

virus là hai nguyên nhân thường gặp nhất lần lần chiếm tỷ lệ 36,8 và 29,8%. Trong nhóm khò khè khởi phát muộn 40% trẻ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hen phế quản, là nguyên nhân hay gặp nhất. Số đợt khò khè trung bình trong 12 tháng của kiểu hình khò khè khởi phát sớm là 2,89 đợt, kiểu hình khò khè khởi phát trung gian là 3,93 đợt và của kiểu hình khò khè khởi phát muộn là 3,6 đợt. Số đợt khò khè trong 12 tháng của 3 kiểu hình là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/ hoặc dai dẳng ở trẻ em rất đa dạng. Các nguyên nhân gây khò khè rất khác nhau, tuổi khởi phát khác nhau và biểu hiện lâm sàng cũng khác nhau. Vì thế các thầy thuốc lâm sàng cần khai thác cẩn thận bệnh sử, tiền sử trước khi chỉ định cận lâm sàng phù hợp trước một trường hợp khò khè tái diễn và/ hoặc dai dẳng.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các bệnh nhi và gia đình trẻ đã tham gia, hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Xin cảm ơn Bệnh viện Nhi Trung ương và đặc biệt là Trung tâm Hồ hấp đã

tạo điều kiện thuận lợi để nhóm nghiên cứu có thể thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Shamrani A, Bagais K, Ayed Alenazi A et al** 'Wheezing in children: Approaches to diagnosis and management', Int. J. Pediatr. Adolesc. Med., vol. 6, no. 2, Jun. 2019, doi: 10.1016/j.ijpam.2019.02.003.
2. **Huang J, Zhang J, Hao C and Chen Z**, 'Association of children wheezing diseases with meteorological and environmental factors in Suzhou, China', Sci. Rep., vol. 12, p. 5018, Mar. 2022, doi: 10.1038/s41598-022-08985-5.
3. **Parakh A**. Recurrent & Persistent Wheezing', <https://www.ankitparakh.com/conditions-treated/recurrent-persistent-wheezing/>
4. **Rosa AM, da Jacobson L and Botelho C**, 'Prevalence of wheezing and associated factors in children under 5 years of age in Cuiabá, Mato Grosso State, Brazil', Cad. Saude Publica, vol. 29, no. 9, pp. 1816-1828, Sep. 2013, doi: 10.1590/0102-311X00109012.
5. **de Sousa RB, Medeiros D, Sarinho E et al** 'Risk factors for recurrent wheezing in infants: a case-control study', Rev. Saúde Pública, vol. 50, May 2016, doi: 10.1590/S1518-8787.2016050005100.
6. **Nguyễn Thị Hà**, 'Nghiên cứu nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng theo nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng ở trẻ dưới 5 tuổi.', Trường Đại Học Hà Nội, 2013.

HIỆU QUẢ MÁNG MAGO TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự thay đổi về mặt lâm sàng và xquang khi điều trị rối loạn chức năng thái dương hàm bằng máng mago. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn thái dương hàm đến khám và điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả thăm khám và chụp xquang Conebeam City (CBCT). **Kết quả:** Thay đổi lâm sàng: giảm đau sau điều trị theo thang điểm VAS $2,9 \pm 2,9$, giảm tiếng kêu click từ 86.7% còn 43.3%, giảm tiếng lạo xạo 10% còn 6.3%, há miệng to hơn 8.5 ± 3.9 mm. CBCT: trong 18 bệnh nhân có di lệch lỗi

Phạm Thu Trang¹, Phạm Thị Hồng Thùy², Trần Thị Thanh Mai¹, Nguyễn Tuấn Linh¹

cầu sau điều trị thì 94.4 % lỗi cầu đã được đưa về đúng tâm. Trong 4 bệnh nhân thoái hóa khớp thì sau điều trị 75% lành thương, còn 25% không có sự thay đổi rõ rệt trên phim. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$

Từ khóa: thái dương hàm, CBCT

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF MAGO IN TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION

Objectives: To describe the clinical and radiographic changes in the treatment of TMJ dysfunction with a mago. **Material and methods:** The study was conducted on 30 patients diagnosed with TMJ disorder who came to Hanoi for examination and treatment at the Hanoi Hospital of Odonto-Stomatology, using the results of examination and Conebeam City (CBCT). **Results:** Clinical change: post-treatment pain relief according to the VAS scale of 2.9 ± 2.9 , decrease in click sounds from 86.7% to 43.3%, decrease in crunching sound 10% to 6.3%, open mouth wider 8.5 ± 3.9 mm. CBCT: in 18 patients

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

²Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2023

Ngày duyệt bài: 7.8.2023

with condylar displacement after treatment, 94.4 % of the condyle was returned to the correct center. In 4 patients with osteoarthritis, after treatment, 75% heal, and 25% have no obvious changes on film. This change is statistically significant with $p < 0.005$.

