

cứu các yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ sống thêm của ung thư tuyến nước bọt mang tai đã chỉ ra di căn hạch có ảnh hưởng rõ rệt đến tỷ lệ sống thêm toàn bộ.

Về phương pháp điều trị: Khi tính sống thêm 5 năm giữa hai nhóm phẫu thuật đơn thuần và phẫu thuật kèm xạ trị hỗ trợ, chúng tôi không thấy có sự khác biệt với tỷ lệ tương ứng là 67,1% và 77,4% với $p = 0,427$. Tuy nhiên theo như kết quả của chúng tôi thì thấy rằng nhóm bệnh nhân có xạ trị hỗ trợ sau phẫu thuật có tỷ lệ sống thêm cao hơn nhóm chỉ phẫu thuật đơn thuần trên phân tích đơn biến.

V. KẾT LUẬN

- Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính với 98,3% bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến. Nạo vét hạch cổ chọn lọc 41,7%. Xạ hỗ trợ sau mổ 73,3%

- Liệt dây thần kinh VII sau mổ chiếm 50,0% trong đó 30,0 % liệt mặt vĩnh viễn, 20,0% liệt tạm thời sau mổ. Tỷ lệ khít hàm sau tia xạ chiếm 11,4%.

- Sống thêm toàn bộ (OS) 5 năm là 75,1%. Phân tích đơn biến thấy sống thêm toàn bộ có liên quan đến yếu tố tuổi, di căn hạch vùng và phương pháp điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Calero C, Storchi OF, Pasture A, Polli G.** Parotid Gland Carcinoma: Analysis of Prognostic Factors. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1998;107(11):969-973.
2. **Cracchiolo JR, Shaha AR.** Parotidectomy for Parotid Cancer. *Otolaryngol Clin North Am.* 2016;49(2):415-424.
3. **Wang X, Luo Y, Li M, Yan H, Sun M, Fan T.** Management of salivary gland carcinomas - a review. *Oncotarget.* 2017;8(3):3946-3956.
4. **Sood S, McGurk M, Vaz F.** Management of Salivary Gland Tumours: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol.* 2016;130(S2):S142-S149.
5. **Phương NT.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến mang tai tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn nội trú. 2015.
6. **López M, Quer M, León X, Orús C, Recher K, Vergés J.** [Usefulness of facial nerve monitoring during parotidectomy]. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001;52(5):418-421.
7. **Al-Mamgani A, van Rooij P, Verduijn GM, Meeuwis CA, Levendag PC.** Long-term Outcomes and Quality of Life of 186 Patients With Primary Parotid Carcinoma Treated With Surgery and Radiotherapy at the Daniel den Hoed Cancer Center. *Int J Radiat Oncol.* 2012;84(1):189-195.
8. **Honda K, Tanaka S, Shinohara S, et al.** Survival in patients with parotid gland carcinoma – Results of a multi-center study. *Am J Otolaryngol.* 2018;39(1):65-70.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U NHÀY NHỈ TRÁI TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2018 – 2021

Đình Ngọc Liêm¹, Nguyễn Sinh Hiền², Đặng Quang Huy²,
Nguyễn Minh Ngọc², Vũ Ngọc Tú^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt u nhày nhĩ trái tại bệnh viện tim Hà Nội giai đoạn 2018 – 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các bệnh nhân u nhày nhĩ trái đầy đủ thông tin hồ sơ đã được phẫu thuật cắt u nhày nhĩ trái nội soi từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2021 tại bệnh viện tim Hà Nội. **Kết quả:** 29 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt u nhày nhĩ trái trong đó có 06 nam và 23 nữ. Tuổi trung bình là 55 ± 7 tuổi (từ 39 tới 67 tuổi). Triệu chứng của bệnh đa dạng:

