

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH Ở TRẺ EM BẰNG PHẪU THUẬT MỘT THÌ QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN

Nguyễn Thanh Xuân¹, Phan Thanh Hải¹

¹Khoa Cấp cứu Bụng - Ngoại Nhi, Bệnh viện Trung Ương Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật kéo ruột qua đường hậu môn một thì, có hoặc không hỗ trợ nội soi khi đoạn vô hạch dài/ở cao, đang dần thay thế các quy trình nhiều thì trong điều trị bệnh Hirschsprung (HD). Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật và theo dõi sớm của kỹ thuật này tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng, phương pháp: Thiết kế mô tả tiến cứu trên 145 bệnh nhi được chẩn đoán xác định HD và phẫu thuật một thì tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2020 - 12/2023. Thu thập dữ liệu lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật, biến chứng sau mổ và kết quả tái khám; phân tích bằng IBM SPSS 26.0, trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ SD hoặc tần số (%).

Kết quả: Có 101 bé trai và 44 bé gái, tuổi trung bình $7,3 \pm 2,2$ tháng. Các triệu chứng nổi bật: táo bón 72,4 %, chướng bụng 80 %, “dấu tháo cống” 41,3 %. Thời gian mổ trung bình $111,2 \pm 14,5$ phút; đoạn ruột cắt $18,3 \pm 7,9$ cm. Vị trí vô hạch: trực tràng 24,1 %, đại tràng sigma 44,8 %, đại tràng xuống 31,0 %. Thời gian nằm viện sau mổ $5,2 \pm 3,5$ ngày. Biến chứng sớm thấp: viêm ruột 8,3 %, táo bón 2,1 %, hăm da quanh hậu môn 1,4 %, nhiễm trùng vết mổ 0,7 %. Sau theo dõi $18,3 \pm 2,4$ tháng, tất cả các đợt viêm ruột đáp ứng điều trị nội khoa; không ghi nhận dò hay rò miệng nối, không tái phát táo bón.

Kết luận: Phẫu thuật kéo ruột qua hậu môn một thì, phối hợp nội soi khi cần, là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị HD, với thời gian nằm viện ngắn và tỷ lệ biến chứng thấp trong loạt 145 ca này.

Từ khóa: Hirschsprung, phình đại tràng bẩm sinh, phẫu thuật một thì, phẫu thuật nội soi hỗ trợ, thời điểm phẫu thuật.

ABSTRACT

EVALUATING SINGLE - STAGE SURGICAL TREATMENT OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Nguyen Thanh Xuan¹, Phan Thanh Hai¹

Background: Single stage transanal pull through, supplemented with laparoscopic mobilisation when the aganglionic segment is high or long, has replaced multi stage surgery for Hirschsprung's disease (HD) in many centres. We assessed peri operative outcomes and early follow up results of this approach in a Vietnamese tertiary hospital.

Methods: In a prospective descriptive study, 145 infants and children with pathologically confirmed HD underwent single stage surgery at Hue Central Hospital between January 2020 and December 2023. Demographic data, operative variables, postoperative complications and follow up findings were recorded and analysed with IBM SPSS 26.0; results are presented as mean $\pm$ SD or frequency (percentage).

Results: The cohort comprised 101 boys and 44 girls; mean age at surgery was 7.3 ± 2.2 months. Constipation (72.4 %), abdominal distension (80 %) and an explosive rectal discharge (“blast sign”, 41.3 %) were predominant clinical features. Mean operative time was 111.2 ± 14.5 minutes; the resected bowel averaged 18.3 ± 7.9 cm. Aganglionosis involved the rectum in 35 patients (24.1 %), sigmoid colon in 65 (44.8 %) and descending colon in 45 (31.0 %). Mean postoperative stay was 5.2 ± 3.5 days. Early complications were infrequent: enterocolitis 12 cases

Ngày nhận bài: 10/02/2025. Ngày chỉnh sửa: 07/4/2025. Chấp thuận đăng: 19/4/2025

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thanh Xuân. Email: thanhxuanbvh@gmail.com. ĐT: 0945313999

Đánh giá kết quả Điều trị phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ em...

(8.3 %), constipation 3 (2.1 %), perianal dermatitis 2 (1.4 %) and wound infection 1 (0.7 %). After a mean follow up of 18.3 ± 2.4 months, all episodes of enterocolitis responded to medical therapy and no anastomotic leaks or recurrent constipation were recorded.

