

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN ỨC NỘI SOI MỘT LỖ DƯỚI MŨI ỨC ĐIỀU TRỊ NHƯỢC CƠ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2023 - 2025

Mạc Thế Trường^{1,2,✉}, Ngô Gia Khánh², Phạm Hữu Lưu^{1,3}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật cắt tuyến ức nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2023–2025 nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả bước đầu của phương pháp. Tuổi trung bình bệnh nhân là $46,45 \pm 15,21$; nữ giới chiếm 70,59%. Triệu chứng thường gặp nhất là sụp mi (78,43%), tiếp theo là yếu cơ, mệt mỏi (33,33%) và nuốt khó (23,53%). Tất cả bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định trước mổ, chủ yếu ở giai đoạn I–II theo Osserman. Hình ảnh học cho thấy đa số tổn thương khối u có ranh giới rõ, ngấm thuốc và đồng nhất. Giải phẫu bệnh ghi nhận u tuyến ức chiếm 72,55%, quá sản tuyến ức chiếm 27,45%. Thời gian phẫu thuật trung bình $107,15 \pm 22,78$ phút, không có trường hợp chuyển mổ mở. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $4,90 \pm 3,98$ ngày, tỷ lệ biến chứng thấp. Phương pháp cắt tuyến ức nội soi một lỗ dưới mũi ức cho thấy tính an toàn, ít xâm lấn và khả thi trong điều trị nhược cơ.

Từ khóa: Nhược cơ, cắt tuyến ức, nội soi một lỗ, đường dưới mũi ức, phẫu thuật lồng ngực.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhược cơ (Myasthenia gravis) là một bệnh tự miễn dịch ảnh hưởng đến dẫn truyền tại khớp nối thần kinh – cơ với đặc tính là dễ yếu và dễ mệt mỏi cơ vân.¹ Tỷ lệ mắc bệnh nhược cơ khoảng 1/10.000 dân, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn so với nam giới khoảng 1,5 lần.¹ Trong số các bệnh nhân nhược cơ có khoảng 85% liên quan đến bất thường tuyến ức, trong đó u tuyến ức chiếm khoảng 15% và quá sản tuyến ức chiếm gần 70%.² Điều trị bệnh nhược cơ hiện nay bao gồm điều trị nội khoa bằng thuốc kháng cholinesterase, corticosteroid, các thuốc ức chế miễn dịch, thay huyết tương hoặc globulin miễn dịch. Bên cạnh điều trị nội

khoa, phẫu thuật cắt tuyến ức được xem là một phương pháp điều trị quan trọng đối với nhiều bệnh nhân nhược cơ.

Mục đích của phẫu thuật là cắt bỏ toàn bộ tuyến ức, bao gồm cả u tuyến ức nếu có, đồng thời lấy sạch các tổ chức mỡ lỏng lẻo chứa tuyến ức “lạc chỗ” trong trung thất.³ Phẫu thuật cắt tuyến ức có thể thực hiện qua các đường tiếp cận khác nhau: mở xương ức, đường cổ, đường ngực bên qua khoang liên sườn hoặc đường dưới mũi ức. Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức qua đường ngực bên thường được sử dụng và đã được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới.⁴ Tuy nhiên phương pháp qua khoang liên sườn bị hạn chế khi bộc lộ cực trên của tuyến ức, dây thần kinh hoành đối bên và toàn bộ chiều dài của tĩnh mạch vô danh. Hơn nữa đau hoặc dị cảm sau sang chấn thần kinh liên sườn nói chung thường gặp do bị chèn ép

Tác giả liên hệ: Mạc Thế Trường

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: macthetruong.yhn@gmail.com

Ngày nhận: 04/05/2026

Ngày được chấp nhận: 08/06/2026

bởi các dụng cụ phẫu thuật.³

Phương pháp tiếp cận dưới mũi ức có nội soi hỗ trợ được Kido và cộng sự báo cáo vào năm 1999 và được chú ý trong những năm gần đây.⁵ Theo Suda và cộng sự, phương pháp này có ưu điểm là nhìn rõ được thần kinh hoành hai bên cũng như cực trên của tuyến ức, tránh gây tổn thương cho thần kinh liên sườn và mang lại hiệu quả thẩm mỹ cao.³

