

5. **Antonelli A, Ferrari SM, Ragusa F, et al.** Graves' disease: Epidemiology, genetic and environmental risk factors and viruses. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2020;34(1):101387. doi:10.1016/j.beem.2020.101387
6. **Chattopadhyay C, Chakrabarti N, Ghosh S.** An assessment of psychiatric disturbances in Graves disease in a medical college in eastern India. *Nigerian Journal of Clinical Practice.* 2012;15(3):276-279. doi:10.4314/njcp.v15i3
7. **Ubaidullaeva NB, Allayarova GI, Nasyrkhodzhaev YB, et al.** The level of anxiety in women with Graves' disease. *Endocrinol Metab Int J.* 2018;6(6):423-425. doi:10.15406/emij.2018.06.00227

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CẮT TUYẾN ỨC CÓ KẾT HỢP ĐƯỜNG MỔ DƯỚI MŨI ỨC

Lê Thị Thiên Nga<sup>1,2</sup>, Hồ Tất Bằng<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Đình Phát<sup>1</sup>, Trần Thanh Vỹ<sup>1,2</sup>, Trần Minh Bảo Luân<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả ngắn hạn phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ỨC. **Đối tượng - Phương pháp:** Đây là nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt ca các trường hợp phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức mở rộng có kết hợp đường mổ dưới mũi ỨC tại khoa Lồng ngực Mạch máu, bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Có 19 trường hợp phẫu thuật cắt tuyến ức tại bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022. Giới nữ chiếm ưu thế (68%), phần lớn bệnh nhân nhập viện với triệu chứng nhược cơ (57,9%), u tuyến ức chiếm 68,4% trong sang thương trung thất trước. Trong và sau phẫu thuật ghi nhận một trường hợp thủng hoành phải sau vô trocar (5,3%), có mổ ngực thám sát, khâu phục hồi cơ hoành, một trường hợp suy hô hấp hỗn hợp sau mổ (5,3%) cần thở oxy lưu lượng cao qua ống thông mũi trong 5 ngày, tình trạng hô hấp cải thiện, xuất viện 3 ngày sau đó. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ỨC là một phương pháp tiếp cận mới trong bệnh lý nhược cơ không u cũng như có u tuyến ức, giúp cung cấp tầm nhìn tốt ở vùng trung thất trước, quan sát rõ thần kinh hoành 2 bên, tạo điều kiện cho phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng, tăng hiệu quả điều trị ngoại khoa trong bệnh lý nhược cơ cũng như đạt diện cắt rộng trong u tuyến ức.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức; đường mổ dưới mũi ỨC

### SUMMARY

#### INITIAL RESULTS OF ENDOSCOPIC THYMECTOMY COMBINED SUBXIPHOID INCISION

**Objectives:** To evaluate the short term results of

endoscopic thymectomy combined subxiphoid approach. **Methods:** This is a prospective case series study of endoscopic thymectomy using subxiphoid incision at Thoracovascular department, University medical center, Ho Chi Minh City. **Results:** There were 19 cases of endoscopic thymectomy combined subxiphoid incision at University medical center from January 2021 to June 2022. Female is predominant (68%), majority chief complaints with symptoms of myasthenia gravis (57.9%), thymoma is accounted for 68.4% of anterior mediastinal lesions. Complication during and after surgery, there was 1 case of right diaphragmatic perforation (accounting for 5.3%), we had to do thoracotomy for diaphragmatic restoration; 1 case of postoperative respiratory failure (accounting for 5.3%), patient was ventilated by high-flow nasal cannula for 5 days. Respiratory condition was improved, patient was discharged 3 days later. **Conclusion:** Endoscopic thymectomy combined with subxiphoid incision is a new approach in non-tumor myasthenia gravis as well as thymoma, providing good vision in the anterior mediastinum, important for clearly seeing the bilateral diaphragmatic nerve, creating good condition for extended thymectomy, increasing the effectiveness of surgical treatment in myasthenia gravis as well as achieving a wide resection in thymoma.

