

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐỐT HẠCH GIAO CẢM NGỰC ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY: HỒI CỨU 165 TRƯỜNG HỢP

Trần Quế Sơn^{1,2,✉}, Trần Mạnh Hùng², Trần Hiếu Học^{1,2}, Nguyễn Hồng Liên¹
Mạc Thế Trường², Triệu Văn Trường², Nguyễn Phương Anh²
Ngô Gia Khánh², Nguyễn Toàn Thắng²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Tăng tiết mồ hôi lòng bàn tay làm giảm chất lượng cuộc sống. Phẫu thuật nội soi cắt giao cảm ngực (ETS - Endoscopic thoracic sympathectomy) là tiêu chuẩn vàng cho điều trị bệnh tăng tiết mồ hôi tay. Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị của ETS bằng cách so sánh chất lượng cuộc sống trước và sau mổ. Hồi cứu các trường hợp được mổ từ 1/2020 đến 12/2021. Tất cả bệnh nhân được khảo sát Bảng câu hỏi CLCS của Campos để so sánh kết quả trước và sau mổ. Kết quả: Tổng số 165 bệnh nhân, tuổi trung bình 25,4 tuổi (16 – 44), nữ/nam = 1,2. Ra mồ hôi độ II, III, IV lần lượt là 7,2%, 36,3% và 56,5%. Tỷ lệ nhóm giao cảm R2+R3, R2+R3+R4 được đốt lần lượt ở bên phải là 16,3% vs 83,7%, bên trái là 13,9% vs 86,1%. Ra mồ hôi bù, ra bù nặng là 92,1% và 30,3%. CLCS trước và sau mổ có sự khác biệt (86,6 vs 37,02, $p = 0,000$). Tỷ lệ vô cùng hài lòng, hài lòng một phần và không hài lòng lần lượt là 69,7%, 29,1% và 1,2%. CLCS của người bệnh với các mức độ hài lòng không khác biệt ($p = 0,799$). Kết luận: Phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm ngực là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ của bệnh nhân ra nhiều mồ hôi tay.

Từ khóa: Tăng tiết mồ hôi, hài lòng, chất lượng cuộc sống, xương sườn, cắt hạch giao cảm, phẫu thuật lồng ngực.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ra nhiều mồ hôi là một tình trạng tiết mồ hôi quá mức ở các nơi trên cơ thể, hay gặp nhất là ở bàn tay, bàn chân, nách, mặt, chiếm 1 - 2% dân số.^{1,2} Đây là bệnh do cường hệ thần kinh giao cảm, chủ yếu gặp ở những người trẻ. Một số phương pháp điều trị không phẫu thuật đã được áp dụng như thuốc kháng cholinergic, thuốc chẹn beta giao cảm, tiêm Botulinum toxin A (Botox © - Allergan Inc., Irvine, California,

USA) tại chỗ, điện di ion nhưng ít hiệu quả và sẽ tái phát khi dừng điều trị.¹ Năm 1920, Kotzareff đã thực hiện ca phẫu thuật cắt bỏ giao cảm đầu tiên để điều trị chứng tăng tiết mồ hôi. Năm 1942, Hughes đã công bố phương pháp phẫu thuật cắt bỏ giao cảm nội soi lồng ngực đầu tiên và với sự phát triển của các kỹ thuật/dụng cụ xâm lấn tối thiểu. Ngày nay, phẫu thuật cắt giao cảm ngực qua nội soi (ETS) được thực hiện không chỉ ở trẻ em mà còn cả ở người trưởng thành.³⁻⁵ Trên thế giới, có những báo cáo tới trên 2000 ca bệnh với hiệu quả khô tay tới 98 - 100%; chất lượng cuộc sống tốt sau 30 ngày, và sau 5 năm lần lượt là 90,9% và 90,3%.^{6,7} Tuy nhiên, lựa chọn cắt/đốt hạch giao cảm ở vị trí

Tác giả liên hệ: Trần Quế Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 05/04/2023

Ngày được chấp nhận: 19/04/2023

nào để điều trị ra nhiều mồ hôi tay hay ra nhiều mồ hôi tay kết hợp ra ở đầu, mặt, nách vẫn còn nhiều tranh luận.^{5,6,8}

Tại Việt Nam, nhiều báo cáo liên quan về vấn đề này ở cả người lớn và trẻ em, kỹ thuật tiếp cận hạch giao cảm cũng có sự khác nhau.^{3,4} Tại Bệnh viện Bạch Mai, phẫu thuật nội soi lồng ngực để đốt hạch giao cảm đã được thực hiện từ những năm 2000.⁹ Đến nay, hàng nghìn ca phẫu thuật đốt hạch giao cảm ngực đã được thực hiện thường quy tại các Khoa ngoại của Bệnh viện Bạch Mai với thời gian nằm viện trung bình 1 - 2 ngày, hiệu quả điều trị trên 90% và rất ít biến chứng.¹⁰ Mặc dù vậy, chất lượng cuộc sống của người bệnh sau mổ có cải thiện không? Tỷ lệ ra mồ hôi bù trừ là bao nhiêu, và liệu có ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của người bệnh thế nào? là những câu hỏi được đặt ra cho nghiên cứu này. Đề tài này nhằm mô tả ứng dụng kỹ thuật mổ, sử dụng dụng cụ mổ nội soi thông thường, ghi nhận các kết quả sớm và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau điều trị ra mồ hôi tay bằng kỹ thuật mổ nội soi lồng ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bao gồm các bệnh nhân ra nhiều mồ hôi tay, có thể kèm theo ra mồ hôi nách hoặc mặt được phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm ngực hai bên tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2021 đến 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân có mức độ tiết mồ hôi tay từ độ II trở lên (theo phân độ của Krasna) đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán của Hornberger.¹¹

