLN có kết hợp đường tiếp cận dưới mũi ức là phương pháp tiếp cận ít xâm lấn, khả thi về mặt kỹ thuật, giúp kiểm soát triệu chứng và rút ngắn thời gian hồi phục hiệu quả trong phẫu thuật cắt tuyến ức. Tỷ lệ biến chứng nặng ghi nhận không đáng kể. Tuy nhiên, phương pháp này chưa loại bỏ được những biến chứng nhẹ, trung bình không mong đợi. Cần thực hiện đánh giá người bệnh kỹ lưỡng trước khi áp dụng phương pháp phẫu thuật này.

Tài liệu tham khảo

- Schmidt-Wolf IGH, Rockstroh JK, Schüller H, Hirner A, Grohe C, Müller-Hermelink HK, et al. Malignant thymoma: current status of classification and multimodality treatment. *Annals of hematology*. 2003;82(2):69-76.
- Detterbeck FC, Parsons AM. Thymic tumors. *The Annals of thoracic surgery*. 2004;77(5):1860-9.
- Zieliński M, Rybak M, Solarczyk-Bombik K, Wilkojc M, Czajkowski W, Kosinski S, et al. Subxiphoid uniportal VATS thymectomy. *Journal of visualized surgery*. 2017;3:171.
- Suda T. Subxiphoid Uniportal Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Procedure. *Thoracic surgery clinics*. 2017;27(4):381-386.
- Ma H, Lu S, Sun C, Wang X, Shu Y, Lyu X. Analysis of different surgical approaches to the treatment of thymoma. *J Cardiothorac Surg*. 2024;19(1):595.
- Liu Y, Zhang J, Wu W, Zhang H, Zhao C, Zhang M. Subxiphoid thoracoscopic thymectomy for myasthenia gravis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2022;34(3):482-484.
- Zhang S, Chen Z, Li B, Su C, Zhu H, Zhong B, et al. Efficiency of ectopic thymectomy by three surgical approaches in non-thymomatous myasthenia gravis. *Updates Surg*. 2022;74(4):1435-1443.
- Hartert M, Tripsky J, Brandt A, Huertgen M. Non-intubated Uniportal Subxiphoid Video-Assisted Thoracoscopic Surgery for Extended Thymectomy in Myasthenia Gravis Patients: A Case Series. *Journal of chest surgery*. 2022;55(5):417-421.
- Liu Z, Zhang L, Tang W, Yang R. Non-intubated uniportal subxiphoid thoracoscopic extended thymectomy for thymoma associated with myasthenia gravis. *World J Surg Oncol*. 2021;19(1):342.
- Yoshida M, Yuasa M, Kondo K, Tsuboi M, Kawakita N, Tangoku A. Evaluation of extended thymectomy approaches based on residual fat tissue. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2021;32(2):250-255.
- Cao P, Hu S, Qu W, Kong K, Han P, Yue J, et al. Subxiphoid-subcostal thoracoscopic thymectomy for seropositive myasthenia offers equivalent remission rates and potentially faster recovery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2022;34(4):576-583.
- Li J, Qi G, Zhang X, Zheng X. Is chest tube drainage necessary after subxiphoid thoracoscopic thymectomy? *J Cardiothorac Surg*. 2020;15(1):66.
- Asaf B, Puri H, Bishnoi S, Nanda N, Pulle M, Kumar A. Subxiphoid robotic extended thymectomy - The first Indian report. *Journal of minimal access surgery*. 2020;16(4):360-363.
- Zhong Y, Zhou Y, Jiang L, Lin H, Li X, Wen Z, et al. Modified Transsubxiphoid Thoracoscopic Extended Thymectomy in Patients with Myasthenia Gravis. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2017;65(3):250-254.
- Suda T, Hachimaru A, Tochii D, Maeda R, Tochii S, Takagi Y. Video-assisted thoracoscopic thymectomy versus subxiphoid single-port thymectomy: initial resultsdagger. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016;49 Suppl 1:i54-8.
- Lu Q, Zhao J, Wang J, Chen Z, Han Y, Huang L, et al. Subxiphoid and subcostal arch “Three ports” thoracoscopic extended thymectomy for myasthenia gravis. *J Thorac Dis*. 2018;10(3):1711-1720.
- Shiomi K, Kitamura E, Ono M, Kondo Y, Naito M, Mikubo M, et al. Feasible and promising modified trans-subxiphoid thoracoscopic extended thymectomy for patients with myasthenia gravis. *J Thorac Dis*. 2018;10(3):1747-1752.
- Suda T. Single-port thymectomy using a subxiphoid approach-surgical technique. *Ann Cardiothorac Surg*. 2016;5(1):56-8.
- Yano M, Moriyama S, Haneda H, Okuda K, Kawano O, Oda R, et al. The Subxiphoid Approach Leads to Less Invasive Thoracoscopic Thymectomy Than the Lateral Approach. *World J Surg*. 2017;41(3):763-770.
- Jiang L, Chen H, Hou Z, Qiu Y, Depypere L, Li J, et al. Subxiphoid Versus Unilateral Video-assisted Thoracoscopic Surgery Thymectomy for Thymomas: A Propensity Score Matching Analysis. *Ann Thorac Surg*. 2022;113(5):1656-1662.
- Li M, Xu L, Li L, Dai Q, Xu D. The Early Perioperative Outcomes of Subxiphoid Approach Versus Lateral Intercostal Approach Thoracoscopic Thymectomy for Thymic Tumors: A Meta-Analysis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2022;32(3):256-264.