thuật bị ảnh hưởng đáng kể, đặc biệt là ở các khía cạnh liên quan đến khả năng giao tiếp, chức năng ngửi và nuốt. Kết quả của nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc không chỉ tập trung vào hiệu quả điều trị mà còn cần chú trọng đến việc cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Duy Huân.** Khảo sát chất lượng cuộc sống ở người bệnh ung thư thanh quản đã xạ trị sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại bệnh viện ung bướu 2019-2020. Luận văn chuyên khoa cấp II. 2020. Đại học Y Dược TP.HCM.
2. **Trần Minh Trường.** Nghiên cứu dò họng sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần: tần suất, các yếu tố nguy cơ và hiệu quả điều trị. Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh. 2009;13: 135-138.
3. **Antin F, Breheret R, Goineau A, et al.** Rehabilitation following total laryngectomy: Oncologic, functional, socio-occupational and psychological aspects. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2021 Jan;138(1):19-22. doi: 10.1016/j.anorl.2020.06.006.
4. **Favers P.M., Aaronson N.K., Biordal K.et al,** on behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual, 3rd edition, European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels. 2001.
5. **Greene F.L, Compton C.C,Fritz D.A. Larynx.** In AJCC cancer staging atlas. 2006 Springer Science Business Media, Inc. 2006; 41-57.
6. **Meulemans J, Demarsin H, Debacker J et al.** Functional Outcomes and Complications After Salvage Total Laryngectomy for Residual, Recurrent, and Second Primary Squamous Cell Carcinoma of the Larynx and Hypopharynx: A Multicenter Retrospective Cohort Study. Front Oncol. 2020; 10:1390.
7. **Organization WH,** Cancer IAfRo, Organization WH. Global cancer observatory. 2020.
8. **Ward EC, Bishop B, Frisby J, Stevens M.** Swallowing outcomes following laryngectomy and pharyngolaryngectomy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002 Feb;128(2):181-6. doi: 10.1001/archotol.128.2.181

KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI HẠ TINH HOÀN Ở BỆNH NHÂN MẮC TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BÌU TÁI PHÁT VÀ THỨ PHÁT

Nguyễn Đình Liên[1], Nguyễn Thế Thịnh[1], Phạm Quang Khải[2], Trần Quý Dương[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn, hiệu quả của phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn ở bệnh nhân mắc tinh hoàn không xuống bìu (THKXB) tái phát và thứ phát. **Đối tượng và phương pháp:** Quan sát mô tả 4 bệnh nhân mắc tinh hoàn không xuống bìu tái phát và thứ phát, được phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn. **Kết quả:** 4 bệnh nhân có độ tuổi lần lượt là 6, 8, 10 và 14. Tất cả các bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật hạ tinh hoàn, nội soi thắt ống phúc tinh mạc. THKXB bên phải: 3 trường hợp, bên trái: 1 trường hợp. Tất cả các trường hợp đều sờ được tinh hoàn trong ống bẹn, trong đó 2 trường hợp tinh hoàn nằm cao gần lỗ bẹn sâu và 2 trường hợp tinh hoàn nằm thấp gần lỗ bẹn nông. Thời gian phẫu thuật từ 60 đến 150 phút. Có 1 trường hợp ống phúc tinh mạc bên có bệnh chưa đóng kín được thắt ống phúc tinh mạc kèm theo. Tất cả các trường hợp đều được hạ tinh hoàn xuống bìu thành công, không gặp biến chứng trong và sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ từ 4 đến 7 ngày. Tất cả các trường hợp đều được khám lại, kiểm tra bằng siêu âm doppler thấy tinh hoàn tưới máu tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn ở các bệnh nhân mắc THKXB tái phát, thứ phát là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: tinh hoàn không xuống bìu, ẩn tinh hoàn, hạ tinh hoàn, phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF LAPAROSCOPIC ORCHIDOPEXY IN PATIENTS WITH RECURRENT UNDESCENDED TESTIS

