

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHI THOÁT VỊ BÊN BẨM SINH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU KÍN ỐNG PHỨC MẠC TINH KẾT HỢP KIM ENDONEEDLE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Lê Thị Vân<sup>1</sup>, Hoàng Thị Thu Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Huyền Trang<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi thoát vị bẹn bẩm sinh được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khâu kín ống phúc mạc tinh kết hợp kim Endoneedle tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 29 bệnh nhi thoát vị bẹn bẩm sinh được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khâu kín ống phúc mạc tinh kết hợp kim Endoneedle tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình 5,72 tuổi, nhỏ nhất là 2 tuổi, lớn nhất là 13 tuổi. Bệnh gặp nhiều ở trẻ nam hơn trẻ nữ. Triệu chứng cơ năng thường gặp là khối phồng vùng bẹn, búi hay môi lớn. Kết quả siêu âm có 55,2% bệnh nhi có khối thoát vị. **Kết luận:** Thoát vị bẹn có đặc điểm lâm sàng đa dạng, chủ yếu biểu hiện với khối phồng vùng bẹn, búi hay môi lớn. Phần lớn bệnh nhi siêu âm có hình ảnh khối thoát vị. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, thoát vị bẹn bẩm sinh, phẫu thuật nội soi khâu kín ống phúc mạc tinh kết hợp kim Endoneedle.

## SUMMARY

### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH CONGENITAL HERNIA TREATED WITH LAPAROSCOPIC SURGERY TO CLOSE THE PERITONIC TUBE COMBINED WITH ENDONEEDLE NEEDLE AT NAM DINH PROVINCE GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of pediatric patients with congenital inguinal hernia treated with laparoscopic surgery to close the crystalline peritoneal tube and Endoneedle needle at Nam Dinh Provincial General Hospital. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 29 pediatric patients with congenital inguinal hernia treated with laparoscopic surgery to close the crystalline peritoneal tube combined with Endoneedle needle at the Department of General Surgery, Nam Dinh Provincial General Hospital over a period of months October 2022 to October 2023. **Results:** The average age of illness is 5,72 years old, the youngest

is 2 years old, the oldest is 13 years old. The disease is more common in boys than in girls. Common physical symptoms are bulges in the groin, scrotum or labia majora. Ultrasound results showed that 55,2% of pediatric patients had a hernia. **Conclusion:** Inguinal hernia has diverse clinical characteristics, mainly manifesting as a bulging mass in the groin, scrotum or labia majora. Most pediatric patients have ultrasound images of hernias. **Keywords:** clinical, paraclinical, congenital inguinal hernia, laparoscopic surgery to close the seminal peritoneal tube combined with Endoneedle needle.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là tình trạng các tạng trong ổ phúc mạc đi ra ngoài qua điểm yếu của thành sau ống bẹn xuống bìu (hoặc môi lớn ở nữ). Thoát vị bẹn ở trẻ em thường gặp là do bẩm sinh (do tồn tại ống phúc tinh mạc) và khác với thoát vị bẹn ở người lớn thường gặp là do mắc phải (do yếu cân cơ thành bụng). Tỷ lệ thoát vị bẹn ở trẻ em là 2% đến 5% ở trẻ sinh đủ tháng; 9% đến 11% ở trẻ sinh thiếu tháng và 30% đến 60% ở trẻ sinh thiếu tháng nhẹ cân [2].