Keywords: TMJ, CBCT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm (Tiếng Anh: Temporomandibular Joint Disorder, viết tắt là TMD) là bệnh lý còn ít được hiểu biết và điều trị tại nước ta. Trên thực tế, đây là bệnh lý khá thường gặp và nhiều bệnh nhân không đến đúng địa chỉ mà hay điều trị nhầm với các bệnh lý của thần kinh hay tai mũi họng do có các dấu hiệu đau đầu, đau tai, đau mắt. Theo thống kê của một số tác giả phương tây, thì có tới 50% dân số có tiếng kêu khớp hoặc di lệch hàm khi há miệng, 75% dân số có hoặc từng có dấu hiệu rối loạn chức năng khớp thái dương-hàm trong đời, 33% cá nhân có rối loạn tại khớp, 41% tại cơ và 26% rối loạn chức năng nặng. Tỷ lệ gặp ở nữ nhiều hơn nam (3 nữ/1nam) và hay gặp nhất ở tuổi 15-45 là lứa tuổi lao động chính. Bệnh lý này ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và nếu không được điều trị đúng cách và kịp thời có thể dẫn tới các tổn thương không hồi phục tại khớp buộc phải phẫu thuật. Vì vậy điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương hàm là rất cần thiết.

Có nhiều phương pháp điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương-hàm và bao gồm nhiều bước, tùy thuộc mức độ của rối loạn chức năng. Máng thần kinh-cơ hoặc máng tái định vị đĩa khớp là một trong những phương pháp điều trị không xâm lấn phổ biến, việc đeo máng này để tạo cho các chuyển động hàm dưới được thực hiện trong điều kiện tối ưu, giúp cho hệ thống thần kinh cơ không bị quá tải do phải hoạt động bù trừ, được nghỉ và lấy lại thăng bằng. Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về hiệu quả của sử dụng máng trong điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương hàm, với các kết quả tốt dao động từ 80-90% [2]. Ở Việt Nam mới có một vài nghiên cứu đơn lẻ về vấn đề này [2], sử dụng một số loại máng khác nhau song chưa có nghiên cứu can thiệp nào thời gian theo dõi dài và có xây dựng quy trình điều trị cho bệnh nhân có rối loạn chức năng khớp thái dương-hàm. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Hiệu quả của máng Mago trong điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương hàm*" với 2 mục tiêu sau:

1. Nhận xét các thay đổi cơ năng sau điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương hàm bằng máng Mago

2. Nhận xét các thay đổi trên phim CBCT sau điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương hàm bằng máng Mago

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa nắn chỉnh răng bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Thời gian nghiên cứu: từ 1/1/2021 đến 31/12/2021

2.2. Đối tượng nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán là RLCNKTDH, tuổi từ 15 tuổi, ở các mức độ:

+ Những người bệnh TMD có hai trong ba các dấu hiệu chủ quan sau theo Mc Neil [9]

- Đau ở hệ thống cơ nhai, khớp thái dương hàm và/hoặc vùng quanh tai, thường tăng thêm khi sờ nắn hoặc hoạt động chức năng.

- Có tiếng kêu khớp: bên Phải hoặc bên Trái hoặc cả 2 bên

- Hạn chế há miệng ($\leq 4\text{cm}$) [9]

+ Bệnh nhân được chẩn đoán có trật đĩa đệm ra trước có hồi phục, bệnh nhân đã có tổn thương ở khớp: thoái hóa khớp, teo lồi cầu...

- Không có các bệnh toàn thân cấp tính hoặc mãn tính không được kiểm soát.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Các đau vùng sọ mặt do các nguyên nhân khác: biến chứng răng số 8, đau dây thần kinh V, đau môi vai gáy cấp do lạnh..

- Những người bệnh được chẩn đoán viêm đa khớp, chấn thương cấp tính, nhiễm trùng, khối u

- Những người bệnh mắc bệnh tâm thần

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng đánh giá hiệu quả trước sau.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu

Mẫu thuận tiện: Nghiên cứu được thực hiện trên 30 người bệnh. Là tất cả những người bệnh được chẩn đoán TMD theo tiêu chuẩn của Mc Neil.