**Keywords:** Endoscopic thymectomy; subxiphoid incision.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức là phương pháp điều trị ít xâm lấn, giúp người bệnh sớm phục hồi và giảm bớt các biến chứng so với mổ mở qua đường mổ ngực hoặc đường mổ giữa xương ức [1]. Tuy nhiên, hiện nay phẫu thuật nội soi lồng ngực đường bên kinh điển lại gặp khó khăn trong việc quan sát rõ thần kinh hoành đối diện khiến cuộc phẫu thuật không đạt được diện cắt mở rộng, đòi hỏi các phẫu thuật viên phải tìm tòi các đường mổ khác giúp đạt được tầm nhìn tốt hơn ở vùng trung thất trước với các trường hợp cắt rộng tuyến ức bệnh lý não

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Chịu trách nhiệm chính:

Email: tranminhbaoluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.11.2022

Ngày duyệt bài: 8.11.2022

riêng và u trung thất trước nói chung. Năm 2015, Joe Dunning [2] và các cộng sự ở bệnh viện đại học James Cook ở Anh Quốc đã giới thiệu phương pháp cắt tuyến ức mở rộng bằng phương pháp nội soi lồng ngực có kết hợp với đường mổ dưới mũi ức. Phương pháp giúp cung cấp cho phẫu thuật viên tầm nhìn tốt ở vùng trung thất trước, thấy rõ thần kinh hoành đối diện, giúp đảm bảo diện cắt trong phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng, đồng thời bệnh nhân không phải chịu đau đớn nhiều và phục hồi nhanh chóng sau mổ. Phẫu thuật sử dụng bơm CO<sub>2</sub> qua các kênh thao tác, không cần cô lập phổi bằng nội phế quản. Vết mổ bao gồm các đường rạch 5 mm ở liên sườn và 12 mm ở dưới mũi ức, đảm bảo vấn đề thẩm mỹ cho bệnh nhân sau mổ. Có thể thấy nội soi lồng ngực tuyến ức kết hợp đường mổ mũi ức là phẫu thuật đầy tiềm năng, tuy nhiên, chưa có công trình nghiên cứu nào trong nước được đặt ra nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức/u tuyến ức có kết hợp đường mổ dưới mũi ức tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Đại học Y Dược TP.HCM.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả loạt ca

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến ức hoặc nhược cơ có tồn dư tuyến ức được phẫu thuật nội soi cắt u/ cắt tuyến ức có kết hợp đường mổ dưới mũi ức tại khoa Lồng ngực Mạch máu, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2022.

**Quy trình phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ức:**

Chỉ định phẫu thuật: (1) Bệnh nhân nhược cơ độ IIa (theo phân loại Osserman) trở lên có tồn dư tuyến ức được điều trị nội khoa ổn định. (2) Bệnh nhân nhược cơ độ I có tồn dư tuyến ức: chỉ định phẫu thuật tương đối, mục đích chính của phẫu thuật nhằm ngăn ngừa nhược cơ tiến triển sang thể nặng; (3) Bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến ức giai đoạn I,II theo phân loại Masaoka.

Các bước phẫu thuật: (1) Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt tư thế nằm ngửa, kê gối dưới vai. Có thể tiếp cận qua nội soi lồng ngực bên phải hoặc trái tùy theo vị trí u; (2) Vào trocar camera 10 mm 30 độ ở liên sườn 5 đường