Triệu chứng toàn thân: sốt (6,9%), mệt mỏi (10,3%), sụt cân (10,3%); triệu chứng cơ năng: khó thở (37,9%) hồi hộp trống ngực (20,7%) chóng mặt hoặc ngất (20,7%); một bệnh nhân tiền sử có tai biến mạch não (3,4%). Kết quả siêu âm tim: kích thước u trung bình là 4,9 ± 2 cm (từ 1,6 cm đến 8,8 cm), vị trí bám của u toàn bộ ở vách liên nhĩ (100%), trong đó có tổn thương van hở van ba lá (13,8%) và hở van hai lá (6,9%) được phẫu thuật đồng thời. Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình là 150 ± 44 phút (Từ 88 tới 264 phút). Thời gian kẹp động mạch chủ trung bình là 71 ± 35 phút (Từ 24 tới 154 phút). Thời gian thở máy sau mổ, thời gian nằm hồi sức, tổng thời gian nằm viện trung bình lần lượt là 13 ± 6 giờ (Từ 5 tới 36 giờ); 49 ± 26 giờ (Từ 20 tới 162 giờ); 11 ± 4 ngày (Từ 5 tới 22 ngày). Có 6 trường hợp tràn dịch màng phổi sau mổ (20,7%), 2 trường hợp viêm phổi (6,9%), 2 trường hợp suy thận sau mổ (6,9%), trong đó một trường hợp suy thận kết hợp tai biến mạch não sau mổ kèm rò dịch vết mổ đùi. Còn lại không có bệnh nhân nào tử vong hay có biến chứng nặng nề khác. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi toàn bộ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tim Hà Nội

³Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2022

Ngày duyệt bài: 23.8.2022

hoặc hỗ trợ cắt bỏ khối u nhày nhĩ trái bước đầu cho kết quả an toàn và hiệu quả với tỉ lệ biến chứng thấp có thể được thực hiện thường quy tại các trung tâm phẫu thuật tim đã được đào tạo.

Từ khóa: u nhày nhĩ trái, phẫu thuật nội soi

SUMMARY

EARLY RESULTS OF ENDOSCOPIC RESECTION OF LEFT ATRIAL MYXOMA IN HANOI HEART HOSPITAL PERIOD OF 2018 - 2021

Objective: This study aimed to evaluate clinical and paraclinical characteristics of left atrial myxoma and the early results of endoscopic resection of left atrial myxoma in Hanoi Heart Hospital from 2018 to 2021. **Subjects and methods:** This is retrospective, descriptive study of consecutive patients, who underwent minimally invasive left atrial myxoma resection, using endoscopic technique from January 2018 to December 2021 at Hanoi Heart Hospital. **Results:** There were 29 patients, consisting of 06 males and 23 females. The mean age was 55 ± 7 years old (from 39 to 67 years old). Preoperative clinical symptoms were diverse. Systemic symptoms were including: fever (6,9%), fatigue (10,3%), weight loss (10,3%); Clinical presentation: patients that complained about dyspnea (37,9%) heart palpitations (20,7%) dizziness or faint (20,7%); embolism symptoms were presented in 1 patients (3,4%). Echocardiography results: the average tumor size was 4.9 ± 2 cm (from 1.6 to 8.8 cm), the site of attachment was all in the atrial septum (100%). 13,8% of the patients had tricuspid valve regurgitation and 6,9% of the patients had mitral valve regurgitation. Cardiopulmonary bypass time was 150 ± 44 minutes (from 88 to 264 minutes), cross-clamp time was 71 ± 35 minutes (from 24 to 154 minutes). Ventilation time was 13 ± 6 hours (from 5 to 36 hours), intensive care unit stay was 49 ± 26 hours (from 20 to 162 hours), and hospital stay time was 11 ± 4 days (from 5 to 22 days). 6 cases presented with pleural effusion (20,7%), 2 cases had pneumonia (6,9%), 2 cases had kidney failure (6,9%); one of them presented with stroke and thigh infections. There was no hospital mortality and no other serious complications. **Conclusions:** Using minimally invasive total or video-assisted technique was safe and effective with few complications, could be recommended to apply routinely in cardiac surgery centers.