Conclusions: Single stage transanal pull through, with laparoscopic assistance when indicated, is a safe and effective treatment for Hirschsprung's disease, yielding short hospitalisation and a low complication profile in this series.

Keywords: Hirschsprung's disease, megacolon, single-stage surgery, laparoscopic-assisted surgery, timing surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phình đại tràng bẩm sinh là bệnh lý thần kinh ruột bẩm sinh phổ biến nhất, mặc dù chỉ xảy ra với tỷ lệ 1/5000 ca sinh [1]. Bệnh này xuất phát từ sự khiếm khuyết trong quá trình di chuyển của các tế bào thần kinh dọc theo ruột trong giai đoạn phát triển phôi sớm [2]. Hậu quả là ruột xa không có tế bào hạch thần kinh, dẫn đến co thắt kéo dài, giãn rộng ruột gần và các triệu chứng như táo bón, chướng bụng, tắc ruột. Bệnh phình đại tràng bẩm sinh ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển và chất lượng cuộc sống của trẻ, trong đó phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột bị ảnh hưởng là phương pháp điều trị chính.

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, phẫu thuật qua đường trực tràng (Soave) điều trị phình đại tràng bẩm sinh đã được thực hiện từ năm 2002 [3]. Tuy nhiên trong trường hợp đoạn vô hạch nằm cao, phẫu thuật phải kèm theo mở bụng phối hợp hạ đại tràng, phẫu thuật mở truyền thống gây chấn thương đáng kể và thời gian hồi phục lâu, làm tăng nguy cơ biến chứng hậu phẫu. Nhờ sự phát triển của công nghệ nội soi, các phương pháp điều trị ít xâm lấn ngày càng được áp dụng rộng rãi, giúp giảm tổn thương, tăng hiệu quả điều trị và rút ngắn thời gian hồi phục. Đặc biệt, phẫu thuật hỗ trợ nội soi phù hợp với các trường hợp vô hạch đoạn dài, vô hạch toàn bộ đại tràng và các rối loạn liên quan, mang lại độ an toàn cao và ít biến chứng hơn.

Xuất phát từ yêu cầu đúc rút kinh nghiệm và ứng dụng thực tế của phẫu thuật nội soi hỗ trợ trong điều trị bệnh lý phình đại tràng bẩm sinh chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị bệnh lý phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ em bằng phẫu thuật một thì và sử dụng nội soi hỗ trợ ở trường hợp đoạn vô hạch kéo dài.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng

Gồm 145 bệnh nhân được chẩn đoán xác định phình đại tràng bẩm sinh và được phẫu thuật bằng

phẫu thuật một thì tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán bệnh phình đại tràng bẩm sinh dựa vào triệu chứng lâm sàng, chụp X-quang khung đại tràng trước mổ có hình ảnh “ba đoạn” điển hình, sinh thiết tức thì trong mổ và kết quả giải phẫu bệnh không có tế bào hạch thần kinh ở đoạn hẹp; Được điều trị bằng phẫu thuật một thì; Bố, mẹ (hoặc người bảo trợ hợp pháp) đồng ý tham gia nghiên cứu và tái khám đầy đủ theo lịch hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đã phẫu thuật thất bại ở cơ sở y tế khác; Phẫu thuật nhiều thì; Mặc các bệnh lý toàn thân nặng như rối loạn đông máu, suy dinh dưỡng nặng, bệnh tim bẩm sinh nặng, bệnh lý cấp tính đường hô hấp.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu có theo dõi, tái khám sau mổ.

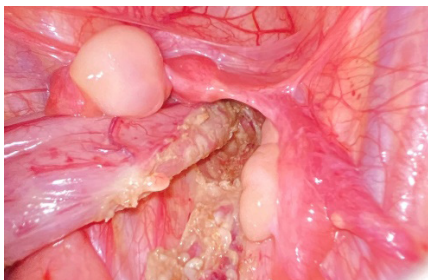
Chuẩn bị trước mổ: Thụt tháo đại tràng bằng nước muối sinh lý hằng ngày trước mổ; Kháng sinh Cephalosporin thế hệ ba, tiêm tĩnh mạch; Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế sản khoa; Đặt xông tiểu để làm xẹp bàng quang trong mổ và rút ngay sau mổ.

