

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHE HỖ THÀNH BỤNG BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Sỹ Giảng¹, Phạm Duy Hiền², Nguyễn Hoàng Thanh¹, Nguyễn Văn Linh², Đinh Anh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhi khe hở thành bụng tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2018–2023, phân tích đặc điểm lâm sàng, phương pháp can thiệp và các yếu tố liên quan đến tiên lượng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 62 trẻ sơ sinh (0–28 ngày tuổi) được chẩn đoán và phẫu thuật khe hở thành bụng tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2018 đến 12/2023. Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 với các phép thống kê mô tả và so sánh, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình $36,18 \pm 2,53$ tuần, cân nặng trung bình $2.305 \pm 588,3$ g, 69,4% được chẩn đoán trước sinh. Phương pháp điều trị chủ yếu là đóng bụng hai thì có hỗ trợ túi silo (87,1%), thời gian từ sinh đến đặt túi trung bình $7,05 \pm 5,45$ giờ, treo túi trung bình $8,85 \pm 4,94$ ngày. Tỷ lệ sống đạt 71%, tử vong 29% chủ yếu do sốc nhiễm khuẩn (38,9%) và suy hô hấp (33,3%). Biến chứng thường gặp gồm nhiễm khuẩn huyết (21%), tụt túi silo (4,8%), tràn khí màng phổi (6,5%). **Kết luận:** Kết quả điều trị khe hở thành bụng đã được cải thiện nhờ can thiệp sớm, áp dụng kỹ thuật đóng bụng hai thì và tối ưu hóa hồi sức sơ sinh. Chẩn đoán trước sinh, vận chuyển kịp thời, kiểm soát biến chứng và cho ăn sớm sau mổ đóng vai trò quan trọng trong nâng cao tỷ lệ sống. **Từ khóa:** khe hở thành bụng, túi silo, trẻ sơ sinh, phẫu thuật, hồi sức sơ sinh.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF CONGENITAL GASTROSCHISIS AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment outcomes of neonates with gastroschisis at the Vietnam National Children's Hospital during 2018–2023, and to analyze clinical characteristics, surgical interventions, and prognostic factors. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 62 neonates (0–28 days old) diagnosed with and surgically treated for gastroschisis at the Vietnam National Children's Hospital between January 2018 and December 2023. Data were collected from medical records and analyzed using SPSS 20.0, employing descriptive and comparative statistics, with $p < 0.05$ considered statistically significant. **Results:** The mean gestational age was 36.18 ± 2.53 weeks, and the mean birth

weight was $2,305 \pm 588.3$ g; 69.4% were diagnosed prenatally. The main treatment method was staged closure with silo placement (87.1%). The mean time from birth to silo placement was 7.05 ± 5.45 hours, and the mean silo duration was 8.85 ± 4.94 days. The survival rate was 71%, while mortality was 29%, primarily due to septic shock (38.9%) and respiratory failure (33.3%). Common complications included sepsis (21%), silo dislodgement (4.8%), and pneumothorax (6.5%). **Conclusion:** Treatment outcomes for gastroschisis have improved with early intervention, adoption of staged abdominal closure, and optimized neonatal resuscitation. Prenatal diagnosis, timely transport, effective complication management, and early postoperative enteral feeding play key roles in improving survival rates.

