

bài, tô màu, vẽ tranh. Thời gian tĩnh tại hơn gấp ba lần thời gian dành cho hoạt động cho thấy lối sống tĩnh tại là nguyên nhân gây thừa cân béo phì ở trẻ. Nhóm thừa cân béo phì có thời gian hoạt động tĩnh tại là 178 phút/ngày cao hơn nhóm trẻ bình thường (156 phút/ngày) ($p < 0,05$). Điều này cho thấy "lười vận động" là một yếu tố nguy cơ TCBP.

4.3. Mối liên quan giữa KAP của phụ huynh học sinh với đặc điểm dân số. Mối quan hệ với trẻ, nghề nghiệp, trình độ học vấn có liên quan với KAP với $p < 0,001$. Nhóm phụ huynh là ông/bà của trẻ có KAP đúng chỉ đạt 0,66 lần (KTC 95%: 0,58 – 0,75) so nhóm phụ huynh là mẹ của trẻ. Nhóm phụ huynh có nghề nghiệp là nhân viên văn phòng/công chức có KAP đúng cao gấp 3,11 lần (KTC 95%: 2,14 – 4,50) so với nhóm nghề nghiệp công nhân. Những phụ huynh có học vấn cao hơn 1 bậc học thì có KAP đúng cao 2,42 lần (KTC 95%: 1,99 – 2,95).

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến, khả năng thừa cân béo phì tăng lên gấp 1,7 lần ở trẻ em sống tại khu vực nội thành so với trẻ sống ở ngoại thành; tăng lên gấp 2,4 lần ở trẻ em có cân nặng sơ sinh $> 4000g$ so với trẻ có cân nặng sơ sinh $\leq 4000g$; tăng lên gấp 1,2 lần ở trẻ là con một trong gia đình so với trẻ có anh chị em; tăng lên gấp 1,9 lần ở trẻ có mẹ thừa cân so với trẻ có mẹ cân nặng bình thường [3]. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Thắm, cân nặng của mẹ tăng khi mang thai $\geq 12kg$ làm tăng nguy cơ TCBP của trẻ gấp 1,77 lần. Trẻ sinh mổ có nguy cơ TCBP cao gấp 1,53 lần so với trẻ sinh thường ($p < 0,01$) [6].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thừa cân béo phì tăng dần theo tuổi, trẻ 3 tuổi có tỷ lệ thừa cân béo phì lần lượt là 4,17%, 0,78%; trẻ 4 tuổi là 9,33%, 3,41%; trẻ 5 tuổi là 12,07%, 20,69%. Phần lớn người nuôi dưỡng trẻ thừa cân béo phì có kiến thức, thái độ, hành vi chưa đúng, tỷ lệ lần lượt là 78,22%, 69,78%, 73,33%. Mối quan hệ với trẻ, nghề nghiệp, trình độ học vấn có liên quan với KAP với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trung tâm Y tế thành phố Dĩ An (2022) Báo cáo tình trạng dinh dưỡng trẻ em từ 2019 đến 2022.
2. WHO (2022), Obesity and overweight.
3. Nguyễn Thị Hải Yến, Nguyễn Thị Kiều Anh, Trần Quang Trung, Hoàng Đức Phúc (2021). Thực trạng thừa cân béo phì ở trẻ em dưới 5 tuổi và yếu tố liên quan tại một số quận huyện của Hà Nội năm 2019. Tạp Chí Y học Dự phòng, 30(5), 42–49.
4. Đỗ Nam Khánh, Vũ Thị Tuyên, Vũ Kim Duy và cộng sự (2021). Thực trạng thừa cân béo phì và một số yếu tố liên quan ở nhà của trẻ em mầm non huyện Đông Anh, Hà Nội năm 2019. Tạp Chí Y học Dự phòng, 30(1), 88–94.
5. Phùng Đức Nhật (2014), Thừa cân béo phì ở trẻ mẫu giáo Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh và hiệu quả giáo dục sức khỏe, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 35 – 45.
6. Nguyễn Thị Hồng Thắm, Trịnh Thị Bảo Ngọc, Trần Lê Hồng Giang và cộng sự (2023). "Thừa cân béo phì và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc dinh dưỡng của trẻ mầm non hà nội". Tạp Chí Y học Việt Nam, 530 (1B).
7. Ngô Thị Xuân (2020). Thực trạng thừa cân, béo phì và hiệu quả của một số giải pháp can thiệp ở học sinh tiểu học tại thành phố Bắc Ninh, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

THOÁT VỊ KHE THỰC QUẢN Ở TRẺ EM: LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Võ Lê Đức Trọng¹, Huỳnh Minh Mẫn², Nguyễn Ngọc Mai²
Trương Nguyễn Uy Linh², Ngô Kim Thôi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị khe thực quản ở trẻ em, cả mổ mở và mổ nội soi.

