

WEIGHT LOSS IN CHILDREN AFTER HOSPITALIZATION: PREVALENCE AND RISK FACTORS AT DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE 3 IN CHILDREN'S HOSPITAL 2

Nguyen Thi Thu Hau^{1*}, Nguyen Truong Kim Ngan², Pham Thi Duc Loi¹

¹Children's Hospital 2 -14 Ly Tu Trong, Sai Gon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 27/08/2025; Accepted: 23/09/2025

ABSTRACT

Objective: The study aimed to investigate the prevalence of weight loss and associated risk factors in hospitalized children at Department of Internal Medicine 3, Children's Hospital 2 in 2025.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 178 children aged 0 to under 16 years who were admitted to Department of Internal Medicine 3, Children's Hospital 2, from March to May 2025.

Results: The prevalence of weight loss on day 3 of hospitalization was 42.1%. Among these, 32.0% lost less than 2% of their body weight, 53.3% lost 2–<5%, and 14.7% lost 5–<10%. No cases were recorded with weight loss $\geq 10\%$. At discharge, 51.7% of children had weight loss, with 21.7% losing <2%, 47.8% losing 2–<5%, 28.3% losing 5–<10%, and 2.2% losing $\geq 10\%$. Statistically significant factors associated with weight loss on day 3 included children aged 12 to under 48 months and those consuming an adult-like diet. Factors significantly associated with weight loss at discharge included children aged 12 to under 48 months and those consuming porridge/gruel.

Conclusion: Weight loss during hospitalization was common and widespread among pediatric inpatients. There is a need to enhance nutritional counseling, closely monitor dietary intake and weight during hospitalization, and provide specific guidance to caregivers on appropriate meal plans to shorten treatment time and improve recovery outcomes.

Keywords: Weight loss, inpatient care, diet, children.

*Corresponding author

Email: thuhaunt@hmu.edu.vn Phone: (+84) 913724799 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3338>

TÌNH TRẠNG SỤT CÂN Ở BỆNH NHI SAU NHẬP VIỆN: TỶ LỆ SỤT CÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TẠI KHOA NỘI 3 BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Thị Thu Hậu^{1*}, Nguyễn Trương Kim Ngân², Phạm Thị Đức Lợi¹

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2 -14 Lý Tự Trọng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 27/08/2025; Ngày duyệt đăng: 23/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng sụt cân ở trẻ em sau nhập viện tại khoa Nội 3 Bệnh viện Nhi Đồng 2 (BVND2) năm 2025 và các yếu tố nguy cơ của sụt cân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu (NC) cắt ngang mô tả trên 178 trẻ từ 0 đến dưới 16 tuổi điều trị tại Khoa Nội 3 Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 3 – 5/2025.

Kết quả: Tỷ lệ sụt cân sau 3 ngày là 42,1%, mức sụt cân <2%: 32,0%, sụt cân 2 – <5%: 53,3%, sụt cân 5 – <10%: 14,7% và không trẻ nào sụt cân từ 10% trở lên. Tỷ lệ sụt cân khi xuất viện là 51,7%, mức sụt cân <2%: 21,7%, sụt cân 2 – <5%: 47,8%, sụt cân 5 – <10%: 28,3% và sụt cân ≥ 10%: 2,2%. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ sụt cân sau 3 ngày nằm viện bao gồm: nhóm trẻ từ 12 – dưới 48 tháng tuổi và chế độ ăn như người trưởng thành có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ sụt cân khi xuất viện bao gồm: nhóm trẻ từ 12 – dưới 48 tháng tuổi và chế độ ăn cháo/ bột có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Tình trạng sụt cân trong thời gian điều trị nội trú ở trẻ em chiếm tỷ lệ khá cao và phổ biến. Cần tăng cường tư vấn dinh dưỡng, theo dõi sát tình trạng ăn uống và cân nặng trong quá trình nằm viện, hướng dẫn cụ thể cho người chăm sóc về khẩu phần ăn phù hợp nhằm rút ngắn thời gian điều trị và nâng cao khả năng hồi phục bệnh.

Từ khóa: Sụt cân, điều trị nội trú, chế độ ăn, trẻ em.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ em là đối tượng dễ chịu những tổn thương trước các tác động của bệnh lý cấp và mạn tính. Đặc biệt đối với trẻ em sau nhập viện, bệnh cấp tính thường làm giảm cảm giác thèm ăn và hạn chế hấp thu các chất dinh dưỡng. Vấn đề càng đáng lo ngại khi sụt cân trong thời gian nằm viện, ảnh hưởng đáng kể đến quá trình hồi phục sức khỏe của trẻ. Quá trình phục hồi càng chậm càng tăng nguy cơ mắc các bệnh đi kèm, kéo dài thời gian nằm viện, tăng các chi phí y tế xã hội và kết quả ảnh hưởng đến sức khỏe trong quá trình trưởng thành[1,2]. Sụt cân là một trong những tiêu chí đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhi (BN) nội trú, giúp phát hiện sớm việc thiếu hụt dinh dưỡng, ảnh hưởng xấu đến đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh. Việc xác định trẻ SDD và có nguy cơ SDD là bước đầu tiên thiết yếu để xác định phương pháp điều trị bệnh và hỗ trợ hiệu quả[3]. Do đó, đề tài nghiên cứu “Tình trạng sụt cân ở trẻ em sau nhập viện: Phân tích tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ

tại Bệnh viện Nhi Đồng 2” được thực hiện với mục tiêu xác định tỷ lệ sụt cân theo các thời điểm sau nhập viện và các yếu tố liên quan. Nghiên cứu (NC) nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ em nội trú, đồng thời kiểm soát và giảm thiểu các biến chứng có thể xảy ra.

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định tỷ lệ sụt cân ở trẻ em sau nhập viện và các yếu tố nguy cơ gây sụt cân tại Khoa Nội 3 Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ từ 0 tháng tuổi đến dưới 16 tuổi nhập viện tại khoa Nội 3 BVND2.

