thai phụ rất quan trọng để tăng sự tin tưởng của họ và đồng thời giúp họ chủ động trong việc phòng và điều trị bệnh tại Bệnh viện.

Các tờ rơi, tờ bướm được phát trực tiếp cho PNMT trong thời gian chờ đợi đến lượt khám là một hoạt động quảng cáo rất hữu ích của Bệnh viện. Ngoài việc giúp giải trí và thư giãn cho PNMT trong lúc chờ đợi, các tờ rơi, tờ bướm này còn giúp tăng cường kiến thức của PNMT về các hoạt động của Bệnh viện và thông tin về sức khỏe. Việc này không chỉ giúp tạo niềm tin cho PNMT khi quyết định khám chữa bệnh tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Kiên Giang, mà còn đóng góp tích cực trong việc nâng cao sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của PNMT.

V. KẾT LUẬN

Xét cả 3 kết quả công tác quản lý trên đều đạt mức "TỐT" và "RẤT TỐT". Do đó, chúng tôi đánh giá công tác quản lý đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ mang thai tại bệnh viện Sản – Nhi tỉnh Kiên Giang đạt mức "RẤT TỐT". Các yếu tố ảnh hưởng đến công tác quản lý đái tháo đường thai kỳ: Chính sách, quy trình, Số lượng nhân sự, trình độ chuyên môn, Trang thiết bị, Ứng dụng công nghệ thông tin, Kỳ vọng trong công việc của nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hưng** (2020). Thực trạng mắc đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan của phụ nữ mang thai đến khám tại hai cơ sở y tế của thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang năm 2020, Đại Học Y Tế Công Cộng.
2. **Nguyễn Lê Hương** (2012). Kiến thức, thực hành và tỷ lệ hiện mắc đái tháo đường thai kỳ ở các thai phụ tới khám tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2012 và một số yếu tố liên quan, Đại Học Y Tế Công Cộng.
3. **Nguyễn Thị Huyền, N. T. K. P.** (2012). TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI GÒ CÔNG TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2010, Tạp chí Y học, Đại học Y Dược TP.HCM, tập 16 (11), trang 258-263.
4. **Võ Thị Ánh Nhàn, H. N. K. T.** (2017). Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện An Bình, Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, Phụ bản Tập 21, (Số 1), trang 69-73.
5. **Nguyễn Thị Mai Phương, V. V. T.** (2015). Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2015, Tạp chí Phụ Sản 2015; Tập 13 (4).
6. **Nguyễn Bá Thắng** (2017). Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị bệnh đái tháo đường tuyp 2 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2017. Trường Đại Học Y Tế Công Cộng Hà Nội. Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện.
7. **Nguyễn Thị Kim Thoa** (2015). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người bệnh ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Nguyễn Đình Chiểu, tỉnh Bến Tre năm 2015. Đại Học Y Tế Công Cộng Hà Nội. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng
8. **Đỗ Quang Tuyền** (2012). Kiến thức, thực hành và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám, bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2012. Đại Học Y Tế Công Cộng, Hà Nội. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng.
9. **Trần Thị Thanh Xuân** (2017). Thực trạng hoạt động quản lý bệnh nhân đái tháo đường type 2 ngoại trú của khoa Khám bệnh, bệnh viện Đa khoa khu vực Ba Tri, tỉnh Bến Tre, giai đoạn 2016-2017. Luận án chuyên khoa II tổ chức quản lý y tế, Trường Đại Học Y Tế Công Cộng Hà Nội
10. **Trương Thị Quỳnh Hoa, H. N. K. T.** (2017). Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, Phụ bản Tập 21 (Số 1)

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP U NHẦY NHĨ PHẢI KHỔNG LỒ

Nguyễn Doãn Thái Hưng[1], Bùi Việt Anh[1], Trương Hữu Thành[1], Trương Thị Ngọc Hà[1], Trương Đình Cẩm[1]

