

# Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị nhược cơ

Trần Lê Bảo Châu<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Bình<sup>1</sup>, Ngô Quốc Hưng<sup>1</sup>, Trần Minh Bảo Luân<sup>2,3</sup>

1. Bệnh viện Chợ Rẫy, 2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 3. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

## Địa chỉ liên hệ:

Trần Minh Bảo Luân,  
Bệnh viện Đại học Y Dược Thành  
phố Hồ Chí Minh  
215 Hồng Bàng, Phường 11,  
Quận 5, TP. Hồ Chí Minh  
Điện thoại: 0988 990 059  
Email: luan.tmb@umc.edu.vn

**Ngày nhận bài: 21/02/2025**

**Ngày chấp nhận đăng:  
11/4/2025**

**Ngày xuất bản: 27/6/2025**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Kết quả phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị nhược cơ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: đặc điểm và tình trạng người bệnh trước mổ, phương pháp mổ và hồi sức sau mổ. Nghiên cứu này nhằm đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật điều trị bệnh và tỷ lệ cải thiện bệnh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca được thực hiện tại Khoa Ngoại Lồng ngực - Bệnh viện Chợ Rẫy. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Người bệnh được chẩn đoán xác định nhược 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. Các biến thu thập bao gồm: tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng, phân độ bệnh, phương pháp phẫu thuật. Đánh giá kết quả: triệu chứng, liều dùng thuốc, cải thiện bệnh sau 1 năm, các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ cải thiện bệnh.

**Kết quả:** Từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2024, có 62 người bệnh nhược cơ được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức điều trị nhược cơ. Trong đó: 33 trường hợp (53,2%) nhược cơ có u và 29 trường hợp (46,8%) nhược cơ không u. Có 39 trường hợp phẫu thuật có hỗ trợ Robot. Tỷ lệ nam/ nữ 18/44, nữ giới chiếm đa số 71%. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là  $2,02 \pm 3,15$  năm. Thời gian mắc bệnh < 1 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 54,8%. Phân độ Osserman I, IIA, IIB và III lần lượt là 14,5%, 50%, 29% và 6,5%. Tỷ lệ cải thiện bệnh là 56,5%, không thay đổi là 40,3%. Không ghi nhận liên quan giữa kết quả trung hạn và các yếu tố: Giới tính ( $p = 0,606$ ), Thời gian bệnh ( $p = 0,274$ ), Phân độ nhược cơ ( $p = 0,670$ ), có và không có u tuyến ức ( $p = 0,205$ ). Yếu tố ảnh hưởng đến kết quả trung hạn: độ tuổi ( $p = 0,038$ ) và dùng corticoid trước mổ ( $p = 0,037$ ).

**Kết luận:** Độ tuổi và dùng corticoid trước mổ là yếu tố được ghi nhận ảnh hưởng đến kết quả trung hạn cắt tuyến ức điều trị nhược cơ trong nghiên cứu. Như vậy, ở nhóm người bệnh trẻ tuổi nên được cân nhắc phẫu thuật sớm trước khi cần điều trị với corticoid để có kết quả tốt hơn.

**Từ khóa:** Nhược cơ, phẫu thuật cắt tuyến ức, phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot.

# Factors affecting the outcomes of thymectomy surgery for myasthenia gravis disease

Tran Le Bao Chau<sup>1</sup>, Nguyen Hoang Binh<sup>1</sup>, Ngo Quoc Hung<sup>1</sup>, Tran Minh Bao Luan<sup>2,3</sup>

1. Cho Ray Hospital, 2. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, 3. University Medical Center at Ho Chi Minh City

## Abstract

**Introduction:** Surgical outcomes of thymectomy for myasthenia gravis depend on various factors, such as disease characteristics, preoperative patient health condition, surgical technique, and postoperative care. This study aims to evaluate factors affecting mid-term surgical outcomes and improvement rates.

