

ngệ Việt Đức được nâng cao trong giai đoạn gần đây. Trong quá trình hướng dẫn và thực hiện thanh toán, bệnh viện đã cải tiến trong khâu tổ chức nhân sự. Bên cạnh đó, bệnh viện đã điện tử hoá các hoạt động thanh toán. Trong năm 2023, bệnh viện hợp tác với một số ngân hàng triển khai, đẩy mạnh dịch vụ thanh toán không dùng tiền mặt [3].

Hầu hết các nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi báo cáo về một số khó khăn trong quá trình làm thủ tục thanh toán bao gồm: có 24,0% bệnh nhân gặp khó khăn khi thời gian chờ thanh toán viện phí lâu, 7,7% bệnh nhân thấy thời gian chờ giấy xuất viện lâu và 3,8% thấy rằng nơi thanh toán viện phí xa hoặc khó khăn. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Anh và cộng sự tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình chỉ ra thời gian chờ giấy xuất viện lâu là 9%; nơi thanh toán xa khó tìm là 9,4%; thời gian chờ thanh toán viện phí lâu là 7,4% và không được hướng dẫn làm thủ tục xuất viện là 1,2% [1]. Từ kết quả trên bệnh viện cần có những giải pháp để cải thiện hơn quy trình thanh toán và xuất viện để đạt được đánh giá ở mức độ tốt nhất, từ đó đem đến trải nghiệm tốt nhất cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân có trải nghiệm tích cực về khía cạnh trong quá trình điều trị là 67,5%, tỷ lệ bệnh nhân có trải nghiệm tích cực về khía cạnh làm thủ tục thanh toán là 97,6%. Những khó khăn mà bệnh nhân gặp phải khi làm thủ tục xuất viện là: thời gian chờ thanh toán viện phí lâu, thời gian chờ giấy xuất viện lâu và nơi thanh toán viện phí xa hoặc khó khăn. Từ kết quả trên chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau: NVYT duy trì thường xuyên cập nhật kỹ thuật mới, nâng cao trình độ chuyên môn nhằm đáp ứng

tốt hơn nữa hiệu quả điều trị. Ứng dụng phương pháp quản trị tinh gọn tích hợp số hóa dịch vụ khám chữa bệnh. Đơn giản hóa thủ tục và hình thức thanh toán viện phí nhằm hạn chế tối đa thời gian chờ xuất viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thuý Anh** (2021), Trải nghiệm của người nhà bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình năm 2021 và một số yếu tố liên quan, Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Trương Bảo** (2020), Khảo sát thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại 3 khoa ngoại của bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh năm 2020, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.
3. **Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức** (2024), Báo cáo kết quả tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện Việt Đức năm 2023, truy cập ngày 29/7-2024.
4. **Đặng Tân Duy** (2021), Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Viện Y dược học dân tộc Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021.
5. **Trần Thị Diệp** (2021), Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2021, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Tốt** (2021), Sự khác biệt giữa trải nghiệm của người bệnh và kỳ vọng của điều dưỡng về chất lượng dịch vụ chăm sóc, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Farley H và các cộng sự.** (2014), "Patient Satisfaction Surveys and Quality of Care: An Information Paper", *Annals of Emergency Medicine*. 64(4), tr. 351-357.
8. **Jason A Wolf và các cộng sự.** (2014), "Defining Patient Experience", *Patient Experience Journal*. 1(1), tr. 7-19.
9. **Rockville** (2019), What Is Patient Experience?, truy cập ngày, tại trang web <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TRẺ MỞ RUỘT RA DA TẠI KHOA SƠ SINH VÀ KHOA HỒI SỨC SƠ SINH BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Cao Sang<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Tịnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng trẻ sơ sinh được phẫu thuật mở ruột ra da

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

(MRRD). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca tiên cứu trên 47 trẻ sơ sinh MRRD tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ ngày 1/10/2023 đến ngày 30/6/2024. **Kết quả:** Trung vị tuổi thai là 37 tuần với 48,9% sinh non, cân nặng lúc sinh là 2800g. Trẻ được MRRD khi trung vị 2 ngày tuổi do dị tật hậu môn trực tràng (34,0%) và viêm ruột hoại tử (25,5%). Hồi tràng (61,7%) (nhóm 1) là vị trí mở thông thường gặp nhất, kế đến là đại tràng (36,2%) (nhóm 2). Trẻ mở thông hồi tràng và hồng tràng (2,1%) có chiều dài ruột còn lại trung bình là 92,6 cm. Sau mổ, nhiễm

