

6. **Dương Đình Toàn.** Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật All-Inside sử dụng mảnh ghép gân hamstring tự thân. Tạp chí Y học Việt Nam. Published 2021. Accessed April 14, 2023. <https://tap.chiyhoc.vietnam.vn/index.php/vmj/article/view/925/793>
7. **Lê Mạnh Sơn.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước hai bó bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân. Luận Án Tiến Sĩ Đại Học Hà Nội. Published online 2015.
9. **Trương Kim Hùng.** Đánh giá kết quả tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng phẫu thuật nội soi sử dụng gân cơ thon và gân cơ bán gân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định. Nghiên Cứu Khoa Học Cấp Cơ Sở. Published online 2021.
10. **Phạm Ngọc Trường.** Nghiên cứu kích thước gân cơ thon bán gân dựa trên chẩn đoán hình ảnh và kết quả tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật hai bó. Luận án tiến sĩ Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2020.

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM THOÁT VỊ CUỐNG RỖN BẨM SINH

Trần Thị Hoa¹, Đỗ Thị Trà¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Thoát vị cuống rốn (TVCR) là một khuyết tật của đường giữa thành bụng, trong đó các tạng trong ổ bụng bị thoát vị ra ngoài ổ bụng qua vòng rốn không khép kín. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm chẩn đoán trước sinh, triệu chứng lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị sớm của trẻ bị TVCR. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh 40 trẻ bị TVCR đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2017 đến 31/08/2023. **Kết quả:** Phân bố giới tính nam/nữ là 2,1/1, trẻ sinh đủ tháng chiếm 85%. 90% trẻ được phát hiện TVCR qua siêu âm trước sinh, tuổi thai trung bình khi phát hiện là $15,9 \pm 6,6$ tuần. Khối thoát vị chủ yếu chứa ruột (97,5%) và gan (52,5%), 77,5% trẻ có kích thước khối thoát vị ≥ 5 cm. 12,5% trẻ có dị tật phổi hợp, chủ yếu là dị tật tim bẩm sinh. Tỷ lệ điều trị bảo tồn ở nhóm có khối thoát vị ≥ 5 cm cao hơn so với nhóm < 5 cm (89,5% so với 10,5%). Việc chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào kích thước khối thoát vị, tuổi thai, cân nặng, và các dị tật phổi hợp. Tạng thoát vị chứa dạ dày ở nhóm bảo tồn cao hơn đáng kể so với nhóm phẫu thuật. Trẻ điều trị bằng phẫu thuật 1 thì có tỷ lệ sống 90,9%, phẫu thuật 2 là 37,5%, trong khi điều trị bảo tồn là 68,4%. Kết quả điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước khối thoát vị, dị tật phổi hợp và tình trạng sức khỏe của trẻ. Tỷ lệ tử vong là 40%. Tỷ lệ sống sót có liên quan đến cân nặng khi sinh, nhu cầu hồi sức và hỗ trợ hô hấp sau đẻ. **Kết luận:** Đa số trẻ mắc TVCR được phát hiện sớm và có khối thoát vị lớn. Khối thoát vị chủ yếu chứa ruột non và gan. Tỷ lệ sống sau điều trị cao, nhưng nguy cơ tử vong tăng lên ở trẻ nhẹ cân và cần hỗ trợ hồi sức, oxy sau sinh.

Từ khóa: Thoát vị cuống rốn, chẩn đoán trước sinh, triệu chứng lâm sàng, kết quả điều trị sớm

SUMMARY

PRENATAL DIAGNOSIS AND EARLY

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hoa
 Email: tranthihoa13111990@gmail.com
 Ngày nhận bài: 7.4.2025
 Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025
 Ngày duyệt bài: 12.6.2025

