

Kết quả phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt u nhầy tâm nhĩ tại Bệnh viện E

Nguyễn Hoàng Nam^{1,2}, Đỗ Đức Thịnh¹, Phạm Thành Đạt¹, Nguyễn Trung Hiếu¹, Nguyễn Thế Bình¹,
Nguyễn Trần Thuý¹, Nguyễn Công Hưu¹, Nguyễn Hữu Ước^{2,3*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật nội soi toàn bộ hiện nay đã được áp dụng nhiều trong phẫu thuật tim. Nghiên cứu nhằm đánh giá các kết quả của phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt u nhầy tâm nhĩ tại Bệnh viện E.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả bao gồm tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt u nhầy tâm nhĩ từ 01/2019 đến 01/2024 tại Bệnh viện E.

Kết quả: Có 54 bệnh nhân với độ tuổi trung bình $52,8 \pm 14,9$ và tỷ lệ nữ/nam 4,4:1. U nhầy xuất hiện trong buồng nhĩ, trong đó chủ yếu bên trái (81,5%). Phẫu thuật nội soi toàn bộ áp dụng thành công cho toàn bộ các bệnh nhân, không có ca nào chuyển mở xương ức với thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể $136,5 \pm 41,7$ phút, thời gian cấp chủ: $75,8 \pm 28,8$ phút, thời gian nằm hồi sức $2,1 \pm 1,7$ ngày, nằm viện sau mổ $9,5 \pm 5,2$ ngày. Biến chứng sớm có một số rối loạn nhịp nhĩ, không ghi nhận biến chứng lớn và không có bệnh nhân tử vong. Theo dõi 6 -69 tháng sau phẫu thuật cho thấy không có tử vong do mọi nguyên nhân, không có tái phát u. Các biến chứng nhỏ khác đều được điều trị và quản lý ổn định.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi toàn bộ áp dụng cho tất cả các khối u nhầy tâm nhĩ cho thấy hiệu quả điều trị cao, không có biến chứng lớn, không có tử vong và không có tái phát sau thời gian theo dõi trung hạn.

Từ khoá: U nhầy, nội soi toàn bộ, biến chứng

RESULTS OF TOTALLY ENDOSCOPIC RESECTION SURGERY FOR ATRIAL MYXOMAS AT E HOSPITAL ABSTRACT

Objective: Totally endoscopic surgery has been widely employed in cardiac surgery. This study sought to summarize the outcomes of totally endoscopic atrial myxoma resection surgery at E Hospital.

Subjects and Methods: This descriptive study was conducted in all consecutive patients who underwent totally endoscopic atrial myxoma resection surgery from January 2019 to January 2024 at E Hospital.

Results: A total of 54 patients were enrolled, with a mean age of 52.8 ± 14.9 years and a female-to-male ratio of 4,4:1. Myxomas were found in both atria, predominantly in the left atrium (81.5%). Totally endoscopic surgery was successfully operated in all cases, with no conversions to sternotomy. The mean cardiopulmonary bypass time was 136.5 ± 41.7

¹Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Hữu Ước.

Email: uocdhyhn101@yahoo.com.vn. - Tel. 0903239788

Ngày nhận bài: 26/03/2025 Ngày sửa bài: 09/04/2025

Ngày chấp nhận đăng: 15/04/2025

minutes, and the mean aortic cross-clamp time was $75,8 \pm 28,8$ minutes. The mean intensive care unit length of stay was 2.1 ± 1.7 days, and the mean postoperative hospital length of stay was $9,5 \pm 5,2$ days. Early complications included several cases of atrial arrhythmia, but no major complications or mortality were observed. Follow-up at 6 to 69 postoperative months revealed no all-cause mortality and no recurrence

of myxoma. Minor complications were effectively treated and managed.

Conclusion: Totally endoscopic surgery for atrial myxomas demonstrated high therapeutic efficacy, with no major complications, no mortality, and no recurrence during medium-term follow-up.

