

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Trọng Dũng.** (2014). Nhận xét kết quả điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2013. Tạp chí Phụ sản, 12(2): 44-47.
2. **Nguyễn Gia Cường.** (2019). Nghiên cứu kết quả điều trị chữa kể vòi tử cung bằng Methotrexate đa liều tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Bích Thủy.** (2011). Nghiên cứu điều trị chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexat đơn liều và đa liều tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y Hà Nội.
4. **Hà Minh Tuấn.** (2010). Nghiên cứu điều trị chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng methotrexat tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2009, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Thu Lệ.** (2016). Nhận xét lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí chữa ngoài tử cung tại bệnh viện C Thái Nguyên trong 3 năm từ 2013-2015, Luận văn thạc sĩ. Đại học y Hà Nội.
6. **Vũ Thanh Vân.** (2016). Điều trị chữa ngoài tử cung bằng Methotrexat tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 03/2005 đến 07/2006, Luận án thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Bùi Minh Phúc.** (2014). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện đa khoa Hòa Bình trong 3 năm 2011 – 2013, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Thân Ngọc Bích.** (2010). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1999 và 2009, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT TROCAR HỖ TRỢ CẮT U QUÁI BUỒNG TRỨNG LÀNH TÍNH Ở TRẺ EM

Trần Xuân Nam¹, Phạm Duy Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) một trocar hỗ trợ cắt u quái buồng trứng lành tính (UQBTLT) ở trẻ em. **Phương pháp:** Hồi cứu các bệnh nhi với chẩn đoán và được PTNS một trocar hỗ trợ cắt UQBTLT từ tháng 1/2015 tới tháng 12/2020 tại bệnh viện Nhi Trung Ương. Các thông tin trước trong và sau phẫu thuật được ghi nhận. Hẹn khám lại toàn bộ bệnh nhân. Quản lý và xử lý số liệu bằng Excel và SPSS 16.0. **Kết quả:** Có 40 bệnh nhi thuộc diện nghiên cứu với tuổi trung bình là 88 tháng tuổi (5 tháng - 164 tháng). Lý do chủ yếu làm bệnh nhân đến khám là đau bụng âm ỉ (70%). Cân nặng trung bình của bệnh nhân: $23,5 \pm 9,9$ (kg) (từ 10- 47kg). Đường kính trung bình của UQBTLT là: $60,47 \pm 22,26$ (mm) (từ 25-115mm). Giá trị trung vị AFP trước mổ: 1,2 mUi/ml (từ 0,1- 25,1 mUi/ml) (với 95% giá trị nằm trong giới hạn bình thường). Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, tỉ lệ mổ rộng vết mổ rốn là 85%, tỉ lệ chọc hút dịch trong nang là 72,5%. Không ghi nhận tai biến và biến chứng trong và sau mổ. Thời gian mổ trung bình: $51,75 \pm 8,29$ (phút) (35-70 phút). Thời gian nằm viện trung bình: $3,65 \pm 1,09$ (từ 2-6 ngày). Theo dõi sau mổ toàn bộ bệnh nhân với thời gian trung bình: $49,69 \pm 14,31$ (tháng) (từ 30,3-76,6 tháng) ghi nhận 2 bệnh nhân tái phát tại thời điểm 12 và 24 tháng đã được mổ lại nội soi 3 trocar cắt toàn bộ buồng trứng cho kết quả tốt. Kết quả thẩm mỹ là rất tốt. **Kết luận:** PTNS là khả thi, an toàn, hiệu quả và

có tính thẩm mỹ cao trong điều trị UQBTLT ở trẻ em.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, u quái buồng trứng lành tính, trẻ em.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR MATURE OVARIAN TERATOMA IN CHILDREN