Keywords: gastroschisis, silo, neonate, surgery, neonatal resuscitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở thành bụng (KHTB, Gastroschisis) là dị tật bẩm sinh do sự phát triển không hoàn thiện của thành bụng trong thời kỳ bào thai, dẫn đến khuyết hổng thành bụng ngoài cuống rốn, khiến các tạng thoát vị ra ngoài mà không có màng bao bọc, và có thể kèm theo các dị tật phổi hợp khác.¹ Bệnh có thể được phát hiện bằng siêu âm trước sinh từ tuần thứ 14 với tỷ lệ phát hiện trên 90%, giúp định hướng tiên lượng và lập kế hoạch chăm sóc sau sinh tốt hơn. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy các yếu tố như vật liệu che phủ tạng, biện pháp hỗ trợ trước phẫu thuật, địa điểm sinh và thời gian chuyển viện có liên quan đến tỷ lệ tử vong của bệnh nhân.^{2,3} Trong những năm gần đây, sự tiến bộ trong chẩn đoán trước sinh, phương pháp điều trị và hồi sức sơ sinh đã góp phần cải thiện đáng kể kết quả điều trị và tiên lượng bệnh. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị bệnh nhi khe hở thành bụng tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2018–2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng của nghiên cứu bao gồm tất cả trẻ sơ sinh (0–28 ngày tuổi) được chẩn đoán KHTB bẩm sinh và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trong khoảng thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023 tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Sỹ Giảng

Email: giangno4go@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 14.10.2025

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Trong thời gian nghiên cứu có 62 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và đưa vào nghiên cứu. Có 54 trường hợp phẫu thuật 2 thì và 8 trường hợp phẫu thuật 1 thì.

2.4. Biến số. Các bệnh nhân được thu thập các thông tin liên quan đến đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của bệnh nhân (giới tính, con thứ, tuổi thai, chẩn đoán trước sinh, hình thức và nơi sinh, tuổi mẹ, cân nặng, tình trạng hô hấp, kích thước lỗ thoát vị, tình trạng ruột và dị tật kèm theo), đặc điểm điều trị (vật liệu che phủ tạng, phương pháp điều trị, kỹ thuật đặt túi silo, phương pháp đóng bụng, áp lực ổ bụng, biến chứng, thời gian thở máy, nuôi dưỡng, nằm viện) và kết quả điều trị (tỷ lệ sống, nguyên nhân tử vong).

2.5. Quy trình nghiên cứu. Quy trình nghiên cứu gồm các bước: (1) Lập danh sách bệnh nhân KHTB từ Phòng Kế hoạch Tổng hợp; (2) Loại trừ các trường hợp không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn; (3) Lấy hồ sơ bệnh án tại Tổ lưu trữ hồ sơ, trích xuất dữ liệu và điền vào bộ câu hỏi nghiên cứu; (4) Mã hóa thông tin, nhập số liệu vào cơ sở dữ liệu và chuẩn bị cho quá trình phân tích. Việc thực hiện quy trình một cách tuần tự giúp đảm bảo tính chính xác, đầy đủ và thống nhất của dữ liệu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu sau khi thu thập được mã hóa và nhập vào phần mềm SPSS 20.0 để phân tích. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân bố chuẩn, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân bố không chuẩn. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Khoảng tin cậy 95%, mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và nhằm rút ra các kinh nghiệm lâm sàng, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị bệnh nhân khe hở thành bụng trong tương lai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu, tuổi thai trung bình của trẻ bị KHTB là $36,18 \pm 2,53$ tuần (27–40 tuần), trong đó tỷ lệ trẻ đủ tháng và thiếu tháng gần tương đương nhau (48,4% và 51,6%). Cân nặng trung bình lúc sinh là $2.305 \pm 588,3$ gram (1.000–3.600 gram), trong đó phần lớn trẻ nhẹ cân (58,1%) so với đủ cân (41,9%). Về giới tính, trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ với tỷ số nam:nữ là 1,48:1. Số trẻ là con so nhiều hơn con ọ, lần lượt 62,9% và 37,1%. Tuổi mẹ trung bình khi

sinh là $21,5 \pm 3,8$ tuổi (từ 16 đến 34 tuổi). Về hình thức sinh, 51,6% trẻ được sinh bằng mổ lấy thai và 48,4% sinh thường. Tỷ lệ trẻ sinh tại các bệnh viện khu vực Hà Nội cao hơn so với sinh tại các bệnh viện ngoài Hà Nội. Có 69,4% (43/62) trường hợp được chẩn đoán KHTB trước sinh, trong đó 23 trường hợp ghi nhận rõ thời điểm chẩn đoán với tuổi thai trung bình phát hiện là $19,52 \pm 6,83$ tuần; thời điểm phát hiện sớm nhất là 12 tuần, muộn nhất là 36 tuần, thường gặp nhất ở giai đoạn 14–16 tuần.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh lý

