

## V. KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng tâm thu thất phải thường gặp ở bệnh nhân được phẫu thuật tim hở có hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể. Các yếu tố nguy cơ làm xuất hiện RLCNTTTP gồm suy giảm chức năng thất phải trước mổ, rung nhĩ, kháng đông, mức độ hở van ba lá, diện tích thất phải cuối kỳ tâm trương trước mổ. RLCNTTTP làm tăng các chỉ điểm của bệnh nặng trong giai đoạn hồi sức: thời gian sử dụng thuốc vận mạch, thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện. Như vậy, thất phải đóng một vai trò quan trọng trong phẫu thuật tim do đó cần quan tâm đánh giá và nghiên cứu sâu hơn trong phẫu thuật tim cũng như trong hồi sức.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Minh Khôi.** Tương quan giữa TAPSE và FAC trong đánh giá chức năng tâm thu thất phải. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2016; 20(1):225-229.
2. **Lê Minh Khôi, Phan Vũ Anh Minh, Phan Văn Thuận và cộng sự.** Rối loạn chức năng thất phải trên siêu âm tim ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2020; 24(2):176-182.
3. **Bootsma IT, de Lange F, Koopmans M, et al.** Right Ventricular Function After Cardiac Surgery Is a Strong Independent Predictor for Long-Term Mortality. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2017; 31(5):1656-1662.
4. **Costachescu T, Denault A, Guimond JG, et al.** The hemodynamically unstable patient in the intensive care unit: hemodynamic vs. transesophageal echocardiographic monitoring. Crit Care Med. 2002; 30(6):1214-1223.
5. **Haddad F, Couture P, Tousignant C, et al.** The right ventricle in cardiac surgery, a perioperative perspective: I. Anatomy, physiology, and assessment. Anesth Analg. 2009; 108(2):407-421.
6. **Haddad F, Denault AY, Couture P, et al.** Right ventricular myocardial performance index predicts perioperative mortality or circulatory failure in high-risk valvular surgery. J Am Soc Echocardiogr. 2007; 20(9):1065-1072.
7. **Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, et al.** Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. J Am Soc Echocardiogr. 2015; 28(1):1-39.
8. **Maslow AD, Regan MM, Panzica P, et al.** Precardiopulmonary bypass right ventricular function is associated with poor outcome after coronary artery bypass grafting in patients with severe left ventricular systolic dysfunction. Anesth Analg. 2002; 95(6):1507-1518.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀ VAI TRÒ CỦA DẪN LƯU Ổ BỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ NANG ỔNG MẬT CHỦ Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Long<sup>1</sup>, Phạm Duy Hiền<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi và vai trò của dẫn lưu ổ bụng trong điều trị nang OMC ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca bệnh. Đối tượng là những trẻ được chẩn đoán nang OMC và được phẫu thuật nội soi điều trị tại khoa Ngoại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 1/2018 đến 12/2020. Loại trừ những bệnh nhân đã được phẫu thuật vào ổ bụng từ trước, Các thông tin trước trong và sau mổ được ghi nhận. Quản lý và xử lý số liệu bằng Excel và SPSS 20.0. **Kết quả nghiên cứu:** có 221 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu bao gồm 54 trẻ nam, 167 trẻ nữ. Có 114 (51,6%) trường hợp