*Tác giả liên hệ

Email: thuhaunt@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 913724799 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3338>

2.3. Tiêu chí chọn vào

Trẻ từ 0 tháng tuổi đến dưới 16 tuổi nhập khoa Nội 3 BVNĐ2, từ 3 – 5/2025, đồng ý tham gia NC từ người chăm sóc trẻ (người giám hộ).

2.4. Tiêu chí loại ra

Trẻ không đo được chính xác cân nặng và chiều dài/ chiều cao: phù, bó bột, chấn thương cột sống.

Thời gian nằm viện của trẻ dưới 3 ngày.

Những trẻ chưa xuất viện khi nghiên cứu đã kết thúc.

2.5. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n \geq Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- + n: Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu;
- + α : Xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$;
- + Z: Trị số tính từ bảng phân phối chuẩn (độ tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha/2}=1,96$);
- + d: Độ chính xác (sai số ước tính), lấy $d = 0,1$;
- + p: Trị số ước đoán tỷ lệ.

Với $p = 0,475$. Dựa vào kết quả NC “Thực trạng dinh

dưỡng bệnh nhân nhi 6 – 60 tháng tuổi tại khoa nhi bệnh viện Đa Khoa tỉnh Bình Dương” của Lê Thị Ngọc Trân và cộng sự, với tỷ lệ sụt cân của trẻ là 47,5%[4].

Cỡ mẫu đưa vào nghiên cứu tối thiểu là 96 trẻ.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

BN được cân đo chiều cao, cân nặng, phỏng vấn trực tiếp qua bộ câu hỏi soạn sẵn và hồ sơ bệnh án.

2.7. Phân tích thống kê

Số liệu được mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata manager/ Epidata entry, được phân tích bằng phần mềm Stata 17.0.

Sử dụng kiểm định chi bình phương để mối liên quan giữa sụt cân và các yếu tố. Thay thế bằng kiểm định chính xác Fisher nếu có 25% vọng trị < 5 hoặc một giá trị < 1. Kiểm định có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ và KTC 95% không chứa 1. Ước lượng mối liên quan bằng tỷ số tỷ lệ hiện mắc (PR).

2.8. Y đức

NC thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM số 827/ĐHYD-HĐĐĐ kí ngày 18/02/2025 và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của BVNĐ 2 số 53/GCN-BVNĐ2 kí ngày 28/02/2025. Người giám hộ trẻ ký bản đồng ý tham gia, được quyền rút ra khỏi NC bất kì lúc nào. NC không can thiệp vào quá trình điều trị bệnh. Thông tin được mã hóa và bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thay đổi cân nặng của trẻ

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thay đổi cân nặng sau 3 ngày (n=178)			Phần trăm sụt cân 3 ngày nằm viện (n=75)		
Sụt cân	75	42,1	< 2%	24	32,0
Không đổi	24	13,5	2 – < 5%	40	53,3
Tăng cân	79	44,4	5 – < 10%	11	14,7
			≥ 10 %	0	0
Thay đổi cân nặng sau 7 ngày (n=73)			Phần trăm sụt cân 7 ngày nằm viện (n=43)		
Sụt cân	43	58,9	< 2%	15	34,9
Không đổi	7	9,6	2 – < 5%	17	39,5
Tăng cân	23	31,5	5 – < 10%	10	23,3
			≥ 10 %	1	2,3
Thay đổi cân nặng khi xuất viện (n=178)			Phần trăm sụt cân khi xuất viện (n=92)		
Sụt cân	92	51,7	< 2%	20	21,7
Không đổi	12	6,7	2 – < 5%	44	47,8
Tăng cân	74	41,6	5 – < 10%	26	28,3
			≥ 10 %	2	2,2

Nhận xét: sau 3 ngày nằm viện, tỷ lệ trẻ sụt cân 42,1%, với 53,3% sụt từ $\geq 2 - < 5\%$. Sau 7 ngày nằm viện, sụt cân 58,9%. Sụt cân khi xuất viện 51,7%, mức sụt cân từ $2 - < 5\%$ là phổ biến nhất (47,8%) và 2,2% trẻ sụt cân ở mức $\geq 10\%$.

Bảng 2. Tình trạng sụt cân ngày 3 theo nhóm tuổi (n=178)

Đặc điểm	Sụt cân ngày 3		p	PR (KTC 95%)
	Có n (%)	Không n (%)		
Nhóm tuổi trẻ				
0 – dưới 6 tháng tuổi	25 (67,6)	12 (32,4)		1
6 – dưới 12 tháng tuổi	14 (46,7)	16 (53,3)	0,268	0,70 (0,36–1,33)
12 – dưới 48 tháng tuổi	31 (36,0)	48 (64,0)	0,019	0,53 (0,32–0,90)
48 tháng – dưới 7 tuổi	3 (21,4)	16 (78,6)	0,060	0,32 (0,10–1,05)
7 – 12 tuổi	2 (22,2)	7 (77,8)	0,130	0,33 (0,08–1,39)
12 tuổi trở lên	0 (0)	2 (100)	0,990	0,00 (0)

Nhận xét: Tỷ lệ sụt cân ngày 3 giảm dần khi độ tuổi tăng dần.

Bảng 3. Tình trạng sụt cân khi xuất viện theo nhóm tuổi (n=178)

Đặc điểm	Sụt cân xuất viện		p	PR (KTC 95%)
	Có n (%)	Không n (%)		
Nhóm tuổi trẻ				
0 – dưới 6 tháng tuổi	29 (78,4)	8 (21,6)		1
6 – dưới 12 tháng tuổi	17 (56,7)	15 (43,3)	0,288	0,72 (0,40–1,32)
12 – dưới 48 tháng tuổi	37 (45,4)	41 (54,6)	0,026	0,58 (0,36–0,94)
48 tháng – dưới 7 tuổi	7 (35,7)	13 (64,3)	0,105	0,46 (0,18–1,18)
7 – 12 tuổi	2 (22,2)	7 (77,8)	0,085	0,28 (0,07–1,19)
12 tuổi trở lên	0 (0)	2 (100)	0,984	0,00 (0)

Nhận xét: Tỷ lệ sụt cân khi xuất viện giảm dần khi độ tuổi của trẻ tăng dần.

