

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỖ XOANG LÊ THEO PHƯƠNG PHÁP GÂY XƠ HÓA ĐẦU TRONG LỖ RỖ

Phạm Tuấn Cảnh¹, Nguyễn Nhật Linh¹, Hoàng Hòa Bình²,
Nguyễn Thị Huệ¹, Nguyễn Văn Luận¹, Nguyễn Cảnh Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rò xoang lê theo phương pháp gây xơ hoá đầu trong lỗ rò bằng đồng điện đơn cực. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu có can thiệp lâm sàng trên 60 bệnh nhân (BN) rò xoang lê vào điều trị tại BV Tai Mũi Họng TW từ T1/2020 đến T8/2022. **Kết quả:** 27 nam và 33 nữ từ 2 - 56 tuổi (TB: 17.2 ± 13.59), trong đó 56 BN (93.3%) được gây xơ hóa lỗ rò 1 lần và 3 BN (5.0%) được gây xơ hóa 2 lần, và 1 bệnh nhân được gây xơ hóa lỗ rò 3 lần (1.7%) với thời gian TB cho 1 lần xơ hóa là: 17.1 ± 15.00 phút. Tỷ lệ tai biến, biến chứng là 3.3%. Tỷ lệ khỏi bệnh là 100% ở các BN được soi kiểm tra thấy lỗ rò đã đóng kín (47/47 ca) với thời gian theo dõi từ 2 - 32 tháng. **Kết luận:** Điều trị rò xoang lê theo phương pháp gây xơ hóa bước đầu cho tỉ lệ thành công cao, giảm tai biến và thời gian phẫu thuật.

Từ khóa: rò xoang lê, gây xơ hóa.

SUMMARY

MANAGEMENT OF PYRIFORM SINUS FISTULA BY ENDOSCOPIC ELECTROCAUTERIZATION

Objectives: To evaluate the treatment result of PSF patients by internal opening tract cauterization. **Material and methods:** prospective, along follow-up with intervention study on 60 PSF patients treated at the Hanoi National ENT Hospital from Feb, 2020 to May, 2023. **Results:** 27 male and 33 female from 2 - 56 year old (mean: 17.2 ± 13.59). 56 were cauterization 1 time and 3 were cauterization 2 times and 1 were cauterization 3 times. Time average was 17.1 ± 15.00 min. Complication rate is 3.3%. Success rate is 100% so far. **Conclusions:** Internal opening tract cauterization is a method which has great potential to success.

Keywords: pyriform sinus fistula, cauterization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò xoang lê (RXL) được xếp vào nhóm bệnh lý nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên, có nguyên nhân là do túi mang 3 và 4 vẫn còn sót lại từ thời kỳ bào thai [1]. So với các nước Âu Mỹ, Việt Nam có tần suất rò xoang lê cao hơn hẳn: Trong thống kê mới đây tại BV Tai Mũi Họng Trung ương, đã có 250 BN rò xoang lê vào

nhập viện điều trị trong 4 năm [2]. Hiện nay ở Việt nam, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ đường rò vẫn là biện pháp điều trị triệt để duy nhất, bên cạnh các phương pháp điều trị không triệt để khác như chích rạch áp xe, điều trị nội khoa... Tuy nhiên tỉ lệ tái phát bệnh vẫn còn tương đối cao: khoảng 1/4 số BN vào viện [2] và từ 12,5 - 17,07% số BN được theo dõi [3],[4],[5]. Từ tháng 2/2014, chúng tôi tiến hành thực hiện điều trị rò xoang lê theo phương pháp gây xơ hóa đầu trong lỗ rò bằng đồng điện đơn cực đã cho kết quả rất khả quan về nhiều mặt: giảm thời gian thực hiện, giảm biến chứng và giảm tỉ lệ tái phát. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị rò xoang lê theo phương pháp gây xơ hóa đầu trong lỗ rò bằng đồng điện đơn cực.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 60 BN được chẩn đoán rò xoang lê tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 1/2020 đến tháng 8/2022, được theo dõi đến tháng 3/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: các bệnh nhân được chẩn đoán xác định rò xoang lê (dựa vào lâm sàng có sưng tấy/áp xe hay lỗ rò chảy dịch vùng cổ bên và nội soi có lỗ rò ở xoang lê) và được điều trị theo phương pháp gây xơ hóa đầu trong lỗ rò bằng đồng điện đơn cực. Thời gian theo dõi từ 2 tháng trở lên, bệnh nhân được khám lại nội soi kiểm tra lỗ rò xoang lê sau khi xơ hóa.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân không đủ thời gian theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc, mô tả từng ca có can thiệp.

