

hiên. Mặt khác xét nghiệm giải phẫu bệnh vi thể còn cho thấy sự thay đổi cấu trúc tế bào khi nhìn dưới kính hiển vi điện tử, cung cấp thêm thông tin liên quan đến độc tính trên gan, thận và là tiêu chuẩn vàng trong việc đánh giá tổn thương lên hai cơ quan đóng vai trò quan trọng trong chuyển hóa và thải trừ thuốc. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng không có sự khác biệt đáng kể trong kết quả mô bệnh học gan và thận giữa nhóm điều trị viên nén STONEBYE và nhóm đối chứng.

V. KẾT LUẬN

Viên nén STONEBYE ở liều 45 viên/kg (gấp 46,87 lần liều dùng dự kiến trên người) không gây độc tính cấp và chưa xác định được LD₅₀ trên chuột nhắt trắng.

Viên nén STONEBYE liều 0,48 viên/kg/ngày và 1,44 viên/kg/ngày uống trong vòng 90 ngày liên tục không gây độc tính bán trường diễn trên chuột cống trắng thông qua không ảnh hưởng đến tình trạng chung, thể trọng, chức năng của hệ tạo máu và chức năng gan, thận chuột cống trắng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Derek Bos et al** (2014). Knowledge, attitudes, and practice patterns among healthcare providers in the prevention of recurrent kidney stones in Northern Ontario, Original Research, December/Volume 8/Issue 11-12.
2. **Gerhard Vogel H** (2016). Drug discovery and evaluation Pharmacological assays. Springer.
3. **Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội** (2017). Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Y học;143-145.
4. **Nguyễn Thị Ngọc** (2016). Nghiên cứu tình hình mắc sỏi hệ tiết niệu ở người trưởng thành tại quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Huế.
5. **OECD** (2008). Guidelines for the testing of chemicals repeated dose oral toxicity study in rodents, Environmental Health and Safety Monograph Series on Testing and Assessment No 407.
6. **Shara M, Stohs SJ** (2015). Efficacy and Safety of White Willow Bark (*Salix alba*) Extracts. The Phytother Res. 2015;29(8):1112-6.
7. **World Health Organization** (2013). Working group on the safety and efficacy of herbal medicine. Report of regional office for the western pacific of the World Health Organization.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U QUÁI CÙNG CỤT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thủy Tiên¹, Phạm Duy Hiền²,
Trần Xuân Nam², Phan Hồng Long³

TÓM TẮT

Mục tiêu: u quái vùng cùng cụt là một khối u tế bào mầm ngoài sinh dục xuất phát từ xương cùng cụt, phần lớn là lành tính, số ít có thể ác tính hay tiềm tàng nguy cơ ác tính. Việc chẩn đoán và phẫu thuật sớm có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh. Nghiên cứu có mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật điều trị u quái cùng cụt ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu mô tả tất cả bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u quái cùng cụt, được phẫu thuật tại Trung tâm Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung Ương, thời gian từ tháng 01/2016-12/2022. **Kết quả:** Có 44 BN trong nghiên cứu bao gồm 14 BN nam (31,8%) và 30 BN nữ (68,2%). Tuổi trung vị của BN là 44,5 ngày (2-4278 ngày). 41

BN(93,18%) được mổ đường sau trực tràng, 03 BN(6,82%) được mổ kết hợp đường bụng và sau trực tràng. Thời gian mổ trung bình là 119 ± 37 phút. Tại biển trong mổ: 08 BN (18,2%) chảy máu do tổn thương đám rối trước xương cùng, truyền máu hồi sức ổn định; 01 BN (2,3%) thủng thành sau trực tràng, được khâu lại vị trí thủng, hậu phẫu ổn định ra viện sau 17 ngày; 04 BN(9,09%) vỡ u trong mổ. Biến chứng sau mổ: 07 BN (15,91%) nhiễm trùng vết mổ, 01 BN (2,27%) chảy máu vết mổ được khâu lại, 01 BN (2,27%) bí tiểu sau mổ, được đặt sonde tiểu và tập phân xạ đi tiểu, ra viện sau 25 ngày. Không có BN tử vong trong và sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 6,2 ± 4,5 ngày. Thời gian theo dõi trung bình 55,0 ± 23,8 tháng, có 02 BN (6,5%) có rối loạn đại tiện són phân, 03 BN (7,14%) tái phát u và được phẫu thuật cắt u, đến hiện tại không có tái phát. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị u quái cùng cụt ở trẻ em có thể thực hiện an toàn và tỷ lệ tái phát thấp.

