

RIGHT ATRIAL TUMORS FROM MYXOMA TO MALIGNANCY: EARLY SURGICAL OUTCOMES IN 29 PATIENTS AT A SINGLE CENTER

Le Thanh Khanh Van^{1,2}, Luong Minh Trien³, Lam Thao Cuong^{3,4*}

¹Department of Pediatric Cardiac Surgery, Cho Ray Hospital - Ho Chi Minh City, Vietnam

²Department of Medicine, School of Medicine and Pharmacy, Tra Vinh University - Tra Vinh, Vietnam

³Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, School of Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Vietnam

⁴Faculty of Thoracic and Vascular Surgery, University Medical Center Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 27/09/2026

Revised: 21/10/2026; Accepted: 23/10/2026

ABSTRACT

Background: Right atrial tumors are rare, carry a high rate of malignancy and range from benign myxomas to primary or secondary malignant tumors, yet data from Vietnam remain limited. We asked what the early surgical outcomes are and how benign and malignant tumors differ in imaging features and surgical strategy. We aimed to evaluate early outcomes of right atrial tumor surgery and to compare benign with malignant tumors.

Methods: This retrospective case series included all 29 patients who underwent resection of a histologically confirmed right atrial tumor at Cho Ray Hospital, Vietnam, between January 2021 and January 2026.

Results: Mean age was 50.7 ± 11.6 years and 58.6% of patients were men. Malignant tumors accounted for 41.4% (sarcoma 5, lymphoma 5, invasive thymoma 2), half of them secondary. Compared with benign tumors, malignant tumors were more often sessile (100% versus 11.8%), with moderate-to-large pericardial effusion (58.3% versus 0%) and invasion of the atrial wall (66.7% versus 0%) or superior vena cava (41.7% versus 0%). Eleven of 17 benign tumors were removed through a right minithoracotomy and macroscopically complete resection was achieved in 28 of 29 patients. Eleven of 12 malignant tumors required reconstruction, with longer bypass and operative times. There was no in-hospital death; Clavien–Dindo grade III complications occurred in 37.9% and 17.2% of patients required a permanent pacemaker. Among patients with follow-up, 30-day mortality was 5.6% and 6-month survival was 94.4%.

Conclusions: Surgery for right atrial tumors achieved safe early outcomes, including malignant tumors requiring extended resection and reconstruction. Preoperative imaging guides the surgical strategy and conduction system injury is the main specific complication.

Keywords: Right atrial tumor; myxoma, malignant cardiac tumor, minimally invasive surgery, early outcome.

U NHĨ PHẢI TỪ U NHẦY ĐẾN U ÁC TÍNH: KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ QUA 29 CA TẠI MỘT TRUNG TÂM

Lê Thành Khánh Vân^{1,2}, Lương Minh Triển³, Lâm Thảo Cường^{3,4*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U nhĩ phải hiếm gặp, có tỷ lệ ác tính cao và phân loại mô học đa dạng từ u nhầy lành tính đến u ác tính nguyên phát hoặc thứ phát. Bệnh lý này đặt ra những thách thức ngoại khoa riêng biệt so với u nhĩ trái, trong khi dữ liệu lâm sàng tại Việt Nam vẫn còn hạn chế. Câu hỏi được đặt ra là đặc điểm mô bệnh học thường gặp ở vị trí này là gì, kết quả sớm sau phẫu thuật ra sao và có sự khác biệt nào giữa u lành tính và u ác tính về hình ảnh học, chiến lược phẫu thuật. Để trả lời các vấn đề này, nghiên cứu đặt mục tiêu: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chiến lược phẫu thuật u nhĩ phải; (2) đánh giá kết quả sớm sau mổ và phân tích so sánh giữa nhóm u lành tính và u ác tính.

Phương pháp: Hồi cứu mô tả loạt ca toàn bộ 29 bệnh nhân được phẫu thuật cắt u nhĩ phải có kết quả mô bệnh học tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2021 đến 01/2026.

Kết quả: Tuổi trung bình $50,7 \pm 11,6$ tuổi; nam chiếm 58,6%. Nhóm u ác tính chiếm 41,4%,

đặc trưng bởi tổn thương không cuống, có tràn dịch màng tim lượng trung bình – nhiều và xâm lấn cấu trúc xung quanh cao hơn hẳn u lành tính. Về phẫu thuật, 11/17 u lành tính được mổ qua đường mở ngực phải ít xâm lấn; 15/29 ca được cắt u trên tim đập. Cắt bỏ hoàn toàn khối u về đại thể đạt 28/29 ca. 11/12 ca ác tính cần tái tạo cấu trúc; thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể và thời gian phẫu thuật ở nhóm này dài hơn đáng kể. Không ghi nhận tử vong nội viện; biến chứng Clavien–Dindo độ III chiếm 37,9% và 17,2% cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Ở 18 bệnh nhân có theo dõi, tử vong 30 ngày là 5,6% và sống còn 6 tháng là 94,4% (100% ở u lành tính, 85,7% ở u ác tính).

