

# PHƯƠNG PHÁP NỐI THỰC QUẢN QUA ĐƯỜNG NGOÀI MÀNG PHỔI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH TEO THỰC QUẢN BẨM SINH CHO TRẺ SƠ SINH

NGUYỄN THÀNH CÔNG, NGUYỄN THANH LIÊM,  
Bệnh viện Nhi Trung ương

## TÓM TẮT

Teo thực quản bẩm sinh là một dị tật cần được phẫu thuật sớm ngay trong thời kỳ sơ sinh. Trong 5 năm, 2002-2006, 61 bệnh nhân sơ sinh mắc teo thực quản bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương đã được phẫu thuật nối thực quản qua đường ngoài màng phổi. Không có tai biến trong gây mê, không có tử vong trong mổ. Kết quả đạt được cho thấy với phác đồ cách thức phẫu thuật của bệnh viện, đường ngoài màng phổi trong phẫu thuật nối thực quản cho trẻ sơ sinh mắc teo thực quản bẩm sinh là một đường mổ an toàn, và không khó thực hiện.

Từ khóa: Teo thực quản bẩm sinh

## SUMMARY

*Congenital esophageal atresia is congenital anomaly which requires early surgical repair in neonatal period. During 5 years, 2002-2006, extrapleural esophageal anastomosis was done for 61 newborns with congenital esophageal atresia in National Hospital of Pediatrics. There were no anesthetic complication, no intraoperative mortality. The getting results shows that, with Hospital's protocol, extrapleural esophageal anastomosis is a safe and not complicated procedure for the newborns suffering from congenital esophageal atresia.*

Keywords: Congenital esophageal atresia

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo thực quản bẩm sinh là một dị tật cần được phẫu thuật sớm ngay trong thời kỳ sơ sinh. Rò miệng nối thực quản và đường rò khí – thực quản là một biến chứng xảy ra sau mổ với tỷ lệ 8- 10% [6]. Để giảm tỷ lệ tử vong khi có rò miệng nối thực quản xảy ra, nhiều cách thức phẫu thuật đã được nghiên cứu và đã được thực hiện. Năm 1936, Lanman đã đề nghị sử dụng đường ngoài màng phổi để tái tạo sự thông suốt của thực quản. Sau bảy năm, năm 1943, Cameron Haight đã tạo hình thực quản ngay kỳ đầu thành công với đường mổ này [4]. Tại Việt Nam, từ năm 1997, khoa Ngoại - Bệnh viện Nhi Trung ương thống nhất sử dụng đường ngoài màng phổi để nối thực quản [2]. Chúng tôi làm nghiên cứu này với mục đích xem lại cách thức tiến hành và kết quả đem lại của phẫu thuật nối thực quản qua đường ngoài màng phổi cho các trẻ sơ sinh mắc teo thực quản bẩm sinh của chúng tôi trong những năm qua.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân sơ sinh có chẩn đoán teo thực quản bẩm sinh, được mổ nối thực quản đường ngoài màng phổi tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 12 năm 2001 đến tháng 12 năm 2006.

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả tiến cứu có phân tích.

Số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 15.0.

## KẾT QUẢ

- Từ tháng 12 năm 2001 đến tháng 12 năm 2006, có 61 trường hợp sơ sinh mắc TTQBS được mổ nối thực quản theo đường ngoài màng phổi.

- 61 trường hợp có teo thực quản kiểu III theo Ladd (kiểu C theo Gross, kiểu 3b theo Vogt và Kluth). Khoảng cách hai đầu thực quản xa nhau trung bình là  $11,0 \pm 6,8$  mm.

- Thời gian phẫu thuật nối thực quản trung bình 80,3  $\pm$  26,4 phút: ngắn nhất 45 phút, dài nhất 160 phút.

- Rách màng phổi có 4 trường hợp chiếm 6,6%.

- 21 bệnh nhân có cắt đôi tĩnh mạch đơn để bóc tách đầu dưới thực quản.

