

(79,9%)[6], cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi.

Thể tích khối máu tụ là một đại lượng mà Ridwan và cộng sự [5] sử dụng trong đánh giá máu tụ dưới màng cứng trước mổ để so sánh và tiên lượng kết cục điều trị và nguy cơ tái phát. Tuy nhiên, do đặc thù ở nước ta, bệnh nhân có thể được chụp phim ở các cơ sở khác, đến khám và điều trị tại bệnh viện Việt Đức nên chúng tôi không chụp lại phim kiểm tra (khi đã đủ để chẩn đoán), nên không thể tính được thể tích khối máu tụ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hồi cứu 91 trường hợp máu tụ dưới màng cứng mạn tính, chúng tôi thấy tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 60 tuổi; tỉ lệ nữ chiếm khoảng 20%. Hầu hết máu tụ dưới màng cứng mạn tính là do nguyên nhân chấn thương (72,53%); tỉ lệ dùng thuốc chống đông/ngừng tập tiểu cầu là 4,40%. 87,91% số bệnh nhân có điểm GCS \geq 13. Không có sự khác biệt về bên của khối máu tụ. Độ dày trung bình của khối máu tụ là $18,27 \pm 0,668$ (mm).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu, W., N.A. Bakker, and R.J. Groen, Chronic

subdural hematoma: a systematic review and meta-analysis of surgical procedures. *J Neurosurg*, 2014. **121**(3): p. 665-73.

2. Mehta, V., et al., Evidence based diagnosis and management of chronic subdural hematoma: A review of the literature. *J Clin Neurosci*, 2018. **50**: p. 7-15.
3. Kitya, D., et al., Causes, clinical presentation, management, and outcomes of chronic subdural hematoma at Mbarara Regional Referral Hospital. *Neurosurg Focus*, 2018. **45**(4): p. E7.
4. Motiei-Langroudi, R., et al., Factors influencing the presence of hemiparesis in chronic subdural hematoma. *J Neurosurg*, 2019. **131**(6): p. 1926-1930.
5. Ridwan, S., et al., Surgical Treatment of Chronic Subdural Hematoma: Predicting Recurrence and Cure. *World Neurosurg*, 2019. **128**: p. e1010-e1023.
6. Kwon, C.S., et al., Predicting Prognosis of Patients with Chronic Subdural Hematoma: A New Scoring System. *World Neurosurg*, 2018. **109**: p. e707-e714.
7. Bartek, J., Jr., et al., Predictors of Recurrence and Complications After Chronic Subdural Hematoma Surgery: A Population-Based Study. *World Neurosurg*, 2017. **106**: p. 609-614.
8. Tugcu, B., et al., Can recurrence of chronic subdural hematoma be predicted? A retrospective analysis of 292 cases. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg*, 2014. **75**(1): p. 37-41.
9. Amirjamshidi, A., et al., Outcomes and recurrence rates in chronic subdural haematoma. *Br J Neurosurg*, 2007. **21**(3): p. 272-5.

SEO THẬN VÀ LIÊN QUAN ĐẾN CHỨC NĂNG BÀNG QUANG Ở BỆNH NHÂN SAU MỔ DỊ TẬT NÚT ĐỐT SỐNG BẨM SINH

Nguyễn Duy Việt¹, Lê Anh Dũng¹, Đỗ Mạnh Hùng¹,
Vũ xuân Hoàn¹, Nguyễn Thanh Liêm²

TÓM TẮT

Mục đích: mô tả tổn thương thận và liên quan đến chức năng bàng quang ở bệnh nhân sau mổ dị tật cột sống bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu 62 bệnh nhân sau mổ dị tật nút đốt sống bẩm sinh tại Bệnh viện nhi Trung ương từ 01/2013 đến 31/03/2019. Tất cả bệnh nhân được chụp xạ hình thận mô tả tổn thương seo thận và đo áp lực bàng quang với các chỉ số như giảm độ co giãn bàng quang, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và áp lực bàng quang \geq 30 cmH₂O, $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** có 62 bệnh nhân sau mổ dị tật nút đốt sống bẩm sinh trong đó thoát vị tủy màng tủy chiếm 72,6% và thoát vị mỡ tủy màng tủy chiếm

