

Đánh giá kết quả sớm cắt u trung thất bằng phẫu thuật nội soi một lỗ

Evaluation early results of mediastinal tumour resection by single-port video-assisted thoracoscopic

Ngô Gia Khánh*, Trần Trọng Kiềm**

*Bệnh viện Việt Đức

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu phương pháp nội soi 1 lỗ cắt u trung thất. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu, mô tả bệnh chứng các trường hợp được phẫu thuật cắt u trung thất bằng phương pháp nội soi 1 lỗ. **Kết quả:** 35 bệnh nhân u trung thất được phẫu thuật bằng nội soi một lỗ tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ 8/2015 đến 10/2016. Kích thước u trung bình: $4,3 \pm 2,5$ cm, thời gian phẫu thuật trung bình: 120 ± 30 phút, chuyển mổ mở: 2; 2 bệnh nhân đặt thêm lỗ, thời gian rút dẫn lưu trung bình: 4 ± 1 ngày, thời gian nằm viện trung bình: 7 ± 2 ngày, mổ lại: 01, nhiễm trùng vết mổ: 03 bệnh nhân. **Kết luận:** Đây là phương pháp phẫu thuật có nhiều ưu điểm: Đường mổ ngực nhỏ, thẩm mỹ, hậu phẫu nhẹ nhàng, thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ, phẫu thuật cắt u trung thất.

Summary

Objective: To evaluate early results of single-port video-assisted thoracoscopic mediastinal tumor resection. **Subject and method:** Prospective and descriptive study for all patients, who had mediastinal tumor and were operated with single-port video-assisted thoracoscopic. **Result:** 35 cases (20 males - 15 females) with mediastinal tumor were treated with single-port thoracoscopic mediastinal resection at Viet Duc Hospital and 108 Military Central Hospital from August 2015 to October 2016. The average size of tumors: 4.3 ± 2.5 , the mean operating time were 120 ± 30 minutes, 2 patients were converted to open surgery, 2 patients needed 1 addition incision, the mean removing of tube chest time was: 4 ± 1 days. The mean treatment time was 7 ± 2 days. Complication: 01 patient reopen, 03 incision infection. **Conclusion:** This method has advantages such as small incision, cosmetic, short hospitalization.

Keywords: Single-port video-assisted thoracoscopic, mediastinal tumor resection.

1. Đặt vấn đề

Phẫu thuật nội soi lồng ngực có video hỗ trợ ngày nay đã được ứng dụng trong nhiều bệnh lý lồng ngực. Trước đây phẫu thuật nội soi lồng ngực

được thực hiện qua nhiều "lỗ" đặc biệt là trong những trường hợp bệnh lý phức tạp.

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ (hay phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch) là phẫu thuật chỉ sử dụng một đường rạch duy nhất 1,5 - 2,5cm (có thể đến 3,5 nếu bệnh phẩm lớn) để tiếp cận và xử lý tổn thương.

Nhiều phẫu thuật lồng ngực đã sử dụng nội soi một lỗ thay thế cho phẫu thuật nội soi nhiều lỗ theo

Ngày nhận bài: 30/11/2016, ngày chấp nhận đăng: 07/12/2016

Người phản hồi: Trần Trọng Kiềm,

Email: dr.trantrongkiem4h108@gmail.com,

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

kinh điển. Kỹ thuật này cho phép nhìn trực tiếp mô đích, thao tác với các dụng cụ song song nhau mô phỏng theo mổ mở. Kỹ thuật này ít xâm lấn hơn so với kỹ thuật nội soi nhiều lỗ và hạn chế tối thiểu chèn ép vào thần kinh liên sườn do đó cải thiện tình trạng đau sau mổ [1], [2], [4].

Kỹ thuật nội soi một lỗ trong phẫu thuật lồng ngực được thực hiện lần đầu tiên năm 2004 (Gaetano Rocco) [4], tuy nhiên nó chỉ được áp dụng giới hạn trong một số ít các bệnh lý màng phổi hoặc cắt phổi hình chêm cho đến khi Diego Gonzalez-Rivas [3] và cộng sự báo cáo kinh nghiệm phẫu thuật cắt thùy phổi bằng nội soi một lỗ, từ đó kỹ thuật này mới được áp dụng rộng rãi.

