

THE OUTCOMES OF THORACOSCOPIC RESECTION FOR MEDIASTINAL TUMORS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL DURING THE PERIOD FROM 2020 TO 2025

Nguyen The May, Pham Quoc Hoa*

Viet Tiep Friendship Hospital

Received: 27/03/2026

Revised: 16/04/2026; Accepted: 20/04/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of thoracoscopic surgery for mediastinal tumors at Viet Tiep Friendship Hospital from 2020 to 2025.

Patients and Methods: This was a retrospective descriptive study of patients with mediastinal tumors who underwent thoracoscopic surgery at the Cardiothoracic and General Surgery Departments of Viet Tiep Friendship Hospital, from January 2020 to December 2025.

Results: There were 42 patients included in the study. Chest pain was the most common presenting complaint, reported in 16 cases (38.1%). Abnormal findings on chest radiography were observed in 33 patients (78.6%). Computed tomography most frequently demonstrated anterior mediastinal lesions and solid masses, accounting for 66.7% and 47.6%, respectively. Thymoma was the most prevalent histopathological type, identified in 16 patients (38.1%). There were no deaths recorded during the follow-up period. Overall, postoperative outcomes were favorable in the majority of cases

Conclusion: Thoracoscopic surgery is applicable to most locations and types of mediastinal tumors, with early postoperative results demonstrating a low rate of intraoperative events and postoperative complications.

Keywords: *Mediastinal tumors, Viet Tiep Friendship hospital.*

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TRUNG THẤT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP GIAI ĐOẠN 2020 – 2025

Nguyễn Thế May*, Phạm Quốc Hoa

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi cắt u trung thất tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp giai đoạn 2020–2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân u trung thất được phẫu thuật nội soi cắt u tại khoa phẫu thuật tim mạch – lồng ngực và khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2025.

Kết quả: Có 42 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Đau tức ngực là triệu chứng phổ biến nhất khiến bệnh nhân nhập viện gặp ở 16 bệnh

nhân (38,1%). Đa phần đều có tổn thương trên phim X quang với 33 bệnh nhân (78,6%). Vị trí và thương tổn thường gặp nhất trên phim CLVT là u trung thất trước và u dạng đặc với lần lượt 66,7% và 47,6%. U tuyến ức chiếm tỷ lệ cao nhất với 16 (38,1%) bệnh nhân. Không có trường hợp nào tử vong trong quá trình theo dõi. Hầu hết các trường hợp sau mổ ghi nhận kết quả tốt.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi lồng ngực áp dụng được cho hầu hết các vị trí và thương tổn u trung thất. Kết quả sớm sau phẫu thuật cho tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp.

Từ khóa: U trung thất, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U trung thất là bệnh lý phổ biến trong phẫu thuật lồng ngực, bao gồm u tuyến ức, u thần kinh, u quái, ...¹. Về mặt lâm sàng, phẫu thuật thường là lựa chọn điều trị đầu tiên, và hầu hết bệnh nhân đều đạt được tiên lượng tốt và chất lượng cuộc sống được cải thiện sau điều trị. So với phương pháp mổ mở xương ức giữa cổ điển hoặc mổ mở lồng ngực bằng đường rạch liên sườn trước bên, phẫu thuật nội soi có những ưu điểm như vết mổ nhỏ, chấn thương nhẹ, ít biến chứng và phục hồi sau phẫu thuật nhanh hơn². Vì vậy, phương pháp này đang được sử dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý trung thất.

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp đã thực hiện phẫu thuật nội soi cho nhiều trường hợp được chẩn đoán u trung thất, song chưa có các nghiên cứu đánh giá. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi

cắt u trung thất tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp giai đoạn 2020 - 2025”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán u trung thất và được phẫu thuật nội soi cắt u tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thế May

