

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 khoá: 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

5000 trẻ sinh sống, ở trẻ nam và nữ tương đương nhau [2]. Phần lớn bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn sớm ngay sau khi sinh, chủ yếu dựa trên thăm khám lâm sàng và chụp XQ ổ bụng không chuẩn bị [3]. Từ trước tới nay đã có rất nhiều nghiên cứu về phương pháp phẫu thuật điều trị các DTHMTT như phương pháp phẫu thuật bằng đường bụng, đường sau trực tràng, đường tầng sinh môn, nội soi v.v.. Phẫu thuật có thể một thì (một lần mổ), thậm trí phải qua nhiều thì (nhiều lần mổ), nhưng cho đến nay vẫn chưa có phương pháp nào cho thấy hiệu quả tối ưu và đại diện áp dụng cho tất cả các dị tật để giải quyết được cả về giải phẫu, về chức năng sinh lý và cả chức năng thẩm mỹ nữa cho bệnh nhân. Năm 1982, De Vries và Pena đã báo cáo phương pháp tạo hình hậu môn bằng đường sau trực tràng trước xương cụt đã trở thành phương pháp chính được các phẫu thuật viên áp dụng để điều trị dị tật hậu môn trực tràng, đối với thể cao thì kết hợp thêm với đường mổ trên bụng [4]

Ở Việt Nam, từ năm 1984, tại khoa ngoại bệnh viện Nhi Trung Ương, Nguyễn Xuân Thụ và Nguyễn Thanh Liêm bắt đầu tiến hành mổ chữa DTHM-TT bằng đường dọc sau trực tràng cải tiến giữ nguyên cơ thắt với kết quả rất khả quan. Tỷ lệ đại tiện rất tốt và tốt chiếm tới 58,3%, kết quả trung bình là 37,5%, kết quả xấu là 4,2% [5]. Một số nghiên cứu khác về phẫu thuật nội soi trong điều trị dị tật hậu môn trực tràng thể cao và ổ nhóp cho kết quả tốt và không có bệnh nhân tử vong sau mổ. Ngày nay, trên thế giới cũng như tại Việt Nam xu thế phẫu thuật 1 thì đang được áp dụng rộng rãi, đã có nhiều tác giả áp dụng phương pháp phẫu thuật một thì để điều trị với dị tật HM-TĐ. Tại Bệnh viện nhi trung ương cũng đã áp dụng phương pháp phẫu thuật một thì để điều trị với dị tật HM-TĐ bằng đường STT. Tuy nhiên, cho tới nay vẫn chưa có nghiên cứu nào theo dõi, đánh giá kết quả một cách đầy đủ về phương pháp này trong điều trị dị tật HM-TĐ, do đó chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật một thì bằng đường sau trực tràng điều trị dị tật hậu môn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả các 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu

mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật 1 thì đường sau trực tràng thì áp dụng cho các loại dị tật thể thấp hoặc trung gian như : Hậu môn tầng sinh môn trước, Hậu môn âm hộ, hậu môn tiền đình.

2.2.3. Biến số và chỉ số: Đối tượng nghiên cứu được thu thập các thông tin bao gồm

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi phẫu thuật, Cân nặng của trẻ khi được phẫu thuật, thời gian phẫu thuật

+ Tiền sử thai sản: Bệnh của mẹ khi mang thai (trong 3 tháng đầu); Đẻ đủ tháng hay thiếu tháng; Cân nặng lúc sinh; Đẻ thường / đẻ mổ.

+ Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: Triệu chứng cơ; Triệu chứng cận lâm sàng: X quang tư thế nằm sấp; Siêu âm đánh giá các dị tật phối hợp; Chụp IMR cột sống đánh giá tổn thương tủy sống có hay không

+ Kết quả phẫu thuật: Thời gian mổ (tính bằng phút từ lúc rạch ra đến khi đóng vết mổ).; Số lượng máu truyền trong mổ (tính bằng đơn vị hồng cầu khối); Các tai biến trong mổ; Thời gian nằm hồi sức hoặc đơn vị điều trị tích cực (ICU – Intensive care unit) sau mổ; Thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa sau mổ; Tỷ lệ tử vong và nặng về sau mổ; Biến chứng sau mổ. Đánh giá kết quả sau mổ theo tiêu chuẩn Krickenbeck: Số lần đại tiện/ngày; Khả năng chủ động nhu động ruột; Cảm giác mát đại tiện (có hoặc không); Khả năng diễn đạt thành lời (có hoặc không); Khả năng nín nhịn (có hoặc không); Táo bón : là tình trạng giảm số lần đại tiện/ngày, phân rắn, khó khăn khi bài xuất phân; + Mức độ són phân

