

PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN CƠ MU TRỰC TRÀNG HAI BÊN ĐỂ ĐIỀU TRỊ LOẠN HIỆP ĐỒNG CƠ SÀN CHẬU: BÁO CÁO 04 TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Nguyễn Trung Tín^{1,2}, Ngô Thế Vinh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng thường bắt đầu bằng liệu pháp phản hồi sinh học và tiêm độc tố Botulinum vào cơ mu trực tràng. Những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bảo tồn, có thể cần phải phẫu thuật. **Mục tiêu:** Báo cáo này nhằm mục đích đánh giá kỹ thuật cắt một phần cơ mu trực tràng trong điều trị táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu hồi cứu được thực hiện tại Khoa Hậu môn – Trực tràng Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, từ 10/2020 đến 10/2024, với những bệnh nhân bị táo bón do loạn hiệp đồng không đáp ứng với điều trị bảo tồn, được đánh giá lâm sàng, thực hiện đo áp lực hậu môn, phản xạ đại tiện, nghiệm pháp tổng bóng, MRI động học sàn chậu và được cắt một phần cơ mu trực tràng ở cả hai bên. Đánh giá kết quả dựa vào sự cải thiện các triệu chứng và sự hài lòng của bệnh nhân. **Kết quả:** Tổng cộng có 4 bệnh nhân (2 nam), có độ tuổi trung bình là $51,7 \pm 15,1$ tuổi, được đưa vào nghiên cứu. 3/4 bệnh nhân cho thấy sự cải thiện đáng kể về các triệu chứng sau 3 tháng phẫu thuật. Điểm Altomare trung bình giảm đáng kể ($p = 0,023$) từ $16,8 \pm 3,1$ xuống $7,5 \pm 7,1$ sau 3 tháng phẫu thuật. Đa số bệnh nhân (3/4) rất hài lòng sau phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào xảy ra biến chứng. **Kết luận:** Cắt một phần cơ mu trực tràng hai bên là một kỹ thuật hiệu quả trong việc xử lý táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng với kết quả khả quan và tỷ lệ biến chứng thấp. Cần nhiều trường hợp với thời gian theo dõi dài hơn để xác nhận hiệu quả của phương pháp phẫu thuật này.

Từ khóa: Co thắt cơ mu trực tràng, Táo bón do loạn hiệp đồng, Cắt một phần cơ mu trực tràng.

SUMMARY

BILATERAL PARTIAL DIVISION OF PUBORECTALIS MUSCLE FOR MANAGEMENT OF ANISMUS: REPORT OF FOUR CASES AND LITERATURE REVIEW

Introduction: Treatment of anismus usually starts with biofeedback therapy and injection of botulinum toxin in the puborectalis muscle (PRM). Patients refractory to conservative treatment may require surgery. **Objective:** The present report aimed to assess a technique of partial division of PRM in both

sides for treatment of anismus. **Methods:** A retrospective study was conducted at the Anus – Rectum Department of the University of Medicine and Pharmacy Hospital in Ho Chi Minh City from 10/2020 to 10/2024, involving patients with anismus who failed conservative treatments were assessed clinically and with anal manometry, rectal sensation test, balloon expulsion test, MRI defecography, and underwent bilaterally partial division of PRM on both side. Main outcome measures were improvement in symptoms and patient satisfaction. **Results:** A total of 4 patients (2 males) of a mean age of 51.7 ± 15.1 years were included to the study. In total, 3/4 of patients showed a significant improvement in symptoms at 3 months postoperatively. The mean modified Altomare score decreased significantly ($p=0.023$) from 16.8 ± 3.1 to 7.5 ± 7.1 at 3 months postoperatively. The majority of patients (3/4) are very satisfied after surgery. There are not patients developed any complications. **Conclusions:** Partial division of puborectalis muscle is an effective technique in the management of anismus with satisfactory results and low incidence of complications. More cases with longer follow-up are needed to confirm its efficacy.