Kết luận: Phẫu thuật u nhĩ phải đạt kết quả sớm an toàn với tỷ lệ tử vong nội viện 0%, kể cả ở nhóm ác tính cần cắt rộng và tái tạo. Hình ảnh học trước mổ đóng vai trò then chốt trong quyết định chiến lược can thiệp, với tổn thương hệ dẫn truyền là biến chứng đặc thù cần lưu ý.

Từ khóa: U nhĩ phải, u nhầy, u tim ác tính, phẫu thuật tim ít xâm lấn, kết quả sớm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tim nguyên phát hiếm gặp, với tỷ lệ mới mắc trên lâm sàng khoảng 1,38/100 triệu người; u tim thứ phát (di căn hoặc xâm lấn trực tiếp từ cơ quan lân cận) gặp nhiều hơn u nguyên phát từ 22 đến 132 lần [1]. Ở người lớn, u nhầy (myxoma) là u tim nguyên phát thường gặp nhất trên lâm sàng [1]. Tuy nhiên, trong phân loại WHO 2021, u sợi đàn hồi dạng nhú (papillary fibroelastoma) hiện được ghi nhận là u tim nguyên phát thường gặp nhất [2]. Sự thay đổi này được cho là liên quan chủ yếu đến việc sử dụng rộng rãi hơn và những tiến

bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, giúp

¹Khoa Hồi sức – Phẫu thuật Tim trẻ em, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Y, Trường Y – Dược, Trường Đại học Trà Vinh, Trà Vinh, Việt Nam

³Bộ môn Phẫu thuật Lồng ngực – Tim mạch, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁴Khoa Lồng ngực – Mạch máu, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

*Tác giả liên hệ: Lâm Thảo Cường

Email: cuong.lt@umc.edu.vn - Tel : 0986558878

Ngày nhận: 27/09/2026 Ngày sửa: 21/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 23/10/2023

DOI: 10.47972/vjcts.v55i.1741

tăng khả năng phát hiện các tổn thương nhỏ trước đây có thể bị bỏ sót [2]. Khối u ở tim phải có tỷ lệ ác tính đáng kể: chiếm 18,6% trong các u nguyên phát tim phải được phẫu thuật [3] và 39,8% trong các khối choán chỗ tim phải khi tính cả u thứ phát [4]. Ngược lại, u nhầy chủ yếu nằm ở nhĩ trái; u nhầy nhĩ phải chỉ chiếm 8–20% u nhầy tâm nhĩ [3] và trong một loạt 244 ca u nhầy, u nhầy tim phải chiếm 11,5% [5]. Trên hình ảnh học, không có dấu hiệu đơn lẻ nào vừa nhạy vừa đặc hiệu để phân biệt u lành tính với u ác tính [1].

U nhầy được cắt bỏ cùng chân bám và ngày càng thường được thực hiện qua đường mổ ít xâm lấn [6, 7]. Trong khi đó, u ác tính thường cần cắt rộng kèm tái tạo [3] và cắt bỏ hoàn toàn khối u với diện cắt âm tính mang lại kết quả lâu dài tốt nhất [1]. Do đó, trước một khối u nhĩ phải chưa có chẩn đoán mô bệnh học, phẫu thuật viên phải lựa chọn giữa hai chiến lược khác nhau cả về đường mổ lẫn phạm vi cắt. Các báo cáo trong nước hiện chủ yếu tập trung vào u nhầy nhĩ trái [6, 7]. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với mục tiêu nghiên cứu gồm: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, mô bệnh học và chiến lược phẫu thuật u nhĩ phải; (2) đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật và so sánh giữa u lành tính và u ác tính.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca hồi cứu, chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối u có tổn thương tại nhĩ phải (u xuất phát từ nhĩ phải hoặc u di căn/xâm lấn vào nhĩ phải) và có kết quả mô bệnh học, tại Khoa Hồi sức – Phẫu thuật Tim, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2026.