Objectives: To evaluate the safety and efficacy of laparoscopic orchidopexy in patients with recurrent undescended testis. **Subjects and methods:** A descriptive observational study of 4 patients with recurrent undescended testis who underwent laparoscopic. **Results:** The 4 patients were aged 6, 8, 10, and 14 years, respectively. All patients had undergone previous orchidopexy, laparoscopic repair of the processus vaginalis. Right-sided undescended testis: 3 cases, left-sided: 1 case. All testes were palpable in the inguinal canal, with 2 cases high near the deep inguinal ring and 2 cases low near the superficial inguinal ring. Operative time ranged from 60 to 150 minutes. One case had a persistent patent processus vaginalis on one side, which was ligated. All cases had successful orchidopexy without intra- or postoperative complications. Postoperative hospital stay ranged from 4 to 7 days. All patients were followed up with Doppler ultrasound, which showed good testicular blood flow. **Conclutions:** Laparoscopic

[1]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội*
[2]*Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam*
[3]*Bệnh viện Đa khoa Phương Đông, Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Thịnh
Email: ntthinhqn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024
Ngày duyệt bài: 21.01.2025

orchidopexy is a safe and effective method for patients with recurrent undescended testis.

Keywords: Undescended testis, cryptorchidism, orchidopexy, laparoscopic orchidopexy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh hoàn không xuống bìu (THKXB) là một bệnh lý phổ biến ở trẻ nam, chiếm đến khoảng 3% trẻ nam sinh đủ tháng và có thể lên tới 30% ở trẻ sinh non. Phẫu thuật hạ tinh hoàn được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý này, với mục tiêu là đưa di chuyển tinh hoàn xuống, cố định ở bìu bìu để đảm bảo chức năng sinh sản và giảm nguy cơ ung thư tinh hoàn[1].

Theo Hướng dẫn điều trị của Hiệp hội Niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) từ năm 2014, phẫu thuật hạ tinh hoàn nên được thực hiện trước 18 tháng tuổi để tối ưu hóa kết quả điều trị. Tuy nhiên, phẫu thuật này trở lên khó khăn và gặp nhiều thách thức trên bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tại vùng bẹn bìu, do tình trạng xơ hóa và dính của các mô xung quanh[2].

THKXB ở vị trí càng thấp thì tỷ lệ phẫu thuật thành công càng cao. Tinh hoàn ở từ ống bẹn xuống tới lỗ bẹn nông thì có tỷ lệ phẫu thuật thành công đạt từ 92 đến 100% khi mổ mở; ngược lại nếu tinh hoàn trong ổ bụng tới lỗ bẹn sâu thì phẫu thuật nội soi được ưu tiên chỉ định để tăng khả năng hạ thấp được tinh hoàn xuống bìu[3,4]. Tuy nhiên, có khoảng 0,2 đến 10% trường hợp THKXB tái phát hoặc thứ phát sau phẫu thuật vùng bẹn bìu cần được phẫu thuật lần hai[5,6]. Nguyên nhân thường do căng kéo thừng tinh vì không giải phóng tối đa được mạch sinh dục và ống dẫn tinh hoặc cố định tinh hoàn dưới da bìu không đảm bảo kỹ thuật. Ngoài ra các yếu tố như ống phúc tinh mạc còn rộng, khiếm khuyết về dây chằng bìu tinh hoàn cũng góp phần làm tăng nguy cơ tái phát[5,6].

Phẫu thuật mổ mở lần hai có thể làm tăng nguy cơ tổn thương mạch sinh dục và ống dẫn tinh do tình trạng xơ hóa tổ chức trước phúc mạc hoặc đã giải phóng các thành phần này lên cao ở hố chậu và xuống thấp ở tiểu khung từ lần mổ trước. Gần đây, nhiều báo cáo đã chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn tái phát có tỷ lệ thành công cao và giảm thiểu các biến chứng[7,8,9].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn ở những bệnh nhân THKXB tái phát, thứ phát để từ đó cung cấp thêm thông tin cho việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp với các trường hợp bệnh lý đặc biệt này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 4 bệnh nhân THKXB tái phát, thứ phát được phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn tại bệnh viên E, bệnh viện Phương Đông từ năm 2022 đến 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Quan sát mô tả chùm ca bệnh.

