

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NANG RUỘT ĐÔI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2010 - 2020

Đình Anh Đức[✉], Phạm Duy Hiền

Bệnh viện Nhi Trung ương

Nghiên cứu hồi cứu với mục tiêu mô tả điều trị phẫu thuật nang ruột đôi ở trẻ tại khoa ngoại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2010 - 2020. 125 hồ sơ bệnh án đạt tiêu chuẩn lựa chọn: (i) Người bệnh có chẩn đoán cuối cùng là nang ruột đôi và điều trị bằng phẫu thuật; (ii) Thời gian điều trị từ 2010 - 2020. Loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh án: (i) Không có thông tin đầy đủ về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng, điều trị từ lúc vào viện cho đến lúc ra viện. Kết quả: Phẫu thuật nội soi (PTNS) 1 trocar hỗ trợ được sử dụng nhiều nhất với tỉ lệ 62,4%. 4 trường hợp phải chuyển mổ mở do không quan sát được và PTNS khó khăn. Mở chỏm, đốt lòng nang là phương pháp xử trí nhiều nhất (45,5%). Trung bình thời gian thời gian PTNS là $60,54 \pm 19,68$ phút. PTNS 1 trocar hỗ trợ mất ít thời gian nhất, trung bình khoảng $58,78 \pm 18,71$ ($p = 0,17$). Trung bình thời gian hậu phẫu là $4,02 \pm 1,23$ ngày, thời gian có lưu thông ruột là $1,55 \pm 0,78$ (ngày), thời gian bắt đầu cho ăn là $1,79 \pm 0,85$ (ngày), thời gian nằm viện sau mổ là $3,99 \pm 1,32$ (ngày). Biến chứng sau phẫu thuật: nôn (8,3%), sốt (6,6%), nhiễm trùng vết mổ (1,7%), tắc ruột sớm sau phẫu thuật (0,8%) và mổ lại (0,8%). Không có trường hợp chảy máu tại miệng nối hoặc rò miệng nối.

Từ khoá: Phẫu thuật nội soi, nang ruột đôi, trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang ruột đôi là những bất thường bẩm sinh hiếm gặp và xuất hiện mọi vị trí trên đường tiêu hóa, từ thực quản tới trực tràng.¹ Ước tính khoảng 4500 trẻ mới sinh thì có một trẻ mắc. Phần lớn gặp ở trẻ nam hơn ở trẻ nữ.² Chẩn đoán nang ruột đôi trước phẫu thuật rất khó khăn bởi nang ruột đôi có thể có biểu hiện lâm sàng phức tạp không đặc hiệu hoặc không có biểu hiện. Tuỳ thuộc vào hình thái (dạng nang hoặc dạng ống), vị trí của nang ruột đôi và độ tuổi của trẻ (sơ sinh, mầm non, trưởng thành) mà bệnh nhân sẽ các biểu hiện khác nhau.¹ Cho đến nay, có 2 kỹ thuật được áp dụng để

điều trị nang ruột đôi là mổ mở và mổ nội soi. Với mổ mở, điều trị kinh điển là các phương pháp cắt nang đơn thuần, cắt nang và đoạn ruột chứa nang nối ngay, cắt hình chêm, đốt niêm mạc lòng nang, mở chỏm (có thể dẫn lưu nang- nối nang ruột) và mở thông nang vào lòng ruột chính.³ So với mổ mở, bệnh nhân được mổ nội soi thường có thời gian nằm viện hậu phẫu ngắn hơn, khả năng phục hồi nhanh hơn, ít đau hơn và sẹo mổ nhỏ, thẩm mỹ hơn. Những ưu điểm này đã giúp PTNS là phương pháp ưu tiên được chọn lựa để điều trị nang ruột đôi.⁴ Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy phương pháp PTNS khả thi và tỉ lệ biến chứng thấp.^{5,6}

Tại Việt Nam, đã có một nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu được tiến hành cách đây 8 năm và thời gian hồi cứu chỉ có 5 năm.⁷ Do vậy,

Tác giả liên hệ: Đình Anh Đức

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: bs_dinhanhduc@yahoo.com

Ngày nhận: 10/10/2021

Ngày được chấp nhận: 19/22/2021

với mong muốn làm rõ thêm kết quả điều trị và đồng thời bổ sung thêm số liệu vào cơ sở dữ liệu trong nước, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu “*Mô tả kết quả điều trị nang ruột đôi bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2010 - 2020*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu.

