

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC
CẮT U TRUNG THẤT GIAI ĐOẠN 2015 - 2021
TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103**

Lê Việt Anh¹, Vũ Anh Hải¹

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) cắt u trung thất. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang, không đối chứng 68 trường hợp u trung thất được PTNSLN tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 11/2015 - 11/2021. **Kết quả:** Giới tính: 40 bệnh nhân (BN) nam, 28 BN nữ. Tuổi trung bình $47,16 \pm 14,20$. Vị trí u: Trung thất trước (82,4%), trung thất giữa (4,4%), trung thất sau (13,2%). Kích thước u trung bình $52,78 \pm 21,14$ mm. U biểu mô tuyến ức gặp nhiều nhất (51 BN = 75%). Thời gian phẫu thuật trung bình $130,44 \pm 68,30$ phút. Thời gian rút dẫn lưu trung bình $1,53 \pm 0,64$ ngày. Số ngày nằm viện điều trị sau phẫu thuật trung bình $10,55 \pm 8,70$ ngày. Không có BN tử vong và tai biến phẫu thuật. **Kết luận:** PTNSLN được áp dụng cho hầu hết u trung thất với kích thước và vị trí khác nhau. Đối với các trường hợp có nhược cơ kèm theo cần chuẩn bị điều trị trước phẫu thuật tốt và dự phòng cơn nhược cơ cấp tính sau phẫu thuật.

* *Từ khóa:* U trung thất; Phẫu thuật nội soi lồng ngực.

**THE RESULTS OF VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY
ON MEDIASTINAL TUMOR IN THE PERIOD 2015 - 2021
AT MILITARY HOSPITAL 103**

Summary

Objectives: To review the results of video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) on mediastinal tumors. **Subjects and methods:** A prospective and cross-sectional study without control group on 68 patients who had mediastinal tumors and were operated with VATS at Military Hospital 103 from 11/2015 - 11/2021.

¹Bộ môn - Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103

Người phản hồi: Vũ Anh Hải (vuanhhai.ncs@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/7/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 10/8/2022

Results: Gender: 40 males, 28 females. The mean age was 47.16 ± 14.20 years. Tumor position: Anterior mediastinum (82.4%), middle mediastinum (4.4%), posterior mediastinum (13.2%). Tumors mean size was 52.78 ± 21.14 mm. Thymic epithelial tumor was most common (75%). The mean operation time was 130.44 ± 68.30 minutes. Thoracic drainage duration was 1.53 ± 0.64 days. Post-operative in-hospital length of stay: 10.55 ± 8.70 days. There was no in-hospital mortality and in-operative accidents. **Conclusion:** VATS is applied to almost mediastinal tumors of different sizes and locations. For myasthenia gravis, it is necessary to prepare well for pre-operative treatment and prevent acute myasthenia gravis post-operation.

* **Keywords:** Mediastinal tumor; Video-assisted thoracoscopic surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cải tiến trang bị và kỹ thuật xâm lấn tối thiểu ngày càng tạo thuận lợi cho việc ứng dụng PTNSLN trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý trung thất, đặc biệt là u trung thất [1]. Hiện nay, so với phẫu thuật mở, PTNSLN đã trở thành phương pháp tiêu chuẩn đối với bệnh lý u trung thất [2].

Từ ca PTNSLN đầu tiên năm 1996 đến nay, PTNSLN đã trở thành phẫu thuật thường quy đối với bệnh u trung thất tại Khoa phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103. Bài báo được thực hiện nhằm: *Nhận xét kết quả của PTNSLN cắt u trung thất trong giai đoạn từ 2015 - 2021.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

68 BN u trung thất được điều trị bằng PTNSLN tại Khoa Phẫu thuật

Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 11/2015 - 11/2021.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang, không đối chứng.

* *Chọn mẫu nghiên cứu:* Mẫu thuận tiện.

* *Quy trình chuẩn bị trước phẫu thuật và PTNSLN cắt u trung thất:*

- Chuẩn bị BN:

+ BN được làm các xét nghiệm thường quy, đánh giá chức năng hô hấp, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực (CLVTLN), tầm soát các bệnh lý kết hợp, kiểm soát tình trạng nhiễm khuẩn.

+ Đối với BN có nhược cơ kèm theo:

. Chỉ định phẫu thuật khi nhược cơ là nhóm I, IIA.

. Đối với BN nhược cơ nặng (IIB, III): Điều trị đưa về nhóm IIA trước khi phẫu thuật (kháng cholinesterase, corticoid, chuyển đổi huyết tương...).

