

PHẪU THUẬT QUA NGÃ HẬU MÔN MỘT THÌ KẾT HỢP VỚI ĐƯỜNG BỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH HIRSCHSPRUNG

Mai Trung Hiếu, Đỗ Văn Gia Khánh, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Trần Nghiêm Trung, Văn Tiến Nhân, Phạm Trung Vỹ, Phạm Xuân Đông, Vũ Hoài Anh, Lê Đức Anh, Phạm Như Hiền, Cao Xuân Thanh, Phạm Như Hiệp.

DOI: 10.38103/jcmhch.76.16

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định nguyên nhân, đánh giá kết quả điều trị bệnh Hirschsprung ở trẻ em bằng phẫu thuật qua ngã hậu môn một thì kết hợp đường bụng.

Phương pháp: Một nghiên cứu hồi cứu được thực hiện ở 66 bệnh nhân phình đại tràng bẩm sinh được phẫu thuật qua ngã hậu môn một thì có kết hợp đường bụng từ tháng 1/2012 đến tháng 6/2020 tại khoa Ngoại Nhi Cấp Cứu Bụng. Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Bao gồm 446 bệnh nhân được chẩn đoán phình đại tràng bẩm sinh được phẫu thuật trong đó có 66 (14,79%) bệnh nhân được phẫu thuật qua ngã hậu môn một thì kết hợp đường bụng để hoàn thành quá trình phẫu thuật. 44 (66,66%) bệnh nhân dưới 12 tháng tuổi. Hai phương pháp kết hợp đường bụng được đưa vào nghiên cứu: Phẫu thuật mở (78,79%) và phẫu thuật nội soi (21,21%). Lý do kết hợp với đường bụng là đại tràng sigma dính vào thành bụng bên (24,24%), viêm dính vùng chậu (18,18%), đại tràng và trực tràng giãn lớn (6,06%) hoặc đoạn vô hạch dài (51,51%). Chiều dài của đoạn đại tràng được cắt bỏ: $13,30 \pm 3,45$ cm (nhóm mổ mở) và $19,70 \pm 4,50$ cm (nhóm mổ nội soi). Thời gian mổ trung bình: 156 ± 12 phút (nhóm mổ mở) và 170 ± 14 phút (nhóm mổ nội soi). Không có trường hợp tử vong hoặc biến chứng trong phẫu thuật được ghi nhận trong nghiên cứu này. Không có biến chứng hậu phẫu nào xảy ra ở nhóm mổ nội soi. Biến chứng độ II dựa trên phân loại Dindo-Clavien xảy ra ở 14 (21,21%) nhóm mổ mở và 1 (1,51%) biến chứng độ III. Thời gian nằm viện ngắn hơn ở nhóm mổ nội soi là $5 \pm 1,5$ ngày so với $7 \pm 2,5$ ngày ở nhóm mổ mở. Tất cả các biến chứng là độ I hoặc độ II chủ yếu là viêm ruột trong quá trình theo dõi 3 tháng.

Kết luận: Phẫu thuật qua ngã hậu môn một thì có kết hợp đường bụng điều trị bệnh Hirschsprung là an toàn, hiệu quả, giải quyết được tất cả những trường hợp đoạn vô hạch nằm cao, viêm dính vùng chậu hoặc các trường hợp không giải quyết được bằng ngã qua hậu môn đơn thuần. Trong đó phẫu thuật nội soi nên được sử dụng để giảm các biến chứng.

Từ khóa: Bệnh Hirschsprung, qua đường hậu môn có kết hợp đường bụng.

ABSTRACT

TRANSANAL ONE-STAGE ENDORECTAL PULL-THROUGH ASSOCIATED WITH ABDOMINAL APPROACH IN TREATMENT OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Mai Trung Hieu, Do Van Gia Khanh, Ho Huu Thien, Pham Anh Vu, Phan Hai Thanh, Nguyen Thanh Xuan, Tran Nghiem Trung, Van Tien Nhan, Pham Trung Vy, Pham Xuan Dong, Vu Hoai Anh, Le Duc Anh, Pham Nhu Hien, Cao Xuan Thanh, Pham Nhu Hiep.