TREATMENT RESULTS OF CONGENITAL UMBRELLA HERNIA

Background: Umbilical cord hernia (UCH) is a congenital midline abdominal defect, in which the abdominal organs protrude through the incomplete umbilical ring. **Object:** Describe the prenatal diagnosis and clinical symptoms of UCH at National hospital of obstetrics and gynecology, and evaluate the results of early treatment for UCH. Subjects - Methods: A descriptive study of 40 cases of UCH born at National hospital of obstetrics and gynecology from January 1, 2017 to August 31, 2023. **Results:** The male-to-female ratio was 2.1/1, 85% of the children were full-term. 90% of UCH cases were detected via prenatal ultrasound, the average gestational age at detection was 15.9 ± 6.6 weeks. The hernia mass primarily contained the intestine (97.5%) and liver (52.5%), 77.5% of the hernia masses measuring ≥ 5 cm. 12.5% of the children had associated congenital anomalies, mainly congenital heart defects. The study showed a higher rate of conservative treatment in the group with hernia masses ≥ 5 cm compared to those with masses < 5 cm (89.5% vs 10.5). Treatment depended on the size of the hernia mass, gestational age, birth weight, and associated anomalies. The group receiving conservative treatment had a significantly higher rate of hernias containing the stomach compared to the surgical group. Children treated with one-stage surgery had a survival rate of 90.9%, two-stage surgery had a survival rate of 37.5%, while the conservative treatment group had a survival rate of 68.4%. Treatment outcomes were influenced by factors such as hernia size, associated anomalies, and the child's health status. The mortality rate was 40%. Survival rates were associated with birth weight, the need for resuscitation, and respiratory support after birth. **Conclusions:** In this study, most UCH were detected early and had large hernia masses, primarily consisting of the small intestine and liver. The survival rate after treatment was high, but the risk of mortality increased in newborn who has low-birth-weight, required resuscitation and respiratory support after birth.

Keywords: Umbilical cord hernia, prenatal diagnosis, clinical symptoms, early treatment results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị cuống rốn (TVCR) là một khuyết tật của đường giữa thành bụng. Nguyên nhân do khoảng tuần lễ thứ 10-12 của thai kì, đoạn ruột giữa phổi không trở về ổ bụng như bình thường, làm cho thành bụng xuất hiện khe hở vùng rốn, các tạng trong ổ bụng như ruột, gan, lách... bị thoát vị ra ngoài ổ bụng qua vòng rốn không khép kín. TVCR hay đi kèm với các dị tật khác như dị tật tim mạch, tiêu hóa, bất thường nhiễm sắc thể.

Chẩn đoán trước sinh có vai trò hết sức quan trọng đối với thái độ xử trí của bác sĩ, và sản phụ trước quyết định giữ thai hay đình chỉ thai. Những vấn đề chẩn đoán trước sinh, đặc điểm lâm sàng sau sinh, kết quả điều trị ban đầu nội, ngoại khoa của TVCR là như thế nào? Trẻ nên được điều trị tại cơ sở sản khoa có khoa sơ sinh hay phải chuyển cấp cứu sang khoa ngoại nhi ngay còn là vấn đề chưa sáng tỏ. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài: "Chẩn đoán trước sinh và kết quả điều trị sớm thoát vị cuống rốn bẩm sinh." với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm chẩn đoán trước sinh và triệu chứng lâm sàng của thoát vị cuống rốn bẩm sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2. Nhận xét kết quả điều trị sớm thoát vị cuống rốn bẩm sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

Thời gian nghiên cứu: từ 1/1/2017 đến hết 31/08/2023.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm trẻ ra đời: Bệnh viện Phụ sản Trung ương

- Địa điểm can thiệp ngoại khoa TVCR: Khoa ngoại nhi, Bệnh viện Việt Đức.

Trung tâm ngoại tổng hợp, trung tâm sơ sinh bệnh viện Nhi Trung ương.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ sơ sinh điều trị tại Trung tâm Sơ sinh, bệnh viện Phụ sản Trung ương được chẩn đoán TVCR sau sinh trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2017 đến ngày 31/08/2023.

