

## **KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT MỘT THÌ QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN: KINH NGHIỆM VỚI 110 TRƯỜNG HỢP BỊ BỆNH PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG**

**BÙI ĐỨC HẬU, SOMSAK PHANTHAVONG,  
LÊ THANH HẢI, NGUYỄN THANH LIÊM và CS**  
*Bệnh viện Nhi Trung ương*

### **TÓM TẮT**

*Mục đích: Mục đích của báo cáo này là đánh giá kết quả phẫu thuật một thì qua đường hậu môn điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả. Rút ra quy trình kỹ thuật của phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 3-2003 đến tháng 10-2010, 110 bệnh nhân (86 nam 78,2%, 24 nữ 21,8%) bị bệnh PĐTBS đã được phẫu thuật bằng đường qua hậu môn (QHМ) một thì. Tuổi từ 8 ngày đến 36 tháng. Phương pháp QHM, là đơn thuần phẫu tích, sinh thiết và cắt-nối đại tràng với ống hậu môn hoàn toàn bằng đường*

*QHМ. Kỹ thuật được tiến hành dựa theo kỹ thuật của De la Torre-Ortega (1998). Tuy nhiên, kỹ thuật của chúng tôi khác phương pháp nguyên bản ở chỗ là để lại ống thanh cơ hậu môn-trực tràng ngắn hơn, từ 1,5-2 cm tính từ rìa hậu môn.*

*Kết quả: Trong nghiên cứu này cho thấy đoạn đại tràng vô hạch dài từ trực tràng đến 1/3 dưới sigma 79 trường hợp, dài từ 1/3 giữa sigma tới đại tràng xuống 31 trường hợp. 95/110 BN phẫu thuật bằng đường qua hậu môn đơn thuần, 15 BN phải phối hợp mổ khác. Thời gian mổ trung bình 104,5 phút. Không có tử vong và biến chứng phẫu thuật thấp. Mất máu trong mổ ít, có một trường hợp rỉ máu miệng nổi*

phải truyền máu và tự cầm ở ngày thứ hai sau mổ, 2/15 (13,3%) trường hợp có đường mổ phối hợp bị nhiễm trùng, 1(0,9%) BN phải mổ lại do cắt chưa hết đoạn vô hạch. Thời gian nằm viện trung bình 5,2 ngày. Tất cả bệnh nhân đều tự đại tiện khi xuất viện.

Kết quả xa sau mổ, qua theo dõi 95 (86,4 %) bệnh nhân. Thời gian theo dõi ngắn nhất 24 tháng, dài nhất 87 tháng, trung bình 52,3 tháng. Số bệnh nhân đại tiện chủ động 1-2 lần trong ngày là 62 (65,3%), 27 (28,4%) bệnh nhân đại tiện 3-4 lần/ngày, 3 (3,2%) bệnh nhân đại tiện trên 5 lần/ngày, 2 (2,1%) bệnh nhân đại tiện không tự chủ, 1 (1,0%) bệnh nhân vẫn táo bón dai dẳng. Viêm ruột sau mổ xảy ra ở 12 (12,6%) bệnh nhân. Kết quả chung về chức năng đại tiện đánh giá theo phân loại Wingspread đạt loại rất tốt và tốt cao (75,8%). Các yếu tố liên quan có ảnh hưởng tới kết quả là: tuổi phẫu thuật, chiều dài đoạn vô hạch và chiều dài đoạn cắt bỏ.

Kết luận: phẫu thuật một thì qua đường hậu môn điều trị bệnh PĐTBS là phương pháp an toàn, có hiệu quả cao. Chỉ định lý tưởng của phẫu thuật một thì qua đường hậu môn: những BN có độ tuổi từ sơ sinh đến 6 tháng, đoạn đại tràng vô hạch từ trực tràng đến 1/3 dưới sigma và đoạn cắt bỏ dưới 25cm.

**Từ khoá:** phình đại tràng bẩm sinh (PĐTBS), đường qua hậu môn (QHM).

#### SUMMARY

**OBJECTIVE:** The aim of this presentation is to evaluate the results of one-stage surgery in the treatment for Hirschsprung's disease (HD) by transanal approach and to analyze the associated factors influencing the results. The technical aspect of this procedure at the National pediatric hospital is also presented.