2.3. Các bước tiến hành.

- Các BN đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán rò xoang lê như trên được làm đầy đủ các xét nghiệm thường quy và được điều trị hết đợt viêm nhiễm (nếu có).

- Tiến hành gây xơ hóa (đốt) lỗ rò bằng đồng điện đơn cực: BN được gây mê toàn thân qua nội khí quản. Đặt ống soi treo thanh quản bộc lộ xoang lê và lỗ rò. Dùng dao điện đơn cực cỡ 30 cm để gây xơ hóa đầu trong lỗ rò xoang lê.

- Cho thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm đau, giảm tiết trong 7 ngày, bệnh nhân không cần đặt sonde dạ dày.

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Cảnh

Email: phamtuancanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023

- Sau mổ từ 2-3 tháng: soi kiểm tra xoang lê đánh giá (bằng ống soi cứng hoặc mềm). Nếu lỗ rò chưa kín hẳn sẽ chỉ định gây xơ hóa lần 2.

- Các BN được theo dõi xác định có triệu chứng tái phát (sưng đau hoặc có lỗ rò vùng cổ) hay không qua việc khám lại hoặc hỏi qua điện thoại.

- BN được đánh giá là khỏi bệnh nếu nội soi kiểm tra lại lỗ rò xoang lê đã đóng kín và lâm sàng không có triệu chứng tái phát của bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung

3.1.1. Tuổi và giới. Tuổi trung bình 17.2 ± 13.59 tuổi, tuổi lớn nhất 56 tuổi, nhỏ nhất 2 tuổi. Nhóm tuổi 1- 10 tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với 3 nhóm tuổi còn lại với p = 0.001. Bệnh xuất hiện ở cả giới nam và giới nữ với tỷ lệ gần tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,439). Phân bố các lứa tuổi theo giới như sau:

Bảng 3.1. Phân bố tuổi và giới

Lứa tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
1-10	13	44.8	16	55.2	29	100
11-20	5	45.5	6	54.5	11	100
21-30	5	50.0	5	50.0	10	100
> 30	4	40.0	6	60.0	10	100
Tổng	27	45.0	33	55.0	60	100

3.1.2. Các chỉ số về tuổi

+ Tuổi khởi phát: nhỏ nhất là 24 tháng tuổi, lớn nhất là 46 tuổi.

+ Tuổi PT: nhỏ nhất là 26 tháng, lớn nhất là 56 tuổi.

3.1.3. Tiền sử bệnh

Bảng 3.2. Tiền sử bệnh

Tiền sử		N	%
Chưa bị lần nào		21	35.0
Sưng đau vùng cổ	Điều trị nội khoa đơn thuần	49	81.7
	Chích áp xe	1	9 15.0
		≥2 lần	24 40.0
Điều trị trước khi vào viện	Đã được chẩn đoán rò xoang lê	37	61.7
	Được chẩn đoán bệnh khác	23	38.3
Phẫu thuật can thiệp	Phẫu thuật lấy đường rò đường ngoài	0	0.0
	Đã được gây xơ hóa lỗ rò xoang lê bằng nhiệt	1 lần	7 11.7
		≥2 lần	3 5.0

Có 35,0% bệnh nhân được phát hiện rò xoang lê khi khởi phát lần đầu tiên. Còn 65,0% bệnh nhân đã từng bị một hoặc nhiều lần tái phát trước khi được xơ hóa lỗ rò. Trong đó có

55,0% bệnh nhân đã được chích rạch áp xe, 15,0% được chích rạch 1 lần, và 40,0% được chích rạch trên 1 lần. Có 16,7% bệnh nhân đã từng được xơ hóa lỗ rò xoang lê trước đó nhưng xoang lê chưa đóng kín.

3.1.4. Đặc điểm nội soi

Bảng 3.3. Đặc điểm nội soi

Thông số		N	%
Phương tiện nội soi	Ống cứng	34	71.7
	Ống mềm	17	28.3
Bên có lỗ rò xoang lê	Phải	7	11.7
	Trái	51	85.0
	Cả 2 bên	2	3.3
Vị trí lỗ rò xoang lê	Đáy	53	88.3
	Thành ngoài	7	11.7

Rò xoang lê bên Trái chiếm 85,0% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bên Phải chiếm 11,7% với p < 0,001. Lỗ rò 2 bên chiếm tỷ lệ nhỏ 3,3%. Vị trí lỗ rò thường gặp nhất là ở đáy xoang lê chiếm 88,3% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với lỗ rò ở thành ngoài xoang lê chiếm 11,7% (p < 0,001).