Khoa Ngoại Nhi - Cấp cứu Bụng, Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài: 26/01/2022; Ngày phản biện: 04/02/2022;
- Ngày đăng bài: 18/02/2022
- Tác giả liên hệ: Mai Trung Hiếu
- Email: hieudh125@gmail.com; SĐT: 0987988437

Objective: This study aims to determine the cause and evaluating the impact of an assisted abdominal approach in the outcomes of the TOSEPT in children with Hirschsprung's Disease (HD).

Methods: A retrospective study was conducted at Pediatric and Abdominal Emergency Surgery department of Hue central hospital. All of patients were operated on for HD in our department between January 2012 and June 2020 (excluding cases indicated for primary laparoscopic surgery).

Result: A total of 446 patients diagnosed on for HD with histopathological proof were operated. About 66 (14.79%) patients with HD who required TOSEPT with an additional abdominal approach to complete the operation. About 44 (66,66%) patients were under 12 months old. Two additional abdominal approaches were concluded in the study: open operation (78.79%) and laparoscopic (21.21%). The reason for the additional approaches were sigmoid colon adherent to lateral abdominal wall (24.24%), pelvic inflammation (18.18%), an extremely dilated colon and rectum (6.06%) or long aganglionic segment (51.51%). Length of the resected colon: 13.30 ± 3.45 cm (open group) and 19.70 ± 4.50 cm (laparoscopic group). Average operative time: 156 ± 12 minutes (open group) and 170 ± 14 minute (laparoscopic group). No deaths or intra-operative complication occurred in the laparoscopic group. Grade II complication based on Dindo - Clavien classification occurred in 14 (21.21%) of the open group and one (1.51%) grade III complication. The length of hospital stay was shorter in the laparoscopic group at 5 ± 1.5 days compared to 7 ± 2.5 days for the open group. All of the complications were grade I or II, mainly enterocolitis at 3 - month follow - up.

Conclusion: TOSEPT is safe and effective for all of short mesocolon, unexpected long ganglionic segment, pelvis inflammation or other cases cannot be operated only transanal. Laparoscopic surgery as the additional abdominal approach should be used to reduce the complications.

Keywords: Hirschsprung's disease, Transanal one - stage endorectal pull - through, Additional abdominal approach.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ khi được giới thiệu cách đây hơn hai thập kỷ, phẫu thuật qua ngã hậu môn một thì trong điều trị trẻ em mắc bệnh Hirschsprung được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới [1, 2]. Ưu điểm của phẫu thuật một thì là tránh được phẫu thuật nhiều lần cho trẻ, không làm hậu môn nhân tạo và tránh các biến chứng liên quan đến hậu môn nhân tạo, thời gian phẫu thuật cũng như thời gian phục hồi ngắn, giảm các tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật [3 - 7]. Mặc dù vậy phẫu thuật qua ngã hậu môn một thì chỉ được thực hiện đối với những bệnh nhân có vùng chuyển tiếp trực tràng trung bình hoặc thấp do tính đơn giản và hiệu quả cùng với thời gian phẫu thuật cũng như thời gian phục hồi ngắn [8]. Còn trong một số trường hợp như mạc treo đại tràng Sigma ngắn, đoạn chuyển tiếp không rõ ràng, dính ruột do nhiễm trùng sơ sinh, đoạn vô hạch dài, bệnh nhân phẫu thuật lần hai do sót đoạn vô hạch, phình đại tràng bẩm sinh thứ phát, vô hạch toàn bộ đại tràng... cần phải có sự kết hợp với phẫu thuật đường bụng để hoàn thành quá trình phẫu thuật [9 - 12]. Có 2 phương pháp tiếp cận đường bụng đó là phẫu thuật

nội soi và phẫu thuật mở bụng, trong đó phẫu thuật nội soi chiếm ưu thế với nhiều ưu điểm vượt trội hơn so với phẫu thuật mở bụng điều này đã được Georgeson giới thiệu từ năm 1995 cũng như nhiều nghiên cứu của Guerra J và Thomson D đã làm sáng tỏ vấn đề này [13 - 17].