2. Thời gian, đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Tháng 12 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021.

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: (i) Hồ sơ bệnh án của người bệnh được chẩn đoán là nang ruột đôi và điều trị bằng phẫu thuật; (ii) Thời gian điều trị từ 2010 - 2020. Loại ra khỏi nghiên cứu những hồ sơ bệnh án (iii) không có thông tin đầy đủ về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng, điều trị từ lúc vào viện cho đến lúc ra viện.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tuần tự các hồ sơ bệnh án. Kết thúc nghiên cứu thu được 125 hồ sơ bệnh án đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

4. Biến số nghiên cứu: loại phẫu thuật, phương pháp xử trí, thời gian mổ, thời gian sau mổ, biến chứng trong thời gian hậu phẫu.

Chúng tôi xác định ba nhóm phẫu thuật nội soi theo quy trình:

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn: phẫu thuật trong khoang (ổ bụng, lồng ngực...) và cắt bỏ NRD. Phần cắt bỏ được lấy ra thông qua trocar sau khi hoàn thành việc giải phẫu.

Phẫu thuật nội soi hỗ trợ: thường là một trocar được sử dụng để kéo NRD ra khỏi khoang (như ổ bụng) để hoàn thành việc phẫu thuật hoặc cắt bỏ ngoài cơ thể, mà không cần phẫu thuật mở bụng bổ sung.

Chuyển mổ mở sau khi phẫu thuật nội soi: tình trạng bệnh nhân cần thực hiện thêm một cuộc phẫu thuật mở bụng hoặc mở lồng ngực để hoàn thành phẫu thuật.

Việc cắt bỏ NRD là hoàn toàn nếu NRD được loại bỏ bằng cách cắt bỏ mạng mạch máu nuôi dưỡng hoặc nạo vét toàn bộ niêm mạc. Việc cắt bỏ không hoàn toàn nếu NRD được phẫu thuật mở chỏm, có hoặc không có đồng tụ niêm mạc.

5. Công cụ đánh giá và thu thập số liệu

Bệnh án chuyên biệt dành riêng cho nghiên cứu này.

6. Phân tích số liệu

Nhập liệu: Sau khi mã hóa thông tin, nghiên cứu viên trực tiếp nhập liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và làm sạch số liệu trước khi phân tích. Các biến định tính được thống kê mô tả với tần số và phần trăm. Các biến định lượng được thống kê mô tả với trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và giá trị lớn nhất.

7. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào các phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được tiến hành khi có sự đồng ý của hội đồng chuyên khoa cấp II của Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội và của Hội đồng Y Đức Bệnh viện Nhi Trung ương số 1477/BVNTƯ-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ

Phẫu thuật nội soi 1 trocar hỗ trợ được sử dụng nhiều nhất với tỉ lệ 62,4%. Ít sử dụng nhất là nội soi 3 trocar hỗ trợ. Có 4 trường hợp phải chuyển mổ mở do không quan sát được và phẫu thuật nội soi khó khăn.

Bảng 1. Tỷ lệ các loại phẫu thuật sử dụng trên đối tượng nghiên cứu (n = 125)

Loại phẫu thuật	n	%
Phẫu thuật nội soi 1 trocar hỗ trợ	78	62,4
Phẫu thuật nội soi 3 trocar hỗ trợ	11	8,8
Phẫu thuật nội soi 3 trocar toàn bộ	32	25,6
Chuyển mổ mở	4	3,2
Tổng	125	100,0

Bảng 2. Tỷ lệ các phương pháp xử trí trên đối tượng nghiên cứu (n = 121)

Phương pháp xử trí	n	%
Cắt nang đơn thuần	24	19,8
Cắt nang và đoạn ruột nối ngay (tận-tận)	39	32,2
Cắt hình chêm	3	2,5
Mở chỏm, đốt lòng nang	55	45,5
Tổng số	121	100,0

Mở chỏm, đốt lòng nang là phương pháp xử trí nhiều nhất (45,5%). Tiếp đó là phương pháp cắt nang và đoạn ruột nối ngay (tận-tận), tỷ lệ là 32,2%. Chỉ có 3 trường hợp nang ruột đôi được xử lý bằng cách cắt hình chêm.

