

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRUNG HẠN PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN ỨC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHƯỢC CƠ

Trần Minh Bảo Luân^{1,2}, Nguyễn Hoàng Bình³,
Nguyễn Viết Đăng Quang³, Trần Lê Bảo Châu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả cắt tuyến ức bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong điều trị bệnh nhược cơ. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca được tiến hành tại Khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trong thời gian từ 01/2020 đến 01/2024, có 62 bệnh nhân bao gồm: 33 trường hợp (53,2%) nhược cơ có u và 29 trường hợp (46,8%) nhược cơ không u. Phẫu thuật nội soi lồng ngực 23 trường hợp, phẫu thuật có hỗ trợ robot 39 trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là $143,63 \pm 40,06$ phút (80 - 270 phút). Không ghi nhận biến chứng trong mổ. Tỷ lệ biến chứng hậu phẫu là 14,5% (9/62), trong đó: suy hô hấp 11,3% và cơn nhược cơ 3,2%. Tỷ lệ cải thiện bệnh là 55,7%, không thay đổi là 41,4%. Tỷ lệ sụp mí và nuốt khó giảm sau phẫu thuật 12 tháng lần lượt là 45,2% còn 30,6% và 8,1% còn 3,2%. Có 21% bệnh nhân giảm liều dùng thuốc sau phẫu thuật. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả trung hạn giữa hai nhóm nhược cơ có u và không u. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tuyến ức qua nội soi lồng ngực điều trị nhược cơ có kết quả trung hạn tốt, nâng cao tỷ lệ cải thiện bệnh, giảm triệu chứng và giảm liều dùng thuốc sau phẫu thuật. **Từ khóa:** nhược cơ, phẫu thuật cắt tuyến ức, phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ robot.

SUMMARY

EVALUATION OF MID-TERM RESULTS OF THYMECTOMY SURGERY IN THE TREATMENT OF MYASTHENIA GRAVIS DISEASE

Objectives: To evaluate the effectiveness of thymectomy by video-assisted thoracoscopic surgery in the treatment of myasthenia gravis. **Methods:** This is a retrospective study, describing a series of cases conducted at the Department of Thoracic Surgery, Cho Ray Hospital. **Results:** from January 2020 to January 2024, there were 62 patients including: 33 (53.20%) cases of myasthenia gravis with thymic tumors and 29 (46.80%) cases of myasthenia without thymic tumors. Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS): 23 cases, Robot-Assisted Thoracoscopic Surgery (RATS): 39 cases. The mean operation time of the study group was 143.63 ± 40.06 minutes (80 - 270). No complications were noted during surgery. The rate of postoperative complications was 14.5% (9/62), of

which: respiratory failure 11.3% and myasthenic crisis 3.2%. The disease improvement rate was 55.7%, no change was 41.4%. The rates of ptosis and dysphagia decreased 12 months after surgery from 45.2% to 30.6% and 8.1% to 3.2%, respectively. 21% of patients had their medication dose reduced after surgery. There was no statistically significant difference in mid-term outcomes between the two groups of myasthenia gravis with tumors and without tumors. **Conclusion:** Thoracoscopic thymectomy in treatment of myasthenia gravis has good mid-term results, improving disease improvement rates, reducing symptoms and reducing medication dosage after surgery.