Keywords: left atrial myxoma, endoscopic cardiac surgery

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

U nhày (myxoma) là u nguyên phát thường gặp nhất ở tim.¹ U nhày thường là loại u lành tính. Có gần 75% u nhày xuất phát từ nhĩ trái ở gần vòng van hai lá hoặc là từ hố bầu dục nằm cạnh vách liên nhĩ; 20% thì từ nhĩ phải, 5% còn lại thì có thể xuất hiện ở hai thất². U nhày nhĩ thường gây ra những biến chứng như tắc nghẽn trong tim, tắc mạch máu, hoặc những triệu chứng toàn thân (ví dụ như sốt, sụt cân...)^{2,3} Tuy là u lành tính nhưng đây là loại u có thể gây

ra những hậu quả nặng nề như trôi một phần khối u gây tắc mạch não mạch tạng hay bít lỗ nhĩ thất gây suy tim, hở van tim. Do đó, trong một số trường hợp cần phải mổ cấp cứu lấy u.⁴ Vì vậy, khi đã chẩn đoán xác định là u nhày trong tim thì nên sớm tiến hành phẫu thuật để tránh các biến chứng có thể xảy ra.

Hiện nay, phẫu thuật tim ít xâm lấn với nội soi hỗ trợ hoặc nội soi toàn bộ đã trở thành xu thế và được ứng dụng ngày càng rộng rãi trong phẫu thuật tim mạch. Phương pháp này có ưu điểm là đường mổ nhỏ hơn ở thành ngực, tránh được việc phải mổ mở cửa xương ức, do vậy giảm mức độ xâm lấn, tránh được nguy cơ chảy máu và viêm xương ức sau mổ, qua đó có thể giúp người bệnh hồi phục nhanh hơn, bên cạnh tính thẩm mỹ, đặc biệt đối với những bệnh nhân nữ, trẻ tuổi. Ngược lại, phương pháp này cũng có những điểm bất lợi so với phẫu thuật qua đường mổ xương ức kinh điển như: tổn thương phổi, khoang màng phổi trong và sau mổ, cần thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể qua đường ngoại vi, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể kéo dài ...Do vậy, cần có những nghiên cứu đánh giá mức độ hiệu quả cụ thể của phương pháp này ở Việt Nam. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh u nhày nhĩ trái và kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật nội soi cắt u nhày nhĩ trái tại bệnh viện Tim Hà Nội giai đoạn 2018 – 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng:

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán là u nhày nhĩ trái đơn thuần hoặc có kèm theo tổn thương van tim được phẫu thuật nội soi hỗ trợ hoặc toàn bộ tại bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân chẩn đoán u nhày nhĩ trái được phẫu thuật mở ngực đường giữa. Bệnh nhân có giải phẫu bệnh không phải là u nhày. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thiếu thông tin.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện, thu thập và hoàn thành các thông tin trước, trong mổ, kết quả sớm theo bệnh án mẫu.

Quy trình phẫu thuật: Người bệnh nằm ngửa, gây mê nội khí quản một nồng, tay trái ép sát vào thân mình. Vai phải đặt một gối sao cho vai phải nhô cao một góc 30 độ so với mặt phẳng ngang, khuỷu tay phải gập nhẹ. Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể ngoại vi: ống động mạch