Bảng 3. Tỷ lệ phương pháp xử trí nang theo vị trí xuất hiện (n = 121)

Loại phẫu thuật \ Vị trí nang	Cắt toàn bộ		Mở chỏm		p
	n	%	n	%	
Tá tràng	0	0,0	1	100,0	0,01*
Hỗng tràng	2	66,7	1	33,3	
Hồi tràng	48	76,2	15	23,8	
Hồi manh tràng	12	26,7	33	73,3	
Đại tràng	1	12,5	7	87,5	
Trực tràng	0	0	1	100,0	

*Fisher's Exact Test

Ở các vị trí hỗng tràng (66,7%), hồi tràng (76,2%) phần lớn sử dụng phương pháp cắt toàn bộ. Ở các vị trí hồi manh tràng (73,3%), đại tràng (87,5%), trực tràng (100%) và tá tràng (100%) chủ yếu sử dụng phương pháp mở chỏm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$.

Bảng 4. Thời gian mổ của từng cách thức mổ nội soi (n = 121)

Cách thức mổ	Thời gian mổ (phút)			p
	Trung bình	Min	Max	
Phẫu thuật nội soi 1 trocar hỗ trợ	58,78 ± 18,71	30	130	0,17
Phẫu thuật nội soi 3 trocar hỗ trợ	70,45 ± 12,54	50	90	
Phẫu thuật nội soi 3 trocar toàn bộ	61,41 ± 23,15	30	150	
Phẫu thuật nội soi chung	60,54 ± 19,68	30	150	

Trung bình thời gian phẫu thuật nội soi là 60,54 ± 19,68 phút. Thời gian nhiều nhất là phẫu thuật nội soi 3 trocar hỗ trợ (70,45 ± 12,54 phút), phẫu thuật nội soi 3 trocar toàn bộ 61,41 ± 23,15 phút. Phẫu thuật nội soi 1 trocar hỗ trợ mất ít thời gian nhất (58,78 ± 18,71), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p = 0,17.

Bảng 5. Thời gian sau mổ xử trí nang bằng PTNS (n = 121)

Phương pháp mổ	Thời gian (ngày)		
	Trung bình	Min	Max
Thời gian hậu phẫu	4,02 ± 1,23	2	7
Thời gian lưu thông ruột	1,55 ± 0,78	1	5
Thời gian bắt đầu cho ăn	1,79 ± 0,85	1	4
Thời gian nằm viện sau mổ	3,99 ± 1,32	1	8

PTNS xử trí nang ruột đôi có: Trung bình thời gian hậu phẫu chung: 4,02 ± 1,23 ngày. Trung bình thời gian lưu thông ruột: 1,55 ± 0,78 (ngày). Trung bình thời gian cho ăn trở lại: 1,79 ± 0,85 (ngày). Trung bình thời gian nằm viện sau mổ: 3,99 ± 1,32 (ngày).

Bảng 6. Tỷ lệ biến chứng trong thời gian hậu phẫu (n = 121)

Biến chứng trong thời gian hậu phẫu	n	%
Nôn	10	8,3
Sốt	8	6,6
Nhiễm trùng vết mổ	2	1,7
Tắc ruột sớm sau phẫu thuật	1	0,8
Biến chứng khác	0	0,0
Mổ lại	1	0,8

Biến chứng sau phẫu thuật thường gặp nhất là nôn (8,3%), tiếp đó đến sốt (6,6%). Chỉ có 2/121 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 1/121 trường hợp tắc ruột sớm sau phẫu thuật và 1/121 trường hợp mổ lại. Không có trường hợp nào chảy máu tại miệng nối hoặc rò miệng nối.