Tiêu chuẩn loại trừ

Tăng tiết mồ hôi thứ phát như bệnh ung thư, cường giáp, BMI > 28 kg/m².

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, so sánh kết quả trước và sau mổ. Lấy mẫu toàn bộ: căn cứ vào tiêu chuẩn chọn bệnh, lấy toàn bộ bệnh nhân đầu tiên đến bệnh nhân cuối cùng theo thời gian nghiên cứu.

Quy trình và chỉ tiêu nghiên cứu

Mỗi bệnh nhân khi vào viện được thăm khám và ghi nhận các triệu chứng theo một mẫu bệnh án thống nhất. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo những đặc điểm sau:

- Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh (được tính từ lúc phát hiện bệnh đến khi thực hiện phẫu thuật), ảnh hưởng của bệnh lên công việc và cuộc sống hàng ngày.

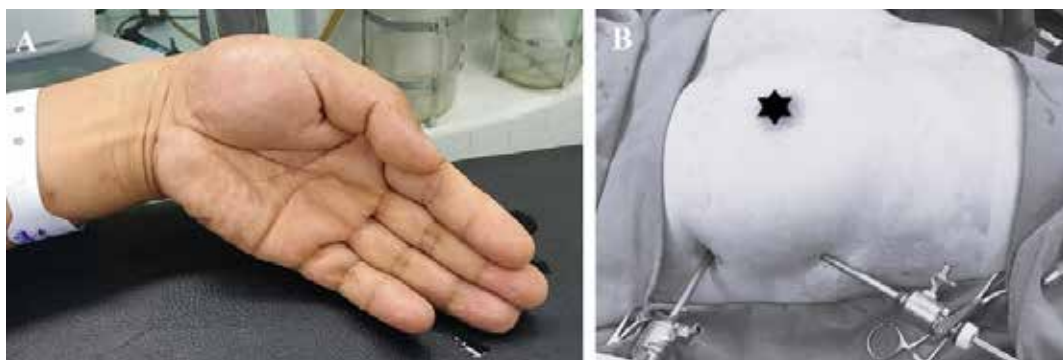
- Ghi nhận dấu hiệu tăng tiết mồ hôi, vị trí, toàn thân hay khu trú, mức độ ít, vừa phải hay ảnh hưởng rất nhiều đến công việc và cuộc sống.

- Chất lượng cuộc sống của người bệnh được đánh giá tại hai thời điểm là T₁ và T₂ tương ứng với trước khi mổ và ít nhất 30 ngày sau mổ dựa theo các tiêu chí liên quan đến (i) sinh hoạt; (ii) lao động; (iii) giao tiếp; (iv) tâm lý và (v) hoàn cảnh đặc biệt.^{12,13} Từng lĩnh vực sẽ có điểm từ 1 đến 5, tổng điểm trong khoảng từ 20 đến 100. Tổng điểm trước mổ càng cao thì chất lượng cuộc sống càng kém, tổng điểm sau mổ càng thấp thì chất lượng cuộc sống càng tốt.^{12,13}

- Mức độ ra mồ hôi và ảnh hưởng của bệnh lên chất lượng cuộc sống theo Krasna

Bảng 1. Phân độ tăng tiết mồ hôi theo Krasna

Đặc điểm	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3
Độ ẩm	Không hoặc ướt nhẹ	Bàn tay ẩm	Ướt đẫm bàn tay	Ướt nhiều, nhỏ thành giọt
Chất lượng cuộc sống	Bình thường	Phiền toái	Khó chịu trong sinh hoạt	Sợ hãi tiếp xúc hay giao tiếp
Test trên giấy thấm	(-)	(+)	(++)	(+++)

**Hình 1. Khám lâm sàng và trị trí đặt trocar.**

(A) Khám ra mồ hôi tay mức độ 3 (chảy nhỏ giọt) và
(B) Vị trí 2 trocar 5mm trên thành ngực. Nguồn ảnh của tác giả

Quy trình phẫu thuật:

