

cộng sự mô tả lần đầu tiên cho các trường hợp nữ hóa tuyến vú vào năm 1979. và sau đó được Hage JJ áp dụng vào năm 1995 [4,5]. Ưu điểm của kỹ thuật này là lấy được da thừa. Độ đàn hồi của da cần được đánh giá cẩn thận ở những vú có da thừa vừa phải (cup C). Nếu độ đàn hồi của da không tốt, do có khả năng da co lại không đủ, nên áp dụng phương án cắt bỏ tuyến vú theo phương pháp Double incision. Trong số bệnh nhân của chúng tôi có 1 trường hợp ngực cup D nhưng dùng phương pháp Round block thay vì phương pháp Double incision như đúng chỉ định, và đây cũng là trường hợp duy nhất bị hoại tử núm vú một phần.

Đối với những bộ ngực rất lớn (cup D) với phần da thừa đáng kể và những bộ ngực có phần da thừa lớn (cup C) với độ đàn hồi kém, áp dụng kỹ thuật Double incision. Kỹ thuật bao gồm cắt bỏ vú và da cực dưới vú, phía trên quầng và ghép NAC [1,4,6,8]. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm: Cắt bỏ tuyến vú dưới da có thể thực hiện nhanh, dễ thực hiện. Phẫu trường rộng thuận lợi trong việc cầm máu và bóc tách giữa mỡ dưới da và cắt bỏ mô tuyến. NAC có thể lấy được kích thước mong muốn. Các biến chứng sau phẫu thuật có thể bao gồm tụ máu, hoại tử mảnh ghép NAC một phần hoặc toàn bộ bề mặt, seroma, sẹo giãn, sẹo phì đại hoặc sẹo lồi, và thừa da, hình thái quầng núm vú bất thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp biến chứng: sẹo lồi hoặc sẹo quá phát, sẹo giãn; các biến chứng khác chúng tôi chưa gặp.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật của chúng tôi tạo

điều kiện thuận lợi cho việc lựa chọn kỹ thuật phù hợp cho phẫu thuật nam hoá vòng một. Vì sự lựa chọn kỹ thuật phụ thuộc nhiều vào kích thước ngực, mức độ da thừa, độ đàn hồi của da, kích thước và vị trí NAC, tất cả các thông số này được đánh giá một cách chi tiết. Bằng cách này, có thể có được đường viền ngực thẩm mỹ cho nam giới với tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Sexual Orientation and Gender Expression in Social Work Practice, edited by Deana F. Morrow and Lori Messinger** (2006, ISBN 0231501862), p. 8: "Gender identity refers to an individual's personal sense of identity as masculine or feminine, or some combination thereof."
- 2. Campaign, Human Rights.** "Sexual Orientation and Gender Identity Definitions".
- 3. Summers, Randal W. (2016).** Social Psychology: How Other People Influence Our Thoughts and Actions [2 volumes]. ABC-CLIO. tr. 232. ISBN 9781610695923.
- 4. American Psychological Association (tháng 12 năm 2015).** "Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People" (PDF). American Psychologist. 70 (9): 861. doi:10.1037/a0039906. PMID 26653312.
- 5. Hage JJ, Bloem JJ.** Chest wall contouring for female-to-male transsexuals: Amsterdam experience. Ann Plast Surg 1995;34:59-66.
- 6. Takayanagi S, Nakagawa C.** Chest wall contouring for female-to-male transsexuals. Aesthetic Plast Surg 2006;30:206-12; discussion 213-4.
- 7. Monstrey S, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Bowman C, Blondeel P, et al.** Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: a new algorithm. Plast Reconstr Surg 2008;121:849-59.
- 8. Namba Y, Watanabe T, Kimata Y.** Mastectomy in female-to-male transsexuals. Acta Med Okayama 2009;63:243-7.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA KỸ THUẬT "FALCIFORM TECHNIQUE" QUA NỘI SOI Ổ BỤNG SỬA CHỮA TẮC ĐẦU XA DẪN LƯU SAU PHẪU THUẬT DẪN LƯU NÃO THẤT - Ổ BỤNG

Nguyễn Trọng Yên*, Đặng Hoài Lâm*, Trần Quang Dũng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của "kỹ thuật falciform" qua nội soi ổ bụng để sửa chữa biến chứng tắc đầu xa của dẫn lưu sau phẫu thuật dẫn lưu não