Keywords: *Myxoma, totally endoscopic, complications*

GIỚI THIỆU

U nhầy trong tim là u lành tính và hiếm gặp. Khối u nhầy trong tim hay gặp ở nhĩ trái với tỉ lệ 75%, 15 - 20% ở nhĩ phải và còn lại là ở buồng thất[1][2]. Tùy vị trí và tính chất, kích thước của khối u có thể gây nên các biến chứng nguy hiểm như thuyên tắc mạch (não, mạch chi, mạch tạng, ...), cản trở dòng máu trong tim gây suy tim phù phổi. Phẫu thuật cắt bỏ khối u sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể vẫn là phương pháp chính [3] [4]. Hiện nay có nhiều báo cáo chỉ ra phẫu thuật trong bệnh lý van hai lá và cắt u nguyên phát trong tim (chủ yếu là u nhầy tâm nhĩ) ít xâm lấn với nhiều mức độ khác nhau như bán phần xương ức, đường mở ngực phải, nội soi toàn bộ có rô bốt hoặc không rô bốt là phương pháp khả thi, an toàn và có thể thay thế được mở mở cửa đường giữa xương ức. [5-8]

Tại Bệnh viện E, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật nội soi toàn bộ điều trị cho bệnh lý thông liên nhĩ, màng ngăn nhĩ trái, thông sàn nhĩ thất bán phần, u nhầy nhĩ, ...[9][10] Báo cáo này nhằm đánh giá kết quả sau 5 năm của phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt u nhầy tâm nhĩ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 54 bệnh nhân được chẩn đoán u nhầy tâm nhĩ và được phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt u.

Địa điểm và thời gian: từ 1/2019 đến tháng 1/2024 tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả với toàn bộ số ca bệnh phù hợp.

Các bước tiến hành:

Các bệnh nhân sau khi được chẩn đoán là u nhầy tâm nhĩ sẽ được lựa chọn nếu đáp ứng các yêu cầu về chỉ định và chống chỉ định đang được áp dụng tại bệnh viện chúng tôi:

Chỉ định:

- U nhầy tâm nhĩ phải hoặc trái
- U nhầy tâm nhĩ kèm theo bệnh lý van hai lá hoặc ba lá phải can thiệp
- U nhầy ở cả hai tâm nhĩ

Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không có các chỉ định ngoại khoa khác phải can thiệp vào mạch vành, van động mạch chủ
- Có tiền sử mổ màng phổi hoặc bệnh lý

màng phổi nặng, viêm dây dính màng tim

- Bệnh nhân có bệnh lý dị dạng lồng ngực, tiền sử mổ cũ phổi phải

- Vôỉ hoá nhiều hoặc giãn động mạch chủ lên >45 mm

- Hẹp, tắc động tĩnh mạch chủ chậu, mạch đùi.

- Chức năng tâm thu thất trái < 30%.

- Bệnh nhân cân nặng thấp <15 kg

Quy trình phẫu thuật:

Gây mê nội khí quản, bệnh nhân nằm tư thế nghiêng trái 30 độ. Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể ngoại vi. Ống động mạch vào động mạch đùi chung qua đoạn mạch nhân tạo. Ống tĩnh mạch vào tĩnh mạch đùi chung và tĩnh mạch cảnh chung phải. Đặt 03 trocar trên thành ngực: trocar 10,5 mm khoang liên sườn 5 đường nách giữa cho camera nội soi; trocar 12 mm vào khoang liên sườn 5 đường nách trước cho dụng cụ phẫu thuật; trocar 5,5 mm vào khoang liên sườn 3 đường

nách trước cho dụng cụ phẫu thuật (hình 1). Bơm Co2, mở màng tim, đặt dây thắt tĩnh mạch chủ trên. Cắt u nhầy tâm nhĩ phải dưới tim đập, không kẹp động mạch chủ. Với u nhầy tâm nhĩ trái tiến hành liệt tim qua gốc động mạch chủ sử dụng kẹp động mạch chủ qua thành ngực, cắt u theo hai đường mở hai nhĩ qua vách hoặc mở trực tiếp nhĩ trái (hình 2). Khối u nhầy được đưa vào túi nội soi và lấy ra qua lỗ trocar 12mm.

Xử lý số liệu: Các dữ liệu thu thập được thể hiện dưới dạng trung bình $\pm$ SD cho các biến định lượng và phần trăm cho các biến định tính. Dữ liệu được nhập và phân tích bằng SPSS phiên bản 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội với mã số IRB-VN01.001/IRB00003121/FWA 00004 148.

KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm trước phẫu thuật (n = 54)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (Trung bình $\pm$ SD, năm)	52,8 $\pm$ 14,9
Nữ, n (%)	44 (81,5)
Đặc điểm lâm sàng	
Khó Thở ,n (%)	29 (53,7)
Hội hộp trống ngực, n (%)	6(11,1)
Đau ngực, n (%)	21(38,9)
Tai biến mạch não mới, n (%)	5(9,3)
Tắc mạch ngoại vi, n (%)	2(3,7)
Sốt, n (%)	0
Sụt cân, n (%)	0
Không triệu chứng, n (%)	3(5,6)

Đặc điểm		Giá trị
Siêu âm tim		
Vị trí của u	Tâm nhĩ phải, n (%)	10(18,5)
	Tâm nhĩ trái, n (%)	44(81,5)
Vị trí bám	Vách liên nhĩ, n (%)	50(92,6)
	Vị trí khác, n (%)	4(7,4)
Đường kính lớn nhất (Trung bình $\pm$ SD, mm)		45 $\pm$ 16,4
Hở hai lá nhiều, n (%)		3(5,6)
EF (Trung bình $\pm$ SD, %)		67,2 $\pm$ 7,9

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân vào viện vì khó thở. Trên siêu âm tim xác định u nằm chủ yếu ở nhĩ trái và bám ở vách liên nhĩ. Tồn thương kèm theo gồm hở van hai lá nhiều ở 03 bệnh nhân.

Bảng 2: Đặc điểm trong mổ (n = 54)

Các đặc điểm		n (%)
Mổ cấp cứu		22(40,7)
Các kỹ thuật phẫu thuật	Mở hai nhĩ riêng biệt, n(%)	0
	Mở hai nhĩ qua vách, n(%)	42 (77,8)
	Mở một nhĩ (phải hoặc trái), n(%)	12 (22,2)
	Sửa hai lá, n(%)	2(3,7)
	Lấy huyết khối mạch đùi, n(%)	2(3,7)
	Vá vách liên nhĩ, n(%)	7(13)
Thời gian mổ, (Trung bình $\pm$ SD, giờ)		4 $\pm$ 0.9
Thời gian kẹp động mạch chủ, (Trung bình $\pm$ SD, phút)		75,8 $\pm$ 28,8
Thời gian chạy máy tim phổi, (Trung bình $\pm$ SD, phút)		136,5 $\pm$ 41,7

Nhận xét: Các khối u được cắt bỏ chủ yếu qua đường mở hai nhĩ qua vách.

Bảng 3: Đặc điểm hậu phẫu (n = 54)

Đặc điểm		Giá trị
Thời gian thở máy, (Trung bình $\pm$ SD, giờ)		16,8 $\pm$ 29,7
Thời gian nằm hồi sức, (Trung bình $\pm$ SD, ngày)		2,1 $\pm$ 1,7
Thời gian hậu phẫu, (Trung bình $\pm$ SD, ngày)		9,5 $\pm$ 5,2
Siêu âm tim sau mổ	Còn sót U, n(%)	0
	Tồn lưu lỗ thông, n (%)	0
	LVEF, (Trung bình $\pm$ SD, %)	64,8 $\pm$ 8,9
	Hở hai lá vừa, n(%)	2(3,7)

Nhận xét: Siêu âm sau mổ ghi nhận hai trường hợp hở hai lá ở mức độ vừa. Đây chính là hai bệnh nhân được sửa van hai lá trong mổ.

Bảng 4: Biến chứng sau mổ (n= 54)

Đặc điểm	Giá trị
Tử vong, n(%)	0
Rung nhĩ mới, n(%)	1(1,9)
Rối loạn nhịp khác, n(%)	4(7,4)
Tắc mạch ngoại vi mới , n(%)	0
Tai biến mạch não, n(%)	0
Mổ lại vì chảy máu, n(%)	1(1,9)
Mổ lại lấy huyết khối mạch chi, n(%)	2(3,7)
Nhiễm trùng vết mổ	2(3,7)
Tràn khí màng phổi	1(1,9)

Nhận xét: Không ghi nhận trường hợp tử vong. Có 01 trường hợp mổ lại vì chảy máu. Kết quả theo dõi và khám lại sau thời gian trung hạn không ghi nhận trường hợp u tái phát, không trường hợp nào tử vong.

