

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT HOÀN TOÀN U TRUNG THẮT Ở BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH

Phạm Thanh Minh¹, Nguyễn Phúc Diện¹ và Hồ Huỳnh Uy Tài^{2,✉}

¹Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn (trọn) u trung thất là phương pháp ít xâm lấn để bóc tách và cắt bỏ khối u lồng ngực. Nghiên cứu hồi cứu 67 ca phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn u trung thất tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch để đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi. Nam giới chiếm 47,8%, u trung thất trước chiếm 53,7% và 62,7% thực hiện phương pháp phẫu thuật nội soi 2 lỗ. Thời gian phẫu thuật trung vị là 80 phút, lượng máu mất trung vị là 50 ml và 9% xảy ra biến chứng (chuyển mổ hở). Thời gian hậu phẫu trung vị là 7 ngày và chịu ảnh hưởng bởi phương pháp phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt hoàn toàn u trung thất là phương pháp an toàn, hiệu quả. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp và kiểm soát tốt chảy máu có vai trò quan trọng trong cải thiện kết quả điều trị.

Từ khóa: U trung thất, phẫu thuật nội soi lồng ngực, thời gian điều trị hậu phẫu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U trung thất là một trong những bệnh lý nghiêm trọng tại vùng trung thất, bệnh phát triển âm thầm và thường biểu hiện với các triệu chứng đau ngực, ho, khó thở khi chèn ép phổi/tim. Việc điều trị cần phải được thực hiện sớm và phẫu thuật đóng vai trò là phương pháp điều trị chủ yếu. Phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS) ngày càng được áp dụng rộng rãi với một lỗ thao tác và một hay nhiều lỗ tử-rô-ca hỗ trợ, đồng thời VATS có nhiều ưu điểm như hiệu quả điều trị tốt, giảm đau sau mổ, ít biến chứng và thẩm mỹ. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã ghi nhận tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này trong điều trị u trung thất.^{1,2} Ở một số trung tâm phẫu thuật lồng ngực trong nước cũng đã báo cáo kết quả khả quan như Bệnh viện Việt Đức, Quân Y 103, Chợ Rẫy...³⁻⁵

Tuy nhiên, các bệnh viện chuyên khoa hô

hấp tại Việt Nam vẫn còn hạn chế các nghiên cứu đánh giá toàn diện kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn u trung thất. Ngoài ra, các nghiên cứu trong nước cũng còn thiếu những dữ liệu về các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật như chảy máu trong mổ, thời gian nằm viện và biến chứng sau mổ.

Nhằm góp phần bổ sung thêm dữ liệu thực tiễn về hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn u trung thất, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn u trung thất ở Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch”. Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn u trung thất ở Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn u trung thất tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Lấy cả các ca phải chuyển sang phương pháp phẫu thuật khác.

Tác giả liên hệ: Hồ Huỳnh Uy Tài

Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Email: bacsith@gmail.com

Ngày nhận: 16/03/2026

Ngày được chấp nhận: 31/03/2026

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn u trung thất.
- Có đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu trong hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chỉ cắt bỏ một phần u.
- Có cắt thùy phổi cùng lúc.
- Tiền căn u ác tính trong lồng ngực.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Địa điểm nghiên cứu tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch và thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2024 đến tháng 3/2025 (thời gian các ca bệnh được thu thập 01/2022 đến tháng 01/2024).

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Vì thiết kế nghiên cứu là mô tả hàng loạt ca nên chúng tôi tiến hành lấy mẫu tất cả các trường hợp thỏa tiêu chí chọn mẫu trong khoảng thời gian từ tháng 10/2024 đến hết tháng 03/2025, có 67 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm chung gồm tuổi, giới, bệnh lý mạn tính, vị trí u trung thất. Thông tin phẫu thuật gồm phương pháp phẫu thuật (VATS 1,2,3,4 lỗ), biến chứng trong phẫu thuật (chảy máu nhiều, không thể bóc tách khối u...), thời gian phẫu thuật (tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến lúc đóng da kết thúc, đơn vị phút), lượng máu mất của ca phẫu thuật (được ghi nhận từ biên bản phẫu thuật và phiếu gây mê bao gồm lượng máu trong bình hút + Lượng máu thấm trong gạc + Thê tích máu đông được lấy ra (nếu có)) và đặc điểm của u (thành phần u, tình trạng xâm lấn và đặc điểm giải phẫu bệnh). Biến số kết cuộc là thời gian nằm viện hậu phẫu.