Trẻ em bị thoát vị bẹn sẽ ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và sinh hoạt của trẻ. Thoát vị bẹn ở trẻ em cần phải được chẩn đoán và điều trị sớm nhằm giảm thiểu các biến chứng thường gặp như nghẹt, tắc ruột, viêm phúc mạc,... Điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em bằng phương pháp phẫu thuật được thực hiện thường xuyên nhất với tỷ lệ khoảng 0,8% đến 4,4% và là phương pháp hiệu quả với nguyên tắc là đóng kín ống phúc tinh mạc tại lỗ bẹn sâu. Vấn đề chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp thoát vị bẹn ở trẻ em còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như chọn lứa tuổi nào để phẫu thuật, kỹ thuật mổ nào để có kết quả tốt, phù hợp với sinh lý, giải phẫu ở trẻ em, an toàn, tỷ lệ tái phát thấp và có thể áp dụng rộng rãi ở các cơ sở ngoại khoa. Phương pháp phẫu thuật nội soi kết hợp kim Endoneedle đang được áp dụng để điều trị thoát vị bẹn có rất nhiều ưu điểm như thời gian phẫu thuật ngắn, tỷ lệ biến chứng sau mổ và tỷ lệ tái phát thấp... Theo nghiên cứu của Endo M năm 2009 trên 1270 trẻ được điều trị thoát vị bẹn và tràn dịch màng tinh hoàn bằng phương pháp phẫu thuật nội soi kết hợp kim Endoneedle có tỷ lệ tái phát

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân

Email: lethivan@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

là 0,16%. Theo Phạm Duy Hiền, 100% người bệnh phẫu thuật theo phương pháp này không gặp biến chứng và không tái phát bệnh [3]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi thoát vị bẹn bẩm sinh được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khâu kín ống phúc mạc tinh kết hợp kim Endoneedle tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2. Đối tượng và thời gian nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2023 trên 29 bệnh nhi được chẩn đoán thoát vị bẹn bẩm sinh được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khâu kín ống phúc mạc tinh kết hợp kim Endoneedle tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhi từ 2 đến 15 tuổi được chẩn đoán xác định thoát vị bẹn một bên hoặc hai bên, có đủ hồ sơ bệnh án

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhi có chống chỉ định nội soi ổ bụng.

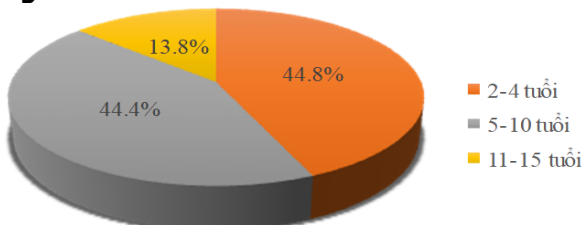
**2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Trong thời gian tiến hành thu thập số liệu có 32 bệnh nhi thoát vị bẹn bẩm sinh điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Chúng tôi đã chọn được 29 bệnh nhi theo tiêu chuẩn lựa chọn.

**2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng khoa học đánh giá đạo đức nghiên cứu y học của Bệnh viện. Các thăm khám lâm sàng, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng đều tuân thủ theo các quy định của Bộ y tế và của Bệnh viện.

**2.5. Phương pháp phân tích số liệu.** Nhập liệu, làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**



**Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi (n=29)**

Đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi từ 5-10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,4% và thấp nhất là độ tuổi 11-15 tuổi chiếm 13,8%

**Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nơi ở và thời gian mắc bệnh (n=29)**

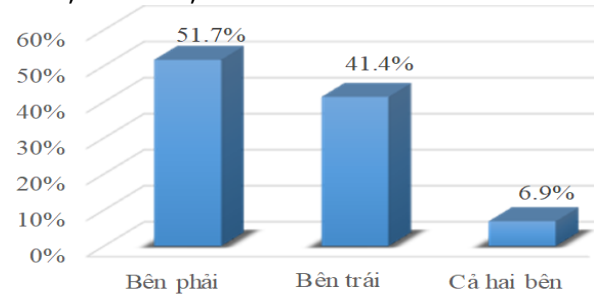
| Thời gian                   | Nơi ở    |             | Thành thị |             | Nông thôn |              | Tổng |   |
|-----------------------------|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|------|---|
|                             | N        | %           | N         | %           | N         | %            | N    | % |
| ≤ 1 tháng                   | 4        | 13,8        | 3         | 10,4        | 7         | 24,0         |      |   |
| Từ trên 1 tháng đến 6 tháng | 3        | 10,4        | 8         | 27,5        | 11        | 37,9         |      |   |
| Từ trên 6 tháng đến 1 năm   | 1        | 3,4         | 2         | 6,9         | 3         | 10,4         |      |   |
| Từ trên 1 năm đến 3 năm     | 1        | 3,4         | 4         | 13,8        | 5         | 17,2         |      |   |
| > 3 năm                     | 0        | 0           | 3         | 10,4        | 3         | 10,4         |      |   |
| <b>Tổng</b>                 | <b>9</b> | <b>31,0</b> | <b>20</b> | <b>69,0</b> | <b>29</b> | <b>100,0</b> |      |   |