Bảng 4. Tình trạng sụt cân ngày 3 theo phương thức nuôi dưỡng (n=178)

Đặc điểm	Sụt cân ngày 3		p	PR (KTC 95%)
	Có n (%)	Không n (%)		
Chế độ ăn hiện tại				
Uống sữa mẹ/công thức	35 (60,3)	23 (39,7)		1
Ăn cháo/bột	17 (35,4)	31 (64,6)	0,071	0,59 (0,33–1,05)
Ăn như người trưởng thành	23 (31,9)	49 (68,1)	0,018	0,53 (0,31–0,90)

Nhận xét: Nhóm trẻ có chế độ ăn hiện tại ăn như người trưởng thành có tỷ lệ sụt cân ngày 3 giảm 47% so với nhóm chỉ uống sữa mẹ/ sữa công thức, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với KTC 95%: 0,31–0,90 (p = 0,018).

Bảng 5. Tình trạng sụt cân khi xuất viện theo phương thức nuôi dưỡng (n=178)

Đặc điểm	Sụt cân xuất viện		p	PR (KTC 95%)
	Có n (%)	Không n (%)		
Chế độ ăn hiện tại				
Uống sữa mẹ/công thức	42 (72,4)	16 (27,6)		1
Ăn cháo/bột	15 (31,3)	33 (68,7)	0,005	0,43 (0,24–0,78)
Ăn như người trưởng thành	35 (48,6)	37 (51,4)	0,082	0,67 (0,43–1,05)

Nhận xét: trẻ ăn cháo/ bột có tỷ lệ sụt cân khi xuất viện giảm 57% so với nhóm trẻ chỉ uống sữa mẹ/ sữa công thức, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (KTC 95%: 0,24–0,78; p = 0,005).

Bảng 6. Tình trạng sụt cân ngày 3 theo bệnh lý (n=178)

Đặc điểm	Sụt cân ngày 3		p	PR (KTC 95%)
	Có n (%)	Không n (%)		
Chẩn đoán bệnh				
Bệnh lý tiêu hóa	2 (22,2)	7 (77,8)		1
Bệnh lý hô hấp	58 (43,6)	75 (56,4)	0,349	1,96 (0,48–8,03)
Nhiễm siêu vi	12 (46,2)	14 (53,9)	0,339	2,08 (0,46–9,28)
Nhiễm trùng da	2 (40,0)	3 (60,0)	0,557	1,80 (0,25–12,78)
Khác	1 (20,0)	4 (80,0)	0,931	0,90 (0,08–9,92)

Nhận xét: Mọi liên quan giữa bệnh lý và tỷ lệ sụt cân ngày 3 là không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ sụt cân cao nhất là nhóm nhiễm siêu vi và bệnh lý hô hấp.

Bảng 7. Tình trạng sụt cân khi xuất viện theo bệnh lý (n=178)

Đặc điểm	Sụt cân xuất viện		p	PR (KTC 95%)
	Có n (%)	Không n (%)		
Chẩn đoán bệnh				
Bệnh lý tiêu hóa	3 (33,3)	6 (66,7)		1
Bệnh lý hô hấp	71 (53,4)	62 (46,6)	0,424	1,60 (0,50–5,08)
Nhiễm siêu vi	15 (57,7)	11 (42,3)	0,386	1,73 (0,50–5,98)
Nhiễm trùng da	2 (40,0)	3 (60,0)	0,842	1,20 (0,20–7,18)
Khác	1 (20,0)	4 (80,0)	0,658	0,60 (0,06–5,77)

Nhận xét: Mọi liên quan giữa bệnh lý và tỷ lệ sụt cân khi xuất viện là không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ sụt cân cao nhất là nhóm nhiễm siêu vi và bệnh lý hô hấp.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sụt cân khi xuất viện ở trẻ là 51,7%, trong đó mức sụt cân từ 2 – <5% chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,8%, tương tự với kết quả được báo cáo trong nghiên cứu của

tác giả Lê Thị Ngọc Trân[4] (2017) khi ghi nhận 47,5% trẻ giảm cân tại thời điểm xuất viện. Sự tương đồng về tỷ lệ sụt cân giữa hai nghiên cứu cho thấy việc sụt cân trong thời gian điều trị nội trú là một tình trạng phổ biến và đáng lưu ý trong thực hành lâm sàng nhi khoa. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hậu[5] (2024) cho thấy 38,0% trẻ viêm phổi dưới 5 tuổi điều trị nội trú bị sụt cân. Sự chênh lệch giữa hai nghiên cứu có thể đến từ đối tượng nghiên cứu, lứa tuổi, tình trạng bệnh lý nền và cách tiếp cận điều trị dinh dưỡng giữa các khoa khác nhau. Trong NC ở bệnh nhân viêm phổi này, trẻ sụt cân > 5% ở ngày 3 và khi xuất viện có đáp ứng điều trị xấu hơn và thời gian nằm viện dài hơn nhóm không sụt cân hay sụt cân ít, chứng tỏ vai trò của tình trạng dinh dưỡng, nhất là dự trữ dinh dưỡng cấp tính, được đánh giá thông qua chỉ số sụt cân trong thời gian điều trị là rất quan trọng. Năng lượng cần sử dụng trong giai đoạn cơ thể chống chọi lại bệnh tật phải luôn sẵn sàng, dễ sử dụng và thường là glucose, được sinh ra từ glycogen dự trữ trong gan và cơ. Sau 1-3 ngày bị bệnh, cơ thể hết glycogen, bắt buộc sẽ sử dụng glucose tân tạo từ protein, do đó có thể làm mất khối cơ và làm cho đáp ứng với điều trị kém hơn. Do đó, tình trạng sụt cân cho thấy cơ thể đang phải sử dụng năng lượng tự thân cho các tế bào trong giai đoạn bệnh, và việc cung cấp dinh dưỡng cho trẻ độ ăn đang thiếu hụt.

