

Kết quả điều trị u trung thất trước bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ

Ngô Gia Khánh¹, Nguyễn Hữu Ước², Trần Trọng Kiểm³

1. Bệnh viện Bạch Mai, 2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 3. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ, u trung thất trước, phẫu thuật u trung thất

Địa chỉ liên hệ:

Ngô Gia Khánh
Bệnh viện Bạch Mai
78 Đường Giải Phóng, Đống Đa,
Hà Nội
Điện thoại: 0915 126 638
Email: drgiakhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/11/2021

Ngày chấp nhận đăng:
23/02/2022

Ngày xuất bản: 15/03/2022

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị u trung thất mới được áp dụng rộng rãi trong thời gian gần đây. Tính hiệu quả và khả thi của phẫu thuật này trong điều kiện Việt Nam vẫn đang được nghiên cứu đánh giá. Nghiên cứu này nhằm báo cáo kết quả ngắn và trung hạn của phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị các khối u trung thất trước tại khoa Phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu các người bệnh bị u (hay nang) trung thất trước, điều trị bằng phẫu thuật nội soi một lỗ từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2020. Phẫu thuật nội soi một lỗ được thực hiện chỉ qua một đường mổ ngực nhỏ khoảng 3 cm, ở vị trí khoang liên sườn 4 hoặc 5 đường nách giữa; ống kính nội soi 10 mm x 30° và các dụng cụ phẫu thuật được sử dụng đồng thời qua lỗ mổ nhỏ này trong suốt quá trình phẫu thuật.

Kết quả: Bao gồm 52 người bệnh, với 31 nữ giới (59,6%), tuổi trung bình 51 ± 15 tuổi. Giải phẫu bệnh nhiều nhất là u tuyến ức (33), rồi đến u quái (11), u thần kinh (1), nang màng tim-màng phổi (2), nang phế quản (1), u lympho (1), quá sản tuyến ức (3). Kích thước trung bình của u trên chụp cắt lớp vi tính là $5,4 \pm 2,3$ cm. Thời gian mổ trung bình là $93,4 \pm 43,4$ phút. Chiều dài vết mổ trung bình là $2,9 \pm 0,8$ cm. Thời gian rút dẫn lưu trung bình $3,5 \pm 1,3$ ngày; thời gian nằm viện sau mổ trung bình $7,2 \pm 5,5$ ngày. Phẫu thuật kiểu nội soi một lỗ hoàn toàn có 46 ca (88,5%), nội soi hỗ trợ có 3 ca (5,7%), 3 ca cần thêm 1 lỗ trocar (5,7%). Mức độ đau sau mổ nhẹ-vừa chiếm 82,7%. Biến chứng sau mổ gồm: chập liền vết mổ, tràn dưỡng chấp màng phổi, xẹp phổi, tan máu, ổ cặn màng phổi - mỗi loại có 1 ca (1,9%), và 4 ca liệt hoành (7,7%). Không có tử vong trong và sau mổ. Theo dõi sau 12 tháng không có trường hợp nào bị u tái phát.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi một lỗ cho phép điều trị một số thể u trung thất trước có kích thước dưới 6 cm, theo dõi ngắn và trung hạn cho kết quả tốt.

Result of anterior mediastinal tumoral treatment by single-port video assisted thoracic surgery

Ngo Gia Khanh¹, Nguyen Huu Uoc², Tran Trong Kiem³

¹. Bach Mai Hospital, ². Viet Duc University Hospital, ³. 108 Military Central Hospital

Abstract

Introduction: Single-port video assisted thoracic surgery (VATS) for mediastinal tumors has been widely applied in recent years. The effectiveness and feasibility of this procedure in Vietnamese conditions is still being studied and evaluated. This study aims to report the short and medium-term results of single-port VATS for anterior mediastinal tumors at the department of Thoracic Surgery - Bach Mai Hospital.

Patients and methods: Prospective descriptive study of patients with anterior mediastinal tumors (or cysts), treated with single-port VATS from January 2017 to December 2020. Single-port VATS performed only through a small thoracotomy about 3 cm, in the 4th or 5th intercostal space in the middle axillary line; optic 10 mm x 30° and surgical instruments are used simultaneously through this small opening during surgery.

Results: Including 52 patients, with 31 female (59.6%), mean age 51 ± 15 years. The most common pathology is thymoma (33), then teratoma (11), neuroma (1), pericardial-pleural cyst (2), bronchial cyst (1), lymphoma (1), thymic hyperplasia (3). The average size of tumor on computed tomography was 5.4 ± 2.3 cm. The average surgery time was 93.4 ± 43.4 minutes. The average incision length was 2.9 ± 0.8 cm. The average draining time is 3.5 ± 1.3 days; The average postoperative hospital stay was 7.2 ± 5.5 days. Complete laparoscopic surgery with a single-port VATS was done in 46 cases (88.5%), laparoscopic support in 3 cases (5.7%), 3 cases required an additional trocar (5.7%). The degree of postoperative pain was mild-moderate 82.7%. Postoperative complications include: wound infection, chylous pleural effusion, atelectasis, hemolysis, empyema - 1 case for each (1.9%), and 4 cases of diaphragmatic paralysis (7.7%). There was no intraoperative and postoperative mortality. Follow-up after 12 months, there was no case of tumor recurrence.

