

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẮT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹, Lê Minh Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, tiến hành trên 47 người bệnh được chẩn đoán u trung thất và điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ tại Bệnh viện Quân y 175 trong thời gian từ 01/2024 đến 12/2025.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình $46,2 \pm 14,1$, nam chiếm 57,4%. Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng (66,0%), u trung thất trước chiếm 59,6%. Kích thước u trung bình $4,7 \pm 1,8$ cm, u lành tính chiếm 70,2%. Thời gian mổ trung bình $110,6 \pm 27,9$ phút, lượng máu mất trung vị 50 ml. Tỷ lệ chuyển mổ mở và tai biến trong mổ đều là 4,3%. Kết quả sớm thuận lợi với thời gian dẫn lưu $2,5 \pm 1,0$ ngày và thời gian nằm viện $5,6 \pm 2,1$ ngày. Tỷ lệ biến chứng là 12,8%, chủ yếu là biến chứng nhẹ (Clavien–Dindo I–II). Không ghi nhận tử vong trong vòng 30 ngày. Các yếu tố như kích thước u ≥ 5 cm, thời gian mổ >120 phút và u ác tính có xu hướng liên quan đến biến chứng nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ điều trị u trung thất là phương pháp an toàn, khả thi, với tỷ lệ biến chứng thấp, không ghi nhận tử vong sớm, giúp rút ngắn thời gian dẫn lưu và nằm viện.

Từ khóa: U trung thất; phẫu thuật nội soi một lỗ

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF MEDIASTINAL TUMOR TREATMENT USING UNIPORTAL THORACOSCOPIC SURGERY AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate early outcomes of mediastinal tumor treatment using uniportal thoracoscopic surgery at Military Hospital 175.

Subjects and Methods: A prospective descriptive study was conducted on 47 patients diagnosed with mediastinal tumors who underwent uniportal video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) at Military Hospital 175 from January 2024 to December 2025.

Results: The mean age was 46.2 ± 14.1 years, with 57.4% male patients. Most patients were symptomatic (66.0%), and anterior mediastinal tumors accounted for 59.6%. The mean tumor size was 4.7 ± 1.8 cm, and 70.2% were benign. The mean operative time was 110.6 ± 27.9 minutes, with a median blood loss of 50 mL. The conversion rate to open surgery and intraoperative complication rate were both 4.3%. Favorable early outcomes were observed, with a chest drainage duration of 2.5 ± 1.0 days and a hospital stay of 5.6 ± 2.1 days. The overall complication rate was 12.8%, predominantly mild complications (Clavien–Dindo grades I–II). No 30-day mortality was recorded. Tumor size ≥ 5 cm, operative time >120 minutes, and malignant pathology showed a tendency toward higher complication rates, but without statistical significance ($p > 0.05$).

Conclusion: Uniportal VATS for mediastinal tumors is a safe and feasible approach, associated with low complication rates, no early mortality, and reduced drainage duration and hospital stay.

Keywords: Mediastinal tumor; uniportal thoracoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi lồng ngực đã trở thành tiêu chuẩn trong điều trị nhiều bệnh lý lồng ngực nhờ ưu điểm giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và phục hồi nhanh hơn so với mổ mở [1]. Trong những năm gần đây, kỹ thuật nội soi một lỗ được xem là bước tiến tiếp theo của phẫu thuật ít xâm lấn, với mục tiêu giảm tối đa sang chấn phẫu thuật [2]. Trong điều trị u trung thất, nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng phẫu thuật nội soi có thể đạt hiệu quả tương đương mổ mở về mặt an toàn và kết cục ngắn hạn [1]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy kỹ thuật nội soi một lỗ có kết quả ngắn hạn tương đương phẫu thuật nội soi nhiều lỗ, đồng thời giảm mất máu và thời gian nằm viện [1]. Tại Việt Nam, kỹ thuật nội soi một lỗ trong điều trị u trung thất đã được triển khai tại một số bệnh viện lớn như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.... Tuy nhiên, tại Bệnh viện Quân y 175, các dữ liệu đánh giá về hiệu quả của kỹ thuật này còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu Đánh giá kết quả sớm điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Quân y 175.