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Yên

Email: chuphuongnam1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/2/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/3/2022

Ngày duyệt bài: 5/4/2022

thất - ổ bụng. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu 19 bệnh nhân tắc đầu xa dẫn lưu sau phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng, được phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa chữa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ 12/2015 đến 1/2021. Tất cả bệnh nhân được thực hiện "kỹ thuật falciform", cố định đầu xa dẫn lưu vào dây chằng liềm trên gan qua nội soi. **Kết quả:** Trong số 19 BN dẫn lưu não thất - ổ bụng có tắc đầu xa, nguyên nhân gây não úng thủy thường gặp nhất là viêm não, màng não (36,8%); tiếp đến là xuất huyết dưới nhện/não thất (31,6%). Thời gian từ khi đặt dẫn lưu đến khi tắc trung bình là

9,5±4,9 tháng. Nguyên nhân gây tắc dẫn lưu thường gặp nhất là do mạc nối lớn quấn (47,4%), do cục tắc (31,6%). Thời gian phẫu thuật trung bình 32,1±14,7 phút. Thời gian theo dõi trung bình là 14,3 ± 8,7 tháng. Ngoài trừ 2 trường hợp tử vong (1 do viêm phổi, 1 do suy kiệt), không có bệnh nhân nào (0%) được phát hiện có tắc đầu xa dẫn lưu vào cuối giai đoạn nghiên cứu ở lần theo dõi gần đây nhất. **Kết luận:** Nội soi ổ bụng với việc ứng dụng kỹ thuật cố định dẫn lưu vào dây chằng liềm trên gan (falciform technique) là phương pháp an toàn, mang lại hiệu quả cao trong việc sửa chữa các biến chứng đầu xa của dẫn lưu não thất - ổ bụng.

Từ khóa: Nội soi ổ bụng, não úng thủy, dây chằng liềm, dẫn lưu não thất - ổ bụng (VPS).

SUMMARY

TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF "FALCIFORM TECHNIQUE" VIA LAPAROSCOPY IN REPAIRING OF DISTAL CATHETER OBSTRUCTION FOLLOWING VENTRICULOPERITONEAL SHUNT

Purpose: To evaluate the effectiveness of "falciform technique" via laparoscopy in repairing of distal catheter obstruction following ventriculoperitoneal shunt. **Materials and methods:** A retrospective study of 19 distal obstruction patients following ventriculoperitoneal shunt, underwent laparoscopic repair at 108 Military Central Hospital from December 2015 to January 2021. All of these were done using the "falciform technique," with the fixation of the distal catheter to the falciform ligament in supra-hepatic space performed laparoscopically. **Results:** In total, 19 distal obstruction patients following ventriculoperitoneal shunt patients, the most common cause of hydrocephalus was meningoencephalitis (36.8%); followed by subarachnoid/ventricular hemorrhage (31.6%). The mean time from previous ventriculoperitoneal shunt placement to obstruction was 9.5 ± 4.9 months. The most common cause of distal catheter obstruction is due to the adhesiolysis of greater omentum (47.4%), foreign bodies (31.6%). The average surgical time was 32.1±14.7 minutes. Median follow-up was 14.3 ± 8.7 months. Except for 2 patients died during the follow-up period (1 due to pneumonia, 1 due to exhaustion), none of the patients (0%) was found to have distal obstruction at the end of the study period at the most recent follow-up. **Conclusion:** Laparoscopy with the application of falciform technique is a safe and highly effective method in repairing distal catheter obstruction following ventriculoperitoneal shunt.

Key word: Laparoscopic, hydrocephalus, falciform ligament, ventriculoperitoneal shunt (VPS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng (VP Shunt) là phương pháp phẫu thuật được áp dụng phổ biến điều trị não úng thủy (hydrocephalus) do các nguyên nhân khác nhau. Tuy nhiên, theo thống kê, có tới 15% - 23% các trường hợp dẫn lưu não thất - ổ bụng ở người lớn thất bại trong

vòng 6 tháng đầu tiên, và hơn 50% thất bại ở những người có nguy cơ cao [1],[6]. Dẫn lưu não thất - ổ bụng không hoạt động sẽ gây ra tình trạng tăng áp lực nội sọ, thường cần phải can thiệp sửa chữa hoặc thay dẫn lưu mới [3].