Conclusion: Single-port VATS allows the treatment of some anterior mediastinal tumors less than 6 cm in size, with good results in short and medium-term follow-up.

Keywords: Single-port VATS, resection of mediastinal mass, anterior mediastinal mass.

Đặt vấn đề

U trung thất trước chiếm tỉ lệ cao nhất (49 - 59%) trong các loại u trung thất [1]. Trong đó thứ tự thường gặp là tuyến ức, u tế bào mầm, u lymphô, u quái và bướu giáp thông; ít gặp hơn là u trung mô (u mỡ, u sợi, u mạch bạch huyết hoặc u ác tương ứng), u có nguồn gốc thần kinh rất hiếm.

Trước đây phẫu thuật điều trị u trung thất chủ yếu tiến hành qua đường mở ngực hoặc mở xương ức. Gần đây, nhờ những cải tiến khoa học công nghệ về thiết bị nội soi và dụng cụ phẫu thuật, phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) đã từng bước được ứng dụng điều trị các bệnh u trung thất. Ưu điểm của PTNSLN bao gồm: ít đau hơn trong giai đoạn đầu

hậu phẫu, ít ảnh hưởng đến chức năng phổi, kết quả thẩm mỹ tốt hơn, giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ [2]. Phương pháp PTNSLN kinh điển và phổ biến nhất là PTNSLN 3 cổng (hay 3 lỗ). Từ năm 2004, PTNSLN 1 lỗ bắt đầu được Rocco và cộng sự báo cáo [3], nhưng trong một thời gian dài, việc ứng dụng chỉ giới hạn cho một số can thiệp nhỏ (sinh thiết màng phổi, cắt kén khí phổi), cho đến khi Gonzalez-Rivas mô tả kỹ thuật cắt thùy phổi bằng PTNSLN 1 lỗ (2011) [4], thì kỹ thuật này mới được sử dụng rộng rãi hơn. Tuy nhiên, cho đến nay, vẫn có rất ít báo cáo về điều trị u trung thất nói chung và u trung thất trước nói riêng bằng PTNSLN 1 lỗ.

Tại Việt Nam, PTNSLN một lỗ điều trị u trung thất được thực hiện đầu tiên tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2015 [5], sau đó là Bệnh viện Bạch Mai và một số đơn vị khác. Cho đến nay, ngoài u trung thất, chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật này trong phẫu thuật cắt kén khí, cắt phổi không điển hình, đốt hạch giao cảm, cắt thùy phổi - nạo vét hạch. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả, tính an toàn và khả thi của PTNSLN một lỗ trong phẫu thuật điều trị các khối u trung thất trước tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm các người bệnh được chẩn đoán hoặc nang trung thất trước, chưa xâm lấn vào cấu trúc xung quanh, chỉ định và thực hiện phẫu thuật cắt u/nang bằng phương pháp PTNSLN một lỗ (kể cả trường hợp phải chuyển mổ mở) tại khoa Phẫu thuật Lồng ngực - Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2020. Không lấy vào nghiên cứu những trường hợp nghi ngờ u xâm lấn xung quanh trên phim chụp cắt lớp đa dãy (CT), tiền sử đã trải qua xạ trị tiền phẫu và có chống chỉ định PTNSLN nói chung. Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu, với các tham số trước - trong và kết quả sớm sau mổ.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Tiếp nhận người bệnh có chẩn đoán u/nang trung thất trước vào Bệnh viện Bạch Mai. Hoàn thiện các thăm dò xét phẫu thuật: xét nghiệm cơ bản, Xquang ngực thẳng, CT ngực có tiêm thuốc cản quang, siêu

âm tim, điện tim, đo chức năng hô hấp.

Chỉ định phẫu thuật cắt u. Lựa chọn cách tiếp cận PTNSLN một lỗ.

Quy trình PTNSLN một lỗ: Gây mê nội khí quản (thông khí 1 nòng + bơm khí CO₂, hoặc chọn lọc - 2 nòng), tư thế nghiêng 60° sang bên đối diện, rạch da 2,5 - 3 cm đường nách giữa - mở vào khoang màng phổi qua khoang liên sườn V hoặc IV (u nằm cao trên tĩnh mạch đơn, hoặc bên trái). Bọc vết mổ bằng miếng bảo vệ vết thương (soft tissue). Đưa dụng cụ nội soi và ống kính nội soi (10 mm, 30°) qua vết mổ để thao tác. Phẫu tích và cắt u bằng các dụng cụ nội soi một lỗ. Nội soi hoàn toàn là quan sát phẫu trường chỉ bằng ống kính nội soi; nội soi hỗ trợ là quan sát phẫu trường cả bằng ống kính nội soi và nhìn trực tiếp qua vết mổ; nếu còn khóa khăn có thể chuyển sang nội soi nhiều lỗ (thêm trocar) hay mổ lỗ truyền thống. Bỏ bệnh phẩm vào túi nilon rồi lấy ra ngoài qua vết mổ, gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Sau mổ ổn định (lâm sàng, X-quang) sẽ cho xuất viện và hẹn khám lại sau mổ 1 tháng.