Mặc dù phẫu thuật cắt tuyến ức nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức đã được báo cáo tại nhiều trung tâm trên thế giới, dữ liệu tại Việt Nam còn rất hạn chế. Hiện chưa có nghiên cứu đánh giá đầy đủ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả sớm của kỹ thuật này ở bệnh nhân nhược cơ. Vì vậy, câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là: bệnh nhân nhược cơ được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức có những đặc điểm gì và kết quả sớm của phương pháp này ra sao? Do đó, nghiên cứu này nhằm cung cấp bằng chứng bước đầu về tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phương pháp này với hai mục tiêu sau:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhược cơ trước khi phẫu thuật cắt tuyến ức bằng nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức.

Nhận xét kết quả bước đầu phương pháp phẫu thuật cắt tuyến ức nội soi một lỗ dưới mũi ức điều trị nhược cơ tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2023 - 2025.

Nghiên cứu này góp phần cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn về tính khả thi và an toàn của kỹ thuật cắt tuyến ức nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức trong điều trị nhược cơ tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là

nhược cơ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức cắt tuyến ức tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 05/2023 đến tháng 11/2025, không giới hạn tuổi và giới tính.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán là nhược cơ bởi bác sĩ chuyên khoa Thần kinh dựa trên biểu hiện lâm sàng kết hợp các thăm dò cận lâm sàng (điện cơ kích thích lặp lại và/hoặc xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể acetylcholine) theo hướng dẫn chẩn đoán hiện hành của Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA).

- Được phẫu thuật cắt tuyến ức hoặc u tuyến ức bằng phương pháp nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân nhược cơ chưa được điều trị nội khoa ổn định (Phân độ Osserman III, IV)

- Khối u lớn hơn 5 cm hoặc xâm lấn cấu trúc xung quanh trên phim chụp CLVT lồng ngực.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Thời gian: Từ tháng 5/2023 đến tháng 11/2025.

Địa điểm: Khoa Phẫu thuật Lồng ngực – Bệnh viện Bạch Mai.

Cỡ mẫu: Phương pháp lấy mẫu toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện. Tổng số đã thu thập 51 bệnh nhân.

Phương pháp thu thập số liệu: Theo bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn.

Quy trình phẫu thuật nội soi một lỗ cắt tuyến ức qua đường dưới mũi ức:

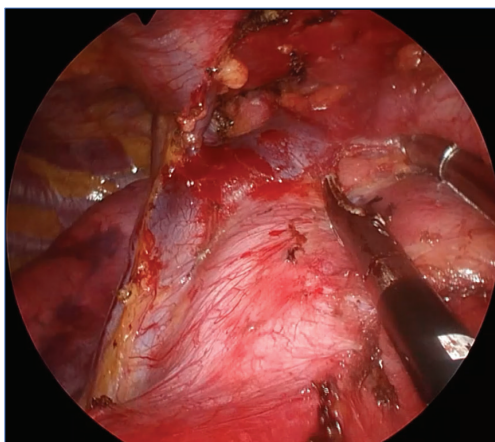
- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa. Gây mê nội khí quản hai nòng nhằm chủ động xếp phổi từng bên.

- Rạch da dưới mũi ức khoảng 3 - 4 cm, giải phóng khoảng trống giữa xương ức và màng tim, lấp khung nâng xương ức qua vết mổ.



Hình 1. Tư thế bệnh nhân và thiết lập khung nâng xương ức (Mã BN: 230066882)

- Xẹp phổi phải, vào khoang màng phổi phải. Giải phóng mô mỡ, tuyến ức dọc theo thần kinh hoành phải cho đến khi thấy vị trí giao nhau của tĩnh mạch ngực trong phải, tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch vô danh.