thuộc typ I và 107 (48,4%) trường hợp thuộc typ IVA theo Todani. Kích thước đường kính nang từ 10 - 105mm. Tuổi từ 1 tháng đến 14 tuổi. Thời gian mổ từ 90 phút đến 330 phút, trung bình 161,8 phút. Tai biến trong mổ có 1 trường hợp (0,45%). Có 1 trường hợp chuyển mổ mở. Tỷ lệ tai biến chung là 8,1%, số bệnh nhân có dẫn lưu / không có dẫn lưu là 81/140. Thời gian phẫu thuật trung bình là 161,8 phút, thời gian nằm viện trung bình là 7,55 ngày. Mối liên quan của dẫn lưu ổ bụng với kết quả phẫu thuật nội soi điều trị nang OMC ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, thời gian phẫu thuật ở nhóm không có dẫn lưu ổ bụng ngắn hơn đáng kể so với nhóm có dẫn lưu ổ bụng (149,6 phút so với 182,8 phút). Thời gian nằm viện nhóm không dẫn lưu là 6,9 ngày cũng ngắn hơn đáng kể so với 8,6 ngày ở nhóm có dẫn lưu. Tai biến gặp 1 trường hợp ở nhóm có dẫn lưu. Tỷ lệ biến chứng ở nhóm có dẫn lưu cao hơn nhóm không có dẫn lưu cụ thể, người bệnh mổ nang OMC có đặt dẫn lưu có tỷ lệ nhiễm trùng, rò mật cao gấp 2 lần nhóm người bệnh không đặt dẫn lưu; có tỷ lệ áp xe tộn dư cao gấp 1,5 lần nhóm người bệnh không đặt dẫn lưu. Bệnh nhân sau mổ nang OMC không đặt dẫn lưu có kết quả tốt và khả cao gấp 1,79 lần và 1,77 lần so với người bệnh

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Long

Email: bslongvntdub@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

có đặt dẫn lưu. **Kết luận:** Đặt dẫn lưu sau phẫu thuật nội soi điều trị nang OMC không làm giảm nguy cơ xảy ra các biến chứng, thay vào đó có thể làm kéo dài thời gian điều trị sau mổ. Không đặt dẫn lưu sau phẫu thuật nội soi điều trị nang OMC là an toàn trong đa số các trường hợp.

**Từ khóa:** Nang OMC, Dẫn lưu sau phẫu thuật nội soi nang OMC ở trẻ em.

## SUMMARY

### OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY AND ROLE OF ABDOMINAL DRAINAGE IN TREATMENT OF CHOLEDOCHAL CYST IN CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL'S CHILDREN HOSPITAL

**Aim:** to evaluate of outcomes of laparoscopic surgery (LS) and role of abdominal drainage in treatment of choledochal cyst (CC) in children at Vietnam National's Children Hospital. **Methods:** retrospective study with all the patients were diagnosed of CC and managed by LS at General Surgical Department from 1/2018 to 12/2020. Patients who suffered from any abdominal operation were excluded from this study. The pre- and post-operative data were collected. The data were collected and analyzed by Excel and SPSS 20.0. **Results:** There were 221 patients in this study: 54 male and 167 female patients. Todani's classification reveals: 114 patients in type I and 107 patients in type IVA. The diameter of cyst ranged 10 to 105mm. The patients's age ranged 1 month to 14 year olds. The operative time's mean was 161,8 minutes. Intra-operative complications remained one case and one case of conversion. The general complications is 8,1 %. The patients were put drainage in 81 cases. The mean of operative time and hospital stay were 161,8 minutes and 7,55 days, retrospectively. The comparison between 2 group: with (Group A) or without abdominal drainage (Group B) show results: the time of operative time and hospital stay shorter in group B. One case of complication was from group A. The post-operative complications rate in group A was higher than group B (persistent abdominal abscess, bilious leakage). The patients in group B show better results than group A. **Conclusion:** Abdominal drainage of LS for CC does not decrease the risk of post-operative complications but can increase the hospital stay. There is safe in cases of not putting abdominal drainage.