IV. BÀN LUẬN

Về kỹ thuật mổ, phẫu thuật viên sử dụng một trocar ở rốn và 0 - 2 trocar khác (3 - 5 mm). Hai loại phẫu thuật nội soi được thực hiện là phẫu thuật nội soi toàn bộ khi toàn bộ ca mổ được thực hiện trong ổ bụng và phẫu thuật nội soi hỗ trợ khi nang ruột đôi cùng với quai ruột liền kề được đưa ra ngoài ổ bụng qua rốn và cắt nang (thường có thể kèm theo cắt ruột) được thực hiện ở bên ngoài. Trên lâm sàng, kỹ thuật phẫu thuật nội soi hỗ trợ có thể sử dụng 1 hoặc 3 trocar còn kỹ thuật phẫu thuật nội soi toàn bộ yêu cầu 3 trocar để thực hiện. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ phẫu thuật nội soi hỗ trợ với 1 trocar có tỉ lệ cao nhất (62,4%) và xếp thứ hai là phẫu thuật nội soi toàn bộ 3 trocar. Có 4 trường hợp (3,2%) phải chuyển mổ mở sau phẫu thuật nội soi (bảng 1). Tỉ lệ bệnh nhân nhi có nang ruột đôi được điều trị bằng PTNS phải chuyển mổ mở dao động từ 0% đến 32%. Nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn trên 29 bệnh nhân nang ruột đôi được phẫu thuật nội soi cũng của Bệnh viện Nhi Trung ương, hồi cứu trong giai đoạn 2009 - 2013. Kết quả cho thấy: phẫu thuật nội soi hỗ trợ được thực hiện ở 17 bệnh nhân (chiếm 58,6%) và phẫu thuật nội soi toàn bộ 12 bệnh nhân (chiếm 41,4%). Có 9 bệnh nhân (chiếm 31,0%) thực hiện phẫu thuật bằng 1 trocar duy nhất, 8 bệnh nhân (chiếm 27,6%) phẫu thuật nội soi hỗ trợ được sử dụng 3 trocar và 12 bệnh nhân (chiếm 41,4%) phẫu thuật nội soi toàn bộ được sử dụng 3 trocar. Không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở.⁷ Nghiên cứu hồi cứu của Guerin (2012) trên 114 bệnh nhân nang ruột đôi được tiến hành phẫu thuật xâm lấn tối thiểu. Tác giả báo cáo 43% số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi toàn bộ, 25% được phẫu thuật nội soi hỗ trợ và 32% chuyển mổ mở. Các lý do khiến bệnh nhân nang ruột đôi được chuyển mổ mở xếp theo tỉ lệ từ cao đến thấp là: khó khăn trong việc tách nang ruột

đôi khỏi đường tiêu hoá, khó quan sát nang ruột đôi bởi phẫu thuật nội soi, cần cắt bỏ ruột, dễ dàng hơn cho phẫu thuật nếu sử dụng đường rạch bẹn hoặc mu, sự giãn nở của ruột non, kích thước nang ruột đôi, cần phẫu thuật huỷ sự bám dính, phát hiện thủng thực quản (không phải do phẫu thuật). Vị trí nang ruột đôi trên đường tiêu hoá có tỉ lệ chuyển mổ mở xếp từ cao đến thấp là: hồi tràng, hồi tràng, tá tràng, thực quản (tá tràng và thực quản có tỉ lệ như nhau), dạ dày và đại tràng. Các yếu tố làm tăng nguy cơ chuyển mổ mở có ý nghĩa thống kê là: được chẩn đoán nang ruột đôi trước sinh ($p < 0,01$), tuổi dưới 1 năm ($p < 0,01$), cân nặng $< 10\text{kg}$ ($p < 0,01$), phẫu thuật cấp cứu ($p < 0,05$), vị trí nang ruột đôi ở ruột non hoặc hồi tràng ($p < 0,05$); trong đó riêng yếu tố cân nặng $< 10\text{kg}$ vẫn làm tăng nguy cơ phẫu thuật chuyển mổ mở khi phân tích hồi quy đa biến.⁵

