

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT Ở TRẺ SƠ SINH

Nguyễn Thanh Xuân<sup>1</sup>, Vũ Hoài Anh<sup>1</sup>, Phạm Anh Vũ<sup>1</sup>

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.61.2

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tắc ruột sơ sinh là một phân loại trong tắc ruột ở trẻ em. Bệnh thường xảy ra trong 30 ngày đầu đời. Tỷ lệ tắc ruột ở trẻ ước tính khoảng 1/2000 trẻ sống sau sinh. Rất nhiều bệnh lý có thể là nguyên nhân dẫn đến tắc ruột ở trẻ. Sự chậm trễ trong chẩn đoán và xử trí có thể dẫn đến các hậu quả xấu như hoại tử, thủng, nhiễm trùng nhiễm độc và tử vong.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 bệnh nhi <28 ngày tuổi nhập viện Bệnh viện Trung ương Huế được chẩn đoán tắc ruột sơ sinh và được phẫu thuật từ 4/2014 đến 10/2016.

**Kết quả:** Tỷ lệ nhóm trẻ sinh đủ tháng chiếm đa số với 76,6%, 16,7% trẻ non tháng vừa và 6,7% trẻ non tháng nhiều. Trẻ có cân nặng bình thường chiếm đa số với 83,3%. 8/30 trẻ tử vong với tỷ lệ 26,7%.

**Kết luận:** Tại cơ sở của chúng tôi, hiện tại tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh tắc ruột sơ sinh còn cao. Các nguyên nhân tử vong ít liên quan đến kỹ thuật và biến chứng ngoại khoa. Nhóm trẻ càng non tháng và càng nhẹ cân, và nhóm có kèm theo dị tật bẩm sinh khác có tỷ lệ tử vong cao hơn.

**Từ khóa:** Tắc ruột sơ sinh, điều trị

### ABSTRACT

#### EVALUATE OF TREATMENT RESULTS NEONATAL BOWEL OBSTRUCTION

Nguyen Thanh Xuan<sup>1</sup>, Vu Hoai Anh<sup>1</sup>, Pham Anh Vu<sup>1</sup>

**Introduction:** Neonatal bowel obstruction (NBO) is a type intestinal obstruction which occurs in the first 30 days of life. The incidence of this disease is estimated around 1/2000 live births. Many conditions can cause bowel obstruction in children. Delay in diagnosis and management can lead to adverse consequences including necrosis, perforation, infection and death.

**Materials and methods:** 30 patients aged less than 28 days, admitted to Hue Central Hospital were diagnosed with neonatal bowel obstruction and underwent surgery from 4/2014 to 10/2016

**Result:** The percentages of full-term, preterm and very preterm babies were 76.6%, 16.7% and 6.7%, respectively. Children with normal birth weight accounted for the majority of 83.3%. 8/30 children died (26.7%).

**Conclusion:** At our facility, the mortality rate for neonatal bowel disease was still high. The main causes of death were not related to surgical techniques and complications. The preterm and low birth weight groups, and the group with associated birth defects, had higher mortality rates.

**Key words:** Neonatal bowel obstruction (NBO), treatment.

1. Bệnh viện Trung ương Huế - Ngày nhận bài (Received): 9/4/2020; Ngày phản biện (Revised): 25/04/2020;  
- Ngày đăng bài (Accepted): 29/05/2020  
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thanh Xuân  
- Email: thanhxuanbvh@gmail.com; ĐT: 0945313999

## Bệnh viện Trung ương Huế

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột sơ sinh là một phân loại trong tắc ruột ở trẻ em. Bệnh thường xảy ra trong 30 ngày đầu đời. Tắc ruột sơ sinh liên quan mật thiết đến các ngành sản khoa và nhi khoa nơi mà trẻ được phát hiện bệnh trước khi được chuyển đến với phẫu thuật viên [5]. Tỷ lệ tắc ruột ở trẻ ước tính khoảng 1/2000 trẻ sống sau sinh. Rất nhiều bệnh lý có thể là nguyên nhân dẫn đến tắc ruột ở trẻ [7].

Sự chậm trễ trong chẩn đoán và xử trí có thể dẫn đến các hậu quả xấu như hoại tử, thủng, nhiễm trùng nhiễm độc và tử vong. Chẩn đoán sớm khi bệnh còn ở giai đoạn sớm và xử trí đúng thì khả năng điều trị thành công sẽ rất lớn. Cần có một điều tra đánh giá về mặt lâm sàng và kết quả điều trị sớm ở những trường hợp tắc ruột ở trẻ sơ sinh tại cơ sở hiện tại, qua đó giúp phẫu thuật viên có một cái nhìn rõ ràng hơn về chẩn đoán nguyên nhân và khả năng đánh giá tiên lượng tốt hơn về bệnh lý này. Nhận thấy được tính cấp thiết của vấn đề, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài **“Đánh giá kết quả điều trị tắc ruột sơ sinh”**.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

30 bệnh nhi <28 ngày tuổi nhập viện Bệnh viện

Trung Ương Huế được chẩn đoán tắc ruột sơ sinh và được phẫu thuật từ 4/2014 đến 10/2016.

