

Bảng 4: Đánh giá tuân thủ ERAS sau phẫu thuật

Đặc điểm		N=145	Tỷ lệ (%)
Giảm đau đa mô thức	Có	7	4,8
	Không	138	95,2
Bắt đầu ăn uống sớm sau mổ	Có	52	35,9%
	Không	93	64,1%
Vận động sớm sau mổ	Có	20	13,8%
	Không	125	86,2%
Rút ống thông bàng quang ngày thứ nhất sau mổ	Có	141	97,2%
	Không	4	2,8%
Xuất viện ngày thứ 3 sau mổ	Có	44	30,3%
	Không	101	69,7%

Giảm đau sau mổ đa mô thức: Đa số bệnh nhân được dùng giảm đau thông thường (Paracetamol + Acupan), chỉ có 7 bệnh nhân (4,8%) có kết hợp TAP Block hoặc tê thẩm. Rút ống thông bàng quang ngày thứ nhất sau mổ: có 141 bệnh nhân chiếm 97,2%. Bắt đầu cho ăn uống sớm sau mổ 6 giờ: chỉ có 52 bệnh nhân (35,9%). Vận động sớm sau mổ: chỉ có 20 bệnh nhân (13,8%). Xuất viện ngày thứ 3 sau mổ: có 44 bệnh nhân (69,7%)

3.5. Đánh giá tuân thủ ERAS chung

Bảng 5: Đánh giá tuân thủ ERAS chung

Đặc điểm	N=145	Tỷ lệ (%)
Số nội dung ERAS tuân thủ: 11,7±1,0 (9-14)		
Tỉ lệ tuân thủ ERAS (tính trên 15 nội dung) (%) : 77,7±6,9 (60-93,3)		
Tuân thủ ERAS	Tuân thủ ≥70%	130
	Tuân thủ <70%	15

Trong 15 nội dung của quy trình ERAS thực hiện trên 145 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu này đạt trung bình 11,7±1,0 nội dung (9-14). Mức độ tuân thủ ERAS chung chiếm tỉ lệ (%) trung bình 77,7±6,9 (thấp nhất là 60% và cao nhất là 93,3%). Nhóm bệnh nhân có mức độ tuân thủ <70% chỉ chiếm 10,3% thấp hơn nhóm bệnh nhân có mức độ tuân thủ ≥70%

IV. BÀN LUẬN

Với mục tiêu xác định tỷ lệ tuân thủ các nội dung của quy trình ERAS bởi nhân viên y tế trong phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, nhóm nghiên cứu lựa chọn thiết kế nghiên cứu báo cáo loạt ca hồi cứu. Phương pháp này là phù hợp do có những ưu điểm như tiết kiệm chi phí, thời gian và nhân lực, nhờ vào việc khai thác dữ liệu sẵn có từ hồ sơ bệnh án. Tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, quy trình ERAS đã được triển khai từ năm 2018 và được ghi nhận các thông tin liên quan đầy đủ trong hồ sơ bệnh án. Điều này tạo điều kiện

thuận lợi cho việc thu thập dữ liệu và góp phần giảm thiểu sai lệch thông tin do mất mẫu.

Nghiên cứu cho thấy mức tuân thủ trung bình quy trình ERAS đạt 77,7%, được xem là phù hợp với khuyến cáo và tương đương các nghiên cứu trước [4-6]. So với thời kỳ chưa áp dụng, một số nghiên cứu ghi nhận tuân thủ tăng nhưng hiệu quả chỉ rõ nét khi đạt >80%. Mức tuân thủ 77,7% trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triển khai ERAS tại bệnh viện đã có hiệu quả bước đầu. Về chi tiết, trung bình mỗi bệnh nhân tuân thủ 11,7 nội dung ERAS (trong 14 nội dung). Các nội dung tiền phẫu được thực hiện gần như hoàn toàn: đánh giá dinh dưỡng, kiểm soát bệnh nền, kháng sinh dự phòng, dự phòng huyết khối và không chuẩn bị ruột. Nội dung uống nước đường trước mổ tăng từ 0% (năm 2018) lên 87,6%. Trong mổ, gần như tất cả các biện pháp đều đạt tỷ lệ thực hiện >96%. Tuy nhiên, các nội dung sau mổ như giảm đau đa mô thức, ăn uống và vận động sớm còn hạn chế. Việc kiểm soát đau chưa tối ưu có thể là nguyên nhân cản trở vận động sớm, dẫn đến kéo dài thời gian nằm viện.