**METHODS:** Between March, 2003 and October, 2008, 110 patients (86 males 78.2%, 24 females 21.8%) underwent one-stage endorectal colon pull-through procedure for HD by transanal approach. Patient-age ranged from 8 days to 36 months. Ganglionic and aganglionic segments were initially identified by intraoperative seromuscular biopsies. The aganglionic segments were removed and colo-ano anastomosis was performed through transanal approach according to De la Torre-Ortega's technique (1998), but we left a short rectal seromuscular sleeve 2cm from the dentate line.

**RESULTS:** The aganglionic segment was located at the level from the rectum to lower 1/3 of the sigmoid colon in 79 patients, from middle 1/3 of the sigmoid colon to the left colon in 31 patients. 95/110 patients were operated on by only transanal approach and 15 patients had to be combined with other approach. The median operating time was 104.5 minutes. There were no death and operative complications were low. There was minimal blood loss during surgery. There was one minor anastomotic bleeding that stopped spontaneously on the 2<sup>nd</sup> day after surgery after blood transfusion. 2/15 (13.3%) had wound infection. 1(0.9%) patients had to be reoperated. The median hospital-stay was 5.2 days. Spontaneous defecation occurred in all patients before discharge.

Follow-up obtained in 95 (86.4 %) infants. Follow-up period ranged from 24 to 87 months (averaged, 52.3 months). Sixty-two patients had 1 to 2 stools per day (65.3%). Twenty-seven patients had 3 to 4 stools per day (28.4%). 3(3.2%) patients had more than 5 stools per day. 2(2.1%) patients had incontinence. One patient had persistent constipation (1.0%). Enterocolitis occurred in 12 (12.6%) patients. The bowel function was very good-good (according to Wingspread classification) in 75.8% The factors with significant association to the results are: age at surgery, the length of the aganglionic segment and the length of the removed segment

**CONCLUSION:** One-staged transanal approach is a safe and effective procedure for HD. The ideal indication for one-stage surgery by transanal approach are patients less than 6 months of age-year, the aganglionic segment was located in the rectum é low 1/3 of the sigmoid colon and the length of the colonic segment to be removed ≤ 25cm.

**Keywords:** Hirschsprung disease, transanal approach.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Các kỹ thuật kinh điển qua đường bụng đã được sử dụng trong nhiều năm để điều trị bệnh PĐTBS [10]. Gần đây, nhiều đường mổ như phẫu thuật qua đường hậu môn (HM)[0], phẫu thuật qua đường sau trực tràng (STT) [6], phẫu thuật nội soi (NS) [4] cũng đã được áp dụng rộng rãi và đang dần dần thay thế những đường mổ kinh điển.

Từ năm 1998, lần đầu tiên De la Torre và Ortega [0] áp dụng đường QHM đơn thuần dựa trên kỹ thuật của Georgeson 1995, có cải tiến chỉ phẫu thuật bằng đường QHM đơn thuần không kết hợp PTNS [4]. Tuy hiện nay còn tranh cãi về sự an toàn của phương pháp phẫu thuật bằng đường QHM đơn thuần, song vẫn có rất nhiều tác giả trên thế giới đã và đang áp dụng phương pháp này trong điều trị bệnh PĐTBS đạt sự an toàn cao [3],[5],[7],[8],[9].

Năm 1999, chúng tôi cũng áp dụng phương pháp này phẫu thuật cho một trường hợp, nhưng tới từ năm 2003, phẫu thuật bằng đường QHM mới được áp dụng thường quy để điều trị bệnh PĐTBS tại Bệnh viện Nhi trung ương. Tuy nhiên, cho tới nay chưa có báo cáo nào đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật QHM. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích: Đánh giá kết quả phẫu thuật một thì qua đường hậu môn điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả. Rút ra quy trình kỹ thuật của phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân bị bệnh PĐTBS được phẫu thuật bằng đường QHM, từ tháng 3-2003 đến tháng 10-2010, tại Bệnh viện nhi TW. Tiêu chuẩn chọn để chỉ định mổ cho kỹ thuật này bao gồm: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng điển hình (chậm phân su, táo bón đòi hỏi phải thụt hậu môn thường xuyên) với hình ảnh chụp X-quang đại tràng điển hình, có đoạn đại tràng vô hạch

từ trực tràng đến cuối đại tràng trái. Chẩn đoán bệnh được xác định bằng sinh thiết trực tràng trong mổ.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