Email: nguyenthemay@gmail.com - Tel: 0936550168

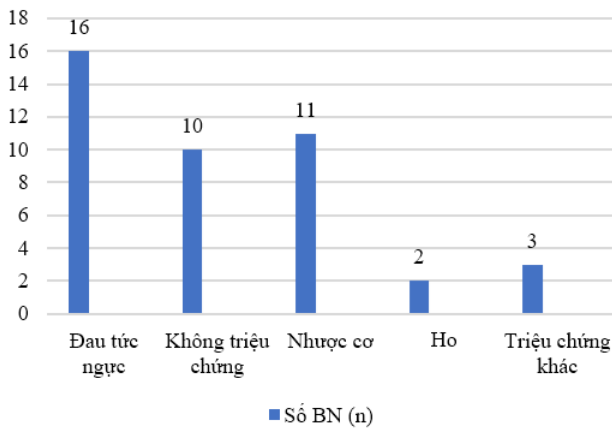
Nhận ngày: 27/03/2026 Ngày sửa: 16/04/2026

Ngày chấp nhận đăng: 20/04/2026

DOI: 10.47972/vjcts.v55i.1737

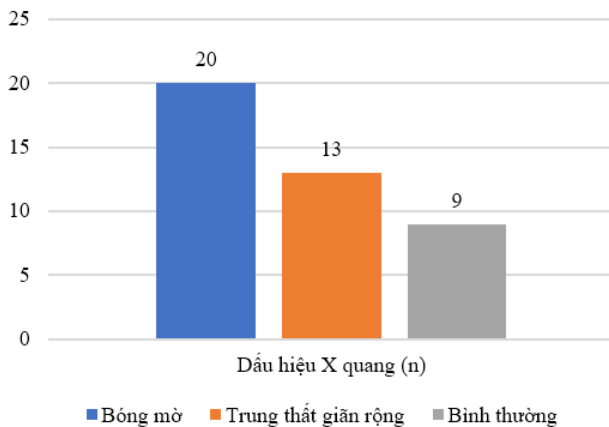
3. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2025 có 42 bệnh nhân được chẩn đoán u trung thất tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp đáp ứng các tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong đó giới tính nữ có 27 (64,3%) trường hợp, nam giới có 15 (35,7%) trường hợp. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $48,05 \pm 17,25$ tuổi (29-88 tuổi). Các đặc điểm về triệu chứng lâm sàng được trình bày ở biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng (N=42)

Đau tức ngực là triệu chứng gặp nhiều nhất ở các bệnh nhân trong nghiên cứu với 16 bệnh nhân (38,1%). Đặc điểm đối tượng nghiên cứu trên X quang ngực được trình bày ở biểu đồ 2.



Biểu đồ 2. Phân bố đối tượng theo dấu hiệu trên X quang ngực (N=42)

Đa phần các bệnh nhân đều có dấu hiệu bất thường trên X quang ngực với 33 trường hợp (78,6%). Đặc điểm thương tổn trên CT scanner được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm thương tổn trên CT scanner (N=42)

Đặc điểm trên phim CLVT		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	U trung thất trước	28	66,7
	U trung thất giữa	3	7,1
	U trung thất sau	11	26,2
Hình thái	U dạng đặc	20	47,6
	U dạng nang	9	21,4
	U hỗn hợp	13	31,0
Kích thước (cm)		$5,2 \pm 3,1$ (1,8-11,2)	

Trên CT scanner, u trung thất trước chiếm đa số trong nghiên cứu với 28 bệnh nhân (66,7%). Đa phần tổn thương u là dạng đặc với 47,6%, kích thước u trung bình là $5,2 \pm 3,1$ cm. Đặc điểm về thời gian phẫu thuật và các tai biến trong mổ được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Các đặc điểm trong mổ (N=42)

Đặc điểm		Số lượng BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tai biến trong mổ	Chảy máu	1	2,4
	Rách phổi	0	0
	Chuyển mổ mở	0	0
	Khác	0	0
Thời gian phẫu thuật (phút)		$100,9 \pm 47,1$ (63-201)	

Thời gian phẫu thuật trung bình là $100,9 \pm 47,1$ phút. Chảy máu là tai biến duy nhất gặp trong nghiên cứu với 1 trường hợp (2,4%). Các thông số hậu phẫu được trình bày ở bảng 3:

Bảng 3. Đặc điểm về thời gian rút dẫn lưu, dùng giảm đau tĩnh mạch và nằm viện sau mổ.

