

DOI: 10.58490/ctump.2024i81.3080

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN CẮT U NHẦY NHĨ TRÁI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phạm Thanh Tân^{1*}, Trần Minh Hải¹, Nguyễn Thái An¹, Lâm Thảo Cường²

1. Bệnh viện Chợ Rẫy

2. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Email: phamthanhtandhy1093@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/8/2024

Ngày phản biện: 10/10/2024

Ngày duyệt đăng: 25/10/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U nhầy nhĩ trái là một trong những u lành tính thường gặp ở bệnh nhân u tim. Phẫu thuật cắt u nhầy nhĩ trái qua đường mổ ít xâm lấn đã trở nên phổ biến hơn và hiệu quả hơn so với mổ toàn phần xương ức. Nghiên cứu được thực hiện để đánh giá cụ thể về hiệu quả, độ an toàn của phương pháp này tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của bệnh nhân u nhầy nhĩ trái được phẫu thuật ít xâm lấn trong thời gian bệnh nhân còn nằm viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca phẫu thuật cắt u nhầy nhĩ trái qua mổ ngực phải có hoặc không có phẫu thuật van tim tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2020 - 12/2023. **Kết quả:** 34 trường hợp được phẫu thuật cắt u nhầy nhĩ trái qua mổ ngực phải, độ tuổi trung bình 57, nam:nữ là 1:2. Triệu chứng lâm sàng đa số là khó thở, đau ngực và vô tình phát hiện. U nhầy nhĩ trái có cuống bám ở vách liên nhĩ (82,4%), kích thước trung bình: $45,62 \pm 14,99$ mm. Đường tiếp cận u qua nhĩ trái 29 trường hợp, 2 trường hợp sửa van hai lá, 1 trường hợp sửa van ba lá. Thời gian thở máy $11,22 \pm 5,17$ giờ, thời gian nằm hồi sức $1,53 \pm 0,90$ ngày, thời gian nằm viện sau mổ $7,76 \pm 2,38$ ngày. Biến chứng sau phẫu thuật ghi nhận 2,9% tử vong, 8,8% tràn khí màng phổi, 17,6% tràn khí dưới da. Siêu âm sau phẫu thuật không sót u hay hở van. **Kết luận:** phẫu thuật cắt u nhầy nhĩ trái qua đường mổ ít xâm lấn an toàn, hiệu quả và khả thi cao.

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

ABSTRACT

EARLY OUTCOME OF MINIMALLY INVASIVE LEFT ATRIAL MYXOMA RESECTION AT CHO RAY HOSPITAL

Phạm Thanh Tân^{1*}, Trần Minh Hải¹, Nguyễn Thái An¹, Lâm Thảo Cường²

1. Cho Ray Hospital

2. University Medical Center Ho Chi Minh City Hospital

Background: Left atrial myxoma is one of the most popular benign cardiac tumor. Atrial myxoma resection through minimal invasive approach become more popular and more effective than full sternotomy. This study is performed to assess the effectiveness and safety of this surgery at Cho Ray hospital. **Objectives:** To evaluate the clinical and subclinical presentation of patient with left atrial myxoma and early outcome of minimally invasive left atrial myxoma resection. **Materials and methods:** Retrospective, descriptive study of patients, who underwent minimally invasive left atrial myxoma resection, with or without valve repair from January 2020 to December 2023 at Cho Ray hospital. **Results:** 34 patients underwent minimally invasive left atrial myxoma resection, average age 57, ratio of male: female was 1:2. The clinical presentation was mostly dyspnea, chest pain, and no symptoms. Left atrial myxoma attach mostly at atrial septum (82.4%), average size of tumor: 45.62 ± 14.99 mm. Approaching the tumor through left atrial 29 cases, in that, 2 cases with mitral valve repair and 1 case with bicuspid valve repair. Ventilation time was 11.22 ± 5.17 hours,

intensive care unit stay was 1.53 ± 0.90 days, and hospital stay time was 7.76 ± 2.38 days. Complications of this surgery were 2.9% of death, 8.8% of pneumothorax, 17.6% of subcutaneous Emphysema. Result of echocardiography after surgery was no tumor or valve regurgitation. **Conclusions:** Minimally invasive left atrial myxoma resection is safe, effective and feasible for patients with atrial myxoma.

