

DOI: 10.58490/ctump.2025i90.3962

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỖN TẠI ỐNG NIỆU RÓN Ở TRẺ EM***Nguyễn Thị Trúc Linh\**, Hoàng Minh Hùng, Nguyễn Tài Ân, Nguyễn Việt Hưng

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

\*Email: nguyenthitruclinh6569@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/4/2025

Ngày phản biện: 09/6/2025

Ngày duyệt đăng: 25/8/2025

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Tồn tại ống niệu rón là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp do sự không thoái triển hoàn toàn của ống niệu rón, có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh lý tồn tại ống niệu rón ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 164 bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị tồn tại ống niệu rón tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả điều trị được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Tỷ suất nam/nữ mắc bệnh là 2,3/1. Các triệu chứng phổ biến gồm chảy dịch rón (40%) và phát hiện khối vùng bụng dưới (36%). Chẩn đoán dựa trên siêu âm (85,7%) và cắt lớp vi tính (33,3%) có kết quả tốt trên bệnh nhân dưới 6 tháng tuổi chưa biến chứng và điều trị phẫu thuật. Kết quả điều trị 100% thành công sau thời gian theo dõi trung bình là 45,3 tháng. Điều trị bảo tồn hoàn toàn ống niệu rón có kết quả tốt đối với bệnh nhi có triệu chứng kéo dài hay có biến chứng và thường trên 6 tháng tuổi. **Kết luận:** Tồn tại ống niệu rón có thể gây ra nhiều biến chứng nếu không được chẩn đoán sớm. Điều trị bảo tồn được áp dụng trẻ dưới 6 tháng tuổi và chưa có biến chứng. Phẫu thuật triệt để cắt bỏ nang niệu rón khi bệnh nhân kéo dài triệu chứng, có biến chứng.

**Từ khóa:** Tồn tại ống niệu rón, trẻ em, phẫu thuật nội soi, điều trị ống niệu rón.

**ABSTRACT****EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR PATENT URACHUS IN CHILDREN***Nguyen Thi Truc Linh\**, Hoang Minh Hung, Nguyen Tai An, Nguyen Viet Hung

University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

**Background:** Patent urachus is a rare congenital anomaly caused by the incomplete regression of the urachus, which can lead to severe complications if not diagnosed and treated promptly. **Objective:** To evaluate the diagnostic characteristics and treatment outcomes of patent urachus in children at Children's Hospital 1. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 164 pediatric patients diagnosed and treated for patent urachus at Children's Hospital 1. Clinical characteristics, imaging findings, treatment methods, and outcomes were collected and analyzed. **Results:** The male-to-female ratio was 2,3/1. The most common symptoms were umbilical discharge (40%) and lower abdominal mass (36%). Diagnosis was mainly based on ultrasound (85.7%) and computed tomography (33.3%). Treatment results were 100% successful after a mean follow-up of 45.3 months. Conservative treatment with complete removal of the urachus has good results for children with persistent symptoms or complications, usually over 6 months of age. **Conclusion:** Patent urachus can cause many complications if not diagnosed early. Conservative treatment is applied to children under 6 months of age and without complications. Radical surgery to remove the urachus cyst when the patient has persistent symptoms and complications.

**Keywords:** Patent urachus, children, laparoscopic surgery, treatment urachus.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tồn tại ống niệu rốn (TTONR) là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp của hệ tiết niệu, xảy ra do sự không thoái triển hoàn toàn của ống niệu rốn trong quá trình phát triển phôi thai. Tỷ lệ mắc TTONR chưa được xác định chính xác do tính hiếm gặp và chẩn đoán khó khăn, đặc biệt là ở trẻ em. Một số nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ TTONR ở trẻ em dưới 15 tuổi khoảng 1,6% [1]. Bệnh lý này có thể biểu hiện lâm sàng đa dạng, từ không có triệu chứng đến các biểu hiện nghiêm trọng như chảy dịch rốn, viêm rốn, nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát, và trong một số trường hợp hiếm, có thể tiến triển thành ung thư biểu mô tuyến niệu rốn ở người trưởng thành [2], [3].

