

Tai biến phẫu thuật chúng tôi chưa gặp một tai biến nào trong phẫu thuật. Biến chứng phẫu thuật thường gặp nhất là dị cảm (22,2%), bầm tím mô mềm (26,7%). Trong khoảng 15 ngày đầu sau phẫu thuật các biến chứng thường giảm và biến mất trong khoảng 2 - 3 tuần sau mổ.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng trong đó chủ yếu là nặng chân (95,6%), TM giãn ở chân (100%), ngứa chân (80%).

Phương pháp vô cảm chủ yếu của phẫu thuật là tê tủy sống (93,3%).

Siêu âm Doppler giúp chẩn đoán xác định.

5.2. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả sau phẫu thuật đạt rất tốt (88,9%).

Sau phẫu thuật bệnh nhân ít xảy ra biến chứng hoặc biến chứng giảm và biến mất trong 2 - 3 tuần sau mổ.

Kết quả thẩm mỹ: không để lại sẹo, ảnh hưởng thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Kim Anh; Đặng Văn Phước; Nguyễn Thị Trúc; Đặng Thị Bạch Yến** (1985), Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, Bài giảng bệnh học nội khoa TP. HCM trang 152-156.
2. **Đặng Văn Chung** (1989), Viêm tắc tĩnh mạch, Bệnh học nội khoa, NXB Y học Hà Nội, trang 147 - 150.
3. **Nguyễn Quang Tuyên** (1986), Đùi, cẳng chân, Bài giảng Giải phẫu học, NXB Y học TPHCM, trang 130 - 158.
4. **Chu Văn Ý** (1991), Viêm tắc tĩnh mạch, Bệnh học nội khoa sau Đại học, NXB Y học Hà Nội, trang 147 - 150.
5. **Nguyễn Phú Kháng** (1996), Bệnh hệ thống tĩnh mạch, Lâm sàng tim mạch, NXB Y học Hà Nội, trang 569 - 576.
6. **Alexander C.J** (1972), Chair sitting and varicose veins, Lancet; (15); PP: 822-823.
7. **Babcock RA** (1983), A complete stripping of varicose vein under anesthesia, New York state T Med (73); PP: 1445-1448.
8. **Babcock W.W.** (1907), A new operation for the extirpation of varicose veins in the leg, New York Med J. (86), pp: 153-6.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT TIM ÍT XÂM LẤN ĐÓNG THÔNG LIÊN NHĨ QUA ĐƯỜNG NGỰC PHẢI Ở NGƯỜI LỚN

Nguyễn Hoàng Định^{1,2}, Phạm Nguyễn Minh Trí¹, Nguyễn Hưng Trường^{1,2}, Trần Minh Hải³, Trần Minh Bảo Luân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật tim ít xâm lấn đóng thông liên nhĩ (TLN) ở người lớn qua đường ngực phải. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** từ 05/2022 tới tháng 06/2024, có 44 bệnh nhân (17 nam, 27 nữ) được phẫu thuật tim ít xâm lấn đóng TLN qua đường mổ ngực nhỏ bên phải tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tuổi trung bình $37,1 \pm 10,8$ tuổi (19 - 65). Trong đó, có 38 trường hợp (86,4%) TLN lỗ thứ phát, 3 trường hợp (6,8%) TLN lỗ nguyên phát, 2 trường hợp (4,6%) TLN thể xoang tĩnh mạch chủ trên, 1 trường hợp (2,3%) TLN thể xoang tĩnh mạch chủ dưới. Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi được ghi nhận trong 2 trường hợp (4,6%). Phẫu thuật sửa chữa tổn thương đi kèm tại tim có 29 trường hợp (65,9%). Không ghi nhận trường hợp tử vong nội viện. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể 73 ± 28 phút (25 - 130), thời gian phẫu thuật 163 ± 42 phút (80 - 250). Thời gian thở

máy $9,2 \pm 3,9$ giờ (3,5 - 17,3), thời gian nằm hồi sức $34,7 \pm 24,2$ giờ (15,5 - 116), thời gian nằm viện sau mổ 8 ± 4 ngày (4 - 21). Không ghi nhận shunt tồn lưu sau mổ. Biến chứng nặng: 2 bệnh nhân (4,6%) cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Biến chứng nhẹ: 6 bệnh nhân (13,7%) có tràn khí màng phổi, 8 bệnh nhân (18,2%) có viêm phổi cần dùng kháng sinh điều trị. Không có bệnh nhân mổ lại cầm máu hay nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật tim ít xâm lấn đóng TLN qua đường ngực phải ở người lớn tại bệnh viện Chợ Rẫy có tính hiệu quả và an toàn cao. **Từ khóa:** Thông liên nhĩ, phẫu thuật tim ít xâm lấn.

