

# Kết quả sớm phẫu thuật ít xâm lấn điều trị u nhầy tim tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Lê Thị Thúy Ngọc<sup>1,3</sup>, Nguyễn Hoàng Định<sup>2,3\*</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật ít xâm lấn qua đường mở ngực bên phải cắt u nhầy tâm nhĩ tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu với cách lấy mẫu toàn bộ các bệnh nhân u nhầy tim được phẫu thuật ít xâm lấn qua đường mở ngực phải cắt u tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2020 đến tháng 6/2024.

**Kết quả:** Có 31 bệnh nhân được phẫu thuật ít xâm lấn cắt u nhầy tim, gồm 22 nữ và 9 nam. Tuổi trung bình là  $56,2 \pm 10,7$  tuổi (37 đến 77 tuổi). Triệu chứng bệnh đa dạng: không triệu chứng (45,2%), tắc mạch não (6,4%), mệt mỏi (29,0%), khó thở (35,5%), hồi hộp đánh trống ngực (12,9%), chóng mặt (12,9%). Kết quả siêu âm tim: 90,3% u nhầy nhĩ trái, 9,7% ở nhĩ phải, vị trí bám của u: vách liên nhĩ (93,6%), thành nhĩ trái (6,4%), kích thước u trung bình là  $36,3 \pm 15,1$  mm. Tất cả được mổ cắt trọn u (100%). Mổ kèm theo: sửa van 2 lá (3,2%), phục hồi vách liên nhĩ (6,4%). Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể và kẹp động mạch chủ trung bình lần lượt là  $82,4 \pm 31,1$  phút (49 đến 199 phút),  $39,2 \pm 17,6$  phút (18 đến 85 phút), có 3 trường hợp không ngưng tim. Thời gian thở máy, nằm hồi sức và nằm hậu phẫu trung bình lần lượt là  $13,2 \pm 6,3$  giờ (6,7 đến 32,4 giờ),  $52,6 \pm 28,1$  giờ (13 đến 113,7 giờ),  $6,9 \pm 2,3$  ngày (4 đến 16 ngày). Kết quả sớm: 3 trường hợp rung nhĩ đáp ứng thất

nhanh được điều trị nội khoa về nhịp xoang (9,7%), 1 trường hợp tổn thương thận cấp (3,2%), 4 trường hợp tràn dịch màng phổi (12,9%), 3 trường hợp tràn khí màng phổi (9,7%), 1 trường hợp huyết khối động mạch đùi bên phải được phẫu thuật lấy huyết khối (3,2%), 2 trường hợp huyết khối tĩnh mạch đùi (6,4%). Không ghi nhận nhiễm trùng vết mổ, tai biến mạch máu não và tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật.

**Kết luận:** Phẫu thuật ít xâm lấn qua đường mở ngực phải cắt u nhầy tim có tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp, không ghi nhận trường hợp tái phát u nhầy hay tử vong sớm sau mổ, đã bước đầu cho kết quả an toàn và hiệu quả, mở ra khả năng triển khai phương pháp này tại các cơ sở phẫu thuật tim.

**Từ khóa:** U nhầy tim, u nhầy nhĩ trái, u nhầy nhĩ phải, phẫu thuật tim ít xâm lấn.

## EARLY RESULT OF MINIMALLY INVASIVE CARDIAC MYXOMA RESECTION AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

### ABSTRACT:

**Objective:** The study aimed to evaluate various clinical and paraclinical characteristics, as well as early surgical outcomes of minimally invasive cardiac myxoma resection at University Medical Center HCMC.

<sup>1</sup> Bệnh viện thành phố Thủ Đức

<sup>2</sup> Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup> Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Hoàng Định

Email: [ding.nh@umc.edu.vn](mailto:ding.nh@umc.edu.vn) - Tel: 0908500090

Ngày nhận bài: 10/10/2024 Ngày chấp nhận đăng: 28/10/2024

**Subjects and methods:** This is a retrospective descriptive case series study involving all patients diagnosed with cardiac myxomas who underwent minimally invasive surgery at University Medical Center HCMC from January 2020 to June 2024.

