KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT THÌ ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH Ở TRẺ TỪ 0-6 THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Đức Thắng[1], Trần Anh Quỳnh[2], Vũ Thị Hồng Anh[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) một thì điều trị phình đại tràng bẩm sinh (PĐTBS) ở trẻ từ 0-6 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 84 bệnh nhi PĐTBS dưới 6 tháng tuổi được PTNS một thì từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2026, theo dõi qua 3 lần khám lại.

Kết quả: Nam chiếm 77,4%; tuổi và cân nặng lúc phẫu thuật trung bình lần lượt là 2,0 ± 1,3 tháng và 4,3 ± 1,3 kg. Chậm đại tiện phân su và chướng bụng đều gặp ở 96,4%, viêm ruột trước mổ 79,8%; đoạn hẹp ở trực tràng trên phim chụp đại tràng cản quang chiếm 70,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình 77,1 ± 11,8 phút. Chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ trung bình 21,8 ± 7,2 cm, là yếu tố độc lập duy nhất ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật (β = 1,28 phút/cm; p < 0,001) và có giá trị dự báo cuộc mổ kéo dài trên 90 phút (AUC = 0,968; điểm cắt 30 cm). Tai biến trong mổ và biến chứng sớm đều là 1,2%; thời gian nằm viện sau mổ 5,5 ± 0,6 ngày. Qua 3 lần khám lại, tỉ lệ đại tiện 1-2 lần/ngày tăng từ 2,4% lên 85,5%, không có són phân thường xuyên; viêm ruột sau mổ cao nhất ở lần khám 2 (42,1%) và giảm còn 7,9% ở lần khám 3, không có trường hợp nặng. Cân nặng lúc mổ liên quan có ý nghĩa với viêm ruột sau mổ (p = 0,015).

Kết luận: PTNS một thì điều trị PĐTBS ở trẻ dưới 6 tháng tuổi an toàn, cho kết quả sớm tốt và chức năng đại tiện cải thiện rõ theo thời gian; chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ là yếu tố tiên lượng chính của thời gian phẫu thuật.

Từ khóa: Phình đại tràng bẩm sinh, bệnh Hirschsprung, phẫu thuật nội soi một thì, trẻ dưới 6 tháng tuổi.

SUMMARY

OUTCOMES OF SINGLE-STAGE LAPAROSCOPIC SURGERY FOR HIRSCHSPRUNG DISEASE IN INFANTS AGED 0-6 MONTHS AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and paraclinical features and to evaluate the outcomes of single-stage laparoscopic-assisted pull-through for Hirschsprung disease (HD) in infants aged 0-6 months at Vietnam National Children's Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study with retrospective and prospective data collection of 84 infants younger than 6 months with HD who underwent single-stage laparoscopic-assisted pull-through between January 2023 and June 2026 and were followed up at three outpatient visits.

Results: Boys accounted for 77.4%; mean age and weight at surgery were 2.0 ± 1.3 months and 4.3 ± 1.3 kg, respectively. Delayed passage of meconium and abdominal distension were each present in 96.4%, and preoperative enterocolitis in 79.8%; the transition zone was located in the rectum on contrast enema in 70.2%. Mean operative time was 77.1 ± 11.8 minutes. Mean resected colon length was 21.8 ± 7.2 cm and was the only independent predictor of operative time (β = 1.28 min/cm; p < 0.001), with excellent discrimination for operations longer than 90 minutes (AUC = 0.968; cut-off 30 cm). Intraoperative and early postoperative complications each occurred in 1.2%, and mean postoperative hospital stay was 5.5 ± 0.6 days. Across the three visits, the proportion passing stools 1-2 times per day rose from 2.4% to 85.5%, with no frequent soiling; postoperative enterocolitis peaked at 42.1% at the second visit and fell to 7.9% at the third, with no severe episodes. Weight at surgery was significantly associated with postoperative enterocolitis (p = 0.015).

Conclusions: Single-stage laparoscopic-assisted pull-through for HD in infants younger than 6 months is safe, with good early outcomes and progressive improvement in bowel function; resected colon length is the main predictor of operative time.

