

DOI: 10.58490/ctump.2025i89.3619

## ĐÁNH GIÁ QUÁ TRÌNH HẬU PHẪU DỊ TẬT BẨM SINH ỒNG TIÊU HÓA GIAI ĐOẠN SƠ SINH

Nguyễn Phúc Thu Trang<sup>1,3\*</sup>, Nguyễn Thanh Xuân<sup>2</sup>, Hồ Hữu Thiện<sup>2</sup>,  
Hoàng Mai Linh<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thảo Trinh<sup>2</sup>, Phạm Trung Vy<sup>2</sup>, Vũ Hoài Anh<sup>2</sup>,  
Mai Trung Hiếu<sup>2</sup>, Nguyễn Nôm<sup>2</sup>

1. Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

2. Bệnh viện Trung ương Huế

\*Email: nptrang@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 03/4/2025

Ngày phản biện: 31/5/2025

Ngày duyệt đăng: 25/7/2025

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trẻ sơ sinh bị dị tật đường tiêu hóa có chỉ định phẫu thuật đặt ra những thách thức trong quá trình chăm sóc hậu phẫu. Chúng tôi bước đầu ứng dụng hướng dẫn phục hồi sớm sau phẫu thuật trong chăm sóc hậu phẫu trẻ sơ sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá quá trình hậu phẫu trẻ sơ sinh dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa tại Bệnh viện Trung ương Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc trên 42 trẻ sơ sinh được chẩn đoán dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa và có chỉ định phẫu thuật từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu chọn được 42 trẻ sơ sinh với 19% trẻ non tháng, 45,2% trẻ nam, 26,2% trẻ cân nặng thấp. Thời gian thở máy trung bình sau phẫu thuật là 1,9 ngày. Ngày hậu phẫu bắt đầu nuôi dưỡng tiêu hóa trung bình là 4,9 ngày và ngày hậu phẫu nuôi dưỡng tiêu hóa hoàn toàn là 10 ngày. Nhóm trẻ dị dạng hậu môn trực tràng được nuôi sữa sớm nhất (1,9 ngày) và đạt nuôi dưỡng tiêu hóa hoàn toàn nhanh nhất (4,3 ngày), nhóm trẻ tắc tá tràng được nuôi dưỡng sữa muộn nhất. CRP tăng sau phẫu thuật hay gặp nhất là hậu phẫu tắc ruột (13/16 trẻ). Biến chứng hậu phẫu thường gặp nhất là nhiễm trùng huyết (12/39 trẻ). Tỷ lệ tử vong hậu phẫu là 7,1%. **Kết luận:** Chương trình phục hồi sớm sau phẫu thuật bao gồm ưu tiên sử dụng acetaminophen và giảm sử dụng opioid trong giảm đau, nuôi dưỡng tiêu hóa sớm, ... có thể bước đầu áp dụng trên đối tượng sơ sinh.

**Từ khóa:** Dị tật bẩm sinh tiêu hóa, hậu phẫu, sơ sinh.

### ABSTRACT

## EVALUATION OF POSTOPERATIVE COURSE OF CONGENITAL GASTROINTESTINAL MALFORMATIONS IN THE NEONATAL PERIOD

Nguyen Phuc Thu Trang<sup>1,2\*</sup>, Nguyen Thanh Xuan<sup>2</sup>, Ho Huu Thien<sup>2</sup>,  
Hoang Mai Linh<sup>2</sup>, Nguyen Thi Thao Trinh<sup>2</sup>, Pham Trung Vy<sup>2</sup>, Vu Hoai Anh<sup>2</sup>,  
Mai Trung Hieu<sup>2</sup>, Nguyen Nom<sup>2</sup>

1. University of Medicine and Pharmacy, Hue University

2. Hue Central Hospital

**Background:** Neonates with gastrointestinal malformations requiring surgery present challenges in the postoperative care process. We initially applied the early recovery after surgery (ERAS) guidelines in the postoperative care of newborns. **Objectives:** To evaluate the postoperative outcomes in congenital gastrointestinal malformations at Hue central hospital. **Materials and methods:** A prospective descriptive study was conducted on 42 neonates diagnosed with congenital gastrointestinal malformations and indicated for surgery from January 2023 to June 2024. **Results:** The study selected 42 neonates with 19% preterm infants, 45.2% male infants, and 26.2% low birth