Chẩn đoán tồn tại ống niệu rốn chủ yếu dựa vào lâm sàng kết hợp với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc cắt lớp vi tính (CT). Trong đó, siêu âm là phương pháp đầu tay với độ nhạy cao trong việc phát hiện các bất thường tại vùng rốn và bàng quang. Các trường hợp nghi ngờ có biến chứng hoặc khó chẩn đoán trên siêu âm có thể cần thực hiện chụp CT hoặc chụp MRI để xác định rõ hơn đặc điểm tổn thương [4].

Hiện nay, điều trị TTONR vẫn còn nhiều tranh cãi, đặc biệt là đối với các trường hợp không có triệu chứng. Một số nghiên cứu đề xuất theo dõi bảo tồn đối với trẻ dưới 6 tháng tuổi, vì có đến 50-80% trường hợp có thể tự thoái triển. Tuy nhiên, đa số bệnh nhân có triệu chứng hoặc có nguy cơ biến chứng thường được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ ống niệu rốn để ngăn ngừa nhiễm trùng và nguy cơ ung thư hóa về sau [5], [6].

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về tồn tại ống niệu rốn ở trẻ em. Do đó, nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị tồn tại ống niệu rốn ở trẻ em” được thực hiện với mục tiêu: 1). Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý tồn tại ống niệu rốn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. 2). Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý tồn tại ống niệu rốn ở nhóm trẻ này. Từ đó, cung cấp thêm dữ liệu hỗ trợ cho thực hành lâm sàng và định hướng điều trị tối ưu cho bệnh nhân.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán tồn tại ống niệu rốn tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 1/1/2015 đến 1/3/2022. Các tiêu chí chẩn đoán TTONR bao gồm lâm sàng có các triệu chứng ở rốn như chảy dịch chảy máu rốn, viêm rốn, khối cạnh rốn, đau tức hạ vị và siêu âm hay chụp CT ghi nhận hình ảnh TTONR nối từ phần trước đỉnh bàng quang đến đáy rốn. Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, bao gồm thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả điều trị. Được điều trị theo dõi tại bệnh viện trong khoảng thời gian nghiên cứu.

- **Tiêu chí loại trừ:** Hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc thiếu thông tin quan trọng để đánh giá. Bệnh nhân có bệnh lý phối hợp phức tạp, làm ảnh hưởng đến diễn tiến tự nhiên của TTONR (ví dụ: dị tật tiết niệu nặng, hội chứng bụng quả mận). Bệnh nhân không theo dõi được kết quả điều trị sau phẫu thuật.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả, hồi cứu.

- **Biến số nghiên cứu:** Đặc điểm dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, phương pháp điều trị, đặc điểm phẫu thuật, biến chứng và tỉ lệ thành công sau điều trị.

- **Cỡ mẫu:** Thuận tiện (lấy tất cả các trường hợp thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu): 164 bệnh nhi

- **Phương pháp phân tích số liệu:**

+ Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS hoặc R.

+ Sử dụng thống kê mô tả (tỉ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn) để mô tả đặc điểm bệnh nhân.

+ Sử dụng kiểm định Chi bình phương, Fisher hoặc T-test để đánh giá mối liên quan giữa các biến số.

+ Kiểm định mức ý nghĩa thống kê với  $p \leq 0,05$ .

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học. Thông tin bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua trước khi thực hiện.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý tồn tại ống niệu rốn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1

##### 3.1.1. Đặc điểm chung

Trong thời gian nghiên cứu, có tổng cộng 164 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị TTONR tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 1,5 tháng tuổi (0-177 tháng), trong đó nhóm bệnh nhân dưới 6 tháng chiếm 57,3% và trên 6 tháng chiếm 42,7%. Tần suất nam/nữ trong nghiên cứu là 2,3/1, cho thấy bệnh có xu hướng gặp nhiều hơn ở trẻ nam so với trẻ nữ.

##### 3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

###### Thời điểm khởi bệnh

Đa phần bệnh có biểu hiện từ sau rụng rốn chiếm 75,6%, chỉ có 24,4% có thời điểm khởi bệnh gần thời điểm chẩn đoán.

###### Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Tần số (n=164)	Tỉ lệ (%)
Chảy dịch rốn	106	64,6
Viêm da quanh rốn	80	48,8
Đau bụng hạ vị	24	14,6
U hạt rốn	17	10,4
Khối cạnh rốn	11	6,7
Thấy lỗ ngoài	5	3,0
Chảy máu rốn	3	1,8
Rối loạn đi tiểu	2	1,2

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đã có biến chứng lúc vào viện. Biến chứng nhẹ chiếm 47% trong đó đa số là nhiễm trùng tại chỗ, các triệu chứng khác ít gặp hơn là nhiễm khuẩn đường tiết niệu, chảy máu rốn và polyp rốn. Biến chứng nặng chiếm 23,2% trong đó đa số là nhiễm trùng huyết. Không ghi nhận có bệnh nhân bị ung thư ống niệu rốn.

##### 3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Tỉ lệ thực hiện siêu âm là 97,6%, tỉ lệ phát hiện TTONR là 86,9%. Các bệnh lý thường bị chẩn đoán nhầm trên siêu âm là tồn tại ống rốn ruột, áp-xe thành bụng hoặc ổ bụng theo dõi nang mạc treo và viêm phúc mạc do áp-xe vỡ.

Tỉ lệ thực hiện CT scan là 6,7%, tỉ lệ phát hiện là 90,9%. Tỉ lệ chụp bàng quang niệu đạo lúc đi tiểu là 4,3%, không có trường hợp nào phát hiện được TTONR, chỉ có 1/7 trường hợp (chiếm 14,3%) có phát hiện trào ngược bàng quang - niệu quản.

### 3.2. Đánh giá kết quả điều trị

#### 3.2.1. Phương pháp điều trị

Bảng 2. Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tuổi trung vị [thấp nhất-cao nhất]	P (Phép kiểm Mann-Whitney U)
Bảo tồn	98	59,8	0 [0-177]	< 0,001
Phẫu thuật	66	40,2	12,5 [0-171]	
Tổng	164	100	1,5 [0-177]	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được điều trị bảo tồn, tỉ lệ phẫu thuật chỉ chiếm 40,2%. Độ tuổi dưới 6 tháng đa số là điều trị bảo tồn, chiếm 84%, chỉ có 16% trường hợp được phẫu thuật, ngược lại độ tuổi trên 6 tháng có đến 72,9% điều trị phẫu thuật. Sự khác biệt giữa độ tuổi và phương pháp điều trị có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

#### 3.2.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật

Phẫu thuật	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tuổi trung vị [thấp nhất-cao nhất]	P (Phép kiểm Mann-Whitney U)
Cấp cứu	14	21,2	4 [0-34]	0,021
Chương trình	52	78,8	13 [0-171]	
Tổng	66	100	12,5 [0-171]	

Nhận xét: Có 40,2% các trường hợp được thực hiện phẫu thuật. Đa số các bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật chương trình, chỉ có 14 trường hợp chiếm 21,2% được tiến hành phẫu thuật cấp cứu do các biến chứng.

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật

Phẫu thuật	Tần số (n)	Thời gian phẫu thuật (phút) (Trung bình $\pm$ độ lệch)	P (Phép kiểm Independent Sample T)
Cấp cứu	14	4 [0-34]	0,493
Chương trình	52	13 [0-171]	
Tổng	66	12,5 [0-171]	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật là trung bình là  $38,7 \pm 23,4$  phút. Phẫu thuật cấp cứu có thời gian dài hơn một chút so với phẫu thuật chương trình,  $42,5 \pm 26,9$  phút so với  $37,6 \pm 22,6$  phút, tuy nhiên sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa 2 phương pháp không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ .

Trong 66 bệnh nhân thực hiện phẫu thuật, có 10 trường hợp chiếm 15,2% có biến chứng sau phẫu thuật, nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ chiếm 10,6%, số ít là nhiễm trùng huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu kéo dài và còn chảy dịch rốn. Các biến chứng sau phẫu thuật đáp ứng với điều trị nội khoa bằng kháng sinh và chăm sóc vết thương, không có trường hợp nào mổ lại.