Từ khóa: U quái cùng cụt; trẻ em

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT SACROCOCCYGEAL TERATOMA IN CHILDREN AT THE VIET NAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thủy Tiên

Email: thuytiennguyen.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023

Objective: sacrococcygeal teratoma (SCT) is an extragenital germ cell tumor originating from the coccyx, most of which are benign, but a few can be malignant or have the potential for malignancy. Early diagnosis and surgery are very important in the treatment and prognosis of the disease. The study aims to describe the clinical and pre-clinical characteristics of SCT and the operative outcomes of it. **Methods:** Retrospective study describing all patients diagnosed with sacrococcygeal teratoma, operated at the General Surgery Center of National Children's Hospital, from January 2016 to December 2022. **Results:** there were 44 patients including 14 male (31.8%) and 30 female (68.2%). The median age of patients was 44.5 days (2-4278 days). 41 patients (93.18%) had retrorectal surgery, 03 patients (6.82%) had combined abdominal and retrorectal surgery. The average operative time was 119 ± 37 minutes. Intraoperative complications: 08 patients (18.2%) bleeding due to damage to the anterior sacral plexus, stable blood transfusion; 01 patient (2.3%) perforated the posterior wall of the rectum, the puncture site was sutured, stable postoperatively, discharged after 17 days; 04 patients (9.09%) had ruptured tumor. Postoperative complications: 07 patients (15.91%) had surgical wound infection, 01 patient (2.27%) had bleeding from the surgical wound, which was sutured, 01 patient (2.27%) had urinary retention after surgery, and a catheter was placed. urinating and exercising reflexes to urinate, discharged after 25 days. No patient died during and after surgery. The mean hospital stay was 6.2 ± 4.5 days. Average follow-up time was 55.0 ± 23.8 months, 02 patients (6.5%) had bowel incontinence disorder, 03 patients (7.14%) had tumor recurrence and underwent tumor redo-resection. To date there has been no recurrence. **Conclusions:** Surgical treatment of Sacrococcygeal teratoma in children can be performed safely and the recurrence rate is low.

Keywords: Sacrococcygeal teratoma; children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U quái vùng cùng cụt (UQCC) là một khối u tế bào mầm ngoài sinh dục xuất phát từ xương cùng cụt. Tuy tần suất gặp ít, chỉ 1/40000-35000 trẻ sinh sống, nó vẫn chiếm hơn 70% trong số các loại u ở trẻ sơ sinh với tỷ lệ nữ/nam là 3/1. UQCC phần lớn là lành tính, số ít có thể ác tính hay tiềm tàng nguy cơ ác tính. UQCC có thể được chẩn đoán từ thời kì bào thai hoặc sau sinh. Trẻ mắc UQCC thường có tiên lượng tốt và phát triển bình thường sau khi được điều trị phẫu thuật.² Tỷ lệ tiến triển ác tính khi phẫu thuật u sau 2 tháng sau sinh là 50-60% và sau 1 năm là 75%.³ Vì vậy, việc chẩn đoán và phẫu thuật sớm có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh. Khi đã chẩn đoán xác định UQCC nên phẫu thuật cắt bỏ khối u và một phần xương cụt trong giai đoạn sơ sinh.⁴ Sau khi được phẫu thuật lấy bỏ khối u, trẻ có thể xuất