Chỉ định phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn u trung thất: Chúng tôi dựa trên đánh giá hình ảnh học (CT và/hoặc MRI). Áp dụng cho các vị

trí u trung thất (trước, giữa, sau), đối với u dạng đặc được chỉ định khi kích thước < 6 cm và đối với u dạng nang có thể chỉ định khi kích thước lớn hơn vì có thể hút dịch để làm giảm thể tích. Vôi hóa không phải là tiêu chí chống chỉ định nhưng có thể tiên lượng thời gian mổ sẽ kéo dài. U không xâm lấn các cấu trúc quan trọng trong lồng ngực.

Chống chỉ định phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn u trung thất: Gồm các u không phù hợp với tiêu chuẩn trên và các trường hợp khác như phổi dính nhiều vào thành ngực do tiền sử phẫu thuật lồng ngực hoặc lao/mủ màng phổi. Khoang lồng ngực hẹp hoặc biến dạng lồng ngực (gù vẹo cột sống).

Kỹ thuật phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu

Bước 1 – (Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)
Tất cả các ca đều được hội chẩn duyệt mổ đầy đủ theo quy định. Bệnh nhân sau đó sẽ được hoàn tất các chỉ định cận lâm sàng, khám tiền mê, được giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, chỉ định can thiệp, nguy cơ và lợi ích của phẫu thuật.

Bước 2 – (Thực hiện phẫu thuật) Bệnh nhân được gây mê sử dụng ống nội khí quản hai nòng. Sau gây mê, bệnh nhân được đặt nằm cố định nghiêng sang bên đối diện 45 độ đối với u trung thất trước, giữa và 90 độ nếu là u trung thất sau. Đường thao tác đặt ở liên sườn 4 hoặc 5, từ 2 cm – 6 cm. Nếu u ở trung thất trước, đường thao tác đi từ đường nách giữa đến đường nách sau. Nếu u ở trung thất sau, đường thao tác đi giữa đường nách trước đến đường nách giữa. Số lỗ trocar sẽ được lựa chọn phụ thuộc vào kích thước u và mức độ khó khăn trong thao tác phẫu thuật.

Bước 3 – (Bóc tách khối u trung thất) Đối các khối đặc, lớn thì sử dụng dao siêu âm hoặc dao điện phẫu tích toàn bộ diện u tiếp xúc với các thành phần trong trung thất và có thể cắt từng phần khối u đối với u trung thất sau. Trong

trường hợp gặp các khối nang trung thất to, chọc hút bớt dịch trong nang sau đó phẫu tích lấy toàn bộ nang. Các mạch máu nuôi u được kiểm soát chủ động bằng cặp clip, cắt bằng dao siêu âm, nếu mạch máu nuôi u lớn thì cột bằng chỉ soir hoặc khâu tăng cường.

Bước 4 – (Lấy bệnh phẩm ra khỏi lồng ngực) Bệnh phẩm sẽ được lấy ra khỏi lồng ngực bằng cách đưa vào một túi nilon chuyên dụng. Với một số u trung thất đặc, lớn thì có thể cắt nhỏ u trong túi để dễ dàng lấy u ra.

Quy trình tiến hành nghiên cứu: Bước 1: Tìm danh sách bệnh nhân u trung thất dựa vào mã ICD; Bước 2: Lọc tìm hồ sơ bệnh án theo danh sách và chọn các hồ sơ bệnh án theo tiêu chuẩn chọn lựa và tiêu chuẩn loại trừ; Bước 3: Thu thập các thông tin từ hồ sơ bệnh án và điền vào phiếu thu thập thông tin của nghiên cứu;

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung (n = 67)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Giới tính</i>		
Nam	32	47,8%
Nữ	35	52,2%
<i>Nhóm tuổi</i>		
≤ 40 tuổi	16	23,9%
40 – 60 tuổi	39	58,2%
> 60 tuổi	12	17,9%
Tuổi trung bình – Độ lệch chuẩn	47,9 ± 13,9 ^a	
Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất (tuổi)	19 – 83	
<i>Các bệnh lý mạn tính đi kèm</i>		
Có	11	16,4%
Tăng huyết áp	11	16,4%
Đái tháo đường	3	4,5%
Không	56	83,6%

Bước 4: Phân tích kết quả nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu

Nhập liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được viết dưới dạng các giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến định tính được mô tả dưới dạng tần số, tỷ lệ %. Dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher cho biến định tính và T-test độc lập (phân phối chuẩn) hoặc Mann–Whitney test (phân phối không chuẩn) cho biến định lượng để kiểm định mối liên quan với biến số kết cuộc là thời gian nằm viện hậu phẫu. Kết quả thu được có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua sự chấp thuận của Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch theo quyết định số 604/QĐ-PNT ngày 13 tháng 9 năm 2024.

