

EVALUATION OF EARLY OUTCOMES OF THYMOMA SURGERY AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Phan Le Thang, Pham Van Hoan*

Ha Noi Oncology Hospital - 42A Thanh Nhan, Bach Mai ward, Hanoi, Vietnam

Received: 23/9/2025

Revised: 15/10/2025; Accepted: 22/10/2025

ABSTRACT

Objective: To describe some clinical, paraclinical characteristics and evaluate the early outcomes of thymoma patients who underwent surgery at Hanoi Oncology Hospital.

Subject and methods: A descriptive cross-sectional study conducted on patients with thymoma who underwent surgery at Hanoi Oncology Hospital.

Results: The study included 35 thymoma patients, with a female predominance (62.9%) and a mean age of 58.6 ± 12 years. The most common age group was 45-65 years (57.1%). Chest pain was the most prevalent symptom, accounting for 62.9%. Nearly half of the patients (48.6%) had no preoperative histopathological diagnosis. The most frequent histological types were types A and AB, accounting for 37.1%. Most cases were diagnosed at stage I (77.1%). Minimally invasive surgery was commonly used, with total endoscopic and video-assisted thoracoscopic surgery approaches, accounting for 57.1% and 31.4%, respectively. The shortest operative time were observed in the total endoscopy group, with a mean of 86 ± 19 minutes. The shortest mean hospital stay was also in this group, at 4.79 ± 0.7 days. The rate of complications during and after surgery is low, with postoperative pneumonia being the most common complication (11.4%).

Conclusion: Thymoma was more common in middle-aged female patients and was often detected at an early stage. Minimally invasive surgery, especially total endoscopic thymectomy, showed favorable early outcomes with a short operative time, reduced hospital stay, and low complication rate. These findings demonstrate the effectiveness and safety of minimally invasive approaches in the surgical treatment for early-stage thymoma.

Keywords: Thymoma, surgery.

*Corresponding author

Email: phanlethang72@gmail.com **Phone:** (+84) 949579999 **Http:** <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3589>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT U TUYẾN ỨC TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Phan Lê Thăng, Phạm Văn Hoàn*

Bệnh viện Ung bướu Hà Nội - 42A Thanh Nhân, phường Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/9/2025

Ngày chỉnh sửa: 15/10/2025; Ngày duyệt đăng: 22/10/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm bệnh nhân u tuyến ức được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng là các bệnh nhân u tuyến ức được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

Kết quả: Nghiên cứu bao gồm 35 bệnh nhân u tuyến ức, trong đó tỷ lệ nữ chiếm ưu thế (62,9%) và tuổi trung bình là $58,6 \pm 12$ tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 45-65 tuổi (57,1%). Đau tức ngực là triệu chứng phổ biến nhất, chiếm 62,9%. Gần một nửa số bệnh nhân (48,6%) không có chẩn đoán mô bệnh học trước phẫu thuật. Các phân nhóm mô học hay gặp nhất là type A và AB (đều chiếm 37,1%). Phần lớn các trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn I (77,1%). Phẫu thuật ít xâm lấn được áp dụng phổ biến, trong đó phẫu thuật nội soi hoàn toàn và phẫu thuật lồng ngực hỗ trợ bằng video lần lượt chiếm 57,1% và 31,4%. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất được ghi nhận ở nhóm nội soi hoàn toàn, trung bình 86 ± 19 phút. Thời gian nằm viện trung bình ngắn nhất cũng ở nhóm này, là $4,79 \pm 0,7$ ngày. Tỷ lệ tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật đều thấp, trong đó viêm phổi sau mổ là biến chứng hay gặp nhất (11,4%).

Kết luận: U tuyến ức thường gặp hơn ở nữ giới trung niên và thường được phát hiện ở giai đoạn sớm. Phẫu thuật ít xâm lấn, đặc biệt là phẫu thuật cắt tuyến ức nội soi hoàn toàn, cho thấy kết quả sớm khá quan với thời gian mổ ngắn, thời gian nằm viện giảm và tỷ lệ biến chứng thấp. Những kết quả này cho thấy tính hiệu quả và an toàn của phương pháp ít xâm lấn trong điều trị phẫu thuật u tuyến ức giai đoạn sớm.

