

giảm dưới 150 G/l là 30,8%, tuy nhiên mức độ giảm số lượng tiểu cầu nặng là 10,8% [3].

Tỉ lệ prothrombin giảm có khả năng là một chỉ điểm của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 17 trẻ có tỉ lệ prothrombin giảm chiếm 44,7% tương đương với nghiên cứu của Võ Hữu Hội tỉ lệ prothrombin giảm là 40%. APTT là xét nghiệm cơ bản để đánh giá con đường đông máu nội sinh, nghiên cứu của chúng tôi có 13 trẻ APTT kéo dài chiếm tỉ lệ là 34,2%, phù hợp với các nghiên cứu của Võ Hữu Hội 35,4%. Fibrinogen là một protein huyết tương nồng độ cao trong máu, kích thước lớn dạng lỏng, có thể phân chia được, từ đó có thể tạo nên mạng lưới lớn của nút cầm máu, tình trạng giảm fibrinogen máu là đặc trưng cho tỉ lệ tử vong cao ở trẻ em nhiễm trùng huyết, nghiên cứu của Võ Hữu Hội có tỉ lệ fibrinogen giảm là 30,8%[3], của Bùi Mẫn Nguyên 38,1% [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng tỉ lệ fibrinogen giảm chiếm 34,2 % phù hợp với kết quả của hai tác giả trên.

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh: khó thở 86,8%; bú kém: 84,2%; 34,2% có xuất huyết dưới da và 10,6% chảy máu phổi.

- Xét nghiệm: số lượng tiểu cầu giảm chiếm 55,3% trường hợp, 7,9% trường hợp có số lượng nặng < 50G/l. Tỉ lệ prothrombin giảm

chiếm 44,7%, APTT kéo dài chiếm 34,2% và fibrinogen giảm chiếm 34,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Chuyên (2011)**, "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và rối loạn đông cầm máu ở trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết tại khoa sơ sinh Bệnh viện Nhi Trung ương", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Nội trú.
2. **Lê Thị Công Hoa (2016)**, "Tình hình nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện ở trẻ sơ sinh bệnh viện Trung Ương Huế năm 2014", Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. phụ bản tập 20,5, tr. 77-84.
3. **Võ Hữu Hội (2018)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố rối loạn đông máu ở bệnh nhi Nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Phụ Sản-Nhi Đà Nẵng", Tạp chí Y Dược học- Trường Đại học Y Dược Huế. tập 8 tr. 97-103.
4. **Nguyễn Thị Xuân Hương (2012)**, "Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên trong 3 năm (2008-2010)", Tạp chí khoa học công nghệ Đại học Thái Nguyên. tập 89 số 01/1, tr. 209-213.
5. **Bùi Mẫn Nguyên (2017)**, "Nghiên cứu rối loạn đông máu ở trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng", tạp chí nhi khoa. tập 10, số 4, tr. 39-45.
6. **Fan Y, Yu J, Astruc D (2012)**, "Clinical manifestations and treatment of early-onset neonatal sepsis: a Chinese-French comparison", Zhonghua Er Ke Za Zhi. 50(9), pp. 664-671.
7. **Salem S.Y, Sheiner E, Zmora E et al (2006)**, "Risk factors for early neonatal sepsis", Arch Gynecol Obstet. 274(4), pp. 198-202.
8. **Singer M, Deutschman C, Seymour C et al (2016)**, "The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)", JAMA. 315(8), pp. 801-810.

HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA BỆNH THOÁT VỊ MÀNG NÃO TUYẾN VÙNG CÙNG CỤT Ở TRẺ EM

¹Đỗ Thanh Hương, ¹Moeun My,
²Cao Vũ Hùng, ²Lê Nam Thắng, ²Lê Đình Công

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) của bệnh thoát vị màng não tủy vùng cùng cụt ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 32 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bệnh thoát vị màng não tủy vùng cùng cụt tại Trung tâm thần kinh - Bệnh viện Nhi Trung Ương,

trong thời gian 1 năm (từ ngày 01/07/2020 đến 30/06/2021). **Kết quả:** 32 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn. Tuổi trung bình khi nhập viện là 10,4 ± 14,2 tháng, trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ (tỷ lệ nam/nữ là 1,46/1). CHT cột sống vùng cùng cụt cho thấy khối thoát vị ở vùng xương cùng chiếm 59,4%, vùng xương cụt chiếm 40,6%. Chiều dài trung bình của khối thoát vị là 2,2 ± 1,0cm. Chiều rộng trung bình của khối thoát vị là 2,3 ± 1,4cm. Thành phần của khối thoát vị: 100% chứa dịch, 87,5% chứa tủy, 46,9% chứa mỡ, 40,6% chứa rễ thần kinh và 37,5% chứa các dây xơ. Phân bố các thể TVMNT: 46,9% thoát vị mỡ - tủy - màng tủy; 40,6% thoát vị tủy - màng tủy và 12,5% thoát vị màng tủy. Hầu hết các bệnh nhân kèm tủy bám thấp với tỷ lệ 96,9%. **Kết luận:** CHT cột sống là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có độ chính xác cao nhất trong chẩn đoán bệnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Hương

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2021

Ngày duyệt bài: 12.11.2021

TVMNT cùng cột ở trẻ em: xác định được vị trí, kích thước và thành phần của khối thoát vị, giúp cho tiên lượng bệnh và giúp bác sỹ phẫu thuật có kế hoạch điều trị tốt nhất.

Từ khóa: CHT, TVMNT cùng cột, trẻ em

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF SACRAL AND COCCYX MYELOMENINGOCELE IN CHILDREN

Objectives: Describe magnetic resonance imaging (MRI) of sacral and coccyx myelomeningocele in children. **Method:** A cross-sectional descriptive study, including 32 patients diagnosed and treated for sacral and coccyx myelomeningocele at the Neurological Center - National Children's Hospital, during 1 year (from July 1, 2020 to June 30, 2021). **Results:** 32 patients with mean age at admission was 10.4 ± 14.2 months, more boys were infected than girls (the male/female ratio was 1.46/1). MRI of sacral and coccyx showed that the rate of herniated mass in the sacral region was 59.4%, and the coccyx region was 40.6%. The average length of the herniated mass was 2.2 ± 1.0 cm. The average width of the herniated mass was 2.3 ± 1.4 cm. The composition of the herniated mass: 100% contains fluid, 87.5% contains marrow, 46.9% contains fat, 40.6% contains nerve roots and 37.5% contains fibrous. Distribution of myelomeningocele type: 46.9% lipomyelomeningocele; 40.6% myelomeningocele and 12.5% meningocele. **Conclusion:** Spine MRI is the most accurate imaging method in diagnosing sacral and coccyx myelomeningocele in children: determining the location, size and composition of the herniated mass to help the doctors to have prognosis and the best plans for treatment.

Keywords: MRI, sacral and coccyx myelomeningocele, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị màng não tủy (TVMNT) là loại dị tật ống thần kinh hiếm gặp với tỷ lệ mắc khoảng 0,1/1.000 trẻ sơ sinh. Thoát vị xảy ra do cung sau đốt sống chưa đóng kín làm cho các thành phần trong ống sống bị đẩy ra ngoài qua khe hở. TVMNT bao gồm các vị trí cột sống vùng cổ, ngực và thắt lưng cùng cột. Trong đó vị trí thoát vị phổ biến nhất là tại vùng cùng cột [1], [2].

Thành phần của túi thoát vị bao gồm dịch não tủy và màng tủy, có thể chứa các tế bào thần kinh hoặc không chứa các tế bào thần kinh là tủy sống và các rễ thần kinh.

Cộng hưởng từ (CHT) là phương pháp có độ chính xác cao nhất trong chẩn đoán các dị tật ống thần kinh, xác định được vị trí, kích thước và bản chất của khối thoát vị giúp cho tiên lượng bệnh và giúp bác sỹ phẫu thuật có kế hoạch điều trị tốt nhất cho các bệnh nhân bị TVMNT [3].

Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật bệnh

TVMNT, tuy nhiên chưa có nghiên cứu đầy đủ nào về hình ảnh CHT của bệnh này.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Hình ảnh cộng hưởng từ của thoát vị màng não tủy vùng cùng cột ở trẻ em" với mục đích cung cấp các thông tin về hình ảnh khối thoát vị nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị, và góp phần cải thiện tiên lượng lâu dài cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân nhi được chẩn đoán và điều trị bệnh TVMNT vùng cùng cột tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 0 đến 16 tuổi.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán: bệnh nhân được chẩn đoán xác định có khối TVMNT vùng cùng cột trên phim chụp CHT.
- Bệnh án có đầy đủ các dữ liệu phục vụ cho nghiên cứu (theo mẫu bệnh án nghiên cứu).

Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin, gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trong thời gian 1 năm (từ ngày 01/07/2020 đến 30/06/2021).

- Đánh giá hình ảnh CHT cột sống: phim CHT được đánh giá bởi bác sỹ khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Nhi TW, đã có kinh nghiệm > 10 năm về chẩn đoán hình ảnh thần kinh trẻ em. Chẩn đoán xác định TVMNT dựa trên các chuỗi xung T1, T2 với các mặt phẳng ngang, đứng ngang và đứng dọc

- Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, xử lý số liệu theo các phương pháp thống kê với phần mềm SPSS 20.0,

- Sử dụng các test thống kê tính giá trị trung bình, phương sai, độ lệch chuẩn, so sánh giá trị trung bình của hai nhóm bằng thuật toán t-studen. Khi so sánh, mức khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

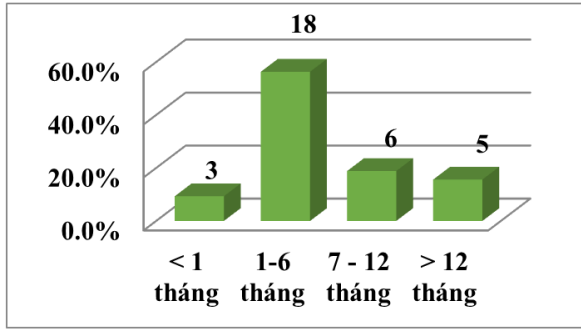
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 32 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

3.1.1. Phân bố tuổi khi chẩn đoán bệnh

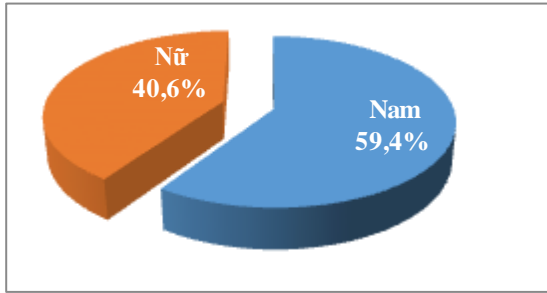
Tuổi trung bình khi chẩn đoán bệnh là $10,4 \pm 14,2$ tháng (nhỏ nhất 10 ngày tuổi và lớn nhất là 6 tuổi).



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi khi chẩn đoán bệnh

Nhận xét: Tuổi chẩn đoán bệnh nhiều nhất ở nhóm từ 1 - 6 tháng với tỷ lệ 56,3% (18/ 32 bệnh nhân), sau đó là các nhóm 7 - 12 tháng chiếm 18,8%, trẻ > 12 tháng chiếm 15,6% và trẻ < 1 tháng chiếm 9,3%.

3.1.2. Phân bố giới tính

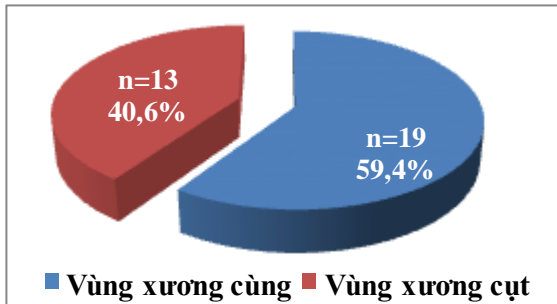


Biểu đồ 3.2. Phân bố giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ nam/ nữ = 1,46/1. Trẻ nam bị bệnh chiếm 59,4% và trẻ nữ chiếm 40,6%.

