

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH NANG BẠCH HUYẾT Ổ BỤNG Ở TRẺ EM

Trần Đức Tâm¹, Phạm Duy Hiền¹, Vũ Mạnh Hoàn¹,
Trần Xuân Nam¹, Nguyễn Thọ Anh¹, Phan Hồng Long^{1,2},
Nguyễn Công Sơn¹, Hồ Tuấn Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh tình trạng bệnh lý nang bạch huyết ổ bụng ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu 83 bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 2017 - 2022. **Kết quả:** 83 bệnh nhân (51 nam, 32 nữ), tuổi trung bình $45,63 \pm 31,49$ tháng (1 tháng - 13 tuổi). Triệu chứng thường gặp là đau bụng (49,4%), sờ thấy khối vùng bụng (26,5%) và bụng chướng (22,9%). 13 trường hợp (15,7%) không có triệu chứng rõ ràng, bệnh được phát hiện tình cờ. Siêu âm được thực hiện ở 100% các trường hợp, cho chẩn đoán xác định và đánh giá sơ bộ. Cắt lớp vi tính được thực hiện ở 22,9%, cộng hưởng từ ở 77,1% các trường hợp. Các dấu hiệu phát hiện được qua chẩn đoán hình ảnh là: số lượng nang, kích thước nang, vị trí (trong phúc mạc hay sau phúc mạc), tính chất dịch trong nang, đặc điểm mạch máu, mạc treo, ảnh hưởng đến các cơ quan lân cận. **Kết luận:** nang bạch huyết ổ bụng ở trẻ em có triệu chứng lâm sàng không điển hình và thay đổi theo lứa tuổi. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt cũng như phát hiện các biến chứng.

Từ khóa: nang bạch huyết ổ bụng

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL AND IMAGING FEATURES IN CHILDREN WITH ABDOMINAL LYMPHANGIOMA

Purpose: Abdominal lymphangioma is a malformation of the lymphatic system that is present with cystic dilated lymphatics in the abdominal capacity. **Method:** Between 2017 and 2022, 83 patients underwent surgical resection of abdominal lymphangioma in National Children Hospital and were reviewed retrospectively. **Result:** 83 patients with the male/female ratio is 51/32. The mean age was $45,63 \pm 31,49$ months (1 month - 13 years). The common clinical presentation was abdominal pain (49,4%), a palpable mass (26,5%) and abdominal extension (22,9%). 13 patients (15,7%) were accidental and asymptomatic found. Ultrasound test was applied in all of the patients, which was valuable in definitive

diagnosis and differential diagnosis. Computed tomography (CT scan) was performed in 22,9%, while Magnetic Resonance Imaging (MRI) was in 77,1% of the patients. The finding included the characteristics of the intra-abdominal cyst: number of cysts, size, location (peritoneum or retroperitoneum), inside fluid and the communication with surrounding vessels, mesenteric, or other organs. **Conclusion:** abdominal lymphangioma has atypical symptoms and variable characteristics related to the age of patients. Imaging diagnose procedure is valuable in getting definitive diagnosis and differential diagnosis as well as detecting complications.

Keyword: abdominal lymphangioma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang bạch huyết ổ bụng (NBHOB) là một bất thường của hệ bạch huyết, biểu hiện bằng sự phát triển thành nang và giãn lớn của các mạch bạch huyết trong ổ bụng. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 2 tuổi, vị trí tổn thương trong ổ bụng là ở mạc treo ruột, mạc nối lớn và sau phúc mạc, tuy nhiên cũng có thể gặp ở các tạng đặc như gan, lách. Trẻ mắc bệnh thường có triệu chứng lâm sàng không điển hình, có thể chỉ được phát hiện tình cờ hoặc trong bệnh cảnh như đau, bụng chướng, xuất hiện khối vùng bụng [1]. Chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) dựa trên siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), và chụp cộng hưởng từ (CHT) có giá trị trong việc chẩn đoán và xác định vị trí tổn thương. Mặc dù vậy, nếu không được điều trị, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng cần can thiệp ngoại khoa như đau bụng cấp, sốt cao, tắc ruột, chảy máu trong nang, viêm phúc mạc hoặc xoắn ruột [2]. Phẫu thuật cắt nang là phương pháp điều trị cơ bản có thể khỏi bệnh [1],[2]. Theo tìm hiểu của tác giả, chưa có nhiều báo cáo trong nước về chủ đề NBHOB, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân trẻ em. Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của tình trạng bệnh lý này trên nhóm trẻ em được điều trị tại bệnh viện Nhi trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu được thực hiện trên 83 bệnh nhân (BN) được điều trị phẫu thuật với chẩn đoán NBHOB từ 01/2017 đến 12/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn** BN là nang ở các vị