trùng huyết xảy ra ở 59,6 % trẻ, với 30,8% cấy máu dương tính. Các biến chứng khác bao gồm suy ruột (19,2%), hội chứng ruột ngắn (19,2%), nhiễm trùng vết mổ (8,5%), sốc nhiễm trùng (10,6%), đều thuộc nhóm 1. Ngoài ra, nhóm 1 cần thời gian trung bình lâu hơn 20 ngày để đạt dinh dưỡng tiêu hóa hoàn toàn so với nhóm 2. Tỷ lệ tử vong chung là 12,8%. **Kết luận:** Dị tật hậu môn trực tràng và viêm ruột hoại tử là những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến phẫu thuật mở ruột ra da. Tỷ lệ nhiễm trùng cao, thời gian đạt dinh dưỡng tiêu hóa hoàn toàn kéo dài là những thách thức trong điều trị hậu phẫu. Trẻ mở hồi tràng ra da có nguy cơ biến chứng cao hơn mở đại tràng. Cần theo dõi và chăm sóc đặc biệt cho trẻ sơ sinh sau mở ruột ra da để cải thiện kết cục điều trị. **Từ khóa:** mở ruột ra da, mở hồi tràng ra da, mở đại tràng ra da, dị dạng hậu môn trực tràng, viêm ruột hoại tử.

## SUMMARY

### ENTEROSTOMAL THERAPY IN NEONATES: A STUDY AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

**Objective:** To describe the epidemiological, clinical, and laboratory characteristics of neonates undergoing enterostomy formation. **Methods:** This is a prospective case series of 47 neonates who underwent enterostomy formation at Children's Hospital 2 from October 1, 2023, to June 30, 2024. **Results:** The median postmenstrual age was 37 weeks, with 48,9% being preterm neonates. The median birth weight was 2800g. Enterostomy formation was performed at a median age of 2 days due to anorectal malformations (34,0%) and necrotizing enterocolitis (25,5%). Ileostomy (61,7%) (Group 1) was the most common stoma site, followed by colostomy (36,2%) (Group 2). Neonates with ileostomy and jejunostomy (2,1%) had a mean residual small bowel length of 92,6 cm. Postoperatively, bloodstream infection occurred in 59,6% of neonates, with 30,8% having positive blood cultures. Other complications included intestinal failure (19,2%), short bowel syndrome (19,2%), surgical site infection (8,5%), and septic shock (10,6%), all belonging to Group 1. Additionally, Group 1 required a 20-day longer average time to achieve full enteral nutrition compared to Group 2. The overall mortality rate was 12,8%. **Conclusions:** Anorectal malformations and necrotizing enterocolitis were the leading indications for enterostomy formation. High rates of infectious complications and prolonged time to achieve full enteral nutrition are challenges in postoperative management. Neonates with ileostomy have a higher risk of complications than those with colostomy. Close monitoring and intensive care are essential for neonates after enterostomal therapy to improve outcomes. **Keywords:** enterostomy formation, ileostomy, colostomy, anorectal malformations, necrotizing enterocolitis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở ruột ra da (MRRD) là can thiệp ngoại khoa tạo một lỗ mở trên ống tiêu hóa cho phép chuyển các chất chứa trong lòng ruột ra bên ngoài thành bụng không qua hậu môn. Đây là phương pháp thường được áp dụng để điều trị

nhiều loại bệnh lý cấp tính tại đường tiêu hóa ở trẻ sơ sinh như viêm ruột hoại tử (VRHT), tắc ruột phân su, dị tật hậu môn trực tràng, teo hồng hồi tràng, bệnh Hirschsprung và xoắn ruột<sup>1</sup>. Một ưu điểm chính của MRRD là nó cho phép các đoạn ruột ở phía xa được được nghỉ ngơi và phục hồi trước khi được nối lại sau đó. Tại Việt Nam, chưa có báo cáo số ca trẻ sơ sinh được MRRD mỗi năm. Tuy nhiên phẫu thuật cắt ruột và MRRD là phương pháp hay được thực hiện để điều trị các bệnh lý cấp tính tại đường tiêu hóa ở trẻ sơ sinh.

Bên cạnh những ưu điểm, MRRD có thể gây ra nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân với tỷ lệ biến chứng dao động<sup>1,2</sup> từ 34% đến 89% như sa, co rút, thoát vị cạnh lỗ MRRD, mất điện giải, tăng cân kém, nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng đặc biệt thường xảy ra trên nhóm trẻ sơ sinh cực non hoặc cực nhẹ cân.