Keywords: Left atrial myxoma, minimally invasive cardiac surgery, right minithoracotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với những bệnh lý về tim, u tim là một trong những trường hợp hiếm gặp với tỷ lệ rất thấp khoảng 0,17%- 0,19%. Trong đó, 75% u nguyên phát là u lành tính, chủ yếu là u nhày (hơn 50%) [1]. Tuy u nhày là lành tính nhưng lại gây ra hậu quả nặng nề và nghiêm trọng nếu như không xử trí kịp thời vì u nhày nhĩ trái có thể gây biến chứng như nhồi máu não, tắc mạch máu chi dưới cấp tính, nhồi máu mạc treo, gây kẹt van hai lá cấp, rối loạn huyết động, ... Phẫu thuật là phương pháp chính để điều trị u nhày nhĩ trái này. Trước đây, phẫu thuật mở toàn bộ xương ức là phương pháp kinh điển, hay sử dụng nhất. Ngày nay, với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, các dụng cụ hỗ trợ mổ ít xâm lấn, đã tạo ra nhiều bước tiến mới trong mổ tim. Phẫu thuật tim hiện có nhiều đường mổ ít xâm lấn để tiếp cận mà không cần cưa xương ức, chẳng hạn như mổ đường ngực phải nhỏ, với việc cải thiện được giảm đau sau mổ, thời gian hậu phẫu, giảm nguy cơ nhiễm trùng so với việc cưa toàn phần xương ức và thẩm mỹ hơn. Đối với phẫu thuật cắt u nhày nhĩ trái qua mổ ngực phải đã được triển khai tại nhiều trung tâm. Tại bệnh viện Chợ Rẫy cũng đã sử dụng phương pháp ít xâm lấn để cắt u nhày nhĩ trái, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể về hiệu quả, độ an toàn của phương pháp này tại bệnh viện Chợ Rẫy. Chính vì vậy, nhóm nghiên cứu đã đặt ra câu hỏi “Phẫu thuật ít xâm lấn cắt u nhày nhĩ trái tại bệnh viện Chợ Rẫy có hiệu quả ra sao?”. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu cụ thể là: Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của bệnh nhân được phẫu thuật ít xâm lấn tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán u nhĩ trái được phẫu thuật cắt u qua mổ ngực phải có hoặc không có kèm theo phẫu thuật van tim tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2020 - 12/2023

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Giải phẫu bệnh không là u nhày. U nhĩ trái có kèm theo u nhĩ phải hoặc u từ nơi khác xâm lấn vào nhĩ trái. Bệnh nhân được chẩn đoán u nhày có kèm theo bệnh mạch vành cần phải can thiệp mạch vành hoặc kèm theo tổn thương van động mạch chủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

- **Cỡ mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện, thực tế nghiên cứu 34 mẫu.

- **Quy trình phẫu thuật:** Bệnh nhân với tư thế nằm nghiêng trái 30 độ so với mặt phẳng ngang, khuỷa tay phải gấp nhẹ, mê nội khí quản. Bộc lộ động mạch, tĩnh mạch đùi. Mổ ngực phải dưới quàng vú, từ đường trung đòn đến đường nách trước, và rạch da dài khoảng 4-6 cm, vào khoang liên sườn số 4. Heparin toàn thân. Thiết lập hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể với cannula động mạch đùi, tĩnh mạch đùi, có thể thêm tĩnh mạch chủ trên nếu tim phải không dẫn lưu máu về tốt. Xẹp phổi, đặt khung treo nâng lồng ngực. Mổ