Kỹ thuật phẫu thuật: Trước mổ, những ca được lâm sàng - cận lâm sàng xác định đoạn vô hạch dài, cao (đại tràng xuống hoặc ngang) đều được nội soi ổ bụng hỗ trợ. Sau gây mê nội khí quản, bệnh nhi nằm tư thế sản khoa; vùng phẫu thuật được sát khuẩn Betadine và đặt bốn trocar (1 trocar 5 - 10 mm dưới rốn, 1 trocar 5 mm ở hố chậu trái, 1 trocar 5 mm ở hố chậu phải và 1 trocar 5 mm ngang rốn phải). CO₂ được bơm duy trì áp lực 6 - 8 mmHg giúp quan sát rõ đoạn chuyển tiếp, đoạn giãn và đại tràng bình thường để giới hạn phẫu tích.

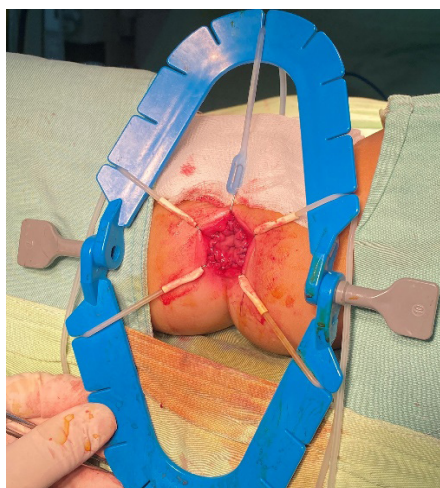
Mạc treo đại tràng được giải phóng ngang mức động mạch mạc treo tràng dưới; khi đoạn chuyển tiếp nằm cao, phẫu thuật viên tiếp tục di động đại tràng góc lách để tránh căng miệng nối. Sau khi đại tràng sigma và trực tràng được di động hoàn toàn xuống

Đánh giá kết quả Điều trị phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ em...

tiểu khung (Hình 1), ống hậu môn được bộc lộ bằng van Lone Star (Hình 2). Phẫu thuật viên rạch vòng niêm mạc ngay trên đường lược 0,5 - 1 cm, bóc tách niêm mạc khỏi lớp cơ, mở ống thanh cơ từ vị trí 12 giờ quanh chu vi trực tràng, rồi kéo đại tràng đã di động xuống qua ống thanh cơ và ống hậu môn (Hình 3). Đoạn đại tràng bệnh lý được cắt bỏ, sau đó nối đại tràng - ống hậu môn bằng một lớp mũi rời chỉ Vicryl; đoạn cắt gửi làm giải phẫu bệnh



Hình 1: Di động đại tràng sigma và trực tràng



Hình 2: Đặt van Lonestar



Hình 3: Kéo đại tràng ra ngoài qua ngã hậu môn

Chăm sóc sau phẫu thuật: Cho trẻ uống sữa hoặc bú mẹ sau khi có đại tiện sau mổ; Nong hậu môn bắt đầu sau phẫu thuật 2 tuần, thực hiện hàng ngày và kéo dài 4 - 6 tháng; Kiểm tra hàng tháng trong vòng 3 tháng đầu và 3 tháng 1 lần sau đó.