Tổn thương đường tiêu hóa do bệnh lý nguyên nhân dẫn đến MRRD, giảm diện tích hấp thu chất dinh dưỡng và stress chuyển hóa sau mổ kết hợp với thiếu các hướng dẫn cụ thể về chăm sóc và điều trị hậu phẫu càng làm tăng nguy cơ biến chứng ở trẻ sơ sinh sau MRRD. Nhận thức các biến chứng và bệnh lý liên quan sau MRRD ở trẻ sơ sinh cho phép nhà lâm sàng tối ưu hóa điều trị, giúp cải thiện kết quả điều trị. Theo hiểu biết của chúng tôi, nghiên cứu về trẻ sơ sinh sau MRRD tại Việt Nam còn hạn chế. Nhằm cung cấp những hiểu biết ban đầu về đặc điểm lâm sàng và bệnh lý liên quan trên nhóm trẻ này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng trẻ mở ruột ra da tại khoa sơ sinh và khoa hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày 1/10/2023 đến 30/06/2024.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** bao gồm tất cả bệnh nhi được phẫu thuật mở ruột ra da điều trị nội trú tại khoa sơ sinh và khoa hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày 1/10/2023 đến 30/06/2024

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Những bệnh nhi được mở ruột ra da một trong các vị trí bao gồm hồng tràng, hồi tràng và đại tràng, và có thời gian điều trị  $\geq 7$  ngày sau phẫu thuật MRRD, và người giám hộ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** trẻ được MRRD trước khi nhập Bệnh viện Nhi đồng 2.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca, dữ liệu thu thập tiến cứu.

**Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** lấy tất cả các bệnh nhân vào khoa sơ sinh và hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày 1/10/2023 đến 30/06/2024 thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ.

**Y đức:** được hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Đồng 2 thông qua theo chứng nhận số 957/QĐ-NĐ2 ngày 23/8/2023. Tiêu chuẩn chăm sóc hiện có không bị thay đổi trong quá trình nghiên cứu. Thân nhân được thông tin đầy đủ trước khi đồng ý, có quyền rút ra khỏi nghiên cứu và không ảnh hưởng tới việc điều trị, mọi thông tin được bảo mật.

**Xử lý và phân tích số liệu:** được thực hiện bằng phần mềm IBM SPSS Statistics (SPSS, phiên bản 27, SPSS Inc., Chicago, IL). Biến định tính trình bày tần suất, tỷ lệ %. Biến định lượng trình bày theo trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn hay trung vị [25th-75th] nếu phân phối không chuẩn. So sánh hai tỷ lệ sử dụng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher (nếu có ô nào trong bảng 2x2 có tần số kỳ vọng nhỏ hơn 5). So sánh hai trung bình sử dụng phép kiểm t (phân phối chuẩn, phương sai đồng nhất) hoặc Welch's t-test (phương sai không đồng nhất). So sánh hai trung vị sử dụng phép kiểm Mann-Whitney U.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 55 trẻ sơ sinh thỏa tiêu chuẩn nhận vào, 8 trẻ bị loại khỏi nghiên cứu do tử vong sớm dưới 7 ngày (1 trẻ) hoặc thiếu dữ liệu theo dõi (7 trẻ). Cuối cùng, 47 trẻ đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu.

#### Các đặc điểm chung quần thể nghiên cứu (Bảng 1)

Trung vị tuổi thai là 37 tuần với 48,9% non tháng, cân nặng lúc sinh (CNLS) là 2800 [1600-3100] g, trung bình Z score cân nặng (CN) lúc sinh là -0,17.

**Bảng 1. Các đặc điểm chung lúc sinh**

| Đặc điểm             | Kết quả          |
|----------------------|------------------|
| Giới nam             | 29 (61,7)        |
| Tuổi thai, tuần      | 37 [32 4/7 - 39] |
| Sinh non             | 23(48,9)         |
| Cân nặng lúc sinh    | 2800 [1600-3100] |
| Z score CNLS         | -0,17 $\pm$ 0,9  |
| CNLS                 |                  |
| <1500g               | 11(23,4%)        |
| 1500-<2500g          | 8(17,0%)         |
| $\geq$ 2500g         | 28(59,6%)        |
| Nhỏ so với tuổi thai | 6(12,8%)         |

**Bảng 2. Đặc điểm chung và bệnh lý lúc phẫu thuật**

| Đặc điểm            | Kết quả |
|---------------------|---------|
| Tuổi sau sinh, ngày | 2 [1-4] |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| CN lúc phẫu thuật, g       | 2700 [1800-3150] |
| Z score CN lúc phẫu thuật  | -0,62 $\pm$ 0,9  |
| Thủng ruột                 | 19(40,4)         |
| Chẩn đoán trong phẫu thuật |                  |
| VRHT                       | 12(25,5)         |
| Thủng ruột tự phát         | 1(2,1)           |
| Xoắn ruột                  | 2(4,3)           |
| Teo hồng hồi tràng         | 4(8,5)           |
| Bệnh Hirschsprung          | 3(6,4)           |
| Dị tật hậu môn trực tràng  | 16(34,0)         |
| Tắc ruột phân su           | 7(14,9)          |
| Khác                       | 2(4,3)           |
| Vị trí MRRD                |                  |
| Hồng tràng                 | 01(2,1)          |
| Hồi tràng                  | 29(61,7)         |
| Đại tràng                  | 17(36,2)         |