màng tim, treo màng tim cách thần kinh hoành 2 cm, bộc lộ động mạch chủ thành sau đủ để kẹp động mạch chủ. Tạo 3 lỗ trocar 5mm ở vị trí đường rạch giữa lần lượt ở khoang liên sườn 2 hoặc 3,4 (cho cây kẹp động mạch chủ), 3 (cho nội soi hỗ trợ), 6 (cho hệ thống hút và dẫn lưu). Tiến hành kẹp động mạch chủ, bơm dung dịch liệt tim thuận dòng bằng Custodiol. Chọn đường tiếp cận vào nhĩ phải hay nhĩ trái tùy vào vị trí u và đánh giá của phẫu thuật viên. Sau đó, cắt bỏ cuống, lấy được hết rìa khối u cách mô khoảng 0,5-1cm, có một số trường hợp phải cắt rộng ra và vá vách liên nhĩ bằng màng tim, lấy khối u gửi giải phẫu bệnh. Kiểm tra xem còn sót u trong nhĩ hay trong thất không và đánh giá thêm van hai lá, tổn thương dẫn vòng van hay có kèm theo bệnh hậu thất, có thể bơm nước kiểm tra mức độ hở van hai lá, để quyết định có sửa van hay thay van hay không. Mở nhĩ phải để sửa van ba lá nếu van ba lá giãn rộng. Đóng nhĩ, tiến hành cai máy, đuôi khí. Rút các cannula tĩnh mạch, động mạch, khâu lại động mạch đùi, cho protamin. Cầm máu. Đặt ống dẫn lưu màng phổi, đóng ngực.

- **Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu:** Hồi cứu hồ sơ bệnh án, chọn các trường hợp thỏa tiêu chí chọn mẫu và ghi đầy đủ các số liệu vào phiếu thu thập số liệu, thu thập các thông tin trước trong và sau phẫu thuật. Số liệu nhập vào excel và công cụ SPSS.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu hồ sơ, do đó không ảnh hưởng đến sức khỏe, kết quả điều trị của bệnh nhân và các vấn đề khác, tên bệnh nhân được mã hóa. Chúng tôi tiến hành tại khoa Phẫu thuật Tim bệnh viện Chợ Rẫy với sự đồng ý của khoa và bệnh viện. Và nghiên cứu được tiến hành trung thực, giữ bí mật thông tin về bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng (n=34)

Các đặc điểm lâm sàng		Giá trị
Tuổi		57,09 ± 9,621 tuổi.
Giới	Nam	10 (29,4 %)
	Nữ	24 (70,6 %)
Bệnh lý kèm theo:	Tăng huyết áp	14 (41,2%)
	Đái tháo đường	7 (20,6%)
	Bệnh thận mạn	1 (2,9%)
	Tiền căn nhồi máu cơ tim	1 (2,9%)
	Tiền căn tai biến mạch máu não	4 (11,8%)
Triệu chứng	Đau ngực	6 (17,6 %)
	Khó thở	16 (47,1 %)
	Đánh trống ngực	1 (2,9%)
	Vô tình phát hiện	8 (23,5 %)
	Yếu liệt	1 (2,9%)
Suy tim NYHA	I/II/III/IV	0/24/10/0 (0/ 70,6/ 29,4/ 0%)

Nhận xét: Nữ chiếm đa số. Bệnh nhân chủ yếu nằm ở độ tuổi trung niên. Tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 bệnh lý kèm theo chiếm đa số. Bệnh nhân vào viện chủ yếu vì khó thở, đau ngực, vô tình phát hiện và suy tim NYHA II.

Bảng 2. Các đặc điểm cận lâm sàng (n=34)

Đặc điểm cận lâm sàng		Giá trị
Điện tim	Nhịp xoang	32 (94,1%)
	Rung nhĩ	2 (5,9%)
Siêu âm doppler tim	Vị trí bám của u nhầy vào vách liên nhĩ	28 (82,4 %)
	Kích thước trung bình của u	45,62 ± 14,99 mm
Tổn thương van kèm theo	Hở van hai lá nặng	2 (5,9%)
	Hở van ba lá nặng	1 (2,9%)

Nhận xét: U nhầy nhĩ trái bám chủ yếu vào vách liên nhĩ, điện tim đa số bình thường.