2.2.4. Phân tích số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được biểu thị dưới dạng phần trăm, trung bình \pm SD. Thuật toán Chi bình phương của Pearson được sử dụng để so sánh tỷ lệ phần trăm. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức của Bệnh viện Nhi Trung ương và Hội đồng thông qua đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, nhóm nghiên cứu ghi nhận 41 bệnh nhi phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong đó có 32 trẻ trong nhóm dưới 3 tháng tuổi chiếm tỷ lệ 78,0%, nhóm tuổi từ trên 3 đến 6 tháng chiếm tỷ lệ 12,2%. Nhóm bệnh nhân trên 6 tháng – 3 tuổi chiếm tỷ lệ 9,8%. Cân nặng trung bình lúc sinh của bệnh nhi

là 2914.6 ± 392.1 gram, trẻ thấp cân nhất là 2200gram. Có 37 trẻ có tiền sử thai sản đẻ đủ tháng chiếm tỷ lệ 90,2% và 4 trẻ đẻ thiếu tháng chiếm tỷ lệ 9,8%. Có 13 trẻ được sinh bằng phương pháp sinh mổ, chiếm tỷ lệ 31,7% và 28 trẻ được sinh thường, chiếm tỷ lệ 68,3%.

Bảng 3.1: Kết quả phẫu thuật

	Trung bình ± SD	Nhỏ nhất- Lớn nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	84,2 ± 17,2	60-120
Thời gian điều trị kháng sinh sau mổ (ngày)	4,9±1,7	3-10
Thời gian có trung tiện sau mổ (ngày)	1,2±0,6	1-4
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	5,6±1,8	3-11

Nhận xét:

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 sử dụng kháng sinh sau mổ trung bình là 4,9±1,7 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 10 ngày

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

Thời gian hậu phẫu trung bình của bệnh nhân sau phẫu thuật là 5,6±1,8 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 11 ngày

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật một thì bằng đường sau trực tràng điều trị dị tật hậu môn. Tất cả 41 bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật, thời gian bệnh nhân sau mổ sớm nhất là 7 tháng và bệnh nhân dài nhất là 54 tháng. Kết quả cả 41 bệnh nhân đều tự đại tiện chủ động, có một số bệnh nhân có những biến chứng nhẹ có thể khắc phục được, không có bệnh nhân tử vong.

Bảng 3.2: Theo dõi về khả năng nhận biết khi buồn đi đại tiện của trẻ

Khả năng nhận biết	Có		Không	
	n	%	n	%
Cảm giác mót đại tiện	41	100	0	0
Khả năng diễn đạt	41	100	0	0
Khả năng nín nhịn	40	97,6	1	2,4

Theo dõi về khả năng nhu động ruột và cảm giác đi đại tiện ở trẻ, nhóm nghiên cứu ghi nhận 100% số trẻ khi đi đại tiện có cảm giác mót đi đại tiện, 100% số trẻ có khả năng diễn đạt bằng lời nói hoặc bằng cử chỉ. Về khả năng nín nhịn khi đi đại tiện, ghi nhận 40 số trẻ có khả năng nín nhịn đại tiện chiếm tỷ lệ 97,6%, có 1 bệnh nhân không có khả năng nín đại tiện chiếm tỷ

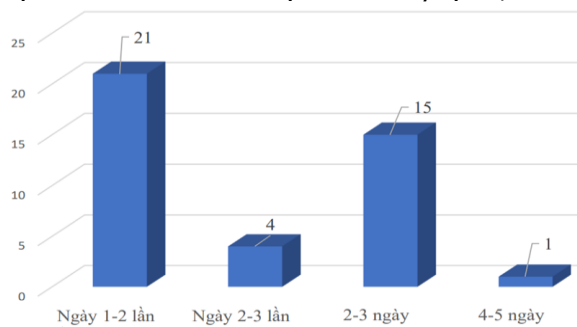
lệ 2,4%.

Bảng 3.3: Kết quả đại tiện của trẻ theo Krickenbeck

Kết quả	n	%
Són phân: Độ I	11	26,8
Độ II	3	7,3
Không són	27	65,9
Táo bón: Độ I	29	70,7
Độ II	5	12,2
Không táo bón	7	17,1

Về kết quả khi đi đại tiện, nhóm nghiên cứu ghi nhận có 14 bệnh nhân có són phân trong đó són phân độ 1 chiếm tỷ lệ 26,8% với 11 bệnh nhân, són phân độ 2 có 3 bệnh nhân với tỷ lệ 7,3% và không có són phân với 27 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 65,9%.