Thời gian nằm viện trung bình là 4,2 ± 1,9 ngày, phù hợp với các nghiên cứu khác. Phân tích cho thấy nhóm bệnh nhân tuân thủ ERAS ≥70% có thời gian nằm viện ngắn hơn, với hơn 78% xuất viện trong vòng 4 ngày, trong khi nhóm <70% có nhiều trường hợp nằm viện kéo dài đến 7-19 ngày. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, như của Shen, Hayek [4,5] và Nelson [7], cho thấy tuân thủ cao giúp rút ngắn thời gian nằm viện. Tác động tích cực của ERAS được lý giải bởi việc phối hợp nhiều yếu tố: vận động sớm, ăn uống sớm, kiểm soát đau hiệu quả, hạn chế opioid và can thiệp xâm lấn không cần thiết. Ngoài ra, yếu tố tâm lý, tổ chức chăm sóc và phối hợp liên chuyên khoa cũng góp phần thúc đẩy hồi phục nhanh. ERAS tạo điều kiện để người bệnh phục hồi sinh lý nhanh hơn và hạn chế biến chứng, đồng thời thể hiện sự vận hành hiệu quả của hệ thống chăm sóc y tế. Về biến chứng hậu phẫu, tỷ lệ trong 30 ngày sau mổ chỉ 3,4% (5/145), chủ yếu là nhẹ (Clavien-Dindo I-II), không có tử vong hoặc tái nhập viện. Biến chứng nặng chỉ có 1 trường hợp chảy máu muộn phải mổ lại. Kết quả này cho thấy phẫu thuật nội soi kết hợp ERAS là an toàn, không làm tăng biến chứng. So sánh với các nghiên cứu khác như Shen (biến chứng 5,6%) và Hayek (6,9%), kết quả của chúng tôi vẫn thấp hơn. Tuy mỗi liên hệ giữa tuân thủ ERAS và biến chứng không đạt khác biệt thống kê trong nghiên cứu này, có thể do cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn. Tuy

nhiên, nhiều nghiên cứu khác (Basile Pache, Hayek...) đã chứng minh rõ mối liên quan giữa tuân thủ ERAS cao với giảm biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện [5, 8].

Tóm lại, mức tuân thủ ERAS tại bệnh viện là khá tốt, mang lại hiệu quả trong rút ngắn thời gian nằm viện và duy trì an toàn phẫu thuật. Kết quả phù hợp xu hướng y văn quốc tế, cho thấy tiềm năng mở rộng quy trình này trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, để tối ưu hóa kết quả, cần cải thiện các nội dung sau mổ và tiếp tục giám sát, tăng cường tuân thủ toàn diện trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 145 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định cho thấy mức tuân thủ quy trình ERAS đạt trung bình 77,7%, với đa số nội dung tiền phẫu và trong mổ được thực hiện tốt, nhưng các nội dung sau mổ như giảm đau, ăn uống và vận động sớm vẫn còn hạn chế. Kết quả này cho thấy ERAS bước đầu được áp dụng hiệu quả, tuy nhiên cần tăng cường phối hợp liên chuyên khoa, giám sát chặt chẽ và đào tạo thường xuyên để nâng cao tuân thủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bischof, S.P., et al., Outcomes of enhanced

recovery after surgery (ERAS) in gynecologic oncology - A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol*, 2021. 161(1): p. 46-55.