Keywords: *Hirschsprung disease, single-stage laparoscopic pull-through, infants younger than 6 months.*

[1]Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc
[2]Bệnh viện Nhi Trung ương
[3]Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thắng
Email: ducthangbvsn@gmail.com
Mã bài: N958
Ngày nhận bài: 10/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 7/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình đại tràng bẩm sinh (bệnh Hirschsprung - PĐTBS) là dị tật bẩm sinh thường gặp của đường tiêu hóa trẻ em, tần suất khoảng 1/5.000 trẻ sinh sống, do vắng tế bào hạch thần kinh của đám rối Auerbach và Meissner ở đoạn cuối ống tiêu hóa. Bệnh có thể biểu hiện ngay thời kỳ sơ sinh bằng tắc ruột cấp tính, hoặc ở trẻ nhũ nhi bằng táo bón xen kẽ các đợt viêm ruột, dẫn đến suy dinh dưỡng và chậm phát triển thể chất.

Phẫu thuật triệt để một thì, đặc biệt là phẫu thuật nội soi (PTNS) hỗ trợ hạ đại tràng qua ngả hậu môn, đã trở thành lựa chọn phổ biến nhờ ít xâm lấn, tránh được hậu môn nhân tạo và phục hồi nhanh [1], [7]. Tuy vậy, thời điểm phẫu thuật tối ưu vẫn còn tranh luận: Onishi và cộng sự khuyến cáo phẫu thuật trước 6 tháng tuổi để đạt chức năng đại tiện lâu dài tốt hơn [6], trong khi tổng quan hệ thống của Sowulewski và cộng sự (19 nghiên cứu, 3.980 bệnh nhi) ghi nhận phẫu thuật trước 3 tháng tuổi liên quan với tỉ lệ viêm ruột và són phân cao hơn [8].

Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, PTNS một thì điều trị PĐTBS đã được áp dụng thường quy, song số liệu đánh giá riêng trên nhóm trẻ 0-6 tháng tuổi còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng PĐTBS ở trẻ từ 0-6 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 1/2023-6/2026; (2) Đánh giá kết quả PTNS một thì điều trị PĐTBS ở nhóm bệnh nhi trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 84 bệnh nhi dưới 6 tháng tuổi được chẩn đoán PĐTBS và PTNS một thì tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: tuổi dưới 6 tháng, không phân biệt giới; có triệu chứng lâm sàng của PĐTBS; phim chụp đại tràng cản quang có hình ảnh 3 đoạn (hẹp - chuyển tiếp - giãn) với đoạn vô hạch giới hạn ở trực tràng, đại tràng sigma hoặc đại tràng xuống; được PTNS một thì bởi cùng một nhóm phẫu thuật viên; giải phẫu bệnh sau mổ xác định không có tế bào hạch ở đoạn hẹp và có tế bào hạch ở đầu trên; thời gian theo dõi sau mổ tối thiểu 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: đã phẫu thuật thất bại ở nơi khác; phẫu thuật nhiều thì; hồ sơ bệnh án không đủ thông tin; không được theo dõi đầy đủ sau mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: mô tả cắt ngang, hồi cứu (1/2023-5/2025) kết hợp tiến cứu (6/2025-6/2026). Cỡ mẫu: chọn toàn bộ bệnh nhi đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, thực tế gồm 84 bệnh nhi.

Quy trình phẫu thuật: bệnh nhi được thụt tháo đại tràng 3-5 ngày trước mổ, nhịn ăn 6 giờ, dùng kháng sinh dự phòng đường tĩnh mạch. Thì nội soi ổ bụng: đặt 3 trocar 5 mm, bơm CO2 áp lực 8-10 mmHg, xác định đoạn hẹp - chuyển tiếp - giãn, giải phóng đại - trực tràng và cắt mạch máu nuôi đoạn vô hạch. Thì qua ngả hậu môn: rạch niêm mạc trên đường lược, phẫu tích niêm mạc khỏi ống thanh cơ, sinh thiết tức thì hai vị trí, kéo đại tràng lành qua ống hậu môn, cắt bỏ đoạn vô hạch - chuyển tiếp và nối đại tràng - ống hậu môn một lớp mũi rời bằng chỉ tiêu. Sau mổ, trẻ được cho ăn sớm khi có lưu thông ruột và nong hậu môn theo phác đồ (hằng ngày trong tháng đầu, giãn dần trong 6 tháng).