¹Bệnh viện Nhi đồng 1

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Lê Đức Trọng

Email: votrong4595@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu 28 trường hợp bệnh nhi được điều trị phẫu thuật thoát vị khe thực quản tại Bệnh viện Nhi đồng 1 và Bệnh viện Nhi đồng 2 trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2012 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Trong số 28 bệnh nhi, trường hợp thoát vị khe thực quản loại I thường gặp nhất với 16 trường hợp. Nôn và nhiễm trùng hô hấp tái phát là các triệu chứng thường gặp nhất. Mổ mở được thực hiện ở 17 trường hợp và mổ nội soi là 11 trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm mổ mở là 102 phút (60 – 170 phút), ngắn hơn so với nhóm mổ nội soi là 191,4 phút (150 – 230 phút). Có 6 trường hợp biến chứng sau

mổ, thường gặp nhất là trào ngược dạ dày-thực quản (50%). Biến chứng sau mổ không liên quan mổ mở hay mổ nội soi. **Kết luận:** Mổ nội soi là cách tiếp cận an toàn và hiệu quả với tỉ lệ biến chứng sau mổ không khác biệt so với mổ mở trong phẫu thuật điều trị thoát vị khe thực quản ở trẻ em. **Từ khóa:** Thoát vị khe thực quản, khâu cuốn phình vị, mổ nội soi.

SUMMARY

HIATAL HERNIA IN PEDIATRIC PATIENTS: CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULT OF SURGICAL TREATMENT

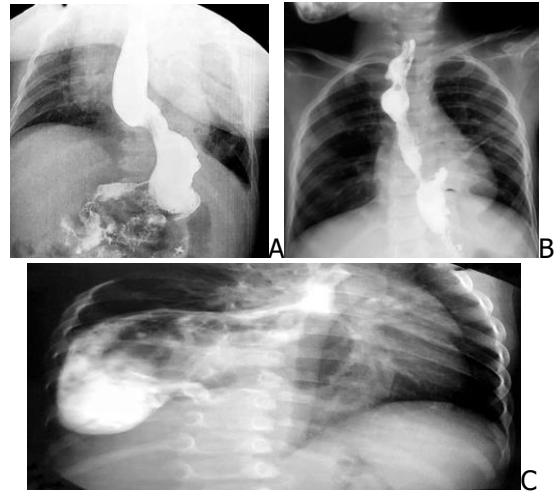
Objectives: Describe the clinical, subclinical characteristics and evaluate the surgical outcomes of laparoscopic approach and open surgery for hiatal hernia compare in pediatric patients. **Methods:** This was a retrospective study of 28 patients younger than 16 years who underwent an operation for hiatal hernia in Children's Hospital No.1 and Children's Hospital No.2 between January 2012 and June 2022. **Results:** Among 28 patients, there were 16 sliding types (type I). The most common symptoms were vomiting and recurrent respiratory tract infections. Laparoscopic surgery was conducted in 11 patients and open surgery in 17 patients. The median operating time was shorter in the open surgery group (102 minutes, range: 60 – 170 minutes) versus the laparoscopic group (191,4 minutes, range: 150 – 230 minutes). Postoperative complications were noted in 6 patients, the most common complication was gastroesophageal reflux (50%). Postoperative complications are not related to open surgery or laparoscopic. **Conclusion:** Laparoscopic is a safe and effective approach with no difference in postoperative complication rates compared to open surgery in surgical treatment for hiatal hernia in children. **Keywords:** Hiatal hernia, fundoplication, laparoscopic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị khe thực quản (TVKTQ) là hiện tượng khi một phần dạ dày chui lên lồng ngực qua khe thực quản, trong trường hợp khe thoát vị lớn có thể có một phần các tạng khác (đại tràng, ruột non, lách). Hiện nay, TVKTQ được chia thành 4 loại (hình 1)¹:

