

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT 11 TRƯỜNG HỢP TẮC TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Trần Việt Hoàng<sup>1\*</sup>, Trần Văn Dẽ<sup>2</sup>, Ông Huy Thanh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Quốc Huy<sup>2</sup>, Võ Quang Huy<sup>1</sup>

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ

\*Email: tvhoang@ctump.edu.vn

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tắc tá tràng là dị tật bẩm sinh tiêu hóa thường gặp, phát hiện và điều trị sớm đem lại kết quả tốt cho bệnh nhi. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và đánh giá kết quả điều trị teo và hẹp tá tràng ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu mô tả cắt ngang, bệnh nhi được chẩn đoán là tắc tá tràng điều trị tại Khoa Sơ Sinh Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. **Kết quả:** Trong 25 tháng (11/2017 – 5/2019), có 11 trường hợp tắc tá tràng được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. Tuổi nhỏ nhất là 1 ngày và lớn nhất là 15 ngày tuổi, có 5 nữ và 6 nam. Cân nặng lúc sanh trung bình là  $2872 \pm 460$  gram (nhỏ nhất 2100 gram, lớn nhất là 3500gram). 6/11 TH có dấu hiệu gợi ý trước sanh và đề nghị theo dõi. 1TH có hội chứng Down, 2 dị tật tim và 1 đa dị tật. 100% bệnh nhi có ối dịch mật và đặc biệt có 3 TH nhập viện vì viêm phổi hít. 63,6 % có hình ảnh bóng đôi điển hình và không có hơi ở ruột. Thời gian cho ăn đường tiêu hóa hoàn toàn là  $6,7 \pm 1,4$  ngày, thời gian nằm viện  $15,2 \pm 2,4$  ngày. Không có trường hợp tử vong, có 2/11 (18,2%) TH nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận:** Tắc tá tràng có thể chẩn đoán trước sanh. Kết quả điều trị tắc tá tràng của chúng tôi tốt nhưng theo đa số nghiên cứu tỷ lệ tử vong còn cao phụ thuộc vào trẻ đủ hay thiếu tháng và dị tật kèm theo.

**Từ khóa:** Tắc tá tràng, teo.

### ABSTRACT

## THE RESULTS OF TREATMENT 11 CASES OF DUODENAL ATRESIA AT CAN THO CHILDREN HOSPITAL

Tran Viet Hoang<sup>2</sup>, Tran Van De<sup>1</sup>, Ong Huy Thanh<sup>1</sup>,  
Nguyen Quoc Huy<sup>1</sup>, , Vo Quang Huy<sup>2</sup>

1. Can Tho Children Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Duodenal obstruction due to duodenal atresia is common, early diagnosis and treatment can achieve good results for pediatric patients. **Objectives:** To describe the clinical, paraclinical features and results of duodenal atresia treatment in children. **Methods and Materials:** This was a cross sectional descriptive study, all patients was diagnosed and treated duodenal obstruction at NICU of Can Tho Children Hospital. **Results:** From January - 2017 to May-2019, we recorded 11 cases of duodenal obstruction that were received operation treatment in Can Tho Children Hospital. There were 6 males and 5 female and the youngest was 1 day old and oldest was 30 months. Mean birth weight was  $2872 \pm 460$  gram (min 2100 gram, max 3500gram). 6 per 11 cases were proposed follow-up because of suggestion factors. 1 case with L – Down syndrome, 2 heart defect and 1 multi malformation. Biliious vomiting was in 100 percent of patients and 3 cases admitted in our department from another hospital because of aspiration pneumonia. Double-bubble sign without gas in small intestine presented in 63.6 percent of patients. Totally oral feeding meaning time was  $6.7 \pm 1.4$  days and hospital stay was  $15.2 \pm 2.4$  days. Mortality rate was zero and 2 cases (18.2 percentage) had surgical site infection. **Conclusion:** Duodenal obstruction can be diagnosed prenatal period. Our results is good but others studies show the mortality rate is still high and it depends on full term or not and birth defects.

**Keywords:** Duodenal obstruction, atresia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc tá tràng là bệnh lý bẩm sinh với tỉ lệ tử vong khá cao trong những năm đầu phát hiện và điều trị. Lynn (1962) trong nghiên cứu hồi cứu 13 trường hợp có tỷ lệ tử vong 50% [4].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất đối với tắc tá tràng. Tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, Trần Thanh Trí báo cáo 47 trường hợp tắc tá tràng với tỉ lệ tử vong giảm khá nhiều (15%), và đa số những trường hợp tử vong đều có dị tật bẩm sinh kèm theo [2].

Tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ chúng tôi bước đầu điều trị teo và hẹp tá tràng bằng phẫu thuật nối tá-tá tràng theo phương pháp Kimura và cho thấy những kết quả khả quan. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tắc tá tràng ở trẻ em.

2. Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị tắc tá tràng tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/ 2017 – đến tháng 5/ 2019.

**2.2 Tiêu chuẩn chọn:** Tất cả các trường hợp teo và hẹp tá tràng được xác định bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

**2.3 Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhi tắc tá tràng không được phẫu thuật.

**2.4 Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu mô tả cắt ngang.

**2.5 Các biến số nghiên cứu gồm:** Tuổi, cân nặng lúc sinh, thời gian phát hiện, tiền sử mẹ, triệu chứng lâm sàng, xquang bụng không chuẩn bị và tiêu hóa trên cản quang, Phương pháp điều trị, thời gian bắt đầu cho ăn qua đường tiêu hóa, thời gian bệnh nhi được nuôi ăn qua đường tiêu hóa hoàn toàn, thời gian nằm viện, các biến chứng sau mổ, tỷ lệ tử vong.

**2.6 Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 18.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 25 tháng chúng tôi ghi nhận 11 trường hợp tắc tá tràng được phẫu thuật

### 1. Đặc điểm chung

Trong 11 trường hợp (TH), chúng tôi ghi nhận 5 (45,5%) nữ và 6 (54,5%) nam.

Độ tuổi nhỏ nhất là 1 ngày và lớn nhất 15 ngày tuổi. Cân nặng lúc sanh trung bình là 2872 ± 460 gram (nhỏ nhất 2100, lớn nhất là 3500gram).

3/11 trường hợp sanh thiếu tháng chiếm 27,2 %. Thời gian xuất hiện triệu chứng đến lúc nhập viện ngắn nhất là 1 ngày và 15 ngày.

### 2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Trong 11 TH ghi nhận 100% đều có ọc sữa hay nôn sau bú, và có 3 trường hợp vào viện với chẩn đoán viêm phổi do hít sặc chiếm 37,5%.

Những dị tật kèm theo có thể là hội chứng Down, tim mạch và tiết niệu nhưng chúng tôi chỉ ghi nhận 1 TH có hội chứng Down:

Bảng 1. Dị tật phối hợp

Dị tật kèm theo	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Down	1	9
Tim mạch	2	18,5

Dị tật kèm theo	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Chi	0	0
Đa dị tật	1	9
Không dị tật phối hợp	7	63,5

Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận siêu âm tiền thai:

Bảng 2. Kết quả siêu âm trước sanh

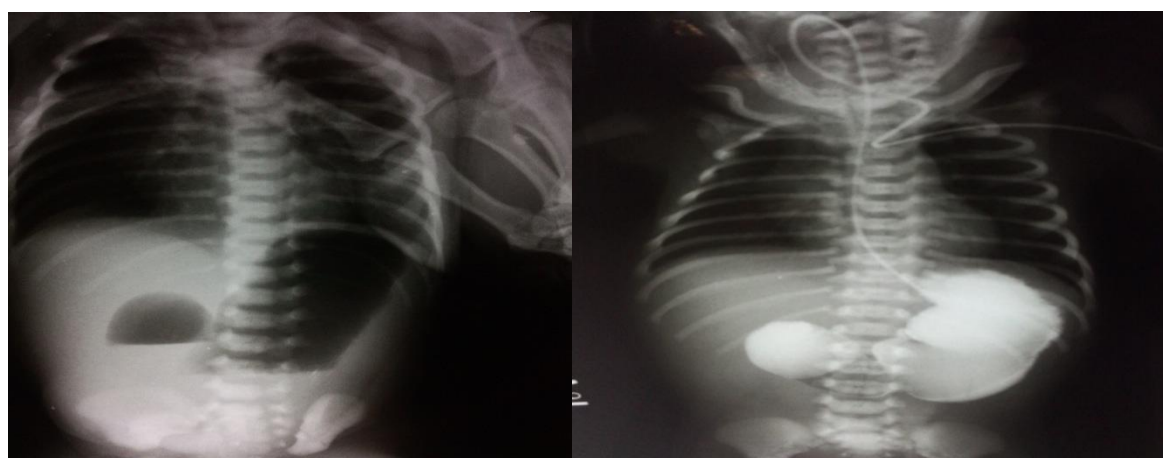
Siêu âm tiền thai	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Đa ối	2	18
Dạ dày giãn	4	36,5
Bình thường	5	45,5
Tổng	11	100

Đa số các trường hợp siêu âm trước sanh sẽ thấy dạ dày giãn và đa ối đề nghị theo dõi chiếm 54,5 %.