nách trước. CO<sub>2</sub> được bơm qua trocar với áp lực 6-8 mmHg, tốc độ tối đa 8 lít/phút. (3) Vào tiếp trocar 5mm ở liên sườn 7 đường trung đòn; (4) Vào tiếp trocar thao tác 12 mm qua đường mổ 12 mm dưới mũi ức dưới hướng dẫn của nội soi lồng ngực; (5) Tiến hành cắt màng phổi trung thất, tử trước thần kinh hoành đến chỗ đổ của tĩnh mạch thân cánh tay đầu trái vào tĩnh mạch chủ trên. Cắt tiếp màng phổi trung thất sau bó mạch vú trong tới chân hoành. Bóc tách rộng rãi toàn bộ mô tuyến ức cùng mỡ trung thất trước khỏi màng ngoài tim. Bóc tách và cắt rộng rãi tuyến ức cùng mô mỡ trung thất trước nằm giữa 2 thần kinh hoành; (6) Quan sát rõ sừng trên tuyến ức qua trocar camera dưới mũi ức, bóc tách và cắt sừng trên tuyến ức, cắt rời động, tĩnh mạch tuyến ức bằng dao siêu âm hoặc clip. Chọc tuyến ức vào túi bệnh phẩm, lấy ra ngoài qua lỗ trocar dưới mũi ức. Kiểm tra cầm máu, đóng các lỗ trocar, dẫn lưu màng phổi.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập các thông tin về hành chính, lâm sàng, cận lâm sàng trước, trong phẫu thuật, giai đoạn hậu phẫu tại bệnh viện, các biến chứng can thiệp và ghi vào phiếu thu thập số liệu.

**Phân tích và xử lý số liệu:** Sử dụng tần số, tỷ lệ % cho các biến định tính, sử dụng trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị cho các biến định lượng.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2022, có 19 bệnh nhân (13 nữ và 6 nam) được chẩn đoán u tuyến ức hoặc nhược cơ có tồn dư tuyến ức được phẫu thuật nội soi cắt u/ cắt tuyến ức có kết hợp đường mổ dưới mũi ức tại khoa Lồng ngực Mạch máu, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh được thu tuyển vào nghiên cứu. Đặc điểm dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1. Tuổi trung bình là 50,4 ± 11,2 tuổi, nhỏ nhất là 32 tuổi và lớn nhất là 69 tuổi. Trong đó có 6 bệnh nhân u tuyến ức đơn thuần, 1 trường hợp u tuyến ức có nhược cơ và 12 bệnh nhược cơ có tuyến ức tồn lưu hoặc tăng sản tuyến ức. Lý do nhập viện chủ yếu của nhóm nhược cơ là sụp mi, 7 bệnh nhân không triệu chứng đi khám sức khỏe tình cờ phát hiện u tuyến ức. Kích thước u tuyến ức trung bình trên hình ảnh CLVT là 3,9 ± 1,6 cm.

**Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu**

Đặc điểm	Giá trị
<b>Tuổi, trung bình ± độ lệch chuẩn</b>	50,4±11,2
<b>Giới tính, n (%)</b>	
Nam	6 (31,6)

Nữ	13 (68,4)
<b>Lý do vào viện, n (%)</b>	
Mỏi hàm	1 (5,3)
Nuốt khó	2 (10,6)
Nặng ngực	1 (5,3)
Sụp mí	5 (26,3)
Yếu chi	3 (15,8)
U tuyến ức	7 (36,9)
<b>Đang điều trị nhược cơ, n (%)</b>	
Có	13 (68,4)
Không	6 (31,6)
<b>Kháng thể kháng Acetylcholin, n (%)</b>	
Dương tính	12 (63,1)
Am tính	7 (36,9)
<b>Hình ảnh CLVT trước phẫu thuật, n (%)</b>	
U tuyến ức	13 (68,4)
Tăng sản tuyến ức	1 (5,3)
Tồn dư tuyến ức	5 (26,3)

<b>Kích thước u (cm), trung bình ± độ lệch chuẩn</b>	3,9 ± 1,6cm.
--	--------------

Kết quả phẫu thuật được trình bày trong bảng 2. Phần lớn bệnh nhân được tiếp cận qua đường ngực phải, 3 trường hợp nội soi lồng ngực trái gồm 2 trường hợp u tuyến ức lệch trái và 1 trường hợp tồn dư tuyến ức có mô tuyến ức và mỡ vùng trung thất trước bên trái chiếm ưu thế. Chúng tôi ghi nhận một trường hợp thủng cơ hoành kèm tổn thương gan khi thao tác trong mổ phải tiến hành mở ngực phải để thám sát tổn thương cơ hoành, gan phải, khâu cầm máu kèm khâu phục hồi cơ hoành phải, tình trạng hậu phẫu ổn. Có một trường hợp suy hô hấp hỗn hợp sau mổ, cần thở oxy lưu lượng cao qua ống thông mũi trong 5 ngày, sau đó tình trạng hô hấp cải thiện, xuất viện 3 ngày sau đó. Không ghi nhận các biến chứng nặng, tử vong.

