

KẾT QUẢ VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG ĐÁP ỨNG Ở BỆNH NHI SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT LÁCH ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH

Hồng Quý Quân¹, Phạm Quang Hùng^{1,2}, Nguyễn Việt Hoa¹

TÓM TẮT

Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (XHGT CMD) ở trẻ em khi điều trị nội khoa không đáp ứng cần phải phẫu thuật cắt lách. Phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách là phương pháp đã được ngày càng được ứng dụng rộng rãi trên cả bệnh nhân người lớn và trẻ em. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả và các yếu tố tiên lượng đáp ứng sau phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách điều trị XHGT CMD ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 55 bệnh nhân có chẩn đoán XHGT CMD và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách tại khoa Phẫu thuật Nhi và Trẻ sơ sinh – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 02 năm 2017 đến tháng 06 năm 2022. **Kết quả:** Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều sử dụng đường rạch da chữ Z tại rốn, kiểm soát cả động và tĩnh mạch lách chỉ bằng LigaSure. Thời gian mổ trung bình là 83,3 phút, Số lượng tiểu cầu (TC) trước mổ trung bình là $89,1 \times 10^9/l$, thời gian nằm viện trung bình là 4,8 ngày. Số lượng tiểu cầu sau mổ 24 giờ trung bình là $293,8 \pm 242,8 \times 10^9/l$, sau 7 ngày là $233,4 \times 10^9/l$. Sau phẫu thuật 6 tháng, hầu hết các bệnh nhi đều đáp ứng với điều trị trong đó khoảng 76% số bệnh nhi có đáp ứng hoàn toàn và 20% bệnh nhi có đáp ứng một phần. Liều điều trị corticoid, TC sau mổ 7 ngày và tuổi khi phẫu thuật của bệnh nhân là các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới sự đáp ứng sau phẫu thuật của bệnh nhi ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi một đường rạch là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính ở trẻ em.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi một đường rạch, cắt lách, xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch

SUMMARY

RESULTS AND PREDICTIVE FACTORS FOR SUCCESSFUL SINGLE INCISION LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY IN CHILDREN WITH IMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA

Immune thrombocytopenic purpura in children who fail to respond to medical therapy requires splenectomy. Single-incision laparoscopic splenectomy is a method that has been increasingly used in both adult and pediatric patients. **Objectives:** To evaluate

outcomes and prognostic factors for the response after single-incision laparoscopic splenectomy for immune thrombocytopenic purpura in children. **Subjects and methods:** 55 patients were diagnosed with immune thrombocytopenic purpura and were treated by single incision laparoscopic splenectomy at the Department of Pediatric and Neonatal Surgery - Viet Duc Hospital, from February 2017 to June 2022. **Results:** All the patients in the study used the Z-skin incision at the umbilicus, the splenic artery and the splenic vein only using LigaSure to control. The average operative time was 83.3 minutes, the mean preoperative platelet count was $89,1 \times 10^9/L$, the average hospital stay was 4.8 days. The average 24-hours postoperative platelet count was $293.8 \pm 242.8 \times 10^9/L$, after 7 days it was $233.4 \times 10^9/L$. After 6 months of surgery, most of the pediatric patients responded to treatment, of which about 76% had a complete response and 20% had a partial response. The dose of corticosteroids, the platelet count 7 days after surgery and the patient's age at surgery were statistically significant factors in the postoperative response of the pediatric patient ($p < 0.05$). **Conclusion:** Single-incision laparoscopic splenectomy is a safe and effective method in the treatment of patients with chronic immune thrombocytopenic purpura in children.