Tại thời điểm phẫu thuật (Bảng 2), trung vị tuổi là 2 [1-4] ngày, trung vị CN là 2700 [1800-3150] g, với trung bình Z score CN là -0,6. Về đặc điểm bệnh lý nguyên nhân MRRD, có 16 trẻ (34,0%) mắc dị tật hậu môn trực tràng, chiếm tỷ lệ cao nhất, kể đến là 12 trẻ (25,5%) mắc viêm ruột hoại tử, 7(14,9%) trẻ bị tắc ruột phân su, 4 trẻ (8,5%) được chẩn đoán mắc teo hồng hồi tràng. Còn lại (17,0%) được chẩn đoán bệnh lý tiêu hóa khác nhau. Về vị trí mở ruột ra da, hồi tràng (nhóm 1) là vị trí thường gặp nhất (61,7%), kể đến là đại tràng (36,2%) (nhóm 2) và cuối cùng là hồng tràng (2,1%).

**Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và điều trị sau phẫu thuật**

| Đặc điểm   | Kết quả         |
|--|-----------------|
| Chiều dài còn lại của ruột, cm (n=30) <sup>a</sup> | 92,6 $\pm$ 32,5 |
| NTH  | 28(59,6)        |
| NTH cây máu dương                                  | 18(38,3)        |
| NTH cây máu âm                                     | 10(21,3)        |
| CLABSI   | 8(17,0)         |
| Thời điểm hậu phẫu CLABSI, ngày                    | 30,8 $\pm$ 21,8 |
| Nhiễm trùng vết mổ                                 | 4(8,5)          |
| Sốc nhiễm trùng                                    | 5(10,6)         |
| Tỉ lệ thở máy                                      | 36(76,6)        |
| Ngày thở máy                                       | 6 [1-21]        |
| PDA ảnh hưởng huyết động                           | 6(12,8)         |
| Suy ruột   | 9(19,2)         |
| Hội chứng ruột ngắn                                | 9(19,2)         |
| IFALD  | 8(17,0)         |
| Loạn sản phổi                                      | 4(8,5)          |
| Ngày tuổi xuất khoa/tử vong                        | 37 [23-63]      |
| Tử vong  | 6(12,8)         |

NTH: nhiễm trùng huyết, CLABSI: nhiễm trùng huyết liên quan đường truyền trung tâm, PDA: tồn tại ống động mạch; IFALD: bệnh gan liên quan suy ruột; <sup>a</sup>Chỉ có 30 trẻ ghi nhận trong tường trình phẫu thuật.

Nhiễm trùng huyết (NTH) là biến chứng phổ

biến nhất (Bảng 3), ảnh hưởng đến 59,6% trẻ với 30,8% là NTH có cấy máu dương tính. NTH liên quan đường truyền trung tâm (CLABSI) xảy ra ở 17,2% trẻ, với thời gian xuất hiện trung bình là 30,8 ngày sau phẫu thuật. Các biến chứng khác bao gồm suy ruột (19,2%), hội chứng ruột ngắn (HCRN) (19,2%), IFALD (17,0%), nhiễm trùng vết mổ (8,5%), sốc nhiễm trùng (10,6%) và loạn sản phổi (8,5%). 76,6% trẻ cần hỗ trợ thở máy sau phẫu thuật, với thời gian trung vị là 6 ngày. Tỷ lệ tử vong là 12,2%.

#### **Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng và một số đặc điểm nuôi dưỡng theo vị trí mở ruột ra da**

**Bảng 4. Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng theo vị trí mở ruột ra da**

| Đặc điểm                                | Nhóm 1<br>(N=29) | Nhóm 2<br>(N=17) | P                   |
|---|------------------|------------------|---------------------|
| Giới nam                                | 16<br>(55,2)     | 13<br>(64,5)     | 0,1 <sup>a</sup>    |
| Tuổi thai, tuần                         | 33 4/7±5/7       | 38,25±1,8        | 0,01 <sup>b</sup>   |
| CNLS, g                                 | 2183±1033        | 2961±514         | 0,007 <sup>b</sup>  |
| SGA                                     | 2(6,9)           | 4(23,5)          | 0,3 <sup>c</sup>    |
| CNLS <2500g                             | 15(51,7)         | 3(17,6)          | 0,02 <sup>c</sup>   |
| Tuổi sau kinh chốt khi phẫu thuật, tuần | 34,5±4,9         | 38,5±1,8         | <0,001 <sup>b</sup> |
| Z score CN I lúc phẫu thuật             | -0,6±0,9         | -0,6±1           | 0,85 <sup>d</sup>   |
| Z score CN lúc xuất khoa                | -2,1±1,2         | -1,3±0,9         | 0,02 <sup>d</sup>   |
| VRHT                                    | 12(41,4)         | 0                | 0,002 <sup>c</sup>  |
| DTHMTT                                  | 0                | 16(94,1)         | 0,001 <sup>c</sup>  |
| Tắc ruột phân su                        | 7 (24,1)         | 0                | 0,036 <sup>c</sup>  |
| Teo hồng hồi tràng                      | 3(10,3)          | 0                | 0,029 <sup>c</sup>  |
| Khác                                    | 7(24,2)          | 1(5,9)           |                     |
| Chiều dài còn lại của ruột, cm*         | 90<br>[60-111,3] |                  |                     |