Objective: The aim of this study is to describe the pre-clinical and clinical feature of mature ovarian teratoma (MOT) and outcomes of one trocar assisted laparoscopic surgery (OTALS) for treatment of MOT. **Methods:** Medical record of all patients with diagnosis of MOT and underwent OTALS at VietNam National Children's hospital from Jan, 2015 to Dec 2020 were reviewed. The pre and post operative data were collected. Data management and analysis were made by Excel and SPSS 20.0. **Results:** 40 patients were identified, with medium age of 88 months (ranged from 5 month to 164 months). The commonest admission reason was persistent abdominal pain (70%). The medium weight of patient was $23,5 \pm 9,9$ (kg) (from 10- 47kg). The medium diameter of the cyst was $60,47 \pm 22,26$ (mm)(25-115mm). Pre-operative AFP level was: 1,2 mUi/ml (from 0,1- 25,1 mUi/ml) (95% cases in the normal range). There was no conversion and intra - or postoperative complications. The rate of umbilical scar expanding was 85%, intra MOT fluid suction was 72,5%. The mean operative time was $51,75 \pm 8,29$ (min) (35-70 min). The mean postoperative hospital stay was $3,65 \pm 1,09$ (2- 6 days). At the follow up 30 - 76 months, two patients had recurrence after ovarian tissue sparing surgery, which underwent laparoscopic oophorectomy with good results. The rest of patients were in good health. The post-operative comesis was excellent. **Conclusion:** OTALS is highly feasible, safe, effective, with excellent comesis in management of MOT in children.

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Nam

Email: namtranxuan1989@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.11.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022

Keywords: Laparoscopic surgery, mature ovarian teratoma, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối choán chỗ ở buồng trứng nói chung (bao gồm dạng nang và dạng đặc) ít gặp (chiếm 1% các khối u ở trẻ em). Lindford đưa ra tổng kết dựa trên một nghiên cứu lớn cho thấy tỉ lệ khối choán chỗ buồng trứng là 2,6 ca /100.000 trường hợp với những trẻ dưới 15 tuổi [1]. Ước tính có tới hơn 90% u buồng trứng là lành tính. Trong các khối u buồng trứng, u quái buồng trứng chiếm tỉ lệ cao nhất và hầu hết trong số đó là các u quái buồng trứng thường thành (UQBTTT). Hầu hết các UQBTTT là lành tính (tỉ lệ chuyển dạng ác tính là rất thấp).

Thái độ xử trí đối với UQBTLT có nhiều thay đổi. Nếu trước kia, chủ yếu cắt toàn bộ buồng trứng, thì hiện nay xu hướng điều trị là cắt u bảo tồn buồng trứng-[1][2]. Theo Raheem et al., cắt u bảo tồn buồng trứng sẽ tăng khả năng bảo tồn sinh sản cho bệnh nhân, bảo tồn phần nhu mô buồng trứng lành, đặc biệt trong trường hợp u quái buồng trứng hai bên [3]. Kinh điển, điều trị u quái buồng trứng lành tính (UQBTLT) dựa vào mổ mở. Gần đây, phẫu thuật nội soi (PTNS) đặc biệt PTNS một trocar hỗ trợ trong điều trị UQBTLT cho kết quả bước đầu là khả quan.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh u quái buồng trứng lành tính ở trẻ em được cắt u bằng phẫu thuật nội soi một trocar hỗ trợ tại bệnh viện Nhi Trung Ương giai đoạn 2015-2020 và đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi hồi cứu lại toàn bộ bệnh nhân UQBTLT được PTNS một trocar hỗ trợ theo diện

Bảng 2. So sánh giữa phẫu thuật nội soi một trocar hỗ trợ và phẫu thuật nội soi một trocar hỗ trợ có mở rộng vết mổ rốn

Các phương pháp PTNS	Kích thước u qua CT ổ bụng (mm)	Thời gian mổ (phút)	Thời gian dùng giảm đau sau mổ (ngày)	Thời gian nằm viện (ngày)	Điểm Linkert đánh giá độ hài lòng về thẩm mỹ của vết mổ*
PTNS một trocar hỗ trợ (n= 6)	45,00 ±4,88	45,00 ± 5,48	2,17±0,75	3,67 ± 1,03	4,83
PTNS một trocar hỗ trợ có mở rộng vết mổ rốn (n= 34)	61,68 ± 23,32	52,94 ±8,17	2,09 ±0,57	3,65 ± 1,12	4,85
Giá trị P	0,006	0,028	0,77	0,97	0,98