27,4%. Giới nam là 43,5% và 53,6% là giới nữ. Có 18 bệnh nhân seo thận chiếm 29,0% seo thận, tuổi trung bình ở nhóm tổn thương thận cao hơn nhóm không có tổn thương thận: $5,1 \pm 3,1$ so với $2,4 \pm 2,2$ tuổi với $p = 0,001$. Kết quả đo áp lực bàng quang với 41,9% bệnh nhân giảm độ co giãn bàng quang, 12,9% trường hợp thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và 22,6% bệnh nhân có áp lực bàng quang \geq 30 cmH₂O. Với những trường hợp giảm độ co giãn bàng quang có 61,5% seo thận, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% có 75,0% seo thận và áp lực bàng quang \geq 30 cmH₂O có 71,4% seo thận, có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** seo thận liên quan đến chức năng bàng quang với giảm độ co giãn bàng quang, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và áp lực bàng quang \geq 30 cmH₂O ở bệnh nhân sau mổ dị tật nút đốt sống bẩm sinh.

Từ khóa: seo thận, dị tật nút đốt sống bẩm sinh, đo áp lực bàng quang

SUMMARY

RENAL SCARING AND RELATION TO BLADDER FUNCTION IN PATIENTS POST-OPERATIVE SPINAL BIFIDA

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Việt

Email: bsnguyenduyviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2021

Ngày duyệt bài: 10.3.2021

Purpose: to describe damage kidney and relation to bladder function in patients post-operative spinal bifida. **Materials and Methods:** Retrospectively reviewed the records of 62 patients in postoperative spinal bifida patients from 01.2013 to 31.03.2019 at National Hospital of Pediatrics. All patients were done renal scintigraphy to show renal scars and cystometry with parameters include bladder compliance, bladder capacity compare to age < 65%, bladder pressure ≥ 30 cmH₂O, $p < 0,05$ statistical significantly. **Results:** 62 patients in post-operative spinal bifida include myelomeningocele 72,6% and limpomyelomeningocele 27,4%. Male was 43,5%, female was 53,6%. 18 patients showed renal scars with 29,0%, mean age in renal scars group were higher than non renal scars: $5,1 \pm 3,1$ years compare to $2,4 \pm 2,2$ years, $p = 0,001$. Cystometry results showed 41,9% patients with low bladder compliance, 12,9% cases with bladder capacity for age < 65% and 22,6% patients with bladder pressure ≥ 30 cmH₂O. Patients with low compliance had 61,5% renal scars, patients with bladder capacity for age < 65% had 75,0% renal scars and patients with bladder pressure ≥ 30 cmH₂O had 71,4% renal scars, statistical significantly. **Conclusion:** Renal scarring related to bladder function with low compliance, bladder capacity for age < 65% and bladder pressure ≥ 30 cmH₂O, statistical significantly patients in post-operative spinal bifida.

Key words: renal scar, spinal bifida, cystometry

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàng quang thần kinh (BQTK) hay rối loạn chức năng bàng quang thần kinh là hiện tượng rối loạn chức năng của hệ tiết niệu dưới do tổn thương hoặc bệnh lý thần kinh [1]. Dị tật cột sống nứt đốt sống (DTNĐS) bẩm sinh là nguyên nhân thường gặp gây BQTK ở trẻ em, dị tật này liên quan đến thiếu hụt chất axit folic ở thời kỳ mang thai, tỷ lệ DTNĐS bẩm sinh khoảng 0.3-4.5/1000 trẻ sơ sinh sống trên thế giới, trong đó thoát vị tủy màng tủy chiếm đa số khoảng 95% [2]. Trào ngược bàng quang – niệu quản, nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn dẫn tới viêm thận bể thận và hình thành sẹo thận ở DTNĐS bẩm sinh. Rối loạn chức năng bàng quang thần kinh ở bệnh nhân DTNĐS bẩm sinh là yếu tố nguy cơ gây tổn thương sẹo thận, như giảm độ co giãn bàng quang (CGBQ), áp lực bàng quang cao (ALBQ) và thể tích bàng quang (TTBQ) so với tuổi nhỏ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "mô tả sẹo thận và liên quan đến chức năng bàng quang ở bệnh nhân sau mổ dị tật cột sống bẩm sinh".