Dẫn lưu não thất - ổ bụng không hoạt động có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, từ đầu gần của dẫn lưu (đầu trong não thất); đầu xa (đầu trong ổ bụng); do dẫn lưu bị gãy, tuột hoặc do hỏng bóng dẫn lưu (reservoir)... Theo nhiều nghiên cứu, các nguyên nhân gây tắc dẫn lưu từ đầu xa chiếm khoảng 25% đến 30% các trường hợp. Khi nghi ngờ đầu xa của dẫn lưu bị tắc, nội soi ổ bụng (laparoscopy) có thể được coi là phương pháp hữu ích trong chẩn đoán và điều trị, khắc phục được các hạn chế của phẫu thuật mở ổ bụng thông thường. Nội soi ổ bụng cho phép đánh giá chi tiết tình trạng ổ bụng, nguyên nhân gây tắc dẫn lưu và sửa chữa, phục hồi lại hoạt động của dẫn lưu [2],[4],[5]. Năm 2015, Svoboda và cộng sự đã đề xuất một kỹ thuật mới cố định đầu xa của dẫn lưu trong ổ bụng vào dây chằng liềm trên gan thông qua nội soi ổ bụng nhằm hạn chế các biến chứng liên quan đến đầu xa của dẫn lưu với tên gọi là falciform technique. Kỹ thuật này đã được một số tác giả áp dụng cho kết quả khả quan [3].

Trên cơ sở theo dõi các trường hợp được PT nội soi ổ bụng sửa chữa dẫn lưu, sử dụng kỹ thuật cố định dẫn lưu vào dây chằng liềm trên gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của phương pháp này trong điều trị biến chứng tắc đầu xa dẫn lưu não thất - ổ bụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 19 bệnh nhân (BN) có biến chứng ở đầu xa (đầu trong ổ bụng) dẫn lưu não thất - ổ bụng, được phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa chữa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ 12/2015 đến 1/2021. Tất cả các BN trước đó đều được đặt dẫn lưu theo một quy trình thống nhất: dùng dẫn lưu áp lực trung bình, ổ bụng được mở qua đường mổ mở nhỏ (mini laparotomy) đặt ở vùng mạn sườn trái. Sau khi mổ ổ bụng, dẫn lưu được đưa thả tự do trong ổ bụng.

Các chỉ tiêu đánh giá gồm:

- Một số đặc điểm chung của BN: tuổi, giới, nguyên nhân gây não úng thủy, chỉ số BMI trung bình.
- Thời gian trung bình từ khi đặt dẫn lưu đến khi tắc.
- Nguyên nhân gây tắc đầu xa dẫn lưu.

- Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình.

- Kết quả xa sau phẫu thuật (kiểm tra lại ít nhất 12 tháng sau phẫu thuật).

Lựa chọn, chuẩn bị bệnh nhân

Lựa chọn các BN đã được dẫn lưu não thất ổ bụng, có các tiêu chuẩn sau gợi ý tắc đầu xa dẫn lưu:

- Lâm sàng có biểu hiện của hội chứng tăng áp lực nội sọ hoặc suy giảm tri giác, nhận thức.

- Kiểm tra bóng van, không hoặc kém đàn hồi. Chọc bóng van lấy dịch não tủy (thông thường vẫn lấy được dịch não tủy). Xét nghiệm dịch não tủy không có hiện tượng viêm não, màng não...

- Chụp cắt lớp vi tính sọ não. Trên cắt lớp vi tính, có hình ảnh giãn não thất (chỉ số Evans \geq 0.3). Đầu dẫn lưu vẫn nằm trong não thất, không có biểu hiện tắc (do đám rối mạch mạc kấn, do các tổ chức viêm...).

- Chụp X quang thường quy bụng, ngực. Xác định không có hiện tượng tuột, đứt dẫn lưu trên đường đi của dẫn lưu.

Kỹ thuật sửa chữa, cố định dẫn lưu

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản.

