

# Y HỌC

ISSN 1859-1779

## THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT BV. BÌNH DÂN

Lần thứ 18 – ngày 4&5 tháng 3 2016

### TỔNG QUAN

- 1 Laser và ứng dụng trong niệu khoa  
\* Nguyễn Tế Kha, Nguyễn Ngọc Thái,  
Nguyễn Lê Hoàng Anh
- 9 Ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ cao  
\* Đào Quang Oánh
- 14 Tiếp cận điều trị ung thư tuyến tiền liệt khu  
trú: cập nhật các hướng dẫn điều trị  
\* Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng,  
Lê Nguyễn Minh Hoàng
- 25 Lịch sử mô nội soi  
\* Lê Quang Nghĩa
- 32 Viêm loét dạ dày-tá tràng: đặc điểm, điều trị  
và kết quả (2010-2013)  
\* Văn Tân, Trần Vĩnh Hưng, Dương Thanh Hải
- 35 Săn sóc bệnh nhân ngay sau phẫu thuật ghép  
gan  
\* Nguyễn Văn Chùng, Trần Đỗ Anh Vũ,  
Trần Thị Ngọc Phượng
- 44 Giải phẫu ngoại khoa ứng dụng trong ghép  
gan phân thùy  
\* Trần Vĩnh Hưng

- 59 Tổng quan về mô thoát vị bẹn  
\* Lê Quang Nghĩa
- 64 Sử dụng hệ thống POP-Q trong đánh giá sa  
cơ quan đáy chậu  
\* Nguyễn Văn Ân, Phạm Hữu Đoàn, Võ Trọng  
Thanh Phong, Huỳnh Đoàn Phương Mai
- 70 Chăm sóc ban đầu rối loạn chức năng sàn  
chậu  
\* Nguyễn Thị Vĩnh Thành

### NGHIÊN CỨU Y HỌC

- 76 Tán sỏi thận qua da bằng máy soi thận nhỏ:  
kinh nghiệm ban đầu  
\* Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phan Trương Bảo,  
Lê Trọng Khôi
- 83 Tụ máu dưới bao thận sau tán sỏi nội soi  
ngược dòng bằng laser sỏi niệu quản đoạn  
1/3 giữa: nhân một trường hợp  
\* Nguyễn Văn Truyền, Trần Phương,  
Cao Chí Việt, Trương Hồng Ngân
- 89 Đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật tạo  
hình khúc nối bể thận niệu quản kiểu cắt rời  
Hynes anderson qua nội soi sau phúc mạc  
\* Ngô Đại Hải, Nguyễn Tuấn Vinh,  
Vũ Lê Chuyên

(Xem tiếp trang 599)

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẤT TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Hồ Huỳnh Long\*, Trần Công Quyên\*, Lý Minh Tùng\*\*, Nguyễn Bá Minh Nhật\*, Nguyễn Văn Việt Thành\*\*\*, Đặng Trường Thái\*\*\*\*, Hồ Hoàng Trung\*

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Có nhiều thương tổn và bệnh lý tại vùng trung thất. Đa số được điều trị bằng phẫu thuật, với nhiều tai biến, biến chứng, thậm chí là tử vong. Hiện nay, các phẫu thuật có thể tiến hành qua nội soi, với nhiều ưu điểm so với phương pháp mổ mở.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng: Các bệnh nhân bị bệnh lý vùng trung thất được điều trị tại bệnh viện Bình Dân trong khoảng thời gian 5 năm từ 01.2007 đến 12.2012 – gồm 20 trường hợp, trong đó có 9 nam và 11 nữ.

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hàng loạt ca lâm sàng, hồi cứu.

**Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi thu lại kết quả như sau: nam chiếm 45%, nữ chiếm 55%; Tuổi trung bình  $37,42 \pm 14,15$ ; đa số BN nằm viện trên 8 ngày (55%); Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 100 phút; Các bệnh lý thường gặp bao gồm: u quái(35%), u tế bào Schwann(20%); u tuyến ức(10%); nang lạnh tính(10%); u nguyên bào lympho(5%); Biến chứng sau mổ: tràn dịch màng phổi(5%), tràn khí màng phổi(5%) – tất cả được điều trị nội hiệu quả.