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

3.2.1. Số lần gây xơ hóa. Có 56 BN (93,3%) được gây xơ hóa 1 lần và 3 BN (5,0%) được gây xơ hóa 2 lần, có 1 bệnh nhân được gây xơ hóa 3 lần (1,7%). Không có bệnh nhân nào cần xơ hóa tới lần thứ 4.

3.2.2. Thời gian gây xơ hóa. Thời gian gây xơ hóa được tính từ lúc bắt đầu đặt ống soi thanh quản đến khi kết thúc bằng ép vùng cổ, kéo dài từ 5 - 120 phút, trung bình nhóm xơ hóa đơn thuần là 17.1 ± 15.00 phút. Trong đó thời gian từ dưới 10 phút và từ 11 - 20 phút chiếm 38,5%, từ 21 - 30 phút chiếm 38,5% và trên 30 phút là (n = 3) 5,8%. Nhóm có chích rạch hoặc nạo vét ổ áp xe vùng cổ thì thời gian lâu hơn trung bình 51.9 ± 40.00 phút trong đó chủ yếu là nhóm trên 30 phút (6/8 ca).

Bảng 3.4. Thời gian phẫu thuật gây xơ hóa lỗ rò xoang lê

Thời gian thực hiện (phút)	Nhóm xơ hóa lỗ rò đơn thuần		Nhóm xơ hóa kèm thủ thuật khác	
	n	%	n	%
≤ 10'	20	38.5	1	12.5
11 - 20'	20	38.5	0	0.0
21 - 30'	9	17.3	1	12.5
> 30'	3	5.8	6	75.0
Tổng số	52	100.0	8	100.0
Trung bình	17.1 ± 15.00 phút		51.9 ± 40.00 phút	

3.2.3. Biến chứng. Trong số 60 bệnh nhân được thực hiện xơ hóa rò xoang lê, có 02 bệnh nhân (3,3%) có biến chứng khản tiếng nhẹ < 1

tuần, nhưng không cần xử trí gì. Ngoài ra các BN còn lại đều không có biến chứng gì.

Bảng 3.5. Tai biến, biến chứng

Tai biến, biến chứng	Số BN	%
Nhiễm trùng	0	0.0
Khàn tiếng tạm thời	2	3.3%
Tổng số	2	3.3%

3.2.4. Thời gian theo dõi và tỉ lệ tái phát. Trong 60 BN, đã có 47 BN được soi kiểm tra lại qua nội soi (ống soi cứng hoặc mềm) cho thấy lỗ rò đã được đóng kín hoàn toàn (bao gồm cả 3 BN phải đốt lỗ rò 2 lần và 1 bệnh nhân đốt lỗ rò lần 3). Còn lại 13 BN chưa có điều kiện soi lại mà chỉ được theo dõi qua trao đổi điện thoại không có biểu hiện tái phát. Thời gian theo dõi trên lâm sàng của 47 bệnh nhân khám lại là từ 2 - 32 tháng, trung bình là 10.2 ± 10.37 tháng. Tỷ lệ tái phát cho đến nay là 0/47 bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi vào viện và giới: Trong nghiên cứu này, số BN nam và nữ không có sự khác biệt. Các nghiên cứu về rò xoang lê với số lượng lớn của các tác giả khác ở trong và ngoài nước đều không thấy sự khác biệt về giới có ý nghĩa thống kê [2],[3],[4],[5],[6]. Số liệu trong bảng 3.1 cho thấy tuổi vào viện chủ yếu ở nhóm bệnh nhân ≤ 10 tuổi, và kéo dài với tỷ lệ tương đối ổn định ở các nhóm tuổi > 10 tuổi. Điều đó chứng tỏ bệnh lý RXL có khởi phát tương đối sớm và diễn biến dai dẳng, kéo dài.

4.1.2. Các chỉ số về tuổi: Có sự chênh lệch rất lớn giữa số cực đại và số cực tiểu trong các chỉ số về tuổi. Nicoucar và cộng sự tổng kết 526 trường hợp RXL thấy tuổi khởi phát cao nhất là 68 tuổi và thời gian mang bệnh lâu nhất lên tới 69 năm [6]. Đây là bằng chứng cho thấy RXL là loại bệnh lý mà chẩn đoán và điều trị còn gặp rất nhiều khó khăn.