Nhóm	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vật liệu che phủ tạng	Gạc ẩm	34	54,8
	Bát úp	4	6,5
	Túi Nylon	4	6,5
	Túi Silo	5	8,1
	Không che phủ	15	24,2
Phương pháp hỗ trợ trước nhập viện	U ấm	59	95,2
	Đặt sonde dạ dày	29	46,8
	Kháng sinh dự phòng	30	48,4
	Dịch truyền nuôi dưỡng	45	72,6
Tình trạng hô hấp khi nhập viện	Tự thở	37	59,7
	Thở oxy qua gọng mũi	7	11,3
	Đặt nội khí quản	18	29,0
Kích thước lỗ thoát vị (cm)	2 cm	4	6,5
	3 cm	14	22,6
	4 cm	30	48,4
	5 cm	11	17,7
	6 cm	2	3,2
	8 cm	1	1,6
Tạng thoát vị	Ruột non	62	100
	Dạ dày	15	24,2
	Đại tràng	21	33,9
	Gan	1	1,6
	Bàng quang	2	3,2
	Tử cung	2	3,2
Dị tật phối hợp	Tim mạch	9	14,5
	Tiêu hóa	4	6,5
	Tiết niệu	1	1,6
	Cơ xương khớp	4	6,5
Mức độ tổn thương ruột	Đơn giản	58	93,5
	Phức tạp	4	6,5

Bảng 1 trình bày đặc điểm bệnh lý của 62 bệnh nhân khe hở thành bụng. Về vật liệu che phủ tạng, gạc ẩm được sử dụng nhiều nhất (34; 54,8%), tiếp đến không che phủ (15; 24,2%), túi silo (5; 8,1%), bát úp và túi nylon đều (4; 6,5%). Các phương pháp hỗ trợ trước nhập viện gồm ủ ấm (59; 95,2%), dịch truyền nuôi dưỡng (45; 72,6%), kháng sinh dự phòng (30; 48,4%) và đặt sonde dạ dày (29; 46,8%). Tình trạng hô hấp khi nhập viện ghi nhận tự thở (37; 59,7%),

đặt nội khí quản (18; 29,0%) và thở oxy (7; 11,3%). Kích thước lỗ thoát vị phổ biến nhất là 4 cm (30; 48,4%), tiếp theo 3 cm (14; 22,6%) và 5 cm (11; 17,7%). Ruột non xuất hiện ở toàn bộ ca (62; 100%), tiếp đến đại tràng (21; 33,9%) và dạ dày (15; 24,2%). Dị tật phối hợp gặp ở 16 ca, nhiều nhất là tim mạch (9; 14,5%). Tổn thương ruột chủ yếu dạng đơn giản (58; 93,5%), phức tạp chiếm 6,5% (4 ca).

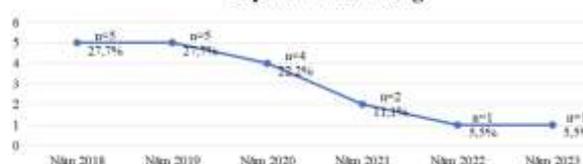
àng 2. Đặc điểm điều trị bệnh nhân khe hở thành bụng

