

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CẮT TUYẾN ỨC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHƯỢC CƠ

Nguyễn Khánh Quang¹, Vũ Trí Thanh¹, Trần Minh Bảo Luân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhược cơ (NhC) là một bệnh lý rối loạn thần kinh cơ tự miễn có sự liên quan kháng thể kháng thụ thể Acetylcholine, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh bệnh lý có liên hệ trực tiếp đến tuyến ức. Phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị bệnh NhC đã được chứng minh cải thiện triệu chứng. Tuy nhiên kết quả thay đổi rất nhiều tùy theo các nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan đến tình trạng suy hô hấp, cơn nhược cơ sau phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) cắt tuyến ức điều trị bệnh NhC

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan đến tình trạng suy hô hấp, cơn nhược cơ của PTNSLN cắt tuyến ức ở bệnh nhân (BN) nhược cơ tại Khoa Lồng Ngực – Mạch Máu bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: BN được chẩn đoán NhC và được PTNSLN cắt tuyến ức điều trị tại khoa Lồng Ngực Mạch Máu – Bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2015 đến 03/2019. Hồi cứu mô tả hàng loạt ca theo dõi dọc.

Kết quả: Trong nghiên cứu, có 72 BN: 37 BN có u và 35 BN không có u tuyến ức được PTNSLN. Tỷ lệ suy hô hấp (SHH) sau mổ là 16,7%. Cơn NhC hậu phẫu chiếm 6,9% trường hợp (TH). Các yếu tố liên quan tới thời gian lưu nội khí quản, tình trạng SHH và cơn NhC sau phẫu thuật: BN lớn tuổi, sử dụng corticoid trước mổ, phân độ Osserman cao. BN có phân độ I và IIA sẽ có kết quả khỏi bệnh và cải thiện triệu chứng nhiều hơn nhóm phân độ IIB và III. Thời gian nằm viện trung bình 11,5 ngày. Kết quả tốt (khỏi bệnh không cần dùng thuốc và cải thiện) sau phẫu thuật tăng dần theo thời gian theo dõi: dưới 1 tháng: 80,3%; 3-6 tháng: 79,3%; 1 năm: 84%; 3 năm là: 87,5%. Nồng độ kháng thể Acetylcholin trong máu tăng cao 80% TH SHH sau mổ.

Kết luận: PTNSLN cắt tuyến ức điều trị bệnh NhC có hoặc không có u tuyến ức có tính an toàn cao, ít xâm lấn, cải thiện triệu chứng lâm sàng, ít các biến cố nặng sau phẫu thuật.

Từ khóa: nhược cơ, phẫu thuật cắt tuyến ức, u tuyến ức, tăng sản tuyến ức, nội soi lồng ngực

ABSTRACT

THE OUTCOMES OF THORACOSCOPIC SURGERY IN THYMECTOMY FOR MYASTHENIA GRAVIS

Nguyen Khanh Quang, Vu Tri Thanh, Tran Minh Bao Luan

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 271-277

Background: Myasthenia Gravis (MG) is an auto-immune disorder characterized by the production of abnormal antibodies to the Acetylcholine receptors at the neuromuscular junction. Radical thymectomy in many forms of Myasthenia Gravis may lead to clinical improvement in 70–80% of cases. Our objectives were to demonstrate our short-term results of radical trans-sternal thymectomy.

Objectives: To analyze the outcome of video-assisted thoracoscopic surgical (VATS) extended thymectomy in Thoracic and Vascular Surgery Department, University Medical Center Ho Chi Minh City.

Methods: Retrospective analysis was conducted for patients with MG who underwent thymectomy between

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM – Cơ sở 2; Bộ môn ngoại Lồng Ngực -Tim Mạch

Tác giả liên lạc: ThS.BS. Nguyễn Khánh Quang ĐT:0943993664 Email: qkkhanhquang996@gmail.com

January 2015 and March 2019.