- Loại I (thoát vị trượt): vùng chuyển tiếp thực quản-dạ dày bị trượt lên trên cơ hoành.
- Loại II: đáy vị thoát vị lên trên cơ hoành qua khe thực quản, vùng chuyển tiếp thực quản-dạ dày ở đúng vị trí
- Loại III: là dạng thoát vị kết hợp của loại I và loại II.
- Loại IV: đặc trưng bởi sự khiếm khuyết rất lớn của màng hoành- thực quản. Tạng thoát vị không chỉ là dạ dày mà còn có thể kèm theo đại tràng, lách, tụy hay ruột non.

TVKTQ loại II-IV được gọi chung là thoát vị cạnh thực quản, có tồn tại túi thoát vị thực sự do khiếm khuyết trên màng hoành-thực quản.¹



Hình 1. Hình ảnh thoát vị khe thực quản trên phim X-quang thực quản-dạ dày cản quang

(A): Thoát vị trượt. (B): Thoát vị khe thực quản loại III. (C): Thoát vị khe thực quản loại IV

Ở trẻ em, TVKTQ thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng mơ hồ, không rõ ràng, dễ chẩn đoán lầm với các bệnh nội khoa như trào ngược dạ dày-thực quản, nhiễm trùng hô hấp.² Với sự phát triển của hình ảnh học, TVKTQ có thể được phát hiện qua X-quang ngực, siêu âm ngực-bụng và được chẩn đoán xác định dựa trên hình ảnh X-quang thực quản-dạ dày cản quang hoặc chụp cắt lớp vi tính ngực-bụng.² Phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn để điều trị khi triệu chứng thất bại với điều trị nội khoa đối với thoát vị trượt hoặc khi có triệu chứng đối với thoát vị cạnh thực quản.¹ Phẫu thuật có thể được thực hiện qua mổ mở và mổ nội soi.

Các phương pháp khâu cuốn phình vị thường được sử dụng là Nissen, Toupet và Thal, trong đó phẫu thuật Nissen được sử dụng nhiều nhất hiện nay. Lựa chọn phương pháp khâu cuốn phình vị tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên.²

Ở các nước phát triển, đã có nhiều nghiên cứu đánh giá tính hiệu quả, biến chứng cũng như tiên lượng dài hạn sau mổ của các phương pháp phẫu thuật điều trị TVKTQ.⁴⁻⁶ Ở Việt Nam, dù đã thực hiện phẫu thuật điều trị TVKTQ từ lâu, cả mổ mở và nội soi, nhưng hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật TVKTQ ở trẻ em, chỉ có một vài báo cáo mô tả trường hợp bệnh.⁷

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu tất cả các bệnh nhi được điều trị phẫu thuật TVKTQ tại Bệnh viện Nhi đồng 1 và Bệnh viện Nhi đồng

2 trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2012 đến tháng 6/2022. Thông tin bệnh nhi được ghi nhận qua hồ sơ bệnh án và liên lạc với thân nhân bệnh nhi, bao gồm giới tính, tuổi, cân nặng, triệu chứng lâm sàng, bệnh phổi hợp, các cận lâm sàng hình ảnh, nội dung phẫu thuật, thời gian nằm viện, biến chứng và tử vong sau mổ. Thời gian theo dõi sau mổ tối thiểu là 3 tháng.

Chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp: tất cả các trường hợp thoát vị cạnh thực quản có triệu chứng và các trường hợp thoát vị trượt qua khe thực quản có triệu chứng thất bại với điều trị nội khoa hoặc có biến chứng nặng (viêm phổi hít, hen phế quản không kiểm soát, viêm hẹp thực quản, thực quản Barrett).

Cách tiếp cận phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, mổ mở hoặc mổ nội soi. Mổ mở bằng đường mổ dọc giữa trên rốn. Mổ nội soi tiếp cận qua 4 hoặc 5 trocar: bơm hơi CO₂ áp lực ổ bụng 10 – 12 mmHg qua một trocar 5mm ở rốn, hai trocar 5mm thao tác chính lần lượt ở nửa bụng phải và nửa bụng trái của bệnh nhi, một trocar 5mm hỗ trợ vén gan đặt ở hạ sườn phải và nếu cần phải kéo dạ dày, một trocar 5mm hỗ trợ thứ hai sẽ được đặt ở hông trái.