Về tình trạng táo bón sau mổ, nhóm nghiên cứu ghi nhận có 7 bệnh nhân không có táo bón sau mổ, chiếm tỷ lệ 17,1%. Có 34 bệnh nhân có táo bón sau mổ chiếm tỷ lệ 82,9% trong đó có 29 bệnh nhân có táo bón độ I với 70,7% và 5 bệnh nhân có táo bón độ II chiếm tỷ lệ 12,2%.



Biểu đồ 3.1: Số lần đại tiện theo ngày của trẻ sau mổ

Về số lần đi đại tiện theo ngày của trẻ ghi nhận, có 21 trẻ đi đại tiện 1-2 lần mỗi ngày, 4 trẻ đi đại tiện với số lần từ 2-3 lần trên ngày. Có 15 trẻ đại tiện từ 2-3 ngày 1 lần và có 1 trẻ đại tiện 4-5 ngày 1 lần

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật. 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. Khi so sánh thời gian phẫu thuật với các tác giả và các nghiên cứu khác như Nguyễn Thanh Liêm và cộng sự đã tiến hành phẫu thuật nội soi điều trị còn ổ nhớp cho 10 trường hợp với độ tuổi trung bình là 4,3 ± 2,5 tháng, thời gian phẫu thuật trung bình là 91,5 ± 10 phút [5]

Thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ trung bình là 4,9±1,7 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 10 ngày. Thời gian có trung tiện sau mổ

của bệnh nhi, trung bình là $1,2 \pm 0,6$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 4 ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình của bệnh nhân sau phẫu thuật là $5,6 \pm 1,8$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 11 ngày. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt với tác giả Đào Trung Hiếu khi nghiên cứu của tác giả này cho kết quả thời gian phẫu thuật trung bình $56,19 \pm 15,52$ phút, ngắn nhất là 20 phút, dài nhất là 95 phút, không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa nam và nữ, giữa nhóm có rò và không có rò, và giữa 2 dạng cao và trung gian. Không có biến chứng trong lúc mổ và không có biến chứng gây mê. Thời gian ăn lại sau phẫu thuật là $3,89 \pm 3,2$ ngày, ngắn nhất 1 ngày, dài nhất là 23 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là $15,11 \pm 7,85$ ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 43 ngày, thời gian nằm viện của các dạng cao lâu hơn [6]

4.2. Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi bệnh nhân sau mổ trung bình là $24,2 \pm 10,0$ tháng, ngắn nhất là 7 tháng và dài nhất là 54 tháng.

Theo dõi về khả năng nhu động ruột và cảm giác đi đại tiện ở trẻ, nhóm nghiên cứu ghi nhận 100% số trẻ khi đi đại tiện có cảm giác mát đi đại tiện, 100% số trẻ có khả năng diễn đạt bằng lời nói hoặc bằng cử chỉ. Về khả năng nín nhịn khi đi đại tiện, ghi nhận 40 số trẻ có khả năng nín nhịn đại tiện chiếm tỷ lệ 97,6%, có 1 bệnh nhân không có khả năng nín đại tiện chiếm tỷ lệ 2,4%. Việc đại tiện bình thường phụ thuộc vào 3 yếu tố là cảm giác ống hậu môn, tình trạng cơ thắt hậu môn và nhu động của ruột (nhu động của trực tràng – xích ma), khi một trong các yếu tố này bị tổn thương sẽ dẫn đến tình trạng là táo bón, són phân, đại tiện không tự chủ. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn so với tác giả Trần Anh Quỳnh hay England và Ming khi qua đánh giá thấy 80,5% bệnh nhân có khả năng kiểm soát đại tiện hoàn toàn (bình thường) và 19,5% bệnh nhân kiểm soát đại tiện không hoàn toàn [7, 8]