Từ khóa: U tuyến ức, phẫu thuật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến ức là khối u thường gặp nhất trong trung thất, chiếm 20-40% các khối u trung thất, thường xảy ra ở độ tuổi 30-50 tuổi [1]. U tuyến ức có triệu chứng lâm sàng phức tạp, bên cạnh những đặc điểm chung chèn ép tại chỗ giống các khối u trung thất khác, u tuyến ức còn gây ra các triệu chứng đặc trưng như nhược cơ (chiếm tỷ lệ 10-30% các trường hợp),

đây là đặc điểm riêng để nhận biết các loại hình tổn thương này nếu có trên lâm sàng [2].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị ưu tiên hàng đầu nhằm loại bỏ khối u và ngăn chặn sự tiến triển xâm lấn ác tính, tùy vào triệu chứng lâm sàng, typ mô bệnh học cũng như giai đoạn khối u sau phẫu thuật mà có điều trị phối hợp cụ thể như hóa xạ trị,

*Tác giả liên hệ

Email: phanlethang72@gmail.com Điện thoại: (+84) 949579999 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3589>

hay điều trị nhược cơ... [3]. Hiện nay, có nhiều phương pháp tiếp cận phẫu thuật khác nhau như mổ mở qua đường cổ, mổ mở qua đường ngực, mổ xương ức, và gần đây với sự ra đời của hệ thống nội soi, dụng cụ phẫu thuật nội soi đã mở ra kỷ nguyên mới cho phẫu thuật lồng ngực cũng như phẫu thuật các khối u tuyến ức có thể tiếp cận cắt u tuyến ức qua đường nội soi trung thất và nội soi lồng ngực. Tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, phẫu thuật điều trị u tuyến ức đã được triển khai từ năm 2018, từ phẫu thuật mổ mở kinh điển cho tới những kỹ thuật mới như phẫu thuật nội soi hỗ trợ video (video-assisted thoracoscopic surgery - VATS), mổ nội soi hoàn toàn, tuy nhiên đến nay chưa có báo cáo nào về kết quả điều trị được tiến hành tại bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả sớm phẫu thuật u tuyến ức tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội nhằm mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh nhân u tuyến ức; nhận xét kết quả sớm phẫu thuật u tuyến ức tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Bảng 1. Biến số chỉ số nghiên cứu

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến
1	Giới tính	Nam/Nữ	Nhị phân
2	Tuổi	Tính theo năm dương lịch của đối tượng tại thời điểm được phỏng vấn	Rời rạc
3	Triệu chứng lâm sàng	Là triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám bệnh	Danh mục
4	Phương pháp phẫu thuật	Phương pháp được tiến hành trong mổ	Danh mục
5	Thời gian phẫu thuật	Tính từ lúc rạch da đến khi đóng vết mổ	Liên tục
6	Thời gian nằm viện	Từ ngày phẫu thuật tới khi bệnh nhân hậu phẫu ổn định được ngoại trú	Rời rạc
7	Thời gian rút dẫn lưu	Thời gian từ khi phẫu thuật tới khi dẫn lưu màng phổi được rút	Rời rạc
8	Tai biến trong mổ	Tai biến xảy ra trong lúc phẫu thuật	Nhị phân
9	Biến chứng sau mổ	Biến chứng xảy ra trong quá trình hậu phẫu	Nhị phân
10	Giai đoạn bệnh	Phân độ theo Masaoka	Rời rạc

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2025 tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng bao gồm 35 bệnh nhân u tuyến ức được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là u tuyến ức.
- + Có giải phẫu bệnh sau mổ là thymoma hoặc thymic.
- + Được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội: mổ mở, mổ nội soi, VATS.
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: u tuyến ức thứ phát, u tế bào mầm tại tuyến ức, u lympho biểu hiện tuyến ức, các khối u lạc chỗ tại tuyến ức.
- + U tuyến ức tái phát.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Nhằm thuận tiện cho nghiên cứu, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với cỡ mẫu toàn bộ.
- Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Biến liên tục trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).
- Dữ liệu phân phối chuẩn được kiểm định bởi T-test ở 2 nhóm độc lập và Mann-Whitney U cho biến phân phối không chuẩn.
- $p < 0,05$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc đồ thị thích hợp, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc dưới dạng $\bar{X} \pm SD$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Những bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác.
- Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu (n = 35)

Tiêu chí	Phân nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	13	37,1%
	Nữ	22	62,9%
Tuổi	< 45 tuổi	6	17,1%
	45-65 tuổi	20	57,1%
	> 65 tuổi	9	25,7%
	$\bar{X} \pm SD$	58,6 $\pm$ 12	
	Min-max	31-72	
Triệu chứng lâm sàng	Đau tức ngực	22	62,9%
	Sụp mí	3	8,6%
	Phát hiện tình cờ	10	28,6%
Tỷ lệ sinh thiết được khối u trước mổ	Không sinh thiết được khối u	17	48,6%
	Sinh thiết được	18	51,4%
Mô bệnh học sau phẫu thuật	Typ A	13	37,1%
	Typ AB	13	37,1%
	Typ B1	4	11,5%
	Typ B2	4	11,5%
	Typ C	1	2,9%
Giai đoạn theo Masaoka	Giai đoạn I	27	77,1%
	Giai đoạn II	8	22,9%