Thông số	Kết quả (ngày)
Thời gian rút dẫn lưu sau mổ	3,12 ± 0,67 (3-6)
Thời gian dùng giảm đau đường tĩnh mạch sau mổ	2,72 ± 0,74 (2-5)
Thời gian nằm viện sau mổ	4,61 ± 1,62 (3-11)

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (N=42)

Loại u	Kết quả	n	%
Lành tính	Nang màng ngoài tim	6	14,3
	Nang phế quản	2	4,8
	U nang bì	8	19,0
	U tuyến ức	16	38,1
	U mạch	1	2,4
	U thần kinh	8	19,0
Ác tính	Carcinoma vảy tuyến ức	1	2,4

U lành tính của tuyến ức là thương tổn gặp nhiều nhất với 16 (38,1%) bệnh nhân. Nghiên cứu ghi nhận 01 (2,4%) trường hợp ung thư tuyến ức. Kết quả và biến chứng sớm sau mổ được thể hiện ở bảng 5.

Bảng 5. Kết quả sớm sau phẫu thuật (N=42)

Kết quả		n	%
Tốt		36	85,6
Biến chứng	Chảy máu	1	2,4
	Tràn khí màng phổi	0	0
	Liệt hoành	2	4,8%
	Suy hô hấp	1	2,4
	Nhiễm trùng vết mổ	2	4,8%
	Tử vong	0	0
	Tổng biến chứng	6	14,4

Đa số các bệnh nhân hậu phẫu có kết quả tốt

với 36 (85,6%) BN. Liệt hoành và nhiễm trùng vết mổ và các biến chứng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu với 2 (4,8%) bệnh nhân. Trong quá trình theo dõi lâu dài có 05 bệnh nhân bị mất liên lạc. Kết quả theo dõi được trình bày ở bảng 6.

Bảng 6. Một số kết quả theo dõi lâu dài

Kết quả theo dõi	Còn sống	36
	Tử vong	01
Tự đánh giá dấu hiệu cơ năng sau mổ	Tốt hơn	28
	Không thay đổi	08
	Tồi hơn	0

Dấu hiệu cơ năng cải thiện ở hơn một nửa số bệnh nhân trong nghiên cứu.

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 48,05 ± 17,25 tuổi. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu tại Bệnh viện Quân Y 103 của Lê Việt Anh và Vũ Anh Hải là 47,16 ± 14,20 tuổi³. Trong đó, bệnh nhân trẻ nhất 29 tuổi, già nhất là bệnh nhân 88 tuổi. Nữ giới chiếm khoảng 2/3 với 27 (64,3%) bệnh nhân. Theo nghiên cứu tại Hàn Quốc của Soon Ho Yoon và cộng sự, tỷ lệ mắc u trung thất không có sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ⁴.

Đau tức ngực là triệu chứng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu với 16 bệnh nhân (38,1%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu trong nước của Ngô Gia Khánh⁵ là 45,8% có đau tức ngực, nhưng lại khác biệt với nghiên cứu tại Indonesia của Akshatha Rao Aroor⁶ khi ho và sụt cân là triệu chứng chính gặp ở 57,14% số bệnh nhân. Điều này có thể do phần lớn các thương tổn trong nghiên cứu của Aroor là ác tính trong khi đa phần bệnh nhân của chúng tôi có kết quả giải phẫu bệnh lành tính. Nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ khá cao không có triệu chứng 10 (23,81%) bệnh nhân tình cờ phát hiện u khi khám sức khỏe định kỳ. Đây là các trường hợp phát hiện u ở giai đoạn sớm, khi

chưa xâm lấn tổ chức xung quanh nên chưa có biểu hiện trên lâm sàng và chỉ được phát hiện qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như X quang ngực hay chụp cắt lớp vi tính.

Đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu có các dấu hiệu gợi ý trên phim chụp X quang ngực với 78,6% (33 bệnh nhân) có dấu hiệu bóng mờ hoặc trung thất giãn rộng. Mặc dù chụp X quang ngực có thể cung cấp thông tin liên quan đến kích thước, vị trí giải phẫu, mật độ của khối u trung thất nhưng nghiên cứu vẫn ghi nhận 21,4% (9 bệnh nhân) không thấy bất thường trên phim chụp. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Juanpere và cộng sự⁷. Điều này cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu không cao của phương pháp này trong chẩn đoán bệnh lý u trung thất. Tuy nhiên, với giá thành rẻ, khả năng phổ cập ở hầu hết các cơ sở khám chữa bệnh, phương pháp này vẫn được chỉ định rộng rãi cho bệnh lý u trung thất.

