

INITIAL RESULTS OF LAPAROSCOPIC SINGLE-PORCION THYMECTOMY SUBANHYLUMENAL APPROVAL

Ngo Gia Khanh¹, Dong Minh Hung¹, Dang Thi Hoa¹, Nguyen Minh Diep¹, Mac The Truong^{1,2}

¹Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 23/12/2025

Revised: 15/02/2026; Accepted: 05/06/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the feasibility and early outcomes of subxiphoid uniportal video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) for thymectomy in the treatment of myasthenia gravis and thymic tumors at Bach Mai Hospital.

Materials and Methods: A prospective case series study was conducted on patients indicated for subxiphoid uniportal VATS thymectomy at the Department of Thoracic Surgery, Bach Mai Hospital, from December 2024 to November 2025. Clinical indicators, histopathological characteristics, and early postoperative results were collected and analyzed.

Results: From December 2024 to November 2025, 39 patients (29 females and 10 males) underwent subxiphoid uniportal video-assisted thoracoscopic surgery thymectomy at Bach Mai Hospital. The mean age was 51.2 ± 13.1 years; 34 patients had myasthenia gravis (87.2%). The mean tumor size was 2.9 ± 1.2 cm. Histopathological results showed 7 cases of thymic hyperplasia (17.9%), 4 cases of benign thymic cysts (9.8%), and 28 cases of thymoma (71.8%), including: 2 cases of type A (7.1%), 9 cases of type AB (32.1%), 2 cases of type B1 (7.1%), 11 cases of type B2 (39.3%), and 4 cases of type B3 (14.3%). The mean operative time was 101.4 ± 23.8 minutes (range: 70–160 minutes). One case of intraoperative innominate vein injury occurred, but no conversion to open surgery was required. The mean chest tube duration was 2.1 ± 0.9 days, and the mean hospital stay was 5.0 ± 4.3 days. No patients experienced phrenic nerve palsy. Postoperative complications included one patient with pneumothorax requiring chest tube re-insertion and two patients with postoperative myasthenic crisis.

Conclusions: Subxiphoid uniportal VATS thymectomy is a safe and feasible technique for the treatment of myasthenia gravis and thymic tumors, yielding promising early outcomes at a specialized surgical center.

*Corresponding author

Email: macthetruong.yhn@gmail.com Phone: (+84) 973841191 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5315



KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN ỨNG BẰNG NỘI SOI MỘT LỖ QUA ĐƯỜNG DƯỚI MŨI ỨNG

Ngô Gia Khánh¹, Đồng Minh Hùng¹, Đặng Thị Hoa¹, Nguyễn Minh Diệp¹, Mạc Thế Trường^{1,2}

¹ Bệnh viện Bạch Mai - 78 Đường Giải Phóng, Phường Kim Liên, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

² Trường đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Phường Kim Liên, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 15/02/2026; Ngày duyệt đăng: 05/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tính khả thi và kết quả sớm của kỹ thuật cắt tuyến ứng bằng phẫu thuật nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ứng trong điều trị bệnh nhược cơ và u tuyến ứng tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu tiến cứu theo loạt ca, bao gồm các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt tuyến ứng bằng phương pháp nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ứng tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 12/2024 đến tháng 11/2025. Các chỉ số lâm sàng, đặc điểm mô bệnh học và kết quả sau mổ sớm được thu thập và phân tích.