Nhóm trẻ từ 12 đến dưới 48 tháng tuổi có tỷ lệ sụt cân cao bởi nhiều yếu tố liên quan đến đặc điểm dinh dưỡng và tình trạng bệnh lý. Trẻ lớn hơn 12 tháng tuổi đã chuyển sang ăn dặm với khẩu phần đa dạng gồm cháo, bột và thức ăn gia đình, khiến việc cung cấp năng lượng trở nên phức tạp hơn, đặc biệt khi trẻ ốm yếu, mệt mỏi hoặc phải hạn chế ăn do điều trị. Thêm vào đó, trẻ từ 12 đến dưới 48 tháng có nhu cầu năng lượng và protein tính theo kg cân nặng tương đối cao so với trẻ trên 4 tuổi, do đang trong giai đoạn tăng trưởng nhanh[6], nên sự thiếu hụt dinh dưỡng trong thời gian nằm viện dễ dẫn đến sụt cân nhanh chóng.

Trẻ có chế độ ăn hiện tại ăn như người trưởng thành có tỷ lệ sụt cân ngày 3 cao gấp 0,53 lần so với nhóm chỉ uống sữa mẹ/sữa công thức, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,018$. Điều này có thể do chế độ ăn ban đầu của trẻ chưa phù hợp với tình trạng bệnh cấp tính. Trong những ngày đầu nhập viện, trẻ thường có biểu hiện sốt, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn hoặc rối loạn tiêu hóa. Khi được cho ăn chế độ như người trưởng thành – thức ăn thô như cơm, khiến trẻ khó nhai nuốt do đó trẻ có xu hướng ăn rất ít hoặc bỏ ăn, dẫn đến sụt cân sớm. Điều này sẽ ảnh hưởng không tốt đến đáp ứng của tế bào miễn dịch do thiếu năng lượng. Ở nhóm trẻ viêm phổi, theo kết quả NC của tác giả Nguyễn Thị Thu Hậu và cộng sự, sụt cân ngày 3 liên quan đến đáp ứng với điều trị kém và kéo dài thời gian nằm viện[5]. Qua quá trình điều trị, trẻ được điều chỉnh chế độ ăn phù hợp hơn: ăn cơm, ăn thô chuyển sang ăn cơm mềm, cháo, sữa. Tình trạng

bệnh lý giảm và cải thiện sau một thời gian điều trị, trẻ có thể dần phục hồi cảm giác ngon miệng và tăng khả năng dung nạp thức ăn. Điều đó nhấn mạnh vai trò của đánh giá dinh dưỡng sớm và điều chỉnh kịp thời chế độ ăn trong những ngày đầu nằm viện[7].

Nghiên cứu cho thấy, trẻ ăn cháo/bột có tỷ lệ sụt cân khi xuất viện cao gấp 0,43 lần so với nhóm chỉ uống sữa mẹ/sữa công thức, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,005$). Đây là nhóm trẻ nhỏ, ngoài chế độ cháo, bột thường vẫn bú mẹ hoặc uống sữa công thức đi kèm. Điều này có thể giải thích rằng tác động của chế độ ăn cháo/bột đối với cân nặng không diễn ra ngay lập tức mà tích lũy theo thời gian nằm viện. Ở giai đoạn đầu, trẻ vẫn có thể duy trì một phần năng lượng từ nguồn dự trữ hoặc bú sữa song song nên sự thay đổi cân nặng chưa được biểu hiện rõ rệt. Tuy nhiên, khi quá trình điều trị kéo dài đến thời điểm xuất viện, năng lượng và protein từ cháo/bột không còn đủ để đáp ứng nhu cầu phục hồi của trẻ. Người chăm sóc có thể dễ pha loãng, chia nhỏ bữa ăn hoặc số lần ăn trong ngày không đủ, khiến tổng năng lượng trẻ nạp vào thấp hơn so với nhu cầu năng lượng thực tế trẻ cần. Tình trạng thiếu hụt năng lượng kéo dài sẽ dẫn đến sụt cân rõ rệt về mặt sinh học – và điều này được phản ánh ở thời điểm cân lại khi xuất viện.

Chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt về sụt cân ở các nhóm bệnh lý, tuy nhiên nhóm bệnh lý hô hấp và nhiễm siêu vi vẫn có tỉ lệ sụt cân cao nhất, do đây là những bệnh nhi có phản ứng với vi khuẩn, virus trong giai đoạn viêm cấp, đòi hỏi nhiều năng lượng và protein, vitamin, khoáng chất để các tế bào miễn dịch hoạt động chống lại sự xâm nhập của các tác nhân gây bệnh.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 178 trẻ điều trị tại khoa Nội 3, Bệnh viện Nhi Đồng 2, ghi nhận: Tỷ lệ sụt cân sau 3 ngày là 42,1%, sụt cân $<2\%$: 32,0%, sụt cân $2 - <5\%$: 53,3%, sụt cân $5 - <10\%$: 14,7% và không trẻ nào sụt cân từ 10% trở lên. Tỷ lệ sụt cân khi xuất viện là 51,7%, sụt cân $<2\%$: 21,7%, sụt cân $2 - <5\%$: 47,8%, sụt cân $5 - <10\%$: 28,3% và sụt cân $\geq 10\%$: 2,2%. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ sụt cân sau 3 ngày nằm viện bao gồm: nhóm trẻ từ 12 – dưới 48 tháng tuổi ($p=0,019$) và chế độ ăn như người trưởng thành ($p=0,018$). Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ sụt cân khi xuất viện bao gồm: nhóm trẻ từ 12 – dưới 48 tháng tuổi ($p=0,026$) và chế độ ăn cháo/bột có ý nghĩa thống kê ($p=0,005$).