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Vị trí u trung thất</i>		
U trung thất trước	36	53,7%
U trung thất giữa	14	20,9%
U trung thất sau	17	25,4%

a: *phân phối chuẩn*

Bảng 2. Thông tin phẫu thuật

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
<i>Phương pháp phẫu thuật</i>		
Nội soi 1 lỗ	2	3%
Nội soi 2 lỗ	42	62,7%
Nội soi 3 lỗ	22	32,8%
Nội soi 4 lỗ	1	1,5%
<i>Biến chứng phẫu thuật</i>		
Có (chuyển mổ mở)	6	9%
Bóc tách khó	4	6%
Mất máu nhiều	2	3%
Không	61	91%
	Trung vị	Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	80 ^a (60 – 105)	30 – 210
Lượng máu mất (ml)	50 ^a (10 – 200)	10 – 1300

a: *phân phối không chuẩn*

Mất máu phải truyền máu 2 trường hợp, một trường hợp u lao trung thất, mất máu 1300ml, một trường hợp carcinoma tế bào mầm, mất máu 800ml. Chuyển mổ mở: 6 trường hợp, do dính nhiều, khó thao tác, mất máu (gồm 2 trường hợp truyền máu nêu trên).

Bảng 3. Đặc điểm của u trung thất trong nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Thành phần u</i>		
Đặc	53	79,1%
Nang	14	20,9%
<i>Xâm lấn cấu trúc xung quanh</i>		
Có	8	11,9%
Không	59	88,1%

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Kích thước u</i>		
Trung vị (tứ phân vị) (cm)	5 ^a (5 – 6)	
Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất (cm)	2 – 10	

a: phân phối không chuẩn

Bảng 4. Thời gian nằm viện sau mổ

	Thời gian	Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất
Nhóm phẫu thuật nội soi (n = 61)		
Thời gian rút dẫn lưu màng phổi (ngày)	3,64 ± 1,25 ^a	1 – 6
Thời gian hậu phẫu (ngày)	7 ^b (6 – 8)	3 – 11
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 6 ngày	18	29,5%
≥ 7 ngày	43	70,5%
Nhóm chuyển mổ mở (n = 6)		
Thời gian rút dẫn lưu màng phổi (ngày)	4,5 ± 1,5 ^a	3 – 7
Thời gian hậu phẫu (ngày)	8,5 ^b (8 – 10)	8 – 14

a: phân phối chuẩn, b: phân phối không chuẩn

Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
U tuyến ức	26	38,8%
U tuyến ức type B1	7	10,4%
U tuyến ức type AB	4	6%
U tuyến ức type A	2	3%
Carcinoma tuyến ức	6	9%
Nang tuyến ức	7	10,4%
U thần kinh (u bao sợi thần kinh và u sợi thần kinh lành tính)	24	35,8%
U tế bào mầm	6	9%
U lymphom	2	3%
U lành khác (kén phế quản, nang thượng bì, lao, u sợi mỡ, bướu bọc nhảy)	9	13,4%

Bảng 6. Liên quan giữa thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi và một số yếu tố (n = 61)

