

sẽ được ra viện và điều trị ngoại trú. Vì thế thời gian nằm viện không nhiều, ít tốn kém. Tuy nhiên để theo dõi đến khi nồng độ β hCG trở về âm tính cũng mất khá nhiều thời gian, mất công đi lại và chi phí xét nghiệm máu, siêu âm. Có những người bệnh nồng độ β hCG trở về âm tính trong thời gian ngắn nên người bệnh rất hài lòng với phương pháp điều trị nội khoa.

V. KẾT LUẬN

Điều trị nội khoa CNTC chưa vỡ bằng Methotrexate đạt hiệu quả cao với tỷ lệ thành công 89,9%; đặc biệt với những khối chứa kích thước nhỏ và nồng độ β hCG ≤ 1000 mIU/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mergenthal MC, Senapati S, Zee J, et al.** Medical management of ectopic pregnancy with single-dose and 2-dose methotrexate protocols: human chorionic gonadotropin trends and patient outcomes. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2016;215(5):590.e1-590.e5
2. **Snigdha Alur-Gupta et al,** 2019 Two-dose versus single-dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy: a meta-analysis; *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Aug. ;221(2):95-108.
3. **Saleh H.** Double Versus Single Dose Methotrexate

- Regimens in Management of Undisturbed Ectopic Pregnancy. *Obstet. Gynecol. Int.* J.2016;5.
4. **Nguyễn Văn Học** (2005), "Kết quả điều trị 103 trường hợp chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexat tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng". Nội San Sản Phụ Khoa Số Đặc Biệt Năm 2005, 86–91
 5. **Cao Thị Thủy.** Nhận xét điều trị chứa ngoài tử cung bằng Methotrexate tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2015. 2015
 6. **Nguyễn Thị Bích Thủy.** Nghiên cứu điều trị chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexate đơn liều và đa liều tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. 2011
 7. **Vũ Thanh Vân.** Điều trị chứa ngoài tử cung bằng Methotrexate tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 3/2005 đến 7/2006. 2006.
 8. **Vương Tiên Hòa, Phạm Trọng Thuật** (2014), Nghiên cứu hiệu quả điều trị chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexate tại Bệnh viện Đa khoa Tuyên Quang, Tạp chí y học thực hành, 3(893), 54-59.
 9. **Nguyễn Thị Bích Thanh** (2006), "Chẩn đoán và điều trị chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2006", Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
 10. **Tạ Thị Thanh Thủy, Đỗ Danh Toàn** (2000), "Đánh giá bước đầu điều trị chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexat tại Bệnh viện Phụ sản Hùng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh". Tạp chí sản phụ khoa 2001, 58–64.

KẾT QUẢ NGẮN HẠN PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ RỖN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CỔ TRƯỞNG

Huỳnh Văn Linh¹, Đặng Trần Khiêm¹, Trần Phùng Dũng Tiến¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Thoát vị rốn được định nghĩa là thoát vị thành bụng ở rốn hoặc gần rốn. Theo Hội thoát vị Châu Âu vị trí thoát vị ở đường giữa từ 3 cm trên và dưới rốn. Tỷ lệ thoát vị rốn khoảng 2% dân số, tỷ lệ này gia tăng ở bệnh nhân xơ gan, béo phì. 20% bệnh nhân xơ gan có biểu hiện thoát vị rốn. Bệnh nhân có thoát vị rốn kèm bệnh cảnh xơ gan có nhiều rối loạn toàn thân nên việc điều trị gặp nhiều thách thức. Việc điều trị thoát vị rốn ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng vẫn còn nhiều tranh luận nhưng phương pháp phẫu thuật phục hồi thành bụng sớm, tránh khi có triệu chứng hoặc biến chứng được chấp nhận nhiều hơn. Kỹ thuật phục hồi thành bụng bằng khâu cân đơn thuần và đặt mảnh ghép nhân tạo tiếp cận theo hướng nội soi và mổ mở. Tuy nhiên, trong bối cảnh bệnh nhân xơ gan cổ trướng mổ mở vẫn chiếm ưu thế. Tỷ lệ biến chứng và tử vong là vấn đề cần được quan tâm. Các yếu tố giúp tiên lượng tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ

đóng vai trò quan trọng trong việc đưa ra hướng điều trị phù hợp trên từng bệnh nhân. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, báo cáo loạt ca bệnh 43 trường hợp phẫu thuật điều trị thoát vị rốn ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng từ 01/2018 đến 12/2022 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu kết quả ngắn hạn sau phẫu thuật trong thời gian bệnh nhân nằm viện. **Kết quả:** Đặc điểm giới tính nam chiếm đa số (79,1%). Độ tuổi trung bình $56,9 \pm 10,7$ tuổi (27 – 79 tuổi). 100% bệnh nhân nhập viện có xuất hiện khối phồng ở rốn. Thoát vị kẹt và ấn đau khối thoát vị lần lượt 51,2% và 55,8%. Có 8/43 trường hợp (18,6%) có biến chứng vỡ khối thoát vị. Kích thước khối thoát vị trung bình $6,4 \pm 5,1$ cm (2 – 30 cm). Mức độ xơ gan đánh giá theo thang điểm MELD trung bình $16 \pm 6,3$ và tỷ lệ xơ gan mất bù trong nghiên cứu chiếm đa số (90,7%). Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu 37/43 trường hợp (86%). 100% được tiến hành mổ hở, phương pháp phục hồi thành bụng khâu cân đơn thuần 35/43 trường hợp (81,4%), đặt lưới onlay 4/43 trường hợp (9,3%), đặt lưới sublay 1/43 trường hợp (2,3%) và đặt lưới tiền phúc mạc 3/43 trường hợp (7%). Thời gian mổ trung bình $93 \pm 37,2$ phút (50 – 200 phút). Thời gian nằm viện trung bình $7 \pm 3,2$ ngày (2 – 17 ngày). Thời gian phục hồi lưu thông ruột sau mổ kéo dài hơn ở những bệnh nhân có điểm MELD ≥ 20 và có kích thước lỗ thoát vị

¹Trường Y Dược, Đại học Trà Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Linh
Email: hvlinh@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 4.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025
Ngày duyệt bài: 12.5.2025

trung bình, lớn. Có 13 trường hợp có biến chứng sau mổ, chiếm 30%. 2 trường hợp tử vong do chảy máu trong ổ bụng và viêm phúc mạc nặng chiếm 4,7%.

Kết luận: Thoát vị rốn là một trong những biến chứng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng. Phẫu thuật điều trị trên những bệnh nhân này có tỉ lệ biến chứng sau mổ và tử vong cao, liên quan đến vấn đề trì hoãn mổ, mức độ xơ gan, điểm MELD ≥ 20 . Vì vậy bệnh nhân nên được chẩn đoán và phẫu thuật sớm để tránh các biến chứng ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân.

Từ khoá: Thoát vị rốn, xơ gan, phục hồi thành bụng, biến chứng sau mổ, tử vong sau mổ

SUMMARY

SHORT-TERM SURGICAL OUTCOMES OF UMBILICAL HERNIA REPAIR IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH ASCITES

Background: Umbilical hernia is defined as an abdominal wall herniation at or near the umbilicus. According to the European Hernia Society, the hernia location is within 3 cm above and below the umbilicus. The prevalence of umbilical hernia is approximately 2% of the population, with an increased incidence in patients with cirrhosis and obesity. About 20% of cirrhotic patients develop umbilical hernias. Patients with umbilical hernia and cirrhosis present with multiple systemic disorders, making surgical treatment challenging. The management of umbilical hernias in cirrhotic patients with ascites remains controversial, but early abdominal wall reconstruction surgery, before the onset of symptoms or complications, is increasingly accepted. Abdominal wall repair techniques include simple fascial closure and the use of synthetic mesh, either via an open or laparoscopic approach. However, in cirrhotic patients with ascites, open surgery remains predominant. Postoperative complications and mortality rates are significant concerns. Factors predicting postoperative complications and mortality play a crucial role in determining appropriate treatment strategies for each patient. **Subjects – Methods:** This is a retrospective case series study of 43 patients who underwent umbilical hernia repair in cirrhotic patients with ascites at Cho Ray Hospital from January 2018 to December 2022. Short-term postoperative outcomes during hospitalization were analyzed. **Results:** The majority of patients were male (79,1%), with a mean age of $56,9 \pm 10,7$ years (range: 27–79 years). All patients presented with an umbilical bulge. Incarcerated hernia and tenderness of the hernia mass were observed in 51,2% and 55,8% of cases, respectively. Hernia rupture occurred in 8 out of 43 cases (18,6%). The mean hernia size was $6,4 \pm 5,1$ cm (range: 2–30 cm). The mean Model for End-Stage Liver Disease (MELD) score was $16 \pm 6,3$, with decompensated cirrhosis accounting for 90,7% of cases. Emergency surgery was performed in 37 out of 43 cases (86%). All patients underwent open surgery, with primary fascial closure in 35 cases (81,4%), onlay mesh placement in 4 cases (9,3%), sublay mesh placement in 1 case (2,3%), and preperitoneal mesh placement in 3 cases (7%). The mean operative time was $93 \pm 37,2$ minutes (range: 50–200 minutes). The mean hospital stay was $7 \pm 3,2$ days (range: 2–17 days). Delayed

