

- Croatica. 2007;15(2):0-0.
4. **Kim GW, Jung HJ, Ko HC, et al.** Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrheic dermatitis. Br J Dermatol. Mar 2011;164(3):652-6.
 5. **Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, et al.** Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. Br J Dermatol. Jun 2012;166(6):1198-205.
 6. **Pan Y, Chamberlain AJ, Bailey M, Chong AH, Haskett M, Kelly JW.** Dermatoscopy aids in the diagnosis of the solitary red scaly patch or plaque-features distinguishing superficial basal cell carcinoma, intraepidermal carcinoma, and psoriasis. J Am Acad Dermatol. Aug 2008;59(2):268-74.
 7. **Ross EK, Vincenzi C, Tosti A.** Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. J Am Acad Dermatol. Nov 2006;55(5):799-806.
 8. **Ficicioalu S, Piskin S.** Dermoscopic findings in psoriasis and seborrheic dermatitis on the scalp and correlation with disease severity. Medicine. 2018;7(1):118-21.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN Ở TRẺ EM BẰNG KIM KHÂU XUYÊN QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH HẬU GIANG

Trần Quý Trung¹, Trần Đỗ Thanh Phong¹, Nguyễn Văn Út²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bản chất thoát vị bẹn gián tiếp ở trẻ em là do còn ống phúc tinh mạc. Với phương pháp điều trị đơn giản bằng cách khâu lỗ bẹn sâu hoàn toàn ngoài phúc mạc bằng kim xuyên qua da dưới hướng dẫn của phẫu thuật nội soi. Phương pháp này hiện đang được áp dụng phổ biến cho các bệnh nhi thoát vị bẹn. Đây là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu, ít tổn thương thừng tinh và bó mạch tinh hoàn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn ở em được điều trị bằng kim khâu xuyên qua da dưới hướng dẫn phẫu thuật nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu trên 68 bệnh nhi thoát vị bẹn tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang từ năm 2021 - 2023. **Kết quả:** Trong 68 bệnh nhi thoát vị bẹn gián tiếp, có 59 (86,76%) nam, 9 (13,24%) nữ. Độ tuổi trung bình là 5,31 ± 4,06 tuổi. Có 61 (89,7%) trường hợp bệnh nhi vào viện vì khối phồng vùng bẹn bìu. Thăm khám sờ chạm khối thoát vị ở 53 (77,94%) trường hợp. Bệnh thường gặp ở bên phải hơn so với bên trái (65,67% so với 25,53%). Thời gian mổ trung bình là 6,13 ± 1,93 (phút) đối với trường hợp một bên và 9,65 ± 2,8 (phút) đối với trường hợp hai bên. Tất cả trường hợp đều không có tai biến trong mổ. Có 11,76% (8/68) các trường hợp phát hiện thoát vị đối bên. Sau mổ ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhi sưng vùng bìu (1,47%). **Kết luận:** Phẫu thuật thoát vị bẹn bằng kim khâu xuyên qua da dưới hướng dẫn của nội soi nên được áp dụng một cách thường quy với kết quả tương đương và tốt hơn so với mổ mở. Các ưu điểm gồm: kỹ thuật đơn giản, thời gian mổ ngắn, kiểm tra được lỗ bẹn sâu hai bên, các vết mổ hầu như rất nhỏ.