Keywords: myasthenia gravis, thymectomy, Robot-Assisted Thoracoscopic Surgery (RATS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhược cơ là một bệnh lý tự miễn mắc phải, do các kháng thể kháng thụ thể acetylcholine (AChR), hoặc kháng thể kháng lại tyrosine kinase của thụ thể đặc hiệu của cơ (MuSK – Muscle specific receptor tyrosine kinase),... tác động tại khớp thần kinh – cơ. Mục tiêu chính điều trị nhược cơ là làm cho người bệnh giảm thiểu triệu chứng, tốt hơn nữa là làm giảm thiểu tối đa tác dụng phụ của thuốc. Các phương pháp điều trị chính trong bệnh lý nhược cơ bao gồm: (1) Điều trị triệu chứng (ức chế Acetylcholinesterase) làm tăng lượng Acetylcholine (ACh) có sẵn tại synap thần kinh cơ, (2) Các liệu pháp ức chế miễn dịch mạn tính (Glucocorticoid và các thuốc ức chế miễn dịch không phải Steroid) để nhằm mục tiêu điều hòa rối loạn miễn dịch, (3) Điều trị phẫu thuật (cắt bỏ tuyến ức) và (4) Phương pháp điều trị điều hòa miễn dịch cấp nhưng tác dụng ngắn (thay huyết tương và truyền globulin miễn dịch (IVIG) tĩnh mạch). Phẫu thuật cắt tuyến ức được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn điều trị bệnh lý nhược cơ. Nhiều nghiên cứu trên thế giới như thử nghiệm ngẫu nhiên của Wolfe và cộng sự¹, Seyfari², ... đã cho thấy phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị nhược cơ có kết quả tốt với tỷ lệ bệnh nhân đạt được cải thiện bệnh hoàn toàn cao. Có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt tuyến ức và u tuyến ức bao gồm: Phẫu thuật qua đường mở xương ức kinh điển, phẫu thuật qua đường cổ, mổ mở ngực bên qua khoang màng phổi, đặc biệt gần đây là các phương pháp xâm lấn tối thiểu như: Phẫu thuật nội soi lồng ngực hoặc phẫu thuật lồng ngực có video hỗ trợ. Ngày nay

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Lê Bảo Châu

Email: tranle.bchau@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025

các nghiên cứu cho thấy kết quả phẫu thuật có lợi của các phương pháp xâm lấn tối thiểu, như phẫu thuật nội soi ngực hỗ trợ bằng robot (RATS) và phẫu thuật nội soi ngực hỗ trợ bằng video (VATS), so với các phẫu thuật xâm lấn.

Các trung tâm lớn ở nước ta hiện nay chủ yếu áp dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực hoặc phẫu thuật robot trong phẫu thuật cắt tuyến ức và đã có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật, đa số cho thấy bệnh nhân đạt được kết quả tốt. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả cải thiện bệnh và tình trạng điều trị lâu dài của bệnh nhân nhược cơ sau phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả cắt tuyến ức bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong điều trị bệnh nhược cơ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu Hồi cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2020 đến 01/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán nhược cơ, điều trị nội khoa ổn định và được phẫu thuật nội soi lồng ngực hay phẫu thuật bằng robot cắt tuyến ức có hoặc không kèm theo u nhằm điều trị bệnh lý nhược cơ.

Tiêu chuẩn loại trừ: U tuyến ức > 5cm và xâm lấn các cấu trúc xung quanh.

Kỹ thuật phẫu thuật: Tuyến ức được tiếp cận và phẫu thuật qua nội soi lồng ngực hoặc robot với các đường vào lồng ngực bên phải, bên trái hay kết hợp đường vào dưới mũi kiếm xương ức.

Đánh giá kết quả: Bệnh nhân được tái khám định kỳ và đánh giá kết quả điều trị nhược cơ tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng sau phẫu thuật. Kết quả theo dõi đánh giá theo tiêu chuẩn của hội nhược cơ Hoa Kỳ (M.G.F.A)³

Bảng 1: Mức độ thay đổi tình trạng bệnh của bệnh nhân

Cải thiện (I: Improved)	Giảm đáng kể các triệu chứng lâm sàng hoặc giảm liều thuốc đã điều trị theo phác đồ trước đó
Không thay đổi (U: Unchanged)	Không có thay đổi chắc chắn về các biểu hiện lâm sàng so với trước điều trị hoặc không giảm thực sự các thuốc điều trị nhược cơ trong liệu trình điều trị bệnh
Nặng hơn (W: Worse)	Tăng nặng các biểu hiện lâm sàng so với trước điều trị hoặc

	phải tăng nhiều thuốc điều trị bệnh nhược cơ trong liệu trình điều trị
Tái diễn nặng hơn (E: Exacerbation)	Bệnh nhân ổn định bệnh hoàn toàn hoặc giảm nhưng sau đó lại tiến triển về lâm sàng nặng hơn trước
Tử vong (D: Death)	Bệnh nhân tử vong do nhược cơ, biến chứng của các liệu pháp điều trị nhược cơ hoặc trong vòng 30 ngày sau khi cắt tuyến ức