Nhóm	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Giá trị trung bình ± ĐLC (min-max)
Thời gian từ sinh đến nhập viện	≤6 giờ	45	72,6	
	>6 giờ	17	27,4	5,81 ± 5,65 giờ (1-28)
Phương pháp điều trị	Phẫu thuật 2 thì	54	87,1	
	Phẫu thuật 1 thì	8	12,9	
Thời gian từ sinh đến đặt túi Silo (n=54)	<6 giờ	28	51,9	7,05 ± 5,45 giờ (0,5-30)
	6-12 giờ	21	38,9	
	>12 giờ	5	9,2	
Thời gian treo túi Silo (n=54)	<7 ngày	17	31,5	8,85 ± 4,94 ngày (1-22)
	7-14 ngày	30	56,5	
	>14 ngày	7	13,0	
Phương pháp đóng bụng	Đóng cân cơ	51	82,3	
	Đóng da, để hở cân cơ	4	6,5	
	Dùng miếng vá nhân tạo	1	1,6	
	Không đóng được bụng	6	9,7	
Áp lực ổ bụng khi đóng (n=35)	<16 cmH ₂ O	30	85,7	12,06 ± 5,22 (6-30)
	16-20 cmH ₂ O	3	8,5	
	21-27 cmH ₂ O	1	2,9	
	>28 cmH ₂ O	1	2,9	

Bảng 2 trình bày đặc điểm điều trị của 62 bệnh nhân khe hở thành bụng. Thời gian từ khi sinh đến nhập viện Nhi Trung ương trung bình là 5,81 ± 5,65 giờ (1-28 giờ), trong đó phần lớn nhập viện trong vòng 6 giờ đầu chiếm 72,6%. Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật 2 thì chiếm 87,1%. Trong 54 trường hợp đặt túi Silo, thời gian từ khi sinh đến đặt túi trung bình 7,05 ± 5,45 giờ, chủ yếu dưới 6 giờ chiếm 51,9%, và

thời gian treo túi trung bình 8,85 ± 4,94 ngày, nhiều nhất từ 7-14 ngày chiếm 56,5%. Phương pháp đóng bụng thường gặp nhất là đóng cân cơ và da chiếm 82,3%, tiếp đến không đóng được bụng chiếm 9,7%, đóng da để hở cân cơ chiếm 6,5% và dùng miếng vá nhân tạo chiếm 1,6%. Trong 35 trường hợp đo áp lực ổ bụng khi đóng, áp lực trung bình là 12,06 ± 5,22 cmH₂O (6-30), đa số dưới 16 cmH₂O chiếm 85,7%.

Bệnh nhân tử vong



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân tử vong qua các năm

Trong 62 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, có 44 trường hợp sống ra viện (71%) và 18 trường hợp tử vong trong viện hoặc bệnh nặng xin về (29%). Sự phân bố tử vong qua các năm được thể hiện qua biểu đồ 1. Nguyên nhân tử vong chủ yếu trong quá trình điều trị hồi sức, nguyên nhân hay gặp nhất là sốc nhiễm khuẩn và suy hô hấp với tỷ lệ lần lượt là 38,9% và 33,3%. Không có tử vong do tai biến ngoại khoa

Bảng 3: So sánh kết quả phẫu thuật ở 2 nhóm tử vong và còn sống

Thời gian	Tình trạng tử vong		Tổng N=62
	Sống (n=44)	Tử vong (n=18)	
Thở máy (ngày)	5,36 ± 2,80*	8,39 ± 7,75*	6,24 ± 4,85*
	1 - 14**	1 - 25**	1-25**
Cho ăn (ngày)	10,95 ± 6,44*	-	-
	3 - 40**	-	-
Truyền dịch (ngày)	15,05 ± 7,29*	6,22 ± 5,15*	12,48 ± 7,82*
	3 - 40**	1 - 14**	1-30**
Đại tiện lần đầu sau mổ (ngày)	10,05 ± 4,84*	-	-
	3-30**	-	-
Nằm viện (ngày)	24,91 ± 10,75*	18,83 ± 10,36*	23,15 ± 10,91*
	12 - 66**	1 - 47**	1-66**

Bảng 3 cho thấy thời gian thở máy trung bình cả 2 nhóm là 6,24 ± 4,85 ngày, cao hơn ở nhóm tử vong. Thời gian cho ăn ở nhóm sống ra viện trung bình 10,95 ± 6,44 ngày, nhỏ nhất là 4 ngày, cao nhất 40 ngày. Thời gian truyền dịch và nằm viện trung bình lần lượt là 12,48 ± 7,82 ngày và 23,15 ± 10,91 ngày. Cả 2 đều có thời gian dài hơn ở nhóm còn sống so với nhóm tử vong.