¹ Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanb175@gmail.com

Mã bài: N717

Ngày nhận bài: 4.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.4.2026

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 47 bệnh nhân được chẩn đoán u trung thất và điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ tại Bệnh viện Quân y 175 trong thời gian nghiên cứu từ 01/2024 đến 12/2025.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- + Bệnh nhân được chẩn đoán u trung thất có chỉ định phẫu thuật bằng kỹ thuật nội soi một lỗ
- + Hồ sơ bệnh án đầy đủ
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- + U trung thất xâm lấn rộng, không còn chỉ định phẫu thuật triệt để bằng phẫu thuật nội soi
- + Bệnh nhân có tình trạng toàn thân không cho phép gây mê – phẫu thuật
- + Bệnh nhân đã từng phẫu thuật lồng ngực hoặc xạ trị trung thất trước đó
- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, những người bệnh được chẩn đoán u trung thất có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ tại Bệnh viện Quân y 175 trong thời gian nghiên cứu từ 01/2024 đến 12/2025, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thực tế chúng tôi đã khảo sát được 47 người bệnh.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

Quy trình kỹ thuật nội soi một lỗ

Tư thế bệnh nhân được lựa chọn theo vị trí khối u: u trung thất trước nằm nghiêng 30°, kê gối lưng, tay trên treo; u trung thất sau nằm nghiêng sấp 30°, tay ôm gối; cắt tuyến ức mở rộng đặt tư thế ngửa, độn gối dưới vai để bộc lộ trung thất trước.

Phẫu thuật thực hiện qua một đường rạch da duy nhất (2,5–4 cm). Đường rạch tại khoang liên sườn V đường nách giữa đối với u trung thất trước và sau; trường hợp cắt tuyến ức mở rộng qua đường dưới mũi ức vào khoang sau xương ức. Camera nội soi 30° và dụng cụ phẫu thuật được đưa qua cùng đường rạch.

Sau khi vào khoang màng phổi, tiến hành thăm dò, đánh giá đặc điểm khối u. Khối u được bóc tách bằng dụng cụ nội soi kết hợp năng lượng (dao điện hoặc dao siêu âm) để cầm máu.

Bệnh phẩm được đặt túi bảo vệ và lấy ra qua đường rạch; có thể mở rộng nhẹ đường rạch nếu cần. Sau khi kiểm tra cầm máu và làm sạch

khoang màng phổi, đặt 1–2 ống dẫn lưu và đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

Nội dung và các chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, BMI, triệu chứng

Đặc điểm u: vị trí, kích thước, mô bệnh học

Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ, mất máu, tai biến, chuyển mổ mở

Kết quả sau mổ: thời gian dẫn lưu, nằm viện, biến chứng

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, kết quả cận lâm sàng và tái khám định kỳ. Thông tin được chuẩn hóa theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Kết cục chính của nghiên cứu là kết quả sớm sau phẫu thuật, được định nghĩa là các biến cố xảy ra trong vòng 30 ngày sau mổ.

Biến chứng sau mổ: được ghi nhận và phân loại theo hệ thống Clavien-Dindo, trong đó biến chứng độ III trở lên được xem là biến chứng nặng [3].

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ (%). Biến định lượng trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR). So sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng kiểm định Fisher's exact test. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh được giải thích đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Việc thu thập số liệu được sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân (n = 47)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ SD	46,2 $\pm$ 14,1
Nam, n (%)	27 (57,4)
BMI (kg/m ²), trung bình $\pm$ SD	22,4 $\pm$ 2,9
Có triệu chứng, n (%)	31 (66,0)
- Đau ngực	18 (38,3)
- Ho	9 (19,1)
- Khó thở	4 (8,5)
Phát hiện tình cờ, n (%)	16 (34,0)

Nhận xét: Tuổi trung bình 46,2 $\pm$ 14,1, tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (57,4%). Triệu chứng cơ năng gặp ở 66,0% bệnh nhân, chủ yếu là đau ngực (38,3%). Tỷ lệ phát hiện tình cờ khá cao (34,0%).