*: Điểm Linkert tính được khi phỏng vấn bố mẹ trẻ tại thời điểm chốt khám lại của nghiên cứu (điểm này tính trên thang điểm 5)

Nhận xét: - Kích thước u qua CT ổ bụng

phẫu thuật mổ phiên và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là lành tính từ tháng 1/2015 tới tháng 12/2020 tại BV Nhi Trung Ương. Tiến hành gây mê nội khí quản với toàn bộ bệnh nhân. Có thể chọc hút dịch trong u qua góc nhìn camera nội soi hoặc thành nang buồng trứng được đưa qua lỗ trocar rốn và tại đây dịch trong nang được hút ra ngoài. Sau đó u được đưa ra ngoài qua đường rạch ở rốn (có thể mở rộng khi cần). Tiến hành cắt u, bảo tồn nhu mô lành buồng trứng. Ghi nhận thông tin trước trong và sau mổ. Quản lý và xử lý số liệu bằng Excel và SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 40 bệnh nhân được ghi nhận trong nghiên cứu với tuổi trung bình là 88 tháng (từ 5 tháng - 164 tháng). Dấu hiệu hay gặp nhất là đau bụng âm ỉ (70%). Khi khám lâm sàng triệu chứng hay gặp nhất là sờ thấy khối di động có ranh giới rõ ở hạ vị 60%. Toàn bộ bệnh nhân được làm xét nghiệm AFP trước mổ và 95% các trường hợp có giá trị AFP bình thường theo độ tuổi. Đường kính trung bình của UQBTLT đo qua CT ổ bụng là: 60,47 ± 22,26 (mm). Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Không ghi nhận tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ.

Bảng 1. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
PT nội soi một trocar hỗ trợ	6	15
PT nội soi một trocar hỗ trợ mở rộng vết mổ rốn	34	85
Tổng số	40	100

Nhận xét: - Phương pháp PTNS một trocar hỗ trợ có kết hợp mở rộng vết mổ ở rốn là phương pháp phổ biến nhất (85%).

- Có 72,5 % bệnh nhân có chọc hút dịch trong UQBTLT.

trong nhóm PTNS một trocar hỗ trợ lớn hơn nhóm PTNS một trocar hỗ trợ có mở rộng vết mổ ở rốn (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p = 0,006). Thời gian mổ trong nhóm PTNS một

trocar hỗ trợ ngắn hơn nhóm PTNS một trocar hỗ trợ có mở rộng vết mổ ở rốn (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,028$). Thời gian dùng giảm đau sau mổ và thời gian nằm viện giữa 2 nhóm có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Điểm Linkert đánh giá mức độ hài lòng về thẩm mỹ của sẹo mổ nội soi cho thấy sự tương đương giữa 2 nhóm ($p>0,98$)

- Toàn bộ bệnh nhân được theo dõi sau mổ với thời gian trung bình: $49,69 \pm 14,31$ (tháng) (từ 30,3-76,6 tháng). Có 2/40 bệnh nhân bị u tái phát tại thời điểm theo dõi 12 và 24 tháng. Cả 2 bệnh nhân này đã được phẫu thuật lại với PTNS 3 trocar cắt toàn bộ buồng trứng và được ghi nhận có kết quả tốt, chưa thấy tái phát thêm tính tới thời điểm hiện tại.

Bảng 3. So sánh giữa 2 nhóm có tái phát sau mổ và không có tái phát

Đặc điểm nhóm bệnh nhân	Kích thước u qua CT (mm)	Mở rộng vết mổ ở rốn		Chọc hút dịch trong nang		Thời gian mổ (phút)
		Không	Có	Không	Có	
Không có tái phát sau mổ	$59,5 \pm 23,0$	6	32	11	27	$51,58 \pm 8,39$
Có tái phát sau mổ	$53,0 \pm 9,89$	0	2	0	2	$55,00 \pm 7,07$
Giá trị P	0,69	1		1		0,58

Nhận xét: Không ghi nhận mối liên quan giữa kích thước u qua CT ổ bụng, mở rộng vết mổ, chọc hút dịch trong nang, thời gian mổ giữa 2 nhóm không có tái phát và có tái phát sau mổ ($p>0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, dấu hiệu chủ yếu để bệnh nhân đến khám phát hiện bệnh là dấu hiệu đau bụng (70%).