**Bảng 2: Kết quả phẫu thuật**

Đặc điểm	Giá trị
<b>Đường vào của nội soi lồng ngực, n (%)</b> : Ngực phải	16 (84,2%)
Ngực trái	3 (15,8%)
<b>Thời gian phẫu thuật (phút), trung bình ± độ lệch chuẩn</b>	141,0 ± 33,9
Thời gian ngắn nhất (phút)	90
Thời gian dài nhất (phút)	210
<b>Áp lực bơm CO<sub>2</sub> (mmHg), trung vị (khoảng tứ phân vị)</b>	8 (6-8)
<b>Tốc độ bơm CO<sub>2</sub> (L/p), (khoảng tứ phân vị)</b>	6 (6-8)
<b>Thời gian bơm CO<sub>2</sub>(phút), trung bình ± độ lệch chuẩn</b>	109,7 ± 30,6
<b>ETCO<sub>2</sub> (mmHg), trung bình ± độ lệch chuẩn</b>	38,2 ± 2,0
<b>Thời gian dân lưu màng phổi (ngày), trung bình ± độ lệch chuẩn</b>	2,4 ± 0,6
<b>Thời gian nằm viện (ngày), trung bình ± độ lệch chuẩn</b>	7,1 ± 2,5
<b>Biến chứng chu phẫu, n (%)</b> : Thủng cơ hoành, Tổn thương gan	1 (5,3)
Suy hô hấp	1 (5,3)
<b>Giải phẫu bệnh sau mổ, n (%)</b> : U tuyến ức	12 (63,1)
Tăng sản tuyến ức/ tồn dư tuyến ức	7 (36,9)
<b>U tuyến ức xâm lấn vỏ bao, n (%)</b> : Có	4 (33,3)
Không	8 (66,7)
<b>Phân loại giải phẫu bệnh u tuyến ức, n (%)</b> : Tuýp A	2 (16,7)
Tuýp AB	3 (25,0)
Tuýp B1	2 (16,7)
Tuýp B2	2 (16,7)
Tuýp B3	3 (25,0)

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm chung:** Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu là 6/13, trong đó tuổi trung bình đạt  $50,4 \pm 11,2$ . Phillip và các cộng sự nghiên cứu về phẫu thuật cắt tuyến ức ít xâm lấn trên 56 ca ghi nhận tỉ lệ giới tính nam/nữ là 25/31, tuổi trung bình là 55 tuổi [3]. Julissa Jurado nghiên cứu trên 263 ca phẫu thuật cắt tuyến ức cũng ghi nhận tỉ lệ nam/nữ là 2/5, trong đó tuổi trung bình đạt 49 tuổi [4]. Như vậy số lượng bệnh nhân nữ phẫu thuật cắt tuyến ức

thường nhiều hơn nam. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân được phẫu thuật trong các nghiên cứu dao động từ 49 tới 55, nằm trong khoảng tuổi khuyến cáo phẫu thuật cắt tuyến ức trên bệnh nhân nhược cơ (18 đến 60 tuổi) [5]. Nghiên cứu ghi nhận phần lớn bệnh nhân nhập viện với triệu chứng nhược cơ (57,9%). Các trường hợp u tuyến ức không nhược cơ trong nhóm nghiên cứu đa phần tình cờ phát hiện khi khám sức khỏe. U tuyến ức có triệu chứng thường do chèn ép hoặc xâm lấn, gặp ở u có tính

chất ác tính cao hoặc u kích thước lớn. Trong những trường hợp đó, phẫu thuật chẻ xương ức cắt trọn khối sẽ phù hợp hơn phẫu thuật nội soi ít xâm lấn.