2. Ljungqvist, O., M. Scott, and K.C. Fearon, Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surg*, 2017. 152(3): p. 292-298.
3. Nguyen, H., Đánh giá ảnh hưởng của không chuẩn bị đại tràng trong phẫu thuật cắt tử cung ngã bụng. 2019, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Dindo, D., N. Demartines, and P.A. Clavien, Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*, 2004. 240(2): p. 205-13.
5. Hayek, J., et al., Patient outcomes and adherence to an enhanced recovery pathway for open gynecologic surgery: a 6-year single-center experience. *Int J Gynecol Cancer*, 2022. 32(11): p. 1443-1449.
6. Piovano, E., et al., Implementing Enhanced Recovery After Surgery for hysterectomy in a hospital network with audit and feedback: A stepped-wedge cluster randomised trial. *Bjog*, 2024. 131(9): p. 1207-1217.
7. Nelson, G., et al., Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for gynecologic oncology: Addressing implementation challenges - 2023 update. *Gynecol Oncol*, 2023. 173: p. 58-67.
8. Pache, B., et al., Compliance with enhanced recovery after surgery program in gynecology: are all items of equal importance? *Int J Gynecol Cancer*, 2019. 29(4): p. 810-815.

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG RUỘT NGẮN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Hà Văn Thiệu^{1,2,3}, Hà Huy Khôi⁴, Nguyễn Thị Thu Thủy²
Ngô Văn Bách³, Nguyễn Tuấn Khiêm³, Nguyễn Thị Thúy³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng ruột ngắn (HCRN) là tình trạng rối loạn chức năng hấp thu của ruột do bẩm sinh hay mắc phải sau phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột. Nó làm giảm chất lượng cuộc sống của trẻ và việc điều trị kéo dài cũng tạo gánh nặng rất lớn về mặt kinh tế. Mục tiêu của đề tài là mô tả nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng chủ yếu của HCRN ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng 2. **Đối tượng và**

phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca, tất cả bệnh nhi được chẩn đoán HCRN sau phẫu thuật cắt ruột non tại Bệnh viện Nhi đồng 2 trong giai đoạn từ tháng 07/2021 đến tháng 07/2024. **Kết quả:** Nhóm tuổi sơ sinh chiếm tỷ lệ cao 91,4%, non tháng chiếm 51,4%; Viêm ruột hoại tử (VRHT) chiếm tỷ lệ cao với 19/35 ca (54,3%), tiếp theo là teo ruột non có 8/35 ca (22,9%). Triệu chứng lâm sàng ghi nhận: Tiêu chảy, sốt, chậm nhu động ruột, chướng bụng chiếm tỷ lệ theo thứ tự lần lượt là 100%, 82,9%, 68,6% và 62,9%. Tỷ lệ nhiễm trùng huyết (NTH), tắc mật và tăng men gan trong nhóm mất van hồi manh tràng (ICV) lần lượt là 90,9%; 36,4% và 35,0%; $p > 0,05$.

Kết luận: Đặt catheter nuôi ăn tĩnh mạch (NATM) đối với bệnh nhân HCRN có tỷ lệ nhiễm trùng huyết (NTH) cao là 88,6%, cần cải thiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong thời gian tới.

Từ khóa: Hội chứng ruột ngắn, bệnh nguyên HCRN, tiêu chảy và HCRN, nhiễm trùng và HCRN.

SUMMARY

¹Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

³Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Phòng Khám Nhi

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thiệu

Email: havanthieu67@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

CHARACTERISTICS OF SHORT BOWEL SYNDROME IN CHILDREN AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Background: Short bowel syndrome (SBS) is a congenital or acquired intestinal absorptive dysfunction after intestinal resection. It reduces the quality of life of children and prolonged treatment also creates a huge economic burden. The objective of the study was to describe the causes, clinical and paraclinical manifestations of SBS in children at Children's Hospital No.2. **Subjects and methods:** Describe a series of cases, all children diagnosed with SBS after small bowel resection at Children's Hospital No. 2 from July 2021 to July 2024. **Results:** The neonatal age group accounts for a high proportion of 91.4%, preterm age accounts for 51.4%; Necrotizing enterocolitis (NEC) accounted for a high rate of 19/35 cases (54.3%), followed by small intestinal atresia with 8/35 cases (22.9%). Clinical symptoms recorded: Diarrhea, fever, delayed bowel movements, abdominal distension accounted for percentages of 100%, 82.9%, 68.6% and 62.9%, respectively. In the ileocecal valve loss group, the rates of sepsis, biliary obstruction, and elevated liver enzymes were 90.9%, 36.4%, and 35.0% respectively; $p > 0.05$. **Conclusion:** Catheter placement for parenteral nutrition (PN) in patients with SBS showed a high rate of sepsis (88.6%). Infection control measures need to be improved in the coming period.