3.2. Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật

Bảng 3. Các đặc điểm trong và sau phẫu thuật (n=34)

Đặc điểm trong và sau phẫu thuật		Giá trị
Loại phẫu thuật	Cấp cứu	25 (73,5 %)
	Chương trình	9 (26,5%)
Thời gian phẫu thuật		210 ± 51,92 phút
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể		104,35 ± 36,18 phút
Thời gian kẹp động mạch chủ		44,76 ± 22,65 phút
Tổn thương van sửa kèm theo	Sửa van hai lá đặt vòng van	2 (5,9%)
	Sửa van ba lá đặt vòng van	1 (2,9%)
Đường tiếp cận khối u	Qua nhĩ phải	5 (14,7 %)
	Qua nhĩ trái	29 (85,3%)

Nhận xét: Phẫu thuật cấp cứu chiếm đa số và đường tiếp cận khối u chủ yếu qua nhĩ trái.

Bảng 4. Các kết quả sớm của phẫu thuật (n=34)

Kết quả sớm của phẫu thuật		Giá trị
Thời gian thở máy		11,22 ± 5,17 giờ
Thời gian nằm hồi sức		1,53 ± 0,90 ngày
Thời gian nằm viện sau mổ		7,76 ± 2,38 ngày
Biến chứng sau phẫu thuật	Viêm phổi	4 (11,8%)
	Rối loạn nhịp	2 (5,8%)
	Suy thận cấp	1 (2,9%)
	Tràn khí màng phổi	3 (8,8%)
	Tràn khí dưới da	6 (17,6%)
	Tràn dịch màng phổi	1 (2,9%)
	Tử vong	1 (2,9%)

Nhận xét: Biến chứng sau phẫu thuật chủ yếu là tràn khí dưới da, viêm phổi và tràn khí màng phổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 57 và tỷ lệ nữ chiếm đa số 70,59%, tương đồng với các nghiên cứu ở bệnh viện E, bệnh viện tim Hà Nội hay Feng Zhao [2],[3],[4], cho thấy u nhầy nhĩ trái thường gặp ở độ tuổi trung niên và ở nữ nhiều hơn. Triệu chứng lâm sàng của u nhầy nhĩ trái rất là đa dạng, tùy vào vị trí, kích thước và đặc điểm của u nhầy. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng thường gặp nhất là khó thở (47,1%), vô tình phát hiện (23,5%), đau ngực (17,6%), ngoài ra còn có 1 trường hợp (2,9%)

do tắc mạch máu não với thời gian khởi phát bệnh trung bình là $11,91 \pm 11,86$ ngày. Các triệu chứng này giống với bệnh viện E và Tim Hà Nội: khó thở chiếm tỷ lệ cao nhất [2],[3]. Khó thở là triệu chứng thường gặp do u kích thước lớn trong thời kỳ tâm trương, u đi qua van hai lá, gây kẹt hay hẹp van hai lá làm cho ứ máu lại ở nhĩ trái và phổi. Khi triệu chứng này kéo dài có thể gây suy tim cấp, tăng áp phổi hoặc làm cho bệnh nhân hạn chế trong sinh hoạt [4],[5]. Đó là lý do vì sao mà bệnh nhân vào viện đa số là suy tim NYHA II, III và IV. Nghiên cứu của chúng tôi có 70,6 % suy tim NYHA II và 20,4% NYHA III, tương tự với nghiên cứu của Feng Zhao [4]. Silva Júnior đã báo cáo một ca tắc mạch máu não do khối u [6], tương tự như bệnh viện E (3 trường hợp), bệnh viện Tim Hà Nội (1 trường hợp), chúng tôi là 1 trường hợp. Thuyên tắc mạch máu do u chủ yếu từ nhĩ trái, huyết khối từ khối u dễ bị tách rời ra theo dòng tuần hoàn máu đến não gây thuyên tắc, ít khi do các mảnh của khối u [7]. Ngoài ra các tiền căn bệnh lý kèm theo thường gặp nhất là tăng huyết áp 41,2%, đái tháo đường 20,6 % và tai biến mạch máu não 11,8%, cao hơn nghiên cứu của Cianciulli là tăng huyết áp (34%), đái tháo đường (9.3%) và bệnh mạch vành (9.3%) [8].