3.2. Đặc điểm cộng hưởng từ cột sống ở bệnh nhân TVMNT vùng cùng cột

3.2.1. Vị trí khối thoát vị màng não tủy



Biểu đồ 3.3. Vị trí khối thoát vị

Nhận xét: Vị trí thoát vị ở vùng xương cùng chiếm 59,4%, vùng xương cụt chiếm 40,6%.

3.2.2. Kích thước khối thoát vị màng não tủy

Bảng 3.1. Chiều dài của khối thoát vị

Chiều dài	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 2cm	16	50,0
2 - 5cm	15	46,9

> 5cm	1	3,1
Tổng	32	100

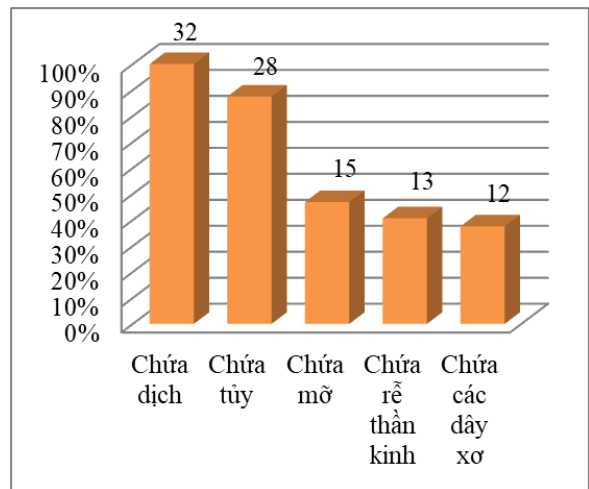
Nhận xét: Chiều dài trung bình của khối thoát vị là $2,2 \pm 1,0$ cm, nhỏ nhất là 0,6 cm và dài nhất là 5 cm.

Bảng 3.2. Chiều rộng của khối thoát vị

Chiều rộng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 2cm	14	43,8
2 - 5cm	17	53,1
> 5cm	1	3,1
Tổng	32	100

Nhận xét: Chiều rộng trung bình của khối thoát vị là $2,3 \pm 1,4$ cm, nhỏ nhất là 0,7 cm và lớn nhất là 8,4 cm.

3.2.3. Thành phần chứa trong khối thoát vị



Biểu đồ 3.4. Thành phần trong khối thoát vị

Nhận xét: 100% khối thoát vị chứa dịch, 87,5% chứa tủy, 46,9% chứa mỡ, 40,6% chứa rễ thần kinh và 37,5% chứa các dây xơ.

3.2.4. Phân loại TVMNT vùng cùng cột

Bảng 3.3. Phân loại TVMNT vùng cùng cột

Thể thoát vị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thoát vị mỡ-tủy-màng tủy	15	46,9
Thoát vị tủy-màng tủy	13	40,6
Thoát vị màng tủy	4	12,5
Tổng	32	100

Nhận xét: Thể thoát vị mỡ - tủy - màng tủy chiếm tỷ lệ 46,9% và thoát vị tủy màng tủy là 40,6%. Chỉ có 12,5% là thể thoát vị màng tủy.

