

6. G. Daskalakis, E. Anastasakis, N. Papantoniou et al (2007). Emergency obstetric hysterectomy. Acta Obstet Gynecol Scand, 86 (2), 223-227.
7. B. Poljak, D. Khairudin, N. Wyn Jones et al (2023). Placenta accreta spectrum: diagnosis and management. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 33 (8), 232-238.
8. H. E. Baumann, L. K. A. Pawlik, I. Hoesli et al (2023). Accuracy of ultrasound for the detection of placenta accreta spectrum in a universal screening population. 161 (3), 920-926.
9. T. K. Adu-Bredu, M. J. Rijken, A. J. Nieto-Calvache et al (2023). A simple guide to ultrasound screening for placenta accreta spectrum for improving detection and optimizing management in resource limited settings. 160 (3), 732-741.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HẠ ĐẠI TRÀNG QUA NGẢ HẬU MÔN ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn Thương¹, Đào Thị Ngọc Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật hạ đại tràng qua ngả hậu môn điều trị phình đại tràng bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, so sánh kết quả trước và sau mổ của tất cả bệnh nhân được chẩn đoán phình đại tràng bẩm sinh, điều trị bằng phương pháp phẫu thuật qua đường hậu môn một thì đơn thuần tại bệnh viện Nhi Trung ương trong giai đoạn từ tháng 11/2021 đến hết tháng 6/2023. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian nghiên cứu, có 42 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị phình đại tràng bẩm sinh qua đường hậu môn một thì đơn thuần. Tuổi trung bình của trẻ tại thời điểm phẫu thuật là $3,6 \pm 4,3$ tháng tuổi, tất cả các bệnh nhân đều vô hạch đoạn thấp (trực tràng và 1/3 dưới đại tràng xích ma), thời gian phẫu thuật trung bình là $53,3 \pm 18,9$ phút, thời gian nằm viện sau mổ $5,71 \pm 1,49$ ngày, thời gian theo dõi trung bình sau mổ là $10,9 \pm 3,1$ tháng, tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, đánh giá chức năng đại tiện: tốt và rất tốt chiếm 95,2%, trung bình chiếm 4,8%, không bệnh nhân nào có chức năng đại tiện kém. **Kết luận:** Phẫu thuật hạ đại tràng qua đường hậu môn điều trị phình đại tràng bẩm sinh là phương pháp an toàn, hiệu quả, có kết quả khả quan, đặc biệt với những bệnh nhân vô hạch đoạn thấp. **Từ khóa:** phình đại tràng bẩm sinh, hạ đại tràng qua ngả hậu môn

SUMMARY

OUTCOMES OF ONE STAGE TRANSANAL ENDORECTAL PULL -THROUGH FOR HIRSCHSPRUNG DISEASE AT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of one stage transanal endorectal pull-through (TEPT), the treatment of Hirschsprung's disease in National

Children's Hospital. **Methods:** 42 patients underwent TEPT for Hirschsprung's disease between November 2021 and June 2023 in National Children's Hospital. Prospective and retrospective research. **Results:** 42 patients during 11/2021 to 6/2023. Mean age: $3,6 \pm 4,3$ months, all patients had short aganglionics. Average operating time: $53,3 \pm 18,9$ minutes, average hospital stay time: $5,71 \pm 1,49$ days, mean followup time postoperation was $10,9 \pm 3,1$ months. Bowel function at the end of the study: good and very good were 95,2%, no patient had poor bowel function. **Conclusion:** One stage transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease is safe with good functional defecation assessment.

Keywords: Hirschsprung's disease, TEPT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BH hay phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh là một dị tật bẩm sinh khá phổ biến ở trẻ em, gặp với tỷ lệ 1/50000 trẻ sinh ra sống, nguyên nhân gây ra bởi sự vắng mặt của các tế bào thần kinh ở đoạn cuối ống tiêu hóa [1]. Đoạn ruột bệnh lý không có nhu động, dẫn đến ứ hơi và phân phía trên gây bệnh cảnh tắc ruột trên lâm sàng.