Nghiên cứu nhằm xác định nguyên nhân, đánh giá kết quả điều trị bệnh Hirschsprung ở trẻ em bằng phẫu thuật qua ngã hậu môn một thì có kết hợp đường bụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 66 bệnh nhân phình đại tràng bẩm sinh được phẫu thuật qua ngã hậu môn một thì có kết hợp đường bụng từ tháng 1/2012 đến tháng 6/2020 tại khoa Ngoại Nhi Cấp Cứu Bụng. Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu. Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm (phẫu thuật mở hoặc nội soi) để

phân tích kết quả phẫu thuật cũng như nguyên nhân cần phải kết hợp đường bụng để hoàn thành quá trình phẫu thuật.

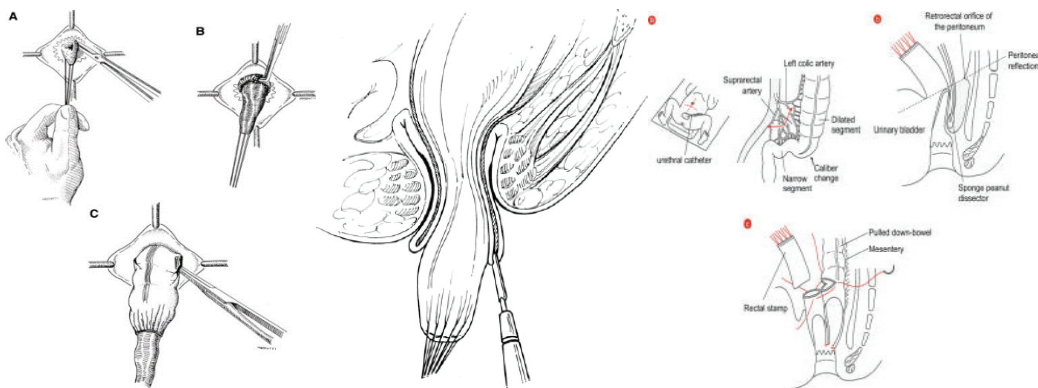
Quy trình phẫu thuật.

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: Thụt tháo đại tràng bằng nước muối sinh lý hằng ngày trước mổ. Kháng sinh trước mổ đường uống. Nhịn ăn trước mổ 4 - 6 giờ

- Kỹ thuật thực hiện: 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.

Sử dụng mổ hở ở thì bụng: Nong hậu môn và làm sạch đại tràng bằng dung dịch Betadin. Dùng van Lone Star bộc lộ hậu môn. Rạch vòng niêm mạc ống hậu môn ngay phía trên đường lược khoảng 0,5 cm. Bóc tách niêm mạc ống hậu môn khỏi ống thanh cơ lên cao đến đoạn trực tràng ngang nếp gấp