Keywords: Anismus, Dissynergic constipation, Partial puborectal myotomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co thắt hậu môn, hoặc cơ mu trực tràng (PRM) không giãn khi đại tiện, hoặc loạn hiệp đồng cơ bụng và sàn chậu, ảnh hưởng 44% bệnh nhân táo bón do đại tiện tắc nghẽn (OD) [7]. Dữ liệu từ Hoa Kỳ [7] cho thấy phần lớn bệnh nhân OD thường bị trầm cảm và / hoặc lo lắng. Bệnh nhân mô tả các triệu chứng như đại tiện bị ngắt quãng, cảm giác tổng phân không hoàn toàn, đau hoặc nặng nề đáy chậu, có thể cần sự trợ giúp bằng ngón tay, thuốc nhuận tràng hoặc thụt tháo để tổng phân [6]. Điều trị táo bón do loạn hiệp đồng chủ yếu là điều trị bảo tồn với phản hồi sinh học, hướng dẫn bệnh nhân học cách thư giãn PRM.

Một lựa chọn khác, đặc biệt khi phản hồi sinh học thất bại, là tiêm độc tố Botulinum. Theo y văn, tiêm độc tố này có hiệu quả trong khoảng 30% trường hợp. Tuy nhiên, vài tác giả khác đã báo cáo tỉ lệ thành công cao hơn một chút khi tiêm lặp đi lặp lại [4]. Lựa chọn thứ ba là phẫu thuật cắt một phần ở hai bên của PRM, được thực hiện thông qua hai vết rạch da khoảng 2 cm đến 3 cm quanh hậu môn, gần phần dưới da của cơ thắt ngoài [8].

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

²Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thế Vinh

Email: vinh.nt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 10.3.2025

Trong nghiên cứu này chúng tôi báo cáo 04 trường hợp tắc nghẽn ngõ ra khi tổng phân do rối loạn hiệp đồng cơ sàn đáy chậu hay cơ mu trực tràng không giãn, được phẫu thuật cắt một phần cơ mu trực tràng 2 bên, thực hiện theo phương pháp của tác giả Farid [4] và Pescatori [8].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả 4 bệnh nhân (2 nam giới, tuổi trung bình $55,3 \pm 16,2$ tuổi [khoảng 37 – 68 tuổi]), được nhận vào khoa Hậu môn - Trực tràng với bệnh lý là sự kết hợp giữa táo bón do OD và gờ ý lâm sàng về PRM không giãn khi khám bằng ngón tay, đã được thực hiện MRI động học sàn chậu để đánh giá đánh giá chức năng của PRM khi đại tiện.

Đầu tiên, bệnh nhân được chẩn đoán táo bón theo tiêu chí Rome IV

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán Rome IV cho táo bón chức năng

1. Phải có ít nhất 2 triệu chứng sau
a. Rặn >25% các lần đại tiện
b. Phân cục cứng >25% các lần đại tiện
c. Cảm giác đại tiện không hết phân > 25% các

Bảng 2. Thông số nghiệm pháp tổng bóng, cảm giác mắc đại tiện và áp lực của hậu môn – trực tràng khi rặn

Bệnh nhân	Tổng bóng ¹	Cảm giác mắc đại tiện ²	ALTT khi nghỉ ²	ALTT khi rặn ²	ALHM khi nghỉ ²	ALHM khi rặn ²
1 (Nữ)	Không	80 mL	22	84	33	52
2 (Nữ)	Không	80 mL	17	61	46	66
3 (Nam)	Không	70 mL	27	112	53	183
4 (Nam)	Không	120 mL	28	90	49	104

¹ Tổng bóng với thể tích 50mL, ² Áp lực HM-TT tính bằng cm nước

Trong số bệnh các nhân nữ, có sa trực tràng kiểu túi kèm theo nhưng kích thước túi sa nhỏ, không sử dụng ngón tay để tổng phân và không có cảm giác đầy vùng trước thấp khi đại tiện sau phẫu thuật. Do đó, sa trực tràng kiểu túi ở bệnh nhân được xem như là không có triệu chứng.

Bệnh nhân được loại trừ nếu họ có bằng chứng lâm sàng hoặc khi đo áp lực có tổn thương cơ vòng, đã phẫu thuật hậu môn trực tràng trước đó, trên 70 tuổi, giao hợp qua đường hậu môn thường xuyên, là phụ nữ đa thai, không có cảm giác mắc đại tiện hoặc bị bệnh đường ruột không có triệu chứng nhưng đi phân lỏng thường xuyên.