Đánh giá kết quả sớm sau mổ:

Tốt: Thực hiện thành công phẫu thuật cắt trọn u trung thất, không có tai biến hay biến chứng.

Trung bình: Có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, không cắt trọn u.

Xấu: Có tai biến phải chuyển mổ ngực (khi mổ nội soi), có biến chứng cần phải mổ lại.

Tử vong: Trong hoặc sau mổ.

Thu thập các chỉ tiêu nghiên cứu theo mẫu bệnh án. Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.

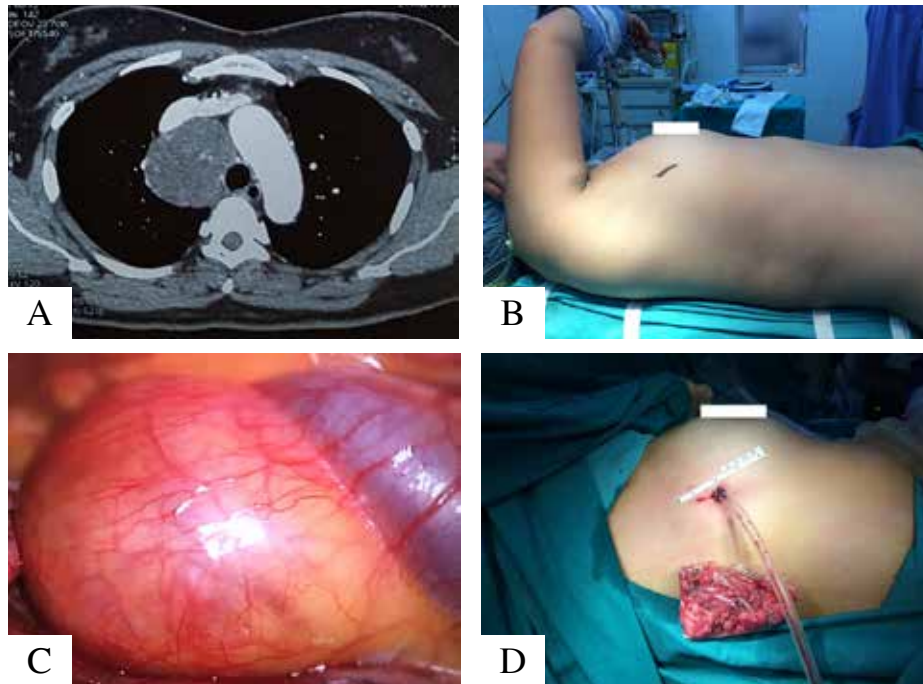
Kết quả

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2020 có 52 người bệnh đáp ứng tiêu chí nghiên cứu. Trong đó nam/nữ: 21/31. Tuổi trung bình 51 ± 15 tuổi (15 - 73). Kích thước u (đo chỗ lớn nhất) trung bình trên CT là 54 ± 23 mm (10 - 125).

Các chỉ số trong mổ có: gây mê ống nội khí quản 1 nòng (25/52 ca - 48,1%) xấp xỉ nhóm ống 2 nòng (27/52 - 51,9%). Chiều dài trung bình đường rạch da là $2,9 \pm 0,8$ cm (1,5 - 5,0). Thời gian mổ trung bình là $93,4 \pm 43,4$ phút (35 - 255). Các kết quả khác trong Bảng 1.

Các chỉ số sau mổ (Bảng 2, 3, 4): Thời gian rút dẫn lưu màng phổi (n = 49) là $3,52 \pm 1,3$ ngày (2 - 9); có 3 ca không đặt dẫn lưu do u nhỏ - nguy cơ chảy

máu thấp; 1 ca để dài ngày do chảy dịch dưỡng chấp từ diện cắt u. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,8 \pm 3,2$ ngày (3 - 21).