Từ khóa: Ống phúc tinh mạc, thoát vị bẹn gián tiếp, kim khâu xuyên qua da.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF INGUINAL HERNIA IN CHILDREN USING PERCUTANEOUS SURGERY NEEDLES UNDER LAPAROSCOPIC SURGERY GUIDANCE AT HAU GIANG PROVINCE OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of surgery to treat inguinal hernia in children treated with needles through the skin under laparoscopic guidance. **Method:** retrospective study on 68 pediatric patients with inguinal hernia at Hau Giang Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital from 2021 - 2023. **Results:** Among 68 pediatric patients with indirect inguinal hernia, there were 59 (86) .76%) male, 9 (13.24%) female. The average age was 5.31 ± 4.06 years. There were 61 (89.7%) cases of pediatric patients hospitalized because of a bulge in the inguinal and scrotal area. Examination and palpation of the hernia in 53 (77.94%) cases. The disease is more common on the right side than the left side (65.67% vs. 25.53%). The average surgical time was 6.13 ± 1.93 (minutes) for unilateral cases and 9.65 ± 2.8 (minutes) for bilateral cases. All cases had no complications during surgery. There were 11.76% (8/68) cases of contralateral hernia detected. After surgery, 1 case of scrotal swelling was recorded (1.47%). **Conclusion:** Inguinal hernia surgery using percutaneous suture needles under laparoscopic guidance should be applied routinely with equivalent and better results than open surgery. The advantages include: simple technique, short surgery time, checking the deep inguinal holes on both sides, and the incisions are almost very small. **Keywords:** Peritoneal tube, indirect inguinal hernia, needle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Đại học Võ Trường Toản

²Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quý Trung

Email: trantrung2000tcag@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024

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 bẩm sinh do tồn tại ống phúc tinh mạc. 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 phẫu thuật sớm nhằm giảm thiểu các biến chứng thường gặp ví dụ như nghẹt, tắc ruột, viêm phúc mạc,... Điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em bằng phẫu thuật là phương pháp hiệu quả, với nhiều kỹ thuật mổ đã được chứng minh [1]. Trong số các kỹ thuật khác nhau thì phẫu thuật nội soi khâu đóng lỗ bẹn sâu đã được sử dụng rộng rãi với nguy cơ tổn thương thừng tinh thấp, tỉ lệ tái phát thấp và hài lòng về mặt thẩm mỹ cao. Tuy nhiên do giá thành cao kéo theo chi phí phẫu thuật tăng cao khiến một số bệnh nhi khó tiếp cận được kỹ thuật này. Nên từ năm 2020 các bác sĩ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang đã sử dụng kim cài tiến có thể vệ sinh hấp tiệt trùng sử dụng lại nhiều lần nhằm giảm chi phí phẫu thuật nhưng vẫn dựa trên nguyên tắc điều trị của các tác giả khác đưa ra. Đây là một phương pháp mới cần nhiều nghiên cứu để đánh giá hiệu quả nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn ở em được điều trị bằng kim khâu xuyên qua da dưới hướng dẫn phẫu thuật nội soi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em từ 01 tuổi đến 15 tuổi được chẩn đoán xác định thoát vị bẹn và được mổ cấp cứu hoặc mổ chương trình tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Độ tuổi từ 01 tuổi đến 15 tuổi
- + Chẩn đoán xác định thoát vị bẹn.
- + Có chỉ định phẫu thuật, có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ
- + Được phẫu thuật nội soi có sử dụng kim khâu xuyên qua da.
- + Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật bởi các phẫu thuật viên Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Trong mổ được chẩn đoán là thoát vị đùi, thoát vị bẹn nghẹt, thoát vị bẹn có kèm ẩn tinh hoàn cùng bên.
- + Bị thoát vị bẹn trong mổ phát hiện bệnh lý khác cần phẫu thuật (nang bạch huyết, nang ruột đôi...).
- + Bị thoát vị bẹn tái phát sau mổ thoát vị bẹn nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả hồi cứu

- **Cỡ mẫu.** Cỡ mẫu tối thiểu sẽ được tính theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu; $\alpha = 5\%$ là sai lầm loại I; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là hệ số tin cậy với độ tin cậy là 95%. d = 5% sai số cho phép.

P = 97,6% là tỷ lệ thành công theo tác giả Nguyễn Việt Hoa năm 2022 [1].

