

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM SAU MỔ 52 TRƯỜNG HỢP TEO RUỘT NON BẨM SINH BẰNG KỸ THUẬT NỐI RUỘT TẬN-TẬN SAU TẠO HÌNH NHỎ BỐT ĐẦU TRÊN

Phạm Duy Hiến*; Nguyễn Thanh Liêm*; Nguyễn Duy Việt*

TÓM TẮT

Đánh giá kết quả điều trị sớm 52 bệnh nhân (BN) teo ruột non bẩm sinh (TRNBS) bằng kỹ thuật nối ruột tận-tận sau khi tạo hình nhỏ bột đầu trên, thời gian từ 1 - 2003 đến 12 - 2006 tại Bệnh viện Nhi TW: tỷ lệ tử vong thấp (7,7%), biến chứng sau mổ: 21,2%, trong đó rò miệng nối: 1,9%, tắc ruột sớm sau mổ: 9,6%, hẹp miệng nối: 3,9%, viêm phúc mạc do bục miệng nối: 1,9%, nhiễm trùng vết mổ: 3,9%. Kết quả tốt và khá là 80,8%. Kỹ thuật này đem lại kết quả điều trị rất khả quan.

* Từ khóa: Teo ruột non bẩm sinh; Kỹ thuật nối ruột tận-tận; Tạo hình nhỏ bột đầu trên.

INITIAL RESULT OF 52 CASES OF CONGENITAL INTESTINAL ASTRESIA BY TECHNIQUE OF RESECTION AND END TO END ANASTOMOSIS AFTER TAPRING THE PROXIMAL DILATED BOWEL

SUMMARY

From January, 2003 to December, 2006, 52 childrens sufering from intestinal astresia were operated by the technique of resection and end to end anastomosis after tapring the proximal dilated bowel at the National Pediatric Hospital.

Results: The rate of postoperative mortality was 7.7%, postoperative complication occurred in 11 patients (21.2%) including the anastomose leakage 1.9%, early postoperative obstruction 9.6%, stenosis of anastomosis 3.9%, peritonitis 1.9% and abscess of the abdominal wall 3.9%.

The technique of resection and end to end anastomosis after tapring the proximal dilated bowel is a convenient and safe one in surgery for intestinal astresia and the early result is better than in the National Pediatric Hospital.

* *Key words: Congenital intestinal astresia; Technique of resection and end to end anastomosis; Tapring the proximal dilated bowel.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo ruột non bẩm sinh, hay sự bít tắc hoàn toàn lòng ruột non bẩm sinh là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất

gây tắc ruột ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ TRNBS là 1/130 ở Mỹ [8], 1/400 trẻ mới đẻ còn sống ở Đan Mạch. Trên thế giới, TRNBS đã được nhiều nhà khoa học nghiên cứu về nguyên nhân, sinh bệnh học, chẩn đoán, điều trị...

* Bệnh viện Nhi TW

** Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

Cùng với sự tiến bộ của gây mê hồi sức, tỷ lệ sống của BN đã được cải thiện đáng kể. Ở Việt Nam, những nghiên cứu về dị tật này còn ít, tỷ lệ tử vong trong những năm trước đây cao. Theo Nguyễn Văn Đức, tại Bệnh viện Việt Đức, trước năm 1975, tỷ lệ tử vong là 80% [2]; Nguyễn Thanh Liêm (1990) là 59% [5]; Nguyễn Kỳ Minh (2002) là 13% [1]. Từ năm 1995, Nguyễn Thanh Liêm đã áp dụng kỹ thuật nối ruột tận-tận sau khi tạo hình nhỏ bót đầu trên điều trị cho những BN teo ruột bẩm sinh, kỹ thuật này đem lại kết quả điều trị rất khả quan.