**Keywords:** Choledochal cyst, Abdominal drainage

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang ống mật chủ (OMC) là một hình thái bất thường giải phẫu bẩm sinh của đường mật,

trong đó ống mật chủ giãn thành hình thoi hoặc hình cầu mà không có tắc ở phần cuối của ống mật chủ<sup>1</sup>. Điều trị chủ yếu là phẫu thuật, các phẫu thuật viên cắt nang và tái lập lưu thông mật – ruột. Giai đoạn đầu, dẫn lưu sau mổ được đặt thường qui ở vùng dưới gan với tất cả các trường hợp PTNS điều trị nang OMC. Tuy nhiên thời gian gần đây đặt dẫn lưu ổ bụng không còn là thường qui với tất cả các bệnh nhân mà chỉ được thực hiện trong một số trường hợp nhất định. Do vậy tới thời điểm hiện tại, chỉ định dẫn lưu ổ bụng trong phẫu thuật nội soi điều trị nang OMC còn nhiều bàn luận. Nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò và mối liên quan giữa dẫn lưu ổ bụng với kết quả phẫu thuật nội soi điều trị nang OMC ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng là những trẻ em được chẩn đoán, phẫu thuật nang OMC typ I, IVA và được điều trị tại khoa Ngoại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 1/2018 đến 12/2020. Nghiên cứu hồi cứu mô tả. Về kết quả phẫu thuật: các bệnh nhân được nghiên cứu về tuổi, giới, cân nặng, loại nang, kích thước nang, tai biến phẫu thuật, thời gian nằm viện, thời gian phẫu thuật, biến chứng sau mổ và kết quả điều trị. Về mối liên quan và vai trò của dẫn lưu ổ bụng với kết quả phẫu thuật nội soi: Các bệnh nhân được chia làm hai nhóm có dẫn lưu và không có dẫn lưu qua sau đó phân tích tai biến phẫu thuật, thời gian nằm viện, thời gian phẫu thuật, biến chứng sau mổ và kết quả điều trị của hai nhóm bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

221 bệnh nhân trong đó có 81 bệnh nhân có dẫn lưu và 140 bệnh nhân không có dẫn lưu.

Bao gồm 54 nam 167 nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1/3.

Tuổi nhỏ nhất 1 tháng, lớn nhất 168 tháng (14 tuổi), trung bình  $41,2 \pm 33,3$  tháng.

Cân nặng trung bình  $13,8 \pm 7,6$ kg, nhỏ nhất là 3kg và nặng nhất là 54kg.

Loại nang OMC type I và type IV A lần lượt là 114 (51,6%) và 107(48,4).

Đường kính nang trung bình  $34,04 \pm 16,5$ mm, nhỏ nhất là 10mm, lớn nhất là 105mm.

**Bảng 1: Đặc điểm chung**

	Có dẫn lưu	Không dẫn lưu	p
Tuổi (tháng) (nhỏ nhất-lớn nhất)	45,2 ± 37,2 (1 – 168)	38,9 ± 30,7 (2–156)	0,129
Giới(nam/nữ)	22/59	32/108	0,473
Cân nặng(kg) (nhỏ nhất-lớn nhất)	13,2 ± 7,2 (4,5 – 45)	14 ± 7,8 (3 – 54)	0,421
Loại nang	39/42	75/65	0,437
Kích thước nang(mm)	37,1 ± 17	32,2± 16	0,218

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm về tuổi, giới, cân nặng, loại nang và kích thước nang OMC với p lần lượt là  $p=0,129$ ,  $p=0,473$ ,  $p=0,421$ ,  $p=0,437$  và  $p=0,218$  (Bảng 1).

Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, của nhóm không có dẫn lưu ngắn hơn đáng kể

so với có dẫn lưu (149,6phút so với 182,8phút và 6,9 ngày so với 8,6 ngày). Tai biến trong mổ có 1 trường hợp tổn thương TMC ở nhóm có dẫn lưu. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (Bảng 2).