TÓM TẮT

U nguyên phát ở tim khá hiếm, trong đó khoảng 50% là u nhầy. Kích thước u nhầy thay đổi từ 1-15cm, cân nặng từ 15-180g, các u được gọi là lớn khi có đường kính >5cm. U nhầy ở nhĩ phải là vị trí rất hiếm gặp, lành tính nhưng tiềm ẩn nhiều nguy cơ, cần phải được phẫu thuật cắt bỏ càng sớm càng tốt ngay khi phát hiện. Phẫu thuật là triệt căn và rất ít khi tái phát. Kỹ thuật cắt bỏ u thường không khó. Chúng tôi thông báo lâm sàng 02 trường hợp u nhầy khổng lồ ở nhĩ phải. Bệnh nhân được phát hiện muộn, khi u đã gây ra biến chứng. Chẩn đoán xác định không quá khó khăn do u rất lớn và cuống u khá rõ. Phẫu thuật mổ tim hở kinh điển cắt u, tái tạo vách liên nhĩ, đặt vòng van ba lá nhân tạo. Diễn biến hậu phẫu thuận lợi.

Từ khoá: u nhầy, nhĩ phải, phẫu thuật tim hở.

[1]*Bệnh viện Quân y 175*
Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm
Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024
Ngày duyệt bài: 12.3.2024

SUMMARY

CLINICAL CASE REPORT: 2 CASES OF GIANT MYXOMA IN THE RIGHT ATRIUM

Primary cardiac tumors are rare and approximately 50% of those tumors are myxomas. The size of myxoma varies from 1-15cm, weight from 15-180g, the myxoma is called large when it is >5cm in diameter. Although right atrial myxomas are uncommon and benign, they have high level of potential to cause severe complications. Therefore, after diagnosis, surgical resection should be performed as soon as possible. Surgery is a radical treatment and the technique for tumor removal is not complex. In addition, recurrence rate is very low. In this case report, we have successfully performed a case of a giant myxoma in right atrium. The tumor was detected quite late, after had caused associated complications. Definitive diagnosis was made out trouble-free since the tumor size was enormous and its pedicle could be clearly observed. Open-heart surgery was performed to excise tumor, reconstruct atrial septum, and place an artificial valve ring. The postoperative courses were favorable. ***Keywords:*** Giant myxoma, right atrium, open heart surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tại tim chiếm 0,2% trong các loại u của cơ thể. Các khối u này có thể là nguyên phát, thứ phát hoặc di căn. Tỷ lệ u thứ phát hoặc di căn nhiều gấp 20-40 lần u nguyên phát. Do đó, rất hiếm gặp u nguyên phát ở tim [1], [2]. U nhầy (Myxoma) là u nguyên phát cũng chỉ chiếm tỉ lệ 0,0017% trong dân số chung, thường gặp nhất ở tim (≈50%) [2]. U nhầy phát triển từ các tế bào trung mô của lớp nội tâm mạc, là loại u lành tính, tuy vậy những hậu quả gây ra do cản trở huyết động học và biến chứng do vỡ các mảnh u thường rất nặng. Do đó, u nhầy tại tim cần phải điều trị ngay khi phát hiện, giúp hạn chế biến chứng gây tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề [3].

Vị trí u nhầy ở nhĩ trái chiếm 80-85%, đã có rất nhiều báo cáo trong nước và quốc tế, biểu hiện lâm sàng tương tự triệu chứng của hẹp van hai lá và/hoặc biến chứng do tắc mạch cấp tính. Trong khi đó, vị trí u nhầy ở nhĩ phải chỉ chiếm 15-20% [1],[2],[3]. Do vậy, rất ít báo cáo trong nước đề cập đến chủ đề này. Với mục đích giới thiệu kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị một nhóm bệnh tim mắc phải hiếm gặp, báo cáo sẽ trình bày 2 ca lâm sàng u nhầy nhĩ phải rất lớn được phẫu thuật thành công tại Bệnh viện Quân Y 175.

II. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG

2.1. Ca bệnh 1. Bệnh nhân nam 57 tuổi, tiền sử phẫu thuật kết xương đòn phải tháng 3/2021. Tháng 5/2021, xuất hiện khó thở, liên quan đến gắng sức, tăng dần, mệt nhiều kèm theo phù hai chân, vàng da, được cấp cứu tại y tế địa phương, chuyển Bệnh viện Quân Y 175 trong tình trạng suy tim phải nặng, NYHA III-IV, tim nhanh, huyết động ổn định, tiếng thổi tâm thu 3/6 tại liên sườn IV cạnh ức trái, gan 2cm dưới bờ sườn phải.