Tất cả các trường hợp chúng tôi đều chụp X quang bụng không chuẩn bị và dạ dày tá tràng cản quang. Tuy nhiên, có 1 trường hợp không chụp được x quang dạ dày tá tràng cản quang:

Bảng 3. Kết quả X quang

		Số trường hợp	Tỉ lệ %
<b>X quang bụng KCB</b>	Bóng đôi và có hơi ở ruột	4	36,5
	Bóng đôi và không có hơi ruột	7	63,5
<b>X quang dạ dày tá tràng cản quang</b>	Dạ dày giãn và thuốc xuống được ruột	8	72,7
	Dạ dày giãn và thuốc không xuống được ruột	2	18,3
	Không chụp được	1	9



Hình 1: X quang CB Nguyễn T Ngọc B. Chẩn đoán : Teo tá tràng

### 3. Điều trị

Chúng tôi ghi nhận trong lúc mổ những nguyên nhân gây tắc như sau:

Bảng 4. Nguyên nhân gây tắc

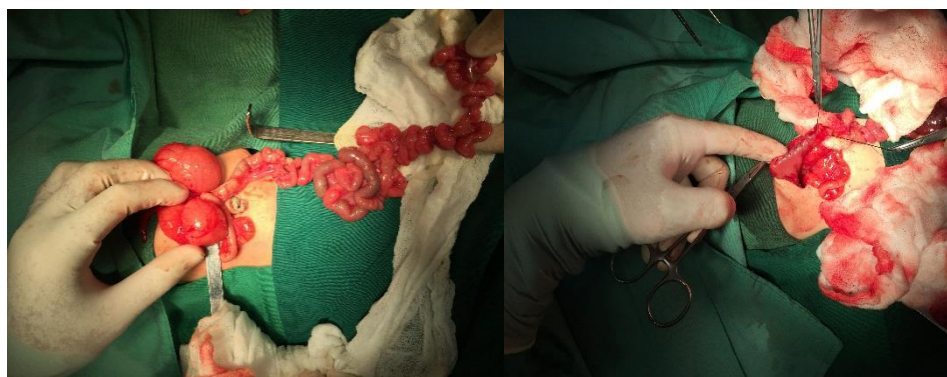
Nguyên nhân tắc	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Màng ngăn hoàn toàn	2	18,2
Teo tá tràng	5	45,6
Tụy nhân	2	18,2
Tm trước tá tràng	1	9
RX bất toàn	1	9

Tất cả những trường hợp chúng tôi đều phẫu thuật:

Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Xén màng ngăn	2	18,2
Nối tá tá tràng	9	81,8
Tổng	11	100

Nguyên nhân gây tắc không chênh lệch nhiều và đa số là teo tá tràng và gián đoạn hoàn toàn với 5TH (45,6%) và trong đó chúng tôi ghi nhận có 2 TH tụy nhân dẫn đến hẹp tá tràng chiếm 18,2%. 9 (81,8%) TH được thực hiện nối tá tá tràng mở rộng miệng nối bằng chỉ Vicryl 5.0 1 lớp, ngoài ra với túi cùng trên giãn to chúng tôi còn thực hiện tapering và nối tận tận.



Hình 2. Tắc tá tràng và tapering túi cùng trên

Bảng 6: Thời gian cho ăn lại và nằm viện trung bình

	Thời gian cho ăn sau mổ	Thời gian nằm viện
<b>Trung bình</b>	6,7 ± 1,4 ngày	15,2 ± 2,4 ngày
<b>Lớn nhất</b>	10 ngày	20 ngày
<b>Nhỏ nhất</b>	5 ngày	10 ngày

Trường hợp nằm viện lâu nhất là 20 ngày, đây là trường hợp tụy nhân kèm theo hội chứng Down nên hậu phẫu kéo dài hơn.