Bước 1: Gây mê và tư thế bệnh nhân

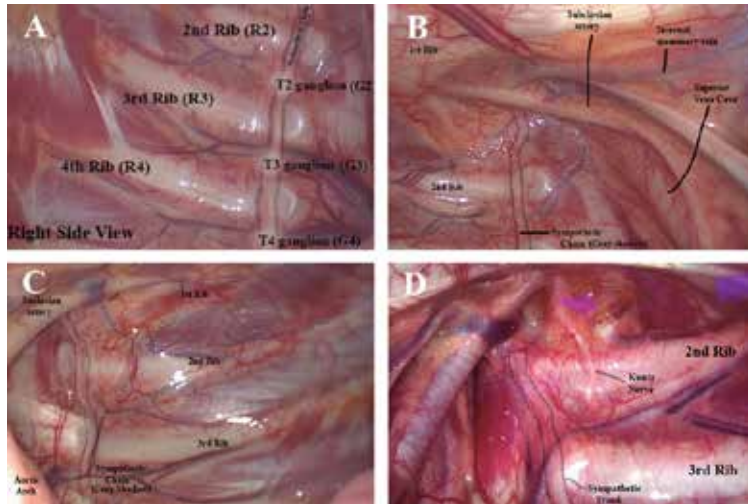
Gây mê nội khí quản một nồng. Bệnh nhân nằm ngửa, dạng hai tay. Giàn mổ nội soi được đặt ở phía dưới chân người bệnh.

Bước 2: Đặt trocar:

Hai trocar 5mm vị trí liên sườn 3 và 5 đường nách giữa. Vị trí các lỗ trocar có thể thay đổi theo tình huống cụ thể và thói quen của phẫu thuật viên.

Bước 3: Xẹp phổi, xác định và hủy chuỗi hạch giao cảm

Dùng dụng cụ vén phổi làm xẹp phổi bộc lộ vùng đỉnh phổi, phía sau trung thất. Xác định vị trí chuỗi hạch giao cảm, các cơ quan liên quan. Chuỗi hạch giao cảm là chỗ giao nhau của khớp xương sườn và mòm ngang đốt sống ngực. Xác định xương sườn II bằng mốc nhìn thấy nhóm cơ gian sườn trên cùng có nguyên ủy ở bờ dưới xương sườn I, bám tận vào bờ trên xương sườn II.

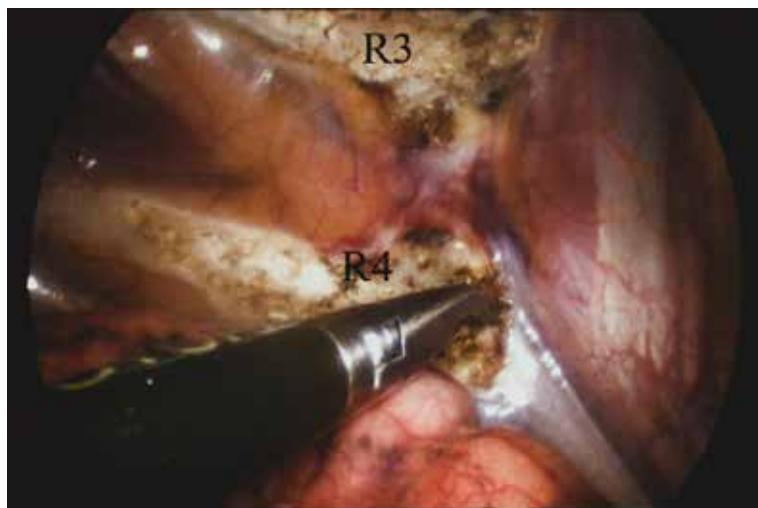


Hình 2. Giải phẫu liên quan chuỗi hạch giao cảm ngực cao. Nguồn: Vannucci 2017.¹

(A, B) Chuỗi hạch giao cảm ngực phải, (C) Chuỗi hạch giao cảm ngực trái, (D) Nhanh thần kinh Kuntz ngực trái. (1st, 2nd, 3rd tương ứng là thứ nhất, thứ hai, thứ ba; Rib xương sườn; Aortic Arch quai động mạch chủ; Kuntz Nerve thần kinh Kuntz; Sympathetic Chain chuỗi hạch giao cảm; Subclavian artery động mạch dưới đòn; Internal mammary vein tĩnh mạch vú trong; Superior vena cava tĩnh mạch chủ trên)

Bước 4: Cho nở phổi và đóng các lỗ vào ngực

Cắt đứt chuỗi hạch giao cảm trên xương sườn II, III và IV tùy vào vị trí ra mồ hôi trên lâm sàng bằng đốt điện đơn cực (Hình 3).



Hình 3. Kỹ thuật đốt chuỗi hạch giao cảm ngực

Kiểm tra chảy máu và bóp bóng đuổi khí, làm phòng phổi, rút các trocar và khâu da. Sau đó, phẫu thuật viên di chuyển sang đốt hạch bên đối diện. Sau mổ, người bệnh được sử

dụng kháng sinh, thuốc giảm đau. Trước khi ra viện, người bệnh được chụp Xquang ngực để đánh giá tràn máu tràn khí màng phổi.

Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân FPT. eHospital được cài đặt trên máy tính, của Bệnh viện Bạch Mai để tra cứu ngày vào viện, ngày ra viện. Các biến liên tục được biểu thị dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn và so sánh giá trị trung bình bằng kiểm định t-test. Các biến phân loại được biểu thị dưới dạng số (tỷ lệ phần trăm) và được đánh giá bằng cách sử dụng phép thử Chi-square hoặc phép thử chính xác của Fisher. Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0

(SPSS Inc., Chicago, IL). Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai. Quyết định số 2919/QĐ-BM, mã số: BM-2017-934-113.

III. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 1/2021 đến 12/2022, 165 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm ngực hai bên để điều trị bệnh tăng tiết mồ hôi tay.

Bảng 2. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi, $\bar{X} \pm SD$ (min – max)	25,4 \pm 6,1 (16 - 44)
Giới (nam/nữ), n (%)	74 (44,9)/91 (55,1)
Nghề nghiệp, n (%)	
Học sinh, sinh viên	69 (41,8)
Nông dân	50 (30,3)
Công chức	42 (25,4)
Nội trợ	4 (2,5)
Tuổi khởi phát bệnh: từ nhỏ/sau dậy thì, n(%)	154 (93,3)/11 (6,7)
Mức độ ra mồ hôi	
Độ II (ẩm ướt)	12 (7,2)
Độ III (ướt sũng)	60 (36,3)
Độ IV (nhỏ giọt)	93 (56,5)

Người bệnh thường ở người trẻ, độ tuổi trung bình 25,4 tuổi, gặp ở cả hai giới với tỷ lệ gần tương đương nhau. 93,3% các trường hợp

ra mồ hôi từ nhỏ. Mức độ ra mồ hôi nhiều độ II, III, IV lần lượt là 7,2%, 36,3% và 56,5%.

Bảng 3. Đặc điểm kỹ thuật và kết quả sớm

Đặc điểm	Kết quả
Đặt 2 trocar 5 mm, n (%)	165 (100)

Đặc điểm	Kết quả
Hạch giao cảm được đốt, N2-3/N2-3-4, n (%)	
Bên phải	27 (16,3)/138 (83,7)
Bên trái	23 (13,9)/142 (86,1)
Kết quả trong mổ và sau mổ	
Thời gian mổ, $\bar{X} \pm SD$ (min – max)	24,6 \pm 5,4 (14 - 35)
Nhiễm trùng vết mổ, n (%)	2 (1,2)
Ra mổ hồi bù, n (%)	152 (92,1)
Ra mổ hồi bù mức độ nặng, n (%)	50 (30,3)
Tràn máu tràn khí khoang màng phổi, n (%)	0 (0)

Tất cả các ca bệnh đều được đặt 2 trocar 5mm để vào khoang màng phổi (100%). Chuỗi hạch giao cảm được đốt nhóm R2+R3 và nhóm R2+R3+R4 ở bên phải và bên trái lần lượt là 16,3% so với 83,7%; 13,9% so với 86,1%. Không biến chứng trong khoang màng phổi. 30,3% các ca mổ ra mổ hồi bù trừ mức độ nặng.

Bảng 4. Chất lượng cuộc sống trước mổ và ít nhất 30 ngày sau mổ

CLCS sau mổ	Trước mổ, n (%)		Sau mổ, n (%)		p-value
Rất kém	25 (15,1)		Tốt hơn nhiều	133(80,9)	0,010
Kém	112 (67,8)		Tốt hơn một chút	30 (18,1)	
Tốt	23 (13,9)		Tệ hơn một chút	2 (1)	
Rất tốt	5 (23,2)				
So sánh điểm chất lượng cuộc sống, $\bar{X} \pm SD$ (min - max)					
Tổng (n = 165)	86,6 \pm 9,7 (43 - 100)		37,02 \pm 5,4 (20 - 47)		0,000
Độ 1 (n ₁ = 13)	83,8 \pm 7,7 (68 - 93)		39 \pm 3,7 (33 - 43)		0,001
Độ 2 (n ₂ = 60)	84,3 \pm 11,8 (43 - 100)		37,4 \pm 5,8 (23 - 45)		0,000
Độ 2 (n ₃ = 92)	88,5 \pm 8,2 (73 - 100)		36,5 \pm 5,3 (20 - 47)		0,000
Mức độ hài lòng sau phẫu thuật					0,799
Vô cùng hài lòng (n = 115)			37,1 \pm 5,7 (20 - 47)		
Hài lòng một phần, không hài lòng (n = 50*)			36,8 \pm 4,7 (24 - 43)		

CLCS chất lượng cuộc sống, n_i là số bệnh nhân bị ra mổ hồi tay mức độ i (i = 1, 2, 3),

*Không hài lòng = 2

Điểm chất lượng cuộc sống được cải thiện rõ rệt giữa trước và sau mổ (86,6 vs 37,02, $p = 0,000$). Tỷ lệ người bệnh vô cùng hài lòng, hài lòng một phần và không hài lòng lần lượt là 69,7%, 29,1% và 1,2%. Chất lượng cuộc sống của người bệnh không khác biệt giữa nhóm vô cùng hài lòng và nhóm hài lòng một phần và không hài lòng ($p = 0,799$)