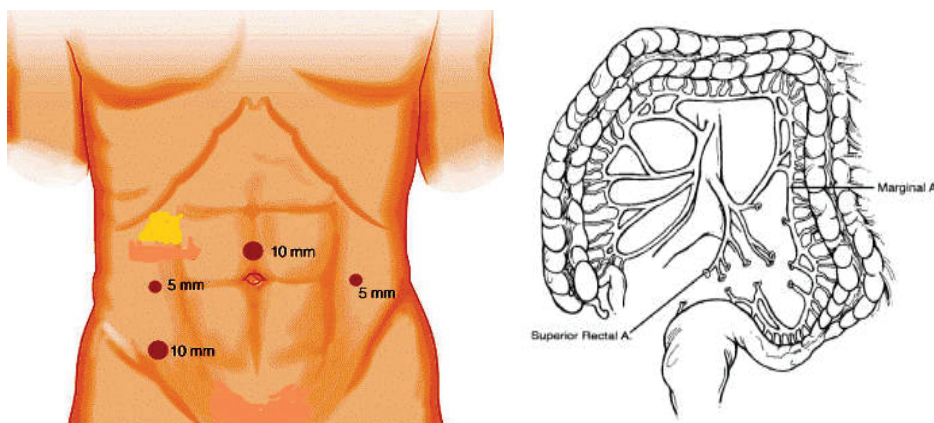
phúc mạc. Mổ ống thanh cơ bắt đầu vị trí 12h vòng hết chu vi trực tràng. Phẫu tích mạc treo đại tràng và kéo đại tràng xuống qua ống thanh cơ và ống hậu. Khó khăn trong việc di động đại tràng do mạc treo đại tràng ngắn, dính do quá trình viêm nhiễm, đoạn vô hạch dài, đoạn giãn mất trương lực dài, đoạn chuyển tiếp không rõ ràng... Quyết định mở bụng đường nhỏ ngang ở hố chậu trái để hạ đại tràng xuống. Đánh giá đoạn đại tràng lành bằng đại thể sau đó đánh dấu vị trí và lấy mẫu làm sinh thiết tức thì. Sau thời gian chờ đợi khoảng 15 phút khi kết quả trả lời dương tính tức là tổ chức đại tràng bình thường (có sự hiện diện của tế bào hạch thần kinh Auerbach - Meissner) tiến hành cắt đoạn đại tràng tại vị trí đánh dấu và nối với ống hậu môn tại vị trí rạch niêm mạc một lớp mũi rời với chỉ Vicryl. Nhét meche Betadine và Vaseline rút sau 24h.



Hình 1: Hình ảnh mở ống thanh cơ, di động đại tràng, kéo đại tràng qua ống hậu môn [17]

Trong trường hợp sử dụng đường kết hợp nội soi ổ bụng: Sát trùng vùng mổ sạch bằng dung dịch Betadin và trải sẵn phẫu thuật. Đặt 4 trocar: một trocar 5 hoặc 10mm dưới rốn, một trocar 5mm ở hố chậu trái, trocar 5mm ở hố chậu phải và trocar 5mm ngang rốn phải. Bơm hơi ổ phúc mạc với áp lực 8 - 10 mmHg. Sau khi đặt các trocar, vùng chuyển tiếp đại tràng cũng như vùng giãn trên đoạn chuyển tiếp sẽ được đánh giá cẩn thận để quyết định vị trí đại tràng cần phẫu tích và di động. Bấm mẫu sinh thiết tức thì. Giải phóng đại tràng sigma và phẫu tích trực tràng xuống tiểu khung dưới nếp phúc mạc phía trước 2 - 3 cm và phía sau ngang mức xương cụt cho đến vị trí tiếp giáp với đường phẫu tích từ hậu môn lên. Chú ý phẫu tích sát thành trực tràng để tránh làm tổn thương các nhánh thần kinh.

Các nhánh động mạch sigma được cắt sát thành đại tràng. Thông thường, mạc treo đại tràng được giải phóng ngang mức động mạch mạc treo tràng dưới. Tuy nhiên, nếu đoạn vô hạch nằm cao trên đại tràng sigma thì việc phẫu tích và di động đại tràng góc lách là kỹ thuật bắt buộc. Việc phẫu tích và di động đại tràng xuống, đại tràng góc lách và thậm chí đại tràng ngang nhằm 2 mục đích: vừa giúp cho việc cắt bỏ hết đoạn đại tràng vô hạch hoặc giãn mất trương lực do ứ đọng lâu ngày và vừa tránh được sự căng của miệng nối đại tràng - ống hậu môn. Kéo đại tràng xuống qua ống thanh cơ và ống hậu tiến hành cắt đoạn đại tràng tại vị trí đánh dấu và nối với ống hậu môn tại vị trí rạch niêm mạc một lớp mũi rời với chỉ Vicryl. Nhét mesh Betadine và Vaseline rút sau 24h.