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Tâm

Email: trantam86@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2023

Ngày duyệt bài: 16.6.2023

trí thành ống tiêu hóa, mạc treo ruột non, mạc treo đại tràng, mạc nối lớn, mạc nối nhỏ, sau phúc mạc, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là dị dạng mạch bạch huyết.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các trường hợp nang thứ phát sau một can thiệp ổ bụng khác hoặc BN có các bệnh lý khác ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Địa điểm nghiên cứu: trung tâm Ngoại tổng hợp, bệnh viện Nhi trung ương.

Phương pháp chọn mẫu: Mẫu không xác

suất, phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ số BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian thực hiện.

Biến số/Chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm trên Xquang, siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ được ghi nhận và đánh giá.

Xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán tính tỉ lệ phần trăm, so sánh giá trị trung bình.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học của Bệnh viện Nhi trung ương. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho BN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 83 BN được nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ: 1,6/1. Tuổi trung bình 45,63 ± 31,49 tháng (1 – 13 tuổi), tuổi trung vị: 38 tháng. Đa số các trường hợp phát hiện bệnh trong nhóm tuổi 1 đến 5 tuổi (45%). Trong số các trường hợp dưới 1 tuổi, có 3 trường hợp phát hiện bệnh ngay từ thời kì sơ sinh (dưới 1 tháng).

Bảng 1. Lý do vào viện theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	CDTS*	Đau bụng	Nôn	Bụng chướng	Khối vùng bụng	Không triệu chứng	Tổng	Tỉ lệ %
≤ 1 tuổi	3	0	2	2	4	0	11	13,3
1 – 5 tuổi	0	9	6	10	13	7	45	54,2
> 5 tuổi	0	14	4	2	1	6	27	32,5
Tổng	3	23	12	14	18	13	83	100
Tỉ lệ %	3,6	27,7	14,5	16,9	21,7	15,7		

(*) CDTS: chẩn đoán trước sinh

Trong nhóm trẻ từ 1 đến 5 tuổi, triệu chứng khởi phát khá đa dạng, trong đó nổi bật lên là bụng chướng và sờ thấy khối vùng bụng, chiếm lần lượt là 22,2% và 28,3% trong số 45 trẻ thuộc nhóm này. Ở lứa tuổi trên 5 tuổi, triệu chứng đau bụng gặp nhiều nhất, 14/27 trường hợp, chiếm 51,8%.

Bảng 2. Phân loại theo nhóm triệu chứng

Nhóm triệu chứng	Số bệnh nhân (n=83)	Tỷ lệ %	Giá trị p
Đau bụng đơn thuần	34	41,0	p = 0,003
Tắc nghẽn đường tiêu hóa	9	10,8	
Khối vùng bụng	15	18,1	
Nhiễm trùng	12	14,5	
Không có triệu chứng rõ ràng	13	15,7	

Triệu chứng đau bụng đơn thuần là triệu chứng nổi bật, chiếm 41% số các trường hợp. Có 15,7% trường hợp không có triệu chứng rõ ràng. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê.

Xét nghiệm tế bào máu. Giá trị trung bình của bạch cầu trước mổ: 9,82 ± 4,1 (G/l) (từ 4,06 - 23,8 G/l). Giá trị trung bình của nồng độ huyết sắc tố trước mổ: 106,82 ± 15,79 (g/l) (từ 97 - 147g/l). Có 29 trường hợp tăng số lượng bạch cầu. Có 37,3% số bệnh nhân có tình trạng tăng

nồng độ CRP trong máu.

Đặc điểm Xquang bụng. Có 43 bệnh nhân được chụp Xquang bụng trước mổ. Trong số này, hình ảnh Xquang bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 46,5% cho 20 trường hợp. Hình ảnh mờ phần lớn ổ bụng gặp ở 13 trường hợp (30,2%). Hình ảnh thể hiện tắc nghẽn đường tiêu hóa gặp ở 10 trường hợp: hình mức nước hơi (4, 9,3%) và hình giãn các quai ruột (6, 14%).