Hình 1. *X quang tim phổi thẳng, bóng tim to*

Trên siêu âm tim qua thành ngực (Hình 2a, 2b):

U nhầy nhĩ phải	d=83x56x54mm, bờ không đều, nhiều thuỳ múi, cuống bám vách liên nhĩ, chiếm gần toàn bộ nhĩ phải, di động nhiều từ nhĩ xuống thất qua van ba lá, gây hẹp đường ra thất phải, kèm theo 2 khối nhỏ kích thước 23x12mm và 17x9mm ngay dưới khối lớn
Van ba lá	Hẹp do cản trở ở thì tâm trương, vòng van 47mm, PAPs bình thường
Van hai lá, van ĐMC	Bình thường
EF (%)	56
TAPSE (mm)	13
LVDd/Ds (mm)	43/26
RA (mm)	57x76
RV (mm)	D1=51; D2=53, D3=77
IVC (mm)	26, chỉ số xẹp 40%
Tổn thương phối hợp	Tràn dịch màng ngoài tim toàn thể dmax 7mm,

EF = Ejection Fraction (Phân suất tống máu)

TAPSE = Tricuspid Annular Plane Systolic Excursion (biên độ di động vòng ba lá thì tâm thu), bình thường >16mm

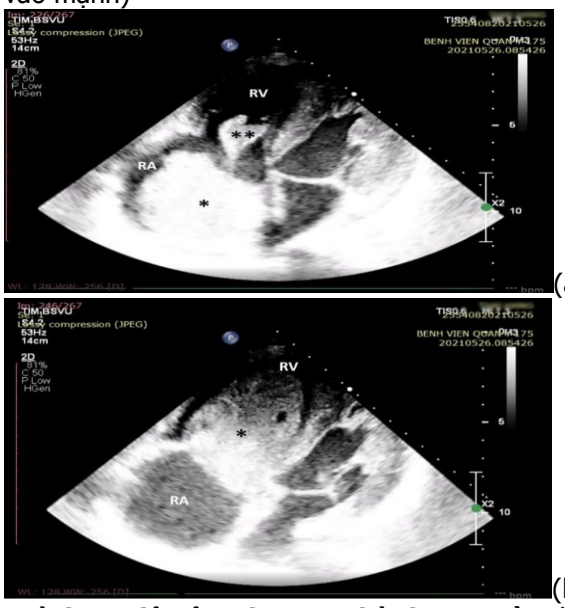
LVDd/Ds = Left Ventricular diastolic/systolic Dimension (Đường kính thất trái tâm trương/tâm thu)

RA = Right Atrium (nhĩ phải)

RV = Right Ventricular (Thất phải), bình thường D1 < 41mm, D2 < 35mm, D3 < 83mm

PAPs = Pulmonary Artery systolic Pressure (Áp lực động mạch phổi tâm thu)

IVC = Inferior Vena Cava (Tĩnh mạch chủ dưới) (bình thường ≤21mm, xẹp >50% khi hít vào mạnh)



(a)

(b)

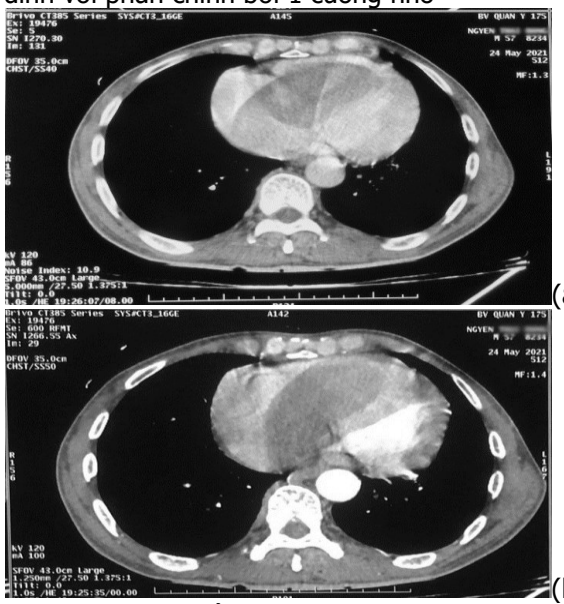
Hình 2. Siêu âm tim qua thành ngực ở mặt cắt 4 buồng

(a): thì tâm thu, một phần khối u rớt vào buồng thất phải qua van ba lá.