2.2. Thông số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học (siêu âm tim, chụp cắt lớp vi tính [CT], chụp cộng hưởng từ [MRI]) và phẫu thuật được thu thập từ hồ sơ

bệnh án. Kích thước u là đường kính lớn nhất trên siêu âm tim, áp dụng cho mọi bệnh nhân kể cả khi có CT hoặc MRI để kết quả được đồng nhất về phương pháp; tràn dịch màng tim được ghi nhận khi ở mức trung bình đến nhiều được định nghĩa là độ dày lớp dịch lớn nhất > 10 mm trên siêu âm tim (theo tiêu chuẩn đánh giá của Hội Siêu âm Tim Hoa Kỳ). Tình trạng xâm lấn được ghi nhận qua CT ngực có cản quang hoặc MRI tim trước mổ (ưu tiên kết quả MRI nếu bệnh nhân được khảo sát cả hai). Mô bệnh học được phân loại theo WHO 2021 [2]; u ác tính được chia thành nguyên phát (xuất phát từ tim) và thứ phát (di căn hoặc xâm lấn từ cơ quan lân cận). Kết cục chính là tử vong nội viện và biến chứng trong thời gian nằm viện, phân độ theo Clavien–Dindo [8] (lây độ cao nhất ở mỗi bệnh nhân); kết cục phụ là tử vong do mọi nguyên nhân trong 30 ngày sau mổ và sống còn 6 tháng. Thờ máy kéo dài được định nghĩa là thờ máy trên 24 giờ theo Hiệp hội Phẫu thuật viên Lồng ngực (Society of Thoracic Surgeons, STS). Sống còn được ghi nhận qua tái khám và liên lạc với bệnh nhân/thân nhân.

2.3. Phương pháp phẫu thuật

a. Phẫu thuật qua đường mổ ngực phải ít xâm lấn

Đường mổ ngực phải ít xâm lấn, được lựa chọn đối với các khối u khu trú trong nhĩ phải, không có dấu hiệu xâm lấn rộng các cấu trúc lân cận và có thể cắt bỏ an toàn qua đường mổ nhỏ. Bệnh nhân được đặt tư thế nằm ngửa, nghiêng trái khoảng 30° , mổ ngực qua khoang liên sườn IV hoặc V bên phải. Tuần hoàn ngoài cơ thể được thiết lập qua động mạch và tĩnh mạch đùi. Chiến lược dẫn lưu tĩnh mạch được lựa chọn tùy theo vị trí khối u, khả năng duy trì hồi lưu tĩnh mạch và yêu cầu kiểm soát phẫu trường. Khi sử dụng một cannula tĩnh mạch đùi, máu từ tĩnh mạch chủ trên đổ vào nhĩ phải được kiểm soát bằng ống hút tại vùng lỗ đổ tĩnh mạch chủ trên trong quá trình mở nhĩ phải. Trường hợp cần kiểm soát riêng hồi lưu tĩnh mạch chủ trên hoặc dẫn lưu qua một cannula không bảo đảm lưu lượng tuần hoàn ngoài cơ thể,

đặt bỏ sung cannula tĩnh mạch chủ trên. Khối u được cắt bỏ cùng chân bám, khâu phục hồi diện cắt và xử trí các tổn thương phối hợp tại vách liên nhĩ hoặc van ba lá khi có chỉ định.

b. Phẫu thuật qua đường chẽ dọc xương ức

Đường chẽ dọc xương ức được lựa chọn đối với các khối u nghi ngờ ác tính, xâm lấn thành nhĩ, tĩnh mạch chủ hoặc trung thất, cần cắt rộng và tái tạo cấu trúc hoặc thực hiện các phẫu thuật phối hợp phức tạp. Tuần hoàn ngoài cơ thể được thiết lập qua động mạch chủ lên. Vị trí đặt cannula tĩnh mạch được cá thể hóa theo phạm vi xâm lấn, bao gồm hai tĩnh mạch chủ, tĩnh mạch chủ trên phối hợp tĩnh mạch đùi hoặc các vị trí ngoài vùng tổn thương như tĩnh mạch vô danh và tĩnh mạch chủ dưới. Phẫu thuật được thực hiện trên tim đập có hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể hoặc ngừng tim bằng kẹp động mạch chủ và truyền dung dịch liệt tim, tùy vị trí chân bám, mức độ xâm lấn và yêu cầu phẫu thuật phối hợp. Khối u được cắt bỏ hoàn toàn về đại thể khi điều kiện giải phẫu cho phép. Các

khuyết hồng thành nhĩ hoặc tĩnh mạch được tái tạo bằng màng ngoài tim tự thân, miếng vá màng ngoài tim nhân tạo hoặc ống ghép nhân tạo tùy phạm vi tổn thương.

2.4. Xử lý số liệu

Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (giá trị thấp nhất–cao nhất), biến định tính dưới dạng n (%). Tỷ lệ tử vong và sống còn được trình bày kèm khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) theo phương pháp Clopper–Pearson. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận (số 1996/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 04/05/2026, mã số 26337-ĐHYD) và được miễn ký phiếu đồng thuận do thiết kế hồi cứu; thông tin bệnh nhân được mã hóa và bảo mật.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học trước mổ và mô bệnh học