Biến số và tiêu chuẩn đánh giá: đặc điểm chung (tuổi, giới, cân nặng lúc mổ, dị tật phối hợp); lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ; đặc điểm trong mổ (chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ, thời gian phẫu thuật, tai biến); kết quả sớm (thời gian có lưu thông ruột, thời gian nằm viện, biến chứng sớm); kết quả theo dõi qua 3 lần khám lại, lần đầu tối thiểu 3 tháng sau mổ (số lần đại tiện/ngày, són phân, viêm ruột). Chậm đại tiện phân su: không đại tiện phân su trong 24 giờ đầu sau sinh, phải can thiệp thụt tháo. Viêm ruột: chướng bụng, tiêu chảy và/hoặc đại tiện ra máu, nôn, sốt; phân độ nhẹ, vừa, nặng theo mức độ lâm sàng. Són phân: dây phân ra tã/quần ít nhất 1 lần/tháng, chia mức thường xuyên, thỉnh thoảng hoặc không.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 26.0. So sánh tỉ lệ bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher; so sánh trung bình bằng t-test hoặc ANOVA; tương quan Pearson; hồi quy tuyến tính đa biến và phân tích ROC (điểm cắt theo chỉ số Youden) với biến kết cục là thời gian phẫu thuật. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên thông qua và được Bệnh viện Nhi Trung ương chấp thuận. Gia đình bệnh nhi được giải thích và đồng ý tham gia; thông tin cá nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 84)

Đặc điểm	Phân nhóm	n	%
Giới	Nam	65	77,4
	Nữ	19	22,6
Tuổi phẫu thuật	≤ 3 tháng	71	84,5
	> 3 tháng	13	15,5
	TB ± SD (tháng)	2,0 ± 1,3	
Cân nặng lúc mổ	≤ 5 kg	64	76,2
	> 5 kg	20	23,8
	TB ± SD (min-max) (kg)	4,3 ± 1,3 (2,8-9,1)	
Dị tật phối hợp	Không	84	100

Nhận xét: Tỉ số nam/nữ ≈ 3,4/1. Đa số bệnh nhi được phẫu thuật trước 3 tháng tuổi (84,5%) và có cân nặng ≤ 5 kg (76,2%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật (n = 84)

Đặc điểm	Phân nhóm	n	%
Triệu chứng, tiền sử	Chậm đại tiện phân su	81	96,4
	Chướng bụng	81	96,4
	Không tự đại tiện được	66	78,6
	Nôn	9	10,7
	Viêm ruột trước mổ	67	79,8
	Suy dinh dưỡng	7	8,3
Vị trí đoạn hẹp trên phim đại tràng cản quang	Trực tràng	59	70,2
	Đại tràng sigma	15	17,9
	Đại tràng xuống	8	9,5
	Khác	2	2,4

Nhận xét: Chậm đại tiện phân su và chướng bụng là hai biểu hiện hàng đầu; gần 4/5 bệnh nhi có viêm ruột trước mổ. Đoạn hẹp chủ yếu ở trực tràng (70,2%).

3.2. Kết quả trong mổ và sau mổ sớm

Bảng 3. Đặc điểm trong mổ và kết quả sớm sau phẫu thuật (n = 84)

Đặc điểm	Phân nhóm	n	%
Chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ	≤ 20 cm	54	64,3
	21-30 cm	23	27,4
	> 30 cm	7	8,3
	TB ± SD (cm)	21,8 ± 7,2	
Thời gian phẫu thuật	≤ 70 phút	48	57,1
	71-90 phút	29	34,5
	> 90 phút	7	8,3
	TB ± SD (min-max) (phút)	77,1 ± 11,8 (60-120)	
Tai biến trong mổ	Tổn thương mạch máu thì ổ bụng	1	1,2
Lưu thông ruột sau mổ	Trong 24 giờ	82	97,6
	48 giờ	2	2,4
Thời gian nằm viện sau mổ	5 ngày	53	63,1
	6 ngày	24	28,6
	≥ 7 ngày	7	8,3
	TB ± SD (min-max) (ngày)	5,5 ± 0,6 (5-7)	
Biến chứng sớm	Rò/bục miệng nối	1	1,2

Nhận xét: Không có trường hợp chuyển mổ mở; ca tổn thương mạch máu được cầm máu thành công.