Bệnh nhân được đánh giá cải thiện triệu chứng táo bón dựa theo thang điểm Altomare cải biên

Bảng 3. Điểm táo bón theo Altomare cải biên

Câu hỏi	Điểm			
- Dùng thuốc nhuận trường (thụt tháo/đặt hậu môn)	0	1	2	3

lần đại tiện
d. Cảm giác tắc nghẽn ở hậu môn - trực tràng >25% các lần đại tiện
e. Hỗ trợ bằng tay >25% các lần đại tiện (thí dụ: móc phân, ép đáy chậu)
f. Ít hơn 3 lần đại tiện/tuần
2. Phân lỏng hiếm khi có nếu không dùng thuốc xổ
3. Không đủ tiêu chuẩn hội chứng ruột kích thích

(Nguồn Aziz I, 2020) [3]

Các tiêu chuẩn này kéo dài trong 3 tháng vừa qua với triệu chứng khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán.

Sau đó, bệnh nhân được xác định táo bón do rối loạn hiệp đồng cơ sàn chậu bằng các tiêu chí sau: không tổng được bóng cao su được đưa vào trực tràng khi bơm phồng lên với 50 ml nước, không có dấu hiệu tăng góc hậu môn trực tràng, cơ mu trực tràng không giãn khi đại tiện trên MRI động học sàn chậu hay bệnh nhân không tổng được $\geq 70\%$ lượng gel bơm vào trực tràng trên MRI động học sàn chậu.

- Tổng phân khó khăn	0	1	2	3
- Dùng ngón tay để tổng phân	0	1	2	3
- Trở lại nhà vệ sinh để tổng phân	0	1	2	3
- Cảm giác không hết phân	0	1	2	3
- Rặn khi tổng phân	0	1	2	3
- Thời gian tổng phân	0	1	2	3
- Thay đổi lối sống	0	1	2	3

(Nguồn Abdelnaby, 2021) [2]

Mỗi điểm được tính theo tần suất của triệu chứng (câu 1 đến 6: 0 = không bao giờ, 1 = ít hơn một lần mỗi tuần, 2 = 1-6 lần mỗi tuần, 3 = mỗi ngày; câu 7: 0 = dưới 5 phút, 1 = 6-10 phút, 2 = 11-20 phút, 3 = hơn 20 phút) câu 8: 0 = không thay đổi lối sống, 1 = thay đổi nhẹ, 2 = thay đổi vừa phải và 3 = thay đổi đáng kể lối sống. Tổng điểm nằm trong khoảng từ 0 (tốt nhất) đến 24.

Mức độ hài lòng về đi tiêu hay tổng phân của bệnh nhân [1]: để giảm thiểu sự chủ quan, sự hài lòng về tổng phân của BN được đánh giá bằng cách sử dụng thang điểm hài lòng bốn mức độ như sau:

- Loại 1 (tuyệt vời hoặc rất tốt): không có vấn đề gì về tổng phân.
- Loại 2 (tốt): có vấn đề tổng phân nhưng không thường xuyên, không đáng kể.
- Loại 3 (trung bình): có một số vấn đề tổng phân ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.
- Loại 4 (kém): có vấn đề tổng phân nghiêm trọng ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống.

Tổng quan kỹ thuật cắt một phần cơ mu trực tràng: Sau khi được chuẩn bị ruột bằng thực phẩm lỏng. Bệnh nhân được gây tê tùy sống và đặt ở tư thế tán sỏi niệu quản. Vết rạch da là hai vết rạch ở đáy chậu (2 cm) được thực hiện ngay ở rìa ngoài của vùng tăng sắc tố da quanh hậu môn, tương ứng với phía bên của phần dưới da cơ thắt ngoài (Hình 1).