DTHMTT: Dị tật hậu môn trực tràng; \*Chỉ ghi nhận nhóm 1; <sup>a</sup>Kiểm định chi bình phương; <sup>b</sup>Kiểm định Welch's t-test, <sup>c</sup>Kiểm định Fisher; <sup>d</sup>Kiểm định t-test độc lập

Nhóm 1 có tuổi thai, CNLS, tuổi sau kinh chốt lúc MRRD, Z score CN khi xuất khoa thấp hơn và tỉ lệ CNLS<2500g cao hơn đáng kể so với nhóm 2. Đặc biệt các bệnh lý nguyên nhân như VRHT, tắc ruột phân su đều được mở thông hồi tràng, trong khi dị tật hậu môn trực tràng đều được mở đại tràng ra da. Chiều dài còn lại của ruột trung vị là 90 [60-111,3] cm chỉ ghi nhận trong nhóm 1.

#### **So sánh một số đặc điểm nuôi dưỡng theo vị trí mở ruột ra da**

**Bảng 5. So sánh một số đặc điểm nuôi**

#### **dưỡng theo vị trí mở ruột ra da**

| Đặc điểm                              | Nhóm 1<br>(N=29) | Nhóm 2<br>(N=17) | P                   |
|---------------------------------------|------------------|------------------|---------------------|
| Phụ thuộc DDTM                        | 6(20,7)          | 1(5,9)           | 0,07 <sup>c</sup>   |
| Đạt DDTH hoàn toàn                    | 23(79,3)         | 16(94,1)         | 0,2 <sup>a</sup>    |
| Số ngày cần đạt DDTH hoàn toàn (N=39) | 31,4±12          | 10,9±5,6         | <0,001 <sup>b</sup> |
| Phụ thuộc DDTM                        | 6(20,7)          | 1(5,9)           | 0,07 <sup>c</sup>   |
| Số ngày DDTM                          | 40±19,4          | 10,1±5,7         | <0,001 <sup>b</sup> |

Nhóm 1: mở hồi tràng ra da; Nhóm 2: mở đại tràng ra da; DDTM: Dinh dưỡng tĩnh mạch; DDTH: Dinh dưỡng tiêu hóa; <sup>a</sup>Kiểm định chi bình phương; <sup>b</sup>Kiểm định Welch's t-test, <sup>c</sup>Kiểm định Fisher. Nhóm 1 có thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch và thời gian hậu phẫu kéo dài hơn so với nhóm 2 ( $p<0,001$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đạt dinh dưỡng tiêu hóa (DDTH) hoàn toàn giữa hai nhóm. Tuy nhiên phân tích thời gian cần thiết để đạt được DDTH hoàn toàn (ăn sữa > 130ml/kg/ngày) cho thấy nhóm 1 cần thời gian trung bình lâu hơn 20 ngày so với nhóm 2 ( $p<0,001$ , KTC 95% : 14,7- 26,4 và khác biệt trung bình = 20,6 ngày, Welch's t-test)