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Trong thời gian từ 01/2020 đến 01/2024, có 62 bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị nhược cơ được chia làm 2 nhóm: trong đó 33 trường hợp (53,20%) nhược cơ có u tuyến ức và 29 trường hợp (46,80%) nhược cơ không có u tuyến ức.

Tuổi trung bình là $43,31 \pm 12,35$ tuổi (15 - 72 tuổi); nhóm có u tuyến ức $48,73 \pm 10,49$ và nhóm không có u tuyến ức $37,14 \pm 11,50$ ($p < 0,001$).

Tỷ lệ nam/ nữ 18/44, nữ giới chiếm đa số 71%.

Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là $2,02 \pm 3,15$ năm. Thời gian mắc bệnh < 1 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 54,8%. Sụp mí là triệu chứng thường gặp nhất trong nhóm nghiên cứu với tỷ lệ 45,2%, và cũng là triệu chứng thường gặp nhất ở cả hai nhóm nhược cơ có u và không u.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

	(N = 62)
Sụp mí	28 (45,2%)
Triệu chứng hầu họng (nói ngọng, nuốt khó)	5 (8,1%)
Phân độ Osserman	
I	9 (14,5%)
IIA	31 (50%)
IIB	18 (29%)
III	4 (6,5%)
Thời gian bệnh nhược cơ trung bình (năm)	$2,02 \pm 3,15$
Thời gian bệnh < 1 năm	34 (54,8%)
Thời gian bệnh > 1 và ≤ 2 năm	14 (22,6%)
Thời gian bệnh > 2 năm	14 (22,6%)
Liều dùng Pyridostygmine/ngày (viên)	$3,49 \pm 1,19$
Kết quả GPB	
U tuyến ức	33 (53,20%)
Tăng sản tuyến ức	29 (46,80%)

Đặc điểm phẫu thuật nhóm nghiên cứu

Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là $143,63 \pm 40,06$ phút (80 - 270 phút).

Không ghi nhận có biến chứng trong mổ. Tỷ lệ biến chứng hậu phẫu là 14,5% (9/62), trong đó: suy hô hấp 11,3% và cơn nhược cơ 3,2%.

Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật cắt tuyến ức

	Nhóm nhược cơ có u (n=33)	Nhóm nhược cơ không u (n=29)	Giá trị p
Phương pháp phẫu thuật			
Nội soi	15(45,5%)	8(27,6%)	0,146
Robot	18(54,5%)	21(72,4%)	
Đường tiếp cận			
Lồng ngực bên phải	8(24,2%)	9(31%)	0,829
Lồng ngực bên trái	12(36,4%)	10(34,5%)	
Dưới mũi kiếm xương ức	13(39,4%)	10(34,5%)	
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	148,48 ± 40,30	138,10 ± 39,76	0,313

*: phép kiểm Chi-square test

Kết quả trung hạn phẫu thuật điều trị bệnh nhược cơ

- Tỷ lệ cải thiện bệnh là 56,5%, không thay đổi là 40,3%
- Cải thiện triệu chứng: Sụp mí 45,2% → 30,6%, nuốt khó 8,1% → 3,2%.
- Tỷ lệ bệnh nhân giảm liều thuốc là 21%
- Không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong thời gian theo dõi.

