

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU RÚT THANH 28 BỆNH NHÂN LỖM NGỰC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT XÂM LẤN TỐI THIỂU

LÂM VĂN NÚT, VŨ HỮU VĨNH,
TRẦN QUYẾT TIẾN, LÊ MINH THUẬN

TÓM TẮT

Thời gian Từ tháng 2 năm 2009 đến tháng 8 năm 2012. Tại khoa phẫu thuật Lồng ngực – Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy, Tp Hồ Chí Minh. Thực hiện phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị lổm ngực 229 bệnh nhân lổm ngực, trong đó 28 bệnh nhân được rút thanh sau 3 năm. Theo dõi các chỉ số HI, EF, FVC, FEV₁ cải thiện rõ rệt. Bệnh nhân nhân cũng cải thiện về tâm lý và thể chất như: tự tin về hình dáng lồng ngực của mình, lên cân, tăng hoạt động thể lực. Kết quả đánh giá được ghi nhận: rất tốt (82,1%), tốt (14,3%), khá (3,6%) và không có trường hợp nào kém. Bệnh nhân và gia đình hài lòng về kết quả điều trị.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ đầu năm 2008 đến nay, khoa ngoại Lồng ngực - Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy đã triển khai phẫu thuật thường quy điều trị lổm ngực bẩm sinh bằng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu (PT Nuss), bước đầu cho kết quả rất tốt. Chúng tôi nhận thấy rằng đây là phẫu thuật an toàn, hiệu quả, thời gian hồi phục nhanh và ít biến chứng. Số lượng bệnh nhân lổm ngực đến khám và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy ngày càng tăng [1].

Phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu Nuss trong điều trị lổm ngực còn đang trong giai đoạn bắt đầu, vừa làm vừa tích lũy kinh nghiệm và có ít công trình nghiên cứu chính thức về đặc điểm lâm sàng, phân loại lổm ngực, kết quả điều trị lổm ngực, nên chúng tôi nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Nuss trong điều trị lổm ngực nhằm đánh giá kết quả sau rút thanh.

TỔNG QUAN

Lổm ngực được phát hiện và ghi vào y văn vào đầu thế kỷ 16 bởi Johan Scheneck (1531-1590). Năm 1594, Bauhinus đã mô tả các triệu chứng lâm sàng bệnh lổm ngực bao gồm khó thở, ho không kiểm soát do chèn ép phổi.

Năm 1947, Ravitch công bố nghiên cứu tám bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp Sauerbruch cải tiến. Vì xương ức bị tách rời khỏi tất cả các thành phần bám vào, Ravitch tin rằng xương ức sẽ không bị lún trở lại vào trong lồng ngực nên đã bỏ việc kéo xương ức bằng lực từ bên ngoài sau mổ. Phương pháp mổ cải tiến được tác giả áp dụng không kéo xương ức từ bên ngoài sau mổ có tỉ lệ tái phát rõ rệt [13].

Năm 1961, Adkins P.C và Blades B. đưa ra khái niệm giá đỡ, nhưng tiến bộ hơn trước đó bằng cách luồn thanh thép không rỉ phía sau xương ức, phương pháp này được gọi kỹ thuật Ravitch cải biên, được xem là phẫu thuật chuẩn mực chỉnh sửa dị tật lổm ngực và áp dụng mọi lứa tuổi cho đến gần 40 năm sau [2].

Năm 1998, Nuss D. và cộng sự công bố tổng quan 10 năm kinh nghiệm với phẫu thuật xâm lấn tối thiểu cho 42 bệnh nhân lổm ngực cho kết quả tốt, ít biến chứng, thời gian hồi phục nhanh. Đặc biệt không cắt các sụn sườn và cũng không mở xương ức, thay vào đó xương ức được nâng lên bằng thanh kim loại dựa trên khả năng linh hoạt và dễ uốn nắn của các sụn sườn [11].