(b): thì tâm trương, khối u rơi toàn bộ vào buồng thất phải.

RV = right ventricle; RA = right atrium.

(*) = u nhầy nhĩ phải; (**) = 2 khối phụ dính với phần chính bởi 1 cuống nhỏ

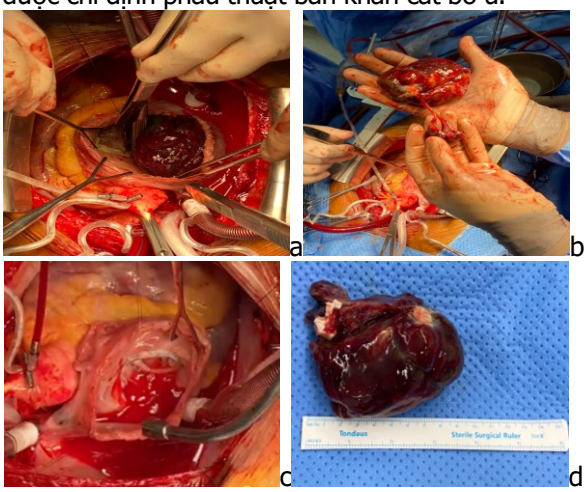


(a)

(b)

Hình 3. Cắt lớp vi tính lồng ngực

Siêu âm mạch máu chi, mạch cảnh không phát hiện huyết khối hay tổn thương. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT) ngực cho thấy khối u nhĩ phải lớn, không ngấm thuốc cản quang, ranh giới tương đối rõ, giãn buồng tim phải, nhĩ phải d=60mm, thất phải d=80x50mm. Không có thuyên tắc động mạch phổi, không có u trung thất và u phổi (hình 3a, 3b). Thăm dò toàn thân không phát hiện u ở cơ quan khác (não, bụng, tiết niệu). Sau khi loại trừ các nguyên nhân ác tính thứ phát, chẩn đoán xác định u nhầy nhĩ phải, được chỉ định phẫu thuật bán khẩn cắt bỏ u.



a b c d

Hình 4. Hình ảnh khối u và tổn thương van ba lá

(a) khối u nhầy chiếm trọn nhĩ phải

(b) khối u sau khi cắt bỏ

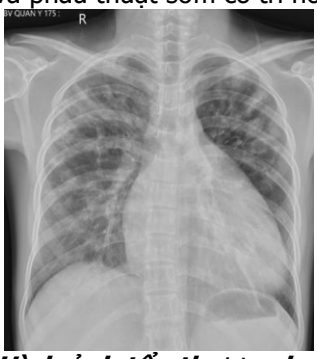
(c) sửa van ba lá bằng vòng van nhân tạo

(d) kích thước u 95x70x68mm

Kỹ thuật mổ: phẫu thuật tim hở qua đường mở dọc giữa xương ức. Canuyn động mạch chủ và tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch chủ dưới. Kiểm soát tĩnh mạch chủ trên và dưới bằng đặt lắc thường quy, tuần hoàn ngoài cơ thể toàn bộ lưu lượng, không ngừng tim. Nhĩ phải giãn rất lớn, mở nhĩ phải thấy khối u 95x70x68mm, ranh giới rõ, mặt nhẵn, bám vào vách liên nhĩ bằng 1 chân khoảng 15x15mm, khối u chiếm toàn bộ lòng nhĩ phải, thông qua van ba lá rớt vào buồng thất phải, từ chân có 1 cuống nhỏ với 2 thuỳ phụ kích thước khoảng 15x20mm (Hình 4a, 4b, 4d). Cho ngưng tim, cắt trọn u, cắt rộng chân u tại vách liên nhĩ. Vá phục hồi lại vách liên nhĩ bằng mảnh màng ngoài tim tự thân đã xử lý qua gluteraldehyte. Van ba lá thanh mảnh, hở nhiều do giãn vòng van, được sửa chữa bằng đặt vòng van ba lá nhân tạo (Hình 4c). Đóng nhĩ phải, ngừng tuần hoàn ngoài cơ thể. Bệnh nhân rút ống sau mổ 19 giờ, xuất viện sau 7 ngày, kết quả giải

phẫu bệnh là u nhầy. Đánh giá kết quả phẫu thuật bằng siêu âm qua thành ngực cho kết quả tốt, EF 70%, tình trạng lâm sàng ổn định.