**Results:** There were 31 patients, consisting of 22 females and 9 males. The mean age was  $56,2 \pm 10,7$  years old (from 37 to 77 years old). The clinical manifestations were diverse: asymptomatic (45,2%), cerebral embolism (6,4%), fatigue (29,0%), dyspnea (35,5%), palpitations (12,9%), and dizziness (12,9%). Echocardiographic results: 90,3% left atrial myxoma, 9,7% right atrial myxoma. The tumor attachment sites: interatrial septum (93,6%), left atrial wall (6,4%). The average tumor size was  $36,3 \pm 15,1$  mm. All tumors were completely resected (100%). Additional surgical procedures: mitral valve repair (3,2%), interatrial septum repair (6,4%). Cardiopulmonary bypass time was  $82,4 \pm 31,1$  minutes (from 49 to 199 minutes), cross-clamp time was  $39,2 \pm 17,6$  minutes (from 18 to 85 minutes), with 3 cases not requiring cardiac arrest. Ventilation time was  $13,2 \pm 6,3$

hours (from 6,7 to 32,4 hours), intensive care unit stay was  $52,6 \pm 28,1$  hours (from 13 to 113,7 hours), postoperative recovery time was  $6,9 \pm 2,3$  days (from 4 to 16 days). Early outcomes: 3 cases of atrial fibrillation with rapid ventricular response, treated medically (9,7%), 1 case of acute kidney injury (3,2%), 4 cases of pleural effusion (12,9%), 3 cases of pneumothorax (9,7%), 1 case of right external iliac artery thrombosis requiring surgical thrombectomy (3,2%), and 2 cases of deep vein thrombosis (6,4%). No surgical site infections, cerebrovascular accidents, or mortality within 30 days post-surgery were reported.

**Conclusion:** Minimally invasive cardiac myxoma resection demonstrates a low complication rate, with no reported tumor recurrence or early postoperative mortality. This technique offers a safe and effective alternative to traditional median sternotomy and may be gradually adopted and implemented in lower-level healthcare facilities.

**Keywords** Cardiac myxoma, left atrial myxoma, right atrial myxoma, minimally invasive cardiac surgery.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

U tim nguyên phát là bệnh lý hiếm gặp, tỉ lệ mắc dao động từ 0,17% đến 0,19%. Trong đó, khoảng 75% là lành tính, và 50% trong số lành tính là u nhầy<sup>1</sup>. U nhầy tim có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào với kích thước thay đổi, nữ gặp nhiều hơn nam<sup>1</sup>. Khoảng 75% u nhầy gặp ở nhĩ trái, 15 - 20% ở nhĩ phải và 3 - 4% được phân bố đều giữa 2 tâm thất<sup>1</sup>. Triệu chứng lâm sàng đa dạng, thường do u làm thay đổi huyết động học gây suy tim; mảnh vỡ của u làm tắc mạch não và ngoại

vi, u cũng có thể gây chóng mặt hay ngất, thậm chí cả đột tử do làm tắc nghẽn đột ngột van tim<sup>2</sup>. Vì vậy phẫu thuật cắt bỏ u cần được thực hiện sớm để tránh các biến chứng.

Hiện nay, xu hướng mổ xâm lấn tối thiểu ngày càng phổ biến. Phẫu thuật mở ngực nhỏ bên phải có ưu điểm là đường mổ ngực nhỏ, bóc tách bộc lộ tối thiểu, giảm lượng máu mất và máu truyền, đưa thời gian phục hồi nhanh hơn<sup>3,4</sup> nhưng cũng có hạn chế là thời gian kẹp động mạch chủ và chạy tuần hoàn ngoài cơ thể kéo dài hơn và

khó thực hiện các phẫu thuật sửa chữa tim phức tạp khác đi kèm.