2.3.4. Các bước tiến hành nghiên cứu. Hỏi bệnh, khám bệnh để tiến hành thu thập thông tin về đặc điểm lâm sàng của người bệnh trước và sau điều trị.

- Khám đánh giá biên độ há miệng, điểm đau cơ, tiếng kêu khớp khi vận động hàm, đường há ngậm miệng, điểm cản trở khớp cắn.

- * Chụp phim CBCT trường rộng để đánh giá tổn thương bệnh lý thoái hóa khớp, đặc điểm hình thể của lồi cầu và khe khớp hai bên

Các bước tiến hành điều trị và theo dõi người bệnh

Người bệnh được điều trị bằng máng Mago

- Đeo máng cả ngày và đêm và khi ăn nhai
- Khám lại định kỳ hàng tuần trong 1 tháng đầu, định kỳ hàng tháng từ tháng thứ hai.
- Kiểm tra và điều chỉnh lại các điểm chạm khớp, đảm bảo các điểm chạm khớp thẳng bằng hai bên và phía trước. Kiểm tra và điều chỉnh hướng dẫn ra trước và hướng dẫn sang bên, sử dụng giấy cần hai mặt có độ dày 8 Microns.

2.3.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bởi phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả điều trị chung theo thời gian

Bảng 3.1. Kết quả điều trị trung bình theo thời gian

Thời điểm	Kết quả		Tốt		Trung bình		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 tháng	12	40	15	50	3	10		
3 tháng	26	86,7	3	10	1	3,3		
6 tháng	28	93,3	2	6,7	0	0		

3.2. Hiệu quả cơ năng

3.2.1. Triệu chứng đau

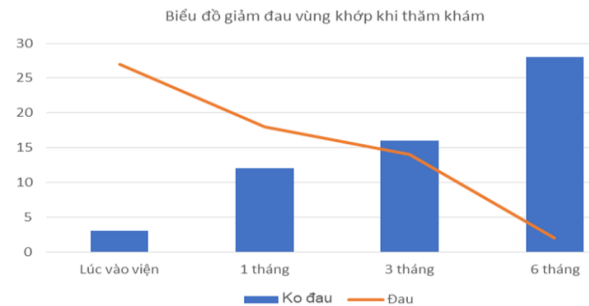
Các giá trị mức đau trên thang điểm 10 (VAS) ở 4 thời điểm: Lúc vào viện, sau đeo máng 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

Bảng 3.2. So sánh hiệu quả điều trị của các bệnh nhân có đau vùng thái dương sau 6 tháng

Triệu chứng	Lúc vào viện	Sau điều trị 6 tháng	p
Chỉ số VAS	2,9 ± 2,9	0,00 ± 0,00	0,000

Nhận xét: Sự khác biệt giữa điểm đau trung bình giữa thời điểm vào viện và sau điều trị 6 tháng ở các bệnh nhân có đau vùng thái dương là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.2.2. Dấu hiệu đau thực thể khi thăm khám



Biểu đồ 3.1. Biểu đồ giảm đau vùng khớp khi thăm khám

Nhận xét: Dấu hiệu đau vùng khớp và các vùng cơ khi thăm khám với nghiệm pháp gây đau cũng giảm có ý nghĩa. Sau 6 tháng đeo máng, chỉ còn 2/30 bệnh nhân có đau nhẹ khi thử nghiệm pháp gây đau.

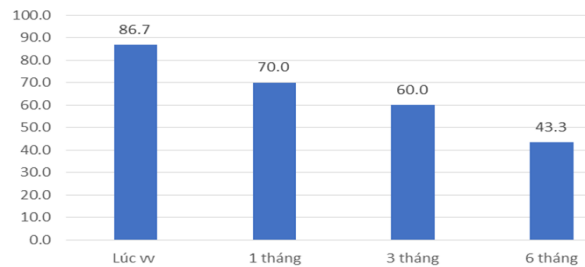
3.2.3. Thay đổi về biên độ há miệng
Bảng 3.3. So sánh biên độ há miệng tối đa trước điều trị, sau 1, 3 và 6 tháng