Hình 2. Phẫu tích tuyến ức và tổ chức mỡ trung thất bên phải (Mã BN: 230066882)

- Xẹp phổi trái vào khoang màng phổi trái. Giải phóng mô mỡ và tuyến ức dọc theo thần kinh hoành trái cho đến khi thấy vị trí giao nhau của tĩnh mạch ngực trong trái và tĩnh mạch vô danh.

- Hai cực trên tuyến ức được cắt bỏ cho đến khi thấy thân động mạch cánh tay đầu, khí quản, và nền cổ. Các tĩnh mạch tuyến ức được cắt bằng dao hàn mạch hoặc kẹp hem-o-lok.

- Đặt 1 dẫn lưu silicon nhỏ qua vết mổ nằm dưới xương ức.

Các chỉ số, biến số nghiên cứu

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, chỉ số hình thể (BMI)

Các đặc điểm lâm sàng: triệu chứng trước khi nhập viện, tình trạng nhược cơ (theo phân độ Osserman).

Các đặc điểm cận lâm sàng: Đặc điểm hình ảnh tuyến ức (trên phim chụp CLVT hoặc MRI): hình dạng khối u, vị trí khối u, mức độ ngấm thuốc cản quang, tỷ trọng khối u, ranh giới khối u, kích thước khối u. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: U tuyến ức hay quá sản tuyến ức, phân loại mô bệnh học u tuyến ức theo WHO, giai đoạn u tuyến ức theo Masaoka.

Kết quả của phương pháp (tính đến thời điểm bệnh nhân ra viện): thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian dẫn lưu màng phổi, thời gian nằm viện sau mổ, mức độ đau sau mổ (thang điểm VAS), biến chứng sớm sau mổ.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được nhập và quản lý bằng phần mềm REDCap và phân tích trên phần mềm STATA 16.0. Các giá trị trung bình (TB) và độ lệch chuẩn (ĐLC) (đối với biến định lượng) và tỷ lệ phần trăm (đối với biến phân loại) được sử dụng để mô tả các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cấp cơ sở của Bệnh viện Bạch Mai xét duyệt và thông qua theo quyết định số 1111/BM – HĐĐĐ ngày 07 tháng 03 năm 2025. Tất cả các thông tin thu thập được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Thông tin chung và đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung và đặc điểm lâm sàng về đối tượng nghiên cứu (n = 51)

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	15	29,41
	Nữ	36	70,59
Tuổi (TB ± ĐLC)		46,45 ± 15,21	
BMI (TB ± ĐLC)		21,89 ± 3,14	
Triệu chứng lâm sàng trước khi nhập viện	Đau tức ngực	1	1,96
	Khó phát âm	11	21,57
	Sụp mí	40	78,43
	Song thị	4	7,84
	Yếu cơ, mệt mỏi	17	33,33
	Khó thở	2	3,92
	Nuốt vướng, khó	12	23,53
Phân độ nhược cơ (theo Osserman)	Độ I	24	47,06
	Độ II	27	52,94

Bảng 1 cho thấy, có 51 bệnh nhân (15 nam, 36 nữ) được phẫu thuật cắt tuyến ức bằng nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức, tuổi trung bình $46,45 \pm 15,21$. Sụp mí là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ 78,43%. Tiếp

theo là các triệu chứng về vận động và nuốt như: yếu cơ, mệt mỏi (33,33%); nuốt vướng, khó (23,53%) và khó phát âm (21,57%). Phân độ nhược cơ theo Osserman của tất cả các bệnh nhân đều ở độ I (47,06%) và độ II (52,94%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật (n = 51)

Hình ảnh học tuyến ức (CLVT hoặc MRI)		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hình dạng khối u	Tròn	32	62,74
	Tam giác	16	31,37
	Dài	3	5,89
Vị trí khối u	Lệch phải	13	25,49
	Lệch trái	10	19,61
	Trung tâm	28	54,90
Mức độ ngấm thuốc cản quang	Có	47	92,16
	Không	4	7,84

Hình ảnh học tuyến ức (CLVT hoặc MRI)		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tỷ trọng khối u	Đồng nhất	42	82,35
	Không đồng nhất	9	17,65
Ranh giới khối u	Rõ	47	92,16
	Không rõ	4	7,84
Kích thước khối u. (TB ± ĐLC)	Dài (mm)	30,80 ± 14,63	
	Rộng (mm)	20,07 ± 9,31	