Bảng 3. Hình ảnh tổn thương nang bạch huyết trên siêu âm ổ bụng

Đặc điểm trên siêu âm		Tổng số	Tỷ lệ %
Kích thước	Không đo được kích thước	7	8,4
	Đo được kích thước	76	91,6
Dịch trong nang	Dịch trong	58	69,9
	Dịch không trong	17	20,5
	Dịch máu	8	9,6
Vách trong nang	Nang có vách	83	100
	Nang không có vách	0	0
Vị trí nang	Trong phúc mạc	58	69,9
	Sau phúc mạc	15	18,1

100% các trường hợp đều phát hiện được NBHOB. Có 7 trường hợp (8,4%) kích thước nang lớn, chiếm toàn bộ ổ bụng, khó đo được

kích thước trên siêu âm.

Bảng 4. Hình ảnh tổn thương nang bạch huyết trên CLVT và CHT

CLVT/CHT	Số BN	Tỷ lệ %
Nang tại nhiều vị trí	1	1,2
Dịch không trong	20	24,1
Chảy máu trong nang	9	10,8
Xoắn mạc treo ruột	1	1,2
Giãn các quai ruột	6	7,2

Có 20 trường hợp (24,1%) dịch trong nang dịch không trong, dạng dịch nhiễm trùng. Chảy máu trong nang gặp ở 9 trường hợp. Hình ảnh giãn các quai ruột xung quanh nang, gợi ý có tắc nghẽn đường tiêu hóa gặp ở 6 trường hợp (7,2%).

Bảng 5. Kích thước nang trên CLVT/CHT theo nhóm tuổi

Kích thước	Nhóm tuổi	Trung bình	Giá trị p*
Kích thước theo chiều lớn nhất	Dưới 1 tuổi	80,09 ± 30,72 (34 – 122mm)	0,571
	Từ 1 đến 5 tuổi	92,38 ± 37,75 (41 – 200mm)	
	Trên 5 tuổi	85,59 ± 42,52 (35 – 210mm)	
Kích thước theo chiều nhỏ nhất	Dưới 1 tuổi	50,73 ± 18,28 (26 – 74mm)	0,625
	Từ 1 đến 5 tuổi	53,18 ± 25,69 (18 – 135mm)	
	Trên 5 tuổi	47,52 ± 22,72 (12 – 110mm)	

(*) kiểm định ANOVA

Trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ, kích thước nang lớn nhất và nhỏ nhất theo 3 chiều (dài, rộng, cao) được ghi nhận. Sự khác nhau về kích thước giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6. Vị trí nang bạch huyết trên CLVT/CHT

Trong/sau phúc mạc	Vị trí	Số bệnh nhân (n=83)	Tỷ lệ %	Giá trị p*
Trong phúc mạc	Bên phải	10	12,0	0,014
	Bên trái	18	21,7	
	Thượng vị	3	3,6	
	Hạ vị	15	18,1	
	Quanh rốn	15	18,1	
	Phần lớn ổ bụng	7	8,4	
Sau phúc mạc	Bên phải	6	7,2	0,439
	Bên trái	9	10,8	

(*) kiểm định χ^2

Đối với nhóm nang trong phúc mạc, các vị trí phân bố tương đối đồng đều với $p < 0,05$ có ý

nghĩa thống kê. Có 7 trường hợp nang bạch huyết lớn, chiếm phần lớn khoang ổ bụng, tương ứng với 7 trường hợp không đo được kích thước trên siêu âm. Nhóm nang sau phúc mạc, bên trái gặp nhiều hơn bên phải.

IV. BÀN LUẬN

Dị dạng hệ bạch huyết là không phải một dị tật thường gặp, chiếm khoảng 1/20.000 trẻ nhập viện. 50 – 60% phát hiện ở lứa tuổi dưới 1 tuổi, trong khi 90% tổng số các trường hợp phát hiện ở lứa tuổi dưới 20 tuổi [2]. NBHOB trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có thể biểu hiện nhiều triệu chứng khác nhau, bao gồm: đau bụng, bụng chướng, sờ thấy khối vùng bụng, nôn, tiêu chảy hay táo bón. Kim (2016), thấy rằng triệu chứng đau bụng là thường gặp nhất, ở 17/25 các trường hợp, chiếm 68% [3]. Các tác giả đều thống nhất rằng, triệu chứng của NBHOB tùy thuộc vào vị trí và kích thước của tổn thương dạng nang trong ổ bụng.