Đặc điểm	Số ngày nằm hậu phẫu		p-value
	≤ 6 ngày (n = 18)	≥ 7 ngày (n = 43)	
<i>Nhóm tuổi</i>			
≤ 40 tuổi	3 (21,4%)	11 (78,6%)	0,625 ^b
40 – 60 tuổi	12 (34,3%)	23 (65,7%)	
≥ 61 tuổi	3 (25%)	9 (75%)	
<i>Giới tính</i>			
Nữ	13 (37,1%)	22 (62,9%)	0,094 ^b
Nam	5 (15,6%)	27 (84,4%)	
<i>Vị trí u trung thất</i>			
U trung thất trước	7 (21,9%)	25 (78,1%)	0,348 ^a
U trung thất giữa	6 (42,9%)	8 (57,1%)	
U trung thất sau	5 (33,3%)	10 (66,7%)	
<i>Các bệnh lý mạn tính đi kèm</i>			
Có	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0,18 ^a
Không	14 (25,9%)	40 (74,1%)	
<i>Phương pháp phẫu thuật</i>			
Nội soi 1-2 lỗ	16 (40%)	24 (60%)	0,013 ^b
Nội soi 3-4 lỗ	2 (9,5%)	19 (90,5%)	
<i>Thành phần u</i>			
Đặc	15 (31,9%)	32 (68,1%)	0,525 ^a
Nang	3 (21,4%)	11 (78,6%)	
<i>Xâm lấn cấu trúc xung quanh</i>			
Có	0	5 (100%)	0,309 ^a
Không	18 (32,1%)	38 (67,9%)	
Trung bình – Độ lệch chuẩn			
Tuổi	50,2 ± 12,8	48,3 ± 14,3	0,634 ^c
Thời gian rút dẫn lưu màng phổi (ngày)	3,44 ± 1,19	3,72 ± 1,28	0,436 ^c
Trung vị (tứ phân vị)			
Thời gian phẫu thuật (phút)	72,5 (60 – 105)	75 (60 – 100)	0,75 ^d
Lượng máu mất (ml)	50 (10 – 50)	50 (50 – 200)	0,046 ^d
Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất	10 – 100	10 – 700	
Kích thước u (cm)	5,5 (5 – 6)	5 (4 – 6)	0,264 ^d

a: Fisher, b: Chi bình phương, c: T-test độc lập, d: Mann–Whitney test

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $47,9 \pm 13,9$ tuổi. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Mai Văn Viện tại Bệnh viện 103 trên 51 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt u trung thất, tuổi trung bình là 45,6 (15 tuổi – 69 tuổi).⁶ Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hữu Lư tại Bệnh viện Việt Đức, tuổi trung bình là $45,70 \pm 13,20$.³ Có 32 bệnh nhân nam (47,8%) và 35 bệnh nhân nữ (52,2%), kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đoàn Hữu Đạt có tỉ lệ nam giới là 50,7%.⁷ Vị trí u trung thất trước chiếm đa số với tỷ lệ là 53,7%, tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hữu Lư là 59,74% và Huỳnh Quang Khánh là 54%.^{3,5} Tuy nhiên, kết quả này thấp hơn so với Trần Minh Bảo Luân có kết quả là 74,55%.⁸ Nhìn chung, các đặc điểm chung như tuổi, giới và vị trí u trung thất trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước.

Trong nghiên cứu, phần lớn thực hiện phẫu thuật bằng phương pháp 2 lỗ chiếm 62,7% và có 6/67 bệnh nhân (9%) ghi nhận có biến chứng trong quá trình phẫu thuật phải chuyển mổ mở. Kết quả này cao hơn so với tác giả Trần Minh Bảo Luân có tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật là 1,8% và Phạm Hữu Lư là 3,9% nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Gian Carlo Roviaro là 12,7%.^{3,8,9} Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Việt Anh⁴ có tỷ lệ biến chứng là 7,35%. Chúng ta có thể nhận thấy tỉ lệ phải chuyển mổ mở không cao và có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác. Điều này có thể do kỹ thuật mổ áp dụng trong mỗi nghiên cứu khác nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các ca phẫu thuật đều được thực hiện theo quy trình chuẩn với gây mê nội khí quản hai nòng và tư

thế bệnh nhân phù hợp theo vị trí u, điều này giúp tối ưu trường mổ và thuận lợi cho thao tác nội soi. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng áp dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi cho cả những trường hợp u lớn, u đặc hoặc nghi ngờ dính/xâm lấn và đây cũng là một trong những nguyên nhân làm tăng tỷ lệ chuyển mổ mở.