hiện một số rối loạn chức năng bàng quang, rối loạn chức năng đại tiện và có thể tái phát. Các yếu tố nguy cơ tái phát là vỡ u trong quá trình mổ, cắt bỏ u không hoàn toàn, không cắt xương cụt, UQCC chưa trưởng thành và ác tính.⁵ Một phân tích tổng hợp 22 bài báo, bao gồm 1516 BNUQCC cho thấy tỷ lệ tái phát ở giai đoạn trưởng thành là 3% và tiến triển ác tính là 5%.⁶ Ở Việt Nam, từ năm 2010 đến nay chỉ có một vài bài báo cáo với số lượng ít BN nghiên cứu về bệnh lý này. Nguyễn Thanh Trúc và cộng sự thực hiện nghiên cứu trên 44 BN trong khoảng thời gian 2010-2015 tại bệnh viện Nhi Đồng 2 với chỉ 1 trường hợp tái phát lành tính và 2 trường hợp tái phát ác tính, 5 BN táo bón điều trị nội khoa cho kết quả tốt.⁷ Dương Văn Mai báo cáo trên 32 BN tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 2011-2015 với tỉ lệ sống trên 5 năm đạt 100%, có 2 BN(6.5%) tái phát, 2 BN(6.5%) rối loạn đại tiện và 3 BN rối loạn tiểu tiện.⁸ Từ năm 2016 đến nay chưa có thêm nghiên cứu nào về kết quả điều trị phẫu thuật UQCC ở trẻ em. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị UQCC tại Bệnh viện Nhi Trung Ương giai đoạn 2016- 2022.

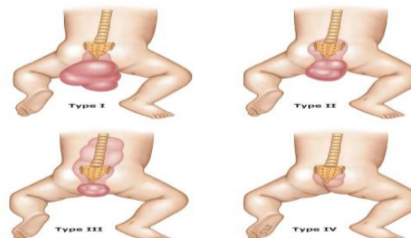
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các BN (BN) từ sơ sinh đến 16 tuổi được chẩn đoán UQCC được điều trị bằng phẫu thuật tại Trung tâm Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 01/2016- 12/2022, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UQCC (u quái trưởng thành, u quái chưa trưởng thành hoặc u tế bào mầm). Loại trừ các BN có các dị tật vùng hậu môn trực tràng, tiết niệu sinh dục kèm theo (dị tật hậu môn trực tràng, bàng quang thần kinh,...).

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả

Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian thực hiện.

Phân loại STC theo Altman 1973¹



Hình 1: Phân loại UQCC theo Altman 1973

Nguồn: Rachel A Egler, 2022

Loại I: khối u nằm gần như hoàn toàn ở bên ngoài

Loại II: khối u nằm phần lớn ở bên ngoài, một phần nhỏ nằm trong khoang trước xương cụt

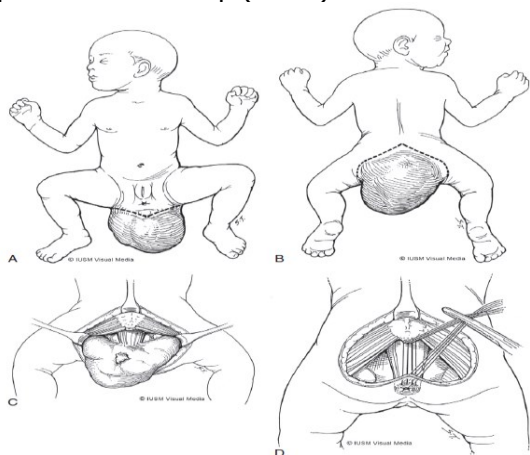
Loại III: khối u có thể nhìn thấy được từ bên ngoài, phần lớn nằm trong khoang trước xương cụt

Loại IV: khối u không nhìn thấy được từ bên ngoài, nằm gần như hoàn toàn trong khoang trước xương cụt

Phân độ chưa trưởng thành theo hệ thống phân loại Gonzalez-Crussi: Độ 0: chỉ u quái trưởng thành; Độ 1: <10% mô chưa trưởng thành; Độ 2: 10 đến 50% mô chưa trưởng thành; Độ 3: > 50% mô chưa trưởng thành.⁹

Phân loại Krickenbeck cho BN có rối loạn đại tiện.¹⁰

Quy trình phẫu thuật thống nhất của Bệnh viện. UQCC loại I và II thường có thể tiếp cận ở tư thế nằm sấp (Hình2).