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiến cứu mô tả. Thời gian Từ tháng 2 năm 2009 đến tháng 8 năm 2012. Tại khoa phẫu thuật Lồng ngực – Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy, Tp Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả những bệnh nhân lổm ngực từ 6 tuổi trở lên, có ít nhất 2 trong những tiêu chuẩn sau đây:

- Haller CT Index > 3,25
- Lổm ngực đang tiến triển kết hợp những triệu chứng đi kèm.
- Hạn chế về hô hấp khi vận động, tắc nghẽn hô hấp kéo dài.
- Chèn ép tim, tim bị di lệch tạo nên âm thổi bất thường, sa van 2 lá, dẫn truyền bất thường trên siêu âm và đo điện tâm đồ.
- Phẫu thuật Ravitch thất bại.
- Phẫu thuật can thiệp tối thiểu thất bại.
- Tâm lý- thẩm mỹ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân nhỏ hơn 6 tuổi.
- Chấn thương thành ngực trước gây lổm ngực.
- Bệnh nhân hở xương ức.
- Hội chứng Poland.

Phương pháp Phẫu thuật

Vị trí rạch da: rạch da hai bên ngực với chiều dài 2 cm mỗi bên dọc theo đường nách trước hay nách giữa hoặc theo chiều trước sau của lồng ngực.

Tạo đường hầm xuyên trung thất:

- Dùng Clamp Crawford chọc vào khoang màng phổi phải ngay bờ cao nhất của hố lồi, từ từ đi sát thành ngực hướng vào trung thất ngay nơi sâu nhất hố lồi. Có thể sử dụng nội soi lồng ngực hỗ trợ xác định đường đi chính xác của Clamp Crawford, bằng cách đặt một troca dưới chỗ đường rạch giữa hai đến ba khoảng liên sườn.

- Sau đó tiếp tục dùng đầu Clamp Crawford cẩn thận chọc đường hầm từ từ xuyên qua trung thất trước (trước tim và sau xương ức) vào khoang màng phổi trái, tiếp tục xuyên thành ngực ra ngoài dưới da thành ngực đối xứng bên trái.

- Qua đầu Clamp Crawford ta luồn ống dẫn lưu màng phổi nhỏ (số 18Fr hoặc 20Fr) hoặc dây rốn để hướng dẫn và kéo từ từ thanh kim loại qua trung thất theo hướng ngược lại (từ trái sang phải), mặt lõm thanh kim loại luồn hướng về phía sau.

Nâng xương ức

Sau khi thanh kim loại luồn qua trung thất và mặt lõm hướng ra sau. Khi đó ta dùng dụng cụ xoay thanh (Bar Flipper) xoay thanh kim loại 180 độ đẩy ngực lõm ra trước đúng vị trí mong muốn.

Cố định thanh kim loại

Dùng chỉ thép khâu cố định thanh kim loại vào xương sườn hai bên hoặc dùng dụng cụ cố định một đầu, đầu còn lại cố định bằng chỉ thép, hoặc sử dụng dụng cụ cố định cả hai đầu thanh kim loại.[3]

Đánh giá kết quả phẫu thuật [5].

Kết quả rất tốt: Bệnh nhân hoàn toàn hài lòng về kết quả phẫu thuật, các triệu chứng phổi hợp không còn sau phẫu thuật.

Kết quả tốt: Hình dáng lồng ngực cải thiện đáng kể, các triệu chứng phổi hợp không còn sau phẫu thuật.

Kết quả khá: Còn lõm ngực nhẹ, các triệu chứng phổi hợp chưa được giải quyết hoàn toàn, vận động tăng sau mổ, tăng cân ít.

Kết quả kém: Lõm ngực còn, các triệu chứng phổi hợp không cải thiện, không phát triển thể chất, khả năng vận động kém.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Nhóm tuổi (n=28)

Nhóm tuổi	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
6-12 tuổi	16	57,1
13-17 tuổi	12	42,9

Bảng 2. Cải thiện triệu chứng lâm sàng sau rút thanh

Biến số	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Tăng cân (kg)	28 6,9 ± 2,6	100 (2 - 15)*
Tăng hoạt động thể lực	26	92,9
Hài lòng bệnh nhân		
Hoàn toàn hài lòng	23	82,1
Hài lòng	5	17,9