Nội dung phẫu thuật chính bao gồm: đưa tạng thoát vị xuống ổ bụng, cắt túi thoát vị trong trường hợp thoát vị cạnh thực quản. Khâu khép khe thực quản được thực hiện bằng 2 – 3 mũi khâu bằng chỉ Silk 3-0 hoặc 4-0. Các phẫu thuật khâu cuộn phình vị hoàn toàn (theo Nissen) hay một phần (theo Toupet, Thal) được sử dụng trong nghiên cứu. Đối với khâu cuộn phình vị, loại chỉ được sử dụng là Silk 4-0 hoặc Prolene 4-0. Lựa chọn khâu cuộn phình vị tùy thuộc vào phẫu thuật viên. Khâu cố định dạ dày có thể được thực hiện đối với thoát vị cạnh thực quản.

Số liệu được nhập vào phần mềm STATA 14. Chi-square, phép kiểm định xác Fisher, phép kiểm Mann-Whitney U được sử dụng để phân

tích dữ liệu. Giá trị P < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đây là nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp vào diễn tiến bệnh hay quá trình điều trị của bệnh nhi. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Y đức Bệnh viện Nhi Đồng 1 (số 34/GCN-BVND1) và Bệnh viện Nhi Đồng 2 (số 2848/GCN-BVND2).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 28 trường hợp bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu (15 trẻ nam và 13 trẻ nữ). Tuổi trung bình là 19,44 tháng tuổi (9 ngày – 7,8 năm), trong đó có 13 trường hợp trẻ nhũ nhi và 4 trường hợp trẻ sơ sinh. Cân nặng trung bình là 8,12 kg (2,5 – 29 kg). Triệu chứng thường gặp nhất là nôn (85,71%) tiếp đến là nhiễm trùng hô hấp tái phát (42,86%).

Tất cả các trường hợp đều được chụp X-quang ngực thẳng và siêu âm ngực-bụng. X-quang thực quản-dạ dày cản quang được thực hiện ở 27 trường hợp, trong đó có 25 trường hợp (92,59%) chẩn đoán xác định TVKTQ (Hình 2). Trường hợp không được chụp X-quang thực quản-dạ dày cản quang có chẩn đoán trước mổ là thoát vị hoành phải dựa trên kết quả X-quang ngực thẳng và siêu âm ngực-bụng.

Tiền căn bệnh nội-ngoại khoa phổi hợp được ghi nhận trong 13 trường hợp, bao gồm viêm thực quản, thoát vị hoành thể sau bên, teo thực quản và bệnh tim mạch. TVKTQ loại I là thường gặp nhất với 16 trường hợp (57,14%), tiếp đến là loại III với 8 trường hợp (28,57%). Có hai trường hợp TVKTQ loại IV, tạng thoát vị gồm đáy vị, mạc nối lớn, ruột non và một phần đại tràng ngang.

Chúng tôi phân bệnh nhi thành hai nhóm mổ mở và mổ nội soi. Kết quả ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa về tuổi, giới, cân nặng, phân loại thoát vị và bệnh phổi hợp giữa hai nhóm (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm trước mổ Giá trị thể hiện bằng số ca (%) hoặc trung bình (khoảng giá trị)

Đặc điểm dân số	Mổ mở N=17	Mổ nội soi N=11	Tổng N=28	P
Giới tính (nam:nữ)	10:7	5:6	15:13	0,7
Tuổi lúc phẫu thuật (tháng)	19,68 (0,83 – 93,6)	18,96 (0,3 – 39,6)	19,44 (0,3 – 93,6)	0,21
Cân nặng (kg)	7,43 (1,7 – 29)	9,19 (3 – 12,5)	8,12 (1,7 – 29)	0,059
Bệnh phổi hợp	10 (58,82)	3 (27,27)	13 (46,43)	
Viêm thực quản	1 (5,88)	-	1 (3,57)	1,00
Thoát vị hoành	4 (23,53)	1 (9,09)	5 (17,86)	0,62
Teo thực quản	1 (5,88)	-	1 (3,57)	1,00
Bệnh tim mạch	4 (23,53)	2 (18,18)	6 (21,43)	1,00
Loại I	10 (58,82)	6 (54,54)	16 (57,14)	0,45
Loại II	1 (5,88)	1 (9,09)	2 (7,14)	0,091
Loại III	5 (29,41)	3 (27,27)	8 (28,54)	0,061
Loại IV	1 (5,88)	1 (9,09)	2 (7,14)	0,091