Phẫu thuật cắt bỏ hoặc cô lập đoạn ruột bệnh lý là phương pháp duy nhất điều trị triệt để các rối loạn sinh lý do bệnh Hirschsprung gây ra. Năm 1998, De La Torre và Ortega Salgad lần đầu mô tả kỹ thuật hạ đại tràng qua ngả hậu môn để điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh mà không cần mở bụng như các kỹ thuật mổ khác [2]. Đây là phương pháp có nhiều ưu điểm: giảm thiểu tối đa sang thương vùng tiểu khung (do việc bóc tách trực tràng thực hiện hoàn toàn qua ngả hậu môn), sau mổ bệnh nhân ít đau, ít bị liệt ruột, được ăn sớm, thời gian nằm viện rút ngắn, giảm chi phí điều trị và đảm bảo tính thẩm mỹ. Phương pháp này được coi là cuộc cách mạng trong điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh, do đó, dần được ứng dụng và phổ biến trên thế giới. Tại Việt Nam, từ năm 2003, kỹ thuật này đã được áp dụng thường quy tại Bệnh viện Nhi Trung Ương

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

[2] và hiện nay trở thành phương pháp đầu tay trong phẫu thuật bệnh phình đại tràng bẩm sinh. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích "Đánh giá kết quả phẫu thuật hạ đại tràng qua ngã hậu môn điều trị phình đại tràng bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi từ 14 ngày tuổi đến 36 tháng tuổi được chẩn đoán phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh và được phẫu thuật hạ đại tràng qua ngã hậu môn đơn thuần một thì.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại Tiêu hóa – Trung Tâm Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2021 – 6/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, có so sánh trước và sau mổ

- Thời gian hồi cứu: tháng 11/2021 đến tháng 7/2022

- Thời gian tiền cứu: tháng 8/2022 đến tháng 6/2023

2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa nhi.
- Van hậu môn (van Lonestar).



Hình 1. Van hậu môn Lone Star

2.5. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định: trẻ từ 14 ngày tuổi đến 36 tháng tuổi được chẩn đoán phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh với đoạn vô hạch giới hạn từ trực tràng đến 1/3 dưới đại tràng xích ma.

- Chống chỉ định:

Trẻ trên 36 tháng tuổi và dưới 14 ngày tuổi.

Trẻ vô hạch đoạn cao (từ 1/3 giữa đại tràng xích ma trở lên)

Trẻ có dị tật hậu môn khác kèm theo

Trẻ đang có tình trạng tắc ruột cấp tính đòi hỏi phải HMNT.

2.6. Quy trình kĩ thuật và điều trị trong nghiên cứu

2.6.1. Chuẩn bị trước mổ:

- Một tuần trước mổ cho bệnh nhân ăn cháo

hoặc sữa

- Thụt tháo đại tràng hàng ngày, thụt sạch trước khi chuyển bệnh nhân lên phòng mổ.

- Kháng sinh tĩnh mạch ngay khi gây mê (Cephalosporin thế hệ 3) và Metronidazole.

2.6.2. Kĩ thuật mổ

- Bệnh nhân mê nội khí quản kết hợp tê cùng cụt, đặt ở tư thế sản khoa có độn mông.

- Dùng van Lone Star mở rộng ống hậu môn

- Rạch một đường quanh chu vi niêm mạc trực tràng trên đường lược 0,5-1cm. Khâu các mép đường rạch niêm mạc ống hậu môn bằng chỉ 5.0 hoặc 6.0 để tạo điểm nâng

- Phẫu tích niêm mạc khỏi ống thanh cơ bằng phẫu tích kết hợp đốt điện, có thể dùng tăm bông nhỏ ướt để đẩy niêm mạc khỏi lớp cơ. Phẫu tích lên cao khoảng 6cm

- Khi thấy thành trực tràng sa xuống, xẻ dọc ống thanh cơ, sau đó rạch vòng quanh ống thanh cơ, tiếp tục giải phóng đại tràng, Kẹp cắt các mạch máu, mạc treo.

- Kéo trực tràng và đại tràng xích ma qua ống hậu môn ra ngoài để quan sát được đoạn chuyển tiếp và đoạn giãn.

- Sinh thiết lạnh tại 2 vị trí: đoạn hẹp, đoạn giãn

- Cắt bỏ đoạn đại tràng bệnh lý: đoạn hẹp, chuyển tiếp và 1 phần đoạn giãn.

- Nối đại tràng lành với ống hậu môn bằng chỉ PDS 5/0 hoặc Vicryl 5/0. Khâu 1 lớp mũi rời.

- Đặt lưu sonde hậu môn (24F) 24 giờ.

2.7. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới.