- Tỷ lệ bệnh ở nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (62,9%), thường gặp trong độ tuổi 45-65 tuổi (57,1%).
- Triệu chứng thường gặp nhất là đau tức ngực (62,9%).
- Mô bệnh học phổ biến là type A và AB (đều chiếm 37,1%).
- Các bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn sớm giai đoạn I (77,1%), giai đoạn II chiếm 22,9%.



Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật (n = 35)

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nội soi hoàn toàn	20	57,1%
VATS	11	31,4%
Mổ mở	4	11,4%

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao nhất (57,1%), mổ mở ở 11,4% bệnh nhân.

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Trung bình (phút)	Nhỏ nhất (phút)	Lớn nhất (phút)	p
Nội soi hoàn toàn	86 ± 19	60	120	0,01
VATS	111 ± 12	90	120	
Mổ mở	123 ± 5	110	130	

Thời gian phẫu thuật ở nhóm nội soi hoàn toàn ngắn nhất (trung bình 86 ± 19 phút), p = 0,01.

Bảng 5. Thời gian rút dẫn lưu sau mổ và thời gian nằm viện

	Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	Thời gian nằm viện (ngày)
Nội soi hoàn toàn	3,43 ± 0,76 (3-4)	4,79 ± 0,7 (4-6)
VATS	3,62 ± 0,74 (3-4)	6,12 ± 1,64 (4-7)
Mở ngực	3,67 ± 0,58 (3-5)	7,67 ± 2,08 (6-10)
p	0,32	0,003

- Thời gian rút dẫn lưu màng phổi không có sự khác biệt giữa các phương pháp phẫu thuật, p = 0,32.

- Thời gian nằm viện ngắn nhất ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn (trung bình 4,79 ± 0,7 ngày), p = 0,003.

Bảng 6. Tai biến, biến chứng trong và sau mổ (n = 35)

Tai biến, biến chứng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai biến trong mổ (rách màng tim)		1	2,9%
Biến chứng sau mổ	Viêm phổi	4	11,4%
	Tràn dịch, tràn khí kéo dài	0	0
	Chảy máu sau mổ	0	0
	Tổng số	4	11,4%

- Tỷ lệ tai biến xảy ra trong phẫu thuật u tuyến ức tương đối thấp, chỉ gặp 1 trường hợp (2,9%) rách màng tim trong lúc phẫu thuật.

- Biến chứng sau mổ chủ yếu gặp viêm phổi (11,4%), không gặp trường hợp nào chảy máu sau mổ hoặc tràn dịch, tràn khí kéo dài.

4. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 58,6 ± 12 tuổi, trẻ nhất 31 tuổi, lớn nhất 72 tuổi. Nhóm

tuổi thường gặp nhất ở độ tuổi trung niên từ 45-65 tuổi chiếm tỷ lệ 57,1%. Một số nghiên cứu của các tác giả trong nước khác như Nguyễn Minh Trí (2020), tuổi trung bình của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 43,4 tuổi; độ tuổi thường gặp nhất 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ 45,7% [4]. Như vậy có thể thấy rằng độ tuổi thường gặp nhất của bệnh lý u tuyến ức là độ tuổi trung niên.

Trong bệnh lý u tuyến ức, các triệu chứng thường không đặc hiệu, xuất hiện lúc đầu kín đáo, không có các triệu chứng rõ rệt, cấp tính nên bệnh nhân thường đến khám khi khối u đã to, một số bệnh nhân tình cờ phát hiện qua thăm khám sức khỏe định kỳ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau tức ngực là triệu chứng thường gặp nhất khiến bệnh nhân tới viện chiếm 62,9%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Khắc Kiểm (2008), đau tức ngực là biểu hiện thường gặp nhất ở 66% bệnh nhân, đa số chỉ đau tức ngực nhẹ, mơ hồ và không thường xuyên [5]. Tỷ lệ sụp mi, triệu chứng liên quan đến hội chứng nhược cơ, chỉ chiếm 8,6% trong nghiên cứu của chúng tôi, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Khắc Kiểm (2008) là 16,9% [5], tuy nhiên có thể thấy tỷ lệ có nhược cơ trên lâm sàng thấp.