Hình 2: Vị trí trocar và phẫu tích di động đại trực tràng [17]

- Chăm sóc sau mổ: Cho trẻ uống nước, sữa hoặc bú mẹ sau khi có đại tiện sau mổ. Hướng dẫn nong hậu môn từ 2 tuần sau mổ và 1 tháng tiếp theo. Khám kiểm tra sau mổ mỗi 3 - 6 tháng.

Đối với mỗi bệnh nhân, các thông tin thu thập được liệt kê dưới đây. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm để phân tích kết quả phẫu thuật: Tuổi bệnh nhân tại thời điểm phẫu thuật. Độ dài của đoạn đại tràng cắt bỏ. Đường mổ bụng thêm được sử dụng: mổ nội soi hay mổ mở. Nguyên nhân của việc sử dụng thêm đường mổ bụng. Thời gian phẫu thuật. Biến chứng trong mổ. Biến chứng sớm sau mổ. Thời gian nằm viện. Biến chứng tại thời điểm theo dõi 3 tháng theo phân độ của Clavien - Dindo [13].

Phân tích dữ liệu: dữ liệu được phân tích dựa trên 2 nhóm phụ thuộc vào bệnh nhân có đường mổ bụng thêm là đường mổ mở hay mổ nội soi.

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được báo cáo dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Test Chi - square hoặc Fisher's exact được dùng để so sánh các dữ liệu dạng phân loại. T-test độc lập và phân tích các biến được sử dụng để so sánh giữa 2 nhóm.

III. KẾT QUẢ

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 446 bệnh nhân được chẩn đoán Hirschsprung có bằng chứng trên giải phẫu bệnh được phẫu thuật, trong đó 24 bệnh nhân (5.38%) được chỉ định phẫu thuật nội

soi từ đầu đã bị loại trừ khỏi mẫu nghiên cứu. 422 bệnh nhân còn lại được chỉ định phẫu thuật một thì qua ngả hậu môn, trong đó 356 bệnh nhân được phẫu thuật một thì qua ngả hậu môn đơn thuần, 66 bệnh nhân (14.79%) được phẫu thuật qua ngả hậu môn kèm kết hợp đường bụng để hoàn thành phẫu thuật trong đó 52 bệnh nhân (78.79%) bệnh nhân có mổ bụng bằng đường rạch ngang ở phần tư dưới trái và 14 bệnh nhân còn lại (21.21%) cần kết hợp phẫu thuật nội soi. Độ tuổi trung bình ở nhóm kết hợp đường mổ bụng là $3 \pm 1,2$ tháng trong khi đó nhóm bệnh nhân kết hợp phẫu thuật nội soi có tuổi trung bình là $35 \pm 6,5$ tháng. Phân bố tuổi và phương thức kết hợp đường bụng được trình bày chi tiết trong (Bảng 1).

Bảng 1: Phân bố độ tuổi và phương thức kết hợp đường bụng.

Tuổi (tháng)	Mổ mở, n (%)	Mổ nội soi, n (%)
	52 (78.79%)	14 (21.12%)
< 1	22 (33.33%)	0 (0)
1-12	18 (27.27%)	4 (6.06%)*
> 12	12 (18.18%)	10 (15.16%)

* > 6 tháng

Có 4 nguyên nhân dẫn đến khó khăn trong việc hoàn thành cuộc phẫu thuật mà cần phải kết hợp đường bụng (Bảng 2)

Bảng 2: Nguyên nhân cần phải kết hợp thêm đường bụng.