Mục đích của đề tài này nhằm: *Đánh giá kết quả sớm sau mổ TRNBS bằng kỹ thuật nối ruột tận-tận sau khi tạo hình nhỏ bót đầu trên cho 52 trường hợp được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi TW từ 1 - 2003 đến 12 - 2006.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

52 trường hợp TRNBS được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi TW từ 1 - 2003 đến 12 - 2006.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn BN:*

- Tuổi: < 30 ngày.
- Giới: cả 2 giới.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán: TRNBS được xác định bằng phẫu thuật.
- Xác định được vị trí tắc ở ruột non.
- Xác định được thương tổn theo phân loại của Grosfeld.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

Tổn thương viêm loét ruột non gây tắc ruột, những bệnh nhi được chẩn đoán xác định teo ruột nhưng không mổ hoặc không được tạo hình nhỏ bót đầu trên của đoạn ruột giãn.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

Tất cả BN được phẫu thuật theo một kỹ thuật thống nhất. Thông tin nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, lâm sàng, trọng lượng BN khi vào viện, hình ảnh X quang trên phim chụp bụng không chuẩn bị, thương tổn trong mổ (vị trí tắc, số nơi tắc, đường kính đầu trên đầu dưới, chiều dài đoạn ruột cắt bỏ, chiều dài ruột non còn lại), thương tổn phối hợp: tắc ruột phân su, viêm phúc mạc phân su, xoắn ruột..., các biến chứng và tử vong sau mổ.

Chúng tôi chia kết quả sớm làm 4 loại:

- Tốt: xuất viện trước 30 ngày sau mổ, không có biến chứng sớm và trong tình trạng như trẻ bình thường cùng tuổi: ăn tốt, ỉa tốt, không nôn, lên cân...
- Khá: bệnh nhi xuất viện trước 30 ngày sau mổ, còn nôn ít, có lên cân hoặc có biến chứng sớm đã điều trị khỏi và những bệnh nhi còn ở lại bệnh viện sau mổ 30 ngày vì suy dinh dưỡng, thiếu tháng.
- Trung bình: bệnh nhi phải nằm viện sau mổ > 30 ngày vì biến chứng sớm.
- Kém: nhóm bệnh nhi tử vong sớm sau mổ (trong 30 ngày sau mổ).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung.

Trong 3 năm có 52 bệnh nhi TRNBS được điều trị phẫu thuật bằng kỹ thuật nối ruột tận-tận sau khi tạo hình nhỏ bớt đầu trên, bao gồm 31 trai (59,6%) và 21 gái (41,4%). 12 trẻ sinh thiếu tháng (23%) và không có trẻ sinh già tháng.

Trọng lượng bệnh nhi khi sinh thấp nhất 1,5%, cao nhất 4,3%, trung bình $2,8 \pm 1,3\%$.

Tuổi lúc vào viện sớm nhất là 3 giờ và muộn nhất 10 ngày sau đẻ, trung bình $2,9 \pm 4,3$.

2. Phân loại bệnh nhi theo Nixon và Tawes [10].

Nhóm A chiếm tỷ lệ lớn nhất với 69,2%; nhóm B: 13 BN (25%); nhóm C: 3 BN (5,8%).

3. Chẩn đoán lúc vào viện.

Tắc ruột sơ sinh: 44 BN (84,6%); tắc ruột phân su: 7 BN (13,5%); khác: 1 BN (1,9%).

Đa số các trường hợp được chẩn đoán là tắc ruột sơ sinh (98,1%), bệnh lý ngoại khoa cần can thiệp cấp cứu.

4. Triệu chứng lâm sàng.

Bảng 1:

TRIỆU CHỨNG		n	%
Nôn dịch vàng hoặc xanh		52	100
Phân su	Bình thường	7	13,5
	Chậm	11	21,2
	Không ỉa	34	65,3
Chướng bụng	Chướng nhẹ	37	71,2
	Toàn bộ	15	29,8
	Không chướng	0	0
Thăm trực tràng	Có phân su	3	5,8
	Kết thể phân su	29	55,8

	Không có phân	20	38,4
Vàng da		15	28,9
Sốt		18	34,6
Hạ thân nhiệt		4	7,7

100% trẻ có nôn dịch vàng hoặc xanh. 86,5% trẻ không ỉa hoặc chậm ỉa phân su, chỉ có 7 trường hợp (13,5%) ỉa phân su bình thường. 4 trường hợp giảm thân nhiệt (7,7%).

5. Thương tổn phát hiện trong mổ.

* Phân loại teo ruột theo Grosfeld [9]:

Loại I: 5 BN (9,6%); loại II: 1 BN (1,9%); loại IIIa: 40 BN (76,9%); loại IIIb: 0 BN; loại IV: 6 BN (11,6%).