Về kết quả cận lâm sàng, chúng tôi cũng ghi nhận chiếm đa số bệnh nhân là nhịp xoang, rung nhĩ rất ít (5,9 %) tương đương với dưới 10% của nghiên cứu của Pinede [9]. Siêu âm tim cho thấy kích thước u nhầy trung bình là $4,562 \pm 1,5$ cm, tương tự như các bệnh viện khác [2],[3] và có cuống bám đa số ở vách liên nhĩ với tỷ lệ 82,4%, cao hơn nghiên cứu của bệnh viện E (77,4%) và thấp hơn bệnh viện Tim Hà Nội (100%). Với kích thước u lớn và di động, di chuyển qua van hai lá làm hẹp van hai lá, nguy cơ gây giãn vòng van, làm tăng kích thước nhĩ trái và lâu ngày dẫn đến tăng áp lực phổi, hở van ba lá. Chúng tôi ghi nhận được 5,8% hở hai lá nặng do giãn vòng van và 2,9% hở van ba lá nặng do giãn vòng van, còn lại không hở hoặc mức độ nhẹ trung bình, tương tự với bệnh viện tim Hà Nội [3]. Siêu âm tim giúp cho phẫu thuật viên chẩn đoán chính xác u nhầy về vị trí, kích thước, hình dạng và lựa chọn đường tiếp cận u nhầy cũng như sửa hoặc thay van hai lá và van ba lá [10].

4.2. Kết quả sớm của phẫu thuật ít xâm lấn cắt u nhầy nhĩ trái

Về phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là phẫu thuật cấp cứu (73,5%), còn lại là 26,5% chương trình. Mặc dù là phẫu thuật chương trình, nhưng đó là những trường hợp khối u còn nhỏ, chưa đi qua van hai lá, chưa ảnh hưởng đến huyết động, và cần chuẩn bị cho nhiều trường hợp lớn tuổi, nhiều nguy cơ cao. Điều này cũng phù hợp với ghi nhận trong nghiên cứu của Weronika Tetera, với những u nhầy ít di động, không gây tắc nghẽn van, tròn đều, và u bị vô hóa không nhất thiết phải phẫu thuật cấp cứu [11]. Hay nghiên cứu của Kamil Boyacioglu ở những bệnh nhân lớn tuổi thì bệnh nền, lớn tuổi và phẫu thuật cấp cứu có liên quan đến tử vong, làm tăng nguy cơ lên đến 23,5% [12].

Có tổng cộng là 85,3% tiếp cận u qua nhĩ trái và 14,7% qua nhĩ phải trong nghiên cứu của chúng tôi, tương tự như nghiên cứu của Vũ Tam Thiện [13]. Về việc tiếp cận đường nào để lấy khối u đạt hiệu quả nhất vẫn còn tranh cãi khá nhiều. Nguyên tắc trong phẫu thuật này là phải lấy trọn khối u để tránh sót u gây thuyên tắc hay tránh tái phát u. Chính vì vậy cần phải lấy được hết rìa khối u cách mô khoảng 0,5-1cm, có một số trường hợp phải cắt rộng ra và phải vá vách liên nhĩ bằng màng tim [14]. Ngoài ra có một số u nằm gần van hai lá hay nằm trên đường dẫn truyền, gây khó khăn cho phẫu thuật cắt u và nhiều nguy cơ rối loạn nhịp tim. Vì thế, việc chọn đường tiếp cận u nhầy rất quan trọng, để đảm bảo có thể tiếp cận dễ dàng, thuận tiện, quan sát vừa đủ gốc của u để lấy trọn u và quan sát được các buồng tim để tránh bỏ sót u, phẫu thuật an toàn và hiệu quả nhất. Đường tiếp cận nhĩ trái là đường kinh điển, tiếp cận trực tiếp với khối u, nhưng sẽ không thể quan sát được buồng tim