#### 3.2.3. Kết quả điều trị và biến chứng

Thời gian theo dõi trung bình của nhóm bệnh nhân tái khám được là 45,3 tháng (thấp nhất là 6,5 tháng, cao nhất là 87,1 tháng). 100% bệnh nhân điều trị bảo tồn khỏi hoàn toàn,

thời gian theo dõi trung bình là 33,3 tháng (thấp nhất là 6,5 tháng, cao nhất là 85,6 tháng). 100% bệnh nhân điều trị phẫu thuật khôi hoàn toàn, thời gian theo dõi trung bình là 63,4 tháng (thấp nhất là 6,7 tháng, cao nhất là 87,1 tháng). Kết quả điều trị cho thấy đa số bệnh nhân hồi phục tốt, ít có biến chứng nặng.

#### **IV. BÀN LUẬN**

##### **4.1. Đặc điểm bệnh nhân**

Nghiên cứu ghi nhận tần suất nam/nữ mắc TTONR là 2,3/1 phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy bệnh có xu hướng xảy ra nhiều hơn ở trẻ nam [2], [4]. Nguyên nhân của sự khác biệt về giới tính này vẫn chưa được xác định rõ, nhưng có thể liên quan đến sự khác biệt trong sự phát triển phôi thai của hệ tiết niệu - sinh dục giữa hai giới.

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 1,5 tháng tuổi, trong đó phần lớn được chẩn đoán trong giai đoạn sơ sinh hoặc nữ nhi. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây khi ghi nhận TTONR thường được phát hiện sớm ở trẻ dưới 1 tuổi, đặc biệt là thể tồn tại ống rốn - bàng quang [5], [6]. Các thể khác như nang niệu rốn và xoang niệu rốn thường được phát hiện muộn hơn do triệu chứng ít đặc hiệu và có thể bị nhầm lẫn với các bệnh lý khác [2], [3], [7].

##### **4.2. Đặc điểm chẩn đoán**

Triệu chứng phổ biến nhất trong nghiên cứu là chảy dịch rốn (chiếm 64,6%), phù hợp với các nghiên cứu trước đây khi ghi nhận đây là triệu chứng đặc trưng của TTONR, đặc biệt là thể tồn tại ống rốn - bàng quang. Ngoài ra, các triệu chứng khác như đau bụng dưới, nhiễm trùng rốn tái phát và sốt cũng được ghi nhận, đặc biệt trong các thể bệnh có biến chứng nhiễm trùng [7], [8]. Một số trường hợp có triệu chứng không đặc hiệu, dẫn đến chẩn đoán muộn hoặc bị nhầm lẫn với các bệnh lý khác như tồn tại ống rốn - tràng, thoát vị cuống rốn hoặc viêm rốn không do TTONR [9]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kết hợp triệu chứng lâm sàng với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh để xác định chính xác bệnh lý.

Siêu âm là phương pháp chẩn đoán đầu tay được áp dụng trong tất cả các trường hợp, với độ nhạy cao và không xâm lấn [4]. Tuy nhiên, trong một số trường hợp khó xác định, CT và MRI được chỉ định để đánh giá chi tiết hơn về giải phẫu và mức độ tổn thương [5]. Tỷ lệ sử dụng CT trong nghiên cứu là 6,7%, thấp hơn các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Choi (2005) khi ghi nhận khoảng 33,3% trường hợp cần CT để xác định chẩn đoán. Chụp bàng quang có cản quang khi đi tiểu cũng được thực hiện trong một số trường hợp nghi ngờ có tắc nghẽn đường tiết niệu hoặc bệnh phối hợp như van niệu đạo sau [2].