Về kỹ thuật, cắt nang đơn thuần; cắt nang và cắt đoạn ruột nối ngay là phương pháp cắt nang ruột đôi hoàn toàn. Trong trường hợp cắt chỏm nang, phần thành nang tự do của nang ruột đôi được cắt tối đa có thể, niêm mạc của thành nang còn lại được đốt bằng dao điện và khi thành nang phồng ra ngoài nhiều như túi thừa, phẫu thuật viên sẽ khâu xếp nếp lại thành nang đó. Cắt hình chêm là một phương pháp cắt nang ruột đôi không hoàn toàn khác. Nhìn chung trong thực hành lâm sàng, cắt nang ruột đôi là mục tiêu lí tưởng nhất. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, vì nhiều lí do (như đoạn ruột liền kề cần cắt quá dài, nang ruột dính lấy các tổ chức lân cận không thể bóc tách hay cắt luôn cả tổ chức ấy) thì cắt nang ruột đôi một phần được chấp nhận. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mổ chỏm, đốt lòng nang là phương pháp xử trí nhiều nhất (45,5%). Tiếp đó là phương pháp cắt nang và đoạn ruột nối ngay (tận-tận), tỉ lệ là 32,2%. Xét chung thì phương pháp phẫu thuật hoàn toàn và một phần xấp xỉ nhau (52%

và 48%) (bảng 2). Nghiên cứu hồi cứu của Guerin (2012) báo cáo 87 bệnh nhân (chiếm 76%) đã trải qua phẫu thuật triệt đẻ: 32 bệnh nhân được cắt mạch máu nuôi dưỡng và 55 bệnh nhân cắt bỏ/ nạo vét hoàn toàn nang ruột đôi. Trong số 27 bệnh nhân (chiếm 24%) phẫu thuật một phần, 18 người bị đông đặc niêm mạc và 9 bệnh nhân có niêm mạc đã được giữ nguyên.⁵ Nghiên cứu của Erginel (2016) trên 40 bệnh nhân mắc nang ruột đôi. Nghiên cứu cho thấy nang ruột đôi vị trí hồi tràng là phổ biến nhất (21 bệnh nhân, chiếm 52,5%), xếp tiếp theo là đại tràng (12,5%) và manh tràng (10%). Phẫu thuật mổ mở hoặc PTNS được sử dụng trên các đối tượng, tùy vào tình hình cụ thể của bệnh nhân. Tác giả báo cáo ở 30 bệnh nhân (chiếm 75%), phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u đi kèm với cắt bỏ thêm đoạn ruột liền kề và mạch máu nuôi dưỡng đã được thực hiện. Cắt bỏ nang ruột đôi đơn thuần được thực hiện ở 7 bệnh nhân (17,5%), trong khi cắt hình chêm nang ruột đôi được thực hiện ở 2 bệnh nhân (5%). Một thủ thuật Wrenn (cắt niêm mạc) được thực hiện ở 1 bệnh nhân (2,5%).⁸

Ở các vị trí hồng tràng (66,7%), hồi tràng (76,2%) phần lớn sử dụng phương pháp cắt toàn bộ. Ở các vị trí hồi manh tràng (73,3%), đại tràng (87,5%), trực tràng (100%) và tá tràng (100%) chủ yếu sử dụng phương pháp mổ chỏm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$ (bảng 3). Kết quả của chúng tôi là tương đồng với nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn: ở các vị trí tá tràng, hồi manh tràng, đại tràng và trực tràng phần lớn sử dụng phương pháp mổ chỏm. Ở vị trí hồng tràng và vị trí hồi tràng phần lớn được sử dụng phương pháp cắt toàn bộ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$.⁷

Thời gian PTNS trong nghiên cứu này trung bình $60,54 \pm 19,68$ phút (bảng 4), tương tự như kết quả của Trần Ngọc Sơn (2012): thời gian mổ trung bình là $64 \pm 17,0$ phút (dao động 30