Số bệnh nhi ở nông thôn cao hơn thành thị với tỷ lệ lần lượt là 69% và 31%. Tỷ lệ bệnh nhi có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 6 tháng cao nhất với 37,9% và thấp nhất có thời gian mắc bệnh trên 3 năm (10,4%).

**Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính và tình trạng khi sinh (n=29)**

| Tình trạng     | Giới tính |             | Nam      |             | Nữ        |              | Tổng |   |
|----------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|--------------|------|---|
|                | N         | %           | N        | %           | N         | %            | N    | % |
| Đẻ đủ tháng    | 23        | 79,2        | 2        | 7,0         | 25        | 86,2         |      |   |
| Đẻ thiếu tháng | 3         | 10,4        | 1        | 3,4         | 4         | 13,8         |      |   |
| <b>Tổng</b>    | <b>26</b> | <b>89,6</b> | <b>3</b> | <b>10,4</b> | <b>29</b> | <b>100,0</b> |      |   |

Phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm 89,6%. Số bệnh nhi có tiền sử đẻ đủ tháng cao hơn đẻ thiếu tháng với tỷ số lần lượt là 86,2% và 13,8%.



**Biểu đồ 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo vị trí thoát vị (n=29)**

Số bệnh nhi thoát vị bẹn bên phải chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,7% và thấp nhất là tỷ lệ bệnh nhi thoát vị bẹn cả hai bên (6,9%).

**3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi (n=29)**

| Đặc điểm lâm sàng | Số lượng (N) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|--------------|-----------|
|                   |              |           |

|                                   |   |    |      |
|-----------------------------------|---|----|------|
| Triệu chứng cơ năng               | Đau tức vùng bẹn, bìu, môi lớn                | 1  | 3,4  |
|                                   | Khối phồng vùng bẹn, bìu, môi lớn             | 25 | 86,2 |
|                                   | Khối phồng kèm đau tức vùng bẹn, bìu, môi lớn | 3  | 10,4 |
| Hoàn cảnh xuất hiện khối thoát vị | Tăng áp lực ổ bụng (chạy, rặn, ho, khóc)      | 20 | 69,0 |
|                                   | Tự xuất hiện                                  | 4  | 13,8 |
|                                   | To bìu thường xuyên                           | 2  | 6,9  |
|                                   | Bìu lúc to lúc nhỏ                            | 1  | 3,4  |
|                                   | Nghẹt (đau bụng, nôn ói, đau vùng bẹn)        | 2  | 6,9  |
| Tính chất khối thoát vị           | Khối thoát vị đẩy lên được                    | 26 | 89,7 |
|                                   | Ít di chuyển                                  | 1  | 3,4  |
|                                   | Nghẹt, không đẩy lên được                     | 2  | 6,9  |
| Kích thước khối thoát vị          | < 2cm   | 8  | 27,5 |
|                                   | 2 – 3cm                                       | 16 | 55,2 |
|                                   | > 3cm   | 5  | 17,3 |

Có 25 bệnh nhi thoát vị bẹn xuất hiện khối phồng ở vùng bẹn, bìu, môi lớn chiếm 86,2%. Phần lớn khối thoát vị xuất hiện khi bệnh nhi chạy, ho, khóc... (69,0%). Có 89,7% khối thoát vị có tính chất di chuyển và 55,2% khối thoát vị có kích thước từ 2 – 3cm.

**Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhi (n=29)**

| Kết quả siêu âm        | Số lượng (N) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|--------------|-----------|
| Có khối thoát vị       | 16           | 55,2      |
| Không có khối thoát vị | 13           | 44,8      |
| Tổng                   | 29           | 100       |

Về kết quả siêu âm, số lượng bệnh nhi có khối thoát vị nhiều hơn số bệnh nhi không có khối thoát vị với tỷ lệ lần lượt là 55,2% và 44,8%.

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi là 5,72 tuổi, tương đương với nghiên cứu của Thomas D.T là  $5,6 \pm 1,2$  tuổi [6] và Nguyễn Việt Hoa (2022)  $5,1 \pm 2,78$  tuổi [4], Nguyễn Lê Gia Kiệt (2022) là  $5,39 \pm 3,27$  [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thoát vị bẹn ở trẻ em giảm dần theo tuổi, nhóm trẻ từ 2 đến 4 tuổi gặp nhiều nhất chiếm 44,8%; nhóm từ 5 đến 10 tuổi chiếm 41,4% còn nhóm >10 tuổi chỉ chiếm 13,8%. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Huyền Trang: lứa tuổi từ 2 đến 5 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 75% [8]. Trong báo cáo của Hoàng Văn Bảo tại Bệnh viện Xanh Pôn: nhóm tuổi dưới 2 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,4%), tiếp theo đến nhóm 2 đến 6 tuổi và cuối cùng là nhóm trên 6 tuổi. Nguyên nhân

dẫn đến tỷ lệ nhóm tuổi phẫu thuật trên 2 tuổi tương đối cao do một số cha mẹ có nhìn nhận không đúng về bệnh (bệnh không ảnh hưởng tới sức khỏe và sinh hoạt của trẻ) cùng với tâm lý sợ đi mổ, cố chờ xem bệnh có tự khỏi không... Tuy nhiên, điểm chung của các nghiên cứu trên cho thấy nhóm tuổi mổ thoát vị bẹn chủ yếu là dưới 6 tuổi và bệnh thoát vị bẹn ở trẻ em có xu hướng giảm dần theo lứa tuổi.

Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 8,7/1 lớn hơn nghiên cứu của Nguyễn Lê Gia Kiệt (2022) với tỷ lệ nam/nữ là 7,4/1 và tương đồng với nghiên cứu của Boocock với tỷ lệ thoát vị bẹn ở nam là 88%, ở nữ là 12%. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do khác nhau về cỡ mẫu, tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Tuy nhiên, tất cả nghiên cứu đều cho thấy bệnh gặp chủ yếu ở trẻ nam và ít gặp ở trẻ gái. Nguyên nhân dẫn đến điều này là ở trẻ gái không có sự liên quan tới sự di chuyển của tinh hoàn như ở trẻ trai.