Results: 72 patients with MG underwent VATS thymectomy in our department and were subdivided into 2 groups: MG with thymoma (n=37) and MG without thymoma (n=35). Post-operative respiratory failure was 16.7%. Postoperative myasthenic crisis was 6,9%. Patients with grade I and IIA had recovery rate and improved symptoms more than grade IIB and III. The average treatment duration was 5,1 days, the average length of stay in hospital was 11.5 days. The outcomes (Pharmacologic Remission and Improved) after surgery kept increasing overtime: <1 month (80.3%); 3-6 months (79.3%), 1 year (84%), 3 years (87.5). Anti-acetylcholine receptor antibody was increase about 80% in pulmonary failure postoperative. Factors associated with prolonged postoperative endotracheal intubation, pulmonary failure and myasthenic crisis: elderly patients, corticosteroid therapy, Higher grades of Osserman's scale (IIB and III)

Conclusion: Video-assisted thoracoscopic surgery thymectomy can produce satisfactory results including improve symptoms and reduce patients' risk of developing respiratory failure.

Keyword: myasthenia gravis, thymectomy, thymoma, non-thymomatous, thoracoscopy

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhược cơ (NhC) là một rối loạn thần kinh cơ tự miễn do sự sản xuất kháng thể kháng thụ thể acetylcholine nicotinic. Khoảng 80 – 90% bệnh nhân (BN) NhC có kháng thể kháng thụ thể acetylcholine trong huyết thanh. Tuyến ức được coi là nguồn gốc của sự phát sinh đáp ứng tự miễn trong bệnh NhC. Các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ suy hô hấp và cơn nhược cơ sau mổ còn cao và thay đổi theo từng nghiên cứu⁽¹⁾.

Một vấn đề còn đang được nghiên cứu trên thế giới là các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến việc suy hô hấp cần thở máy sau mổ hoặc lên cơn nhược cơ ở giai đoạn hậu phẫu. Việc bệnh nhân suy hô hấp hoặc cơn nhược cơ sau mổ cần thở máy sẽ làm tăng thời gian hồi sức tích cực, tăng khả năng viêm phổi và tăng số ngày điều trị^(2,3). Nghiên cứu Lu W (2015) cho thấy có sự liên quan giữa khả năng suy hô hấp sau mổ với các yếu tố: phân độ nhược cơ trước mổ, có tiền căn bệnh lý phổi, số lượng thuốc kháng acetylcholinesterase sử dụng trước mổ⁽³⁾.

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) cắt tuyến ức mới chỉ được quan tâm nghiên cứu trong một vài năm nay. Cắt tuyến ức bằng PTNSLN đầu tiên được thực hiện ở bệnh viện Chợ Rẫy năm 2004, và được công bố bước đầu trong hội nghị khoa học kỹ thuật Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (ĐHYD TP. HCM) năm 2006 và 2007. Nghiên cứu của Nguyễn Công

Minh (2007) trong thời gian 24 tháng từ tháng 09 năm 2006 đến tháng 09 năm 2008. Tại khoa Phẫu thuật Lồng ngực và Mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy, đã PTNSLN cắt tuyến ức điều trị bệnh NhC cho 73 BN, nữ 39 trường hợp (TH), nam 34 TH. Tuổi trung bình: 32,13 - 11,25 tuổi (từ 14-67 tuổi). Thực hiện phẫu thuật bên phải: 59 trường hợp, bên trái: 14 TH. Gây mê nội khí quản 2 nồng: 54 TH. Thời gian mổ trung bình là 75 phút. Thời gian hậu phẫu trung bình: 6,61 ngày. Trong đó có một TH biến chứng chảy máu từ tĩnh mạch thân tay đầu trong mổ. Kết quả tốt: 27 TH, kết quả khá: 45 TH, xấu: 1 TH. Và khẳng định rằng: PTNSLN cắt tuyến ức có hiệu quả trong điều trị bệnh NhC, là phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn, BN hồi phục nhanh, là phương pháp phẫu thuật an toàn, có thể triển khai rộng rãi⁽⁴⁾.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

BN được chẩn đoán bệnh lý NhC có và không có kèm theo u tuyến ức được điều trị tại khoa Lồng ngực Mạch máu - bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2015 đến 03/2019.

Tiêu chuẩn nhận bệnh

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhược cơ bằng nghiệm pháp Prostigmin hoặc đo điện cơ, điều trị nội khoa ổn định và được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức có hoặc không

kèm theo u nhằm điều trị bệnh lý nhược cơ.