Kiến nghị: Kết hợp theo dõi lượng ăn hàng ngày, cân nặng định kỳ và đánh giá tình trạng dinh dưỡng với quá trình điều trị bệnh lý của trẻ. Cần hướng dẫn chế độ ăn phù hợp theo từng độ tuổi (đặc biệt ở nhóm tuổi 12 – dưới 48 tháng tuổi) và bệnh lý cho người chăm sóc trẻ, tránh để trẻ ăn không đủ năng lượng do chế độ ăn không phù hợp.

LỜI CẢM ƠN

Xin cảm ơn sự giúp đỡ của các cộng sự và BVNĐ2 để chúng tôi có thể hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hwang EH, Park JH, Chun P, Lee YJ. (2016). Prevalence and Risk Factors for the Weight Loss during Hospitalization in Children: A Single Korean Children's Hospital Experience. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*;19(4):269-275. doi:10.5223/pghn.2016.19.4.269
- [2] Hoddinott J, Behrman JR, Maluccio JA, et al. (2013). Adult consequences of growth failure in early childhood. *Am J Clin Nutr*;98(5):1170-8. doi:10.3945/ajcn.113.064584
- [3] Meenakshi Monga, Catherine Sikorski, Himali de silva, Marie McGrath, Marko Kerac. (2023). Identifying underweight in infants and children using growth charts, lookup tables and a novel “MAMI” slide chart: A cross-over diagnostic and acceptability study.
- [4] Lê Thị Ngọc Trân, Văn Quang Tân (2017). Thực trạng dinh dưỡng bệnh nhân nhi 6 – 60 tháng tuổi tại khoa nhi Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Bình Dương. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*;13(4):22-29.
- [5] Nguyễn Thị Thu Hậu, Nguyễn Minh Châu, Đoàn Thị Ngọc Hân, et al. (2024). Weight loss in pneumonia patients aged 6–60 months treated at Children's Hospital 2 and its relationship to length of hospital stay and treatment response. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*;20(3E):57–63. doi:10.56283/1859-0381/714
- [6] Bộ Y tế (2016).. Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam.
- [7] Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, et al. (2021). ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clin Nutr*;40(12):5684-5709. doi:10.1016/j.clnu.2021.09.039

OUTCOMES OF ESOPHAGEAL DILATION IN PATIENTS WITH CONGENITAL ESOPHAGEAL ATRESIA AT CHILDREN'S HOSPITAL 2: CASE SERIES

Duong Chau Giang*, Vu Truong Nhan,
Bui Thi Huong Giang, Pham Ngoc Mai Anh, Nguyen Thi Thu Thuy

Children's Hospital 2 -14 Ly Tu Trong, Sai Gon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 25/08/2025; Accepted: 24/09/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics and outcomes of esophageal dilation in children with anastomotic strictures following surgery for congenital esophageal atresia at Children's Hospital 2 from January 2022 to December 2023, with a follow-up period of 6 months.

Subjects and methods: A retrospective descriptive case series study. The study subjects were children with esophageal atresia who underwent surgery and were followed up at Children's Hospital 2, admitted between January 1, 2022, and December 31, 2023.

Results: There were 46 patients diagnosed with esophageal atresia, with type C being the most common, accounting for 39 cases (84.8%). Associated congenital anomalies were present in 89% of the patients. Esophageal dilation was performed in 12 (26%) cases due to anastomotic strictures. The median age at the time of dilation was 8 months (1.5–52.5 months). The median number of dilation procedures was 2 (1–3.5), with a minimum of 1 and a maximum of 6 sessions. 7 cases required multiple dilations, with a median interval between dilations of 3.5 months (1–11 months). Dilation methods included Maloney bougies (46.4%), balloon dilation (39.3%), a combination of both methods (25%), and Tucker dilators (8%). The success rate after the first dilation was 42%, after 2–4 sessions was 25%, and after 6 sessions was 8%; 25% of cases were unsuccessful. Other complications included pneumothorax/pleural effusion (39.1%), recurrent pneumonia (19.6%), prolonged wheezing (17.4%), and recurrent tracheoesophageal fistula (6.5%). No fatal complications were reported.

Conclusion: Congenital esophageal atresia is often associated with other congenital anomalies. Esophageal dilation using balloons or Maloney bougies are effective and safe methods; however, the rate of restenosis remains high. Attention should be given to managing coexisting conditions and other complications. Additionally, alternative methods, such as esophageal stenting, may be considered.

Keywords: Congenital esophageal atresia, anastomotic stricture, esophageal dilation.

*Corresponding author

Email: dcgiang194@hmu.edu.vn Phone: (+84) 933190495 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3339>

KẾT QUẢ NONG THỰC QUẢN TRÊN TRẺ TEO THỰC QUẢN BẨM SINH ĐÃ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2: BÁO CÁO LOẠT CA

Dương Châu Giang*, Vũ Trường Nhân,
Bùi Thị Hương Giang, Phạm Ngọc Mai Anh, Nguyễn Thị Thu Thủy

Bệnh viện Nhi Đồng 2 -14 Lý Tự Trọng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2025; Ngày duyệt đăng: 24/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và kết quả nong thực quản trên trẻ hẹp miệng nối sau mổ teo thực quản bẩm sinh tại bệnh viện Nhi Đồng 2 trong thời gian từ tháng 01/2022 – 12/2023 trong thời gian theo dõi 6 tháng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca. Đối tượng nghiên cứu là trẻ teo thực quản được phẫu thuật và theo dõi ở bệnh viện Nhi Đồng 2, nhập viện trong khoảng thời gian từ 01/01/2022 đến 31/12/2023.