Bảng 3. Chức năng hô hấp, EF sau rút thanh

Biến số	Trung bình	Độ lệch chuẩn
FVC %	84,6	10,9

FEV ₁ %	86,9	14,1
FEF ₂₅₋₇₅ %	101,3	21,2
MVV %	81,1	16,2
EF %	69,5	4,4
HI	2,56 (2,11 - 3,76)	0,40

Bảng 4. So sánh các chỉ số FVC, FEV₁, FEF₂₅₋₇₅, MVV, EF, HI trước phẫu thuật, trung hạn và sau rút thanh (n=28)

Biến số	Trước phẫu thuật	Trung hạn	Sau rút thanh	p *
HI	5,0 ± 3,2	2,67 ± 0,43	2,56 ± 0,40	0,0021
EF	68,6 ± 4,5	67,1 ± 5,4	73,1 ± 4,2	<0,001
FVC	76,6 ± 13,8	76,3 ± 13,9	84,6 ± 10,9	0,0001
FEV ₁	79,0 ± 14	75,0 ± 12,2	85,1 ± 12,7	0,0001
FEF ₂₅₋₇₅	100,8 ± 22,0	94,6 ± 20,2	101,3 ± 21,2	0,180
MVV	75,9 ± 17,9	76,7 ± 17,6	81,1 ± 16,1	0,067

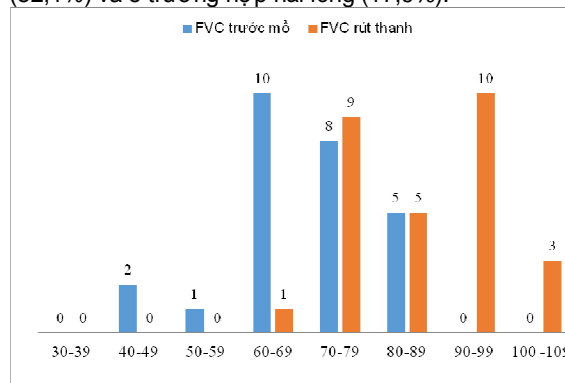
(*) Kiểm định ANOVA (Huynh-Feldt)

Bảng 5. Đánh giá kết quả sau rút thanh (n=28)

Đánh giá chung	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Rất tốt	23	82,1
Tốt	4	14,3
Khá	1	3,6
Kém	0	0

BÀN LUẬN

Đánh giá kết quả 28 bệnh nhân sau khi rút thanh: rất tốt 23 trường hợp (82,1%), tốt có 4 trường hợp (14,3%), khá có 1 trường hợp (3,6%), không có trường hợp nào kết quả kém. Tăng hoạt động thể lực 26 trường hợp (92,9%), tăng cân 100% (thấp nhất là 2 kg nhiều nhất là 15 kg), cải thiện tâm lý 4 trường hợp (14,3%); có 23 trường hợp hoàn toàn hài lòng (82,1%) và 5 trường hợp hài lòng (17,9%).



Biểu đồ 1. FVC trước và sau rút thanh (n=28)

Theo Nuss D. và cộng sự (2008), nghiên cứu kết quả điều trị sau rút thanh 628 bệnh nhân trong tổng số 1015 bệnh nhân ngực được thực hiện từ năm

1987 đến năm 2008. Kết quả được ghi nhận: rất tốt 540 trường hợp (86%), tốt 65 trường hợp (10,3%), khá 15 trường hợp (2,4%), kém 8 trường hợp (1,3%) [10].

Park H.J và cộng sự (2010), nghiên cứu về kết quả điều trị 1170 bệnh nhân lõm ngực từ năm 1999 đến 2008, có 576 trường hợp được rút thanh kim loại (49,2%), trung bình thời gian đặt thanh 2,5 năm, ngắn nhất 10 ngày và lâu nhất 7 năm. Kết quả được đánh giá: rất tốt 1085 trường hợp (92,7%), tốt 69 trường hợp (5,9%), khá 16 trường hợp (1,4%), có 1 trường hợp rút thanh sau 10 ngày do nhiễm trùng vết mổ nặng được xem như thất bại (0,001%). Sau khi rút thanh có 3 trường hợp lõm ngực tái phát nhẹ [12].