Keywords: Short bowel syndrome, SBS etiology, diarrhea and SBS, infection and SBS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ruột ngắn (HCRN) là tình trạng rối loạn chức năng hấp thu của ruột do bẩm sinh hay mắc phải sau phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột. Theo nghiên cứu của Hollwarth năm 2017, tỉ lệ mắc HCRN chiếm 24,5/100.000 ca sinh sống (tỉ lệ mắc cao hơn ở trẻ sinh non trước 37 tuần tuổi thai) và chiếm 22,1/1.000 trẻ sơ sinh nhập viện tại đơn vị chăm sóc đặc biệt [1].

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của HCRN là tiêu chảy, dẫn đến mất nước, kém hấp thu các vi chất dinh dưỡng, rối loạn điện giải, tăng nguy cơ nhiễm trùng, bệnh lý gan mật, ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, đặc biệt là suy dinh dưỡng và có thể dẫn đến tử vong nếu không điều trị kịp thời [2]. Hiệu quả điều trị và tiên lượng bệnh phụ thuộc vào các yếu tố như tuổi, bệnh nguyên gây HCRN, vị trí đoạn ruột bị cắt, còn hay mất van hồi manh tràng, đại tràng còn

nguyên vẹn hay không, chiều dài đoạn ruột còn lại [3]. Nó làm giảm chất lượng cuộc sống của trẻ và việc điều trị kéo dài cũng tạo gánh nặng rất lớn về mặt kinh tế.

Nghiên cứu này giúp các bác sĩ Nhi khoa có cái nhìn toàn diện hơn về các đặc điểm của HCRN. Mục tiêu của đề tài là mô tả nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng chủ yếu của hội chứng ruột ngắn ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhi được chẩn đoán HCRN sau phẫu thuật cắt ruột non tại Bệnh viện Nhi đồng 2 trong giai đoạn từ tháng 07/2021 đến tháng 07/2024.

Tiêu chuẩn HCRN sau phẫu thuật cắt ruột non là thỏa 1 trong 2 điều kiện sau [4],[5].

Theo NASPGHAN chiều dài đoạn ruột non còn lại $\leq 25\%$ tương ứng theo tuổi, cụ thể trong đề tài này, từ 1 tháng tuổi trở xuống: Chiều dài hồng - hồi tràng còn lại $\leq 75\text{cm}$. Trên 1 tháng tuổi: Chiều dài hồng-hồi tràng còn lại $\leq 100\text{cm}$.

Nếu căn cứ vào chức năng ruột sau phẫu thuật: Sau phẫu thuật cắt ruột non, trẻ cần phải nuôi dưỡng tĩnh mạch hỗ trợ ≥ 60 ngày.

Chúng tôi chỉ chọn 1 đợt nằm viện đầu tiên sau khi phẫu thuật cắt ruột.

- Ứ mật do nuôi ăn tĩnh mạch (TM): Tình trạng Bilirubin trực tiếp tăng $> 2 \text{ mg/dl}$ kéo dài hơn 2 tuần và không liên quan đến đợt NTH.

- Chậm nhu động ruột được xác định khi: Chưa có nhu động ruột hoặc dịch dạ dày xanh hoặc không ăn đường miệng được sau 72h sau phẫu thuật.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Bệnh viện Nhi Đồng 2, số 687/GCN-BVND2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 35 trường hợp HCRN từ tháng 07/2021 đến tháng 07/2024 đủ tiêu chuẩn được đưa vào mẫu.