2.3. Kỹ thuật mổ

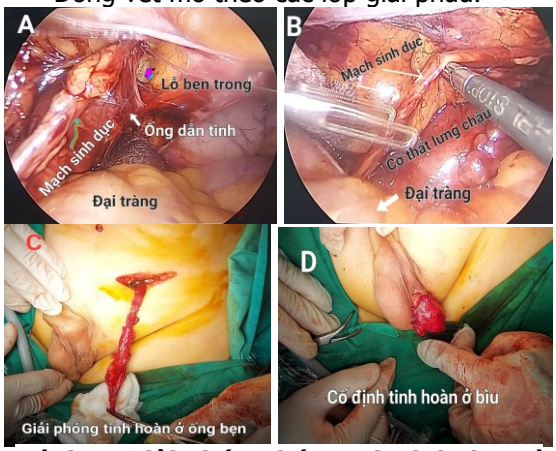
- Vô cảm: Gây mê nội khí quản.
- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa.

**** Thì 1:*** Nội soi ổ bụng

- Đặt 3 trocar: 01 trocar 10mm tại rốn, 2 trocar 5mm tại hố chậu phải và hạ vị.
- Quan sát lỗ bẹn trong, ống dẫn tinh, bó mạch tinh, tinh hoàn (nếu có) ở bên THKXB.
- Mở phúc mạc vùng hố chậu giải phóng bó mạch tinh, di động bó mạch tinh tối đa, khâu lại phúc mạc. Đóng các lỗ trocar.

**** Thì 2:*** Hạ tinh hoàn

- Rạch da theo đường phân giác giữa nếp bẹn và cơ thẳng bụng.
- Phẫu tích giải phóng tinh hoàn và thừng tinh đến sát lỗ bẹn sâu, kéo dài thừng tinh tối đa. Đưa tinh hoàn xuống bìu, cố định tinh hoàn vào khoang dưới da bìu.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.



Hình 1. Giải phóng bó mạch sinh dục và ống dẫn tinh qua NS ổ bụng (A,B), giải phòng tinh hoàn ở ống bẹn (C), cố định tinh hoàn ở bìu (D)

(Nguồn tác giả)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ năm 2022 đến 2024 có 4 bệnh nhân mắc THKXB tái phát, thứ phát được phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn tại khoa Phẫu thuật Thận tiết niệu và Nam học bệnh viện E, bệnh viện đa khoa Phương Đông (Hà Nội).

3.1. Đặc điểm chung: - Độ tuổi của 4 bệnh nhân lần lượt là 6, 8, 10 và 14 tuổi.

- Có 3 bệnh nhân có tiền sử mổ hạ tinh hoàn trước đó (từ 3 đến 8 năm), trong đó có 1 bệnh nhân mổ mở hạ tinh hoàn, 1 bệnh nhân mổ mở hạ tinh hoàn bên có bệnh 2 lần, 1 bệnh nhân mổ nội soi hạ tinh hoàn kèm thắt ống phúc tinh mạc. Có 1 bệnh nhân có tiền sử mổ nội soi thắt ống phúc tinh hoàn bên có bệnh.

3.2. Đặc điểm bệnh lý

- Bên có bệnh: 3 trường hợp bên phải và 1 trường hợp bên trái.
- Tất cả các trường hợp đều sờ thấy được tinh hoàn trong ống bẹn, trong đó có 2 trường hợp tinh hoàn nằm thấp gần lỗ bẹn nông và 2 trường hợp tinh hoàn nằm cao gần lỗ bẹn sâu.