Chụp CLVT có hiệu quả vượt trội trong chẩn đoán các khối u trung thất, là phương pháp chẩn đoán được lựa chọn đầu tiên sau khi chụp X quang ngực⁸. Nghiên cứu ghi nhận 28 (66,7%) bệnh nhân có thương tổn nằm tại trung thất trước trên phim chụp CLVT. Theo một số tác giả, đây cũng là vị trí thường gặp nhất của u trung thất, đặc biệt là tổn thương u tuyến ức^{4,9,10}. Tổn thương u trên phim chụp CLVT phổ biến nhất trong nghiên cứu là dạng đặc với 20 (47,6%) bệnh nhân, kích thước u trung bình là $5,2 \pm 3,1$ (1,8-11,2) cm. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu trong nước của Ngô Gia Khánh⁵ và Đoàn Hữu Hoạt¹¹ tại Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với đa phần các bệnh nhân đều có tổn thương dạng đặc. Theo một số tác giả, việc kích thước u trung thất lớn hơn 4cm là chống chỉ định với phẫu thuật nội soi, tuy nhiên theo Marshall¹² và cộng sự việc cắt u trung thất với kích thước lớn hơn là khả thi và trong nghiên cứu chúng tôi đã phẫu thuật cho thành công cho bệnh nhân có khối u trên 11cm.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $100,9 \pm 47,1$ (63-201) phút, thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Việt Anh³ là 130,44 phút.

Trong quá trình phẫu thuật ghi nhận 01 trường hợp u mạch máu trung thất sau có tai biến chảy máu trong mổ, đã được cầm máu, bù máu trong mổ, sau mổ bệnh nhân ổn định. Không ghi nhận các tai biến khác như rách phổi hay phải chuyển mổ mở. Điều đó cho thấy với sự phát triển của phương tiện kỹ thuật cũng như trình độ phẫu thuật viên, thời gian phẫu thuật và các tai biến trong mổ ngày càng được cải thiện.

Hậu phẫu bệnh nhân được rút dẫn lưu màng phổi trong thời gian 3-6 ngày, trung bình $3,12 \pm 0,67$ ngày. Thời gian dùng giảm đau đường tĩnh mạch sau mổ trung bình là $2,72 \pm 0,74$ ngày. Kết quả trên tương đương với nghiên cứu của Đoàn Hữu Hoạt¹¹ với lần lượt $3,6 \pm 1,2$ ngày rút dẫn lưu và $2,9 \pm 0,8$ ngày dùng giảm đau tĩnh mạch sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $4,61 \pm 1,62$ ngày, trong đó lâu nhất là trường hợp bệnh nhân u tuyến ức, nhược cơ, sau mổ được chuyển khoa hồi sức tích cực thở máy hỗ trợ và đã ra viện 11 ngày sau phẫu thuật. Kết quả trên tương đương với các nghiên cứu trong nước của Đoàn Hữu Hoạt¹¹ với $4,8 \pm 1,4$ ngày nhưng thấp hơn nghiên cứu của Lê Việt Anh³ là $10,55 \pm 8,70$ ngày. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân u tuyến ức nhược cơ cần thở máy hỗ trợ trong nghiên cứu của Lê Việt Anh cao hơn nên thời gian nằm viện kéo dài hơn.

Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u tuyến ức lành tính với 16 (38,1%) bệnh nhân. Kết quả này không có sự khác biệt với nghiên cứu của Kilic¹ và Đoàn Hữu Hoạt¹¹ với lần lượt 34,8% và 39,1% số bệnh nhân có thương tổn u tuyến ức lành tính. Điều này càng khẳng định u tuyến ức là thương tổn gặp nhiều nhất trong bệnh lý u trung thất. Ngoài ra có 01 (2,4%) trường hợp ung thư tuyến ức trong nghiên cứu đã được phẫu thuật nội soi và phối hợp hóa xạ sau mổ.