3.2.5. Tình trạng tủy bám thấp ở bệnh nhân TVMNT vùng cùng cột

Bảng 3.4. Tình trạng tủy bám thấp ở bệnh nhân TVMNT vùng cùng cột

Tình trạng tủy bám thấp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có tủy bám thấp	31	96,9

Không có tủy bám thấp	1	3,1
Tổng	32	100

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân TVMNT có tình trạng tủy bám thấp với tỷ lệ 96,9% (chỉ có 3,1% không kèm theo tủy bám thấp).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Biểu đồ 3.1 cho thấy độ tuổi trung bình khi chẩn đoán bệnh của trẻ mắc bệnh TVMNT vùng cùng cụt là $10,4 \pm 14,2$ tháng. Nhóm tuổi hay gặp nhất từ 1 - 6 tháng với 18 bệnh nhân (chiếm 56,3%); ít gặp hơn ở nhóm 7 - 12 tháng (18,8%), nhóm > 12 tháng (15,6%) và ít gặp nhất là nhóm < 1 tháng chiếm 9,3% (nhóm 0 -12 tháng là 74,4%). Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác như Lorber J thì 89% trẻ dưới 6 tháng và Phạm Hồng Huân (2006) độ tuổi dưới 1 tuổi 82% [4], [5]. Bệnh chủ yếu được chẩn đoán sớm ở trẻ dưới 6 tháng là do hầu hết các trẻ được nhân viên y tế hoặc người chăm sóc phát hiện thấy khối bất thường ở vùng cột sống ngay sau sinh. Chỉ có 1 bệnh nhân được chẩn đoán muộn lúc 5 tuổi, trẻ được đưa đi khám vì rối loạn tiểu tiện (bệnh nhân này có khối rất nhỏ ở vùng thắt lưng nên người chăm sóc khó phát hiện).

Biểu đồ 3.2 cho kết quả: tỷ lệ phân bố giới tính của nam là 59,4%, của nữ là 40,6% (tỷ lệ nam/nữ = 1,46/1). Nghiên cứu của tác giả Trần Quang Vinh (2012) với tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1; nghiên cứu của Phạm Hồng Huân (2006) là 1,5/1; nghiên cứu của Ozek MM (2008) là 1,2/1 [5], [6], [7]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các kết quả của tác giả khác, cho thấy bệnh TVMNT vùng cùng cụt gặp ở nam nhiều hơn nữ.

4.2. Đặc điểm cộng hưởng từ cột sống thắt lưng cùng. Biểu đồ 3.3 là kết quả chụp CHT cột sống cho 32 bệnh nhân bị TVMNT vùng cùng cụt, chúng tôi nhận thấy vị trí thoát vị ở vùng xương cùng chiếm 59,4%, vùng xương cụt chiếm 40,6%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Huân với vùng xương cùng là 51% và vùng xương cụt là 35,3% [5]. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng: thoát vị màng não tủy chủ yếu ở vùng cùng cụt. Nguyên nhân có thể do thoát vị vùng cổ và ngực dễ phát hiện trên siêu âm và cộng hưởng từ thai nhi nên có thể đã đình chỉ thai nghén. Đồng thời thoát vị xảy ra ở vùng cổ và ngực thường rất nặng dễ dẫn đến thai lưu [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối thoát vị màng não tủy được đo theo vị trí

lớn nhất của chiều dài và chiều rộng. Qua 32 bệnh nhân được nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy: Chiều dài trung bình của khối thoát vị là $2,2 \pm 1,0$ cm, nhỏ nhất là 0,6 cm và dài nhất là 5 cm (bảng 3.11). Chiều rộng trung bình của khối thoát vị là $2,3 \pm 1,4$ cm, nhỏ nhất là 0,7 cm và lớn nhất là 8,4cm (bảng 3.12). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Dư Văn Nam với chiều dài trung bình của khối thoát vị là $4 \pm 3,8$ cm, chiều rộng là $1,9 \pm 1,8$ cm [8]. Tất cả các khối thoát vị này đều nằm ở phía sau cột sống, gồ lên trên mặt da và hầu hết đều có kích thước tương đối lớn nên người chăm sóc trẻ có thể dễ dàng phát hiện để đưa bệnh nhân đi khám bệnh. Khi biết kích thước, vị trí của khối thoát vị, phẫu thuật viên sẽ có kế hoạch cho cuộc phẫu thuật, xác định các thì trong phẫu thuật và vật liệu để vá màng cứng đối với khối thoát vị lớn [7].