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu cho thấy tính hiệu quả của đường mổ ngực phải ít xâm lấn, tuy nhiên cần có thêm nhiều nghiên cứu cụ thể đánh giá mức độ hiệu quả tại Việt Nam. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh u nhầy tim cũng như kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn cắt u nhầy tim tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **Đối tượng**

**Tiêu chuẩn đưa vào:** Bệnh nhân được chẩn đoán u nhầy tim, được phẫu thuật ít xâm lấn qua đường mổ ngực bên phải cắt bỏ u nhầy từ 01/2020 đến 6/2024 tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u nhầy.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán u nhầy tim được phẫu thuật qua đường mổ ngực giữa xương ức. Bệnh nhân được chẩn đoán u nhầy tim có chỉ định mổ ít xâm lấn nhưng bóc tách vào khoang màng phổi thấy dính phổi phải chuyển mổ ngực giữa xương ức. Bệnh nhân không đủ thông tin hồ sơ bệnh án.

### **Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu với cách lấy mẫu toàn bộ, thu thập và hoàn thành các thông tin trước mổ, trong mổ và kết quả sớm theo bệnh án mẫu.

### **Quy trình phẫu thuật**

Bệnh nhân nằm ngửa, gây mê nội khí quản, tay trái ép sát thân mình. Kê cuộn khăn vải dưới ngực phải để nâng ngực bên phải lên 30 độ so với mặt bàn, khuỷu tay phải gấp nhẹ. Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể ngoại biên: rạch da 2cm vùng đùi phải, bóc lộ động mạch và tĩnh mạch đùi phải,

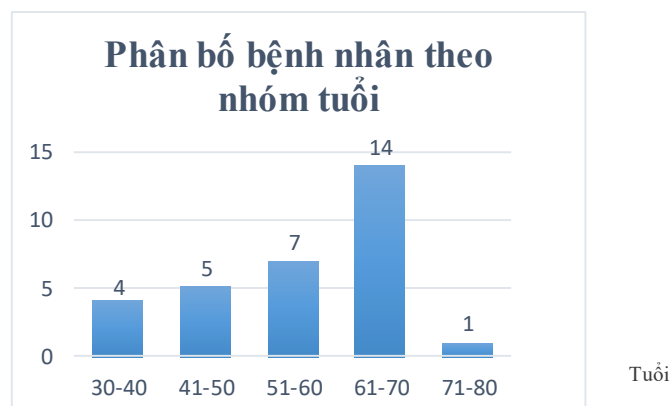
đặt ống thông tuần hoàn ngoài cơ thể ngoại biên vào bó mạch đùi theo phương pháp Seldinger. Tiếp cận ít xâm lấn: rạch da 4 - 5cm đường nách trước bên phải (phía ngoài quầng vú), phẫu tích tránh mô tuyến vú, qua các lớp cơ ngực vào khoang màng phổi ở khoảng liên sườn 4. Đặt dụng cụ vén mô mềm để bộc lộ tốt phẫu trường. Chạy tuần hoàn ngoài cơ thể đủ lưu lượng. Đặt trocar 5 mm qua liên sườn 3 đường nách trước phải cho camera nội soi. Tiếp cận khoang màng tim, bóc lộ tim và động mạch chủ: mở màng ngoài tim, khâu treo, đặt kim liệt tim vào góc động mạch chủ qua vết mổ chính. Thực hiện liệt tim: rạch da 10mm ở vị trí khoảng liên sườn 2, 3 đường nách giữa đặt kẹp ngang động mạch chủ, truyền liệt tim. Mở nhĩ, tiếp cận u: trường hợp mở nhĩ trái: khâu các mũi chỉ treo nhĩ trái, mở nhĩ trái qua đường mổ cạnh rãnh liên nhĩ, trường hợp mở nhĩ phải: mở nhĩ phải, khâu treo vách liên nhĩ vào màng tim lân cận, lưu ý tránh va chạm vào khối u gây bong tróc các mảnh u, cắt trọn khối u nhầy và cho vào túi phẫu thuật. Kiểm tra và khâu phục hồi vách liên nhĩ nếu tổn thương. Đóng tâm nhĩ. Đặt 1 điện cực trên thất phải. Cai máy và đuổi khí. Nhả kẹp động mạch chủ, chờ tim đập lại. Cột và cầm máu kỹ vùng đâm kim góc động mạch chủ. Lấy túi đựng u ra ngoài. Ngưng máy, rút cannula động mạch và tĩnh mạch đùi, kiểm tra và khâu phục hồi bó mạch đùi. Đặt 1 dẫn lưu màng phổi phải và 1 dẫn lưu màng tim. Đóng các vết mổ. Gửi u làm giải phẫu bệnh.

