

Bevacizumab trong điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường là khả quan trong cải thiện thị lực. Thị lực trung bình cải thiện $0,67 \pm 0,17$ trước điều trị xuống $0,32 \pm 0,17$ sau 12 tuần (ba mũi); Bevacizumab có hiệu quả cải thiện cấu trúc võng mạc (bề dày võng mạc trung tâm) do bệnh đái tháo đường. Trước điều trị độ dày võng mạc trung tâm trung bình $394,3 \pm 66,5 \mu\text{m}$, sau điều trị là 3 mũi là $288,96 \pm 55,5 \mu\text{m}$ sau ba mũi. Ngoài ra không gặp biến chứng đáng kể nào xảy ra trong và sau điều trị. Đây là phương pháp có hiệu quả, đặc biệt ở các bệnh viện đa khoa, tuyến dưới cần theo dõi với thời gian lâu hơn, cỡ mẫu lớn hơn để đưa lại kết quả chính xác hơn nữa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Busch C, Katzmann JL, Jochmann C, et al.** General health of patients with diabetic macular edema—The LIPSIA study. PLOS ONE. 2021;16(6):e0252321.
2. **Kabtu E, Tsegaw A.** Prevalence of diabetic macular edema and risk factors among diabetic patients at the University of Gondar Tertiary Eye Care and Training Center, North West Ethiopia. medRxiv. Preprint posted online April 17, 2022:2022.04.13.22273816.
3. **Otani T, Kishi S, Maruyama Y.** Patterns of diabetic macular edema with optical coherence tomography. Am J Ophthalmol. 1999;127(6):688-693.
4. **Abdel-Maboud M, Menshawy E, Bahbah EI, Outani O, Menshawy A.** Intravitreal bevacizumab versus intravitreal triamcinolone for diabetic macular edema—Systematic review, meta-analysis and meta-regression. Vavvas DG, ed. PLOS ONE. 2021;16(1):e0245010.
5. **Bressler SB, Odia I, Glassman AR, et al.** Changes in diabetic retinopathy severity when treating diabetic macular edema with ranibizumab: DRCR.net Protocol I 5-Year Report. Retina Phila Pa. 2018;38(10):1896-1904.
6. **Mitchell P, Bandello F, Schmidt-Erfurth U, et al.** The RESTORE Study. Ophthalmology. 2011;118(4):615-625.
7. **Nguyen QD, Brown DM, Marcus DM, et al.** Ranibizumab for diabetic macular edema: results from 2 phase III randomized trials: RISE and RIDE. Ophthalmology. 2012;119(4):789-801.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TẾ BÀO HẠCH THẦN KINH RUỘT CHƯA TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Đỗ Thanh Tân¹, Trương Nguyễn Uy Linh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh tế bào hạch thần kinh ruột chưa trưởng thành (TBHTKRCTT) là bệnh hiếm gặp, nằm trong các nhóm biến thể của bệnh Hirschsprung, đặc trưng bởi sự trưởng thành chậm của TBHTKR trong đám rối Auerbach và Meissner. Hiện tại có ít tài liệu nghiên cứu về vấn đề này và vẫn còn một số tranh cãi về cách điều trị như thời điểm tái khám, chụp X-quang bụng (XQB) sau X-quang đại tràng (XQĐT) 24 giờ và 48 giờ, thời điểm đóng hậu môn tạm (HMT) hồi tràng. **Mục đích:** Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng trước và sau khi phẫu thuật, xác định thời điểm đóng HMT hồi tràng. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca tất cả bệnh nhi có TBHTKRCTT và xuất viện trong khoảng thời gian từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Có 76 trường hợp được nghiên cứu, triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện lúc sơ sinh với nôn (67,1%), trướng bụng (97,4%), chậm đại tiện phân su (82,9%) và 100% bệnh nhi được phẫu thuật làm HMT hồi tràng kèm sinh thiết

khung đại tràng trong mổ (98,7%). Các bệnh nhi được tái khám lúc 7 – 11 tháng tuổi hoặc có phân ở hậu môn hay có biến chứng HMT, khảo sát tình trạng phân ở hậu môn (61,8%), chụp XQB sau XQĐT 24 giờ (82,9%) và 48 giờ (51,3%) đánh giá tình trạng thải thuốc và quyết định đóng HMT. Không có trường hợp tử vong. **Kết luận:** TBHTKRCTT có biểu hiện sớm và được chẩn đoán qua sinh thiết trong mổ. Việc đóng HMT nên thực hiện sớm (7–11 tháng tuổi) khi không có biến chứng, sau khi đánh giá chức năng ruột qua dấu hiệu phân ở hậu môn và XQB thải thuốc.