#### **Các đặc điểm bệnh lý và biến chứng hậu phẫu**

**Bảng 6. Các đặc điểm bệnh lý và biến chứng hậu phẫu**

| Đặc điểm                    | Nhóm 1<br>(N=29) | Nhóm 2<br>(N=17) | P                   |
|-----------------------------|------------------|------------------|---------------------|
| Thủng ruột                  | 18(62,1)         | 1(5,9)           | <0,001 <sup>c</sup> |
| NTH                         | 25(86,2)         | 2(11,8)          | <0,001 <sup>c</sup> |
| NTH cấy dương               | 16(55,2)         | 1(5,9)           | <0,001 <sup>c</sup> |
| NTH cấy âm                  | 9(31,0)          | 1(5,9)           | 0,067 <sup>c</sup>  |
| CLABSI                      | 8(27,6)          | 0                | 0,019 <sup>c</sup>  |
| NT vết mổ                   | 2(6,9)           | 2(11,8)          | 0,619 <sup>c</sup>  |
| PDA ảnh hưởng huyết động    | 3(10,3)          | 3(17,7)          | 0,7 <sup>c</sup>    |
| Loạn sản phổi               | 4<br>(13,8)      | 0                | 0,281 <sup>c</sup>  |
| Sốc nhiễm trùng             | 5(17,2)          | 0                | 0,142 <sup>c</sup>  |
| Suy ruột                    | 9(31,0)          | 0                | 0,017 <sup>c</sup>  |
| HCRN                        | 9(31,0)          | 0                | 0,017 <sup>c</sup>  |
| Bệnh gan liên quan suy ruột | 8<br>(27,6)      | 0                | 0,019 <sup>c</sup>  |
| Tử vong                     | 5(17,2)          | 0                | 0,142 <sup>c</sup>  |

Nhóm 1: mở hồi tràng ra da; Nhóm 2: mở đại tràng ra da; NT: Nhiễm trùng; <sup>c</sup>Kiểm định Fisher

Nhóm 1 có tỉ lệ thủng ruột, NTH, NTH cấy máu dương cao hơn nhóm 2 ( $p<0,001$ ). Tất cả các trường hợp mắc các bệnh lý bao gồm CLABSI (n=8), suy ruột (n=9), HCRN(n=9), bệnh gan liên quan suy ruột (n=8), sốc nhiễm trùng (n=5) và loạn sản phổi (n=4) đều thuộc nhóm 1. Về tỷ lệ tử vong, có 5 trẻ (10,6%) trong

nhóm 1, không có trẻ nào nhóm 2 tử vong nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trường hợp tử vong còn lại được mở hồng tràng.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 47 trẻ sơ sinh MRRD. Về đặc điểm chung, nam chiếm ưu thế, tương đương các nghiên cứu trước đây của Wolf và cộng sự<sup>1</sup> (2018), Talbot và cộng sự<sup>2</sup> (2017), Peng và cộng sự<sup>4</sup> (2018). Tuổi thai (37 tuần) và cân nặng lúc sinh (2800g) của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Wolf<sup>1</sup> (27 tuần, 840g) và Talbot<sup>2</sup> (26 tuần, 860g). Sự khác biệt có thể do đặc điểm dịch tễ khác nhau giữa các trung tâm. Về phân bố cân nặng, tỉ lệ trẻ có CNLS <2500g trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Peng<sup>4</sup> (40% so với 20%,  $p=0,001$ ). Tại thời điểm MRRD, tuổi trung vị của trẻ là 2[1-4] ngày, tương đương nghiên cứu của Peng<sup>4</sup> (3 ngày), nhỏ hơn trong nghiên cứu của Davidson và cộng sự<sup>5</sup> (2024) (25 ngày) và của Wolf<sup>1</sup> (9,5 ngày). Sự khác biệt có thể được giải thích do bản chất trong nguyên nhân dẫn đến MRRD, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao DTHMTT, là dị tật bẩm sinh và cần can thiệp sớm ngay sau sinh, trong khi viêm ruột hoại tử (dân số nghiên cứu của tác giả Davidson<sup>5</sup>) không ghi nhận độ tuổi khởi phát nhưng theo y văn thường khởi phát sau tuần đầu sau sinh từ đó có sự chậm trễ trong thời gian điều trị phẫu thuật. Cân nặng trung vị lúc MRRD là 2700g, với Z-score cân nặng trung vị là -0.8, cao hơn so với nghiên cứu của Davidson<sup>5</sup>. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tất cả nguyên nhân gây MRRD, trong khi Davidson chỉ tập trung vào VRHT.

Về vị trí mở ruột ra da, hồi tràng (nhóm 1) là vị trí thường gặp nhất (61,7%), kế đến là đại tràng (Nhóm 2) (36,2%), tương tự tác giả Wolf<sup>1</sup>. Phân tích riêng nhóm mở ruột non ra da ( $n=30$ ), vị trí mở hồi tràng chiếm hầu hết trong nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Wolf<sup>1</sup> (96,7% và 95,5%), lớn hơn nhiều so với các tác giả khác Talbot<sup>2</sup>, Davidson<sup>5</sup>, Bethell<sup>6</sup>. Sự khác biệt này có thể do số lượng trẻ mở hồng tràng ra da rất ít trong nghiên cứu này (chỉ 1 trẻ) và do sự khác biệt trong lựa chọn vị trí mở thông ruột của phẫu thuật viên giữa các trung tâm.