Triệu chứng có sự khác nhau giữa trẻ lớn và trẻ nhỏ. Nếu như ở trẻ nhỏ triệu chứng thường cấp tính hơn, thì ở trẻ lớn hay người lớn, triệu chứng thường mơ hồ, không đặc hiệu, diễn ra trong thời gian dài trước khi được chẩn đoán. Trong nghiên cứu này, trong nhóm trẻ dưới 5 tuổi, triệu chứng nổi bật là bụng chướng và sờ thấy khối ở vùng bụng, còn ở nhóm trẻ trên 5 tuổi, triệu chứng đau bụng đơn thuần lại gặp nhiều hơn, ở 51,8% các trường hợp. Điều này có thể giải thích là do khoang ổ bụng của trẻ em nhỏ hơn, nên các triệu chứng của khối choán chỗ trong ổ bụng dễ bộc lộ ra hơn [4].

Trên kết quả xét nghiệm máu, tình trạng tăng bạch cầu và protein phản ứng C (CRP), kết hợp với triệu chứng sốt trên lâm sàng có thể gợi ý tình trạng nhiễm trùng. Nghiên cứu này có 29 trường hợp tăng số lượng bạch cầu so với giá trị bình thường (34,9%), tăng nồng độ CRP gặp ở 37,3% tổng số trường hợp. Đây đều là các trường hợp gặp phải tình trạng đau bụng, sốt trên lâm sàng, được nhập viện điều trị trong bệnh cảnh NBHOB bội nhiễm. Tác giả Kim (2016) nhận thấy trong số 17 bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, 8 trường hợp biểu hiện tăng phản ứng viêm trong nang bạch huyết ở bệnh phẩm sau khi cắt nang, và 6 trường hợp tăng CRP trên xét nghiệm [3].

Tác giả Rickett (2012) chia 16 bệnh nhân thành 4 nhóm: bụng chướng, khối vùng bụng (25%), biểu hiện tình trạng bụng cấp tính (triệu chứng dưới 48 tiếng) (12,5%), bán cấp (31,25%), mạn tính (triệu chứng trên 2 tháng)

31,25%, theo tác giả cách phân chia này thuận lợi cho việc đề ra thái độ điều trị tương ứng [1]. Cách phân loại triệu chứng tùy thuộc vào từng tác giả, có lẽ cần một nghiên cứu đa trung tâm hoặc nghiên cứu tổng hợp để có sự thống nhất. Trong nghiên cứu nhóm triệu chứng đau bụng đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất, 41%, tắc nghẽn đường tiêu hóa thấp nhất; gặp ở 9 trường hợp, chiếm 10,8%. Theo Rickett, tắc ruột xảy ra khi kích thước nang to lên một cách nhanh chóng, có thể là hậu quả của bội nhiễm trong nang hoặc chảy máu, khối nang to gây chèn ép vào lưu thông tiêu hóa. Biến chứng này thường gặp ở nang mạc treo ruột non [1],[5]. Ngoài ra, các biến chứng khác cũng được các báo cáo ghi nhận: xoắn ruột, viêm phúc mạc do vỡ nang, tắc nghẽn đường tiết niệu hoặc đường mật, thậm chí ác tính hóa. Trong một nghiên cứu 82 BN có xoắn ruột, nang bạch huyết mạc treo là nguyên nhân ở 3,54% số trường hợp [6].

Trong 83 bệnh nhân nghiên cứu, có 3 trường hợp phát hiện từ thời kì 3 tháng cuối thai kì. Hình ảnh siêu âm thường gặp là nang dịch trống âm, với lớp vỏ mỏng, có thành vách, xung quanh có thể có các tổ chức nang nhỏ tạo thành đám hỗn hợp. Trong những trường hợp chảy máu trong nang hoặc nhiễm trùng, dịch trong nang biến đổi, siêu âm thấy dịch tăng âm hoặc thậm chí tạo thành mức dịch – dịch trong nang [7]. Siêu âm cũng có thể xác định vị trí của khối nang bạch huyết, trong hay sau phúc mạc, nghi ngờ xuất phát từ mạc treo ruột hay từ mạc nối lớn, đồng thời chẩn đoán phân biệt sơ bộ với các khối u đặc khác trong ổ bụng. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, siêu âm gặp phải hạn chế đó là trong 7 trường hợp kích thước nang ổ bụng quá lớn, vượt quá giới hạn của đầu dò siêu âm, bác sĩ CĐHA không thể đo được chính xác kích thước và vị trí của nang, lúc này các phương tiện cắt lớp hình ảnh có giá trị hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, CLVT ổ bụng được thực hiện trên 19 bệnh nhân, CHT trên 64 bệnh nhân. Giá trị của CLVT và CHT nằm ở việc chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt NBHOB với các tổn thương dạng nang khác trong ổ bụng. Hình ảnh điển hình của NBHOB trên CLVT hay CHT vẫn là cấu trúc dạng nang với thành vách mỏng, không có thành phần đặc. Ưu điểm của CLVT ổ bụng là thời gian chụp nhanh, giảm độ nhiễu hình ảnh. Đặc điểm này đặc biệt có lợi trên bệnh nhân trẻ em, có thể không cần gây mê để chụp trong một khoảng thời gian ngắn. Bên cạnh đó, CLVT có thể đánh giá tốt mạch máu và đường tiêu hóa xung quanh tổn