### **Phương pháp xử lý số liệu**

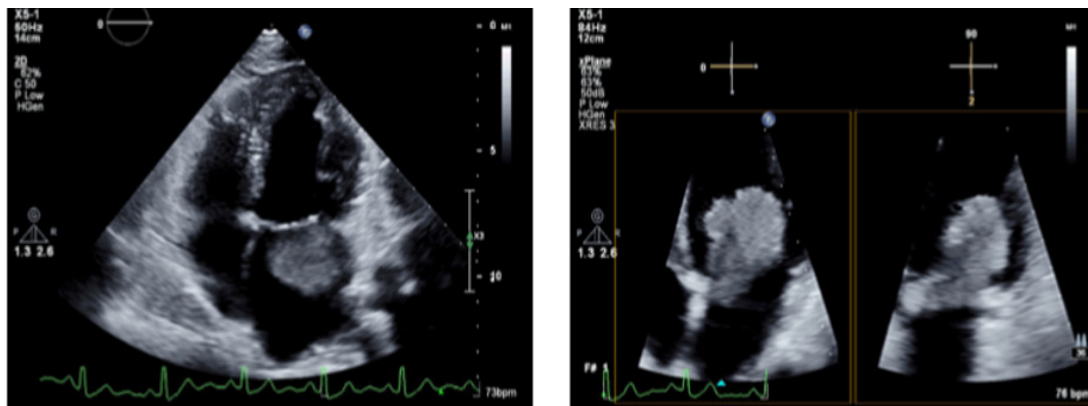
Các số liệu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu và xử lý bằng các thuật toán thống kê sử dụng phần mềm STATA 14.

### **Đạo đức nghiên cứu**

Những thông tin về người bệnh hoàn toàn được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu chẩn đoán, điều trị và nghiên cứu khoa học.

**KẾT QUẢ:****Hình 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi****Bảng 1. Đặc điểm trước phẫu thuật (n = 31)**

Đặc điểm bệnh nhân	Giá trị
Tuổi	56,2 ± 10,7 (37 đến 77 tuổi)
Giới	
+ Nữ	22 (71%)
+ Nam	9 (29%)
Chỉ số khối cơ thể BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22,2 ± 2,4
Triệu chứng tắc mạch	
+ Tắc mạch não	2 (6,4%)
+ Tắc mạch ngoại vi	0
Triệu chứng toàn thân	
+ Sụt cân	1 (3,2%)
+ Mệt mỏi	9 (29%)
+ Sốt	0
+ Đau cơ	0
Triệu chứng do ảnh hưởng huyết động	
+ Khó thở	11 (35,5%)
+ Hồi hộp đánh trống ngực	4 (12,9%)
+ Chóng mặt	4 (12,9%)
Không triệu chứng	14 (45,2%)