#### - Tiêu chuẩn chọn bệnh

Chẩn đoán tắc ruột sơ sinh:

Bệnh nhi <28 ngày tuổi, được chẩn đoán tắc ruột sơ sinh với các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng: nôn, chậm đào thải phân su sau 24 giờ, bụng chướng, thăm trực tràng: bóng trực tràng rỗng, kết thể nhầy trắng, dính ít nhầy trắng. Từ đó giúp chẩn đoán nguyên nhân

- Xquang: các quai ruột giãn ruột giãn lớn, mức hơi dịch. Hình ảnh vôi hóa trong ổ phúc mạc hay hơi tự do ổ phúc mạc trong trường hợp đã có biến chứng

- Siêu âm: Hình ảnh quai ruột giãn hoặc hơi tự do ổ phúc mạc khi có biến chứng

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

Các trẻ được chẩn đoán bệnh lý dị dạng hậu môn trực tràng, teo thực quản.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả.

**Nội dung nghiên cứu:** Ghi nhận các chỉ số cận lâm sàng, ghi nhận quá trình hồi sức trước-trong-sau phẫu thuật của trẻ.

**Phương pháp phẫu thuật:** Tùy thuộc vào bệnh lý nguyên nhân gây tắc ruột để lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân

| Nhóm tuổi mẹ   | N=30 | %    |
|----------------|------|------|
| <35            | 23   | 76,7 |
| ≥35            | 7    | 23,3 |
| Nhóm tuổi thai | N=30 | %    |
| 28-31 tuần     | 2    | 6,7  |
| 32-37 tuần     | 5    | 16,7 |
| Đủ tháng       | 23   | 76,6 |
| Nhóm cân nặng  | N=30 | %    |
| 2,5-4 kg       | 25   | 83,3 |
| 1-2,4 kg       | 5    | 16,7 |

## Đánh giá kết quả điều trị tắc ruột ở trẻ sơ sinh

- Có 4/30 trẻ có dị tật bẩm sinh kèm theo trong đó gồm 3 trẻ có tim bẩm sinh và 1 trẻ có hội chứng Down.

*Bảng 3.2: Các bệnh lý nguyên nhân và tỷ lệ tử vong*

| Bệnh lý nguyên nhân  | Tổng số ca | Số ca tử vong | %    |
|----------------------|------------|---------------|------|
| Tắc tá tràng         | 6          | 2             | 33,3 |
| Teo ruột             | 5          | 2             | 40   |
| Tắc ruột phân su     | 6          | 1             | 16,7 |
| Bệnh Hirschprung     | 5          | 1             | 20   |
| Ruột quay bất toàn   | 6          | 2             | 33,3 |
| Các nguyên nhân khác | 2          | 0             | 0    |
| Tỷ lệ chung          | 30         | 8             | 26,7 |

- Chỉ có 1/30 ca có biến chứng ngoại khoa là tắc ruột sau mổ cần phẫu thuật lần 2. Bệnh nhi sau đó tử vong.

- Theo dõi sau 6 tháng không có trẻ nào suy dinh dưỡng (cân nặng < -2SD) theo đánh giá mức độ dinh dưỡng của WHO.

## IV. BÀN LUẬN

Trong tổng thể 30 bệnh nhi tắc ruột sơ sinh đã được phẫu thuật, có 8/30 trường hợp tử vong với tỷ lệ 26,7%. Trong nghiên cứu tương đồng trên nhóm bệnh lý gây tắc ruột sơ sinh năm 2000, Nasir ghi nhận tỷ lệ tử vong là 22% [8]. Nghiên cứu chung trên nhóm dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa của Võ Cộng Đồng cho thấy tỉ lệ tử vong chung ở nhóm bệnh này là 19% [1]. Huỳnh Thị Duy Hương năm 2012 thống kê chung trên nhóm dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa thì ghi nhận tỷ lệ tử vong chung là 6,5%.