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, XQ khung đại tràng có cản quang

- Kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, chiều dài đoạn vô hạch và đoạn cắt bỏ, thời gian nằm viện, chức năng đại tiện sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình	3,6 ± 4,3 tháng tuổi (19 ngày – 21 tháng)
Nam/nữ	3,7 (33/9)

Nhận xét: - Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 3,6 ± 4,3 tháng tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân ở tuổi sơ sinh chiếm 40,5% (17/42 BN).

- Tỷ lệ nam/nữ là 3,7.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

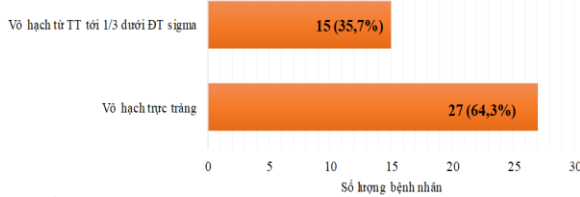
Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Kết quả
Dấu hiệu Đại tiện phân su sau 24 giờ	34 (80,9%)

chậm đại tiện phân su	Đại tiện phân su trong vòng 24 giờ	6 (14,3%)
	Không rõ thời điểm đại tiện phân su	2 (4,8%)
Triệu chứng lâm sàng	Táo bón từng đợt	23 (54,8%)
	Viêm ruột ỉa phân lỏng	8 (19,0%)
	Chướng bụng	36 (85,7%)

Nhận xét: Có 80,9% bệnh nhân chậm đại tiện phân su. Tỷ lệ táo bón từng đợt là 54,8%.

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng



Biểu đồ 1. Phân bố vị trí hình ảnh đoạn hẹp trên XQ (n=42)

Nhận xét: 100% bệnh nhân được chụp khung đại tràng có cản quang trước mổ. Đa phần bệnh nhân có hình ảnh đoạn hẹp trên XQ tại trực tràng, chiếm 64,3%.

3.3. Kết quả sớm sau mổ

Bảng 3. Tính giá trị chẩn đoán của chụp khung đại tràng trước mổ

Vị trí đoạn vô hạch (đoạn hẹp)	Vị trí vô hạch trong mổ		Tổng	Weight Kapa
	Trực tràng	1/3 dưới đại tràng xích ma		
Vị trí vô hạch trên XQ	25 (59,5%)	2 (4,8%)	27 (64,3%)	0,737
1/3 dưới đại tràng xích ma	3 (7,2%)	12 (28,5%)	15 (35,7%)	
Tổng	28 (66,7%)	14 (33,3%)	42 (100%)	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được chẩn đoán trong mổ là vô hạch trực tràng (25/42 BN), chiếm 59,5%. Có sự đồng thuận khá cao trong chẩn đoán vị trí đoạn hẹp (đoạn vô hạch) trên phim XQ và trong mổ (chỉ số kapa 0,737).

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Kết quả
Chiều dài đoạn đại tràng hẹp	9,02 ± 4,5 (cm) (3 – 20)
Chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ	19,55 ± 5,8 (cm) (10 – 35)
Thời gian mổ	53,3 ± 18,9 (phút) (25 – 130)
Thời gian nằm viện	5,71 ± 1,4 (ngày) (4 – 9)

Nhận xét: - Chiều dài đoạn đại tràng hẹp trung bình là 9,02 ± 4,5cm, chiều dài đoạn đại

tràng cắt bỏ trung bình là 19,55 ± 5,8. Có sự tương quan thuận tuyến tính khá chặt chẽ giữa chiều dài đoạn đại tràng vô hạch với chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ (r =0,87, p<0,05).

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 53,3 ± 18,9 phút, ngắn nhất là 25 phút, dài nhất là 130 phút.

- Thời gian nằm viện trung bình là 5,71 ± 1,4 ngày. Tại thời điểm ra viện, 100% bệnh nhân đại tiện tốt.

- Biến chứng sớm sau mổ là viêm da quanh hậu môn, chiếm 35,7%, trong đó, đa số là trẻ sơ sinh (9/15 BN).