Có 36 (85,6%) bệnh nhân ghi nhận kết quả tốt sau mổ. 01 trường hợp chảy máu chân dẫn lưu đã được xử trí khâu tăng cường, 02 trường hợp liệt hoành do u kích thước lớn, xâm lấn thần kinh hoành, 01 bệnh nhân suy hô hấp thở máy hỗ trợ sau

mỏ, 02 trường nhiễm trùng vết mổ. Theo Kilic và cộng sự¹, liệt hoành và nhiễm trùng vết mổ là biến chứng thường gặp nhất trong phẫu thuật nội soi cắt u trung thất. Những biến chứng này tuy không gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng lại ảnh hưởng đáng kể đến thời gian nằm viện.

Kết quả theo dõi lâu dài có 36 bệnh nhân còn sống và liên lạc được, 05 trường hợp mất liên lạc trong quá trình theo dõi, 01 bệnh nhân tử vong vì suy hô hấp, viêm phổi do Covid 19. Có 28/36 bệnh nhân cảm thấy tốt hơn sau mổ, 08 trường hợp không thay đổi dấu hiệu cơ năng là các bệnh nhân không có triệu chứng trước mổ. Đây là những kết quả tương đối tốt nhưng cần theo dõi dài hơn trong những nghiên cứu tiếp theo.

5. KẾT LUẬN

U trung thất là bệnh lý ngày càng phổ biến. Phẫu thuật nội soi lồng ngực áp dụng được cho hầu hết các vị trí và thương tổn u trung thất. Kết quả sớm sau phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp là khả quan với tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kilic KN, Topaloglu O, Karapolat S, Turkyilmaz A, Akdogan A, Tekinbas C. Diagnosis, treatment, and management of mediastinal masses. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 71(10)

2. Seong YW, Kang CH, Choi JW, et al. Early clinical outcomes of robot-assisted surgery for anterior mediastinal mass: its superiority over a conventional sternotomy approach evaluated by propensity score matching. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2014;45(3):e68-73

3. Lê Việt Anh, Vũ Anh Hải. Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u trung thất giai đoạn 2015 - 2021 tại bệnh viện quân y 103. *Tạp chí y được học quân sự*. Số 7 - 2022:117-123.

4. Yoon SH, Choi SH, Kang CH, Goo JM. Incidental Anterior Mediastinal Nodular Lesions on Chest CT in Asymptomatic Subjects. *Journal of Thoracic Oncology*. 2018;13(3):359-366.

5. Ngô Gia Khánh, Nguyễn Hữu Ước, Trần Trọng Kiểm. Đặc điểm lâm sàng - Cận lâm sàng của bệnh nhân u trung thất được điều trị bằng phẫu thuật nội soi một lỗ. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2022;510(2).

6. Aroor AR, Prakasha S. R, Seshadri S, S. T, Raghuraj U. A Study of Clinical Characteristics of Mediastinal Mass. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(2):77-80.

7. Juanpere S, Cañete N, Ortuño P, Martínez S, Sanchez G, Bernado L. A diagnostic approach to the mediastinal masses. *Insights Imaging*. 2012;4(1):29-52.

8. Tomiyama N, Honda O, Tsubamoto M, et al. Anterior mediastinal tumors: Diagnostic accuracy of CT and MRI. *European Journal of Radiology*. 2009;69(2):280-288.

9. Lu G, Zhang P, Ricciardi S, et al. Incidental mediastinal masses detected on chest computed tomography scans during the COVID-19 pandemic. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2025;67(4):ezaf140.

10. Araki T, Nishino M, Gao W, et al. Anterior mediastinal masses in the Framingham Heart Study: Prevalence and CT image characteristics. *European Journal of Radiology Open*. 2015;2:26-31.

11. Đoàn Hữu Hoạt, Phùng Duy Hồng Sơn, Phạm Hữu Lu, Nguyễn Việt Anh. Kết quả phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị u trung thất nguyên phát tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*. Số 53, Tháng 10 2025:143-155.

12. Marshall MB, DeMarchi L, Emerson DA, Holzner ML. Video-assisted thoracoscopic surgery for complex mediastinal mass resections. *Annals of Cardiothoracic Surgery*. 2015;4(6):50918-50518.