Về nội dung phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận các biến số khâu khép khe thực quản, khâu cuốn phình vị, cố định dạ dày (bảng 2). Các phương pháp khâu cuốn phình vị được sử dụng trong nghiên cứu là Nissen, Toupet và Thal. Thời gian phẫu thuật trung bình của mổ mở là 102 phút (60 – 170 phút), ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với mổ nội soi là 191,4 phút (150 – 230 phút)

Bảng 2. Nội dung phẫu thuật

Nội dung phẫu thuật	Mổ mở N=17	Mổ nội soi N=11	Tổng N=28
Khâu cuốn phình vị			
Nissen	13 (76,47)	4 (36,36)	17 (60,71)
Toupet	1 (5,88)	7 (63,63)	8 (28,57)
Thal	1 (5,88)	-	1 (3,57)
Không khâu cuốn phình vị	2 (11,76)	-	2 (7,14)
Khâu khép KTQ	1 (5,88)	-	1 (3,57)
Khâu khép KTQ + Cố định dạ dày	1 (5,88)	-	1 (3,57)
Khâu khép KTQ + Khâu cuốn phình vị	15 (88,23)	10 (90,91)	25 (89,29)
Khâu khép KTQ + Khâu cuốn phình vị + Cố định dạ dày	-	1 (9,09)	1 (3,57)

Giá trị thể hiện bằng số ca (%)

Chúng tôi ghi nhận có hai trường hợp cần phải mổ lại. Trường hợp đầu tiên được chẩn đoán hẹp thực quản sau mổ bằng phim X-quang thực quản-dạ dày cản quang ở ngày hậu phẫu thứ 9. Trong lần mổ lại, ghi nhận cuốn phình vị rộng, khe thực quản bị hẹp do mũi khâu khép khe thực quản, xử trí cắt một mũi chỉ khâu. Trường hợp còn lại bệnh nhi có triệu chứng nôn sau ăn tăng dần ở thời điểm 4 tháng sau mổ, được chẩn đoán TVKTQ tái phát qua chụp cắt lớp vi tính và X-quang thực quản dạ dày cản quang. Bệnh nhi được mổ lại, ghi nhận khe thực quản bung hoàn toàn và được khâu lại khe thực quản.

($p = 0,00$, kiểm định Mann-Whitney). Có một trường hợp tổn thương thanh mạc thực quản trong mổ, bệnh nhi có tiền căn phẫu thuật thoát vị hoành thể sau bên phải, tiếp cận qua đường mổ cũ ở hạ sườn phải, được xử trí khâu lại thanh mạc, đặt dẫn lưu cạnh vị trí khâu và mở hồng tràng để nuôi ăn sau mổ.

Thời gian ăn lại hoàn toàn bằng đường miệng không khác biệt giữa hai nhóm. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình ở nhóm mổ mở và mổ nội soi lần lượt là 34,06 ngày (5 – 171 ngày) và 22,91 ngày (7 – 74 ngày) ($p = 0,098$, kiểm định Mann-Whitney). Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 48,53 tháng (3 tháng – 10 năm).

Biến chứng sau mổ được ghi nhận ở 6 trường hợp trong đó nhiều nhất là trào ngược dạ dày-thực quản (3 trường hợp, 50%), tất cả đều được điều trị nội khoa thành công. Các biến chứng khác được ghi nhận là thoát vị tái phát, nuốt khó do hẹp khe thực quản và chậm làm trống dạ dày (bảng 3).