Bảng 4: Hiệu quả điều trị nhược cơ sau phẫu thuật 12 tháng

	Nhóm nhược cơ có u (n=33)	Nhóm nhược cơ không u (n=29)	p- value
Kết quả trung hạn			
Cải thiện	21(63,6%)	14(48,3%)	0,202*
Không thay đổi	12(36,4%)	13(44,8%)	
Diễn tiến nặng	0	2(6,9%)	
Tử vong	0	0	
Triệu chứng lâm sàng			
Không	21(63,6%)	20(69%)	0,401*
Sụp mí	10(30,3%)	9(31%)	
Nuốt khó	2(6,1%)	0	
Giảm liều Pyridostigmine			
Có	8(24,2%)	5(17,2%)	0,499*
Không	25(75,8%)	24(82,8%)	

*: phép kiểm Chi-square test

IV. BÀN LUẬN

Lựa chọn đường tiếp cận trong phẫu thuật nội soi. Lựa chọn bên tiếp cận trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức điều trị nhược cơ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: có hay không có u tuyến ức kèm theo, vị trí u tuyến ức, thói

quen phẫu thuật viên, khả năng nạo vét mô mỡ xung quanh tuyến ức và màng ngoài tim... Tuy nhiên vẫn còn nhiều tranh cãi về bên được ưu tiên tiếp cận (phải, trái hoặc hai bên). Thông thường, tư thế nghiêng trái 45 độ và tiếp cận 3 lỗ trocar bên phải thường được các phẫu thuật viên chọn lựa. Phương pháp tiếp cận bên phải có lợi thế là định hướng dễ dàng hơn tĩnh mạch chủ trên, màng ngoài tim và mô quanh tuyến ức. Xie và cộng sự⁴ đã so sánh các ca cắt tuyến ức bằng phẫu thuật nội soi ngực được thực hiện qua bên phải hoặc bên trái và không thấy có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, mất máu trong khi phẫu thuật, thời gian nằm viện sau phẫu thuật và các biến chứng sau phẫu thuật. Liu và cộng sự⁵ đã so sánh phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức đường vào hai bên với đường vào bên phải ở những bệnh nhân nhược cơ không u tuyến ức và không tìm thấy bất kỳ sự khác biệt đáng kể nào về kết quả phẫu thuật và kết quả dài hạn. Tuy nhiên, một đánh giá đa trung tâm gần đây trên 123 bệnh nhân nhược cơ đã được phẫu thuật cắt tuyến ức xâm lấn tối thiểu đã cho thấy rằng tiếp cận cắt bỏ tuyến ức đường vào bên trái có lợi hơn so với cận bên phải khi xem xét thời gian phẫu thuật ngắn hơn và kết quả điều trị tốt hơn cho bệnh nhân⁶.

Trong nghiên cứu của Mai Văn Viện⁷, tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức có 94,1% (64/68) trường hợp tiếp cận tuyến ức qua khoang màng phổi trái, chỉ có 4/68 (5,9%) phẫu thuật qua khoang màng phổi phải. Trong những trường hợp có u tuyến ức, vị trí tiếp cận trung thất phụ thuộc vào vị trí của u: 34/38 (89,4%) u lệch về trái được cắt bỏ qua khoang màng phổi trái, 10,6% (4/38) u lệch sang phải được cắt bỏ qua khoang màng phổi phải. Trong khi đó ở nhóm không u 100% trường hợp có thể cắt bỏ được toàn bộ tuyến ức qua khoang màng phổi trái. Tuy nhiên tác giả nhận thấy rằng không có sự khác biệt rõ ràng khi phẫu thuật qua bên phải hay trái. Theo chúng tôi mục tiêu của đường tiếp cận là lấy được toàn bộ tuyến ức và mô mỡ xung quanh, tuy nhiên khi tiếp cận ngực bên trái khoảng không gian thao tác hẹp hơn vì vướng mòm tim, và khó xác định được tĩnh mạch vô danh hơn. Đối với những trường hợp nhược cơ có u thì đường tiếp cận sẽ được xác định là bên lồng ngực có u theo hình ảnh học chẩn đoán trước mổ.