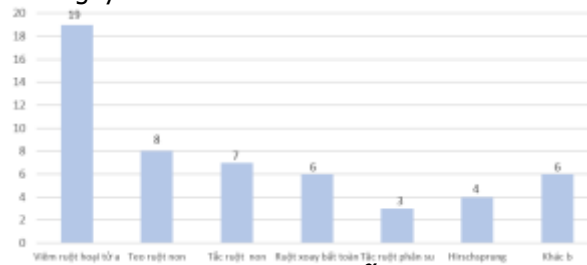
Đặc điểm mẫu nghiên cứu, bệnh nguyên, triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm tuổi thai, cân nặng lúc sinh, tuổi phẫu thuật của bệnh nhi HCRN

Số ca (n=35)			Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	20	57,1%
	Nữ	15	42,9%
Sơ sinh		32	91,4%
Ngoài sơ sinh		3	8,6%
Non tháng (n=18)	Cực non (<28 tuần)	5	14,3%

	Rất non (28 - <32 tuần)	7	20,0%
	Non vừa (32 - <34 tuần)	2	5,7%
	Non muộn (34-<37 tuần)	4	11,4%
Đủ tháng (n=17)		17	48,6%
CNLS	TB±ĐLC	2320±930 gram	
	Nhỏ nhất-Lớn nhất	1000-4000 gram	
Tuổi thai hiệu chỉnh lúc nhập viện (trẻ non tháng)	TB±ĐLC	31,6±3,6 tuần	
	Nhỏ nhất-Lớn nhất	26,6 -38 tuần	
Tuổi phẫu thuật (ngày tuổi)	Trung vị	4 ngày tuổi	
	Nhỏ nhất-Lớn nhất	1-144 ngày tuổi	
Tuổi phẫu thuật của nhóm sơ sinh (ngày tuổi)	Trung vị	3,5 ngày tuổi	
	Nhỏ nhất-Lớn nhất	1-19 ngày tuổi	

- Nhóm tuổi sơ sinh chiếm tỷ lệ cao 91,4%, nhóm non tháng (18/35, chiếm 51,4%)
- Ngày tuổi phẫu thuật của mẫu nghiên cứu là 4 ngày tuổi.



Biểu đồ 1. Bệnh nguyên dẫn đến HCRN sau phẫu thuật

^atrong nhóm bệnh viêm ruột tử (VRHT) có bệnh đi kèm: Viêm phúc mạc (VPM) do VRHT có 12 ca (10 ca VPM thủng hồi tràng), nhiễm trùng huyết có 12 ca, xoắn ruột hoại tử/Ruột xoay bất toàn 3 ca, tắc ruột non 2 ca, tắc ruột phần su 1 ca, Hirschsprung 1 ca. ^b các nguyên nhân khác gồm có: 2 ca ruột xoay bất toàn kèm xoắn ruột hoại tử, 4 ca viêm phúc mạc do thủng hồi tràng kèm hay không kèm VRHT.

VRHT chiếm tỉ lệ cao nhất với 19/35 ca (54,3%), tiếp theo là teo ruột non có 8/35 ca (22,9%).

Bảng 2. Phân bố triệu chứng lâm sàng HCRN

Triệu chứng lâm sàng	Số ca n=35	Tỉ lệ %
Tiêu chảy	35	100
Sốt	29	82,9

Bảng 4. Mối liên quan giữa các biến chứng của HCRN với vị trí ruột mất chủ yếu, đặc điểm van hồi manh tràng và đại tràng sau phẫu thuật

Vị trí ruột mất chủ yếu		Nhiễm trùng huyết ^a		Tắc mật ^b		Tăng men gan ^c	
		Không	Có	Không	Có	Không	Có
		(n=4)	(n=31)	(n=21)	(n=14)	(n=15)	(n=20)
	Hồng tràng (n=7)	1(14,3%)	6(85,7%)	4(57,1%)	3(42,9%)	3(42,9%)	4(51,7%)
	Hồi tràng (n=15)	1(6,7%)	14(93,3%)	9(60%)	6(40%)	7(36,4%)	8(63,6%)
	Cả hai (n=13)	2(15,4%)	11(84,6%)	8(61,5%)	5(38,5%)	5(38,5%)	8(61,5%)
	p	0,818*		1,000*		0,907*	