thương. Chụp CHT được coi là phương pháp thích hợp nhất để chẩn đoán xác định đối với các tổn thương dạng nang. Với các chất tương phản thích hợp, CHT có thể phát hiện sự thay đổi dịch trong nang trong trường hợp dịch máu, dịch nhiễm trùng, dịch bạch huyết hay dịch giàu chất béo, đồng thời chẩn đoán phân biệt với các khối u khác trong ổ bụng [8]. Đối với chụp CHT và siêu âm, trẻ không bị phơi nhiễm với tia X, nên được ưu tiên lựa chọn hơn so với chụp CLVT ổ bụng, mặc dù vẫn cần phải tiến hành gây mê khi chụp đối với trường hợp trẻ nhỏ.

Trên hình ảnh chụp phim, kích thước nang được đo dựa trên chiều dài lớn nhất và nhỏ nhất đo được trong ba chiều: dài, rộng, cao. Cách đo này tương tự như cách đo của các nghiên cứu khác, do đặc điểm nang bạch huyết không có hình dạng nhất định mà chúng phát triển theo sự lan tỏa của tổn thương. Kích thước nang cũng khác nhau giữa các nhóm tuổi bệnh nhân khác nhau, có liên quan đến kích thước khoang bụng của trẻ thay đổi theo tuổi. Các tác giả ghi nhận NBHOB có kích thước rất thay đổi, từ vài centimet đến hàng chục centimet. Nam (2012) đo được kích thước nang trung vị trong số 23 bệnh nhân nghiên cứu là 13cm, nang lớn nhất có đường kính đến 30cm và nhận xét rằng nang bạch huyết ở trẻ có thể gia tăng kích thước trong những trường hợp biến chứng cấp tính tiến triển [5]. Chính vì vậy, kích thước nang dựa trên CĐHA không thực sự có giá trị trong việc chẩn đoán và điều trị NBHOB, do đặc điểm lan tỏa của tổn thương và sự thay đổi lượng dịch trong nang, liên quan đến các biến chứng, hoặc liên quan đến quá trình điều trị [1],[2].

Vị trí của nang dựa trên hình ảnh CLVT và CHT góp phần gợi ý phương pháp điều trị, đặc biệt là việc xác định nang bạch huyết trong phúc mạc hay ngoài phúc mạc. Nghiên cứu phát hiện 15 trường hợp nang sau phúc mạc trên phim chụp CLVT/CHT, tương ứng với kết quả trong mổ của nhóm bệnh nhân này. Tuy nhiên còn 3 trường hợp nang sau phúc mạc phát hiện trong mổ không tương xứng trên CLVT/CHT, cho thấy việc xác định về vị trí nang qua phương tiện CĐHA vẫn còn yếu tố sai số. Việc xác định nang thuộc mạc treo hồng tràng, hồi tràng hay đại tràng vẫn chưa có được sự tin cậy trên phim chụp CLVT/CHT. Tác giả Nam (2012) cũng nhận xét chỉ có 13% số trường hợp có thể xác định chính xác vị trí nang trước mổ do kích thước nang quá lớn, dễ chẩn đoán nhầm với các loại nang giả hay nang ruột đôi [5].

Theo tác giả Trần Ngọc Sơn (2012), giá trị

của CLVT và CHT còn nằm ở chỗ, có thể xác định mối liên quan giữa NBHOB với các cấu trúc xung quanh như quai ruột, hay mạch máu, từ đó có thể lên kế hoạch điều trị [9]. Trong một số trường hợp hiếm gặp, kích thước nang quá lớn, siêu âm và CLVT ổ bụng chẩn đoán nhầm với tình trạng dịch tự do ổ bụng nhiễm trùng có khoang vách. Các tác giả đều nhấn mạnh rằng, phẫu thuật nội soi có giá trị vừa chẩn đoán vừa điều trị trong những trường hợp chưa rõ ràng này [2],[9].