Sau đó, một kẹp Kelly cong được đưa lên trên qua lớp mỡ của khoang ngồi trực tràng, nhằm tách PRM ra khỏi cơ nâng hậu môn ở phía trên, phần sâu của cơ thắt ngoài ở phía dưới và trực tràng ở phía trong. Thủ thuật được lặp lại ở phía đối diện. Thay gắng tay để tránh ô nhiễm vết mổ ở đáy chậu. Một ngón tay được đưa vào hậu môn trực tràng nhằm tạo áp lực ngược lên PRM, đẩy nó về phía đầu kẹp, PRM sau đó được kẹp nắm và nhẹ nhàng kéo về phía da quanh hậu môn. Tại thời điểm này, xác định nửa bên trong của cơ và chia đôi phần cơ này bằng đốt điện, sau đó rút ngón tay tựa lên thành trực tràng để đẩy cơ mu trực tràng, cho phép PRM trở lại vị trí giải phẫu như trước. Chú ý nên cầm máu cẩn thận và, nếu cần thiết, khâu thêm lớp dưới da bằng vicryl 2/0. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được cho chế độ ăn nhiều chất xơ và xuất viện sau khi đại tiện được.



Hình 1. Hai đường mổ cạnh vòng da đậm màu quanh hậu môn

(Nguồn: Trong nghiên cứu)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật cắt một phần cơ mu trực tràng cả hai bên cho 04 bệnh nhân. Theo dõi trung bình 3 tháng, 4 bệnh nhân đều báo cáo rằng các triệu chứng OD của họ được cải thiện hoặc đã được chữa khỏi. Một bệnh nhân nam bị són phân thoáng qua trong 2 tuần sau phẫu thuật. OD vẫn còn tồn tại ở một

bệnh nhân nam khác đang được điều trị bệnh Parkinson.

Bảng 4. Kết quả sau phẫu thuật cắt cơ mu trực tràng một phần ở 2 bên điều trị táo bón do rối loạn hiệp đồng cơ sàn chậu

Bệnh nhân	Điểm Altomare trước mổ	Điểm Altomare sau mổ	VAS sau mổ
1	17	5	3
2	15	5	3
3	21	16	5
4	14	2	3

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật, ngày nằm viện và mức độ hài lòng sau mổ

Bệnh nhân	Thời gian phẫu thuật	Ngày nằm viện	Mức độ hài lòng sau mổ
1	37	3	1
2	27	3	1
3	34	3	3
4	49	3	2

Mức độ OD của các bệnh nhân được đánh giá qua điểm Altomare đã được lượng giá [1] và thể hiện trong Bảng 4. Điểm số là 17, 15, 21, và 14 trước khi phẫu thuật. Điểm số của bệnh nhân nam bị bệnh Parkinson giảm từ 21 xuống 16 và bệnh nhân vẫn phàn nàn về OD khi đánh giá sau phẫu thuật, cả khi khám trực tràng. Ở những người khác, điểm số giảm xuống còn 5, 5 và 2. Đồng thời ở bệnh nhân nam này, PRM chỉ giãn một phần khi rặn tổng phân qua thăm khám bằng ngón tay. Trong khi ba bệnh nhân còn lại PRM gần như giãn hoàn toàn khi rặn. Thời gian phẫu thuật trung bình là 37 phút (khoảng 27–49 phút) (Bảng 5). Không có bệnh nhân nào bị chấn thương trực tràng, chảy máu trong và sau phẫu thuật hoặc nhiễm trùng sau phẫu thuật. Điểm đau thấp ở tất cả các bệnh nhân. Tất cả bệnh nhân được xuất viện vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Về điều trị táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng, nên xem xét phương pháp phục hồi chức năng tâm lý - sinh học như phản hồi sinh học trước tiên, sau đó đến tiêm độc tố botulinum. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng hai phần ba số bệnh nhân tham gia liệu pháp phản hồi sinh học, triệu chứng đã cải thiện hoặc được chữa khỏi [7]. Phương pháp này đòi hỏi một nhà tâm lý học có kinh nghiệm về điều trị các rối loạn bản thể, có thể thực hiện hình ảnh hướng dẫn, tức sử dụng âm thanh hoặc các hình ảnh của một quá trình sinh lý để giúp bệnh nhân học cách kiểm soát quá trình này một cách chủ động. Bệnh nhân có thể tiếp tục thực hiện theo các hình ảnh hướng dẫn tại nhà với các đoạn băng mà nhà tâm lý học cung cấp. Phương pháp phục

hồi chức năng này đòi hỏi sự tuân thủ nghiêm ngặt trong ít nhất 2 tuần để đạt được hiệu quả tối ưu [7].