Kết quả: Từ tháng 12/2024 đến tháng 11/2025, có 39 bệnh nhân (29 nữ và 10 nam) được phẫu thuật nội soi một lỗ cắt tuyến ứng qua đường dưới mũi ứng tại Bệnh viện Bạch Mai, tuổi trung bình $51,2 \pm 13,1$ tuổi, 34 bệnh nhân nhược cơ (87,2%), kích thước khối u trung bình $2,9 \pm 1,2$ cm, về giải phẫu bệnh có 7 ca quá sản tuyến ứng (17,9%), 4 ca nang tuyến ứng lành tính (9,8%) và 28 ca u tuyến ứng (71,8%): trong đó 2 ca tuýp A (7,1%), 9 ca tuýp AB (32,1%), 2 ca tuýp B1 (7,1%), 11 ca tuýp B2 (39,3%), 4 ca tuýp B3 (14,3%). Kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật $101,4 \pm 23,8$ phút (dài nhất 160 phút, ngắn nhất 70 phút), có 1 bệnh nhân tổn thương tĩnh mạch vô danh trong mổ, không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở. Thời gian đặt dẫn lưu $2,1 \pm 0,9$ ngày, thời gian nằm viện $5,0 \pm 4,3$ ngày, không có bệnh nhân nào có biến chứng liệt thần kinh hoành, có 1 bệnh nhân tràn khí màng phổi phải đặt lại dẫn lưu, 2 bệnh nhân khởi phát cơn nhược cơ cấp sau mổ.

Kết luận: Kỹ thuật cắt tuyến ứng nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ứng cho thấy tính an toàn và khả năng áp dụng tốt trong điều trị bệnh nhược cơ và u tuyến ứng, với kết quả sớm khả quan tại một trung tâm phẫu thuật chuyên sâu.

Từ khóa: u tuyến ứng, nhược cơ, phẫu thuật nội soi một lỗ, dưới mũi ứng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu ngày càng đóng vai trò quan trọng trong điều trị các bệnh lý tuyến ứng và u trung thất trước, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân nhược cơ. Phẫu thuật nội soi lồng ngực qua đường liên sườn hiện vẫn là phương pháp được áp dụng rộng rãi nhờ tính an toàn và hiệu quả đã được chứng minh. Phương pháp tiếp cận dưới mũi ứng có nội soi hỗ trợ được Kido và cộng sự báo cáo vào năm 1999 và được chú ý trong những năm gần đây [1]. Theo Suda và cộng sự, phương pháp này có ưu điểm là nhìn rõ được thần kinh hoành hai bên cũng như cực trên của tuyến ứng, tránh gây tổn thương cho thần kinh liên sườn và mang lại hiệu quả thẩm mỹ [2]. Nhiều trung tâm phẫu thuật lồng ngực trên thế giới đã coi đường mổ dưới mũi ứng như là phương pháp hiệu quả, an toàn trong cắt tuyến ứng phi đại cũng như với một số khối u trung thất trước [2], [3].

Phẫu thuật các khối u trung thất trước có thể tiếp cận qua khác nhau: mở xương ức, đường cổ, đường ngực bên qua khoang liên sườn hoặc đường dưới mũi ứng. Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt tuyến ứng qua đường ngực bên là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đã được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới [4]. Tuy nhiên phương pháp qua khoang liên sườn bị hạn chế khi bộc lộ cực trên của tuyến ứng, dây thần kinh hoành đối bên và toàn bộ chiều dài của tĩnh mạch vô danh. Hơn nữa đau hoặc dị cảm sau mổ do sang chấn thần kinh liên sườn do bị chèn ép bởi các dụng cụ phẫu thuật là một hạn chế của kỹ thuật này [2]. Phẫu thuật nội soi dưới mũi ứng là phương pháp thay thế mới hơn và đã được một số nghiên cứu chứng minh khắc phục được các nhược điểm của phẫu thuật nội soi qua khoang liên sườn [2], [3].

*Tác giả liên hệ

Email: macthetruong.yhn@gmail.com Điện thoại: (+84) 973841191 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5315

Trên thế giới, kỹ thuật này bước đầu cho thấy tính an toàn và hiệu quả trong điều trị bệnh lý tuyến ức. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức còn hạn chế, đặc biệt trong điều trị bệnh nhược cơ. Tại Việt Nam, mới chỉ có một báo cáo năm 2023 của tác giả Lê Thị Thiên Nga và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh về 19 trường hợp cắt tuyến ức nội soi đường ngực có kết hợp đường mổ dưới mũi ức [5]. Đến hiện nay, chưa có nghiên cứu nào về ứng dụng phẫu thuật nội soi một lỗ qua đường dưới mũi hoàn toàn điều trị bệnh nhược cơ tại Việt Nam. Từ những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài: “Kết quả sớm phẫu thuật nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức cắt tuyến ức”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả loạt ca

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là u tuyến ức hoặc nhược cơ được chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức cắt tuyến ức tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2024 đến tháng 11/2025.

** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:*

- Với nhóm có u tuyến ức trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực: Kích thước u tuyến ức không quá 5 cm [2], [3]. Chưa xâm lấn tổ chức xung quanh hoặc mạch máu lớn, phân loại Masaoka I, II [6].
- Với nhóm chẩn đoán nhược cơ và không có u tuyến ức trên phim CLVT lồng ngực: Định lượng kháng thể kháng Acetylcholinesterase dương tính [7]. Bệnh nhân được điều trị phương pháp miễn dịch không đáp ứng hoặc dùng thuốc mà có tác dụng phụ.
- Nếu bệnh nhân có nhược cơ kèm theo cần điều trị nội khoa ổn định khoảng 1 tháng trước phẫu thuật, phân loại nhóm I, II (theo Osserman) [8].

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân có chức năng tim, phổi kém và không có khả năng chịu được phẫu thuật.
- Khối u xâm lấn rõ ràng vào các cơ quan xung quanh hoặc mạch máu lớn.
- Tiền sử phẫu thuật u trung thất trước.

Quy trình phẫu thuật nội soi một lỗ cắt tuyến ức qua đường dưới mũi ức:

- Bệnh nhân được gây mê toàn thân, đặt ống nội khí quản hai nòng để xếp phổi từng bên chủ động, tư thế nằm ngửa, dang rộng hai chân, kê đệm dưới lưng.
- Kíp mổ bố trí phẫu thuật viên chính đứng chính giữa hai chân, phụ phẫu thuật 1 đứng bên phải, màn hình nội soi phía trên đầu bệnh nhân.
- Rạch da dưới mũi ức, rạch dọc, kích thước khoảng 3-4 cm. Dùng ngón tay giải phóng khoảng trống giữa xương ức và màng tim, lắp khung nâng và nâng xương ức qua vết mổ, đưa bọc bảo vệ qua vết mổ.



Hình 1. Tư thế bệnh nhân và thiết lập khung nâng xương ức
(Nguồn: Tác giả)

- Xếp phổi phải, mở màng phổi trung thất phải vào khoang màng phổi phải. Giải phóng mô mỡ, tuyến ức dọc theo thần kinh hoành phải và trước màng tim cho đến khi thấy vị trí giao nhau của tĩnh mạch ngực trong phải, tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch vô danh.
- Xếp phổi trái, mở màng phổi trung thất trái để vào khoang màng phổi trái. Giải phóng mô mỡ và tuyến ức dọc theo thần kinh hoành trái và trước màng tim cho đến khi thấy vị trí giao nhau tĩnh mạch ngực trong trái và tĩnh mạch vô danh.
- Hai cực trên tuyến ức được cắt bỏ cho đến khi thấy thân động mạch cánh tay đầu, khí quản, và nền cổ. Các tĩnh mạch tuyến ức được cắt bằng dao hàn mạch hoặc kẹp hem-o-lok.



Hình 2. Trung thất trước sau khi lấy bỏ tuyến ức và tổ chức mỡ
(Nguồn: Tác giả)

- Lấy bệnh phẩm trực tiếp qua vết mổ, đặt 1 dẫn lưu silicon nhỏ qua vết mổ nằm dưới xương ức.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập các thông tin về hành chính, lâm sàng, cận lâm sàng trước, trong phẫu thuật, giai đoạn hậu phẫu tại bệnh viện, các biến chứng can thiệp và ghi vào phiếu thu thập số liệu.