*weight infants. The average duration of mechanical ventilation after surgery was 1.9 days. The average postoperative day of initiation of enteral nutrition was 4.9 days and the postoperative day of total enteral nutrition was 10 days. The group of anorectal malformations received formula feeding the earliest (1.9 days) and achieved total enteral nutrition the fastest (4.3 days), the group of duodenal obstruction received formula feeding the latest. The most common postoperative increase in CRP was after intestinal obstruction surgery (13/16 children). The most common postoperative complication was sepsis (12/39 children). The postoperative mortality rate was 7.1%. **Conclusions:** Advanced recovery strategies after surgery including priority use of acetaminophen for pain relief, early enteral nutrition, etc. can be initially applied to neonates.*

**Keywords:** Gastrointestinal malformations, post-operative care, neonates.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2015, nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật toàn cầu đã kết luận rằng dị tật bẩm sinh là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ năm ở trẻ em < 5 tuổi trên toàn cầu. Con số này tương đương với khoảng nửa triệu ca tử vong do dị tật bẩm sinh mỗi năm, 97% trong số đó xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1]. Dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa là dị tật phổ biến nhất của các dị tật bẩm sinh cần can thiệp ngoại khoa trong thời kì sơ sinh. Trên toàn thế giới, tỉ lệ mắc các dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa khác nhau dao động từ 1:2000 đến 1:5000 ca sinh sống [2].

Trẻ sơ sinh bị dị tật đường tiêu hóa có chỉ định phẫu thuật đặt ra những thách thức trong quá trình chăm sóc hậu phẫu bao gồm chậm nuôi ăn qua đường tiêu hóa, kéo dài thời gian nằm viện và một loạt các biến chứng phẫu thuật như hội chứng khoang bụng, hội chứng ruột ngắn, nhiễm trùng hậu phẫu và thậm chí tử vong. Các dị tật cụ thể như teo thực quản, teo hồng tràng-hồi tràng, có liên quan đến tỉ lệ tử vong cao nhất. Nguyên nhân tử vong chủ yếu là do nhiễm trùng huyết và các vấn đề về hô hấp [3].

Bệnh viện Trung ương Huế với bề dày kinh nghiệm trong phẫu thuật cấp cứu bụng và nhi khoa, các bệnh nhân sơ sinh đều được các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong lĩnh vực sơ sinh trực tiếp phẫu thuật. Bên cạnh đó, chuyên ngành sơ sinh trong những thập kỷ qua đã phát triển và ứng dụng những tiến bộ trên thế giới như chiến lược thở máy phù hợp, nuôi dưỡng đường tiêu hóa và tĩnh mạch tối ưu. Trẻ sơ sinh sau phẫu thuật sẽ được chăm sóc hậu phẫu tại Khoa Hồi sức tích cực sơ sinh, Trung tâm Nhi. Tại đây, chúng tôi bước đầu ứng dụng phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS) trên trẻ sơ sinh như nuôi dưỡng tối ưu tĩnh mạch trước phẫu thuật, sử dụng acetaminophen giảm đau sớm sau phẫu thuật và hạn chế giảm đau bằng opioid, nuôi dưỡng tiêu hóa sớm sau phẫu thuật...[4]. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá quá trình hậu phẫu trẻ sơ sinh dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa tại đơn vị Hồi sức tích cực Nhi sơ sinh, Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả trẻ sơ sinh nhập viện tại Khoa Hồi sức tích cực sơ sinh, Bệnh viện Trung ương Huế, được chẩn đoán dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa và có chỉ định phẫu thuật từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024.

#### - Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Các dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa trong nghiên cứu bao gồm: Teo thực quản bẩm sinh, tắc tá tràng, tắc ruột, dị dạng hậu môn trực tràng.

+ Trẻ được phẫu thuật bởi các phẫu thuật viên từ khoa Ngoại Nhi Cấp cứu bụng và sau phẫu thuật được chuyển về chăm sóc tại khoa Hồi sức tích cực Nhi sơ sinh.

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Trẻ sơ sinh đã được phẫu thuật từ các bệnh viện khác, được chuyển tuyến đến chúng tôi để chăm sóc hậu phẫu.

+ Trẻ được phẫu thuật ngoài giai đoạn sơ sinh (>28 ngày tuổi).

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc với cỡ mẫu thuận tiện.