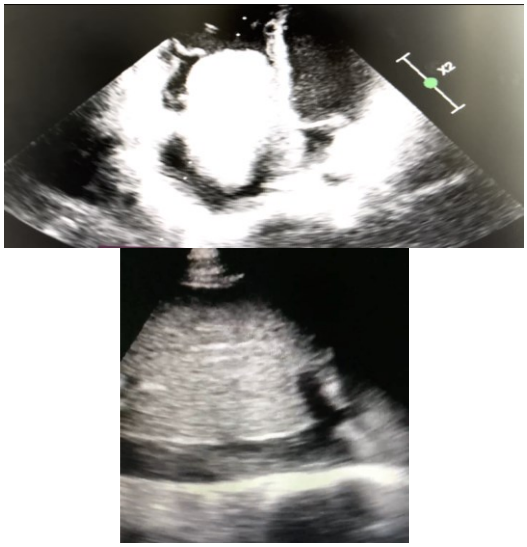
2.2. Ca bệnh 2. Bệnh nhân nữ, 20 tuổi. Cuối tháng 7/2022, xuất hiện khó thở, liên quan đến gắng sức, tăng dần, mệt nhiều kèm theo phù hai chân, vàng da, được khám tại y tế địa phương, chẩn đoán U nhầy nhĩ phải, chuyển Bệnh viện Quân Y 175 ngày 4/8 trong tình trạng suy tim phải nặng, tổn thương gan, có biểu hiện khó thở tăng dần, nôn ói nhiều. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định u (qua siêu âm tim, chụp cắt lớp vi tính đa dãy – MSCT), và các cận lâm sàng khác tầm soát loại trừ huyết khối, các nguyên nhân ác tính thứ phát. Quá trình chẩn đoán đã phát hiện thêm tổn thương lao đa cơ quan (phổi, ruột) đang tiến triển. Ngay lập tức, bệnh nhân đã được hội chẩn, quyết định điều trị tổn thương lao 2 tuần và phẫu thuật sớm có trì hoãn.



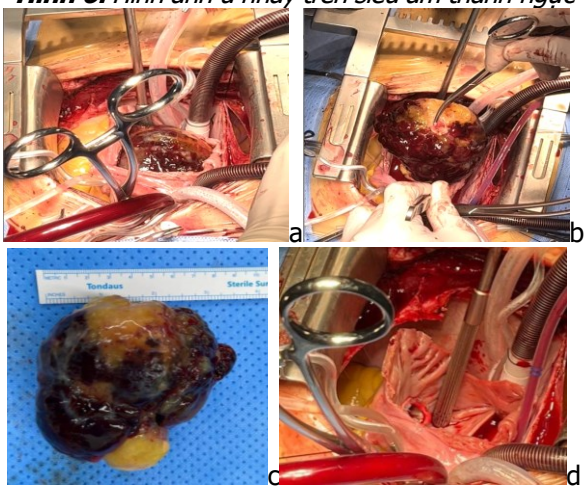
Hình 5. Hình ảnh tổn thương lao phổi và bóng tim to trên Xquang ngực thẳng

Trên siêu âm tim qua thành ngực:

U nhầy nhĩ phải	d=92x88x60mm, bờ không đều, nhiều thuỳ múi, có vôi hoá, cuống bám lỗ bầu dục vách liên nhĩ, chiếm gần toàn bộ nhĩ phải, di động nhiều từ nhĩ xuống thất qua van ba lá, gây tắc nghẽn dòng máu qua van 3 lá.
Van ba lá	Hở nặng, vòng van 42mm, PAPs bình thường.
Van hai lá, van ĐMC	Bình thường
EF (%)	64
TAPSE (mm)	15
LVDd/Ds (mm)	38/25
RA (mm)	73x89
RV (mm)	D1=49; D2=49, D3=82
IVC (mm)	19
Tổn thương phối hợp	Tràn dịch màng ngoài tim trước nhĩ phải, thất phải d#3mm



Hình 6. *Hình ảnh u nhầy trên siêu âm thành ngực*



Hình 7. Hình ảnh khối u và tổn thương van 3 lá trong mổ

Sau hơn 2 tuần điều trị tích cực tổn thương lao đa cơ quan, bệnh nhân được chuyển phòng mổ thực hiện phẫu thuật loại trừ khối u và sửa chữa các thương tổn do u gây ra trên tim. Do tim rất lớn nên kíp mổ lựa chọn kĩ thuật mổ kinh điển qua đường chẻ dọc giữa xương ức, lấy được khối u có kích thước rất lớn 100x95x55mm (Hình 7a, 7b, 7c) và sửa van ba lá với vòng van nhân tạo (Hình 7d). Bệnh nhân rút ống nội khí quản sau mổ 15 giờ, xuất viện sau 6 ngày, kết quả giải phẫu bệnh là u nhầy.