Các chỉ số, biến số nghiên cứu:

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, chỉ số BMI

Các triệu chứng lâm sàng: triệu chứng trước khi nhập viện, tình trạng nhược cơ (theo phân độ Osserman)

Các đặc điểm cận lâm sàng: hình dạng khối u, vị trí, kích thước, ranh giới, tỷ trọng, mức độ ngấm thuốc cản quang. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, phân loại mô bệnh học u tuyến ức theo WHO, giai đoạn u tuyến ức theo Masaoka.

Kết quả phẫu thuật sớm (tính đến thời điểm bệnh nhân ra viện): thời gian phẫu thuật, các tai biến biến chứng trong mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian dẫn lưu màng phổi, thời gian nằm viện sau mổ, mức độ đau sau mổ ngày thứ nhất (VAS), biến chứng sớm sau mổ.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được nhập và quản lý bằng phần mềm REDCap và phân tích trên phần mềm SPSS 22. Thống kê mô tả trung bình (TB) và độ lệch chuẩn (ĐLC) (đối với biến định lượng) và tỷ lệ phần trăm (đối với biến phân loại).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 12/2024 đến tháng 11/2025, có 39 bệnh nhân (10 nam, 29 nữ) được phẫu thuật cắt tuyến ức bằng nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức tại khoa Phẫu thuật lồng ngực – Bệnh viện Bạch Mai, tuổi trung bình $51,2 \pm 13,1$ tuổi, nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 72 tuổi với BMI trung bình $22,7 \pm 2,6$ kg/m² dao động trong khoảng 16,0 đến 26,6 kg/m²

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trước phẫu thuật (n=39)

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng trước khi nhập viện	Đau tức ngực	2	5,1
	Nói ngong, nói khó	7	17,9
	Sụp mi	28	71,8
	Song thị	2	5,1
	Yếu cơ, mệt mỏi	15	38,5
	Khó thở	1	2,6
	Nuốt vướng, khó	5	12,8
	Khác	4	10,3
Phân độ nhược cơ theo Osserman	Độ I	18	46,2
	Độ II	16	41,0
	Không nhược cơ	5	12,8

Bảng 1 cho thấy chủ yếu bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán nhược cơ độ I chiếm 46,2% và độ II chiếm 41,0%, chỉ có 12,8% bệnh nhân không nhược cơ. Trong các triệu chứng nhược cơ hay gặp nhất là triệu chứng sụp mi, chiếm 71,8%.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh học tuyến ức trên phim chụp CLVT (n=39)

Đặc điểm hình ảnh	Phân loại	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Hình dạng khối u	Tròn	28	71,8
	Tam giác	9	23,1
	Dài	2	5,1
Vị trí khối u	Trung tâm trung thất trước	21	53,8
	Lệch phải	10	25,6
	Lệch trái	8	20,6
Mức độ ngấm thuốc cản quang	Có ngấm thuốc	32	82,1
	Không ngấm thuốc	7	17,9
Tỷ trọng khối u	Đồng nhất	32	82,1
	Không đồng nhất	7	17,9
Ranh giới khối u	Ranh giới rõ	36	92,3
	Ranh giới không rõ	3	7,7
Kích thước	$2,9 \pm 1,2$ cm		

Bảng 2 cho thấy hình ảnh cắt lớp vi tính cho thấy khối u chủ yếu có hình dạng tròn, ranh giới rõ, tỷ trọng đồng nhất và có ngấm thuốc cản quang, phần lớn nằm ở trung tâm.

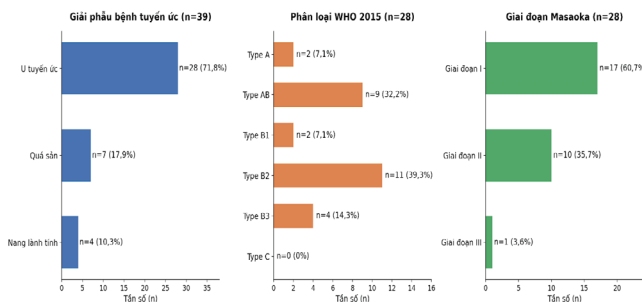
Bảng 3. Kết quả sớm phẫu thuật (n=39)