**Cỡ mẫu:** chúng tôi chọn được 42 trẻ sơ sinh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh.

Dữ liệu thu thập bao gồm thông tin nhân khẩu học của mẹ và trẻ sơ sinh, cũng như dữ liệu về thời điểm phẫu thuật, các đặc điểm hậu phẫu của trẻ sơ sinh. Mục tiêu chính là mô tả các đặc điểm hậu phẫu và các biến chứng xảy ra trong quá trình chăm sóc hậu phẫu. Các biến số trong nghiên cứu bao gồm các đặc điểm hậu phẫu như thời gian thở máy, thời điểm nuôi dưỡng tiêu hóa, thời điểm ngưng nuôi dưỡng tĩnh mạch, sử dụng thuốc giảm đau, thời gian nằm viện và chăm sóc tại NICU; cũng như các biến chứng bao gồm: nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng vết mổ, tràn khí màng phổi, phẫu thuật lần 2.

**- Xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập được phân tích bằng các thuật toán thống kê y học. Xử lý, tính toán bằng phần mềm SPSS 20.0.

**- Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự chấp thuận của Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Huế số H2023/447 ngày 01/8/2023. Mục tiêu nghiên cứu và quá trình thu thập số liệu không ảnh hưởng bất lợi đến đối tượng nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		Số lượng (n=42)	%
Tuổi thai (tuần)	Đủ tháng	34	81
	Non tháng	8	19
Tuổi mẹ trung bình (min-max)		31,2 (19-48)	
Giới	Nam	19	45,2
	Nữ	23	54,8
Cân nặng lúc sinh	≤ 2500g	11	26,2
	> 2500g	31	73,8
Apgar 5 phút trung bình (min-max)		9(7-10)	
Ngày tuổi nhập viện trung bình (min-max)		1(0-11)	
Ngày tuổi phẫu thuật (trung vị-IQR)		2 (1-3)	
Dị tật kèm theo		12	28,6

Nhận xét: Trẻ non tháng chiếm 19%, tuổi, mẹ trung bình là 31,2 tuổi, 23,8% trẻ được phát hiện chẩn đoán các dị tật trước sinh, 28,6% trẻ có ít nhất một dị tật kèm theo.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán

Đặc điểm n=42		Tổng n(%)	TTQBS (n=11)	TTT (n=7)	TR (n=17)	HMTT (n=7)
Hoàn cảnh phát hiện	Chẩn đoán / nghi ngờ trước sinh	13 (30,1)	2	5	4	2
	Phát hiện triệu chứng <=24 giờ tuổi	31 (73,8)	10	6	8	7
Triệu chứng tiêu hóa	Nôn	22 (52,3)	11	2	9	1
	Nôn / Sonde dạ dày ra dịch mật	3 (7,1)	0	0	3	0
	Bụng chướng	11 (26,2)	0	4	5	2
	Chậm đi cầu phân su	18 (42,9)	0	0	11	7
Triệu chứng ngoài tiêu hóa	Suy hô hấp	18 (42,9)	9	3	5	1
	CPR > 10mg/l trước phẫu thuật	4 (9,5)	1	0	2	1
	Hb (g/l)mean ± SD	16,7±3	16,5±1,9	18,9±2,8	15,3±3,1	18,1±2,7

TTQBS: teo thực quản bẩm sinh, TTT: tắc tá tràng, TR: tắc ruột, HMTT: dị dạng hậu môn trực tràng.

Nhận xét: Tắc tá tràng được phát hiện trước sinh nhiều nhất 5/7 trường hợp, 73,8% trường hợp được phát hiện triệu chứng/ dị tật trước 24 giờ tuổi, nôn là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 52,3%. Tỷ lệ CRP tăng trước phẫu thuật là 9,5%.