**Bảng 2: Thời gian phẫu thuật, nằm viện và tai biến**

	Có dẫn lưu	Không dẫn lưu	p
Thời gian phẫu thuật (phút)	182,8 ± 39,2	149,6 ± 27	<0,001
Nhỏ nhất-lớn nhất	110 – 320	90 – 240	
Thời gian nằm viện (ngày)	8,6 ± 3,5	6,9 ± 1,8	<0,001
Nhỏ nhất-lớn nhất	3 – 27	4 – 16	
Tai biến trong mổ	1	0	0,017

Tỉ lệ bệnh nhân biến chứng sau mổ ở nhóm có dẫn lưu cao hơn so với không dẫn lưu với  $p=0,03$ . Cụ thể, người bệnh mổ nang OMC có đặt dẫn lưu có tỷ lệ nhiễm trùng, rò mật cao gấp 2 lần nhóm người bệnh không đặt dẫn lưu; có tỷ lệ áp xe tồn dư cao gấp 1,5 lần nhóm người bệnh không đặt dẫn lưu. (Bảng 3)

**Bảng 3: Biến chứng sau mổ**

Biến chứng	Nhóm có dẫn lưu		Nhóm không có dẫn lưu		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Nhiễm trùng	2	66,7	1	33,3	3	100
Áp xe tồn dư	3	60	2	40	5	100
Rò tụy	1	100	0	0	1	100
Rò mật	6	66,7	3	33,3	9	100
Chảy máu	1	100	0	0	1	100
Lòi mạc nổi	2	100	0	0	2	100
Giá trị p	0,03					

Có 85,9% các trường hợp được theo dõi sau mổ. Thời gian theo dõi sau mổ ngắn nhất là 8 tháng, dài nhất là 44 tháng, trung bình là  $28,9 \pm 9,9$  tháng. Trong đó thời gian theo dõi trung bình của hai nhóm có dẫn lưu và không có dẫn lưu lần lượt là  $29,01 \pm 10,5$  tháng và  $28,85 \pm 9,6$  tháng. Về các biến chứng xa sau mổ, người

bệnh không đặt dẫn lưu có tỷ lệ nhiễm trùng đường mật cao gấp 2 lần so với người bệnh đặt dẫn lưu. Người bệnh đặt dẫn lưu có biến chứng viêm dạ dày trào ngược cao gấp 1,15 lần so với nhóm không đặt dẫn lưu. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,185$  (Bảng 4)

**Bảng 4: Kết quả theo dõi**

KQ theo dõi	Nhóm có dẫn lưu		Nhóm không có dẫn lưu		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Nhiễm trùng đường mật	2	40	3	60	5	100
Viêm dạ dày trào ngược	14	51,8	13	48,2	27	100
Hẹp miệng nổi	1	50	1	50	2	100
Giá trị p <sup>1</sup>	0,185					

Nhìn chung, người bệnh mổ nang OMC không đặt dẫn lưu có kết quả tốt và khá cao gấp 1,79 lần và 1,77 lần so với người bệnh có đặt dẫn lưu. Tuy nhiên, mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,327$  (Bảng 5).

**Bảng 5: Kết quả khám lại**

Kết quả	Có đặt dẫn lưu		Không đặt dẫn lưu		Tổng	
	n	%	N	%	n=190	%
Tốt	58	33,3	117	66,6	175	100
Khá	5	62,5	3	37,5	8	100
Trung Bình	2	40	3	60	5	100
Kém	1	50	1	50	2	100
Giá trị p	0,327					