2.3. Xử lý số liệu

Toàn bộ số liệu được trích xuất từ hồ sơ bệnh án và phiếu phẫu thuật, nhập kép bằng Microsoft Excel, đối chiếu 100 % rồi chuyển sang IBM SPSS Statistics 26.0 để phân tích. Các biến định lượng chủ chốt (tuổi, thời gian phẫu thuật, chiều dài đoạn ruột cắt, thời gian nằm viện, thời gian theo dõi) được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn kèm khoảng tin cậy 95 %, trong khi các biến định tính (nhóm tuổi, lý do nhập viện, triệu chứng, vị trí vô hạch, biến chứng và kết quả tái khám) trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; tỷ số nam/nữ và chỉ số biến chứng tích lũy tính trực tiếp từ tổng mẫu. Dữ liệu được kiểm tra ngoại lệ bằng box plot và đánh giá tỷ lệ thiếu; khi số liệu thiếu vượt 5 % tiến hành phân tích nhạy cảm để so sánh các đặc điểm giữa nhóm có và không có giá trị mất. Nghiên cứu mang tính mô tả nhóm đơn nên không thực hiện phép thử suy luận; mọi so sánh tiềm năng (chẳng hạn biến chứng theo nhóm tuổi) chỉ được ghi nhận để thảo luận, không xử lý thống kê suy luận vì nằm ngoài phạm vi mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2020 tới tháng 12/2023 đã có 145 trường hợp phẫu thuật Soave qua ngã hậu môn một thì trong điều trị bệnh lý phình đại tràng bẩm sinh. Bảng 1 cho thấy, nhóm 1–6 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (65,5 %), đưa tuổi trung bình vào khoảng $7,3 \pm 2,2$ tháng; bệnh gặp ở bé trai nhiều gấp hơn 2 lần bé gái (tỉ số nam/nữ = 2,3/1). Về lý do nhập viện, táo bón (50,3 %) và bụng chướng (39,3 %) đứng đầu, phản ánh đặc điểm lâm sàng điển hình của phình đại tràng bẩm sinh. Khi thăm khám, táo bón được ghi nhận tới 72,4 %, bụng chướng 80 % và “dầu tháo cống” 41,3 %, cho thấy tình trạng ứ phân dài ngày và giãn đại tràng rõ rệt trước phẫu thuật.

Đánh giá kết quả Điều trị phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ em...

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi	1 - 6 tháng tuổi	95 (65,5%)
	7 - 12 tháng tuổi	31 (21,4%)
	> 12 tháng tuổi	19 (13,1%)
	Tuổi trung bình	7,3 ± 2,2 tháng (1,5 - 40 tháng)
Nam/nữ		2,3/1
Lý do vào viện	Táo bón	73 (50,3%)
	Bụng chướng	57 (39,3%)
	Chậm đi cầu phân su	5 (3,4%)
	Nôn dịch mật	7 (4,8%)
	Tắc ruột	3 (2,1%)
Triệu chứng lâm sàng	Chậm đi cầu phân su	12 (8,3%)
	Táo bón	105 (72,4%)
	Bụng chướng	84 (80,0%)
	Nôn dịch mật	11 (7,6%)
	Dấu tháo cống	60 (41,3%)

Phẫu thuật một thì có thời gian trung bình 111,2 ± 14,5 phút và hậu phẫu nằm viện ngắn (5,2 ± 3,5 ngày), chứng tỏ quy trình hiệu quả và ít xâm lấn. Đoạn ruột cắt bỏ trung bình 18,3 ± 7,9 cm; trong đó vị trí vô hạch thường gặp nhất là đại tràng sigma (44,8 %), tiếp theo là đại tràng xuống (31,1 %) và trực tràng (24,1 %). Tỷ lệ biến chứng thấp: viêm ruột sau mổ 8,3 % là thường gặp nhất, còn nhiễm trùng vết mổ, hăm da quanh hậu môn và táo bón đều dưới 3 %, khẳng định tính an toàn của kỹ thuật nội soi hỗ trợ (Bảng 2).

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả
Thời gian phẫu thuật		111,2 ± 14,5 phút
Đặc điểm đoạn ruột phẫu thuật	Chiều dài đoạn ruột cắt bỏ	18,3 ± 7,9 cm
	Chiều dài đoạn ruột hẹp	7,3 ± 3,4 cm
	Chiều dài đoạn ruột giãn	8,5 ± 2,3 cm
Vị trí vô hạch	Trực tràng	35 (24,1%)
	Đại tràng sigma	65 (44,8%)
	Đại tràng xuống	45 (31,1%)
Thời gian nằm viện		5,2 ± 3,5 ngày
Biến chứng sau mổ	Nhiễm trùng vết mổ	1 (0,7%)
	Hăm da quanh hậu môn	2 (1,4%)
	Táo bón	3 (2,1%)
	Viêm ruột	12 (8,3%)

Đánh giá kết quả Điều trị phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ em...

Sau thời gian theo dõi trung bình $18,3 \pm 2,4$ tháng, 8,3 % trẻ xuất hiện đợt viêm ruột nhưng đều đáp ứng điều trị nội khoa, 3,4 % hẹp miệng nối được nong thành công, và không ghi nhận táo bón tái phát. Những dữ kiện này cho thấy hiệu quả lâu dài và chất lượng sống ổn định sau mổ đối với đa số bệnh nhân (Bảng 3).