Hình 2: A và B: Phẫu thuật cắt bỏ UQCC với đường rạch chữ V ngược. C và D: Cắt u cùng với xương cụt và bảo tồn trực tràng

Nguồn: Altman, 1973

Trường hợp UQCC loại III và IV theo Altman phải tiến hành phẫu thuật đường bụng phối hợp để cắt trọn u. Trong khi bóc tách cần chú ý tránh làm tổn thương động mạch trước xương cụt và trực tràng.

Các số liệu phân tích được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, kích thước u, phân loại u theo Altman, đặc điểm trong mổ, các tai biến, biến chứng, thời gian nằm viện, giải phẫu bệnh sau mổ. BN sau khi ra viện được khám định kỳ: 1 tuần sau khi ra viện, 1 tháng/lần trong 3 tháng đầu, 2 tháng/lần trong 6 tháng tiếp theo và 3 tháng/lần trong 1 năm sau đó. Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 15 sử dụng thuật toán tính tỷ lệ phần trăm

và giá trị trung bình, tính tỷ lệ sống không tái phát bằng đồ thị Kaplan-Meier; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả BN tham gia nghiên cứu và người giám hộ hợp pháp của BN được giải thích về mục tiêu nghiên cứu, quyền lợi, trách nhiệm, nghĩa vụ khi tham gia nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của BN được giữ bí mật và chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho BN. Đề tài đã thông qua hội đồng đạo đức của bệnh viện Số: 2037/BVNTW-HĐĐĐ (27/07/2023 IRB-VN01037/IRB00011976/FWA00028418)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 44 BN bao gồm 14 BN nam (31,8%) và 30 BN nữ (68,2%). Tuổi trung vị của BN là 44,5 ngày (2-4278 ngày).

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	N = 44	Tỷ lệ (%)
Đau bụng/mông	1	2,27
Rối loạn đại tiểu tiện	5	11,36
Vỡ u/chảy dịch vùng mông	2	4,55
Khối u vùng mông	44	100,00

Tất cả các BN đến viện với triệu chứng phát hiện khối u lồi ra sau mông. Có 5 BN xuất hiện triệu chứng rối loạn đại tiểu tiện (11,36%): 3 trẻ là són phân, 1 trẻ són tiểu và 1 trẻ bí tiểu. Có 2 BN (4,55%) triệu chứng chảy dịch từ khối u rất lớn sau mông đều được chẩn đoán là u quái khổng lồ vỡ và được mổ cấp cứu.

Bảng 2. Phân loại u theo Altman

Phân loại u theo Altman	N = 44	Tỷ lệ (%)
Loại I	24	54,55
Loại II	15	34,09
Loại III	5	11,36
Loại IV	0	0,00

Tỷ lệ BN có u quái cùng cụt loại I theo phân loại Altman là cao nhất (24 BN, 54,55%). Có 15 BN (34,09%) chẩn đoán phân độ Altman loại II. Phân loại III theo Altman gồm 05 BN (11,36%). Không có BN nào có u Altman loại IV.

Bảng 3. Đặc điểm trong mổ

Đường tiếp cận u	N = 44	Tỷ lệ (%)	
Đường bụng	0	0,00	
Đường sau trực tràng	41	93,18	
Kết hợp	3	6,82	
Vỡ u	Có	4	9,09
	Không	40	90,91
Cắt hết u	Có	43	97,73
	Không	1	2,27

Có 41 BN (93,18%) được mổ đường sau trực tràng đơn thuần; 03 BN (6,82%) được mổ kết

hợp đường bụng và sau trực tràng, 2 trong số 3 BN này phân loại u theo Altman là loại III. 43 BN (97,73%) được cắt hết u, 01 BN (2,27%) cắt không hết u. 04 BN (9,09%) bị vỡ u trong mổ.