BÀN LUẬN

Hầu hết các bệnh nhân phát hiện bệnh dựa trên các triệu chứng do hậu quả của khối u gây nên do tắc nghẽn buồng tim, thuyên tắc mạch và các triệu chứng toàn thân. Phần lớn u hình thành trong buồng tâm nhĩ trái và chủ yếu gặp ở nữ giới (bảng 1). Các đặc điểm này khá tương đồng so với các nghiên cứu trước đây của A Garrati và Lee KS [11][12].

Kể từ những năm 1990 thì ứng dụng nội soi được ứng dụng ngày càng nhiều trong y học và đã làm thay đổi cách tiếp cận trong ngoại khoa. Đã có nhiều nghiên cứu đa trung tâm so sánh số lượng lớn bệnh nhân phẫu thuật mở xương ức và phẫu thuật ít xâm lấn với các bệnh lý u tim nguyên phát (chủ yếu là u nhầy). Kết quả giống nhau về tỉ lệ sống sót và tái phát thấp của cả hai phương pháp. Trong đó phẫu thuật ít xâm lấn cho u nhầy là an toàn và loại bỏ hoàn toàn khối u, giúp giảm mất máu sau mổ, thời gian nằm viện ngắn hơn và cải thiện về sẹo mổ [6][13].

Một bước tiến nữa là sự thay đổi từ phẫu thuật ít xâm lấn sang nội soi toàn bộ chỉ với các cổng trocar trên thành ngực. Nhiều tác giả đã thành công trong việc sử dụng phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt u nhầy trong tim kèm hoặc không kèm theo rô bột hỗ trợ. Phương pháp này giúp giảm sang chấn, thẩm mỹ hơn cho bệnh nhân. Hơn nữa, ứng dụng rô bột trong nội soi toàn bộ rút ngắn thời gian phẫu thuật, lượng dịch dẫn lưu ít hơn, bệnh nhân phục hồi nhanh hơn so với phẫu thuật nội soi toàn bộ không có rô bột. Tuy nhiên chi phí phẫu thuật bằng rô bột tốn kém hơn nhiều, đòi hỏi nhiều trang thiết bị hiện đại [7][8][14]. Trong điều kiện thực tế tại khoa chúng tôi nói riêng và tại Việt Nam nói chung, phần lớn các bệnh viện chưa có rô bột, chi phí vận hành lớn. Do đó chúng tôi lựa chọn nội soi toàn bộ không có rô bột. Điểm khác biệt của chúng tôi là chỉ sử dụng 4 đường rạch da nhỏ hơn 1,5 cm để đặt trocar phẫu thuật (hình số 1) và cặp động mạch chủ qua thành ngực. Tổng kích thước các vết rạch da cho trocart là từ 32-

35 mm, và kích thước này ngắn hơn so với nội soi toàn bộ không rô bốt là 45-100 mm của các tác giả Yu và Liu Y [7][14]. Phẫu thuật toàn bộ sử dụng rô bốt thì cần 5-6 vị trí dành cho cổng phẫu thuật và hệ thống cánh tay rô bốt, tổng chiều dài các vị trí cổng vào cho dụng cụ và cổng phẫu thuật từ 95- 125 mm [8]. Có thể với phương pháp của chúng tôi giúp giảm chấn thương cơ thành ngực và cải thiện hơn về chiều dài sẹo mổ.

Các thao tác phẫu thuật được thực hiện qua ba lỗ trocar dưới quan sát trực tiếp màn hình nội soi. Đối với u nhầy tâm nhĩ phải thì đường tiếp cận là mở trực tiếp nhĩ phải cắt u. Nhưng phần lớn u nhầy nằm ở tâm nhĩ trái và bám vào vách liên nhĩ, chúng tôi sử dụng đường mở hai nhĩ qua vách để cắt u. Chúng tôi nhận thấy với đường tiếp cận này là đủ rộng rãi để cắt u và vị trí bám. A Garatti cũng áp dụng đường tiếp cận này cho u nhầy tâm nhĩ. Tác giả cho rằng đường tiếp cận này cho phép cắt bỏ rộng rãi vị trí bám bằng cách tiếp cận hố bầu dục, đồng thời quan sát tốt cả 4 buồng tim tránh bỏ sót u [11]. Ngoài ra một số tác giả cũng cho rằng đường mở hai nhĩ qua vách ít gây biến chứng về rối loạn nhịp so với các đường tiếp cận khác [15]. Cùng với đó, đường tiếp cận này cũng dễ dàng cho việc thực hiện các kỹ thuật khác đi kèm như sửa van hai lá (nghiên cứu của chúng tôi có 02 sửa van đặt vòng van hai lá và cắt tứ giác lá sau), vá lại vách liên nhĩ bằng miếng vá nhân tạo (có 07 bệnh nhân). Kết quả sớm sau mổ ghi nhận không có trường hợp nào bỏ sót u, tồn lưu lỗ thông liên nhĩ, và tỉ lệ rối loạn nhịp thấp.