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi có trung vị là 80 phút, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Hữu Hoạt năm 2015 có thời gian phẫu thuật trung bình là $79,6 \pm 44$ nhưng thấp hơn so với Phạm Hữu Lư trung bình là $116,2 \pm 29,3$ phút và Lê Việt Anh là $130,4 \pm 68,3$.^{3,4,10} Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với một số nghiên cứu trong nước và đồng thời ngắn hơn so với một số báo cáo khác. Điều này cho thấy tính khả thi trong việc triển khai phẫu thuật nội soi trong điều trị u trung thất tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, tuy nhiên do thời điểm nghiên cứu giữa các tác giả khác nhau nên việc áp dụng các kỹ thuật phẫu thuật cũng khác nhau và những nghiên cứu trong thời gian gần đây cho kết quả tốt hơn. Ngoài ra, số liệu của chúng tôi đưa ra là số trung vị (phân phối không chuẩn) nhưng các kết quả so sánh là số trung bình, vì vậy sự khác biệt về phương pháp mô tả thống kê có thể ảnh hưởng đến khả năng so sánh trực tiếp giữa các kết quả. Lượng máu mất trung vị là 50 ml và kết quả này thấp hơn so với tác giả Huỳnh Quang Khánh có kết quả lượng máu mất trung bình là $67 \pm 41,5$ ml.⁵ Điều này có thể do sự khác biệt về đặc điểm đối tượng nghiên cứu và mức độ phức tạp của khối u. Ngoài ra, việc sử dụng các chỉ số mô tả khác nhau (trung vị so với trung bình) cũng ảnh hưởng đến kết quả so sánh trực tiếp. Thêm vào đó, cách tính lượng máu mất của 02 nghiên cứu có thể không hoàn toàn tương đồng.

Bảng 7. So sánh kích thước u trung thất với các nghiên cứu khác

Tác giả	Tần số (n)	Kích thước u (cm)
Huỳnh Quang Khánh ⁵	113	7,8 ^a
Ngô Gia Khánh ¹⁰	35	4,3 ^a
Phạm Hữu Lư ³	77	5,6 ^a
Chúng tôi	67	5 ^b

a: Trung bình và b: trung vị

Kích thước u của chúng tôi có trung vị là 5 cm, kết quả này nhìn chung tương đương và không có sự khác biệt quá lớn giữa các nghiên cứu trước đó. Sự khác biệt nhẹ về kích thước u giữa các nghiên cứu có thể do đặc điểm mẫu nghiên cứu và thời điểm phát hiện bệnh cũng như thời gian thực hiện nghiên cứu. Ngoài ra, sự khác nhau về cách biểu diễn số liệu trung bình và trung vị cũng có thể làm cho các kết quả so sánh có sự chênh lệch. Nhìn chung, kết quả cho thấy đa số u trung thất được phẫu thuật có kích thước khoảng 4 – 8 cm, phù hợp với đặc điểm lâm sàng của bệnh lý này khi nhiều trường hợp chỉ được phát hiện khi khối u đã đạt kích thước tương đối lớn. Điều này cũng phản ánh vai trò của chẩn đoán hình ảnh và tầm soát sớm trong việc phát hiện u trung thất ở giai đoạn sớm hơn. Trong nghiên cứu, các u

trung thất có các tính chất sau chiếm ưu thế: u thành phần đặc (79,1%) và không xâm lấn cấu trúc xung quanh (88,1%). U xâm lấn vỏ bao, giới hạn không rõ là một trong những nguyên nhân thất bại của mổ nội soi cắt u trung thất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 trường hợp chuyển mổ mở và 3 trong số đó là u xâm lấn vỏ bao. Nhiều tác giả cũng đồng thuận về vấn đề xâm lấn của u trung thất, u xâm lấn làm tăng tỉ lệ thất bại của nội soi và tăng tỉ lệ chuyển mổ mở. Theo tác giả Akashi ghi nhận tỉ lệ chuyển mổ mở do u xâm lấn xung quanh là 4/150 trường hợp (2,7%) và tác giả Roviato là 5/71 trường hợp (7%).^{9,11}

Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận các u tuyến ức chiếm tỉ lệ lớn nhất 26 trường hợp (38,8%), tiếp sau đó là u thần kinh chiếm 35,8% và các loại u khác chiếm tỷ lệ dưới 10%.