return of bowel function was observed in patients with MELD scores ≥ 20 and those with medium-to-large hernia defects. Postoperative complications occurred in 13 cases (30%), with two deaths due to intra-abdominal hemorrhage and severe peritonitis (4,7%).

Conclusion: Umbilical hernia is a common complication in cirrhotic patients with ascites. Surgical repair in these patients is associated with high postoperative complication and mortality rates, particularly in cases of delayed intervention, advanced cirrhosis, and MELD scores ≥ 20 . Early diagnosis and surgical intervention are recommended to prevent life-threatening complications. **Keywords:** Umbilical hernia, cirrhosis, abdominal wall reconstruction, postoperative complications, postoperative mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị rốn là một trong những bệnh lý thoát vị phổ biến, thoát vị rốn không triệu chứng có thể xuất hiện ở 25% dân số nhờ kết quả siêu âm¹. Tỉ lệ này gia tăng khi bệnh nhân có tình trạng xơ gan cổ trướng.

Điều trị thoát vị rốn ở bệnh nhân có cổ trướng cần ưu tiên kiểm soát cổ trướng bằng điều trị nội khoa sau đó mới tiến hành các can thiệp phẫu thuật ở vùng rốn. Trước đây phẫu thuật chỉ định cho những trường hợp thoát vị có triệu chứng, nhưng hiện nay dù thoát vị nhỏ cũng được chỉ định điều trị sớm để tránh phải phẫu thuật cấp cứu các biến chứng nghẹt, hoại tử ảnh hưởng tính mạng bệnh nhân. Phục hồi thành bụng bằng khâu cân đơn thuần và đặt tấm lưới nhân tạo thường được áp dụng. Phương pháp điều trị sử dụng tấm lưới nhân tạo được xem là một cuộc cách mạng trong điều trị thoát vị. Kỹ thuật đặt tấm lưới cũng khá đa dạng bao gồm onlay, inlay, sublay và underlay. Ngày nay phẫu thuật xâm lấn tối thiểu ngày càng phát triển và có nhiều ưu điểm vượt bậc nên được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên vai trò của phẫu thuật nội soi phục hồi thoát vị rốn ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng vẫn cần được nghiên cứu.

Điều trị thoát vị rốn ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng hiện nay vẫn là một thách thức lớn đối với các bác sĩ ngoại khoa vì có nhiều biến chứng và kết quả sau mổ còn nhiều hạn chế. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để có cái nhìn tổng quát về việc chẩn đoán và điều trị thoát vị rốn ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Hồi cứu báo cáo loạt ca bệnh.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Tại khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy, trong thời gian từ tháng 01/2018 – 12/2022.

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị rốn có xơ gan cổ trướng

và được chỉ định phẫu thuật tại khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy.

Bệnh nhân được phân tích các yếu tố bao gồm tuổi, giới, chỉ số BMI, mức độ xơ gan theo Child – Pugh, triệu chứng lâm sàng, kích thước lỗ thoát vị, đặc điểm siêu âm và CT Scan bụng (nếu có), phương pháp phẫu thuật, kỹ thuật phục hồi thành bụng, thời gian mổ, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân thoát vị rốn xơ gan cổ trướng nhập khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy nhưng được theo dõi không can thiệp phẫu thuật, hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin nghiên cứu, bệnh nhân thoát vị rốn ở giai đoạn xơ gan còn bù có dịch ổ bụng do những nguyên nhân khác: ung thư, hội chứng thận hư...