Bảng 3: Kết quả theo dõi và tái khám

Đặc điểm		Kết quả
Thời gian theo dõi		$18,3 \pm 2,4$ tháng (6 - 25 tháng)
Kết quả tái khám	Viêm ruột điều trị nội khoa thành công	12 (8,3%)
	Hẹp miệng nối nong được	5 (3,4%)
	Táo bón	0

IV. BÀN LUẬN

Bệnh phình đại tràng bẩm sinh là một rối loạn bẩm sinh đặc trưng bởi tình trạng vô hạch (thiếu tế bào thần kinh) ở ruột. Trẻ em bị ảnh hưởng thường cần can thiệp phẫu thuật trong những tháng đầu đời. Từ năm 1948 với việc khám phá ra nguyên nhân bệnh sinh đã làm thay đổi hoàn toàn về thái độ điều trị. Nhiều phương pháp phẫu thuật đã được ra đời nhằm loại bỏ hoặc cô lập đoạn ruột bệnh với một hay nhiều lần mổ. Trước đây, bệnh thường được phẫu thuật nhiều thì: mở hậu môn nhân tạo tạm thời, phẫu thuật triệt để cắt bỏ đoạn vô hạch, đóng hậu môn nhân tạo. Nhưng ngày nay, khuynh hướng thế giới là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, triệt để sớm, một thì với nhiều ưu điểm như kinh tế, giảm số lần mổ, thuận lợi trong phẫu thuật, sớm phục hồi phản xạ ức chế hậu môn - trực tràng và giảm thiểu biến chứng. Qua 145 trường hợp phẫu thuật một thì điều trị bệnh lý phình đại tràng bẩm sinh cho kết quả độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $7,3 \pm 2,2$ tháng, trong đó nhóm tuổi 1 - 6 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 65,5%. So với các nghiên cứu khác thì độ tuổi bắt đầu phẫu thuật của chúng tôi cao hơn [3, 4, 5, 6]. Vậy tại sao độ tuổi bắt đầu phẫu thuật của chúng tôi lại cao hơn? Trong quy trình, những trường hợp phát hiện sớm dưới 1 tháng tuổi chúng tôi sẽ tiến hành thụt tháo làm sạch ruột và nong hậu môn hàng ngày, nuôi dưỡng tích cực và cố gắng kéo dài thời điểm phẫu thuật tới sau 1 tháng. Chỉ những trường hợp thất bại với các thủ thuật trên thì chúng tôi mới tiến hành làm hậu môn nhân tạo tạm thời hoặc phẫu thuật triệt để. Trong một nghiên cứu đa trung tâm vào năm 2021 trên 789 bệnh nhân cho thấy khi so sánh kết quả phẫu thuật theo độ tuổi, những bệnh

nhi nhỏ tuổi có tỷ lệ táo bón, són phân, hẹp miệng nối, rò miệng nối cao hơn; táo bón xảy ra thường xuyên hơn, viêm ruột liên quan tới phình đại tràng bẩm sinh xảy ra cao hơn ở bệnh nhân từ 1,1 - 2,4 tháng tuổi; hẹp và rò miệng nối có xu hướng tương tự, bệnh nhân 0 - 1 tháng tuổi có tỷ lệ hẹp và rò cao nhất [5]. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy rằng những bệnh nhân trải qua phẫu thuật khi mới sinh có kết quả chức năng đại tiện kém hơn nhưng bệnh nhân phẫu thuật muộn hơn [6,7]. Cũng trong một nghiên cứu khác Huang và cộng sự kết luận độ tuổi dưới 2 tháng là một yếu tố nguy cơ với tình trạng són tiểu, táo bón nhưng không phải là yếu tố nguy cơ hẹp [8]. Nghiên cứu của Maggie L và cộng sự cho thấy việc phẫu thuật ở trẻ sơ sinh có liên quan tới tỷ lệ gia tăng các biến chứng sau phẫu thuật, và khi chọn mốc 2,5 tháng làm ngưỡng thì thấy rằng nhóm tuổi lớn hơn có kết quả phẫu thuật tốt hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [5]. Giải thích cho nguyên nhân này các tác giả cho rằng trẻ càng nhỏ cấu trúc giải phẫu càng mỏng manh, dễ tổn thương, cơ chế cơ thắt hậu môn, sàn chậu và đám rối thần kinh chậu dễ bị tổn thương do cắt ngang hoặc kéo căng trong quá trình phẫu thuật.