Đặc điểm		Chung (n = 29)	Lành tính (n = 17)	Ác tính (n = 12)
Tuổi, TB $\pm$ ĐLC, năm (Biên độ)		50,7 $\pm$ 11,6 (27–67)	53,4 $\pm$ 11,4 (30–67)	46,8 $\pm$ 11,3 (27–65)
Nam giới, n (%)		17 (58,6%)	9 (52,9%)	8 (66,7%)
Triệu chứng	Khó thở, n (%)	20 (69,0%)	12 (70,6%)	8 (66,7%)
	Phù mắt và cổ, n (%)	2 (6,9%)	0%	2 (16,7%)
	Phát hiện tình cờ, n (%)	4 (13,8%)	4 (23,5%)	0%
Thuyên tắc phổi trước mổ, n (%)		2 (6,9%)	1 (5,9%)	1 (8,3%)
NYHA III–IV, n (%)		3 (10,3%)	1 (5,9%)	2 (16,7%)
Siêu âm tim	Kích thước u, TB $\pm$ ĐLC, mm (Biên độ)	51,7 $\pm$ 21,3 (25–115)	46,2 $\pm$ 17,5 (25–90)	59,4 $\pm$ 24,4 (28–115)
	U không cuống, n (%)	14 (48,3%)	2 (11,8%)	12 (100%)
	U di động, n (%)	21 (72,4%)	16 (94,1%)	5 (41,7%)
	Bờ không đều, n (%)	11 (37,9%)	3 (17,6%)	8 (66,7%)
	Tràn dịch màng tim trung bình–nhiều, n (%)	7 (24,1%)	0%	7 (58,3%)

Đặc điểm		Chung (n = 29)	Lành tính (n = 17)	Ác tính (n = 12)
Xâm lấn	Thành nhĩ/vách liên nhĩ, n (%)	8 (27,6%)	0%	8 (66,7%)
	Tĩnh mạch chủ trên, n (%)	5 (17,2%)	0%	5 (41,7%)
	Tĩnh mạch vô danh, n (%)	3 (10,3%)	0%	3 (25,0%)
Chụp cộng hưởng từ tim, n (%)		9 (31,0%)	1 (5,9%)	8 (66,7%)
Mô bệnh học	U nhầy, n (%)	16 (55,2%)	16 (94,1%)	-
	U xơ (fibroma), n (%)	1 (3,4%)	1 (5,9%)	-
	Sarcoma tế bào hình thoi, n (%)	5 (17,2%)	-	5 (41,7%)
	Lymphoma, n (%)	5 (17,2%)	-	5 (41,7%)
	U tuyến ức xâm lấn, n (%)	2 (6,9%)	-	2 (16,7%)
U ác tính thứ phát*, n (%)		6 (20,7%)	-	6 (50,0%)

NYHA: phân độ suy tim theo Hội Tim mạch New York. *4 lymphoma và 2 u tuyến ức xâm lấn.

Nhận xét: Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất (69,0%), phát hiện tình cờ chỉ gặp ở nhóm lành tính. U ác tính chiếm 41,4%, trong đó một nửa là u thứ phát. Khác với u lành tính chủ yếu là u nhầy, u ác tính thường có kích thước lớn hơn và đặc trưng bởi 100% u không cuống. Các dấu hiệu như bờ u không đều, tràn dịch màng tim trung bình–nhiều và đặc biệt là xâm lấn thành nhĩ, vách liên nhĩ hay tĩnh mạch chủ chỉ xuất hiện hoặc chiếm tỷ lệ áp đảo ở nhóm ác tính. Chụp cộng hưởng từ tim chủ yếu được thực hiện ở nhóm ác tính (8/9 bệnh nhân).

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Chung (n = 29)	Lành tính (n = 17)	Ác tính (n = 12)
Mổ bán cấp/cấp cứu, n (%)	15 (51,7%)	8 (47,1%)	7 (58,3%)
Đường mở ngực phải ít xâm lấn, n (%)	11 (37,9%)	11 (64,7%)	0%
Cắt u trên tim đập, n (%)	15 (51,7%)	12 (70,6%)	3 (25,0%)
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể, TB ± ĐLC, phút (Biên độ)	103,9 ± 65,9 (25–275)	77,2 ± 56,1 (25–275)	141,7 ± 61,8 (73–240)
Thời gian kẹp động mạch chủ*, TB ± ĐLC, phút (Biên độ)	86,6 ± 51,6 (21–175)	72,8 ± 60,9 (21–175)	94,2 ± 47,8 (41–155)
Thời gian phẫu thuật, TB ± ĐLC, phút (Biên độ)	251,0 ± 114,8 (80–480)	181,2 ± 77,0 (80–400)	350,0 ± 81,8 (250–480)
Cắt bỏ hoàn toàn về đại thể, n (%)	28 (96,6%)	17 (100%)	11 (91,7%)
Tái tạo thành nhĩ/tĩnh mạch, n (%)	11 (37,9%)	0%	11 (91,7%)
Tái tạo vách liên nhĩ, n (%)	2 (6,9%)	2 (11,8%)	0%
Phẫu thuật phối hợp, n (%)	13 (44,8%)	8 (47,1%)	5 (41,7%)
Sửa/thay van ba lá, n (%)	7 (24,1%)	4 (23,5%)	3 (25,0%)
Cắt u trung thất, n (%)	3 (10,3%)	0%	3 (25,0%)
Bắc cầu mạch vành, n (%)	2 (6,9%)	2 (11,8%)	0%