Bảng 8. So sánh kết quả giải phẫu bệnh với các nghiên cứu khác

Tác giả	U tuyến ức	U thần kinh	Các loại u khác
Tolga ¹	45,5%	12,2%	
Mai Văn Viện ⁶	68,7%	25,5%	< 2%
Phạm Hữu Lư ³	33,8%	22,1%	< 10%
Chúng tôi	38,8%	35,8%	< 10%

Kết quả từ bảng 8 cho thấy sự phân bố mô bệnh học u trung thất trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với xu hướng chung, trong đó u tuyến ức và u thần kinh là hai nhóm chiếm tỷ lệ chủ yếu vì . Tuy nhiên, vẫn có sự dao động giữa các nghiên cứu do khác biệt về đối tượng,

chỉ định phẫu thuật và sự phân bố vị trí u trung thất giữa các nghiên cứu. Thời gian rút ống dẫn lưu màng phổi trong nghiên cứu ghi nhận được trung bình là $3,64 \pm 1,25$ ngày. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Việt Anh là $1,53 \pm 0,64$ ngày và nghiên cứu của Huỳnh

Quang Khánh là $2,11 \pm 0,38$ ngày.^{4,5} Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đoàn Hữu Hoạt là $3,6 \pm 1,2$ ngày.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian hậu phẫu trung vị là $7,5 \pm 1,81$ ngày. Theo tác giả Lê Việt Anh thời gian hậu phẫu là $10,55 \pm 8,70$ ngày (4 - 48 ngày).⁴ Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Quang Khánh có thời gian hậu phẫu là $5,42 \pm 1,38$ ngày.⁵ Phạm Hữu Lưu có thời gian hậu phẫu là $5,73 \pm 1,42$ ngày.³ Nghiên cứu của chúng tôi thời gian hậu phẫu dài hơn so với tác giả Phạm Hữu Lưu, Huỳnh Quang Khánh và ngắn hơn tác giả Lê Việt Anh.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phương pháp phẫu thuật và lượng máu mất trong phẫu thuật là các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với thời gian nằm viện hậu phẫu ≥ 7 ngày. Điều này cho thấy các yếu tố liên quan đến đặc điểm cuộc phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến quá trình hồi phục sau mổ.

Người bệnh được thực hiện phương pháp phẫu thuật nội soi 3-4 lỗ có thời gian điều trị hậu phẫu ≥ 7 ngày là 91,3%, cao hơn so với phương pháp phẫu thuật nội soi 1-2 lỗ có tỷ lệ là 63,6% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,015$. Điều này có thể được giải thích bởi phẫu thuật nội soi ít lỗ là kỹ thuật ít xâm lấn hơn, giúp giảm tổn thương thành ngực, giảm đau sau mổ và thúc đẩy quá trình phục hồi, từ đó rút ngắn thời gian nằm viện. Bên cạnh tính ít xâm lấn của kỹ thuật 1-2 lỗ trocar thì kỹ thuật 3-4 lỗ trocar thường được thực hiện khi gặp các khối u lớn, u đặc, dính hoặc nghi ngờ xâm lấn để tăng khả năng thao tác. Do đó, kết quả này có thể phản ánh yếu tố nhiễu do mức độ phức tạp của bệnh lý, chứ không hoàn toàn do bản thân kỹ thuật nhiều lỗ làm kéo dài thời gian nằm viện. Ngoài ra, phẫu thuật nhiều lỗ có thể gây tổn thương thành ngực rộng hơn, tăng đau sau mổ nhiều hơn và có thể kéo dài thời gian dẫn lưu màng phổi làm ảnh hưởng đến thời gian điều trị hậu phẫu. Đây cũng là lý do vì sao xu

hướng hiện nay ưu tiên các kỹ thuật ít lỗ trocar để giảm xâm lấn và cải thiện kết quả hậu phẫu.

Mặc dù trung vị lượng máu mất của hai nhóm thời gian điều trị hậu phẫu ≤ 6 ngày và ≥ 7 ngày đều là 50 ml, nhưng khoảng tứ phân vị của nhóm thời gian điều trị hậu phẫu ≥ 7 ngày cao hơn rõ rệt (50 – 200 ml so với 10 – 50 ml), cho thấy xu hướng mất máu nhiều hơn. Kiểm định Mann–Whitney cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,017$). Tình trạng mất máu nhiều hơn có thể phản ánh ca phẫu thuật khó, bóc tách phức tạp từ đó làm tăng nguy cơ biến chứng và kéo dài thời gian hồi phục sau mổ.