Bảng 2 cho thấy, hình dạng tuyến ức trên phim chụp CLVT hoặc MRI chủ yếu là dạng tròn (62,74%), tỷ trọng phần lớn là đồng nhất (82,35%),

đa số khối u có ranh giới rõ (92,16%). Kích thước trung bình của khối u tương đối nhỏ: chiều dài: 30,80 ± 14,63 mm, chiều rộng: 20,07 ± 9,31 mm.

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (n = 51)

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giải phẫu bệnh tuyến ức (n = 51)	U tuyến ức	37	72,55
	Quá sản	14	27,45
Phân loại WHO 2015 (n = 37)	A	3	5,88
	AB	10	19,61
	B1	2	3,92
	B2	13	25,49
	B3	9	17,65
Phân loại Masaoka (n = 37)	Giai đoạn I	22	43,14
	Giai đoạn II	14	27,45
	Giai đoạn III	1	1,96

Bảng 3 cho thấy kết quả giải phẫu bệnh: u tuyến ức chiếm đa số với 72,55% (37 bệnh nhân). Về phân loại u theo WHO 2015, loại B2 chiếm tỷ lệ cao nhất (25,49%), tiếp theo là loại AB (19,61%) và loại B3 (17,65%). Về Phân loại theo giai đoạn Masaoka: giai đoạn bệnh khi phát hiện và phẫu thuật chủ yếu ở giai đoạn sớm: Giai đoạn I chiếm tỷ lệ lớn nhất với 43,14% (22 bệnh nhân), giai đoạn II với 27,45% (14 bệnh nhân) và 1 bệnh nhân ở giai đoạn III (1,96%).

3. Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt tuyến ức

nội soi một lỗ dưới mũi ức điều trị nhược cơ

Bảng 4 cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 107,15 ± 22,78 phút, có 3 ca tai biến trong mổ liên quan đến: tổn thương tĩnh mạch vô danh, tổn thương cơ hoành và thủng màng tim, không có ca nào phải chuyển mổ mở. Biến chứng sớm sau mổ có 2 ca (3,92%) khởi phát cơ nhược cơ cấp, 1 ca viêm phổi và 1 ca tràn khí màng phổi, không có ca nào nhiễm trùng vết mổ, không có ca nào bị liệt thần kinh hoành.

Bảng 4. Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt tuyến ức (n = 51)

Kết quả phẫu thuật		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Thời gian phẫu thuật (phút) (TB ± ĐLC)</i>		107,15 ± 22,78	
<i>Tai biến, biến chứng trong mổ</i>	Tổn thương tĩnh mạch vô danh	1	1,96
	Tổn thương cơ hoành	1	1,96
	Thủng màng tim	1	1,96
Tỷ lệ chuyển mổ mở		0	0
<i>Thời gian dẫn lưu màng phổi (ngày) (TB ± ĐLC)</i>		2,11 ± 0,93	
<i>Thời gian nằm viện (ngày) (TB ± ĐLC)</i>		4,90 ± 3,98	
<i>Mức độ đau sau mổ (thang điểm VAS)</i>	Nhẹ (1 - 3 đ)	47	92,16
	Vừa (4 - 6 đ)	4	7,84
	Nhiều (7 - 10 đ)	0	0
<i>Biến chứng sau mổ</i>	Cơ nhược cơ cấp	2	3,92
	Nhiễm trùng vết mổ	0	0
	Viêm phổi	1	1,96
	Rối loạn nhịp tim	0	0
	Liệt hoành	0	0
	Tràn khí màng phổi	1	1,96

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 46,45 ± 15,21 và nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (70,59%), chỉ số BMI trung bình là 21,89 ± 3,14 kg/m² (Bảng 1). Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhược cơ đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu, cho thấy bệnh có xu hướng gặp nhiều hơn ở nữ giới và thường khởi phát ở lứa tuổi trẻ đến trung niên.^{2,6}