Bệnh nhân được phân tích các yếu tố bao gồm tuổi thai lúc sinh, giới tính, cân nặng lúc sinh, tuần thai siêu âm phát hiện TVCR, kích thước khối TVCR, màng bọc khối thoát vị, các loại tạng thoát vị, các dị tật khác kèm theo, các biện pháp hồi sức ngay sau đẻ, kết quả điều trị nội, ngoại khoa sau đẻ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

- Cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phân tích số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 40 trẻ bị TVCR. Siêu âm trước sinh phát hiện TVCR trước sinh ở 90% bệnh nhân. Tuổi thai trung bình phát hiện dị tật TVCR là 15,9±6,6 tuần thai. Trong đó, 42,5% trẻ được phát hiện TVCR ở tuần thai 15 - 28, 40% trẻ được phát hiện TVCR ở tuần thai 11-14. Tỷ lệ nam/ nữ là 2,1/1. Tuổi thai lúc sinh trung bình là 37,9±2,5 tuần. Trong đó, tỉ lệ trẻ sinh đủ tháng (từ 37 tuần) chiếm tỉ lệ cao nhất (85%). Cân nặng khi sinh trung bình là 2700 ± 700 gram. Thấp nhất là 1400 gram, cao nhất là 4700 gram. Trong đó, trẻ có cân nặng từ 2500 đến dưới 3500 gram chiếm tỉ lệ cao nhất, 57,5%. Đa số bệnh nhân được đẻ mổ, chiếm 67,5%.

Khối TVCR có kích thước lớn (≥ 5cm) chiếm tỉ lệ cao với tỉ lệ là 77,5%. Khối thoát vị chứa chủ yếu là ruột và gan, chiếm tỉ lệ lần lượt là 97,5% và 52,5%. 10% khối TVCR có màng bọc bị rách và 5% khối TVCR có xuất huyết/ hoại tử.

Bảng 1: Các dị tật phối hợp thoát vị cuống rốn bẩm sinh

Dị tật phối hợp		Số bệnh nhân (n=40)	Tỉ lệ (%)
Có dị tật phối hợp	Tim bẩm sinh	3	7,5
	Dị tật tiêu hoá	1	2,5
	Bất thường NST	1	2,5
Không có dị tật phối hợp		35	87,5
Tổng		40	100

Nhận xét: 12,5% trẻ bị TVCR có dị tật khác kèm theo. 3/40 trẻ có tim bẩm sinh kèm theo (thông liên thất, thông liên nhĩ và còn ống động mạch).

Khi hồi sức tại phòng sinh, 77% trẻ không phải bóp bóng, 20% trẻ phải đặt nội khí quản. Tại khoa sơ sinh, có 42,5% trẻ có suy hô hấp, 22,5% trẻ suy hô hấp phải thở máy. Sau đẻ, 100% trẻ được đặt sonde dạ dày, 100% khối TVCR được đắp gạc ẩm và bọc túi nilon che phủ.

Khi chuyển đến khoa ngoại để điều trị tiếp, 2,5% trẻ được chuyển sớm trước 6 giờ tuổi, 27,5% trẻ được chuyển sau 7-12 giờ tuổi. Tại khoa ngoại, 20% trẻ bị rối loạn điện giải, 12,5% trẻ bị hạ glucose máu và 12,5% bị nhiễm trùng, không có trẻ nào bị hạ nhiệt độ, 15% trẻ có tăng áp động mạch phổi, trong đó chủ yếu là tăng áp động mạch phổi nhẹ (chiếm 10%) và trung bình (chiếm 5%), không có tăng áp động mạch phổi nặng.

Về điều trị TVCR, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi thai, giới, cân nặng, kích

thước khối thoát vị, dị tật phổi hợp, tạng thoát vị chứa gan giữa 2 nhóm điều trị phẫu thuật và bảo tồn. Chỉ có tạng thoát vị chứa dạ dày có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, với $p < 0,05$.