Do đặc điểm khối u tuyến ức thường nằm tại vị trí trung thất trước, gần tim và các mạch máu lớn, không phải trường hợp bệnh nhân nào cũng có thể sinh thiết được khối u và có bằng chứng mô bệnh học trước phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ không sinh thiết được khối u trước mổ chiếm 48,6%. Những trường hợp này việc chẩn đoán u tuyến ức trước phẫu thuật chủ yếu dựa trên đặc điểm lâm sàng, độ tuổi và hình ảnh chẩn đoán. Nghiên cứu của Yue J và cộng sự (2016) cho thấy chỉ 17,7% bệnh nhân được sinh thiết trước điều trị, và 82,3% không sinh thiết được mà được phẫu thuật ngay [6]. Về phân loại mô bệnh học, typ A và typ AB đều chiếm tỷ lệ cao nhất (37,1%), typ B1 và B2 mỗi loại chiếm 11,5%, trong khi carcinoma (typ C) chỉ chiếm 2,9%. Phân bố các typ mô học này nhìn chung phù hợp với xu hướng chung trong các nghiên cứu trước đó. Giai đoạn bệnh theo hệ thống phân loại Masaoka sau mổ cho thấy 77,1% bệnh nhân được phân loại vào giai đoạn I, trong khi 22,9% ở giai đoạn II, và không có trường hợp nào ở giai đoạn III hoặc IV.

Về phương pháp phẫu thuật, phẫu thuật nội soi hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao nhất (57,1%), phù hợp với xu hướng hiện nay ưu tiên phẫu thuật ít xâm lấn trong phẫu thuật lồng ngực. Phẫu thuật nội soi không chỉ giúp giảm thiểu tổn thương mô, mà còn rút ngắn thời gian hồi phục cho bệnh nhân và hạn chế các biến chứng sau phẫu thuật, đặc biệt là so với phẫu thuật mở truyền thống. Phương pháp VATS (31,4%) cũng được sử dụng phổ biến nhờ những ưu điểm tương tự, nhưng vẫn có 11,4% trường hợp cần phẫu thuật mở, chủ yếu ở những bệnh nhân có u lớn, xâm lấn, hoặc vị trí phức tạp. So sánh với các nghiên cứu trong nước, nghiên cứu của Nguyễn Minh Trí (2020) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức ghi nhận phẫu thuật nội soi chiếm 32,1% số ca, VATS chiếm 37,7%, và phẫu thuật mở chiếm 15,1% [4], tương đối gần với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, theo Agrafiotis A.C và cộng sự (2024), các phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn như VATS và robotic thymectomy đang ngày càng được sử dụng rộng rãi trên toàn cầu, thay thế dần phẫu thuật mở truyền thống nhờ ưu điểm về hồi phục nhanh và hiệu quả ung thư học tương đương [7]. Điều này cho thấy xu hướng chung trong nước và quốc tế đang chuyển dịch mạnh mẽ sang các kỹ thuật ít xâm lấn, giúp nâng cao hiệu quả điều trị và giảm biến chứng sau phẫu thuật. Phẫu thuật mở hiện nay chủ yếu áp dụng cho những trường hợp phức tạp, khối u lớn hoặc xâm lấn mạch máu. Điều này cho thấy xu hướng chung trong nước và quốc tế ngày càng chuyển dịch sang các kỹ thuật ít xâm lấn, giúp tăng cường hiệu quả điều trị và giảm biến chứng sau phẫu

thuật. Phẫu thuật mở chỉ còn áp dụng cho những trường hợp phức tạp, đòi hỏi tiếp cận rộng hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật nội soi hoàn toàn có thời gian tiến hành trung bình là 86 ± 19 phút, ngắn nhất trong các phương pháp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, cho thấy tính hiệu quả cao trong việc giảm thiểu thời gian phẫu thuật và tối ưu hóa quá trình hồi phục. So với Nguyễn Minh Trí (2020), nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, cho thấy thời gian phẫu thuật nội soi trung bình là $90,3 \pm 30,7$ phút [4], tương đồng với kết quả của chúng tôi. Phẫu thuật VATS, với thời gian phẫu thuật trung bình là 111 ± 12 phút, dài hơn so với nội soi hoàn toàn nhưng ngắn hơn so với mổ mở.