Triệu chứng lâm sàng, sụp mi là biểu hiện thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 78,43% (Bảng 1), tiếp theo là yếu cơ, mệt mỏi và nuốt khó. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây cho thấy các triệu chứng tại cơ vận nhãn như sụp mi và

song thị thường là biểu hiện sớm và phổ biến nhất của bệnh nhược cơ.⁷ Đặc điểm này phản ánh tính chất đặc trưng của bệnh là sự suy giảm dẫn truyền thần kinh – cơ, đặc biệt ở các nhóm cơ hoạt động thường xuyên như cơ vận nhãn và cơ hành tủy.⁸

Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu đều thuộc nhóm phân độ Osserman I (47,06%) và II (52,94%) (Bảng 2). Nhiều nghiên cứu đã khẳng định rằng, bệnh nhân có phân độ nhược cơ nhẹ (Osserman I, II) trước mổ là yếu tố dự báo độc lập cho khả năng đạt được trạng thái lui bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến ức.² Kích thước trung bình của khối u tương đối nhỏ, với chiều dài 30,80 ± 14,63 mm và chiều rộng 20,07 ± 9,31 mm (Bảng 2). Kích thước này nằm trong giới

hạn an toàn của chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực (thường khuyến cáo cho các khối u dưới 5 cm để đảm bảo thao tác an toàn và lấy bệnh phẩm dễ dàng).³

Về hình thái và đặc điểm ngấm thuốc trên phim chụp CLVT hoặc MRI: đa số khối u trong nghiên cứu có hình dạng tròn, ranh giới rõ ràng, tỷ trọng đồng nhất và có ngấm thuốc cản quang. Việc đánh giá các đặc điểm hình thái này có giá trị tiên lượng trước mổ để xác định mức độ ác tính và khả năng xâm lấn của khối u. Theo Jeong và Tomiyama trên phim chụp cắt lớp vi tính, các khối u tuyến ức có hình tròn, ranh giới rõ và tỷ trọng ngấm thuốc đồng nhất có mối tương quan chặt chẽ với nhóm u tuyến ức nguy cơ thấp (týp A, AB, B1) và thường ở giai đoạn không xâm lấn (Masaoka I, II).^{9,10}

Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ u tuyến ức chiếm tới 72,55%, trong khi quá sản tuyến ức chiếm 27,45% (Bảng 3). Về phân loại mô bệnh học theo WHO, týp B2 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, tiếp theo là týp AB và B3. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy các týp B thường gặp hơn ở bệnh nhân nhược cơ và có liên quan chặt chẽ với hoạt động miễn dịch của tuyến ức.¹¹ Bên cạnh đó, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu được phát hiện ở giai đoạn sớm theo phân loại Masaoka (giai đoạn I và II). Đây là yếu tố thuận lợi giúp phẫu thuật triệt để và cải thiện tiên lượng điều trị cho người bệnh.¹²

Thời gian phẫu thuật trung bình là $107,15 \pm 22,78$ phút (Bảng 4), tương đối tương đồng với các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức qua đường dưới mũi ức đã được công bố trước đây. Suda và cộng sự báo cáo thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 100 – 120 phút đối với kỹ thuật cắt tuyến ức nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức.³ Các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ chuyển mổ mở thấp đối với phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức nói chung, thường dưới 5%.¹³

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển sang mổ mở. Về các tai biến trong mổ, chúng tôi chỉ ghi nhận các tai biến đơn lẻ với tỷ lệ thấp (1,96% cho mỗi loại tổn thương: tĩnh mạch vô danh, cơ hoành, màng tim) và đều được xử lý an toàn trong mổ.