gián tiếp qua đoạn mạch nhân tạo vào động mạch đùi chung phải, 2 ống tĩnh mạch vào tĩnh mạch đùi phải và tĩnh mạch cảnh trong phải (đặt qua da) theo kỹ thuật Seldinger (Hình 1). Đường tiếp cận với phẫu thuật nội soi: rạch da 2 cm thành ngực trước bên phải (nếp lằn vú đối với bệnh nhân nữ) mở vào khoang màng phổi vị trí khoang liên sườn 5, đây là lỗ chính cho dụng cụ phẫu thuật. Tiến hành chọc 04 lỗ trocar qua thành ngực. Đặt các lỗ trocar tiếp theo: 01 lỗ 5mm cho cặp động mạch chủ đường nách giữa khoang liên sườn IV, 01 lỗ 5mm cho camera nội soi ở đường nách giữa khoang liên sườn V, 01 lỗ 5mm cho dẫn lưu tim trái đường nách giữa khoang liên sườn VI. Mở màng tim trên thần kinh hoành 2 cm, khâu treo màng tim. Luồn dây thắt tĩnh mạch chủ trên. Đặt kim truyền dung dịch bảo vệ cơ tim gốc động mạch chủ. Cặp động mạch chủ vị trí động mạch chủ lên, truyền dung dịch bảo vệ cơ tim qua gốc động mạch chủ. Tùy

thuộc vào vị trí khối u mà quyết định đường tiếp cận. Với khối u có cuống bám vào vách liên nhĩ thì mở nhĩ phải và cắt vách liên nhĩ; với khối u bám vào thành tâm nhĩ trái có thể được tiếp cận qua đường mở trực tiếp vào nhĩ trái. Cắt bỏ u cùng diện bám tối đa có thể và cho vào túi phẫu thuật. Khâu đóng các đường mở tim hoặc vá lại vách liên nhĩ (nếu diện cắt rộng). Thông khí phổi trở lại, đuổi khí các buồng tim. Thả cặp động mạch chủ cho tim đập trở lại, tiếp tục duy trì tuần hoàn ngoài cơ thể để hỗ trợ tim. Lấy túi đựng u qua lỗ rạch 2cm trước khi ngừng máy tuần hoàn ngoài cơ thể. Đóng màng tim và đặt dẫn lưu màng ngoài tim qua vị trí đặt cặp động mạch chủ. Trung hòa bằng protamin sulfate. Rút các ống tĩnh mạch, động mạch. Nội soi kiểm tra cầm máu các lỗ trocar, đặt dẫn lưu khoang màng phổi qua lỗ trocar 5mm. Khâu đóng các lỗ trocar và vết mổ đùi. Tổ chức u gửi làm giải phẫu bệnh.



Hình 1: Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể và các vết mổ thành ngực

1: đường mổ thao tác chính; 2: Kẹp động mạch chủ và camera; 3: đường động mạch đùi; 4: đường tĩnh mạch đùi; 5: đường tĩnh mạch cảnh trong.

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 SPSS 20.0 và Excel

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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm trước phẫu thuật (N = 29)

Đặc điểm bệnh nhân	Giá trị
Tuổi	55 ± 7 (Từ 39 tới 67)
Giới	
- Nam	7 (20,7%)
- Nữ	23 (79,3%)
Triệu chứng toàn thân	
- Sốt	2 (6,9%)
- Mệt mỏi	3 (10,3%)
- Sụt cân	3 (10,3%)

Triệu chứng cơ năng	
- Khó thở	11(37,9%)
- Hở hộp trống ngực	6 (20,7%)
- Chóng mặt hoặc ngất	6 (20,7%)
Biến chứng tắc mạch não	1 (3,4%)
Siêu âm doppler tim	
- Vị trí bám của u vào vách liên nhĩ	29 (100%) 4.9 ± 2 cm
- Kích thước trung bình của u	
- Tổn thương van kèm theo	1 (3,4%)
+ Hẹp hai lá	1 (3,4%)
+ Hở hai lá	4 (13,8%)
+ Hở ba lá	

Bảng 2. Đặc điểm trong và sau phẫu thuật

Đặc điểm trong phẫu thuật	Giá trị
Thông số trong phẫu thuật	229 ± 50 (Từ 150 tới 350)
- Thời gian phẫu thuật	150 ± 44 (Từ 88 tới 264)
- Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể	71 ± 35 (Từ 24 tới 154)
- Thời gian cặp động mạch chủ	
Phương pháp bảo vệ cơ tim	
- Máu đẳng nhiệt	18 (62%)
- Custodiol lạnh	11 (38%)