Bệnh nhân nhược cơ thể nhẹ đến trung bình (phân loại Osserman từ I đến III) tại thời điểm phẫu thuật.

Hồ sơ bệnh án đầy đủ và theo dõi sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN đang có con NhC/có con NhC trong vòng 2 tuần.

BN điều trị nội khoa chưa ổn định: BN xuất hiện các triệu chứng NhC thường xuyên >2 lần/tuần với liều thuốc đang dùng.

BN được phẫu thuật cắt tuyến ức kèm theo các phẫu thuật khác: cắt một phần phổi, cắt kén khí phổi

BN thở máy sau mổ do các nguyên nhân khác: viêm phổi bội nhiễm, SHH do bệnh lý chuyển hoá như đái tháo đường...

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu hàng loạt ca theo dõi dọc.

Phương pháp thực hiện

BN được gây mê chọn lọc một phổi, thường đặt bên trái, xếp phổi bên phải. BN nằm nghiêng 30- 45°, đặt gối dưới nách để mở rộng khoang liên sườn và vùng phẫu thuật. Thường đặt 3 trocar. Nguyên tắc: theo nguyên tắc “diamond shape”, ống soi (camera) đặt ở đáy, (thường đặt liên sườn V hay VI đường nách giữa sau) 2 trocar thao tác hai bên, tổn thương nằm ở đỉnh (liên sườn V đường trung đòn – nách trước, liên sườn IV đường nách trước), 2 trocar đặt cách xa nhau để tránh các dụng cụ thao tác cản trở nhau. Nguyên tắc phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến ức. Bệnh phẩm được gửi giải phẫu bệnh.

Kết thúc phẫu thuật: Kiểm tra cầm máu, thông khí phổi, dẫn lưu khoang màng phổi. Tiến hành phổi nở trước khi rút trocar và đóng ngực.

Kết quả sớm (trong vòng 30 ngày)⁽⁵⁾: Tốt: bệnh nhân được phẫu thuật và xuất viện, không xảy ra biến chứng nào cần phải xử trí trong thời gian chu phẫu.

Trung bình: Bệnh nhân phẫu thuật thành

công và được xuất viện. Có các biến chứng không đe dọa tính mạng và phải xử trí biến chứng trong thời gian chu phẫu như: xếp phổi, chảy máu, tràn khí màng phổi, nhiễm trùng vết mổ...

Xấu: Có biến chứng suy hô hấp, thở máy, viêm phổi, tử vong trong mổ, hoặc tử vong do bất kì nguyên nhân nào trong thời gian chu phẫu.

Kết quả theo dõi bệnh sau 1 năm và 3 năm: Hiệp hội bệnh Nhược cơ Hoa Kỳ (M.G.F.A) năm 2000⁽⁶⁾ đã đưa ra định nghĩa các tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị sau mổ:

- Thuyên giảm hoàn toàn ổn định (CSR: Complete Stable Remission).
- Khỏi bệnh không cần dùng thuốc (PR: Pharmacologic Remission).
- Cải thiện (I: Improved).
- Không thay đổi (U: Unchanged).
- Nặng hơn (W: Worse).
- Tái diễn nặng hơn (E: Exacerbation).
- Tử vong (D: Death).

Đánh giá chất lượng cuộc sống BN sau mổ cắt tuyến ức: công cụ để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ là bộ câu hỏi: Medical Outcome Study 36 – Item Short Form (SF-36) do Ware JE và Sherbourne CD xây dựng năm 1992.

Xử lý dữ liệu

Dữ liệu nghiên cứu được thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, số 247/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 4/5/2019.

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/2015 đến 03/ 2019 chúng tôi thu nhận được 72 BN được PTNSLN cắt tuyến ức điều trị bệnh NhC. Nhằm phân tích rõ hơn các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị, chúng tôi chia làm 2 nhóm BN:

35 BN NhC không có u tuyến ức và 37 BN NhC có u tuyến ức tại bệnh viện ĐHYD TP. HCM.

Tình trạng nhược cơ: Phân độ Osserman nhóm II A là thường gặp nhất chiếm 56,9%. Nhóm bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nặng (nhóm IIB và nhóm III) chiếm lần tỉ lệ lần lượt là 23,6% và 1,4%.