4.1.3. Đặc điểm nội soi: Giống như hầu hết các nghiên cứu khác, chúng tôi thấy bệnh chủ yếu ở bên trái (85.0%). Nguyên nhân, được đa số các tác giả đồng ý, là do ở phần lớn động vật có vú, thể mang cuối (ultimo branchial body) không có hoặc không phát triển ở bên cổ phải [7]. Vị trí lỗ rò đa số là ở đáy xoang lê (88.3%) cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Hoài An, Lê Minh Kỳ, Hà Danh Đạo...

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

4.2.1. Số lần gây xơ hóa. Có 56 BN (93.3%) chỉ cần gây xơ hóa 1 lần là lỗ rò xoang lê đã được đóng kín. Còn lại trong 3 BN (5.0%) phải gây xơ hóa 2 lần (do vẫn còn lỗ rò ở đáy

xoang lê sau lần đốt thứ nhất), và có 1 bệnh nhân cần xơ hóa lần thứ 3. Cả 4 bệnh nhân thuộc nhóm có biến chứng nhiễm trùng do chưa dẫn lưu tốt ổ áp xe vùng cổ và có 2 BN hoàn toàn không có triệu chứng gì cho đến thời điểm khám lại. Sun và cộng sự [7] nghiên cứu trên 23 BN được gây xơ hóa, thấy có 2 BN (8.7%) phải gây xơ hóa từ 2 lần trở lên.

4.2.2. Thời gian gây xơ hóa. Với thời gian trung bình chỉ có 17.1 ± 15.00 phút, thủ thuật gây xơ hóa đã rút ngắn hơn hẳn so với thời gian phẫu thuật, trung bình là 121.7 ± 36.9 phút [2]. Sự khác biệt rất có ý nghĩa với $p < 0.001$. Thời gian phẫu thuật được rút ngắn không những tiết kiệm được tiền vật tư tiêu hao, thuốc gây mê, tăng số ca phẫu thuật trong ngày mà còn giảm thiểu được các tai biến do gây mê kéo dài.

4.2.3. Biến chứng. Chúng tôi gặp biến chứng ở 2 BN (3.3%) với biến chứng khàn tiếng nhẹ diễn biến trong thời gian dưới 1 tuần. Chủ yếu do nguyên nhân niêm mạc hạ họng – thanh quản bị phù nề sau khi đóng lỗ rò xoang lê bằng nhiệt.

4.2.4. Thời gian theo dõi và tỉ lệ tái phát. Với tiêu chí đánh giá BN khỏi bệnh khi nội soi kiểm tra xoang lê thấy lỗ rò đã được đóng kín hoàn toàn và trên lâm sàng không xuất hiện các triệu chứng mới như viêm tấy, áp xe, lỗ rò vùng cổ... thì đã có 47/47 BN được coi là khỏi bệnh, với thời gian theo dõi trung bình 7.0 ± 8.21 (2 - 32 tháng). Ngoài ra 13 BN còn lại chưa có điều kiện soi lại vì nhiều lý do khác nhau nhưng qua theo dõi trên lâm sàng (khám lại và hỏi bệnh qua điện thoại), cũng chưa có trường hợp nào tái phát. Đây là một kết quả bước đầu rất khả quan, mở ra 1 hướng mới trong điều trị bệnh lý rò xoang lê ở Việt nam. Tuy nhiên cần có thời gian theo dõi lâu dài hơn để việc đánh giá hiệu quả được chính xác cũng như cần thiết phải xây dựng một quy trình chuẩn đối với BN Việt nam để giảm thiểu các tai biến cũng như tăng tỉ lệ thành công. Trên thế giới, phương pháp gây xơ hóa lỗ rò xoang lê đã được thực hiện từ lâu. Nhiều tác giả đề nghị nên thực hiện phương pháp này như là điều trị bước đầu đối với rò xoang lê vì tính hiệu quả và mức độ ít xâm lấn của nó. So sánh với phẫu thuật, gây xơ hóa lỗ rò hạn chế được các nguy cơ tổn thương các cấu trúc vùng cổ như dây thần kinh thanh quản quặt ngược, thực quản, khí quản, các mạch máu lớn cũng như không để lại sẹo [7], [8].