Một trong những phương pháp tiếp cận ít xâm lấn đã trở nên phổ biến trong những năm gần đây là phương pháp nội soi lồng ngực có hỗ trợ bằng robot (RATS). Phương pháp tiếp cận bằng robot cung cấp thêm những lợi thế về khả

năng hiển thị không gian ba chiều được phóng đại của phẫu trường, kết hợp đường tiếp cận dưới mũi kiểm xương ức giúp tăng khả năng di chuyển linh hoạt dụng cụ và phẫu tích chính xác trong không gian trung thất trước nhỏ.

Kết quả phẫu thuật cắt tuyến ức trong điều trị nhược cơ. Tiêu chí theo dõi là các triệu chứng thực thể và nhu cầu dùng thuốc. Những bệnh nhân không cần dùng thuốc sau một năm được coi là đã bình phục hoàn toàn. Việc giảm liều lượng thuốc là tiêu chí để phục hồi một phần. Những bệnh nhân không giảm hoặc tăng liều lượng thuốc được xếp vào nhóm không hồi phục.

Về triệu chứng lâm sàng, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sụp mí và nuốt khó giảm sau phẫu thuật 1 năm lần lượt là 45,2% còn 30,6% và 8,1% còn 3,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn⁸ ghi nhận tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng giảm sau phẫu thuật bao gồm: sụp mí từ 72,7% còn 56,1%; nói khó từ 53,0% còn 22,7%; nuốt khó từ 28,8% còn 13,6% ($p < 0,05$).

Liều dùng thuốc pyridostymin trong điều trị để ổn định tình trạng bệnh trong nhược cơ có ý nghĩa để tiên lượng khả năng lành bệnh của bệnh nhân. Về liều dùng thuốc, chúng tôi thấy không có sự khác biệt giữa liều thuốc trung bình trước và sau phẫu thuật, tuy nhiên có 21% bệnh nhân có giảm liều dùng thuốc so với trước phẫu thuật. So sánh với Khawaja⁹, liều dùng thuốc sau 1 năm nhóm phẫu thuật là 45 (0–360) mg so với nhóm không phẫu thuật 370 (30–560)mg, $p = 0,004$, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sau thời gian 12 tháng, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cải thiện bệnh là 56,5% và tỷ lệ không thay đổi bệnh là 40,3%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Zhiyi Liu⁵ cho thấy tỉ lệ khỏi bệnh nhược cơ sau phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị nhược cơ tăng dần theo số năm theo dõi. Tác giả theo dõi trung bình 5,2 năm (3,1 – 7,2 năm) cho thấy tỉ lệ khỏi bệnh lần lượt theo các năm 1-, 2-, 3-, 4-, 5- là 9%, 25%, 40%, 45% và 52%. Tác giả Rath¹⁰ ghi nhận tỷ lệ đạt được đáp ứng lâm sàng (được định nghĩa là biểu hiện triệu chứng tối thiểu, giảm liều dùng thuốc hoặc thuyên giảm bệnh ổn định hoàn toàn theo MGFA-PIS) đạt được trong 1 năm là 72% (68/94) trường hợp. Kết quả của Sefayri² ghi nhận 16 bệnh nhân (34,0%) phục hồi hoàn toàn, 24 (51,0%) phục hồi một phần, tuy nhiên có 7 bệnh nhân (14,9%) không có bất kỳ cải thiện nào về tình trạng bệnh. Qua đó, kết quả của chúng tôi tỷ lệ cải thiện bệnh 56,5% cũng tương đồng với các tác giả trên. Tuy nhiên, nếu nghiên cứu được tiến hành dài hơn, thời gian theo dõi lâu hơn chúng tôi cho rằng tỷ lệ cải thiện bệnh