Chậm nhu động ruột	24	68,6
Chướng bụng	22	62,9
Nôn ói	15	42,9
Tắc ruột sau PT	6	17,1
Tiêu phân nhầy hôi	3	8,6
Sa hậu môn tạm	1	2,8

Tiêu chảy, sốt, chậm nhu động ruột, chướng bụng chiếm tỉ lệ cao theo thứ tự lần lượt là 100%, 82,9%, 68,6% và 62,9%.

Đặc điểm liên quan biến chứng

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm van hồi manh tràng, vị trí đoạn ruột mất chủ yếu với chậm nhu động ruột sau phẫu thuật

		Chậm nhu động ruột sau phẫu thuật		Tổng	p
		Không	Có		
Van hồi manh tràng	Mất	2 (18,2%)	9 (81,8%)	11 (100%)	0,435*
	Còn	9 (37,5%)	15 (62,5%)	24 (100%)	
Vị trí ruột mất chủ yếu	Hồng tràng	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7 (100%)	0,002*
	Hồi tràng	4 (26,7%)	11 (73,3%)	15 (100%)	
	Cả 2	1 (7,7%)	12 (92,3%)	13 (100%)	
Tổng		11 (31,4%)	24 (68,6%)	35 (100%)	

* p value được tính theo kiểm định Fisher

Chậm nhu động ruột sau phẫu thuật, đoạn ruột chủ yếu mất ở hồi tràng chiếm tỷ lệ cao 73,3%, p< 0,05.

Van ICV	Mất (n=11)	1(9,1%)	1090,9%)	7(63,6%)	4(36,4%)	4(26,7%)	7(35%)
	Còn (n=24)	3(12,5%)	2187,5%)	14(58,3%)	10(41,7%)	11(45,8%)	13(54,2%)
	p	1,000*		1,000*		0,721*	
Đại tràng	Nguyên vẹn (n=22)	313,6%)	19(86,4%)	13(59,1%)	9(40,9%)	10(45,5%)	12(54,5%)
	Mất** (n=13)	1(7,7%)	12(92,3%)	8(59,1%)	5(40,9%)	5(38,5%)	8(61,5%)
	p	1,000*		1,000*		0,737*	

*p value theo kiểm định Fisher, **Mất 1 phần hay hoàn toàn

^a số đợt nhiễm trùng huyết trung bình là $(2,17 \pm 1,5)$ đợt, số ca cấy máu dương tính 28/35 ca chiếm 80%. ^b thời gian nuôi ăn tĩnh mạch kéo dài trung bình các ca bệnh có tắc mật là $(114,8 \pm 19,5)$ ngày. ^c thời gian nuôi ăn tĩnh mạch kéo dài trung bình các ca bệnh có tăng men gan là $(155,6 \pm 30,5)$ ngày.

Mất van hồi manh tràng tỷ lệ NTH, có tắc mật và tăng men gan lần lượt là 90,9%; 36,4% và 35,0%; $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu, bệnh nguyên, triệu chứng lâm sàng. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận, đủ tháng chiếm 48,6%, non tháng chiếm 51,4%, trong đó sơ sinh cực non là 27,8%, rất non là 38,9%, sơ sinh non tháng muộn là 22,2%, sơ sinh non vừa là 11,1%. Tương tự với nhiều nghiên cứu trước đây cho rằng, trẻ sinh non tháng có nhiều nguy cơ mắc HCRN hơn nhóm trẻ đủ tháng [4]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt đáng kể chắc có lẽ do còn hạn chế về số lượng mẫu.