Phân tích số liệu. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14. Các kết quả là biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị kèm giá trị tối đa và giá trị tối thiểu (nếu phân phối không chuẩn). Các kết quả của biến số định danh được trình bày dưới dạng giá trị tuyệt đối hoặc phần trăm. So sánh hai biến số định danh bằng phép kiểm Chi bình phương (vọng trị trong các ô của bảng phân phối tần suất ≥ 5) hoặc Fisher (có 20% số ô có giá trị vọng trị < 5). Phân tích đơn biến về biến chứng và tử vong sau mổ với các biến độc lập bao gồm: tuổi, giới, mức độ cổ trướng, mức độ xơ gan theo Child – Pugh, điểm MELD, nồng độ Natri trong máu, kích thước khối thoát vị, loại phẫu thuật, kỹ thuật phục hồi thành bụng và thời gian nằm viện với mức ý nghĩa được chọn $p \leq 0,05$.

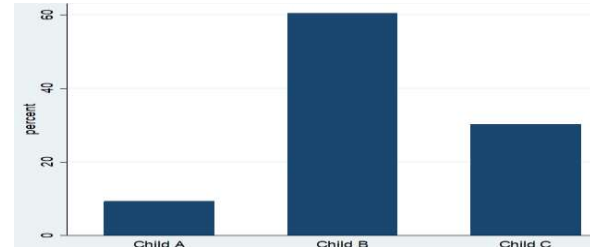
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022, chúng tôi hồi cứu báo cáo 43 trường hợp phẫu thuật điều trị thoát vị rốn ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng. Có 34 nam (79%) và 9 nữ (21%) với độ tuổi trung bình là $56,9 \pm 10,7$ tuổi (nhỏ nhất 27 tuổi và lớn nhất 79 tuổi).

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu ghi nhận trong bảng 1: 100% bệnh nhân nhập viện có khối thoát vị ở vùng rốn khi thăm khám, thoát vị kẹt ở 22 trường hợp (51,2%), ấn đau thoát vị 24 trường hợp (55,8%), vỡ thoát vị 8 trường hợp (18,6%) và viêm loét da quanh rốn có 19 trường hợp (44,2%). Kích thước khối thoát vị trung bình $6,4 \pm 5,1$ cm (2 – 30 cm).

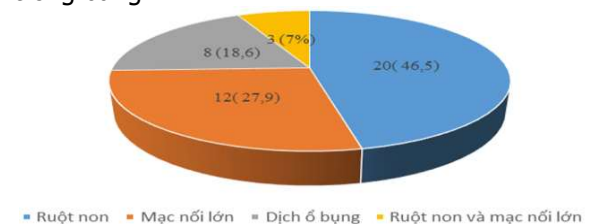
Bệnh nhân được chẩn đoán chủ yếu dựa vào khám lâm sàng, ngoài ra có sự hỗ trợ của siêu âm trong 15 trường hợp, được chỉ định chụp X

quang bụng đứng 3 trường hợp và chỉ định chụp CT Scan 31 trường hợp. Điểm MELD trung bình $16 \pm 6,3$ (8 – 32). Mức độ xơ gan được thể hiện ở biểu đồ 1



Biểu đồ 1. Mức độ xơ gan bệnh nhân

Có 6 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật chương trình (14%) và 37 bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu (86%), 100% được tiến hành phẫu thuật mổ mở, kỹ thuật phục hồi thành bụng chủ yếu là phương pháp khâu cân đơn thuần bằng prolene 1.0 có 35 trường hợp (81,4%) và phương pháp sử dụng tấm lưới nhân tạo có 8 trường hợp (18,6%). Trong 8 trường hợp sử dụng tấm lưới nhân tạo có 5 trường hợp đặt lưới vị trí onlay, 1 trường hợp đặt lưới sublay và 3 trường hợp đặt lưới tiền phúc mạc. Thành phần trong túi thoát vị thể hiện trong biểu đồ 2, các biến chứng của thoát vị trong mổ ghi nhận trong bảng 1.



