

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG KỸ THUẬT LÀM MIỆNG NỐI BILLROTH 1 TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT BÁN PHẦN DƯỚI DẠ DÀY, VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Vũ Ngọc Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật làm miệng nối billroth 1 trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vết hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại bệnh viện đại học y Hà Nội. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng 12 bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật làm miệng nối Billroth1 trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, nạo vét hạch D2 từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023 tại bệnh viện đại học y Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 61.08 ± 10.84 , giới nam chiếm 50%, nữ 50%, vị trí khối u ở hang vị chiếm tỷ lệ cao nhất 58.3%, thời gian mổ trung bình 162.08 ± 26.5 phút lớn nhất 190 phút, nhỏ nhất 105 phút, số hạch nạo vét trung bình là 24.5 ± 9.65 hạch (nhiều nhất 48 hạch, nhỏ nhất 16 hạch), số hạch di căn trung bình là 0.5 ± 1.45 hạch, thời gian thực hiện miệng nối trung bình 19.27 ± 3.1 phút (lớn nhất 25 phút, nhỏ nhất 15 phút), số lượng stapler dùng trong mổ: 6 stapler chiếm 91.7%, 8.3% sử dụng 5 stapler, không có chảy máu miệng nối, rò miệng nối, hẹp miệng nối, biến chứng sau mổ theo Clavendindo mức độ I: 1(8,3%), độ II,III, IV là 0%, trào ngược dịch mật 16,6%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vết hạch D2, miệng nối Billroth 1 là an toàn, hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày.

Từ khóa: Miệng nối Billroth 1, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới dạ dày.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF APPLYING THE BILLROTH 1 ANASTOMOSIS TECHNIQUE IN TOTALLY LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOR THE TREATMENT OF ADENOCARCINOMA OF THE LOWER STOMACH AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the initial results of applying the Billroth 1 anastomosis technique in totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for the treatment of

adenocarcinoma of the lower stomach at Ha Noi Medical University Hospital. **Method:** A clinical intervention study was conducted on 12 patients who underwent totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and intracorporeal Billroth 1 anastomosis for adenocarcinoma of the lower stomach from April 2023 to August 2023 at Ha Noi Medical University Hospital. **Results:** The average age of the study group was 61.08 ± 10.84 years, with a gender distribution of 50% male and 50% female. The location of the tumor in the pylorus accounted for the highest proportion at 58.3%. The average operation time was 162.08 ± 26.5 minutes, with a maximum of 190 minutes and a minimum of 105 minutes. The average number of lymph nodes dissected was 24.5 ± 9.65 (with a maximum of 48 and a minimum of 16), of which the average number of metastatic lymph nodes was 0.5 ± 1.45 . The average time for intracorporeal anastomosis was 19.27 ± 3.1 minutes (with a maximum of 25 minutes and a minimum of 15 minutes). The number of staplers used in the operation was 6, accounting for 91.7%, while 8.3% used 5 staplers. There was no anastomotic bleeding, anastomotic leakage, or anastomotic stenosis. The postoperative complications were classified according to Clavien-Dindo as follows: grade I: 1 (8.3%), grades II, III, and IV were 0%. The incidence of bile reflux was 16.6%. **Conclusion:** Totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and intracorporeal Billroth 1 anastomosis is safe and effective for the treatment of adenocarcinoma of the lower stomach. **Keywords:** Billroth 1 anastomosis, totally laparoscopic distal gastrectomy for adenocarcinoma of the lower stomach.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là bệnh ung thư khá phổ biến theo Globocan 2020 ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới và đứng hàng thứ 4 về nguyên nhân gây tử vong của tất cả các bệnh lý ung thư ở cả hai giới. Tại Việt Nam cũng theo tổ chức ung thư thế giới thì năm 2020 có 17.906 ca mắc mới và 14.615 ca tử vong do ung thư dạ dày¹.