Keywords: Single-incision laparoscopic splenectomy, immune thrombocytopenic purpura.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch là tình trạng tiểu cầu trong máu ngoại vi bị phá huỷ ở hệ liên võng nội mô do sự có mặt của tự kháng thể kháng TC.¹ Bệnh có đặc điểm là số lượng TC trong máu ngoại vi giảm dưới $100 \times 10^9/L$. Tỷ lệ mắc hàng năm là 3-5/100.000 trẻ.¹ Các bệnh nhi không còn đáp ứng với điều trị nội khoa thì sẽ phải chỉ định cắt lách với tỷ lệ khỏi hoàn toàn khoảng 70-80% theo các nghiên cứu.^{1,2} Phẫu thuật nội soi cắt lách lần đầu tiên được tiến hành bởi Delaitre năm 1991. Năm 1999, Barbaros lần đầu tiên thực hiện thành công phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách (PTNSMĐRCL), sau đó PTNSMĐRCL được tiến hành rộng rãi vì an toàn và hiệu quả về mặt giảm đau và thẩm mỹ, đặc biệt với các bệnh nhi. Tại Việt Nam đã có các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt lách cho đối tượng là người lớn mắc XHGT CMD nhưng chưa có nghiên cứu nào riêng cho đối tượng là trẻ em. Tại Khoa phẫu thuật Nhi bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi thực hiện phương pháp nội soi cắt lách sử dụng một

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hồng Quý Quân

Email: dr.hongquyquan@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 28.4.2023

đường rạch da ở rốn để cho 3 trocar và dụng cụ nội soi thẳng thông thường để cắt lách cho các bệnh nhi XHGTCMD mà không đòi hỏi dụng cụ nội soi nào đặc biệt. Nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả và các yếu tố tiên lượng đáp ứng sau phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách điều trị XHGTCMD ở trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán XHGTCMD và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách tại khoa phẫu thuật Nhi và Trẻ sơ sinh – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 02 năm 2017 đến tháng 06 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu: có tuổi nhỏ hơn 16, được chẩn đoán XHGTCMD và được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt lách, bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu, bố mẹ hoặc người giám hộ đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các bệnh lý chống chỉ định bơm hơi ổ bụng như bệnh lý hô hấp, tim mạch, tiền sử mổ bụng cũ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp tiến cứu, theo dõi dọc

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

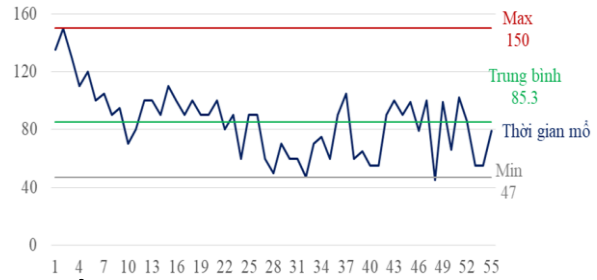
Từ tháng 2/2017 đến tháng 6/2022, tại khoa phẫu thuật nhi và sơ sinh bệnh viện Việt Đức, có 55 bệnh nhân được thực hiện PTNSMĐRCL đạt tiêu chuẩn lựa chọn là đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tuổi trung bình là 7,85 ± 2,99 (tuổi). Tỷ lệ Nữ: Nam bằng 1,4:1. Thời gian mắc XHGTCMD trung bình là 30.68 ± 21.61 (tháng), đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu mắc XHGTCMD từ 2 tới dưới 5 năm, chiếm >56%. Có 46 bệnh nhân (83,6%) dùng liều corticoid ≤1 mg/kg/ngày. 9 bệnh nhân (16,3%) dùng liều corticoid >1 mg/kg/ngày điều trị XHGTCMD.

Về kỹ thuật nội soi cắt lách một đường rạch: tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu tư thế nghiêng nửa bên phải 45-60°, sử dụng đường rạch da chữ Z tại rốn cho 3 trocar và các dụng cụ nội soi thẳng, kiểm soát mạch máu rốn lách bằng chỉ LigaSure. Có 1 bệnh nhân cần đặt thêm troca hỗ trợ do biến chứng chảy máu cuống lách. Không bệnh nhân nào phải truyền máu trong mổ, không BN nào phải chuyển mổ mở để cắt lách.