Phẫu thuật cắt u trung thất nội soi đã được tiến hành từ lâu nhưng chủ yếu là phẫu thuật nội soi kinh điển với 3 kênh (1 Trocar và 2 kênh thao tác). Những năm gần đây phẫu thuật nội soi một lỗ được áp dụng để cắt u trung thất, nhưng đến nay vẫn còn ít thông báo về kỹ thuật này. Nghiên cứu này nhằm *Đánh giá kết quả bước đầu phương pháp nội soi 1 lỗ cắt u trung thất*.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 35 bệnh nhân phẫu thuật cắt u trung thất bằng nội soi một lỗ ở Khoa Tim mạch và Lồng ngực Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 8/2015 đến tháng 10/2016.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả bệnh chứng.

Quy trình nghiên cứu: Các thăm dò trước phẫu thuật bao gồm: X-quang ngực, CT Scanner lồng ngực, MRI lồng ngực (trong một số trường hợp). Chức năng hô hấp, Các xét nghiệm máu như thường quy. Tuổi, giới, thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, thời gian rút dẫn lưu, thời gian nằm viện, các biến chứng sau mổ ... được thu thập.

Tất cả bệnh nhân đều được rút ống nội khí quản tại phòng mổ, bệnh phẩm được gửi giải phẫu bệnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn : Không có bệnh lý màng phổi hoặc đã can thiệp vào khoang màng phổi trước đó.

Cắt tuyến ức mở rộng trong bệnh nhược cơ.

Kích thước $\leq 5\text{cm}$.

Không xâm lấn cấu trúc xung quanh.

Tiêu chuẩn loại trừ

Kích thước $> 5\text{cm}$.

Chống chỉ định phẫu thuật.

Không đồng ý phẫu thuật nội soi.

Quy trình phẫu thuật

Kỹ thuật

Tư thế: Đối với u trung thất trước: Bệnh nhân nằm nghiêng 30° , treo tay, kê gối dưới lưng. Phẫu thuật viên đứng phía lưng bệnh nhân, người phụ đứng cùng bên phẫu thuật viên. Đối với u trung thất sau: Bệnh nhân nằm sấp nghiêng 30° , tay ôm gối. Phẫu thuật viên đứng phía bụng bệnh nhân, người phụ đứng cùng bên. Đối với cắt tuyến ức mở rộng (trong bệnh lý nhược cơ): Bệnh nhân nằm ngửa, đệm gối dưới vai. Phẫu thuật viên đứng bên phải bệnh nhân, người phụ đứng bên trái phẫu thuật viên. Gây mê nội khí quản chọn lọc một phổi. Vị trí rạch da phụ thuộc vào vị trí khối u. Đối với mổ cắt tuyến ức mở rộng (trong bệnh nhược cơ): Rạch da 2,5 - 3cm dưới mũi ức, phẫu tích dọc theo mặt sau xương ức. Tiếp cận tuyến ức từ hai bên màng phổi. Đối với u trung thất trước hoặc u trung thất sau: Vị trí rạch da ở đường nách giữa ở khoang liên sườn 5 [3], [6]. Bệnh phẩm sau khi cắt ra được cho vào túi Plastic để lấy ra ngoài, đôi khi cần mở rộng thêm vết mổ để lấy bệnh phẩm. Đặt một hoặc hai dẫn lưu tùy từng trường hợp.

Đo độ dài vết rạch trên da.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Kết quả

Trong thời gian 8/2015 - 8/2016, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt u trung thất bằng phương pháp nội soi 1 lỗ cho 35 bệnh nhân được, trong đó nam: 18, nữ: 17. Tuổi trung bình 39 ± 15 tuổi.

Bảng 1. Vị trí u

	n	Tỷ lệ %
Trung thất trước	20	57,1
Trung thất giữa	4	11,4
Trung thất sau	8	22,9
Trung thất trên	3	8,6

Bảng 2. Hướng tiếp cận

	n	Tỷ lệ %
Ngực phải	14	40,0
Ngực trái	12	34,2
Dưới mũi ức	6	17,1
Hai bên	3	8,6

Bảng 3. Giải phẫu bệnh

	n	Tỷ lệ %
U tuyến ức	16	45,7
Phì đại tuyến ức	4	11,4
Nang phế quản	3	8,6
Nang màng tim	3	8,6
U thần kinh	7	20,0
U xơ	2	5,7

Kích thước u (Kích thước lớn nhất đo trên CT Scanner lồng ngực):

Trung bình: $4,3 \pm 2,5$.

Lớn nhất: 5cm ; nhỏ nhất: 2,8cm.

Thời gian phẫu thuật trung bình:

Trung bình: 120 ± 30 (phút).

Ngắn nhất: 30 phút.

Dài nhất: 210 phút.

Thay đổi kỹ thuật:

Chuyển mổ mở: 2.

Đặt thêm Trocar: 2.

Độ dài đường rạch da:

Trung bình: $3 \pm 0,5$ (cm).