Bảng 5. Phân loại chức năng đại tiện sau mổ theo Krickenbeck

Chức năng đại tiện	Số bệnh nhân (%) (n=42)
Rất tốt	25 (59,5%)
Tốt	15 (35,7%)
Trung bình	2 (4,8%)

Nhận xét: Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận:

- Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 10,9 ± 3,1 tháng, ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 18 tháng

- Biến chứng duy nhất ghi nhận sau mổ là viêm ruột, gặp ở 8/42 BN

- Chức năng đại tiện rất tốt chiếm đa số (59,5%), có 4,8% BN có chức năng đại tiện trung bình, không BN nào có chức năng đại tiện kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Qua nghiên cứu 42 bệnh nhân phình đại tràng bẩm sinh được phẫu thuật hạ đại tràng qua ngả hậu môn tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 11/2021 đến tháng 6/2023 chúng tôi thu được kết quả như sau: tuổi trung bình của nhóm BN là 3,6 ± 4,3 tháng tuổi, nhỏ nhất là 19 ngày tuổi, lớn nhất là 21 tháng tuổi, trong đó, tỷ lệ trẻ sơ sinh là 40,5%. Nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đều cho thấy phẫu thuật hạ đại tràng qua ngả hậu môn có thể thực hiện an toàn, hiệu quả ở mọi lứa tuổi với thể vô hạch đoạn thấp, trong đó có trẻ sơ sinh [3]. Tỷ lệ nam/nữ là 3,7/1, tương đương kết quả của tác giả Sachiyo nghiên cứu trên 3852 trẻ phình đại tràng bẩm sinh tại Nhật trong 30 năm báo cáo tỷ lệ nam/nữ dao động từ 3/1 – 4/1 [4].

Chậm đại tiện phân su là triệu chứng sớm nhất và rất có giá trị chẩn đoán bệnh. Chúng tôi ghi nhận 34 BN (81%) không đại tiện phân su, 2 trường hợp không rõ thời điểm đại tiện phân su, kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả

Langer là 97% [1]. Ngoài ra, táo bón cũng là triệu chứng cần chú ý đến, đặc biệt là tình trạng táo bón tăng dần đòi hỏi phải thắt đại tràng, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ táo bón trong nghiên cứu là 54,8%.

Chụp đại tràng có cản quang là chỉ định thường quy đối với trẻ nghi ngờ PĐTBS. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chụp khung đại tràng có cản quang, và đều cho hình ảnh điển hình với 3 đoạn: đoạn hẹp (vô hạch), chuyển tiếp và đoạn giãn (đại tràng lành). Chúng tôi dựa vào phim chụp khung đại tràng thẳng và nghiêng để xác định vị trí vô hạch: 64,3% vô hạch trực tràng, 35,7% vô hạch 1/3 dưới đại tràng xích ma [4]. Ngoài ra, ở trẻ sơ sinh, khi đại tràng chưa giãn nhiều, có thể dựa vào chỉ số RSI < 1 để chẩn đoán bệnh. Kết hợp phân tích hình ảnh điển hình và tính chỉ số RSI giúp tăng độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán bệnh tương ứng lên đến 83,4-92,3% và 90,4 - 92,3% [4].

4.2. Kết quả sau mổ

4.2.1. Kết quả sớm sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là $53,3 \pm 18,9$ phút, ngắn nhất 25 phút, dài nhất 130 phút, đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trong vòng 60 phút, chiếm 78,6%. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật ngắn hơn nhiều tác giả như Nguyễn Thanh Liêm là 84 phút [2], Phạm Anh Vũ có thời gian phẫu thuật là 89 phút [3] hay Sauer CJ [5] mổ qua đường hậu môn kết hợp mở nhỏ qua rốn có thời gian phẫu thuật trung bình là 175 ± 54 phút. Thời gian phẫu thuật được rút ngắn không chỉ do đường phẫu thuật của chúng tôi là qua hậu môn đơn thuần (rút ngắn thời gian mở bụng, bơm CO₂ và đặt dụng cụ) mà còn nhờ vào kinh nghiệm phẫu thuật lâu dài (phẫu thuật điều trị PĐTBS được triển khai tại viện Nhi trung ương từ năm 1997) trên một số lượng lớn bệnh nhân, nhờ đó chúng tôi có được kĩ thuật thành thạo trong phẫu thuật điều trị bệnh, cũng như sự phối hợp chuyên nghiệp của ekip gây mê và phẫu thuật.

Trong mổ, dựa trên quan sát đánh giá và kết quả sinh thiết tức thì, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ vô hạch trực tràng là 66,7% và 33,3% vô hạch 1/3 dưới xích ma, không bệnh nhân nào vô hạch đoạn cao. Bảng 3 cho thấy sự tương đồng khá lớn giữa việc chẩn đoán vị trí vô hạch trên phim chụp khung đại tràng và trong mổ với chỉ số kappa cao ($k = 0,737, p < 0,05$).