Thay vào công thức ta tính được: $n \approx 35,99$; chúng tôi cộng thêm 10% mất mẫu và làm tròn đến $n=40$, trên thực tế chúng tôi thu được 68 trường hợp nghiên cứu

- Nội dung nghiên cứu

Biến số nghiên cứu: nhóm tuổi, giới tính, các yếu tố thúc đẩy, lý do vào viện, triệu chứng thực thể, thời gian mắc bệnh, vị trí thoát vị bẹn, hình ảnh siêu âm, thời gian phẫu thuật trung bình, số túi thoát vị được khâu, biến chứng sau mổ, đau sau mổ, thời gian phục hồi sau phẫu thuật, kết quả sớm sau phẫu thuật.

- **Quy trình phẫu thuật [5]:** Bệnh nhi được gây mê nội khí quản, đặt trocar 3,5mm qua vết rạch da vùng rốn, sau đó đưa ống kính nội soi 3,5mm vào ổ bụng để quan sát và kiểm tra lỗ bẹn sâu hai bên. Nếu có thoát vị bẹn, lỗ bẹn sâu sẽ rộng.

Xác định điểm chọc kim khâu ở da, phía ngoài bó mạch thượng vị dưới, và đưa đầu kim vào phúc mạc ở đỉnh của lỗ bẹn sâu (vị trí 12 giờ). Bơm hơi từ bơm tiêm để tách phúc mạc, luồn kim dưới phúc mạc để khâu bán kính phía trong của lỗ bẹn sâu đến vị trí 6 giờ. Chọc kim qua phúc mạc tại vị trí 6 giờ để tạo thông lọng, đưa sợi chỉ gấp đôi vào lòng kim đến khi thấy thông lọng nằm trong ổ bụng khoảng 4cm, sau đó rút kim ra để lại chỉ tạo thông lọng chờ.

Chọc kim lại qua da vào đúng vị trí cũ để khâu phần còn lại, luồn kim dưới phúc mạc qua bó mạch sinh dục đến vị trí 6 giờ, chọc kim vào phúc mạc và lách đầu kim vào thông lọng chờ sẵn. Dùng đầu chỉ luồn vào lòng kim qua thông lọng, rút kim ra, kéo 2 đầu chỉ kiểm tra độ kín của lỗ bẹn sâu, tạo gút chỉ và cột vùi chỉ dưới da.

Cuối cùng, rút camera và trocar, băng kín vết rạch da.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số ca (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi (tuổi)	1 -5 tuổi	46	67,6%
	6 – 10 tuổi	11	16,2%

	11 – 15 tuổi	11	16,2%
	Trung bình: 5,31 ± 4,06 tuổi		
Giới tính	Nam	59	86,76%
	Nữ	9	13,24%
	Tỉ lệ nam/nữ : 6,55/1		

Nhận xét: Trong thời gian nghiên cứu có 68 bệnh nhi được phẫu thuật. Độ tuổi trung bình nhóm đối tượng trong nghiên cứu là 5,31 ± 4,06 tuổi. Nhóm độ tuổi từ 1 – 5 tuổi gồm 46 bệnh nhi chiếm tỉ lệ cao nhất 67,6%. Bệnh nhi nam chiếm tỉ lệ 86,76%. Tỉ lệ nam/nữ là 6,55/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Lâm sàng		Số ca (n)	Tỉ lệ (%)
Lý do vào viện	Khối phòng vùng bẹn bìu	61	89,7%
	Đau vùng bẹn bìu	7	10,3%
Triệu chứng thực thể	Sờ thấy khối thoát vị	53	77,94%
	Chỉ phát hiện khi tăng áp lực ổ bụng	15	22,06%
Các yếu tố thuận lợi	Táo bón kéo dài	19	27,95%
	Ho kéo dài	5	7,35%
	Quấy khóc nhiều	3	4,41%
	Bệnh lý phối hợp	3	4,41%

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp bệnh nhi đến khám vì khối phòng vùng bẹn bìu với tỉ lệ 89,7% tiếp theo là đau vùng bẹn bìu với 10,3%. Có 22,06% các trường hợp chỉ phát hiện được khối thoát vị khi làm nghiệm pháp tăng áp lực ổ bụng. Các yếu tố thuận lợi gồm táo bón, ho kéo dài, quấy khóc nhiều.