Bảng 4. So sánh các dấu hiệu lâm sàng khiến bệnh nhân đi khám

Nghiên cứu	Trần Ngọc Sơn [4] (2013)	Shih-Ming Chu [5] (2010)	Barbancho DC [6] (2007)	Nghiên cứu này (2022)
Đau bụng	60.9 %	64,6 %	57,8%	70 %
Sờ thấy khối ở bụng	8.7 %	16,2 %	Không đề cập	17,5 %
Chẩn đoán trước sinh	21.7 %	21,6 %	Không đề cập	0 %
Các dấu hiệu khác (rối loạn tiêu hóa, dậy thì sớm, phát hiện tình cờ..)	8.7 %	21,6%	42,8%	12,5 %

Trong cả 4 nghiên cứu, đau bụng là dấu hiệu hay gặp nhất khiến cho bệnh nhân đến khám. Đau bụng ở nhóm bệnh nhân UQBTLT trong đối tượng nghiên cứu (mổ phiến) có tính chất đau bụng âm ỉ. Nguyên nhân do xuất hiện khối choán chỗ ở tiểu khung. Do vậy khi trẻ xuất hiện dấu hiệu đau bụng âm ỉ kéo dài bố mẹ trẻ cần cho trẻ đi khám sớm để phát hiện và xử trí bệnh kịp thời, tránh các biến chứng của UQBTLT (xoắn, vỡ). Không ghi nhận trường hợp nào có biểu hiện rối loạn nội tiết (tuyến vú phát triển, mọc lông mu hoặc ra máu bất thường ở âm đạo). Một số nghiên cứu chỉ ra không có bằng chứng về dậy thì sớm ở các u buồng trứng lành tính. Hầu hết các triệu chứng về rối loạn nội tiết gây ra do bài tiết estrogen bất thường từ các tế bào u ác tính.

Các xét nghiệm CDHA trước mổ bao gồm siêu âm và chụp CT ổ bụng. CT ổ bụng được tiến hành trong toàn bộ các trường hợp. Đa phần UQBTLT trên CT bụng được miêu tả có nang dịch, và thành phần đặc, tổ chức mỡ, vôi hóa bên trong. Không có trường hợp nào CT phát hiện chỉ toàn tổ chức đặc, có nhú vào lòng nang (tính chất gợi ý ác tính). Độ nhạy của CT ổ bụng

trong nghiên cứu là 80% về dự đoán tính chất UQBTLT. Nhiều tác giả nhận định, các yếu tố gợi ý ác tính trên chẩn đoán hình ảnh bao gồm: kích thước u > 8 cm, có dịch tự do ổ bụng, có thành phần đặc trong khối, có nhú đặc trong lòng u, ranh giới vỏ u độ III, có cấu trúc hỗn hợp trong u, ranh giới không rõ ràng với tổ chức xung quanh, có hạch lân cận, có yếu tố di căn tại cơ quan khác (gan, phổi)

Trước mổ, dự báo tính chất của khối u qua xét nghiệm AFP. Trong nghiên cứu, toàn bộ bệnh nhân được xét nghiệm AFP trước mổ. Giá trị trung vị của AFP trước mổ là $1,2 \text{ mU/ml}$ (từ 0,1-25,1 mU/ml) với $38/40 = 95\%$ bệnh nhân có giá trị AFP bình thường theo mốc tham chiếu (độ nhạy 95 % trong chẩn đoán UQBTLT). Theo Wang Liu H [7], những bệnh nhân chẩn đoán sau mổ là u buồng trứng ác tính thì chỉ có 73,7% bệnh nhân có AFP trước mổ là bất thường. Do đó ngay cả khi giá trị AFP trước mổ là bình thường thì cũng không dự báo tuyệt đối tính chất lành tính của khối u mà cần dựa thêm cả khám lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh khác. Phối hợp các yếu tố dự báo trên chẩn đoán

hình ảnh và đường kính u trên lâm sàng chính xác hơn là chỉ dựa vào AFP đơn thuần.