+ Tập thở bằng dụng cụ tập thở (theo giáo án tập thở của Khoa Phẫu thuật lồng ngực), thể dục nhẹ nhàng, chế độ dinh dưỡng.

- PTNSLN cắt u trung thất:

+ Gây mê: Thông khí phổi một bên bằng gây mê nội khí quản hai nòng.

+ Sử dụng 3 trocars qua khoang màng phổi.

+ Tư thế BN: Ngửa - nghiêng 30° (trung thất trước, giữa), sấp hoặc sấp - nghiêng 30° (trung thất sau).

+ Đối với u tuyến ức có nhược cơ, ngoài cắt u, đòi hỏi cắt bỏ cả tuyến ức và các tổ chức mỡ trung thất [3].

- Theo dõi BN sau phẫu thuật, ghi nhận và xử trí biến chứng (nếu có).

- Ghi nhận kết quả mô bệnh học tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Quân y 103.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính.

- Đặc điểm cận lâm sàng u trung thất:

+ Vị trí khối u trung thất trên phim chụp CLVTLN: Theo phân chia trung thất của Shields TW (1972), chia trung thất thành ba vùng: Trước, giữa, sau.

+ Kích thước u trung thất trên phim chụp CLVTLN: Đo đường kính lớn nhất của khối u.

- PTNSLN cắt u trung thất:

+ Đường tiếp cận: Qua khoang màng phổi bên phải hay bên trái.

+ Tai biến.

+ Mức độ thực hiện phẫu thuật: PTNSLN, chuyên mổ mở.

+ Thời gian phẫu thuật (giờ).

+ Biến chứng: Cơ nhược cơ cấp tính, chảy máu, suy hô hấp, xẹp phổi...

+ Thời gian rút dẫn lưu khoang màng phổi (ngày) [3, 4].

+ Thời gian nằm viện sau mổ (ngày).

- Kết quả mô bệnh học u trung thất.

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS version 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và đặc điểm cận lâm sàng u trung thất

+ Giới tính: 40 BN nam, 28 BN nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 1,42.

+ Tuổi trung bình $47,16 \pm 14,20$ (19 - 77 tuổi).

+ Vị trí khối u: Nhiều nhất là u trung thất trước (56 BN = 82,4%), tiếp theo là u trung thất sau (9 BN = 13,2%) và ít nhất là u trung thất giữa chỉ có 3 BN (4,4%).

+ Kích thước trung bình của khối u $52,78 \pm 21,14$ mm (20 - 100 mm).

+ Vị trí u và mô bệnh học sau phẫu thuật:

Bảng 1: Vị trí và mô bệnh học u trung thất.

Mô bệnh học	Vị trí u			Tổng (n, %)
	Trung thất trước	Trung thất giữa	Trung thất sau	
U tuyến ức	51	0	0	51 (75)
U xơ thần kinh	0	0	6	6 (8,8)
U quái (teratoma)	4	0	0	4 (5,9)
Nang phế quản	0	03	0	3 (4,4)
U tạo máu ngoài tủy	0	0	1	1 (1,5)
U tế bào hình thoi	0	0	1	1 (1,5)
U biểu mô vảy	0	0	1	1 (1,5)
U xơ	1	0	0	1 (1,5)
Tổng (n, %)	56 (82,4)	3 (4,4)	9 (13,2)	68 (100)

2. PTNSLN cắt u trung thất

+ Đường vào: Qua khoang màng phổi bên phải 35 BN (51,47%), bên trái 33 BN (48,53%).

+ Chuyển mổ mở: 2 BN (2,94%). Đây là 2 trường hợp u xâm lấn nhiều, khó khăn khi thực hiện bằng PTNSLN, chúng tôi chủ động chuyển mổ mở để bảo đảm an toàn.

+ Một số kết quả sớm PTNSLN cắt u trung thất:

Bảng 2: Một số kết quả sớm PTNSLN cắt u trung thất.

Chỉ tiêu	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tai biến	0	0
Biến chứng (con như cơ cấp tính)	5	7,35
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút) ($\bar{X} \pm SD$)	130,44 \pm 68,30 (Nhỏ nhất: 30, lớn nhất: 420)	
Thời gian rút dẫn lưu trung bình (ngày) ($\bar{X} \pm SD$)	1,53 \pm 0,64 (Nhỏ nhất: 1, lớn nhất: 4)	
Thời gian nằm viện sau mổ trung bình (ngày) ($\bar{X} \pm SD$)	10,55 \pm 8,70 (Nhỏ nhất: 4, lớn nhất: 48)	

Không có tai biến. Thời gian rút dẫn lưu sau mổ trung bình là 1,53 ngày. Thời gian điều trị sau mổ trung bình là 10,55 \pm 8,70 ngày.