Có 8 BN (18,18%) cần truyền máu trong mổ do chảy máu từ mạch máu trước xương cùng. Lượng máu truyền trung bình là 86,3 ± 37,7 ml (30-150ml). 01 BN (2,3%) thủng thành sau trực tràng, được khâu lại vị trí thủng, hậu phẫu ổn định ra viện sau 17 ngày. Thời gian mổ trung bình là 119 ± 37 phút (65-200 phút). Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: 13 BN (29,55%) có diện phẫu thuật còn u.

Bảng 4. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sau mổ	N = 44	Tỷ lệ (%)
Không có biến chứng sớm	35	79,55
Chảy máu sau mổ	1	2,27
Bí đái	1	2,27
Nhiễm trùng vết mổ	7	15,91
Thủng trực tràng	0	0,00
Tử vong	0	0,00

Có 35 BN (79,55%) không có biến chứng sớm sau mổ, 07 BN (15,91%) bị nhiễm trùng vết mổ. 01 trong số 07 BN này cần mổ lại làm sạch vết mổ nhiễm trùng. 06 BN chỉ cần điều trị nội khoa và thay băng hàng ngày, 01 BN (2,27%) chảy máu phát hiện khi thay băng, được xử trí khâu tăng cường vết mổ, ổn định. Có 1 BN (2,27%) bí đái sau mổ, được xử trí đặt sonde tiểu lưu và tập phản xạ đi tiểu, hậu phẫu ổn định ra viện sau 25 ngày.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6,2 ± 4,5 ngày (1-25 ngày)

Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	N=44	Tỷ lệ (%)
U quái trưởng thành	36	81,82
U quái chưa trưởng thành độ I	3	6,82
U quái chưa trưởng thành độ II	3	6,82
U quái chưa trưởng thành độ III	2	4,55
Tổng	44	100,00

Tỷ lệ u quái trưởng thành cao nhất: 36 BN (81,82%). Tỷ lệ u quái chưa trưởng thành độ I và độ II là tương đương: 3 BN (6,82%). Tỷ lệ u quái chưa trưởng thành độ III là thấp nhất: 2BN (4,55%).

Có 03 BN (7,14%) bị tái phát u và được phẫu thuật cắt u lần thứ 2; 01 BN phát hiện tái phát sau 6 tháng và 02 BN phát hiện sau 12 tháng. Cả 3 trường hợp theo dõi tới thời điểm hiện tại đều không có tái phát lại.

IV. BÀN LUẬN

Mục đích của phẫu thuật trong SCT là tìm

đường tiếp cận tốt để cắt bỏ hoàn toàn khối u, cắt bỏ một phần xương cụt để ngăn ngừa tái phát, tái tạo lại các cơ đáy chậu để phục hồi hình dạng và chức năng bình thường của đáy chậu và các cơ mông. Trong nghiên cứu này, 93,18% BN được mổ đường sau trực tràng, 6,82% BN được mổ 2 thì kết hợp đường bụng và sau trực tràng. Nghiên cứu của Dương Văn Mai cho rằng có mối liên quan giữa phân loại u theo Altman với việc lựa chọn đường mổ.⁸ Trong thực tế, việc lựa chọn đường mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố: phân loại u theo Altman, thói quen của phẫu thuật viên và nhận định của phẫu thuật viên trong mổ. U quái vùng cùng cụt loại I hoàn toàn nằm sau xương cùng cụt nên đường mổ được lựa chọn là đường sau trực tràng. Trong đó, việc lựa chọn đường rạch ngang mông, dọc theo đường giữa 2 mông hay quanh chu vi khối u cũng cần được cân nhắc để đảm bảo bộc lộ rộng rãi u cũng như tính thẩm mỹ của sẹo mổ. U loại II, III do có một phần u ở trong tiểu khung nên đường mổ sau trực tràng đơn thuần có thể khó lấy hết khối u vì vậy đôi khi cần kết hợp đường bụng và đường sau trực tràng. Kinh nghiệm của chúng tôi cho thấy việc đánh giá kỹ CT hay MRI trước mổ cùng với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh sẽ giúp cho phẫu thuật viên chọn được đường mổ phù hợp.