Bảng 1: Kết quả phẫu thuật

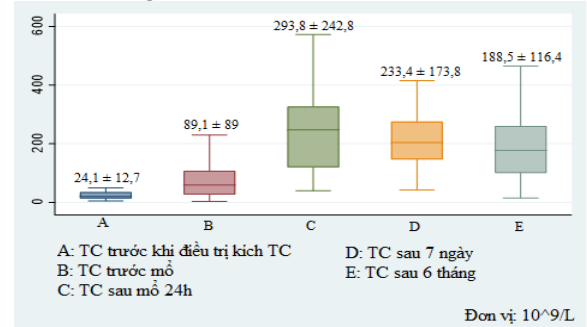
Kết quả phẫu thuật	n	TB	SD	Min	Max
Tiểu cầu trước mổ (10 ⁹ /L)	55	89,1	89,3	3	382

Truyền TC trước mổ (đơn vị)	23	1,78	0,6	1	3
Thời gian mổ (phút)	55	85,3	22,8	45	150
Mất máu (ml)	55	34,5	22,6	0	120
Ngày dùng giảm đau sau mổ (ngày)	55	2,3	0,7	1	5
Đánh giá đau theo VAS tại 24 giờ	55	2	1,1	0	5
Ngày nằm viện (ngày)	55	4,8	1,7	2	12



Biểu đồ 1. Đường cong học tập theo thời gian phẫu thuật các ca phẫu thuật

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật của PTNSMĐRCL trung bình đạt khoảng 85 phút và có xu hướng ổn định từ ca số 7.



Biểu đồ 2. Số lượng tiểu cầu các thời điểm của nghiên cứu

Nhận xét: Số lượng TC sau mổ 24h, 7 ngày và 6 tháng tăng có ý nghĩa thống kê với số lượng tiểu cầu trước khi điều trị kích tiểu cầu và số lượng tiểu cầu trước mổ

Bảng 2. Đáp ứng về số lượng tiểu cầu theo phân loại của ASH sau 6 tháng

Đáp ứng về số lượng TC theo ASH	n	%
Đáp ứng hoàn toàn (số lượng TC ≥100x10 ⁹ /L)	41	75,9
Đáp ứng một phần (30x10 ⁹ /L ≤ Số lượng TC <100x10 ⁹ /L)	11	20,4
Không đáp ứng (Số lượng TC <30x10 ⁹ /L)	2	3,7

Nhận xét: Sau phẫu thuật 6 tháng, hầu hết các bệnh nhi (96,3%) đều đáp ứng với điều trị

Bảng 3. Các yếu tố ảnh hưởng tới đáp ứng sau phẫu thuật

Đáp ứng hoàn toàn	OR	P>z
Tuổi (khi phẫu thuật)	1.51	0.04
Thời gian mắc XHGTCMD (>2 năm so với ≤2 năm)	0.65	0.55
TC trước mổ ($\geq 20 \times 10^9/L$ so với $< 20 \times 10^9/L$)	1.07	0.07
TC sau mổ 7 ngày	1.01	0.01
BMI theo tuổi (BN béo phì và không có béo phì)	0.40	0.16
Liều Corticoid ($>1\text{mg/kg}$ so với $\leq 1\text{mg/kg}$)	0.19	0.03

Nhận xét: liều điều trị corticoid, TC sau mổ 7 ngày và tuổi khi phẫu thuật của bệnh nhân là các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới sự đáp ứng sau phẫu thuật của bệnh nhi.

IV. BÀN LUẬN

Số lượng TC trước mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $89,1 \pm 89,3 \times 10^9/L$, có 32 bệnh nhân (58,2%) có số lượng TC $> 50 \times 10^9/L$. Đa số các bệnh nhân đều được điều trị nâng TC tại viện Huyết học Truyền máu Trung ương trước khi phẫu thuật, việc nâng nhanh số lượng TC để chuẩn bị cho cắt lách là hiệu quả và cần thiết. Tuy vậy, vẫn có 23 bệnh nhân (41,8%) có số lượng TC dưới $50 \times 10^9/L$ đây là ngưỡng không an toàn cho phẫu thuật theo khuyến cáo của hội phẫu thuật nội soi châu Âu.² Với những bệnh nhân này chúng tôi sẽ cho dự trữ TC và truyền trong mổ ngay trước khi rạch da để nâng TC lên ngay trong khi phẫu thuật. Nghiên cứu của Lê Trọng Quân³ chia nhóm bệnh nhân có số lượng TC trước mổ $< 20 \times 10^9/L$ và $\geq 20 \times 10^9/L$ thì không có sự khác biệt về thời gian mổ, lượng máu mất giữa 2 nhóm giữa 2 nhóm, tác giả cũng sử dụng phương pháp truyền TC cho các bệnh nhân có số lượng TC dưới $50 \times 10^9/L$. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi phân tích chia thành 2 nhóm: nhóm có số lượng TC trước mổ $< 50 \times 10^9/L$ và nhóm từ $50 \times 10^9/L$ trở lên. Kết quả thu được không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm này. Chúng tôi tin rằng chính việc truyền TC ngay trước khi rạch da cho những bệnh nhân có số lượng TC thấp (dưới $50 \times 10^9/L$) trong mổ giúp nâng TC ngay lên trong khi mổ, giúp phẫu thuật an toàn hơn cho các bệnh nhân có số lượng TC thấp.