Về tiên lượng tử vong, không có khác biệt về thời gian hỗ trợ hô hấp, nuôi dưỡng tĩnh mạch, điều trị kháng sinh, giờ đến khoa ngoại và thời gian trước mổ.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị thoát vị cường rốn bẩm sinh

Đặc điểm		Tử vong		Sống		P
		n=16	%	n=24	%	
Phương pháp đẻ	Đẻ thường	4	25	9	37,5	0,4
	Đẻ mổ	12	75	15	62,5	
Tuổi thai	< 37 tuần	4	25	2	8,3	0,195
	≥ 37 tuần	12	75	22	91,7	
Cân nặng khi sinh	< 2500 gram	12	75	10	41,7	0,038
	≥ 2500 gram	4	25	14	58,3	
Dị tật kèm theo	Có	3	18,8	2	8,3	0,35
	Không	13	81,2	22	91,7	
Hồi sức sau đẻ	Có	11	68,8	5	20,8	0,003
	Không	5	31,2	19	79,2	
Hỗ trợ hô hấp sau đẻ	Có	12	75	5	20,8	0,001
	Không	4	25	19	79,2	
Tăng áp phổi	Có	4	25	2	8,3	0,195
	Không	12	75	22	91,7	
Kích thước khối thoát vị	≥ 5 cm	13	81,2	18	75	0,6
	< 5 cm	3	18,8	6	25	
Điều trị	Bảo tồn	10	62,5	11	45,8	0,3
	Phẫu thuật	6	37,5	13	54,2	

Nhận xét: Cân nặng khi sinh thấp dưới 2500 gram, cần hồi sức sau đẻ và hỗ trợ hô hấp sau đẻ là các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm sống và tử vong, với $p < 0,05$. Cân nặng khi sinh dưới 2500 gram, phải hồi sức sau đẻ và hỗ trợ oxy sau đẻ làm tăng nguy cơ tử vong ở trẻ TVCR, với OR lần lượt là 4,4; 7,9 và 11,4.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ phát hiện TVCR trong thai kỳ đạt gần 100%. Trong 40 trường hợp, 36 trường hợp được chẩn đoán trước sinh qua siêu âm, chiếm tỷ lệ 90%. TVCR có thể được phát hiện sớm nhất trong nghiên cứu là 12 tuần, muộn nhất là 38 tuần, với tuổi thai trung bình phát hiện là $15,9 \pm 6,6$ tuần. Phần lớn các trường hợp được phát hiện giai đoạn từ tuần 15-28 của thai kỳ, chiếm 42,5%, tiếp đó là 11 - 14 tuần thai chiếm 40%. Việc phát hiện dị tật này thường xảy ra trong tam cá nguyệt thứ hai. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế khác. Trước tuần 10, siêu âm không thể chẩn đoán được TVCR do ruột thai nhi thoát vị sinh lý vào cường rốn. Túi thoát vị là hình ảnh giúp phân biệt TVCR và khe hở thành bụng. Nếu túi thoát vị bị vỡ trong bào thai, việc chẩn đoán qua siêu âm có thể khó khăn hơn.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ là 2,1/1, tương đồng với các nghiên cứu trước đó, cho

thấy bệnh này gặp ở nam nhiều hơn nữ. Trẻ sinh đủ tháng chiếm 85%, và tỷ lệ sinh thiếu tháng là 15%. Cân nặng trung bình của trẻ là 2700 ± 700 gram, thấp nhất là 1400 gram, cao nhất là 4700 gram, với 57,5% trẻ có cân nặng từ 2500 đến 3500 gram. Cũng như các nghiên cứu khác, tỷ lệ sinh mổ chiếm 67,5%. Việc lựa chọn hình thức sinh cho thai nhi có TVCR vẫn là vấn đề gây tranh cãi và phụ thuộc vào quan điểm của nhiều tác giả. Một số nghiên cứu cho rằng sinh mổ nên được thực hiện trong trường hợp TVCR có kích thước lỗ thoát vị ≥ 5 cm và có gan trong khối thoát vị để tránh nguy cơ tổn thương gan. Tuy nhiên, cũng có ý kiến cho rằng không có bằng chứng chứng minh sinh mổ có lợi hơn sinh qua đường âm đạo, và sinh âm đạo sẽ tốt hơn cho người mẹ. Để lựa chọn đẻ mổ hay đẻ thường cần xem xét các yếu tố liên quan đến mẹ, thai, chuyển dạ và diễn tiến thai kỳ, thay vì chỉ dựa vào một yếu tố cụ thể.