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY OUTCOMES OF MINIMALLY INVASIVE ATRIAL SEPTAL DEFECT CLOSURE THROUGH RIGHT THORACOTOMY IN ADULTS

Objective: To evaluate the safety and efficacy of minimally invasive atrial septal defect (ASD) closure through right thoracotomy in adults. **Methods:** A retrospective descriptive case series. **Results:** from May 2022 to June 2024, there were 44 patients (17 males, 27 females) who underwent minimally invasive ASD closure through a right thoracotomy at Cho Ray hospital. The mean age was $37,1 \pm 10,8$ years (range 19 - 65). Of the 44 patients, 38 (86,4%), 3 (6,8%), 2 (4,6%), and 1 (2,3%) had secundum ASD, primum

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

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

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Bảo Luân

Email: luan.tmb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024

ASD, superior sinus venosus ASD, and inferior sinus venosus ASD, respectively. Abnormal pulmonary venous return was recorded in 2 cases (4,6%). Concomitant cardiac defect repair surgery was performed in 29 cases (65,9%). No in-hospital mortality was recorded. The cardiopulmonary bypass time was 73 ± 28 minutes (range 25 – 130), and the surgery time averaged 163 ± 42 minutes (range 80 – 250). Mechanical ventilation time was $9,2 \pm 3,9$ hours (range 3,5–17,3), ICU stay was $34,7 \pm 24,2$ hours (range 15,5 – 116), and postoperative hospital stay was 8 ± 4 days (range 4–21). No residual shunts were recorded after surgery. Major complications: Two patients (4,6%) required permanent pacemaker implantation. Minor complications: Six patients (13,7%) had pneumothorax, and 8 patients (18,2%) developed pneumonia requiring antibiotic treatment. No patients required reoperation for bleeding control or had wound infections. **Conclusion:** Minimally invasive ASD closure through right thoracotomy in adults had proven to be highly safe and effective.

Keywords: Atrial septal defect, minimally invasive cardiac surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông liên nhĩ là bệnh tim bẩm sinh thường gặp nhất ở người lớn¹, chiếm khoảng 10-15% các dị tật tim bẩm sinh. Bệnh có diễn tiến âm thầm và biểu hiện muộn do sự tái cấu trúc tâm thất phải và phì đại các buồng tim phải một cách lặng lẽ. Hầu hết các bệnh nhân ở bất kể độ tuổi, đóng lỗ TLN giúp đảo ngược quá trình tái cấu trúc tâm thất phải. Hiện nay, can thiệp bằng dụng cụ qua da đóng TLN là lựa chọn đầu tiên cho hầu hết các trường hợp. Phẫu thuật đóng TLN được chỉ định trong các trường hợp chống chỉ định và yếu tố không thuận lợi cho đóng TLN bằng dụng cụ như^{1,2}: TLN lỗ lớn (>38mm); Nhiều lỗ TLN; TLN thể xoang tĩnh mạch, TLN thể xoang vành, TLN lỗ nguyên phát; TLN lỗ thứ phát có rìa lỗ thông ngắn (<5mm), trừ rìa động mạch chủ; Bất thường hội lưu TM phổi; Huyết khối trong buồng tim. Phẫu thuật đóng TLN qua đường mở dọc toàn bộ xương ức (MDTBXƯ) là đường tiếp cận kinh điển và có thể được thực hiện với kết quả cực kỳ tốt với tỉ lệ tử vong gần 0%³. Tuy nhiên, phương pháp này có thể để lại biến chứng sau mổ nghiêm trọng như nhiễm trùng xương ức và làm gia tăng tỉ lệ tử vong⁴. Bệnh viện Chợ Rẫy đã và đang áp dụng phẫu thuật tim ít xâm lấn (PTTIXL) nói chung và phẫu thuật đóng TLN qua đường mở ngực nhỏ bên phải (MNNBP) nói riêng, hứa hẹn là đường tiếp cận thay thế cho MDTBXƯ nhằm tránh các vấn đề về xương ức, đau nhiều sau mổ, sẹo mổ thiếu thẩm mỹ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật tim ít xâm lấn đóng TLN qua đường ngực phải ở người lớn tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật tim ít xâm lấn đóng thông liên nhĩ (TLN) ở người lớn qua đường ngực phải.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca được tiến hành tại khoa Hồi sức Phẫu Thuật Tim, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 05/2022 đến 06/2024..