Chụp CHT rất hữu ích trong chẩn đoán bệnh lý tủy sống nói chung và bệnh TVMNT vùng cùng cụt nói riêng, nó là phương tiện giúp chẩn đoán thể bệnh một cách chính xác (một số nghiên cứu coi đó là tiêu chuẩn vàng) [8]. Chúng tôi dựa vào nội dung thoát vị trên hình ảnh CHT để chẩn đoán thể bệnh: Nếu bao thoát vị có chứa tủy thần kinh hoặc rễ thần kinh (quan sát trên xung T1), có sự thông thương của dịch não tủy ra túi thoát vị (quan sát trên xung T2) thì phân loại là thể tủy - màng tủy. Phân loại thể mỡ - tủy - màng tủy khi quan sát thấy thêm hình ảnh của khối mỡ từ bên ngoài phát triển vào ống sống, bám vào chóp tủy hoặc chùm đuôi ngựa. Khi chụp CHT cho 32 bệnh nhân bị TVMNT vùng cùng cụt, chúng tôi thấy chủ yếu khối thoát vị chứa dịch (chiếm tỷ lệ 100%), sau đó lần lượt là các thành phần: 87,5% chứa tủy, 46,9% chứa mỡ, 40,6% chứa mỡ, 40,6% chứa tủy và 37,5% chứa các dây xơ (biểu đồ 3.4). Với các kết quả về thành phần của khối thoát vị, chúng tôi phân loại theo kết quả ở bảng 3.13: tỷ lệ mắc thoát vị mỡ - tủy - màng tủy là 46,9%, thoát vị tủy - màng tủy là 40,6%, và thấp nhất là thể thoát vị màng tủy chiếm tỷ lệ 12,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Dư Văn Nam với thể bệnh thoát vị mỡ - tủy - màng tủy chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,3%, sau đó là thể thoát vị tủy - màng tủy chiếm 43,9% và ít gặp nhất là thể thoát vị màng tủy chiếm 1,8% [8]. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hồng Huân (2006) thể thoát vị tủy - màng tủy chiếm 45%, thoát vị mỡ - tủy - màng tủy chiếm 45,2%, thể thoát vị màng tủy chiếm 9,8% [5].

Với kết quả của các nghiên cứu trên cho thấy

thành phần của khối thoát vị rất phong phú, kết quả chụp CHT có thể giúp bác sỹ phẫu thuật tiên lượng cuộc mổ và có kế hoạch bóc tách các dây chằng, rễ thần kinh và u mỡ tốt nhất.

Tình trạng tủy bám thấp trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 96,9%, kết quả này cũng tương đồng với Dư Văn Nam là 96,5%, Mark S. Greenberg là 98% [8], [9]. Trong bệnh lý TVTMT do chóp tủy và chùm đuôi ngựa bị dính chặt vào khối thoát vị, ngăn cản sự đi lên của tủy trong quá trình phát triển, nên hầu hết bệnh nhân đều có tủy bám thấp. Tủy bám thấp làm cản trở sự phát triển của tủy và làm căng các rễ thần kinh nên trẻ càng lớn thì các triệu chứng thần kinh (hội chứng tủy) càng bộc lộ rõ. Do đó phẫu thuật viên phải có kế hoạch phẫu thuật giải phóng tủy và tạo hình tủy sống sớm ở các bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