Bảng 4: So sánh biến chứng giữa hai

nhóm bệnh nhân sống và tử vong

Nhóm biến chứng	Loại biến chứng	Sống (n=44)	Tỷ lệ (%)	Tử vong (n=18)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng do đặt túi Silo	Tút túi Silo	2	4,5	1	5,6
	Thay đổi màu sắc ruột	1	2,3	2	11,1
	Hoại tử ruột	1	2,3	3	16,7
	Tắc ruột	1	2,3	0	0
Biến chứng liên quan phẫu thuật	Tắc ruột	1	2,3	0	0
	Nhiễm trùng vết mổ	1	2,3	0	0
	Chậm lưu thông	4	9,1	0	0
	Không đóng bụng được	0	0	6	33,3
Biến chứng khác	Viêm phổi	2	4,5	1	5,6
	Nhiễm khuẩn huyết	6	13,6	7	38,9
	Rối loạn đông máu	1	2,3	3	16,7
	Tràn khí màng phổi	2	4,5	2	11,1

Chúng tôi phân loại biến chứng theo các nhóm biến chứng do đặt túi silo, biến chứng liên quan tình trạng phẫu thuật và các biến chứng khác. Có 5 trường hợp bệnh nhân có nhiều hơn 1 biến chứng: trong đó 3 trường hợp vừa có nhiễm khuẩn huyết vừa không đóng bụng được, 1 trường hợp viêm phổi kèm tràn khí màng phổi và 1 trường hợp nhiễm khuẩn huyết kèm chậm lưu thông tiêu hóa. Bảng 4 cho thấy Tỷ lệ trẻ bị nhiễm khuẩn huyết ở cả 2 nhóm lớn hơn so với các biến chứng khác. Có 6 trường hợp không đóng bụng được (33,3%) đều thuộc nhóm bệnh nhân tử vong. Trong nghiên cứu, có 3 bệnh nhân phẫu thuật lại, chiếm 4,8%. Trong đó có 1 bệnh nhân bị tắc ruột do dính và 2 bệnh nhân đóng lại thành bụng. Với 4 bệnh nhân có dị tật ruột phối hợp, đều được chúng tôi tiến hành xử lý trong lần mổ đóng bụng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình từ khi sinh đến khi nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương là $5,81 \pm 5,65$ giờ. Trẻ sinh tại các bệnh viện sản lớn ở Hà Nội thường được chuyển viện sớm, đặc biệt có 8 trường hợp nhập viện trong vòng 1 giờ sau sinh. Ngược lại, 2 trẻ sinh tại nhà hoặc vùng xa nhập viện muộn, trên 24 giờ. Kết quả này tương tự Lee (5 giờ) và Obeida (5,5 giờ)^{4,5}. Nghiên cứu ghi nhận cả hai phương pháp điều trị: đóng bụng một thì và hai thì có hỗ trợ túi silo, trong đó phương pháp hai thì chiếm ưu thế với 87,1%. Tỷ lệ này tương

đồng với Oyinloye (88,9%) và Okoro (79,5%)^{6,7}, nhưng khác biệt với Räsänen và Obeida, nơi phương pháp một thì phổ biến hơn.^{4,8} Điều này phản ánh sự khác biệt về điều kiện bệnh nhân, chỉ định phẫu thuật, năng lực và trang thiết bị giữa các cơ sở. Việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tình trạng toàn thân, mức độ phù nề và tổn thương ruột, thể tích ổ bụng, dị tật phối hợp, nguy cơ tăng áp lực ổ bụng, và năng lực của cơ sở điều trị. Phẫu thuật một thì được áp dụng khi ruột không phù nề, thể tích tạng ít, ổ bụng rộng và trẻ ổn định. Ngược lại, túi silo được ưu tiên khi ruột phù nề nhiều, ổ bụng nhỏ hoặc trẻ không đủ điều kiện gây mê ngay sau sinh. Quyết định cuối cùng dựa trên đánh giá lâm sàng, kinh nghiệm phẫu thuật viên và các yếu tố giải phẫu – sinh lý trong mổ.