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân người lớn (≥ 18 tuổi) được phẫu thuật ít xâm lấn đóng TLN, đặc điểm lỗ thông không phù hợp để bít dù bằng dụng cụ hoặc bít dù thất bại. Đủ thông tin hồ sơ, bệnh án, xét nghiệm cận lâm sàng phục vụ cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tăng kháng lực động mạch phổi > 5 đơn vị Wood. Tăng áp lực động mạch phổi nặng không hồi phục và không có luồng thông trái-phải. Tổn thương khác tại tim mà không can thiệp được bằng PTTIXL.

Quy trình phẫu thuật: Bệnh nhân nằm nghiêng trái 30 độ, gây mê nội khí quản. Mở ngực trước bên 4-6cm vào khoang liên sườn IV, dùng dụng cụ bảo vệ vết mổ (wound protector) để có phẫu trường tốt hơn (Hình 1). Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể qua động mạch đùi và tĩnh mạch đùi bên phải, có thể thiết lập thêm ống thông tĩnh mạch chủ trên trực tiếp qua vết mổ hoặc qua tĩnh mạch cảnh trong. Mở nhĩ phải, khâu treo, bộc lộ lỗ thông, vá lỗ thông bàng màng ngoài tim nhân tạo hoặc tự thân, sửa van 3 lá kèm theo nếu cần. Trong trường hợp thể thông liên nhĩ nguyên phát thì sửa van 2 lá trước, sau đó vá lỗ thông liên nhĩ và sửa van 3 lá. Nếu có bất thường hội lưu tĩnh mạch phổi, cần chuyển tĩnh mạch phổi phải về nhĩ trái.



Hình 1: Đường mở ngực nhỏ bên phải

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu quan sát, không ảnh hưởng đến sức khỏe, kết quả điều trị của bệnh nhân cũng như các vấn đề xã hội khác. Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng tính riêng tư và đảm bảo bí mật cho bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Các thông tin của bệnh nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 44 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Các đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật được thể hiện trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm hình thái bệnh nhân trước mổ

Đặc điểm		N (%), mean±SD, median (IQR)
Tuổi (năm)		37,1±10,8 (19 – 65)
Giới tính	Nam	17 (38,6%)
	Nữ	27 (61,4%)
Cân nặng (kg)		53,8±9,3 (35 - 76)
Diện tích da (m²)		1,54±0,16 (1,21 – 1,87)
Bệnh nền	Tăng huyết áp	1 (2,3%)
	Đái tháo đường	2 (4,6%)
	Bệnh thận mạn	1 (2,3%)
Siêu âm tim trước mổ		
Thể TLN	Thứ phát	38 (86,4%)
	Nguyên phát	3 (6,8%)
	Xoang tĩnh mạch chủ trên	2 (4,6%)
	Xoang tĩnh mạch chủ dưới	1 (2,3%)
Kích thước lỗ TLN (mm)		25,7±7,5 (10-40)
Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi		2 (4,6%)
Hở van ba lá mức độ trung bình trở lên		32 (72,7%)
Áp lực ĐMP (mmHg)		50 (40-55)
TAPSE (mm)		22,3±3,9 (16 – 32)
Qp/Qs		3,8 (2,8 – 5,6)

Có 3 cách thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể được ghi nhận trong nghiên cứu: đặt ống thông động, tĩnh mạch đùi và tĩnh mạch chủ trên trực tiếp (21 trường hợp – 47,7%); ống thông động mạch đùi và tĩnh mạch đùi 2 tầng (22 trường hợp – 50%); 1 trường hợp đặt ống thông động, tĩnh mạch đùi và tĩnh mạch chủ trên qua tĩnh mạch cảnh trong. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể 73 ± 28 phút (25 - 130). Thời gian phẫu thuật 163 ± 42 phút (80 – 250). Trong số 29 trường hợp (65,9%) cần sửa chữa tổn thương tại tim đi kèm bên cạnh vá TLN, có 6 trường hợp (13,6%) cần ngưng tim (5 trường hợp kẹp động mạch chủ, 1 trường hợp cho tim rung thất), thời gian ngưng tim 55 ± 14 phút (35 – 76). Chi tiết các biến số được mô tả trong Bảng 2.

