

suy tim cấp. Nghiên cứu chưa so sánh thang điểm ACUTE HF với các thang điểm phân tầng suy tim đã được nghiên cứu. Nghiên cứu đơn trung tâm nên dân số chưa đại diện được cho dân số chung.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm ACUTE HF đơn giản, có giá trị tiên đoán kết cục ngắn hạn khá trên bệnh nhân suy tim cấp nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shahim B, Kapelios CJ, Savarese G, Lund LH.** Global Public Health Burden of Heart Failure: An Updated Review. *Cardiac failure review*. 2023; 9: e11. doi:10.15420/cfr.2023.05
2. **Arrigo M, Jessup M, Mullens W, et al.** Acute heart failure. *Nature reviews Disease primers*. Mar 5 2020;6(1):16. doi:10.1038/s41572-020-0151-7
3. **Long B, Keim SM, Gottlieb M, Collins SP.** What are the Data for Current Prognostic Tools Used to Determine the Risk of Short-Term Adverse Events in Patients with Acute Heart Failure? *The Journal of Emergency Medicine*. 2023/12/01/ 2023;65(6):e600-e613. doi:https://

- doi.org/10.1016/j.jemermed.2023.05.026
4. **Pastore MC, Mandoli GE, Campora A, et al.** ACUTE HF score predicts in-hospital mortality in patients with acute heart failure. *European Heart Journal*. 2023;44(Supplement_2):ehad655.1100. doi:10.1093/eurheartj/ehad655.1100
 5. **Kaneko T, Kagiya N, Nakamura Y, et al.** External validation of the ACUTE HF score for risk stratification in acute heart failure: A real-life study. *Jan 1 2023*;370:396-401. doi:10.1016/j.ijcard.2022.10.130
 6. **Cameli M, Pastore MC, De Carli G, et al.** ACUTE HF score, a multiparametric prognostic tool for acute heart failure: A real-life study. *International Journal of Cardiology*. 2019; 296:103-108. doi:10.1016/j.ijcard.2019.07.015
 7. **Feng J, Zhang Y, Zhang J.** Epidemiology and Burden of Heart Failure in Asia. *JACC: Asia*. 2024/04/01 2024;4(4):249-264. doi:10.1016/j.jacasi.2024.01.013
 8. **Bezati S, Vellio M, Ventoulis I, Simitsis P, Parissis J, Polyzogopoulou E.** Infection as an under-recognized precipitant of acute heart failure: prognostic and therapeutic implications. *Heart failure reviews*. Jul 2023;28(4):893-904. doi:10.1007/s10741-023-10303-8

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CẮT TUYẾN ỨC ĐIỀU TRỊ NHƯỢC CƠ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Duy Thăng^{1,2}, Vũ Ngọc Tú², Phạm Thanh Tùng³,
Nguyễn Duy Gia², Nguyễn Thị Phương²

Danh mục từ viết tắt: PTNSLN: Phẫu thuật nội soi lồng ngực.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức điều trị nhược cơ. **Đối tượng – phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả các bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội giai đoạn 2020-2022. **Kết quả:** Nghiên cứu có 26 bệnh nhân, nữ chiếm 69,2%; tuổi trung bình là 49,9±14,0. Tại thời điểm nhập viện, 19,2% nhược cơ độ I, 57,7% độ IIA, 19,2% độ IIB và 3,8% độ III. Thời gian mổ trung bình 68,3 ± 33,4 phút; nằm viện sau mổ là 4,1±2,0 ngày. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ 16,8 tháng, 3,8% khỏi hoàn toàn, 77,0% cải thiện triệu chứng và giảm liều điều trị và 19,2% triệu chứng nặng lên. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, thẩm mỹ, là một phương pháp phối hợp điều trị bệnh nhược cơ. **Từ khóa:** bệnh nhược cơ, phẫu thuật nội soi lồng ngực, cắt tuyến ức