3.3. Kết quả phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật kéo dài từ 60 phút đến 150 phút.
- Có 3 trường hợp ống phúc tinh mạc bên có bệnh đã đóng kín, 1 trường hợp còn ống phúc tinh mạc (phải thắt ống phúc tinh mạc kèm theo).
- Tất cả các trường hợp đều hạ được tinh hoàn xuống bìu thành công.
- Tất cả các bệnh nhân đều được cho ăn sớm sau phẫu thuật 6 giờ, hồi phục vận động sau 24 giờ.
- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật từ 4 đến 7 ngày.
- Tất cả các bệnh nhân đều không có biến chứng trong và sớm sau phẫu thuật.
- Các bệnh nhân đều được khám lại sau phẫu thuật: Trong đó 3 bệnh nhân được đánh giá lại định kỳ sau phẫu thuật: 1 tháng, 6 tháng và 1 năm và 1 trường hợp đánh giá lại sau 1 tháng và 3 tháng đều thấy tinh hoàn tưới máu tốt trên siêu âm Doppler

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn. Các trường hợp THKXB tái phát thường được phẫu thuật mổ mở để giải phóng thừng tinh khỏi ống bẹn và đưa xuống bìu. Mặc dù kỹ thuật mổ mở cũng có thể đảm bảo hạ được tinh hoàn xuống bìu nhưng điểm yếu của phương pháp này là khó di động tối đa bó mạch sinh dục và ống dẫn tinh dẫn đến hiệu quả điều trị hạ tinh hoàn lần 2 sẽ giảm. Để tăng khả năng di động mạch sinh dục, di động được tối đa tinh hoàn khi mổ mở thì phẫu thuật viên phải mở thành bụng kéo dài theo đường trắng bên, dẫn đến vết mổ lớn và gây đau nhiều sau phẫu thuật[7,10].

Phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn ít xâm lấn hơn với vết rạch nhỏ, đồng thời khả năng phóng đại hình ảnh giúp phẫu thuật phẫu tích thuận lợi hơn và tăng khả năng bảo tồn bó mạch nuôi tinh hoàn và ống dẫn tinh. Việc giải phóng hoàn toàn sự bám dính của mạch sinh dục và ống dẫn tinh với phúc mạc là điều kiện quan trọng để các mạch sinh dục, ống dẫn tinh được di động tối đa, loại bỏ hầu hết lực co rút tinh hoàn do nhịp thở và sự co rút của thành bụng. Khẳng định việc di động tối đa các thành phần của thừng tinh là điều kiện thuận quan trọng nhất cho việc nâng cao tỷ lệ thành công đưa tinh hoàn xuống bìu[7,8,10].

4.2. So sánh với phương pháp mổ mở đơn thuần. Phương pháp mổ mở truyền thống thường được sử dụng để điều trị các trường hợp THKXB tái phát. Tuy nhiên, phương pháp này có những hạn chế nhất định như tăng nguy cơ tổn thương mạch sinh dục và ống dẫn tinh, đặc biệt trong các trường hợp đã có tiền sử phẫu thuật gây xơ hóa tổ chức trước phúc mạc, thời gian nằm viện kéo dài, sẹo xấu…[10].

Trường hợp hạ tinh hoàn nằm cao ở ống bẹn, trong ổ bụng được thực hiện qua mổ mở thì việc giải phóng các thành phần của thừng tinh đương nhiên phải tiến hành cao ở hố chậu và xuống thấp ở tiểu khung. Quá trình này thường khó khăn ngay cả lần mổ đầu tiên và sẽ tăng nguy cơ tổn thương mạch máu và thần kinh nếu phải mổ trong các trường hợp có tiền sử mổ cũ vùng bẹn, ẩn tinh hoàn tái phát[10].

Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm vượt trội trong việc giải quyết những hạn chế như đã nêu của mổ mở. Khả năng phóng đại của hình ảnh nội soi giúp phẫu thuật viên quan sát chi tiết và rõ ràng hơn các cấu trúc giải phẫu, từ đó giảm thiểu nguy cơ tổn thương mạch máu và dây thần kinh. Hơn nữa, việc sử dụng nội soi cho phép giải phóng mạch sinh dục và ống dẫn tinh khỏi phúc mạc một cách tối đa, điều mà phẫu thuật mở khó có thể đạt được[8].