Thời gian mắc bệnh được tính từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi phẫu thuật. Tỷ lệ bệnh nhi có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 6 tháng cao nhất với 37,9% và có tới 10,4% có thời gian mắc bệnh trên 3 năm. Số liệu này cho thấy rằng chỉ định mổ chữa thoát vị bẹn ở trẻ em còn chậm bởi nhiều lý do khác nhau, và xu thế mổ chữa thoát vị bẹn ở trẻ em còn chưa được quan tâm trong bộ phận không nhỏ các gia đình có con em bị thoát vị bẹn, trừ khi bị thoát vị bẹn nghẹt. Nhiều công trình nghiên cứu về thoát vị bẹn trong nước và thế giới đã cho thấy rằng: thời gian bệnh càng dài càng gây nhiều khó khăn khi phẫu thuật và kết quả điều trị cũng bị ảnh hưởng. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016 với thời gian mắc bệnh thường gặp nhất là lớn hơn 1 tháng đến 6 tháng có 50 trường hợp chiếm 37,3%, tiếp theo là từ 1 đến 3 năm có 30 trường hợp chiếm 22,4%. Trên 3 năm có 26 trường hợp chiếm 19,4%. Khoảng thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng ít gặp nhất có 12 trường hợp chiếm 9%. Thời gian mắc bệnh sớm nhất là 10 ngày, lâu nhất là 9 năm [1]. Trong nghiên cứu của Saisamone Thammavone (2022) thời gian mắc bệnh trung bình là  $14,6 \pm 4,1$  tháng; các bệnh nhân bị thoát vị dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 41,9%, từ 03-06 tháng chiếm 20,4%; từ 06-12 tháng chiếm 7,5%;  $\geq 12$  tháng chiếm 30,1% [7]. Điều này có thể là do thoát vị bẹn là bệnh lý lành tính, ít xảy ra biến chứng, ít đau và gây ảnh hưởng đến sinh hoạt nên việc chọn phẫu thuật tùy vào khu vực, dân trí, điều kiện

kinh tế có thể đến viện sớm hay muộn.

Thời gian bệnh trung bình của nhóm bệnh nhi ở thành thị thấp hơn nhóm bệnh nhi ở nông thôn nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Điều này cho thấy trẻ ở nông thôn được hưởng sự chăm sóc y tế và tư vấn không kém so với trẻ ở thành thị. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016.

Thoát vị bẹn là bệnh lý bẩm sinh do xuất hiện một ống thông nhỏ từ phần ổ bụng xuống dưới vùng bẹn khiến dịch ổ bụng hoặc ruột chạy xuống, tạo thành khối phồng to ở bẹn. Thông thường, ở những tháng cuối của thai kỳ hoặc vài tháng đầu sau sinh, ống phúc tinh mạc của trẻ sẽ tự đóng lại. Trẻ càng lớn khả năng tự đóng của ống phúc tinh mạc càng thấp. Trường hợp ống phúc tinh mạc không đóng, sẽ gây ra thoát vị bẹn ở trẻ. Ngoài ra, bệnh cũng có thể hình thành do trẻ rặn quá nhiều sau một đợt táo bón hoặc ho liên tục thời gian dài. Thoát vị bẹn ở trẻ có thể gặp ở một bên hoặc cả hai bên, tỷ lệ thoát vị bẹn bên phải nhiều hơn bên trái. Phù hợp với kết quả này, trong nghiên cứu của chúng tôi có 51,7% thoát vị bẹn bên phải, 41,4% thoát vị bẹn bên trái và 6,9% thoát vị bẹn cả hai bên.

Triệu chứng lâm sàng của thoát vị bẹn ở trẻ em là xuất hiện một khối u phồng ở vùng bẹn của trẻ. Ở bé trai khối phồng này còn lan đến vùng bìu, ở bé gái là vùng mu - môi lớn. Nếu trẻ nằm yên rất khó phát hiện khối phồng vì khi đó khối thoát vị (dịch ổ bụng hoặc ruột) lại chui về ổ bụng, vùng bẹn của trẻ trở về trạng thái bình thường. Kích thước khối u phồng sẽ tăng lên khi trẻ vận động mạnh, chạy nhảy, ho, quấy khóc hoặc rặn. Có thể nhìn thấy khối thoát vị chuyển động dọc theo ống bẹn khi trẻ chạy nhảy. Nắn vào vùng phồng sẽ được túi thoát vị. Khối thoát vị mềm, nắn không đau. Có thể đẩy khối thoát vị đi chuyển. Bệnh nặng hơn là khi khối thoát vị bị nghẹt, không trở lại ổ bụng được, khiến cho vùng u phồng có thể sưng đau, kèm theo đó là những cơn quặn đau bụng dữ dội, bụng trướng, táo bón, trẻ quấy khóc, nôn hoặc buồn nôn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25 bệnh nhi thoát vị bẹn xuất hiện khối phồng ở vùng bẹn, bìu, môi lớn chiếm 86,2%. Phần lớn khối thoát vị xuất hiện khi bệnh nhi chạy, ho, khóc... (69,0%). Có 89,7% khối thoát vị có tính chất di chuyển và 55,2% khối thoát vị có kích thước từ 2 – 3cm. Kết quả này gần giống với nghiên cứu của Saisamone Thammavone (2022) triệu chứng xuất hiện khối phồng chiếm đa số (97,0%), đây