#### IV. BÀN LUẬN

Trước đây, dẫn lưu sau phẫu thuật nội soi điều trị nang OMC được đặt thường qui ở vùng dưới gan với tất cả các trường hợp. Dẫn lưu thường qui được coi là đóng vai trò quan trọng trong việc loại bỏ dịch ổ bụng còn lại sau phẫu thuật nội soi điều trị nang OMC. Ngoài ra dẫn lưu ổ bụng còn giúp dự phòng, phát hiện, điều trị và theo dõi các biến chứng như: rò dịch mật, tụy, chảy máu.... Tuy nhiên thời gian gần đây cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi với chế độ xem phóng đại và góc nhìn linh hoạt do kính nội soi cung cấp cho phép thao tác chính xác hơn và tiến bộ của kỹ thuật phẫu thuật, chính những điều này đã làm giảm đáng kể tỉ lệ các biến chứng trên. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có 1(0,45%) trường hợp trong mổ làm tổn thương thành bên TMC xảy ra ở nhóm bệnh nhân có dẫn lưu (Bảng 1). Bệnh nhân đã được khâu lại thành bên TMC nội soi. Tổn thương TMC trong mổ là 1 trong những tai biến đáng quan ngại, việc đặt dẫn lưu sau mổ có mục đích theo dõi và phát hiện chảy máu tái phát chứ không có tác dụng cầm máu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng người bệnh mổ nang OMC có đặt dẫn lưu có tỷ lệ xuất hiện các biến chứng sau mổ cao hơn nhóm người bệnh không đặt dẫn lưu với  $p=0,03$  (Bảng 3).

Về 1 trường hợp chảy máu sau mổ đây là bệnh nhân chảy máu giường túi mật sau phẫu thuật xảy ra ở nhóm bệnh nhân có đặt dẫn lưu, trường hợp này phẫu thuật nội soi cắt nang OMC nối ống gan chung-hồng tràng có đặt dẫn lưu ổ bụng, hậu phẫu giờ thứ 24 dẫn lưu xuất hiện máu đỏ tươi số lượng khoảng 200ml. Bệnh nhân được phẫu thuật lại cầm máu, trong mổ thấy điểm chảy máu tại giường túi mật, sau mổ bệnh nhân ổn định. Chảy máu là một trong những biến chứng đáng quan ngại sau phẫu thuật nội soi cắt nang OMC, trong trường hợp bên cạnh việc thăm khám kịp thời thì việc đặt dẫn lưu đã phát huy được vai trò phát hiện chảy máu. Tuy nhiên chảy máu sau mổ nang OMC thường rất ít mà nguyên nhân chủ yếu là do kỹ thuật, để tránh phẫu thuật lặp lại nên sử dụng đúng kỹ thuật phẫu thuật trong lần phẫu thuật đầu tiên. Ngay cả khi chảy máu việc phát hiện nó vẫn có thể dựa vào thăm khám và xét nghiệm cận lâm sàng, việc phẫu thuật có thể áp dụng kịp thời. Bên cạnh đó việc đặt dẫn lưu chỉ mang tính chất theo dõi không có tác dụng cầm máu.

Áp xe tồn dư sau mổ gặp 5 trường hợp trong đó 3 trường hợp ở nhóm có đặt dẫn lưu và 2 trường hợp ở nhóm không đặt dẫn lưu. Tất cả

các trường hợp này đều đáp ứng với điều trị bảo tồn. Áp xe tồn dư có thể hình thành do việc rò mật, tụ dịch trong khi dẫn lưu ổ bụng không hiệu quả hoặc cũng chính dẫn lưu trở thành cầu nối hai chiều thông thương giữa bên ngoài với bên trong ổ bụng. Ngay cả khi xảy ra áp xe tồn dư nếu cần phải đặt lại dẫn lưu thì việc thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm cũng không gặp nhiều khó khăn. Báo cáo của Nguyễn Thanh Liêm & cs trước đây<sup>2</sup> ghi nhận 1,95% có tụ dịch và 0,65% phải mổ lại. Báo cáo của Trương Nguyễn Uy Linh<sup>3</sup> có tới 11,54% có tụ dịch nhiễm trùng trong ổ bụng, 3,85% trường hợp phải mổ lại để dẫn lưu.