Một lợi thế quan trọng khác của phẫu thuật nội soi là khả năng tầm soát và xử lý các bất thường bẩm sinh trong ổ bụng cùng một thì phẫu thuật. Điều này giúp đảm bảo rằng tất cả các vấn đề đều có thể được giải quyết triệt để trong một lần phẫu thuật[9]. Trong khi đó, phương pháp mổ mở không có khả năng này và thường yêu cầu phẫu thuật bổ sung nếu phát hiện bất thường sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân 14 tuổi được phát hiện còn ống phúc tinh mạc bên có bệnh và được thắt ống phúc tinh mạc ngay trong phẫu thuật.

Quá trình phẫu thuật nội soi khó khăn nhất ở giai đoạn giải phóng thừng tinh, tinh hoàn bị dính bởi tổ chức xơ hóa của ống bẹn tại ống bẹn – hố chậu do mổ cũ. Trong khi ở thì phẫu thuật nội soi ổ bụng thường không khó khăn đối với phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Việc giải phóng

cần thận trọng khi cắt phúc mạc ở lỗ bẹn sâu bị xơ hóa với mạch tinh và ống dẫn tinh dính chặt vào mạc ngang – dải chậu mu. Điều này làm tăng nguy cơ tổn thương nếu sử dụng dao điện hoặc động tác thô bạo[9].

4.3. Kết quả nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc giải phóng bó mạch sinh dục được thực hiện tối đa tới nơi xuất phát và ống dẫn tinh được giải phóng tới sát cổ bàng quang. Việc giải phóng tự do bó mạch tinh và ống dẫn tinh khỏi thành bụng và phúc mạc giúp tinh hoàn được tự do và kéo giãn tối đa khi cố định tinh hoàn xuống bìu. Nếu tổ chức trước phúc mạc không bị xơ hóa, việc giải phóng các thành phần này sẽ thuận lợi. Trong trường hợp tổ chức ngoài phúc mạc xơ hóa tại hố chậu thì nên cắt phúc mạc dọc theo mạch máu và ống dẫn tinh để bảo tồn mạch nuôi, sau đó tiếp tục giải phóng mạch sinh dục đi phía sau đại tràng. Việc cẩn trọng khi phẫu tích vùng này là rất quan trọng để hạn chế thương tổn và tai biến, nâng cao khả năng hạ thấp tinh hoàn xuống bìu. Chính vì vậy, các ca lâm sàng của chúng tôi đều thành công trong việc hạ tinh hoàn xuống bìu, đảm bảo tưới máu tinh hoàn tốt sau phẫu thuật.

4.4. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi dao động từ 60 đến 150 phút, phụ thuộc vào mức độ xơ dính của tổ chức sau phúc mạc quanh mạch tinh, xơ dính vùng ống bẹn. Với trường hợp mổ kéo dài 60 phút ở bệnh nhân 8 tuổi có tiền sử mổ nội soi thắt ống phúc tinh mạc: Sau khi nội soi ổ bụng kiểm tra thấy nguyên nhân lỗ bẹn sâu đã đóng kín, chúng tôi chuyển sang thì giải phóng thừng tinh ở bẹn. Trường hợp có tiền sử mổ 2 lần hạ tinh hoàn cùng bên, thời gian phẫu thuật kéo dài do thời gian phẫu tích kéo dài, nhất là khi giải phóng thừng tinh ở đoạn ống bẹn do xơ dính nhiều. Có 3 trường hợp phải giải phóng thừng tinh trong ổ bụng thì thời gian phẫu thuật kéo dài thêm là do quan điểm của chúng tôi là luôn khâu kín phúc mạc sau khi di động mạch tinh và ống dẫn tinh để: Tránh dính ruột, mạc nối lớn vào hố chậu, lỗ bẹn và cũng như che kín lỗ bẹn trong để dự phòng thoát vị bẹn thứ phát.

Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân là 5,25 ngày, dao động từ 4 đến 7 ngày. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi còn kéo dài do nhiều yếu tố: Quan điểm giữ bệnh nhân theo giường bảo hiểm, nguyện vọng của gia đình muốn điều trị ổn định… mặc dù trẻ có thể hồi phục vận động sớm sau phẫu thuật 1 ngày.