cũng là triệu chứng chính buộc bệnh nhân phải đến viện [7].

Siêu âm bẹn bìu là phương pháp hỗ trợ bác sỹ trong việc chẩn đoán, thăm khám lâm sàng các trường hợp thoát vị bẹn. Ưu điểm của phương pháp này là tiến hành nhanh chóng, không xâm lấn, không có biến chứng và là công cụ đáng tin cậy trong chẩn đoán thoát vị bẹn khi có bệnh sử đầy đủ nhưng thăm khám không rõ ràng. Siêu âm cho phép đánh giá chính xác kích thước và vị trí tinh hoàn của trẻ, đánh giá nội dung khối thoát vị... Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả siêu âm cho thấy 55,2% có khối thoát vị và 44,8% không có khối thoát vị. Nguyên nhân dẫn đến điều này có thể do siêu âm ở tư thế nằm và ống phúc tinh mạc nhỏ nên tỷ lệ siêu âm không thấy khối thoát vị tương đối cao.

## V. KẾT LUẬN

Thoát vị bẹn có đặc điểm lâm sàng đa dạng, chủ yếu biểu hiện với khối phồng vùng bẹn, bìu hay môi lớn. Phần lớn bệnh nhi siêu âm có hình ảnh khối thoát vị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ** (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ. Đề tài cơ sở năm 2016
2. **Gauderer** (2014). Hernias of the inguinal region. Operative Pediatric Surgery, 489-509
3. **Phạm Duy Hiền** (2019). Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi có sử dụng kim Endoneedle hỗ trợ điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em, Tạp chí Y dược học, 35-37.
4. **Nguyễn Việt Hoa, Phạm Quang Hùng, Vũ Hồng Tuấn** (2022). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn ở trẻ em có sử dụng kim xuyên qua da tự chế. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 510(1), 245-249
5. **Nguyễn Lê Gia Kiệt** (2022). Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn gián tiếp ở trẻ em bằng kim khâu xuyên qua da. Tạp chí Y dược Cần Thơ – số 59/2023
6. **Thomas D. T., Göcmen K. B., Tulgar S., Boga I** (2016). Percutaneous internal ring suturing is a safe and effective method for the minimal invasive treatment of pediatric inguinal hernia: Experience with 250 cases. J Pediatr Surg, 2016, 51(8), 1330-1335
7. **Saisamone Thammavone** (2022). Đặc điểm lâm sàng của những bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 528 tháng 7 số chuyên đề 2023
8. **Đặng Thị Huyền Trang** (2017). Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn bẩm sinh ở trẻ em. Luận văn bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT CẮT GAN NHỎ THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Vũ Đức Trung<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan nhỏ theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan nhỏ theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K từ tháng 11/2017 đến tháng 11/2023. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 127 bệnh nhân (BN). Tuổi trung bình: 58,4 ± 10,9 tuổi; 86,6% BN là nam giới; tỷ lệ mắc viêm gan B: 77,2%. Chỉ số AFP trung bình: 524,4 ± 1225,2 ng/ml. Huyết khối tĩnh mạch cửa gặp ở 10 BN (7,9%). Kích thước khối u trung bình trên CLVT: 4,1 ± 1,9 cm. Loại cắt gan: cắt phần thùy trước (37%), cắt thùy gan trái (37%), cắt phần thùy sau (26%). Đường mổ bụng được sử dụng phổ biến trong nghiên cứu là đường J phải: 53,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 133,0 ± 58,8 phút, không có BN nào truyền máu trong mổ. Biến chứng gặp ở 26 (20,5%) BN bao gồm: cổ trướng (14,2%), tràn dịch màng phổi (7,1%), suy gan (3,9%), nhiễm khuẩn vết mổ (3,1%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien: I (27,6%), II (69,3%), IIIa (3,1%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình: 9,5 ± 5,8 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan nhỏ theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** cắt gan nhỏ, cắt gan giải phẫu, ung thư biểu mô tế bào gan.