Từ khóa: TBHTKRCTT; XQB sau XQĐT 24 giờ và 48 giờ; HMT hồi tràng.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR IMMATURE ENTERIC GANGLION CELL DISEASE AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Immature enteric ganglion cell disease (IEGCD) is a rare variant of Hirschsprung's disease, characterized by delayed maturation of enteric ganglion cells in the Auerbach and Meissner plexuses. Due to limited research and ongoing debate, clinical management remains controversial, particularly regarding follow-up timing, abdominal X-ray (AXR) after 24- and 48-hour contrast enema, and the optimal time for temporary ileostomy (TI) closure. **Objective:** To investigate the clinical and paraclinical characteristics, pre- and postoperative complications, and determine the appropriate timing for TI closure in

¹Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng

²Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Tân

Email: thanh.tan.pedsurdn@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

pediatric patients with IEGCD. **Methods:** A retrospective case series was conducted on all pediatric patients diagnosed with IEGCD and discharged from Children's Hospital 1 between July 2016 and June 2025. **Results:** Seventy-six cases were included. Clinical symptoms typically presented in the neonatal period, with abdominal distension (97.4%), vomiting (67.1%), and delayed meconium passage (82.9%). All patients underwent TI surgery, with intraoperative colonic biopsy performed in 98.7% of cases. Follow-up was scheduled at 7–11 months of age or earlier if stool was observed at the anus or TI complications occurred. Anal stool passage was assessed in 61.8% of cases, while AXR after 24-hour and 48-hour contrast enemas was performed in 82.9% and 51.3% respectively to evaluate contrast evacuation and guide TI closure. No mortality was reported. **Conclusion:** IEGCD presents early in neonates and is diagnosed via intraoperative biopsy. Early TI closure (7–11 months) is recommended when no complications are present, based on anal stool passage and contrast evacuation findings. **Keywords:** Immature enteric ganglion cell disease; contrast enema; abdominal X-ray; ileostomy closure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh TBHTKRCTT là một bệnh hiếm gặp, nằm trong các nhóm biến thể của bệnh Hirschsprung, đặc trưng bởi sự trưởng thành chậm của TBHTKR trong đám rối Auerbach và Meissner. Đây là một trong những nguyên nhân gây táo bón kéo dài ở sơ sinh và nhũ nhi [8]. Các nhóm bệnh liên quan đến bất thường hệ thống thần kinh ruột có cách điều trị khác nhau và tiên lượng cũng hoàn toàn khác nhau. Đối với bệnh TBHTKRCTT, bệnh nhi sẽ được bảo tồn toàn vẹn chiều dài của ruột, đặc biệt là đại tràng, nhờ đó có tiên lượng tốt hơn bệnh Hirschsprung và một số biến thể khác [2,3].

Trên thế giới và trong nước chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về bệnh này. Năm 2016, Ngô Kim Thơi [2,3] đưa ra sơ đồ xử trí bệnh TBHTKRCTT dựa trên các trường hợp tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tuy nhiên các nghiên cứu của các tác giả chưa cho thấy mối liên quan giữa thời điểm đóng HMT và triệu chứng lâm sàng cũng như cận lâm sàng, các bệnh nhi có khoảng thời gian tái khám có thể lên đến 20 tháng tuổi, có nhất thiết phải chụp X-quang 48 giờ sau khi đã được chụp sau 24 giờ không? Khi bệnh nhi có phân ở hậu môn thì có nhất thiết phải được chụp lại X-quang đại tràng xác định thải thuốc sau 24 giờ hoặc 48 giờ không? Đến nay đã có nhiều thay đổi trong cách tiếp cận và xử trí các bệnh nhi có TBHTKRCTT để giải quyết các vấn đề trên.