Biểu đồ 2. Thành phần trong túi thoát vị

Thành phần chủ yếu trong túi thoát vị là ruột non 20 trường hợp (46,5%)

Bảng 1. Các biến chứng của thoát vị

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Hoại tử ruột	7	16,3
Rách thành mạc	1	2,3
Thủng ruột	0	0

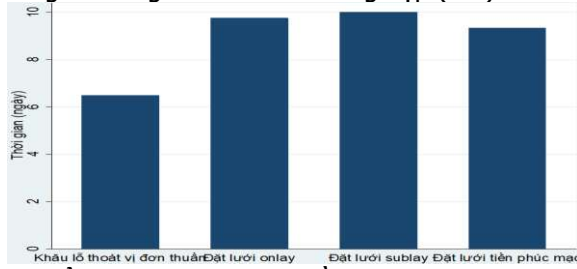
Biến chứng ghi nhận trong mổ chủ yếu là hoại tử ruột 7 trường hợp (16,3%)

Thời gian mổ trung bình là $92,9 \pm 37,2$ phút, thời gian mổ ngắn nhất là 50 phút và kéo dài nhất là 200 phút.

Thời gian nằm viện trung bình $7 \pm 3,2$ ngày (2–17 ngày). Thời gian nằm viện trung bình giữa các phương pháp phục hồi thành bụng được so sánh trong biểu đồ 3

Nhằm đảm bảo an toàn trong phẫu thuật bệnh nhân được chỉ định truyền các yếu tố đông máu trước mổ trong 13 trường hợp (30,2%) và truyền

hồng cầu lắng trước mổ 3 trường hợp (7%).



Biểu đồ 3. Thời gian nằm viện trung bình

Biến chứng sau mổ có 13 trường hợp (30,2%), 1 trường hợp tụ máu vết mổ, 7 trường hợp tụ thanh dịch đơn thuần được theo dõi sau mổ, 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ nông, 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ sâu kèm tắc ruột sau mổ, bệnh nhân tử vong ngày hậu phẫu thứ 8 do choáng nhiễm trùng nặng, 1 trường hợp tụ thanh dịch kèm rò dịch cổ trướng, 1 trường hợp bụng vết mổ được chỉ định phẫu thuật lại ở ngày hậu phẫu 7, 1 trường hợp chảy máu trong ổ bụng bệnh nhân suy hô hấp tử vong ngày hậu phẫu 3. 2 trường hợp tử vong này đều có tình trạng xơ gan Child C và điểm MELD > 20.

Phân tích thống kê chúng tôi ghi nhận khả năng biến chứng sau mổ của nữ so với nam với OR là 4 (95% CI: 0,87 - 18,9) mức ý nghĩa thống kê $p = 0,07$. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận khả năng biến chứng ở nhóm chờ đợi phẫu thuật cao gấp 6,22 lần nhóm điều trị phẫu thuật sớm khi nhập viện với $p = 0,045$ (95% CI: 0,97 - 39,81). Tương tự chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện làm gia tăng xảy ra biến chứng với OR 1,25, 95% CI 1- 1,57, $p = 0,037$. Phân tích thống kê chúng tôi nhận thấy có sự liên quan giữa tử vong sau mổ với các yếu tố tăng bilirubin toàn phần máu ($p = 0,003$), giảm nồng độ natri máu ($p = 0,04$), mức độ xơ gan ($p = 0,05$) và điểm MELD ≥ 20 ($p = 0,038$). Những yếu tố khác được ghi nhận trong bảng 2.

Bảng 2. Những yếu tố liên quan tử vong sau mổ

	OR	95% CI	p
Tuổi > 65	3,56	0,20 – 62,63	0,398
Giới nữ	4,13	0,23 – 73,29	0,349
Tăng Bilirubin TP	13,2	0,73 – 238,7	0,003
Giảm Natri máu	0,76	0,56 – 1,03	0,06
Kích thước thoát vị	1,44	0,09 – 22,58	0,79
Thời gian mổ	0,96	0,88 – 1,04	0,187