Sửa chữa tổn thương van đi kèm trong mổ	2 (6.9%)
- Thay van 2 lá	4 (13.8%)
- Sửa van 3 lá	

Bảng 3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Đặc điểm sau phẫu thuật	Giá trị
Thông số sau phẫu thuật	
- Thời gian thở máy (giờ)	13 ± 6 (Từ 5 tới 36)
- Thời gian hồi sức (giờ)	49 ± 26
- Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	(Từ 20 tới 162) 11 ± 4 (Từ 5 tới 22)
Biến chứng	
- Suy thận	2 (6.9%)
- Tràn dịch màng phổi	6 (20,7%)
- Viêm phổi	2 (6,9%)
- Rò dịch vết mổ đùi	1 (3,4%)
- Tai biến mạch máu não	1 (3,4%)

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 55 ± 7 tuổi (Bảng 1). Đa số bệnh nhân là nữ với tỷ lệ là 3,8 nữ : 1 nam (23:6). Kết quả khá tương đồng so với nghiên cứu trên 31 bệnh nhân u nhày nhĩ trái của tác giả Lê Thế Hùng⁵ với tỷ lệ nữ : nam là 27:4; có thể rằng thấy bệnh xuất hiện chủ yếu ở nữ.

Triệu chứng của u nhày nhĩ trái rất đa dạng⁶, u nhày nhĩ trái có thể được phát hiện tình cờ hoặc có thể biểu hiện trên lâm sàng với các nhóm triệu chứng: triệu chứng toàn thân, triệu chứng tắc mạch hoặc triệu chứng do khối u di chuyển gây cản trở, tắc nghẽn van hai lá ảnh hưởng tới tuần hoàn⁷. Triệu chứng do tắc nghẽn van hai lá bao gồm: khó thở, hồi hộp đánh trống ngực, hoa mắt chóng mặt hoặc ngất. Tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Lê Thế Hùng trên 31 bệnh nhân là 83.9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ này là 79.3%. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng tắc nghẽn van hai lá chiếm phần lớn, vì trong quá trình tim đập, u nhày di chuyển qua van hai lá vào buồng thất trái, gây những triệu chứng hẹp hai lá trên lâm sàng. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 3.4% bệnh nhân có dấu hiệu tắc mạch não, còn của tác giả Lê Thế Hùng là 12,9% bệnh nhân tắc mạch, trong đó có 3 bệnh nhân là tắc mạch não.

Triệu chứng toàn thân bao gồm: gầy sút, sốt, đau cơ, đau khớp... là các dấu hiệu không đặc hiệu có thể gặp ở những bệnh nhiễm trùng, các khối u ác tính hoặc các bệnh lý miễn dịch⁷. 27.6% bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi xuất hiện một trong các triệu chứng toàn thân như trên. Những triệu chứng trên có liên quan tới yếu tố viêm, cụ thể là Interleukin – 6, thường

gia tăng trong máu của những bệnh nhân mắc u nhày, và có thể làm marker chỉ điểm cho những bệnh nhân tái phát u nhày⁸.

Kết quả siêu âm tim cho thấy, kích thước khối u trung bình là 4.9 ± 2 cm, nhỏ nhất là 1.6 cm và lớn nhất là 8.8 cm. Vị trí bám của khối u nằm toàn bộ ở vách liên nhĩ. Ngoài ra có 1 bệnh nhân có hở hai lá (3.4%) có siêu âm trước mổ hở hai lá độ 2.5/4, tổn thương trong mổ cho thấy dây chằng giãn toàn bộ vùng A1, A2, P1. Còn lại có 1 bệnh nhân hẹp hở hai lá (3.4%) với Wilkins Score 11 và 4 bệnh nhân có hở ba lá (13.8%) với siêu âm tim trước mổ hở van ba lá độ 2 trở lên. Những bệnh nhân đó đều được phẫu thuật cắt u nhày và thay van hai lá, sửa ba lá cùng một thì. Việc thực hiện những phẫu thuật đồng thời này đều cho kết quả tốt sau mổ với siêu âm không còn u nhày, van hai lá nhân tạo hoạt động tốt, van ba lá không hở hoặc hở độ 1.

