

Kết quả phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị u trung thất nguyên phát tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Đoàn Hữu Hoạt², Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2*}, Phạm Hữu Lưu^{1,2}, Nguyễn Việt Anh^{1,2}, Dương Đức Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Với sự tiến bộ của y học, phẫu thuật điều trị u trung thất từ phẫu thuật mở kinh điển chuyển sang phẫu thuật nội soi 3 lỗ và hiện nay là phẫu thuật nội soi một lỗ. Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị u trung thất đã được thực hiện thường quy. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật này nhằm hoàn thiện hơn nữa kỹ thuật, khắc phục các tồn tại và tăng sự hài lòng của người bệnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả tiến cứu với tất cả bệnh nhân u trung thất được điều trị bằng phẫu thuật nội soi một lỗ tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Kết quả nghiên cứu: 69 trường hợp u trung thất được phẫu thuật, tuổi trung bình $51,5 \pm 14$ (12-78) tuổi, số lượng nam/nữ: 35/34; 38 (55,1%) trường hợp có đau tức ngực, 10 (14,4%) trường hợp khó thở nhẹ hoặc vừa, 6 (8,7%) có yếu nhẹ toàn thân hoặc sụp mí. X Quang 76,8% bệnh nhân có dấu hiệu bất thường trên film, chụp CT-Scanner kích thước u trung bình $5,4 \pm 2,4$ (2-14) cm, trong đó u trung thất trước chiếm chủ yếu 44 (63,8%), có 6 (8,7%) trường hợp nhược cơ, khối u dạng đặc 29(42,1%). Tất cả (100%) các trường hợp đều được phẫu thuật thành công với nội soi một lỗ, đa số đường mổ qua gian sườn V ở 45/69 bệnh nhân (65,2%), chiều dài vết mổ trung bình $3,52 \pm 0,65$ cm. Thời gian phẫu thuật trung bình $79,6 \pm 44$ (25-195) phút. Tai biến và biến chứng: 01(1,4%) trường hợp rách tĩnh mạch vô danh. Giả

phẫu bệnh: u tuyến ức chiếm số lượng nhiều nhất 39,1%, trong đó giai đoạn Masaoka I chiếm số lượng nhiều nhất (66,7%), U tuyến ức type A và type AB (55,5%) là hai thể hay gặp nhất. Kết quả sau mổ 59 (85,5%) có mức độ đau ít hoặc vừa (thang đo VAS) điểm đau trung bình $3,3 \pm 0,8$ điểm, thời gian dùng giảm đau sau mổ trung bình $2,9 \pm 0,8$ ngày; thời gian rút dẫn lưu $3,6 \pm 1,2$ ngày, nằm viện sau phẫu thuật $4,8 \pm 1,4$ (2-10) ngày; 85,5% số bệnh nhân hết đau sau mổ 2 tuần; 69,6% trở lại công việc và sinh hoạt sau 4 tuần; 60(87%) trường hợp không cần điều trị gì thêm sau mổ, 9(13%) trường hợp cần xạ trị tiếp. Không có trường hợp tử vong trong thời gian nghiên cứu.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị u trung thất nguyên phát tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là khả thi với kết quả sớm và trung hạn tốt, ít biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi một lỗ, u trung thất, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

RESULTS OF ONE-PORT ENDOSCOPIC SURGERY TREATMENT OF PRIMARY MEDIASTATIC TUMOR AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

Background: With the advancement of medicine, the surgical treatment of mediastinal tumors has changed from classic open surgery to

¹ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

² Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Phùng Duy Hồng Sơn,

Email: hongsony81@yahoo.com, Tel. 0962515301

Ngày nhận bài: 14/07/2025 Ngày sửa bài: 22/9/2025

Ngày chấp nhận đăng: 13/10/2025

3-port endoscopic surgery and now to single-port endoscopic surgery. At Viet Duc University Hospital, single-port endoscopic surgery to treat mediastinal tumors has been routinely performed. This study aims to evaluate the results of this surgery to further improve the technique, overcome shortcomings and increase patient satisfaction.

Patients and methods: Prospective descriptive study of all patients with mediastinal tumors who underwent single-port endoscopic surgery at Viet Duc University Hospital from October 2023 to December 2024.

Results: 69 cases of mediastinal tumors were operated on, average age 51.5 ± 14 (12-78) years old, number of males/females: 35/34; 38 (55.1%) cases had chest pain, 10 (14.4%) cases had mild or moderate dyspnea, 6 (8.7%) had mild general weakness or ptosis. X-ray 76.8% of patients had abnormal signs on film, CT-Scanner average tumor size 5.4 ± 2.4 (2-14) cm, of which anterior mediastinal tumors accounted for the majority 44 (63.8%), there were 6 (8.7%) cases of myasthenia gravis, solid tumors 29 (42.1%). All (100%) cases were successfully operated with single-port endoscopy, most of the incisions were through the V intercostal space in 45/69 patients

(65.2%), the average incision length was 3.52 ± 0.65 cm. The average surgical time was 79.6 ± 44 (25-195) minutes. Accidents and complications: 01 (1.4%) case of innominate vein rupture. Pathology: thymoma accounted for the largest number of 39.1%, of which Masaoka I stage accounted for the largest number (66.7%), type A and type AB thymoma (55.5%) were the two most common types. Postoperative results: 59 (85.5%) had mild or moderate pain (VAS scale) with an average pain score of 3.3 ± 0.8 points, average postoperative pain relief time of 2.9 ± 0.8 days; drainage removal time of 3.6 ± 1.2 days, postoperative hospitalization of 4.8 ± 1.4 (2-10) days; 85.5% of patients were pain-free 2 weeks after surgery; 69.6% returned to work and daily activities after 4 weeks; 60(87%) cases did not require any further treatment after surgery, 9(13%) cases required further radiotherapy. There were no deaths during the study period.