- 90 phút), thời gian mổ trung bình của nhóm PTNS hỗ trợ là $63,7 \pm 18,7$ phút, thấp hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm PTNS toàn bộ ($64,1 \pm 17,9$ phút).⁷ Như vậy, so với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước, nghiên cứu của chúng tôi cho thời gian phẫu thuật vào mức trung bình. Ngoài ra, thời gian PTNS của chúng tôi là thấp hơn thời gian mổ mở trung bình cho bệnh nhân nhi có nang ruột đôi trong các nghiên cứu khác.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian hậu phẫu trung bình là $4,02 \pm 1,23$ ngày (bảng 5). Kết quả này phù hợp với nhận định của Chen: vết rạch rốn cần được mở rộng ít nhất là 2,0 cm đối với phẫu thuật nội soi hỗ trợ, điều này có ảnh hưởng đáng kể đặc biệt là đối với trẻ nhỏ. Với phẫu thuật nội soi 3 trocar, một vết rạch 5 mm ở vùng rốn đã được thực hiện và hai vết rạch còn lại là 3 mm, cho phép một ca phẫu thuật dễ dàng với ít chấn thương hơn, chăm sóc hậu phẫu đơn giản hơn trong khi vẫn giữ được hình dạng ban đầu của rốn.⁹ Như vậy, có thể thấy trên bệnh nhân nhi có nang ruột đôi, phương pháp PTNS có nhiều ưu điểm có thể rút ngắn thời gian hậu phẫu so với phương pháp mổ mở truyền thống.

Chăm sóc hậu phẫu hiện nay đang có nhiều bước thay đổi lớn so với quá khứ. Trên bệnh nhân nhi, cách cho ăn truyền thống là sau phẫu thuật cho hệ tiêu hoá nghỉ ngơi, chờ đợi đến khi nhu động ruột xuất hiện trở lại (có hiện tượng tổng phân hoặc đầy hơi) và bắt đầu cho ăn trở lại sớm nhất vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Quan điểm hiện đại về việc cho ăn sớm ở trẻ sau phẫu thuật ổ bụng, tức là cho ăn ngay trong 16 - 24 giờ sau phẫu thuật (hậu phẫu ngày thứ nhất). Việc cho ăn qua đường ruột sớm đã được chứng minh bởi nhiều thử nghiệm lâm sàng là có lợi trong việc giảm tắc ruột sau mổ và thời gian nằm viện.¹⁰ Nghiên cứu tổng quan hệ thống của Greer (2020) cũng nhận định cho

trẻ ăn đường ruột sớm về an toàn và hiệu quả ở trẻ em được phẫu thuật ổ bụng.¹¹ Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trẻ nang ruột đôi sau PTNS được cho ăn khá sớm (trung bình 1,79 ngày) (bảng 5). Kết quả này cũng khẳng định thêm lợi ích của việc lựa chọn PTNS cho các trẻ em được chẩn đoán nang ruột đôi trên lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $3,99 \pm 1,32$ ngày (bảng 5). Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn khi báo cáo thời gian trung vị nằm viện sau mổ đối với PTNS nói chung là 4 ngày (dao động 2 - 6 ngày).⁷ Năm 2011, Romeo và cộng sự báo cáo chùm ca bệnh gồm 6 bệnh nhân nhi khoa có nang ruột đôi tá tràng trong đó 4 bệnh nhân được PTNS và 2 bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật của nhóm mổ mở là 17,5 ngày (1 bệnh nhân nằm viện 15 ngày và 1 bệnh nhân nằm viện 20 ngày) trong khi thời gian trung bình của nhóm PTNS là 3,75 ngày (dao động từ 2 đến 6 ngày).¹²

Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo các biến chứng xảy ra sau PTNS trên trẻ có nang ruột đôi xếp theo thứ tự tỉ lệ từ cao đến thấp gồm: nôn, sốt, nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột sớm sau phẫu thuật và mổ lại. Tổng số biến chứng được ghi nhận là 22 (18,18%), tuy nhiên đều là các biến chứng ngắn hạn, có thể giải quyết triệt để. Cho đến nay, chúng tôi thấy có một nghiên cứu về nang ruột đôi báo cáo không có biến chứng nào trong và sau mổ khi nghiên cứu hồi cứu ở 29 bệnh nhân nhi.⁷ Nghiên cứu của Guerin (2012) trên 114 bệnh nhân nang ruột đôi giai đoạn 1994 - 2009 báo cáo các biến chứng theo 3 nhóm: 1) biến chứng trong quá trình phẫu thuật (10 bệnh nhân do mổ đường tiêu hoá không chủ ý, 5 bệnh nhân có biến chứng trước chuyển mổ mở và 5 bệnh nhân có biến chứng sau khi chuyển mổ mở); 2) biến chứng trong