Trong nghiên cứu, có 88,64% BN được cắt 1 phần xương cụt kèm theo trong khi phẫu tích lấy u, giống với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Trúc.⁷ Các trường hợp không cắt xương cụt có thể do khối u có cuống, không xâm lấn xương cụt nên phẫu thuật viên quyết định chỉ cắt bỏ u. Các nghiên cứu khác đưa ra kết quả rằng các phẫu thuật viên luôn cắt một phần xương cụt cùng với khối u.^{5,6} Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tái phát u cao hơn ở nhóm BN không cắt xương cụt. Vì thế, theo quan điểm của chúng tôi, nên cắt xương cùng cụt kèm theo để phòng tái phát u.

Việc lấy bỏ được hết tổ chức u mà không làm vỡ khối u quyết định trực tiếp đến kết quả điều trị và khả năng tái phát, nó phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu, có 9,09% BN có vỡ u trong mổ. Vì UQCC thường không có vỏ, việc đánh giá xem khối u đã được lấy bỏ hoàn toàn hay chưa là chủ quan của phẫu thuật viên, nhất là khi u xâm lấn vào các cấu trúc khác thì việc cắt trọn khối u là rất khó. Các phẫu thuật viên cần cân nhắc giữa việc lấy tối đa khối u và tránh làm tổn thương các cấu trúc bị xâm lấn.

Tỷ lệ u có thành phần đặc cao là yếu tố tiên lượng mất máu trong mổ. Vì thế, các bác sĩ lâm sàng và gây mê hồi sức cần quan tâm đến kết

quả chẩn đoán hình ảnh để chuẩn bị tốt nhất cho cuộc phẫu thuật.

Tỷ lệ tổn thương trực tràng trong nghiên cứu này là 2,27%. Dương Văn Mai cũng báo cáo chỉ có 1 BN (3,13%) bị thủng trực tràng trong mổ và được khâu lại ngay.⁸ Tỷ lệ này là 4,5% trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Trúc.⁷ Theo quan điểm của các phẫu thuật viên trên thế giới, tổn thương trực tràng trong mổ có thể được xử trí bằng cách khâu phục hồi ngay mà không cần thiết phải làm hậu môn nhân tạo tạm thời.² Các nghiên cứu trên thế giới cũng nêu ra các tai biến trong mổ khác như tổn thương cơ thắt, tổn thương cổ bàng quang, tuy nhiên trong nghiên cứu này không gặp trường hợp nào. So với các tác giả trên tỷ lệ tai biến trong mổ của chúng tôi ít hơn, điều này chứng tỏ phẫu thuật điều trị UQCC tại trung tâm của chúng tôi có thể thực hiện an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp.

Trong nghiên cứu, thời gian theo dõi trung bình là $55,0 \pm 23,8$ tháng. Tỷ lệ biến chứng xa sau mổ là 5,88%. Rối loạn đại tiện là biến chứng duy nhất gặp trong nghiên cứu. Chức năng đại tiện chỉ nên đánh giá ở những BN trên 4 tuổi, vì trẻ dưới 4 tuổi, hệ tiêu hóa và tiết niệu chưa hoàn thiện, đồng thời trẻ cũng chưa đạt được sự tự chủ đại tiện và biết cách diễn đạt cảm giác buồn đi vệ sinh... Có nhiều hệ thống đánh giá chức năng đại tiện như Kelly, Peña, Holschneider, Rintala, Wingspread. Mỗi hệ thống đánh giá có thang điểm khác nhau, các thông số đánh giá khác nhau. Về cơ bản dựa vào một số yếu tố như khả năng kiểm soát đại tiện, số lần đại tiện/ngày, tình trạng són phân, tính chất phân, cảm giác trực tràng, chế độ ăn và dùng thuốc, dựa vào khám lâm sàng... Các hệ thống này được xây dựng để đánh giá chức năng đại tiện của BN sau phẫu thuật chữa dị tật hậu môn trực tràng nhưng cũng được áp dụng để đánh giá chức năng đại tiện cho BN sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng cách phân loại do Krickenbeck.¹⁰ Đây cũng là cách phân loại được nhiều tác giả sử dụng trong một vài nghiên cứu gần đây.⁸ Khảo sát các nghiên cứu tại Việt Nam, tỷ lệ rối loạn đại tiện sau mổ gặp ở 15,62% trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Trúc, trong đó tất cả đều là táo bón.⁷ Trong kết quả nghiên cứu của Dương Văn Mai thì tỉ lệ này là 6,3%, tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi.⁸