Hình 1. Mô tả kỹ thuật

A: Hình ảnh u trung thất trên phim CT scanner; B: Tư thế người bệnh; C: Hình ảnh khối u trong mổ; D: Vết mổ và bệnh phẩm

Bảng 1. Các chỉ số trong mổ (n = 52)

Chỉ số nghiên cứu			N	%
Phương pháp phẫu thuật	Nội soi một lỗ hoàn toàn		46	88,5
	Thêm Trocar	U lớn	1	
		Cắt màng phổi + Màng tim	1	
		Cắt phổi	1	
		Tổng	3	5,7
	Nội soi hỗ trợ	U lớn	1	
		Cắt màng tim	2	
		Tổng	3	5,7
Biến chứng trong mổ	Tổn thương tĩnh mạch		1	1,9
	Tổn thương thần kinh hoành (đi qua u)		4	7,7
	Tổn thương thành thực quản		1	1,9

Bảng 2. Kết quả giải phẫu bệnh khối u (n= 52)

Giải phẫu bệnh		N	%
U tuyến ức	U tuyến ức type A	4	7,7
	U tuyến ức type AB	3	5,8
	U tuyến ức type B1	7	13,5
	U tuyến ức type B2	5	9,6
	U tuyến ức type B3	4	7,7
	Tổng	23	44,2
U mô tuyến ức		2	3,8
Nang tuyến ức		7	13,5
Quá sản tuyến ức		3	5,8
U quái thuận thực		12	23,1
U thần kinh nội tiết		1	1,9
Nang phế quản		1	1,9
Nang màng tim, màng phổi		2	3,8
U lympho		1	1,9

Bảng 3. Kết quả sớm sau mổ (n = 52)

Chỉ số nghiên cứu	N	%
Biến chứng sau mổ	Vết mổ chậm liền	2 3,8
	Xẹp phổi	1 1,9
	Ổ cận màng phổi (mổ lại)	1 1,9
	Tràn dưỡng chấp (mổ lại)	1 1,9
	Tan máu	1 1,9
Mức độ đau sau mổ	Đau ít	16 30,7
	Đau vừa	33 63,4
	Đau nhiều	3 5,7

Bàn luận

PTNSLN một lỗ được G. Rooco giới thiệu năm 2004 trên 15 người bệnh cắt kén khí [3]. Tuy nhiên, một thời gian dài sau đó, kỹ thuật này chỉ được giới hạn ở một số phẫu thuật tương đối đơn giản. Báo cáo cũng của G. Rocco năm 2013, sau 10 năm thực hiện kỹ thuật, thấy chỉ định chủ yếu chỉ là chẩn đoán và điều trị tràn dịch màng phổi 329/644 ca (51%), cắt phổi hình chêm 186/644 ca (28,9%) [6]. PTNSLN một lỗ chỉ bắt đầu được thừa nhận rộng rãi từ khi Diego Gonzalez Rivas báo cáo ứng dụng thực hiện ca phẫu thuật cắt thùy phổi đầu tiên vào năm 2011 [4]. Sau đó nhiều kỹ thuật phức tạp hơn cũng được tác giả thực hiện bằng PTNSLN một lỗ, nên phương pháp ngày càng được thừa nhận về tính an toàn và khả thi. Tuy nhiên cho đến nay, PTNSLN một lỗ hay ba lỗ vẫn là chủ đề gây tranh cãi nhiều ở các hội nghị chuyên ngành. Những người ủng hộ cho rằng, phương pháp này có ưu điểm hơn về việc phối hợp thao tác trong mổ cũng như hiệu quả giảm đau sau mổ và tính thẩm mỹ.

Dựa trên kết quả ứng dụng PTNSLN một lỗ cắt u trung thất, chúng tôi đối chiếu với các nghiên cứu khác để phần nào đánh giá được hiệu quả của phương pháp, ưu nhược điểm, khả năng ứng dụng đối với một số tình huống cụ thể.

Phẫu thuật nội soi một lỗ có làm tăng thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố: kinh nghiệm của phẫu thuật viên, tính chất khối

u, phẫu trường rộng rãi, trang thiết bị dụng cụ... Thời gian này cũng là thước đo để đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật. Một phương pháp hiệu quả sẽ giúp ca mổ thuận lợi và hoàn thành nhanh hơn. So sánh với một số nghiên cứu trong và ngoài nước, chúng tôi thấy thời gian phẫu thuật tương đương với tác giả Wu (Đài Loan) $97,3 \pm 31,2$ (phút), ngắn hơn đáng kể so với nghiên cứu của một số tác giả khác với phương pháp nội soi 3 lỗ: Trần Bảo Minh Luân [8] $120 \pm 28,52$ (phút), Phạm Hữu Lư [10] $116,90 \pm 29,32$ (phút).

Kích thước U thế nào là phù hợp cho phẫu thuật nội soi một lỗ

Kích thước u liên quan đến quan sát và thao tác trong phẫu thuật. Khối u càng lớn thì càng gây cản trở tầm nhìn và việc thao tác càng gặp khó khăn, đặc biệt là việc quan sát các cấu trúc liên quan như tĩnh mạch vô danh, thần kinh hoành. Đối với các khối u dạng nang, kích thước không phải là vấn đề vì có thể hút bớt dịch trong nang làm nhỏ kích thước u. Kích thước u còn liên quan đến việc lấy bệnh phẩm, đối với phẫu thuật nội soi 3 lỗ thông thường thao tác bằng 2 trocar 10 mm và 1 trocar 5 mm, sau khi cắt u nếu khối u lớn hơn 2cm thường sẽ phải mở rộng rõ Trocar để lấy bệnh phẩm, nếu cố gắng hạn chế mở rộng thường dẫn đến thao tác khó khăn, làm kéo dài thời gian gây mê và bệnh phẩm lấy ra thường không được nguyên vẹn. Với PTNSLN một lỗ, đường rạch 3 cm giúp lấy bệnh phẩm dễ dàng và thuận lợi hơn, có thể coi đây là một trong những yếu tố giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật so với phương pháp phẫu thuật nội soi 3 lỗ.