SUMMARY

RESULTS OF THORACOSCOPIC THYMECTOMY FOR MYASTHENIA GRAVIS IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of thoracic endoscopic thymectomy for myasthenia gravis. **Method:** a cross-sectional descriptive research method for all the patients who were operated at Hanoi Medical University Hospital in the period of 2020-2022 using. **Results:** The study included a total of 26 patients, of which 69.2% were female, with an average age of 49.9±14.0 years (24-82 years old). At the time of admission, myasthenia gravis status according to Osserman and Genkins classification was: 19.2% grade I, 57.7% grade IIA, 19.2% grade IIB and 3.8% grade III. Quantitative test for anti-acetylcholine receptor antibodies: <0.5 in 1 patient, accounting for 5.9%; ≥0.5 in 16 patients, accounting for 94.1%. Average surgical time was 68.3±33.4 minutes. The average postoperative hospital stay was 4.1±2.0 days and the complication rate were 1/26 patients with intercostal neuralgia, accounting for 3.8%. The average postoperative follow-up time was 16.8 months, 3.8% had complete recovery, 77.0% had symptom improvement and reduced treatment dose, and 19.2% had worsening symptoms.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

Conclusions: Thoracic endoscopic thymectomy for myasthenia gravis is a safe, highly effective, and aesthetic method, and is a combined treatment for myasthenia gravis. **Key words:** myasthenia gravis; thoracic endoscopy; thymectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhược cơ (myasthenia gravis) là một bệnh tự miễn gây ra bởi sự xuất hiện của các kháng thể đặc hiệu chống lại các thành phần sau synap khác nhau tại điểm nối thần kinh cơ, trong đó chủ yếu là thụ thể acetylcholine. Do đó, số lượng thụ thể này suy giảm, dẫn tới tình trạng mất hoặc giảm dẫn truyền thần kinh – cơ. Tuyến ức đóng vai trò chính trong quá trình sinh bệnh và có thể biểu hiện với các biến đổi bệnh lý như tăng sản tuyến ức (65%) và u tuyến ức (15%).^{1, 2}

Bệnh nhược cơ cần được điều trị kết hợp cả nội khoa và ngoại khoa, trong đó điều trị nội khoa có vai trò chủ yếu. Điều trị ngoại khoa cắt tuyến ức và tổ chức lân cận có vai trò hỗ trợ.³⁻⁶ Ngoài ra, tùy theo mô bệnh học và giai đoạn của u, di tích tuyến ức mà bệnh có thể được điều trị phối hợp bằng xạ trị, hoá trị. Tuy nhiên những quan điểm về kĩ thuật phẫu thuật tối ưu và hiệu quả cụ thể khi điều trị nhược cơ còn một số khác biệt và tranh luận. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức điều trị nhược cơ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, qua đó phần nào làm sáng tỏ hơn những vấn đề cụ thể trong phẫu thuật điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tất cả các bệnh nhân nhược cơ được PTNSLN cắt u và tuyến ức tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

+ Bệnh nhân và gia đình đồng ý cung cấp thông tin phục vụ nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các u tuyến ức xâm lấn vào các mạch máu lớn, rốn phổi, khí quản,... chống chỉ định hoặc không được PTNSLN hoặc mổ mở cắt u, di tích tuyến ức.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu với cỡ mẫu thuận tiện.

- Quy trình chuẩn bị và PTNSLN cắt tuyến ức:

+ Người bệnh được làm các xét nghiệm thường quy, test nhược cơ, Acetylcholin Receptor antibody (AChR antibody), chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, kiểm soát tình trạng nhiễm trùng, tầm soát các bệnh lý phổi hợp.

+ Chỉ định phẫu thuật cắt tuyến ức khi nhược cơ độ I, IIA và đối với nhược cơ nặng (IIB, III), người bệnh được điều trị nội khoa đưa về độ I, IIA trước khi phẫu thuật tối thiểu 1 tháng.