IV. BÀN LUẬN

Tăng tiết mồ hôi khu trú nguyên phát được định nghĩa là đổ mồ hôi quá mức, hai bên và tương đối đối xứng, xảy ra ở ít nhất một trong các vị trí như ở nách, lòng bàn tay, lòng bàn chân hoặc vùng sọ mặt. Tỷ lệ gặp khoảng 1% đến 2% dân số, gặp ở cả nam và nữ và có yếu tố di truyền.^{1,2} Tình trạng tăng tiết mồ hôi khu trú thường ảnh hưởng đến hiệu quả công việc, tâm lý, thể chất và có thể dẫn đến sự kỳ thị của xã hội. Bệnh lý này có đặc điểm là thường xuất hiện ít nhất 6 tháng mà không rõ nguyên nhân kèm theo ít nhất hai trong số các đặc điểm sau:

- (i) Tăng tiết mồ hôi ở cả hai bên bàn tay;
- (ii) Ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày;
- (iii) Tần suất ít nhất một lần mỗi tuần;
- (iv) Tuổi khởi phát dưới 25 tuổi;
- (v) Có tiền sử gia đình; và
- (vi) Ngừng đổ mồ hôi khu trú trong khi ngủ.¹¹

Ngược lại, tăng tiết mồ hôi thứ phát hay gặp ở tuổi trưởng thành liên quan đến một số bệnh lý khác như béo phì, cường giáp, đái tháo đường, rối loạn tiền mãn kinh, u thần kinh nội tiết, khối u ác tính về máu, chấn thương tủy sống, bệnh lao. Tăng tiết mồ hôi thứ phát cũng có thể do sử dụng một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc chống trầm cảm. Bệnh nhân mắc chứng tăng tiết mồ hôi thứ phát không nên phẫu thuật và phải được điều trị lâm sàng phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra tình trạng tăng tiết mồ hôi.¹

Thực tế, chúng tôi thường bắt đầu đốt hạch giao cảm ở bên ngực cùng phía với tay thuận của người bệnh và ở bên ngực được cho là dễ dàng hơn. Vì nếu có bất kỳ biến chứng bất ngờ nào xảy ra khiến cuộc phẫu thuật không thể tiếp tục được, thì ít nhất tay bên thuận hoặc ít nhất một bên ra mồ hôi nhiều được điều trị.¹ Chúng tôi để người bệnh nằm ngửa với cánh tay dạng 90 - 110°, đầu cao 30 - 40°, nghiêng về bên đối diện khi đốt hạch. Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được gây mê nội khí quản với ống nội khí quản một nòng. Chính vì vậy, bác sĩ gây mê cần phải có kinh nghiệm để phối hợp với phẫu thuật viên, kiểm soát O₂ của bệnh nhân, xen kẽ các khoảng thời gian ngưng thở ngắn trong khi đốt hạch giao cảm. Tư thế người bệnh có thể nằm sấp.

Cách tiếp cận phổ biến nhất là phẫu thuật nội soi lồng ngực qua một đường rạch hoặc hai đường rạch.^{3,10,14} Sử dụng hai trocar 5 mm là phương pháp mà chúng tôi lựa chọn cho nghiên cứu này. Ở một số nghiên cứu, cổng camera được đặt ở khoang liên sườn thứ tư hoặc thứ năm bên dưới rãnh tuyến vú ở phụ nữ hoặc xung quanh quầng vú ở nam giới cũng mang lại kết quả tốt về phương diện thẩm mỹ.^{1,14} Cổng thứ hai được đặt ở khoang liên sườn thứ ba, ở đáy hố nách.¹⁴ Dù dụng cụ và kỹ thuật nào được sử dụng thì quan trọng nhất vẫn là xác định chính xác hạch giao cảm nào cần được cắt/đốt. Lựa chọn triệt hạch giao cảm nào cần phải dựa vào vị trí tăng tiết mồ hôi trên cơ thể người bệnh, đồng thời phải hạn chế biến chứng và tình trạng ra mồ hôi bù sau mổ. Theo y văn, càng nhiều thân giao cảm bị cắt/đốt thì nguy cơ ra mồ hôi bù sẽ càng cao.^{1,5,6} Bệnh nhân của chúng tôi đều phải được thông báo đầy đủ về các rủi ro, biến chứng cũng như tác dụng không mong muốn trước khi quyết định có phẫu thuật hay không. Mặc dù vẫn còn một số tranh luận về mức độ đốt chuỗi giao cảm ngực.

Theo đồng thuận của Hiệp hội các Bác sĩ phẫu thuật lồng ngực (STS) đã đề xuất các cách tiếp cận như sau¹⁵:

(i) Đốt hạch R3 và R4 có tỉ lệ điều trị khỏi bệnh cao nhất, khô tay hoàn toàn nhưng nguy cơ ra mồ hôi bù cao hơn;

(ii) Đốt hạch R4 thì mức giảm tiết mồ hôi tay ít, tay vẫn còn ẩm nhưng tỉ lệ ra mồ hôi bù thấp. Lựa chọn này phù hợp với những bệnh nhân bị tăng tiết mồ hôi ở lòng bàn tay mức độ nhẹ;

(iii) Những bệnh nhân tăng tiết mồ hôi ở lòng bàn tay đơn độc cũng có thể đốt R3 đơn thuần;

(iv) Đối với chứng tăng tiết mồ hôi ở nách đơn độc, STS khuyến nghị nên áp dụng các phương thức điều trị khác trước khi phẫu thuật cắt bỏ hạch giao cảm vì tỉ lệ thành công thấp.