Về các triệu chứng lâm sàng, hầu hết bệnh nhi tới khám với triệu chứng táo bón và bụng chướng (bảng 1), đây là những triệu chứng kinh điển của bệnh phình đại tràng bẩm sinh được ghi nhận trong y văn. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là táo bón 72,4%, bụng chướng 80%, dấu tháo cống 41,3%. Không có mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và độ tuổi phát hiện bệnh. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả khác về triệu chứng thường gặp của bệnh phình đại tràng bẩm sinh [4].

Qua nghiên cứu về phẫu thuật một thì điều trị bệnh lý phình đại tràng bẩm sinh chúng tôi có thời gian phẫu thuật trung bình $111,2 \pm 14,5$ phút, thấp hơn nhiều tác giả [4, 5, 6], thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật ngắn $5,2 \pm 3,5$ ngày, không xuất hiện tai biến trong mổ. Biến chứng sau mổ bao gồm nhiễm trùng vết mổ 0,7%, hăm da quanh hậu môn 1,4%, táo bón 2,1%, viêm ruột 8,3%. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều tác giả [9, 10, 11], tương đương với phẫu thuật Robot [12]. Điều này cho thấy sự ưu việt của phẫu thuật nội soi hỗ trợ trong phẫu thuật một thì. Về mặt kỹ thuật, đây là sự phối hợp của phẫu thuật xâm nhập tối thiểu, theo Nguyễn Thanh Liêm phẫu thuật nội soi hỗ trợ cho phép nhìn rõ hơn các thành phần ở tiểu khung, giảm nguy cơ sang chấn cho các cơ quan lân cận, tránh được tai biến xoắn đại tràng khi hạ xuống nối [4]. Theo Georgeson việc phẫu tích mạch máu và di động đại tràng sigma và trực tràng bằng nội soi làm tăng sự di động của đại trực tràng, giúp đi xuống tiểu khung sâu hơn, từ đó việc phẫu tích từ ngã hậu môn sẽ dễ dàng hơn [13]. Tác giả Yun-Jin Wang và cộng sự sau 10 năm kinh nghiệm với 106 ca phẫu thuật có nội soi hỗ trợ cũng cho rằng đây là phương pháp an toàn, hiệu quả để điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh có đoạn vô hạch dài [14]. Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy phẫu thuật nội soi hỗ trợ cho phép quan sát và di động đại tràng tối đa, loại bỏ không những đoạn ruột vô hạch và đoạn chuyển tiếp mà còn cả đoạn giãn bị giảm trương lực, điều này làm giảm thêm nguy cơ viêm ruột sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đoạn vô hạch ở đại tràng sigma 65 bệnh nhân (44,8%), đại tràng xuống 41 bệnh nhân (28,3%), tỷ lệ đoạn vô hạch dài khá cao nhưng tỷ lệ bực hoặc dò miệng nối là 0%, điều này cho thấy ưu thế của phẫu thuật nội soi mang lại trong việc di động đại tràng tránh việc căng miệng nối đại tràng - ống hậu môn.

Thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là $18,3 \pm 2,4$ tháng, thấp nhất là 6 tháng, dài nhất là 25 tháng và ghi nhận tất cả các trường hợp viêm ruột và táo bón đều được điều trị nội khoa thành công. Có 5 trường hợp (3,4%) bị hẹp miệng nối sau phẫu thuật. Hẹp miệng nối sau phẫu thuật là một biến chứng quan trọng, tỷ lệ thay đổi nhiều tùy theo các nghiên cứu và cách đánh giá. Các yếu tố nguy cơ bao gồm thiếu máu tại miệng nối, thiếu máu mòm trực tràng, rò miệng nối, và đường kính miệng nối