Bảng 3. Vị trí thoát vị bẹn

Bên thoát vị	Chẩn đoán lâm sàng		Chẩn đoán qua nội soi			
			Có thoát vị đôi bên		Không có thoát vị đôi bên	
	n	%	n	%	n	%
Phải	46	67,65	6	8,82	40	58,82
Trái	16	23,53	2	2,94	14	20,59
Cả 2 bên	6	8,82	6	8,82	0	0

Nhận xét: các trường hợp thoát vị bẹn phải gặp nhiều hơn so với thoát vị bẹn trái. Tỉ lệ phát hiện thoát vị bẹn đối bên khi phẫu thuật nội soi ở thoát vị bẹn trái chiếm 2,94% và ở thoát vị bẹn phải là 8,82%

Bảng 4. Siêu âm vùng bìu bẹn

Nội dung của túi thoát vị	Số ca (n)	Tỉ lệ (%)
Mạc nối lớn	30	44,12%
Quai ruột	21	30,88%
Quai ruột và mạc nối lớn	17	25%
Tổng	68	100%

Nhận xét: tất cả các trường hợp bệnh nhi đều siêu âm phát hiện thoát vị bẹn. Ông phúc tinh mạc chứa mạc nối lớn, quai ruột, quai ruột

và mạc nối lớn lần lượt với tỉ lệ 44,12%; 30,88%; 25%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật

Vị trí	Thời gian ≤5 phút		5-10 phút		10-15 phút		Trung bình
	n	%	n	%	n	%	
Thoát vị một bên	24	35,29	36	52,94	2	2,94	6,13±1,93 (phút)
Thoát vị hai bên	0	0	4	5,88	2	2,94	9,65±2,8 (phút)

Nhận xét: đa số các trường hợp đều mất thời gian từ 5-10 phút để hoàn thành phẫu thuật với tỉ lệ 52,94% trong nhóm thoát vị một bên và 5,88% trong nhóm thoát vị hai bên. Tất cả các trường hợp còn lại đều có thời gian phẫu thuật không quá 15 phút. Một số trường hợp thuận lợi chỉ mất thời gian dưới 5 phút để hoàn thành với tỉ lệ 35,29%.

Bảng 6. Kết quả điều trị

Yếu tố		Số ca (n)
Tổng số bệnh nhi		68
Số túi thoát vị được khâu		82
Biến chứng sớm sau mổ	Tụ máu vết mổ	0
	Sưng vùng bẹn bìu	1(1,47%)
	Sốt	0
	Nhiễm trùng vết mổ	0
Đau sau mổ (Wong-Baker)	Không đau	56(82,35%)
	Đau nhẹ	12(17,65%)
Thời gian phục hồi sớm sau mổ	Trong ngày	62(91,18%)
	Ngày thứ nhất sau mổ	4(5,88%)
	Ngày thứ hai sau mổ	2(2,94%)
Tái phát	Trên tổng số bệnh nhi	1/68 (1,47%)
	Trên số túi thoát vị được khâu	1/82 (1,22%)

Nhận xét: Có 82 túi thoát vị được khâu trên tổng số 68 bệnh nhi. Biến chứng sớm sau mổ chỉ có duy nhất 1 trường hợp là sưng vùng bìu bẹn (1,47%). Đánh giá mức độ đau sau mổ theo Wong – Baker có 12 trường hợp đau nhẹ (17,65%), còn lại là các trường hợp không đau sau mổ. Hầu hết các bệnh nhi phục hồi sớm sau mổ trong ngày (91,18%). Theo dõi sau mổ thời gian 1 tháng và 3 tháng ghi nhận 1 trường hợp thoát vị ẹn tái phát (1,47%).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhi trong nghiên cứu là 5,31 ± 4,06 tuổi, tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Gia Kiệt là 5,39 ± 3,27 tuổi [5] và Nguyễn Việt Hoa là 5,1 ± 2,78 tuổi [1]. Không có trường hợp nào dưới 1 tuổi được chúng tôi chỉ định mổ vì chúng tôi đồng quan điểm với khuyến cáo của các tác giả