III. BÀN LUẬN

3.1. Chẩn đoán u nhầy nhĩ phải. U nhầy nhĩ phải gặp trong 15-20% u nhầy của tim; tỷ lệ nữ giới chiếm 70% và thường gặp ở độ tuổi từ 30-60 tuổi. Triệu chứng lâm sàng phong phú và không đặc hiệu. Tuy nhiên, biểu hiện khó thở và

suy tim phải là hay gặp hơn cả [2],[3]. Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào vị trí, kích thước, khả năng di động của khối u và thường mất đi sau khi khối u được cắt bỏ. Vị trí cuống u nhầy nhĩ phải hay gặp là tại vách liên nhĩ và cạnh lỗ bầu dục. Kích thước của u nhầy trong tim thay đổi từ 1-15cm, cân nặng từ 15-180g, các u được gọi là lớn khi có đường kính >5cm [1]. U nhầy nhỏ thường ít khi gây triệu chứng, bệnh nhân thường chỉ tình cờ phát hiện qua khám sức khoẻ, trong khi các u lớn sẽ gây các cản trở dòng chảy về nhĩ phải, thương tổn cấu trúc van ba lá hoặc ảnh hưởng tới dòng chảy qua van [4]. Các bệnh nhân có u lớn thường chỉ được phát hiện khi đã có biểu hiện của sự cản trở huyết động học như tụt huyết áp, ngất, suy tim hay biến chứng do vỡ u gây tắc mạch. Ca bệnh này, u nhĩ phải rất lớn, lên đến 95x70x68mm, có thể gọi là u nhầy khổng lồ, chiếm phần lớn diện tích nhĩ phải, nên biểu hiện chủ yếu là ứ trệ tuần hoàn về tim phải, gây suy tim phải, gan to, giãn tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch chủ dưới. Chẩn đoán tương đối đơn giản qua siêu âm tim, các trường hợp nghi ngờ có thể chẩn đoán chính xác hơn bằng siêu âm tim qua thực quản. Cũng nên lưu ý chỉ định MSCT có cản quang để loại trừ u trung thất, u phổi xâm lấn tim, bên cạnh đó để đánh giá hệ thống động mạch phổi, từ đó xem xét chỉ định can thiệp lấy phần thuyên tắc hoặc bóc nội mạc động mạch phổi 1 thì. Đặc biệt, việc tầm soát bằng bilan chẩn đoán ung thư luôn nên được chỉ định để loại trừ nguyên nhân di căn, đặc biệt là u ở tim phải. Một nguyên nhân khác cần phải được chẩn đoán phân biệt là huyết khối buồng tim phải, thường xảy ra trên bệnh nhân có rối loạn tăng đông (nguyên phát, thứ phát), hoặc bắt nguồn từ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới [5],[6]. Tóm lại, khi đối diện một bệnh nhân có khối bất thường trong tim phải, nên có cái nhìn toàn diện và sử dụng tất cả các phương tiện thăm dò chẩn đoán cần thiết.