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị UQCC ở trẻ em có thể thực hiện an toàn, tỷ lệ biến chứng và tái phát

thấp lần lượt là 20,4% và 7,14%. Việc cắt bỏ được hết khối u, không làm vỡ u và bảo vệ toàn vẹn cơ thắt hậu môn và thần kinh vùng tầng sinh môn là đặc biệt quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng đại tiện tiện của BN về sau. Kết quả phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và phẫu thuật nên thực hiện ở trung tâm lớn có trang thiết bị hiện đại và phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Altman RP, Randolph JG, Lilly JR.** Sacrococcygeal teratoma: American Academy of Pediatrics Surgical Section survey—1973. *J Pediatr Surg.* 1974;9(3):389-398. doi:10.1016/S0022-3468(74)80297-6
- Ho KO, Soundappan SV, Walker K, Badawi N.** Sacrococcygeal teratoma: The 13-year experience of a tertiary paediatric centre. *J Paediatr Child Health.* 2011;47(5):287-291. doi:10.1111/j.1440-1754.2010.01957.x
- Laberge JM, Puligandla PS, Shaw K. Teratomas,** Dermoids and other tissue tumors. In: Holcomb GW, Murphy JP, Ostlie DJ, eds. *Ashcraft's Pediatric Surgery (Fifth Edition).* W.B. Saunders; 2010:915-935. doi:10.1016/B978-1-4160-6127-4.00070-7
- Gross SJ, Benzie RJ, Sermer M, Skidmore MB, Wilson SR.** Sacrococcygeal teratoma: Prenatal diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;156(2):393-396. doi:10.5555/uri:pii:0002937887902900
- Yao W, Li K, Zheng S, Dong K, Xiao X.** Analysis of recurrence risks for sacrococcygeal teratoma in children. *J Pediatr Surg.* 2014;49(12):1839-1842. doi:10.1016/j.jpedsurg.2014.09.036
- Kops AL, Hulsker CC, Fiocco M, et al.** Malignant recurrence after mature Sacrococcygeal teratoma: A meta-analysis and review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2020;156:103140. doi:10.1016/j.critrevonc.2020.103140
- Nguyễn Thanh Trúc, Lê Nguyễn Ngọc Diễm, Hind Zaidan, Trương Đình Khải, Martin Corbally.** U quái cùng cụt ở trẻ nữ nhi: Kết quả ngắn hạn. *Học TP Hồ Chí Minh.* 2018;22(4). Accessed July 5, 2022. <https://tailieumienphi.vn/doc/u-quai-cung-cut-o-tre-nhu-nhi-ket-qua-ngan-han-x6wduq.html>
- Dương Văn Mai.** Kết quả phẫu thuật điều trị u quái vùng cùng cụt ở trẻ em. *Bản Tin Dược Học Miền Núi Số 4 Năm 2016.* Published online 2016. Accessed July 21, 2022. <https://tailieu.vn/doc/ket-qua-phau-thuat-dieu-tri-u-quai-vung-cung-cut-o-tre-em-2192996.html>
- Harms D, Zahn S, Göbel U, Schneider DT.** Pathology and molecular biology of teratomas in childhood and adolescence. *Klin Padiatr.* 2006; 218(6): 296-302. doi: 10.1055/s-2006-942271
- Holschneider A, Hutson J, Peña A, et al.** Preliminary report on the International Conference for the Development of Standards for the Treatment of Anorectal Malformations. *J Pediatr Surg.* 2005;40(10): 1521-1526. doi:10.1016/j.jpedsurg.2005.08.002