khác về độ tuổi khâu đóng ống phúc tinh mạc sau 2 tuổi để tránh nguy cơ phẫu thuật không cần thiết cho những trường hợp trẻ có khả năng sẽ tự đóng kín ống phúc tinh mạc. Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 6,55/1. Sự khác biệt về giới tính có thể được lý giải do sự di chuyển của tinh hoàn ở trẻ trai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số các bệnh nhi được người nhà đưa đi khám do phát hiện khối phồng bất thường ở vùng bẹn bìu chiếm 89,7% tiếp đến là đau vùng bẹn bìu chiếm 10,3%. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Lê Gia Kiệt (2023) [4] với 85,1% các trường hợp có khối phồng vùng bẹn bìu. Điều này phù hợp vì khi trẻ còn ống phúc tinh mạc sẽ dẫn đến các tạng trong ổ bụng đi xuống gây giãn nở vùng bẹn, bìu và có thể gây đau trong trường hợp tạng bị kẹt hoặc nghẹt khi chuỗi qua lỗ thoát vị. Khám lâm sàng ghi nhận 62 bệnh nhi thoát vị bẹn một bên, thường gặp bên phải nhiều hơn so với bên trái (67,65% so với 25,53%), có 6 bệnh nhi thoát vị bẹn cả hai bên chiếm tỉ lệ 8,82%. Kết quả chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Việt Hoa (2022) [1] thoát vị bẹn bên phải và bên trái lần lượt là 61,9%; 21,4%. Bên cạnh đó, trong số 68 bệnh nhi trong nghiên cứu, chúng tôi phát hiện 11,76% trường hợp thoát vị bẹn đối diện chưa biểu hiện trên lâm sàng. Đây cũng là ưu điểm của phương pháp mổ nội soi so với mổ mở. Phát hiện thoát vị bẹn đối diện, phẫu thuật viên sẽ xử lý trước khi có thoát vị bẹn thực sự cho bệnh nhi.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,13 \pm 1,93$ phút đối với thoát vị một bên và $9,65 \pm 2,8$ phút đối với thoát vị hai bên. Kết quả tương đồng với tác giả Nguyễn Lê Gia Kiệt [5] với thoát vị một bên và hai bên lần lượt là $5,8 \pm 2,3$ phút; $9,3 \pm 1,6$ phút. Tác giả Takehara và các cộng sự ghi nhận thời gian phẫu thuật đóng lỗ bẹn sâu qua da ngoài phúc mạc tương đương với thời gian cần thiết cho một ca mổ mở thông thường. Đối với thoát vị một bên, thời gian mổ nội soi là 15 đến 20 phút ở nam và 10 đến 15 phút ở nữ. Thời gian mổ cho thoát vị hai bên là 20 đến 25 phút ở nam và 15 đến 20 phút ở nữ [6]. Tác giả giải thích: sự khác biệt về thời gian giữa trẻ trai và trẻ gái đến từ việc phẫu tích tỉ mỉ thừng tinh khỏi phúc mạc. Do tiếp xúc chặt chẽ giữa thừng tinh và phúc mạc, nên tách các cấu trúc này trước bằng đốt điện và dụng cụ kẹp, mặc dù đối với những phẫu thuật viên đã quen với phẫu thuật nội soi, bước này có thể được rút ngắn, kết quả là giảm được 4 phút cho một lần mổ ở một bên.