4.5. Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế nhất định, bao gồm số lượng bệnh nhân thấp và chưa có những bệnh nhân có tiền sử mổ hạ tinh hoàn nội soi. Chính vì vậy, chúng tôi khuyến cáo cần khai thác tiền sử phẫu thuật của bệnh nhân hạ tinh hoàn một cách tỉ mỷ để có chỉ định phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn có ưu điểm là giúp giải phóng tối đa các thành phần thừng tinh và xử lý bất thường trong ổ bụng kèm theo, giảm thiểu nguy cơ tổn thương mạch sinh dục và ống dẫn tinh. Cho nên ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị cho các bệnh nhân THKXB tái phát sau mổ mở hạ tinh hoàn hoặc có tiền sử mổ vùng bẹn bìu sẽ nâng cao mức độ an toàn, hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Penson, D., Krishnaswami, S., Jules, A., & McPheeters, M. L.** (2013). Effectiveness of hormonal and surgical therapies for cryptorchidism: a systematic review. Pediatrics, 131(6), e1897-e1907.
2. **Williamson, S. H., Davis-Dao, C. A., Huen, K. H. et al.** (2022). Timely orchiopexy by 18 months of age: Are we meeting the standards defined by the 2014 AUA guidelines?. Journal of Pediatric Urology, 18(5), 683-e1.
3. **Lopes, R. I., Naoum, N. K., Chua, M. E. et al.** (2016). Outcome analysis of redo orchiopexy: scrotal vs inguinal. The Journal of Urology, 196(3), 869-874.
4. **Taran, I., & Elder, J. S.** (2006). Results of orchiopexy for the undescended testis. World journal of urology, 24, 231-239.
5. **Riquelme, M., Aranda, A., Rodarte-Shade, M. et al.** (2012). Totally laparoscopic approach for failed conventional orchiopexy. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, 22(5), 514-517.
6. **Meij–deVries, A., van der Voort, L. M., Sijstermans, K. et al.** (2013). Natural course of undescended testes after inguinoscrotal surgery. Journal of Pediatric Surgery, 48(12), 2540-2544.
7. **Tong, Q., Zheng, L., Tang, S. et al.** (2009). Laparoscopy-assisted orchiopexy for recurrent undescended testes in children. Journal of pediatric surgery, 44(4), 806-810.
8. **Yang, Z., Li, S., Zeng, H. et al.** (2020). Laparoscopic orchiopexy versus open orchiopexy for palpable undescended testis in children: a prospective comparison study. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, 30(4), 453-457.
9. **Youssef, A. A., Marei, M. M., Abouelfadl, M. H. et al.** (2020). Unsatisfactory testicular position after inguinal orchidopexy: Is there a role for upfront laparoscopy?. Arab Journal of Urology, 18(1), 48-53.
10. **Sfoungaris, D., & Mouravas, V.** (2016). A combined preperitoneal and inguinal approach for redo orchiopexy. Journal of Pediatric Urology, 12(1), 43-e1.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN BẰNG NẸP KHÓA MÓC KHÔNG TÁI TẠO DÂY CHẰNG QUẠ ĐÒN

Bùi Văn Anh[1], Võ Thành Toàn[1], Phan Ngọc Thi[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp khóa móc không tái tạo dây chằng quạ đòn tại Khoa Chấn thương - Chỉnh hình Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu 80 bệnh nhân (BN) trật khớp cùng đòn từ độ III trở lên tại Bệnh viện Thống Nhất từ 1/2018 – 1/2023. Thời gian theo dõi ít nhất 1 năm sau mổ. **Kết quả:** Có 53 BN nam và 27 BN nữ. Tuổi trung bình 42,7 ± 18,6 (từ 17 đến 71). Trật khớp độ V chiếm chủ yếu. Khoảng cách quạ đòn sau mổ cải thiện đáng kể từ 18,8 ± 2,4 mm trước mổ về 8,8 ± 0,5 sau mổ (p<0,01). Điểm chức năng khớp vai Constant-Murley cải thiện tốt theo thời gian và hầu hết BN thỏa mãn cao sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nắn chỉnh và cố định bằng nẹp móc trong trật khớp cổ chân cho kết quả tốt trong việc phục hồi giải phẫu, cải thiện chức năng khớp vai sau mổ. ***Từ khóa:*** trật khớp cùng đòn, nẹp móc khớp cùng đòn.