Tuy nhiên, nếu ETS được chỉ định, thì đốt hạch R4 - R5. Chiến lược tương tự có thể được áp dụng cho những bệnh nhân bị tăng tiết mồ hôi ở lòng bàn tay-nách và lòng bàn tay-nách-bàn chân; (v) Đối với ra mồ hôi nhiều ở đầu mặt, lựa chọn điều trị là đốt hạch mức R2 - R3 hoặc R3.¹⁵

Khi đốt hạch giao cảm ngực cần lưu ý hai cấu trúc giải phẫu. Thứ nhất, cần phải tránh đốt phải hạch sao (hạch cổ ngực do hạch cổ dưới và hạch ngực 1 tạo nên) gây ra hội chứng Horner, gặp từ 0,13% đến 1%.^{1,12} Do liệt giao cảm mất nên gây ra tình trạng co nhỏ đồng tử, sụp mí và giảm tiết mồ hôi vùng mặt bên tổn thương. Hạch sao nhận các nhánh thông trắng từ thần kinh ngực 1, và cho các nhánh thông xám đến thần kinh cổ 8 và thần kinh ngực 1. Về lý thuyết, nếu chỉ các nhánh thông trắng phát xuất từ thần kinh ngực 1 và 2 và phần thân giao cảm bên trên không bị cắt, hội chứng Horner không xảy ra.¹⁶ Hạch sao hầu hết nằm ở phía trước rãnh mỏm ngang C7 và cổ sườn 1 (65%), chỉ 35% nằm dưới bờ trên sườn 2. Do đó, phẫu thuật viên phải cẩn thận khi cắt thần kinh giao cảm ở bờ trên sườn 2. Thứ hai: cần phải cắt

đứt các dây thần kinh Kuntz (nhánh nối thần kinh giao cảm 2 với thần kinh ngực 1).^{15,16} Các nhánh nối này hoạt động như một con đường thần kinh thay thế cho đám rối cánh tay, người bệnh sẽ bị tăng tiết mồ hôi dai dẳng sau ETS. Tỷ lệ gặp của nhánh dây thần kinh Kuntz dao động từ 38% đến 75%.¹⁵⁻¹⁶ Theo nghiên cứu của Dương Văn Hải (2015), khoảng cách ngang xa nhất từ chuỗi hạch giao cảm ngực tới điểm nối xa nhất của các nhánh phụ với thần kinh liên sườn 2 đến 4 là 29,1 mm.¹⁶ Do vậy, để đạt kết quả tốt trong phẫu thuật, nên đốt bề mặt các xương sườn 2, 3, 4 cách chuỗi giao cảm ít nhất từ 2 đến 3cm.^{1,16} Theo dõi hiệu quả điều trị ngay sau đốt bằng đo nhiệt độ ở lòng bàn tay. Nếu nhiệt độ bàn tay tăng 1°C ngay sau khi thực hiện ETS là đạt hiệu quả.^{3,6,9} Một phương pháp khác thay thế cho việc theo dõi nhiệt độ, có thể sử dụng siêu âm doppler để đánh giá tình trạng giãn mạch do giảm trương lực giao cảm.¹ Do hạn chế của các phương tiện sẵn có mà chúng tôi không ghi nhận được các thông số này ngay sau mổ.

ETS là một phẫu thuật ít biến chứng.^{3,4,6,9} Các biến chứng phẫu thuật rõ ràng nhất có thể là tổn thương phổi, tràn khí màng phổi, chảy máu nặng, tràn dịch màng phổi và tổn thương dây thần kinh hoành. Các biến chứng này có thể ngăn ngừa bằng phẫu thuật tỉ mỉ và cẩn thận. Nhịp tim chậm, nếu xảy ra, thường không có triệu chứng và không liên quan về mặt lâm sàng ở gần như tất cả bệnh nhân. Tuy nhiên, một số vận động viên chuyên nghiệp thành tích cao có thể bị ảnh hưởng thể chất và phải được cảnh báo về nguy cơ này trước khi phẫu thuật. Ra mồ hôi bù trừ là tình trạng đổ mồ hôi quá nhiều tại vị trí khác trên cơ thể.^{1,18} Tỷ lệ ra mồ hôi bù giao động từ 3% đến 98%.^{1,5,6} Nó có thể xảy ra ở bất cứ đâu trên cơ thể, nhưng vùng bụng, ngực, lưng, đùi và/hoặc háng có nhiều khả năng bị ảnh hưởng hơn.^{1,18} Ra mồ hôi bù được phân loại thành ba mức độ:

(i) Mức nhẹ được đặc trưng bởi một lượng mồ hôi nhỏ, không chảy và có thể chịu được, được bắt đầu bởi các tác nhân thông thường - nhiệt độ môi trường xung quanh, căng thẳng, hoạt động thể chất - mà không làm bệnh nhân xấu hổ hoặc không cần thay quần áo;

(ii) Mức vừa khi lượng mồ hôi nhiều hơn và nhỏ giọt;

(iii) Mức nặng xảy ra khi lượng mồ hôi ra nhiều, chảy nhiều và cần thay một hoặc nhiều quần áo.