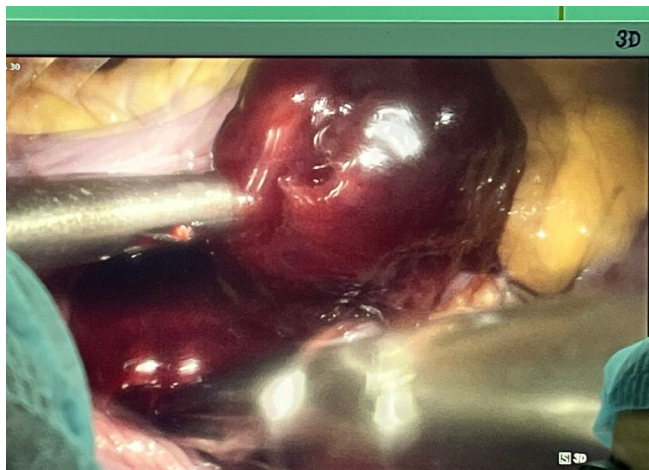
Hình 2. Hình ảnh u nhầy trên siêu âm tim

Bảng 2. Siêu âm tim trước mổ (n = 31)

Siêu âm doppler tim	Giá trị
Vị trí u nhầy	
+ Nhĩ trái	28 (90,3%)
+ Nhĩ phải	3 (9,7%)
Vị trí bám của u	
+ Vách liên nhĩ	29 (93,6%)
+ Thành nhĩ trái	2 (6,4%)
Kích thước u (mm)	36,3 ± 15,1
Độ di động của u	
+ U di động ít	6 (19,3%)
+ U di động trong tâm nhĩ nhưng chưa qua van nhĩ thất	3 (9,7%)
+ U di động qua van nhĩ thất	22 (71%)
Tổn thương tim đi kèm	
Van hai lá	
+ Hở van trên mức trung bình	3 (9,7%)
+ Hẹp van trên mức trung bình	1 (3,2%)
Van ba lá	
+ Hở van trên mức trung bình	7 (22,6%)
Tồn tại lỗ bầu dục	1 (3,2%)

**Bảng 3. Đặc điểm trong và sau phẫu thuật**

<b>Biến số</b>	<b>Giá trị</b>
<b>Đặc điểm trong phẫu thuật</b>	
<i>Đường mở tim</i>	
+ Nhĩ trái	27 (87,1%)
+ Nhĩ phải	3 (9,7%)
+ Cả nhĩ trái và phải	1 (3,2%)
<i>Phương pháp mổ</i>	
+ Cắt trọn u	31 (100%)
+ Sửa van 2 lá	1 (3,2%)
+ Phục hồi vách liên nhĩ	2 (6,4%)
Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể	82,4 ± 31,1 phút (49 đến 199 phút)
Thời gian kẹp động mạch chủ	39,2 ± 17,6 phút (18 đến 85 phút)
Thời gian phẫu thuật	201,2 ± 50,7 phút (123 đến 335 phút)
<b>Đặc điểm sau phẫu thuật</b>	
Thời gian thở máy	13,2 ± 6,3 giờ (6,7 đến 32,4 giờ)
Thời gian nằm hồi sức	52,6 ± 28,1 giờ (13 đến 113,7 giờ)
Thời gian hậu phẫu	6,9 ± 2,3 ngày (4 đến 16 ngày)
<b>Biến chứng</b>	
+ Suy tim	0
+ Tràn dịch màng tim	0
+ Rối loạn nhịp sau mổ	3 (9,7%)
+ Suy thận cấp	1 (3,2%)
+ Viêm phổi	0
+ Tràn dịch màng phổi	4 (12,9%)
+ Tràn khí màng phổi	3 (9,7%)
+ Tai biến mạch máu não	0
+ Tắc động mạch đùi	1 (3,2%)
+ Huyết khối tĩnh mạch chi dưới	2 (6,4%)
+ Nhiễm trùng vết mổ ngực	0
+ Nhiễm trùng vết mổ đùi	0
+ Phẫu thuật lại vì bất kì nguyên nhân gì	1 (3,2%)
+ Tử vong trong vòng 30 ngày	0