Ngày nay nhờ sự phát triển của khoa học kỹ thuật tỷ lệ phát hiện sớm ung thư dạ dày ngày càng tăng, điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong sự lựa chọn phương pháp cắt bán phần dưới dạ dày. Tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa sau phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày vẫn là chủ đề còn tranh luận. Có nhiều phương pháp

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

làm miệng nối như miệng nối Billroth 1, miệng nối Roux en y, miệng nối Finsterer mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng nhưng từ khi Kanaya và cs² giới thiệu phương pháp làm miệng nối Delta-shape (DA) năm 2002 thì phương pháp này đã nhanh chóng được sử dụng rộng rãi nhờ tính an toàn và khả thi của nó đã được chứng minh qua nhiều công trình nghiên cứu. Mặc dù vậy, miệng nối DA cũng có một số nhược điểm như nguy cơ tổn thương mạch nuôi môm tá tràng dẫn đến nguy cơ xì rò, nguy cơ xoắn tá tràng và dạ dày, căng miệng nối³ và để hạn chế những nguy cơ này tác giả Huang và cs⁴ đã đề xuất thực hiện miệng nối Billroth 1 theo hình chữ T ngược (TDA) qua đó làm giảm diện giao nhau giữa các hàng ghim từ 2 vị trí xuống còn 1 vị trí, vị trí miệng nối cách đường cắt cực trên dạ dày từ 6cm trong DA xuống còn 2 cm trong TDA qua đó hạn chế biến chứng của DA. Tại bệnh viện đại học y Hà Nội từ tháng 4 năm 2023 chúng tôi bắt đầu triển khai kỹ thuật làm miệng nối TDA nay đã được 12 bệnh nhân, chúng tôi muốn đánh giá hiệu quả bước đầu của kỹ thuật này nên thực hiện đề tài này: "Nhận xét kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật làm miệng nối billroth 1 trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại bệnh viện đại học y Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 12 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2, miệng nối Billroth 1 kiểu TDA điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Thời gian từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. Tiêu chuẩn lựa chọn là những bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ và sau mổ là ung thư biểu mô tuyến hang môn vị dạ dày, được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, nạo vét hạch D2, làm miệng nối TDA.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Chúng tôi thu thập thông tin bằng thăm khám trực tiếp trước mổ, tiến hành mổ ghi nhận các thông tin trong mổ, sau mổ

Xử lý số liệu theo phần mềm Spss 16.0

Các chỉ tiêu nghiên cứu: (1) Đặc điểm chung trước phẫu thuật: số lượng bệnh nhân, tuổi, giới tính, chỉ số BMI, phân loại bệnh nhân về mặt gây mê hồi sức theo thang điểm ASA. (2) Đặc điểm phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, số lượng trocar, vị trí khối u, thời gian thực hiện

miệng nối, số stapler dùng trong mổ, số lượng hạch vét được, đặc điểm dẫn lưu ổ bụng, lượng máu mất, tai biến, kết quả sinh thiết tức thì. (3) Kết quả điều trị: thời gian rút dẫn lưu, thời gian trung tiện, thời gian cho ăn lại, biến chứng sau mổ, phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo, mức độ xâm lấn của khối u, mức độ di căn hạch, phân loại giai đoạn bệnh sau mổ theo TNM, số ngày nằm viện, kết quả xét nghiệm dịch dẫn lưu, dịch sonde dạ dày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi	61.08 ± 10.4 tuổi	
Giới	Nam/nữ: 1/1	
Chỉ số BMI	20.13±2.27	
Chỉ số ASA	1.42±0.5	
Giai đoạn theo JGCA	Giai đoạn IB	4 BN (33.3)
	Giai đoạn IIA	5 BN (41.7)
	Giai đoạn IIB	1 BN (8.3)
	Giai đoạn IIIA	2 BN (16.7)

Nhận xét: Tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau, hầu hết không có trường hợp nào mắc bệnh béo phì