Bảng 2. Đặc điểm khối u trung thất

Đặc điểm		Giá trị
Vị trí u, n (%)	Trung thất trước	28 (59,6)
	Trung thất giữa	7 (14,9)
	Trung thất sau	12 (25,5)
Kích thước u (cm), trung bình $\pm$ SD		4,7 $\pm$ 1,8
Mật độ u trên CT	Đặc	25 (53,2)
	Nang	15 (31,9)
	Hỗn hợp	7 (14,9)
Bản chất u, n (%)	Lành tính	33 (70,2)
	Ác tính	14 (29,8)

Nhận xét: U trung thất trước chiếm tỷ lệ cao nhất (59,6%). Kích thước u trung bình là 4,7 $\pm$ 1,8 cm. Trên CT, khối u dạng đặc chiếm ưu thế (53,2%). U lành tính chiếm đa số (70,2%), trong khi u ác tính chiếm 29,8%.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Chỉ số	Giá trị
Thời gian mổ (phút), trung bình $\pm$ SD	110,6 $\pm$ 27,9
Lượng máu mất (ml), trung vị (IQR)	50 (30–90)
Chuyển mổ mở, n (%)	2 (4,3)
Tai biến trong mổ, n (%)	2 (4,3)
- Chảy máu	1 (2,1)
- Tổn thương màng phổi	1 (2,1)
Thời gian phẫu thuật kéo dài >120 phút, n (%)	15 (31,9)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 110,6 $\pm$ 27,9 phút, với lượng máu mất thấp (trung vị 50 ml). Tỷ lệ chuyển mổ mở và tai biến trong mổ đều thấp (4,3%). Có 31,9% trường hợp có thời gian mổ kéo dài trên 120 phút

Bảng 4. Kết quả sớm sau phẫu thuật (≤ 30 ngày)

Chỉ số		Giá trị
Thời gian dẫn lưu (ngày), trung bình ± SD		2,5 ± 1,0
Thời gian nằm viện (ngày), trung bình ± SD		5,6 ± 2,1
Biến chứng sau mổ, n (%)	Tràn khí kéo dài	2 (4,3)
	Tràn dịch màng phổi	2 (4,3)
	Xẹp phổi	1 (2,1)
	Nhiễm trùng vết mổ	1 (2,1)
Tổng biến chứng, n (%)		6 (12,8)
Phân độ biến chứng (Clavien–Dindo)	Độ I–II	5 (10,6)
	Độ III	1 (2,1)
Tử vong sau 30 ngày		0

Nhận xét: Thời gian dẫn lưu trung bình 2,5 $\pm$ 1,0 ngày và thời gian nằm viện 5,6 $\pm$ 2,1 ngày. Tỷ lệ biến chứng thấp (12,8%), chủ yếu là các

biến chứng nhẹ (Clavien–Dindo độ I–II chiếm 10,6%). Không ghi nhận tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ.

Bảng 5. Phân tích một số yếu tố liên quan đến biến chứng sớm

Yếu tố	Có biến chứng (n=6)	Không biến chứng (n=41)	Giá trị p*
Kích thước u ≥ 5 cm	4 (66,7%)	15 (36,6%)	0,190
Thời gian mổ > 120 phút	4 (66,7%)	11 (26,8%)	0,073
U ác tính	3 (50,0%)	11 (26,8%)	0,344

*Fisher's exact test

Nhận xét: Các yếu tố như kích thước u ≥ 5 cm, thời gian mổ >120 phút và bản chất u ác tính có xu hướng liên quan đến biến chứng sớm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân và khối u