**Hình 3. Hình ảnh u nhầy trong mô**

#### **BÀN LUẬN:**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân nữ chiếm đa số (71%), tỉ lệ nữ/nam là 2,4/1. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là  $56,2 \pm 10,7$  tuổi (từ 37 đến 77 tuổi). Theo y văn, u nhầy thường gặp ở nữ, tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở 30 – 60 tuổi, trung bình khi chẩn đoán là 50 tuổi, và hiếm khi xuất hiện ở trẻ nhỏ<sup>5</sup>. Nghiên cứu của các tác giả Karel M.Van Praet<sup>6</sup>, Giacomo Bianchi<sup>7</sup>, Lê Thế Hùng<sup>8</sup> cũng cho kết quả tương tự với tỉ lệ nữ nhiều hơn nam và độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm 50 – 60 tuổi.

U nhầy tim có biểu hiện lâm sàng đa dạng với 3 nhóm triệu chứng chính: triệu chứng do u làm ảnh hưởng huyết động, triệu chứng toàn thân, triệu chứng tắc mạch, bệnh cũng có thể được phát hiện tình cờ khi đi khám sức khỏe mà không có triệu chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân tình cờ phát hiện bệnh khi đi khám sức khỏe tổng quát chiếm tỉ lệ cao nhất là 45,2%. Điều này có thể lý giải do nhu cầu chăm sóc về mặt y tế ngày càng được chú trọng, người dân được kiểm tra sức khỏe định kỳ mỗi năm, siêu âm doppler tim trở nên phổ biến, nên nhiều bệnh nhân được phát hiện bệnh trước khi u nhầy



**Hình 4. Hình ảnh đại thể u nhầy**

tim có biểu hiện triệu chứng. Nghiên cứu của Michopanou Nektaria<sup>9</sup> trong suốt 32 năm cũng cho rằng nhờ sự cải thiện trong kỹ thuật hình ảnh học cũng như khả năng tiếp cận dễ dàng với siêu âm tim mà các trường hợp được phát hiện ngẫu nhiên u nhầy tim gia tăng.

Theo y văn, u nhầy có thể xuất hiện ở bất kỳ buồng tim nào, thường gặp nhất là ở nhĩ trái, khoảng 75%, ở nhĩ phải khoảng 10 – 20%, còn lại chia đều ở hai tâm thất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân mổ ít xâm lấn có u ở nhĩ trái chiếm đa số (90,3%), tỉ lệ này cũng tương đương trong các nghiên cứu mổ ít xâm lấn của tác giả Karel M.Van Praet<sup>6</sup>, Giacomo Bianchi<sup>7</sup>, u nhầy nhĩ trái gặp trên 90% trường hợp.

Kích thước u trung bình trong nghiên cứu là  $3,6 \pm 1,5$  cm (từ 1,5 đến 6,7 cm), đây cũng là kích thước trung bình thường thấy, nghiên cứu của Karel M.Van Praet<sup>6</sup> là  $3,4 \pm 2,1$ cm, nghiên cứu của Changwon Shin<sup>10</sup> là  $3,6 \pm 1,6$ cm. Với các kích thước u khác nhau, trong quá trình thao tác, chúng tôi sử dụng túi đựng bệnh phẩm dùng cho nội soi để chứa u, điều này giúp việc lấy u dễ dàng hơn. Việc đưa u vào túi đựng bệnh phẩm tránh làm gieo rắc u trong lòng ngực trong quá

trình mổ khi chưa biết kết quả giải phẫu bệnh. Đồng thời đối với các u quá lớn, khó lấy ra khỏi thành ngực khi giữ nguyên hình dạng đại thể, cắt nhỏ u trong túi đựng bệnh phẩm giúp quá trình lấy u thuận lợi hơn. Vì vậy, việc triển khai phẫu thuật cắt u nhầy tim qua đường mở ngực phải có thể thực hiện với các kích thước u khác nhau.