Về phương pháp phẫu thuật: Tất cả các BN chúng tôi đều áp dụng tư thế nghiêng nửa bên phải (Semi-lateral) với góc nghiêng $45-60^\circ$, có gối đỡ vùng dưới sườn phải cao lên. Phần ngực chúng tôi sẽ để nghiêng nhiều hơn phần bụng. PTV và phụ mổ chính đứng bên phải BN, phụ mổ hai đứng bên trái BN. Sự kết hợp tư thế

nằm nghiêng và kê gối đã làm tăng khoảng cách bờ sườn và mào chậu, đẩy lách ra nông hơn, tạo ra một trường mổ rộng thuận lợi cho việc tiếp cận, phẫu thuật và xử trí thương tổn. Trong quá trình phẫu thuật có thay đổi tư thế bằng cách chỉnh bàn như đầu cao, nghiêng hoặc ngửa thêm nhằm tạo thuận lợi cho việc phẫu tích. Ưu điểm tư thế nghiêng nửa bên phải này vừa đảm bảo đủ nghiêng để bộc lộ lách vừa hạn chế ruột tập trung nhiều vùng rốn cản trở các hoạt động của 3 trocar đặt trong phạm vi rốn. Tư thế này cũng giúp dễ tiếp cận mặt sau của lách và dây chằng quanh lách, tạo điều kiện cho bóc tách dây chằng mạch máu vùng rốn lách mà vẫn bảo tồn được đuôi tụy. Hầu hết các NC về PTNSMĐRCL ở trẻ em mà lách không quá to thì các tác giả thường sử dụng tư thế nghiêng nửa bên phải, góc nghiêng sẽ tùy theo thói quen của phẫu thuật viên và kích thước của lách.

Về kết quả trong phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu chúng tôi là 85,3 phút, trong đó nhanh nhất là 45 phút, lâu nhất là 150 phút. Thời gian phẫu thuật của nghiên cứu chúng tôi kéo dài hơn khi so với với nghiên cứu của Lê Trọng Quân³ là 75 phút, nhưng ngắn hơn khi so sánh với thời gian mổ của các nghiên cứu về PTNSMĐRCL ở trẻ em khác như của Bell⁴ là trên từ 95-165 phút, nghiên cứu của Raboei⁵ là 182 phút và nghiên cứu của Traynor⁶ là 247 phút. Nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Lê Trọng Quân³ có thời gian phẫu thuật ngắn hơn các nghiên cứu khác do trong nghiên cứu chỉ PTNSMĐRCL cho các bệnh nhân XHGTCMD lách thường không to, không viêm dính như các NC khác.

Đường cong học tập cho phương pháp PTNSMĐRCL dựa trên yếu tố về thời gian phẫu thuật trên những BN mắc XHGTCMD. Thời gian phẫu thuật trong NC của chúng tôi đạt mức ổn định vào khoảng 81 phút sau 7 ca phẫu thuật, nhanh hơn có ý nghĩa thống kê khoảng 30 phút so với 7 BN đầu tiên. Các ca đầu của PTNSMĐRCL thường có thời gian dài hơn vì mất thời gian làm quen với phương pháp mổ mới từ đường rạch da tới các thao tác trong phạm vi chật hẹp và sự va chạm dụng cụ nội soi.

Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 34,5 ml, ít nhất là 0 ml và nhiều nhất là 120 ml. Lượng máu mất trong phẫu thuật nội soi cắt lách có nguyên nhân từ rách bao lách, chảy máu khi xử trí mạch máu rốn lách, từ động mạch vị ngắn. Trong PTNSMĐRCL tam giác hoạt động bị thu hẹp và khó khăn khi thao tác nên có thể dẫn đến dễ gây chảy máu và khó khăn trong

cầm máu. Do đó cần sự rèn luyện dần của phẫu thuật viên để quen với các thao tác khó trong PTNSMĐRCL và sự hỗ trợ của các phương tiện cắt đốt mạch (LigaSure) giúp hạn chế chảy máu.

Về kết quả sớm sau phẫu thuật: Phẫu thuật nội soi cắt lách nói chung và PTNSMĐRCL nói riêng đã chứng minh ưu điểm so với mổ mở như giảm thời gian nằm viện, giảm đau, giảm các biến chứng liên quan đến vết mổ như chảy máu, nhiễm trùng, thoát vị. Trong NC của chúng tôi đa phần BN (70%) nằm viện khoảng 4-5 ngày. Tất cả BN trong NC khi đánh giá đau tại thời điểm 24 giờ theo VAS có mức độ đau ít trở xuống, trong đó có 3 BN không đau.

Về số lượng TC đáp ứng sau phẫu thuật:

Đáp ứng sớm sau mổ: Tại thời điểm 24 giờ sau mổ, số lượng TC trung bình $294 \times 10^9/L$ cao hơn TC trước mổ có ý nghĩa thống kê. Trong NC này, các bệnh nhân đều được điều trị kích TC trước khi tiến hành phẫu thuật, hoặc được truyền TC ngay trước phẫu thuật với bệnh nhân có số lượng TC $< 50 \times 10^9/L$, trong khi đó thời gian sống của TC ước tính khoảng 7-10 ngày. Như vậy, tại thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật cắt lách, trong máu của bệnh nhân vẫn còn lượng TC được truyền vào chưa bị phá hủy. Do đó, số lượng TC sau phẫu thuật 24 giờ có xu hướng cao hơn tỷ lệ khỏi bệnh thực tế của bệnh nhi. Tại thời điểm sau mổ 7 ngày, số lượng TC trung bình $233 \times 10^9/L$ cao hơn TC trước mổ nhưng đã giảm đi so với TC sau mổ 24 giờ. Điều này được lý giải bởi lượng TC được truyền vào trước mổ hoặc trong mổ đã bị phá hủy sau 7-10 ngày do chết theo chương trình. Lượng TC trong máu lúc này dần trở về đúng với số TC thực của bệnh nhi đạt được sau cắt lách và có xu hướng phản ánh được chính xác hơn tỷ lệ đáp ứng lâu dài của bệnh nhi sau phẫu thuật cắt lách.

Đáp ứng xa sau phẫu thuật: Theo hiệp hội các nhà huyết học Mỹ (ASH)² đối với bệnh nhân XHGTCMD sau phẫu thuật cắt lách 6 tháng thì số lượng TC $> 100 \times 10^9/L$ là đáp ứng hoàn toàn, từ $30 - 100 \times 10^9/L$ là đáp ứng một phần, không đáp ứng khi TC $< 30 \times 10^9/L$. Tại thời điểm theo dõi 6 tháng sau phẫu thuật, lượng TC trung bình của bệnh nhi là $188 \times 10^9/L$ và tổng tỷ lệ đáp ứng là 96% trong đó 76% đáp ứng hoàn toàn và 20% đáp ứng một phần. Kết quả này tương đương với tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn với kết quả trong NC đa quốc gia của Avila⁷ là 93% và 81% nhưng cao hơn kết quả trong NC của Aronis⁸ và Wang⁹ với tỷ lệ đáp ứng nói chung là 85% và 76.9%. Nhìn chung, cắt lách là một phương pháp hiệu quả, mang lại tỷ lệ cao trong

đáp ứng ổn định lâu dài sau phẫu thuật cắt lách trong điều trị XHGTC cho bệnh nhi. Tuy nhiên, cần có thêm thời gian theo dõi bệnh nhi sau phẫu thuật để khẳng định rõ hơn hiệu quả lâu dài của cắt lách tới đáp ứng TC của bệnh nhi.