Tuổi trung bình (46,2 $\pm$ 14,1) và tỷ lệ nam chiếm ưu thế nhẹ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các báo cáo trước đây về u trung thất, thường gặp ở nhóm tuổi trưởng thành và trung niên [4]. Tỷ lệ u trung thất trước chiếm ưu thế (59,6%) cũng phù hợp với phân bố dịch tễ học đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu, trong đó trung thất trước là vị trí phổ biến nhất [4]. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Ngô Gia Khánh và cộng sự (2017) với tuổi trung bình trẻ hơn 39 $\pm$ 15 tuổi và có 57,1% bệnh nhân có u ở vị trí trung thất trước [5].

Kích thước u trung bình 4,7 $\pm$ 1,8 cm, lớn hơn so với Wu và cộng sự (kích thước khối u trung bình là 4,08 cm) [1] nhưng nhỏ hơn so với nghiên cứu của Đoàn Hữu Hoạt và cộng sự (kích thước trung bình khối u là 5,4 $\pm$ 2,4) [6]. Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân giữa các nghiên cứu có thể khác nhau. Nghiên cứu của Wu và cộng sự chủ yếu bao gồm các trường hợp u kích thước nhỏ và giai đoạn sớm, phù hợp với giai đoạn đầu áp dụng kỹ thuật nội soi một lỗ, khi phẫu thuật viên ưu tiên các ca ít phức tạp nhằm đảm bảo an toàn. Ngược lại, nghiên cứu của Đoàn Hữu Hoạt có thể bao gồm nhiều trường hợp u lớn hơn hoặc phức tạp hơn, dẫn đến kích thước trung bình cao hơn.

Về kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi (110,6 phút) dài hơn so với báo cáo của Wu và cộng sự (97,3 phút) [4] và Đoàn Hữu Hoạt (79,6 ± 44 phút) [6], nhưng ngắn hơn so với nghiên cứu của Ngô Gia Khánh và cộng sự (Trung bình: 120 ± 30 phút) [5]. Điều này có thể do có sự khác biệt về đặc điểm ca bệnh và giai đoạn triển khai kỹ thuật. Cụ thể, tỷ lệ u kích thước lớn và u ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao làm tăng độ phức tạp phẫu thuật, kéo dài thời gian mổ so với các nghiên cứu lựa chọn ca bệnh đơn giản hơn.

Tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,3% (2/47). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Ngô Gia Khánh và cộng sự cũng ghi nhận có 2 trường hợp cần chuyển mổ mở [5]. Một nghiên cứu khác từ Iran năm 2025 cũng ghi nhận tỷ lệ chuyển mổ mở trong nhóm phẫu thuật nội soi là 9,1% (2 trường hợp) [7]. Chuyển mổ mở thường xảy ra trong các tình huống như chảy máu khó kiểm soát, dính nhiều hoặc khối u lớn/xâm lấn, do đó các nghiên cứu có tỷ lệ u ác tính hoặc u kích thước lớn cao hơn sẽ có xu hướng chuyển mổ mở nhiều hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp khối u lớn, ác tính, xâm lấn khu vực lân cận, quá trình phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi phải tiến hành mổ mở để giải quyết triệt để tránh di căn rộng.

Lượng máu mất trung vị 50 ml (IQR 30-90), kết quả này cao hơn so với Wu và cộng sự khi lượng máu mất trung bình là 29,75±39,77 mL [4]. Mất máu trong mổ ở mức thấp hơn đáng kể so với phẫu thuật mở.