Bảng 2: Các biến số trong mổ

Đặc điểm	N (%), mean±SD, median (IQR)
----------	------------------------------

Cách thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể		
Ống thông động mạch đùi	Ống thông tĩnh mạch đùi + tĩnh mạch chủ trên (trực tiếp)	21 (47,7%)
	Ống thông tĩnh mạch đùi 2 tầng	22 (50%)
	Ống thông tĩnh mạch đùi + tĩnh mạch chủ trên (qua tĩnh mạch cảnh trong)	1 (2,3%)
Sử dụng miếng vá nhân tạo		34 (77,3%)
Sử dụng màng tim tự thân		10 (22,7)
Xử trí tổn thương phổi hợp	Sửa van 3 lá	27 (61,4%)
	Sửa van 2 lá	4 (9,1%)
	Chuyển tĩnh mạch phổi phải lạc chỗ về nhĩ trái	2 (4,6%)
Lấy dù trong nhĩ phải lạc chỗ		2 (4,6%)
Thời gian phẫu thuật (phút)		163 ± 42 (80-250)
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)		73 ± 28 (25 - 130)
Thời gian ngưng tim (phút)		55 ± 14 (35- 76)

Không có bệnh nhân tử vong sớm nội viện. Không có trường hợp nào TLN tồn lưu sau mổ. Không ghi nhận các biến chứng: nhiễm trùng vết mổ, chảy máu cần mở ngực cầm máu, biến chứng mạch máu ngoại biên, suy tim sớm sau mổ, tổn thương thận cấp cần lọc máu, tổn thương gan cấp, liệt cơ hoành, nhiễm trùng vết mổ, tràn dịch màng phổi cần đặt dẫn lưu lại. Trong 28 trường hợp có sửa van nhĩ thất, có 4 (14,3%) bệnh nhân còn hở van nhĩ thất mức độ nhẹ, không có trường hợp hở van nhĩ thất mức độ trung bình trở lên. Các biến chứng khác được mô tả trong Bảng 3.

Bảng 3: Các biến số sau mổ và biến chứng

Đặc điểm	N (%), mean±SD, median (IQR)
Tỉ lệ tử vong nội viện	0%
Thời gian thở máy (giờ)	9,2 ± 3,9 (3,5 – 17,3)
Thời gian nằm hồi sức (giờ)	34,7 ± 24,2 (15,5 – 116)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	8 ± 4(4 – 21)
Rối loạn nhịp sau mổ cần điều trị	2 (4,6%)
Tràn khí dưới da và/hoặc tràn khí màng phổi	6 (13,6%)
Viêm phổi	8 (18,2%)
TLN tồn lưu	0%
Hở van nhĩ thất mức độ nhẹ sau sửa van	4 (14,3%)

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật đóng TLN qua đường MNNBP là đường tiếp cận thay thế cho đường mổ kinh điển, vốn cần phải cửa xương ức nên có nguy cơ nhiễm trùng xương ức và làm gia tăng tỉ lệ tử vong⁴. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng đường MNNBP và đường MDTBXU trong phẫu thuật đóng TLN tương đương về hiệu quả và độ an toàn, đồng thời cũng không khác biệt về tỉ lệ thành công và biến chứng⁵.

Về tính hiệu quả, trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào có thông liên nhĩ tồn lưu qua siêu âm thành ngực kiểm tra sau mổ. Ngoài ra, việc sửa van 2 lá, van 3 lá, chuyển tĩnh mạch phổi lạc chỗ về nhĩ trái, lấy dụng cụ bít dù lạc chỗ, đều được thực hiện một cách khả thi và hiệu quả qua đường MNNBP, tuy nhiên có 6 trường hợp cần ngưng tim để tạo thuận lợi trong việc sửa chữa các thương tổn, các trường hợp còn lại đều được phẫu thuật tim đập. Kết quả sửa van nhĩ thất là khả quan với 4/28 trường hợp còn hở van nhĩ nhất mức độ nhẹ sau mổ. Thời gian phẫu thuật, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể của chúng tôi là 163 ± 42 phút và 73 ± 28 phút. Yanagisawa và cộng sự năm 2019 là 180 phút (IQR: 159 - 203) và 115 (IQR: 103 - 131)⁶. Tang và cộng sự năm 2018 là $169,1 \pm 10,9$ và $60,2 \pm 10,3$ ⁷. Thời gian phẫu thuật và thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể của chúng tôi là ngắn hơn so với nghiên cứu của Yanagisawa và khá tương đồng với nghiên cứu của Tang. Sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của Yanagisawa các trường hợp đều được ngưng tim để phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp tử vong nội viện và không có các biến chứng khác như: chảy máu cần phải mổ lại cầm máu, nhồi máu não do phẫu thuật, bóc tách động mạch chủ, nhiễm trùng vết mổ, tràn dịch màng tim, thiếu máu chi dưới, liệt hoành... tuy nhiên có 2 trường hợp (4,6%) cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. So với nghiên cứu của Schneeberger 2017⁸, ghi nhận 1 ca (1,1%) đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn sau mổ do block nhĩ thất, tuy nhiên 81% bệnh nhân trong nghiên cứu này được liệt tim trong mổ, còn trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,6%. Phẫu thuật tim đập giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể, thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện sau mổ so với việc có ngưng tim⁷. Ngoài ra việc hạn chế liệt tim trong mổ còn giúp tránh được nguy cơ bóc tách