Trong nghiên cứu này, dị tật hậu môn trực tràng là nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến MRRD (34%), và tất cả đều được mở đại tràng ra da. Phân tích riêng nhóm mở ruột non ra da ( $n=30$ ), viêm ruột hoại tử (40%) và tắc ruột phân su (23,3%) là những nguyên nhân hàng đầu, tương tự Wolf<sup>1</sup>. Tuy nhiên, tỷ lệ VRHT của

chúng tôi thấp hơn các tác giả Wolf<sup>1</sup>, Talbot<sup>2</sup>, Bethell<sup>6</sup> (2016), nơi VRHT thường chiếm hơn 50% các trường hợp. Chỉ có tác giả Peng<sup>4</sup> báo cáo VRHT đứng vị trí thứ hai (30,7%) sau tắc ruột/teo ruột non (36%). Tỉ lệ teo ruột non trong nghiên cứu này chỉ 10%, thấp hơn tỉ lệ từ 24% đến 51,7% trong các nghiên cứu trước<sup>1,2,4,6</sup>. Những khác biệt này cho thấy nguyên nhân bệnh lý chính dẫn đến MRRD khác nhau giữa các trung tâm, có thể do đặc điểm tần suất bệnh khác nhau.

Nhiễm trùng huyết (NTH) là biến chứng nổi bật ảnh hưởng đến gần 60% tổng số trẻ, cao hơn trong nghiên cứu của Wolf<sup>1</sup> (17,1%). Khi phân tích riêng nhóm bị VRHT, có 11/12 (91,7%) mắc NTH, tương tự tỉ lệ 90,4% trong nghiên cứu của Sun và cộng sự<sup>7</sup> (2023). Tỉ lệ loạn sản phổi của chúng tôi chỉ 8,5% thấp hơn so với tác giả Sun<sup>7</sup> có thể do những yếu tố như nhóm trẻ non tháng trong nghiên cứu của Sun<sup>7</sup> có tỉ lệ cao hơn (86,8% với 48,9%) và quần thể của tác giả Sun<sup>7</sup> có tuổi thai thấp hơn (27w so với 37w). Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận thêm các bệnh lý và biến chứng toàn thân khác như CLABSI, suy ruột, HCRN, bệnh gan liên quan suy ruột với tỉ lệ từ 17,0% đến 19,2%, và tất cả đều thuộc nhóm mở hồi tràng ra da. Các biến chứng này ít được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây.

Để xác định xem vị trí MRRD có mối liên quan gì đến các biến chứng và bệnh lý và tỉ lệ đạt DDTH hoàn toàn trong điều trị hậu phẫu hay không, chúng tôi đã phân loại quần thể nghiên cứu của mình theo vị trí MRRD: nhóm 1 mở hồi tràng và nhóm 2 mở đại tràng (hồng tràng chỉ có 1 trường hợp nên chúng tôi không phân nhóm). Nhóm 1 và 2 có một số đặc điểm khởi đầu tương tự nhau và không khác biệt đáng kể về giới tính, tỉ lệ nhỏ so với tuổi thai, thời điểm MRRD, Z score CN lúc phẫu thuật. Còn lại nhóm 1 có tuổi thai, CNLS, Z score CN khi xuất khoa thấp hơn đáng kể so với nhóm 2. Kết quả này phù hợp với các quan sát lâm sàng về bệnh nguyên thường gặp ở hai nhóm bệnh nhi này. Trẻ sinh non, thường mắc các bệnh lý vùng ruột non như viêm ruột hoại tử (NEC), tắc ruột phân su, teo hồng tràng, có xu hướng cần mở thông hồi tràng. Trong khi, nhóm trẻ được mở đại tràng ra da thường do các dị tật hậu môn trực tràng, vốn không liên quan trực tiếp đến tình trạng sinh non. Do đó, nhóm trẻ mở thông hồi tràng thường có tuổi thai và CNLS thấp hơn. Mặc dù Zscore cân nặng lúc MRRD tương đương giữa hai nhóm, nhóm 1 có Zscore cân nặng lúc xuất khoa thấp hơn, cho thấy tăng trưởng kém hơn sau phẫu thuật. Một điểm đáng chú ý là hầu hết các

biến chứng bệnh lý đi kèm, bao gồm CLABSI, suy ruột, HCRN và bệnh gan liên quan đến suy ruột, đều tập trung ở nhóm 1 với tỷ lệ cao hơn đáng kể so với nhóm 2 ( $p < 0,05$ ). Sốc nhiễm trùng, loạn sản phổi cũng chỉ xuất hiện ở nhóm 1, nhưng sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu nhỏ. Ngoài ra, nhóm 1 còn có tỷ lệ thủng ruột, NTH và NTH cấy máu dương tính cao hơn đáng kể. Về đặc điểm nuôi dưỡng, nhóm 1 có thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch và thời gian hậu phẫu lâu hơn nhóm 2. Ngoài ra nhóm 1 cần thời gian lâu hơn khoảng 20 ngày để đạt DDTH hoàn toàn (ăn sữa  $> 130\text{ml/kg/ngày}$ ) ( $p < 0,001$ , KTC 95%: 14,7- 26,4, khác biệt trung bình = 20,6 ngày, Welch's t-test) dù cuối cùng tỉ lệ đạt DDTH hoàn toàn tương đồng nhau giữa hai nhóm.