**Kết luận:** Đa số trường hợp u trung thất là u quái. Phẫu thuật nội soi trung thất được áp dụng tại bệnh viện Bình Dân trong điều trị ngày càng được khẳng định, với tỉ lệ thành công cao, không có tử vong, tai biến và biến chứng nhẹ, rất ít.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, u trung thất

## ABSTRACT

### ASSESSMENT RESULTS OF THOROSCOPIC TREATMENT OF MEDIASTIAL TUMORS IN BINH DAN HOSPITAL

Ho Huynh Long, Tran Cong Quyen, Ly Minh Tung, Nguyen Ba Minh Nhat, Nguyen Van Viet Thanh, Đặng Trường Thái, Hồ Hoàng Trung

\*Y Học TP. Hồ Chí Minh \* Supplement of Vol. 20 - No 2 - 2016: 472 - 477

**Introduction:** There are many lesions and diseases in the mediastinal. The majority were treated with surgery, including many accidents, complications, even death. The surgery can be done through thoroscopy today, with many advant ages over open surgery methods.

**Material ans methods:** Material. Patients with pathologic mediastinal region are treated at Binh Dan Hospital in period of 5 years, from 01 - 2007 to 12 - 2012, including 20 patients(9 males and 11 females). Methods. The clinical case series, Retrospective.

**Results:** Our study recorded the following results: 45% male, 55% female; The average age was  $37,42 \pm 14,15$ ; The majority of patients hospitalized in over 8 days(55%); The average surgical time was about 100

\* Bệnh viện Bình Dân TP. HCM.

\*\*\* Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

\*\* Khoa Y – Đại học Quốc Gia TP.HCM

\*\*\*\* Đại học Y Dược TP.HCM

Tác giả liên hệ: BS. CKII. Hồ Huỳnh Long

ĐT: 0908.062.599

Email: [hhuynhlong6464@yahoo.com.vn](mailto:hhuynhlong6464@yahoo.com.vn)

minutes; Common diseases include: teratomas(35%), Schwann cell tumors(20%); thymic tumors(10%); Benign cysts(10%); lymphoblastic(5%); Postoperative complications: pleural effusion(5%), pneumothorax(5%) - all were treated effectively with medical methods.

**Conclusions:** The majority of cases of mediastinal tumors are teratomas. Mediastinal thoroscopic surgery is applied in treatment increasingly affirmed at Binh Dan hospital, with a high success rate, no deaths, no accident and minor complications - very little.

**Key words:** thoroscopic, mediastial tumors.

## MỞ ĐẦU

Bệnh lý trung thất rất đa dạng và phức tạp, thay đổi theo tuổi và cấu trúc giải phẫu liên quan. Các bệnh lý vùng này có ảnh hưởng lớn đến sinh mạng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Phương pháp điều trị kinh điển là phẫu thuật mở trung thất cắt bỏ trọn khối u. Tùy vị trí khối u mà đường vào trung thất có thể là chế dọc xương ức hoặc mở ngực phải hoặc trái. Vì trung thất nằm sâu trong lồng ngực nên đường vào phải đủ rộng để thao tác cắt khối u mà không gây nguy hiểm cho các cơ quan quan trọng. Sau cuộc mổ, bệnh nhân dễ bị suy hô hấp do đường mổ rộng, thời gian hồi phục chậm và để lại sẹo mổ xấu trên ngực cũng như các biến chứng nhiễm trùng vết mổ, viêm xương ức, tràn khí.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi lồng ngực được áp dụng lần đầu tiên vào năm 1996, tại bệnh viện Bình Dân với phẫu thuật cắt hạch thần kinh giao cảm ngực để điều trị chứng tăng tiết mồ hôi tay. Hiện nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực được xem như phương pháp chẩn đoán và điều trị u trung thất thay thế phương pháp mổ mở kinh điển trong nhiều trường hợp. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt u trung thất qua nội soi chưa được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam, chỉ được áp dụng tại các trung tâm ngoại khoa lớn và chỉ áp dụng đối với một số trường hợp như với u trung thất nhỏ <5cm và chưa xâm lấn các cấu trúc xung quanh.

Tại bệnh viện Bình Dân, Văn Tân<sup>(154)</sup> đã báo cáo 18 trường hợp cắt u trung thất qua nội soi hỗ trợ(VATs) từ 2002 -2007 trong đó có 8 trường hợp u trung thất trước trên, 6 u trung thất sau và 4 trung thất giữa. Kích thước u lớn nhất là 8 cm.