Trong 3 tháng cuối thai kỳ, chiều dài hồng tràng và đại tràng có thể tăng lên gấp đôi, vì vậy nếu sơ sinh non tháng bị HCRN sau phẫu thuật, được chăm sóc tốt, không xảy ra các biến chứng của bệnh, bệnh có khả năng phục hồi tốt hơn trẻ lớn và người lớn do khả năng dài ra vượt trội của ruột sau sinh [6]. Theo tác giả Galea và cộng sự, sự thích nghi xảy ra sớm hơn ở trẻ non tháng < 35 tuần tuổi thai với thời gian trung bình cần nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn là 6 tuần, đối với trẻ trên 35 tuần tuổi thì cần trung bình là 17 tuần.

Cũng giống như chúng tôi nhóm bệnh nguyên chính thường gặp là Viêm ruột hoại tử, bẩm sinh (Ruột xoay bất toàn, teo ruột non, tắc ruột non, tắc ruột phân sự, Hirschsprung, ruột xoay bất toàn/xoắn ruột hoại tử, hở thành bụng).

Chúng tôi ghi nhận tiêu chảy, sốt, chậm nhu động ruột, chướng bụng chiếm tỉ lệ cao theo thứ tự lần lượt là 100%, 82,9%, 68,6% và 62,9%. Điều này liên quan đến cấu trúc và chức năng mà từng đoạn ruột đảm nhận trong việc bài tiết và hấp thu dịch tiết của ruột và dịch thức ăn.

Đặc điểm liên quan biến chứng. Chậm nhu động ruột sau phẫu thuật do mất chủ yếu hồi tràng (73,3%) và mất chủ yếu cả 2 đoạn ruột (92,3%) cao hơn vượt trội so với nhóm chỉ mất chủ yếu hồng tràng chỉ (14,3%), $p = 0,002$. Điều này phù hợp với sinh lý bệnh học của hồi tràng, do hồi tràng là vùng tiết enteroglucagon và peptide YY, những hormon ruột đóng vai trò điều hòa vận động ruột, mất hồi tràng vận động ruột non bị ảnh hưởng. Hơn nữa, việc cắt phần xa hồi tràng cũng thường đi kèm cắt van hồi manh tràng (ICV) khiến cho việc những rối loạn về hấp thu và vận động ruột càng nặng nề và ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân HCRN [7]. Van hồi manh tràng được cho là đóng vai trò quan trọng trong việc điều hòa hệ vi khuẩn đường ruột bằng cách ngăn chặn sự di chuyển ngược dòng và sự phát triển quá mức của vi khuẩn đại tràng, phát triển mạnh ở những vùng giãn nở của ruột và suy giảm nhu động ruột.

NATM trong thời gian dài có liên quan đến tỷ lệ mắc nhiều biến chứng, bao gồm bệnh gan liên quan đến NATM và NTH liên quan đến catheter tĩnh mạch. Tác giả Caporilli C ghi nhận tỉ lệ NTH liên quan đến catheter dao động khoảng 1,3-10,2/1000 ngày catheter với nguy cơ cao ở trẻ dưới 1 tuổi [8]. Nghiên cứu chúng tôi, 100% đều có đặt catheter trung tâm nuôi ăn tĩnh mạch. NTH ghi nhận là 31/35 (88,6%). Vấn đề kiểm soát nhiễm khuẩn cần cải thiện hơn nữa trong thời gian đến. Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận mất van hồi manh tràng tỷ lệ NTH, có tắc mật và tăng men gan lần lượt là 90,9%; 36,4% và 35,0%; $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Nhóm tuổi sơ sinh chiếm tỷ lệ cao 91,4%, nhóm non tháng là 51,4%. Nguyên nhân gây phẫu thuật dẫn đến HCRN chủ yếu là viêm ruột hoại tử (54,3%), teo ruột non (22,9%), tắc ruột non (20%). NTH có tỷ lệ cao là 88,6%, cần cải thiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Höllwarth ME. (2017). Surgical strategies in short bowel syndrome. *Pediatric surgery international*. Apr 2017; 33(4), 413-419.
2. Chandra R, Kesavan A. (2018) Current treatment paradigms in pediatric short bowel