

thiếu niên với bộ răng vĩnh viễn và sự tích lũy sâu răng chưa đủ để gây ra sự khác biệt giữa các khu vực sống.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sâu răng ở sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội là 47.2%; trong đó tỷ lệ sâu răng ở nữ cao hơn ở nam giới. Chỉ số DMFT của nhóm đối tượng nghiên cứu là 1.61 (D: 1.14; M: 0.11; F: 0.36), ở mức thấp; trong đó chỉ số trung bình sâu, chỉ số trung bình trám và chỉ số trung bình sâu mất trám ở nữ giới cao hơn ở nam giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- WHO (2013), Oral health surveys, 5th Edition.
- Hồng Thúy Hạnh và các cộng sự (2021), "Thực trạng sâu răng của sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021", Tạp chí Y học Việt Nam, 500(2).
- Ali Almousawi và Basheer Akeel Alali (2017), "The Prevalence of Dental Caries among students

of Dentistry Colleges in Holy Kerbala Governorate/Iraq in 2017", Journal of Contemporary Medical Sciences.

- Ngô Thị Thu Hà (2016), "Thực trạng sâu răng, nhu cầu điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng tới bệnh sâu răng của sinh viên năm thứ nhất, trường Đại học Y Hà Nội, năm học 2015-2016", Trường Đại học Y Hà Nội.
- Hà Thị Nga (2015), "Thực trạng sâu răng và liên quan giữa thói quen chăm sóc răng miệng với sâu răng của sinh viên Y1 trường Đại học Y Hà Nội năm 2014-2015", Trường Đại học Y Hà Nội.
- Sergei N Drachev, Tormod Brenn và Tordis A Trovik (2017), "Dental caries experience and determinants in young adults of the Northern State Medical University, Arkhangelsk, North-West Russia: a cross-sectional study", BMC Oral Health.
- Đinh Nguyễn Kim Thoa, Trinh Thị Tố Quyên và Trần Thu Thủy (2017), "Cảm nhận chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe răng miệng của sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT LÁCH BÁN PHẦN ĐIỀU TRỊ NANG LÁCH: THÔNG BÁO LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Nguyễn Hoàng¹, Đỗ Đức Minh²

AND LITERATURE

Laparoscopic splenectomy is currently widely performed to treat benign and malignant diseases of the spleen. However, total splenectomy increases the risk of infection after surgery, which causes the patient to need long-term use of antibiotics. Advances in surgical techniques and instruments have led to the development of partial splenectomy, which is primarily indicated for the treatment of localized splenic lesions. The main advantage of this method is to preserve the immune function of the spleen, helping patients avoid complications after total splenectomy. In addition, using laparoscopy in partial splenectomy also helps patients recover faster than open surgery. We clinically report a case of a patient diagnosed with a splenic cyst and successfully treated with laparoscopic partial splenectomy. **Keywords:** splenic cyst, laparoscopic partial splenectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt lách bán phần là một phương pháp xâm lấn tối thiểu được lựa chọn để điều trị nhiều bệnh về lách. Phẫu thuật này được sử dụng trong điều trị các bệnh rối loạn huyết học², chấn thương lách và các u nang lách lành tính. Phẫu thuật này rất hữu ích để tránh tất cả các biến chứng của việc cắt lách toàn bộ, chẳng hạn như nhiễm trùng nặng sau cắt lách (OPSI), áp xe trong ổ bụng, tăng tiểu cầu, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, huyết khối và tăng áp lực phổi³.

TÓM TẮT

Phẫu thuật cắt lách nội soi hiện nay được thực hiện rộng rãi để điều trị các bệnh lành tính và ác tính của lá lách¹. Tuy nhiên, cắt bỏ toàn bộ lách làm tăng nguy cơ nhiễm trùng sau phẫu thuật, điều đó khiến cho bệnh nhân cần sử dụng kháng sinh lâu dài. Sự tiến bộ trong kỹ thuật và dụng cụ phẫu thuật đã dẫn đến sự phát triển của phẫu thuật cắt lách bán phần, chủ yếu được chỉ định để điều trị các tổn thương cục bộ của lách. Ưu điểm chính của phương pháp này là bảo tồn chức năng miễn dịch của lách, giúp cho các bệnh nhân tránh được các biến chứng sau cắt lách toàn bộ. Ngoài ra, sử dụng nội soi trong phẫu thuật cắt lách bán phần còn giúp cho bệnh nhân phục hồi nhanh hơn so với mổ mở. Chúng tôi báo cáo lâm sàng một trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán nang lách và được điều trị thành công bằng phương pháp cắt lách bán phần nội soi.