Nghiên cứu trên cho thấy tính hiệu quả, khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất. Bảo đảm nguyên tắc cắt triệt để khối u, biến chứng ít, thời gian hồi phục sau mổ ngắn và mang tính thẩm mỹ cao. Chúng tôi tiếp tục thực hiện đề tài này để tiếp tục đánh giá kết quả điều trị u trung thất qua phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Bình Dân.

## Mục tiêu nghiên cứu

Xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u trung thất được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u trung thất qua nội soi lồng ngực.

## ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp

### Đối tượng nghiên cứu

20 trường hợp bệnh nhân bị u trung thất được cắt u trung thất qua nội soi lồng ngực 01.2007 đến 12.2012 tại bệnh viện Bình Dân.

### Tiêu chuẩn chọn bệnh

Chẩn đoán là U trung thất.

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt trọn u

### Tiêu chuẩn loại trừ

Nội soi thất bại, chuyển mổ mở.

Nội soi sinh thiết.

### Thu thập số liệu

Tuổi, giới tính.

Triệu chứng lâm sàng: các triệu chứng cơ năng, thực thể

Cận lâm sàng: công thức máu, dấu chỉ điểm ung thư(CEA, CA 19.9), hình ảnh X quang, hình ảnh CT ngực.

Chẩn đoán: trước mổ, sau mổ; phương pháp phẫu thuật; thời gian mổ; biến chứng sau mổ

Các số liệu được ghi nhận bằng bảng bệnh án nghiên cứu và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

Kỹ thuật mổ

Dụng cụ.

Bộ phẫu thuật nội soi của Karl Storz có sử dụng trocar xoắn, kẹp sinh thiết, các dụng cụ đốt điện đơn cực và lưỡng cực để cầm máu, không sử dụng máy bơm khí CO2.

Kỹ thuật mổ.

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản 2 nòng, làm xẹp một phổi bên thương tổn. Khoang thao tác được tạo ra bằng cách để hở khoang màng phổi kết hợp với gây mê cho hút xẹp bên phổi cần can thiệp. Tư thế nằm nghiêng sang bên đối diện thương tổn, độn gối dưới ngực để khoảng gian sườn giãn rộng, hông gập xuống, tay trên đưa lên trên, khuỷu tay gập 90 độ so với ngực.

Nghiêng nhẹ về phía sau, nếu u ở trung thất trước hoặc giữa.

Nghiêng nhẹ về phía trước, nếu u ở trung thất sau.

Chú ý, với các u trung thất ở 1/3 dưới, cánh tay bệnh nhân phải treo, sao cho không để vướng khi thao tác về hướng cơ hoành. Với u ở 1/3 trên hoặc 1/3 giữa, tốt nhất là giơ tay cao, sao cho không vướng vị trí thao tác ở nách.

Một lỗ trocar ở khoảng liên sườn 4 hoặc 5 đường nách giữa để đặt camera quan sát. Hai lỗ trocar khác để đưa dụng cụ thao tác vào có thể đặt ở vị trí các liên sườn 3 đến 8 đường nách trước hay sau tùy vị trí của thương tổn. Hai hướng này tạo với nhau một góc 30-45 độ để thuận tiện trong việc xử lý thương tổn, có thể thêm một trocar thứ tư để vén phổi hoặc để hút. Dùng camera 10mm, 0° quan sát, đánh giá khối u, mức độ xâm lấn các cơ quan xung quanh, hạch trung thất. Tiến hành bóc tách, gỡ dính, dùng dao cắt siêu âm hoặc ligasure để cắt trọn khối u. Bỏ u vào túi nylon vô trùng. Đưa ra thành ngực, dùng kéo cắt nhỏ khối u lấy ra khỏi

túi. Sau mổ, đặt ống dẫn lưu màng phổi theo một trong các lỗ đặt trocar, thường là ở liên sườn 7 hay 8. Dẫn lưu được rút sau 24-48 giờ khi hết ra khí và dịch.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 5 năm từ 1/2007 đến 12/2012, chúng tôi đã phẫu thuật 20 trường hợp trung thất qua nội soi lồng ngực. Sau 1 tháng điều trị có 20 trường hợp đến tái khám, tỉ lệ 100%. Sau 6 tháng, chúng tôi kiểm tra bằng CT ngực cho 18/20 bệnh nhân, tỉ lệ 90%.