Là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không có nhóm đối chứng. Kết quả can thiệp được đánh giá theo mô hình □trước-sau□. Tất cả bệnh nhân được nghiên cứu theo một mẫu bệnh án thống nhất. Các thông tin nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, biểu hiện lâm sàng, vị trí vô hạch trên phim chụp đại tràng, vị trí vô hạch trong mổ, phương pháp phẫu thuật, thời gian mổ, chiều dài đoạn cắt bỏ, biến chứng và tử vong sau mổ.

Chuẩn bị trước mổ: thụt đại tràng bằng nước muối sinh lý trong 2-3 ngày trước phẫu thuật. Kháng sinh cephalosporin thế hệ ba, metronidazol và aminoglycoside được tiêm từ lúc gây mê cho tới 4-5 ngày sau mổ.

Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa (có thể không treo chân nếu bệnh nhân quá nhỏ). Bắt đầu rạch vòng quanh niêm mạc của ống hậu môn ngay trên đường lược khoảng 0,5-1cm. Phẫu tích lớp niêm mạc lên trên (khoảng 6-8cm) phía tiểu khung tới nếp gấp phúc mạc tiểu khung, lớp thanh cơ thành trước trực tràng lớn xuống, cắt dọc mô một lỗ nhỏ qua lớp thanh cơ này để vào ổ phúc mạc, cắt vòng quanh ống thanh cơ giải phóng hoàn toàn trực tràng, ống thanh cơ trực tràng được cắt sửa để lại một phần ống thanh cơ dài 2cm tính từ đường lược. Tiếp tục phẫu tích mạc treo xích-ma kéo trực tràng và xích-ma ra ngoài qua ống hậu môn. Tiến hành sinh thiết lạnh ở 2 vị trí chỗ đại tràng hẹp và chỗ dân để xác định chẩn đoán. Cắt bỏ đoạn đại tràng vô hạch và đoạn đại tràng giãn ngoài ổ bụng. Nối đại tràng lành với ống hậu môn cách đường rạch lược khoảng 0,5-1cm, khâu mũi rời với chỉ tự tiêu 5/0 (Vicryl 5/0), có thể để mỏ thừa đại tràng nếu đường kính đại tràng và ống hậu môn quá chênh lệch hoặc có những yếu tố làm ảnh hưởng tới sự an toàn của miệng nối. Đặt 1 ống sóng Folley vào đại tràng qua miệng nối, lấy bỏ ống sóng Folley sau mổ 4 ngày. Kết thúc phẫu thuật. Cho trẻ uống nước sau mổ 12 giờ, cho ăn sữa ngày thứ hai sau mổ. Xuất viện ngày thứ tư hoặc thứ năm sau mổ. Bắt đầu nong miệng nối từ tuần thứ 3 sau mổ, nong một tháng liên tục. Đặt lịch khám định kỳ 3-6 tháng một lần trong 3 năm.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trong thời gian từ tháng 3-2003 đến tháng 10-2010, chúng tôi có 110 bệnh nhân (86 nam 78,2%, 24 nữ 21,8%) bị bệnh PĐTBS đã được phẫu thuật bằng đường qua hậu môn một thì. Tuổi từ 8 ngày đến 36 tháng, trung bình là 2 tháng (bảng 1). Số bệnh nhân có đoạn đại tràng vô hạch dài từ trực tràng đến 1/3 dưới sigma 79 trường hợp, dài từ 1/3 giữa sigma tới đại tràng xuống 31 trường hợp. Đoạn đại tràng vô hạch dài từ trực tràng đến 1/3 dưới sigma 79 trường hợp, dài từ 1/3 giữa sigma tới đại tràng xuống 31 trường hợp (bảng 2). Chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ ngắn nhất 9 cm, dài nhất 50cm, trung bình  $23,6 \pm 8,9$ cm (bảng 3).