Đặc điểm		Giá trị
Thời gian phẫu thuật (phút)	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	101,4 $\pm$ 23,8
	Ngắn nhất	70
	Dài nhất	160
Biến chứng trong mổ	Tổn thương tĩnh mạch vô danh	1 (2,6%)
	Rách cơ hoành	1 (2,6%)
	Chuyển mổ mở	0 (0%)
Thời gian dẫn lưu màng phổi (ngày)	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	2,1 $\pm$ 0,9
Thời gian nằm viện (ngày)	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	5,0 $\pm$ 4,3
Biến chứng chu phẫu	Cơ nhược cơ cấp	2 (5,1%)
	Viêm phổi	1 (2,6%)
	Tràn khí màng phổi	1 (2,6%)
	Liệt thần kinh hoành	0 (0%)
	Nhiễm trùng vết mổ	0 (0%)
Mức độ đau (thang điểm VAS)	Nhẹ (1-3 đ)	36 (92,3%)
	Vừa (4-6 đ)	3 (7,7%)
	Nhiều (7-10 đ)	0 (0%)

Bảng 3 cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 101,4 $\pm$ 23,8 phút, có 2 ca tai biến trong mổ liên quan đến tổn thương tĩnh mạch vô danh và rách cơ hoành, không có ca

nào chuyển mổ mở. Mức độ đau theo thang điểm VAS chủ yếu mức độ nhẹ 92,3%, chỉ 7,7% mức độ vừa và không có trường hợp đau nhiều. Về biến chứng sớm sau mổ có 2 cơ khởi phát cơn nhược cơ cấp (5,1%), 1 ca tràn khí màng phổi và 1 ca viêm phổi, không có ca nào liệt thần kinh hoành hay nhiễm trùng vết mổ.

Hình 3. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ



Hình 3 cho thấy giải phẫu bệnh sau mổ chủ yếu là u tuyến ức có 28 ca (71,8%), quá sản tuyến ức có 7 ca (17,9%) và nang tuyến ức lành tính có 4 ca (9,8%). Trong 28 ca u tuyến ức, hay gặp nhất là AB, B2 (71,4%), 2 ca tuýp A (7,1%), 2 ca tuýp B1 (7,1%), 4 ca tuýp B3 (14,3%), không có ca nào ung thư biểu mô tuyến ức. Chủ yếu các u tuyến ức đều nằm ở giai đoạn sớm I, II chiếm 96,4%, chỉ có 1 ca nằm ở giai đoạn III chiếm 3,6%.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $51,2 \pm 13,1$, tương đồng với các báo cáo cho thấy u tuyến ức thường gặp ở nhóm tuổi trung niên (40-60 tuổi) [9]. Tỷ lệ nữ chiếm ưu thế (74,4%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh nhược cơ tự miễn, đặc biệt ở nhóm khởi phát sớm khi nữ giới thường bị ảnh hưởng nhiều hơn (dưới 50 tuổi), nơi nữ giới thường bị ảnh hưởng nhiều hơn nam giới với tỷ lệ khoảng 3:1 [9]. BMI trung bình đạt $22,7 \pm 2,6 \text{ kg/m}^2$, việc duy trì BMI trong giới hạn bình thường được xem là yếu tố thuận lợi cho phẫu thuật nội soi qua đường dưới mũi ức. Chỉ số này tương đương với các báo cáo khác từ Châu Á, như nghiên cứu của Suda (BMI trung bình $22,5 - 23,1 \text{ kg/m}^2$) [2], hay Zhang (BMI trung bình $23,7 \text{ kg/m}^2$) [10].