Đó chính là lý do chúng tôi quyết định thực hiện đề tài này nhằm tìm ra cách tiếp cận và điều trị thích hợp cho bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt trường hợp.

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhi đã được chẩn đoán bệnh TBHTKRCTT, được làm HMT hồi tràng, nhập viện đóng hoàn toàn HMT và xuất viện trong khoảng thời gian từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2025.

Tiêu chí chọn bệnh: Các bệnh nhi xuất viện trong khoảng thời gian từ tháng 7/2016 – 6/2025 có kết quả giải phẫu bệnh TBHTKRCTT (tế bào thường nhỏ hơn TBHTKR trưởng thành [2]. Kích thước thay đổi từ 25 – 40 µm, tế bào nhỏ, nhân đậm, nhiễm sắc chất co cụm, bào tương ít, hạt Nissl không rõ, không có tơ thần kinh, thường sắp xếp ở ngoại vi của đám rối thần kinh tạo thành hình nhẫn [2]). Tất cả đều được mở hồi tràng ra da, được đóng HMT hoàn toàn, được điều trị hoàn toàn tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhi được điều trị tại bệnh viện khác trước khi đến Bệnh viện Nhi Đồng 1, chưa hoàn tất quá trình điều trị, hồ sơ thiếu dữ liệu cần thu thập.

Cỡ mẫu: lấy trọn.

Phương pháp thu thập số liệu: Chọn hồ sơ phù hợp tiêu chuẩn chọn mẫu. Lập danh sách các bệnh nhi đưa vào nghiên cứu. Lấy hồ sơ. Lập bản thu thập số liệu. Ghi nhận các thông tin cần thu thập vào bản thu thập số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2025, có 76 hồ sơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Lần nhập viện đầu tiên

Bảng 1. Lần nhập viện đầu tiên (N=76)

		Trước mổ	%
Đặc điểm bệnh nhi	Giới tính	Nam	52,6
		Nữ	47,4
	Tuổi thai	Non tháng	42,1
		Đủ tháng	57,9
	Cân nặng so với 2.500 g	Nhẹ cân	35,5
Không nhẹ cân		64,5	
Tuổi (ngày)	4 (2-4) (1-43)		
Triệu chứng		%	
Lâm sàng	Nôn	67,1	
	Thành bụng nề đỏ	14,5	
	Trướng bụng	97,4	
	Chậm đại tiện phân su	82,9	
	Mức nước-hơi/XQB	6,6	
	Hơi tự do/XQB	18,4	
	Quai ruột	84,2	

	trưởng hơi/XQB	
Trong mổ		
Chẩn đoán	Thủng ruột	27,6
	Tắc ruột	51,3
	Teo ruột	1,3
	Xoắn hoại tử ruột	19,7
	Nghi ngờ VHTBĐT	86,8
Kiểu HMT	Quai	98,7
	Đóng đầu xa	1,3
Tuổi phẫu thuật (ngày)	4 (3-6,75) (1-69)*	
Thời gian phẫu thuật	80 (65,5-95,75) (45-170)*	
Có sinh thiết (%)	98,7	
Sau mổ		
Trướng bụng	3(1-4) (1-12)*	
Bắt đầu đi tiêu qua HMT	3 (2-5) (1-31)*	
Nuôi ăn tĩnh mạch	6 (4-7,75) (2-12)*	
Nằm viện	19,5 (14-32,5) (6-212) *	
Biến chứng (%) (N=76)		
Viêm da	54	
Sa	18	
Tụt	4	
Chảy máu	18	
Tắc ruột	2	
Hoại tử	2	
Xoắn	2	

Bảng 2. Kết quả sinh thiết

Vị trí	TBHTK trưởng thành (%)	TBHTK chưa trưởng thành (%)	Vô hạch (%)	N
Trực tràng	92.1	20.6	7.9	63
ĐT xích ma	84.9	23.3	4.1	73
ĐT xuống	100.0	29.6	0.0	27
ĐT ngang	87.7	32.9	4.1	73
ĐT lên	93.1	36.1	6.9	72
Hồi tràng đoạn hẹp	94.3	64.2	5.7	53
Hồi tràng miệng HMT	87.0	85.5	13.0	69