Conclusion: Single-port thoroscopic surgery for primary mediastinal tumors at Viet Duc university hospital gives good early and mild-term results with low risk of complication.

Keywords: Single port laparoscopic surgery, mediastinal tumor, Viet Duc University Hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U trung thất bao gồm u nguyên phát và u thứ phát, với tần suất xuất hiện khoảng 1/100.000 người/năm¹. Khối u trung thất đại diện cho nhiều trạng thái bệnh lý khác nhau. Vị trí và thành phần của khối u rất quan trọng để thu hẹp chẩn đoán phân biệt. Các nguyên nhân phổ biến nhất gây ra khối u trung thất trước bao gồm: u tuyến ức; u

quái; bệnh tuyến giáp; và u lympho. Khối u trung thất giữa thường là u nang bẩm sinh, bao gồm u nang ruột trước và u nang màng ngoài tim, trong khi khối u phát sinh ở trung thất sau thường là u thần kinh. Triệu chứng lâm sàng của khối u trung thất thường nghèo nàn, có thể từ không có triệu chứng đến gây ra các triệu chứng ho, đau tức ngực, khó thở đến các biểu hiện do khối u chèn

ép tổ chức xung quanh^{2,3}.

Điều trị u trung thất có thể bằng nội khoa, ngoại khoa hoặc phối hợp phẫu thuật với điều trị hóa chất, xạ trị, trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong hầu hết các khối u trung thất. Phẫu thuật kinh điển là phương pháp điều trị trong giai đoạn trước, tuy nhiên khoảng hơn 20 năm qua, với sự phát triển của y học và các phương tiện, dụng cụ, kỹ thuật ngày càng được cải tiến và hoàn thiện, phẫu thuật nội soi dần thay thế mở mở truyền thống. Từ phẫu thuật nội soi hỗ trợ đến phẫu thuật nội soi hoàn toàn với nhiều lỗ vào (Multiport-VATS) và gần đây là phẫu thuật nội soi một lỗ (Uniport-VATS) đang được coi là xu hướng phát triển mới của phẫu thuật nội soi lồng ngực. Khác với phẫu thuật nội soi thông thường, phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ chỉ sử dụng duy nhất một đường mổ nhỏ ở khoang liên sườn để tiếp cận khoang lồng ngực, các dụng cụ và ống kính nội soi được đặt song song, tương tự như quan sát trực tiếp trong phẫu thuật mở mở, tất cả các dụng cụ đi qua một cổng làm việc và các thao tác hai tay của phẫu thuật viên trên cùng một mặt phẳng⁴.

Tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, phẫu thuật u trung thất bằng phương pháp phẫu thuật nội soi một lỗ đã được thực hiện thường quy từ năm 2016, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về kết quả phương pháp này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị u trung thất nguyên phát giai đoạn 10/2023 đến 12/2024.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang theo dõi dọc.

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân u trung thất được điều trị bằng

phẫu thuật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024. Lấy cả các ca phải chuyển sang phương pháp phẫu thuật khác.

Đối tượng loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân chẩn đoán u trung thất nhưng được phẫu thuật bằng nội soi một lỗ ở cơ sở y tế khác, chuyển đến bệnh viện Hữu nghị Việt Đức điều trị.

Bệnh nhân thất lạc hồ sơ hoặc hồ sơ không đầy đủ.

Các biến cố chính: Tử vong sau mổ vì bất cứ lý do gì, mổ lại vì bất cứ lý do gì.

Các biến cố phụ: Chảy máu không phải mổ lại, nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi...

Mức độ đau được đánh giá 1 lần tại thời điểm 24 giờ sau mổ, khi nghỉ. Giảm đau sau mổ cho các bệnh nhân theo một quy trình thống nhất.

Thời gian đau sau mổ, thời gian trở lại sinh hoạt/công việc, thông tin điều trị hóa xạ trị sau mổ được xác định qua phỏng vấn bệnh nhân trực tiếp khi khám lại hoặc qua điện thoại theo một mẫu bệnh án nghiên cứu.