Rò tụy gặp 1 trường hợp ở nhóm bệnh nhân có đặt dẫn lưu. Đây là trường hợp trẻ nữ 24 tháng tuổi có tiền sử viêm tụy nhiều lần đã được điều trị nội khoa và chỉ định phẫu thuật cắt nang OMC nối OG - hồng tràng, ghi nhận trong phẫu thuật cho thấy đoạn thấp OMC bị viêm dính và giòn nên việc kẹp đầu dưới OMC khó khăn. Sau mổ bệnh nhân được điều trị bảo tồn thành công bằng nhịn ăn, truyền dịch, hút liên tục dẫn lưu và phối hợp với thuốc ức chế bài tiết dịch tụy là Sandostatin liều lượng 5mg/kg cân nặng

Rò mật gặp ở nhóm không dẫn lưu là 3. Trong khi đó số trường hợp này ở nhóm có dẫn lưu là 6 bệnh nhân. Yamakata<sup>4</sup> cho rằng rò mật thường xảy ra ở bệnh nhi > 10 tuổi do tình trạng mô học kém của đường mật vì viêm đường mật kéo dài. Ở bệnh nhi < 5 tuổi, rò mật thường do vấn đề kỹ thuật khâu nối hơn là do thương tổn của đường mật. Fu và Yamakata<sup>4,5</sup> cho rằng những trường hợp rò mật sau mổ nhiều và kéo dài, khi lành sẽ làm tăng nguy cơ hẹp miệng nối mật - ruột.

Lòi mạc nối qua vị trí rút dẫn lưu gặp 2 trường hợp, trong nhóm có dẫn lưu (điều này phù hợp với một nghiên cứu trước đây về các biến chứng của dẫn lưu sau phẫu thuật túi mật. Biến chứng này có thể gây trở ngại đáng kể cho quá trình phục hồi sau mổ.

Rõ ràng có thể thấy việc đặt dẫn lưu không làm giảm việc xảy ra biến chứng trên. Ngoài ra các dấu hiệu của việc rò dịch mật, tụy, chảy máu hoặc áp xe tồn dư có thể được phát hiện qua các dấu hiệu lâm sàng như: chướng bụng, giảm nhu động ruột, các biểu hiện của viêm phúc mạc và phát hiện trên siêu âm.

Thời gian phẫu thuật ở nhóm có dẫn lưu dài hơn đáng kể so với nhóm không có dẫn lưu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p<0,001$  (Bảng 2).

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật kéo dài

đáng kể ở nhóm bệnh nhân có dẫn lưu trung bình  $8,6 \pm 3,5$  ngày so với  $6,9 \pm 1,8$  ngày ở nhóm không có dẫn lưu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  (Bảng 2).

Mặc dù ít đau sau phẫu thuật là một trong những ưu điểm chính của phẫu thuật nội soi nhưng lợi ích này có thể bị giảm một phần do sử dụng dẫn lưu. Trong nghiên cứu này chúng tôi không đánh giá được điểm đau của hai nhóm bệnh nhân. Theo Long Li<sup>6</sup> đã chỉ ra rằng điểm đau trung bình sau mổ ngày thứ 2 ở nhóm có dẫn lưu cao hơn đáng kể so với nhóm không có dẫn lưu.

Có 85,9% các trường hợp được theo dõi sau mổ. Trong đó thời gian theo dõi trung bình của hai nhóm có dẫn lưu và không có dẫn lưu lần lượt là  $29,01 \pm 10,5$  tháng và  $28,85 \pm 9,6$  tháng. Người bệnh không đặt dẫn lưu có tỷ lệ nhiễm trùng đường mật cao gấp 2 lần so với người bệnh đặt dẫn lưu. Người bệnh đặt dẫn lưu có biến chứng viêm dạ dày trào ngược cao gấp 1,15 lần so với nhóm không đặt dẫn lưu. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,185$ .

Nhìn chung, người bệnh mổ nang OMC không đặt dẫn lưu có kết quả tốt và khá cao gấp 1,79 lần và 1,77 lần so với người bệnh có đặt dẫn lưu. Tuy nhiên, mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,327$ .