- PTNSLN cắt tuyến ức:

+ Gây mê: Đặt nội khí quản thông khí phổi hai bên có sử dụng bơm CO₂.

+ Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng 30°, có 1 đệm dưới vai để cố định.

+ Sử dụng 3 trocar vào khoang màng phổi.

+ Phẫu thuật cắt u, tuyến ức và tổ chức mỡ trung thất.

+ Gửi tổ chức u, tuyến ức thực hiện xét nghiệm tế bào học.

+ Theo dõi BN sau mổ, xử trí biến chứng (nếu có).

+ Ghi nhận kết quả mô bệnh học tại khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện đại học Y Hà Nội.

2.3. Nội dung, chỉ số nghiên cứu:

2.3.1. Đặc điểm lâm sàng:

- Đặc điểm chung: tuổi trung bình, giới tính.

- Triệu chứng cơ năng: khó thở, mỏi tay chân,

- Triệu chứng thực thể: sụp mí, yếu cơ.

2.3.2. Đặc điểm cận lâm sàng:

- Xét nghiệm: Xét nghiệm AChR antibody.

- Chụp cắt lớp vi tính: Vị trí khối u/ di tích tuyến ức (lệch phải, trung tâm, lệch trái); kích thước u/ tuyến ức (mm)

2.3.3. Đặc điểm phẫu thuật

- Đường tiếp cận: qua khoang màng phổi bên phải hay bên trái.

- Thời gian phẫu thuật (phút).

- Mức độ xâm lấn của phẫu thuật nội soi

2.3.4. Đặc điểm sau mổ:

- Thời gian rút dẫn lưu khoang màng phổi (ngày).

- Thời gian nằm viện sau mổ.

- Biến chứng: chảy máu, suy hô hấp, xẹp phổi, cơn bão nhược cơ...

- Kết quả mô bệnh học.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh đã được thông qua qui trình phẫu thuật của Bệnh viện. Người bệnh và gia đình đồng ý cung cấp thông tin chuyên môn phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học. Thông tin của người bệnh được giữ kín và chỉ phục vụ mục đích chuyên môn và nghiên cứu y học. Nội dung chính của nghiên cứu đã được báo cáo tại Hội đồng chấm luận văn Thạc sĩ Ngoại khoa, Trường Đại học Y Hà nội tháng 10 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Có 26 bệnh nhân đủ điều kiện lựa chọn vào

ngiên cứu.

+ Giới tính: 8 BN Nam (30,8%), 18 BN Nữ (69,2%), tỉ lệ Nữ/Nam là 2,24.

+ Tuổi trung bình: $49,9 \pm 14,0$ tuổi (24-82 tuổi)

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng (N=26)

Đặc điểm bệnh nhân	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng nhược cơ		
Sụp mí	24	92,3
Yếu cơ	11	42,3
Yếu mỗi tay chân	6	23,1
Phân độ nhược cơ khi vào viện		
Độ I	5	19,2
Độ IIA	15	57,7
Độ IIB	5	19,2
Độ III	1	3,8

Nhận xét: Các bệnh nhân có khoảng tuổi rộng, nữ nhiều hơn nam, hầu hết đến viện với biểu hiện sụp mí (92,3%) và tình trạng nhược cơ độ IIA chiếm đa số (57,7%).

+ Định lượng ACHR antibody: có 17 BN được làm xét nghiệm định lượng ACHR antibody và 26 BN có kết quả dương tính ($\geq 0,05$) chiếm 94,1%.

+ Test nhược cơ: Có 24 BN được làm test nhược cơ và đa số có hình ảnh nhược cơ, hội chứng nhược cơ trên test nhược cơ (79,2%).

+ Xquang ngực thẳng: Có 3/26 BN có hình ảnh u, di tích tuyến ức phát hiện được trên Xquang ngực chiếm 11,5%.