vòng 30 ngày sau phẫu thuật (5 bệnh nhân tắc ruột, 1 bệnh nhân viêm mô tế bào do trocar, 1 bệnh nhân tràn dịch màng phổi do dưỡng chất sau nội soi lồng ngực và 1 bệnh nhân liệt dạ dày); 3) biến chứng muộn sau phẫu thuật 1 tháng (gồm 4 ca tắc ruột non). Nghiên cứu tổng quan hệ thống của Mihajlo Gjeorgjievski và cộng sự (2016) báo cáo 28 bệnh nhân có nang ruột đôi tá tràng có độ tuổi trung bình là $32,2 \pm 18,3$. Có hai biến chứng (chiếm 7,1%) được ghi nhận: chảy máu tá tràng nhẹ trong lúc tiến hành thủ thuật liên quan đến phương pháp cắt u nhú bằng dao kim và được xử trí dễ dàng mà không để lại bất kỳ di chứng lâm sàng vĩnh viễn nào. Nghiên cứu cũng báo cáo trong giai đoạn 1984 - 2015 tìm thấy dữ liệu về 93 dạ dày đôi với 7 trường hợp được điều trị bằng phương pháp PTNS. Cả 7 trường hợp đều phẫu thuật thành công và không xảy ra biến chứng. Tương tự, có 80 ca thực quản đôi được ghi nhận, trong đó có 7 trường hợp được PTNS. Hai biến chứng nội soi nhỏ xảy ra: một bệnh nhân có vết rách niêm mạc nhỏ ở thực quản mà không có chảy máu đường tiêu hoá và một bệnh nhân nhiễm trùng nhẹ tại chỗ rạch u nang được điều trị thành công. Nghiên cứu tổng quan này cho thấy phương pháp PTNS là an toàn, ít biến chứng.¹³ Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ biến chứng sau PTNS cho các bệnh nhân nhi có nang ruột đôi từ các nghiên cứu nhìn chung đều thấp và là biến chứng ngắn hạn, can thiệp thành công. Đây là một ưu điểm cho phương pháp PTNS để phẫu thuật viên có thể cân nhắc phương pháp này thường xuyên hơn trên lâm sàng cho các bệnh nhân nhi mắc nang ruột đôi.

V. KẾT LUẬN

Trong PTNS điều trị nang ruột đôi, PTNS 1 trocar hỗ trợ được sử dụng nhiều nhất với tỉ lệ 62,4%. Chỉ có 4 trường hợp phải chuyển mổ mở do không quan sát được và phẫu thuật nội soi khó khăn. Mỡ chỏm, đốt lồng nang là

phương pháp xử trí nhiều nhất (45,5%). Trung bình thời gian thời gian PTNS là $60,54 \pm 19,68$ phút. PTNS 1 trocar hỗ trợ mất ít thời gian nhất, trung bình khoảng $58,78 \pm 18,71$ ($p = 0,17$). Trung bình thời gian hậu phẫu là $4,02 \pm 1,23$ ngày, thời gian có lưu thông ruột là $1,55 \pm 0,78$ (ngày), thời gian bắt đầu cho ăn là $1,79 \pm 0,85$ (ngày), thời gian nằm viện sau mổ là $3,99 \pm 1,32$ (ngày). Biến chứng sau phẫu thuật là nôn (8,3%), sốt (6,6%), nhiễm trùng vết mổ (1,7%), tắc ruột sớm sau phẫu thuật (0,8%) và mổ lại (0,8). Không có trường hợp chảy máu tại miệng nối hoặc rò miệng nối.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn những người bệnh khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Nhi Trung ương đã tạo điều kiện để thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xiang L, Lan J, Chen B, Li P, et al. Clinical characteristics of gastrointestinal tract duplications in children. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(44):e17682. doi:10.1097/MD.00000000000017682.
2. Sangüesa Nebot C, Llorens Salvador R, Carazo Palacios E, Picó Aliaga S, Ibañez Pradas V. Enteric duplication cysts in children: varied presentations, varied imaging findings. *Insights Imaging*. 2018;9(6):1097-1106. doi: 10.1007/s13244-018-0660-z.
3. Stringer MD. Chapter 28. Gastrointestinal Duplications. In: Puri P, Höllwarth ME, eds. *Pediatric Surgery*. Springer Surgery Atlas Series. Springer. 2019;221-235. doi: 10.1007/978-3-662-56282-6_28.
4. Nguyễn Thanh Liêm. *Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em*. In: Nhà xuất bản Y học; 2000.284-290.
5. Guérin F, Podevin G, Petit T, et al. Outcome of alimentary tract duplications operated on by minimally invasive surgery: a

retrospective multicenter study by the GECl (Groupe d'Etude en Coeliocirurgie Infantile). *Surg Endosc*. 2012;26(10):2848-2855. doi: 10.1007/s00464-012-2259-7.