Biên độ há miệng	Trung bình	p
Lúc vào viện (T0)	38.9 ± 9.2	
1 tháng (T1)	43.8 ± 6.6	p (T0 và T1) <0.0001
3 tháng (T3)	45.9 ± 6.1	P (T0 và T3) < 0.0001
6 tháng (T6)	46.4 ± 5.3	P (T0 và T6) < 0.0001

Nhận xét: Biên độ há miệng được cải thiện rõ rệt ngay sau 1 tháng đeo máng, mức tăng trung bình > 5mm, và biên độ há miệng bình thường sau 6 tháng ở tất cả các trường hợp, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p <0.0001)

3.2.4. Thay đổi về tiếng kêu khớp

Tỉ lệ có tiếng click trước và sau điều trị

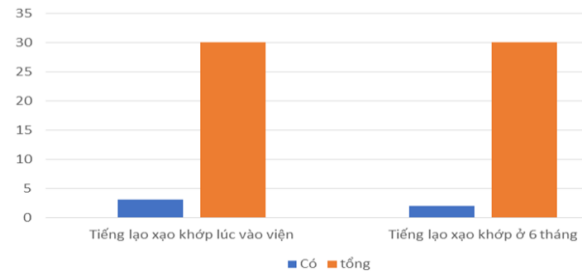


Biểu đồ 3.2. Tỉ lệ click trước và sau điều trị

Nhận xét: Tiếng click clack thường tồn tại đến tháng thứ ba và hết hoặc giảm rõ rệt vào tháng thứ 6.

3.2.5. Tiếng lạo xạo khớp

Tỉ lệ tiếng lạo xạo khớp



Biểu đồ 3.3. Tỉ lệ tiếng lạo xạo khớp

Tiếng lạo xạo khớp chỉ gặp ở 3 trên 30 các bệnh nhân nghiên cứu, chiếm tỉ lệ 10 %. Trong 3 bệnh nhân có 1 bệnh nhân hết tiếng lạo xạo khớp sau 6 tháng đeo máng, 2 bệnh nhân còn lại tiếng lạo xạo giảm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p Fischer exact > 0.05)

3.3. Thay đổi trên phim chụp CBCT. Trên 30 bệnh nhân nghiên cứu, có 18 bệnh nhân được chụp CBCT kiểm tra sau 6 tháng. Các bệnh nhân được chụp kiểm tra là các bệnh nhân có tổn thương thoái hóa khớp hoặc có di lệch vị trí lồi cầu trước điều trị.

3.3.1. Dấu hiệu thoái hóa khớp. So sánh kết quả trước và sau 6 tháng đeo máng, ở 4 bệnh nhân có tổn thương thoái hóa khớp, 1 bệnh nhân có tổn thương thoái hóa 1 bên lành thương hoàn toàn sau điều trị, 2 bệnh nhân tổn thương thoái hóa lõi cầu hai bên có lành thương ở 1 bên và 1 bệnh nhân không có thay đổi rõ rệt trên phim.

3.3.2. Dấu hiệu lệch vị trí lõi cầu

Bảng 3.4: Tỷ lệ lệch lõi cầu (LC) trước và sau 6 tháng điều trị

	LC T	Tỉ lệ %	LC P	Tỉ lệ %	Hai LC	Tỉ lệ %
Không di lệch	2	11.1	8	44.4	0	0
Có di lệch	16	88.9	12	66.7	18	100
Tổng	18	100	18	100	18	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân lõi cầu về đúng tâm sau 6 tháng đeo máng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi cơ năng khi điều trị bằng máng MAGO

Hiệu quả giảm đau, giảm tiếng kêu khớp và tăng biên độ há miệng

Dấu hiệu đau cơ năng giảm rõ rệt ngay sau tháng đầu điều trị. Đối với các bệnh nhân có đau vùng khớp, điểm trung bình theo thang điểm VAS là 5,73. Sau 3 tháng điều trị, điểm trung bình đau giảm xuống còn 1,17. Sự khác biệt giữa điểm đau khi vào viện và sau 3 tháng điều trị là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 6 tháng điều trị, không còn bệnh nhân nào còn đau ở vùng góc hàm hàm dưới và vùng cổ gáy. Số ít bệnh nhân còn đau vùng khớp và vùng thái dương 6,7%. Tương tự với đau vùng thái dương, sau 6 tháng điều trị, điểm đau trung bình đã giảm từ 2,9 xuống 0 điểm và sự khác biệt cũng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Rubinoff MS (1987) [5] nghiên cứu trên 2 nhóm bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm có triệu chứng đau thấy rằng ở nhóm 1, kết thúc điều trị bằng máng có 87% bệnh nhân có cải thiện đau, nhóm 2 có 77% hết triệu chứng đau hoặc đỡ ở mức trung bình. Trong nghiên cứu của Siegert & Gundlach cũng trên 2 nhóm bệnh nhân có triệu chứng đau vùng góc hàm hàm dưới, nhóm 1 sử dụng máng điều trị có sự cải thiện đến 92% [6].