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân khi phẫu thuật

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 6 tháng	82	74,5

>6 tháng	28	25,5
Tổng số	110	100,0

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuổi từ sơ sinh đến 6 tháng tuổi chiếm tỷ lệ lớn (74,5%) (trong đó có 35,5% bệnh nhân là sơ sinh < 1 tháng tuổi). Tỷ lệ bệnh nhân trên 6 tháng tuổi là 25,4%.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ vị trí đoạn vô hạch trong khi phẫu thuật

Vị trí đoạn vô hạch	Số lượng	Tỷ lệ %
Trực tràng	58	52,7
Từ TT đến 1/3 dưới đại tràng sigma	21	19,1
1/3 giữa sigma → hết đại tràng sigma	17	15,5
Đến cuối đại tràng trái	14	12,7
Tổng số	110	100,0

Bảng 2 cho thấy vị trí đoạn vô hạch tập trung chủ yếu ở trực tràng và từ trực tràng đến hết đại tràng sigma. 71,8% vô hạch từ trực tràng đến 1/3 dưới đại tràng sigma, từ 1/3 giữa sigma đến hết đại tràng sigma tới cuối đại tràng trái là 28,2%.

Bảng 3. Phân bố chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ

Chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ	Số lượng	Tỷ lệ %
< 10 cm	1	0,9
10 - 20 cm	51	46,4
21 - 30 cm	45	40,9
> 30cm	13	11,8
Tổng số	110	100,0

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ tập trung phần lớn đoạn cắt bỏ dài từ 10-20cm chiếm tỷ lệ 46,4%, tiếp đến đoạn cắt bỏ dài từ 21-30cm chiếm 40,9%, đoạn cắt bỏ dài >30 cm là 11,8%.

Bảng 4. Tỷ lệ kết quả chung về chức năng đại tiện theo phân loại Wingspread

Chức năng đại tiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt và tốt	72	75,8
Trung bình	20	21,0
Kém	3	3,2
Tổng số	95	100,0

Bảng 4 cho thấy theo phân loại Wingspread (tổng hợp của tất cả các kết quả biểu hiện về chức năng đại tiện vừa nêu trên), chức năng đại tiện đạt loại rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ khá cao (75,8%), tiếp theo loại trung bình chiếm 21,0%, chỉ có 3,2% là loại kém.

Chúng tôi có 95/110 BN phẫu thuật bằng đường qua hậu môn đơn thuần, 15 BN phải phối hợp mổ đường bụng (kết hợp với NS hoặc mổ bụng nhỏ) do căng động mạch mạc treo đại tràng sigma, do đoạn vô hạch dài và có một trường hợp do có khối phân to trong đại tràng sigma. Thời gian mổ ngắn nhất 50 phút, dài nhất 210 phút và thời gian mổ trung bình 104,5 phút. Không có tử vong và biến chứng phẫu thuật thấp. Mất máu trong mổ ít, có một trường hợp rỉ máu miệng nối phải truyền máu và tự cầm ở ngày thứ hai sau mổ, 2/15 (13,3%) trường hợp có đường mổ phối hợp bị nhiễm trùng, 1(0,9%) BN phải mổ lại do cắt chưa hết đoạn vô hạch. Thời gian nằm viện trung bình 5,2 ngày. Tất cả bệnh nhân đều tự đại tiện khi xuất viện.