Kích thước khối thoát vị trung bình là $5,4 \pm 1,7$ cm. Khối thoát vị lớn (>5 cm) chiếm 77,5% trong tổng số các trường hợp. Ruột và gan là các tạng thoát vị chủ yếu, lần lượt chiếm 97,5% và 52,5%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó. Không có sự khác biệt về tỉ lệ tử vong giữa hai nhóm tạng thoát vị có gan và không có gan.

Trong nghiên cứu này, chỉ có 10% khối thoát vị bị rách màng bọc và 5% khối thoát vị có xuất

huyết hoặc hoại tử. Việc chăm sóc màng bọc sau sinh cần được chú trọng tại các trung tâm sản phụ khoa để giảm nguy cơ tổn thương tạng và nhiễm trùng. Các nghiên cứu khác cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của chăm sóc ban đầu. Việc chăm sóc không đúng cách có thể gây rách màng bọc và làm tình trạng bệnh nặng thêm. Báo cáo của Tarca (2014) cho thấy, 7 trường hợp rách màng bọc đều tử vong, và trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 trong số 4 bệnh nhân bị rách màng bọc cũng đã tử vong.

Dị tật phổi hợp là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tiên lượng sống sót của trẻ mắc TVCR. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ dị tật phổi hợp là 12,5%, thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác, có thể do cỡ mẫu nhỏ. Hơn nữa, đây là nghiên cứu trên những trẻ TVCR sinh ra sống, nên những trẻ TVCR có dị tật nặng kèm theo đã bị đình chỉ thai kì, sảy thai tự nhiên nên không nằm trong nghiên cứu. Dị tật tim bẩm sinh là dị tật phổ biến nhất kèm theo TVCR, chiếm 60% trong số các trường hợp có dị tật phổi hợp. Điều này tương tự với kết quả các nghiên cứu khác.

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ điều trị bảo tồn ở nhóm có khối thoát vị ≥ 5 cm cao hơn nhóm < 5 cm (89,5% so với 10,5%), phù hợp với các khuyến cáo của nhiều tác giả. Kích thước khối thoát vị không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai phương pháp điều trị, có thể do cỡ mẫu nhỏ. Việc lựa chọn phương pháp điều trị tùy thuộc vào kích thước khối thoát vị, tuổi thai, cân nặng thai và các dị tật phổi hợp đi kèm. Tạng thoát vị chứa gan không khác biệt giữa hai nhóm phẫu thuật hay bảo tồn. Tuy nhiên, tạng thoát vị chứa dạ dày ở nhóm bảo tồn cao hơn đáng kể so với nhóm phẫu thuật.

Tỉ lệ sống trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự các nghiên cứu trước (Sriworarak (2010) và Tarca (2014)), ngoại trừ nghiên cứu của Lê Đức Toàn có tỷ lệ sống cao hơn. Tỷ lệ sống của trẻ khi được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật 1 thì là 90,9%, phẫu thuật 2 thì là 37,5%, trong khi tỷ lệ sống khi điều trị bảo tồn là 68,4%. Tuy nhiên, kết quả điều trị còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước khối thoát vị, sự phối hợp của các dị tật và tình trạng sức khỏe của trẻ. Theo nhiều tác giả, kết quả điều trị cũng như tiên lượng của những trẻ TVCR phụ thuộc chủ yếu vào dị tật phổi hợp.