V. KẾT LUẬN

NBHOB ở trẻ em có triệu chứng lâm sàng không điển hình, triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng, sờ thấy khối bụng bụng và bụng chướng. Các triệu chứng có thể thay đổi tùy theo lứa tuổi phát hiện bệnh, đôi khi không có triệu chứng. Các phương tiện CĐHA có giá trị trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt cũng như phát hiện các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ricketts RR.** Mesenteric and Omental Cysts. In:

Coran AG, ed. Pediatric Surgery (Seventh Edition). Mosby; 2012:1165-1170.

2. **Goh BKP, Tan YM, Ong HS, et al.** Intra-abdominal and retroperitoneal lymphangiomas in pediatric and adult patients. *World J Surg.* 2005;29(7):837-840.
3. **Kim SH, Kim HY, Lee C, et al.** Clinical features of mesenteric lymphatic malformation in children. *J Pediatr Surg.* 2016;51(4):582-587.
4. **Losanoff JE, Richman BW, El-Sherif A, et al.** Mesenteric cystic lymphangioma. *J Am Coll Surg.* 2003;196(4):598-603.
5. **Nam SH, Kim DY, Kim SC, et al.** The surgical experience for retroperitoneal, mesenteric and omental cyst in children. *J Korean Surg Soc.* 2012;83(2):102.
6. **Maung M, Saing H.** Intestinal volvulus: an experience in a developing country. *J Pediatr Surg.* 1995;30(5):679-681.
7. **Wohlgemuth WA, Brill R, Dendl LM, et al.** Abdominal lymphatic malformations. *Radiol.* 2018;58(S1):29-33.
8. **Konen O, Rathaus V, Dluga E, et al.** Childhood abdominal cystic lymphangioma. *Pediatr Radiol.* 2002;32(2):88-94.
9. **Son TN, Liem NT.** Laparoscopic Management of Abdominal Lymphatic Cyst in Children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech.* 2012;22(5):505-507.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG SAU MỔ CỐ ĐỊNH XƯƠNG SỬ DỤNG SPACER VÀ CHUỖI HẠT XI MĂNG KHÁNG SINH

Đoàn Lê Vinh¹, Lê Mạnh Sơn¹, Nguyễn Văn Phan¹,
Nguyễn Thành Luân¹, Phạm Vũ Anh Quang¹, Ngô Đức Quang¹,
Nguyễn Văn Đạt¹, Vũ Đình Thắng¹, Đỗ Trọng Hùng¹

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 37 bệnh nhân nhiễm trùng sau mổ kết hợp xương bên trong và cố định ngoại vi, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị nhiễm trùng sau mổ cố định xương sử dụng spacer và chuỗi hạt xi măng kháng sinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn, tiến hành phẫu thuật 2 thì, khám lại đánh giá kết quả sau mổ 6 tháng. **Kết quả:** Sau phẫu thuật 6 tháng, có 1 bệnh nhân (2.7%) phải mổ lại do nhiễm trùng tái phát, 36 bệnh nhân (97.3%) vết mổ liền sẹo tốt, không rò, không có dấu hiệu nhiễm trùng tái phát. Trên phim XQ, trong số 36 bệnh nhân, có 33 bệnh nhân (91.7%) đã liền xương, 2 bệnh nhân

(5.6%) chậm liền và 1 bệnh nhân (2.7%) khớp giả phải phẫu thuật ghép xương. **Kết luận:** Điều trị nhiễm trùng sau mổ cố định xương sử dụng spacer, chuỗi hạt xi măng kháng sinh là an toàn, hiệu quả, ít biến chứng, cho tỉ lệ khỏi nhiễm trùng và tỉ lệ liền xương cao.

Từ khóa: nhiễm trùng sau mổ, cố định xương, spacer, chuỗi hạt, xi măng kháng sinh

SUMMARY

INITIAL RESULT OF SURGERY TREATMENT FOR INFECTION AFTER FRACTURE FIXATION USING ANTIBIOTIC- LOADED POLYMETHYLMETHACRYLATE BEADS AND SPACER

This study was conducted on 37 infected patients after surgery for internal fixation and external fixation who were treated at Viet Duc Hospital from 8/ 2021 to 8/2022 by using antibiotic-loaded polymethylmethacrylate beads and spacer. Objectives: Evaluate the initial result of surgery treatment for infection after fracture fixation using antibiotic-loaded polymethylmethacrylate beads and spacer. Methods: This is a descriptive prospective study. We selected

¹Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Lê Vinh

Email: drdoanlevinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2023

Ngày duyệt bài: 15.6.2023