Đặc điểm	Chung (n = 29)	Lành tính (n = 17)	Ác tính (n = 12)
Lấy u động mạch phổi, n (%)	2 (6,9%)	1 (5,9%)	1 (8,3%)
Khác**, n (%)	3 (10,3%)	3 (17,6%)	0%

*Chỉ tính ở 14 bệnh nhân có kẹp động mạch chủ (5 u lành tính, 9 u ác tính).

**Vá thông liên nhĩ, can thiệp động mạch chủ, cắt u phổi.

Nhận xét: Toàn bộ u ác tính được mổ qua đường chẻ dọc xương ức, trong khi 64,7% u lành tính được mổ qua đường mở ngực phải ít xâm lấn và 70,6% được cắt trên tim đập. Hầu hết u ác tính (91,7%) cần tái tạo thành nhĩ hoặc tĩnh mạch, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể và thời gian phẫu thuật ở nhóm ác tính dài hơn đáng kể. Khối u được cắt bỏ hoàn toàn về đại thể ở 28/29 bệnh nhân.

Bảng 3. Kết quả sớm sau mổ

Đặc điểm		Chung (n = 29)	Lành tính (n = 17)	Ác tính (n = 12)
Thời gian thở máy, TB ± ĐLC, giờ (Biên độ)		14,5 ± 6,7 (4–36)	15,2 ± 7,2 (9–36)	13,5 ± 6,0 (4–23)
Thở máy kéo dài (> 24 giờ), n (%)		1 (3,4%)	1 (5,9%)	0%
Thời gian nằm viện, TB ± ĐLC, ngày (Biên độ)		10,2 ± 4,6 (5–26)	9,0 ± 3,5 (5–17)	12,0 ± 5,4 (8–26)
Viêm phổi, n (%)		10 (34,5%)	7 (41,2%)	3 (25,0%)
Tràn dịch màng phổi cần dẫn lưu, n (%)		9 (31,0%)	4 (23,5%)	5 (41,7%)
Biến chứng rối loạn nhịp/dẫn truyền, n (%)		9 (31,0%)	3 (17,6%)	6 (50,0%)
Đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn, n (%)		5 (17,2%)	1 (5,9%)	4 (33,3%)
Suy nút xoang, n (%)		4 (13,8%)	1 (5,9%)	3 (25,0%)
Block nhĩ thất độ cao, n (%)		1 (3,4%)	0%	1 (8,3%)
Mổ lại do chảy máu, n (%)		1 (3,4%)	1 (5,9%)	0%
Clavien –Dindo (cao nhất)	Độ I, n (%)	12 (41,4%)	7 (41,2%)	5 (41,7%)
	Độ II, n (%)	6 (20,7%)	5 (29,4%)	1 (8,3%)
	Độ III, n (%)	11 (37,9%)	5 (29,4%)	6 (50,0%)
	Độ IV, n (%)	0%	0%	0%
	Độ V (tử vong nội viện), n (%)	0%	0%	0%
Nhóm có theo dõi sau xuất viện (n = 18; lành tính 11, ác tính 7)	Tử vong trong 30 ngày, n (%)	1/18 (5,6%)	0/11	1/7 (14,3%)
	Sống còn sau 6 tháng, n (%)	17/18 (94,4%)	11/11 (100%)	6/7 (85,7%)

Không ghi nhận hội chứng cung lượng tim thấp, đột quỵ hay thuyên tắc phổi sau mổ.