Tỷ lệ tai biến trong mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,3%, bao gồm chảy máu (2,1%) và tổn thương màng phổi (2,1%). Trong y văn, chảy máu được xem là tai biến trong mổ quan trọng nhất trong phẫu thuật nội soi lồng ngực, đặc biệt khi liên quan đến tổn thương các mạch máu lớn vùng rốn phổi và trung thất, các tác giả đã báo cáo 4,5% trường hợp chảy máu đột ngột từ mạch máu lớn [8]. So với các số liệu này, tỷ lệ chảy máu trong nghiên cứu của chúng tôi (2,1%) nằm ở mức thấp, cho thấy khả năng kiểm soát mạch máu tốt trong quá trình phẫu thuật. Tổn thương màng phổi, đặc biệt là màng phổi đối bên, là một tai biến ít gặp nhưng đã được mô tả trong các phẫu thuật vùng trung thất do thao tác bóc tách sâu và gần các cấu trúc giải phẫu quan trọng.

Kết quả sớm sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian dẫn lưu trung bình 2,5 ± 1,0 ngày và thời gian nằm viện

5,6 ± 2,1 ngày, tương đồng với các báo cáo trong y văn. Ngô Gia Khánh ghi nhận thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình 4 ± 1 (ngày), thời gian nằm viện trung bình 7 ± 2 (ngày) [5]. Tác giả Đoàn Hữu Hoạt có thời gian 3,6 ± 1,2(2-8) và thời gian nằm viện sau phẫu thuật là 4,8 ± 1,4 (2-10) [6]. Điều này cho thấy được tính ổn định và khả năng hồi phục nhanh của phương pháp nội soi một lỗ trong điều trị u trung thất.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,8%, chủ yếu là biến chứng nhẹ (Clavien–Dindo I–II chiếm 10,6%). Kết quả này cao hơn so với Đoàn Hữu Hoạt ghi nhận 1 trường hợp (1,4%) biến chứng rách tĩnh mạch vô danh [6], cũng như Ngô Gia Khánh với 3 trường hợp (8,6%) biến chứng nhiễm trùng vết mổ [5]. Các biến chứng thường gặp như tràn khí kéo dài, tràn dịch màng phổi và xẹp phổi trong nghiên cứu của chúng tôi là những biến cố điển hình sau phẫu thuật lồng ngực, liên quan đến rò khí từ nhu mô phổi, phản ứng viêm màng phổi và giảm thông khí sau mổ.

Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy kích thước u ≥ 5 cm, thời gian mổ kéo dài và u ác tính có xu hướng liên quan đến biến chứng, mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê. Qua đó cho thấy u kích thước lớn và xâm lấn làm tăng thời gian mổ và lượng máu mất, từ đó gián tiếp làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ, tương tự như nghiên cứu của Đoàn Hữu Hoạt khi u càng lớn thời gian mổ càng kéo dài ($p < 0,05$) [6]. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn hạn chế, nghiên cứu của chúng tôi có thể chưa đủ mạnh để phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Hạn chế của nghiên cứu

Cỡ mẫu tương đối nhỏ làm hạn chế độ mạnh thống kê, đặc biệt trong phân tích các yếu tố liên quan. Thiết kế mô tả, không có nhóm so sánh, khiến việc đánh giá ưu thế của phẫu thuật nội soi một lỗ so với các kỹ thuật khác chưa thực sự đầy đủ. Thời gian theo dõi ngắn, chỉ tập trung vào kết quả sớm, nên chưa phản ánh được hiệu quả dài hạn và nguy cơ tái phát. Ngoài ra, nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm duy nhất có thể ảnh hưởng đến khả năng khái quát hóa kết quả. Những hạn chế này cần được khắc phục trong các nghiên cứu tiếp theo với quy mô lớn hơn và thiết kế chặt chẽ hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ trong điều trị u trung thất là phương pháp an toàn và