Bảng 2. Đặc điểm của u, di tích tuyến ức trên CLVTLN (N=26)

Đặc điểm của khối	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
U tuyến ức	Có	22
	Không	4
Vị trí	Lệch phải	4
	Lệch trái	3
	Trung tâm	15
Ngấm thuốc	Ngấm thuốc	22
		100

Bảng 4. Một số kết quả của PTNSLN cắt tuyến ức (N = 26)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Tai biến	0	0
Biến chứng		
Đau thần kinh liên sườn	1	3,8
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	$68,3 \pm 33,4$	(ngắn nhất: 30, dài nhất: 180)
Thời gian rút dẫn lưu trung bình (ngày)	$3,0 \pm 0,63$	(ngắn nhất: 2, dài nhất: 4)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	$4,1 \pm 2,0$	(ngắn nhất: 2, dài nhất: 11)

+ Với thời gian theo dõi sau ra viện, trung bình $16,81 \pm 9,51$ tháng (Min 4 tháng, Max 35 tháng), các BN đều được điều trị theo phương pháp phẫu thuật, đa số tình trạng nhược cơ được cải thiện (80,8%), 01 BN có suy hô hấp sau phẫu thuật 1 tuần cần sự hỗ trợ của lọc máu và thông khí nhân tạo, đó là trường hợp đã được chẩn đoán bệnh viêm đa dây thần kinh trước và

	Không	0	0
Tỷ trọng	Đồng nhất	20	90,9
	Không đồng nhất	2	9,1
Ranh giới	Rõ	21	95,5
	Không rõ	1	4,5
Xâm lấn	Có	1	4,5
	Không	21	95,5
Kích thước trung bình	Dài x rộng (cm)	$(38,8 \pm 15,5) \times (34,9 \pm 15,2)$	

Nhận xét: Đa phần u có tỷ trọng đồng nhất, ngấm thuốc mạnh và ranh giới rõ.

- Giải phẫu bệnh: 21 BN có kết quả là u tuyến ức, 5 BN có kết quả là nang, quá sản biểu mô tuyến ức.

Bảng 3. Mối liên quan giữa type mô bệnh học và giai đoạn Masaoka (N=21)

Mô bệnh học	Giai đoạn Masaoka			Tổng (n) %
	I	II	III	
Type A (n) (%)	32 21,4%	0	0	3 14,3%
Type AB (n) %	9 64,1%	1 16,7%		10 47,6%
Type B1 (n) %	1 7,1%		1 100%	2 9,5%
Type B2 (n) %	1 7,1%	4 66,7%		5 (23,8%)
Type B3 (n) %		1 16,7%		1 (4,8%)
Tổng (n) %	14 100%	6 100%	1 100%	21 100%

Nhận xét: Mô bệnh học type AB gặp ở giai đoạn Masaoka I cao nhất (9/21BN). Có sự liên quan giữa các type mô bệnh học và giai đoạn Masaoka có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2 PTNSLN cắt tuyến ức

+ Đường vào: qua khoang màng phổi phải 19 BN chiếm 73,1%, qua khoang màng phổi trái 7 BN chiếm 26,9%

sau phẫu thuật; và 04 BN tình trạng nhược cơ nặng lên, tăng liều thuốc (19,2%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

+ Tuổi và giới tính: tuổi trung bình của các bệnh nhân là $49,8 \pm 14,0$, tỉ lệ nữ/nam 2,25, Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Sani

Rabiou (2022) là 2,2,⁷ và Xuan Xie (2016) thì các bệnh nhân dưới 40 tuổi nhiều hơn (74,2%), với độ tuổi trung bình $33,9 \pm 11,5$.⁸ Trong các nghiên cứu ít ghi nhận về các bệnh nhân cao tuổi, và chúng tôi thấy bệnh nhân cao tuổi nhất của Phạm Hữu Lư là 68 tuổi.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi đã phẫu thuật cho bệnh nhân 82 tuổi và đây cũng cho thấy ưu điểm của PTNSLN cắt tuyến ức với kết quả sau phẫu thuật là ít đau, ít biến chứng hơn.