Tỉ lệ tử vong là 40% tương tự như nghiên cứu của Sriworarak, Tarca và Marshall nhưng cao hơn so với các tác giả khác. Theo y văn, tỉ lệ tử vong cũng thay đổi và dao động trong khoảng 5 – 25%. Tỷ lệ tử vong phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có dị tật phổi hợp và tình trạng sức

khỏe của trẻ. Trẻ nhẹ cân có tỷ lệ tử vong cao hơn gấp 4,4 lần so với nhóm không nhẹ cân. Những trẻ cần hồi sức và hỗ trợ oxy sau đẻ có tỷ lệ tử vong cao gấp 7,9 lần và 11,4 lần so với nhóm không cần hỗ trợ. Trẻ không có dị tật phổi hợp có tỷ lệ sống cao (92%), trong khi có dị tật phổi hợp thì tỷ lệ sống chỉ còn 8%. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Những yếu tố này rất hữu ích để giúp các nhà sản phụ khoa, nhi khoa đưa ra những tư vấn hợp lý cho những sản phụ mang thai mắc TVCR.

Tất cả bệnh nhân đều sử dụng gạc ẩm và túi nilon để phủ lên tạng thoát vị. Thời gian hỗ trợ hô hấp, nuôi dưỡng, điều trị kháng sinh, giờ đến khoa ngoại và thời gian trước mổ không ảnh hưởng rõ rệt đến tỷ lệ tử vong. Điều này cũng phù hợp với y văn thế giới. Các tác giả đều cho rằng thời gian trước mổ rất có ý nghĩa cho tiên lượng đối với trẻ thành bụng bẩm sinh, nhưng đối với các trường hợp TVCR thì yếu tố này không quan trọng. Việc giảm áp lực ổ bụng, sử dụng sonde dạ dày để giảm áp lực, và chăm sóc hồi sức sau sinh đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng sống sót của trẻ.

Để chăm sóc trẻ TVCR sau sinh, cần có sự phối hợp giữa các chuyên khoa sản phụ khoa, sơ sinh và ngoại khoa. Trẻ bị TVCR cần được sinh tại các trung tâm lớn có chuyên môn về ngoại nhi và nhi khoa để có thể xử trí kịp thời và toàn diện, giảm tỷ lệ tử vong.

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán trước sinh TVCR bằng siêu âm đạt hiệu quả cao, với tỷ lệ phát hiện lên đến 90%, chủ yếu trong giai đoạn từ 11-28 tuần thai. Hầu hết các trường hợp có khối thoát vị lớn (≥ 5 cm) với thành phần chính là ruột non và gan.

Kết quả điều trị cho thấy phương pháp bảo tồn thường được áp dụng cho các trường hợp có khối thoát vị lớn. Tỷ lệ sống sau điều trị tương đối cao, đặc biệt ở nhóm trẻ được phẫu thuật một thì và điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong vẫn ở mức 40%, chủ yếu liên quan đến trẻ nhẹ cân khi sinh, cần hồi sức và hỗ trợ hô hấp sau đẻ. Đây là những yếu tố tiên lượng quan trọng cần được xem xét khi lựa chọn chiến lược điều trị.

Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán trước sinh và quản lý sau sinh phù hợp nhằm cải thiện tiên lượng cho trẻ mắc TVCR bẩm sinh. Các biện pháp can thiệp cần cá thể hóa theo từng trường hợp, dựa trên kích thước khối thoát vị, tình trạng sức khỏe của trẻ sơ sinh, và các dị tật phổi hợp. Việc phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa sản, sơ sinh và ngoại

nhi là cần thiết để tối ưu hóa kết quả điều trị và giảm nguy cơ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Toàn.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và di tật phổi hợp của thoát vị cuống rốn. Luận văn thạc sĩ y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, 2018.
2. **Conner P, Vejde JH, Burgos CM.** Accuracy and impact of prenatal diagnosis in infants with omphalocele. *Pediatr Surg Int.* 2018;34(6):629-633.
3. **Marshall J, Salemi JL, Tanner JP, et al.** Prevalence, Correlates, and Outcomes of

Omphalocele in the United States, 1995–2005. *Obstet Gynecol.* 2015;126(2):284-293.