### 3.2. Đặc điểm hậu phẫu dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa giai đoạn sơ sinh

Bảng 3. Đặc điểm hậu phẫu dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa giai đoạn sơ sinh

Đặc điểm hậu phẫu (n=39)	Tổng	TTQBS (n=9)	TTT (n=7)	TR (n=16)	HMTT (n=7)	P
Thở máy (n)	16	8	3	5	0	<0,01
Số ngày thở máy trung bình (min-max)	1,9	2,1 (0,04-7)	1,2 (0,02-3)	1,8 (0,25-5)	-	-
Ngày hậu phẫu bắt đầu nuôi sữa TB (min-max)	4,9 (1-12)	4,7 (2-9)	7,4 (5-12)	5,1 (1-10)	1,9 (1-3)	<0,01
Ngày HP nuôi dưỡng tiêu hóa hoàn toàn	10 (3-20)	10,3 (6-20)	12,1 (8-16)	11,4 (3-20)	4,3 (3-8)	<0,01
Ngày hậu phẫu bắt đầu đi cầu TB (min-max)	3,4 (1-11)	2,4 (1-5)	4,4 (1-11)	4,3 (1-11)	1,3 (1-2)	<0,05
Số ngày sử dụng Para (n=32) TB (min-max)	4,8 (1-9)	5,9 (3-9)	4,5 (2-7)	4,8 (1-8)	3,3 (2-4)	-
Giảm đau bằng opioid (n)	7	6	1	0	0	-
Số ngày nằm viện TB (min-max)	24,2 (5-51)	25,7 (15-42)	29,1 (9-51)	25,4 (16-42)	14,9 (5-44)	-

TTQBS: teo thực quản bẩm sinh, TTT: tắc tá tràng, TR: tắc ruột, HMTT: dị dạng hậu môn trực tràng, TB: trung bình.

Nhận xét: 16/39 trẻ sau phẫu thuật cần thở máy, thời gian thở máy trung bình là 1,9 ngày. Ngày hậu phẫu bắt đầu nuôi dưỡng tiêu hóa trung bình là 4,9 ngày và ngày nuôi dưỡng tiêu hóa hoàn toàn là 10 ngày. Có 33/39 trẻ giảm đau bằng Paracetamol và 7/39 trẻ giảm đau bằng opioid.

Bảng 4. Các biến chứng hậu phẫu giai đoạn sơ sinh

Biến chứng hậu phẫu n=39		Tổng n(%)	TTQBS (n=9)	TTT (n=7)	TR (n=16)	HMTT (n=7)
Hô hấp	Đặt lại NKQ	2 (5,1)	1	0	1	0
	Tràn khí màng phổi	1 (2,6)	1	0	0	0
Nhiễm trùng	Nhiễm khuẩn huyết	12 (30,8)	3	3	6	0
	Cấy máu dương tính	6 (15,4)	1	1	4	0
	Nhiễm trùng vị trí vết mổ (n)	4 (10,3)	0	0	4	0
	CRP >10mg/l sau phẫu thuật	22 (56,4)	7	4	13	1
Huyết học	Thiếu máu có chỉ định truyền hồng cầu	4 (10,3)	1	1	2	0
Tiêu hóa	Bất dung nạp sữa	7 (17,9)	2	0	5	0
	Phẫu thuật lần 2	1 (2,6)	0	0	1	0
Tử vong <sup>(*)</sup>		3 (7,1)	2	0	1	0

TTQBS: teo thực quản bẩm sinh, TTT: tắc tá tràng, TR: tắc ruột, HMTT: dị dạng hậu môn trực tràng  
(\*): 3 cas tử vong không nằm trong 39 cas đánh giá các đặc điểm hậu phẫu

Nhận xét: Có 2 trường hợp cần đặt lại nội khí quản sau cai máy, 1 trường hợp tràn khí màng phổi, 1 trường hợp cần phẫu thuật lần 2. 12/39 trẻ được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết trong đó 6 trường hợp có cấy máu dương tính.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 42 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh, đặc điểm đối tượng nghiên cứu được thể hiện trong Bảng 1. Trong số đó, 45,5% là trẻ nam, trẻ non tháng chiếm 19%, cân nặng lúc sinh < 2500g chiếm 26,2%. Chẩn đoán trước sinh được thực hiện ở 23,8% trẻ sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi. Phát hiện trước sinh các dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa được báo cáo trong các nghiên cứu dao động từ 9,4% đến 85,7%. Mặc dù chẩn đoán trước sinh chưa được chứng minh là có liên quan đến việc cải thiện khả năng sống sót, tuy nhiên nó đã giúp ích trong tư vấn trước sinh và lập kế hoạch sinh nở [5].