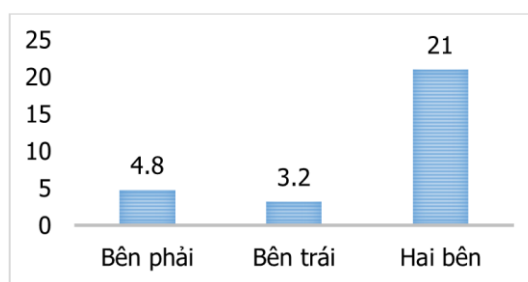
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu 62 bệnh nhân sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh tại Bệnh viện nhi Trung ương, từ 01/2013 đến 31/03/2019. Tất cả bệnh nhân được chụp xạ hình thận mô tả tổn thương sẹo

thận và đo áp lực bàng quang với các chỉ số như giảm độ co giãn bàng quang, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và áp lực bàng quang ≥ 30 cmH₂O. Số liệu được trình bày dưới dạng bảng, hình và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS, $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 62 bệnh nhân được đo ALBQ sau mổ DTNĐS bẩm sinh vùng thắt lưng cùng cụt, trong đó giới nam chiếm 43,5% và 53,6% trường hợp là trẻ nữ. Thoát vị tủy màng tủy chiếm đa số 72,6% và 27,4% trường hợp thoát vị mỡ tủy màng tủy. Có 18 bệnh nhân tổn thương sẹo thận trên xạ hình thận chiếm 29,0%. Đa số là tổn thương 2 bên thận chiếm 21,0% (hình 1).



Hình 1. Tổn thương sẹo thận trên xạ hình

Tuổi trung bình của nhóm tổn thương thận là $5,1 \pm 3,1$ tuổi lớn hơn nhóm không tổn thương thận là $2,4 \pm 2,2$ tuổi, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Bảng 1. Kết quả đo áp lực bàng quang

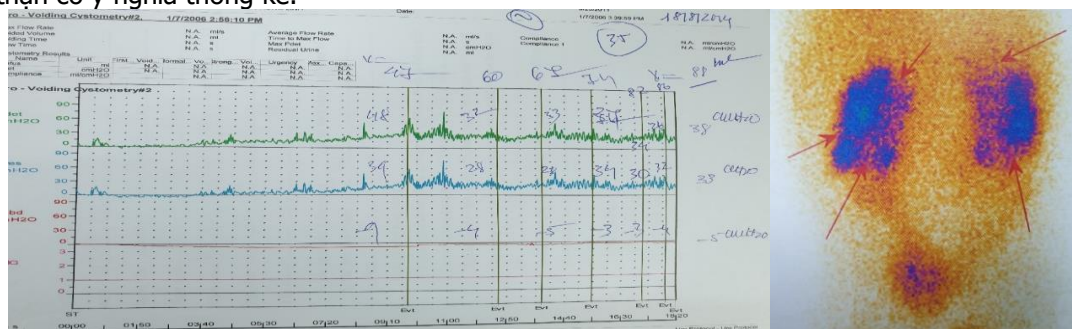
CNBQ	n	Tỷ lệ (%)
Độ Bình thường	36	58,1
CGBQ Giảm	26	41,9
ALBQ < 30 cmH ₂ O	48	77,4
ALBQ ≥ 30 cmH ₂ O	14	22,6
TTBQ $\geq 65\%$	54	87,1
TTBQ < 65%	8	12,9

Nhận xét: có 8 bệnh nhân chiếm 12,9% TTBQ nhỏ, 26 bệnh nhân chiếm 41,9% giảm độ CGBQ và 14 bệnh nhân chiếm 22,6% có ALBQ ≥ 30 cmH₂O.

Bảng 2. Liên quan chức năng bàng quang với tổn thương thận

CNBQ	Xạ hình thận		n	p
	Sẹo thận	Không sẹo thận		
Giảm độ CGBQ	61,5%	38,5%	26	0,001
TTBQ < 65%	75,0%	25,0%	8	0,006
ALBQ ≥ 30 cmH ₂ O	71,4%	28,6%	14	0,001

Nhận xét: giảm độ CGBQ, TTBQ so với tuổi < 65%, ALBQ ≥ 30 cmH₂O liên quan đến tổn thương sẹo thận có ý nghĩa thống kê.



Hình 2. Nguyễn Thị Phương L, mã hồ sơ, 110256403, sẹo thận, ALBQ > 40 cmH₂O cmH₂O, giảm độ CGBQ, TTBQ < 65%

IV. BÀN LUẬN

Khi so sánh với kết quả của một số tác giả thấy tỷ lệ tổn thương sẹo thận trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn và tuổi xuất hiện tổn thương thận sớm hơn (bảng 4.7). Có thể bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được hướng dẫn CIC muộn và tỷ lệ dùng thuốc kháng giao cảm thấp, việc chỉ định dùng thuốc cũng khó khăn do không có nhiều loại để lựa chọn phù hợp theo tuổi, dẫn tới thay đổi CNBQ sẽ làm tăng nguy cơ tổn thương thận.