4. **Prefumo F, Izzi C.** Fetal abdominal wall defects. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(3):391-402.
5. **Sriworarak R, Suthiwongsing A, Ratanasuwan T, et al.** Clinical Outcomes of Omphalocele: An Analysis of 124 Patients. 2010;31(2).
6. **Tarca E, Aprodu S.** Past and present in omphalocele treatment in Romania. *Chirurgia (Bucur).* 2014;109: 507-513.

PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG MIỆNG CẮT U KHOANG BÊN HỌNG: BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Nguyễn Quang Trung¹, Phạm Thuỳ Linh¹
Phạm Văn Hữu¹, Ngô Duy Thịnh¹, Nguyễn Thị Ngọc Anh²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Theo y văn, có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt u khoang bên họng. Cùng với sự phát triển của nội soi, phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u khoang bên họng ngày càng được ứng dụng rộng rãi. **Mục tiêu:** Chúng tôi trình bày kinh nghiệm của mình với phương pháp phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u khoang bên họng. **Đôi tượng và phương pháp:** Báo cáo loạt ca bệnh u khoang bên họng được phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u và đôi chiếu y văn. **Kết quả:** Cả 3 bệnh nhân u khoang bên họng đều được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u nội soi qua đường miệng, không có biến chứng trong và sau phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình là 7 ngày và chưa phát hiện trường hợp nào tái phát. **Kết luận:** Nội soi qua đường miệng là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị u khoang bên họng trên các bệnh nhân được lựa chọn phù hợp. **Từ khóa:** U khoang bên họng, nội soi qua đường miệng.

SUMMARY

ENDOSCOPY-ASSISTED TRANSORAL RESECTION OF PARAPHARYNGEAL SPACE TUMORS: A CASE SERIES AND LITERATURE REVIEW

Introduction: Several approaches have been described for the excision of parapharyngeal space tumors. With recent advancements in endoscopic techniques, endoscopy-assisted transoral surgery for these tumors has become increasingly utilized. **Objectives:** We present our experience with the

transoral endoscopic approach for the removal of parapharyngeal space tumors. **Materials and methods:** A case series of patients with parapharyngeal space tumors who underwent transoral endoscopic surgery is reported, along with a review of the literature. **Results:** All three patients with parapharyngeal space tumors underwent complete transoral endoscopic tumor resection without intraoperative or postoperative complications. The average hospital stay was 7 days, and no cases of recurrence have been detected. **Conclusion:** Endoscopy-assisted transoral surgery is a safe and effective approach for managing parapharyngeal space tumors in appropriately selected patients.

Keywords: parapharyngeal space tumors, endoscopy-assisted transoral, transoral endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoang bên họng (KBH) là một khoang giải phẫu phức tạp, nằm giữa niêm mạc họng và các cấu trúc xung quanh như tuyến mang tai, xương hàm dưới, và nền sọ. Khối u khoang bên họng (UKBH) hiếm gặp, chiếm khoảng 0,5% trong tổng số các khối u vùng đầu cổ, trong đó 74-87% là u lành tính. Các triệu chứng có thể gặp như nuốt vướng, khàn tiếng, liệt dây thần kinh sọ... Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính đối với u khoang bên họng⁵⁻⁷. Tuy nhiên cần lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp, cân nhắc giữa khả năng lấy bỏ hoàn toàn khối u và nguy cơ xảy ra biến chứng. Trước đây, UKBH thường được cắt bỏ qua đường dưới hàm hoặc đường qua tuyến mang tai mặc dù đây không phải là đường ngắn nhất để tiếp cận hầu hết các UKBH và để mở rộng đường vào có thể cần cắt bỏ dây chằng trám hàm, tuyến dưới hàm, nạo vét hạch nhóm Ib-II hay cắt bụng sau cơ nhị thân¹. Phẫu thuật UKBH qua đường miệng cho

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

²Đại học Y dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: trungtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025