Thực tế rằng phẫu thuật nội soi toàn bộ có một số hạn chế như không gian hẹp, thao tác thực hiện khó khăn đòi hỏi người thực hiện phải có

kinh nghiệm mổ nội soi tốt. Đặc biệt với các u lớn, chân bám rộng hoặc vị trí bám khó quan sát thì với chỉ hai vị trí cho dụng cụ thì phẫu thuật càng viên cần phải có kỹ năng nội soi thành thực. Những yếu tố này sẽ làm thời gian mổ, chạy máy tim phổi, cấp động mạch chủ (bảng 2) kéo dài hơn. Thời gian chạy máy của chúng tôi là $136,5 \pm 41,7$ phút so với nghiên cứu của hai tác giả Lee KS với cắt u theo đường mở dọc xương ức và Gao C mổ nội soi toàn bộ có rô bốt hỗ trợ tương ứng là $80,7 \pm 39,0$ phút và $98 \pm 20,5$ phút thì cao hơn so với các tác giả này. Tuy nhiên thời gian cấp động mạch chủ của chúng tôi là $75,8 \pm 28,8$ phút và của Lee Ks là $51,3 \pm 27,5$ phút, tác giả Gao C là $45 \pm 11,9$ phút không khác biệt nhau quá lớn. Có thể giải thích thời gian chạy máy của chúng tôi dài hơn bởi vì ngay sau khi thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể chúng tôi cho chạy máy ngay, ngừng thông khí cả hai phổi để phẫu trường được rộng rãi và thuận tiện cho các thao tác phẫu thuật. Thời gian cấp chủ cao hơn một chút so với Gao C vì tác giả chỉ tiến hành cho kỹ thuật cắt u đơn thuần mà không có kèm theo phẫu thuật khác như trong nghiên cứu của chúng tôi [8][12].

Các thông số về thời gian thở máy, nằm hồi sức và hậu phẫu sau mổ (bảng 3) trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn so với các báo cáo của hai tác giả Gao C mổ bằng rô bốt (nằm hồi sức 0,5 đến 1,5 ngày và sau mổ từ 5 đến 7 ngày) và Yu S mổ không có rô bốt (thở máy từ 3 tới 11 giờ, hậu phẫu $7 \pm 1,2$ ngày).[7] Có thể giải thích thời gian thở máy và nằm hồi sức lâu là do có đến 22(40,7%) trường hợp được mổ cấp cứu (mổ ngay hôm vào viện), còn lại là mổ sớm (mổ ngay ngày hôm sau vào viện). Việc

bổ trí như vậy bệnh nhân thường được mổ bắt đầu vào thời gian cuối giờ chiều và thường kết thúc muộn. Đặc thù công việc các bác sĩ hồi sức thường chủ động để bệnh nhân theo dõi ổn định tới sáng thì mới cho dừng thở máy. Còn thời gian hậu phẫu kéo dài là do phải đợi kết quả giải phẫu bệnh cùng tâm lý chung là bệnh nhân luôn muốn ổn định hẳn rồi về nhà, bệnh nhân cũng không thể ra viện ngay trong ngày nghỉ (thứ bảy, chủ nhật) nếu đủ điều kiện ra viện.