Tỉ lệ nam/nữ là 9/11, tuổi trung bình là 37,4 ± 14,2, trong đó tuổi từ 20-40 có 10 trường hợp, từ 41-60 tuổi có 9 trường hợp, 1 trường hợp trên 60 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân phát hiện u trung thất tình cờ qua kiểm tra sức khỏe; 18 bệnh nhân còn lại có các triệu chứng lâm sàng khác nhau bao gồm: đau ngực (12 trường hợp), khó thở (6 trường hợp), ho (6 trường hợp), nuốt nghẹn (1 trường hợp), u thượng đòn (1 trường hợp) và sụp mi nhược cơ (1 trường hợp). Tất cả các dấu hiệu này đều trở về bình thường sau mổ.

Về cận lâm sàng, có 12 trường hợp thấy u trên X-quang phổi thẳng. CT-scan có 14 trường hợp là u trung thất trước, 4 trường hợp u trung thất sau và 2 trường hợp u trung thất giữa, trong đó có 7 trường hợp u có xâm lấn cơ quan lân cận. Đo kích thước u trên CT-scan, có 1 trường hợp u < 3cm, 3 trường hợp u to 3-5 cm, 11 trường hợp u to 5-7 cm, 5 trường hợp u > 7cm

Kết quả giải phẫu bệnh: 7 trường hợp u quái trưởng thành; 4 trường hợp u tế bào schwann; 2 trường hợp u tuyến ức; 2 trường hợp nang lành tính viêm; 1 trường hợp u nguyên bào lympho, 1 trường hợp hạch bạch huyết viêm mạn, 1 trường hợp u bọc tế bào gai không sừng hóa, 1 trường hợp u thần kinh nội tiết và 1 trường hợp carcinoma biệt hóa kém

Tất cả bệnh nhân được đặt Siphonage sau mổ và 75% trường hợp được rút vào ngày thứ 2, 3 hậu phẫu. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 35 phút, dài nhất là 240 phút, trung bình là

97,37±44,85 phút. Có 1 trường hợp bị biến chứng tràn máu và 1 trường hợp bị tràn khí màng phổi sau mổ nhưng không mổ lại, chỉ điều trị nội khoa.

## BÀN LUẬN

Nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 3 năm từ 2003 đến 2005, có 55 bệnh nhân được mổ nội soi, tỉ lệ nữ cũng cao hơn nam (1,4 lần)<sup>(13)</sup>. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu khác trên thế giới cho thấy tỉ lệ nam, nữ không khác nhau nhiều.

Đa số các nghiên cứu trên thế giới đều ghi nhận độ tuổi phát hiện bệnh thường từ 30-50 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân tập trung <60 tuổi. Vị trí và tính chất khối u cũng thay đổi theo độ tuổi. U trung thất sau thường gặp ở trẻ em, u liên quan đến thần kinh, cột sống và thường là lành tính. Ở người lớn, u thường gặp ở trung thất trước và thường ác tính, liên quan đến hệ bạch huyết và tuyến ức<sup>(1,3,4)</sup>.

Theo thứ tự, u trung thất nhiều nhất là u nang (21%) rồi đến u thần kinh (20%), u tuyến hung (19%), u lympho (13%), u tế bào mầm (10%), các loại khác (17%)<sup>(16,17,18,19)</sup>. Trong nghiên cứu, có 10% u nang, 25% u thần kinh, 10% u tuyến hung, 10% u lympho, 35% u xuất phát từ tế bào mầm và 10% là các loại khác.

Về vị trí, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy u trung thất trên chiếm 54%, u trung thất sau chiếm 26%, u trung thất giữa chiếm 20%<sup>(1,16)</sup>. Chúng tôi có 70% u trung thất trên, 20% u trung thất sau và 10% u trung thất giữa.