TVMNT vùng cùng cụt ở trẻ em là bệnh lý hiếm gặp, được chẩn đoán xác định bằng chụp CHT cột sống. Phương pháp này có vai trò quan trọng trong việc xác định vị trí, kích thước và thành phần của khối thoát vị giúp cho chẩn đoán chính xác, tiên lượng và lập kế hoạch điều trị tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marks JD, Khoshnood B.** Epidemiology of common neurosurgical diseases in the neonate. *Neurosurgery clinics of North America.* 1998; 9(1): 63-72.
2. **Brea CM, Munakomi S. Spina Bifida, StatPearls Publishing. 2021;** StatPearls Publishing LLC., Treasure Island (FL).
3. **Alruwaili AA, J MD(2021).** Myelomeningocele, StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC., Treasure Island (FL).
4. **Lorber J.** Results of treatment of myelomeningocele. An analysis of 524 unselected cases, with special reference to possible selection for treatment. *Developmental medicine and child neurology.* 1971; 13(3): 279-303.
5. **Phạm Hồng Huân.** Nghiên cứu điều trị thoát vị tủy - màng tủy vùng thắt lưng - cùng ở trẻ em. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh. 2006.
6. **Trần Quang Vinh.** Ứng dụng của phương pháp kích thích thần kinh cơ trong phẫu thuật thoát vị tủy màng tủy. *Y Học TP Hồ Chí Minh* 2012; 16(4): 247-252.
7. **Özek MM. Spina bifida: management and outcome.** Springer. 2008; 30(3): 49 - 59.
8. **Dư Văn Nam.** Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị vi phẫu thoát vị tủy - màng tủy. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội. 2020.
9. **Greenberg MS.** Handbook of Neurosurgery. Thieme New York. 2006; 7(6): 350 - 400.

MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP: THAI TRONG Ổ BỤNG Ở MẠC TREO ĐẠI TRÀNG GÓC GAN

Trương Thanh Thanh*, Trịnh Thanh Nhung*,
Phạm Đặng Tấn Hưng*, Hồ Trung Nghĩa*, Châu Hữu Hậu*

TÓM TẮT

Đôi tượng: Thai phụ 28 tuổi, PARA 1001, đặt vòng tránh thai 10 năm, đang điều trị hội chứng thận hư 2 năm; vào viện vì đau bụng, mất máu cấp, siêu âm dịch ổ bụng nhiều, không thấy túi thai. Test thai (+), beta hCG 1447 mIU/ml. **Chẩn đoán:** Thai ngoài tử cung vỡ/Hội chứng thận hư đang điều trị. **Xử trí:** Phẫu thuật mở theo đường Pfannestiel. Loạ vòi phải hơi to có điểm xuất huyết nhỏ không chảy máu, có nhiều máu cục trên gan, lấy ra 300 gram máu cục. Kiểm tra ổ bụng không thấy bất thường. Dẫn lưu, đóng bụng 3 lớp. Sau 10 giờ hậu phẫu, bệnh nhân lại có dấu hiệu mất máu cấp, siêu âm: máu ổ bụng lượng vừa. Quyết định nội soi thám sát, thấy nhau làm tổ ở mạc treo đại tràng góc gan đang chảy máu, kẹp đốt

cầm máu và khâu lại, Hậu phẫu: bệnh ổn định. **Kết luận:** Một trường hợp hiếm gặp: thai trong ổ bụng ở mạc treo đại tràng góc gan. Có thể rút ra một số kinh nghiệm sau: 1.Khi đã xác định thai ngoài tử cung, cố gắng xác định vị trí làm tổ của nhau thai. 2.Cần nhắc điều trị methotrexate hay phẫu thuật hoặc phối hợp cả hai. 3.Uu tiên chọn mổ nội soi hơn mổ mở. 4.Nếu mổ mở, nên mổ dọc để rộng phẫu trường, khi cần. 5.Các bác sĩ sản phụ khoa và bác sĩ ngoại khoa nên hiểu rõ tính phức tạp của thai ngoài tử cung để có thể phối hợp giải quyết.

Từ khóa: Thai ngoài tử cung (TNTC), thai trong ổ bụng (TTOB)

SUMMARY

A RARE CASE: INTRA-ABDOMINAL PREGNANCY IN THE MESOCOLIC FLEXURE OF THE LIVER

28-year-old pregnant woman, PARA 1001, 10 years of IUD insertion, 2 years of treatment for nephrotic syndrome. Admitted to the hospital because of abdominal pain, acute blood loss. US finding: a lot of abdominal fluid, no gestational sac. Positive

**Bệnh viện Nhật Tân*

Chịu trách nhiệm chính: Châu Hữu Hậu

Email: benhvienhattan@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2021

Ngày duyệt bài: 9.11.2021