Nghiên cứu Global PaedSurg Collaboration phát hiện ra rằng độ tuổi trung bình khi nhập viện là 3 giờ (IQR 0–28) ở các nước thu nhập cao, 24 giờ (IQR 3-9) ở các nước thu nhập trung bình và 72 giờ (IQR 16-192) ở các nước thu nhập thấp [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi, trẻ sơ sinh nhập viện khoa Hồi sức tích cực sơ sinh ở thời điểm trung bình là 1 ngày tuổi. Nhập viện muộn có thể dẫn đến tỉ lệ tử vong cao hơn ở các nước thu nhập thấp và trung bình [6]. Như vậy tại bệnh viện chúng tôi, trẻ được sàng lọc trước sinh các dị tật cũng như được theo dõi sát phát hiện sớm các triệu chứng bệnh. Trung vị ngày tuổi phẫu thuật là 2 ngày (IQR 1-3 ngày). Với nỗ lực phát hiện sớm các triệu chứng ban đầu, chỉ định các phương tiện hỗ trợ chẩn đoán kịp thời và sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ sơ sinh và bác sĩ ngoại nhi, tại bệnh viện chúng tôi các bệnh nhân đều được phẫu ngay khi xác định chẩn đoán.

Bảng 2 chúng tôi thể hiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân ngay tại thời điểm chẩn đoán. Có 28,6% trường hợp được chẩn đoán / nghi ngờ trước sinh qua các dấu hiệu gián tiếp trên siêu âm thai. Điều này góp phần vào việc nâng tỉ lệ phát hiện triệu chứng sớm

trước 24 giờ tuổi của nghiên cứu chúng tôi là 73,8%. Nhờ vậy chúng tôi có thể chỉ định các xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán sớm cũng như tiến hành cho bệnh nhân nhịn sớm và nuôi dưỡng tĩnh mạch tích cực, hạn chế biến chứng trước phẫu thuật. Điều này giải thích tại sao tỉ lệ các triệu chứng tại thời điểm chẩn đoán của nghiên cứu chúng tôi nôn ra dịch mật 7,1%, bụng chướng 26,2% thấp hơn nghiên cứu của Abraham với tỉ lệ nôn ra dịch mật 43%, bụng chướng 36% [7]. Một trong những khuyến cáo trong phục hồi sớm sau phẫu thuật là đảm bảo nồng độ Hb trước phẫu thuật của bệnh nhân > 9 g/l nếu trẻ trên 1 tuần tuổi không cần thở O<sub>2</sub> và > 10g/l nếu trẻ dưới 1 tuần tuổi và cần thở O<sub>2</sub>. Trong nghiên cứu chúng tôi nhờ phát hiện sớm các dị tật bẩm sinh nên nồng độ Hb vẫn còn tăng sinh lý trên trẻ sơ sinh, chúng tôi không có trường hợp nào ghi nhận Hb < 10g/l.

#### 4.2. Đặc điểm hậu phẫu

Các đặc điểm hậu phẫu trong nghiên cứu chúng tôi gồm thời gian thở máy, các đặc điểm về nuôi dưỡng tiêu hóa, sử dụng thuốc giảm đau và thời gian nằm viện. Trong nghiên cứu chúng tôi thời gian thở máy trung bình thấp hơn 48 giờ, đặc biệt nhóm trẻ teo thực quản bẩm sinh thời gian thở máy trung bình là 2,1 ngày, thấp hơn so với nghiên cứu của De Vos C là 7,6 ngày [8], nhóm trẻ dị tật hậu môn trực tràng không có trẻ nào cần thở máy hậu phẫu, khác so với nghiên cứu của Abraham có đến 67% trẻ cần thở máy từ 1,5-3 ngày [7].