Ngoài ra, phản hồi sinh học có một lợi thế rõ ràng so với tiêm độc tố botulinum khi bệnh nhân học được cách thư giãn PMR, nghĩa là họ học cách kiểm soát cơ này một cách chủ động, trong khi độc tố botulinum chỉ làm thư giãn PRM một cách thụ động. Do đó, không có gì đáng ngạc nhiên khi độc tố botulinum có tỷ lệ thành công kém hơn (không khả dụng ở một phần ba số bệnh nhân). Người ta có thể phản bác rằng cắt một phần PRM không 'dạy' cho cơ giãn chủ động mà chỉ đơn giản là "phân chia cơ", làm nó co yếu hơn và cũng là hoạt động thụ động. Mặc dù vậy, có sự khác biệt khá lớn là giãn cơ do phẫu thuật gần như là vĩnh viễn, trong khi tác dụng của độc tố botulinum nhiều khả năng chỉ là tạm thời. Tuy nhiên, tại các bệnh viện và trung tâm phục hồi chức năng tại Việt Nam hiện tại chưa có đầy đủ phương tiện cũng như nhân sự phục hồi chức năng để điều trị táo bón do loạn hiệp đồng, do đó chúng tôi thực hiện thủ thuật điều trị như tiêm độc tố botulinum hay cắt một phần PRM hai bên như trong nghiên cứu này.

Trong một nghiên cứu so sánh của Farid và cộng sự [4] đã phát hiện ra rằng phẫu thuật cắt bỏ một phần PRM có hiệu quả hơn tiêm độc tố botulinum. Tuy nhiên, phải tránh phẫu thuật ở những bệnh nhân có cơ thắt bị tổn thương hoặc yếu như: bệnh nhân cao tuổi, phụ nữ sinh thường nhiều lần, bệnh nhân đã phẫu thuật quanh hậu môn, đáy chậu hay qua ngổ hậu môn và bệnh nhân bị tiêu chảy với phân lỏng. Đó là lý do tại sao chúng tôi chỉ thực hiện can thiệp trên một số bệnh nhân trong nhiều năm qua.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật cắt một phần cơ mu trực tràng 2 bên để điều trị táo bón do OD với nguyên nhân do rối loạn hiệp đồng cơ bụng và sàn chậu và kỹ thuật này được thực hiện theo kỹ thuật cắt cơ PRM của tác giả Farid [4] và Pescatori [8]. Ưu điểm của các kỹ thuật này là dễ dàng và an toàn, trên thực tế, không có chảy máu hoặc nhiễm trùng huyết sau mổ.

Vai trò của cơ thắt ngoài trong táo bón do loạn hiệp đồng cũng nên được đề cập đến, nhưng cho đến nay chưa có báo cáo nào cho rằng cơ thắt ngoài có vai trò trong táo bón do loạn hiệp đồng. Vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi đã cẩn thận không cắt hay gây tổn thương bất kỳ phần nào của cơ thắt ngoài để giảm nguy cơ tiêu không tự chủ.

Có những hạn chế đối với nghiên cứu loạt ca trong trường hợp này: số lượng bệnh nhân

ít, thời gian theo dõi ngắn và số liệu là từ một bác sĩ phẫu thuật duy nhất không có nhóm đối chứng. Ngoài ra, các đoàn hệ bệnh nhân bị táo bón do loạn hiệp đồng có xu hướng đi kèm nhiều yếu tố ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả điều trị bệnh. Một số tác giả báo cáo rằng bệnh nhân bị loạn hiệp đồng thường có các rối loạn chức năng hay rối loạn tâm - thần kinh khác góp phần vào tình trạng OD của họ [7]. Ví dụ, ngoài loạn hiệp đồng, bệnh nhân có thể bị hội chứng ruột kích thích [2], sa trực tràng kiểu túi nếu bệnh nhân là nữ, hoặc sa ruột non kiểu túi nếu bệnh nhân nữ ấy đã cắt bỏ tử cung. Do đó, hiệu quả của phẫu thuật cắt một phần cơ PRM đối với tình trạng OD của bệnh nhân còn phụ thuộc vào hai yếu tố: (1) bệnh nhân có bệnh đi kèm theo, (2) bệnh đi kèm có được chẩn đoán đúng và điều trị hiệu quả [5].