* Vị trí teo ruột:

Sát góc Treitz: 2 BN (3,9%); hồng tràng: 35 BN (67,3%); hồi tràng: 15 BN (28,8%).

* Tổn thương phối hợp tìm thấy trong mổ:

Viêm phúc mạc phân su cũ: 11 BN (21,2%); hoại tử túi cùng trên chỗ teo: 3 BN (5,8%); teo đại tràng: 5 BN (9,6%); xoắn ruột: 2 BN (3,9%); ruột quay dở dang và dây chằng Ladd: 1 BN (1,9%).

6. Kết quả điều trị phẫu thuật.

Trong số 52 bệnh nhi được phẫu thuật, có 48 bệnh nhi khỏi và ra viện (92,3%), 4 bệnh nhi tử vong (7,7%).

* Thời gian truyền dịch sau mổ:

4 ngày: 8 BN (15,4%); 5 ngày: 7 BN (13,5%); 6 ngày: 8 BN (15,4%); 7 ngày: 2 BN (3,9%); từ 8 - 14 ngày: 15 BN (28,9%); > 14 ngày: 12 BN (22,9%).

Sau mổ, tất cả bệnh nhi đều được truyền dịch để nuôi ăn và cân bằng nước, điện giải.

Thời gian truyền dịch thấp nhất 4 ngày, cao nhất 43 ngày, trung bình $11,5 \pm 15,6$ ngày. 44,3% bệnh nhi chỉ truyền dịch trong vòng 7 ngày đầu sau mổ. 12 bệnh nhi phải truyền dịch > 14 ngày (22,9%).

* *Biến chứng sau mổ và kết quả điều trị biến chứng:*

4 trường hợp nặng xin về, chúng tôi coi cả 4 trường hợp này là tử vong sau mổ.

Bảng 2: Biến chứng sau mổ và kết quả điều trị.

BIẾN CHỨNG	n	%	MỔ LẠI	NỘI KHOA	KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ	
					Khỏi	Tử vong
Tắc ruột do dính	5	9,6	2	3	4	1
Tắc ruột do hẹp miệng nối	2	3,9	2	0	1	1
Viêm phúc mạc do bục miệng nối	1	1,9	1		0	1
Rò miệng nối	1	1,9	1		1	0
Nhiễm trùng vết mổ	2	3,9		2	2	0

* *Kết quả điều trị sớm sau mổ:* tốt: 34 BN (65,4%); khá: 8 BN (15,4%); trung bình: 6 BN (11,5%); kém: 4 BN (7,7%).

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong 52 bệnh nhi có 31 trai (59,6%) và 21 gái (41,4%), cân nặng thấp nhất 1,5 kg và vào viện sớm nhất 3 giờ sau khi sinh. Tương tự các nghiên cứu khác trong và ngoài nước [1, 5, 11]. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: nôn là triệu chứng xuất hiện đầu tiên

và là lý do vào viện ở hầu hết các trường hợp. Tùy theo vị trí tắc ruột mà nôn xuất hiện ở những thời điểm khác nhau, trong teo ruột thường nôn dịch xanh hoặc vàng, vị trí tắc ở dưới bóng Vater, hậu quả làm mất nước, điện giải, giảm cân, đặc biệt gây viêm phổi do hít chất nôn làm tình trạng bệnh nhi trầm trọng hơn. Như vậy, trẻ có nôn xuất hiện sớm sau đẻ, chất nôn có màu bẩn, cần nghĩ đến TRNBS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trẻ có biểu hiện nôn. Ngược lại, Grosfeld [8] thấy: nôn dịch mật xảy ra khoảng 81 - 84% trường hợp. Dấu hiệu không ỉa phân su bình thường cũng rất có giá trị trong chẩn đoán TRNBS, đặc biệt khi thăm trực tràng không có phân su mà chỉ có một ít chất nhày trắng thì rất có giá trị trong chẩn đoán teo ruột [8]. Chướng bụng cũng là một dấu hiệu thường gặp, tùy thuộc vào vị trí teo và thời gian đến viện. Như vậy, trong TRNBS, nôn, rối loạn phân su và chướng bụng là tam chứng kinh điển, khám tử mỹ các triệu chứng phối hợp với đọc phim X quang là đủ cơ sở để chẩn đoán teo ruột.