Từ khóa: nang lách, nội soi cắt lách bán phần

SUMMARY

LAPAROSCOPIC PARTIAL SPLENECTOMY FOR A SPLEEN CYST: CASE REPORT

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2024

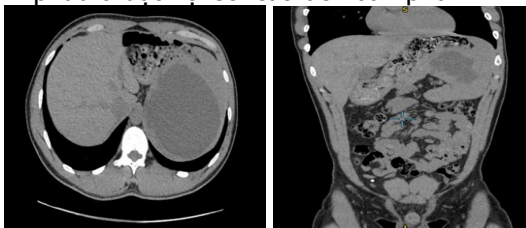
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024

Ngoài ra, bảo tồn một phần nhu mô lách giúp cơ thể duy trì phản ứng miễn dịch chống lại nhiều vi khuẩn, vi rút có vỏ bọc như Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenza và Neisseria Meningitidis. Đây là lý do tại sao đây nên là phương pháp được ưu tiên lựa chọn khi cắt lách, đặc biệt là ở những người trẻ tuổi⁴. Phẫu thuật cắt lách bán phần lần đầu tiên được thực hiện bởi Morgenstern và Shapiro vào năm 1980, đến năm 1995 Poulin lần đầu tiên thực hiện phẫu thuật trên bằng phương pháp nội soi⁵. Cắt lách bán phần qua nội soi vẫn là một phẫu thuật khó do nguy cơ chảy máu trong và sau mổ. Vì vậy để thực hiện phương pháp này phẫu thuật viên cần nắm chắc về giải phẫu lách, sử dụng thành thạo các dụng cụ cắt lách và kiểm soát cầm máu trong mổ. Chúng tôi báo cáo lâm sàng một trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán nang lách và được điều trị thành công bằng phương pháp cắt lách bán phần nội soi.

II. CA LÂM SÀNG

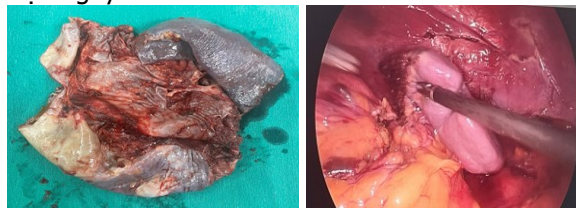
Bệnh nhân Đinh Công T, nam, 33 tuổi, mã số bệnh án 2310301990, ngày vào viện 23/10/2023, ngày mổ 11/12/2023, ngày ra viện 18/12/2023. Bệnh nhân tiền sử phát hiện nang lách năm 2018 nhưng không điều trị gì. Đợt này bệnh nhân đi khám định kỳ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện cấu trúc dạng nang dưới bao lách vị trí cực trên lách kích thước 12x17cm, có vách bên trong kèm vài nốt vôi hóa ngoại vi, dịch bên trong khá đồng nhất, không thấy thành phần ngấm thuốc sau tiêm. Khối tổn thương lớn gây đè đẩy nhu mô lách lên trên và ra trước, đè đẩy nhu mô tụy vào trong và sang phải, có ranh giới rõ với các tạng lân cận, không thâm nhiễm mỡ xung quanh. Bệnh nhân được chẩn đoán nang lách và có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt lách bán phần.



Hình 1: Hình ảnh nang lách trên chụp CLVT ổ bụng (mặt phẳng axial và coronal)

Bệnh nhân được kê tư thế nghiêng phải 45 độ và cánh tay trái giơ lên phía trên đầu. Chúng tôi sử dụng 4 trocar đặt qua ổ bụng: Một troca 10 mm được đặt ngay dưới bờ sườn trái trên đường giữa đòn. Một trocar 10 mm thứ hai được đặt ở vùng thượng vị. Hai trocar 5 mm