Có khoảng 35 đến 44% u trung thất không có triệu chứng, (trong đó có 85% là u lành tính và chỉ có 15% là u ác tính) phát hiện tình cờ nhờ chụp hình phổi<sup>(3)</sup>. Chúng tôi chỉ có 2 trường hợp phát hiện u tình cờ qua chụp phổi kiểm tra sức khỏe, tỉ lệ là 10%. Hai trường hợp này u đều lớn hơn 5cm. 1 trường hợp là u tế bào Schwann ở trung thất sau và 1 trường hợp carcinoma biệt hóa kém ở trung thất trên. Ngoài tính chất u lành tính hay ác tính, triệu chứng xảy ra có liên quan với vị trí của u. U trung thất trên thường gây triệu chứng hơn là u trung thất sau và giữa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 60% bệnh nhân có khối mờ trên phim X quang tim phổi thẳng. Trên phim CT scan ngực, 100% xác định rõ vị trí, kích thước khối u và mức độ liên quan của khối u với các cơ quan lân cận.

Tất cả bệnh nhân có kết quả CEA trong giới hạn bình thường. Có 3 trường hợp CA 19.9 cao, tuy nhiên không trường hợp nào có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư (2 trường hợp là u quái trưởng thành, 1 trường hợp là u tế bào Schwann).

Một số u trung thất tiết ra hormone có thể gây ra các hội chứng nội tiết như ACTH (Cushing, Carcinoids), độc giáp (u giáp lạc chỗ), cao huyết áp (pheochromocytoma), tăng calci máu (u cận giáp lạc chỗ) hay một số hội chứng khác không thể giải thích như hạ đường huyết, nhược cơ hay hồng cầu nhỏ (u tuyến hung), to đầu chi (u thần kinh), đau khi uống rượu và sốt (Hodgkin), rung cơ (neuroblastoma)<sup>(14)</sup>. Trong 5 trường hợp u thần kinh của chúng tôi có 4 trường hợp là u tế bào Schwann và 1 trường hợp u tế bào thần kinh nội tiết, nhưng không gây ra triệu chứng nào khác biệt.

Có 2 trường hợp u lympho ở trung thất sau: 1 trường hợp là u nguyên bào lympho, 1 trường hợp là u lympho lành tính. Đó là một tổn thương tăng sản hạch limphô lành tính. Bệnh này mang tên Castleman vì do Dr. Benjamin Castleman và cộng sự mô tả lần đầu tiên năm 1956<sup>(2,8,11)</sup>. Các nhà bệnh học đều thống nhất rằng bệnh có hai thể: thể hyalin mạch máu và thể tương bào<sup>(1,8)</sup>. Thể mạch máu - hyalin hóa biểu hiện nổi bật là sự tăng sinh của các nang hyalin hóa nhỏ và sự phát triển của các mạch máu giữa các nang. Trong khi đó, thể tương bào biểu hiện sự tăng sản của các trung tâm mầm, bao quanh bởi các tương bào. Thể mạch máu - hyalin hóa thường ở một vị trí. Trong khi đó, thể tương bào thường ở nhiều vị trí và là bệnh hệ thống. Thể tương bào chiếm khoảng 10-20% của tất cả các trường hợp u lympho lành tính.

Trong nghiên cứu, chúng tôi có 2 trường hợp u tuyến hung. Trong đó, 1 trường hợp

nhược cơ được mổ cắt trọn khối u và toàn bộ mô mỡ xung quanh, mô mỡ cạnh tim (cố gắng lấy hết mô tuyến hung lạc chỗ). Hầu hết các nghiên cứu cho thấy đáp ứng tốt hơn sau khi cắt tuyến hung trong giai đoạn sớm của bệnh. Mặc dù cơ chế chính xác chưa thật rõ nhưng nhiều công trình nghiên cứu cho thấy rằng cắt triệt để tuyến hung có thể: (1) loại bỏ được nguồn cung cấp kháng nguyên kích hoạt liên tục gây ra nhược cơ. (2) lấy đi kho dự trữ các tế bào B (tiết ra kháng thể kháng thụ thể acetylcholine). (3) điều chỉnh các rối loạn miễn dịch trong bệnh nhược cơ<sup>(10,12)</sup>. Chỉ định phẫu thuật cắt bỏ u tuyến hung trong điều trị bệnh nhược cơ thể nhẹ (thể chỉ có sụp mí) vẫn còn đang bàn cãi, bởi vì giai đoạn này, corticosteroids rất hiệu quả. Tuy nhiên có đến 90% thể này trở nặng, đòi hỏi phải can thiệp ngoại khoa<sup>(5,9)</sup>. Điều quan trọng là không đạt hiệu quả ngay sau mổ, kết quả chỉ cải thiện từ sau 6 tháng đến 3 năm sau mổ. Trong thời gian đó phải tiếp tục điều trị nội để kiểm soát các triệu chứng. Có trường hợp phải chờ đến 10 năm sau, bệnh nhân mới khỏi hoàn toàn<sup>(10,11)</sup>.