Bảng 3. Đặc điểm bệnh nhi đóng HMT thất bại (N=6)

Trước mổ		
Đặc điểm	Tuổi (tháng)	9,5 (2,5-15,5) (2-23)*
	Cân nặng	6,7 (5,15-8,85) (2,9-9,6)*

	Cân nặng theo tuổi (%)	<-2SD	50
		-2SD đến 2SD	50
		>2SD	0
Lâm sàng và cận lâm sàng	Phân qua hậu môn (%)		16,7
	Đi nhầy qua hậu môn (%)		16,7
	Nôn (%)		16,7
	Trướng bụng (%)		16,7
	Sa HMT (%)		50
	Viêm da quanh HMT (%)		16,7
	Mất dịch nhiều/HMT (%)		33,3
	XQB sau XQĐT 24 giờ (%)		83,3
	Thải thuốc tốt sau 24 giờ (%)		20
	XQB sau XQĐT 48 giờ (%)		50
Thải thuốc tốt sau 48 giờ (%)		33,3	
Sau mổ			
Trướng bụng	3,5(2,5 – 16,25)(1 – 35)*		
Bắt đầu đi tiêu qua hậu môn	3(1,75 – 3)(1 – 3)*		
Thời gian nuôi ăn tĩnh mạch	8(4,25 – 16)(2 – 25)*		
	Albumin máu thấp (%)	66,7	
Thời gian đóng HMT đến PT lại (ngày)	10 (5,5 – 27,5) (4-35)		
Lý do làm lại HMT	Xi miêng nối (%)		66,7
	Tắc ruột (%)		33,3

Bảng 4. Đặc điểm bệnh nhi đóng HMT thành công (N=76)

Đặc điểm	Tuổi (tháng)	13 (8-16) (4-91)*
	Cân nặng (kg)	8 ± 3,6 (2,1-22)**
Triệu chứng		%
	Phân ở hậu môn	61,8
	Nhầy ở hậu môn	9,2
	Sa HMT	23,7
	Tụt HMT	1,3
	Viêm da quanh HMT	31,6
	Mất dịch nhiều qua HMT	21,1
X-quang	XQB sau 24 giờ	82,9
	XQB sau 48 giờ	51,3
Thải thuốc tốt	XQB sau 24 giờ (N=63)	47,6
	XQB sau 48 giờ (N=39)	69,2
Thời gian phẫu thuật	102 ± 37 (37 – 104) (phút)	

Bảng 5. So sánh hai nhóm: đóng HMT thành công và đóng HMT thất bại

	P	Kiểm định
Cân nặng	0,472	Mann-Whitney U test
Thải thuốc sau 24 giờ và	0,366	Fisher

kết quả đóng HMT		
Thải thuốc sau 48 giờ và kết quả đóng HMT	0,245	
Đi tiêu qua hậu môn và kết quả đóng HMT	0,027	
Chất nhầy ở hậu môn và kết quả đóng HMT	0,471	
Đi tiêu qua hậu môn và thải thuốc sau 24 giờ	0,136	
Đi tiêu qua hậu môn và thải thuốc sau 48 giờ	0,027	

Bảng 6. So sánh 2 nhóm đóng HMT thành công ở bệnh nhi ≤ 12 tháng và > 12 tháng tuổi

Tuổi (tháng)	≤12 tháng	9 (7 – 11)***
	>12 tháng	16 (14 – 21)***
Tiêu chí	P	Kiểm định
Cân nặng	0.001	Mann–Whitney U test
Nhẹ cân theo tuổi	0,001	Chi bình phương
Phân ở hậu môn	0,239	Chi bình phương
Nhầy ở hậu môn	1,000	Fisher
Sa HMT	0,198	Chi bình phương
Viêm da quanh HMT	0,686	Chi bình phương
Mất dịch nhiều qua HMT	0,067	Chi bình phương
Sửa HMT	0,023	Chi bình phương
Thải thuốc sau 24 giờ	0,306	Chi bình phương
Thải thuốc sau 48 giờ	0,111	Chi bình phương
Thời gian phẫu thuật	0,606	t không bắt cập
Thời gian trưởng bụng	0,1799	Mann–Whitney U test
Thời gian nằm viện sau mổ	0,1778	
Thời gian đi tiêu qua hậu môn sau mổ	0,0859	
Thời gian nuôi ăn tĩnh mạch sau mổ	0,3064	
Mối liên quan giữa cân nặng theo tuổi và thời gian nằm viện		
≤12 tháng tuổi	0,3174	Spearman
>12 tháng tuổi	0,4547	