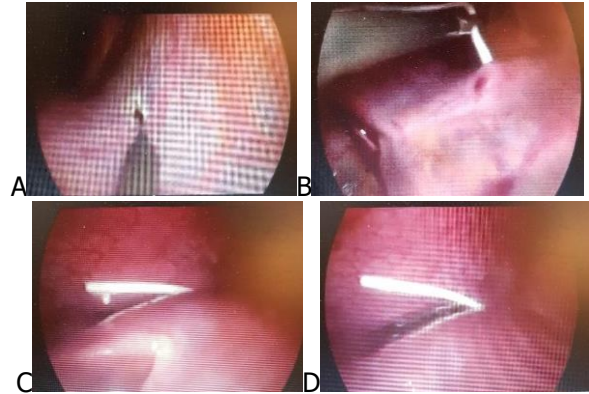
Kíp phẫu thuật gồm 1 phẫu thuật viên thân kinh và 1 phẫu thuật viên Ngoại bụng. Các bước tiến hành được thực hiện theo quy trình của Svoboda và cộng sự (2015) [3], gồm:

- Tạo các kênh thao tác cho quá trình nội soi ổ bụng theo kỹ thuật của Hasson. Thông thường có 2 kênh. Kênh làm việc thứ nhất được đặt dưới (hoặc trên) rốn với đường rạch 5mm dùng để đưa ống nội soi (thường sử dụng ống nội soi kích thước 5 mm, góc quan sát 30 độ). Kênh làm việc thứ hai được ở thành bụng giữa bên phải hoặc bên trái, được sử dụng đưa các dụng cụ làm việc: kim, kéo... Chất bơm vào trong ổ phúc mạc trước khi đưa ống nội soi và các dụng cụ là carbon dioxide (CO₂), với áp lực 10 mmHg.

- Bộc lộ đầu xa của dẫn lưu. Đánh giá và giải quyết nguyên nhân gây tắc đầu xa: ly giải chất kết dính (cục tắc) gây tắc dẫn lưu, phá các nang giả dịch não tủy (CSF pseudocysts) bao bọc quanh đầu dẫn lưu...

- Bộc lộ dây chằng liềm trên gan. Dùng đốt điện tạo một lỗ thủng (khoảng 5mm). Luồn dẫn lưu qua lỗ thủng vừa được tạo, từ trái qua phải sao cho dẫn lưu phủ lên vòm gan trong không gian dưới hoành và hướng đầu xa của dẫn lưu nằm trong rãnh đại tràng lên (hình 1).

- Sau khi kiểm tra thấy dịch não tủy lưu thông xuống ổ bụng tốt, rút các dụng cụ nội soi. Đóng các vết mổ.



Hình 1. Kỹ thuật cố định dẫn lưu qua dây chằng liềm (falciform technique)

(A) Tạo lỗ thủng qua dây chằng liềm (B) Luồn dẫn lưu qua dây chằng liềm (C) Kiểm tra lưu thông của dịch não tủy xuống đầu xa (D) Đưa đầu xa của dẫn lưu xuống rãnh đại tràng phải

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả loạt ca, không đối chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm		Gía trị
Số lượng bệnh nhân		19
Tuổi: trung bình, khoảng dao động (năm)		54,5±14,2
Giới: nam/nữ		8/11 (1/1,38)
BMI trung bình (kg/m ²)		19,5±4,9
Nguyên nhân gây não úng thủy	Chấn thương	4/19 (21,1%)
	Xuất huyết dưới nhện/ não thất	6/19 (31,6%)
	U não	1/19 (5,3%)
	Viêm, lao não - màng não	7/19 (36,8%)
Không xác định		1/19 (5,3%)
Thời gian từ khi đặt dẫn lưu đến khi tắc: trung bình, khoảng dao động (tháng)		9,5±4,9 (3 - 25)

Nhận xét: - Trong số 19 BN dẫn lưu não thất ổ bụng có tắc đầu xa, nguyên nhân gây não úng thủy thường gặp nhất là viêm, lao não - màng não (36,8%); tiếp đến là xuất huyết dưới nhện/ não thất (31,6%).

- Thời gian từ khi đặt dẫn lưu đến khi tắc trung bình là 9,5±4,9 tháng.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Gía trị
Nguyên nhân gây tắc dẫn lưu	Do cục tắc	6/19(31,6%)
	Mạc nối quẩn	9/19(47,4%)
	Nang giả dịch	4/19(21,1%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		32,1±14,7

Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	4,2±1,8	
Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	14,3±8,7	
Kết quả	Tử vong	2/19 (10,5%)
	Dẫn lưu hoạt động tốt	17/19 (89,5%)
	Dẫn lưu hoạt động không tốt	0

Nhận xét: - Nguyên nhân gây tắc dẫn lưu thường gặp nhất là do mạc nối lớn quấn (47,4%), do cục tắc (31,6%). Nang giả dịch gặp trong 21,1% các trường hợp.