**Patients and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted at the Thoracic Surgery Department, Cho Ray Hospital, from November 2022 to November 2024. The study included myasthenia gravis patients who underwent thoracoscopic thymectomy with or without thymoma between January 2020 and January 2024. Inclusion criteria were myasthenia gravis diagnosed, stability with medical treatment, complete medical records, and postoperative follow-up. Data collected included age, gender, clinical symptoms, disease classification, surgical method, follow-up duration, symptoms and medication use after one year, improvement rates, and factors affecting these rates.

**Results:** From January 2020 to January 2024, 62 patients with myasthenia gravis underwent thoracoscopic thymectomy, of which: 33 cases (53.2%) of myasthenia gravis with thymic tumors and 29 cases (46.8%) of myasthenia gravis without thymic tumors. Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) in 23 cases, Robot-Assisted Thoracoscopic Surgery (RATS) in 39 cases. The male/female ratio was 18/44, with female patients accounting for the majority in 71%. The mean duration of illness was  $2.02 \pm 3.15$  years. Duration of illness < 1 year accounted for the highest rate as 54.8%. Osserman Classification grades I, IIA, IIB and III are 14.5%, 50%, 29% and 6.5%, respectively. The disease improvement rate was 56.5%, no change was 40.3%. No affected factors were noted between mid-term results and factors: Gender ( $p = 0.606$ ); Duration of illness ( $p = 0.274$ ); Myasthenia gravis grade ( $p = 0.670$ ), with and without thymoma ( $p = 0.205$ ). Factors affecting mid-term results: age ( $p = 0.038$ ) and preoperative corticotherapy ( $p = 0.037$ ).

**Conclusions:** Age and preoperative corticotherapy were factors recognized to affect the mid-term outcomes of thymectomy in order to treat myasthenia gravis in study. Thus, in the young patient group, surgery should be considered early before requiring treatment with corticosteroids for better results.

**Keywords:** Myasthenia gravis, thymectomy, Robot-Assisted Thoracoscopic Surgery (RATS).

## Đặt vấn đề

Bệnh nhược cơ là một bệnh lý tự miễn mắc phải, cơ chế sinh bệnh của nhược cơ đã được chứng minh là có liên quan đến các bất thường về tuyến ức. Mục tiêu

chính điều trị nhược cơ là làm cho người bệnh giảm thiểu triệu chứng, tốt hơn nữa là làm giảm thiểu tối đa tác dụng phụ của thuốc. Ngày nay, phẫu thuật cắt tuyến ức được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn điều trị

bệnh lý nhược cơ. Có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt tuyến ức và u tuyến ức bao gồm: Phẫu thuật qua đường mở xương ức kinh điển, phẫu thuật qua đường cổ, mổ mở ngực bên qua khoang màng phổi, đặc biệt gần đây là các phương pháp xâm lấn tối thiểu như: Phẫu thuật nội soi lồng ngực hoặc phẫu thuật lồng ngực có video hỗ trợ. Ngày nay các nghiên cứu cho thấy kết quả phẫu thuật có lợi của các phương pháp xâm lấn tối thiểu, như phẫu thuật nội soi ngực hỗ trợ bằng Robot (RATS) và phẫu thuật nội soi ngực hỗ trợ bằng video (VATS), so với các phẫu thuật xâm lấn [1], [8], [15].

Kết quả phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ và tỉ lệ lành bệnh phụ thuộc nhiều yếu tố như: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, độ nặng của bệnh, phương pháp phẫu thuật... Chúng tôi thấy rằng, đa số các nghiên cứu tập trung vào đánh giá kết quả phẫu thuật và tỷ lệ cải thiện bệnh. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật điều trị bệnh và tỷ lệ cải thiện bệnh, từ đó giúp đưa ra chỉ định phẫu thuật đúng thời điểm và tiên lượng chính xác hơn cho người bệnh.

## Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá các yếu tố liên quan tỷ lệ cải thiện bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến ức ở người bệnh nhược cơ

**Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh được chẩn đoán bệnh nhược cơ được điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại Lồng ngực - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2024.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Người bệnh được chẩn đoán xác định nhược 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.

### Tiêu chuẩn loại trừ

U tuyến ức xâm lấn

Người bệnh được chỉ định phẫu thuật vì u tuyến ức kèm phát hiện nhược cơ.

**Chỉ định phẫu thuật:** Tất cả các người bệnh đều được chỉ định điều trị theo phác đồ điều trị thống nhất

tại Khoa Ngoại Lồng ngực - Bệnh viện Chợ Rẫy [1]:

Nhược cơ toàn thể giai đoạn IIA trở lên (theo phân loại Osserman).

### Phân loại lâm sàng của Osserman:

**Nhóm I:** Nhược cơ mắt đơn thuần, đặc điểm là triệu chứng sụp mi, nhìn một thành hai, không có sự lây lan sang các nhóm cơ khác trong vòng hai năm sau khởi phát. Tiên lượng tốt.

### Nhóm II:

**Nhóm IIA:** Nhược cơ toàn thân mức độ nhẹ, tiến triển chậm, khởi phát thường biểu hiện ở mắt sau lan dần sang các cơ thân và hành tủy nhưng không tổn thương các cơ hô hấp; trong điều trị: đáp ứng tốt với thuốc và tỷ lệ tử vong thấp;

**Nhóm IIB:** Nhược cơ toàn thân mức độ vừa, với những biểu hiện nhược các cơ thuộc hành tủy chi phối, cơ hầu - họng, nhưng không có cơn nhược cơ; đáp ứng với thuốc trong điều trị không thỏa đáng, hoạt động của người bệnh bị hạn chế và tỷ lệ tử vong thấp.

**Nhóm III:** Nhược cơ nặng, tiến triển nhanh chóng (có thể trong vòng 6 tháng), có biểu hiện yếu cơ lan rộng và có cơn nhược cơ với những rối loạn hô hấp; người bệnh có tỷ lệ u tuyến ức cao, đáp ứng kém với thuốc trong điều trị và tỷ lệ tử vong cao.

**Nhóm IV:** Nhược cơ nặng tiến triển chậm nhưng trầm trọng lan rộng với những biểu hiện teo cơ, cơn nhược cơ, rối loạn hô hấp xuất hiện sau khi người bệnh đã có các triệu chứng của nhóm nhược cơ nhẹ từ hai năm trở lên. Người bệnh có tỷ lệ u tuyến ức cao nhất. Tiên lượng xấu.

Nhược cơ giai đoạn I: Chỉ định tương đối vì phẫu thuật không làm giảm triệu chứng ở mắt so điều trị nội nhưng ngăn ngừa bệnh tiến triển thành nhược cơ toàn thể.

**Kỹ thuật phẫu thuật:** Tuyến ức được tiếp cận và phẫu thuật qua nội soi lồng ngực hoặc Robot với các đường vào lồng ngực bên phải, bên trái hay kết hợp đường vào dưới mũi kiếm xương ức.

**Đánh giá kết quả:** Người bệnh được tái khám định kỳ và đánh giá kết quả điều trị nhược cơ tại các thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật. Kết quả theo dõi đánh giá theo tiêu chuẩn của hội nhược cơ Hoa Kỳ (M.G.F.A) [2].