IV. BÀN LUẬN

Thoát vị rốn là thoát vị thành bụng với vị trí ở rốn hoặc gần rốn. Theo Hội thoát vị Châu Âu (EHS) định nghĩa thoát vị rốn là thoát vị thành bụng tại vị trí đường giữa, từ 3 cm trên đến 3

cm dưới rốn². Ở những bệnh nhân xơ gan cổ trướng có đến 20% có biểu hiện của thoát vị rốn theo nghiên cứu của Wang và cộng sự³. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở nam giới nhiều hơn so với nữ giới tỉ lệ 3,8: 1. Trong khi tỉ lệ thoát vị rốn do tất cả các nguyên nhân theo nghiên cứu của Dabbas⁴ thì nữ giới gặp nhiều hơn nam với tỉ lệ 3: 1. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Salamon⁵ ghi nhận tỉ lệ thoát vị rốn ở bệnh nhân xơ gan theo giới nam: nữ là 5,9:1 tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi điều này được giải thích do tỉ lệ lưu hành của xơ gan ở nhóm bệnh nhân nam cao hơn so với nữ. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu 56,9 (27 – 79) so với nghiên cứu của Salamone là 60 (53 – 81) và của tác giả Marsman⁶ là 59,5 (49 -77).

Tất cả bệnh nhân nhập viện đều có biểu hiện khối thoát vị ở rốn nên việc chẩn đoán thoát vị rốn ở nhóm bệnh nhân này tương đối đơn giản, chỉ những trường hợp đặc biệt khó chẩn đoán hoặc cần đánh giá thêm thành phần và tình trạng trong khối thoát vị mới cần đến các phương tiện hình ảnh học. Thách thức lớn nhất là vấn đề điều trị ở những nhóm bệnh nhân này, tình trạng xơ gan cổ trướng kèm theo các rối loạn toàn thân bao gồm tình trạng đông cầm máu, tình trạng dinh dưỡng ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả phẫu thuật. Đánh giá mức độ xơ gan chúng tôi sử dụng thang điểm Child – Pugh và điểm MELD. 2 trường hợp biến chứng có tử vong chúng tôi đều ghi nhận tình trạng xơ gan Child C và điểm MELD lớn hơn 20. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Salomone khi cho thấy những trường hợp mổ cấp cứu, xơ gan Child C, điểm MELD > 20 là các yếu tố nguy cơ cao gặp các biến chứng sau mổ và tử vong. Điều này rất có ý nghĩa trong việc tiên lượng trước mổ và giải thích cho bệnh nhân trước mổ.

Tất cả các bệnh nhân đều được tiến hành mổ mở để phục hồi thành bụng vì kỹ thuật mổ nội soi mặc dù có nhiều ưu điểm nhưng kỹ thuật phức tạp và đòi hỏi phải có nhiều kỹ năng và thời gian phẫu thuật kéo dài do đó có nhiều biến chứng toàn thân và tử vong theo nghiên cứu của Yen Yi⁸. Kỹ thuật phục hồi thành bụng bằng prolene 1.0 được dùng chủ yếu (chiếm 81,4%). Nghiên cứu tác giả Bhangu⁹ cho rằng việc đặt lưới nhân tạo làm tăng nguy cơ nhiễm trùng sau mổ. Tuy nhiên gần đây một số tác giả nhận định việc đặt lưới nhân tạo là an toàn và hiệu quả và giảm thoát vị sau mổ so với chỉ khâu bằng prolene đơn thuần¹⁰. Việc phẫu thuật nội soi phục hồi thành bụng có nhiều ưu điểm nhưng trên nhóm bệnh nhân có kèm bệnh cảnh xơ gan cổ trướng có tỉ lệ biến chứng toàn thân và tử