Bảng 2. Đặc điểm kĩ thuật mổ

Số trocar	5 trocar	11 BN (91.7)
	6 trocar	1 BN (8.3)
Thời gian mổ	162.08 ±, 26.5 (min: 105 phút, max: 190 phút)	
Thời gian thực hiện miệng nối	19.27 ±, 3.1 phút (lớn nhất 25 phút, nhỏ nhất 15 phút)	
Số Stapler sử dụng	5 stapler	1 BN (8.3)
	6 Stapler	11 BN 91.7)

Nhận xét: Chủ yếu chúng tôi sử dụng 5 trocar và thường sử dụng 5 stapler cho một ca mổ.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương trong mổ

Vị trí khối u	Hang vị	7 BN (58.3)
	Môn vị	2 BN (16.7)
	Bờ cong nhỏ	3 BN (25)
Số hạch nạo vét trung bình	24.33 ± 9.75	
Biến chứng trong mổ	0 BN	
Số lượng dẫn lưu	1 dẫn lưu (12 BN)	
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	52 ± 12.2	

Nhận xét: Hầu hết khối u ở hang môn vị chiếm 58.3% và tất cả các bệnh nhân được đặt 1 dẫn lưu.

Bảng 4. Đặc điểm sau mổ

Thời gian trung tiện sau mổ (giờ)	52 ± 12.2	
Đặc điểm di căn hạch	Di căn hạch chặng 1	1 BN (8.3)
	Di căn hạch chặng 2	2 BN (16.6)

	Không di căn hạch	9 BN (75.1)
Biến chứng sau mổ	1 BN rò tụy độ A (8.3)	
Trào ngược dịch mật trong dạ dày	2 BN (16.6)	
Giai đoạn theo TNM	Giai đoạn Ib	4 BN (33.3)
	Giai đoạn IIA	5 BN (41.7)
	Giai đoạn IIB	1 BN (8.3)
	Giai đoạn IIIA	2 BN (16.7)

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch chiếm 25%, chỉ có 1 trường hợp có biến chứng rò tụy sau mổ mức độ nhẹ chiếm 8.3%, có 2 trường hợp trào ngược dịch mật trong dạ dày ở ngày thứ 3 sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 12 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 61.08 ± 10.84 , tỷ lệ giới nam chiếm 50%, nữ 50%, theo tác giả Park (2017) tuổi trung bình là $65,23 \pm 10,25$ tuổi và chỉ số BMI trung bình là $24,98 \pm 3,55$ kg/m², theo tác giả Huang (2014) độ tuổi trung bình là $57,7 \pm 11,7$ tuổi (từ 33 đến 81 tuổi) 42 nam (66,7%) và 21 nữ (33,3%) và chỉ số BMI trung bình là $21,96 \pm 2,95$ kg/m² có thể thấy tuổi mắc ung thư dạ dày đang có xu hướng trẻ hóa, chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $20.13 \pm 2,27$, chỉ số BMI là yếu tố độc lập ảnh hưởng thời gian mổ theo tác giả Huang (2014)⁴ miệng nối Billroth 1 trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày ưu điểm vượt trội trong bệnh nhân béo phì, kết quả của chúng tôi thời gian mổ là 162.08 ± 26.5 tương đương tác giả Huang (2014)⁴ 150.8 ± 21.6 phút, nhưng ít hơn so với tác giả Park Chan Gyun⁵ 206.5 ± 25.4 phút, thời gian làm miệng nối của chúng tôi là 19.27 ± 3.1 phút cũng tương tự tác giả Park Chan Gyun 20.9 ± 6.7 phút nhưng dài hơn so với tác giả Huang (2014)⁴ 13.9 ± 2 phút (miệng nối TDA) tuy nhiên cũng theo tác giả này thì thời gian làm miệng nối DA của tác giả là $23,9 \pm 5,6$ phút khác biệt có ý nghĩa thống kê so với TDA ($p=0.000$).

Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng trong mổ, 100% bệnh nhân chỉ đặt 1 dẫn lưu, số stapler dùng trong mổ: sử dụng 6 stapler chiếm 91.7%, có 8.3% sử dụng 5 stapler, số hạch nạo vét trung bình 24.33 ± 9.75 hạch, 100% bệnh nhân phải làm động tác Kocher di động móm tá tràng, không có bệnh nhân nào phải làm thủ thuật Norh để di động phình vị dạ dày, lượng máu mất trong mổ trung bình thẩm 5 gạc con không có trường hợp nào phải làm thủ thuật Norh để di động phình vị dạ dày. Theo Park Chan Gyun số stapler trung bình dùng trong

mổ là $4,78 \pm 0,66$ thấp hơn của chúng tôi tuy nhiên do tác giả sử dụng chỉ đồng chỗ mở tá tràng và dạ dày thay vì dùng toàn bộ stapler như chúng tôi. Biến chứng sau mổ của chúng tôi xét nghiệm amylase dịch dẫn lưu sau mổ ngày thứ 3 có 8.3% có tăng amylase gấp 3 lần amylase máu nhưng không có triệu chứng trên lâm sàng, xét nghiệm Billirubin dịch sonde dạ dày ngày thứ 3 sau mổ có 2 bệnh nhân có Billirubin chiếm tỷ lệ 16.6%, biến chứng sau mổ theo Clavendindo Mức độ I: 1(8,3%), độ II,III, IV là 0%, tác giả Huang (2014)⁴ ghi nhận 7.3% có biến chứng sau mổ trong đó có 1 bệnh nhân nhiễm trùn vết mổ, 1 bệnh nhân đờ dạ dày sau mổ (hội chứng DGE) chúng tôi không có trường hợp nào có hội chứng DGE. Tác giả Park cũng ghi nhận có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ 2.5%, và một trường hợp hẹp miệng nối sau mổ 2,5%. Các tác giả đều ghi nhận không có biến chứng nặng sau mổ, tỉ lệ tử vong là 0%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2, nối Billroth 1 miệng nối TDA là một phẫu thuật an toàn, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp và đều là các biến chứng nhẹ, mang lại nhiều ưu điểm cho bệnh nhân về mặt thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn và kết quả về mặt ung thư học không thấy có sự khác biệt với mổ mở so khi so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
- Kanaya S, Gomi T, Momoi H, et al.** Delta-shaped anastomosis in totally laparoscopic Billroth I gastrectomy: new technique of intraabdominal gastroduodenostomy. Journal of the American College of Surgeons. Aug 2002;195(2):284-7. doi:10.1016/s1072-7515(02)01239-5
- Kitagami H, Morimoto M, Nozawa M, et al.** Evaluation of the delta-shaped anastomosis in laparoscopic distal gastrectomy: midterm results of a comparison with Roux-en-Y anastomosis. Surgical endoscopy. Jul 2014;28(7):2137-44. doi:10.1007/s00464-014-3445-6
- Huang CM, Lin M, Lin JX, et al.** Comparison of modified and conventional delta-shaped gastroduodenostomy in totally laparoscopic surgery. World journal of gastroenterology. Aug 14 2014; 20 (30): 10478-85. doi:10.3748/wjg.v20.i30.10478
- Park CG, Yang YS, Lee JM.** T-shaped Modified Delta Anastomosis as a Simple Intracorporeal Gastroduodenostomy. J Minim Invasive Surg. 2018;21(2):57-64. doi:10.7602/jmis.2018.21.2.57