**Mức độ thay đổi tình trạng bệnh của người bệnh**

Cải thiện (I: Improved)	Giảm đáng kể các triệu chứng lâm sàng hoặc giảm liều thuốc đã điều trị theo phác đồ trước đó.
Không thay đổi (U: Unchanged)	Không có thay đổi chắc chắn về các biểu hiện lâm sàng so với trước điều trị hoặc không giảm thực sự các thuốc điều trị nhược cơ trong liệu trình điều trị bệnh.
Nặng hơn (W: Worse)	Tăng nặng các biểu hiện lâm sàng so với trước điều trị hoặc phải tăng nhiều thuốc điều trị bệnh nhược cơ trong liệu trình điều trị.
Tái diễn nặng hơn (E: Exacerbation)	Người bệnh ổn định bệnh hoàn toàn hoặc giảm nhưng sau đó lại tiến triển về lâm sàng nặng hơn trước.
Tử vong (D: Death)	Người bệnh tử vong do nhược cơ, biến chứng của các liệu pháp điều trị nhược cơ hoặc trong vòng 30 ngày sau khi cắt tuyến ức.

**Xử lý số liệu:** Phép kiểm Chi bình phương ( $\chi^2$ ) được sử dụng để so sánh các đặc điểm định tính. Trong trường hợp giá trị quan sát dưới 5 thì phép kiểm chính xác Fisher được sử dụng thay thế. Phép kiểm T – student hoặc ANOVA test được sử dụng để so sánh trung bình của các biến số định lượng.

**Kết quả**

Trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2024, có 62 người bệnh nhược cơ được điều trị phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị nhược cơ tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bệnh viện Chợ Rẫy.

**Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu**

Kết quả của chúng tôi ghi nhận, tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 43,31 ± 12,35 tuổi, trong đó lớn nhất là 72 tuổi và nhỏ nhất là 15 tuổi. Tỷ lệ người bệnh nữ chiếm 71% nhóm nghiên cứu. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là 2,02 ± 3,15 năm. Thời gian mắc bệnh < 1 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 54,8%.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

	<b>N = 62 (%)</b>
<b>Sụp mí</b>	28 (45,2%)
<b>Triệu chứng hầu họng</b> (nói ngọng, nuốt khó)	5 (8,1%)
<b>Phân độ Osserman</b>	
I	9 (14,5%)
IIA	31 (50%)
IIB	18 (29%)
III	4 (6,5%)
<b>Thời gian bệnh nhược cơ trung bình</b> (năm)	2,02 ± 3,15
Thời gian bệnh < 1 năm	34 (54,8%)
Thời gian bệnh > 1 và ≤ 2 năm	14 (22,6%)
Thời gian bệnh > 2 năm	14 (22,6%)
<b>Liều dùng Pyridostigmine /ngày</b> (viên)	3,49 ± 1,19
<b>Tỷ lệ dùng kèm Corticoid</b>	16 (25,8%)
<b>Phương pháp phẫu thuật</b>	
Nội soi	23 (37,1%)
Robot	39 (62,9%)
<b>Đường tiếp cận</b>	
Lồng ngực bên phải	17 (27,4%)
Lồng ngực bên trái	22 (35,4%)
Dưới mũi kiếm xương ức	23 (37,1%)
<b>Thời gian phẫu thuật trung bình</b> (phút)	143,63 ± 40,06 (80 – 270)
<b>Tai biến trong mổ</b>	0
<b>Biến chứng hậu phẫu</b>	9 (14,5%)
Suy hô hấp	7 (11,3%)
Cơn nhược cơ cấp	2 (3,2%)
<b>Mô học tuyến ức</b>	
U tuyến ức	33 (53,20%)
Tăng sản tuyến ức	29 (46,80%)

**Kết quả trung hạn phẫu thuật điều trị bệnh nhược cơ**

Sau phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức 12 tháng, chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ cải thiện bệnh là 56,5%, không thay đổi là 40,3% và không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong thời gian theo dõi. Tỷ lệ sụp mi và nuốt khó giảm sau phẫu thuật 1 năm lần lượt là 45,2% -> 30,6% và 8,1% -> 3,2% và tỷ lệ giảm liều dùng thuốc Pyridostigmine là 21%.