Trong bối cảnh của chúng tôi, tỉ lệ tử vong chung là 12,7% tương đương nghiên cứu của Koike và cộng sự<sup>8</sup>(2016).

## V. KẾT LUẬN

Dị tật hậu môn trực tràng và viêm ruột hoại tử là những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến phẫu thuật mở ruột ra da, chủ yếu mở thông hồi tràng. Nhiễm trùng huyết, thời gian đạt dinh dưỡng tiêu hóa hoàn toàn kéo dài là những thách thức trong giai đoạn điều trị sau mổ. Có xu hướng nổi bật đó là trẻ mở thông hồi tràng có nguy cơ gặp nhiều biến chứng cũng khó nuôi ăn tiêu hóa hơn so với trẻ mở thông đại tràng. Kết quả này cho thấy trẻ sơ sinh sau phẫu thuật mở ruột ra da là đối tượng có nguy cơ cao, cần được

theo dõi và chăm sóc đặc biệt, nhất là nhóm trẻ mở hồi tràng ra da.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wolf L, Gfroerer S, Fiegel H, Rolle U. Complications of newborn enterostomies. World J Clin Cases. Dec 26 2018;6(16):1101-1110.
2. Chong C, van Druten J, Briars G, et al. Neonates living with enterostomy following necrotising enterocolitis are at high risk of becoming severely underweight. Eur J Pediatr. Dec 2019;178(12):1875-1881.
3. Talbot LJ, Sinyard RD, Rialon KL, et al. Influence of weight at enterostomy reversal on surgical outcomes in infants after emergent neonatal stoma creation. J Pediatr Surg. Jan 2017;52(1):35-39.
4. Peng Yanfen HQ, Zheng Haiqing, et al. . Nutritional status and risk factors of neonatal enterostomy. Chinese Journal of Neonatology. 2018;33(5):350-353.
5. Davidson, J. R., Omran, K., Chong, C. K. L., Eaton, S., Edwards, A. D., & Yardley, I. E. Exploring Growth Failure in Neonates With Enterostomy. Journal of pediatric surgery. 2024. 59(2), 211–215.
6. Bethell G, Bethell G, Kenny S, Corbett H. Enterostomy-related complications and growth following reversal in infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. May 2017;102(3):F230-F234.
7. Sun Y, Gao Z, Hong W, Gong X, Cai C. Analysis of Postoperative Outcomes and Extrauterine Growth Retardation in Preterm Infants with Necrotizing Enterocolitis: A Retrospective Study. Am J Perinatol. Jan 16 2023;
8. Koike Y, Uchida K, Nagano Y, et al. Enteral refeeding is useful for promoting growth in neonates with enterostomy before stoma closure. J Pediatr Surg. Mar 2016;51(3):390-4.

## VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN RÁCH CHÓP XOAY KHỚP VAI

Nông Quốc Chú<sup>1</sup>, Nguyễn Vũ Hoàng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Quốc Dũng<sup>2</sup>, Đỗ Đức Trung<sup>2</sup>, Mai Đắc Việt<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rách chóp xoay (RCX) là nguyên nhân phổ biến gây đau vai và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chẩn đoán chính xác RCX là yếu tố quan trọng trong việc quyết định điều trị và cộng hưởng từ (CHT) ngày càng được sử

dụng rộng rãi nhờ khả năng cung cấp hình ảnh chi tiết về tổn thương gân cơ. **Mục tiêu:** Đánh giá vai trò của CHT trong chẩn đoán rách chóp xoay. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu được thực hiện trên 45 bệnh nhân bị rách chóp xoay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024. Tất cả bệnh nhân đều được chụp CHT và phẫu thuật nội soi để so sánh kết quả chẩn đoán. **Kết quả:** CHT cho kết quả tương đồng với phẫu thuật nội soi trong việc chẩn đoán rách toàn bộ bề dày và bán phần, với kích thước vết rách trung bình trên CHT là 3,8 cm và trên nội soi là 3,93 cm. CHT cũng giúp phát hiện các yếu tố liên quan như thoái hóa mỡ và co rút gân. **Bàn luận:** Kết quả nghiên cứu khẳng định rằng CHT là công cụ hiệu quả trong chẩn đoán RCX, đặc biệt là trong việc xác định

<sup>1</sup>Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Mai Đắc Việt

Email: vietmaidac64@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024