nhỏ. Hẹp miệng nối cũng dẫn tới viêm ruột do hẹp làm tăng tình trạng ứ đọng phân tạo điều kiện cho vi khuẩn phá hủy niêm mạc ruột gây viêm ruột non - đại tràng. Việc nông hậu môn thường quy và để lại ống cơ ngắn trong quá trình phẫu thuật cũng là một cách để chúng tôi hạn chế việc hẹp miệng nối và viêm ruột. Trong nghiên cứu này các trường hợp đều là hẹp nhẹ, chúng tôi tiến hành nông hậu môn sau phẫu thuật 2 tuần và kéo dài 4-6 tháng, bố mẹ trẻ sẽ được hướng dẫn để tiến hành nông tại nhà cho trẻ hàng ngày. Sau quá trình nông, tất cả trường hợp hẹp đều cải thiện, không có trường hợp nào bị táo bón tái diễn hay hẹp miệng nối cần phải can thiệp phẫu thuật lại.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật một thì điều trị phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ em là phương pháp an toàn, hiệu quả và khả thi. Việc lựa chọn thời điểm phẫu thuật và phẫu thuật nội soi hỗ trợ giúp giảm các tai biến, biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục sau phẫu thuật.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng y đức bệnh viện Trung ương Huế.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tam PKH, Chung PHY, St Peter SD, Gayer CP, Ford HR, Tam GCH, et al. Advances in paediatric gastroenterology. Lancet. 2017;390(10099):1072-1082.
2. Obermayr F, Hotta R, Enomoto H, Young HM. Development and developmental disorders of the enteric nervous system. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2013;10(1):43-57.
3. Vu PA, Thien HH, Hiep PN. Transanal one stage endorectal pull through for Hirschsprung disease: experiences with 51 newborn patients. Pediatr Surg Int. 2010;26(6):589-592.
4. Nguyễn TL, Bùi ĐH, Trần AQ. So sánh kết quả ban đầu giữa hai phương pháp phẫu thuật một thì nội soi và đường qua hậu môn điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2011;15(Suppl 3):33-36.
5. Phạm TV, Phạm NH, Hồ HT. Phẫu thuật nội soi điều trị phình đại tràng bẩm sinh: kinh nghiệm của Bệnh viện Trung ương Huế. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2018;22(Suppl 4):68-74.

Đánh giá kết quả Điều trị phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ em...

6. Quynh TA, Hien PD, Du LQ, Long LH, Tran NTN, Hung T. The follow up of the robotic assisted Soave procedure for Hirschsprung's disease in children. *J Robot Surg.* 2022;16(2):301 305.
7. Westfal ML, Okiemy O, Chung PHY, Feng J, Lu C, Miyano G, et al. Optimal timing for Soave primary pull through in short segment Hirschsprung disease: a meta analysis. *J Pediatr Surg.* 2022;57(4):719 725.
8. Lu C, Hou G, Liu C, Geng Q, Xu X, Zhang J, et al. Single stage transanal endorectal pull through procedure for correction of Hirschsprung disease in neonates and non neonates: a multicenter study. *J Pediatr Surg.* 2017;52(7):1102 1107.
9. Freedman Weiss MR, Chiu AS, Caty MG, Solomon DG. Delay in operation for Hirschsprung disease is associated with decreased length of stay: a 5 year NSQIP Peds analysis. *J Perinatol.* 2019;39(8):1105 1110.
10. Huang WK, Li XL, Zhang J, Zhang SC. Prevalence, risk factors, and prognosis of postoperative complications after surgery for Hirschsprung disease. *J Gastrointest Surg.* 2018;22(2):335 343.
11. Xia R, Ma T, Zhao F, Xiao Y, Feng Y, Li M, et al. The efficacy analysis of laparoscopic assisted Soave procedure for Hirschsprung's disease in neonates and infants within 3 months of age. *Sci Rep.* 2024;14:31924.
12. Hồ TB. Kết quả phẫu thuật một thì điều trị bệnh Hirschsprung thể kinh điển được chẩn đoán bằng sinh thiết hút [luận án Tiến sĩ]. Trường ĐHYD TP Hồ Chí Minh; 2022.
13. Georgeson KE, Cohen RD, Hebra A, Jona JZ, Powell DM, Rothenberg SS, et al. Primary laparoscopic assisted endorectal colon pull through for Hirschsprung's disease: a new gold standard. *Ann Surg.* 1999;229(5):678 683.
14. Wang YJ, He YB, Chen L, Lin Y, Liu MK, Zhou CM. Laparoscopic assisted Soave procedure for Hirschsprung disease: 10 year experience with 106 cases. *BMC Surg.* 2022;22:72.