phải, vì vậy theo nghiên cứu của Ahmet Yüksel đã đề nghị đường tiếp cận nhĩ phải là tốt hơn vì giúp cho việc bộc lộ rộng hơn, dễ lấy khối u hơn, thăm dò 4 buồng tim xem có sót u hay không và có thể vá được vách liên nhĩ tốt hơn, tuy nhiên dễ bị rối loạn nhịp tim, rối loạn đường dẫn truyền hơn [15]. Sở dĩ nghiên cứu của chúng tôi tiếp cận đường nhĩ trái nhiều hơn vì khi quan sát qua mở ngực phải, đường dễ nhìn trực tiếp khi tiếp cận khối u đa số lại là đường nhĩ trái, còn việc không quan sát được khối u có bên phía bên phải của tim hay không thì do chúng tôi đã làm nhiều xét nghiệm chẩn đoán như siêu âm với độ nhạy khá cao ngày nay cũng như chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có cản quang. Và kết quả của chúng tôi cũng không có ca nào sót u sau phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể và thời gian kẹp động mạch chủ của chúng tôi ngắn hơn so với của bệnh viện E, bệnh viện Tim Hà Nội và dài hơn bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh và tương tự với nghiên cứu của Ahmet Yüksel [2],[3],[13],[15] cho thấy sự tiến bộ về khả năng phẫu thuật, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, kết quả khá quan trọng. Bên cạnh đó, các vấn đề về hậu phẫu cũng được cải thiện hơn nhiều. Thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và thời gian hậu phẫu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn hoặc tương đương với các bệnh viện khác. Sau phẫu thuật chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp tử vong (2,9%). Bệnh nhân tử vong là bệnh nhân lớn tuổi, bệnh thận mạn, tử vong vì viêm phổi do Acinobacter, sốc nhiễm trùng, rối loạn nhịp suy nút xoang, viêm tụy cấp, suy thận cấp. Nghiên cứu của chúng tôi tử vong cũng gần tương tự với nghiên cứu trên thế giới như của Ahmet Yüksel 2,3% [15], tuy nhiên cần phải cẩn trọng khi phẫu thuật cho những bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh nền, nguy cơ cao. Ngoài ra, sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận biến chứng phổ biến nhất là tràn khí dưới da (17,6%), tràn khí màng phổi (8,8%), viêm phổi (11,8%), tuy nhiên những vấn đề này đều được xử trí và không để lại hậu quả gì, bệnh nhân cải thiện tốt và xuất viện. Biến chứng viêm phổi của các bệnh viện còn khá cao. Đây là một trong các nguyên nhân hàng đầu đe dọa sự an toàn của người bệnh, tăng biến chứng, ngày điều trị, chi phí nằm viện và tỷ lệ tử vong. Chính vì vậy cần chú trọng trong công tác phòng ngừa nhiễm trùng trong chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân hậu phẫu, đặc biệt ở những bệnh nhân nguy cơ cao.

Sau khi bệnh nhân được phẫu thuật ít xâm lấn cắt u nhầy nhĩ trái, hầu hết bệnh nhân được cải thiện các triệu chứng cơ năng trước mổ như khó thở, đau ngực, đánh trống ngực, ... cũng như giảm đi được đau vết mổ, không hạn chế cử động. Vết mổ của bệnh nhân cũng chỉ khoảng 4-6cm, ngắn hơn rất nhiều so với mổ xương ức toàn bộ. Như vậy với phương pháp ít xâm lấn này sẽ rút ngắn thời gian nằm viện của bệnh nhân, vết mổ thẩm mỹ hơn, giảm đau sau phẫu thuật so với phương pháp mổ xương ức toàn bộ. Đây cũng là phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn nhìn trực tiếp có nội soi hỗ trợ hoặc không, là bước đầu để tiến tới việc phẫu thuật ít xâm lấn bằng nội soi toàn bộ với kỹ thuật phức tạp hơn nhưng đường mổ sẽ ngắn hơn và các triệu chứng cũng như thời gian nằm viện, phẫu thuật giảm hơn nữa. Cho nên cần áp dụng phương pháp này cho bệnh nhân u nhầy nhĩ trái ở các cơ sở chuyên khoa phẫu thuật tim tại bệnh viện loại đặc biệt và có thể tại tuyến dưới nhưng đòi hỏi đào tạo nhân lực có trình độ chuyên môn cao.