*Trung vị (tứ phân vị) (nhỏ nhất – lớn nhất)

**Trung bình ± độ lệch chuẩn (nhỏ nhất – lớn nhất)

***Trung vị (tứ phân vị)

IV. BÀN LUẬN

Ở lần nhập viện đầu tiên, nam xuất hiện bệnh nhiều hơn nữ phù hợp với xu hướng được ghi nhận ở các nghiên cứu [2,4,7]. Lin nghiên cứu trên 6 bệnh nhi sinh non và 3 bệnh nhi đủ tháng [8], Ngô Kim Thơi cho thấy tuổi thai trung vị của các bệnh nhi là 38 tuần [3]. Số lượng bệnh nhi đủ tháng nhiều hơn bệnh nhi non tháng trong nghiên cứu của chúng tôi. Tất cả các

nghiên cứu không đồng thuận về bệnh TBHTKRCTT ưu thế ở trẻ non tháng hay đủ tháng. Tuổi nhập viện của các bệnh nhi đa số là sơ sinh, cân nặng lúc nhập viện trung bình là 2.592 gram cho thấy bệnh có biểu hiện rất sớm và bệnh nhi có cân nặng tương tự với các nghiên cứu khác [4,7,8]. Triệu chứng lúc nhập viện gồm nôn, thành bụng nề đỏ, bụng trướng, chậm đại tiện phân su giống với các nghiên cứu khác [4,8]. Tất cả bệnh nhi đều được chụp XQB lúc nhập viện cho thấy dấu hiệu tắc ruột không đặc hiệu. Theo nghiên cứu của các tác giả [2,4] cũng như chúng tôi, chẩn đoán đưa ra sau mổ chủ yếu là tắc ruột và biểu hiện của đoạn ruột trong mổ làm tăng tỉ lệ nghi ngờ bệnh VHTBĐT. Đa số các bệnh nhi được phẫu thuật trong giai đoạn sơ sinh [3,4,8]. Các tác giả [3,4,8] đồng ý với phương pháp mở HMT giải áp, vị trí tùy theo tổn thương đánh giá trong mổ. HMT kiểu quai an toàn để giải áp ruột trong tình trạng phẫu thuật ở tuổi sơ sinh, thời gian nhanh hơn so với các kiểu HMT khác. Có 98,7% trường hợp được sinh thiết. Ở các nghiên cứu, đối với bệnh nhi cần can thiệp phẫu thuật, tỉ lệ sinh thiết là 100% [2-4,7,8]. Ngoài vai trò xác định chính xác tình trạng bệnh, mô bệnh học còn trở thành công cụ để phân tích mô học chuyên sâu, từ đó theo dõi tiến trình trưởng thành của hệ thần kinh ruột cũng như mối liên quan giữa mô bệnh học và triệu chứng thoái lui của bệnh. Có 2 trường hợp được ghi nhận đi tiêu qua hậu môn mặc dù kiểu mở ruột ra da là kiểu quai. Tuy nhiên đây là điều đáng lưu ý rằng ruột đã có thể hoạt động ngay cả tuổi sơ sinh. Các biến chứng của HMT hồi tràng chúng tôi ghi nhận đều đã được báo cáo trong y văn với các tỉ lệ khác nhau. Tỉ lệ TBHTKRCTT càng về phía trực tràng càng xuất hiện ít chứng tỏ sự xuất hiện và trưởng thành của TBHTKR có thể theo xu hướng đầu-đuôi.