## SUMMARY

### SHORT-TERM OUTCOMES OF ANATOMICAL MINOR HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

**Objective:** To evaluate the short-term outcomes of anatomical minor hepatectomy for hepatocellular carcinoma (HCC). **Subject and method:** This was a retrospective descriptive study of the cases who underwent anatomical minor hepatectomy for hepatocellular carcinoma at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, K Hospital from November 2017 to November 2023. **Result:** Elective surgery was performed for 127 patients. The average age was 58,4 ± 10,9 years; 86,6% of patients were male; hepatitis B related: 77,2%. The mean AFP was 524,4 ± 1225,2 ng/ml. Portal vein thrombosis was seen in 10 patients (7,9%). The mean tumor size in

the CT scan was 4,1 ± 1,9 cm. Right anterior sectionectomy, left lateral sectionectomy and right posterior sectionectomy accounted for 37%, 37% and 26%, respectively. J-shape was the most common incision, with 53,3%. The mean operation time was 133,0 ± 58,8 min. There was no intraoperative blood transfusion. Postoperative complications that occurred in 26 patients (20,5%) including ascites (14,2%), pleural effusion (7,1%), liver failure (3,9%) and surgical site infection (3,1%). The classification of complications according to Clavien was: I (27,6%), II (69,3%) and IIIa (3,1%). There was no perioperative mortality. The average length of hospital stay was 9,5 ± 5,8 days. **Conclusion:** Anatomical minor hepatectomy for hepatocellular carcinoma is a feasible, safe, and effective method.

**Keywords:** minor hepatectomy, anatomical liver resection, hepatocellular carcinoma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý thường gặp, theo GLOBOCAN (2020), có tới 905.667 trường hợp mới mắc trong năm 2020, là nguyên nhân gây tử vong cho 830.180 bệnh nhân, đứng thứ 2 trong các loại ung thư. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất liên quan chặt chẽ tới tình trạng nhiễm virus viêm gan B [1].

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị UTBMTBG: tiêm cồn, nút mạch hóa chất, đốt nhiệt cao tần, tắc mạch với hạt vi cầu tải hóa chất, tắc mạch xạ trị, ghép gan... Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả nhất.

Cắt gan trong điều trị UTBMTBG đã được nhiều tác giả trên thế giới thực hiện và cải tiến với nhiều phương pháp khác nhau, như: Langenbuch (1988), Tôn Thất Tùng (1939), Lortat Jacob (1952), Bismuth (1982), Takasaki (1986),...

Cắt gan nhỏ theo giải phẫu là cắt ít hơn hoặc bằng hai hạ phân thùy gan liền kề. Đối với u gan đơn độc, kích thước nhỏ, khu trú tại 1 hoặc 2 hạ phân thùy liền kề, cắt gan nhỏ được coi là phẫu thuật điều trị triệt căn đem lại tiện lợi tốt cho bệnh nhân ung thư gan. Cắt gan nhỏ giúp tiết kiệm nhu mô gan mà vẫn có thể đảm bảo về ung thư học, tránh suy gan và các tai biến sau mổ [2].

Tại Việt Nam, cắt gan nhỏ điều trị UTBMTBG cũng được đề cập đến trong một số nghiên cứu tại các trung tâm ngoại khoa lớn như: bệnh viện Việt Đức, bệnh viện TWQĐ 108, bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024