Điểm mới của nghiên cứu này là đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt hoàn toàn u trung thất tại một cơ sở chuyên khoa hô hấp, đồng thời phân tích mối liên quan giữa đặc điểm phẫu thuật và thời gian nằm viện hậu phẫu. Nghiên cứu đã chỉ ra một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê như phương pháp phẫu thuật và lượng máu mất, góp phần cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn trong việc lựa chọn chiến lược phẫu thuật phù hợp. Kết quả của nghiên cứu bổ sung thêm dữ liệu cho y văn trong nước về hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật nội soi cắt hoàn toàn u trung thất. Đồng thời gợi ý cho việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn và kiểm soát tốt chảy máu trong mổ để cải thiện kết quả điều trị và rút ngắn thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu hồi cứu nên còn nhiều thông tin chưa khai thác được và thời gian theo dõi chỉ đánh giá kết quả sớm. Nghiên cứu chưa thực hiện so sánh kết quả sớm với các nhóm khác (phương pháp phẫu thuật khác, bệnh khác...). Phần phân tích số liệu chưa thực hiện phân tích mối liên quan đa biến với kết quả phẫu thuật. Những hạn chế này định hướng cho các nghiên cứu tiếp theo có thiết kế tiền cứu hoặc theo dõi dài hạn hơn

và phân tích sâu hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt hoàn toàn u trung thất tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch cho thấy tính an toàn và hiệu quả. Phương pháp phẫu thuật nội soi nhiều lỗ (3-4 lỗ) và lượng máu mất nhiều trong phẫu thuật ảnh hưởng đến thời gian điều trị hậu phẫu. Tuy nhiên, kết quả còn chịu tác động bởi độ phức tạp của khối u và cuộc phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu gợi ý rằng việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật ít xâm lấn và kiểm soát tốt chảy máu có vai trò quan trọng trong cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tolga. Primary mediastinal cysts and tumors: 10 year experience. *Pamukkale Medical Journal*. 2020;13(3):629-634.
2. Lacquet M, Moons J, Ceulemans LJ, et al. Surgery for mediastinal neurogenic tumours: a 25-year single-centre retrospective study. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*. 2021;32(5):737-743.
3. Phạm Hữu Lưu. Nghiên cứu điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
4. Lê Việt Anh, Vũ Anh Hải. Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u trung thất giai đoạn 2015 – 2021 tại bệnh viện quân y 103. *Tạp chí Y Dược học quân sự*. 2022;4(7):117-123.
5. Huỳnh Quang Khánh. Phẫu thuật nội soi điều trị u trung thất nguyên phát: liên quan giữa các yếu tố trên CT ngực và kết quả sớm. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*. 2015;10(4):22-33.
6. Mai Văn Viện. Ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất tại bệnh viện 103. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2010;14(4):529-535.
7. Đoàn Hữu Đạt, Phùng Duy Hồng Sơn, Phạm Hữu Lưu, và cs. 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.
8. Trần Minh Bảo Luân. Nghiên cứu chỉ định điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2007;11(1):364-371.
9. Roviario G, Varoli F, Nucca O, et al. Videothoroscopic Approach to Primary Mediastinal Pathology. *Chest*. 2000;117(4):1179-1183.
10. Ngô Gia Khánh. 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(1):80-84.
11. Akashi A, Hazama K, Miyoshi, et al. An analysis of videoassisted thoracoscopic resection for mediastinal masses in 150 cases. *Surg Endosc*. 2001;15(10):1167-1170.

Summary

EARLY OUTCOMES OF COMPLETE THORACOSCOPIC RESECTION OF MEDIASTINAL TUMORS AT PHAM NGOC THACH HOSPITAL

Thoracoscopic complete resection of mediastinal tumors is a minimally invasive technique for the dissection and removal of intrathoracic masses. A retrospective study of 67 patients who underwent thoracoscopic complete resection of mediastinal tumors at Pham Ngoc Thach Hospital was conducted to evaluate surgical outcomes. Male patients accounted for 47.8%, anterior mediastinal tumors comprised 53.7%, and 62.7% of cases were performed using a two-port thoracoscopic approach. The median operative time was 80 minutes, the median intraoperative blood loss was 50 mL, and complications occurred in 9% of cases (conversion to open surgery). The median postoperative hospital stay was 7 days and was influenced by the surgical approach and intraoperative blood loss. Thoracoscopic complete resection of mediastinal tumors is a safe and effective procedure. Appropriate selection of surgical technique and optimal intraoperative bleeding control play an important role in improving treatment outcomes.

Keywords: Mediastinal tumors, thoracoscopic surgery, post-operative treatment time.