- Toàn bộ bệnh nhân được cắt rời đường rò khí – thực quản, khâu kín đường rò bằng 3-4 mũi chỉ 6.0 mũi rời.

- Toàn bộ các trường hợp được nối thực quản tận - tận, mũi rời, chỉ 6-0.

- 12 bệnh nhân được tiến hành đặt dẫn lưu khoang ngoài màng phổi do có 2 đầu thực quản xa nhau trên 20 mm.

- Không có tai biến gây mê, hồi sức trong mổ.

- Không có tử vong trong mổ.

- Truyền máu sau mổ: 20 bệnh nhân chiếm 32,8 %.

Nguyên nhân truyền máu:

+ Thiếu máu trước mổ: 4 bệnh nhân

+ Phẫu thuật tiêu hóa khác kèm theo: 4 bệnh nhân.

+ Điều trị viêm phổi, nhiễm trùng huyết kéo dài: 12 bệnh nhân.

- Thở máy sau mổ: Có 36 bệnh nhân thở phải máy sau mổ (59%). Thời gian thở máy trung bình của 36 bệnh nhân phải thở máy là  $130,7 \pm 156,3$  (giờ).

Bảng 1: Biến chứng sau mổ.

Biến chứng sau mổ	n	%
Viêm phổi	12	19,7
Nhiễm trùng huyết	8	13,1
Tràn mủ màng phổi phải	4	6,6
Tràn mủ màng phổi hai bên	3	4,9
Rò miệng nối TQ + nhiễm trùng huyết	1	1,6

- Thời gian trung bình từ khi mổ đến khi rút sonde mũi cho ăn là  $10,9 \pm 2,7$ .

- Kháng sinh được dùng sau mổ trung bình là  $12,2 \pm 4,1$  ngày.

- Thời gian trung bình từ khi mổ đến khi ra viện là  $14,2 \pm 3,6$  ngày.

- Tỷ lệ sống ra viện: 72,1% (44/61) bệnh nhân sống ra viện.

- Tỷ lệ tử vong sau mổ chiếm 27,9%.

**Bảng 2. Nguyên nhân tử vong**

Nguyên nhân	n	%	
Viêm phổi	8	13,1	24,5
Nhiễm trùng máu	6	9,8	
Rò miệng nối TQ/Nhiễm trùng huyết	1	1,6	
Tim bẩm sinh	2	3,4	

### **BÀN LUẬN**

Phẫu thuật nối thực quản theo đường ngoài màng phổi đã được chứng minh là một cách thức phẫu thuật góp phần quan trọng trong giảm tỷ lệ tử vong sau mổ cho các trẻ sơ sinh mắc teo thực quản bẩm sinh. Tại Việt Nam, ngoài thông báo của bệnh viện chúng tôi [2], thông báo của Bệnh viện Nhi Đồng I cũng đã chứng minh điều này: Sau khi đường ngoài màng phổi được áp dụng năm 2000, tỷ lệ tử vong từ 54,76% (1998-2000) giảm xuống chỉ còn 28,6% (2001-2003) [1].

Sau 5 năm sử dụng đường ngoài màng phổi để tiến hành mổ nối thực quản cho các trẻ sơ sinh mắc teo thực quản bẩm sinh tại bệnh Viện Nhi Trung ương, để có một kết quả tốt, chúng tôi thấy có nhiều điểm cần chú ý trong quá trình thực hiện phẫu thuật.

- Sau khi mở các lớp cơ liên sườn 3, để tránh làm rách màng phổi, dùng củ ấu nhỏ có thắm ướt dung dịch sinh lý, nhẹ nhàng bóc tách màng phổi về phía thực quản tại trung thất sau. Với cách thức bóc tách này, chúng tôi chỉ có 4/61 trường hợp bị rách màng phổi, và các đường rách đều dưới 10mm. Do đường rách ngắn, đối với cả 4 trường hợp, chúng tôi vẫn có thể tiếp tục đường ngoài màng phổi sau khi khâu kín đường rách với chỉ 6.0.