Khi chúng tôi tiến hành so sánh điểm trung bình đau của tất cả các vùng ở các thời điểm vào viện, sau điều trị 1 tháng, sau điều trị 3 tháng, sau điều trị 6 tháng đã thấy rằng, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều đó chứng tỏ rằng, máng điều trị đau khớp thái dương hàm MAGO đem lại hiệu quả cải thiện triệu chứng cơ năng đau trên bệnh nhân.

Tiếng kêu khớp và bán trật khớp: có 23,2% bệnh nhân có tiếng click, 16,7% đã từng có bán trật khớp. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 dấu hiệu này là không có ý nghĩa thống kê. Vì vậy, không phải bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp cũng bị trật khớp và ngược lại.

Tiếng click vùng khớp khá thường gặp trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, với tỉ lệ 86.7 % bệnh nhân đến khám. Tiếng kêu khớp thường gặp trong trường hợp có trật đĩa đệm ra trước có hồi phục. Tiếng kêu khớp giảm rõ rệt sau 6 tháng đeo khớp. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, hạn chế há miệng được cải thiện rõ rệt sau 1, 3 và 6 tháng điều trị ($p < 0.001$). Kết quả này tương tự kết quả của Martins WR1 và cộng sự [Martins et al 2016]

4.2. Thay đổi trên phim CBCT sau điều trị.

Trên 30 bệnh nhân nghiên cứu, có 18 bệnh nhân được chụp CBCT kiểm tra sau 6 tháng. Các bệnh nhân được chụp kiểm tra là các bệnh nhân có tổn thương thoái hóa khớp hoặc có di lệch vị trí lõi cầu trước điều trị.

So sánh kết quả trước và sau 6 tháng đeo máng, ở 4 bệnh nhân có tổn thương thoái hóa khớp được chụp phim kiểm tra, 1 bệnh nhân có tổn thương thoái hóa 1 bên lành thương hoàn toàn sau điều trị, 2 bệnh nhân tổn thương thoái hóa lõi cầu hai bên có lành thương ở 1 bên và 1 bệnh nhân không có thay đổi rõ rệt trên phim.

Với 18 bệnh nhân có di lệch vị trí lõi cầu trước điều trị được chụp phim kiểm tra sau điều trị, cho thấy cả 18 bệnh nhân lõi cầu về đúng tâm, có một bệnh nhân vẫn còn di lệch vị trí, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy, máng MAGO có hiệu quả rõ rệt trong điều trị di lệch vị trí lõi cầu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy máng MAGO là phương tiện điều trị hiệu quả với tất cả các bệnh lý rối loạn chức năng khớp TD-H, thể hiện ở việc cải thiện có ý nghĩa các triệu chứng cơ năng và thực thể. Với các trường hợp có tổn thương thoái hóa khớp, máng MAGO làm giảm các triệu chứng cơ năng, thực thể cũng như làm ổn định tổn thương tiêu xương giúp lành thương khi quan sát trên phim chụp CBCT. Tuy nhiên, khía cạnh này cần được nghiên cứu sâu hơn với cỡ mẫu lớn hơn cũng như các thăm dò sinh học đi kèm nhằm có giải thích thỏa đáng và bằng chứng thuyết phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Koh H, Robinson PG (2003). Occlusal adjustment for treating and preventing