Về kết quả, nhiều nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai phương pháp về thời gian hồi phục ruột, thở máy hoặc bắt đầu ăn. Rentea² và Đinh Quang Lê Thanh⁹ đều ghi nhận kết quả tương đương. Thời gian trung bình từ khi sinh đến đặt túi silo là $7,05 \pm 5,45$ giờ, nhanh hơn Nguyễn Văn Linh (17,7 giờ)¹⁰ và Nguyễn Mạnh Hà ($11,56 \pm 4,66$ giờ). Có trường hợp đặt silo chỉ 30 phút sau sinh tại phòng sinh, phản ánh sự cải thiện phối hợp giữa Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Điều này phù hợp với ý kiến, vốn khuyến nghị đặt túi silo sớm để giảm phù nề ruột và bảo vệ mạc treo. Thời gian treo silo trung bình là $8,85 \pm 4,94$ ngày. Phương pháp đóng bụng được lựa chọn linh hoạt dựa trên áp lực ổ bụng và tình trạng ruột. Trong nghiên cứu, 82,3% được đóng cân cơ và da hai lớp; một trường hợp phải dùng Gore-Tex; 4 ca chỉ khép da và 6 ca không thể đóng bụng, trong đó hầu hết tử vong. Tỷ lệ đóng thành bụng này cao hơn Okoro⁷ và tương đương Räsänen. Áp lực ổ bụng < 20 cmH₂O là yếu tố thuận lợi cho đóng bụng thành công.

Tỷ lệ tử vong vẫn cao, nguyên nhân chính là sốc nhiễm khuẩn và suy hô hấp nặng. Điều này phù hợp với Oyinloye (78,6% tử vong do nhiễm khuẩn huyết)⁶. Khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa các quốc gia chủ yếu do năng lực y tế, chẩn đoán tiền sản, hồi sức sơ sinh và kỹ thuật điều trị.¹⁵ Đại dịch Covid-19 cũng ảnh hưởng tiêu cực đến giai đoạn 2019–2020. Biến chứng trong quá trình treo túi gồm tắt ruột do dính, chậm lưu thông ruột, nhiễm khuẩn huyết (21%), tràn khí màng phổi (6,5%). Tỷ lệ này thấp hơn một số nghiên cứu như Bigio⁷ nhưng tương đương Räsänen (21,2%)⁸ và Lee (23,3%).⁵ Việc lựa chọn kích thước túi phù hợp, rút ngắn thời gian

treo và cho ăn sớm sau mổ được xem là chiến lược giảm biến chứng, cải thiện hồi phục và rút ngắn thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy khe hở thành bụng là dị tật bẩm sinh nặng, cần can thiệp sớm và lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật phù hợp. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2018–2023, phần lớn bệnh nhân được điều trị bằng đóng bụng hai thì có hỗ trợ túi silo, với thời gian can thiệp rút ngắn và tỷ lệ sống đạt 71%. Tử vong chủ yếu do sốc nhiễm khuẩn và suy hô hấp, song có xu hướng giảm qua các năm. Kiểm soát tốt quy trình đặt túi silo, áp lực ổ bụng và cho ăn sớm sau mổ góp phần cải thiện kết quả điều trị, nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán sớm, vận chuyển kịp thời và hồi sức ban đầu đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paul D. Losty, Alan W. Flake RJR. Rickham's Neonatal Surgery. Vol Abdominal Wall Defects. ebook.
2. Rentea RM, Gupta V. Gastroschisis. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024. Accessed April 7, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557894/>
3. Muniz VM, Lima Netto. Influence of birthplace on gastroschisis outcomes in a state in the southeastern region of Brazil. *Jornal de Pediatria*. 2021;97(6):670-675. doi:10.1016/j.jped.2021.02.004