Kinh điển theo Daniel Von Allmen [1], hướng tới u buồng trứng lành tính trước mổ khi cả giá trị AFP và Beta HCG trong giới hạn bình thường theo độ tuổi. Tuy nhiên trong nhiều báo cáo gần đây, các tác giả đều đồng thuận đến vai trò của đa marker trong chẩn đoán phân biệt tính chất u buồng trứng trước mổ (do mỗi marker có độ nhạy và độ đặc hiệu khác nhau nên khi phối hợp đa marker sẽ làm tăng hiệu quả chẩn đoán)

Trước kia, phương pháp phẫu thuật với những trường hợp u buồng trứng là cắt toàn bộ buồng trứng. Tuy nhiên, gần đây, nhiều nghiên cứu đồng thuận cho rằng, phương pháp cắt u bảo tồn nhu mô lành buồng trứng (Ovarian sparing surgery-OSS) giúp bảo tồn tối đa nhu mô lành buồng trứng, tăng khả năng bảo tồn chức năng sinh sản sau này trong những trường hợp u buồng trứng lành tính. Trong nghiên cứu, toàn bộ bệnh nhân được tiến hành cắt u bảo tồn buồng trứng (do định hướng trước mổ là lành tính). Cắt u bảo tồn buồng trứng sẽ có nguy cơ làm cho còn sót u, do vậy sẽ dễ tái phát u. Tuy nhiên ở kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, toàn bộ bệnh nhân có diện phẫu thuật không còn u. Từ đó cho thấy kết quả của phương pháp này về mặt vi thể là chấp nhận được.

Trong nghiên cứu, 15% các trường hợp được PTNS một trocar hỗ trợ qua rốn, 85% các trường hợp bắt buộc phải mở rộng vết mổ ở rốn (bảng 1). Dụng cụ optic 2 trong 1 khi sử dụng bắt buộc vết mổ rốn phải mở 1cm. Tuy nhiên kích thước u trung bình là 6cm do vậy bắt buộc phải chọc hút dịch trong nang hoặc phối hợp với mở rộng vết mổ rốn. Do UQBTLT có tồn tại thành phần nang dịch trong u, do vậy bao giờ cũng ưu tiên chọc hút thành phần dịch trước tiên. Kinh nghiệm trong nghiên cứu là ưu tiên chọc hút qua thành bụng dưới góc nhìn của camera nội soi. Tuy nhiên hạn chế của phương pháp này đối với những bệnh nhân béo, lớp mỡ thành bụng dày thì rất khó tiếp cận u qua kim chọc hút. Sau khi chọc hút dịch trong u, sẽ tiến hành kéo UQBTLT qua rốn. Khối u căng, tròn rất khó cầm vào u, do vậy theo kinh nghiệm trong nghiên cứu, chúng tôi dùng pince nội soi cầm vào cuống buồng trứng sát u và kéo qua rốn. Trong trường hợp cuống buồng trứng ngắn, kéo u không ra rốn thì không thể tiến hành PTNS một trocar hỗ trợ. Đây là một yếu tố không thể tiên lượng được trước mổ. Tiên lượng chọc hút dịch được hay không còn dựa vào đánh giá trước mổ của phẫu thuật viên qua phim chụp CT ổ bụng. Với những u ghi

nhận thành phần bên trong đa phần là dịch thì sẽ thuận lợi cho quá trình chọc hút.