Không có trường hợp nào trong nghiên cứu tử vong, có 2/11 (18,2%) TH nhiễm vết mổ nhẹ và điều trị nội khoa. Tất cả những trường hợp chúng tôi tái khám hay điện thoại sau 1 tháng, 100% đều ăn uống được và 3/11 TH thỉnh thoảng có ới sau ăn. Tuy

nhiên, chúng tôi không thực hiện soi dạ dày được ở những bệnh nhân này để đánh giá biến chứng hẹp miệng nổi.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 1. Đặc điểm chung

Qua 11 trường hợp được phẫu thuật. Chúng tôi nhận thấy có tắc tá tràng ở nữ cao hơn ở nam (nam/nữ: 6/5) và 3 TH sanh thiếu tháng chiếm tỉ lệ 27,3%. Theo nghiên cứu Trần Thanh Trí (2015), nam chiếm 55,3% và 44,7% nữ [2], nghiên cứu của Biagio Zuccarello (2009) về 14 TH tắc tá tràng thì nữ chiếm 57% và nam chiếm 43% [3]. Hayrettin Ozturk (2007), 20 TH tắc tá tràng thì tỉ lệ nam/nữ là 11/9 [5]. Cho thấy không có sự khác biệt lắm về tỉ lệ bé trai và gái bị tắc tá tràng.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 3/11 (27,3,5%) TH sanh thiếu tháng (<36 tuần) và cân nặng lúc sanh trung bình là  $2872 \pm 460$  gram. Theo Trần Thanh Trí (2015), bệnh nhi sanh thiếu tháng chiếm tỉ lệ 46,81% với cân nặng trung bình lúc sanh  $2443,69 \pm 697,41$  [2], và tác giả Mauricio A. Escobar (2004) với 169 TH tắc tá tràng thì tỉ lệ này là 37% [7]. Thời gian xuất hiện triệu chứng theo Biagio Zuccarello (2009) là 3,7 ngày (1-12 ngày) [3], trong nhóm của chúng tôi có 1 TH xuất hiện triệu chứng 1 tháng mới nhập viện do kinh tế khó khăn và trường hợp này là màng ngăn niêm mạc có lỗ thông nên triệu chứng tắc xuất hiện trễ.

##### 2. Triệu chứng lâm sàng

Tắc tá tràng có thể gợi ý trước sanh nếu theo dõi tiền sản bằng siêu âm và có những dấu hiệu gợi ý như: đa ối và dạ dày giãn. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 2 TH đa ối (18%) và 4 (36,5%) TH dạ dày giãn. Theo tác giả Trần Thanh Trí (2015), 17,02% bệnh nhi có tiền sử mẹ đa ối và chẩn đoán tắc tá tràng trước sanh là 29,8% bệnh nhi [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100 % TH đều có nôn ói và có 3 (37,5%) TH nhập viện vì viêm phổi hít sau đó phát hiện tắc tá tràng.

Triệu chứng	Chúng tôi	Trần Thanh Trí (2015) [2]	Vũ T H Anh (2005) [1]	Hayrettin Ozturk (2007) [5]
Nôn ói	100%	63,8%	100 %	100%
Bụng chướng	72,7 %		60,6 %	80%
Viêm phổi hít	27,3%			
Không tiêu phân su	45,5%		36,6%	

Chúng ta thấy triệu chứng nôn ói dịch mật rất có giá trị chẩn đoán.

Một trong những cận lâm sàng giúp chẩn đoán là X quang bụng và Xquang dạ dày tá tràng cản quang. Ghi nhận của chúng tôi với 1 số tác giả:

	Chúng tôi	Vũ T H Anh (2005) [1]	Trần Thanh Trí (2015) [2]
Bóng đôi kèm ruột bên dưới không hơi	63,5 %	71 %	55,3 %
Bóng đôi kèm ruột bên dưới hơi	36,5 %	29 %	44,7 %
Dạ dày và tá tràng giãn, thuốc không xuống ruột	72,7 %	3,7%	21,3%
Dạ dày và tá tràng giãn, thuốc	18,3 %	96,3%	38,3%

	<b>Chúng tôi</b>	<b>Vũ T H Anh (2005) [1]</b>	<b>Trần Thanh Trí (2015) [2]</b>
xuồng ruột			

### 3. Điều trị

Trong lúc phẫu thuật chúng tôi ghi nhận được các nguyên nhân gây tắc tá tràng như: Màng ngăn tá tràng hoàn toàn (18,2%), teo tá tràng (45,6%), tụy nhân (18,2%), TM trước tá tràng (9%) và ruột xoay bất toàn (9%) . Sherif N Kaddah (2006) ghi nhận 71 TH tắc tá tràng với các nguyên nhân lần lượt: teo tá tràng (52%), màng ngăn tá tràng (17%), ruột xoay bất toàn (21%) và tụy nhân (10%) [8].