Về tình trạng táo bón sau mổ, nhóm nghiên cứu ghi nhận có 7 bệnh nhân không có táo bón sau mổ, chiếm tỷ lệ 17,1%. Có 34 bệnh nhân có táo bón sau mổ chiếm tỷ lệ 82,9% trong đó có 29 bệnh nhân có táo bón độ I với 70,7% và 5 bệnh nhân có táo bón độ II chiếm tỷ lệ 12,2%. Táo bón là một trong các biến chứng lâu dài thường gặp ở trẻ sau phẫu thuật tạo hình hậu môn, táo bón mãn tính có thể kết hợp với đầy phân, chày phân và đại tiện không tự chủ. Nghiên cứu của Holschneider và cộng sự cho thấy có 9,8% bệnh nhân bị dị tật hậu môn trực

tràng loại cao, 11,1% bệnh nhân bị dị tật loại trung gian, 5,4% bệnh nhân bị dị tật loại thấp bị táo bón thường xuyên và nặng. Ngoài ra, còn có 34,1% bệnh nhân bị dị tật loại cao, 38,9% bệnh nhân bị dị tật loại trung gian, và 17,9% bệnh nhân bị dị tật loại thấp có táo bón nhẹ và đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn và tổng tỷ lệ táo bón là 37%. Tỷ lệ táo bón này cũng có liên quan đến đường mổ, đường sau trực tràng trước xương cùng của Peña có 10,4% trẻ, đường bụng kết hợp đường sau trực tràng của Peña có 9,5% trẻ và chỉ có 3,6% trẻ bị dị tật loại thấp có táo bón thường xuyên và nặng [6]. Một nghiên cứu lâu dài gồm 188 trẻ bị dị tật hậu môn trực tràng được mổ đường sau trực tràng dưới 18 tuổi của Huang và cộng sự cho thấy tỷ lệ táo bón của trẻ bị loại thấp là 64,5%, loại cao là 78,6%. Trong phẫu thuật đường sau trực tràng phần cuối trực tràng đã được cắt nhỏ và khâu lại để tạo thành một trực tràng với kích thước nhỏ hơn để đưa xuống tạo hình hậu môn và gây nên tình trạng phía trên giãn, phía dưới hẹp. Điều này gây cản trở phân xuống và hậu quả là táo bón kéo dài.

Về số lần đi đại tiện theo ngày của trẻ ghi nhận, có 21 trẻ đi đại tiện 1-2 lần mỗi ngày, 4 trẻ đi đại tiện với số lần từ 2-3 lần trên ngày. Có 15 trẻ đại tiện từ 2-3 ngày 1 lần và có 1 trẻ đại tiện 4-5 ngày 1 lần.

Về kết quả khi đi đại tiện, nhóm nghiên cứu ghi nhận có 14 bệnh nhân có són phân trong đó són phân độ 1 chiếm tỷ lệ 26,8% với 11 bệnh nhân, són phân độ 2 có 3 bệnh nhân với tỷ lệ 7,3% và không có són phân với 27 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 65,9%. Sau phẫu thuật chữa tạo hình hậu môn, són phân là một vấn đề nghiêm trọng làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và hòa nhập xã hội của trẻ. Theo Rintala và cộng sự, tình trạng són phân đều xảy ra ở hầu hết các bệnh nhân trưởng thành khi họ đã trải qua một cuộc phẫu thuật tạo hình hậu môn cho dị tật hậu môn trực tràng loại cao với các phương pháp như phẫu thuật trực tiếp tại tầng sinh môn, đường bụng kết hợp đường tầng sinh môn, đường sau trực tràng. Tình trạng són phân này có thể xảy ra ở các mức độ khác nhau mặc dù có những bệnh nhân đã được phẫu thuật sửa chữa lại cơ thắt trong 59. Nixon và cộng sự đã báo cáo kết quả lâu dài của 47 trẻ thành niên và trưởng thành bị dị tật hậu môn trực tràng loại cao thì có tới 29 (62%) trường hợp thỉnh thoảng són phân, 11 (23%) trường hợp có són phân liên tục, trong những trường hợp có són phân liên tục này, có 7 trường hợp phải làm hậu môn nhân tạo và những bệnh nhân này hòa nhập với xã hội

rất khó khăn. Một nghiên cứu khác của Rintala và cộng sự cho thấy tỷ lệ số phân còn cao hơn của Nixon, có tới 31/33 (94%) trường hợp có số phân ở các mức độ khác nhau từ thỉnh thoảng số phân cho đến mức độ số phân liên tục, những trường hợp này có tới 39% có vấn đề đối với hòa nhập xã hội, 13% trường hợp có ảnh hưởng đến sinh hoạt tình dục và 51% trường hợp có vấn đề đối với sức khỏe. Trong nghiên cứu của Trần Anh Quỳnh, tỷ lệ không số phân chiếm tới 60,4%, hiếm khi số phân (1 – 2 lần/tháng, khi trẻ bị rối loạn tiêu hóa) là 22,6%, thỉnh thoảng số phân là 13,2% và thường xuyên là 3,8% [10]. Theo nghiên cứu của England và cộng sự thì tỷ lệ số phân sau phẫu thuật nội soi là 25% [8, 9]

V. KẾT LUẬN

+ Thời gian thực hiện phẫu thuật trung bình là $84,2 \pm 17,2$ phút.