Đa số bệnh nhân của chúng tôi đi khám vì triệu chứng của bệnh nhược cơ (87,2%), phát hiện tồn dư hoặc u tuyến ức khi tầm soát bằng chụp CLVT lồng ngực có tiêm thuốc. Các bệnh nhân u tuyến ức không nhược cơ trong nhóm nghiên cứu đa phần tình cờ phát hiện khi khám sức khỏe. Về kích thước khối u trên phim chụp CLVT là $2,9 \pm 1,2 \text{ cm}$, chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân có khối u nhỏ hơn 5 cm cho nghiên cứu để đảm bảo tính an toàn cho kỹ thuật, cũng phù hợp với chỉ định phẫu thuật nội soi đối với u trung thất nói chung của nhiều tác giả trên thế giới [2], [3].

Đặc điểm về giải phẫu bệnh và giai đoạn: Các nghiên cứu trước đây cho thấy tiên lượng sống khác nhau rõ rệt giữa các typ u tuyến ức, trong đó các typ A, AB và B1 có tiên lượng tốt hơn so với các typ B2, B3 và đặc biệt là ung thư biểu mô tuyến ức. Trong nghiên cứu năm 2006 của Detterbeck FC và cộng sự khi xem xét và so sánh những nghiên cứu và tính toán khả năng sống trung bình 10 năm của từng typ mô học u biểu mô tuyến ức, có kết quả là 97% cho typ A, 95% cho typ AB, 92% cho typ B1, 81% cho

typ B2, 62% typ B3, và 29% cho ung thư biểu mô tuyến ức, ung thư biểu mô tuyến ức có tiên lượng xấu nhất trong số 6 typ mô học [11]. Kết quả của chúng tôi thấy typ AB, B2 có tỷ lệ gặp cao nhất (71,4%), typ có nguy cơ ác tính cao B3 chỉ có 4 trường hợp, chiếm 14,3% và không có trường hợp nào ung thư biểu mô tuyến ức. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tác giả Tomiyama N, nghiên cứu trên 53 trường hợp, có kết quả tỷ lệ typ AB cũng là lớn nhất (26,4%), gặp 8/53 trường hợp (15,1%) bị ung thư biểu mô tuyến ức [12]. Về giai đoạn bệnh, đa số bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm (Masaoka I,II), phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và chỉ định phẫu thuật nội soi, vốn ưu tiên cho các khối u chưa xâm lấn. [2], [3].

Kết quả sớm phẫu thuật:

Thời gian phẫu thuật: trung bình trong nghiên cứu là $101,4 \pm 23,8$ phút. Kết quả này tương đương với các báo cáo gần đây về kỹ thuật nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức, trong đó thời gian mổ dao động khoảng 98–117 phút tùy theo kinh nghiệm phẫu thuật viên và phương pháp hỗ trợ. Trong báo cáo lớn gần đây nhất (2024) tổng kết trên 207 bệnh nhân nội soi một lỗ, nhóm của Suda báo cáo trung bình thời gian mổ là 117 phút [13]. Jiang với kỹ thuật có sử dụng khung nâng xương ức, năm 2024 đạt được thời gian mổ là 98 phút [14]. Kết quả này cho thấy kỹ thuật nội soi một lỗ đường dưới mũi ức có thể thực hiện trong một khoảng thời gian hợp lý, không kéo dài quá mức so với các phương pháp khác.

Về biến chứng trong mổ: chúng tôi có 01 ca rách tĩnh mạch vô danh được xử trí bằng kẹp hem-o-lo, 01 ca rách chân cơ hoành được phát hiện và khâu lại ngay trong mổ, không có ca nào phải chuyển mổ mở. Tổn thương tĩnh mạch vô danh là nguy cơ tiềm ẩn đáng chú ý nhất của phẫu thuật tuyến ức nói chung. Tuy nhiên, nhờ góc nhìn dọc theo đường giữa cơ thể của camera dưới mũi ức, phẫu thuật viên có thể bộc lộ rõ ràng tĩnh mạch vô danh và thần kinh hoành 2 bên [3], [13].