Kết quả xa sau mổ, qua dõi 95(86,4 %) bệnh nhân. Thời gian theo dõi ngắn nhất 24 tháng, dài nhất 87 tháng, trung bình 52,3 tháng. Số bệnh nhân đại tiện chủ động 1-2 lần trong ngày là 62(65,3%), 27(28,4%)

bệnh nhân đại tiện 3-4 lần/ngày, 3(3,2%) bệnh nhân đại tiện trên 5 lần/ngày, 2(2,1%) bệnh nhân đại tiện không tự chủ, 1(1,0%) bệnh nhân vãn táo bốn đại đẳng. Viêm ruột sau mổ xảy ra ở 12(12,6%) bệnh nhân. Kết quả chung về chức năng đại tiện đánh giá theo phân loại Wingspread đạt loại rất tốt và tốt cao (75,8%) (bảng 4). Tiểu tiện bình thường ở tất cả bệnh nhân và tất cả 69 bệnh nhân nam đều có khả năng cương dương vật vào buổi sáng sau khi ngủ dậy. Các yếu tố liên quan có ảnh hưởng tới kết quả là: tuổi phẫu thuật, chiều dài đoạn vô hạch và chiều dài đoạn cắt bỏ.

#### BÀN LUẬN

Trước đây, để điều trị bệnh PĐTBS phải sử dụng đường mở bụng (đường mổ cổ điển) [10] và phải trải qua nhiều thì mổ khác nhau nên đã gây ra rất nhiều sang chấn về phẫu thuật đặc biệt sang chấn về tâm lý cho người bệnh. Trong vài thập kỷ gần đây, điều trị bệnh PĐTBS từ nhiều thì mổ đã giảm xuống chỉ còn một thì. Đồng thời, nhiều đường mổ khác nhau ít gây sang chấn và có tính thẩm mỹ cao đã được áp dụng dần thay thế đường mổ cổ điển như: đường QHM, đường STT và PTNS [2],[4],[6]. Hiện nay, hai phương pháp được nhiều tác giả sử dụng nhất là PTNS và đường QHM vì nó có nhiều ưu điểm vượt trội hơn so với đường mổ cổ điển. Phương pháp phẫu thuật bằng đường QHM tuy còn nhiều tranh cãi về sự an toàn của phẫu thuật, song vẫn có rất nhiều tác giả trên thế giới đã và đang áp dụng phương pháp này trong điều trị bệnh PĐTBS đạt sự an toàn cao và võ nú có nhiều ưu điểm quan trọng như: ít gây sang chấn phẫu thuật, ít gây tổn thương tới các tạng kế cận và đặc biệt tránh được các biến chứng như thoát vị thành bụng, tắc ruột liên quan tới mở bụng [3],[5],[7],[8],[9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy biến chứng thấp. Bệnh nhân hồi phục nhanh và ít đau.

Kỹ thuật của chúng tôi khác một số chi tiết nhỏ so với kỹ thuật cơ bản mà tác giả De la Torre Mondragon và Ortega Salgado đã mô tả năm 1998 [2], khác ở chỗ: ống niêm mạc được phẫu tích lên cao tới nếp gấp phúc mạc tiểu khung. Lớp thanh cơ của thành trước trực tràng xa xuống, cắt dọc mở một lỗ nhỏ tại chỗ ống thanh cơ xa xuống này để vào tiểu khung, rồi cắt vòng quanh lớp thanh cơ để giải phóng hoàn toàn trực tràng. ống thanh cơ được cắt sửa để lại dài 2cm tính từ rìa hậu môn, phẫu tích như vậy sẽ hạn chế gây sang chấn cho các cơ quan kế cận. Miệng nối đại tràng-ống hậu môn được thực hiện tương tự kỹ thuật Soave-Boley cải tiến năm 1964 [0], có cải tiến không để ống thanh cơ dài mà ống thanh cơ đã được cắt sửa chỉ để lại 2cm và miệng nối có 1cm ống thanh cơ phủ ngoài miệng nối. Chúng tôi tin rằng với kỹ thuật nối này, miệng nối được cung cấp máu tốt và giảm nguy cơ rò miệng nối. ống thanh cơ để lại ngắn có thể tránh được hiện tượng táo bón dai dẳng tồn tại sau mổ, mà hiện tượng này có thể thấy tồn tại trong phương pháp Soave-Boley [0].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã phẫu thuật thành công với độ an toàn cao và biến chứng thấp cho 110 BN bị PĐTBS bằng đường qua HM (trong 110 BN: đoạn đại tràng vô hạch dài từ trực tràng đến 1/3 dưới