Bảng 2: Kết quả trung hạn nhóm nghiên cứu

	N = 62	Tỷ lệ (%)
Cải thiện	35	56,5%
Không thay đổi	25	40,3%
Nặng hơn	2	3,2%
Tái diễn nặng hơn	0	0
Tử vong	0	0

**Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả trung hạn phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị nhược cơ**

Bảng 3: Các yếu tố liên quan tỷ lệ cải thiện nhược cơ sau phẫu thuật cắt tuyến ức

Yếu tố	Cải thiện (n = 35)	Không thay đổi (n = 25)	Nặng hơn (n = 2)	Giá trị p
<b>Giới tính</b>				
Nam	12 (34,3%)	6 (24%)	0	0,606*
Nữ	23 (65,7%)	19 (76%)	2 (100%)	
<b>Tuổi (năm)</b>	41,6 ± 10,98	47 ± 12,95	27 ± 14,14	0,038**
<b>Thời gian bệnh (năm)</b>	1,56 ± 1,69	2,46 ± 4,38	4,66 ± 4,71	0,274**
<b>Lượng Mestinon (viên/ngày)</b>	3,51 ± 1,35	3,42 ± 0,97	4 ± 0	0,796**
<b>Kèm Corticoid</b>				
Không	30 (85,7%)	15 (60%)	1 (50%)	0,037*
Có	5 (14,3%)	20 (40%)	1 (50%)	
<b>Phân độ Osserman</b>				
I	5 (14,3%)	4 (16%)	0 (0,0%)	
IIA	19 (54,3%)	10 (40%)	2 (100%)	0,670*
IIB	10 (28,6,8%)	8 (32%)	0 (0,0%)	
III	1 (2,9%)	3 (12%)	0 (0,0%)	
<b>Giải phẫu bệnh</b>				
Không u	14 (40%)	13 (52%)	2 (100%)	0,205*
Có u	21 (60%)	12 (48%)	0 (0%)	

\*: phép kiểm Fishers test, \*\*: phép kiểm T-Test

**Bàn luận**

**Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả trung hạn sau phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị nhược cơ**

Phẫu thuật cắt tuyến ức ở người bệnh nhược cơ

đã được chứng minh làm tăng khả năng cải thiện bệnh tổng thể, điều trị không dùng thuốc và không triệu chứng so với nhóm người bệnh chỉ điều trị nội khoa. Đánh giá tổng hợp của Tailoi [3] thấy rằng tỷ

lệ đạt được thuyên giảm gấp 2,4 lần ở những người bệnh nhược cơ được phẫu thuật cắt tuyến ức so với những người bệnh được điều trị bằng thuốc.

### **Tuổi**

Qua các nghiên cứu về kết quả phẫu thuật trong điều trị nhược cơ, tuổi được coi là một yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật. Có nhiều cách phân chia các nhóm tuổi khác nhau, trong đó một số nghiên cứu cho rằng kết quả phẫu thuật tốt hơn ở người bệnh dưới 40 tuổi, hoặc một số khác thấy rằng kết quả tốt hơn dưới 50 tuổi [4]. Nghiên cứu của Khawaja [5] cho thấy trong nhóm người bệnh được phẫu thuật điều trị nhược cơ, tuổi cao hơn có liên quan đến tiên lượng kém hơn (OR = 3,8, 95%CI 1,11-20,32,  $p < 0,05$ ). Kết quả của chúng tôi thấy rằng, tuổi là một yếu tố ảnh hưởng đến kết quả trung hạn, nhóm người bệnh cải thiện bệnh có tuổi trung bình thấp hơn so với nhóm không thay đổi tình trạng bệnh.

### **Giới tính**

Chúng tôi thấy rằng, ảnh hưởng của giới tính đến kết quả sau phẫu thuật cũng được nhiều nghiên cứu đề cập tới, tuy các kết luận còn nhiều tranh cãi, nhưng nhiều nghiên cứu cho rằng kết quả sau phẫu thuật tốt hơn ở các người bệnh nữ.