Qua bảng 2, so sánh giữa 2 phương pháp: PTNS một trocar hỗ trợ và PTNS một trocar hỗ trợ có mở rộng vết mổ rốn cho thấy: kích thước u và thời gian phẫu thuật ở nhóm PTNS một trocar hỗ trợ là bé hơn nhóm có mở rộng vết mổ ở rốn (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê - $p < 0,05$). Tuy nhiên thời gian nằm viện sau mổ, thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ là tương đương giữa 2 nhóm (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê - $p > 0,05$). Từ đó cho thấy bệnh nhân có mở rộng vết mổ ở rốn đau sau mổ chỉ tương đương nhóm không mở rộng vết mổ. Điều trị hậu phẫu cũng không có khác biệt so với nhóm kia. Toàn bộ bệnh nhân được khám lại sau mổ và phỏng vấn bố mẹ bệnh nhân về mức độ hài lòng với thẩm mỹ của vết mổ PTNS. Kết quả đều ở mức hài lòng (4,83 và 4,85 điểm). Giữa 2 nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) cho thấy dù có mở rộng vết mổ ở rốn nhưng hiệu quả thẩm mỹ đạt được là tương đương với nhóm không mở rộng vết mổ ở rốn.

Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu có thông tin sau mổ. Khám lại tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng: không ghi nhận bệnh nhân có dấu hiệu tái phát (siêu âm ổ bụng và toàn bộ bệnh nhân được làm AFP trong giới hạn bình thường). Không có biến chứng sau mổ tại thời điểm 1 tháng (độ O theo phân độ của Clavien Dindo).

Thời gian theo dõi trung bình với toàn bộ bệnh nhân: $49,69 \pm 14,31$ (tháng) (từ 30,3-76,6 tháng). Toàn bộ bệnh nhân được hẹn khám lại hoặc phỏng vấn sau mổ (qua điện thoại hoặc qua Zalo). Ghi nhận 2 bệnh nhân bị u tái phát tại thời điểm 12 và 24 tháng. Sau đó cả 2 bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi 3 trocar cắt u cắt toàn bộ buồng trứng. Ghi nhận tới thời điểm hiện tại chưa có tái phát. Trong lĩnh vực ung thư, nhiều tranh cãi về hạn chế của PTNS cắt u ổ bụng ở trẻ em. Tuy nhiên với UQBTLT, nhiều báo cáo đã chứng minh tính an toàn của PTNS. Tuy nhiên, tất cả đều nhấn mạnh trong quá trình thao tác phẫu thuật, tránh vỡ u hoặc thủng u là điều hết sức quan trọng để tránh tái phát u. Tỷ lệ tái phát u trong y văn với phương pháp cắt u bảo tồn buồng trứng là 0-4% , cho thấy tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu (5%) là chấp nhận được. Còn so với nghiên cứu của Chabaud Williamson M [8] với tỷ lệ tái phát u là 14% (cũng là nhóm cắt u bảo tồn buồng trứng), tỷ lệ tái phát của chúng tôi thấp hơn. Số bệnh nhân còn lại được khám lại, làm xét nghiệm AFP và siêu âm bụng đều cho kết quả bình thường, không thấy tái phát u tính

tới thời điểm hiện tại.

Ở bảng 3, chưa tìm thấy được yếu tố nguy cơ của tái phát u sau mổ (ở các đặc điểm: kích thước u đo qua CT ổ bụng, mở rộng vết mổ ở rốn, chọc hút dịch trong nang, thời gian mổ) ($p > 0,05$). Cũng có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn thấp (40 bệnh nhân), thời gian theo dõi chưa dài (trung bình 49 tháng), số lượng bệnh nhân ghi nhận tái phát sau mổ còn ít (2 bệnh nhân) nên chưa đủ để các test kiểm định đưa ra kết quả có ý nghĩa thống kê. Do vậy cần nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để có thể tìm được các yếu tố nguy cơ cho UQBTLT tái phát.

Từ phẫu thuật nội soi 3 trocar tới 1 đường rạch, 1 trocar hỗ trợ là một bước tiến dài với việc sử dụng rốn là sẹo mổ tự nhiên cho việc đặt trocar sẽ tránh vết mổ nhìn thấy được, từ đó sẽ cho kết quả thẩm mỹ tốt nhất (giảm dần số lượng trocar và giảm số lượng sẹo trên thành bụng). Đặc biệt với trường hợp có mở rộng vết mổ ở rốn vẫn đảm bảo tính thẩm mỹ sau mổ (đánh giá sau mổ dựa vào thang điểm Linkert đều ở mức 4,8-4,85/5 điểm). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm này (bảng 2). Kết quả thẩm mỹ đánh giá sau mổ là rất tốt.