Chiều dài đoạn vô hạch trung bình trong nghiên cứu là $9,02 \pm 4,5$ cm, ngắn nhất 3cm, dài nhất 20cm, số lượng bệnh nhân có chiều dài đoạn vô hạch dưới 10cm cao hơn (23 so với 19

BN, chiếm 54,8%). Chiều dài trung bình đoạn đại tràng cắt bỏ trong mổ là $19,55 \pm 5,8$ cm, ngắn nhất là 10cm, dài nhất là 35cm, đa số bệnh nhân có chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ dao động từ 10 – 20cm, chiếm 78,6%. Chúng tôi ghi nhận có mối tương quan thuận tuyến tính khá chặt chẽ giữa chiều dài đoạn đại tràng vô hạch và chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ ($r=0,87, p<0,05$). Theo De La Torres [6], chiều dài đoạn đại tràng lành cắt bỏ dao động từ 1-2 cm đến 10 -15cm kể từ vị trí có kết quả sinh thiết lạnh bình thường.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $5,71 \pm 1,4$ ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 9 ngày, đa số bệnh nhân có thời gian nằm viện không quá 5 ngày, chiếm 54,8%. Kết quả của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của Sauer J.C là 3,5 ngày (từ 2,0 đến 6,7 ngày) [5], ngắn hơn nghiên cứu của Phạm Anh Vũ là 7,1 ngày (từ 5-8 ngày) [3]. Một trong những ưu điểm của phẫu thuật qua đường hậu môn đơn thuần là rút ngắn thời gian phẫu thuật, do đó, lượng thuốc mê và thuốc giãn cơ trẻ phải dung nạp thấp hơn, giúp trẻ sớm có nhu động ruột trở lại, từ đó rút ngắn thời gian hồi phục cũng như thời gian nằm viện sau mổ của trẻ. Trẻ được xuất viện khi ăn hoàn toàn bằng đường miệng, đại tiện được và không có biểu hiện bất thường. Tại thời điểm ra viện, 100% bệnh nhân đại tiện được.

Viêm da quanh hậu môn là biến chứng sớm duy nhất chúng tôi ghi nhận trong thời gian nằm viện, có 15/42 BN (35,7%) xuất hiện biến chứng này, trong đó, đa số là trẻ sơ sinh. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phạm Anh Vũ [3] có tỷ lệ BN viêm da quanh hậu môn là 35,3%. Hồ Trần Bản [7] và Vũ Thị Hồng Anh [8] cũng có nhận định rằng tỷ lệ viêm da quanh hậu môn cao nhất ở tuổi nhỏ, thấp hơn ở tuổi lớn. Để hạn chế tình trạng này, chúng tôi hướng dẫn bố mẹ trẻ bôi một lớp mỏng thuốc mỡ Bepanthen vào cùng da quanh hậu môn để giảm mức độ tổn thương và hạn chế tác động của phân lên da.

4.2.2. Kết quả xa. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là tháng, bệnh nhân có thời gian theo dõi sau mổ ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 18 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, chúng tôi chỉ ghi nhận biến chứng sau mổ duy nhất là viêm ruột sau mổ, gặp ở 5/42 BN (chiếm 11,9%), tất cả các BN này đều được chẩn đoán viêm ruột độ I, điều trị bằng thắt đại tràng kết hợp nong hậu môn, kháng sinh đường tĩnh mạch mà không cần phải phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo.

Để đánh giá chức năng đại tiện sau mổ theo phân loại của Krickenbeck, chúng tôi đánh giá