Theo Nguyễn Văn Tuấn [6], kết quả sau phẫu thuật bệnh nhược cơ có tỷ lệ cải thiện ở nam giới là 78,3% cao hơn so với nữ giới 76,7%; tuy nhiên mối liên quan chưa có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Mai Văn Viện [7] cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh và cải thiện ở nam và nữ tương đương nhau. Tác giả kết luận không có mối liên quan giữa kết quả sau phẫu thuật và giới tính với  $p > 0,05$ . Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy không có sự khác biệt về kết quả giữa hai giới.

### **Thời gian từ khi khởi phát đến khi phẫu thuật**

Các bằng chứng trước đã ghi nhận thời gian từ khi chẩn đoán đến phẫu thuật càng ngắn thì kết quả sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức càng tốt. Nghiên cứu của Ahmed AL-Bulushio [8] (2021) cho rằng những người bệnh được phẫu thuật sớm hơn trong quá trình mắc bệnh có khả năng cải thiện tốt hơn đáng kể (94%) so với những người có triệu chứng trong hơn

ba năm (75%,  $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của Khawaja [5] cũng cho thấy thời gian mắc bệnh nói chung và thời gian giữa chẩn đoán và phẫu thuật cắt tuyến ức là hai yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị. Tác giả thấy rằng những người bệnh mắc bệnh hơn hai năm (OR 3,5, 95%CI 0,97-6,39,  $p = 0,08$ ) có xu hướng tiên lượng xấu, mặc dù điều này không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên những trường hợp mắc bệnh hơn ba năm (OR 2,58, 95%CI 0,89-0,6,  $p = 0,04$ ) thì có tiên lượng xấu có ý nghĩa thống kê. Qua đó, có thể cho rằng thời gian mắc bệnh kéo dài gây ra tổn thương thần kinh cơ nhiều hơn và làm xấu đi tiên lượng của người bệnh.

### **Triệu chứng lâm sàng và phân loại Osserman**

Trong một số nghiên cứu đánh giá toàn diện kết quả sau phẫu thuật nhược cơ, cho thấy điểm thấp hơn trong thang điểm mức độ nghiêm trọng của Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA) [9] (I-II) hoặc phân loại Osserman (1/2A) là những biến số duy nhất liên quan đến thuyên giảm bệnh sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức, điểm số thấp hơn (I-II) trên MGFA liên quan chặt chẽ đến sự thuyên giảm nhược cơ sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức.

### **U tuyến ức**

Một số nghiên cứu cho thấy, khoảng 7 trong số 10 người bệnh nhược cơ có tăng sản nang tuyến ức và có 15% người bệnh có u tuyến ức. Có tới 40% người bệnh mắc u tuyến ức gặp các triệu chứng liên quan đến nhược cơ [10]. Các nghiên cứu thấy rằng, những người bệnh nhược cơ có u tuyến ức, các triệu chứng nhược cơ nghiêm trọng hơn và tỷ lệ thuyên giảm sau cắt bỏ tuyến ức thấp hơn nhiều so với người bệnh nhược cơ không có u tuyến ức [10]. Kết quả giải phẫu bệnh trong nghiên cứu của tác giả Rath [11] ghi nhận trong số 64 người bệnh không có u tuyến ức, mô học cho thấy mô tuyến ức bình thường ở 28 (44%) trường hợp và tăng sản nang lympho tuyến ức ở 36 (56%) trường hợp. Trong nhóm người bệnh có u tuyến ức, 10% là u tuyến ức loại A theo phân loại của WHO, 13% loại B1, 47% loại B2, 20% loại B3, 7% loại AB và 3% loại C (ung thư biểu mô tuyến ức). 60% người bệnh có giai đoạn Masaoka I, 33% giai đoạn II và 7% giai đoạn III. Nieto [12] thấy rằng

tuyến ức tăng sản có liên quan đến kết quả cải thiện hoàn toàn cao nhất, trong khi người bệnh có u tuyến ức dưỡng như có kết quả cải thiện hoàn toàn thấp nhất sau phẫu thuật.