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật và theo dõi sau mổ

	Mổ mở N=17	Mổ nội soi N=11	P
Thời gian phẫu thuật (phút)	102 (60 – 170)	191,4 (150 – 230)	0,00
Thời gian ăn lại hoàn toàn (ngày)	5,94 (1 – 45)	4,45 (3 – 14)	0,47
Thời gian nằm viện (ngày)	34,06 (5 – 171)	22,91 (7 – 74)	0,098
Biến chứng sau mổ	3 (17,64)	3 (27,27)	0,65
Trào ngược dạ dày - thực quản	1 (5,88)	2 (18,18)	0,54
Thoát vị tái phát	1 (5,88)	-	1,00
Hẹp khe thực quản	1 (5,88)	-	1,00
Chậm làm trống dạ dày	-	1 (9,09)	1,00

Giá trị thể hiện bằng số ca (%) hoặc trung bình (khoảng giá trị)

Chúng tôi ghi nhận có một trường hợp tử vong sau mổ. Đây là trường hợp có tổn thương thanh mạc thực quản trong mổ và được mở hồng tràng nuôi ăn. Sau mổ bệnh nhi viêm phổi nặng, nhiễm trùng huyết, rối loạn điện giải và tử vong sau mổ 2 tháng.

IV. BÀN LUẬN

TVKTQ là một bệnh hiếm gặp ở trẻ em. TVKTQ có thể do những khiếm khuyết bẩm sinh ở lỗ thực quản cơ hoành hoặc mắc phải do yếu hoặc liệt cơ hoành, tăng áp lực ổ bụng hoặc các nguyên nhân làm thực quản ngắn lại (sau mổ theo

thực quản, bồng thực quản).⁸ TVKQTQ được chia thành hai nhóm lớn là thoát vị trượt qua khe thực quản và thoát vị cạnh thực quản. Hơn 95% TVKQTQ là thoát vị trượt qua khe thực quản.¹

Phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn để điều trị khi TVKQTQ có triệu chứng và trẻ không đáp ứng với điều trị nội khoa.¹ Có thể tiếp cận qua mổ mở hoặc mổ nội soi ổ bụng. Đã có nhiều nghiên cứu so sánh điều trị của mổ mở và mổ nội soi. Namgoong³ báo cáo 33 trường hợp phẫu thuật điều trị TVKQTQ ở trẻ em, kết quả ghi nhận thời gian phẫu thuật dài hơn và thời gian ăn lại sau mổ ngắn hơn ở nhóm mổ nội soi so với nhóm mổ hở, tỉ lệ biến chứng sau mổ không khác biệt giữa hai nhóm. Mohamed⁴ cũng có kết quả tương tự, ngoài ra, tác giả còn ghi nhận thời gian nằm viện ở nhóm mổ nội soi ngắn hơn có ý nghĩa thống kê. Đến năm 2019, Cheng⁵ tổng kết 110 bệnh nhi TVKQTQ được phẫu thuật qua nội soi ổ bụng nhằm so sánh tính hiệu quả và tiên lượng dài hạn giữa TVKQTQ loại I và thoát vị cạnh thực quản. Kết quả, không có sự khác biệt về biến chứng cũng như chất lượng cuộc sống sau mổ giữa hai loại thoát vị, phẫu thuật nội soi là một phương pháp tiếp cận an toàn và hiệu quả để điều trị tất cả các loại TVKQTQ. Hiện nay phẫu thuật nội soi ổ bụng được xem là cách tiếp cận tiêu chuẩn trong điều trị phẫu thuật TVKQTQ ở trẻ em.¹

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật TVKQTQ ở 17 trường hợp mổ mở và 11 trường hợp mổ nội soi. TVKQTQ loại I thường gặp nhất chiếm 57,14%, kế đến là TVKQTQ loại III chiếm 28,58%, tương tự như các tác giả Namgoong³ và Mohamed⁴. Có hai trường hợp TVKQTQ loại IV, ghi nhận khiếm khuyết khe thực quản lớn, tạng thoát vị gồm dạ dày, đại tràng ngang và mạc nối lớn. Tất cả các trường hợp đều được khâu khít khe thực quản mà không cần dùng mảnh ghép. Có hai trường hợp cần phẫu thuật lại, một trường hợp do hẹp khe thực quản và trường hợp còn lại do TVKQTQ tái phát, cả hai đều liên quan đến khâu khít khe thực quản. Chúng tôi ghi nhận thời gian mổ mở ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với mổ nội soi (102 phút so với 191,4 phút). Thời gian ăn lại, thời gian nằm viện và tỉ lệ biến chứng sau mổ không khác biệt giữa hai nhóm. Biến chứng sau mổ thường gặp nhất là trào ngược dạ dày-thực quản (50%), tất cả các trường hợp đều được kiểm soát bằng điều trị nội khoa.