Thời gian rút dẫn lưu màng phổi:

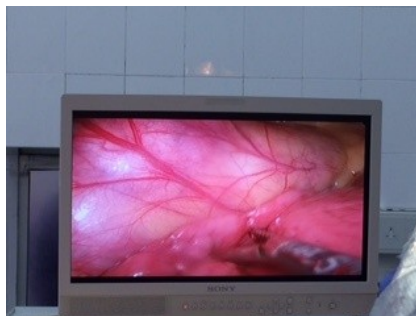
Trung bình: 4 ± 1 (ngày).

Thời gian nằm viện:

Trung bình: 7 ± 2 (ngày).

Bảng 4. Biến chứng

	n	Tỷ lệ %
Mổ lại	1	2,85
Nhiễm trùng vết mổ	3	8,6

**Ảnh minh họa:**

- 1: Tư thế bệnh nhân, 2: U trung thất trước phải ĐK 5cm,
3: Diện U sau khi cắt, 4: Vết mổ dài 2,5cm

4. Bàn luận

Trong thời gian 8/2015 - 8/2016, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt u trung thất bằng phương pháp nội soi 1 lỗ cho 35 bệnh nhân được, trong đó nam: 17, nữ: 13. Tuổi trung bình 39 ± 15 (tuổi). Nghiên cứu của Gaetano Rocco [5] trên 664 bệnh nhân, tuổi trung bình: 55,5 (16 - 85) tuổi. Tuổi bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn là do số lượng nghiên cứu của chúng tôi còn ít và bước đầu triển khai kỹ thuật nên chủ yếu sự lựa chọn bệnh nhân tập trung vào bệnh nhân trẻ, khỏe, thể trạng tốt. Nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u trung bình $4,3 \pm 2,5$, với kích thước khối u $\leq 5\text{cm}$ quá trình phẫu tích dễ dàng, trường mổ đủ tầm nhìn để phẫu tích, phẫu thuật an toàn và cắt u triệt để. Tuy nhiên, trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi đã mổ thành công với những khối u có kích thước 6,5cm, khả năng phẫu thuật còn phụ thuộc vào kỹ năng của phẫu thuật viên.

Cắt u trung thất nội soi đã có lịch sử hơn 10 năm và đến nay đã được ứng dụng rộng rãi trên khắp thế giới [4]. Phẫu thuật nội soi một lỗ áp dụng trong phẫu thuật lồng ngực bao gồm: Nội soi ngực một bên, nội soi ngực hai bên, phẫu thuật qua đường cổ, mổ nội soi qua đường dưới mũi ức. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu có nhiều ưu điểm: Ít mất máu, ít đau sau mổ, ít ảnh hưởng đến chức năng phổi, tốt hơn về mặt thẩm mỹ. Với nhiều tiến bộ trong những năm gần đây, phẫu thuật này cho thấy rằng hiệu quả điều trị tương đương với các phẫu thuật mổ mở kinh điển. So sánh giữa kỹ thuật này với kỹ thuật cắt u tuyến ức hoặc cắt u trung thất nội soi VATS về số lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, thời gian điều trị sau mổ cho thấy không có sự khác biệt đáng kể. So với thời gian mổ của Ching - Feng - Wu ($97,3 \pm 31,2$) [1], thời gian mổ của chúng tôi kéo dài hơn, So với Thời gian mổ của Diego Gonzalez-Rivas [3] thời gian mổ của chúng tôi ngắn hơn. Khó khăn khi áp dụng kỹ thuật này là khi khối u có kích thước lớn hơn 5cm, khối u lớn gây hạn chế trường nhìn, quá trình phẫu tích dễ gây tổn thương mạch máu đặc biệt là tĩnh mạch vô danh (đối với u ở trung thất trước). Trong những trường hợp này, cần phẫu tích rõ ràng tĩnh mạch vô danh trước khi cắt u, đối với

các nhánh của nó có thể xử trí dễ dàng bằng dao điện, dao siêu âm hoặc cặp clip.