**Hình 2: Hình ảnh khối u nhày trên siêu âm tim (A) và trong mổ (B)**

Chúng tôi áp dụng phương pháp nội soi ổ bụng trợ hoặc nội soi toàn bộ cắt u nhày nhĩ trái với đường mổ nhỏ ngực phải 2 cm làm lỗ chính để dụng cụ kèm đặt các Trocart kích thước 5mm qua thành ngực để đặt camera, cặp động mạch chủ và ống hút phụ. Không có trường hợp nào gặp thất bại về mặt kĩ thuật được ghi nhận. Có 18 (62%) bệnh nhân được thực hiện ngừng tim bằng dung dịch Custodiol và 11 (38%) bệnh nhân được dung máu ấm. Cả hai nhóm bệnh nhân đều hồi phục bình thường sau mổ. Trong một nghiên cứu của tác giả Onur Sen trên 20 bệnh nhân¹⁰, khi so sánh 2 nhóm bệnh nhân, trong đó có 10 bệnh nhân dùng Custodiol và 10 bệnh nhân dùng máu ấm để làm dung dịch ngừng tim cho kết quả bảo vệ cơ tim như nhau. Không có sự khác biệt về lâm sàng và cận lâm sàng sau mổ. Tại bệnh viện Tim Hà Nội, thời gian cặp chủ tính trung bình trên những bệnh nhân dùng dung dịch máu ấm là 62 ± 32 phút, còn đối với bệnh nhân dùng Custodiol là 85 ± 36 phút, sự khác biệt giữa thời gian cặp động mạch chủ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p = 0.08 > 0.01) với độ tin cậy 99%. Việc lựa chọn dung dịch bảo vệ cơ tim tại bệnh viện Tim Hà

Nội dựa vào tiên lượng của cuộc phẫu thuật đôi trên từng bệnh nhân. Với những cuộc mổ có tiên lượng thời gian mổ dài như những bệnh nhân có u lớn hoặc có bệnh lý van tim phổi hợp, chúng tôi ưu tiên dùng Custodiol hơn so với máu ấm với ưu điểm dùng một liều cho ngừng tim 120', không cần nhắc lại mỗi 15' như dung dịch máu ấm.

Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể, thời gian cấp chủ của chúng tôi lần lượt là 150 ± 44 phút, 71 ± 35 phút (Bảng 3). Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra thời gian thở máy, thời gian hồi sức trung bình của bệnh nhân lần lượt là 13 ± 6 giờ và 2 ± 1.1 ngày. Nghiên cứu của tác giả Lê Thế Hùng⁵ trên 31 bệnh nhân được mổ cắt u nhày nhĩ trái ít xâm lấn tại bệnh viện E với thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể, thời gian cấp chủ là 158 ± 43 phút và 84 ± 34 phút; thời gian thở máy, thời gian hồi sức trung bình là 10.8 ± 7 giờ và 1.5 ± 1 ngày. Có thể thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả khác.