Kết quả: Có 46 bệnh nhân chẩn đoán teo thực quản, trong đó typ C nhiều nhất với 39 ca (84,8%). 89% trẻ teo thực quản có dị tật bẩm sinh đi kèm. 12 (26%) trường hợp có nong thực quản vì hẹp miệng nối. Thời điểm nong thực quản trung vị là 8 tháng tuổi (1,5 – 52,5 tháng). Số lần nong thực quản trung vị là 2 (1 - 3,5), ít nhất là 1 lần và nhiều nhất là 6 lần, trong đó có 7 ca phải nong nhiều lần với khoảng cách trung vị giữa 2 lần nong là 3,5 tháng (1 - 11 tháng). Phương pháp nong được dùng là bằng que Maloney (46,4%), bóng (39,3%), 25% kết hợp cả 2 phương pháp và 8% dùng ống Tucker. Tỷ lệ thành công sau lần đầu nong là 42%, sau 2 -4 lần nong là 25%, sau 6 lần nong là 8%; 25% thất bại, Các biến chứng khác bao gồm tràn khí tràn dịch màng phổi (39,1%) viêm phổi tái phát (19,6%), khô khè kéo dài (17,4%) và dò khí thực quản tái phát (6,5%). Không có biến chứng gây tử vong.

Kết luận: Teo thực quản bẩm sinh thường đi kèm với các dị tật khác. Nong thực quản bằng bóng, Maloney là phương pháp có hiệu quả, an toàn, tuy nhiên tỷ lệ tái hẹp còn cao, cần chú ý điều trị các rối loạn kèm theo và biến chứng khác. Đồng thời, có thể cân nhắc các phương pháp khác như đặt stent thực quản.

Từ khóa: Teo thực quản bẩm sinh, hẹp miệng nối, nong thực quản.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

TTQBS được định nghĩa là tình trạng gián đoạn lưu thông của thực quản, có thể kèm theo rò khí quản, chiếm khoảng 30% các dị tật bẩm sinh hệ tiêu hoá, với phẫu thuật là điều trị tiêu chuẩn. Nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Thuỳ Tâm tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 2007 đến 2012 ghi nhận 85 trường hợp TTQBS, trong đó tỷ lệ trẻ có các dị tật đi kèm chiếm 57,6%, và tỷ lệ tử vong chiếm 24,7%[3]. Hiện nay, tỷ lệ sống sót của trẻ sơ sinh bị TTQBS đã vượt quá 90%, tuy nhiên, những đứa trẻ này phải đối mặt với các vấn đề sức khỏe sau phẫu thuật không chỉ trong thời thơ ấu mà còn qua tuổi thiếu niên và trưởng thành[5]. Trong đó, hẹp thực quản là một trong những biến chứng thường gặp, có thể ảnh hưởng đến tăng trưởng và

phát triển của trẻ sau này, và tình trạng này được cải thiện sau khi điều trị bằng nong thực quản. Tuy có các trường hợp phải nong nhiều lần, tỷ lệ thành công chung là khá cao. Nghiên cứu báo cáo loạt ca bệnh hồi cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ năm 2016 đến 2021 của tác giả Nguyễn Thị Bích Uyên có 24 ca hẹp miệng nối cần nong trung bình 5 lần, và chỉ có 1 ca thất bại cần cắt nối thực quản[4]. Hiện vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về kết quả sau mổ TTQBS nói chung và nong thực quản điều trị hẹp nói riêng, nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm và các biến chứng sau mổ TTQBS.

*Tác giả liên hệ

Email: dcgiang194@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 933190495 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3339>

2. Mô tả đặc điểm của bệnh nhân có nông thực quản do hẹp sau mổ TTQBS.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca. Cỡ mẫu là lấy trọn mẫu. Đối tượng nghiên cứu là trẻ teo thực quản được phẫu thuật và theo dõi ở bệnh viện Nhi Đồng 2, trong thời gian từ tháng 01/2022 – 12/2023 với thời gian theo dõi 6 tháng.

Để tiến hành nghiên cứu, danh sách của tất cả trẻ TTQBS từ 01/01/2022 đến 31/12/2023 được lập ra, sau đó chúng tôi chọn lọc lại hồ sơ của trẻ có ghi nhận được mổ TTQBS ở Bệnh viện Nhi Đồng 2 và có tái khám theo dõi tại đây. Chúng tôi lấy những hồ sơ theo tiêu chuẩn nhận vào và tiêu chuẩn loại ra, thu thập thông tin theo bảng thu thập số liệu. Người làm nghiên cứu là người trực tiếp thu thập thông tin của tất cả hồ sơ trong nghiên cứu.

Kết quả nông được đánh giá là thành công khi trẻ cải thiện triệu chứng trên lâm sàng, ăn được thức ăn phù hợp lứa tuổi và X-quang thực quản cản quang hay nội soi thực quản không còn hình ảnh hẹp, không có biến chứng, không tái phát trong thời gian theo dõi.

Kết quả thất bại khi triệu chứng không cải thiện và còn hình ảnh hẹp trên X-quang thực quản cản quang hay nội soi thực quản trong thời gian theo dõi.

Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2021, phân tích bằng phần mềm SPSS 30.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/01/2022 đến 31/12/2023, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 46 bệnh nhân TTQBS đủ tiêu chuẩn được đưa vào mẫu. Trong các trẻ TTQBS, số bệnh nhi nam là 31 (67,4%), cao gấp 2 lần số bệnh nhi nữ là 15 (32,6%). Teo thực quản typ C chiếm tỷ lệ cao nhất (84,4%). Ngoài ra các typ teo thực quản khác như typ A, B, E cũng được ghi nhận với tỷ lệ ngang nhau là 4,3%.

Phần lớn bệnh nhi TTQBS có dị tật bẩm sinh đi kèm, chiếm 87%. Trong đó, dị tật tim mạch chiếm đa số (90%), kế đến là các dị tật tiêu hóa (27,5%), thận (17,5%), hô hấp (7,5%), xương (5%) và 5% trẻ có bất thường nhiễm sắc thể. Trên một ca có thể có nhiều dị tật bẩm sinh đi kèm.