Nhằm nâng cao kết quả điều trị, việc hồi sức trước, trong và sau mổ đối với BN TRNBS rất quan trọng. Bệnh nhi TRNBS rất dễ hạ thân nhiệt, đặc biệt ở trẻ sơ sinh non yếu hoặc có nhiễm khuẩn kèm theo. Hạ thân nhiệt làm suy yếu tất cả hệ thống cơ thể, đặc biệt là hệ tim mạch, cần phải cấp cứu ngay. 4 bệnh nhi trong nghiên cứu này hạ thân nhiệt lúc vào viện, đều là trẻ sơ sinh non yếu. Cần ủ ấm cho bệnh nhi và theo dõi thân nhiệt thường xuyên trước, trong và sau mổ. Ngoài ra, phải cân bằng nước điện

giải, cho kháng sinh trước mổ và đặt ống thông dạ dày hút ngắt quãng.

52 trường hợp TRNBS trong nghiên cứu này có đầy đủ các loại teo ruột theo phân loại của Grosfeld, trong đó thường gặp nhất là loại IIIa (76,9%), phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước [9]. Theo phân loại của Grosfeld, teo ruột loại IIIb và IV được cho là teo ruột thể nặng vì nguy cơ bị hội chứng ruột ngắn rất cao.

Theo Grosfeld [8] teo ruột thường có tỷ lệ gần bằng nhau giữa hồng tràng (51%) và hồi tràng (49%) nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ teo ruột thường gặp hơn cả là ở hồng tràng (67.3%).

Việc phát hiện thương tổn phổi hợp trong mổ là cần thiết. 22 bệnh nhi trong nghiên cứu này có thương tổn phổi hợp (42,3%), các thương tổn này rất đa dạng, trong đó hay gặp nhất là viêm phúc mạc phân su cũ (21,2%). Vechia và CS [11] gặp 63,3% có thương tổn phổi hợp. Do vậy, để đảm bảo cho cuộc mổ thành công, cần phát hiện thương tổn phổi hợp này hết sức tỷ mỉ.

Kỹ thuật mổ là yếu tố quyết định tới kết quả điều trị, tùy theo vị trí tắc và chiều dài đoạn ruột còn lại mà quyết định cắt bỏ ruột nhiều hay ít. Sau khi cắt bỏ ruột giãn, nên đặt một ống thông Nelaton cỡ 22F dọc theo bờ mạc treo; đánh dấu ba điểm cần cắt bỏ để tạo hình nhỏ bớt đầu trên, chiều dài đoạn ruột cần tạo hình từ 3 - 5 cm. Cần thận trọng tốt phân su đầu dưới, nên khâu nối hai đầu ruột bằng chỉ pds 6.0, nối mũi rời và dùng kính lúp phóng đại từ 2,5 đến 4 lần [3, 4].

Sau mổ, tất cả bệnh nhi đều được nuôi dưỡng tĩnh mạch ít nhất 4 ngày đầu, lượng dịch truyền sẽ giảm dần tùy thuộc vào tình trạng ăn, không nôn và lên cân của trẻ. Ở nghiên cứu này, phần lớn trẻ được truyền dịch từ 8 - > 14 ngày (51,8%).

Biến chứng sau mổ thường gặp nhất là tại miệng nối ruột tận-tận. Chúng tôi gặp 11 bệnh nhi có biến chứng sớm sau mổ (21,2%), trong đó 4 trường hợp (7,7%) biến chứng liên quan tới miệng nối, đều được mổ lại lần hai hoặc làm lại miệng nối hoặc dẫn lưu hai đầu ruột, 2 trường hợp tử vong. Số liệu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu trong và ngoài nước [1, 5, 7, 11].

Trong nghiên cứu này, 4 trường hợp (7,7%) bệnh nhi nặng gia đình xin về, chúng tôi coi đó là tử vong sau mổ, nếu gia đình bệnh nhi quyết tâm thì tỷ lệ này sẽ thấp hơn. Tử vong sau mổ đều do biến chứng của phẫu thuật, bệnh nhi thiếu thán và có dị tật hoặc bệnh phổi hợp. Để tiên lượng khả năng sống của bệnh nhi sau mổ, Nixon và Tawes chia thành ba nhóm dựa vào cân nặng và các dị tật phổi hợp [10].