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật theo tuổi, cân nặng và chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ

Yếu tố	Phân nhóm (n)	Thời gian PT, TB (min-max) (phút)	p	r (Pearson)
Tuổi phẫu thuật	≤ 3 tháng (71)	75,8 (60-120)	0,012[a]	0,244[*]
	> 3 tháng (13)	84,6 (70-120)		
Cân nặng lúc mổ	≤ 5 kg (64)	76,1 (60-120)	0,145[a]	0,157 (ns)
	> 5 kg (20)	80,5 (70-120)		
Chiều dài đoạn cắt bỏ	≤ 20 cm (54)	72,4 (60-90)	< 0,001[b]	0,740[***]
	21-30 cm (23)	80,4 (70-100)		
	> 30 cm (7)	102,9 (90-120)		

[a] t-test; [b] ANOVA; [*] p < 0,05; [***] p < 0,001; ns: không có ý nghĩa thống kê.

Nhận xét: Ở phân tích đơn biến, thời gian phẫu thuật dài hơn ở nhóm > 3 tháng tuổi và tăng rõ theo chiều dài đoạn cắt bỏ (r = 0,740).

Bảng 5. Hồi quy tuyến tính đa biến và giá trị dự báo (ROC) đối với thời gian phẫu thuật

Biến số	Hệ số β	95% CI	p	AUC (PT > 90 phút)
Tuổi lúc mổ (tháng)	-1,22	-3,63 ÷ 1,18	0,314	0,614
Cân nặng lúc mổ (kg)	0,54	-1,82 ÷ 2,90	0,649	0,596
Chiều dài đoạn cắt bỏ (cm)	1,28	1,01 ÷ 1,55	< 0,001	0,968

Mô hình hồi quy: hằng số 49,37; R^2 = 0,556; R^2 hiệu chỉnh = 0,539; p < 0,001. Có 7/84 ca phẫu thuật > 90 phút.

Nhận xét: Sau hiệu chỉnh, chỉ chiều dài đoạn cắt bỏ là yếu tố độc lập (mỗi 1 cm tăng thời gian mổ trung bình 1,28 phút). Điểm cắt 30 cm có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 88,3% đối với cuộc mổ trên 90 phút.

3.3. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật

Bảng 6. Chức năng đại tiện và viêm ruột qua các lần khám lại

Chỉ tiêu	Phân nhóm	Lần 1 (n = 83) n (%)	Lần 2 (n = 76) n (%)	Lần 3 (n = 76) n (%)
Số lần đại tiện/ngày	1-2 lần	2 (2,4)	12 (15,8)	65 (85,5)
	3-5 lần	80 (96,4)	64 (84,2)	11 (14,5)
	> 5 lần	1 (1,2)	0	0
Són phân	Không	49 (59,0)	48 (63,2)	52 (68,4)
	Thỉnh thoảng	34 (41,0)	28 (36,8)	24 (31,6)
	Thường xuyên	0	0	0
Viêm ruột	Không	56 (67,5)	44 (57,9)	70 (92,1)
	Có	27 (32,5)	32 (42,1)	6 (7,9)
	- Nhẹ	24 (28,9)	22 (28,9)	4 (5,3)
	- Vừa	3 (3,6)	7 (9,2)†	2 (2,6)
	- Nặng	0	0	0

† Lần khám 2 có 3 trường hợp viêm ruột chưa được ghi nhận mức độ.

Nhận xét: Đại tiện 1-2 lần/ngày tăng rõ qua các lần khám, són phân thỉnh thoảng giảm dần. Viêm ruột chủ yếu mức nhẹ, cao nhất ở lần khám 2, không có trường hợp nặng.

Bảng 7. Một số yếu tố liên quan đến viêm ruột sau phẫu thuật

Yếu tố	Có viêm ruột (n = 39)	Không viêm ruột (n = 44)	p
Tuổi lúc mổ (tháng), TB ± SD	2,29 ± 1,56	1,82 ± 1,07	0,112
Cân nặng lúc mổ (kg), TB ± SD	4,71 ± 1,41	4,03 ± 1,07	0,015
Thời gian phẫu thuật (phút), TB ± SD	78,5 ± 12,9	76,1 ± 10,8	0,374
Chiều dài đoạn cắt bỏ (cm), TB ± SD	22,95 ± 7,92	20,93 ± 6,47	0,206
Viêm ruột trước mổ, n (%)	32 (82,1)	34 (77,3)	0,790
Giới nam, n (%)	29 (74,4)	35 (79,5)	0,765
Phẫu thuật ≤ 3 tháng tuổi, n (%)	32 (82,1)	38 (86,4)	0,813

Viêm ruột: có viêm ruột ở bất kỳ lần khám nào; 1 bệnh nhi không có dữ liệu khám lại.