Về tiền căn sản khoa, với các bệnh nhân có dữ liệu, 31 bé sinh đủ tháng, chiếm 83,8%, có 5 (13,5%) bệnh nhi sinh non trong khoảng từ 34 tuần đến dưới 37 tuần, và 1 (2,7%) trong nhóm sinh non từ 32 tuần đến dưới 34 tuần. Cân nặng lúc sinh trung vị là 2900 gram (2525 – 2950), dao động từ nhỏ nhất là 1950 gram đến lớn nhất là 3800 gram. Chỉ có 7 bệnh nhi,

chiếm 20%, có chẩn đoán tiền sản.

Biến chứng sau mổ thường gặp nhất và sớm nhất là tràn khí, tràn dịch màng phổi, chiếm 39,1%. Các biến chứng thường gặp kế tiếp bao gồm hẹp thực quản (26,1%), viêm phổi tái phát (19,6%), khô khò kéo dài (15,2%), dò khí thực quản tái phát (6,5%).

Trong mẫu của chúng tôi có 12 bệnh nhân phải nông thực quản do hẹp miệng nối sau mổ teo thực quản bẩm sinh. Thời điểm nông thực quản trung vị là 8 (1,5 – 52,5) tháng tuổi, tuy nhiên độ tuổi dao động khá lớn với bé nhỏ nhất phải nông thực quản là 1 tháng tuổi, và lớn nhất là 85 tháng tuổi. Số lần nông thực quản trung vị là 2 (1 – 3,5) lần, nhiều nhất có ca phải nông 6 lần. Khoảng cách trung vị giữa 2 lần nông là 3,5 (1,8 – 9,1) tháng. Trong các phương pháp nông thực quản, que Maloney được dùng nhiều nhất (46%), kế đến là sử dụng bóng để nông (39%), kết hợp 2 phương pháp trên (11%) và que Tucker (4%). Tỷ lệ thành công sau nông lần đầu chiếm đa số 42%. Có 4 (33%) ca phải nông từ 2 lần, trong đó 1 ca thành công sau 6 lần nông. Tỷ lệ thất bại chiếm 25% số ca nông thực quản.

4. BÀN LUẬN

Trong 46 bệnh nhân TTQBS nhập viện trong thời gian 2 năm, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ nam gấp 2 lần nữ. Đặc điểm số trẻ nam có TTQBS nhiều hơn nữ cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Khôi và Manuel Besendorf với tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 1,8/1 và 1,5/1[2,5]. Các typ TTQBS đều có thể gặp, trong đó typ C chiếm đa số 85%, tương đồng với các nghiên cứu khác [2,3,5,8]. 87% trẻ TTQBS trong nghiên cứu của chúng tôi có ít nhất một dị tật bẩm sinh đi kèm, trong đó dị tật thường gặp nhất là tim (90%). Nghiên cứu đoàn hệ của tác giả Matteo Cassina ghi nhận tỷ lệ sống còn ở bệnh nhi TTQBS đơn thuần là 96%, và ở các bệnh nhi có nhiều dị tật bẩm sinh là 81%[8]. TTQBS đi kèm với các dị tật bẩm sinh khác là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sự sống còn của trẻ, nhất là các dị tật tim mạch sẽ làm ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn phẫu thuật và khả năng phục hồi của trẻ sau phẫu thuật[5].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sinh non là 16,2%, tương tự với nghiên cứu ở bệnh viện Nhi Trung ương[2]. Cân nặng lúc sinh trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 2900g, với cân nặng nhỏ nhất là 1950g. Đối với trẻ nhẹ cân, việc phẫu thuật rất khó khăn do kích thước dụng cụ lớn so với phẫu trường hẹp và nguy cơ rối loạn huyết động trong quá trình gây mê. Theo nghiên cứu của tác giả Matteo Cassina, cân nặng lúc sinh thấp (<2500g) và sinh non (<37 tuần) cũng là 2 yếu tố tiên lượng chính cho tỷ lệ sống còn trong 1 năm đầu đời. Trẻ có cân nặng lúc sinh thấp có tỷ lệ tử vong cao gấp 3,7 lần trẻ cân nặng bình thường[8].

Về biến chứng sau mổ TTQBS, chúng tôi ghi nhận biến chứng sớm thường gặp nhất là tràn khí tràn dịch màng phổi, do bản chất đường mổ và can thiệp liên quan khoang màng phổi. Ngoài ra, các yếu tố liên quan khác làm tăng nguy cơ tràn khí màng phổi sau mổ có thể là tỷ lệ sinh non, bệnh kèm theo, và loại teo thực quản[5]. Các trẻ có biến chứng màng phổi ở mức độ nhẹ và được điều trị bảo tồn. Biến chứng thường gặp tiếp theo của TTQBS là hẹp miệng nối thực quản chiếm 26%. Tỷ lệ này trong các nghiên cứu khác dao động từ 30 – 60% [1,4,5]. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận tỷ lệ trào ngược dạ dày thực quản do không có phương tiện chẩn đoán xác định, tuy nhiên các biến chứng như viêm phổi tái phát và khô khè kéo dài, chiếm tỷ lệ lần lượt 19,6% và 15,2%, có thể là hậu quả của trào ngược. Khuyến cáo của ESPGHAN đề nghị trẻ sau mổ TTQBS nên được điều trị một cách có hệ thống với PPI trong vòng 1 năm đầu đời tùy vào mức độ trào ngược, để tránh các biến chứng liên quan tới dịch vị dạ dày và hẹp miệng nối[6].