Không có bệnh nhân nào tử vong, các kết quả siêu âm sau mổ không có vấn đề bất thường. Có 3 trường hợp được đánh giá hở hai lá nhiều trước mổ, thực tế trong mổ qua đánh giá kiểm tra thì có 02 trường hợp cần sửa van hai lá (cắt tứ giác và đặt vòng van hai lá). Kết quả ghi nhận hở van hai lá vừa sau mổ. Các biến chứng sau mổ (bảng 4) ghi nhận một trường hợp chảy máu phải mổ lại trên một bệnh nhân có khối u nhầy tâm nhĩ phải lớn, bấm sát bờ dưới của vách liên nhĩ. Trong quá trình cắt u có tổn thương vách và thành sau nhĩ trái. Bệnh nhân đã được vá tạo hình thành sau nhĩ trái. Ngay sau mổ xuất hiện chảy máu vị trí khâu, bệnh nhân được nhét meche cầm máu, mổ lại rút meche sau hai ngày. Bệnh nhân sau mổ hoàn toàn ổn định và ra viện. Tất cả các tổn thương đều được xử lý bằng nội soi toàn bộ, không trường hợp nào phải mở rộng đường mổ hoặc cưa xương ức. Có hai trường hợp mổ lại lấy huyết khối mạch chi ở bệnh nhân có tắc mạch chi dưới trước mổ. Trong quá trình mổ lần đầu kết hợp cắt u nhầy không tái thông

được hoàn toàn mạch máu. Ngoài ra còn một vài biến chứng nhẹ khác.

Biến chứng về nhịp có 02 bệnh nhân rung nhĩ ngay sau mổ (01 có trước mổ và 01 mới xuất hiện) và một vài rối loạn nhịp mức độ nhẹ khác. Quan điểm rối loạn nhịp sau mổ cắt u nhầy nhĩ vẫn chưa rõ ràng. Có tác giả cho rằng chính với đường tiếp cận u mở hai nhĩ sẽ tạo nên các đường cắt và khâu gây chia cắt và co kéo sẹo dẫn tới rối loạn nhịp nhiều hơn. Đường mở một một nhĩ và mở hai nhĩ qua vách cắt u nhầy tâm nhĩ sẽ gây ít biến chứng về rối loạn nhịp hơn [5][16]. Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ rung nhĩ mới sau mổ chiếm 1,9 % thấp hơn so với nghiên cứu của Lee Ks là 4,3%. Có thể do đường tiếp cận mở độc lập hai nhĩ để cắt u được áp dụng chủ yếu trong cáo của Lee KS [12].

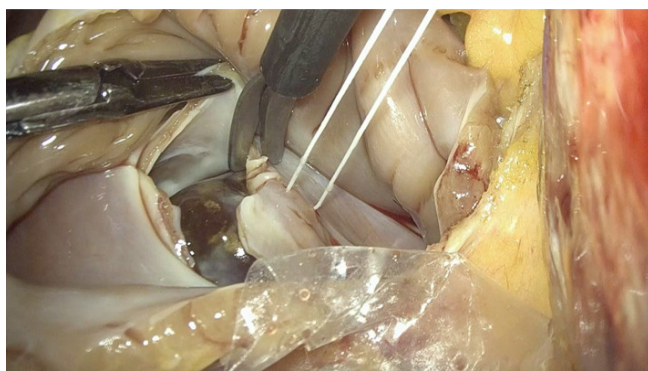
Tất cả các bệnh nhân được khám và theo dõi sau mổ. Với thời gian khám lại ngắn nhất là 6 tháng cho tới dài nhất là 69 tháng, không có bệnh nhân tử vong. Không ghi nhận u tái phát trên siêu âm tim, 02 trường hợp rung nhĩ. Một bệnh nhân đã có rung nhĩ từ trước mổ. Trường hợp rung nhĩ còn lại xuất hiện ngay sau khi mổ và được quản lý nội khoa. Hai trường hợp sửa van hai lá kết quả khám lại ổn định ở mức độ hở vừa van hai lá, không có biểu hiện suy tim. Có một trường hợp hẹp vừa động mạch đùi nông với bệnh nhân có tắc đùi nông trước mổ. Đã được phẫu thuật lấy huyết khối hai lần. Phát hiện hẹp từ khoảng 6 tháng sau mổ, không có triệu chứng. Được theo dõi và quản lý nội khoa.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt u nhầy tâm nhĩ là an toàn và hiệu quả. Có thể áp dụng một cách thường quy. Kết quả trung hạn của phương pháp cho thấy tỉ lệ biến chứng và tái phát thấp sau cắt u nhầy.