Bảng 1: Đặc điểm tiền sử bệnh nhược cơ của nhóm nghiên cứu (n=72)

	Trung bình $\pm$ ĐLC (Số TH)		
	Chung	NhC không u (n=35)	NhC có u (n=37)
Số viên Mestison/ngày (viên)	3,1 $\pm$ 0,9	3,2 $\pm$ 1,2	2,8 $\pm$ 0,8
Dùng kèm Medrol	25 (34,7%)	16 (45,7%)	9 (24,3%)
Thời gian từ khi xuất hiện cơn NhC đến khi nhập viện (năm)	1,4 $\pm$ 0,9	1,5 $\pm$ 1,0	1,1 $\pm$ 0,9

Thời gian dẫn lưu trung bình là 1,4 ngày, trong đó thời gian dẫn lưu màng phổi ở nhóm NhC có u 1,9 ngày dài hơn thời gian dẫn lưu màng phổi ở nhóm NhC không u, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ và liều mestison sau mổ trung bình là 3,0 viên. Số ngày hậu phẫu trung bình là 5,1 ngày và thời gian nằm viện trung bình là 11,5 ngày. Nhóm NhC có u có thời gian hậu phẫu và nằm viện lâu hơn so với nhóm NhC không u, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu, nhóm NhC không u, mô tuyến ức tăng sản và lành tính là thường gặp nhất chiếm 71,4%, còn lại là thoái hoá tuyến ức.

Bảng 2: Biến chứng phẫu thuật và hậu phẫu

	Chung	NhC không u (n=35)	NhC có u (n=37)
Biến chứng phẫu thuật			
Tràn khí màng phổi	1 (1,4%)	0	1 (2,7%)
Biến chứng hậu phẫu			
SHH cần thở máy sau mổ	12 (16,7%)	2 (5,7%)	10 (27,0%)
Cơn NhC hậu phẫu	5 (6,9%)	1 (2,9%)	4 (10,8%)
Viêm phổi	2 (2,8%)	1 (2,9%)	1 (2,7%)

Trong cả nghiên cứu, kết quả sớm sau phẫu thuật có tỉ lệ tốt chiếm cao 81,9%, trung bình có 15,3% và kết quả xấu có 2 TH chiếm 2,8%. Hai TH kết quả xấu là có cơn NhC xuất hiện sau mổ

phải thở máy và xuất hiện biến chứng viêm phổi, sau BN hồi phục và được xuất viện.

Bảng 3: Phân tích các yếu tố liên quan SHH cần thở máy sau mổ

Yếu tố	Không SHH (N=60)	Có SHH (N=12)	Giá trị p
Giới tính			
- Nam	20 (40,7%)	4 (36,4%)	-
- Nữ	40 (59,3%)	8 (63,6%)	0,723
Tuổi (năm)	42,0 (13,0)	44,5 (11,8)	0,016
Thời gian bệnh (năm)	2,2 (2,9)	1,8 (1,6)	0,264
Lượng Mestison trước mổ (viên/ngày)	2,7 (1,0)	3,1 (1,2)	0,399
Kèm Corticoid trước mổ			
- Không	49 (81,7%)	8 (66,7%)	-
- Có	11 (18,3%)	4 (33,3%)	0,011
Cơn nhược cơ trước mổ			
- Không	49 (81,7%)	10 (83,3%)	-
- Có	11 (18,3%)	2 (16,7%)	0,409
Osserman			
- I	4 (6,7%)	0 (0,0%)	-
- IIA	38 (63,3%)	4 (33,3%)	-
- IIB-III	18 (30%)	8 (66,7%)	0,012
Chức năng hô hấp			
- Bình thường	56 (93,3%)	1 (8,3%)	-
- Hạn chế nhẹ - vừa	4 (6,7%)	11 (91,7%)	0,021
Giải phẫu bệnh			
- Không u	45 (75,0%)	2 (16,7%)	-
- Có u	15 (25,0%)	10 (83,3%)	0,096
Thời gian phẫu thuật (phút)	100,1 (17,9)	119,1 (25,2)	0,084
Lượng máu mất (mL)	100,7 (63,6)	120,9 (52,1)	0,594

Tỉ lệ SHH sau mổ là 16,7%. Nhóm NhC có u có tỉ lệ SHH sau mổ cao hơn nhóm NhC không u.