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả đáp ứng xa sau phẫu thuật

Tuổi: Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy tuổi là một trong những yếu tố dự báo quan trọng về đáp ứng của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt lách. Theo Avila⁷ chỉ ra rằng tuổi tại thời điểm được phẫu thuật cắt lách là yếu tố tiên lượng độc lập cho đáp ứng sau phẫu thuật của bệnh nhi, tuổi càng thấp có khả năng đáp ứng tiểu cầu sau phẫu thuật của bệnh nhi càng thấp hơn. Nghiên cứu này của chúng tôi cũng cho thấy kết quả tương tự với nghiên cứu của Avila.

Số lượng tiểu cầu sau mổ 7 ngày: Kết quả trong nghiên cứu này chỉ ra TC sau mổ 7 ngày là yếu tố tiên lượng cho sự đáp ứng ổn định lâu dài sau mổ của bệnh nhi, khi lượng TC sau mổ 7 ngày càng cao thì đáp ứng lâu dài với điều trị của bệnh nhân càng tốt. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra rằng, số lượng TC sau mổ 7 ngày hay trong tháng đầu tiên sau mổ là một yếu tố dự báo độc lập cho sự đáp ứng ổn định lâu dài sau mổ của bệnh nhi. Tuy nhiên, đây lại là một yếu tố tiên lượng sau khi tiến hành phẫu thuật, không giúp các phẫu thuật viên dự đoán được hiệu quả, đáp ứng của bệnh nhi trước khi cắt lách.

Liều corticoid: Liều corticoid điều trị cho bệnh nhân được chỉ ra là một trong các yếu tố tiên lượng cho đáp ứng TC của bệnh nhân XHGTC sau phẫu thuật cắt lách. Theo Mintz¹⁰ các bệnh nhân có đáp ứng với điều trị corticoid trước phẫu thuật sẽ có đáp ứng TC sau phẫu thuật tốt hơn. Trong nghiên cứu này của chúng tôi chỉ ra, nhóm bệnh nhi được điều trị corticoid với liều $> 1 \text{mg/kg}$ có đáp ứng điều trị kém hơn khoảng 5.3 ($= 1/0.19$) lần so với bệnh nhi được điều trị corticoid với liều $\leq 1 \text{mg/kg}$. Chúng tôi cho rằng việc mở rộng quy mô nghiên cứu này là cần thiết để làm rõ sự ảnh hưởng của liều điều trị corticoid tới đáp ứng của bệnh nhi nhằm đưa ra các tiên lượng sớm cho việc theo dõi, quản lý các bệnh nhi mắc XHGTC sau cắt lách.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi một đường rạch là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính ở trẻ em. Liều điều trị corticoid, tiểu cầu sau mổ 7 ngày và tuổi khi phẫu thuật của