Trong phẫu thuật nội soi một lỗ, việc lựa chọn vị trí đường rạch da là rất quan trọng. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, đối với các khối u nằm ở cao, trên tĩnh mạch vô danh, tĩnh mạch chủ trên nên vào khoang liên sườn IV, đối với các khối u ở thấp hơn nên vào khoang liên sườn V, đối với trường hợp cắt tuyến ức trong nhược cơ, phẫu tích từ dưới mũi ức giúp lấy được triệt để tuyến ức và tổ chức mỡ ở hai bên, Takashi Suda [6] năm 2005, đã báo cáo 1 trường hợp mổ nang trung thất cho 1 bệnh nhân nữ với kết quả rất tốt qua đường dưới mũi ức. Kích thước đường rạch da trung bình của chúng tôi: $3 \pm 0,5\text{cm}$, so với các tác giả trên thế giới đường rạch da của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu đã báo cáo. Kết thúc phẫu thuật chúng tôi dùng ống Silicon 24F để dẫn lưu, thời gian dẫn lưu của chúng tôi: 4 ± 1 ngày, so với thời gian dẫn lưu ở những bệnh nhân mổ nội soi 3 lỗ và các báo cáo của các tác giả khác, thời gian dẫn lưu của chúng tôi kéo dài hơn, bởi vì triển khai kỹ thuật mới nên chúng tôi muốn lưu thêm dẫn lưu để theo dõi. tuy nhiên, tiến tới chúng tôi sẽ rút dẫn lưu sớm hơn và dùng ống dẫn lưu nhỏ hơn, bởi vì ống dẫn lưu đặt trực tiếp qua vết mổ, nếu lựa chọn dẫn lưu nhỏ việc liên vết mổ sẽ tốt hơn và vấn đề thẩm mỹ tốt hơn. Tiến tới trong những trường hợp u đơn giản chúng tôi sẽ cầm máu kỹ và không đặt dẫn lưu màng phổi.

Về hiệu quả giảm đau của phẫu thuật, về mặt lý thuyết với đường rạch ra càng nhỏ, càng ít gây tổn thương thần kinh do đó bệnh nhân sẽ đỡ đau hơn. Hơn nữa với nội soi một lỗ chỉ tiếp cận từ một khoang liên sườn nên giảm thiểu tối đa gây tổn thương thần kinh liên sườn. Thực tế chúng tôi nhận thấy những ngày đầu sau mổ, bệnh nhân ít than phiền về đau hơn và hàm lượng thuốc giảm đau cũng ít hơn. Hiệu quả giảm đau lâu dài cần được nghiên cứu thêm.

Trong 35 bệnh nhân chúng tôi đã phẫu thuật, có một bệnh nhân phải mổ lại sau 2 ngày do máu đông trong khoang màng phổi, tổn thương được xác định là chảy máu từ vết mổ. Có 3 trường hợp có dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ được xử lý ngay trong thời gian nằm viện. So với phẫu thuật nội soi 3 lỗ và

các nghiên cứu với số lượng lớn hơn của các tác giả trên thế giới, tỷ lệ tai biến, biến chứng của chúng tôi cao hơn. Kỹ thuật này, được chúng tôi áp dụng đầu tiên ở Việt Nam với dụng cụ nội soi chung không có dụng cụ chuyên dùng cho nội soi 1 lỗ và kinh nghiệm chưa nhiều, những ca sau đó chúng tôi không lặp lại tai biến, biến chứng này. Kinh nghiệm qua 664 ca được Gaetano Rocco tổng kết, không có tử vong, không có mổ lại [5], Diego Gonzalez-Rivas [3], công bố 102 ca phẫu thuật, không mổ lại, không có tử vong.

5. Kết luận

Nội soi một lỗ có nhiều ưu điểm: Vết mổ nhỏ, đau sau mổ giảm, thẩm mỹ, ngày nằm viện ngắn, hậu phẫu nhẹ nhàng. Là kỹ thuật mới có thể áp dụng được ở Việt nam.

Tài liệu tham khảo

1. Ching-FW, Gonzalez-RD, Chih-TW, Yun-HL, Yi-Cheng W, Yin-KC, Ming-J H, Ching-YW, Wei-HC (2015) *Single-port video-assisted thoracoscopic mediastinal tumour resection*. CardioVasc Thorac Surg doi: 10.1093/icvts/ivv224.
2. Ching-YW, Ming-JH, Ching-FW (2015) *Single port VATS mediastinal tumor resection: Taiwan experience*. Ann Cardiothorac Surg 5(2): 107-111.
3. Diego GR, Marina P, Ricardo F (2013) *Uniportal video-assisted thoracoscopic lobectomy: Two years of Experience*. Ann Thorac Surg 95: 426-432.
4. Gaetano Rocco (2013) *History and indications of uniportal pulmonary wedge resections*. J Thorac Dis 5(3): 212-213.
5. Gaetano R, FRCSEd, Nicola M, Carmine LM (2013) *Ten-year experience on 644 patients undergoing single-port (Uniportal) video-assisted thoracoscopic Surgery*. Ann Thorac Surg 96: 434-438.
6. Takashi Suda (2015) *Single-port thymectomy using a subxiphoid approach-surgical technique*. Ann Cardiothorac Surg 5(1): 56-58.