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật phẫu thuật cắt một phần cơ PRM có hiệu quả trong điều trị táo bón do loạn hiệp đồng cơ bụng và sàn chậu. Phẫu thuật có ưu điểm: thời gian phẫu thuật ngắn, nguy cơ chảy máu thấp và quan trọng nhất là không có nguy cơ tổn thương trực tràng. Các nghiên cứu sâu hơn với loạt ca lớn hơn và theo dõi lâu hơn là cần thiết để xác nhận kết quả của chúng tôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Ngọc Khánh, Phạm Ngọc Trường Vinh, Trần Đức Huy, Ung Văn Việt, Phạm Văn Tân, Nguyễn Trung Vinh, Nguyễn Trung Tín.** Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu treo điều trị sa niêm trong trực tràng kết hợp sa trực tràng kiểu túi. Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam, 2022, số 2, tập 12: 27-34. ISSN 1859-4506.
2. **Abdelnaby M, Fathy M, Mikhail HM, Maurice KK, Arnous M, Emile SH.** Partial division of puborectalis muscle with lateral internal sphincterotomy: a novel surgical technique for management of anal hypertonia-associated anismus. World Journal of Surgery, 2021, 45(4): 1210-1221. doi: 10.1007/s00268-020-05919-y
3. **Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, et al.** An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology, January 2020, 14(1): 39-46. doi:10.1080/17474124.2020.1708718
4. **Farid M, Youssef T, Maghdy T, et al.** Comparative study between botulinum toxin injection and partial division of puborectalis for treating anismus. International Journal of Colorectal Disease, 2009, 24: 327-334. doi: 10.1007/s00384-008-0609-7
5. **Goeschen K, Gold DM.** Surgical cure of chronic pelvic pain, associated bladder & bowel symptoms by posterior sling in 198 patients validates the Pescatori iceberg principle of pelvic symptoms co-occurrence. Pelviperineology, 2017, 36: 84-88.
6. **Hoffman MJ, Kodner IJ, Fry RD.** Internal intussusception of the rectum. Diagnosis and surgical

management. Diseases of the Colon & Rectum, 1984, 7: 435-441. doi: 10.1007/BF02555532

7. **Nehra V, Bruce BK, Rath DM, et al.** Psychological disorders in patients with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. American Journal of Gastroenterology,

2000, 95: 1755-1758. doi: 10.1111/j.1572-0241.2000.02184.x

8. **Pescatori M.** A modified myotomy of the puborectalis for anismus. Techniques in Coloproctology, 2023, 27(6): 507-512. doi: 10.1007/s10151-022-02748-0

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN DƯỚI 24 THÁNG CÓ TIỀN CĂN SINH NON

Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{1,2}, Phạm Công Anh Vũ³,
Nguyễn Thị Mai Anh^{1,2}, Trần Anh Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ các đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị và biến chứng trên trẻ từ 2 tháng tuổi đến dưới 24 tháng tuổi có tiền căn sinh non, nhập viện vì viêm phổi mắc phải tại cộng đồng tại Bệnh viện Nhi đồng 1. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả có phân tích 120 trường hợp viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) được điều trị tại khoa Hô hấp và khoa Hồi sức Nhiễm Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 9/2023 đến 7/2024. **Kết quả:** có 120 ca thỏa tiêu chuẩn, với các đặc điểm dịch tễ: Mức độ non tháng: < 28 tuần, 28 tuần đến 32 tuần và > 32 tuần tuổi thai chiếm tỉ lệ lần lượt là 10%; 22,5% và 67,5%. Tình trạng dinh dưỡng bao gồm thừa cân 2,5%, suy dinh dưỡng nhẹ 30,8%, suy dinh dưỡng trung bình 18,3%, suy dinh dưỡng nặng 19,2%. Bệnh nền kèm theo theo thứ tự loạn sản phế quản phổi có tỉ lệ cao nhất (20%), tiếp theo là trào ngược dạ dày thực quản (17,1%) và hen phế quản (11,4%), có 52,5% có tiền căn từng viêm phổi phải nhập viện. Các triệu chứng lâm sàng nổi bật 35% sốt trong 24 giờ đầu nhập viện, không có trường hợp nào hạ thân nhiệt, phần lớn các bệnh nhi có thở nhanh và co lõm ngực khi nhập viện. Có 3,3% co giật do sốt, giảm oxy với SpO₂ < 90% là 3,3% và mức SpO₂ từ 90% - 94% là 10,8%. Kết quả điều trị và biến chứng: Có 9 (7,5%) trường hợp viêm phổi rất nặng lúc nhập viện, thở oxy qua cannula ngay lúc đầu nhập viện có 11 trường hợp (9,2%), trong đó có 3 trường hợp (2,5%) sau 24 giờ phải thở NCPAP, và 4 (3,3%) trường hợp suy hô hấp nặng phải thở máy, có 3 trường hợp tử vong (2,5%). ARDS chiếm 2,5%, nhiễm khuẩn huyết chiếm 1,7%. Có 59% bệnh nhân đáp ứng ban đầu với Ceftriaxone hoặc Cefotaxime. Thời gian điều trị có trung vị là 11 ngày. Có 3 trường hợp bệnh nặng diễn tiến kéo dài, viêm phổi nặng kéo dài kém đáp ứng điều trị, cơ địa có bệnh nền. **Kết luận:** Có 59% trẻ em từ 2 tháng đến < 24 tháng tuổi, có tiền căn sinh non bị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng đáp

ứng ban đầu với Ceftriaxone hoặc Cefotaxime. Do đó, cần đánh giá chặt chẽ tính đề kháng kháng sinh ở đối tượng này để chọn lựa kháng sinh thích hợp.

Từ khóa: sinh non, viêm phổi cộng đồng, đáp ứng điều trị

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 TO 24 MONTHS WITH A HISTORY OF PREMATURITY AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Objective: To survey the prevalence of clinical, treatment outcomes, and complications in children aged 2 to under 24 months with a history of prematurity, hospitalized for community-acquired pneumonia (CAP) at Children's Hospital 1. **Materials and method:** This is a prospective, cross-sectional, descriptive study with analysis of 120 cases of CAP requiring hospitalization, treated at the Respiratory and Infectious Diseases intensive care unit of Children's Hospital 1 from September 2023 to July 2024. **Results:** 120 cases met the inclusion criteria. The findings were as follows: Epidemiological characteristics: Gestational age <28 weeks was 10.0%, 28-32 weeks was 22.5%, and >32 weeks was 67.5%. Nutritional status with Overweight (3.2%), normal or mild malnutrition (76%), moderate malnutrition (10%), severe malnutrition (10.8%). Comorbidities: The most common was bronchopulmonary dysplasia (20%), followed by gastroesophageal reflux disease (17.1%) and asthma (11.4%). A significant proportion (52.5%) had a history of prior hospitalization for pneumonia. Clinical symptoms: Fever occurred in 35% within the first 24 hours of hospitalization. Most patients presented with tachypnea and chest retractions upon admission. Seizures were observed in 3.3% of cases, all of which were simple febrile seizures. Around 3.3% had SpO₂ levels <90%, and 10.8% had SpO₂ between 90% and 94%. Crackles were the most common lung sound (45.8%). Treatment outcomes and complications: 9 cases (7.5%) presented with very severe pneumonia at admission. Oxygen therapy via nasal cannula was initiated in 11 cases (9.2%), 3 of which required NCPAP after 24 hours, and 4 cases (3.3%) required mechanical ventilation due to severe respiratory failure. There were 3 deaths (2.5%). 59% of patients

¹Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

³Bệnh viện Đa Khoa Long An

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 7.3.2025