| Bệnh lý nguyên nhân  | Tỷ lệ tử vong (%) |                       |           |
|----------------------|-------------------|-----------------------|-----------|
|                      | Nasir 2000 [8]    | Võ Cộng Đồng 2007 [1] | Chúng tôi |
| Tắc tá tràng         | 20                | 0                     | 33,3      |
| Teo ruột             | 33                | 28,5                  | 40        |
| Tắc ruột phân su     | 50                |                       | 16,7      |
| Bệnh Hirschprung     |                   | 4,76                  | 20        |
| Ruột quay bất toàn   |                   |                       | 33,3      |
| Các nguyên nhân khác | 100               |                       | 0         |

Qua bảng so sánh chúng ta thấy tỉ lệ tử vong dù có khác biệt giữa các nghiên cứu trên từng bệnh lý nguyên nhân nhưng nhìn chung là còn cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi và Nasir đều ghi nhận nhóm tắc tá tràng có tỷ lệ tử vong cao. Ngược lại tác giả Võ Cộng Đồng lại ghi nhận tỷ lệ tử vong là 0%. Tìm các nghiên cứu khác trong y văn, tác giả Trần Thanh Trí với thống kê tại bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2015 về tắc tá tràng lại ghi nhận tỷ lệ tử vong đến 14%.

|             | Bailey [6] | Nerwich [9] | Tr. Thanh Trí [4] | Chúng tôi |
|-------------|------------|-------------|-------------------|-----------|
| Tử Vong (%) | 7          | 10          | 14,9              | 26,7%     |

Nhìn vào bảng so sánh trên ta thấy tỉ lệ tử vong của chúng ta nhìn chung còn cao hơn so với các nước khác.

Nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận 1 trường hợp có biến chứng ngoại khoa sớm sau phẫu thuật: 1 trường hợp dò miệng nối. Về sau bệnh nhi tử vong vì nhiễm trùng nặng. Kết quả trên tương đồng với các

## Bệnh viện Trung ương Huế

tác giả khác. Trong nhóm 44 bệnh tắc ruột sơ sinh của Paterson-Brown chỉ ghi nhận trường hợp bực dò miệng nổi tuy nhiên chỉ điều trị nội khoa và bệnh nhân ra viện [10]. Với nghiên cứu của Trần Thanh Trí trên bệnh lý tắc tá tràng, không ghi nhận trường hợp dò bực miệng nổi nào [4]. Bùi Đức Hậu năm 2013 ghi nhận có 8 % các trường hợp phẫu thuật teo ruột non có biến chứng dò miệng nổi [2]. Vijay Singh ghi nhận có 2 trường hợp dò miệng nổi trong nhóm bệnh tắc ruột sơ sinh, và cả 2 đều tử vong [11]. Có thể thấy biến chứng ngoại khoa không xảy ra nhiều ở nhóm bệnh lý này, tuy nhiên thường biến chứng nặng và tử vong.

Bàn về các nguy cơ tử vong. Chúng tôi làm test thống kê và nhận ra rằng trẻ ở nhóm tuổi thai càng nhỏ thì tỷ lệ tử vong càng cao. Nhóm trẻ với cân nặng lúc sinh dưới mức bình thường cũng có tỷ lệ tử vong cao hơn hẳn. Nhóm trẻ có dị tật bẩm sinh tương tự có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm không có dị tật bẩm sinh kèm theo. Trong nghiên cứu chung trên các dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa của Võ Cộng Đồng năm 2007, tác giả cũng ghi nhận tương tự [1]. Nghiên cứu của Vijay Singh cũng chỉ ra nguyên nhân chính của trong nhóm bệnh lý tắc ruột sơ sinh gồm : sinh non, thiếu cân, dị tật bẩm sinh phối hợp [11]. Trong nghiên cứu của Laura K. Dalla trên nhóm bệnh lý tắc ruột sơ sinh, nghiên cứu của Mauricio trên bệnh lý tắc tá tràng thì chỉ ghi nhận nguy cơ tử vong cao ở nhóm có dị tật tim bẩm sinh kèm theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp trẻ hậu phẫu rất ổn định, đột ngột ngưng tim ngưng thở. Phải chăng do điều kiện chăm sóc sau phẫu thuật của chúng ta còn hạn chế.

Cơ sở của chúng tôi đã bắt đầu phẫu thuật Soave cho bệnh lý Hirschprung cho trẻ ngay trong giai đoạn sơ sinh từ những năm 2005 với độ an toàn và hiệu quả cao [3].

Thời gian nằm hồi sức sau mổ trung bình là  $6,4 \pm 8$  ngày, trong đó lâu nhất là 47 ngày, nhanh nhất là 1 ngày. Tác giả Võ Cộng Đồng nghiên cứu trên

nhóm bệnh dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa ghi nhận thời gian nằm hồi sức sau mổ trung bình lên đến 3,3 ngày Trong đó thời gian hỗ trợ hô hấp trung bình chỉ là 3,8 ngày, tuy nhiên thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch đến 11 ngày [1].