Chúng tôi có 7 trường hợp u quái trưởng thành chiếm tỉ lệ 35%. Loại u này được xếp trong nhóm u tế bào mầm (germ cell tumors). Loại u tế bào mầm có thể lành tính hay ác tính, u phát triển trên phần sót lại ở trung thất của dây mô niệu-sinh dục, do di chuyển không trọn vẹn xuống bộ phận niệu-sinh dục trong khi bào thai phát triển. Teratoma là loại u có nhiều mô khác nhau. Thường nằm ở trung thất trên trước, không có sự khác biệt về phái và thường gặp ở độ tuổi 20-30. Định bệnh nhờ chụp hình lồng ngực, thấy hình ảnh khối u và có khi thấy được những hình ảnh cản quang trong khối u như xương, răng. U có thể hóa ác và xâm lấn các bộ phận lân cận. Trong 7 trường hợp u quái của chúng tôi, kích thước u đều lớn hơn 5cm và dính vào các cơ quan lân cận, nên thời gian mổ kéo dài, có trường hợp kéo dài 240 phút. Có 1 trường hợp ăn lan vào màng tim vị trí ngay thân động mạch phổi, kích thước u 7cm. Khi mổ phải cắt một phần màng ngoài tim.

Có 2 trường hợp được mổ là nang lành tính kèm viêm, đều nằm ở trung thất trên và. Nang trung thất trước có thể dùng kỹ thuật chọc hút dịch nang, nhưng phải chú ý là thành u thường dày và dính sát các cấu trúc quan trọng. Gọi là nang màng ngoài tim khi nó dính vào màng tim bởi 1 eo cuống<sup>(6,7)</sup>. Gọi là nang trung mạc (mesothelioma) khi nó không dính vào màng bao tim. Nang thường chứa 1 lớp dịch trong mờ, chứa ít máu, không dính vào các cấu trúc xung quanh. Nang thường ở vị trí trước dưới, đôi khi ở phía sau.

Về kỹ thuật, chúng tôi sử dụng 3 hoặc 4 trocar lồng ngực để phẫu tích và cắt bỏ khối u. Nhờ sử dụng dao cắt siêu âm, vừa cắt mô vừa cầm máu, nên đã rút ngắn được thời gian phẫu thuật, hạn chế chảy máu trong lúc mổ. Lượng máu mất trong nghiên cứu không đáng kể. Không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ.

Đối với u dạng nang, sau khi hút hết dịch, chúng tôi lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar 10. Đối với khối u đặc, chúng tôi sử dụng túi nylon vô trùng để chứa khối u, sau đó cắt nhỏ khối u và lấy dần qua lỗ trocar, bảo đảm không làm rơi vãi mô bướt.

Tất cả các trường hợp sau mổ đều được đặt dẫn lưu màng phổi kín. Ống dẫn lưu được rút sau khi phổi nở tốt, không còn dịch hoặc khí trong khoang màng phổi. Đa số các trường hợp, ống dẫn lưu được rút vào ngày 2 và 3. Chúng tôi chỉ có một trường hợp bị tràn dịch và khí màng phổi sau mổ, có thể do tổn thương rách phổi trong lúc thao tác. Trường hợp này được lưu ống dẫn lưu đến ngày thứ 6. Bệnh nhân ổn định sau đó.

Sau mổ và khi tái khám, chúng tôi cho chụp phim X quang phổi thẳng và CT ngực. Kết quả ghi nhận sau 6 tháng, không sót u hay bị tái phát. Bệnh nhân giảm hẳn các triệu chứng lâm sàng trước đó như đau ngực, ho, khó thở. Không có biến chứng nặng để lại di chứng và tử vong. Các vết sẹo nhỏ, không đau.