Có 6 trường hợp (7,9%) đóng HMT bị thất bại. Đa số các trường hợp đều là được đóng HMT chủ động. Các bệnh nhi được chụp XQB khảo sát thải thuốc sau 24 giờ và 48 giờ. Ngô Kim Thơi cho rằng nếu chất cản quang thải tốt (≥ 90%) sau 24 giờ đồng nghĩa với tình trạng nhu động ruột phục hồi tương đối, gợi ý quá trình trưởng thành của TBHTKR đã diễn ra [2]. Quá trình hậu phẫu chứng tỏ đoạn ruột đã có hoạt động. Có 4/6 trường hợp được xác định albumin máu thấp có thể dẫn đến tình trạng đóng HMT thất bại và lý do phẫu thuật lại là xì miệng nối (66,7%) và tắc ruột (33,3%). Theo Adam Truong, albumin huyết thanh < 3,5 g/dL là yếu tố dự báo biến chứng và tử vong sau phẫu thuật mạnh nhất. Nguy cơ biến chứng tăng

24% và tử vong tăng 49% cho mỗi 1 g/dL albumin giảm. Albumin giảm làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết mổ cả nông và sâu, rò tiêu hóa do chậm lành vết thương, tắc ruột sau mổ. Đặc biệt albumin thấp còn làm chậm nhu động ruột và tăng thời gian nằm viện [1].

Ở lần phẫu thuật thành công, tuổi đóng HMT và cân nặng tương đương với các nghiên cứu trước đó [3,8]. Đa số các trường hợp đóng lần này đều là chủ động theo hẹn. Các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới không ghi nhận tình trạng phân qua hậu môn trước khi đóng. XQB khảo sát thải thuốc được thực hiện ở hầu hết các bệnh nhi, trừ một số trường hợp được ghi nhận có phân ở hậu môn. Có 30/63 (47%) các trường hợp chụp XQB sau 24 giờ thải thuốc tốt. Sau đó có 39 trường hợp được chụp XQB sau 48 giờ để khảo sát thải thuốc. Như vậy có 24 trường hợp đã thải thuốc tốt trên XQB sau XQĐT 24 giờ không cần chụp lại XQB sau 48 giờ. Chúng tôi nhận thấy nếu đã thải thuốc tốt trên XQB sau XQĐT 24 giờ thì tất nhiên trên XQB sau 48 giờ cũng có kết quả thải thuốc tốt. Nên không cần chụp XQB sau XQĐT 48 giờ khi XQB sau XQĐT 24 giờ thải thuốc tốt.

Khi so sánh hai nhóm là đóng HMT thành công và đóng HMT thất bại cho thấy các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chứng tỏ rằng biến chứng xì miệng nối hay tắc ruột trong nghiên cứu là biến chứng chung của phẫu thuật đóng HMT hồi tràng. Đi tiêu qua hậu môn và đóng HMT thành công có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm đóng HMT thành công có tỉ lệ đi tiêu qua hậu môn cao hơn nhóm đóng HMT thất bại. Vì đi tiêu qua hậu môn chứng minh rằng nhu động ruột đã hoạt động. Như vậy đi tiêu qua hậu môn được xem là dấu hiệu để quyết định đóng HMT. Có đi tiêu qua hậu môn thì chưa chắc chắn rằng thải thuốc cản quang sau 24 giờ sẽ tốt. Tuy nhiên cần thêm dữ liệu hoặc nghiên cứu lớn hơn để xác nhận. Tình trạng đi tiêu qua hậu môn và thải thuốc tốt trên XQB sau 48 giờ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Như vậy dấu hiệu đi tiêu qua hậu môn có thể thay thế cho X-quang thải thuốc. Có hay không có chất nhầy ở hậu môn và thời gian phẫu thuật không ảnh hưởng đến kết quả đóng HMT.

Khi so sánh đóng HMT thành công ở bệnh nhi ≤ 12 tháng và > 12 tháng tuổi, chúng tôi nhận thấy cân nặng thấp hơn, tỉ lệ nhẹ cân theo tuổi nhiều hơn ở các trẻ ≤ 12 tháng tuổi. Trong khi đó số lần phẫu thuật ở trẻ > 12 tháng tuổi nhiều hơn có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra tất cả các chỉ số về triệu chứng lâm sàng, cận lâm