Nguyên nhân	Tuổi bệnh nhân			
	< 1 tháng	1 - 12 tháng	> 12 tháng	Tổng
Đại tràng sigma dính vào thành bụng bên		8	8	16 (24.24)
Viêm vùng chậu	4	0	0	4 (6.06)
Trục tràng và đại tràng giãn rất lớn	0	0	4	4 (6.06)
Đoạn vô hạch kéo dài	18	14	10	42 (63.63)
Tổng	22	22	22	66 (100)

Tất cả 14 bệnh nhân có kết hợp với phẫu thuật nội soi ổ bụng đều với lý do đoạn vô hạch dài. Chiều dài trung bình của đại tràng được cắt bỏ ở nhóm kết hợp mở bụng là $13,30 \pm 3,45$ cm, ở nhóm kết hợp phẫu thuật nội soi $19,70 \pm 4,50$ cm ($p < 0,0001$). Thời gian phẫu thuật trung bình tổng thể là 159 ± 12 phút trong đó thời gian phẫu thuật trung bình đối với nhóm mổ mở là 156 ± 12 phút và 170 ± 14 phút ($p = 0.0004$) đối với nhóm kết hợp phẫu thuật nội soi.

Không có trường hợp tử vong hoặc biến chứng xảy ra trong quá trình phẫu thuật.

Không có biến chứng sau mổ ở nhóm bệnh nhân kết hợp phẫu thuật nội soi. Trong đó ở nhóm bệnh nhân kết hợp với đường mở bụng có 14 (21,21%) biến chứng sau mổ cấp độ II và 1 (1,51%) biến chứng sau mổ cấp độ III theo phân độ của Clavien - Dindo.

Thời gian nằm viện là $7 \pm 2,5$ ngày ở nhóm bệnh nhân kết hợp đường mổ mở bụng và $5 \pm 1,5$ ngày ở nhóm bệnh nhân kết hợp phẫu thuật nội soi ($p = 0,0059$). Các biến chứng sau phẫu thuật được trình bày chi tiết trong (Bảng 3).

Bảng 3: Các biến chứng sau phẫu thuật

Phân độ theo Clavien - Dindo		Biến chứng n (%)	
Độ 2	Nhiễm trùng vết mổ	10 (15,15)	14 (21,21)
	Tắc ruột	2 (3,03)	
	Nhiễm trùng miệng nổi	2 (3,03)	
Độ 3	Sổ thành bụng	1 (1,51)	

Bảng 4: Kết quả theo dõi sau 3 tháng.

Kết quả theo dõi sau 3 tháng	Nhóm kết hợp mổ nội soi n (%)	Nhóm kết hợp mở bụng n (%)	Phân độ Clavien - Dindo	Tổng n (%)	p
Viêm ruột	3 (4,55)	7 (10,61)	II	10 (15,15)	0,49
Hẹp miệng nổi	0 (0)	2 (3,03)	II	2 (3,03)	0,51
Táo Bón	0 (0)	4 (6,06)	I	4 (6,06)	0,34
Sa Niêm Mạc	1 (1,52)	3 (4,55)	I	4 (6,06)	0,6
Tổng	4 (6,07)	16 (24,25)	I - II	20 (30,30)	

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù phẫu thuật một thì qua ngã hậu môn cần kết hợp thêm đường bụng chiếm tỷ lệ tương đối thấp (14.79%) nhưng hiệu quả của việc kết hợp thêm đường bụng lên kết quả của phẫu thuật đã được làm nổi bật qua các dữ liệu trên.

Trước mổ, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá và chỉ định phẫu thuật một thì qua ngã hậu môn đơn thuần, tuy nhiên điều này là không khả thi khi đánh giá trong quá trình phẫu thuật. Nguyên nhân của việc kết hợp đường bụng trong nghiên cứu của chúng tôi là đại tràng sigma dính vào thành bụng bên, viêm vùng chậu, đoạn vô hạch dài hoặc đại tràng và trực tràng giãn rất lớn. Đoạn vô hạch rất dài là nguyên nhân chính của việc sử dụng thêm đường mổ bụng, chiếm 63.63% và nguyên nhân này gặp trong mọi độ tuổi bệnh [2]. Đối với trẻ sơ sinh, chỉ có 75% bệnh nhân có bệnh lý Hirschsprung có đoạn chuyển tiếp trên phim chụp barýt [11, 13, 14]. Đoạn vô hạch dài có thể được xác định trước mổ bằng cách đánh giá cẩn thận phim chụp đại tràng và phẫu thuật nội soi được xem xét chỉ định ngay từ đầu đối với các trường hợp này [7, 11]. Mặt khác, các trường hợp này cũng có thể gặp vì đa số các phẫu thuật viên ưu tiên lựa chọn phẫu thuật một thì qua ngã hậu môn hơn so với phẫu thuật nội soi do tính đơn giản và ưu điểm đối với trẻ sơ sinh, nhóm bệnh nhân này có đại tràng cố định vào phúc mạc thành sau lỏng lẻo hơn, giúp cho việc cắt bỏ đoạn đại tràng xuống dài qua ngã hậu môn, điều này là trái ngược trong phẫu thuật đối với các bệnh nhân lớn tuổi [10]. Vì vậy, theo ý kiến của tác giả, việc sử dụng đường mổ bụng thêm nên được sử dụng mà không cần dẫn đo khi gặp các trường hợp mà phẫu thuật một thì qua ngã hậu môn đơn thuần là khó khăn trong quá trình phẫu thuật, trong đó kết hợp với phẫu thuật nội soi là ưu tiên lựa chọn [15].