Như vậy, có thể thấy rằng có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị và tỷ lệ cải thiện bệnh sau phẫu thuật ở người bệnh nhược cơ. Các yếu tố được phân tích thường gặp bao gồm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, phân độ Osserman, có u và không u. Tuy nhiên, đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố này cho kết quả khác nhau ở các nghiên cứu. Riêng nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có yếu tố tuổi và dùng corticoid trước mổ có ảnh hưởng đến kết quả trung hạn của phẫu thuật. Do đó, chúng tôi thấy rằng, tùy vào nhóm nghiên cứu, đặc điểm dịch tễ học và đặc điểm nhóm người bệnh thường gặp của mỗi trung tâm mà cần có những đánh giá và tiên lượng khác nhau cho người bệnh.

#### **Nguy cơ suy hô hấp sau phẫu thuật**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp suy hô hấp sau phẫu thuật, tất cả đều là nữ, cùng nhóm phân độ Osserman IIB và có u tuyến ức; đều thuộc nhóm không cải thiện khi đánh giá kết quả trung hạn sau phẫu thuật. Chúng tôi không tìm được yếu tố liên quan, điều này có lẽ với 7 trường hợp là quá ít để biến cố có thể phân tầng ngẫu nhiên. Mặc dù vậy, chúng tôi tham khảo y văn cho thấy Leventhal và cộng sự [13] đã đề xuất một hệ thống chấm điểm bốn mục để xác định các yếu tố dự báo nhu cầu thở máy sau phẫu thuật ở những người bệnh nhược cơ sau phẫu thuật cắt tuyến ức (điểm tối đa là 34). Dựa trên điều này, những người bệnh có điểm  $\geq 10$  cần thở máy. Ngoài ra, nghiên cứu hồi cứu của Chigurupati [14] và cộng sự báo cáo rằng thời gian nhược cơ và liều pyridostigmine không liên quan đến nguy cơ thở máy kéo dài sau khi cắt bỏ tuyến ức. Tuy nhiên, những người bệnh có điểm cao hơn trong phân loại Osserman, tiền sử cơn nhược cơ trước phẫu thuật, huyết thanh dương tính với kháng thể AChR, dung tích sống trước phẫu thuật  $< 2,9$  L và có u tuyến ức có liên quan đến nguy cơ thở máy kéo dài sau khi cắt bỏ tuyến ức tăng lên.

Nguyễn Viết Đăng Quang [15] khi phân tích

đơn biến và đa biến các yếu tố nguy cơ gây suy hô hấp sau mổ trong nghiên cứu nhận thấy: người bệnh lớn tuổi có nguy cơ suy hô hấp sau mổ cao hơn 1,05 lần với  $p = 0,016$ ; người bệnh có sử dụng corticoid phối hợp điều trị sẽ có nguy cơ suy hô hấp sau mổ cao hơn 4,17 lần với  $p = 0,01$ , người bệnh có phân độ lâm sàng Osserman độ IIB và III sẽ có nguy cơ suy hô hấp sau mổ hơn 3,91 lần với  $p = 0,012$  và người bệnh có bất thường về chức năng hô hấp sẽ có nguy cơ suy hô hấp sau mổ cao gấp 3,47 lần với  $p = 0,021$ .

#### **Kết luận**

Phẫu thuật cắt tuyến ức ở người bệnh nhược cơ đã được chứng minh làm tăng khả năng cải thiện bệnh tổng thể, điều trị không dùng thuốc và không triệu chứng so với nhóm người bệnh chỉ điều trị nội khoa. Có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả trung hạn của phẫu thuật như: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, phân độ Osserman, có u và không u. Trong đó, tuổi trung bình và có dùng corticoid là yếu tố được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy, ở nhóm người bệnh trẻ tuổi nên được cân nhắc phẫu thuật sớm sau khi chẩn đoán để có kết quả tốt hơn và khả năng cải thiện bệnh sau mổ ở nhóm người bệnh không phải dùng corticoid trước mổ sẽ tốt hơn.