Các nghiên cứu khác cho thấy đa số các tác giả chỉ định phẫu thuật nội soi nói chung và nội soi một lỗ nói riêng cho các khối u dưới 6 cm: Ching-Yang Wu [7] $3,98 \pm 2,06$ cm, Majed Refai [11] 5,1 cm (1,6 - 14). Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi chia người bệnh thành 2 nhóm dựa vào kích thước 6 cm, thì thấy: nhóm u nhỏ < 6 cm có 31 ca, nhóm u lớn ≥ 6 cm có 21 ca; thử kiểm định T-test cho thấy thời gian mổ của nhóm u nhỏ ($83,06 \pm 29,26$ phút) ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm u lớn ($111,6 \pm 54,4$ phút) với $p = 0,036$. Như vậy, nên ưu tiên áp dụng PTNSLN

một lỗ cho những khối u kích thước < 6 cm với thời gian mổ ngắn hơn. Mặt khác khi phân tích các biến chứng liên quan đến phẫu thuật, thì có 6/9 ca nằm ở nhóm u lớn ≥ 6 cm.

Độ dài đường rạch da bao nhiêu là thuận lợi nhất cho thao tác

Cho đến nay chưa có một tiêu chuẩn nào về độ dài đường rạch da trong PTNSLN một lỗ được giới thiệu. Đa số các nghiên cứu trên thế giới sử dụng đường rạch da 2,5 - 3 cm. Trong báo cáo đầu tiên về PTNSLN một lỗ, G. Rocco đã sử dụng đường rạch da 2 - 2,5 cm ở khoang liên sườn 6 đường nách sau để cắt kén khí [12]. Marco Scarci sử dụng đường rạch da 3 cm khoang liên sườn 5 để cắt u tuyến ức [13]. Trong báo cáo của các tác giả Đài Loan, độ dài đường rạch da trung bình là $3,22 \pm 0,79$ cm [7]. Độ dài đường rạch da trong nghiên cứu là $2,9 \pm 0,8$ cm. Chúng tôi thấy với độ dài này là vừa đủ để đưa ống kính nội soi và hai dụng cụ vào để thao tác, có thể thay đổi vị trí của chúng dọc theo đường rạch da để tăng độ linh hoạt của dụng cụ.

Chuyển phương pháp phẫu thuật

Tỷ lệ chuyển phương pháp phẫu thuật khác nhau ở nhiều báo cáo tùy thuộc vào kinh nghiệm của PTV và loại phẫu thuật. Dong Xie và cộng sự báo cáo 1063 trường hợp PTNSLNML cho nhiều bệnh lý lồng ngực trong đó có 56 trường hợp cắt u trung thất, tỷ lệ chuyển phương pháp phẫu thuật là 4,6%, trong đó 27 (2,5%) được chuyển sang phẫu thuật mở, 14 (1,3%) cần thêm một đường rạch và 8 (0,8%) được chuyển sang PTNS kinh điển. Các lý do phải chuyển phương pháp phẫu thuật bao gồm: do dính màng phổi 14 trường hợp, 8 trường hợp do biến chứng chảy máu và cần kiểm soát mạch máu khi cắt u 5 trường hợp. Gaetano Rocco tổng kết 10 năm PTNSML cho 644 trường hợp, tỷ lệ chuyển phương pháp phẫu thuật là 24 trường hợp (3,7%) trong đó chuyển sang PTNS kinh điển ở 14 (2,2%), 10 (1,5%) cần phải mở ngực. Nguyên nhân do xẹp phổi không hoàn toàn 22 (92%) và chảy máu 2 người bệnh.

Trong nhóm nghiên cứu, có 46 trường hợp chiếm 88,5% phẫu thuật thành công với PTNSML, 6 trường hợp phải chuyển phương pháp phẫu thuật chiếm

9,2% trong đó 3 trường hợp chuyển nội soi hỗ trợ (mở rộng đường rạch da, thao tác bằng mắt nhìn trực tiếp phổi hợp với nội soi, dùng dụng cụ mổ mở và nội soi), 3 trường hợp đặt thêm Trocar (thường sử dụng thêm một đường rạch thấp hơn đường rạch da ban đầu để đưa OKNS quan sát). Trong các nguyên nhân phải chuyển phương pháp phẫu thuật có 2 trường hợp là u lớn, các khối u lớn gây hạn chế quan sát ngoài ra bản chất u quái viêm dính tổ chức xung quanh khó phẫu tích bằng nội soi thông thường. Các trường hợp còn lại phải chuyển phương pháp phẫu thuật để xử lý các tổn thương trong mổ đảm bảo triệt để về mặt ung thư học, có 2 trường hợp cắt màng tim do u thâm nhiễm, 1 trường hợp u thâm nhiễm vào thùy trên phổi trái không gỡ dính được phải cắt một phần nhu mô phổi, 1 trường hợp phải cắt cả phổi và màng tim kèm theo.