- Thời gian phẫu thuật trung bình 32,1±14,7 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 4,2±1,8 ngày.

- Sau khoảng thời gian theo dõi trung bình là 14,3±8,7 tháng có 2 trường hợp tử vong: 1 do viêm phổi, 1 do suy kiệt. Các BN còn lại (17 BN) kiểm tra dẫn lưu hoạt động tốt, chưa xuất hiện các biến chứng nào.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thất bại sau phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng thay đổi theo nhiều nghiên cứu. Theo một nghiên cứu đa trung tâm về não úng thủy ở Châu Âu (European iNPH Multicentre Study Group) được kết thúc vào năm 2012 cho thấy: với thời gian theo dõi 1 năm, tỷ lệ biến chứng đầu xa dẫn lưu là 4%, đầu gần là 4% và số lượng các ca cần phải phẫu thuật thay mới dẫn lưu hoặc sửa chữa lại khoảng 15%. Một nghiên cứu khác về não úng thủy ở người lớn được McGirt và cộng sự thực hiện tại Đại học Johns Hopkins, năm 2008 cho kết quả: với thời gian theo dõi trung bình 24 tháng, có tới 33% các trường hợp dẫn lưu não thất - ổ bụng cần phải phẫu thuật lại. Nghiên cứu của Khan và cộng sự (2015) trong 10 năm (từ 2001 đến 2011) với số lượng lớn (319 BN) đã cho một số kết luận đáng quan tâm: tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng khác nhau ở từng thời điểm theo dõi: 6 tháng (8,4%), 1 năm (11,0%) và 6 năm (15,4%). Các nguyên nhân phổ biến nhất của sự cố dẫn lưu là tắc dẫn lưu, nhiễm trùng dẫn lưu... Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các trường hợp não úng thủy do viêm hoặc lao não - màng não có tỷ lệ tắc dẫn lưu cao nhất (> 40%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự: trong số 19 BN dẫn lưu não thất - ổ bụng có tắc đầu xa, nguyên nhân gây não úng thủy thường gặp nhất là viêm, lao não - màng não (36,8%); tiếp đến là xuất huyết dưới nhện/ não thất (31,6%). Thời gian từ khi đặt dẫn lưu đến khi tắc trung bình là 9,5±4,9 tháng.

Theo nhiều nghiên cứu, có khoảng 10% - 30% các trường hợp thất bại của đầu xa dẫn lưu não thất - ổ bụng do kỹ thuật đặt không đúng cách hoặc do sự dịch chuyển thứ phát của đầu xa dẫn lưu ra khỏi khoang phúc mạc. Kỹ thuật đặt dẫn lưu đường như đóng một vai trò quan trọng [1],[3], Isaacs và cộng sự (2022) đã tiến hành một nghiên cứu gồm nhiều giai đoạn từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 12 năm 2019 nhằm xác định các biện pháp làm giảm nguy cơ thất bại của phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng: vị trí đầu xa là vị trí thất bại phổ biến nhất của dẫn lưu, chiếm hơn 90% các trường hợp. Nghiên cứu đã nhấn mạnh: việc kết hợp định vị thần kinh (navigation) ứng dụng khi đặt đầu trên dẫn lưu vào não thất, ứng dụng nội soi ổ bụng hỗ trợ khi đặt đầu dưới dẫn lưu vào trong ổ bụng với chiến lược ngăn ngừa nhiễm trùng dẫn lưu hợp lý là những yếu tố có giá trị làm giảm tỷ lệ thất bại, cải thiện chất lượng kết quả của dẫn lưu (ShOut-QI) ở BN não úng thủy người lớn [1].