## V. KẾT LUẬN

Dẫn lưu ổ bụng sau phẫu thuật nội soi điều trị nang OMC có vai trò quan trọng trong việc theo dõi, dự phòng và phát hiện các biến chứng. Tuy nhiên không làm giảm nguy cơ xảy ra các biến chứng sau mổ, thay vào đó có thể làm kéo dài thời gian điều trị sau mổ. Không đặt dẫn lưu sau phẫu thuật nội soi điều trị nang OMC là an toàn trong đa số các trường hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Duy Hiền** (2012), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị nang ống mật chủ ở trẻ em, Luận án tiến sĩ Y học - Học viện Quân Y.
2. **Nguyễn Thanh Liêm, Phạm Duy Hiền, and Nguyễn Đức Thọ**, Kết quả điều trị 154 trường hợp u nang ống mật chủ bằng kỹ thuật cắt nang và nối mật - ruột kiểu Roux-en-Y Tạp chí Y học thực hành, 2005. 506: p. 42-45.
3. **Trương Nguyễn Uy Linh, T.T.T., Huỳnh Công Tiên, Đào Trung Hiếu**, Điều trị phẫu thuật nang ống mật chủ ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2000. 4(1): p. 106-111.
4. **Yamataka A., Segawa O., and Kobayashi H.**, Intraoperative pancreatoscopy for pancreatic duct stone debris distal to the common channel in choledochal cyst. J Pediatr Surg, 2000. 35(1): p. 1-4.
5. **Fu M., Wang Y.X., and Zhang J.Z.**, Evolution in the treatment of choledochus cyst. J Pediatr Surg, 2000. 35(9): p. 1344-1347.
6. **Diao M, Li L, Cheng W.** To drain or not to drain in Roux-en-Y hepatojejunostomy for children with choledochal cysts in the laparoscopic era: a prospective randomized study. J Pediatr Surg. 2012;47(8):1485-1489.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN LỖM NGỰC BẨM SINH

Đào Duy Phương<sup>1</sup>, Hồ Tất Bằng<sup>1,2</sup>

Lâm Thảo Cường<sup>1,2</sup>, Lê Thị Thiên Nga<sup>1</sup>, Trần Thanh Vỹ<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng theo nhóm tuổi của các bệnh nhân lõm ngực bẩm sinh được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang, đối tượng là bệnh nhân lõm ngực bẩm sinh được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM từ tháng 3/2008 đến tháng 12/2016. Bệnh nhân được chia làm 5 nhóm tuổi 2-5 tuổi, 6-11 tuổi, 12-15 tuổi, 16-18 tuổi và trên 18 tuổi. Các triệu chứng

lâm sàng được ghi nhận tại thời điểm nhập viện đặt thanh nâng ngực. **Kết quả:** Có 719 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, tuổi trung bình là  $12,4 \pm 5,7$  tuổi, tỉ lệ nam giới 74,1%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ảnh hưởng tâm lý (66,8%), khó thở khi gắng sức (22,7%), đau ngực (37,8%), thiếu sức khi tập luyện (36,4%). Độ tuổi càng lớn, tỉ lệ các triệu chứng cơ năng càng cao. Phần lớn bệnh nhân lõm ngực nhẹ cân, chỉ số khối cơ thể (BMI)  $< 18,5$  chiếm 74,4%. **Kết luận:** Bệnh nhân lõm ngực  $\geq 12$  tuổi bắt đầu có ảnh hưởng thể chất và tâm lý, tỉ lệ các triệu chứng tăng dần theo tuổi. Trong đó, ảnh hưởng tâm lý là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở các bệnh nhân có dị dạng lõm ngực bẩm sinh.

**Từ khóa:** Lõm ngực bẩm sinh, đặc điểm lâm sàng.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF PECTUS EXCAVATUM PATIENTS

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Vỹ

Email: vy.tt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2022

Ngày duyệt bài: 2.11.2022