Thời gian rút dẫn lưu sau phẫu thuật: Kết quả 2,1 ngày trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với mổ mở truyền thống và tương đương với các báo cáo quốc tế về phẫu thuật nội soi đường dưới mũi ức. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Wang và cộng sự (2024), ghi nhận thời gian dẫn lưu trung bình là 3,4 ngày đối với nhóm phẫu thuật dưới mũi ức [15]. Việc rút dẫn lưu sớm góp phần thúc đẩy phục hồi sau mổ, giúp bệnh nhân vận động sớm và giảm nguy cơ biến chứng liên quan.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Thời gian nằm viện trung bình 5,0 ngày của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Jiang và cộng sự, báo cáo thời gian nằm viện là 5 ngày ở nhóm mổ nội soi dưới mũi ức, ngắn hơn so với 6 ngày ở nhóm mổ mở [14]. Đáng chú ý, trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp nằm viện kéo dài tới 30 ngày do cơn nhược cơ cấp sau mổ cần lọc huyết tương. Điều này nhắc nhở rằng mặc dù kỹ thuật mổ ít xâm lấn giúp hồi phục nhanh về mặt ngoại khoa, nhưng bản chất bệnh sinh tự miễn của nhược cơ vẫn là yếu tố quyết định đến thời gian điều trị tổng thể, đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ đa chuyên khoa [16].

Mức độ đau sau mổ: theo phân độ VAS trung bình là $2,4 \pm 0,8$, trong đó 92,3% bệnh nhân chỉ đau mức độ nhẹ (điểm VAS từ 1-3) sau 24 giờ phẫu thuật và không có trường hợp

nào đau nặng. Đây là ưu điểm của kỹ thuật mổ nội soi qua đường dưới mũi ức, hoàn toàn không chạm đến thần kinh liên sườn, do đó giảm đau sau mổ cho bệnh nhân [3].

Biến chứng sớm sau mổ: ghi nhận với tỷ lệ thấp: chúng tôi có 1 ca viêm phổi sau mổ, 1 ca tràn khí màng phổi sau đặt dẫn lưu đã được đặt lại dẫn lưu, 2 ca (5,1%) xuất hiện cơn nhược cơ cấp sau mổ, đòi hỏi phải đặt ống nội khí quản, thở máy và lọc huyết tương. Tỷ lệ cơn nhược cơ sau mổ trong nghiên cứu nằm trong khoảng đã được báo cáo trong y văn. Theo Aljaafari và cộng sự (2022), tỷ lệ cơn nhược cơ sau mổ thường dao động từ 3% đến 6,3% [17]. Các bệnh nhân của chúng tôi không có trường hợp nào bị liệt thần kinh hoành. Theo Suda và Chen đường mổ dưới mũi ức cung cấp góc nhìn trực diện từ dưới lên, giúp phẫu thuật viên dễ dàng quan sát rõ toàn bộ đường đi của dây thần kinh hoành hai bên từ vòm hoành lên đến tĩnh mạch vô danh [2], [3].

5. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này vẫn còn một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ (39 bệnh nhân), thời gian theo dõi ngắn đặc biệt khi đánh giá hiệu quả phẫu thuật cắt tuyến ức cho nhóm bệnh nhân nhược cơ và được thực hiện tại một trung tâm duy nhất, do đó khả năng khái quát hóa kết quả cho toàn bộ quần thể bệnh nhân phẫu thuật tuyến ức còn hạn chế. Thứ hai, nghiên cứu không có nhóm đối chứng so sánh với các phương pháp phẫu thuật khác như phẫu thuật mổ mở, phẫu thuật nội soi qua khoang liên sườn, vì vậy chưa thể đánh giá toàn diện ưu thế của của phương pháp nội soi dưới mũi ức.

6. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt tuyến ức bằng nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức là phương pháp khả thi và an toàn trong điều trị bệnh nhược cơ và u tuyến ức tại Bệnh viện Bạch Mai. Kỹ thuật cho thấy kết quả sớm khả quan với thời gian phẫu thuật hợp lý, tỷ lệ biến chứng thấp và thời gian hồi phục sau mổ ngắn.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Kido T, Hazama K, Inoue Y, Tanaka Y et al. Resection of anterior mediastinal masses through an infrasternal approach. *The Annals of Thoracic Surgery*. 1999;67(1):263-265. doi:10.1016/S0003-4975(98)01210-7
- [2] Suda T, Ishizawa H, Nagano H, et al. Early outcomes in 147 consecutive cases of subxiphoid single-port thymectomy and evaluation of learning curves. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2020;58(Suppl_1):i44-i49. doi:10.1093/ejcts/ezaa183
- [3] Chen H, Xu B, Zhang Q, Chen P et al. Anterior mediastinal tumor surgery applying single-port thoracoscopy using the subxiphoid approach. *Turk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg*. 2023;31(2):239-248. doi:10.5606/tgkdc.dergisi.2023.23455
- [4] Yu L, Zhang X jun, Ma S et al. Thoracoscopic thymectomy for myasthenia gravis with and without thymoma: a single-center experience. *Ann Thorac Surg*. 2012;93(1):240-244. doi:10.1016/j.athoracsur.2011.04.043
- [5] Lê Thị Thiên Nga, Hồ Tất Bằng, Nguyễn Đình Phát et al. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức có kết hợp đường mổ dưới mũi ức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;520(2):2. doi:10.51298/vmj.v520i2.4125
- [6] Masaoka A. Staging System of Thymoma. *Journal of Thoracic Oncology*. 2010;5(10):S304-S312. doi:10.1097/JTO.0b013e3181f20c05
- [7] Wolfe GI, Kaminski HJ, Aban IB, et al. Randomized Trial of Thymectomy in Myasthenia Gravis. *N Engl J Med*. 2016;375(6):511-522. doi:10.1056/NEJMoa1602489
- [8] Perlo VP, Poskanzer DC, Schwab RS et al. Myasthenia gravis. *Neurology*. 1966;16(5):431-431. doi:10.1212/WNL.16.5.431
- [9] Dresser L, Wlodarski R, Rezaian K et al. Myasthenia Gravis: Epidemiology, Pathophysiology and Clinical Manifestations. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(11):11. doi:10.3390/jcm10112235
- [10] Zhang L, Li M, Jiang F et al. Subxiphoid versus lateral intercostal approaches thoracoscopic thymectomy for non-myasthenic early-stage thymoma: A propensity score -matched analysis. *International Journal of Surgery*. 2019;67:13-17. doi:10.1016/j.ijssu.2019.01.011
- [11] Detterbeck FC. Clinical Value of the WHO Classification System of Thymoma. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2006;81(6):2328-2334. doi:10.1016/j.athoracsur.2005.11.067
- [12] Tomiyama N, Johkoh T, Mihara N, et al. Using the World Health Organization Classification of Thymic Epithelial Neoplasms to Describe CT Findings. *American Journal of Roentgenology*. 2002;179(4):881-886. doi:10.2214/ajr.179.4.1790881
- [13] Suda T. Subxiphoid thymectomy: single-port, dual-port, and robot-assisted. *J Vis Surg*. 2017;3:75. doi:10.21037/jovs.2017.05.07
- [14] Jiang JH, Gao J, Zhang Y et al. Modified Subxiphoid Thoracoscopic Thymectomy for Locally Invasive Thymoma. *Ann Thorac Surg*. 2021;112(4):1095-1100. doi:10.1016/j.athoracsur.2020.10.032
- [15] Wang H, Wang M, Xin N et al. Effect Evaluation of Subxiphoid and Intercostal Thymectomy: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Front Surg*. 2022;9:925003. doi:10.3389/fsurg.2022.925003
- [16] Rabiou S, Toudou-Daouda M, Lakranbi M et al. Outcomes after Thymectomy in Patients with Thymomatous Myasthenia Gravis. *J Neurosci Rural Pract*. 2022;13(2):321-325. doi:10.1055/s-0042-1743444
- [17] Aljaafari D, Ishaque N. Thymectomy in Myasthenia Gravis: A Narrative Review. *Saudi J Med Med Sci*. 2022;10(2):97-104. doi:10.4103/sjmms.sjmms_80_22