khả thi, với thời gian mổ hợp lý và lượng máu mất thấp. Kết quả sớm thuận lợi, thời gian dẫn lưu ngắn, thời gian nằm viện phù hợp và tỷ lệ biến chứng tương đối thấp, chủ yếu nhẹ, không ghi nhận tử vong 30 ngày. Nghiên cứu cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn góp phần khẳng định tính hiệu quả và khả năng triển khai của kỹ thuật trong điều kiện lâm sàng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wu C-F, Gonzalez-Rivas D, Wen C-T, Liu Y-H, Wu Y-C, Chao Y-K, 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:e1975. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001975>.
2. Gonzalez-Rivas D, Fieira E, Delgado M, Mendez L, Fernandez R, Torre M de la. Is uniportal thoracoscopic surgery a feasible approach for advanced stages of non-small cell lung cancer? *Journal of Thoracic Disease* [Internet]. AME Publishing Company; 2014 [cited 2026 Apr 27];6. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2014.05.17>.
3. Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of Surgical Complications. *Ann Surg*. 2004;240:205–13. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae>.
4. Wu C-Y, Heish M-J, Wu C-F. Single port VATS mediastinal tumor resection: Taiwan experience. *Ann Cardiothorac Surg*. 2016;5:107-111. <https://doi.org/10.21037/acs.2016.03.10>
5. Ngô Gia Khánh, Trần Trọng Kiểm. Đánh giá kết quả sớm cắt u trung thất bằng phẫu thuật nội soi một lỗ. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. 2017;12:80-84.
6. Đoàn Hữu Hoạt, Phùng Duy Hồng Sơn, Phạm Hữu Lư và cộng sự. 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*. 2025;53:143-155.
7. Amini G, Sajedi F, Majd HM, Boostani R, Rashidnezhad A, Bagheri R. Short-Term Perioperative Outcomes of Video-Assisted Thoracoscopic Versus Open Thymectomy in Myasthenia Gravis: A Single-Center Cross-Sectional Study. *Journal of Cardio-Thoracic Medicine*. Mashhad University of Medical Sciences; 2025;13:1599–603. <https://doi.org/10.22038/jctm.2025.91254.1510>.
8. Galvez C, Maroto S, Sebastian L, Lirio F, Campo J del, Sesma J, et al. Bleeding control during uniportal video-assisted thoracic surgery without conversion: evidence and technical aspects. *Video-Assisted Thoracic Surgery* [Internet]. AME Publishing Company; 2023 [cited 2026 Apr 27];8. <https://doi.org/10.21037/vats-23-1>.

ĐẶC ĐIỂM CHOLESTEROL TỒN DƯ Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU MẠN TÍNH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Bùi Quang Huy¹, Nguyễn Văn Linh¹, Lê Văn Quân^{1*},
Đỗ Xuân Tĩnh¹, Đinh Việt Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cholesterol tồn dư (Remnant cholesterol - RC) và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 78 bệnh nhân nghiện rượu mạn tính điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 11/2023 đến tháng 12/2025. **Kết quả:** Giá trị RC trung bình là $0,79 \pm 0,27$ mmol/L; tỷ lệ RC tăng chiếm

43,6%. Nhóm RC tăng có BMI cao hơn, thời gian nghiện rượu dài hơn, lượng cồn tiêu thụ/ngày cao hơn, triglycerid cao hơn, HDL-C thấp hơn, AST và GGT cao hơn, đồng thời tỷ lệ gan nhiễm mỡ cao hơn so với nhóm không tăng RC ($p < 0,05$). RC tương quan thuận với triglycerid, AST, GGT, BMI, thời gian nghiện rượu và lượng cồn/ngày; tương quan nghịch với HDL-C. Trong mô hình hồi quy logistic, BMI, thời gian nghiện rượu, lượng cồn nguyên chất/ngày và GGT là các yếu tố liên quan độc lập với RC tăng. **Kết luận:** RC tăng gặp với tỷ lệ khá cao ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính và liên quan với rối loạn lipid, tổn thương gan và gan nhiễm mỡ. RC là chỉ số đơn giản, dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng để hỗ trợ đánh giá rối loạn chuyển hóa và tổn thương gan ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính.

¹ Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Quân
Email: levanquan2002@yahoo.com
Mã bài: N718
Ngày nhận bài: 5.2.2026
Ngày phản biện khoa học: 5.3.2026
Ngày duyệt bài: 7.4.2026