Mức độ đau sau mổ trong nghiên cứu chủ yếu ở mức nhẹ (92,16%) (Bảng 4), điều này phản ánh ưu điểm của phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn. Theo Chen và cộng sự, phẫu thuật nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức giúp giảm đau sau mổ đáng kể do không làm tổn thương thần kinh liên sườn và hạn chế sang chấn thành ngực.⁴ Thời gian dẫn lưu màng phổi và thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu tương đối ngắn, lần lượt là 2,11 ngày và 4,90 ngày (Bảng 4). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức giúp bệnh nhân hồi phục nhanh hơn so với phẫu thuật mở truyền thống.^{4,13}

Về biến chứng sau mổ, tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp. Chỉ ghi nhận một số trường hợp cơn nhược cơ cấp, viêm phổi và tràn dịch khí màng phổi với tỷ lệ thấp. Theo Huang và cộng sự, cơn nhược cơ sau phẫu thuật là biến chứng quan trọng cần được theo dõi chặt chẽ, đặc biệt ở những bệnh nhân có tình trạng bệnh nặng trước mổ hoặc thời gian mắc bệnh kéo dài.¹⁴

Kết quả nghiên cứu cho thấy kỹ thuật nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức đặc biệt phù hợp với các trường hợp u tuyến ức giai đoạn sớm, kích thước nhỏ, chưa xâm lấn các cấu trúc trung thất lân cận. Trường nhìn trung tâm cho phép quan sát đồng thời thần kinh hoành hai bên và tĩnh mạch vô danh, góp phần tăng khả năng cắt bỏ triệt để tổ chức tuyến ức và mô mỡ trung thất. Tuy nhiên, kỹ thuật đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm về phẫu thuật lồng ngực ít xâm lấn, thao tác trong không gian hẹp và làm chủ các tình huống tổn thương mạch máu lớn.

Nghiên cứu này vẫn còn một số hạn chế cần được xem xét khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả với cỡ mẫu tương đối nhỏ (51 bệnh nhân), thực hiện tại một trung tâm, do đó khả năng khái quát hóa kết quả cho toàn bộ quần thể bệnh nhân nhược cơ còn hạn chế. Thứ hai, nghiên cứu chủ yếu tập trung đánh giá kết quả sớm sau mổ, do đó chưa phản ánh đầy đủ hiệu quả điều trị lâu dài của phẫu thuật cắt tuyến ức đối với bệnh nhược cơ. Ngoài ra, nghiên cứu chưa có nhóm đối chứng so sánh với các phương pháp phẫu thuật khác như nội soi qua đường liên sườn hoặc phẫu thuật mở, vì vậy chưa thể đánh giá toàn diện ưu thế của phương pháp nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức. Trong tương lai, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế đa trung tâm và thời gian theo dõi dài hạn nhằm đánh giá đầy đủ hơn hiệu quả cũng như tính an toàn của phương pháp phẫu thuật này trong điều trị bệnh nhược cơ.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu trên 51 bệnh nhân nhược cơ, phẫu thuật cắt tuyến ức nội soi một lỗ qua đường dưới mũi ức có thời gian phẫu thuật trung bình 107,15 phút, không có trường hợp chuyển mổ mở, tỷ lệ biến chứng thấp và thời gian nằm viện sau mổ ngắn. Kỹ thuật cho thấy tính khả thi và an toàn trong điều trị bệnh nhân nhược cơ được lựa chọn phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gilhus NE, Skeie GO, Romi F, Lazaridis K, Zisimopoulou P, Tzartos S. Myasthenia gravis - autoantibody characteristics and their implications for therapy. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(5):259-268. doi:10.1038/nrneurol.2016.44
2. Aljaafari D, Ishaque N. Thymectomy in Myasthenia Gravis: A Narrative Review. *Saudi J Med Med Sci*. 2022;10(2):97-104. doi:10.4103/sjmms.sjmms_80_22
3. Suda T, Ishizawa H, Nagano H, et al. Early outcomes in 147 consecutive cases of subxiphoid single-port thymectomy and evaluation of learning curves. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg*. 2020;58(Suppl_1):i44-i49. doi:10.1093/ejcts/ezaa183
4. Chen H, Xu B, Zhang Q, Chen P, Cai M, Yao J. Anterior mediastinal tumor surgery applying single-port thoracoscopy using the subxiphoid approach. *Turk J Thorac Cardiovasc Surg*. 2023;31(2):239-248. doi:10.5606/tgkdc.dergisi.2023.23455
5. Kido T, Hazama K, Inoue Y, Tanaka Y, Takao T. Resection of anterior mediastinal masses through an infrasternal approach. *Ann Thorac Surg*. 1999;67(1):263-265. doi:10.1016/S0003-4975(98)01210-7
6. Salari N, Fatahi B, Bartina Y, et al. Global prevalence of myasthenia gravis and the effectiveness of common drugs in its treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Transl Med*. 2021;19:516. doi:10.1186/s12967-021-03185-7
7. Đinh Thị Lợi, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Anh Tuấn. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh nhược cơ sau phẫu thuật cắt tuyến ức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;533(2). doi:10.51298/vmj.v533i2.7933
8. Dresser L, Wlodarski R, Rezania K, Soliven B. Myasthenia Gravis: Epidemiology, Pathophysiology and Clinical Manifestations. *J Clin Med*. 2021;10(11):11. doi:10.3390/jcm10112235
9. Jeong YJ, Lee KS, Kim J, Shim YM, Han J, Kwon OJ. Does CT of Thymic Epithelial Tumors Enable Us to Differentiate Histologic Subtypes and Predict Prognosis? *Am J Roentgenol*. 2004;183(2):283-289. doi:10.2214/ajr.183.2.1830283