Chúng tôi đánh giá mức độ đau sau mổ của trẻ theo thang điểm Wong – Baker có 12 trường hợp bệnh nhi đau nhẹ sau mổ chiếm tỉ lệ 17,65%, các trường hợp còn lại không ghi nhận đau sau mổ. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhi sưng vùng bẹn sau mổ chiếm tỉ lệ 1,47%. Hầu hết các trường hợp bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phục hồi sớm sau mổ trong vòng 1 ngày. Theo nghiên cứu của Nguyễn Lê Gia Kiệt (2023) [5] có đến 93 trường hợp bệnh nhi phục hồi sớm và được xuất viện ngay trong ngày phẫu thuật chiếm tỉ lệ 92,1%. Tham khảo nghiên cứu của các tác giả khác, đa số quan điểm đều cho rằng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn có thời gian nằm viện ngắn hơn so với điều trị thoát vị bẹn bằng mổ mở [7]. Điều này được giải thích bởi phẫu thuật nội soi phẫu tích nhẹ nhàng hơn, ít đau hơn sau mổ cũng như thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm hơn nên bệnh nhân có thể xuất viện sớm hơn so với mổ mở [8]. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhi nam 23 tháng tuổi tái phát sau phẫu thuật 2 tháng, bệnh nhi được phẫu thuật nội soi lần 2 để đánh giá và điều trị lại sau đó đạt kết quả tốt. Tỷ lệ tái phát trung bình được ghi nhận trong các báo cáo trên thế giới dao động từ 0 - 15,5% [9]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tái phát trong báo cáo của Nguyễn Đình Liên là 1,4% [10], Qua đó có thể thấy tỉ lệ tái phát trong phương pháp phẫu thuật của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả trong và ngoài nước. Tuy nhiên với cỡ mẫu còn nhỏ và thời gian theo dõi chưa dài, chưa đánh giá được các biến chứng về lâu dài của phẫu thuật nội soi. Chúng tôi chắc chắn sẽ có những nghiên cứu trong tương lai về các khía cạnh này của phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em bằng kim khâu xuyên qua da là một phương pháp an toàn và hiệu quả. Phương pháp này không đòi hỏi dụng cụ quá phức tạp giúp cho các tuyến cơ sở có thể áp dụng một cách rộng rãi. Cần có nghiên cứu trên nhóm đối tượng đủ lớn để đánh giá toàn diện về phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Hoa, Phạm Quang Hùng, Vũ Hồng Thuận (2022) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn ở trẻ em có sử dụng kim xuyên qua da tư thế. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 510(1), 245-249.
2. Chen Y., Wana F., Zhong H. (2017). et al. A systematic review and meta-analysis concerning single-site laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure for pediatric inguinal hernia and hydrocele.

3. Grosfeld, J. L., Minnick, K., Shedd, F., West, K. W., Rescorla, F. J., & Vane, D. W. (1991). Inguinal hernia in children: Factors affecting recurrence in 62 cases. *Journal of Pediatric Surgery*, 26(3), 283-287
4. Michael W.L., Gauderer and Robert A. C. (2014). Hernias of the inguinal region. *Operative Pediatric Surgery*, 489-509
5. Nguyễn Lê Gia Kiệt, Võ Thị Ánh Trinh, và Nguyễn Văn Ut (2023). Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn gián tiếp ở trẻ em bằng kim khâu xuyên qua da. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 73-80.
6. Takehara H., Ishibashi H., Satoh H. (2000). et al. Laparoscopic surgery for inguinal lesions of pediatric patients. In: *Proceedings of the 7th World Congress of Endoscopic Surgery*, 537-542
7. Lim J. M., Chang H. K., Park S. J. (2020). Laparoscopic Pediatric Inguinal Hernia Repair; Intracorporeal Purse-String Suture Using Needleless 2-mm Instruments. *J Minim Invasive Surg*. 23(1). 30-35.
8. Kulavlat Afif N., Martin Kathryn Lynn (2019). Pediatric Inguinal Hernia. *Springer International Publishing*. 517-520.
9. Esposito C., St. S. D. Peter, M. Escolino, D. Juana, A. Settini (2014). "Laparoscopic versus open inguinal hernia repair in pediatric patients: A systematic review," *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, vol. 24, no. 11, pp. 811-818.
10. Nauven D. L. and Nauven H. B. (2017). "Evaluation of the results of treatment of peritoneal peritoneal tubal disease with laparoscopic-assisted percutaneous peritoneal ligation in children," *Journal of Clinical Medicine*, vol. 8, pp. 78-83.