Không có biến chứng trong mổ trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng tỉ lệ biến chứng sau mổ còn cao. Đa số các biến chứng liên quan đến vết mổ thành bụng. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 22.72%, trong đó 21.21% bệnh nhân có biến chứng độ II và

1.51 có biến chứng độ III theo phân độ Clavien - Dindo (**Bảng 3**).

Trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào có dò miệng nối hay sót đoạn vô mạch, tuy nhiên các biến chứng này có xuất hiện ở các nghiên cứu khác dù tỉ lệ là thấp [4, 7, 8]. Tỉ lệ biến chứng tại thời điểm theo dõi 3 tháng là 24.25%, chủ yếu là viêm ruột, kết quả này tương tự với phẫu thuật một thì qua đường hậu môn đơn thuần [12, 16]. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê giữa đường mổ bụng mở và đường phẫu thuật nội soi (**Bảng 4**). Quan trọng là mặc dù các bệnh nhi có sự kết hợp thêm đường mổ bụng đều được phẫu thuật triệt để 1 thì chứ không trải qua phẫu thuật 3 thì cùng với các biến chứng phẫu thuật, nguy cơ về gây mê và đòi hỏi sự chăm sóc hậu môn nhân tạo.

Đường tiếp cận bằng nội soi được sử dụng trong 14 trường hợp (21.21%), đa số các trường hợp này là các bệnh nhân có độ tuổi lớn hơn 12 tháng tuổi (10 trường hợp) và chỉ có 4 trường hợp trong độ tuổi từ 6 - 12 tháng tuổi. Việc sử dụng đường tiếp cận bằng nội soi không được ứng dụng do sự thiếu kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi ở các phẫu thuật viên, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân sơ sinh có ổ bụng nhỏ và tình trạng chướng bụng khiến các phẫu thuật viên ưu tiên việc mổ hở hơn, mặc dù vậy, Georgeon đã chứng minh rằng phẫu thuật nội soi là khả thi và an toàn ở trẻ sơ sinh [1, 4, 7]. Trong trường hợp có trực tràng và đại tràng giãn rất lớn, thường gặp ở trẻ trên 12 tháng tuổi, tất cả các bệnh nhân đều cần sử dụng thêm đường mổ bụng mở. Điều này là do thời gian phẫu thuật với các bệnh nhân này kéo dài và phẫu thuật viên không muốn kéo dài thời gian phẫu thuật hơn với việc phẫu thuật nội soi. Theo ý kiến tác giả, phẫu thuật một thì qua ngã hậu môn là không thích hợp đối với các trường hợp này và phẫu thuật nội soi nên được chỉ định từ đầu mặc dù Miyano chỉ ra thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài hơn đối với trẻ lớn [4, 6].