bệnh nhân là các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới sự đáp ứng sau phẫu thuật của bệnh nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Blanchette V, Bolton-Maggs P.** Childhood immune thrombocytopenic purpura: diagnosis and management. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2010; 24(1):249-273.
2. **Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, et al.** American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019; 3(23):3829-3866.
3. **Lê Trọng Quân.** Nghiên Cứu Kết Quả Phẫu Thuật Nội Soi Một Vết Mổ Cắt Lách Trong Điều Trị Xuất Huyết Giảm Tiểu Cầu Tự Miễn. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Học viện Quân Y; 2014.
4. **Bell R, Boswell T, Hui T, Su W.** Single-incision laparoscopic splenectomy in children. *J Pediatr Surg.* 2012;47(5):898-903.
5. **Raboei E, Owivi Y, Ghallab A, et al.** Is It Safe for Trainees to Perform Single-Incision Pediatric Endosurgery Splenectomy? *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2019;29(3):420-423.
6. **Traynor MD, Camazine MN, Potter DD, Moir CR, Klinkner DB, Ishitani MB.** A Comparison of Single-Incision Versus Multiport Laparoscopic Splenectomy in Children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2021;31(1):106-109.
7. **Avila ML, Amiri N, Pullenayegum E, et al.** Long-term outcomes after splenectomy in children with immune thrombocytopenia: an update on the registry data from the Intercontinental Cooperative ITP Study Group. *Haematologica.* 2020; 105(11):2682-2685.
8. **Aronis S, Platokouki H, Avgeri M, Pergantou H, Keramidas D.** Retrospective evaluation of long-term efficacy and safety of splenectomy in chronic idiopathic thrombocytopenic purpura in children. *Acta Paediatr.* 2004;93(5):638-642.
9. **Wang T, Xu M, Ji L, Yang R.** Splenectomy for chronic idiopathic thrombocytopenic purpura in children: a single center study in China. *Acta Haematol.* 2006;115(1-2):39-45.
10. **Mintz SJ, Petersen SR, Cheson B, Cordell LJ, Richards RC.** Splenectomy for immune thrombocytopenic purpura. *Arch Surg.* 1981; 116(5):645-650.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NỘI SOI TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA BẰNG LASER DƯỚI HƯỚNG DẪN X-QUANG SỐ HOÁ XOÁ NỀN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lương Thành Đạt¹, Lê Thanh Dũng^{2,5}, Dương Trọng Hiền²,
Trần Bảo Long³, Thân Văn Sỹ², Nguyễn Thành Đạt¹,
Nguyễn Ngọc Sơn¹, Trần Quang Lộc⁴, Nguyễn Hải Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả nội soi tán sỏi đường mật xuyên gan qua da (TSXGQD) bằng laser dưới hướng dẫn X-Quang số hoá xoá nền tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 3/2022 đến 8/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu các trường hợp được tán sỏi đường mật nội soi ống cứng đường xuyên gan qua da bằng laser dưới hướng dẫn X-Quang số hoá xoá nền tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 3/2022 đến 8/2022. **Kết quả:** 50 Bệnh nhân (BN) đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào đối tượng nghiên cứu gồm 33 nữ (66%) và 17 nam (34%), tuổi trung bình $57,5 \pm 16,8$ tuổi. 41 BN (82%) có tiền sử phẫu thuật lấy sỏi mật, 25 BN có hẹp

đường mật. Sỏi đơn độc trong ống mật chủ ở 16 BN (32%), 20 BN (40%) có sỏi đường mật trong và ngoài gan, các BN còn lại sỏi nằm trong đường mật trong gan phải, gan trái, kích thước trung bình sỏi đường mật trong gan $21,4 \pm 12,4$ mm (min 5 mm – max 65mm) và sỏi ống mật chủ $22,7 \pm 15,1$ mm (min 4mm – max 82mm). Kỹ thuật tán sỏi đường mật nội soi ống cứng với tỷ lệ công tán phù hợp với từng BN: 14Fr (12,3%), 16Fr (14,0%), 18Fr (73,7%) giúp tăng tỷ lệ sạch sỏi sau thủ thuật với tỷ lệ sạch sỏi trung bình cho sỏi trong và ngoài gan $97,8 \pm 6,1$ %, tỷ lệ sạch sỏi trong ống mật chủ 100% và tỷ lệ sạch sỏi trong gan $96,7 \pm 7,1$ %, thời gian tán sỏi thấp $46,6 \pm 28,8$ phút, thời gian nằm viện ngắn $5,9 \pm 3,7$ ngày và tỷ lệ tai biến thấp 7/50 BN chiếm 14%. Biến chứng mức độ vừa – nhẹ liên quan đến thủ thuật: 5 BN bị tràn dịch màng phổi phải mức độ ít; 1 BN sốt thoáng qua sau thủ thuật được điều trị kháng sinh và ổn định sau 3 ngày; 1 BN bị chảy máu đường mật được điều trị nội khoa ổn định. **Kết luận:** Kỹ thuật nội soi tán sỏi đường mật xuyên gan qua da (TSXGQD) bằng laser dưới hướng dẫn X-quang số hoá xoá nền là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật.

Từ khóa: Tán sỏi mật qua da bằng laser, sỏi đường mật.

¹Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

⁵Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thành Đạt

Email: drdatbvnn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.4.2023