Các biến chứng, số liệu trong và sau mổ ghi nhận theo ghi chép trong hồ sơ bệnh án.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 69 bệnh nhân u trung thất được thực hiện phẫu thuật nội soi một lỗ tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với các đặc điểm sau:

Các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân được phẫu thuật được trình bày ở bảng 1:

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của nhóm nghiên cứu (N=69)

Đặc điểm	Bệnh nhân n (%)
Tuổi trung bình (năm)	51,5 ± 14 (12-78)
Nhóm tuổi	
Dưới 40 tuổi	16 (23,2)
Từ 40-65 tuổi	41 (59,4)
Trên 65 tuổi	12 (17,4)
Giới: Nam/Nữ	35/34
Lý do vào viện	
Đau tức ngực	38 (55,1)
Khó thở	10 (14,4)
Sụp mí	6 (8,7)
Vô tình phát hiện	15 (21,8)
Đặc điểm trên film XQ	
Dấu hiệu bóng mờ	29 (42,1)
Trung thất giãn rộng	24 (34,7)
Bình thường	16 (23,2)
Đặc điểm CT-Scanner	
Kích thước (cm)	5,4 ± 2,4 (2-14)
Chèn ép tổ chức xung quang	17 (24,6)
Xâm lấn vỏ khối u	10 (14,5)
U trung thất trước	44 (63,8)
U trung thất giữa	7 (10,1)
U trung thất sau	18 (26,1)

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh nam nữ 35/34, độ tuổi trung bình 51,5 ± 14 tuổi, thấp nhất 12 tuổi cao nhất 78 tuổi; (59,4%) nhóm bệnh nhân trong độ tuổi từ 40-65 tuổi. Lý do vào viện chủ yếu là có triệu chứng (78,2%) trong đó triệu chứng đau tức ngực hay gấp (55,1%), có một số trường hợp vô tình phát hiện (21,8%); 76,8% bệnh nhân có dấu hiệu bất thường trên film X Quang. Chụp CT-Scanner đo được kích thước trung bình khối u 53,6 ± 23,7 mm, chèn ép tổ chức xung quanh 17 (24,6%), xâm lấn vỏ 10 (14,5%), trong đó khối u trung thất trước chiếm chủ yếu (63,8%).

Tất cả bệnh nhân (100%) được phẫu thuật thành công bằng nội soi một lỗ với các đặc điểm phẫu thuật được trình bày trong bảng 2:

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật nội soi một lỗ trong nghiên cứu (N=69)

Đặc điểm		Bệnh nhân n (%)
Vị trí đường mổ		
Khoang liên sườn III		3 (4,3)
Khoang liên sườn IV		16 (23,2)
Khoang liên sườn V		45 (65,2)
Khoang liên sườn VI		5 (7,2)
Kích thước đường rạch da (cm)		3,52 ± 0,65
Thời gian phẫu thuật (phút)		79,6 ± 44 (25-195)
Biến chứng	Chảy máu	1 (1,4)
	Rách phổi	0(0)
	Chuyển mổ mở	0(0)
	Khác (...)	0(0)

Thời gian phẫu thuật trung bình 79,6 ± 44 phút, ngắn nhất 25 phút, dài nhất 195 phút. Vị trí đường mổ được lựa chọn nhiều nhất là gian sườn V(65,2%) với kích thước vết mổ trung bình 3,52 ± 0,65 cm. 01 trường hợp (1,4%) biến chứng rách tĩnh mạch vô danh, mất máu trong mổ đã được xử lý khâu vết rách ngay trong phẫu thuật nội soi một lỗ và được truyền máu trong mổ. Các đặc điểm đau sau mổ, thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện được mô tả ở bảng 3.

Bảng 3: Mức độ đau sau mổ và thời gian nằm viện (N=69)

Đặc điểm sau mổ	Bệnh nhân n (%)
Mức độ đau sau mổ 24h (thang điểm VAS)	
Không đau (0 điểm)	0 (0)
Đau ít (1-3 điểm)	36 (52,2)
Đau vừa (4-6 điểm)	23 (33,3)
Đau nhiều (7-10 điểm)	10 (14,5)
Điểm đau trung bình (điểm)	3,3 ± 0,8(1-6)
Thời gian truyền thuốc giảm đau sau mổ (ngày)	2,9 ± 0,8(1-5)
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	3,6 ± 1,2(2-8)
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	4,8 ± 1,4(2-10)

Mức độ đau sau mổ theo thang đo VAS ở mức đau ít đến vừa chiếm chủ yếu với (85,5%), điểm đau trung bình 3,3 ± 0,8(1-6) điểm. Hình thái Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ được mô tả ở bảng 5 và bảng 6:

Bảng 4: Giải phẫu bệnh u trung thất (N=69)

Giải phẫu bệnh	Bệnh nhân n	Tỷ lệ %
Hình thái trên phim CT-Scanner		
Khối u dạng đặc	29	42,1
Khối u dạng hỗn hợp	19	27,5
Khối u dạng nang	21	30,4
Vi thể		
U tuyến ức	27	39,1
Thymoma type A	9	
Thymoma type AB	6	
Thymoma type B1	4	
Thymoma type B2	5	
Thymoma type B3	3	
Nang tuyến ức	11	15,9
U quái	6	8,7
U thần kinh	11	15,9
Ganglioneuroma	4	
Schwannoma	4	
Neurofibroma	2	
Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor	1	
U nang bạch huyết lành tính (Lymphangioma)	7	10,1
U Nang phế quản	6	8,7
U nang màng ngoài tim	1	1,4

Hình thái trên CT-Scanner u dạng đặc chiếm chủ yếu (42,1%), tiếp theo là u dạng nang (30,4%); Vi thể: u tuyến ức chiếm số lượng nhiều nhất 39,1%, tiếp đến là u thần kinh và u nang tuyến ức cùng có tỷ lệ 15,9%.