Nhận xét: Không có tử vong nội viện, 1 bệnh nhân (3,4%) thở máy trên 24 giờ. Biến chứng thường gặp là viêm phổi, tràn dịch màng phổi cần dẫn lưu và biến chứng rối loạn nhịp/dẫn truyền. Tỷ lệ đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn là 17,2%, tập trung ở nhóm ác tính (4/5 bệnh nhân) và chủ yếu do suy nút xoang. Biến chứng độ III tương đương nhau giữa hai nhóm. Trong 18 bệnh nhân có theo dõi, tử vong 30 ngày là 5,6% (KTC 95%: 0,1–27,3%) và sống còn 6 tháng là 94,4% (KTC 95%: 72,7–99,9%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình của nhóm u nhầy trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,3 tuổi, tương tự các báo cáo trong nước của Lê Thị Thúy Ngọc và cộng sự [6] (56,2 tuổi) và Phạm Thanh Tân và cộng sự [7] (57 tuổi); nhóm u ác tính trẻ hơn (46,8 tuổi). Nữ giới chỉ chiếm 43,8% ở nhóm u nhầy, thấp hơn tỷ lệ khoảng 70% ở các loại u nhầy trong nước, vốn chủ yếu là u nhĩ trái [6, 7] và ở u nhầy tim nói chung [1]. Liu và cộng sự [5] cũng nhận thấy tỷ lệ nữ ở u nhầy tim phải thấp hơn ở u nhầy tim trái (53,6% so với 72,2%). Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất (69,0%) và chỉ 13,8% bệnh nhân được phát hiện tình cờ. Ngược lại, 45,2% bệnh nhân trong loạt u nhầy của Lê Thị Thúy Ngọc và cộng sự [6] không có triệu chứng. Sự khác biệt này có thể do khối u nhĩ phải trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn và tỷ lệ u ác tính cao hơn. Phù mắt và cổ chỉ gặp ở nhóm ác tính, gợi ý tình trạng cản trở hồi lưu tĩnh mạch chủ trên. Hai bệnh nhân (một u nhầy, một lymphoma) có thuyên tắc phổi trước mổ; nguyên nhân có thể là mảnh u hoặc huyết khối bám trên bề mặt khối u bong ra.

4.2. Đặc điểm hình ảnh học

Kích thước trung bình của u nhầy trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,4 mm, lớn hơn loạt u nhầy của Lê Thị Thúy Ngọc và cộng sự [6] (36,3 mm) và tương đương loạt u nhầy nhĩ trái của Phạm Thanh Tân và cộng sự [7] (45,6 mm). So với nhóm

lành tính, nhóm ác tính có tỷ lệ u không cuống, tràn dịch màng tim và xâm lấn thành nhĩ hoặc tĩnh mạch chủ trên cao hơn rõ rệt, trong khi kích thước u không khác biệt có ý nghĩa, có thể do cỡ mẫu nhỏ. Những đặc điểm này phù hợp với các dấu hiệu gợi ý ác tính được Tyebally và cộng sự [1] tổng hợp, gồm xâm lấn tại chỗ, tổn thương nhiều hơn một buồng tim và tràn dịch màng tim. Trong nghiên cứu của Liu và cộng sự [4], u tim phải nguyên phát không có cuống còn là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập (tỷ số nguy cơ 2,61). Cộng hưởng từ tim là bước đánh giá tiếp theo sau siêu âm tim để xác định đặc điểm mô của khối u [1], nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi MRI chỉ được thực hiện ở 9/29 bệnh nhân. Vì vậy, nhận diện sớm khả năng ác tính trên hình ảnh học có ý nghĩa thực tiễn, giúp lựa chọn đúng đường mổ và phạm vi cắt ngay từ lần mổ đầu.

4.3. Đặc điểm phẫu thuật

Với u lành tính, đường mổ ngực phải cho phép tiếp cận trực tiếp nhĩ phải và phần lớn bệnh nhân được cắt u trên tim đập. Sáu bệnh nhân u lành tính được mổ qua đường chẻ dọc xương ức do cần phẫu thuật phối hợp (5 ca) hoặc tái tạo vách liên nhĩ (1 ca). Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình của nhóm lành tính là 77,2 phút, trong đó một ca u xơ (fibroma) kéo dài tới 275 phút do phải phối hợp thay động mạch chủ lên, bán quai do tổn thương phình động mạch chủ đi kèm và sửa van ba lá. Thời gian này gần với loạt u nhầy tim phải của Liu và cộng sự [5] (63,9 phút) và ngắn hơn các nghiên cứu u nhầy trong nước của Lê Thị Thúy Ngọc và cộng sự [6] (82,4 phút) và Phạm Thanh Tân và cộng sự [7] (104,4 phút), do các báo cáo này chủ yếu là u nhĩ trái cần kẹp động mạch chủ. Một bệnh nhân u nhầy tái phát (đã mổ năm 2022) cũng được mổ lại qua đường mổ ngực phải và cắt u trên tim đập. Li và cộng sự [3] ghi nhận tỷ lệ tái phát 4,8% (2/42) ở u nhầy nhĩ phải, cao hơn mức 1–2% thường được báo cáo. Vì vậy, cần cắt trọn chân bám u và theo dõi định kỳ bằng siêu âm tim.

Với u ác tính, cắt rộng kèm tái tạo thành nhĩ hoặc tĩnh mạch làm thời gian phẫu thuật kéo dài

gần gấp đôi so với nhóm lành tính. Li và cộng sự [3] chủ trương mở rộng phạm vi cắt tối đa trong giới hạn an toàn, không cố cắt triệt để khi có nguy cơ chảy máu không kiểm soát được hoặc tổn thương các cấu trúc quan trọng. Các tác giả này cũng xem điều trị phối hợp giữa phẫu thuật, hóa xạ trị và liệu pháp miễn dịch là hướng điều trị tốt nhất cho u ác tính.