Kết quả sớm sau phẫu thuật ghi nhận: 6 trường hợp tràn dịch màng phổi sau mổ (20,7%), 2 trường hợp viêm phổi (6,9%), 2 trường hợp suy thận sau mổ (6,9%), trong đó một trường hợp suy thận có cả tai biến mạch não sau mổ và rò dịch vết mổ. Bệnh nhân này mất máu trong mổ do tổn thương tĩnh mạch phổi phải, được khâu cầm máu nội soi trong mổ. Thời gian cấp chủ 129 phút, chạy máy 264 phút, thời gian mổ tổng cộng 350 phút. Bệnh nhân thở máy trong 36 tiếng, tổng thời gian hồi sức sau mổ là 6.8 ngày, được lọc máu hỗ trợ và hồi sức tích cực. Chụp CLVT có hình ảnh nhồi máu thùy đỉnh trái, trên lâm sàng bệnh nhân không có dấu hiệu thần kinh khu trú. Ngoài ra bệnh nhân có rò dịch vết mổ sau đó được tiểu phẫu thuật làm sạch vết mổ đùi. Còn lại không có bệnh nhân nào tử vong hay có biến chứng nặng nề khác. Báo cáo của tác giả Lê Thế Hùng tại bệnh viện E⁵ với kết quả sớm sau phẫu thuật ghi nhận: 1 trường hợp tai biến mạch máu não sau mổ (chiếm 3,2%), 1 trường hợp hẹp động mạch đùi sau mổ cần can thiệp cắt đoạn động mạch hẹp nối bằng đoạn mạch nhân tạo (chiếm 3,2%), 1 trường hợp rung nhĩ xuất hiện sau mổ (chiếm 3,2%), 2 trường hợp tràn dịch màng phổi số lượng ít – vừa không cần can thiệp (chiếm 6,4%), không có trường hợp nào tử vong bệnh viện, không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ. Có thể thấy biến chứng sau mổ ít xâm lấn cắt u nhày nhĩ trái là có nhưng

có tỉ lệ thấp, kết quả sớm cho thấy không có trường hợp nào tử vong sau mổ, phần lớn bệnh nhân diễn biến ổn định sau mổ tại các trung tâm phẫu thuật tim mạch được đào tạo thường quy nói chung, cũng như bệnh viện Tim Hà Nội nói riêng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 29 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt u nhày nhĩ trái cho thấy: Phẫu thuật nội soi cắt bỏ khối u nhày nhĩ trái bước đầu cho kết quả khá an toàn và hiệu quả với tỉ lệ biến chứng thấp có thể được thực hiện thường quy tại các trung tâm phẫu thuật tim đã được đào tạo. Nghiên cứu cũng còn có những hạn chế: mẫu số bệnh nhân còn nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Larsson S, Lepore V, Kennergren C. Atrial myxomas: results of 25 years' experience and review of the literature. *Surgery*. 1989;105(6):695-698.
2. Obrenović-Kircanski B, Mikić A, Parapid B, et al. A 30-year-single-center experience in atrial myxomas: from presentation to treatment and prognosis. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2013;61(6):530-536. doi:10.1055/s-0032-1322545
3. Ha JW, Kang WC, Chung N, et al. Echocardiographic and morphologic characteristics of left atrial myxoma and their relation to systemic embolism. *Am J Cardiol*. 1999;83(11):1579-1582, A8. doi:10.1016/s0002-9149(99)00156-3
4. Dang QH, Le NT, Tran DD, Ngo THL. Totally Endoscopic Resection of Giant Left Atrial Myxoma Without Robotic Assistance. *Innovations (Phila)*. 2018;13(2):136-139. doi:10.1097/IMI.0000000000000487
5. Kết quả sớm phẫu thuật ít xâm lấn cắt u nhày nhĩ trái tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E. Accessed May 23, 2022. <https://vjcts.vn/index.php/vjcts/article/view/733/486>
6. Rios RE, Burmeister DB, Bean EW. Complications of atrial myxoma. *Am J Emerg Med*. 2016;34(12):2465.e1-2465.e2. doi:10.1016/j.ajem.2016.05.079
7. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)*. 2001; 80(3):159-172. doi:10.1097/00005792-200105000-00002
8. Usefulness of serum interleukin-6 to discriminate between cardiac myxomas and non-myxomatous cardiac masses. *Schweiz Arzteztg*. 2005;8(10). doi:10.4414/cvm.2005.01126
9. Kim HY, Baek SH, Je HG, et al. Comparison of the single-lumen endotracheal tube and double-lumen endobronchial tube used in minimally invasive cardiac surgery for the fast track protocol. *J Thorac Dis*. 2016; 8(5):778-783. doi:10.21037/jtd.2016.03.13