Thời gian thời gian đại tiện và bắt đầu cho bú trở lại trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 3,4 và 4,1 ngày. Tác giả Trần Thanh Trí nghiên cứu trên nhóm bệnh lý tắc tá tràng ghi nhận thời gian tái lưu thông tiêu hóa trong nhóm nghiên cứu của mình trung bình khoảng 2 ngày, nhưng thời gian cho bú trở lại lên đến 5,29 ngày [4].

Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi có thời gian nằm viện trung bình là  $14,8 \pm 9,5$  ngày, trẻ xuất viện sớm nhất là sau 6 ngày và muộn nhất là sau 53 ngày.

Tác giả Trần Thanh trí trong nhóm bệnh lý tắc tá tràng có thời gian nằm viện trong khoảng 25 đến 50 ngày [4]. Có thể do trong nhóm nghiên cứu của tác giả này có tỷ lệ các bệnh và dị tật bẩm sinh phối hợp cao nên thời gian nằm hồi sức và nằm viện của trẻ dài. Tác giả Bùi Đức Hậu nghiên cứu trên bệnh lý teo ruột non lại thống kê được số ngày nằm viện trung bình trong nhóm của nghiên cứu của mình chỉ là 7,8 ngày, ra viện sớm hơn gần 1/2 thời gian của chúng tôi.

Xét về các yếu tố bệnh lý và thời gian điều trị, chúng tôi không thấy sự tương quan giữa các nhóm nguy cơ về tuổi và cân nặng lúc sinh với thời gian nằm viện. Tuy nhiên khi xem xét kỹ trong phần kết quả. Chúng tôi ghi nhận nhóm trẻ đủ cân và sinh đủ tháng lại có thời gian nằm viện lâu hơn dù là nhóm ít nguy cơ hơn. Có lẽ nên xem lại quy trình điều trị trong các trường hợp này.

## V. KẾT LUẬN

Tại cơ sở của chúng tôi, hiện tại tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh tắc ruột sơ sinh còn cao. Các nguyên nhân tử vong ít liên quan đến kỹ thuật và biến chứng ngoại khoa. Nhóm trẻ càng non tháng và càng nhẹ cân, và nhóm có kèm theo dị tật bẩm sinh khác có tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê

**TAI LIỆU THAM KHẢO**

1. Võ Cộng Đồng, Nguyễn Trần Nam (2007). Đặc điểm các yếu tố nguy cơ tử vong ở sơ sinh dị dạng bẩm sinh đường tiêu hóa được phẫu thuật tại khoa hồi sức ngoại Bệnh viện Nhi Đồng 1. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 11(11), tr.1 - 5.
2. Bùi Đức Hậu, Vũ Mạnh Hoàn (2013). Kết quả bước đầu điều trị teo ruột non bẩm sinh bằng phẫu thuật nội soi trợ giúp: Kinh nghiệm với 25 trường hợp. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 17, tr.33 - 36.
3. Hồ Hữu Thiện, Lê Lộc (2005), “Điều trị bệnh Hirschprung ở trẻ sơ sinh bằng phẫu thuật Soave đường hậu môn một thì”, *Y học thực hành Việt Nam*, tr. 15 - 17.
4. Trần Thanh Trí, Lâm Thiên Kim. (2015). Đánh giá kết quả điều trị tắc tá tràng ở trẻ em. *Tạp chí Nhi Khoa*, 8, tr.74 - 80.
5. Phạm Anh Vũ. (2007). Tắc ruột sơ sinh. *Ngoại Bệnh Lý*. Phạm Văn Linh chủ biên. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.201 - 209.
6. Bailey P. V., Tracy T.F., Connors R.H., et al. (1993). Congenital duodenal obstruction: A 32-year review. *J Pediatr Surg*, 28(1), pp. 92 - 95.
7. Juang D. and Snyder C.L. (2012). Neonatal Bowel Obstruction. *Surg Clin North Am*, 92(3), pp. 685 - 711.
8. Nasir G., Rahma S., and Kadim A.. (2000). Neonatal intestinal obstruction. *East Mediterr Heal J*, 6, pp. 187 - 193.
9. Nerwich N. and Shi E. (1994). Neonatal duodenal obstruction : a review of 30 consecutive cases. pp. 47 - 50.
10. Paterson Brown S., Stalewski H., and Brereton R.J. (1991). Neonatal small bowel atresia, stenosis and segmental dilatation. *Br J Surg*, 78(1), pp. 83 - 86.
11. Singh V. and Pathak M. (2016). Congenital Neonatal Intestinal Obstruction : Retrospective Analysis at Tertiary Care Hospital. **5(4)** , pp. 4 - 7.