Hình 1: Vị trí trocar trên thành ngực



Hình 2: Cắt u nhầy + vách liên nhĩ



Hình 3: Sẹo mổ sau 1 năm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Silverman NA. Primary cardiac tumors. *Ann Surg.* 1980;191(2):127-138.
2. Yoon DH, Roberts W. Sex distribution in cardiac myxomas. *Am J Cardiol.* 2002;90(5):563-565.
3. Reynen K. Cardiac myxomas. *N Engl J Med.* 1995;333(24):1610-1617.
4. Chitwood WR Jr. Clarence Crafoord and the first successful resection of a cardiac myxoma. *Ann Thorac Surg.* 1992;54(5):997-998.
5. Ritwick B, Chaudhuri K, Crouch G, Edwards JR, Worthington M, Stuklis RG. Minimally invasive mitral valve procedures: the current state. *Minim Invasive Surg.* 2013;2013:679276. doi: 10.1155/2013/679276. Epub 2013 Dec 5. PMID: 24382998; PMCID: PMC3870135.
6. Pineda AM, Santana O, Cortes-Bergoderi M, Lamelas J. Is a minimally invasive approach for resection of benign cardiac masses superior to standard full sternotomy? *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2013 Jun;16(6):875-9. doi: 10.1093/icvts/ivt063. Epub 2013 Feb 26. PMID: 23442942; PMCID: PMC3653477.
7. Yu S, Xu X, Zhao B, Jin Z, Gao Z, Wang Y et al. Totally thoracoscopic surgical resection of cardiac myxoma in 12 patients. *Ann Thorac Surg.* 2010 Aug;90(2):674-6. doi: 10.1016/j.athoracsur.2009.08.078. PMID: 20667386
8. Gao C, Yang M, Wang G, Wang J, Xiao C, Wu Y et al. Excision of atrial myxoma using robotic technology. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2010 May;139(5):1282-5. doi: 10.1016/j.jtcvs.2009.09.013. Epub 2009 Oct 23. PMID: 19853866.
9. Nguyễn Công Hựu, Nguyễn Hoàng Nam, Nguyễn Trung Hiếu, Đỗ Anh Tiến, Nguyễn Trần Thủy và cộng sự. Phẫu thuật với nội soi lồng ngực hỗ trợ đóng thông liên nhĩ dưới tuần hoàn ngoài cơ thể, tim đập, không cạo động mạch chủ. *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam.* 2013;3(3):29-33
10. Dang QH, Le NT, Tran DD, Ngo TH. Totally Endoscopic Resection of Giant Left Atrial Myxoma Without Robotic Assistance. *Innovations (Phila).* 2018;13(2):136-139.
11. Garatti A, Nano G, Canziani A, Gagliardotto P, Mossuto E, Frigiola A et al. Surgical excision of cardiac myxomas: twenty years experience at a single institution. *Ann Thorac Surg.* 2012 Mar;93(3):825-31.
12. Lee KS, Kim GS, Jung Y, Jeong IS, Na KJ, Oh BS et al. Surgical resection of cardiac myxoma-a 30-year single institutional experience. *J Cardiothorac Surg.* 2017 Mar 27;12(1):18.
13. Moscarelli M, Rahouma M, Nasso G, di Bari N, Speziale G, Bartolomucci F et al. Minimally invasive approaches to primary cardiac tumors: A systematic review and meta-analysis. *J Card Surg.* 2021 Feb;36(2):483-492. doi: 10.1111/jocs.15224. Epub 2020 Dec 1. PMID: 33259109.
14. Liu Y, Liu Z, Li X, Jiang Y, Lu C, Zhang C et al. A comparison of total thoracoscopic versus robotic approach for cardiac myxoma resection: a single-center retrospective study. *J Robot Surg.* 2023 Aug;17(4):1393-1400. doi: 10.1007/s11701-023-01531-z. Epub 2023 Jan 17. PMID: 36648634; PMCID: PMC10374789.
15. Bortolotti U, Maraglino G, Rubino M, Santini F, Mazzucco A, Milano A et al. Surgical excision of intracardiac myxomas: a 20-year follow-up. *Ann Thorac Surg.* 1990;49(3):449-53. Bateman TM, Gray RJ, Raymond MJ, Chaux A, Czer LS, Matloff JM. Arrhythmias and conduction disturbances following cardiac operation for the removal of left atrial myxomas. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1983;86(4):601-7