động mạch chủ, được ghi nhận có 1 ca (2,1%) trong nghiên cứu của Yanagisawa⁶.

Nhìn chung, phẫu thuật đóng TLN qua đường MNNBP có tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ biến chứng nặng thấp và chấp nhận được so với các tác giả khác⁵⁻⁸.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng: Phẫu thuật tim ít xâm lấn đóng TLN qua đường ngực phải ở người lớn tại bệnh viện Chợ Rẫy có tính hiệu quả và an toàn cao. Về chỉ định phẫu thuật, chúng tôi thực hiện phẫu thuật khi lỗ thông không phù hợp để bít dù hoặc bít dù thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Geva T, Martins JD, Wald RM.** Atrial septal defects. *Lancet*. May 31 2014;383(9932):1921-32. doi:10.1016/s0140-6736(13)62145-5
2. **Silvestry FE, Cohen MS, Armsby LB, et al.** Guidelines for the Echocardiographic Assessment of Atrial Septal Defect and Patent Foramen Ovale: From the American Society of Echocardiography and Society for Cardiac Angiography and Interventions. *J Am Soc Echocardiogr*. Aug 2015; 28(8):910-58. doi:10.1016/j.echo.2015.05.015
3. **Zhu J, Zhang Y, Bao C, Ding F, Mei J.** Individualized strategy of minimally invasive cardiac surgery in congenital cardiac septal defects. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 01/15 2022;17doi:10.1186/s13019-022-01753-6
4. **Turner DR, Owada CY, Sang CJ, Jr., Khan M, Lim DS.** Closure of Secundum Atrial Septal Defects With the AMPLATZER Septal Occluder: A Prospective, Multicenter, Post-Approval Study. *Circ Cardiovasc Interv*. Aug 2017;10(8):e004212. doi:10.1161/circinterventions.116.004212
5. **Lei Y-Q, Liu J-F, Xie W-P, Hong Z-N, Chen Q, Cao H.** Anterolateral minithoracotomy versus median sternotomy for the surgical treatment of atrial septal defects: a meta-analysis and systematic review. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 2021/09/20 2021;16(1):266. doi:10.1186/s13019-021-01648-y
6. **Yanagisawa J, Maekawa A, Sawaki S, et al.** Three-port totally endoscopic repair vs conventional median sternotomy for atrial septal defect. *Surg Today*. Feb 2019;49(2):118-123. doi:10.1007/s00595-018-1713-0
7. **Tang Y, Wu Y, Zhu J, et al.** Total endoscopic repair of atrial septal defect under on-pump beating heart. *J Thorac Dis*. Dec 2018;10(12): 6557-6562. doi:10.21037/jtd.2018.10.89
8. **Schneeberger Y, Schaefer A, Conradi L, et al.** Minimally invasive endoscopic surgery versus catheter-based device occlusion for atrial septal defects in adults: reconsideration of the standard of care. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. Apr 1 2017;24(4):603-608. doi:10.1093/icvts/ivw366