Bảng 5: Phân loại u tuyến ức theo Masaoka (N=27)

Phân loại giải phẫu bệnh U tuyến ức					
	Masoka I	Masoka II	Masoka III	Tổng	Tỷ lệ %
Type A	7	2	0	9	33,3
Type AB	3	2	1	6	22,2
Type B1	3	1	0	4	14,8
Type B2	3	0	2	5	18,5
Type B3	2	0	1	3	11,1
Tổng	18	5	4	27	
Tỷ lệ %	66,7	18,5	14,8	100	

Giai đoạn Masaoka I chiếm số lượng nhiều nhất (66,7%). Giai đoạn Masaoka II chiếm 18,5%, giai đoạn Masaoka III chiếm 14,8%. U tuyến ức type Type A (33,3%) và type AB (22,2%) là hai thể hay gặp nhất, ít gặp nhất là thể Type B3 với 11,1%.

Bảng 6: Kết quả sớm, ngắn hạn và trung hạn sau phẫu thuật (N=69)

Tình trạng	Bệnh nhân n (%)	Tổng n (%)
Thời gian đau sau mổ		
1 tuần	32(46,4)	59(85,5)
2 tuần	27(39,1)	
3 tuần	8(11,6)	10(14,5)
4 tuần	2(2,9)	
Thời gian trở lại công việc, sinh hoạt		
1 tuần	0(0)	48(69,6)
2 tuần	5(7,2)	
3 tuần	14(20,4)	
4 tuần	29(42,0)	
8 tuần	16(23,2)	21(30,4)
16 tuần	5(7,2)	
Tình trạng sức khỏe sau mổ 1 tháng		
Tốt	54(78,3)	69(100)
Trung bình	15(21,7)	
Xấu	0(0)	
Tử vong	0(0)	0(0)
Tình trạng điều trị xạ trị, hóa chất sau phẫu thuật		
Xạ trị	9(13,0)	69(100)
Hóa chất	0(0)	
Không	60(87,0)	
Tình trạng sức khỏe sau mổ 6 tháng		
Tốt	58(84,6)	69(100)
Trung bình	11(16,0)	
Xấu	(0)	
Tử vong	0(0)	0(0)

Kết quả sớm sau phẫu thuật: 85,5% số bệnh nhân hết đau sau mổ 2 tuần; 69,6% trở lại công việc và sinh hoạt sau 4 tuần; có 60(87%) trường hợp không cần điều trị gì thêm sau mổ, 9(13%) trường hợp cần xạ trị tiếp trong đó 4 bệnh nhân thuộc nhóm Masaoka III (1 type B3, 2 type B2 và 1 type AB), 3 bệnh nhân thuộc nhóm Masaoka II(1 type B1, 2 type B3), 1 bệnh nhân thuộc nhóm Masaoka I (type B1) và 1 bệnh nhân u thần kinh (Malignant melanocytic nerve sheath tumor); 7 trường hợp xạ trị tại bệnh viện K, 1 bệnh nhân xạ

trị tại bệnh viện 103 và 1 bệnh nhân xạ trị tại bệnh viện 108, nhóm này đều hoàn thành được toàn bộ liệu trình xạ trị với liều xạ giao động 56 Gray đến 66 Gray (28 đến 33 lượt xạ trị) và hiện có sức khỏe tốt (trở lại sinh hoạt và làm việc bình thường). Kết quả khám lại sau 1 tháng và 6 tháng có 78,3%-84% có tình trạng sức khỏe tốt, các bệnh nhân còn lại có sức khỏe trung bình. Không có trường hợp nào tử vong hay phẫu thuật lại đến thời điểm nghiên cứu. Liên quan kích thước u đến thời gian phẫu thuật được trình bày bảng 7.

Bảng 7: Liên quan kích thước u đến thời gian phẫu thuật (n=69)

	Kích thước U			Kiểm định ANOVA (p)
	U ≤ 3cm n=8	3cm <U ≤6cm n=43	U >6cm n=18	
Thời gian mổ trung bình (phút)	69,6±45	76,3±36	97,7±62	<0,05

Thời gian mổ giữa các nhóm u lớn, vừa và nhỏ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); khi u càng lớn thời gian mổ càng kéo dài.

Bảng 8: Liên quan giữa thời gian nằm viện sau phẫu thuật một số yếu tố (n=69)

		Thời gian nằm viện sau phẫu thuật		Kiểm định	p
		≤5 ngày	>5 ngày		
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	n=41	72,7 ± 56		T - test	>0,05
	n=28		92,3 ± 42		
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	n=36	3,1 ± 1,4		T - test	<0,05
	n=33		4,2 ± 0,6		
Số ngày truyền thuốc giảm đau sau mổ	n=35	2,4 ± 1,1		T - test	<0,05
	n=34		3,3 ± 0,6		
Mức độ đau trung bình (VAS)	n=34	2,9 ± 1,0		T - test	<0,05

Thời gian cuộc phẫu thuật và thời gian nằm viện sau phẫu thuật có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian rút dẫn lưu, thời gian truyền thuốc giảm đau sau mổ và mức độ đau có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời gian nằm viện sau phẫu thuật ($p < 0,05$): Nhóm bệnh nhân ít đau sau mổ, thời gian truyền thuốc giảm đau ngắn, rút dẫn lưu sớm thì thời gian nằm viện sau phẫu thuật thường không quá 5 ngày.

BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 69 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi một lỗ cho thấy $51,5 \pm 14$ tuổi, thấp nhất 12 tuổi cao nhất 78 tuổi, hay gặp nhóm bệnh nhân trong độ tuổi từ 40-65 tuổi chiếm 54,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả Tác giả Ching-Feng Wu nghiên cứu năm 2015 với 29 trường hợp phẫu thuật nội soi một lỗ u trung thất, có độ tuổi trung bình là $49,9 \pm 15,5^5$, tác giả Phạm Hữu Lư, tuổi trung bình trong nghiên cứu là $45,70 \pm 13,20$ tuổi⁶, tác giả Vaziri và cộng sự (2009) với độ tuổi trung bình 34 tuổi (2-80 tuổi)⁷. Về độ tuổi hay gặp, y văn mô tả một số loại u thường xuất hiện ở một độ tuổi nhất định, chẳng hạn như các loại u có nguồn gốc từ tế bào mầm (u quái) thường phát hiện ở tuổi thanh thiếu niên, trong khi các loại u tuyến ức thường được chẩn đoán ở độ tuổi trung niên. Theo nghiên cứu của Vaziri và cộng sự (2009) với tỷ lệ nam/ nữ là 65/40; hầu hết các khối u trung thất 47% được chẩn đoán ở giai đoạn 30 – 50 tuổi⁷. Tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn nam tương ứng tỷ lệ nam/nữ: 35/34 khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Quang Khánh, tỷ lệ nam/nữ là 50/63⁸.

Biểu hiện lâm sàng của bệnh lý u trung thất rất mơ hồ và thường không đặc hiệu, trong nghiên cứu của chúng tôi có 21,8% trường hợp không có triệu chứng mà vô tình phát hiện được khi khám các bệnh lý khác. Trong số có triệu chứng (78,2%) thì đau tức ngực là triệu chứng hay gặp với 55,1% tiếp theo là triệu chứng khó thở 14,4% và sụp mi 8,7%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu: Nghiên cứu của Phạm Hữu Lư, nhận thấy có 31,17% là không triệu chứng, đau ngực hay gặp nhất chiếm 61,04%⁶, Adegboye và cộng sự ghi

nhận liên quan triệu chứng với vị trí u: trong 105 trường hợp u trung thất 86,6% U trung thất có triệu chứng⁷, Tian và cộng sự tổng kết 108 bệnh nhân u quái trung thất lành tính nhận thấy có 40,7% là không triệu chứng, hay gặp nhất là đau ngực (36,1%), tức ngực (23,1%)⁹. Triệu chứng đau ngực là triệu chứng thường được ghi nhận chiếm tỷ lệ cao nhất. Biểu hiện này thường thấy do trung thất trước là một khoang chật hẹp nên khi u xuất hiện ở trung thất trước có thể do u xâm lấn thành ngực hoặc khối u lớn gây chèn ép hoặc xâm lấn các tạng lân cận do đó biểu hiện lâm sàng thường sẽ gặp đau ngực hoặc tức ngực. Dấu hiệu bất thường trên phim X quang xuất hiện ở 76,8% trường hợp trong đó dấu hiệu bóng mờ hay gặp nhất với 42,1%, tiếp theo là hình ảnh trung thất giãn rộng 34,7%, bên cạnh đó cũng có 23,2% không có dấu hiệu bất thường trên phim chụp X quang. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác: Theo nghiên cứu của Phạm Hữu Lư với tỷ lệ phát hiện u trung thất trên X quang chiếm 88,31%⁶, Huỳnh Quang Khánh tỉ lệ thấy u trung thất rộng 33%, tỉ lệ không thấy bất thường khá cao 20,6%⁸. X quang ngực thường quy chỉ là cận lâm sàng ban đầu mang tính định hướng, có thể thấy tổn thương hoặc không, từ đó để chỉ định những thăm dò phù hợp tiếp theo. Hơn nữa trên X quang không thể đánh giá được vị trí khối u và mối tương quan của khối u với các thành phần xung quanh một cách chính xác.

Kết quả chụp CT-Scanner cho thấy kích thước khối u trên CT-Scanner đo được kích thước trung bình khối u $5,4 \pm 2,4$ cm nhỏ nhất 1,9 cm lớn nhất 13,5 cm, tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hữu Lư, kích thước u trung bình $5,58 \pm 1,89$ cm⁶, của Huỳnh Quang Khánh phẫu thuật nội soi tiến hành với nhóm u có kích thước

$7,76 \pm 3,22 \text{ cm}^8$. Nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt u trung thất Wu chỉ định phẫu thuật kích thước u phẫu thuật nội soi một lỗ là $4,08 \pm 2,05 \text{ cm}^5$, Refai M và cộng sự chỉ định với kích thước trung bình là 5,1 cm nhỏ nhất 1,4cm, lớn nhất 14cm^{10} . Kích thước u liên quan đến mức độ thuận lợi trong thao tác, khả năng quan sát và cách thức lấy bệnh phẩm qua đường tiếp cận nội soi. Kích thước u được quy ước là đường kính ngang lớn nhất đo trên phim chụp CT-Scanner. Như vậy, kích thước u có liên quan chặt chẽ đến chỉ định của kỹ thuật nội soi một lỗ.