Bảng 4: Phân tích các yếu tố liên quan cơn NhC sau mổ

Yếu tố	Không (N=64)	Có (N=8)	Giá trị p
Giới tính			
- Nam	22 (34,3%)	3 (37,5%)	-
- Nữ	42 (65,6%)	5 (62,5%)	0,848
Tuổi (năm)	40,9 (12,4)	42,1 (12,8)	0,606
Thời gian bệnh (năm)	2,1 (2,3)	1,6 (1,1)	0,458
Lượng Mestison trước mổ (viên/ngày)	3,1 (1,0)	3,6 (1,1)	0,592
Kèm Corticoid trước mổ			
- Không	55 (85,9%)	2 (25,0%)	-
- Có	9 (14,1%)	6 (75,0%)	0,05
Cơn nhược cơ trước mổ			
- Không	59 (92,2%)	6 (75,0%)	-
- Có	5 (7,8%)	2 (25%)	0,046

Yếu tố	Không (N=64)	Có (N=8)	Giá trị p
Osseman			
- I	13 (10,1%)	0 (0,0%)	-
- IIA	40 (66,7%)	2 (14,3%)	-
- IIB-III	11 (23,2%)	6 (85,7%)	0,007
Chức năng hô hấp			
- Bình thường	63 (98,4%)	4 (50,0%)	-
- Hạn chế nhẹ - vừa	1 (1,6%)	4 (50,0%)	0,034
Giải phẫu bệnh			
- Không u	44 (68,8%)	2 (25%)	-
- Có u	20 (31,2%)	6 (75%)	0,223
Thời gian phẫu thuật (phút)	108,4 (21,0)	115,7 (15,1)	0,371
Lượng máu mất (mL)	80,0 (60,4)	91,4 (63,1)	0,632

Bảng 5: *Nồng độ Anti-AcetylcholinR (Anti- AchR) của bệnh nhân*

	Chung (n=72)	NhC không u (n=35)	NhC có u (n=37)	Con NhC sau mổ (n=5)	Giá trị p
Sự hiện diện Anti-AchR					
Âm tính	36 (50,0%)	16 (45,7%)	20 (54,1%)	1 (20,0%)	0,0001
Dương tính	36 (50,0%)	19 (54,3%)	17 (45,9%)	4 (80,0%)	
Anti-ACh (nmol/l)	2 ± 0,4	2,4 ± 0,2	1,6 ± 0,4	14,6 ± 1,2	0,122

BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Ngoại lồng ngực – Mạch máu bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM là nơi có số lượng BN lớn và có nhiều phẫu thuật viên kinh nghiệm. Ngoài ra, bệnh viện Đại Học Y Dược TP. HCM còn có đội ngũ bác sĩ nội thần kinh lâu năm, có nhiều kinh nghiệm và phối hợp rất tốt trong việc điều trị cho BN bị NhC trước và sau khi phẫu thuật. Khoa Ngoại Lồng ngực – Mạch máu đã triển khai PTNSLN điều trị NhC từ năm 2004 và hoàn thiện dần cho đến ngày nay khoa đã có một quy trình phẫu thuật tiêu chuẩn cho PTNSLN cắt tuyến ức trong bệnh NhC. Quan tâm đến mối quan hệ giữa NhC và kháng thụ thể Acetylcholin nên các bác sĩ thực hiện xét nghiệm này một cách thường quy trước và sau mổ trên các BN NhC có u và không u tuyến ức, các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện tình trạng suy hô hấp và cơn nhược cơ sau mổ. Đánh giá được mối quan hệ của chúng trong nghiên cứu này là 1 đặc điểm nổi bật hơn so với các nghiên cứu khác.