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và đặc điểm cận lâm sàng u trung thất

- Tuổi, giới tính: BN nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,42. Tuổi trung bình khi phẫu thuật là $47,16 \pm 14,20$ (19 - 77 tuổi).

- Vị trí và mô bệnh học u trung thất: Vị trí hay gặp nhất là trung thất trước (82,4%). U tuyến ức chiếm đa số (51 BN = 75%), u xơ thần kinh đứng thứ hai (8,8%), các u khác như u quái (teratoma), nang phế quản, các u xơ, u tạo máu ngoài tủy, u tế bào hình thoi... chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Mao Y. [4]. Tuy nhiên, Văn Tần [5] lại gặp tỷ lệ u nang cao nhất (54%), u tuyến ức chỉ gặp 19%.

- Kích thước khối u trung thất: Kích thước khối u trung thất là vấn đề được đề cập và bàn luận với nhiều ý kiến khác nhau. Ngoài ra, kích thước khối u còn liên quan đến chỉ định PTNSLN cắt u trung thất, cũng là yếu tố thách thức dẫn đến sự phức tạp của phẫu thuật này [6].

Theo một số tác giả, PTNSLN cắt u trung thất chống chỉ định đối với những khối u có kích thước > 4 cm [6] nhưng cũng có báo cáo cho thấy có thể cắt được những khối u tuyến ức có kích thước lớn hơn [7]. Theo Marshall

M.B., PTNSLN có thể cắt được những khối u trung thất có kích thước lớn [6].

Nghiên cứu cho thấy kích thước trung bình của u trung thất là $52,78 \pm 21,14$ mm, trong đó chúng tôi đã tiến hành PTNSLN cắt được hoàn toàn một trường hợp u tuyến ức, nằm ở trung thất trước trên với đường kính lớn nhất (10 cm). Trong khi đó, một trường hợp có khối u với kích thước nhỏ hơn (60×53 mm) nhưng xâm lấn nhiều vào các thành phần xung quanh, không thể bóc tách để cắt hoàn toàn khối u bằng PTNSLN nên chúng tôi phải chuyển mổ mở để bảo đảm an toàn cho BN. Có thể thấy, kích thước u chưa hẳn là vấn đề khó khăn trong PTNSLN, mà sự xâm lấn, dính của khối u mới là yếu tố chính ảnh hưởng đến chỉ định PTNSLN cắt u trung thất.

Do đó, chúng tôi cho rằng ngoài việc xem xét kích thước khối u còn phải căn cứ vào mức độ dính, xâm lấn và các thành phần xung quanh của khối u để chỉ định thực hiện PTNSLN cắt u trung thất.

2. PTNSLN cắt u trung thất

- Đường tiếp cận trung thất: Có nhiều cách tiếp cận của PTNSLN đối với cắt u trung thất. Kinh nghiệm của chúng tôi với việc PTNSLN là sử dụng 3 trocars qua khoang màng phổi. Với cách tiếp cận này, chúng tôi thực hiện thành công cho tất cả trường hợp. Đường tiếp cận trung thất qua khoang

màng phổi trái hay phải phụ thuộc vào vị trí của khối u (khảo sát trước mổ bằng CLVTLN), khi u lệch về bên nào sẽ tiếp cận khối u qua đường ngực bên đó [1, 6].

- Mức độ thực hiện phẫu thuật: Cần lưu ý khi thực hiện PTNSLN là chuyển mổ mở. Có nhiều chỉ định chuyển mổ mở như không bảo đảm thông khí một phổi trong quá trình mổ, tai biến trong mổ, nhiều nhất là chảy máu... Các tác giả đều thống nhất trước hết phải giữ an toàn cho BN. Ngoài các biện pháp cũng như các vật liệu cầm máu, khi cần thiết phải sẵn sàng chuẩn bị cho phương án chuyển sang mổ mở [6].

Chúng tôi tiến hành PTNSLN cắt hoàn toàn u trung thất cho 66 trường hợp (97,1%). Không có trường hợp nào xảy ra tai biến. Tuy nhiên, hai trường hợp có kích thước u không quá lớn nhưng tính chất u là xâm lấn nhiều, gây khó khăn cho PTNSLN hơn nên chúng tôi đã chủ động chuyển mổ mở để đảm bảo an toàn. Trong nghiên cứu của Văn Tần [2] và CS, tỷ lệ cắt được hoàn toàn khối u bằng PTNSLN là 90%. Kết quả này cho thấy PTNSLN có thể cắt u trung thất một cách an toàn và triệt để.