Chúng tôi cắt bỏ u nhầy tim qua đường mổ ít xâm lấn bên ngực phải, có sự hỗ trợ của camera nội soi. Vị trí rạch vào buồng tim trực tiếp vào tâm nhĩ chứa u nhầy, 3 trường hợp mở nhĩ phải có vị trí u nằm trong nhĩ phải, các trường hợp còn lại đều được tiếp cận u qua đường mở vào nhĩ trái, 1 trường hợp mở vào nhĩ trái để tiếp cận u, trong mổ ghi nhận chân u rộng, lấy không hết cuống u, nên quyết định mở nhĩ phải để lấy trọn cuống, và khâu phục hồi lỗ khuyết vách liên nhĩ. Đối với các trường hợp u nhầy nhĩ trái, chúng tôi lựa chọn phương pháp tiếp cận trực tiếp vào nhĩ trái thay vì mở nhĩ phải và cắt u qua vách liên nhĩ. Phương pháp này mang lại nhiều ưu điểm, trong đó nổi bật là khả năng tránh canule tĩnh mạch chủ trên, từ đó giảm thiểu nguy cơ tai biến liên quan đến việc canule tĩnh mạch chủ. Ngoài ra, việc không cần mở nhĩ phải cũng giúp rút ngắn thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo và kẹp động mạch chủ, từ đó rút ngắn thời gian phẫu thuật.

Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể và thời gian kẹp động mạch chủ trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị lần lượt là  $82,4 \pm 31,1$  phút và  $39,2 \pm 17,6$  phút. Nhìn chung, các thông số thời gian trong mổ của chúng tôi gần tương đương với các nghiên cứu khác trên thế giới: theo nghiên cứu của tác giả Karel M. Van Praet<sup>6</sup> là  $75 \pm 36$  phút và  $41 \pm 22$  phút, nghiên cứu của Giacomo Bianchi<sup>7</sup> là  $76,5 \pm 40,8$  phút và  $41,5 \pm 29,8$  phút, rút ngắn thời gian hơn so với các

nghiên cứu khác đã được báo cáo trong nước: theo tác giả Lê Thế Hùng<sup>8</sup> là  $158 \pm 43$  phút và  $84 \pm 34$  phút, tác giả Đinh Ngọc Liêm<sup>11</sup> là  $150 \pm 44$  phút và  $71 \pm 35$  phút.

Biến chứng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như của tác giả Lê Thế Hùng<sup>8</sup> và Đinh Ngọc Liêm<sup>11</sup> là tràn dịch màng phổi. Các trường hợp đều tràn dịch lượng ít bên phải, theo dõi và không cần mổ lại. Có 3 bệnh nhân xuất hiện rung nhĩ mới sau mổ, được điều trị bằng amiodarone, sau đó đều về nhịp xoang và không ghi nhận rối loạn nhịp tim tại thời điểm xuất viện. Có 1 trường hợp tổn thương thận cấp sau thận, bệnh nhân bí tiểu sau mổ, điều trị nội khoa, chức năng thận cải thiện, bệnh nhân được lưu sonde tiểu về, tiếp tục điều trị ngoại trú và tái khám niệu. Tỷ lệ mổ lại thấp (3,2%), có 1 bệnh nhân có huyết khối động mạch đùi bên phải được mổ lấy huyết khối, sau mổ động mạch thông tốt. 2 trường hợp huyết khối tĩnh mạch đùi chung bên phải. Việc can thiệp vào mạch máu lớn ở khu vực đùi có thể làm tăng nguy cơ hình thành huyết khối. Các tai biến này liên quan đến việc thiết lập đường vào tuần hoàn ngoài cơ thể ngoại vi, điều này có thể xảy ra trong các phẫu thuật tim ít xâm lấn, không chỉ riêng ở phẫu thuật cắt u nhầy tim. Không ghi nhận tử vong nội viện và 30 ngày sau mổ.