Trong quá trình PTNSLN cắt tuyến ức, một biến chứng quan trọng nhất là tổn thương tĩnh mạch vô danh hoặc tĩnh mạch chủ trên do quá

Con NhC hậu phẫu chiếm 6,9% TH. Thời điểm NhC thường xảy ra ngày thứ 2 sau mổ. BN có phân độ I và IIA sẽ có kết quả khỏi bệnh và cải thiện triệu chứng nhiều hơn nhóm phân độ IIB và III. Thời gian điều trị sau mổ trung bình: 5,1 ngày, thời gian nằm viện trung bình 11,5 ngày. Kết quả tốt (khỏi bệnh không cần dùng thuốc và cải thiện) sau phẫu thuật tăng dần theo thời gian theo dõi: dưới 1 tháng: 80,3%; 3-6 tháng: 79,3%; 1 năm: 84%; 3 năm là: 87,5%. Nồng độ kháng thể Acetylcholin trong máu tăng cao 80% TH SHH sau mổ.

trình bóc tách tuyến ức. Đối với TH có u tuyến ức kèm theo, vấn đề quan tâm của phẫu thuật viên là sự xâm lấn hay dính của u vào các cấu trúc xung quanh như: màng tim, tĩnh mạch vô danh, phổi... Việc u xâm lấn các cấu trúc xung quanh sẽ làm dễ chảy máu và không thao tác bằng nội soi cần chuyển sang mổ mở cắt u tuyến ức⁽⁷⁾. Nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận TH nào gây tổn thương tĩnh mạch vô danh trong quá trình phẫu thuật và TH nào mở ngực do u xâm lấn không cắt được bằng phẫu thuật nội soi. Lý giải điều này có thể là do quá trình chọn lựa bệnh của chúng tương đối chặt chẽ ở tiền phẫu. BN có u tuyến ức kích thước nhỏ và không có sự xâm lấn cấu trúc xung quanh trên phim Chụp CLĐT ngực mới được chỉ định phẫu thuật nội soi. Ngoài ra chúng tôi 1 TH (1,4%) tràn khí màng phổi sau phẫu thuật cần điều trị đặt ống dẫn lưu màng phổi.

Suy hô hấp (SHH) sau phẫu thuật

Mặc dù không sử dụng thuốc giãn cơ trong quá trình gây mê phẫu thuật của BN nhưng một số BN vẫn không tự thở sau mổ cần phải thở máy hỗ trợ cho BN. SHH sau cắt tuyến ức sẽ làm tăng thời gian thở máy, từ đó làm tăng thời gian hồi sức tích cực và tăng nguy cơ viêm

phổi sau mổ. Theo các nghiên cứu khả năng SHH sau mổ phẫu thuật cắt tuyến ức thay đổi từ 10-22%^(3,8,9). Ngoài ra, phẫu thuật ít xâm lấn như PTNSLN sẽ làm giảm tỉ lệ SHH sau mổ so với mổ xương ức⁽³⁾.

Trong nghiên cứu, tỉ lệ SHH sau mổ là 16,7%. Nhóm NhC có u có tỉ lệ SHH sau mổ cao hơn nhóm NhC không u (27% vs 5,7%), có ý nghĩa thống kê với $p=0,05$. Thời gian thở máy trung vị của nhóm nghiên cứu là 3,3 giờ. Tác giả Watanabe A (2004) báo cáo 122 BN được mổ phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị bệnh NhC qua đường mổ mở xương ức cho thấy tỉ lệ SHH sau mổ là 11,5%⁽⁸⁾. Lu W⁽³⁾ nghiên cứu các yếu tố nguy cơ gây SHH trên 61 BN được phẫu thuật cắt tuyến ức trong NhC cho thấy tỉ lệ SHH sau mổ là 22,5%. Nguyễn Công Minh⁽⁴⁾ cho thấy tỉ lệ SHH sau mổ cần thở máy >24 giờ là 13%. Nguyễn Quang Vinh báo cáo tỉ lệ SHH thở máy >24h là 17%.

Qua phân tích cho thấy tỉ lệ SHH sau mổ ở BN NhC là tương đối cao. SHH sau mổ cần thở máy hỗ trợ là một vấn đề cần được quan tâm ở hậu phẫu, cần tránh các thuốc gây mê tác dụng dài, tăng cường giảm đau tốt cho BN và hút đàm nhớt liên tục sẽ giúp BN SHH nhanh chóng cai máy⁽⁸⁾. Khi phẫu thuật bệnh lý NhC, chúng tôi tiến hành phân chia các loại biến chứng theo 2 loại: biến chứng do phẫu thuật và biến chứng do bệnh lý. Do đó, vấn đề SHH và cơn NhC sau mổ chúng tôi xếp loại vào biến chứng hậu phẫu do bệnh lý và sẽ phân tích riêng 2 loại biến chứng này.