Để điều trị giảm triệu chứng, thuốc kháng cholinergic (oxybutynin), benzodiazepin và thuốc chẹn beta có thể hữu ích, trong khi nên tránh các loại thuốc kích thích đồ mồ hôi khác (rượu và thuốc chống trầm cảm, trong số nhiều loại khác).

Bộ câu hỏi được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ (QoL - Quality of Life) đóng vai trò cực kỳ quan trọng ở bệnh nhân tăng tiết mồ hôi, phản ánh hiệu quả của phương pháp điều trị. Bộ câu hỏi này bao gồm các khía cạnh thể chất, chức năng, tâm lý, cảm xúc, xã hội và nghề nghiệp.^{12,19} Nghiên cứu của Campos, tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt hơn so với giai đoạn trước điều trị sau 30 ngày, 5 năm và 10 năm sau mổ lần lượt là 92%, 90,6% và 90,7%.¹⁹ Nghiên cứu của Wolosker (2022) trên 2431 bệnh nhân, tỷ lệ các chuỗi hạch giao cảm được đốt để điều trị ra mồ hôi tay và nách lần lượt là 4,2% R2, 15,2% R2+R3, 35% R3, 11% R3+R4, 24,5% R4. Hiệu quả điều trị cho thấy tỷ lệ hết ra mồ hôi ở tay và nách lần lượt là 94,4% và 90,5%; mức độ hài lòng > 90% là 91,4%; chất lượng cuộc sống tốt đạt 94,7%. Tuy nhiên, tỷ lệ ra mồ hôi bù là 89,3% (22,1% mức độ nặng). Mức độ ra mồ hôi bù mức độ vừa và nặng gặp nhiều ở nhóm đốt chuỗi hạch R2 (36% và 37%), nhóm R2+R3 (38,3% và 35,6%). Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh không hài lòng

và hài lòng một phần do ra mồ hôi bù cũng vào khoảng 30%. Tuy nhiên, điểm chất lượng cuộc sống của 2 nhóm này cũng không có sự khác biệt ($p = 0,799$) (Bảng 4). Nghiên cứu của Dougru (2019) trên 165 bệnh nhân cho kết quả chất lượng cuộc sống của người bệnh được đốt chuỗi hạch T2-T4 kém hơn nhóm người bệnh được đốt hạch T3-T4 hoặc chỉ T3.²⁰ Các kết quả trên cho thấy, ETS là một phẫu thuật mang lại hiệu quả điều trị cũng như chất lượng cuộc sống tốt sau mổ.

Mặc dù nghiên cứu cho kết quả gần rất tốt, gần như không có biến chứng với thời gian nằm viện ngắn, mức độ hài lòng, chất lượng cuộc sống đã được ghi nhận. Tuy nhiên, nghiên cứu này còn có một số hạn chế. *Thứ nhất*, chúng tôi chưa khảo sát được hiệu quả điều trị của từng chuỗi giao cảm được đốt.^{5,6} *Thứ hai*, kết quả theo dõi xa sau 1 năm, 2 năm và lâu hơn chưa được ghi nhận. *Thứ ba*, mức độ ảnh hưởng của ra mồ hôi bù đến chất lượng cuộc sống chưa được đánh giá một cách đầy đủ.⁵ Các hạn chế này cần được tiếp tục nghiên cứu trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm ngực (ETS) là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống sau mổ của bệnh nhân ra mồ hôi tay. Mặc dù vậy, tỷ lệ ra mồ hôi bù mức độ nặng vẫn còn cao (30,3%). Do đó, giảm tỷ lệ ra mồ hôi bù cũng như tác động tiêu cực của tình trạng ra mồ hôi bù cần tiếp tục được nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vannucci F and Araujo JA. Thoracic sympathectomy for hyperhidrosis: from surgical indications to clinical results. *J Thorac Dis* 2017; 9: S178-S192. 2017/04/28. DOI: 10.21037/jtd.2017.04.04.
2. Ro KM, Cantor RM, Lange KL, et al.

Palmar hyperhidrosis: evidence of genetic transmission. *J Vasc Surg* 2002; 35: 382-386. 2002/02/21.

3. Phạm Duy Hiền, Nguyễn Văn Linh, Đỗ Mạnh Hùng. Phẫu thuật nội soi một đường rạch điều trị bệnh đả tiết mồ hôi tay ở trẻ em. *Tạp chí nghiên cứu và thực hành nhi khoa* 2017; 1: 43 - 47.

4. Lê Quốc Việt và cộng sự. Cắt hạch giao cảm ngực qua nội soi, phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị chứng tăng tiết mồ hôi tay. *Tạp chí Nghiên cứu Y học TP Hồ Chí Minh* 2004; 9: 446 - 450.

5. Wolosker N, de Campos JRM, Kauffman P, et al. Cohort study on 20 years' experience of bilateral video-assisted thoracic sympathectomy (VATS) for treatment of hyperhidrosis in 2431 patients. *Sao Paulo Med J* 2022; 140: 284-289. 2022/02/24.