- temporomandibular joint disorders. Cochrane Database Syst Rev.p95.
- Huang GJ, LeResche L, Critchlow CW, Martin MD, Drangsholt MT (2008).** Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). J Dent Res. **81**:284-8.
 - James Fricton (2007).** Myogenous Temporomandibular Disorders: Diagnostic and Management Considerations. Dent Clin N Am **51**, 61-83.
 - Okeson J.P (1996).** Orofacial Pain. Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. The American Academy of Orofacial Pain, Quintessence Publishing Co. Inc., Chicago, IL. pp. 127
 - Widmalm Sven (1998).** Bite splints in General Dental practise. Oral Rehabilitation 1998 **23**; 550-567
 - Abou -Atme YS, Melis M, Zawaki KH (2005).** Pressure Pain Threshold of the Lateral Pterygoid Muscles. J Contemp Dent Pract, Vol 6, No3, p22-29.
 - Carlsson GE (1999).** Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorder, J Orofac Pain, **13**:21-8.
 - Caio MPS, Joso CMJ (2004).** Clinical Journal of Pain for Healthcare Professionals and Patient, pain journal.net.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TEO THỰC QUẢN BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Minh Khôi¹, Tô Mạnh Tuấn¹, Nguyễn Văn Linh¹,
Vũ Thanh Tú¹, Phạm Thanh Tùng¹, Phạm Duy Hiền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Teo thực quản (Esophageal atresia - EA) là dị tật bẩm sinh đặc trưng bằng sự mất liên tục của ống tiêu hoá nối hầu họng với dạ dày. Trên thế giới, phẫu thuật nội soi (Thoracoscopic repair - TR) điều trị EA lần đầu tiên được thực hiện bởi Lobb (1999) và Rothenberg (2000). Tại Việt Nam, bệnh viện Nhi Trung ương lần đầu ứng dụng thành công kỹ thuật trên từ năm 2007. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả TR điều trị EA trên số lượng bệnh nhân lớn và thời gian theo dõi kéo dài. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên đối tượng là các bệnh nhân được TR điều trị EA tại bệnh viện Nhi trung ương trong khoảng thời gian từ 1/2019 đến 1/2022. **Kết quả:** 67 bệnh nhân được TR điều trị EA. Nam/nữ: 2/1. Cân nặng trung vị: 2.7 (2-3.4)kg. Teo thực quản typC/A: 64/3. 10.7% long-gap. Thời gian phẫu thuật trung vị 110 (50-200) phút. Tai biến trong mổ 3%. Chuyển mổ mở 6%. Thời gian theo dõi trung vị: 20 (5-41) tháng. Biến chứng sau mổ: Rò miệng nối 8.9%, hẹp miệng nối 31.3%, rò khí thực quản 3%, GERD 10%. 1 trường hợp mổ lại do nông hẹp miệng nối thất bại. 1 trường hợp tử vong. **Kết luận:** TR là kỹ thuật can thiệp ít xâm lấn, khả thi, an toàn, cho kết quả tốt trong điều trị EA.

Từ khóa: Teo thực quản, phẫu thuật nội soi tạo hình thực quản

SUMMARY

OUTCOME OF THORACOSCOPIC REPAIR FOR ESOPHAGEAL ATRESIA IN VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Khôi

Email: minhkhointngoai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

Background: Esophageal atresia (EA) is a congenital malformation characterized by the discontinuity of the alimentary canal connecting the pharynx to the stomach. Thoracoscopic repair (TR) for EA was first performed by Lobb (1999) and Rothenberg (2000). In Vietnam, the National Children's Hospital first successfully applied this technique since 2007. However, so far, there have been no studies evaluating the results of TR for EA on a big number of patients and long follow-up time.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study on patients undergoing TR for EA at the National Children's Hospital between January 2019 and January 2022. **Results:** 67 patients with TR for EA. Male/Female: 2/1. Median weight: 2.7 (2-3.4) kg. EA typeC/A: 64/3. 10.7% long-gap. Median operative time 110 (50-200) minutes. Intraoperative complications 3%. Convert to thoracotomy 6%. Median follow-up time: 20 (5-41) months. Postoperative complications: Anastomotic leakage 8.9%, stricture 31.3%, Recurrent tracheoesophageal fistula 3%, GERD 10%. 1 case of re-operation due to failure of endoscopic dilation. 1 death case.

Conclusion: TR is a minimally invasive, feasible, safe intervention technique with good results on treatment of EA. **Keywords:** Esophageal atresiam, Thoracoscopic esophageal plasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo thực quản (Esophageal atresia - EA) là dị tật bẩm sinh đặc trưng bởi sự mất liên tục của ống tiêu hoá nối hầu họng với dạ dày. Tỷ lệ mắc 1/3000 trẻ sinh sống, gần 90% trường hợp kèm theo đường rò vào cây khí phế quản. Bệnh lần đầu tiên được điều trị thành công năm 1939 bởi William Ladd bằng phẫu thuật mổ mở (Conventional open repair- COR) nhiều thì. 2 năm sau, Cameroon Haight phẫu thuật thành công với COR một thì. Lobb (1999) và Rothenberg (2000) là các tác giả đầu tiên báo