+ Triệu chứng lâm sàng khi đến viện gặp ở hầu hết các bệnh nhân là sụp mí mắt 24/26 BN (92,3%), tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Trường Giang (2021) và Phạm Hữu Lư (2022) 13/13 BN có triệu chứng nhược cơ trong 35 BN u tuyến ức.^{6, 10} Trên một bệnh nhân có thể có từ hai triệu chứng trở lên. Tuy nhiên các triệu chứng này cần được phân biệt với các bệnh lý mắt, thần kinh, hệ hấp thông thường khác, cho nên dễ gây nhầm lẫn trong chẩn đoán bệnh. Đa số các bệnh nhân có triệu chứng nhược cơ độ IIA (57,7%), không có bệnh nhân nhược cơ từ nhóm IVA trở lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 BN nhược cơ độ III, 4 BN nhược cơ độ IIB đều sẽ được điều trị nội khoa ổn định về độ I hoặc IIA rồi mới tiến hành phẫu thuật, kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Trường Giang.¹⁰

Xquang ngực thẳng thường quy là thăm dò hình ảnh kinh điển, song khả năng phát hiện khối u tuyến ức còn thấp (11,5%). Và CLVTLN đã khẳng định có u hoặc di tích tuyến ức hay không để có thể đưa ra chỉ định điều trị hợp lý. Tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, tất cả bệnh nhân nhược cơ đều được chụp CLVTLN kể cả khi không có thay đổi trên Xquang ngực, do khối u, di tích tuyến ức bị che lấp bởi xương ức và các mạch máu lớn đi ra khỏi tim. Do đó sẽ được xem xét cẩn thận, đánh giá các đặc điểm của u, di tích tuyến ức, để có thể chuẩn bị tốt cho phẫu thuật cắt tuyến ức ở bệnh nhân có nhược cơ.

+ Vị trí khối u trên CLVTLN: trong nghiên cứu, u hoặc di tích tuyến ức thường nằm ở trung tâm (68,2%), tương đương với nghiên cứu của Lê Việt Anh,⁵ trong khi theo McErlean (2013) nhận xét đa số u tuyến ức nằm lệch phải hoặc trái.

+ Kích thước chủ yếu của khối u là $(38,82 \pm 15,53) \times (34,86 \pm 15,23)$ mm. Khi đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, thì việc phân loại kích thước khối u không ảnh hưởng đến loại giải phẫu bệnh của khối u. Tuy nhiên, kích thước khối u hoặc di tích tuyến ức lại ảnh hưởng đến phương pháp phẫu thuật, đường tiếp cận và thời gian phẫu thuật.⁵ Báo cáo của Yun Li và cộng sự (2013), với u có kích thước > 6cm, có

thể kéo dài thời gian phẫu thuật lên 1,87 lần và tăng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật lên 1,84 lần.



Hình 2: U tuyến ức

Nguồn: tác giả

+ Xét nghiệm định lượng ACHR antibody: Kết quả định lượng ACHR antibody cho thấy có 94,1% dương tính trên bệnh nhân có nhược cơ được phẫu thuật cắt u hoặc di tích tuyến ức. Đây cũng là xét nghiệm mới và ít có một bệnh viện nào trong nước làm và thực hiện nó thường quy, Cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Và đó cũng là một trong các yếu tố cho chỉ định phẫu thuật.³

4.2. Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức

+ Đường tiếp cận: Có nhiều cách tiếp cận cho PTNS cắt tuyến ức như qua thành ngực, đường dưới mũi ức, đường nền cổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, PTNSLN cắt tuyến ức sử dụng 3 trocar qua thành ngực vào khoang màng phổi. Và chúng tôi đã thực hiện thành công cho tất cả các trường hợp, không phải chuyển mổ mở, trong đó khối u, tuyến ức lớn nhất kích thước 78x62 mm (chúng tôi chỉ phải mổ nhỏ để lấy u, di tích tuyến ức). Đường tiếp cận qua khoang màng phổi bên phải hay bên trái phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí khối u ưu thế bên nào trên CLVTLN và thói quen của phẫu thuật viên.^{5, 10}