sàng, phẫu thuật, hậu phẫu không có sự khác biệt. Vì thế chúng tôi nghĩ nên ưu tiên đóng HMT sớm < 12 tháng (7 – 11 tháng) để hạn chế tối thiểu biến chứng. Bệnh nhi ≤ 12 tháng tuổi trải qua ít cuộc phẫu thuật hơn nên giảm thiểu các nguy cơ về gây mê, phẫu thuật và nằm viện. Tuổi tại thời điểm mổ không phải là yếu tố quyết định tốc độ phục hồi của bệnh nhi. Nhóm > 12 tháng tuổi có thời gian chịu đựng các biến chứng kéo dài hơn, gây áp lực tâm lý cũng như kinh tế lên gia đình và xã hội. Cần chỉ định phẫu thuật sớm hơn để hỗ trợ phục hồi chức năng, cải thiện dinh dưỡng và phát triển thể chất cho bệnh nhi.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng xuất hiện đa số ngay từ sơ sinh với trướng bụng, chán ăn, chậm đại tiện phân su. Bệnh xuất hiện ở nam và nữ gần tương đương nhau. XQB đa số cho thấy dấu hiệu tắc ruột không đặc hiệu. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật gồm xử trí thương tổn và làm HMT hồi tràng. Tái khám lúc 7 – 11 tháng tuổi hoặc có phân ở hậu môn hay có biến chứng HMT. Đóng HMT hồi tràng khi có phân ở hậu môn hoặc XQB sau XQĐT 24 giờ thải thuốc tốt hay XQB sau 48 giờ thải thuốc tốt khi XQB sau 24 giờ thải thuốc không tốt. Các biến chứng của HMT hồi tràng là viêm da quanh HMT, sa, tụt, chảy máu, rối loạn điện giải, tắc ruột. Giải phẫu bệnh vẫn là tiêu chuẩn vàng để xác định sự trưởng thành về mặt cấu trúc của TBHTKR. Thất bại trong đóng HMT do nhiều nguyên nhân, là biến chứng chung của phẫu thuật đóng HMT hồi tràng.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần tăng cường đào tạo, cập nhật kiến thức cho các cơ sở y tế có chuyên ngành ngoại nhi về mặt lâm sàng và giải phẫu bệnh để tránh chẩn đoán nhầm dẫn đến điều trị sai lầm trên những bệnh nhi có TBHTKRCTT.

Khuyến khích thực hiện các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn, có nhóm đối chứng để kiểm chứng và mở rộng kết quả nghiên cứu.

Xem xét đưa kết quả nghiên cứu vào thực hành lâm sàng, đặc biệt trong các bệnh viện nhi hoặc trung tâm phẫu thuật nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adam Truong, Mark H Hanna, Zhubin Moghadamyeghaneh, Michael J Stamos.** Implications of preoperative hypoalbuminemia in colorectal surgery. *World J Gastrointest Surg.* 2016 May 27;8(5): 353-362.
2. **Ngô Kim Thơi.** Đánh giá kết quả điều trị ngắn hạn của bệnh tế bào hạch thần kinh ruột chưa trưởng thành. Luận văn chuyên khoa II. Đại học Y Dược TP.HCM.2017.