Ngoài ra, một trong những yếu tố chúng tôi muốn đánh giá là thời gian nuôi ăn qua đường miệng sau mổ và thời gian nằm viện.

	<b>Chúng tôi</b>	<b>Sipala Siva kumar (2015) [9] 13TH</b>	<b>Ibrahim (2013) 13 TH [6]</b>	<b>Biagio Zuccarello 14 TH (Kimura cải tiến)</b>
Thời gian cho nuôi ăn đường miệng	6,7 ± 1,4 ngày	7 ngày (5-10)	3-4 ngày	8-12 ngày (2-3 ngày cho ăn nhưng vẫn còn dịch truyền)
Thời gian nằm viện	15,2 ± 2,4 ngày	11 ngày (7- 24)	7 ngày	10-14 ngày

Chúng tôi có thời gian cho ăn và nằm viện cũng tương đương với các nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào tử vong và sau 1 tháng tái khám và điện thoại chúng tôi thấy chỉ có 3/11 TH thỉnh thoảng nôn ói nhưng không nội soi dạ dày tá tràng được. Theo tác giả Trần Thanh Trí (2015) thì tỉ lệ tử vong là 15% [2] và các tác giả khác như: Sipala Siva kumar (2015) là 23% [9], Ibrahim (2013) 13 TH tắc tá tràng thì không có trường hợp nào tử vong [6], Biagio Zuccarello (2009) tử vong Hayrettin Ozturk (2007), 20 TH tắc tá tràng thì 7 TH tử vong chiếm 35% [5]. Qua đó ta thấy, tỉ lệ tử vong còn khá cao có lẽ liên quan đến 1 số yếu tố như: cân nặng lúc sanh, thời gian trước khi nhập viện và những dị tật phức tạp khác kèm theo.

### V. KẾT LUẬN

Tắc tá tràng là bệnh lý gây tắc ruột cao sau sanh. Triệu chứng chủ yếu tắc tá tràng trước sanh là thấy dạ dày giãn to, sau sanh được chẩn đoán bằng siêu âm và chụp dạ dày – tá tràng cản quang. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả, không có trường hợp tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Thị Hồng Anh (2002), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật tắc tá tràng bẩm sinh”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 410, tr 29-32.
2. Trần Thanh Trí (2015), “Đánh giá kết quả điều trị tắc tá tràng ở trẻ em”, *Tạp chí Nhi Khoa*, 8(2), tr 74 – 80.
3. Biagio Zuccarello (2009), “The Modified Kimura’s Technique for the Treatment of Duodenal Atresia”, *International Journal of Pediatrics*.
4. Bailey VP, Thomas FT (1993). “Congenital duodenal obstruction: A 32 - year review, vol 28, No 1, pp: 92-95.

5. Hayrettin Ozturk (2007), “A comprehensive analysis of 51 neonates with congenital duodenal atresia”, *Saudi Med J*, Vol 28, No 7, pp: 1050 – 1054.
6. Ibrahim a. Ibrahim (2013), “Congenital Duodenal Stenosis: Early and Late Presentation”, *Med. J. Cairo Univ.*, Vol. 81, No. 1, PP: 609-617.
7. Mauricio A. Escobar (2004), “Duodenal Atresia and Stenosis: Long-Term Follow-Up Over 30 Years”, *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 39, No 6, pp 867-871.
8. Sherif N Kaddah (2006), “Congenital Duodenal Obstruction”, *Annals of Pediatric Surgery*, Vol 2, No 2, pp: 130-135.
9. Sipala Siva kumar (2015), “Congenital intrinsic duodenal obstruction 13 case series and review of literature”, *Journal of Dental and Medical Sciences*, Vol 14(8), pp: 85 – 88.

(Ngày nhận bài: 18/10/2019 - Ngày duyệt đăng bài: 11/4/2020)

---