được đặt ở vùng dưới sườn trái đường nách trước và đường nách sau. Vào ổ bụng kiểm tra: ổ bụng có ít dịch tiết, phúc mạc nhẵn, gan 2 thùy hồng đẹp, không có u cục, chiếm gần toàn bộ lách là khối nang lớn kích thước trên 15cm, thành nang dày, trong nang có dịch đục, dạ dày đại tràng, ruột non không có u cục. Chẩn đoán trong mổ là nang lách cực trên và giữa. Phương pháp điều trị là cắt lách bán phần cực trên và giữa. Bộc lộ cuống lách giải phóng lách khỏi phúc mạc thành bụng sau, phẫu tích các nhánh tận động mạch và tĩnh mạch lách đi vào cực trên và giữa, thấy cực trên và giữa tím. Chúng tôi tiến hành thắt các nhánh động mạch và tĩnh mạch vào cực trên và giữa bằng dao siêu âm và bipolaire. Cắt nhu mô lách bằng ligasure, cầm máu kĩ diện cắt nhu mô lách bằng dao lưỡng cực, đặt surgisel diện cắt lách. Kiểm tra thấy cực dưới hồng, đặt 01 dẫn lưu hố lách. Túi bệnh phẩm được lấy qua troca 10mm. Giải phẫu bệnh sau mổ là nang giả lách. Sau mổ bệnh nhân được rút dẫn lưu ổ bụng vào ngày thứ 3 và ra viện ngày thứ 4.



Hình 2: Tổn thương trong ổ bụng nang lách

III. BÀN LUẬN

Lách là một cơ quan bạch huyết quan trọng trong cơ thể, đóng vai trò trong việc chống lại nhiễm trùng và sự phát triển của khối u cũng như khả năng miễn dịch nói chung. Trước đây, nhiều trường hợp tổn thương lách lành tính được điều trị bằng cắt lách, nhưng cắt lách làm tăng tiêu cầu nhanh chóng có thể gây ra tình trạng lan rộng huyết khối trong tĩnh mạch lách và nhiễm trùng nghiêm trọng sau mổ có thể xảy ra thậm chí 2 năm sau khi cắt lách⁶. Những báo cáo liên quan đến các biến chứng sau mổ cắt lách toàn bộ làm cho chúng ta chú ý hơn đến sự cần thiết của việc giữ lại một phần lách sau phẫu thuật. Vì những lý do trên mà cắt lách bán phần nên là "tiêu chuẩn vàng" để điều trị các u nang lành tính của lách, các bệnh rối loạn huyết học có liên quan đến lách² đặc biệt là ở trẻ em hoặc các trường hợp chấn thương lách cần phẫu thuật. Theo các tài liệu y văn thì việc giữ lại khoảng 25% nhu mô còn lại sau phẫu thuật sẽ giúp duy trì chức năng miễn dịch của lách và giảm tỷ lệ nguy cơ xảy ra huyết khối sau mổ.

Thậm chí đã có tài liệu báo cáo rằng nhu mô lách còn lại sẽ phát triển trong năm đầu tiên sau phẫu thuật⁷.

Một vấn đề nữa cần quan tâm là phương thức thực hiện cắt lách bán phần và phẫu thuật nội soi đã cho thấy những ưu điểm của mình so với mổ mở. Năm 2003, Winslow và cộng sự đã công bố nghiên cứu so sánh phẫu thuật nội soi và mổ mở trong cắt lách bán phần. Trước hết, họ nhấn mạnh thời gian dài hơn của can thiệp nội soi so với mổ mở (179,9 so với 114,1 phút; $P < 0,0001$). Tuy nhiên, những bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện ngắn hơn (3,6 so với 7,2 ngày; $P < 0,0001$), tỷ lệ truyền máu sau phẫu thuật thấp hơn (10,2% so với 14%; $P = 0,02$), lượng máu mất ít hơn (224,9 so với 254,4 mL; $P > 0,05$) và tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp hơn (15,5% so với 26,6%; $P < 0,001$). Phương pháp nội soi giúp bệnh nhân ít đau hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và kết quả thẩm mỹ tốt hơn khi so với mổ mở⁸.

Một nhược điểm lớn khi xem xét cắt bỏ một phần của lách là nguy cơ chảy máu trong và/hoặc sau phẫu thuật. Trên thực tế, mặc dù việc bảo tồn một phần nhu mô lách giúp đem lại lợi ích miễn dịch lâu dài sau mổ, hầu hết các phẫu thuật viên đều không muốn cố gắng cắt lách bán phần; tổn thương lách khu trú vẫn thường được điều trị bằng cắt lách toàn bộ⁹. Sự khó khăn để kiểm soát chảy máu từ lách liên quan đến giải phẫu mạch máu cụ thể của nó. Tuy nhiên, việc cắt ngang nhu mô lách là có thể thực hiện được nhờ việc lách được cấp máu từ nhiều nhánh mạch của động mạch lách. Động mạch lách khi đi vào rốn lách có thể phân thành 4 loại nhánh khác nhau: loại 1 nhánh, loại 2 nhánh, loại 3 nhánh và loại nhiều nhánh, trong đó trong đó loại thứ hai và thứ ba chiếm hơn 95%. Các nhánh động mạch lách ở cực trên và cực dưới sẽ tiếp tục phân chia thành các nhánh nhỏ hơn bên trong lách. Sự tắc nghẽn hoặc khi thắt các nhánh mạch này ở mức rốn lách sẽ dẫn đến thiếu máu cục bộ vùng nhu mô lách tương ứng và xuất hiện đường ranh giới giữa vùng thiếu máu cục bộ và vùng lành trên bề mặt lách. Vì giới hạn thiếu máu cục bộ không phải là một mặt phẳng rõ ràng nên khi cắt ngang nhu mô lách qua mặt phẳng này có thể gây ra chảy máu từ các đoạn liền kề. Chính vì thế cắt lách 1cm bên trong đường ranh giới thiếu máu cục bộ sẽ tránh được những vấn đề như vậy⁹. Kỹ thuật cắt lách bán phần mà chúng tôi thực hiện cũng dựa vào cơ sở lý thuyết trên.