Qua chụp CT-Scanner đánh giá vị trí khối u thấy khối u trung thất trước chiếm tỷ lệ nhiều nhất 63,8%, tiếp theo là u trung thất sau 26,1% ít gặp nhất là u trung thất giữa 10,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hữu Lư với tỷ lệ u trung thất trước - trên chiếm nhiều nhất với 59,74%, u trung thất giữa 18,18% và u trung thất sau 22,08%⁶, của Vaziri và cộng sự tổng kết tỷ lệ u trung thất trước là vị trí phổ biến nhất (65%) tiếp theo là u trung thất sau (21%) và trung thất giữa (14%)⁷. Nghiên cứu của Ngô Gia Khánh với tỷ lệ u trung thất trước nhiều nhất chiếm 78,5% sau đó là u trung thất sau 12,3% và ít nhất là u trung thất giữa 9,2%¹¹. Kết quả này của chúng tôi cùng những nghiên cứu khác một lần nữa khẳng định lại kết quả chung được mô tả trong y văn về tỷ lệ mắc u trung thất trước luôn chiếm tỷ lệ lớn nhất trong bệnh lý u trung thất nói chung.

Sự lựa chọn bệnh nhân trước mổ trong nhóm nghiên cứu được dựa trên tiêu chí kích thước, tính chất và mức độ xâm lấn của khối u, do đó kết quả mang lại: tất cả (100%) số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được thực hiện phẫu thuật nội soi một lỗ thành công với thời gian phẫu thuật trung bình $79,6 \pm 44$ phút, ngắn nhất 25

phút, dài nhất 195 phút, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ngô Gia Khánh với thời gian phẫu thuật trung bình $78,7 \pm 28,6$ phút trong đó ngắn nhất 35 phút, dài nhất 180 phút¹¹, kết quả này về thời gian phẫu thuật dài hơn nghiên cứu của Jiang N khi thực hiện nghiên cứu so sánh thời gian giữa phẫu thuật nội soi một lỗ là 45 (35–60) phút trong khi thời gian thực hiện nội soi kinh điển là 55(45–80) phút¹², tuy vậy vẫn ngắn hơn đáng kể so thời gian phẫu thuật nội soi một lỗ được thực hiện bởi Refai M và cộng sự 143 phút¹⁰, Wu với thời gian khi thực hiện phẫu thuật nội soi một lỗ ($n=29$) $97,3 \pm 31,2$ phút trong khi phẫu thuật nội soi kinh điển ($n=60$) là $124,4 \pm 38,7$ phút⁵, Xie D và cộng sự thực hiện phẫu thuật nội soi kinh điển với 135 ± 31 (30-230) phút¹³. Với cùng phương pháp phẫu thuật, thời gian mổ của chúng tôi ngắn hơn của tác giả vì thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố: đặc điểm tổn thương (vị trí, kích thước, sự liên quan với các tổ chức xung quanh khối u...), trang thiết bị dụng cụ, kinh nghiệm của nhóm phẫu thuật, thời gian mở - đóng các vết mổ, thời gian lấy bệnh phẩm... Các tác giả này khi so sánh phẫu thuật nội soi một lỗ với phẫu thuật nội soi kinh điển cho thấy thời gian phẫu thuật ở nhóm phẫu thuật nội soi một lỗ một lỗ ngắn hơn, họ cho rằng việc tạo thêm vết mổ làm mất thời gian và rằng ba vết rạch nhỏ cần nhiều thời gian hơn để cầm máu và đóng vết mổ so với một đường rạch^{10,13}.

Vị trí đường mổ được lựa chọn nhiều nhất là gian sườn V với 65,2%, tương đồng với nghiên cứu của Ngô Gia Khánh khi lựa chọn đường mổ ở khoang liên sườn V cho phẫu thuật bên phải 24/40(60%) trường hợp, bên trái 12/25(48%) trường hợp¹¹. Kích thước vết mổ trung bình $3,52 \pm 0,65 \text{ cm}$ tương đồng với kết quả nghiên cứu của

Wu với chiều dài trung bình của vết mổ là $3,41 \pm 0,76 \text{ cm}^5$. Tai biến và biến chứng thấp $1/69(1,4\%)$ trường hợp biến chứng rách tĩnh mạch vô danh mất máu nhiều (1200ml) tuy vậy được xử lý khâu vết thương ngay trong phẫu thuật nội soi một lỗ và truyền máu ngay trong mổ, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Xie D và cộng sự với phẫu thuật nội soi kinh điển tỷ lệ biến chứng trong mổ là $5,6\%^{13}$.

Thời gian rút dẫn lưu $3,6 \pm 1,2$ ngày, trong đó ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 8 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật $4,8 \pm 1,4$ ngày, ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 10 ngày, kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả: về thời gian rút dẫn lưu với phẫu thuật nội soi một lỗ là 2,3 ngày, thời gian nằm viện 4,3 ngày quan nghiên cứu của Refai M¹⁰, của Ngô Gia Khánh với thời gian rút dẫn lưu $3,2 \pm 1,3$ ngày và thời gian nằm viện sau phẫu thuật $6,3 \pm 3,2$ ngày trong đó ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 23 ngày¹¹; cùng nghiên cứu của Wu thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi một lỗ là $3,75 \pm 1,53$ ngày so với phẫu thuật nội soi kinh điển là $6,50 \pm 6,84$ ngày⁵, của Jiang N khi nghiên cứu với nhóm phẫu thuật nội soi một lỗ rút dẫn lưu sau 27 (24-48) giờ, nằm viện 5 (4-6) ngày so với nhóm phẫu thuật nội soi kinh điển với thời gian rút dẫn lưu 48 (48-70) giờ, nằm viện sau phẫu thuật 7 (5-7) ngày¹², của Xie D và cộng sự với thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi kinh điển trung bình là $6,2 \pm 2,6$ ngày¹³. Khi so sánh thời gian nằm viện sau phẫu thuật của nhóm mổ nội soi một lỗ với nhóm mổ nội soi kinh điển hầu hết các báo cáo cho thấy thời gian nằm viện của nhóm mổ nội soi một lỗ có thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm mổ nội soi kinh điển. Wu phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nằm viện sau mổ cắt u trung