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH U TINH HOÀN LÀNH TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Mai Thủy^{1,2}, Nguyễn Việt Hoa³, Nguyễn Tiến Mạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương giải phẫu bệnh u tinh hoàn lành tính ở trẻ em được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả 30 trường hợp trẻ dưới 15 tuổi chưa dậy thì, được chẩn đoán u tinh hoàn lành tính và được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 1,46 tuổi, từ 0 – 2 tuổi chiếm 70%. 96,7% được phát hiện tình cờ, đa phần không có triệu chứng lâm sàng (86,7%). Các bệnh nhân đều được siêu âm và xét nghiệm α FP trước mổ, 100% trường hợp đều có α FP bình thường hoặc tăng nhẹ nhưng không vượt quá 100 ng/ml ở trẻ trên 6 tháng. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt u bảo tồn tinh hoàn (73,4%), cắt toàn bộ tinh hoàn (23,3%), một trường hợp nội soi cắt toàn bộ tinh hoàn trong ổ bụng, phẫu thuật thực hiện đa số qua đường bẹn (76,7%). Sinh thiết lạnh trong mổ thực hiện trong 53,3% trường hợp. Kết quả giải phẫu bệnh thường quy thấy u quái trưởng thành là 76,7%, u quái chưa trưởng thành là 10%, u nang bì chiếm 10%, u tế bào Sertoli chiếm 3,3%. **Kết luận:** Siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tin cậy trong việc xác định khối u tinh hoàn, α FP kết hợp siêu âm giúp gợi ý u ác tính hay lành tính trước phẫu thuật. U quái là loại mô bệnh học chiếm đa số trong u tinh hoàn lành tính ở trẻ em. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt u bảo tồn tinh hoàn.

Từ khóa: U tinh hoàn lành tính, phẫu thuật.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND PATHOLOGY FINDING OF BENIGN TESTICULAR TUMORS IN CHILDREN OPERATED AT NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Purpose: Present clinical, paraclinical characteristics and pathology finding of testicular tumors in our hospital. **Materials and methods:** We retrospectively reviewed 30 patient's records of benign testicular tumors operated in our hospital from 01/2016 to 12/2020. **Result:** The average age was 1,46 years, cases aged 0 – 2 years in 70%. Initial symptoms of all cases is painless of scrotal mass. Scrotal ultrasound and α FP dosage were done before operation. All cases had normal or slight increase of

α FP dosage but did not exceed 100 ng/ml in children older than 6 months. Main surgery method was testis – sparing surgery in 73,4% and 76,7% patients had inguinal incision, 1 case performed laparoscopic orchiectomy. The intraoperative frozen biopsy was carried out in 53,3%. Postoperative pathological results consisted of 76,7% mature teratomas, 10% immature teratomas, 10% demoid cysts and 3,3% Sertoli cell tumors. **Conclusion:** Scrotal ultrasound and testicular tumor markers are two important tools in the evaluation of pediatric testicular tumors. The most popular histopathology of benign testicular tumors is teratoma. Main surgery method is testis – sparing surgery. **Keywords:** Testicular tumor, benign, children, testis – sparing surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tinh hoàn ở trẻ em là bệnh lý hiếm gặp, có tỉ lệ mắc từ 0,5 – 2/100.000, chiếm khoảng 1-2% trong tất cả các loại u ở trẻ em, đặc biệt ở nhóm tuổi từ 0-4 tuổi.^{1,2} U tinh hoàn ở trẻ em thường chỉ chứa một loại tế bào, u lành tính chiếm khoảng 74% và loại mô học chiếm tỉ lệ nhiều nhất là u quái (48%).³ Đa số u tinh hoàn sau tuổi dậy thì là ác tính. Để hiểu thêm về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương giải phẫu bệnh của u tinh hoàn ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 30 trẻ được chẩn đoán u tinh hoàn lành tính và điều trị phẫu thuật trong 5 năm tại Bệnh viện Nhi Trung ương (từ 1/1/2016 đến 31/12/2020).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu 30 bệnh nhân dưới 15 tuổi, chưa dậy thì được chẩn đoán là u tinh hoàn, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/1/2016 – 31/12/2020. Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là u lành tính của tinh hoàn.

Các chỉ số nghiên cứu: đặc điểm dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh siêu âm trước mổ, chỉ số α FP, beta-HCG, cách thức phẫu thuật, tổn thương trong mổ, sinh thiết lạnh trong mổ, kết quả giải phẫu bệnh thường quy. Phân tích số liệu thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 30 trường hợp được chẩn đoán xác định u tinh hoàn lành tính và được phẫu thuật, 29 trường hợp u quái (96,7%), trong đó 23 trường hợp u quái trưởng thành, 3 trường hợp u quái chưa trưởng thành, 3 trường hợp u

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyenthimaituy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024