SUMMARY

EVALUATION OF PATIENTS WITH ACROMIOCLAVICULAR JOINT DISLOCATION BY HOOK PLATE WITHOUT CORACOCLAVICULAR LIGAMENT RECONSTRUCTION

Objective: The study was designed to assess the result of acromioclavicular joint dislocation treatment by hook plate without coracoclavicular ligament reconstruction at Thong Nhat hospital. **Subject and methods:** A prospective study. 80 patients with acromioclavicular joint dislocation grade III, IV, V, VI according to Rockwood classification at Thong Nhat Hospital from January 2018 to January 2023. Follow up for 1 year. **Results:** There are 53 males and 27 females. The mean age was 42.7 ± 18.6 (from 17 to 71). The surgery effectively reduced the coracoclavicular distance from 18.8 ± 2.4 mm preoperatively to 8.8 ± 0.5 mm postoperatively (p<0,01). The Constant-Murley shoulder function scores improved significantly over time, and most patients reported high satisfaction post-surgery. **Conclusion:** Locking hook plate fixation is an effective treament for anatomical restoration and functional improvement of the shoulder joint, resulting in favorable outcomes and high patient satisfaction.

Keywords: acromioclavicular joint dislocation, hook plate

[1]*Bệnh viện Thống Nhất, TP.HCM*
Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn
Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024
Ngày phản biện khoa học: 24.12.2024
Ngày duyệt bài: 21.01.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp cùng đòn (TKCĐ) là tổn thương phổ biến, chiếm khoảng 9-12% trong các trường hợp chấn thương vai. Nguyên nhân do lực chấn thương trực tiếp vào mỏm cùng làm đứt dây chằng cùng đòn gây trật khớp [2], [5].

Hiện nay điều trị trật khớp cùng đòn vẫn còn nhiều tranh cãi do thiếu nhiều bằng chứng. Hầu hết đồng thuận điều trị bảo tồn với TKCĐ độ I, II và điều trị phẫu thuật cho TKCĐ độ III, IV, V VI theo phân loại Rockwood. Phẫu thuật nắn chỉnh cố định khớp cùng đòn bằng nẹp móc được ghi nhận trong y văn từ những năm 1980, tỷ lệ đạt kết quả tốt và rất tốt lên đến 94% [2][5].

Tại Bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi đã triển khai kĩ thuật này và đạt một số kết quả nhất định. Do đó chúng tôi thực hiện đề tại này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp khóa móc không tái tạo dây chằng quạ đòn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 80 bệnh nhân TKCĐ độ III trở lên theo phân độ Rockwood [4] được chỉ định điều trị phẫu thuật bằng nẹp móc khóa tại Bệnh viện Thống Nhất từ 1/2018 – 1/2023

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN TKCĐ độ III trở lên theo phân độ Rockwood [4] dưới 3 tuần được phẫu thuật bằng nẹp móc khóa.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, hoặc mất liên lạc trong quá trình nghiên cứu.
- TKCĐ kèm gãy mỏm quạ hay gãy xương đòn.
- Có tổn thương cũ vùng này

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả

Phương pháp thu thập số liệu:

Tiến cứu mô tả, 80 BN TKCĐ độ III trở lên theo phân độ Rockwood [4] dưới 3 tuần từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2023.

BN TKCĐ được phân loại theo Rockwood dựa trên X-quang [4]:

- Độ I: Dãn dây chằng cùng đòn, dây chằng quạ đòn còn nguyên.
- Độ II: Đứt dây chằng cùng đòn, dãn dây chằng quạ đòn.
- Độ III: Tổn thương hoàn toàn dây chằng cùng đòn và quạ đòn. X-quang cho thấy khoảng cách quạ đòn tăng 25 - 100% so với đối bên.