thất ông chỉ ra rằng: Bất kỳ một thủ thuật xâm lấn nào bao gồm đặt nội khí quản, ống thông niệu đạo, catheter tĩnh mạch trung tâm... đều làm tăng nguy cơ cho bệnh nhân nên hạn chế can thiệp và nếu có thì nên rút sớm thậm chí là ngay sau mổ. Ngoài ra ông cho rằng giảm đau thích hợp đóng vai trò rất quan trọng sau khi phẫu thuật lồng ngực và giảm đau đa phương thức giúp tăng cường phục hồi và rút ngắn thời gian nằm viện⁵. Mức độ đau sau mổ theo thang đo VAS $3,3 \pm 0,8(1-6)$ điểm, ở mức đau nhẹ và vừa chiếm chủ yếu với (85,5%). Thời gian dùng thuốc giảm đau đường truyền tĩnh mạch đánh giá từ 24h sau mổ trung bình là $2,9 \pm 0,8$ ngày trong đó ít nhất là 1 ngày, dài nhất là 5 ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Gia Khánh với thang điểm đau VAS $2,8 \pm 0,8$ điểm tương ứng số ngày cần phải dùng thuốc giảm đau đường tiêm truyền trung bình là $3,2 \pm 1,4$ ngày, 92,3% đau ở mức độ nhẹ đến vừa¹¹. Mức độ đau này lại ít hơn so với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Huỳnh Quang Khánh, khi thực hiện phẫu thuật nội soi kinh điển với điểm đau trung bình $4,57 \pm 1,25$ điểm, số ngày dùng thuốc giảm đau là $3,61 \pm 1,53$ ngày⁸. Phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn hơn cũng mang lại trải nghiệm ít đau hơn sau khi phẫu thuật, do đó mà thời gian đau sau mổ và dùng thuốc giảm đau đường tiêm truyền cũng ngắn hơn so với nhưng nghiên cứu phẫu thuật nội soi kinh điển, từ đó hạn chế được phần nào tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc giảm đau kéo dài.

Đánh giá qua kết quả chụp CT-Scanner, khối u dạng đặc chiếm chủ yếu 42,1%, dạng hỗn hợp 27,5% và khối u dạng nang là 30,5%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết quả nghiên cứu của Tian và cộng sự tổng kết phẫu thuật 108

trường hợp u quái trung thất, trong đó có 56,5% có cấu trúc dạng hỗn hợp⁹. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy u tuyến ức chiếm tỷ lệ cao nhất 39,1%, nang tuyến ức, u thần kinh cùng tỷ lệ 15,9%, u nang bạch huyết lành tính 10,1%, các loại khác chiếm 18,8%. Kết quả này khá tương đồng với một số nghiên cứu: Nghiên cứu của Phạm Hữu Lư trong 77 trường hợp PTNS: u tuyến ức: 26; u nang bì: 15; u thần kinh: 17⁶. Nghiên cứu của Huỳnh Quang Khánh, với tỷ lệ u tuyến ức chiếm nhiều nhất (33,5%), kế đến là các nang trung thất (23,9%), u tế bào mầm (16,3%), u thần kinh (11,5%)⁸. Ngô Gia Khánh với kết quả giải phẫu bệnh u trung thất với tỷ lệ u tuyến ức 23/54(42,6%), u quái 12/54(22,2%) nang tuyến ức 10/54(18,5%)¹¹. Kết quả này một lần nữa khẳng định u tuyến ức chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh lý về u trung thất. Trong các tổn thương u tuyến ức giai đoạn Masaoka I chiếm số lượng nhiều nhất (66,7%). Giai đoạn Masaoka II chiếm 18,5%, giai đoạn Masaoka III chiếm 14,8%. U tuyến ức type Type A (33,3%) và type AB (22,2%) là hai thể hay gặp nhất, ít gặp nhất là thể Type B3 với 11,1%. Nghiên cứu của tác giả Wu phẫu thuật cắt u trung 116 thất một lỗ cho 29 bệnh nhân, trong đó 11/29 ca là u tuyến ức, tất cả đều ở giai đoạn Masaoka I, II¹⁴. Trong nghiên cứu của Huỳnh Quang Khánh đa số các trường hợp trong cả hai nhóm mổ nội soi và mổ mở là ở giai đoạn I với tỉ lệ là 67,2%, giai đoạn II chiếm 17,2%⁸. Về đặc điểm giải phẫu bệnh hầu như không có nhiều sự thay đổi qua các thời kỳ. Tuy nhiên về phương diện chỉ định phẫu thuật Masaoka I,II là phổ biến nhất, phù hợp với phẫu thuật nội soi một lỗ, Masaoka III vẫn có thể phẫu thuật tuy nhiên cần đòi hỏi kỹ thuật và kinh nghiệm phẫu thuật cũng như xử lý các tổn thương phối hợp.