Hiện nay, vẫn chưa có sự thống nhất về phương pháp khâu cuộn phình vị tối ưu trong điều trị TVKQTQ, phẫu thuật Nissen vẫn được sử dụng phổ biến nhất.² Phương pháp khâu cuộn

phình vị không hoàn toàn được quan tâm nhiều nhất hiện nay là phương pháp Thal. Năm 2015, Hu⁶ hồi cứu 136 trường hợp TVKQTQ ở trẻ em được điều trị phẫu thuật theo hai phương pháp Nissen và Thal, kết quả ghi nhận tỉ lệ nuốt khó sau mổ cao hơn ở nhóm khâu cuộn phình vị theo Nissen (31,5% so với 13,1%) và ngược lại, tỉ lệ TNDDTQ tái phát cao hơn ở nhóm khâu cuộn phình vị theo Thal (21,7% so với 4,2%). Tỉ lệ thoát vị tái phát cao hơn ở nhóm khâu cuộn phình vị theo Thal nhưng không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi ghi nhận có 17 trường hợp khâu cuộn phình vị theo Nissen, 8 trường hợp theo Toupet, 1 trường hợp theo Thal và 2 trường hợp không khâu cuộn phình vị. Quyết định khâu cuộn phình vị và lựa chọn phương pháp khâu cuộn phình vị tùy thuộc vào phẫu thuật viên. Sau mổ ghi nhận tỉ lệ biến chứng trào ngược dạ dày-thực quản ở nhóm khâu cuộn phình vị không hoàn toàn (12,5%) và không khâu cuộn phình vị (50%) cao hơn so với nhóm khâu cuộn phình vị hoàn toàn theo Nissen (5,88%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Các biến chứng khác được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi không liên quan đến phương pháp khâu cuộn phình vị.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật TVKQTQ ở trẻ em cho kết quả tốt dù được tiếp cận bằng mổ mở hay mổ nội soi. Mổ nội soi có tỉ lệ biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện tương tự với mổ mở dù có thời gian mổ dài hơn. Mổ nội soi là phương pháp tiếp cận an toàn và hiệu quả, có thể là cách tiếp cận tiêu chuẩn, đặc biệt ở những trung tâm hiện đại và phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm. Cần nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên, có cỡ mẫu lớn để có kết quả chính xác hơn về vị trí của mổ nội soi hiện nay trong điều trị phẫu thuật TVKQTQ ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kohn GP, Price R** (2013). Guidelines for the Management of Hiatal Hernia, SAGES.
2. **Stylopoulos N, David WR** (2005). The History of Hiatal Hernia Surgery. *Annals of Surgery*, 241(1):185-193.
3. **Namgoong JM, Kim DY, Kim SC, Hwang JH** (2014). Hiatal hernia in pediatric patients: laparoscopic versus open approaches. *Annals of Surgical Treatment and Research*, 86(5):264-269.
4. **Mohamed R** (2016). Laparoscopic versus open management of hiatal hernia in children. *Egypt J Surg*, 35(3):209-214.
5. **Cheng C, Wu Y** (2019). Follow-Up Report of Laparoscopic Fundoplication in Different Types of Esophageal Hiatal Hernia in Children. *Journal of Laparoendoscopic & advanced surgical technique*,

- 29(10):1320-1324.
6. **Hu JM, Hu M, Wu YM, Wang J, et al** (2015). Long-term outcome of laparoscopic Nissen-Rossetti fundoplication versus Thal fundoplication in children with esophageal hiatal hernia: a retrospective report from two children's medical centers in Shanghai. *World Journal of Pediatrics*, 12(2):231-235.
7. **Nguyễn Thanh Liêm, Nguyễn Xuân Thu** (1992). Thoát vị do trượt qua khe thực quản ở trẻ em. *Tạp chí Ngoại khoa*, 3:1-6.
8. **Trương Nguyễn Uy Linh, Ngô Kim Thơi, Dương Quốc Tường** (2018). Thoát vị khe thực quản. In: Trương Nguyễn Uy Linh, *Ngoại nhi lâm sàng*, tr 347-357. Nhà xuất bản Y học, TPHCM.