3. **Ngô Kim Thời, Nguyễn Thị Bích Uyên, Trương Nguyễn Uy Linh, et al.** Đánh giá kết quả điều trị ngắn hạn bệnh tế bào hạch thần kinh ruột chưa trưởng thành. Y học TP. Hồ Chí Minh.2018;22(1):391-401.
4. **Małgorzata Markiewicz-kijewska, Adam Kowalski, Ludmiła Bacewicz.** Immaturity of ganglion cells – a study of our own material. Przegląd chirurgiczny. 2009; 81(2):95-102.
5. **Prem Puri, Jan-Hendrik Gosemann, Hiroki Nakamura.** Variants of Hirschsprung Disease. Prem Puri, ed. Pediatric Surgery: General Principles and Newborn Surgery. 1st ed. Pringer-Verlag GmbH;2020: 1045-1058.
6. **Salimi Jazi F, Julia M. Chandler, Chad M. Thorson.** Delayed appearance of mature ganglia in an infant with an atypical presentation of total colonic and small bowel aganglionosis: a case report. BMC Pediatr. 2019; 19(1): 93.
7. **Satoshi Ieiri, Kina Miyoshi, Kouji Nagata, Junko Miyata.** Current clinical features in diagnosis and treatment for immaturity of ganglia in Japan: analysis from 10-year nationwide survey. Pediatr Surg Int. 2015;31: 949–954. DOI 10.1007/s00383-015-3774-0.
8. **Zhixiong Lin, Mingkun Liu, Lei Yan.** Outcome of Santulli enterostomy in patients with immaturity of ganglia: single institutional experience from a case series. BMC Surgery.2022;22:400.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TIỀN LIỆT TRÊN SINH THIẾT KIM THEO PHÂN LOẠI WHO 2016 TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặng Anh Phương¹, Phan Thị Quỳnh²,
Nguyễn Thị Hồng Vân³, Nguyễn Phương Hoa³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến tiền liệt trên sinh thiết kim theo phân loại WHO 2016 và xác định mối liên quan giữa phân độ Gleason với một số đặc điểm khác. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 78 bệnh nhân được chẩn đoán UTBM TTL tại Trung tâm Giải phẫu bệnh – Tế bào học, Bệnh viện Bạch Mai từ 02/2022 đến 03/2023. Các mẫu được nhuộm H.E, phân loại theo WHO 2016 và chấm điểm Gleason theo hệ thống ISUP 2014. **Kết quả:** Tuổi trung bình 72,86 ± 7,75; nhóm 70–79 tuổi chiếm 41%. UTBM tuyến nang thông thường chiếm 89,7%; biến thể tế bào giống nhẵn và bọt bào lần lượt 6,5% và 3,8%. Tỷ lệ xâm lấn ít nhất 1 trong 3 thành phần thần kinh, mạch máu/bạch huyết hoặc mô mỡ xung quanh là 71,8%. Nhóm Gleason 9 – 10 (độ mô học 5) chiếm 64%. Có mối liên quan có ý nghĩa giữa điểm Gleason và xâm lấn thần kinh (p=0,012), xâm lấn mạch máu (p=0,029) và tỷ lệ lõi sinh thiết dương tính (PPC) (p<0,001). **Kết luận:** UTBM tuyến nang là thể mô bệnh học chủ yếu của UTBM. Phân nhóm Gleason 9 – 10 chiếm tỷ lệ cao nhất, phân độ mô học và đặc điểm xâm lấn thần kinh, mạch máu, tỷ lệ lõi sinh thiết dương tính có liên quan đáng kể.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, mô bệnh học, sinh thiết kim, Gleason, WHO 2016

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PROSTATIC ADENOCARCINOMA ON NEEDLE BIOPSY ACCORDING TO WHO 2016 CLASSIFICATION AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To describe the histopathological characteristics of prostatic adenocarcinoma on needle biopsy according to WHO 2016 classification and to evaluate the correlation between Gleason grade and histological features. **Patients and Methods:** A cross-sectional study on 78 patients diagnosed with prostatic adenocarcinoma at the Department of Pathology, Bach Mai Hospital (Feb 2022 – Mar 2023). All samples were H&E stained, classified according to WHO 2016, and graded using the ISUP 2014 Gleason system. **Results:** The mean age of patients was 72.86 ± 7.75 years, with the 70–79 age group accounting for 41%. Conventional acinar adenocarcinoma was the predominant histological subtype (89.7%), while signet-ring cell and foamy gland variants represented 6.5% and 3.8%, respectively. At least one of three types of peritumoral invasion (perineural, vascular/lymphatic, or adipose tissue) was found in 71.8% of cases. Gleason scores 9–10 (Grade Group 5) were most frequent, comprising 64% of the cohort. Significant associations were observed between Gleason grade and perineural invasion (p=0.012), vascular invasion (p=0.029), and positive biopsy core percentage (PPC) (p<0.001). **Conclusions:** Conventional acinar adenocarcinoma is the predominant histological subtype of prostate cancer. High Gleason grade (9–10) accounted for the majority of cases, and showed significant correlations with perineural and vascular invasion as well as PPC, underscoring their prognostic importance in prostatic adenocarcinoma. **Keywords:** Prostate cancer, histopathology, biopsy, Gleason grading, WHO 2016.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Bắc Thăng Long

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Anh Phương

Email: dr.anhphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025

Ngày duyệt bài: 13.01.2026