##### **4.3. Đặc điểm điều trị**

Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bảo tồn trong nghiên cứu này là 59,8%, cao hơn so với nghiên cứu của Stopak (2015) với tỷ lệ điều trị bảo tồn là 45% [7], cho thấy sự thay đổi xu hướng tiếp cận điều trị theo hướng bảo tồn nhiều hơn ở trẻ dưới 6 tháng. Trong nhóm phẫu thuật, biến chứng sau mổ là 15,2%, tương đương với nghiên cứu của Gleason (2015) với tỷ lệ biến chứng 14% [5]. Tỷ lệ khỏi bệnh đạt 100% sau điều trị ở cả nhóm bảo tồn và phẫu thuật, cao hơn so với báo cáo của Siow (2015) ghi nhận tỷ lệ khỏi bệnh 97% [6].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là 38,7±23,4 phút, tương đương với các báo cáo trước đây khi thời gian trung bình của phẫu thuật nội soi dao động từ 45-90 phút tùy theo mức độ tổn thương [8]. Đa số bệnh nhân được cắt bỏ hoàn toàn ống niệu rốn,

với một số trường hợp phải cắt một phần bàng quang để đảm bảo loại bỏ triệt để tổn thương [7],[8].

Tỉ lệ biến chứng hậu phẫu trong nghiên cứu là 15,2%, tương tự với một số nghiên cứu trước đây. Các biến chứng phổ biến bao gồm nhiễm trùng vết mổ, rò nước tiểu và chảy máu sau mổ, nhưng hầu hết đều được kiểm soát tốt [6],[7],[8]. Tỉ lệ tái phát trong nghiên cứu là 0%, chủ yếu do cắt bỏ không triệt để mô bệnh hoặc có mô viêm tồn dư. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật dao động từ 1-5%, đặc biệt trong các trường hợp có nhiễm trùng trước mổ [6],[7].

#### 4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu có thể có sai số do phụ thuộc vào hồ sơ bệnh án. Cỡ mẫu hạn chế, cần nghiên cứu đa trung tâm với số lượng lớn hơn. Thời gian theo dõi sau mổ còn ngắn, cần nghiên cứu dài hạn để đánh giá nguy cơ tái phát và biến chứng muộn.

### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá đặc điểm chẩn đoán và kết quả điều trị tồn tại ống niệu rôn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 cho thấy bệnh lý này gặp chủ yếu ở trẻ nam, với triệu chứng phổ biến là chảy dịch rôn. Siêu âm là phương pháp chẩn đoán chính, trong khi CT được sử dụng trong các trường hợp phức tạp. Điều trị bảo tồn thường áp dụng cho trẻ TTONR chưa biến chứng và dưới 6 tháng tuổi. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính khi TTONR có triệu chứng kéo dài hay có biến chứng và thường gặp trẻ trên 6 tháng tuổi.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Salvatore FC, Cosimo B. Laparoscopic management of urachal cysts. *Transl Pediatr.* 2016. 5(4), 275–281. doi:10.21037/tp.2016.09.10.
  2. Choi YJ, Kim JM, Ahn SY, et al. Urachal anomalies in children: a single center experience. *Yonsei Med J.* 2006. 47(6), 782-786. doi:10.3349/ymj.2006.47.6.782.
  3. Faye PM, Gueye ML, Thiam O, et al. Infected urachal cyst in an adult, report of two observations. *Int J Surg Case Rep.* 2022. 97, 107394. doi:10.1016/j.ijscr.2022.107394.
  4. Ueno T, Hashimoto H, Yokoyama H, et al. Urachal anomalies: ultrasonography and management. *J Pediatr Surg.* 2003. 38(8), 1203-1207. doi:10.1016/s0022-3468(03)00268-9.
  5. Gleason JM, Bowlin PR, Bagli DJ, et al. A comprehensive review of pediatric urachal anomalies and predictive analysis for adult urachal adenocarcinoma. *J Urol.* 2015.193(2), 632-636. doi:10.1016/j.juro.2014.09.004.
  6. Siow SL, Mahendran HA, Hardin M. Laparoscopic management of symptomatic urachal remnants in adulthood. *Asian J Surg.* 2015. 38(2), 85-90. doi:10.1016/j.asjsur.2014.04.009.
  7. Stopak JK, Azarow KS, Abdessalam SF, et al. Trends in surgical management of urachal anomalies. *J Pediatr Surg.* 2015. 50(8), 1334-1337. doi:10.1016/j.jpedsurg.2015.04.020.
  8. Naiditch JA, Radhakrishnan J, Chin AC. Current diagnosis and management of urachal remnants. *J Pediatr Surg.* 2013. 48(10), 2148–2152. doi:10.1016/j.jpedsurg.2013.02.069.
-