6. Vanaclocha V, Guijarro-Jorge R, Saiz-Sapena N, et al. Selective T(3)-T(4) sympathectomy versus gray ramicotomy on outcome and quality of life in hyperhidrosis patients: a randomized clinical trial. *Sci Rep* 2021; 11: 17628. 2021/09/04.

7. Wolosker N, de Campos JR, Kauffman P, et al. Evaluation of quality of life over time among 453 patients with hyperhidrosis submitted to endoscopic thoracic sympathectomy. *J Vasc Surg* 2012; 55: 154-156. 2011/11/04.

8. Wei Y, Xu ZD and Li H. Quality of life after thoracic sympathectomy for palmar hyperhidrosis: a meta-analysis. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2020; 68: 746-753. 2020/05/12.

9. Vương Hùng, Trần Ngọc Lương, Trần Hiếu Học và cộng sự. Điều trị ra mồ hôi tay nhiều (Hyperhidrosis) bằng cắt hạch giao cảm ngực qua nội soi. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2002; 7: 21 - 25.

10. Nguyễn Ngọc Bích, Trần Hiếu Học, Trần Vinh, và cộng sự. Kết quả điều trị ra nhiều mồ hôi tay, nách, mặt bằng nội soi ngực (500 trường hợp). *Tạp chí Y học Việt Nam* 2006; 2: 400 - 407.

11. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, et al. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 274-286. 2004/07/29.

12. de Campos JR, Kauffman P, Werebe Ede C, et al. Quality of life, before and after thoracic sympathectomy: report on 378 operated patients. *Ann Thorac Surg* 2003; 76: 886-891. 2003/09/10.

13. Soares TJ, Dias PG and Sampaio SM. Impact of Video-Assisted Thoracoscopic Sympathectomy and Related Complications on Quality of Life According to the Level of Sympathectomy. *Ann Vasc Surg* 2020; 63: 63-67 e61. 2019/10/20.

14. Nachira D, Meacci E, Congedo MT, et al. Rib-oriented Thoracoscopic Sympathetic Surgery for Hyperhidrosis: Prospective Long-term Results and Quality of Life. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2021; 31: 307-312. 2021/02/20.

15. Cerfolio RJ, De Campos JR, Bryant AS, et al. The Society of Thoracic Surgeons expert consensus for the surgical treatment of hyperhidrosis. *Ann Thorac Surg* 2011; 91: 1642-1648. 2011/04/29.

16. Dương Văn Hải, Trần Vĩnh Hưng. Giải phẫu học chuỗi hạch giao cảm ngực trên. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh* 2015; 19: 292 - 296.

17. Ramsaroop L, Singh B, Moodley J, et al. Anatomical basis for a successful upper limb sympathectomy in the thoracoscopic era. *Clin Anat* 2004; 17: 294-299. 2004/04/27.

18. Zhang D, Zhuang W, Lan Z, et al. Long-term follow-up in quality of life before and after endoscopic thoracic sympathectomy in 367

patients with palmar hyperhidrosis. *Ann Palliat Med* 2022; 11: 1961-1968. 2022/01/13.

19. de Campos JR, da Fonseca HV and Wolosker N. Quality of Life Changes Following Surgery for Hyperhidrosis. *Thorac Surg Clin* 2016; 26: 435-443. 2016/10/04.

20. Dogru MV, Sezen CB, Girgin O, et al. Is there any relationship between quality of life and the level of sympathectomy in primary palmar hyperhidrosis? Single-center experience. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2020; 68: 273-279. 2019/09/23.

Summary

LONG-TERM FOLLOW-UP IN THE QUALITY OF LIFE PRE AND POST ENDOSCOPIC THORACIC SYMPATHECTOMY IN 165 PALMAR HYPERHIDROSIS PATIENTS

Palmar hyperhidrosis (PH) deteriorates patient's quality of life (QoL). Endoscopic thoracic sympathectomy (ETS) is a proven therapy option for PH. We aimed to investigate the short-term outcome of ETS by comparing their preoperative and postoperative QoL. This study enrolled 165 patients with PH who underwent ETS between January 2020 and December 2022 at Bachmai Hospital. All patients were surveyed with a questionnaire adapted from the Campos Quality-of-life Questionnaire for Evaluation of Hyperhidrosis and compared to their preoperative results. Grade II, III, and IV hyperhidrosis were 7.2%, 36.3% and 56.5%, respectively. The sympathetic group burned R2+R3, R2+R3+R4 on the right side was 16.3% vs 83.7%, and on the left was 13.9% vs 86.1%. Compensatory hyperhidrosis (CH) and severe CH occurred in 92.1% and 30.3%, respectively. There was a difference in QoL before and after surgery (86.6 vs 37.02, $p = 0.000$). The extremely satisfied, partially satisfied and not satisfied rates were 69.5%, 29.5% and 1%, respectively. The patient's QoL did not differ between the extremely satisfied and partially satisfied + dissatisfied groups ($p = 0.799$). Conclusions: ETS appears to be a safe and effective treatment for PH. Improvement in QoL sustained for a long-term period after receiving ETS.

Keywords: Hyperhidrosis, Patient Satisfaction, Quality of Life, Ribs, Sympathectomy, Thoracic Surgery.