Các biến chứng trong và sau mổ

Nghiên cứu gặp 6 ca có biến chứng trong mổ: 1 tổn thương tĩnh mạch vô danh - xử trí được bằng nội soi; 4 tổn thương thần kinh hoành do khối u xâm lấn; 1 tổn thương lớp cơ thực quản - xử trí được bằng nội soi. Có hai trường hợp biến chứng sau mổ - phải mổ nội soi lại để xử lý: 1 rò bạch huyết kéo dài, điều trị bảo tồn không hiệu quả - mổ khâu đường rò; 1 ổ cặn màng phổi sau mổ - mổ bóc màng phổi. Theo y văn, chỉ có 11 trường hợp tràn dưỡng chấp sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức đã được báo cáo từ năm 1994, chủ yếu xảy ra ở người bệnh có triệu chứng của nhược cơ và phẫu thuật qua đường mở xương ức [14]. Có 3 ca sau phẫu thuật xâm lấn tối thiểu: 1 phẫu thuật có sự hỗ trợ của robot và 2 phẫu thuật có video hỗ trợ. Đa số chẩn đoán tràn dưỡng chấp được đưa ra vào ngày thứ 2 hoặc ngày thứ 3 sau mổ. Một số trường hợp điều trị bảo tồn thành công bằng chế độ nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch và ăn ít lipid. Một số báo cáo cho thấy Somatostatin hoặc Octreotide có thể hỗ trợ điều trị tràn dưỡng chấp bằng cơ chế giảm tràn dịch màng phổi và thúc đẩy sự hấp thụ của ống ngực. Mặc dù tràn dưỡng chấp sau phẫu thuật u tuyến ức rất hiếm gặp, nhưng cần lưu ý dù là bằng kiểu phẫu thuật nào, nhất là đối với bệnh nhược cơ. Trong quá trình phẫu thuật, cần thận bóc tách cắt bỏ tuyến ức

bao gồm cả mô mỡ xung quanh, chú ý đến các mạch bạch huyết nhỏ xung quanh khối u. Phẫu thuật thắt ống ngực hoặc khâu thắt đường rò cần cân nhắc chỉ định trong những trường hợp rò dịch bạch huyết kéo dài dai dẳng.

Y văn mô tả có khoảng 19 trường hợp u tuyến ức có liên quan đến thiếu máu tan máu, thường gặp nhất là u tuyến ức type C và thứ hai với type A [15]. Trong đó 16% các biểu hiện tan máu xuất hiện trước và sau đó phát hiện khối u tuyến ức; 44,5% u tuyến ức có trước, và 39% hai bệnh được chẩn đoán đồng thời. Trong nghiên cứu này có 1 ca biểu hiện tan máu xuất hiện sau mổ, có thể phẫu thuật là yếu tố kích hoạt gây nên các rối loạn miễn dịch. Điều trị bệnh thiếu máu tan máu liên quan đến u tuyến ức sử dụng corticoids thông thường liều 1 - 1,5 mg/kg trong 3 tuần, sự cải thiện về mặt lâm sàng 70 - 90% người bệnh, trong trường hợp đó được khuyến cáo giảm dần liều corticoid. Trong hơn 50% các trường hợp (10 trường hợp), ghi nhận sự thuyên giảm của bệnh thiếu máu tan máu sau khi phẫu thuật cắt bỏ u tuyến ức [15].

Mức độ đau sau mổ

Đau sau mổ là một rối loạn sinh lý bệnh chủ yếu sau phẫu thuật lồng ngực, gây hạn chế hô hấp, là nguyên nhân làm tăng các biến chứng sau mổ như xẹp phổi, viêm phổi, ổ cặn màng phổi. Đau cấp tính sau mổ liên quan đến các chấn thương phần mềm, gãy xương sườn, tổn thương thần kinh liên sườn. PTNSLN đa số không sử dụng băng sườn, do đó hạn chế được các sang chấn này, giúp giảm đáng kể mức độ đau. PTNSLN một lỗ đã thay thế các trocar bằng miếng bảo vệ vết thương, loại bỏ được tổn thương thần kinh do trocar chèn ép trong quá trình phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu chỉ ra ưu điểm giảm đau của nội soi một lỗ so với nội soi truyền thống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ đau ít đến vừa chiếm 95%. Nhiều nghiên cứu cũng ghi nhận điều này: Ching-Feng Wu thấy rằng có sự khác biệt lớn về điểm đau sau mổ giữa hai nhóm PTNSML và PTNS kinh điển (ngày đầu sau mổ 1,45 và 3,69; ngày ra viện 0,24 và 0,86) [16]. Masaya Tamura so sánh PTNSML và PTNS kinh điển trong can thiệp