Kelly R.E và cộng sự (2010), khảo sát về mức độ hài lòng của 798 bệnh nhân, 341 cha mẹ bệnh nhân. Kết quả 93% trường hợp rất hài lòng và hài lòng, chỉ có 1% không hài lòng. Kết quả được theo dõi trung vị 854 ngày sau rút thanh với 790 bệnh nhân: rất tốt 674 trường hợp (85,3%), tốt 83 trường hợp (10,5%), khá 11 trường hợp (1,4%), kém 6 trường hợp (0,8%), lõm ngực tái phát cần phẫu thuật lại 11 trường hợp (1,4%) [7].

Shu Q. và cộng sự (2011), nghiên cứu kết quả điều trị 406 bệnh nhân, trong giai đoạn từ tháng 6 năm 2004 đến tháng 2 năm 2011. Trong đó có 313 nam và 93 nữ, tuổi trung bình 6,8 tuổi, HI trung bình 5,17. Tổng cộng có 154 bệnh được rút thanh, đánh giá kết quả sau rút thanh được ghi nhận như sau: rất tốt (95,3%), tốt (3%), khá (1,7%) [14].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tái phát. Tuy nhiên, theo Croitoru D.P và cộng sự (2005), nghiên cứu điều trị bằng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu 50 bệnh nhân lõm ngực tái phát, trong đó có 27 trường hợp phẫu thuật Ravitch và 23 trường hợp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trước đó thất bại. Tác giả nhận thấy nguyên nhân tái phát của nhóm bệnh nhân được phẫu thuật xâm lấn tối thiểu là do thanh kim loại quá dài hoặc vị trí đặt quá xa xương ức (ra hướng sau hai bên thành ngực). Do đó, làm cho thanh kim loại trượt lên cơ liên sườn hai bên và sụp về phía sau gây nên bệnh nhân đau hai bên ngực và tái phát dị tật. Có 15 trong 23 trường hợp (65%) phẫu thuật xâm lấn tối thiểu được mổ lại, kích thước thanh kim loại đã giảm xuống từ 1 đến 4 inch so với thanh kim loại đặt lần đầu tiên [4].

Jacobsen E.B và cộng sự (2009), nghiên cứu tương quan giữa sức khỏe với chất lượng cuộc sống của 172 bệnh nhân lõm ngực tuổi từ 8 đến 20 tuổi, 86% nam và 14% nữ được can thiệp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu từ 1 đến 3 năm, không có bệnh nhân nào rút thanh trong giai đoạn nghiên cứu, được gọi là nhóm can thiệp. Tác giả cho rằng những bệnh nhân lõm ngực còn trẻ hay vị thành niên cải thiện có ý nghĩa giữa sức khỏe và chất lượng cuộc sống sau khi can thiệp phẫu thuật [6].

Nghiên cứu đa trung của Kelly R.E và cộng sự (2008), đánh giá những thay đổi chức năng tâm lý và thể chất ở những bệnh nhân lõm ngực nhỏ tuổi vào thời điểm trước và 1 năm sau phẫu thuật. Nghiên cứu thực hiện tại 11 trung tâm khu vực Bắc Mỹ trong giai

đoạn từ năm 2001 đến năm 2006. Tổng cộng có 247 bệnh nhân và 274 cha mẹ của bệnh nhân hoàn thành câu hỏi ở hai thời điểm trước và sau phẫu thuật. Có sự cải thiện về chức năng tâm lý và thể chất sau phẫu thuật. Cải thiện này bao gồm chức năng tâm lý và thể chất của bệnh nhân: tự nhận thức xã hội, hài lòng về hình dáng cơ thể, tăng trọng lượng cơ thể và tăng khả năng vận động sau phẫu thuật [8].

Lawson và cộng sự (2003) và gần đây của Krasopoulos G. và cộng sự (2009) [9] cho thấy rằng có sự cải thiện tích cực về tâm lý cũng như thể chất của bệnh nhân, đặc biệt những bệnh nhân trẻ, bệnh nhân trưởng thành. Cải thiện có ý nghĩa cả về mức độ hài lòng của bệnh nhân cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau khi thực hiện phẫu thuật xâm lấn tối thiểu chỉnh sửa dị tật lõm ngực.