4. Obeida A, El-Hussein R, NasrEldin HM, et al. Assessment of transfer-time and time-to-surgery as risk factors to survival in Gastroschisis (GS) in a LMIC; an eight-year review. *Pediatr Surg Int*. 2024;40(1):295. doi:10.1007/s00383-024-05872-0
5. Lee R, Dassios et al. Predictors of outcomes in infants with gastroschisis treated with a preformed silo. *Pediatr Surg Int*. 2024;41(1):22. doi:10.1007/s00383-024-05922-7
6. Oyinloye, et al. Challenges and Outcome of Management of Gastroschisis at a Tertiary Institution in North-Eastern Nigeria. *Front Surg*. 2020;7. doi:10.3389/fsurg.2020.00008
7. Okoro PE, Ngaikedi C. Outcome of management of gastroschisis: comparison of improvised surgical silo and extended right hemicolectomy. *Annals of Pediatric Surgery*. 2020; 16(1):5. doi:10.1186/s43159-019-0012-x
8. Räsänen L, Lilja HE. Outcome and management in neonates with gastroschisis in the third millennium—a single-centre observational study. *Eur J Pediatr*. 2022;181(6): 2291-2298. doi:10.1007/s00431-022-04416-9
9. Đinh Quang Lê Thanh. Đánh giá kết quả ngắn hạn của điều trị phẫu thuật hở thành bụng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh. 2018.
10. Nguyễn Văn Linh, Nguyễn Thanh Liêm, Bùi Đức Hậu. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị khe hở thành bụng bằng túi SILO tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Nghiên cứu Y học Tp Hồ Chí Minh. Published online 2011.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG THẮT LƯNG - GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT QUA LỖ LIÊN HỢP ĐIỀU TRỊ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG Ở BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Đức Cường¹, Đinh Mạnh Hải², Bùi Huy Mạnh³,
Nguyễn Thành Tam², Phạm Thị Bạch Diệp², Trần Thị Thùy Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp điều trị trượt đốt sống thắt lưng ở bệnh nhân loãng xương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 48 bệnh nhân trượt đốt có loãng xương được phẫu thuật cố định cột sống ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2023 đến 12/2023. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung

bình là $64,6 \pm 5,2$ (từ 55-81 tuổi). Tỷ lệ nữ/nam là 7/1. Có 14,6% bệnh nhân điều trị loãng xương trước phẫu thuật. 100% bệnh nhân đau thắt lưng kèm theo cách hồi thần kinh. VAS lưng trước mổ trung bình $6,96 \pm 0,98$ điểm, VAS chân kiểu rể trung bình $6,63 \pm 1,19$. Có 29,2% bệnh nhân có dấu hiệu bậc thang. 6,2% bệnh nhân rối loạn cơ tròn. Điểm ODI trung bình trước phẫu thuật là $60,1 \pm 8,1$. Có 11 bệnh nhân trượt đốt sống do khuyết eo (22,9%). Có 34% bệnh nhân có hẹp ống sống kèm theo (70,1%). Mật độ xương trung bình trước phẫu thuật là $-2,9 \pm 0,4$. Thời gian phẫu thuật trung bình là $109,1 \pm 22,4$. Biến chứng trong mổ gặp phải là rách màng cứng ở 2 bệnh nhân (4,3%). Triệu chứng lâm sàng bệnh nhân sau mổ cải thiện rõ rệt. Thời gian nằm viện trung bình là $8,6 \pm 2,6$ ngày. Điểm đau lưng và chân theo VAS giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ tại thời điểm khám lại 1 tháng, 6 tháng. ODI giảm đáng kể thời điểm khám lại sau 6 tháng. Tỷ lệ liền xương tốt và khá lần lượt là 72,9% và 20,8% thời điểm khám lại sau 6 tháng. Sau 12 tháng có 3 bệnh nhân bị lún miếng

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Cường

Email: cuongnguyenduc.yhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025