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHI THOÁT VỊ BÊN BẮM SINH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU KÍN ỐNG PHỨC MẠC TINH KẾT HỢP KIM ENDONEEDLE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Lê Thị Vân¹, Hoàng Thị Thu Hà¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi thoát vị bên bẩm sinh được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khâu kín ống phúc mạc tinh kết hợp kim Endoneedle tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 29 bệnh nhi thoát vị bên bẩm sinh được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khâu kín ống phúc mạc tinh kết hợp kim Endoneedle tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình 5,72 tuổi, nhỏ nhất là 2 tuổi, lớn nhất là 13 tuổi. Bệnh gặp nhiều ở trẻ nam hơn trẻ nữ. Triệu chứng cơ năng thường gặp là khối phồng vùng bên, búi hay môi lớn. Kết quả siêu âm có 55,2% bệnh nhi có khối thoát vị. **Kết luận:** Thoát vị bên có đặc điểm lâm sàng đa dạng, chủ yếu biểu hiện với khối phồng vùng bên, búi hay môi lớn. Phần lớn bệnh nhi siêu âm có hình ảnh khối thoát vị. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, thoát vị bên bẩm sinh, phẫu thuật nội soi khâu kín ống phúc mạc tinh kết hợp kim Endoneedle.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH CONGENITAL HERNIA TREATED WITH LAPAROSCOPIC SURGERY TO CLOSE THE PERITONIC TUBE COMBINED WITH ENDONEEDLE NEEDLE AT NAM DINH PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of pediatric patients with congenital inguinal hernia treated with laparoscopic surgery to close the crystalline peritoneal tube and Endoneedle needle at Nam Dinh Provincial General Hospital. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 29 pediatric patients with congenital inguinal hernia treated with laparoscopic surgery to close the crystalline peritoneal tube combined with Endoneedle needle at the Department of General Surgery, Nam Dinh Provincial General Hospital over a period of months October 2022 to October 2023. **Results:** The average age of illness is 5,72 years old, the youngest

is 2 years old, the oldest is 13 years old. The disease is more common in boys than in girls. Common physical symptoms are bulges in the groin, scrotum or labia majora. Ultrasound results showed that 55,2% of pediatric patients had a hernia. **Conclusion:** Inguinal hernia has diverse clinical characteristics, mainly manifesting as a bulging mass in the groin, scrotum or labia majora. Most pediatric patients have ultrasound images of hernias. **Keywords:** clinical, paraclinical, congenital inguinal hernia, laparoscopic surgery to close the seminal peritoneal tube combined with Endoneedle needle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bên là tình trạng các tạng trong ổ phúc mạc đi ra ngoài qua điểm yếu của thành sau ống bên xuống bìu (hoặc môi lớn ở nữ). Thoát vị bên ở trẻ em thường gặp là do bẩm sinh (do tồn tại ống phúc tinh mạc) và khác với thoát vị bên ở người lớn thường gặp là do mắc phải (do yếu cân cơ thành bụng). Tỷ lệ thoát vị bên ở trẻ em là 2% đến 5% ở trẻ sinh đủ tháng; 9% đến 11% ở trẻ sinh thiếu tháng và 30% đến 60% ở trẻ sinh thiếu tháng nhẹ cân [2].

Trẻ em bị thoát vị bên sẽ ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và sinh hoạt của trẻ. Thoát vị bên ở trẻ em cần phải được chẩn đoán và điều trị sớm nhằm giảm thiểu các biến chứng thường gặp như nghẹt, tắc ruột, viêm phúc mạc,... Điều trị thoát vị bên ở trẻ em bằng phương pháp phẫu thuật được thực hiện thường xuyên nhất với tỷ lệ khoảng 0,8% đến 4,4% và là phương pháp hiệu quả với nguyên tắc là đóng kín ống phúc tinh mạc tại lỗ bên sâu. Vấn đề chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp thoát vị bên ở trẻ em còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như chọn lứa tuổi nào để phẫu thuật, kỹ thuật mổ nào để có kết quả tốt, phù hợp với sinh lý, giải phẫu ở trẻ em, an toàn, tỷ lệ tái phát thấp và có thể áp dụng rộng rãi ở các cơ sở ngoại khoa. Phương pháp phẫu thuật nội soi kết hợp kim Endoneedle đang được áp dụng để điều trị thoát vị bên có rất nhiều ưu điểm như thời gian phẫu thuật ngắn, tỷ lệ biến chứng sau mổ và tỷ lệ tái phát thấp... Theo nghiên cứu của Endo M năm 2009 trên 1270 trẻ được điều trị thoát vị bên và tràn dịch màng tinh hoàn bằng phương pháp phẫu thuật nội soi kết hợp kim Endoneedle có tỷ lệ tái phát

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân

Email: lethivan@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024