Chúng tôi nhận thấy kết quả sau khi rút thanh nhóm 28 bệnh nhân đầu tiên này cho kết quả tốt, chỉ có 1 trường hợp khá, không có trường hợp nào kém. Khi xét về mức độ cải thiện tâm lý và thể chất trong nghiên cứu này cho thấy có cải thiện đáng kể so với trước phẫu thuật, chúng tôi có 4 trường hợp cải thiện tâm lý tâm lý sau rút thanh (14,3%) và 28 bệnh nhân đều tăng cân sau rút thanh (100%). Nếu xét về mức độ hài lòng của bệnh nhân và gia đình trong nghiên cứu này cho thấy tất cả đều hài lòng.

KẾT LUẬN

Trong 28 bệnh nhân được rút thanh sau 3 năm, theo dõi các chỉ số HI, EF, FVC, FEV₁ chúng tôi thấy có cải thiện rõ rệt. Mặt khác, bệnh nhân nhân cũng cải thiện về tâm lý và thể chất như: tự tin về hình dáng lồng ngực của mình, lên cân, tăng hoạt động thể lực. Kết quả đánh giá được ghi nhận: rất tốt (82,1%), tốt (14,3%), khá (3,6%) và không có trường hợp nào kém. Bệnh nhân và gia đình hài lòng về kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Hữu Vĩnh (2008) "Kỹ thuật can thiệp tối thiểu trong phẫu thuật lõm ngực". *Y học Việt Nam*, 352, 522-528.
2. Adkins P. C., B. Blades (1961) "A stainless strut for correction of pectus excavatum". *Surg Gynecol Obstet*, 113, 111-113.
3. Croitoru D. P., R. E. Kelly, Jr., M. J. Goretsky, M. L. Lawson, B. Swoveland, D. Nuss (2002) "Experience and modification update for the minimally invasive Nuss technique for pectus excavatum repair in 303 patients". *J Pediatr Surg*, 37, (3), 437-45.
4. Croitoru D.P., R. E. Kelly, Jr., M. J. Goretsky, T. Gustin, R. Keever, D. Nuss (2005) "The minimally invasive Nuss technique for recurrent or failed pectus excavatum repair in 50 patients". *J Pediatr Surg*, 40, (1), 181-6; discussion 186-7.
5. Goretsky M. J., R. E. Kelly, Jr., D. Croitoru, D. Nuss (2004) "Chest wall anomalies: pectus excavatum and pectus carinatum". *Adolesc Med Clin*, 15, (3), 455-71.
6. Jacobsen E. B., M. Thastum, J. H. Jeppesen, H. K. Pilegaard (2010) "Health-related quality of life in children and adolescents undergoing surgery for pectus excavatum". *Eur J Pediatr Surg*, 20, (2), 85-91.
7. Kelly R. E., M. J. Goretsky, R. Obermeyer, M. A. Kuhn, R. Redlinger, T. S. Haney, A. Moskowitz, D. Nuss (2010) "Twenty-one years of experience with minimally

invasive repair of pectus excavatum by the Nuss procedure in 1215 patients". *Ann Surg*, 252, (6), 1072-81.

8. Kelly R. E., Jr., T. F. Cash, R. C. Shamberger, K. K. Mitchell, R. B. Mellins, M. L. Lawson, K. Oldham, R. G. Azizkhan, A. V. Hebra, D. Nuss, M. J. Goretsky, R. J. Sharp, G. W. Holcomb, 3rd, W. K. Shim, S. M. Megison, R. L. Moss, A. H. Fecteau, P. M. Colombani, T. Bagley, A. Quinn, A. B. Moskowitz (2008) "Surgical repair of pectus excavatum markedly improves body image and perceived ability for physical activity: multicenter study". *Pediatrics*, 122, (6), 1218-22.

9. Krasopoulos G., M. Dusmet, G. Ladas, P. Goldstraw (2006) "Nuss procedure improves the quality of life in young male adults with pectus excavatum deformity". *Eur J Cardiothorac Surg*, 29, (1), 1-5.

10. Nuss D. (2008) "Minimally invasive surgical repair of pectus excavatum". *Semin Pediatr Surg*, 17, (3), 209-17.

11. Nuss D., R. E. Kelly, Jr., D. P. Croitoru, M. E. Katz (1998) "A 10-year review of a minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum". *J Pediatr Surg*, 33, (4), 545-52.