Phẫu thuật mở bụng nhỏ kinh điển đòi hỏi phải đóng đường vào phúc mạc xung quanh ống dẫn lưu, có thể gây thắt dẫn lưu (nếu buộc quá chặt) hoặc dịch chuyển ống dẫn lưu thứ phát vào mô dưới da (nếu cố định không tốt). Trong phẫu thuật mở ổ bụng nhỏ kinh điển, việc quan sát ổ bụng nói chung không được tốt. Bên cạnh đó, đối với các BN béo phì và các BN bị dính do phẫu thuật bụng trước đó, việc đặt đầu xa vào ổ phúc mạc gặp thêm nhiều khó khăn. Năm 1993, Basauri và cộng sự lần đầu tiên đã đề xuất kỹ thuật nội soi ổ bụng thay cho kỹ thuật mở ổ bụng nhỏ kinh điển hỗ trợ cho phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng [5]. Nhiều nghiên cứu hồi cứu sau này đã cho thấy những ưu việt của kỹ thuật nội soi ổ bụng so với kỹ thuật mở ổ bụng nhỏ như: rút ngắn thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện... và đặc biệt là giảm đáng kể tỷ lệ các biến chứng liên quan đến đầu xa của dẫn lưu [3],[6]. Schucht và cộng sự (2015) thực hiện một nghiên cứu ngẫu nhiên trên 120 BN, chia làm 2 nhóm: nhóm đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng có dùng nội soi ổ bụng hỗ trợ và nhóm mở ổ bụng nhỏ thông thường, mỗi nhóm gồm 60 BN. Kết quả cho thấy, thời gian phẫu thuật và nằm viện của hai nhóm là tương đương nhau. Tỷ lệ biến chứng chung của cả 2 nhóm không có sự khác biệt (15% ở nhóm dùng nội soi ổ bụng hỗ trợ so với 18,3% ở nhóm mở bụng nhỏ, $p = 0.404$). Tuy nhiên, nhóm dùng nội soi hỗ trợ sau thời gian theo dõi 12 tháng không gặp biến chứng của đầu xa dẫn lưu, trong khi nhóm mở ổ

bụng tỷ lệ biến chứng đầu xa gặp 8% ($p = 0,029$) [2]. Các nghiên cứu cho thấy những ưu điểm của nội soi hỗ trợ phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng, bao gồm: 1) Thành ổ bụng chỉ bị chọc thủng chứ không phải rạch nên hạn chế các nguy cơ thất dẫn lưu khi cố định vào các lớp của thành bụng; 2) Hạn chế sự hình thành túi dưới da mà dẫn lưu có thể trượt, di chuyển vào; 3) Chủ động đưa đầu ống dẫn lưu vào vị trí mong muốn trong khoang phúc mạc thông qua sự quan sát trực tiếp qua camera, khiến cho việc đặt nhằm vị trí hầu như không thể xảy ra; 4) Kiểm soát trực tiếp sự hiện diện của dòng chảy dịch não tủy qua ống dẫn lưu trong ổ bụng [2],[6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: thông qua nội soi ổ bụng không những xác định chính xác có hay không tắc đầu xa của dẫn lưu, mà còn xác định được nguyên nhân gây tắc. Trong nghiên cứu, nguyên nhân gây tắc dẫn lưu thường gặp nhất là do mạc nối lớn quấn (47,4%), tiếp đến là do các cục tổ chức (viêm, lắng đọng fibrin...) gây tắc (31,6%). Nang giả dịch gặp trong 21,1% các trường hợp.

Năm 2015, Svoboda và cộng sự đã đề xuất một kỹ thuật mới cố định đầu xa của dẫn lưu trong ổ bụng trong phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng có nội soi hỗ trợ. Dẫn lưu được neo ở phía sau thùy phải của gan qua một lỗ nhỏ được tạo ra ở vị trí phía sau của dây chằng liềm với đầu dẫn lưu nằm ở vị trí cao hơn trong rãnh đại tràng bên phải. Kỹ thuật này được phổ biến với tên gọi falciform technique [3]. Theo các tác giả, kỹ thuật này ngăn không cho đầu ống dẫn lưu không bị dính vào mạc nối hoặc ruột và cho phép dẫn lưu dịch não tủy vào khoang dưới gan. Bên cạnh đó, việc luồn dẫn lưu qua dây chằng liềm tạo ra một sự cố định tự nhiên tránh được việc gặp hoặc thất dẫn lưu tại chỗ. Tuy nhiên, các nghiên cứu này cũng đề nghị nên đưa các chẩn đoán hình ảnh tiếp theo vào nghiên cứu để xác nhận sự ổn định lâu dài của vị trí dẫn lưu được tiến hành kỹ thuật này. Một số tác giả sau này như Hijrat và cộng sự (2017), Mullens (2021)... khi phát triển kỹ thuật đã khuyến cáo phần dẫn lưu trong ổ bụng không nên để quá dài, thường khoảng 25 - 30 cm, làm sao để đầu dẫn lưu ở mép thấp nhất bên phải của gan. Việc rút ngắn phần dẫn lưu trong ổ bụng một phần có tác dụng làm giảm sức cản dòng chảy qua hệ thống dẫn lưu có thể là một yếu tố quan trọng trong kỹ thuật này [4]. Kết quả cho thấy: với thời gian theo dõi trung bình là 329 ngày, không có trường hợp nào tắc đầu xa dẫn lưu [3]. Nghiên cứu của Isaacs và cộng sự (2022) đã xác định:

việc sử dụng nội soi ổ bụng hỗ trợ kết hợp với kỹ thuật cố định dẫn lưu vào dây chằng liềm trên gan làm giảm đáng kể tỷ lệ thất bại của đầu xa ($p < 0,001$). Ngoài ra, các trường hợp dẫn lưu được đặt trên gan có tỷ lệ thất bại chung thấp hơn (tỷ lệ thất bại trong 2 năm là 16%, so với các trường hợp dẫn lưu để tự do trong khoang phúc mạc là 42%; $p < 0,001$) [1]. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả khả quan tương tự. Trong khoảng thời gian theo dõi trung bình là $14,3 \pm 8,7$ tháng, ngoại trừ 2 trường hợp tử vong (1 do viêm phổi, 1 do suy kiệt), không có bệnh nhân nào được phát hiện có tắc đầu xa dẫn lưu vào cuối giai đoạn nghiên cứu ở lần theo dõi gần nhất.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu thu được từ 19 bệnh nhân dẫn lưu não thất - ổ bụng có biến chứng ở đầu xa (đầu trong ổ bụng), được phẫu thuật sửa chữa cho thấy: Nội soi ổ bụng với việc ứng dụng kỹ thuật cố định dẫn lưu vào dây chằng liềm trên gan (falciform technique) là phương pháp an toàn, mang lại hiệu quả cao trong việc sửa chữa các biến chứng đầu xa.

Hạn chế của nghiên cứu: nghiên cứu mới tập trung vào việc ứng dụng kỹ thuật này trong sửa chữa đầu xa dẫn lưu, số lượng bệnh nhân còn chưa được nhiều. Hướng nghiên cứu trong thời gian tới sẽ áp dụng phương pháp này trong phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng một cách thường quy để đánh giá hiệu quả một cách đầy đủ hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Isaacs AM, Ball CG, Sader N, Muram S, Israel DB, Urbaneja G, Dronyk J, Holubkov J**, and Hamilton MG (2022). Reducing the risks of proximal and distal shunt failure in adult hydrocephalus: a shunt outcomes quality improvement study. *J Neurosurg* 136:877-886.
2. **Schucht P, Banz V, Trochsler M, Samuel I, Krähenbühl AK, Reinert M, Jürgen Beck et al (2015)**. Laparoscopically assisted ventriculoperitoneal shunt placement: a prospective randomized controlled trial. *J Neurosurg* 122:1058-1067.
3. **Svoboda SM, Park H, Naff N, Dorai Z, Williams MA and Youssef Y (2015)**. Preventing Distal Catheter Obstruction in Laparoscopic Ventriculoperitoneal Shunt Placement in Adults: The "Falciform Technique". *Journal of laparoendoscopic and advanced surgical technique*. Volume 25, Number 8.
4. **Hijrat KA, Shi X, Soufiany I et al. (2017)**. Laparoscopic Fixation of Distal Catheter of the Ventriculoperitoneal shunt with Falciform Ligament in Supra-Hepatic Space by Modified Falciform Technique. *Biomedical Letters* Volume 3 | Issue

- 1|Pages 40-44.
5. **Basauri L, Selman JM, Lizana C (1993).** Peritoneal catheter insertion using laparoscopic guidance. *Pediatr Neurosurg.* 19:109-110.
6. **Naftel RP, Argo JL, Shannon CN, et al. (2011).** Laparoscopic versus open insertion of the peritoneal catheter in ventriculoperitoneal shunt placement: review of 810 consecutive cases. *J Neurosurg.* 115(1):151-158.
7. **Ferreira FL, Costa VFJ, Moreira FR, et al. (2021).** Abdominal Complications Related to Ventriculoperitoneal Shunt Placement: A Comprehensive Review of Literature. *Cureus* 13(2): e13230. DOI 10.7759/cureus.13230.
8. **Fernanda OC, Antonio RB, Luciano G, José FS (2014).** Laparoscopic assisted ventriculoperitoneal shunt revisions as an option for pediatric patients with previous intraabdominal complications. *Arq Neuropsiquiatr* 72(4):307-311.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG NHIỄM FLUOR RĂNG Ở TRẺ EM VIỆT NAM NĂM 2019