- Để giúp bệnh nhân có thông khí phổi tốt trong quá trình phẫu thuật, chỉ dùng van mềm đè phổi ở mức độ có không gian đủ để tiến hành phẫu thuật, tránh chèn ép cuống phổi làm xẹp và mất thông khí toàn bộ phổi phải.

- Ưu tiên tìm và cắt khâu đường rò khí thực quản. Khi thấy có hơi qua đường rò vào thực quản và thấy hiện tượng giảm thông khí, đề nghị gây mê đặt lại nội khí quản vào sâu hơn, đồng thời nhanh chóng cắt rời và khâu kín đường rò, đặt ngay một ống thông qua đầu dưới thực quản vào dạ dày để hút khí và dịch dạ dày, nhằm giảm áp lực của ổ bụng lên cơ hoành và tránh biến chứng vỡ dạ dày trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ 61 trường hợp đều có đầu dưới rò vào khí quản. do đó chúng tôi tiến hành tìm, và sử lý khâu kín lỗ rò khí - thực quản trước.

- Để nhanh chóng phát hiện đầu trên thực quản, một ống thông nelaton được đặt vào đầu trên thực quản và được nhân viên gây mê rút ra, đưa vào nhẹ nhàng. Với thủ thuật này, túi cùng thực quản chuyển động cùng ống thông ở bên trong sẽ thấy được một cách rõ ràng tại đỉnh của vòm khoang ngực phải.

- Đối với đầu trên thực quản, sau khi dùng kéo phẫu tích cắt rời tổ chức sơ kết dính giữa đầu trên thực quản với khí quản, chúng tôi tiếp tục bóc tách lên cao ở mức có thể. Do đặc điểm phân bố mạch, khả năng thiếu mạch máu nuôi dưỡng tổ chức đầu trên thực quản là ít xảy ra [3].

- Thống nhất ý kiến với Sharma S., cho rằng không cắt và thắt tĩnh mạch đơn sẽ ngăn ngừa được khả năng phù nề miệng nối thực quản [7], chúng tôi chủ trương chỉ cắt và thắt tĩnh mạch đơn khi đầu dưới thực quản

nằm sau và thấp hơn tĩnh mạch đơn. Với đường lối trên, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 21/61 (34,4%) bệnh nhân phải cắt rời tĩnh mạch đơn với mục đích bóc tách đầu dưới thực quản.

- Để tránh vùng mổ bị nhiễm bẩn do các dịch trong lòng khí quản trào ra, sau khi bóc tách xung quanh đường rò, chúng tôi khâu sẵn hai mũi chỉ vào chân đường rò, buộc trước rồi mới cắt đường rò. Sau khi cắt rời, đường rò đã được khâu phần lớn, chỉ cần khâu thêm 1 hoặc 2 mũi chỉ nữa thì đường rò được đóng kín. Đường rò được thử độ kín bằng rò 1-2 ml nước muối sinh lý lên trên chỗ khâu, không thấy sủi bọt khí là đường rò đã được khâu kín.

- Sử dụng kỹ thuật khâu miệng nối thực quản một lớp toàn thể, mũi rời với chỉ tiêu 6-0. Chúng tôi khâu mặt sau với nút chỉ được buộc ở trong lòng thực quản. Sau khi khâu mặt trong, yêu cầu bác sỹ gây mê đặt một ống thông Nelaton số 8 qua mũi xuống dưới thực quản, đi qua miệng nối rồi xuống tới dạ dày. Sau khi đặt ống thông này, tiếp tục khâu mặt trước với nút buộc nằm ngoài lòng thực quản. Tổng thể, chúng tôi khâu từ 8 đến 10 mũi. Cách khâu này đơn giản, dễ khâu, không xé hoặc làm dập nát tổ chức thực quản. Đây là một cách khâu có thể thực hiện thuận lợi trong phẫu thuật nội soi.