4.4. Đặc điểm mô bệnh học

Tỷ lệ u ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 41,4%, tương đương loạt khối choán chỗ tim phải có tính cả u thứ phát của Liu và cộng sự [4] (68/171; 39,8%). Nếu chỉ xét u nguyên phát, tỷ lệ ác tính của chúng tôi là 26,1% (6/23), gần với Liu và cộng sự [4] (30/114; 26,3%) và cao hơn Li và cộng sự [3] (18,6%). Tỷ lệ u thứ phát cao phản ánh đặc điểm của Bệnh viện Chợ Rẫy là bệnh viện tuyến cuối, tiếp nhận nhiều trường hợp u trung thất xâm lấn nhĩ phải, vì vậy cần thận trọng khi so sánh với các nghiên cứu chỉ gồm u nguyên phát. Lymphoma chiếm 5/12 trường hợp u ác tính. Theo Tyebally và cộng sự [1], lymphoma tim cần được chẩn đoán bằng sinh thiết và điều trị chủ yếu bằng hóa trị phác đồ có anthracycline kết hợp rituximab; phẫu thuật không có vai trò điều trị. Cả 5 bệnh nhân lymphoma của chúng tôi đều chưa có chẩn đoán mô bệnh học trước mổ, 4 ca có tắc nghẽn van ba lá và 1 ca được cắt giảm khối u. Do đó, khi hình ảnh học gợi ý lymphoma và huyết động cho phép, nên cân nhắc sinh thiết trước để tránh một cuộc mổ không cần thiết.

4.5. Kết quả sớm

Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp tử vong nội viện. Tỷ lệ tử vong 30 ngày là 5,6% (1/18), tương đương tỷ lệ tử vong sớm trong các loạt u tim phải (3,6% ở u nhầy tim phải [5] và 4,3% ở u tim phải nguyên phát [3]), dù khoảng tin cậy còn rộng do cỡ mẫu nhỏ. Trường hợp tử vong là một bệnh nhân lymphoma; tương tự, cả 3 ca tử vong chu phẫu trong nghiên cứu của Li và cộng sự [3] đều thuộc nhóm u ác tính.

Biến chứng thường gặp trong nghiên cứu của

chúng tôi là tổn thương hệ thống dẫn truyền, với 17,2% bệnh nhân phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Các nghiên cứu u tim phth ghi nhht [3, 5] không báo cáo t dẫn truyền, với 17,2% bệnh nhân phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Tỷ lệ đặt máy tạo nhịp có xu hướng cao hơn ở nhóm u xâm lấn (36,4% so với 5,6%) và nhóm u ác tính (33,3% so với 5,9%). Nút xoang nằm ở chỗ nối tĩnh mạch chủ trên với nhĩ phải, nút nhĩ thất nằm trong tam giác Koch gần lá vách van ba lá, nên cắt rộng thành nhĩ và thao tác quanh các vùng này dễ gây tổn thương đường dẫn truyền. Phân tích chi tiết ở 5 trường hợp cần đặt máy cho thấy: 4 bệnh nhân có khối u xâm lấn (3 ca xâm lấn thành nhĩ/cơ tim, 2 ca xâm lấn tĩnh mạch chủ trên) đều phải cắt rộng kèm tái tạo thành nhĩ hoặc tĩnh mạch; trường hợp còn lại tuy là một u nhầy lành tính không xâm lấn nhưng cuống u (chân bám) lại nằm gần lỗ đổ tĩnh mạch chủ dưới, ngay sát vùng tam giác Koch. Điều này cho thấy yếu tố then chốt dẫn đến tổn thương hệ thống dẫn truyền chính là vị trí chân bám u phức tạp cũng như phạm vi cắt rộng ở các vùng giải phẫu nhạy cảm kể trên, hơn là do bản chất mô học của khối u hay tác động đơn thuần của quá trình liệt tim. Về biến chứng hô hấp, viêm phổi gặp ở 6/11 bệnh nhân mổ qua đường mở ngực phải, so với 4/18 bệnh nhân mổ hở dọc xương ức. Với cỡ mẫu nhỏ, khác biệt này chỉ mang tính mô tả, nhưng cho thấy cần chú trọng chăm sóc hô hấp sau mổ qua đường ngực phải. Trong 11 biến chứng độ III (theo Clavien–Dindo), 10 trường hợp là dẫn lưu màng phổi hoặc đặt máy tạo nhịp, trường hợp còn lại phải mổ lại do chảy máu.