Về thời gian rút dẫn lưu sau mổ, nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn có thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình là $3,43 \pm 0,76$ ngày, với khoảng từ 3-4 ngày. Đây là thời gian ngắn nhất so với các phương pháp khác, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,32$, phản ánh khả năng hồi phục nhanh hơn và ít biến chứng hơn; điều này có thể được giải thích bởi việc giảm tổn thương mô trong quá trình phẫu thuật nội soi. Đối với phương pháp VATS, thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình là $3,62 \pm 0,74$ ngày, chỉ hơi dài hơn so với nội soi hoàn toàn. So với Hoàng Ngọc Tùng (2023), nghiên cứu tại Bệnh viện K, cho thấy thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình của phương pháp nội soi hoàn toàn ($3,4 \pm 1,3$ ngày) ngắn hơn so với phẫu thuật VATS ($4,4 \pm 1,9$ ngày) [8]. Phẫu thuật mở ngực trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình là $3,67 \pm 0,58$ ngày, dài nhất trong 3 phương pháp. Kết quả này phản ánh rằng phẫu thuật mở ngực thường yêu cầu thời gian dài hơn để kiểm soát và xử lý các yếu tố liên quan đến dẫn lưu.

Về thời gian nằm viện, nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn có thời gian nằm viện trung bình là $4,79 \pm 0,7$ ngày, với khoảng từ 4-6 ngày. Thời gian này ngắn nhất trong 3 phương pháp, cho thấy rằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn không chỉ giúp giảm thời gian phẫu thuật mà còn rút ngắn thời gian hồi phục và nằm viện của bệnh nhân. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Minh Trí (2020) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong đó thời gian nằm viện trung bình ngắn nhất ở nhóm được phẫu thuật nội soi là $5,5 \pm 1,4$ ngày [4].

Về các tai biến trong phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tai biến thấp, với chỉ 1 trường

hợp (2,9%) rách màng tim và không có trường hợp nào bị tổn thương mạch máu hay rách phổi. Kết quả này phản ánh mức độ an toàn cao trong các ca phẫu thuật u tuyến ức, đặc biệt khi thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm và sử dụng kỹ thuật tiên tiến như phẫu thuật nội soi và VATS. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật chủ yếu với viêm phổi (11,4%), so sánh với các nghiên cứu khác trong nước của Hoàng Ngọc Tùng (2023) ghi nhận tỷ lệ viêm phổi khoảng 5,3% [8], thấp hơn một chút so với nghiên cứu của chúng tôi có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả nhóm bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở so với chỉ phẫu thuật nội soi của tác giả.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi hoàn toàn và VATS đang ngày càng phổ biến, mang lại những lợi ích đáng kể như giảm mức độ đau và hồi phục nhanh sau mổ, tỷ lệ tai biến, biến chứng trong và sau mổ thấp, rút ngắn thời gian nằm viện, phù hợp với những khối u giai đoạn sớm. Phẫu thuật mổ mở vẫn đóng vai trò quan trọng trong điều trị các khối u kích thước lớn, xâm lấn rộng, hay là lựa chọn thay thế trong những trường hợp mổ nội soi thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trịnh Văn Minh. Trung thất. Trong: Giải phẫu người. Nhà xuất bản Hà Nội, 2007, 2: 208-223.
- [2] Budde J.M, Morris C.D, Gal A.A et al. Predictors of outcome in thymectomy for myasthenia gravis. *Ann Thorac Surg*, 2001, 72 (1): 197-202.
- [3] Akashi A, Nakahara K, Ohno K et al. Primary mediastinal tumors in children-comparison with mediastinal tumors in adults. *Nihon Kyobu Geka Gakkai Zasshi*, 1993, 41 (11): 2180-2184.
- [4] Nguyễn Minh Trí. Kết quả phẫu thuật điều trị u tuyến ức tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2016-2020. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [5] Nguyễn Khắc Kiểm. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u tuyến ức tại Bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.
- [6] Yue J, Gu Z, Yu Z, Zhang H, Ma Z, Liu Y, Fang W. Members of the Chinese Alliance for Research in Thymomas. Pretreatment biopsy for histological diagnosis and induction therapy in thymic tumors. *J Thorac Dis*, 2016 Apr, 8 (4): 656-64.
- [7] Agrafiotis A.C, Berzenji L, Koyen S, Vermeulen D, Winthagen R, Hendriks J.M.H, Van Schil P.E. Surgical treatment of thymic epithelial tumors: a narrative review. *Mediastinum*, 2024 Mar 12, 8: 32.
- [8] Hoàng Ngọc Tùng. Kết quả phẫu thuật nội soi u tuyến ức tại Bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2023.