HỆ THỐNG ỐNG TỤY CHÂN RĂNG NHÓM RĂNG HÀM NHỎ THỨ NHẤT TRÊN CONEBEAM CT

Phạm Thị Tuyết Nga¹, Lê Hoàng Anh²,
Nguyễn Vinh Quang², Trần Hậu Báu¹

Từ khoá: ống tủy, ConeBeam CT, răng hàm nhỏ.

Từ viết tắt: Răng hàm nhỏ: RHN, hệ thống ống tủy: HTOT, ConeBeam CT: CBCT.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hệ thống ống tủy chân răng nhóm răng hàm nhỏ thứ nhất ở người Việt Nam trên phim ConeBeam CT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 25 răng hàm nhỏ thứ nhất đã nhổ được thu thập tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Viện Đào tạo Răng hàm mặt Trường Đại học Y Hà Nội (15 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên và 10 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm dưới), thời gian từ 8/2023 đến 5/2024. Phương pháp nghiên cứu là nghiên cứu thực nghiệm không đối chứng, lựa chọn mẫu ngẫu nhiên theo tiêu chí cho đến khi đủ số lượng nghiên cứu. **Kết quả:** Xét về số lượng chân răng, tỷ lệ răng một chân ở nhóm răng hàm trên là 60%, lớn hơn răng hai chân (40%). Sự chênh lệch này thể hiện rõ hơn ở nhóm răng hàm dưới với 80% răng 1 chân và 20% răng có 2 chân. Xét về số lượng ống tủy, ở nhóm răng hàm trên chỉ có duy nhất 1 răng có một ống tủy (6,7%), còn lại đều là răng có hai ống tủy (93,3%). Tỷ lệ này là như nhau ở nhóm răng hàm dưới. Theo phân loại Vertucci 1984, hình thái ống tủy ở nhóm răng hàm trên phổ biến nhất là loại I (đối với các răng có một chân) và loại V (đối với các răng có hai chân) và phần lớn là loại I ở nhóm răng hàm dưới. Khi khảo sát trên phim CTCT, khoảng cách giữa 2 ống tủy của RHN thứ nhất hàm trên dao động từ 2,98 ± 0,18 đến 3,42 ± 0,39 và khoảng dao động này là từ 2,45 ± 0,37 đến 3,58 ± 0,24 ở RHN thứ nhất hàm dưới.

SUMMARY

MORPHOLOGIC CHARACTERISTICS OF ROOT CANAL SYSTEMS IN FIRST PREMOLARS USING CONEBEAM COMPUTER TOMOGRAPHY

Objective: To investigate the root canal system of the first premolars in Vietnamese individuals using ConeBeam CT scans. **Subjects and Methods:** The study was conducted on 25 extracted first premolars collected from Hanoi Medical University Hospital and the School of Dentistry, Hanoi Medical University (15 maxillary first premolars and 10 mandibular first premolars) between August 2023 and May 2024. Research method is an experimental study without control, random sample selection according to the criteria until the number of studies is sufficient. **Results:** Regarding the number of roots, the rate of single-rooted teeth in the maxillary first premolars group was 60%, higher than the double-rooted teeth (40%). In the mandibular first premolars group, 80% being single-rooted and 20% being double-rooted. In terms of the number of root canals, only one maxillary first premolar had a single root canal (6.7%), while the remaining teeth had two root canals (93.3%). This ratio was the same in the mandibular first premolars group. According to Vertucci's 1984 classification, the most common root canal morphology in maxillary first premolars was Type I (for single-rooted teeth) and Type V (for double-rooted teeth), and mostly Type I in mandibular first premolars. When examined on ConeBeam CT scans, the distance between the two root canals of the maxillary first premolar ranged from 2.98 ± 0.18 to 3.42 ± 0.39 mm, and this range was from 2.45 ± 0.37

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hậu Báu

Email: haubauk116@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024