Tỷ lệ sống còn 6 tháng ở nhóm ác tính (6/7) chưa phản ánh được tiên lượng lâu dài. Theo tổng quan của Tyebally và cộng sự [1], tỷ lệ sống còn của bệnh nhân u tim ác tính nguyên phát chỉ còn 45,3% sau 12 tháng và 11,5% sau 60 tháng; riêng sarcoma tim có tỷ lệ sống còn 5 năm khoảng 14%. Vì vậy, bệnh nhân u tim ác tính cần được điều trị đa mô thức và theo dõi lâu dài, đây là những nội dung nghiên cứu của chúng tôi chưa đánh giá được.

4.6. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế. Đây là nghiên cứu hồi cứu, đơn trung tâm, cỡ mẫu nhỏ. MRI chỉ được thực hiện ở một phần bệnh nhân và không có dữ liệu về diện cắt vi thể cũng như điều trị bổ trợ. Nghiên cứu chỉ có dữ liệu theo dõi sau xuất viện ở 18/29 bệnh nhân (62,1%); 11 bệnh nhân còn lại (37,9%) chưa xác định được tình trạng sống còn từ hồ sơ hiện có do bị hạn chế về khả năng truy xuất dữ liệu từ hồ sơ hồi cứu. Tuy nhiên, nghiên cứu tập trung đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật, được ghi nhận trên toàn bộ 29 bệnh nhân. Do thiếu dữ liệu theo dõi dài hạn trên toàn bộ mẫu, các kết quả về tử vong 30 ngày và sống còn 6 tháng cần được diễn giải một cách thận trọng. Thời gian theo dõi ngắn và dữ liệu siêu âm tim sau mổ chưa đầy đủ cũng hạn chế đánh giá u tồn lưu hoặc tái phát.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt u nhĩ phải cho kết quả sớm an toàn, không có tử vong nội viện, kể cả ở nhóm u ác tính cần cắt rộng và tái tạo. U ác tính chiếm 41,4% số ca, trong đó một nửa là u thứ phát. U không cuống, tràn dịch màng tim và xâm lấn thành nhĩ hoặc tĩnh mạch chủ trên liên quan với u ác tính và có thể giúp định hướng chiến lược phẫu thuật: u lành tính phần lớn có thể được cắt qua đường mổ ngực phải, trên tim đập; u ác tính thường cần chế độ xương ức, cắt rộng và tái tạo, còn với lymphoma nên cân nhắc sinh thiết trước hoặc sinh thiết lạnh trong mổ. Khi cắt u, cần lấy trọn chân bám/khối u trong giới hạn an toàn, bảo tồn hệ dẫn truyền và chuẩn bị phương án tái tạo khi có xâm lấn. Nếu hình ảnh học gợi ý lymphoma và huyết động cho phép, nên cân nhắc sinh thiết trước mổ để định hướng điều trị. Cần theo dõi lâu dài sau mổ, đặc biệt ở bệnh nhân u ác tính và u nhầy có nguy cơ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tyebally S, Chen D, Bhattacharyya S,

Mughrabi A, Hussain Z, Manisty C, et al. Cardiac tumors: JACC CardioOncology state-of-the-art review. *JACC CardioOncol.* 2020;2(2):293-311. doi:10.1016/j.jacc.2020.05.009

2. Maleszewski JJ, Basso C, Bois MC, Glass C, Klarich KW, Leduc C, et al. The 2021 WHO classification of tumors of the heart. *J Thorac Oncol.* 2022;17(4):510-518. doi:10.1016/j.jtho.2021.10.021

3. Li T, Zhang S, Liu C, Peng X, Gong S, Pan W, et al. Long-term efficacy analysis of surgical resection of 70 primary right heart tumors. *Cardiology.* 2024;149(2):147-154. doi:10.1159/000535656

4. Liu L, Teng P, Fan F, Chen H, Mo Y, Yao J, et al. Clinical and echocardiographic insights into right heart masses: a retrospective study in China (2010-2023). *Cancer Med.* 2026;15(1):e71530. doi:10.1002/cam4.71530

5. Liu Y, Li X, Liu Z, Jiang Y, Lu C, Ge S, et al. Clinical characteristics and surgical outcomes of right heart myxoma and its comparison with left heart myxoma: a single-center retrospective study. *Anatol J Cardiol.* 2023;27(3):146-152. doi:10.14744/AnatolJCardiol.2022.2585

6. Le TTN, Nguyen HD. Early result of minimally invasive cardiac myxoma resection at University Medical Center, Ho Chi Minh City. *Vietnam J Cardiovasc Thorac Surg.* 2024;48:97-105. Vietnamese. doi:10.47972/vjcts.v48i.1201

7. Pham TT, Tran MH, Nguyen TA, Lam TC. Early outcome of minimally invasive left atrial myxoma resection at Cho Ray Hospital. *Can Tho J Med Pharm.* 2024;(81):34-40. Vietnamese. doi:10.58490/ctump.2024i81.3080

8. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004;240(2):205-213.