Nhận xét: Cân nặng lúc mổ là yếu tố duy nhất liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm ruột sau mổ. Giữa nhóm phẫu thuật ≤ 3 tháng và > 3 tháng tuổi không khác biệt về tỉ lệ viêm ruột (p = 0,813) và mức tăng cân từ lần khám 1 đến lần khám 3 (3,75 ± 0,89 kg so với 3,32 ± 1,56 kg; p = 0,171).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tỉ số nam/nữ trong nghiên cứu (≈ 3,4/1) tương tự Phạm Văn Thương tại cùng bệnh viện (3,7/1) [3] và thấp hơn Trần Việt Hoàng (5,4/1) [2]. Tuổi phẫu thuật trung bình 2,0 tháng thấp hơn các nghiên cứu trong nước (3,5 tháng của Nguyễn Việt Hoa [1], 3,6 tháng của Phạm Văn Thương [3], 7,2 tháng của Trần Việt Hoàng [2]). Tỉ lệ chậm đại tiện phân su (96,4%) cao hơn các tác giả trên (80,9% và 86,9%) [2], [3], phù hợp với đặc điểm nhóm trẻ nhỏ tuổi, bệnh khởi phát từ thời kỳ sơ sinh. Tỉ lệ viêm ruột trước mổ cao (79,8%) cho thấy phần lớn trẻ nhập viện trong bệnh cảnh cấp/bán cấp.

Đoạn hẹp ở trực tràng trên phim đại tràng cản quang chiếm 70,2%, cao hơn Phạm Văn Thương (64,3%) [3] và Trần Việt Hoàng (53,6%) [2], trong khi Nguyễn Việt Hoa ghi nhận vô hạch chủ yếu ở 1/3 dưới đại tràng sigma (59,4%) [1]. Sự khác biệt có thể do nhóm tuổi nhỏ và tiêu chuẩn chọn thể vô hạch kinh điển trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả phù hợp với ưu thế thể đoạn ngắn của bệnh (72% trong tổng hợp của Kawaguchi và cộng sự trên 2.350 bệnh nhân) [5].

4.2. Kết quả trong phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình 77,1 phút, ngắn hơn rõ so với Nguyễn Việt Hoa khi PTNS một thì ở trẻ ≤ 6 tháng (150 ± 40 phút) [1] và De la Torre với phẫu thuật qua ngả hậu môn đơn thuần (186 phút, bao gồm thời gian sinh thiết tức thì) [4], tương đương Phạm Duy Hiền với PTNS một lỗ (70,0 ± 30,3 phút) [7], nhưng dài hơn phẫu thuật qua ngả hậu môn không nội soi của Phạm Văn Thương (53,3 phút) [3], do thêm thì nội soi ổ bụng. Điểm mới của nghiên cứu là xác định chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ là yếu tố độc lập duy nhất ảnh hưởng đến thời gian mổ; tuổi có ý nghĩa ở phân tích đơn biến nhưng mất ý nghĩa sau hiệu chỉnh, có thể do tuổi tương quan với chiều dài đoạn cắt. Chiều dài đoạn vô hạch dự kiến vì vậy có thể dùng để lập kế hoạch phòng mổ và tư vấn gia đình. Tỉ lệ tai biến trong mổ thấp (1,2%), không chuyển mổ mở, tương đồng với Phạm Duy Hiền và Nguyễn Việt Hoa (không ghi nhận tai biến hay chuyển mổ mở) [1], [7].

4.3. Kết quả sớm và kết quả theo dõi

Thời gian nằm viện sau mổ (5,5 ngày) tương đương Phạm Duy Hiền (5,23 ngày) [7] và Phạm Văn Thương (5,71 ngày) [3], ngắn hơn Nguyễn Việt Hoa (7,4 ngày) [1]. Biến chứng sớm chỉ có 1 trường hợp rò/bục miệng nối (1,2%). Tuy nhiên, viêm da quanh hậu môn - biến chứng hay gặp sau hạ đại tràng qua ngả hậu môn (35,7% theo Phạm Văn Thương, 32,1% theo Trần Việt Hoàng) [2], [3] - chưa được phân tích trong báo cáo này.