V. KẾT LUẬN

Qua 40 bệnh nhân đã được nghiên cứu trong

báo cáo, có thể rút ra kết luận: PTNS một trocar hỗ trợ ở trẻ em là 1 phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả cao trong điều trị UQBTLT ở trẻ em. Đặc biệt kết quả thẩm mỹ rất tốt với chỉ 1 vết mổ nhỏ tại rốn gần như không thấy sẹo. Đa phần bố mẹ bệnh nhân hài lòng về thẩm mỹ của sẹo mổ nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **al DVAe.** Ovarian tumors. Pediatric Surgery 7th edition (Chapter 39). 2006:529-548.
2. **Mukhopadhyay M, al e.** Ovarian cysts and tumors in infancy and childhood Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons 2013;18(1)
3. **Rahs,an O zcan SKI, Sergu len Dervis,og lu , Mehmet Elic,evik, Haluk Emir, Cenk Bu yu ku nal.** Ovary-sparing surgery for teratomas in children. Pediatr Surg Int. 2013;29:233-237.
4. **Sơn TN.** Nội soi một trocar hỗ trợ cắt u nang buồng trứng lành tính ở trẻ em Y học thành phố Hồ Chí Minh 2013;số 3/2013:180-183.
5. **Chu S-M.** Ovarian Tumors in the Pediatric Age Group: 37 Cases Treated over An 8-year Period. Chang Gung Med J. 2010;33:152-6.
6. **DC B.** Laparoscopy for ovarian tumor in children. Cir Pediatr, 2007. 2007;Jan; 20(1):15-8.
7. **Liu H WX, Lu D, Liu Z, Shi G.** Ovarian masses in children and adolescents in China: analysis of 203 cases. J Ovarian Res. 2013;6 (1) 47.
8. **Chabaud-Williamson M NI, Fasola S et al.** Ovarian-sparing surgery for ovarian teratoma in children. Pediatr Blood Cancer. 2011; 57:429-434

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU XA XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Duy Thanh¹, Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Nguyễn Xuân Thùy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy đầu xa xương đùi phổ biến là gãy phức tạp và thường gặp trong tai nạn hàng ngày (tai nạn giao thông, tai nạn lao động). Trước đây, điều trị bảo tồn là chủ yếu, tuy nhiên có nhiều di chứng như cứng gối, biến dạng gối. Gần đây các kĩ thuật kết hợp xương đã giúp nâng cao chất lượng điều trị gãy đầu xa xương đùi. Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật gãy đầu xa xương đùi ở người trưởng thành tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 36 bệnh nhân gãy đầu

xa xương đùi được phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị Việt - Đức từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2018. **Kết quả:** Tỷ lệ nắn chỉnh ổ gãy tốt và rất tốt trên phim X-Quang chiếm tỉ lệ 77,78%. 100% bệnh nhân liền xương tại thời điểm khám lại sau ít nhất 6 tháng. Kết quả chung tốt và rất tốt chiếm 58,33%. **Kết luận:** Gãy đầu xa xương đùi là loại gãy phức tạp và có xu hướng tăng cao theo sự gia tăng của tai nạn giao thông, tai nạn lao động ở Việt Nam. Điều trị phẫu thuật gãy đầu xa xương đùi kết hợp với phục hồi chức năng mang lại hiệu quả cao.

Từ khóa: gãy đầu xa xương đùi, kết hợp xương, điều trị phẫu thuật

SUMMARY

EVALUATION THE RESULTS OF FIXATION FOR ADULT DISTAL FEMUR FRACTURE

Introduction: Distal femur fracture is a complicated injury, commonly occurs due to daily accidents (traffic accidents or workplace accidents). Immobilization was traditionally applied, but causing

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Duy Thanh

Email: duongduythanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022

Ngày duyệt bài: 4.11.2022