Nguyễn Thị Hồng Minh*, Trần Cao Bính*, Nguyễn Thị Phương Trà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tình trạng nhiễm Fluor răng ở trẻ em Việt Nam, từ đó làm cơ sở hoạch định chiến lược dự phòng sâu răng cho cộng đồng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu được thực hiện trên 8053 trẻ em từ 6 – 17 tuổi trong cả nước. Tình trạng nhiễm Fluor ở trẻ em được xác định theo tiêu chuẩn Dean. Mức độ nhiễm Fluor được đánh giá theo ba phương pháp: đánh giá theo tiêu chuẩn Dean ở răng cửa giữa bên phải hàm trên (răng 11), đánh giá chỉ số nhiễm Fluor cộng đồng (chỉ số CFI) và chỉ số Dean ở răng có chỉ số nặng nhất. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ trẻ em không bị nhiễm Fluor trên 90% ở các nhóm tuổi và ở gần hết các vùng trên toàn quốc.

Từ khóa: Tiêu chuẩn Dean, nhiễm Fluor răng

SUMMARY

RESEARCH ON FLUOROSIS CONCENTRATION IN DRINKING WATER RESOURCES IN VIETNAM 2019

Objective: To investigate the Fluoride concentration in drinking water resources in Vietnam 2019, to make strategy of caries prevention for community. **Subjects and methods:** Research and analysis on 731 samples of drinking water taken from localities representing 7 geographical regions in the country. Edible water samples analyzed for Fluor concentration by selective electrode method with Fluor. **Result and conclusion:** The Fluoride concentration of all drinking water samples were low (below 0.30 ppm).

Key words: Dean's criteria, Fluorosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giá trị dự phòng sâu răng của Fluor đã được đề cập đến từ rất lâu trong y văn và được chứng

minh dựa trên kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới. Các tác dụng chính của Fluor trong dự phòng sâu răng chủ yếu là khả năng tái khoáng hóa men răng, cản trở hình thành mảng bám răng cũng như ức chế vi khuẩn gây sâu răng... Chính nhờ có tác dụng này mà Fluor đang được sử dụng ngày càng phổ biến hơn để dự phòng sâu răng [1].

Fluor là một thành phần tự nhiên trong các loại thức ăn của con người và có mặt trong nước uống ở các mức độ khác nhau. Vì thực phẩm ăn vào rất đa dạng nên người ta chủ yếu đánh giá mức độ Fluor theo độ tập trung của ion này trong các mẫu nước ăn. Việc sử dụng Fluor để phòng ngừa sâu răng đã được áp dụng ở một số nước trên thế giới từ hơn 6 thập kỷ qua và đã mang lại hiệu quả to lớn trong việc hạ thấp tỷ lệ sâu răng và giảm chỉ số DMFT[2]. Tác dụng phụ duy nhất của Fluor trên cơ thể là tình trạng nhiễm Fluor răng nếu cá thể bị phơi nhiễm với Fluor với nồng độ quá cao trong thời gian dài. Biểu hiện của tình trạng này là tổn thương trên men răng ở trẻ em. Đây cũng là tiêu chí cần khảo sát khi áp dụng Fluor để dự phòng sâu răng cho cộng đồng.

Để có cơ sở cho việc hoạch định các chính sách dự phòng sâu răng cho cộng đồng Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát tình trạng nhiễm Fluor răng ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: 14 tỉnh thành đại diện cho 7 vùng địa lý của Việt Nam, bao gồm: vùng núi phía bắc, vùng đồng bằng sông Hồng, vùng duyên hải bắc trung bộ, vùng duyên hải nam trung bộ, vùng cao nguyên trung bộ, vùng đông nam bộ và

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Minh

Email: minhnguyenrhm1812@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/3/2022

Ngày phản biện: 20/3/2022

Ngày duyệt bài: 11/4/2022