vong sau mổ cao hơn mổ mở. Vì vậy tác giả Juo⁸ cho rằng nên mổ đặt tấm lưới nhân tạo ở những bệnh nhân thoát vị rốn có xơ gan cổ trướng kèm theo. Bên cạnh đó việc kiểm soát tình trạng cổ trướng trước mổ cũng đóng vai trò quan trọng trong giảm biến chứng sau phẫu thuật⁹. Tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi là 30,2% và tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện là 4,7%. Tỷ lệ tử vong này thấp hơn so với nghiên cứu của Salamone khi theo dõi đến 30 ngày sau mổ tử vong lên đến 23%. Những yếu tố góp phần tiên lượng biến chứng và tử vong sau mổ được ghi nhận gồm tri hoãn phẫu thuật, mức độ xơ gan, điểm MELD ≥ 20 , nồng độ natri máu thấp, nồng độ Bilirubin máu tăng. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu nhỏ và tiến hành hồi cứu nên cần thêm những nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn để đưa ra những kết luận trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Thoát vị rốn là một trong những biến chứng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng. Triệu chứng lâm sàng điển hình chủ yếu chẩn đoán dựa vào triệu lâm sàng, hình ảnh học được sử dụng trong những trường hợp phức tạp cần đánh giá thêm thành phần và tình trạng bên trong túi thoát vị. Phẫu thuật điều trị trên bệnh nhân này có tỷ lệ biến chứng sau mổ và tử vong cao liên quan đến vấn đề tri hoãn mổ, mức độ xơ gan, điểm MELD ≥ 20 . Vì vậy bệnh nhân nên được chẩn đoán và phẫu thuật sớm để tránh các biến chứng ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hegazy AA. Anatomy and embryology of umbilicus in newborns: a review and clinical correlations. *Front Med.* Sep 2016;10(3):271-7. doi:10.1007/s11684-016-0457-8
2. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia.* Aug 2009;13(4):407-14. doi:10.1007/s10029-009-0518-x
3. Wang R, Qi X, Peng Y, et al. Association of umbilical hernia with volume of ascites in liver cirrhosis: a retrospective observational study. *J Evid Based Med.* Nov 2016;9(4):170-180. doi:10.1111/jebm.12225
4. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Rep.* Jan 19 2011;2(1):5. doi:10.1258/shorts.2010.010071
5. Salamone G, Licari L, Guercio G, et al. The abdominal wall hernia in cirrhotic patients: a historical challenge. *World J Emerg Surg.* 2018;13:35. doi:10.1186/s13017-018-0196-z
6. Marsman HA, Heisterkamp J, Halm JA, Tilanus HW, Metselaar HJ, Kazemier G. Management in patients with liver cirrhosis and an umbilical hernia. *Surgery.* Sep 2007;142(3):372-5. doi:10.1016/j.surg.2007.05.006
8. Juo YY, Skancke M, Holzmacher J, Amdur RL, Lin PP, Vaziri K. Laparoscopic versus open ventral hernia repair in patients with chronic liver disease. *Surg Endosc.* Feb 2017;31(2):769-777. doi:10.1007/s00464-016-5031-6
9. Bhangui P, Laurent A, Amathieu R, Azoulay D. Assessment of risk for non-hepatic surgery in cirrhotic patients. *J Hepatol.* Oct 2012;57(4):874-84. doi:10.1016/j.jhep.2012.03.037
10. Henriksen NA, Kaufmann R, Simons MP, et al. EHS and AHS guidelines for treatment of primary ventral hernias in rare locations or special circumstances. *BJS Open.* Apr 2020;4(2):342-353. doi:10.1002/bjs5.50252

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỂM LỆ 3 ĐƯỜNG CẮT HÌNH CHỮ NHẬT CÓ ÁP 5 FLUOROURACIL TRONG ĐIỀU TRỊ HẸP ĐIỂM LỆ MẮC PHẢI

Nguyễn Thanh Nam¹, Biện Thị Cẩm Vân¹,
Trịnh Xuân Trang², Phùng Mỹ Bảo^{2,3}, Lê Trần Thúy Vy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình điểm lệ 3 đường cắt có áp 5 fluorouracil (5FU) trong

điều trị hẹp điểm lệ mắc phải sau 6 tháng phẫu thuật.
Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có so sánh tại khoa Tạo hình thẩm mỹ - Thần kinh nhãn khoa Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 12/2023 đến tháng 8/2024. Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp điểm lệ độ 0 hoặc 1 được chia thành 2 nhóm. Nhóm 1 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tạo hình điểm lệ 3 đường cắt không áp 5 fluorouracil, nhóm 2 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tạo hình điểm lệ 3 đường cắt có áp 5 fluorouracil. Phẫu thuật được kết hợp với đặt ống mini-monoka S1.1500 vào lòng lệ quản và rút ra sau 3 tháng. **Kết quả:** Có 60 mắt của 35 bệnh nhân. Tuổi trung bình 52 ± 12 tuổi, hẹp điểm lệ độ 0 chiếm 75%,

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Mỹ Bảo

Email: pmbao@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025