Các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ít đau sau mổ hơn so với phẫu thuật mở ngực hay chế xương ức. Thời gian nằm viện hậu phẫu cũng ngắn hơn. Trong nghiên cứu, thời gian nằm viện trung bình là 7,8 ngày. Đối với mổ mở, ít nhất bệnh nhân phải nằm viện 10 ngày

**KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi lồng ngực được áp dụng tại bệnh viện Bình Dân trong chẩn đoán và điều trị ngày càng được khẳng định, với tỉ lệ thành công cao, không có tử vong, tai biến và biến chứng nhẹ rất ít. Rút ngắn thời gian nằm viện, góp phần giảm chi phí điều trị. Vết mổ nhỏ, tính thẩm mỹ cao và ít đau sau mổ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Akahiko Kitami, Takashi Suzuki, Ryosuke Usuda (2004), "Diagnostic and Therapeutic Thoracoscopy for Mediastinal Disease". Ann Thorac Cardiovasc Surg Vol. 10, No. 1: 14-18.
2. Castleman B Iverson L Mendez VP (1956), "Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma", Cancer 1956; 9: 822-830
3. Christine I. Lau, r. DuaneDavid (2004), "The Mediastinum. Textbook of Surgery". Sabiston, 17 th Edit, chapter 56, pp 1735-1763.
4. CirinoL. M. L, j. R. Milanez de campos (2000), "Diagnosis and Treatment of Mediastinal Tumors by Thoracoscopy". Chest, June 1; 117(6),pp 1787 - 1792.
5. Murthy J. (2009): "Thymectomy in myasthenia gravis". Neurol India. 57: 363-5.
6. Nguyễn Công Minh (2003): "Điều trị bệnh nhược cơ và các yếu tố tiên lượng nặng tại BVCR, trong 5 năm(1998-2002)". Y học TP Hồ Chí Minh. Tập 7. Phụ bản số 1: 36-45.
7. Nguyễn Công Minh (2007), "Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến hung trong điều trị bệnh nhược cơ tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 2 năm 2004 - 2005". Y học thành phố Hồ Chí Minh. Phụ bản số 1, tập 11, tr 320-326.

8. Panagiotis H, Panagiotis D, Mattheos D (2008), "The management of Castleman's disease of the mediastinum: a case report", Cases Journal 2008, 1 :330
9. Pompeo E, Tacconi F, Massa R, Mineo D, Nahmias S and Mineo T C. (2009): "Long-term outcome of thoracoscopic extended thymectomy for nonthymomatous myasthenia gravis". Eur J. Cardio-thorac Surg. 36: 164-169.
10. Ponseti J M, Gamer J, Villalonga R. et al. (2008): "Influence of ectopic thymic tissue on clinical outcome following extended thymectomy in generalized seropositive nonthymomatous myasthenia gravis". Eur J. Cardio-thorac Surg. 34: 1062-7.
11. Romani A,Cosi V, et al. (1997): "Prognosis of Myasthenia Gravis: A retrospective study of 380 patients". J Neurol. 224: 548-55.
12. Skeie G O, Romi F. (2008): "Paraneoplastic myasthenia gravis: Immunological and clinical aspects". Euro J Neurol. 15: 42-6.
13. Trần Minh Báo Luận (2007), "Nghiên cứu chỉ định điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực", Y học thành phố Hồ Chí Minh. Phụ bản số 1, tập 11, tr 364-371.
14. Văn Tân (2007), "Phẫu thuật lồng ngực qua nội soi". Nhà xuất bản Y học, tr 12-27.
15. Van Tan, Hoang Danh Tan, Tran Cong Quyen et al (2008), "Treatment of benign mediastinal tumors by thoracoscopy". Reported in the Congress of ELSA, Tokyo 2008, September, 19-21, printed in Abstract book(GVS9-1), Journal of Japan Society for Endoscopic Surgery, Vol 7, No 7.
16. Yim A. P. C. (1996), "VATs resection of anterior mediastinal masses". Int J Surg 81: 350.
17. Yim A. P. C. (1997),"VATs in Asia: its impact and implications". Aust. NZ. J. Med 27, pp 156.
18. Yim A. P. C. (1999), "VATs thymectomy for myasthenia gravis". Semin. Thorac. Cardiovasc Surg 11, pp 65.
19. Yim A. P. C., Lee Tw, Izzat Mb Et Al (2001), "Place of Vidio-thoracoscopy in Thoracic Surgical Practice". World J Surg 25, 157-161.

Ngày nhận bài báo: 15/11/2015  
 Ngày phản biện nhận xét bài báo: 25/11/2015  
 Ngày bài báo được đăng: 22/02/2016