**Đặc điểm sang thương tuyến ức trên hình ảnh học:** Nghiên cứu ghi nhận u tuyến ức chiếm 68,4%, tồn dư tuyến ức chiếm 26,3% và tăng sản tuyến ức chiếm 5,3%. Nghiên cứu của Philip trên 510 bệnh nhân cho thấy u tuyến ức cũng là sang thương tuyến ức chủ yếu, chiếm 48%, tăng sản tuyến ức chiếm 20% [3].

**Kết quả phẫu thuật:** phần lớn trường hợp chúng tôi tiếp cận qua ngực phải, chỉ có 3 trường hợp u tuyến ức lệch trái và tồn dư tuyến ức có mô tuyến ức bên trái ưu thế, chúng tôi buộc phải vào ngực trái. Với u tuyến ức hoặc tuyến ức tồn dư nằm giữa trung thất trước, chúng tôi ưu tiên vào ngực phải, tránh vùng mô tim để có khoang thao tác rộng rãi, giúp nhận định rõ ràng tĩnh mạch chủ trên cũng như tĩnh mạch vô danh. Phương pháp vô cảm chúng tôi không sử dụng nội phế quản mà sử dụng nội khí quản và sử dụng bơm CO<sub>2</sub> trong mổ nhằm xẹp phổi, tạo khoang thao tác. CO<sub>2</sub> trong phẫu thuật chúng tôi duy trì áp lực bơm trung bình 8 mmHg, tốc độ bơm 6 lít/phút, thời gian sử dụng CO<sub>2</sub> trung bình 109 phút, ETCO<sub>2</sub> trong phẫu thuật trung bình đạt 38,2 mmHg. Javier Gallego Poveda và các cộng sự với kinh nghiệm sử dụng CO<sub>2</sub> trong hơn 100 ca phẫu thuật nội soi lồng ngực đã ghi nhận việc sử dụng nội khí quản kết hợp CO<sub>2</sub> trong mổ giúp giảm bớt mức độ phức tạp trong thao tác gây mê, rút ngắn thời gian gây mê khi không cần phải sử dụng nội phế quản. Đặt nội phế quản đòi hỏi bác sĩ gây mê phải dày dặn kinh nghiệm hoặc phải có nội soi phế quản giúp hướng dẫn đặt nội phế quản một cách chính xác [6].

**Thời gian phẫu thuật:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 141 phút, Philip và các cộng sự với 56 ca phẫu thuật ít xâm lấn ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 102 phút với phương pháp kinh điển, 178 phút với phẫu thuật robot [3]. Rõ ràng phẫu thuật cắt rộng tuyến ức hợp đường mũi ức tốn thời gian hơn so với cắt tuyến ức hoặc u tuyến ức kinh điển, khi phải cắt bỏ toàn bộ tuyến ức kèm mô mỡ trung thất trước từ nền cổ tới chân hoành. Sử dụng đường mổ dưới mũi ức giúp tạo điều kiện quan sát rõ thần kinh hoành đối bên nhằm đạt diện cắt rộng kèm bảo tồn thần kinh hoành 2 bên, không phải là yếu tố làm kéo dài cuộc mổ.