Tỉ lệ đại tiện 1-2 lần/ngày tăng từ 2,4% lên 85,5% và són phân giảm dần, không có trường hợp thường xuyên. Kết quả ủng hộ nhận định của Onishi và cộng sự rằng phẫu thuật trước 6 tháng tuổi giúp đạt chức năng đại tiện lâu dài tốt [6]. Tỉ lệ có viêm ruột ít nhất một lần trong theo dõi (39/83 bệnh nhi) cao hơn các báo cáo trong nước (16,1-25%) [1], [2], [7]; nguyên nhân có thể do tỉ lệ viêm ruột trước mổ cao, trẻ rất nhỏ tuổi và việc ghi nhận cả các đợt nhẹ khi khám lại chủ động. Tuy vậy, các đợt viêm ruột chủ yếu ở mức nhẹ và giảm còn 7,9% ở lần khám 3. Cân nặng lúc mổ là yếu tố duy nhất liên quan với viêm ruột (p = 0,015), có thể phản ánh nhóm trẻ được phẫu thuật muộn hơn với thời gian ứ đọng phân kéo dài. Khác với tổng quan của Sowulewski (viêm ruột 20,7% ở nhóm mổ trước 3 tháng so với 13,6% ở nhóm mổ muộn hơn) [8], chúng tôi không thấy khác biệt về viêm ruột và tăng cân giữa nhóm ≤ 3 tháng và > 3 tháng; tuy nhiên nhóm > 3 tháng chỉ có 13 bệnh nhi nên kết luận này cần được kiểm chứng thêm.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm, có phần hồi cứu, thời gian theo dõi còn ngắn và chưa đánh giá chức năng đại tiện bằng thang điểm chuẩn hóa do trẻ còn quá nhỏ; cỡ mẫu nhóm > 3 tháng tuổi hạn chế.

V. KẾT LUẬN

- PĐTBS ở trẻ 0-6 tháng tuổi gặp chủ yếu ở trẻ nam, biểu hiện điển hình bằng chậm đại tiện phân su và chướng bụng, tỉ lệ viêm ruột trước mổ cao; đoạn hẹp chủ yếu ở trực tràng.

- PTNS một thì an toàn (tai biến và biến chứng sớm đều 1,2%), phục hồi nhanh, chức năng đại tiện cải thiện rõ theo thời gian và không có viêm ruột nặng. Chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ là yếu tố độc lập duy nhất ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật; cân nặng lúc mổ liên quan với viêm ruột sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Hoa** (2018). Phẫu thuật nội soi một thì điều trị phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ ≤ 6 tháng tuổi tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Phẫu thuật Nội soi và Nội soi Việt Nam*, 8(1), 52-57.
2. **Trần Việt Hoàng, Huỳnh Minh Tuấn, Vũ Trường Nhân, Huỳnh Thị Phương Anh, Trương Nguyễn Uy Linh** (2025). Đánh giá kết quả ngắn và trung hạn phẫu thuật hạ đại tràng qua hậu môn điều trị bệnh Hirschsprung tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 - 2. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 187(2), 176-184.
3. **Phạm Văn Thương, Đào Thị Ngọc Anh** (2024). Kết quả phẫu thuật hạ đại tràng qua ngả hậu môn điều trị phình đại tràng bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 538(1), 189-[trang cuối].
4. **De la Torre L., Ortega A.** (2000). Transanal versus open endorectal pull-through for Hirschsprung's disease. *Journal of Pediatric Surgery*, 35(11), 1630-1632.
5. **Kawaguchi A.L., Guner Y.S., Sømme S., et al.** (2021). Management and outcomes for long-segment Hirschsprung disease: a systematic review from the APSA Outcomes and Evidence Based Practice Committee. *Journal of Pediatric Surgery*, 56(9), 1513-1523.
6. **Onishi S., Kaji T., Nakame K., et al.** (2022). Optimal timing of definitive surgery for Hirschsprung's disease to achieve better long-term bowel function. *Surgery Today*, 52(1), 92-97.
7. **Pham H.D., Dao D.D., Tran Q.A., et al.** (2025). Single-incision laparoscopic endorectal pull-through for Hirschsprung disease: a prospective institutional study and systematic review with meta-analysis. *Surgical Endoscopy*, 39, 8357-8370.
8. **Sowulewski O., Leszkowicz J., Sakowska M., Spychalski P., Szlagatys-Sidorkiewicz A.** (2026). Definitive surgery for Hirschsprung disease between 3 and 12 months achieves best outcomes: a systematic review with meta-analysis. *Journal of Pediatric Surgery*, 61, 163039.