TÌNH HÌNH NHIỄM HUMAN PAPILLOMAVIRUS TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Quỳnh Anh¹, Vũ Huy Lượng^{1,2}, Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2},
Phạm Quỳnh Hoa¹, Lê Huyền My², Lê Hữu Doanh^{1,2},
Lê Văn Trung², Nguyễn Văn Thường^{1,2}, Nguyễn Văn An^{3,4},
Lê Thị Trang Nhung¹, Lê Hạ Long Hải^{1,2}

TÓM TẮT

Nhiễm Human papillomavirus (HPV) là nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục phổ biến trên thế giới. Virus này cũng có khả năng gây ra nhiều loại ung thư ở cả nam và nữ. **Đôi tương và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thực hiện kỹ thuật realtime PCR trên các mẫu dịch sinh dục của người bệnh đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương nhằm xác định tỷ lệ nhiễm, phân bố các type và một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm HPV. **Kết quả:** Từ 1.646 người bệnh làm xét nghiệm, có 1.394 (84,7%) mẫu dương tính với HPV. Trong các mẫu dương tính, tỷ lệ đơn nhiễm HPV là 40,8% và tỷ lệ đa nhiễm HPV là 59,2%; nữ giới chiếm 48,2% và nam giới chiếm 51,8%. Tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất ở nhóm tuổi 40 đến 49 (90,7%). Khả năng mắc đơn nhiễm HPV ở nam cao hơn ở nữ (OR=1,26; 1,02-1,56; p=0,035). Ngược lại, khả năng mắc đa nhiễm HPV ở nữ cao hơn ở nam (OR=0,80; 0,64-0,98; p=0,035). Người bệnh mắc HPV ở Hà Nội chiếm tỷ lệ cao nhất (56%), tiếp đến là Bắc bộ (39,5%) và cuối cùng là Nam bộ và Trung bộ (4,5%). **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ nhiễm HPV của người bệnh đến khám Bệnh viện Da liễu Trung ương ở mức cao, đồng thời chỉ ra tầm quan trọng của việc xét nghiệm HPV thường quy nhằm giảm tỷ lệ nhiễm HPV.

Từ khóa: HPV, đơn nhiễm, đa nhiễm, bệnh viện Da liễu Trung ương.

SUMMARY

PREVALENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

³Học viện Quân y

⁴Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024

INFECTION AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY IN 2023

Human papillomavirus (HPV) infection is a common sexually transmitted infection worldwide and poses a significant risk for various cancers in both genders. **Methods:** This cross-sectional aims to assess the infection rate, HPV type distribution, and associated factors by using real-time PCR techniques on genital samples from patients attending the National hospital of Dermatology and Venereology. **Results:** Among 1,646 patients tested, 84.7% were positive for HPV, with 40.8% exhibiting a single infection and 59.2% displaying multiple HPV infections. Women accounted for 48.2%, and men for 51.8% of positive cases, with the highest infection rate observed in the 40-49 age group (90.7%). Men showed a higher likelihood of HPV single infection (OR=1.26; 95% CI: 1.02-1.56; p=0.035), while women exhibited a greater propensity for multiple HPV infections (OR=0.80; 95% CI: 0.64-0.98; p=0.035). Geographically, patients from Hanoi exhibited the highest infection rate (56%), followed by the North (39.5%), and the South and Central regions (4.5%). **Conclusions:** Research findings indicate a high prevalence of HPV infection among patients attending the National hospital of Dermatology and Venereology. Additionally, the research underscores the significance of regular HPV testing as a measure to mitigate the incidence of HPV infection. **Keywords:** HPV, single infection, multiple infection, National hospital of Dermatology and Venereology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Human papillomavirus (HPV) là một loại virus gây u nhú ở người, lây nhiễm khi quan hệ tình dục trực tiếp qua đường sinh dục, hậu môn hoặc miệng với người đã nhiễm virus. Ngoài ra, HPV còn lây lan qua tiếp xúc da kề da và một số ít trường hợp có thể truyền từ mẹ sang con. HPV có thể lây lan sang người khác ngay cả khi người bệnh không hề có dấu hiệu hay triệu chứng. Tổ