**Biến chứng trong mổ:** 1 trường hợp thủng hoành phải sau vô trocar, có kèm tổn thương

gan (chiếm 5,3%), phải tiến hành mở ngực phải để thám sát tổn thương cơ hoành, gan phải, khâu cầm máu kèm khâu phục hồi cơ hoành phải, hậu phẫu ổn. Trong nghiên cứu của Philip cũng ghi nhận 1/11 trường hợp phẫu thuật nội soi Robot có tổn thương gan sau vô trocar [3]. Sau mổ ghi nhận 1 trường hợp suy hô hấp hỗn hợp sau mổ (chiếm 5,3%), phải điều trị ở hồi sức tích cực 5 ngày. Bệnh nhân không ghi nhận tiền căn bệnh lý phổi, bệnh lý nhược cơ trước đó, tổng trạng béo phì, đo chức năng hô hấp trước mổ ghi nhận hội chứng hạn chế mức độ nhẹ, không có hội chứng tắc nghẽn, FEV1 trước test dẫn khí quản đạt 76%. Trong mổ quan sát rõ thần kinh hoành 2 bên. Tuy nhiên sau mổ chụp cắt lớp vi tính ngực đánh giá lại ghi nhận vòm hoành phải ở vị trí cao hơn trước mổ, chưa loại trừ tổn thương thần kinh hoành phải do nhiệt. Sau 6 ngày điều trị tại khoa hồi sức tích cực, tình trạng hô hấp bệnh nhân cải thiện và xuất viện 3 ngày sau đó. Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận biến chứng tổn thương thần kinh hoành sau mổ nội soi cắt tuyến ức. Michele Salati trong nghiên cứu về phẫu thuật cắt tuyến ức kinh điển trên 183 bệnh nhân ở Ý ghi nhận biến chứng tổn thương thần kinh hoành sau mổ xảy ra trên 13 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 7,1%) [7]. Yuanyuan Liu trong nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức một lỗ qua đường dưới mũi ức của mình đã ghi nhận 2/37 bệnh nhân có tổn thương thần kinh hoành sau mổ (chiếm 5,4%) [8]. Tỷ lệ tổn thương thần kinh hoành trong phẫu thuật cắt tuyến ức có đường dưới mũi ức dường như thấp hơn so với phẫu thuật nội soi ngực bên kinh điển. Việc sử dụng camera qua đường mổ dưới mũi ức giúp quan sát rõ thần kinh hoành hai bên, hạn chế hơn nữa biến chứng tổn thương thần kinh hoành. Tuy nhiên cần các nghiên cứu có số lượng mẫu lớn và so sánh đối chứng giữa hai phương pháp mổ để khẳng định lợi ích trên của đường mổ dưới mũi ức.

Thời gian hậu phẫu trong nghiên cứu trung bình là 4 ngày, thời gian rút dẫn lưu màng phổi sau mổ trung bình 2 ngày. Về nghiên cứu cắt tuyến ức qua đường mũi ức trên thế giới, Juanjuan liu và các cộng sự trong nghiên cứu của mình nhận thấy thời gian hậu phẫu trung bình 6 ngày, thời gian rút dẫn lưu trung bình 2 ngày [8]. Không có sự chênh lệch nhiều về thời gian hậu phẫu và rút dẫn lưu giữa phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức kinh điển và có kết hợp đường mổ dưới mũi ức.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ức là một phương pháp tiếp cận mới trong bệnh lý nhược cơ không u cũng như có u tuyến ức, giúp cung cấp tầm nhìn tốt ở vùng trung thất trước, quan sát rõ thần kinh hoành 2 bên, tạo điều kiện cho phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng, tăng hiệu quả điều trị ngoại khoa trong bệnh lý nhược cơ cũng như đặt điện cắt rộng trong u tuyến ức.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sugarbaker DJ:** Thoracoscopy in the management of anterior mediastinal masses. *Ann Thorac Surg* 1993, 56(3):653-656.
2. **Dunning J:** Video-assisted thoracoscopic microthymectomy. *Annals of Cardiothoracic Surgery* 2015, 4(6):550-555.
3. **Rowse PG, Roden AC, Corl FM, Allen MS, Cassivi SD, Nichols FC, Shen KR, Wigle DA, Blackmon SH:** Minimally invasive thymectomy: the Mayo Clinic experience. *Ann Cardiothorac Surg* 2015, 4(6):519-526.
4. **Jurado J, Javidfar J, Newmark A, Lavelle M, Bacchetta M, Gorenstein L, D'Ovidio F, Ginsburg ME, Sonett JR:** Minimally invasive thymectomy and open thymectomy: outcome analysis of 263 patients. *Ann Thorac Surg* 2012, 94(3):974-981; discussion 981-972.
5. **Aydin Y, Ulas AB, Mutlu V, Colak A, Eroglu A:** Thymectomy in Myasthenia Gravis. *Eurasian J Med* 2017, 49(1):48-52.
6. **Gallego-Poveda J, Guerra NC, Carvalheiro C, Ferreira H, Sena A, Junqueira N, Velho TR, Nobre A:** Use of CO(2) in video assisted thoracic surgery and single-lumen endotracheal tube-a new less invasive approach. *J Thorac Dis* 2017, 9(4):903-906.
7. **Salati M, Cardillo G, Carbone L, Rea F, Marulli G, Brunelli A, Voltolini L, Gotti G, Rocco G:** Iatrogenic phrenic nerve injury during thymectomy: the extent of the problem. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 2010, 139(4):e77-78.
8. **Liu Y, Zhang J, Wu W, Zhang H, Zhao C, Zhang M:** Subxiphoid thoracoscopic thymectomy for myasthenia gravis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2022, 34(3):482-484.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BONG VỠNG MẠC NGUYÊN PHÁT BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT DỊCH KÍNH VỚI CAMERA NỘI NHÃN