10. Tomiyama N, Johkoh T, Mihara N, et al. Using the World Health Organization Classification of Thymic Epithelial Neoplasms to Describe CT Findings. *Am J Roentgenol*. 2002;179(4):881-886. doi:10.2214/ajr.179.4.1790881
11. Sikorski PM, Kaminski HJ, Kusner LL. Thymic hyperplasia in myasthenia gravis: a narrative review. *Mediastinum*. 2025;9:17. doi:10.21037/med-25-12
12. Masaoka A. Staging System of Thymoma. *J Thorac Oncol*. 2010;5(10):S304-S312. doi:10.1097/JTO.0b013e3181f20c05
13. Nawojowska A, Mendes S, Cabral D, et al. Results Of Minimally Invasive Vats Thymectomy In Miastenia Gravis Patients Compared With More Invasive Approaches - 10-Year Experience In A Single Center. *Port J Card Thorac Vasc Surg*. 2024;31(1):23-28. doi:10.48729/pjctvs.345
14. Huang Y, Su L, Zhang Y, Guo J, Wang C. Risk Factors for Postoperative Myasthenic Crisis After Thymectomy in Patients With Myasthenia Gravis. *J Surg Res*. 2021;262:1-5. doi:10.1016/j.jss.2020.12.048

Summary

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND INITIAL RESULTS OF UNIPORTAL SUBXIPHOID VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC THYMECTOMY FOR THE TREATMENT OF MYASTHENIA GRAVIS AT BACH MAI HOSPITAL, 2023 – 2025

This study included 51 patients with myasthenia gravis who underwent uniportal subxiphoid thoracoscopic thymectomy at the Department of Thoracic Surgery, Bach Mai Hospital between 2023 and 2025 to evaluate clinical characteristics, paraclinical characteristics and preliminary surgical outcomes. The mean age was 46.45 ± 15.21 years old, 70.59 % females. The most common symptom was ptosis (78.43%), followed by muscle weakness/fatigue (33.33%) and dysphagia (23.53%). All patients received stable medical treatment before surgery and were mainly classified as Osserman stage I–II. Imaging findings showed that most tumor lesions were well-defined, contrast-enhanced, and homogeneous. Histopathological examination revealed 72.55% of thymoma and 27.45% of thymic hyperplasia. The mean operative time was 107.15 ± 22.78 minutes, with no conversion to open surgery. The mean postoperative hospital stay was 4.90 ± 3.98 days, and postoperative complications were uncommon. Uniportal subxiphoid thoracoscopic thymectomy appears to be a safe, minimally invasive, and feasible approach for the treatment of myasthenia gravis.

Keywords: Myasthenia gravis, thymectomy, uni-port thoracoscopy, subxiphoid approach, thoracic surgery.