Kết quả khám lại sau 1 tháng có 78,3% bệnh nhân được đánh giá kết quả tốt: hết hoặc cải thiện triệu chứng, vết mổ liền tốt, cần lâm sàng đánh giá cho kết quả tốt; có 85,5% số bệnh nhân hết đau sau mổ 2 tuần; 69,6% trở lại công việc và sinh hoạt sau 4 tuần. Sau 6 tháng có 82,6% bệnh nhân được đánh giá kết quả tốt, không có trường hợp tử vong, 100% trở lại công việc và sinh hoạt sau 16 tuần; 60(87%) trường hợp sau mổ không cần điều trị gì thêm, 9(13%) trường hợp cần xạ trị tiếp trong đó 4 bệnh nhân thuộc nhóm Masaoka III (1 type B3, 2 type B2 và 1 type AB), 3 bệnh nhân thuộc nhóm Masaoka II(1 type B1, 2 type B3), 1 bệnh nhân thuộc nhóm Masaoka I (type B1) và 1 bệnh nhân u thần kinh Malignant melanocytic nerve sheath tumor, nhóm này đều hoàn thành được toàn bộ liệu trình xạ trị và hiện có sức khỏe tốt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Ngô Gia Khánh khám lại sau 1 tháng 83,1% bệnh nhân được đánh giá kết quả tốt, 92,8% không còn đau ngực 2 tuần sau mổ và 73,1% có thể trở lại công việc và sinh hoạt bình thường sau 2 tuần¹¹. Tỷ lệ bệnh nhân ổn định sớm, sự trở lại với sinh hoạt và công việc sau phẫu thuật đã được đề cập thường xuyên hơn trong các nghiên cứu phẫu thuật lồng ngực ít xâm lấn để khẳng định cho lập luận rằng phương pháp phẫu thuật này có lợi hơn cho bệnh nhân và cần được phát triển rộng và thường quy hơn.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức điều trị u trung thất cho kết quả sớm và trung hạn tốt với tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp. Loại phẫu thuật này có thể áp dụng cho điều trị u trung thất trước, giữa và sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David R, Park, Eric Vallières. Tumors and cyst of the mediastinum. In: *Murray and*

Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 5th ed. Saunders; 2010:1814-1835.

2. Ong CC, Teo LLS. Imaging of anterior mediastinal tumours. *Cancer Imaging*. 2012;12(3):506-515. doi:10.1102/1470-7330.2012.0039

3. Duwe BV, Sterman DH, Musani AI. Tumors of the Mediastinum. *CHEST*. 2005;128(4):2893-2909. doi:10.1378/chest.128.4.2893

4. Rocco G, Martin-Ucar A, Passera E. Uniportal VATS wedge pulmonary resections. *Ann Thorac Surg*. 2004;77(2):726-728. doi:10.1016/S0003-4975(03)01219-0

5. Wu CF, Gonzalez-Rivas D, Wen CT, et al. Single-port video-assisted thoracoscopic mediastinal tumour resection. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2015;21(5):644-649. doi:10.1093/icvts/ivv224

6. Phạm Hữu Lư. *Nghiên Cứu Điều Trị u Trung Thắt Bằng Phẫu Thuật Nội Soi Lồng Ngực Tại Bệnh Viện Việt Đức*. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2015.

7. Vaziri M, Pazooki A, Zahedi-Shoolami L. Mediastinal Masses: Review of 105 Cases. *Acta Medica Iranica*. Published online 2009:297-300. Accessed May 29, 2025. <https://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/3595>

8. Huỳnh Quang Khánh. *Nghiên Cứu Kết Quả Điều Trị u Trung Thắt Nguyên Phát Bằng Phẫu Thuật Nội Soi Lồng Ngực*. Luận án tiến sĩ

y học. Đại Học Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2015.

9. Tian Z, Liu H, Li S, et al. Surgical treatment of benign mediastinal teratoma: summary of experience of 108 cases. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 2020;15(1):36. doi:10.1186/s13019-020-1075-8

10. Refai M, Gonzalez-Rivas D, Guiducci GM, et al. Uniportal video-assisted thoracoscopic thymectomy: the glove-port with carbon dioxide insufflation. *Gland Surg*. 2020;9(4):879-885. doi:10.21037/gs-19-521

11. Ngô Gia Khánh. *Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Một Lỗ Trong Điều Trị u Trung Thắt*. Luận án tiến sĩ y học. Học viện quân y; 2023.

12. Jiang N, Lu Y, Wang J. Is single-port video-assisted thoracic surgery for mediastinal cystectomy feasible? *J Cardiothorac Surg*. 2019;14(1):18. doi:10.1186/s13019-019-0843-9

13. Xie D, Wang H, Fei K, et al. Single-port video-assisted thoracic surgery in 1063 cases: a single-institution experience†. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016;49 Suppl 1:i31-36. doi:10.1093/ejcts/ezv408

14. Wu CF, Gonzalez-Rivas D, Wen CT, et al. Comparative Short-Term Clinical Outcomes of Mediastinum Tumor Excision Performed by Conventional VATS and Single-Port VATS: Is It Worthwhile? *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(45):e1975. doi:10.1097/MD.0000000000001975