Bảng 3. Tỷ lệ tổn thương sẹo thận

Tác giả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Tuổi (năm)
Dik và cs [3]	144	4,2	6,8
Ozel và cs [4]	312	23,1	6,5
Shiroyanagi và cs [5].	64	25,0	15,8
Chúng tôi	62	29,0	5,1

- Áp lực bàng quang: kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 22,6% bệnh nhân có ALBQ ≥ 30 cmH₂O, nhóm này có 71,4% trường hợp sẹo thận (bảng 1). Arora và cs (2006) khi phân tích một số yếu tố liên quan đến tổn thương sẹo thận ở bệnh nhân DTNĐS bẩm sinh thấy ALBQ > 25 cmH₂O là 8/9 (88,9%) bệnh nhân có tổn thương sẹo thận so với nhóm không sẹo thận, p < 0,005 [6]. Một nghiên cứu khác của tác giả Prakash và cs (2017) khi phân tích yếu tố tổn thương thận ở bệnh nhân BQTK, kết quả có 12,4% trường hợp có tổn thương sẹo thận, ở nhóm này có 75% trường hợp có ALBQ > 40 cmH₂O với p = 0,038 [7]. Điều này có thể giải thích là ở nhóm có ALBQ cao là yếu tố gây trào ngược bàng quang-niêu quản, viêm thận bể thận và hậu quả lâu dài dẫn đến tổn thương sẹo thận.

- TTBQ so với tuổi: kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm có TTBQ so với tuổi < 65%, nhóm này có 75% trường hợp có sẹo thận, với

p = 0,006 (bảng 1). Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của tác giả Bruschini và cs (2006) khi nghiên cứu 104 bệnh nhân thoát vị tủy màng tủy có 25,9% bệnh nhân có tổn thương sẹo thận và có TTBQ so tuổi < 67%, p = 0,01 [8]. Arora và cs (2006) phân tích yếu tố nguy cơ tổn thương thận ở bệnh nhân thoát vị tủy màng tủy. Nhóm tổn thương thận có TTBQ so với tuổi < 60%, khác biệt so với nhóm không có tổn thương thận, với p < 0,005 [6]. Ozel và cs (2006) khi đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến tổn thương sẹo thận ở bệnh nhân BQTK do DTNĐS bẩm sinh thấy trong nhóm sẹo thận có TTBQ so với tuổi < 69,6%, so với nhóm không tổn thương thận, có ý nghĩa thống kê [4]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên cho thấy TTBQ so với tuổi (TTBQ so tuổi < 67%) ở nhóm tổn thương thận nhỏ hơn so với nhóm không có tổn thương thận. Điều này có thể giải thích khi mà TTBQ nhỏ sẽ làm cho ALBQ cao, từ đó tăng nguy cơ trào ngược BQ-NQ, giãn BT-NQ và viêm thận bể thận dẫn tới tổn thương thận.

- Giảm độ co giãn bàng quang: nhóm giảm độ CGBQ trong nghiên cứu của chúng tôi có 61,5% trường hợp có tổn thương sẹo thận, p = 0,001 (bảng 1). Kết quả tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả như Bruschini và cs (2006) đánh giá kết quả 104 bệnh nhân thoát vị tủy màng tủy có 25,9% bệnh nhân có tổn thương sẹo thận, nhóm sẹo thận có 51,9% bệnh nhân có giảm độ CGBQ, có ý nghĩa thống kê [8]. Ozel và cs (2006) khi phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến tổn thương sẹo thận ở bệnh nhân BQTK do DTNĐS bẩm sinh kết quả thấy trong nhóm sẹo thận có đến 80,6% bệnh nhân giảm độ CGBQ, có ý nghĩa thống kê [4]. Như vậy, kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của một số tác giả trên chỉ ra giảm độ

CGBQ liên quan đến tổn thương thận. Điều này có thể giải thích khi mà giảm độ CGBQ sẽ dẫn tới thay đổi ALBQ cao là yếu tố nguy cơ gây tổn thương thận.