Cơn nhược cơ sau phẫu thuật

Là tình trạng thở máy kéo dài trên 24 giờ hoặc trong vòng 48 giờ sau hậu phẫu BN bị SHH cần phải đặt lại nội khí quản và thở máy hỗ trợ⁽¹⁰⁾. Về cơ chế của cơn NhC hậu phẫu vẫn còn nhiều bàn cãi: co thắt phế quản sau mổ, tăng nặng triệu chứng NhC và phản ứng của cơ thể do stress, cơn cường phó giao cảm do thuốc NhC... Điều trị lọc huyết tương ở những BN này cho thấy kết quả khả quan⁽¹¹⁾.

Trong nghiên cứu chúng tôi, cơn NhC hậu

phẫu chiếm 6,9% TH. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ cơn NhC sau mổ ở 2 nhóm. Thời điểm NhC thường xảy ra ngày thứ 2 sau mổ. Có 2 BN sau khi xuất viện, BN xuất hiện cơn NhC ngày thứ 20, phải nhập viện điều trị.

Tỉ lệ cơn NhC sau mổ của các tác giả khác thay đổi tùy theo nghiên cứu: Sophon Siwachat S⁽¹²⁾ ghi nhận tỉ lệ cơn NhC ở nhóm PTNS là 1,9% và ở nhóm mổ xương ức là 2,2%. Liu Z⁽¹⁾ ghi nhận tỉ lệ cơn NhC sau mổ là 1/72 TH. Watanabe A⁽⁸⁾ ghi nhận tỉ lệ cơn NhC ở BN mổ xương ức là 11,4%. Yu S⁽¹³⁾ ghi nhận tỉ lệ cơn NhC sau mổ 1 năm là 24,7%. Chu XY⁽⁹⁾ báo cáo tỉ lệ cơn NhC sau mổ trong 30 ngày hậu phẫu là 18,1%.

Như vậy, cơn NhC là một vấn đề cần quan tâm ở giai đoạn hậu phẫu của BN không chỉ là giai đoạn ngay sau mổ mà còn trong thời gian điều trị xa. Cơn NhC sau mổ cần phát hiện sớm và can thiệp kịp thời nếu không sẽ nguy hiểm đến tính mạng của BN⁽¹⁴⁾. Nồng độ kháng thể kháng acetylcholin (Anti-AchR) có nồng độ cao trong đa số các trường hợp bệnh nhân nhược cơ không u, cao hơn ở bệnh nhược cơ có u chiếm tỉ lệ cụ thể lần lượt là: 54,3% và 45,9%, trong đó nồng độ kháng thể tăng cao ở nhóm bệnh nhân có xuất hiện cơn nhược cơ sau mổ chiếm tỉ lệ 80% với nồng độ trung bình trong máu là 14,6 ng/ml. Điều này chứng minh rằng nồng độ kháng thể Acetylcholin đóng vai trò quan trọng và được xem như là phương tiện xét nghiệm không xâm lấn, xét nghiệm hướng chẩn đoán cho bệnh lý nhược cơ. Tuy nhiên xét nghiệm này không đóng vai trò trong việc đưa ra chẩn đoán xác định.

Bệnh nhân NhC sau phẫu thuật vì SHH sau mổ cắt tuyến ức sẽ làm tăng thời gian thở máy, từ đó làm tăng thời gian hồi sức tích cực và tăng nguy cơ viêm phổi sau mổ⁽³⁾. Chúng tôi nhận thấy cơn NhC hậu phẫu chiếm 6,9% TH. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ cơn NhC sau mổ ở 2 nhóm. Thời điểm NhC thường xảy ra ngày thứ 2 sau mổ. Chúng tôi nhận thấy rằng:

- BN có sử dụng corticoid trước mổ sẽ có thời

gian lưu nội khí quản lâu hơn so với BN không sử dụng corticoid, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,007$.

- Ghi nhận có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa phân độ Osserman với thời gian rút ống NKQ với $p=0,01$. BN có phân độ Osserman càng cao sẽ có thời gian lưu nội khí quản càng dài.