+ Thời gian phẫu thuật: có nhiều nghiên cứu khác nhau về thời gian phẫu thuật, theo bảng 4, thời gian phẫu thuật trung bình $68,27 \pm 33,44$ phút. Thời gian tương đối ngắn so với các nghiên cứu khác.^{5, 6, 10} Tuy thời gian phẫu thuật ít liên quan đến phương pháp phẫu thuật nhưng lại chịu ảnh hưởng nhiều bởi kích thước, vị trí u, xâm lấn tổ chức, mức độ xâm lấn và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Theo các tác giả Yun Li (2013), Ye B (2014), Chao (2015) cho thấy phẫu thuật nội soi có thời gian mổ nhanh hơn phương pháp mổ mở kinh điển. Do đó góp phần thấy được vai trò của phẫu thuật nội soi, đó là thời gian phẫu thuật ít đi, tiết kiệm được thời gian gây mê từ đó giảm được nguy cơ suy hô hấp sau phẫu thuật trên bệnh nhân nhược cơ.⁵

+ Thời gian rút dẫn lưu: có một số báo cáo không đặt dẫn lưu và có báo cáo 100% đặt dẫn lưu.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 11/26 BN đặt dẫn lưu với thời gian rút dẫn lưu trung bình $3,00 \pm 0,63$ ngày, tương đương với báo cáo

của Ye B (2014), thời gian rút dẫn lưu là $3,2 \pm 0,8$ ngày với 125 BN.

+ Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Trung bình thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $4,08 \pm 2,04$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 11 ngày, tương đương với báo cáo của Mao Y. (2020) là 4,1 và 5,3 ngày, trong khi báo cáo của Ye B (2014) là $7,3 \pm 1,5$ ngày, và báo cáo của Phạm Hữu Lư (2022) là $6,1 \pm 3,6$ ngày.⁶

+ Tai biến, biến chứng: Một số tai biến, biến chứng được các báo cáo của các tác giả như: chảy máu trong mổ, tổn thương mạch máu lớn, tổn thương thần kinh hoành, suy hô hấp sau mổ do cơ bão nhược cơ, do xẹp phổi hoặc tràn máu, tràn khí khoang màng phổi...

Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp tai biến nào, trong khi theo Ye B (2014) chiếm 0,8%. Tuy nhiên có 01 BN có suy hô hấp sau phẫu thuật 1 tuần cần sự hỗ trợ của lọc máu và thông khí nhân tạo, đó là trường hợp đã được chẩn đoán bệnh viêm đa dây thần kinh trước và sau phẫu thuật. Theo báo cáo của Lê Việt Anh (2022), có 5/40 BN gặp biến chứng suy hô hấp sau phẫu thuật.⁵ Cần phải thấy rằng, PTNSLN đã hạn chế được sự đau sau phẫu thuật so với mổ mở xương ức, giúp bệnh nhân tập lí liệu pháp hô hấp sớm, hồi phục sớm từ đó hạn chế được biến chứng suy hô hấp sau phẫu thuật. Nguy cơ suy hô hấp sau phẫu thuật ở bệnh nhân nhược cơ có u hoặc di tích tuyến ức sẽ được giảm thiểu, dự phòng bằng việc kiểm soát, duy trì điều trị nhược cơ tốt trước và sau mổ, giảm đau tốt sau phẫu thuật.

4.3. Đánh giá kết quả. Chúng tôi đã tiến hành khám lại cho các bệnh nhân, cho thấy tỉ lệ hiệu quả của phẫu thuật sau mổ lấy tuyến ức 80,8% và đáp ứng điều trị ngoại khoa của triệu chứng nhược cơ của BN có u tuyến ức 90,5%. Tất cả bệnh nhân được điều trị phẫu thuật không phải kết hợp với hoá trị hoặc xạ trị sau mổ. 04 trường hợp bệnh nhân phải tăng liều thuốc điều trị ức chế Cholinesterase, 01 trường hợp phải điều trị phối hợp lọc máu, thông khí nhân tạo sau ra viện 01 tuần do kèm bệnh lí phổi hợp viêm đa dây thần kinh đã được chẩn đoán trước và sau mổ.