một số bệnh lý lồng ngực thấy rằng không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về thời gian phẫu thuật, thời gian dẫn lưu hoặc thời gian nằm viện. Tuy nhiên, PTNSML ít đau hơn sau phẫu thuật và có chỉ số hài lòng cao hơn. Điều này có thể là do giảm đau sau phẫu thuật và tính ưu việt về mặt thẩm mỹ [17]. Yang và cộng sự đã thực hiện một phân tích tổng hợp và nhận thấy rằng điểm số VAS sau phẫu thuật 24 và 72 giờ ở nhóm PTNSML thấp hơn đáng kể so với nhóm PTNSBL [18].

Thương tổn giải phẫu bệnh khối u trung thất được phẫu thuật

Chiếm đa số trong nghiên cứu là các bệnh lý của tuyến ức (67,3%), trong đó 44,2% là u tuyến ức và 23,1% u quái. Trong số các u tuyến ức (thymoma) thì phân độ Masaoka I có 17 ca, Masaoka III có 4 ca, Masaoka II có 2 ca. Kết quả này nhìn chung phù hợp với nhiều nghiên cứu khác, theo đó thấy đa phần các khối u trung thất trước là u tuyến ức. Mặc dù tiêu chuẩn lựa chọn chỉ lấy u tuyến ức giai đoạn I, II/CT ngực, nhưng kết quả sau mổ có 4 người bệnh giai đoạn III; trong đó 1 ca phải để lại một phần vỏ u dính vào thần kinh hoành, 1 ca phải cắt màng phổi trung thất kèm theo, 1 ca phải cắt màng tim kèm theo, 1 ca dính chặt vào thần kinh hoành - khi bóc tách gây tổn thương thần kinh. Tác giả Chung J.W., trong tiêu chuẩn chọn bệnh ban đầu cũng chỉ chọn các u tuyến ức ở giai đoạn I và II dựa trên hình ảnh CT ngực, nhưng kết quả sau mổ có 5/70 trường hợp u ở giai đoạn III và 2/70 trường hợp u ở giai đoạn IV [19]. Nghiên cứu của Huỳnh Quang Khánh trên 64 trường hợp u tuyến ức được mổ nội soi, kết quả phân loại theo Masaoka: 67,2% giai đoạn I, 17,2% giai đoạn II, 14,1% là giai đoạn III, và giai đoạn IV là 1,6% [9].

Ưu điểm và bất lợi của PTNSML

Ưu điểm cơ bản của PTNSML là thay đổi cách tiếp cận mục tiêu:

Cách tiếp cận mục tiêu trong PTNS một lỗ tương tự như cách tiếp cận mà các bác sĩ phẫu thuật sẽ sử dụng trong phẫu thuật mở. Nghĩa là tiếp cận đồng trục (mắt và tay của phẫu thuật viên làm việc trên cùng 1 mặt phẳng) trong khi đó cách tiếp cận trong

PTNS kinh điển là tiếp cận quanh trục do đó việc phối hợp mắt tay sẽ linh hoạt hơn đặc biệt trong những thao tác đòi hỏi độ chính xác cao.

Trong PTNS kinh điển, sự kết hợp hình học của hai dụng cụ thao tác và nguồn sáng ra một mặt phẳng quang học ngang với sự hình thành góc xoắn (α) không thuận lợi với màn hình hai chiều tiêu chuẩn.

Nhược điểm chủ yếu của PTNSML là “xung đột dụng cụ”:

Đây là vấn đề khó khăn trong phẫu thuật nội soi một lỗ, với một đường rạch 2,5 - 3 cm, việc đưa 2 - 3 dụng cụ qua làm hạn chế độ linh hoạt của thao tác, để tránh hiện tượng này cần sử dụng các dụng cụ có chiều dài, ngắn khác nhau, việc thay đổi vị trí các dụng cụ phẫu thuật với OKNS cũng giúp tăng độ linh hoạt. Phẫu thuật viên cũng nên quen với việc phẫu thuật với trường nhìn xa, vì OKNS càng tiến sâu vào thì tay của PTV và của người phụ cầm OKNS càng vướng vào nhau. Cách bố trí dụng cụ theo nguyên tắc “đèn giao thông” cũng giúp hạn chế dụng cụ va chạm nhau. Trong đó “đèn đỏ” là OKNS thường được đặt ở mét trên của vết mổ, còn “đèn vàng” và “đèn xanh” là hai dụng cụ để thao tác. Để cố định OKNS và đỡ mổ cho người cầm OKNS có thể dùng meches cuốn vòng quanh OKNS và cố định vào sừng mổ. Thông thường tay không thuận của PTV cầm ống hút, tay thuận cầm dao mổ cao năng lượng (dao Ligasure hoặc dao siêu âm). Ống hút có tác dụng hút sạch phẫu trường đồng thời là dụng cụ để vén tổ chức. Dao mổ vừa để cắt đốt đồng thời là dụng cụ phẫu tích. Đôi khi vị trí của OKNS và các dụng cụ có thể đổi chỗ cho nhau trong một số trường hợp chẳng hạn như để gỡ dính phổi hoặc bóc tách các vị trí u dính vào thành ngực.