6. Patiño Mayer J, Bettolli M. Alimentary tract duplications in newborns and children: diagnostic aspects and the role of laparoscopic treatment. *World J Gastroenterol*. 2014;20(39):14263-14271. doi: 10.3748/wjg.v20.i39.14263.

7. Trần Ngọc Sơn, Vũ Xuân Hoàn. Phẫu thuật nội soi điều trị nang ruột đôi ở trẻ em. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2013;17(3):41-45.

8. Erginel B, Soysal FG, Ozbey H, et al. Enteric Duplication Cysts in Children: A Single-Institution Series with Forty Patients in Twenty-Six Years. *World J Surg*. 2017;41(2):620-624. doi: 10.1007/s00268-016-3742-4.

9. Chen J, Wang J, Gu Z, et al. Laparoscopic resection of ileocaecal duplication in children (report of 15 cases). *J Minim Access Surg*. 2020;16(4):372-375. doi: 10.4103/jmas.JMAS_120_19.

10. Ghosh A, Biswas SK, Basu KS, et al. Early Feeding after Colorectal Surgery in Children: Is it Safe? *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2020;25(5):291-296. doi: 10.4103/jiaps.JIAPS_132_19.

11. Greer D, Karunaratne YG, Karpelowsky J, et al. Early enteral feeding after pediatric abdominal surgery: A systematic review of the literature. *J Pediatr Surg*. 2020;55(7):1180-1187. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2019.08.055.

12. Romeo E, Torroni F, Foschia F, et al. Surgery or endoscopy to treat duodenal duplications in children. *J Pediatr Surg*. 2011;46(5):874-878. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.02.022.

13. Gjeorgjievski M, Manickam P, Ghaith G, et al. Safety and Efficacy of Endoscopic Therapy for Nonmalignant Duodenal Duplication Cysts. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95(22): e3799. doi: 10.1097/MD.0000000000003799.

Summary

OUTCOMES OF TREATMENT OF INTESTINAL DUPLICATION CYSTS BY LAPAROSCOPY AT THE DEPARTMENT OF SURGERY OF VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL BETWEEN 2010 - 2020

This study described the treatment of intestinal duplication cysts in children treated at the surgical department of the National Children's Hospital between 2010 - 2020. Medical records of 125 patients diagnosed with intestinal duplication cysts and treated with laparoscopy from 2010 to 2020 were included in the analysis. Those with incomplete information about administration, history, medical history, clinical examination, paraclinical parameters, admission, or discharge were excluded. The results showed that in laparoscopic surgery, laparoscopic 1-trocar support was used the most with 62.4% of the cases, and 4 cases were converted to open surgery due to unobservable and difficult laparoscopic surgery. Opening the tip and cauterizing the cyst lumen was the most common treatment method (45.5%). The mean duration of all types of laparoscopic surgery was 60.54 ± 19.68 minutes. The 1-trocar-assisted laparoscopic surgery took the shortest amount of time, about 58.78 ± 18.71 , and is significantly shorter than 3-trocar assisted surgeries ($p = 0.17$). The mean postoperative time was 4.02 ± 1.23 days, the time of intestinal circulation was 1.55 ± 0.78 days, the time to start feeding was 1.79 ± 0.85 days, the mean postoperative hospital stay was 3.99 ± 1.32 days. Postoperative complications included vomiting (8.3%), fever (6.6%), wound infection (1.7%), early postoperative bowel obstruction (0.8%) and reoperation (0.8%). There was no incidence of bleeding at the anastomosis or leakage of the anastomosis.

Keywords: Laparoscopic surgery, intestinal duplication, children.