Với thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 16,8149,51 tháng. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 4 tháng, thời gian theo dõi dài nhất là 35 tháng, chúng tôi nhận thấy:

Triệu chứng sụp mí, nuốt vướng, mỏi cơ đã giảm đi đáng kể nhưng vẫn còn xuất hiện ở một số bệnh nhân, mặc dù không thường xuyên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 80,8% bệnh nhân có kết quả tốt, không có bệnh nhân

nào bị nhiễm trùng vết mổ sau ra viện. Một số báo cáo, mức đáp ứng tốt chiếm 53,8%, 77,4%.

Nghiên cứu có một vài hạn chế như là nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng ngẫu nhiên, không có theo dõi dọc liên tục, cỡ mẫu thu thập còn nhỏ nên một số kết quả nghiên cứu chưa thấy rõ ý nghĩa theo giả thuyết đề ra. Thời gian nghiên cứu rơi vào 2 năm đại dịch Covid-19 nên cũng có phần ảnh hưởng tới một số đặc điểm và số lượng bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, thẩm mỹ, là một phương pháp phối hợp điều trị bệnh nhược cơ. Tuy nhiên, cần chuẩn bị điều trị nhược cơ trước phẫu thuật tốt và dự phòng cơn nhược cơ cấp tính sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **García Estévez DA, Pardo Fernández J.** Myasthenia gravis. Update on diagnosis and therapy. *Medicina Clínica (English Edition)*. 2023;08/11/ 2023;161(3):119-127. doi:<https://doi.org/10.1016/j.medcle.2023.04.012>
2. **Comacchio GM, Marulli G, Mammanna M, et al.** Surgical Decision Making: Thymoma and Myasthenia Gravis. *Thoracic Surgery Clinics*. 2019;29 (2):203-213. doi:10.1016/j.thorsurg.2018.12.007
3. **Narayanaswami P, Sanders DB, Wolfe G, et al.** International Consensus Guidance for Management of Myasthenia Gravis. *Neurology*. 2021; 96(3):114-122. doi:doi:10.1212/WNL.00000000000011124
4. **Tian W, Li X, Tong H, et al.** Surgical effect and prognostic factors of myasthenia gravis with thymomas. *Thoracic Cancer*. 2020;11(5):1288-1296. doi:<https://doi.org/10.1111/1759-7714.13396>
5. **Lê Việt Anh, Vũ Anh Hải.** Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ tại Bệnh viện Quân y 103. *Y dược học quân sự*. 2021:146-151.
6. **Phạm Hữu Lư, Nguyễn Đức Tuyển.** Biểu hiện nhược cơ trong nhóm u tuyến ức và điều trị ngoại khoa bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. *Y học Việt Nam*. 2022;512(2):52-55.
7. **Rabiu S, Toudou-Daouda M, Lakranbi M, et al.** Outcomes after Thymectomy in Patients with Thymomatous Myasthenia Gravis. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2022;13(02):321-325.
8. **Xie X, Gan X, Chen B, et al.** Left-and right-sided video-assisted thoracoscopic thymectomy exhibit similar effects on myasthenia gravis. *Journal of Thoracic Disease*. 2016;8(1):124.
9. **Phạm Hữu Lư.** Nghiên cứu điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức. Trường Đại học Y Hà nội; 2014. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/2124>
10. **Nguyen TG, Nguyen NT, Nguyen VN, et al.** Video-assisted thoracoscopic surgery for myasthenia gravis with thymoma: A six-year single-center experience. *Asian Journal of Surgery*. 2021/01/01/ 2021;44(1):369-373. doi:<https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2020.10.006>