sigma ở 79 trường hợp và dài từ 1/3 giữa sigma tới đại tràng xuống 31 trường hợp), trong đó có 95/110 (86,4 %) BN phẫu thuật bằng đường qua hậu môn đơn thuần và 15 (13,6%) BN phải phối hợp mổ khác (đường bụng) vì những lý do khác nhau: một số trường hợp bị căng mạc mạc treo, một số trường hợp khác có đoạn vô hạch dài quá sigma và một trường hợp do sigma giãn to có chứa khối u phân. Phạm Anh Vũ đã báo cáo là 9,8% vì đoạn vô hạch cao và mạc treo đại tràng sigma căng. Sau mổ, tất cả bệnh nhân đều đại tiện được bình thường. Kết quả theo dõi lâu dài 95(86,4 %) bệnh nhân, đặc biệt là chức năng đại tiện theo phân loại Wingspread đạt loại rất tốt và tốt cao (75,8%). Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có các yếu tố liên quan ảnh hưởng tới kết quả là: tuổi phẫu thuật, chiều dài đoạn vô hạch và chiều dài đoạn cắt bỏ và phẫu thuật bằng đường qua HM là một trong những phương pháp phẫu thuật có hiệu quả tốt, an toàn có thể được lựa chọn để điều trị bệnh PĐTBS với chiều dài đoạn vô hạch ở cả trực tràng và sigma. Phẫu thuật nội soi cần được phối hợp khi hạ đại tràng bằng đường qua HM đơn thuần gặp khó khăn.

#### KẾT LUẬN

Phẫu thuật một thì qua đường hậu môn điều trị bệnh PĐTBS là phương pháp an toàn, có hiệu quả cao. Chỉ định lý tưởng của phẫu thuật một thì qua đường hậu môn: những BN có độ tuổi từ sơ sinh đến 6 tháng, đoạn đại tràng vô hạch từ trực tràng đến 1/3 dưới sigma và đoạn cắt bỏ dưới 25cm. Phẫu thuật có thể thực hiện được ở tuyến dưới nơi có khoa phẫu thuật nhi sau khi được đào tạo.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Boley SJ (1964), □ New modification of the surgical treatment of Hirschsprung disease□, *Surgery*, 56, pp.1015-1019.
- De la Torre-Mondragon L, Ortega-Salgado JA (1998), □Transanal endorectal pull through for Hirschsprung□s disease□, *J Pediatr Surg*, 33, pp.1283-1286.
- Elhalaby EA, Hashish A, Elbarbary MM, et al (2004). □Transanal one stage endorectal pull-through for Hirschsprung□s disease: a multicenter study□. *J Pediatr Surg*;39:345-351.
- Georgeson KE, Fuenfer MM, Hardin WD (1995). □Primary laparoscopic pull-through for Hirschsprung□s disease in infants and children□. *J Pediatr Surg*;30:1017-1021.
- Hadidi A (2003), □Transanal endorectal pull through for Hirschsprung□s disease: A comparison with open technique□, *Eur J Pediatr Surg*, 13, pp.176-180.
- Hedlund H. (1997), □Posterior sagittal resection for rectal aganglionosis preliminary results of a new approach□, *J Pediatr Surg*, 32, pp.1717-20.
- Langer JC, Durrant AC et al (2003), □One stage transanal Soave pullthrough for Hirschsprung□s disease, pp. A mulcenter experience with 141 children□, *Ann Surg*, 238, pp.569-585.
- Trương Nguyễn Uy Linh, Phạm Thị Ngọc Linh, Nguyễn Kinh Bang và cộng sự (2005), □Điều trị phẫu thuật triệt để, một thì ở trẻ bệnh Hirschsprung dưới ba

tháng tuổi, *Y học thực hành Việt Nam - Hội nghị Ngoại Nhi toàn quốc lần thứ ba, Hà Nội, tr. 12-14.*

9. Rintala RJ (2003), "Transanal coloanal pull-through with a short muscular cuff for classic Hirschsprung's disease", *Eur J Pediatr Surg*, 13, pp.181-186.

10. Swenson O, Neuhauser SBD, Pickett LK. (1949), "New concepts of etiology, diagnosis and treatment of congenital megacolon", *Pediatric*, 4, pp.201-9.