- Thời gian phẫu thuật: Có nhiều báo cáo khác nhau về thời gian phẫu thuật. Theo số liệu (Bảng 2), thời gian phẫu thuật trung bình là $130,44 \pm 68,30$ phút, tương đương với một số nghiên cứu khác như Liang H. [8].

- Thời gian rút dẫn lưu: Một số báo cáo áp dụng PTNSLN cắt u trung thất không đặt dẫn lưu lồng ngực sau mổ [6, 8]. Chúng tôi vẫn đặt dẫn lưu lồng ngực sau mổ cho 100% BN. Thời gian rút dẫn lưu trung bình là $1,53 \pm 0,64$ ngày. Đa số BN được rút dẫn lưu sau mổ trong vòng 48 giờ. So sánh với các nghiên cứu khác: Thời gian rút dẫn lưu dao động từ 1,8 - 4,2 ngày tùy trường hợp cụ thể [4, 8]. Tuy nhiên, luôn khuyến cáo nên rút dẫn lưu lồng ngực sớm nhất khi có thể [6].

- Tai biến, biến chứng: Một số tai biến, biến chứng được các công bố như chảy máu trong phẫu thuật, tổn thương các mạch máu lớn, suy hô hấp sau phẫu thuật do xẹp phổi hoặc tràn máu, tràn khí màng phổi...

Chúng tôi không gặp tai biến nào trong phẫu thuật. Tuy nhiên, 5 BN có biến chứng suy hô hấp sau phẫu thuật. Đó là các trường hợp u tuyến ức có bệnh nhược cơ kèm theo. Khi có cơn nhược cơ cấp tính sau phẫu thuật, tùy theo từng trường hợp và mức độ, sử dụng các biện pháp như prostigmin, solumedrol, thông khí nhân tạo, kết hợp tách huyết tương, chuyển đổi huyết tương. BN được điều trị ổn định và ra viện. Không gặp trường hợp tử vong trong và sau phẫu thuật so với báo cáo của Cheng Y.J. [2], Manoly I. [7] và Liang H. [8].

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $10,55 \pm 8,70$ ngày (4 - 48 ngày), dài hơn so với một số nghiên cứu khác như Mao Y. (5,4 ngày) [4], Liang H. (5,35 ngày).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hồi cứu 68 trường hợp u trung thất được PTNSLN tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103 trong giai đoạn từ 2015 - 2021, chúng tôi nhận thấy:

- PTNSLN được áp dụng cho hầu hết u trung thất với kích thước và vị trí khác nhau.

- Đối với trường hợp có nhược cơ kèm theo cần chuẩn bị điều trị trước phẫu thuật tốt và dự phòng cơn nhược cơ cấp tính sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alberto de Hoyos (2009). Video-assisted thoracic surgery for diseases within the mediastinum. *General Thoracic Surgery, 7th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins, USA: 2158-2173.

2. Cheng Y.J., Wu H.H., Chou S.H., Kao E.L. (2001). Video-assisted thoracoscopic management of mediastinal tumors. *Journal of the Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*. Jul-Sep; 5(3): 241-244.

3. Lê Việt Anh, Nguyễn Văn Nam, Nguyễn Trường Giang (2020). Some characteristics of technique and early-result of video-assisted thoracoscopic surgery for thymoma with Myasthenia Gravis in Military Hospital 103. *Journal of Military Pharmaco-medicine*; 44(7): 126-133.

4. Mao Y., Lan Y., Cui F., et al (2020). Comparison of different surgical approaches for anterior mediastinal tumor. *J Thorac Dis, Oct*; 12 (10): 5430-5439.

5. Văn Tần, Hoàng Danh Tấn, Trần Công Quyền và CS (2010). Phẫu thuật bướu trung thất qua nội soi lồng ngực. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*; 14(4): 552-558.

6. Marshall M.B., DeMarchi L., Emerson D.A., et al (2015). Video-assisted thoracoscopic surgery for complex mediastinal mass resections. *Ann Cardiothorac Surg*; Nov; 4(6):509-518.

7. Manoly I., Whistance R.N., Sreekumar R., et al (2014). Early and mid-term outcomes of trans-sternal and video-assisted thoracoscopic surgery for thymoma. *Eur J Cardiothorac Surg*; 45(6): 187-193.

8. Liang H., Liu J., Wu S., et al (2019). Non-intubated spontaneous ventilation offers better short-term outcome for mediastinal tumor surgery. *The Annals & Thoracic Surgery*; 108 (4):1045-1051.