dựa trên nhiều yếu tố như tần suất đại tiện trong ngày, tính chất phân, tình trạng táo bón, số phân. Kết quả chúng tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận chức năng đại tiện rất tốt là 81%, Tốt là 14,3% và trung bình là 4,8%, không trẻ nào có chức năng đại tiện kém. Tỷ lệ chức năng đại tiện tốt và rất tốt của chúng tôi cao hơn tác giả Vũ Thị Hồng Anh (rất tốt là 85,9%, tốt là 9,9%, 2,8% loại trung bình và 1,4% loại kém) khi đánh giá hiệu quả của phương pháp Geogerson điều trị phình đại tràng bẩm sinh [8]. Tác giả Hồ Trần Bản báo cáo mặc dù tỷ lệ chức năng đại tiện của nhóm BN phẫu thuật Geogerson tốt hơn nhóm hạ đại tràng qua ngã hậu môn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [7].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật hạ đại tràng qua ngã hậu môn điều trị bệnh PĐTBS là một phương pháp an toàn, có tính hiệu quả cao, đặc biệt với những trường hợp vô hạch đoạn thấp, có nhiều ưu điểm: hạn chế tổn thương các cơ quan trong tiểu khung, bệnh nhân sau mổ ít đau, sớm phục hồi, có tính thẩm mỹ cao và chức năng đại tiện của trẻ được cải thiện tốt sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Langer J.C.** (2013). Hirschsprung disease. *Current Opinion in Pediatrics*, 25(3), 368.
2. **Nguyễn Thanh Liêm, Bùi Đức Hậu, Trần Anh Quỳnh và cs** (2011). So sánh kết quả ban đầu giữa hai phương pháp phẫu thuật một thì nội soi và đường qua hậu môn điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh. *Y học Hồ Chí Minh*, 33–36.
3. **Vũ P.A., Thien H.H., và Hiep P.N.** (2010). Transanal one-stage endorectal pull-through for Hirschsprung disease: experiences with 51 newborn patients. *Pediatr Surg Int*, 26(6), 589–592.
4. **Das K. và Mohanty S.** (2017). Hirschsprung Disease — Current Diagnosis and Management. *Indian J Pediatr*, 84(8), 618–623.
5. **Sauer C.J.E., Langer J.C., et Wales P.W.** (2005). The versatility of the umbilical incision in the management of Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg*, 40(2), 385–389.
6. **De La Torre L. et Langer J.C.** (2010). Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung disease: technique, controversies, pearls, pitfalls, and an organized approach to the management of postoperative obstructive symptoms. *Seminars in Pediatric Surgery*, 19(2), 96–106.
7. **Hồ Trần Bản** (2022). Kết quả phẫu thuật một thì điều trị bệnh hirschsprung thể kinh điển được chẩn đoán bằng sinh thiết hút. Luận án Tiến sĩ Y học Đại học Y Dược Hồ Chí Minh
8. **Vũ Thị Hồng Anh** (2011). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi Geogerson có cải tiến điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh một thì ở trẻ em. Luận án Tiến sĩ Đại học Y Hà Nội.

XÂY DỰNG KHOẢNG THAM CHIẾU CÁC CHỈ SỐ XÉT NGHIỆM TẾ BÀO MÁU NGOẠI VI TRÊN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HẢI HÀ

Nguyễn Văn Đông¹, Nguyễn Đức Trường²,
Ngô Thị Phương Oanh³, Bô Xuân Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng khoảng tham chiếu cho các chỉ số xét nghiệm Huyết học tế bào máu ngoại vi trên người trưởng thành tại Trung tâm Y tế Hải Hà phù hợp với điều kiện trang thiết bị, quần thể bệnh nhân tại đây. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu số liệu trên 4673 người trưởng thành khoẻ mạnh (gồm 2568 nam và 2105 nữ) khám sức khoẻ định kỳ tại Trung tâm Y tế

Hải Hà từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 09 năm 2023. Quần thể tham chiếu được lựa chọn dựa theo hướng dẫn lấy mẫu gián tiếp của CLSI EP28-A3. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 2.0 với mức độ tập trung của 95% dữ liệu từ bách phân vị 2,5 đến 97,5. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 4673 người trưởng thành khoẻ mạnh chúng tôi xác định được khoảng tham chiếu các chỉ số xét nghiệm huyết học cho phòng xét nghiệm Trung tâm Y tế Hải Hà như sau: Khoảng tham chiếu RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC ở nam cao hơn so với nữ ($p < 0,05$); khoảng tham chiếu của RDW-CV ở nữ cao hơn ở nam ($p < 0,05$). Khoảng tham chiếu WBC, NEUT #, BASO #, LYMPH %, BASO % giữa nam và nữ không có sự khác biệt ($p > 0,05$). NEUT% có khoảng tham chiếu ở nữ cao hơn ở nam ($p < 0,05$). Khoảng tham chiếu LYMPH #, MONO #, EOS #, MONO %, EOS % ở nam cao hơn ở nữ ($p < 0,05$). Khoảng tham chiếu PLT, MPV ở nam cao hơn ở nữ ($p < 0,001$). **Từ khóa:** Khoảng tham chiếu, Huyết học, Đảm bảo chất lượng xét nghiệm.

¹Trung tâm Y tế Hải Hà - Quảng Ninh

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

³Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Trường

Email: nguyenductruong.medical@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024