V. KẾT LUẬN

Seo thận liên quan đến chức năng bàng quang với giảm độ co giãn bàng quang, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và áp lực bàng quang ≥ 30 cmH₂O, ở bệnh nhân sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ginsberg D (2013)**. The Epidemiology and Pathophysiology. Am J Manag Care, 19, 191-196.
2. **Bauer S.B (2008)**. Neurogenic bladder: etiology and assessment. Pediatr Nephrol, 23(4), 541-51.
3. **Dik P, Klijn A.J, Van Gool J.D et al (2006)**. Early start to therapy preserves kidney function in

- spina bifida patients. Eur Urol, 49(5), 908-13.
4. **Ozel S.K, Dokumcu Z, Akyildiz C et al (2007)**. Factors affecting renal scar development in children with spina bifida. Urol Int, 79(2), 133-6.
 5. **Shiroyanagi Y, Suzuki M, Matsuno D et al (2009)**. The significance of 99mtechnetium dimercapto-succinic acid renal scan in children with spina bifida during long-term followup. J Urol, 181(5), 2262-6; discussion 2266.
 6. **Arora G, Narasimhan K.L, Saxena A.K et al (2006)**. Risk Factors for Renal Injury in Patients with Meningomyelocele. Indian Pediatrics, 44, 417-420.
 7. **Prakash R, Puri A, Anand R et al (2017)**. Predictors of upper tract damage in pediatric neurogenic bladder. J Pediatr Urol, 13(5), 503 e1-503 e7.
 8. **Bruschini H, Almeida F.G, Srougi M et al (2006)**. Upper and lower urinary tract evaluation of 104 patients with myelomeningocele without adequate urological management. World J Urol, 24(2), 224-8.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHÂU KÍN ỐNG MẬT CHỦ SAU KHI LẤY SỎI ĐỂ ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH NGOÀI GAN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kết quả của phương pháp khâu kín ống mật chủ sau khi lấy sỏi để điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu 70 bệnh nhân được phẫu thuật mở bụng, mở ống mật chủ lấy sỏi và khâu kín OMC ngay tại Khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai từ 2014 đến 2020. **Kết quả:** 70 trường hợp trong nghiên cứu bao gồm 42 nữ và 28 nam, tuổi trung bình là $62 \pm 15,2$ tuổi, 34 trường hợp (48,5%) có tiền sử mổ sỏi mật, thời gian nằm viện sau mổ là $7,91 \pm 2,07$ ngày, không có tử vong sau mổ, tỉ lệ biến chứng chung là 10,0% trong đó tụ dịch dưới gan là chủ yếu 5,7%. **Kết luận:** phẫu thuật khâu kín ống mật chủ sau khi lấy sỏi an toàn, hiệu quả. Chỉ định cho các trường hợp lấy hết sỏi ống mật chủ, không có sỏi trong gan, cơ Oddi thông tốt, dịch mật trong sạch.

Từ khóa: Sỏi ống mật chủ; khâu kín ống mật chủ

SUMMARY

PRIMARY CLOSURE COMMON BILE DUCT AFTER REMOVAL STONE AT BACH MAI HOSPITAL

Aims: Objective: The results of primary closure after removal stones for the treatment of common bile duct (CBD) stone. **Material and Methods:** A

retrospective study of 70 patients with open abdominal surgery, common bile duct exploration for removal stones and primary closure CBD at Bach Mai Hospital from 2014 to 2020. **Results:** 70 cases in the study included 42 females and 28 males, mean age 62 ± 15.2 years, 34 cases (48.5%) had CBD stones recurrent, postoperative hospital stay was 7.91 ± 2.07 days, there was no postoperative mortality, complication rate was 10.0%, in which the hepatic fluid was 5.7%. **Conclusion:** Primary closure common bile duct after removal stones is safe and effective

Key word: primary closure common bile duct; common bile duct stone

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật mở bụng, mở ống mật chủ (OMC) lấy sỏi vẫn là phương pháp chủ yếu trong điều trị sỏi đường mật chính với các trường hợp có chống chỉ định hoặc không thực hiện được bằng phẫu thuật nội soi (PTNS). Khi mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu Kehr được sử dụng. Mục đích của dẫn lưu Kehr là giảm áp đường mật, dẫn lưu dịch mật nhiễm trùng, tạo ra đường vào để lấy sỏi còn sót lại. Khi các vấn đề trên được giải quyết thì không nhất thiết phải đặt ống dẫn lưu Kehr. Tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã tiến hành khâu kín ống mật chủ sau khi lấy sỏi để điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan trong phẫu thuật mở cho nhiều trường hợp đạt kết quả tốt. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật*

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng
Email: tranmanhhungngoaimb@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.01.2021
Ngày phản biện khoa học: 25.2.2021
Ngày duyệt bài: 10.3.2021