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp cắt dịch kính với camera nội nhãn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 35 bệnh nhân được phẫu thuật cắt dịch kính với camera nội nhãn điều trị bong võng mạc nguyên phát tại khoa Dịch kính- võng mạc Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 6/2021 đến 8/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 35 mắt của 35 bệnh nhân. Tuổi trung bình bệnh nhân đến khám  $60.3 \pm 7.0$  (46-71 tuổi) với nam 54,3%, nữ 45,7%. Thị lực trung bình trước điều trị  $2.09 \pm 0.41$  logMAR. Trước điều trị 88,6% bệnh nhân còn Thể thủy tinh, 11,4% IOL. Mức độ bong võng mạc toàn bộ chiếm 11,4%, bong võng mạc 1 góc phần tư, 2 góc phần tư và 3 góc phần tư lần lượt 11,4%, 45,7%, 31,4%. Kết quả giải phẫu 94,3% (33/35) thành công sau 1 lần phẫu thuật và 100% (35/35) sau lần phẫu thuật cuối cùng. Kết quả thị lực: Thị lực cải thiện đáng kể tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật  $0.86 \pm 0.36$  logMAR ( $p=0.000$ ). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy kết quả điều trị bong võng mạc

Vũ Minh Tiên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Nhất Châu<sup>2</sup>

bằng phương pháp cắt dịch kính sử dụng camera nội nhãn là rất khả quan.

**Từ khóa:** bong võng mạc nguyên phát, cắt dịch kính, camera nội nhãn

### SUMMARY

#### CLINICAL OUTCOMES OF ENDOSCOPE-ASSISTED VITRECTOMY FOR TREATMENT OF RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHEMENT

**Purpose:** to evaluate the outcome of endoscope-assisted vitrectomy for treatment of rhegmatogenous retinal detachment. **Methods:** this is a randomized uncontrolled interventional study of endoscope-assisted vitrectomy for treatment of rhegmatogenous retinal detachment in VINO from 6/2021 to 8/2022. **Outcomes:** the study include 35 eyes of 35 patients who were operated at vitreo-retinal departement in VINO. Mean age was  $60.3 \pm 7.0$  yrs old, 54,3% male and 45,7% female. Mean baseline VA was  $2.05 \pm 0.43$  logMAR. At baseline, there were 88,6% phakic, 11,4% pseudophakic. Quadrants of RD were 11,4% with 1 quadrant, 45,7% with 2 quadrants, 31,4% with 3 quadrants and 11,4% with 4 quadrants (including total retinal detachment). Single surgery anatomic success rate was 94.3%. The retina was reattached at last followup in 35/35 (100%). The mean postoperative VA was  $0.85 \pm 0.38$  logMAR. **Conclusion:** In the current study of retinal detachment surgery, visual and anatomical outcomes at last followup were generally favorable.

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Tiên

Email: vuminhtien225@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022

Ngày duyệt bài: 4.11.2022