3.2. Điều trị u nhầy nhĩ phải. Phẫu thuật là phương pháp chính điều trị u nhầy nhĩ phải. Phẫu thuật cấp cứu nên được đặt ra ngay khi phát hiện, lý do bởi nguy cơ tạo thuyên tắc và suy tim cấp… Trong khi điều trị các khối u di căn đến tim cần dựa vào loại ung thư và khối u nguyên phát, tiên lượng xấu hơn. Những khối u kích thước nhỏ, cuống gọn, có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn hoặc nội soi, thậm chí không cần ngưng tim [2],[6],[7]. Tuy nhiên, với những trường hợp u lớn như thế này nên lựa chọn đường mổ hở rộng rãi để kiểm soát tốt u, tránh làm vỡ u, đồng thời hạn chế các rối loạn dẫn truyền và tổn thương van, tránh các biến chứng trong quá trình gây mê như tụt huyết áp, rối loạn nhịp [2]. Một số tác giả cho rằng nên kẹp động mạch phổi chủ động để dự phòng trường hợp vỡ u khi lấy bỏ. Quá trình phẫu thuật phải hết sức nhẹ nhàng, chỉ cần một bất cẩn nhỏ có thể để lại hậu quả và di chứng nặng nề cho bệnh nhân. Nhiều tác giả cũng khuyến cáo cắt rộng quanh chân u để hạn chế tối đa nguy cơ tái phát. Tỉ lệ tái phát được thông báo khoảng 1% [8].

Theo các báo cáo đã được công bố tại Việt Nam thì khối u nhầy nhĩ phải lớn nhất được phát hiện chỉ khoảng 7cm [6],[7]. Ca bệnh này với kích thước gần 10cm, được biết như khối u nhầy có kích thước lớn nhất tại Việt Nam được báo cáo, gần bằng các khối u nhầy có kích thước lớn nhất được công bố trên thế giới [2]. Khối u này khả năng đã có từ rất lâu mà bệnh nhân không hề hay biết, mặc dù trước đó 2 tháng bệnh nhân đã được phẫu thuật kết xương đòn nhưng cũng không được phát hiện. Có thể nhận thấy, đặc điểm chung qua 2 trường hợp u nhầy nhĩ phải được điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175 là đều có kích thước khổng lồ, một phần lý do có thể do u nhầy ở vị trí tim phải tỉ lệ gây biến chứng cấp tính thấp hơn ở tim trái, chính vì vậy khối u có thể tồn tại và phát triển rất lâu trong cơ thể bệnh nhân. Nhìn chung, phẫu thuật tim hở điều trị u nhầy nhĩ phải tương đối nhẹ nhàng, ít biến chứng, hậu phẫu thuận lợi, thời gian nằm viện thấp. Tỉ lệ khỏi nếu được điều trị phẫu thuật là rất cao (>95%). Tuy nhiên trong 5 năm đầu sau phẫu thuật bệnh nhân vẫn nên định kỳ kiểm tra siêu âm tim mỗi 6 tháng để phát hiện tái phát sớm nếu có.

IV. KẾT LUẬN

Trong báo cáo này, chúng tôi nhấn mạnh sự hiếm gặp của các u nhầy rất lớn trong tâm nhĩ phải. Chẩn đoán sớm khó thực hiện do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và đến muộn. Chẩn đoán xác định không khó bởi sự phát triển đồng bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện có. Điều trị cắt u bằng phẫu thuật nên được thực hiện sớm ngay khi phát hiện và là giải pháp điều trị hiệu quả, tỉ lệ tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vale Mde P., et al.** (2008), "Giant myxoma in the left atrium: case report", Rev Bras Cir Cardiovasc, 23(2), 276-8.
2. **Nina V. J., et al.** (2012), "Atypical size and location of a right atrial myxoma: a case report", J Med Case Rep, 6, 26.
3. **Azevedo O., et al.** (2010), "Massive right atrial myxoma presenting as syncope and exertional

dyspnea: case report", Cardiovasc Ultrasound, 8, 23.
4. **Yuce M., et al.** (2007), "A huge obstructive myxoma located in the right heart without causing any symptom", Int J Cardiol, 114(3), 405-6.
5. **Phạm Quốc Đạt, Dương Đức Hùng, Lê Việt Thắng và CS** (2017), "Khối bất thường nhĩ phải: Huyết khối hay u tim?", Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 17, 3-6.
6. **Phùng Duy Hồng Sơn, Nguyễn Hữu Ước, Đoàn Quốc Hưng và CS** (2018), "Phẫu thuật u nhầy nhĩ phải: thông báo ba trường hợp", Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 19, 51-55.
7. **Nguyễn Hoàng Nam, Nguyễn Công Hựu, Nguyễn Trần Thuỷ và CS** (2021), "Nội soi toàn bộ cắt u nhầy nhĩ phải", Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 32, 12-16.
8. **Diaz A., et al.** (2011), "Left atrial and right ventricular myxoma: an uncommon presentation of a rare tumour", Interact Cardiovasc Thorac Surg, 12(4), 622-3.

KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO NỘI MÔ GIÁC MẠC TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỦY TINH THỂ 6 THÁNG Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG GIẢ TRÓC BAO

Đoàn Kim Thành[1,2], Lê Minh Tuấn[1], Lê Ngọc Vân Anh[1,2], Đặng Hoàng Long[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi về hình thái và số lượng tế bào nội mô (TBNM) giác mạc trước và sau phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể bằng siêu âm (phacoemulsification – phaco) ở bệnh nhân có biểu hiện hội chứng giả tróc bao (GTB). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu tiến cứu. Thực hiện khảo sát ở 70 mắt gồm 35 mắt có biểu hiện hội chứng GTB và 35 mắt không biểu hiện hội chứng, có chỉ định phẫu thuật phaco từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2023 tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. Bệnh nhân được phẫu thuật phaco với máy phẫu thuật Alcon Centurion. Các bệnh nhân được thăm khám, chụp hình TBNM giác mạc bằng máy NIDEK CEM 530 trước và sau phẫu thuật phaco tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Các thông số phẫu thuật như thời gian phaco, năng lượng phaco và lưu lượng dịch sử dụng được ghi nhận sau khi tiến hành phẫu thuật. **Kết quả nghiên cứu**: Độ tuổi trung bình của nhóm GTB là 72,14 ± 8,49 tuổi. Hội chứng xuất hiện phổ biến ở giới nữ. Độ sâu tiền phòng, phân độ đục thủy tinh thể, thị lực và nhãn áp không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Ghi nhận các thông số phẫu thuật thời gian phaco, CDE, lưu lượng dịch cao hơn và kích thước đồng tử nhỏ hơn ở nhóm GTB. ECD sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng đều thấp hơn ở nhóm GTB so với nhóm chứng. Thị lực cải thiện kém hơn tại thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng ở nhóm GTB so với nhóm không biểu hiện hội chứng. Thời gian phaco và năng lượng phaco (CDE và FP3) được ghi nhận mối tương quan với mức độ tổn thương TBNM giác mạc sau phẫu thuật phaco 6 tháng. **Kết luận**: Hội chứng GTB là một hội chứng liên quan đến tuổi, xuất hiện ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Phẫu thuật phaco hiện nay là một phương pháp an toàn và hiệu quả nhằm cải thiện thị lực cho bệnh nhân. TBNM ở nhóm bệnh nhân GTB tổn thương nhiều hơn so với người không biểu hiện hội chứng. Hội chứng GTB cần được khám và phát hiện, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Phẫu thuật phaco ở nhóm bệnh nhân này nên được thực hiện bởi phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm. tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật phaco, ECD thấp hơn và thị lực cải thiện chậm hơn ở nhóm GTB.

Từ khóa: Hội chứng giả tróc bao, phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể, tế bào nội mô giác mạc

SUMMARY

CORNEAL ENDOTHELIAL CELLS CHANGES 6 MONTHS FOLLOWING CATARACT SURGERY IN PATIENTS WITH PSEUDOEXFOLIATION SYNDROME

Purpose: To investigate corneal endothelial cells alterations after cataract sugery in patients with pseudoexfoliation syndrome (PEX). **Methods**: Prospective case-control study. 70 eyes separated into two groups: 35 eyes with PEX and 35 eyes without PEX, which indicated phacoemulsification surgery from January 2023 to June 2023 in Ho Chi Minh City Eye hospital. Every patients were done cataract surgery with Alcon Centurion phaco machine. Preoperative and after 1-week, 1-month, 3-month and 6-month post-operative endothelial cell density were mesured with NIDEK CEM 530 specular microscopy. Surgical parameters were recorded after the surgery (Phacotime, CDE, FP3, fluid and pupil diameter). **Results**: The average age of PEX patients was 72,14 ± 8,49. This syndrome was common in female population. There were no statistically difference of anterior chamber depth, cataract grading, pre-operative visual acuity and intraocular pressure between two groups. Phacotime, FP3, CDE were higher and pupil diameter was significantly smaller in PEX group. ECD before surgery was similar between PEX and control. Postoperative ECD at 1 week, 1

[1]Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
[2]Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Kim Thành
Email: dkthanh1605@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024
Ngày duyệt bài: 14.3.2024