Đường tiếp cận qua nội soi cho thấy nhiều ưu điểm trong nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu ghi nhận không có trường hợp nào có biến chứng

trong mô và sau mô. Độ dài của đoạn đại tràng cắt bỏ là dài hơn ($p < 0.0001$) và thời gian nằm viện là ngắn hơn ($p = 0.0059$) khi so sánh giữa sử dụng nội soi và mổ bụng mở. Bất lợi của việc sử dụng nội soi là thời gian phẫu thuật dài hơn đáng kể so với nhóm mổ mở ($p = 0.0004$), kết quả này đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó [2, 5, 15].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật qua ngã hậu môn một thì kết hợp với đường bụng trong điều trị bệnh Hirschsprung là an toàn và hiệu quả. Có thể giải quyết được những khó khăn mà phẫu thuật qua ngã hậu môn đơn thuần gặp phải. Trong đó phương pháp tiếp cận nội soi nên được sử dụng để làm giảm các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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. 229:678-82.
2. Yamataka A, Miyano G, Takeda M. Minimally Invasive Neonatal Surgery: Hirschsprung Disease. *Clin Perinatol*. 2017. 44: 851-864.
3. Guerra J, Wayne C, Musambe T, Nasr A. Laparoscopic-assisted transanal pull-through (LATP) versus complete transanal pull-through (CTP) in the surgical management of Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg*. 2016. 51: 770-4.
4. Miyano G, Takeda M, Koga H, Okawada M, Nakazawa-Tanaka N, Ishii J, et al. Hirschsprung's disease in the laparoscopic transanal pull-through era: implications of age at surgery and technical aspects. *Pediatr Surg Int*. 2018. 34: 183-188.
5. Thanh Liem N, Duc Hau B, Anh Quynh T. To compare early outcomes of primary laparoscopic assisted endorectal colon pull through and transanal for Hirschsprung disease. *Ho Chi Minh city Medical Journal*. 2011. 15: 33-36.
6. Thomson D, Allin B, Long AM, Bradnock T, Walker G, Knight M. Laparoscopic assistance for primary transanal pull-through in Hirschsprung's disease: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015. 5: e006063.
7. Uy Linh TN, Ngoc Linh PT, Kinh Bang N, Trung Hieu D. Transanal endorectal pull through in infants less than three months of age with Hirschsprung' disease. *Ho Chi Minh city Medical Journal*. 2005. 9: 1-4.
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 nonneonates: A multicenter study. *J Pediatr Surg*. 2017. 52: 1102-1107.
9. Smith GHH, Cass D. Infantile Hirschsprung's disease - is a barium enema useful? *Pediatric Surgery International*. 1991. 6: 318-321.
10. Tannuri AC, Tannuri U, Romao RL. Transanal endorectal pull-through in children with Hirschsprung's disease-technical refinements and comparison of results with the Duhamel procedure. *J Pediatr Surg*. 2009. 44: 767-72.
11. Teeraratkul S. Transanal one-stage endorectal pull-through for Hirschsprung's disease in infants and children. *J Pediatr Surg*. 2003. 38:184-7.
12. Vu PA, Thien HH, Hiep PN. Transanal onestage endorectal pull-through for Hirschsprung disease: experiences with 51 newborn patients. *Pediatr Surg Int*. 2010. 26: 589-92.
13. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004. 240: 205-13.
14. Rosenfield NS, Ablow RC, Markowitz RI, DiPietro M, Seashore JH, Touloukian RJ, et al. Hirschsprung disease: accuracy of the barium enema examination. *Radiology*. 1984. 150: 393-400.

15. Rita KM. Laparoscopic management of Hirschsprung's disease. World journal of laparoscopic surgery. 2017. 10: 91-94.
16. Langer JC, Durrant AC, de la Torre L, Teitelbaum DH, Minkes RK, Caty MG, et al. One-stage transanal Soave pullthrough for Hirschsprung disease: a multicenter experience with 141 children. Ann Surg. 2003. 238: 569-83.
17. Georgeson KE, Cohen RD, Hebra A et al. Primary laparoscopic-assisted endorectal colon pull-through for Hirschsprung's disease: A new gold standard. Ann Surg. 1999. 229(5). p: 678-682.