#### **Tài liệu tham khảo**

1. Chẩn đoán và điều trị nhược cơ. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về cơ xương khớp. (Ban hành kèm theo quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế). 2014.
2. Jaretzki A., Barohn R.J., Ernstoff R.M., et al. 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.* 2000. 70(1): 327-334.
3. Taioli E, Paschal PK, Liu B, et al. Comparison of conservative treatment and thymectomy on myasthenia gravis outcome. *Ann Thorac Surg.* 2016. 102: 1805-13.
4. El-Medany Y, Hajjar W, Essa M, et al. Predictors of outcome for myasthenia gravis after thymectomy. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals.* 2003. 11(4): 323-327.
5. Khawaja I. Effect of Thymectomy on Outcomes of Myasthenia Gravis Patients: A Case-Control Study at

- a Tertiary Care Hospital. *Cureus*. 2023 Apr 14. 15(4): e37584. doi: 10.7759/cureus.37584. PMID: 37193448; PMCID: PMC10183232.
6. Nguyễn Văn Tuấn, Đinh Thị Lợi, Nguyễn Anh Tuấn. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của người bệnh nhược cơ sau phẫu thuật cắt tuyến ức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 535(1B): 293-298.
  7. Mai Văn Viện, Lê Việt Anh. Kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt bỏ u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ tại Bệnh viện 103. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*. 2020. 3: 22-27.
  8. Ahmed Al-Bulushi, Issa Al Salmi, Fatma Al Rahbi, et al. The role of thymectomy in myasthenia gravis: A programmatic approach to thymectomy and perioperative management of myasthenia gravis. *Asian J Surg*. 2021 Jun. 44(6): 819-828. doi:10.1016/j.asjsur.2020.12.013. Epub 2021 Feb 9.
  9. Nils Erik Gilhus, Jan J Verschuuren. Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. *Lancet Neurol*. 2015 Oct. 14(10): 1023-36. doi:10.1016/S1474-4422(15)00145-3.
  10. Aljaafari D, Ishaque N. Thymectomy in Myasthenia Gravis: A Narrative Review. *Saudi J Med Med Sci*. 2022 May-Aug. 10(2): 97-104. doi:10.4103/sjmms.sjmms\_80\_22. Epub 2022 Apr 29. PMID: 35602390; PMCID: PMC9121707.
  11. Rath J, Taborsky M, Moser B, et al. Short-term and sustained clinical response following thymectomy in patients with myasthenia gravis. *Eur J Neurol*. 2022 Aug. 29(8): 2453-2462. doi: 10.1111/ene.15362. Epub 2022 Apr 30. PMID: 35435305; PMCID: PMC9541265.
  12. Nieto IP, Robledo JP, Pajuelo MC, et al. Prognostic factors for myasthenia gravis treated by thymectomy: review of 61 cases. *Ann Thorac Surg*. 1999 Jun. 67(6): 1568-71. doi:10.1016/s0003-4975(99)00310-0.
  13. Leventhal SR, Orkin FK, Hirsh RA. Prediction of the need for post-operative mechanical ventilation in myasthenia gravis. *Anesthesiology*. 1980. 53: 26-30.
  14. Chigurupati K, Gadhinglajkar S, Sreedhar R, Nair M, Unnikrishnan M, Pillai M. Criteria for Postoperative Mechanical Ventilation After Thymectomy in Patients With Myasthenia Gravis: A Retrospective Analysis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2018 Feb;32(1):325-330.
  15. Nguyễn Việt Đăng Quang. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức trong bệnh nhược cơ. Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2018.