cũng sẽ tăng lên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ đã được chứng minh làm tăng khả năng cải thiện bệnh tổng thể, giảm liều dùng thuốc và cải thiện triệu chứng so với nhóm bệnh nhân chỉ điều trị nội khoa. Chỉ định phẫu thuật phù hợp và phẫu thuật đảm bảo lấy được hết toàn bộ tuyến ức, u tuyến ức và mô mỡ xung quanh tuyến là một trong những yếu tố quan trọng để đạt được kết quả điều trị tốt. Phẫu thuật điều trị nhược cơ có kết quả trung hạn tốt, cải thiện tình trạng bệnh cho bệnh nhân, do đó là một trong những chỉ định điều trị cần được ưu tiên cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wolfe GI, Kaminski HJ, Aban IB, et al.** Long-term effect of thymectomy plus prednisone versus prednisone alone in patients with non-thymomatous myasthenia gravis: 2-year extension of the MGTX randomised trial. *Lancet Neurol.* 2019. 18: 259-68. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30392-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30392-2).
2. **Seyfari B, Fatehi F, Shojaieard A, et al.** Clinical outcome of thymectomy in myasthenia gravis patients: A report from Iran. *Iran J Neurol.* 2018 Jan 5. 17(1): 1-5. PMID: 30186552; PMCID: PMC6121207.
3. **Jaretzki A, Barohn R.J., Ernstoff R.M., et al.** Myasthenia gravis: recommendations for clinical research standards. Task Force of the Medical Scientific Advisory Board of the Myasthenia Gravis Foundation of America. *Ann Thorac Surg.* 2000. 70(1): 327-334.
4. **Xie X, Gan X, Chen B, et al.** Left- and right-sided video-assisted thoracoscopic thymectomy exhibit similar effects on myasthenia gravis. *J Thorac Dis.* 2016. 8: 124–32.
5. **Zhiyi Liu, Jiansheng Yang, Liangan Lin, et al.** Unilateral video-assisted thoracoscopic extended thymectomy offers long-term outcomes equivalent to that of the bilateral approach in the treatment of non-thymomatous myasthenia gravis. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery.* 2015. 21: 610-615.
6. **Aljaafari D, Ishaque N.** Thymectomy in Myasthenia Gravis: A Narrative Review. *Saudi J Med Med Sci.* 2022 May-Aug. 10(2): 97-104. doi:10.4103/sjmms.sjmms.80.22. Epub 2022 Apr 29. PMID: 35602390; PMCID: PMC9121707.
7. **Mai Văn Viên, Lê Việt Anh.** Kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt bỏ u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ tại Bệnh viện 103. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam.* 2020. 3: 22-27. <https://doi.org/10.47972/vjcts.v3i.305>.
8. **Nguyễn Văn Tuấn, Đinh Thị Lợi, Nguyễn Anh Tuấn.** Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của bệnh nhân nhược cơ sau phẫu thuật cắt tuyến ức. *Tạp Chí Y học Việt Nam.* 2024. 535(1B): 293-298. <https://doi.org/10.51298/vmj.v535i1B.8448>.
9. **Khawaja I.** Effect of Thymectomy on Outcomes of Myasthenia Gravis Patients: A Case-Control

Study at a Tertiary Care Hospital. Cureus. 2023 Apr 14; 15(4): e37584. doi: 10.7759/cureus.37584. PMID: 37193448; PMCID: PMC10183232.

10. Rath J, Taborsky M, Moser B, et al. Short-term and sustained clinical response following

thymectomy in patients with myasthenia gravis. Eur J Neurol. 2022 Aug; 29(8): 2453-2462. doi: 10.1111/ene.15362. Epub 2022 Apr 30. PMID: 35435305; PMCID: PMC9541265.

KẾT QUẢ TẠO THÔNG ĐỘNG – TĨNH MẠCH ĐỂ CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Vũ Hoàng Anh¹, Đoàn Hữu Hoạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tạo thông động – tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 34 bệnh nhân suy thận mạn có chỉ định và được phẫu thuật tạo thông động – tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ 09/2019 đến 08/2020. **Kết quả:** Độ tuổi của người bệnh trong nghiên cứu từ 28 đến 80 tuổi, trung bình là 58 ± 12 , tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 51 - 70 (chiếm 55,9%). Vị trí phẫu thuật ưu tiên trên tay không thuận là tay trái chiếm 79,4% và chủ yếu ở cổ tay với 85,3%. Phương pháp vô cảm 100% là gây tê đám rối cánh tay. Kỹ thuật nối với 100% là nối tận - bên và tất cả bệnh nhân đều được khâu nối mũi vạt. Kết quả tức thì sau mổ cho thấy rung miu rõ tại miệng nối ở 100% bệnh nhân, có 32,3% bệnh nhân được siêu âm thấy lỗ thông lưu thông tốt sau mổ; tỷ lệ bệnh nhân có rung miu rõ, lan xa dọc tĩnh mạch chiếm 88,2%; sau phẫu thuật 1 tháng có 17 bệnh nhân (chiếm 50%) đã lọc máu qua cầu tay và 28 bệnh nhân (chiếm 82,3%) đã lọc máu qua cầu tay sau 2 tháng.