- Trong quá trình mổ, khi gặp 2 đầu thực quản xa nhau, sau khi bóc tách hai đầu thực quản, chúng tôi kiểm tra nếu thấy hai đầu thực quản đưa lại gần nhau căng, hai đầu tím, tổ chức dập nát, chúng tôi sẽ chuyển cách thức mổ: đưa đầu trên ra ngoài, đóng đầu dưới, khâu lỗ rò khí phế mạc và làm dẫn lưu dạ dày. Việc chuyển đổi cách thức mổ này làm giảm tỷ lệ bục hoặc rò miệng nối sau mổ và qua đó sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong.

- Do hiệu quả của dẫn lưu dự phòng khoang ngoài màng phổi không cao [5], chúng tôi chủ trương chỉ đặt dẫn lưu dự phòng cho các trường hợp hai đầu thực quản xa nhau từ 20mm trở lên và các trường hợp có nguy cơ bục hoặc rò miệng nối thực quản. Trong nghiên cứu, chúng tôi có 12 trường hợp được đặt dẫn lưu khoang ngoài màng phổi chiếm 19,7%.

Với cách thức phẫu thuật được trình bày ở trên, trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào có tai biến trong quá trình gây mê, không có tử vong trong mổ. Không có trường hợp nào phải truyền máu do nguyên nhân chảy máu trong mổ tạo hình thực quản. 25/61 bệnh nhân toàn trạng ổn định, tự thở lại được ngay sau mổ. Mặc dù có tỷ lệ tử vong sau mổ còn cao 27,9% do các yếu tố nhiễm trùng quanh mổ và bệnh tim bẩm sinh, chỉ có 1 trường hợp tử vong có rõ biểu hiện của hiện tượng rò miệng nối thực quản (bảng 1 và 2).

### **KẾT LUẬN**

Kết quả đạt được cho thấy với phác đồ kỹ thuật mổ của Bệnh viện Nhi Trung ương, đường mổ ngoài màng phổi trong phẫu thuật nối thực quản cho trẻ sơ sinh mắc teo thực quản bẩm sinh là một đường mổ an toàn, không gây chảy máu trong quá trình bóc tách, phẫu tích, không gây tai biến trong gây mê, không có tử vong trong mổ và không khó thực hiện.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Thành Công, Nguyễn Thanh Liêm, Trần Ngọc Bích (2000), "Kết quả điều trị teo thực quản tại Viện Nhi Hà Nội: 1997-1999", Kỷ yếu công trình Nhi khoa, Hà Nội, tr 532-533.
2. Nguyễn Kinh Bang, Huỳnh Công Tiến, Đào Trung

Hiếu (2005), "Những tiến bộ trong điều trị teo thực quản tại bệnh viện Nhi Đồng I", *Nghiên cứu y học*, tập 9, phụ bản số 1, Y học thành phố Hồ Chí Minh, tr 22-27.

3. Bruch S.W. (2006), "Congenital malformation of the Esophagus", *Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease*, Saunders Elsevier, Philadelphia, pp. 293-300.

4. Haight C. (1944), "Congenital Atresia of the Esophagus with Tracheoesophageal Fistula: Reconstruction of esophageal continuity by primary anastomosis", *Annals of Surgery*, October, pp.623-655.

5. McCallion W. A., Hannon R.J. (1992), "Prophylactic Extrapleural Chest Drainage Following Repair of Esophageal Atresia: Is it Necessary", *J. Pediatr Surg*, 27, pp. 561.

6. Tonz M., Kohli S. (2004), "Oesophageal Atresia: what has changed in the last 3 decades?", *Pediatr Surg Int*, 20, pp. 768-772.

7. Sharma S., Sinha S.K. (2007), "Azygos vein preservation in primary repair of esophageal atresia with tracheoesophageal fistula", *Pediatr Surg International*, 23, pp 1215-1218.