Trong nghiên cứu chúng tôi, có 12 (26%) trẻ có hẹp thực quản cần phải nong sau mổ TTQBS. Điều này cũng giải thích tại sao thời điểm nong thực quản lần đầu trong nghiên cứu chúng tôi khá nhỏ, nhỏ nhất là 1 tháng tuổi. Mặt khác, một phần do thực hành hiện tại của chúng tôi là các trẻ sau mổ teo thực quản được chụp Xquang thực quản dạ dày cản quang thường quy vào ngày hậu phẫu 5 – 7. Tuy nhiên, theo ESPGHAN, chẩn đoán hẹp miệng nối khi có hình ảnh hẹp trên Xquang thực quản dạ dày cản quang hoặc nội soi, và trẻ phải có triệu chứng phù hợp[6]. Ở trẻ nhũ nhi có chế độ ăn lỏng hoàn toàn là sữa nên thường triệu chứng tắc hẹp không rõ rệt, cần chú ý đặc biệt khi trẻ đến lứa tuổi ăn dặm là khi bắt đầu chuyển qua thức ăn đặc, và khả năng đạt các mốc tăng trưởng của trẻ.

Số lần nong trung vị của chúng tôi là 2 lần, nhiều nhất 6 lần nong, với khoảng cách trung vị giữa các lần nong là 3,5 tháng. Hiện tại chưa đủ bằng chứng để đưa ra khuyến cáo số lần nong và khoảng cách giữa các lần nong lý tưởng để điều trị hẹp miệng nối sau mổ TTQBS. Một số nghiên cứu gợi ý lịch nong nên được hẹn dựa trên mức độ hẹp và khi triệu chứng tái phát[7]. Các phương pháp nong thực quản chính được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi là que Maloney (46%) và nong bằng bóng (39%), và có 11% trường hợp kết hợp làm cả 2. Tỷ lệ này có sự khác biệt với nghiên cứu vào năm 2016 tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 báo cáo 2 phương pháp nong được dùng là que Maloney và Tucker[1]. Cả 2 phương pháp này đều là que nong cơ học không có dây dẫn, tác động 1 lực thẳng trục đột ngột, có thể làm tổn thương lớp niêm mạc, hình thành sẹo và tái hẹp sau này 7. Ngoài ra loại que này do không làm dưới nội soi nên được ưu tiên được sử dụng đối với những đoạn hẹp gần đơn giản, và phụ thuộc nhiều vào cảm nhận và tay nghề của người làm. Hiện tại có 1 số nghiên cứu

chỉ ra nong thực quản bằng bóng có thể giảm được số lần nong và tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với các que nong[7]. Điều này có thể giải thích cho tỷ lệ đáp ứng sau 1 lần nong của chúng tôi tăng khá rõ rệt so với nghiên cứu năm 2016, tăng từ 2,9% lên 42%[1].

Chúng tôi ghi nhận biến chứng sau nong chủ yếu là chảy máu tại chỗ và viêm phổi, và không có biến chứng nặng gây tử vong. Tuy nhiên, trong 6 tháng theo dõi, tỷ lệ tái hẹp và thất bại còn cao, chiếm tỷ lệ lần lượt là 33% và 25%. Vì vậy, cần lưu ý có những yếu tố nguy cơ khác làm tăng tỷ lệ thất bại như tuổi thai, tình trạng nhẹ cân, typ teo thực quản, các dị tật đi kèm, teo thực quản đoạn dài, có rò miệng nối hoặc trào ngược dạ dày thực quản[5,6]. Ngoài ra trong thời đại dị ứng miễn dịch, cần chú ý đến nguyên nhân viêm thực quản tăng eosinophils đang ngày càng nhiều, có thể làm tăng tỷ lệ thất bại sau nong thực quản[6]. Khi tình trạng hẹp miệng nối tái phát hoặc không thể đạt đường kính phù hợp với chế độ ăn theo tuổi sau nhiều lần nong, các chuyên gia khuyến cáo có thể cân nhắc các điều trị hỗ trợ như corticosteroids hoặc đặt stent thực quản[7].

5. KẾT LUẬN

Teo thực quản thường gặp ở giới nam nhiều hơn, chủ yếu là typ C và thường kèm các dị tật khác, nhiều nhất là dị tật tim. Hẹp thực quản là một trong những biến chứng thường gặp sau mổ TTQBS. Nong thực quản là phương pháp điều trị tương đối an toàn, hiệu quả. Tuy nhiên, tỷ lệ tái hẹp và thất bại còn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Diễm Lê Nguyễn Ngọc, Định Trương Quang (2016). Đánh giá kết quả nong thực quản bằng bộ nong maloney và tucker trên trẻ hẹp miệng nối sau mổ teo thực quản bẩm sinh. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 20(5): p. 174-179.
- [2] Khôi Nguyễn Minh, Tuân Tô Mạnh (2023). Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị teo thực quản bẩm sinh tại bệnh viện nhi trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 529(2).
- [3] Tâm Bùi Thị Thùy, Tuấn Nguyễn Anh. (2014). Đặc điểm các trường hợp teo thực quản bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 2007 - 2012. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 18(1): p. 381.
- [4] Uyên Nguyễn Thị Bích, Quỳnh Huỳnh Kim. (2022). Kết quả điều trị hẹp thực quản bằng nong thực quản qua nội soi tại bệnh viện nhi đồng 1. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 26(1): p. 106.
- [5] Besendorfer, M., et al., (2021). Association of clinical factors with postoperative complications of esophageal atresia. *Pediatr Neonatol*, 62(1): p. 55-63.
- [6] Krishnan, U., et al., (2016). ESPGHAN-NASP-

- GHAN Guidelines for the Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children With Esophageal Atresia-Tracheoesophageal Fistula. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 63(5): p. 550-570.
- [7] Tambucci, R., et al., (2017). Anastomotic Strictures after Esophageal Atresia Repair: Incidence, Investigations, and Management, Including Treatment of Refractory and Recurrent Strictures. *Front Pediatr*, 5: p. 120.
- [8] Cassina, M., et al., (2016). Prevalence, characteristics, and survival of children with esophageal atresia: A 32-year population-based study including 1,417,724 consecutive newborns. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*, 106(7): p. 542-8.