Phẫu thuật ít xâm lấn qua đường mở ngực phải là một lựa chọn phương pháp phẫu thuật an toàn và khả thi. Theo nghiên cứu của Michopanou Nektaria<sup>9</sup> trong 32 năm, 97,2% các trường hợp hồi phục hoàn toàn, tuy nhiên, có 4,1% trường hợp tái phát u và cần phẫu thuật lại, các bệnh nhân này đều có vị trí u nhầy ở nhĩ trái, và độ tuổi trung bình là 36,5 tuổi. Tương tự, theo Ishan K Shah<sup>12</sup>, trong 50 năm nghiên cứu có 11 bệnh nhân tái phát u nhầy, nghiên cứu cho thấy



bệnh nhân trẻ tuổi, kích thước u nhỏ và u ở tâm thất là những yếu tố có tiên lượng tái phát cao. Thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hạn, chưa ghi nhận có trường hợp tái phát nào, tuy vậy vẫn cần theo dõi định kỳ hàng năm cho các bệnh nhân đã được chẩn đoán u nhày tim.

### KẾT LUẬN:

Nghiên cứu trên 31 bệnh nhân phẫu thuật ít xâm lấn qua đường mổ ngực phải cắt u nhày tim có tỉ lệ tái biến, biến chứng thấp, không ghi nhận trường hợp tái phát u nhày hay tử vong sớm sau mổ, đã bước đầu cho kết quả an toàn và hiệu quả, mở ra khả năng triển khai phương pháp này tại các cơ sở phẫu thuật tim.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reynen K. Cardiac myxomas. *The New England journal of medicine*. Dec 14 1995;333(24):1610-7.

doi:10.1056/nejm199512143332407

2. Basso C, Valente M, Thiene G. *Cardiac tumor pathology*. Springer science and business media New York 2013; 2013.

3. Daniel J. Goldstein MCO. *Minimally invasive cardiac surgery*. 2004.

4. Muhammad Habib Zubair JMS. Updates in Minimally Invasive Cardiac Surgery for General Surgeons. *Surgical Clinics of North America*. 2017;Volume 97(4)doi:https://doi.org/10.1016/j.suc.2017.03.002.

5. Lawrence H.Cohn M. *Cardiac surgery in the adult*. third ed. 2008:1479-1490.

6. Karel M Van Praet M, Markus Kofler M, MSc, Wilkens K, et al. Minimally invasive extirpation of benign atrial cardiac tumors: clinical follow-up and survival. *Innovations*

*technology and techniques in cardiothoracic and vascular surgery*. 2023;18(3):232-239. doi:DOI: 10.1177/15569845231170000

7. Giacomo Bianchi M, PhD, Rafik Margaryan M, PhD, Enkel Kallushi M, et al. Outcomes of video-assisted minimally invasive cardiac myxoma resection. *Heart, Lung and Circulation* 2019;28(2):327-333.

8. Hùng LT, Đạt PT, Nam NH, et al. Kết quả sớm phẫu thuật ít xâm lấn cắt u nhày nhĩ trái tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*. 2022:5-12.

9. Nektaria M, Theologou S, Christos C, et al. Cardiac myxomas: A single-center case series of 145 patients over a 32-year period study. *Annals of cardiac anaesthesia*. Jan-Mar 2023;26(1):17-22. doi:10.4103/aca.aca\_290\_20

10. Changwon Shin M, Min Ho Ju M, Chee-Hoon Lee M, Mi Hee Lim M, Ph.D, Hyung Gon Je M, Ph.D. Surgical outcomes of cardiac myxoma resection through right mini-thoracotomy. *Journal of Chest Surgery*. 2023;56(1):42-48.

11. Liêm ĐN, Hiền NS, Huy ĐQ, Ngọc NM, Tú VN. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị u nhày nhĩ trái tại Bệnh viện tim Hà Nội giai đoạn 2018–2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;518(1):11-15.

12. Shah IK, Dearani JA, Daly RC, et al. Cardiac Myxomas: A 50-Year Experience With Resection and Analysis of Risk Factors for Recurrence. *Ann Thorac Surg*. Aug 2015;100(2):495-500.

doi:10.1016/j.athoracsur.2015.03.007