Hạn chế nghiên cứu của chúng tôi là do đây là nghiên cứu hồi cứu, chưa có bảng đánh giá cụ thể mức độ cải thiện các triệu chứng cũng như siêu âm và phẫu thuật cũng không ghi nhận được hình thái cụ thể của u nhầy nhĩ trái.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng của phẫu thuật này thấp, rút ngắn thời gian nằm viện, thở máy và hồi sức, giảm nguy cơ nhiễm trùng từ xương ức khi mổ hở, ít bị rối loạn nhịp sau phẫu thuật, sự hài lòng cao hơn của bệnh nhân khi vết mổ ngắn, sẹo thẩm mỹ. Điều đó cho thấy phẫu thuật cắt u nhầy nhĩ trái qua đường mổ ít xâm lấn an toàn, hiệu quả và khả thi cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lawrence HC. Cardiac surgery in the adult 4th ed. The McGraw-Hill Companies. 2012. 1245.
 2. Lê Thế Hùng, Phạm Thành Đạt, Nguyễn Hoàng Nam, Đỗ Đức Thịnh, Nguyễn Trần Thủy và cộng sự. Kết quả sớm phẫu thuật ít xâm lấn cắt u nhầy nhĩ trái tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*. 2022. 36, 5-12, <https://doi.org/10.47972/vjcts.v36i.733>.
 3. Đinh Ngọc Liêm, Nguyễn Sinh Hiền, Đặng Quang Huy, Nguyễn Minh Ngọc, Vũ Ngọc Tú. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị u nhầy nhĩ trái tại bệnh viện tim Hà Nội giai đoạn 2018-2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 518(1), 11-15, <https://doi.org/10.51298/vmj.v518i1.3306>.
 4. Baba A, Hisata Y, Odate T, Yamada T. A giant left atrial myxoma causing left-sided heart failure. *SAGE Open Med Case Rep*. 2022. 10, 2050313 –221105829, doi: 10.1177/2050313X221105829.
 5. Uchime KE, Olanipekun OA, Ogidan ON, Oguntola SO, Ezekpo OO et al. Left atrial myxoma presenting with acute pulmonary edema and syncope in a middle-aged black African woman: a case report. *Pan Afr Med J*. 2023. 46(31), doi: 10.11604/pamj.2023.46.31.41414.
 6. Silva Júnior ML, Albuquerque TE, Melo ES. Giant atrial myxoma leading to stroke. *Med J Aust*. 2021. 215(6), 258 – 258.1, doi: 10.5694/mja2.51231.
 7. Yuan SM, Humuruola G. Stroke of a cardiac myxoma origin. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2015. 30(2), 225-34, doi:10.5935/1678-9741.20150022.
 8. Cianciulli TF, Cozzarin A, Soumoulou JB, Saccheri MC, Méndez RJ et al. Twenty Years of Clinical Experience with Cardiac Myxomas: Diagnosis, Treatment, and Follow Up. *J Cardiovasc Imaging*. 2019. 27(1), 37-47, doi: 10.4250/jcvi.2019.27.e7.
 9. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)*. 2001. 80(3),159-72, doi: 10.1097/00005792-200105000-00002.
 10. Dinesh Kumar US, Wali M, Shetty SP, Sujay KR. Left atrial myxoma - A tumor in transit. *Ann Card Anaesth*. 2019. 22(4), 432-434, doi: 10.4103/aca.ACA_232_18.
 11. Tetera W, Wilk A, Król W, Braksator W. Asymptomatic Left Atrial Myxoma. *J Cardiovasc Echogr*. 2022. 32(2), 116 – 118, doi: 10.4103/jcecho.jcecho_70_21.
 12. Kamil B, Arzu AD, Mehmet A, Ilknur A, Serkan K et al. Surgical Management of Cardiac Myxomas in Elderly Patients. *Bagcilar Med Bull*. 2016. 1(1), 1-5, doi:10.5350/BMB2016010101.
 13. Vũ Tam Thiện, Nguyễn Thời Hải Nguyên, Nguyễn Hoàng Định. Kết quả phẫu thuật ít xâm lấn cắt u nhầy nhĩ trái qua đường mổ ngực nhỏ bên phải. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2020. 24 (1), 33-38.
 14. Kaiser LR., Kron IL, Spray TL. Mastery of cardiothoracic surgery 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2007. Cardiac tumors.
 15. Yüksel A, Saba D, Velioglu Y, Ener S, Özkan H. Biatrtrial Approach Provides Better Outcomes in the Surgical Treatment of Cardiac Myxomas. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2016. 31(4), 309 – 317, doi: 10.5935/1678-9741.20160066.
-