Ngoài ra, hiệu quả cầm máu trong mổ khi

cắt ngang qua nhu mô lách cũng phụ thuộc vào phương tiện, dụng cụ được sử dụng. Các thiết bị có thể được sử dụng để thực hiện cắt ngang nhu mô lách bao gồm Stappler, dao Ligasure hoặc dao siêu âm Harmonic Scapels. Uranues và cộng sự¹⁰ dùng Stappler để cắt lách bán phần qua nội soi ở 28 bệnh nhân sau khi nén nhu mô lách bằng dụng cụ kẹp trong khoảng thời gian từ 5 đến 10 phút. Họ thấy rằng việc bảo tồn vỏ bao lách có vai trò quan trọng trong việc cầm máu. Tuy nhiên, có 2 bệnh nhân cần chuyển mổ mở để cầm máu và 3 bệnh nhân khác cần truyền máu trong mổ. Hery và cộng sự² thực hiện nội soi cắt lách bán phần ở 11 trẻ em mắc bệnh lý về huyết học; họ đã sử dụng dao siêu âm để cắt nhu mô và cho kết quả rất tốt. Trong ca bệnh của chúng tôi, nhu mô lách được cắt bằng dao Ligasure. Theo ý kiến của chúng tôi, điểm mấu chốt về mặt kỹ thuật để giảm thiểu mất máu là đặt đường cắt ngang nhu mô bên trong vùng thiếu máu cục bộ giới hạn phân định, chứ không phải là loại phương tiện được sử dụng.

Theo một số báo cáo trên thế giới, một phương pháp giúp giảm thiểu nguy cơ chảy máu trong và sau mổ cắt lách bán phần, đặc biệt nếu nội soi, là thuyên tắc mạch trước phẫu thuật. Phương pháp này làm tắc các mạch máu cấp máu cho tổn thương phải cắt bỏ trong quá trình phẫu thuật. Điều này giúp phẫu thuật viên quan sát rõ hơn về ranh giới giữa vùng lách tổn thương bị thiếu máu với vùng lành, từ đó giúp kiểm soát các mạch máu tốt hơn trong quá trình cắt nhu mô lách. Thời gian chờ đợi giữa thuyên tắc mạch và phẫu thuật còn nhiều tranh cãi. Trước đây phẫu thuật cắt lách thường được thực hiện khoảng một tháng sau khi tắc mạch, nhưng hiện nay các phẫu thuật viên có xu hướng tiến hành phẫu thuật ngay sau khi làm thủ thuật để tránh nguy cơ bị áp xe, lách bị vỡ đột ngột, hội chứng sau tắc mạch và các biến chứng khác¹¹.

Về việc thực hiện cắt lách bán phần qua nội soi trong trường hợp cấp cứu, các hướng dẫn mới nhất khuyến nghị quy trình này nên được thực hiện cho bệnh nhân trẻ em; trong khi ở người lớn vấn đề này vẫn còn đang tranh luận và chưa có sự thống nhất. Nhiều báo cáo đã chứng minh rằng phương pháp cắt lách bán phần qua nội soi là khả thi và an toàn ở những bệnh nhân có huyết động ổn định. Cả cắt lách toàn bộ nội soi và bán phần nội soi có thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ tương tự nhau¹¹.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt lách bán phần nội soi là một