Kết luận

PTNSLN một lỗ ứng dụng trong cắt u trung thất tại Bệnh viện Bạch Mai là an toàn và khả thi so với phẫu thuật nội soi truyền thống. Trước mắt, kỹ thuật có thể thực hiện với dụng cụ trang thiết bị mổ nội soi và mổ mở thông thường. Đối tượng phù hợp là những người bệnh có kích thước khối u khoảng dưới 6cm, không xâm lấn xung quanh. Nghiên cứu cần tiếp tục với các

bệnh lý lồng ngực khác, với các trang thiết bị - dụng cụ PTNSLN một lỗ chuyên dụng.

Tài liệu tham khảo

1. F.Laurent, V.Latrabe, R.Lecesne, H. Zennaro (1998). Mediastinal masses: diagnostic approach. *Eur Radiol* 8 1148±1159, 1149-1159.
2. Dziedzic D. and Orlowski T. (2015). The Role of VATS in Lung Cancer Surgery: Current Status and Prospects for Development. *Minim Invasive Surg*, 2015, e938430.
3. Rocco G., Martin-Ucar A., and Passera E. (2004). Uniportal VATS wedge pulmonary resections. *Ann Thorac Surg*, 77(2), 726–728.
4. Gonzalez D., Paradela M., Garcia J., et al. (2011). Single-port video-assisted thoracoscopic lobectomy. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 12(3), 514–515.
5. Ngô Gia Khánh, Nguyễn Hữu Ước (2016). Phẫu thuật nội soi một lỗ cắt u trung thất. *Phẫu Thuật Nội Soi Và Nội Soi Việt Nam*, (Số 1 tập 6), 11–16.
6. Gaetano Rocco, Nicola Martucci, Carmine La Manna, (2013). Ten-year experience on 644 patients undergoing single-port (uniportal) video-assisted thoracoscopic surgery. *Ann Thorac Surg*.
7. Wu C.-F., Diego G.-R., Wen C.-T., et al. (2015). Single-port video-assisted thoracoscopic mediastinal tumour resection. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 21(5), 644–649.
8. Trần Minh Bảo Luân (2007). Nghiên cứu chỉ định điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. *Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tập 11(số 1), 364–371.
9. Huỳnh Quang Khánh (2015). Nghiên cứu kết quả điều trị u trung thất nguyên phát bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. *Luận án Tiến sỹ Y học*. Đại Học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh, p84.
10. Phạm Hữu Lư (2015). Nghiên cứu điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Việt Đức. *Luận Án Tiến Sỹ Học Đại Học Hà Nội*, 78–79.
11. Refai M., Gonzalez-Rivas D., Guiducci G.M., et al. (2020). Uniportal video-assisted thoracoscopic thymectomy: the glove-port with carbon dioxide insufflation. *Gland Surg*, 9(4), 879–885.
12. G R. (2012). One-port (uniportal) video-assisted thoracic surgical resections--a clear advance. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 144(3).
13. Scarci M., Pardolesi A., and Solli P. (2015). Uniportal video-assisted thoracic surgery thymectomy. *Ann Cardiothorac Surg*, 4(6), 56770–56770.
14. Zhang Z., Hu X., Chen Q., et al. (2018). Chylothorax after thoracoscopic extended thymectomy: a case report

- and literatures review. *J Thorac Dis*, 10(8), E639–E642.
15. De Keyzer K., Peeters P., Verhelst C., et al. (2009). Autoimmune haemolytic anaemia associated with a thymoma: case report and review of the literature. *Acta Clin Belg*, 64(5), 447–451.
16. Ching-Feng Wu, Diego Gonzalez-Rivas, Chih-Tsung Wen (2015). Comparative Short-Term Clinical Outcomes of Mediastinum Tumor Excision Performed by Conventional VATS and Single-Port VATS: Is It Worthwhile?. *Medicine (Baltimore)*, Volume 94, Number 45.
17. Tamura M., Shimizu Y., and Hashizume Y. (2013). Pain following thoracoscopic surgery: retrospective analysis between single-incision and three-port video-assisted thoracoscopic surgery. *J Cardiothorac Surg*, 8, 153.
18. Yang X., Li M., Yang X., et al. (2018). Uniport versus multiport video-assisted thoracoscopic surgery in the perioperative treatment of patients with T1-3N0M0 non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Thorac Dis*, 10(4), 2186–2195.
19. JW Chung, HR Kim, DK Kim, MS Chun, YH Kim, S-I Park, S-R Kim, DH Lee (2012). Long-term Results of Thoracoscopic Thymectomy for Thymoma without Myasthenia Gravis. *J Int Med Res*, (40), 1973–1981.