KẾT LUẬN

Có nhiều yếu tố nguy cơ gây SHH cũng như khởi phát cơn NhC sau mổ trong đó thường thấy nhất là: BN lớn tuổi, tiền căn có cơn nhược cơ, có sử dụng corticoid phối hợp điều trị, phân độ Osserman từ IIB trở lên, có u tuyến ức, chức năng hô hấp trước mổ bất thường.

PTNSLN cắt tuyến ức là một trong những phương pháp phẫu thuật mang tính chất xâm lấn tối thiểu mang đến hiệu quả cao đồng thời làm nhẹ đi rất nhiều tình trạng hậu phẫu trên các BN NhC, nhất là ở các giai đoạn NhC nặng trước mổ. Đó cũng là một ưu điểm nhận thấy trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi về ứng dụng NSLN trong phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị bệnh NhC sau mổ là có kết quả tốt, ít biến chứng và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mao Z, Hu X, Liu Z, Hackett ML (2014). Prognostic factors of remission in myasthenia gravis after thymectomy. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 48:18-24.
2. Tarrado X, Ribó JM, Sepúlveda JA, Castanón M, Morales L (2004). Thoracoscopic thymectomy. *Chir Pediatric*, 15:199-206.
3. Lu W, Yu T, Longhini F, Jiang X, Qin X, Jin X (2015). Preoperative risk factors for prolonged postoperative ventilation following thymectomy in myasthenia gravis. *Int J Clin Med*, 8(8):13990-6.

4. Nguyễn Công Minh (2011). Đánh giá kết quả trung hạn của PTNS cắt tuyến ức trong điều trị bệnh nhược cơ – Nghiên cứu đa trung tâm. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 15(4):89-97.
5. Nguyễn Hồng Hiền (2015). Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhược cơ sau mổ cắt tuyến ức qua đường cổ có nội soi hỗ trợ. *Y-Dược Học Lâm Sàng* 108, 10(4):75-82.
6. Jaretzki A, Barohn RJ, Ernstoff RM, et al (2000). Myasthenia gravis: recommendations for clinical research standards. Task Force of the Medical Scientific Advisory Board of the Myasthenia Gravis Foundation of America. *Ann Thorac Surg*, 70(1):327-334.
7. Huỳnh Quang Khánh, Nguyễn Công Minh, Hoàng Văn Thiệp, Nguyễn Hoàng Bình, Nguyễn Đức Khuê, Đồng Lưu Ba (2009). Ứng dụng nội soi lồng ngực cắt tuyến ức điều trị nhược cơ. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 1:75-80.
8. Watanabe A, Watanabe T, Obama T, et al (2004). Prognostic factors for myasthenic crisis after transsternal thymectomy in patients with myasthenia gravis. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 127(3):868-876.
9. Chu XY, Xue ZQ, Wang RW, Tan QY (2011). Predictors of postoperative myasthenic crisis in patients with myasthenia gravis after thymectomy. *Chin Med J (Engl)*, 124:1246-1250.
10. Chaudhuri A, Behan PO (2009). Myasthenic crisis. *QJM*, 102: 97-107.
11. Godoy DA, Mello LJ, Masotti L, Di Napoli M (2013). The myasthenic patient in crisis: an update of the management in neurointensive Care Unit. *Arq Neuropsiquiatr*, 71(9A):627-639.
12. Siwachat S, Tantraworasin A, Lapisatepun W, et al (2018). Comparative clinical outcomes after thymectomy for myasthenia gravis: Thoracoscopic versus trans-sternal approach. *Asian Journal of Surgery*, 41:77-85.
13. Yu S, Lin J, Fu X, Jun Li, Li Y, Chen B (2014). "Risk factors of myasthenic crisis after thymectomy in 178 generalized myasthenia gravis patients in a five-year follow-up study". *International Journal of Neuroscience*, 124(11):792-798.
14. Zielinski M, Hauer L, Hauer J, Pankowski J, Nabialek T, Szlubowski A (2010). Comparison of complete remission rates after 5 years follow-up of three different techniques of thymectomy for myasthenia gravis. *Eur J Cardiothorac Surg*, 37:1137-43.

Ngày nhận bài báo:

08/12/2021

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:

10/02/2022

Ngày bài báo được đăng:

15/03/2022