Từ khóa: Phẫu thuật thông động – tĩnh mạch

SUMMARY

RESULTS OF ARTERIORENEUROLOGY SURGERY FOR ARTIFICIAL KIDNEY DIALYSIS AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY, NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of arteriovenous fistula creation for hemodialysis. **Subjects and methods:** A retrospective study of 34 patients with chronic renal failure who were indicated and underwent arteriovenous fistula creation for hemodialysis at Nam Dinh Provincial General Hospital from September 2019 to August 2020. **Results:** The age of the patients in the study ranged from 28 to 80 years old, with an average of 58 ± 12 years old, mainly concentrated in the age group of 51 - 70 (accounting for 55.9%). The preferred surgical site on

the non-dominant hand was the left hand, accounting for 79.4%, and mainly on the wrist with 85.3%. The anesthesia method was 100% brachial plexus anesthesia. The anastomosis technique was 100% end-to-side and all patients were sutured with a sling. Immediate postoperative results showed clear pulsation at the anastomosis in 100% of patients, 32.3% of patients had good postoperative ventilation by ultrasound; the proportion of patients with clear pulsation, spreading far along the vein accounted for 88.2%; 1 month after surgery, 17 patients (accounting for 50%) had hemodialysis through the hand bridge and 28 patients (accounting for 82.3%) had hemodialysis through the hand bridge after 2 months. **Keywords:** Arteriovenous fistula surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tạo thông động – tĩnh mạch là một phẫu thuật để tạo ra sự thông thương trực tiếp từ động mạch sang tĩnh mạch, mục đích tạo vòng tuần hoàn để chạy thận nhân tạo cho người suy thận giai đoạn cuối. Tạo thông động – tĩnh mạch có thể bằng vật liệu tổng hợp hay tự thân. Theo nhiều tác giả, hiện nay tạo thông động – tĩnh mạch tự thân vẫn được coi là giải pháp tối ưu, phổ biến và rẻ tiền hơn so với tạo thông động – tĩnh mạch bằng vật liệu nhân tạo. Thông động – tĩnh mạch tự thân là phẫu thuật nối dưới da một tĩnh mạch với một động mạch ở gần để động mạch hóa tĩnh mạch và bắt đầu chạy thận nhân tạo khi tĩnh mạch trưởng thành.

Theo The Dialysis Outcomes And Practice Patterns Study (DOPPS), tỷ lệ bệnh nhân chạy thận nhân tạo sử dụng đường vào mạch máu là tạo thông động – tĩnh mạch tự thân tại Châu Âu là 74%, Canada là 53% và Mỹ là 43% [1]. Phẫu thuật được cho là tốt khi đường kính mạch máu tăng sau vài tuần phẫu thuật cùng với sự gia tăng lưu lượng dòng chảy đủ để lọc máu chu kỳ. Đã có nhiều nghiên cứu về kích thước mạch máu và kỹ thuật, đưa ra các lời khuyên cáo về kích thước mạch máu cho tỷ lệ thành công cao nhất. Theo Robbin và cộng sự vấn đề thất bại của tạo thông động – tĩnh mạch lần đầu thường do tuổi cao, đái tháo đường, giới nữ, tiền sử bệnh mạch máu [2], đây là vấn đề có ý nghĩa quan trọng

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Anh

Email: hoanganh.vu26@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025