V. KẾT LUẬN

Gây xơ hóa lỗ rò xoang lê bằng đông điện đơn cực là phương pháp điều trị ít xâm lấn

nhưng có hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Kính** (2008). Phôi thai học thực nghiệm và ứng dụng trong lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà nội, 569-602.
2. **Nguyễn Nhật Linh, Phạm Tuấn Cảnh, Trần Thị Thu Hiền, Hoàng Hòa Bình** (2014). Đặc điểm lâm sàng, nội soi rò xoang lê tái phát. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam, 59-23 (5), 44-52.
3. **Nguyễn Hoài An, Nguyễn Hoàng Sơn, Nguyễn Tố Uyên** (1999). Một số nhận xét qua 50 ca rò xoang lê. Nội san Tai Mũi Họng, 2, 15-18.
4. **Lê Minh Kỳ** (2002). Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh học nang và rò màng bẩm sinh vùng cổ bên, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Hà Danh Đạo** (2011). Nghiên cứu chẩn đoán và đánh giá giá trị của phương pháp phẫu thuật lấy bỏ đường rò xoang lê có bơm xanh methylen xuôi dòng. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội.
6. **Nicoucar K., Giger R. et al** (2009). Management of congenital fourth branchial arch anomalies: a review and analysis of published cases. Journal of Pediatric Surgery, vol. 44, pp: 1432 - 1439.
7. **Sun J. Y, Berg E. E, McClay J.E** (2014). Endoscopic cauterization of congenital pyriform fossa sinus tracts. An 18-year experience. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg, 140(2), 112-117.
8. **Wong P.Y, Moore A., Daya H.** (2014). Management of third branchial pouch anomalies – An evolution of a minimally invasive technique. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 78, 493-498.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỘT THÌ BẰNG ĐƯỜNG SAU TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT HẬU MÔN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lê Hoàng Long¹, Nguyễn Thị Mai Phương²,
Bùi Đức Hậu¹, Phạm Duy Hiền¹, Nguyễn Hoàng Thanh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị tật hậu môn trực tràng là dị tật không có lỗ hậu môn. Ngày nay, trên thế giới cũng như tại Việt Nam xu thế phẫu thuật 1 thì đang được áp dụng rộng rãi để điều trị với dị tật hậu môn trực tràng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật một thì bằng đường sau trực tràng điều trị dị tật hậu môn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán là hậu môn tiền đình đã được phẫu thuật điều trị bằng đường sau trực tràng một thì tại Bệnh viện Nhi trung ương. Đánh giá kết quả phẫu thuật thông qua: Thời gian mổ; thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa sau mổ; đánh giá kết quả sau mổ theo tiêu chuẩn Krickenbec. **Kết quả:** Thời gian thực hiện phẫu thuật trung bình là 84,2 ± 17,2 phút, ngắn nhất là 60 phút và dài nhất là 120 phút. Thời gian có trung tiện sau mổ của bệnh nhi, trung bình là 1,2±0,6 ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 4 ngày. Kết quả đại tiện chung đạt loại tốt cao: 92,7% không bị són phân trong đó có 26,8% són phân độ 1. **Kết luận:** Khả năng đại tiện của bệnh nhân được cải thiện tốt sau mổ.

Từ khóa: Phẫu thuật 1 thì, Dị tật hậu môn, Bệnh viện Nhi Trung ương

SUMMARY

RESULTS OF ONE-STAGE SURGERY BY

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Nhi Thái Bình

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Long

Email: drlehoanglong1992@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

POSITION TREATMENT OF ANAL DISABILITY AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Anorectal malformation is a defect without anal opening. Today, in the world as well as in Vietnam, the trend of 1st surgery is being widely applied to treat anorectal malformations. **Objectives:** To evaluate the results of one-stage retrorectal surgery for anal malformation. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study on 41 patients diagnosed with anal vestibular disease who were surgically treated with a one-stage retrorectal route at the National Children's Hospital. Evaluation of surgical results through: Time of surgery; recovery time of gastrointestinal circulation after surgery; Evaluation of postoperative outcomes according to Krickenbec criteria. **Results:** The average surgical time was 84.2 ± 17.2 minutes, the shortest was 60 minutes and the longest was 120 minutes. The time of postoperative defecation of pediatric patients, on average was 1.2±0.6 days, the shortest was 1 day and the longest was 4 days. Overall defecation results were very good: 92.7% did not have fecal incontinence, of which 26.8% had grade 1 incontinence. **Conclusion:** The patient's ability to defecate was improved well after surgery.

Keywords: One-stage surgery, Anal disability, Vietnam National Children's Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật hậu môn trực tràng (DTHMTT) là dị tật không có lỗ hậu môn, có hoặc không có đường rò tử ống hậu môn - trực tràng ra tầng sinh môn hoặc đường tiết niệu, cơ quan sinh dục [1]. Dị tật hậu môn trực tràng là một trong những dị tật bẩm sinh hiếm gặp ở trẻ, với tỉ lệ 1 trên 2000 tới