Nhóm A: cân nặng khi sinh 2.500 g và không có dị tật phổi hợp.

Nhóm B: cân nặng khi sinh 1.800 - 2.500 g hoặc có dị tật phổi hợp ở mức độ trung bình.

Nhóm C: cân nặng khi sinh < 1.800 g hoặc có dị tật phổi hợp ở mức độ nghiêm trọng.

Nhóm C có tỷ lệ sống là 32%, nhóm A và B là 81%. Cả 4 bệnh nhi tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi không thuộc nhóm C, nhưng nguyên nhân tử vong đều

liên quan tới kỹ thuật mổ và viêm phổi kèm theo. Tuy vậy, tỷ lệ này tương đối thấp khi so sánh với các tác giả khác.

Về xếp loại kết quả sớm, đa số bệnh nhi trong nghiên cứu này có kết quả tốt và khá (42 bệnh nhi = 80,8%).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 52 BN u teo ruột được phẫu thuật theo phương pháp cắt nối ruột tận-tận sau khi tạo hình nhỏ bót đầu trên tại Bệnh viện Nhi TW từ tháng 1 - 2003 đến 12 - 2006, chúng tôi nhận thấy đây là phẫu thuật phù hợp cho bệnh lý teo ruột với tỷ lệ tử vong ngày càng được hạ thấp (7,7%), tỷ lệ biến chứng sau mổ là 21,2%, trong đó rò miệng nối: 1,9%, tắc ruột sớm sau mổ: 9,6%, hẹp miệng nối 3,9%, viêm phúc mạc do bực miệng nối: 1,9%, nhiễm trùng vết mổ: 3,9%. Tỷ lệ bệnh nhi có kết quả tốt và khá 80,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Nguyễn Kỳ Minh*. Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị TRNBS bằng kỹ thuật nối ruột tận-sau khi tạo hình nhỏ bót đầu trên. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2002.

2. *Nguyễn Văn Đức*. Teo ruột non. Phẫu thuật bụng ở trẻ sơ sinh và trẻ em, tập 1. 1989, tr.46-52.

3. *Nguyễn Thanh Liêm*. Kết quả bước đầu mổ chữa teo ruột bằng kỹ thuật nối ruột tận-tận sau khi tạo hình nhỏ bót đường kính đầu trên. Y học thực hành. 1996, 327 (10), tr.8-10.

4. *Nguyễn Thanh Liêm*. Teo và hẹp ruột. Phẫu thuật tiêu hoá trẻ em. NXB Y học Hà Nội. 2000, tr.128-145.

5. *Nguyễn Thanh Liêm, Nguyễn Xuân Thụ*. Phân tích kết quả phẫu thuật điều trị teo ruột sơ sinh. Y học Việt nam. 1993, 170 (4), tr.6-10.

6. *Ameth E.A*. Intestinal atresia and stenosis: A retrospective analysis of presentation, morbidity and mortality in Zaria, Nigieria. West Afr Med J. 2000, 19 (1), pp.39-42.

7. *Chang W.T, Chen H.C*. Jejunoileal atresia in neonates. Chin med J. Taipei. 1995, 56 (1), pp.36-39.

8. *Grosfeld J.L*. Jejunoileal atresia and stenosis. J pediatsurg. 1998, Vol II, pp.1145-1158.

9. *Grosfeld J.L, Ballantine T.V.N*. Operative management of intestinal atresia and stenosis based on pathologic findings. J Pediatsurg. 1979, 14 (3), p.368.

10. *Nixon H.H, Tawes R*. Etiology and treatment of small intestinal atresia: Analysis of a series of 127 jejunoileal atresias and comparison with 62 duodenal atresias. Surgery. 1971, 69, pp.41-51.

11. *Vechia L.K.D, Grosfeld J.L*. Intestinal atresia and stenosis. A 25 year experience with 277 cases. Arch Surg. 1998, 133 (3), pp.797-800.