qui trình an toàn và hiệu quả để điều trị các tổn thương cục bộ, khu trú của lách và giúp duy trì chức năng miễn dịch của lách sau mổ. Đây là phương pháp ít xâm lấn giúp bệnh nhân phục hồi nhanh hơn sau phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn hơn và mang tính thẩm mỹ tốt hơn so với mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Di Mauro D, Fasano A, Gelsomino M, Manzelli A. Laparoscopic partial splenectomy using the harmonic scalpel for parenchymal transection: two case reports and review of the literature. *Acta Biomedica Atenei Parmensis*. 2021; 92(S1): e2021137. doi: 10.23750/abm.v92iS1.10186
2. Héry G, Becmeur F, Méfat L, et al. Laparoscopic Partial Splenectomy: Indications and results of a multicenter retrospective study. *Surg Endosc*. 2008;22(1):45-49. doi:10.1007/s00464-007-9509-0
3. Balaphas A, Buchs NC, Meyer J, Hagen ME, Morel P. Partial splenectomy in the era of minimally invasive surgery: the current laparoscopic and robotic experiences. *Surg Endosc*. 2015;29(12): 3618-3627. doi:10.1007/s00464-015-4118-9
4. Esposito F, Noviello A, Moles N, et al. Partial

- splenectomy: A case series and systematic review of the literature. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2018;22(2):116.doi:10.14701/ahbps.2018. 22.2. 116
5. Poulin EC, Mamazza J. Laparoscopic splenectomy: lessons from the learning curve. 1998; 41(1).
 6. Morgan TL, Tomich EB. Overwhelming Post-Splenectomy Infection (OPSI): A Case Report and Review of the Literature. *The Journal of Emergency Medicine*. 2012;43(4):758-763. doi:10.1016/j.jemermed.2011.10.029
 7. Slater BJ, Chan FP, Davis K, Dutta S. Institutional experience with laparoscopic partial splenectomy for hereditary spherocytosis. *Journal of Pediatric Surgery*. 2010;45(8):1682-1686. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2010.01.037
 8. Winslow ER, Brunt LM. Perioperative outcomes of laparoscopic versus open splenectomy: A meta-analysis with an emphasis on complications. *Surgery*. 2003; 134(4): 647-653. doi:10.1016/S0039-6060(03)00312-X
 9. De La Villeon B, Zarzavadjian Le Bian A, Vuarnesson H, et al. Laparoscopic partial splenectomy: a technical tip. *Surg Endosc*. 2015; 29(1):94-99. doi:10.1007/s00464-014-3638-z
 10. Uranues S, Grossman D, Ludwig L, Bergamaschi R. Laparoscopic partial splenectomy. *Surg Endosc*. 2007;21(1):57-60. doi:10.1007/s00464-006-0124-2

NHẬN XÉT VỀ XỬ TRÍ RAU TIỀN ĐẠO TRUNG TÂM RAU CÀI RĂNG LƯỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá xử trí rau tiền đạo trung tâm, rau cài răng lược tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 76 sản phụ được chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ lấy thai được xử trí tại BVPS Hà Nội. **Kết quả:** Nghiên cứu 76 thai phụ rau tiền đạo trung tâm, rau cài răng lược được chẩn đoán và xử trí tại BVPS Hà Nội. Tỷ lệ mổ thấy thai chủ động 86,8%, mổ cấp cứu 13,2%; gây mê nội khí quản chiếm tới 98,7%, tê tủy sống 1,3%; đường rạch da đường ngang trên vệ và trắng giữa dưới rốn lần lượt là 61,8% và 38,2%; đường rạch ngang thân tử cung và dọc thân tử cung lấy thai lần lượt là 61,8% và 38,2%; Có 55,3% số sản phụ được bảo tồn tử cung và 43,4% cắt tử cung bán phần, 1,3% cắt tử cung hoàn toàn; 9,3% số trường hợp mổ có biến chứng trong đó biến

chứng bàng quang, niệu quản và mổ lại lần lượt là 6,7%; 1,3% và 1,3%. **Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động ở thai phụ rau cài răng lược cao, được gây mê nội khí quản, rạch da đường ngang và rạch cơ tử cung đường ngang. Phẫu thuật rau cài răng lược có xu hướng bảo tồn tử cung với biến chứng thường gặp nhất là tổn thương bàng quang.

Từ khóa: Rau cài răng lược, rau tiền đạo

SUMMARY

MANAGEMENT OF PLACENTA ACCRETA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: Evaluation and treatment of placenta previa and placenta accreta at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study of 76 pregnant women diagnosed with placenta previa and cesarean section scars treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** 76 pregnant women with placenta accreta were diagnosed and treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. The rate of planned cesarean section is 86.8%, emergency cesarean section is 13.2%; general anesthesia accounts for 98.7%, epidural anesthesia accounts for 1.3%; Horizontal incisions and the low midline incision

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

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

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024