+ 40 trẻ có khả năng nín nhịn đại tiện chiếm tỷ lệ 97,6%

+ Kết quả đại tiện chung đạt loại tốt cao: 92,7% không bị số phân trong đó có 26,8% số phân độ 1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Ngoại Nhi Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Ngoại nhi lâm sàng. Nhà xuất bản Y học. 2018.
2. Peña Alberto. Posterior sagittal anorectoplasty: results in the management of 332 cases of

anorectal, malformations. Pediatric surgery international. 1988;3(2-3):94-104.

3. Nguyễn Thanh Liêm, Trần Anh Quỳnh, Phạm Duy Hiến. Điều trị dị tật hậu môn trực tràng bằng phẫu thuật một thì qua đường sau trực tràng giữ nguyên cơ thắt ở sơ sinh. Thông tin y dược. 2006; Chuyên đề phẫu thuật nhi:2-4.
4. Đào Trung Hiếu, Huỳnh Công Tiến, Tạ Huy Cấn, Huỳnh Thị Phương Anh, Nguyễn Tiên Thành. Phẫu thuật một thì điều trị dị dạng hậu môn trực tràng thể cao và trung gian ở trẻ sơ sinh. Y học TP Hồ Chí Minh. 2011;2:11-17
5. Nguyễn Thanh Liêm, Bùi Đức Hậu. Đánh giá kết quả lâu dài điều trị dị tật hậu môn trực tràng loại cao và trung gian bằng kỹ thuật tạo hình hậu môn trực tràng đường sau trực tràng cải tiến. Tạp chí y học thực hành. 2001;391:273 – 276.
6. Negm MA, Arafa MA, Elshimy KM. Short-term outcome of one-stage sphincter-saving anterior sagittal anorectoplasty in vestibular and perineal fistulae in female infants. The Egyptian Journal of Surgery. 2020;39(1):199.
7. Trần Anh Quỳnh. Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị dị tật hậu môn trực tràng loại cao và ổ nhớp bằng phẫu thuật nội soi. Luận án tiến sĩ y học. 2017; Học viện quân y.
8. England R.J., Warren S.L., Bezuidenhout L., et al. Laparoscopic repair of anorectal malformations at the Red Cross War Memorial Children's Hospital: taking stock. J Pediatr Surg. 2012;47:565 – 570
9. Nguyen Thanh Liem, Tran Anh Quynh. One stage operation through modified posterior sagittal approach preserving the sphincter intact for anal agenesis with rectovestibular fistula. Journal of Pediatric Surgery. 2015;50:634-637.

KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT CÓ CUỐNG LIỀN TẠI CHỖ CHE PHỦ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM NGÓN TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Vũ Hồng Ái¹, Hoàng Văn Dung², Phạm Văn Hai²,
Vũ Mạnh Cường², Tạ Văn Công²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả việc sử dụng vật có cuống liền tại chỗ trong che phủ khuyết hổng phần mềm ngón tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 01 năm 2023 có 30 có cuống liền tại chỗ được sử dụng để che phủ khuyết hổng phần mềm ngón tay cho 28 bệnh nhân (BN) tại khoa Chấn thương chỉnh hình. Có 15 BN nam, 13 BN nữ, độ

tuổi trung bình là 35 (từ 18 đến 60). Thời gian theo dõi trung bình là 28 tháng. **Kết quả:** lâm sàng được đánh giá dựa vào sức sống của vật, mức độ che phủ khuyết hổng. Không có trường hợp nào chảy máu nơi cho và nhận vật, không có hiện tượng nhiễm khuẩn nơi cho vật. Có 1/30 ngón tay bị nhiễm khuẩn nơi nhận vật, có 4/30 vật bị hoại tử một phần dưới 1/3 diện tích, có 12/30 vật có hiện tượng ứ máu tĩnh mạch tạm thời tại vật. **Kết luận:** vật tại chỗ có cuống liền là vật liệu đáng tin cậy trong tạo hình khuyết hổng phần mềm ngón tay.

Từ khóa: khuyết hổng phần mềm ngón tay, vật tại chỗ ngón tay.

SUMMARY

THE RESULTS OF USING THE LOCAL PEDICLE FLAP IN THE SOFT TISSUE RECONSTRUCTION OF FINGERS DEFECTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện TW Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Ái

Email: bsvuhongaictch1211@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023