Đối với việc chăm sóc hậu phẫu, ERAS (phục hồi sớm sau phẫu thuật) hiện nay đang được áp dụng trong nhiều lĩnh vực và đã có các hướng dẫn và đồng thuận trên thế giới dành cho trẻ sơ sinh. Các chiến lược bao gồm: ưu tiên sử dụng acetaminophen và giảm sử dụng opioid trong giảm đau, nuôi dưỡng tiêu hóa sớm ưu tiên sữa mẹ, tối ưu hóa nuôi dưỡng đường tĩnh mạch,... [4]. Trong nghiên cứu chúng tôi, ngày hậu phẫu bắt đầu nuôi dưỡng tiêu hóa trung bình là 4,9 ngày và ngày nuôi dưỡng tiêu hóa hoàn toàn là 10 ngày. Trong đó đối với nhóm trẻ tắc tá tràng, chúng tôi nuôi dưỡng tiêu hóa hơi muộn hơn so với nghiên cứu của Li-Bo Zhu nhưng chúng tôi đạt nuôi dưỡng tiêu hóa hoàn toàn sớm hơn [9]. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi trẻ cũng được nuôi sữa sớm hơn và đạt nuôi dưỡng tiêu hóa hoàn toàn sớm hơn so với nghiên cứu của Abraham [7]. Trong nghiên cứu chúng tôi đa phần trẻ sơ sinh sau phẫu thuật được giảm đau bằng paracetamol, chỉ có 7 trường hợp chủ yếu là các trường hợp sau phẫu thuật vẫn cần thở máy là có sử dụng opioid và 7 trường hợp ngày đều được ngưng opioid trước 72 giờ.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu này là 24 ngày, với thời gian ngắn nhất được ghi nhận ở các trường hợp dị tật hậu môn trực tràng (5 ngày), thời gian nằm viện dài nhất là 51 ngày trên một trẻ sơ sinh non tháng thiếu dưỡng cân nặng lúc sinh 1200g. Sự khác nhau về thời gian điều trị do các yếu tố như loại và mức độ nghiêm trọng của dị tật, sự hiện diện của dị tật kèm theo và các yếu tố tác như tuổi thai, cân nặng lúc sinh, nhiễm trùng. Phân tích dữ liệu về thời gian nằm viện có thể có giá trị để tư vấn cho cha mẹ trước và sau khi sinh, cũng như hỗ trợ lập kế hoạch và phân bổ nguồn lực và cơ sở hạ tầng y tế.

Trong nghiên cứu chúng tôi, các biến chứng hậu phẫu thường gặp là nhiễm trùng, bất dung nạp sữa với tỉ lệ lần lượt là 30,8%, 17,9%.

Về các biến chứng hô hấp sau phẫu thuật của chúng tôi, có 2 trường hợp phải đặt lại nội khí quản: 1 trường hợp tràn khí màng phổi và một trường hợp nhiễm trùng nặng trên trẻ non tháng. Trường hợp tràn khí màng phổi đã được dẫn lưu màng phổi và cai máy thở sau 4 ngày. Chúng tôi có 1 trường hợp phải phẫu thuật lại do hẹp miệng nối và trẻ được rút nội khí quản ngay sau phẫu thuật.

Nhiễm trùng huyết sau phẫu thuật xuất hiện ở 12/39 trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi trong đó có 6 trường hợp cấy máu dương tính với các tác nhân gram âm: *Enterobacter aerogenes* (1 trường hợp), *Klebsiella pneumoniae* (5 trường hợp). Nhiễm trùng huyết sau phẫu thuật đã được xác định là nguyên nhân chính gây tử vong sau phẫu thuật, với một nghiên cứu ở Nam Phi đã báo cáo rằng 74% trẻ tử vong sau phẫu thuật là do nhiễm trùng huyết [10]. Mặc dù tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật của chúng tôi không cao, nhưng vẫn có lo ngại về sự hiện diện của các vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh, đặc biệt là gram âm đa kháng.

Tại đơn vị chúng tôi, nuôi dưỡng đường tiêu hóa sau hậu phẫu luôn được ưu tiên ngay khi có thể và trong số này chỉ có 7 trường hợp có dung nạp sữa kém (nôn, chướng bụng, dịch dư dạ dày nhiều,...) dẫn đến nhịn. Chúng tôi cũng nuôi dưỡng tiêu hóa lại ngay khi triệu chứng cải thiện.

Một nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm gần đây xem xét tỉ lệ tử vong do dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa ở 74 quốc gia cho thấy tỉ lệ tử vong trong 30 ngày là 39,8% ở các nước thu nhập thấp; 20,4% ở các nước thu nhập trung bình và 5,6% ở các nước thu nhập cao [5]. Một nghiên cứu ở Nam Phi về cả các trường hợp phẫu thuật bụng bẩm sinh và mắc phải cho thấy tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật 30 ngày là 11% [11]. Trong nghiên cứu chúng tôi có 3/42 trẻ (7,1%) tử vong và cả ba trường hợp này đều là sơ sinh rất non, cân nặng rất thấp <1500g. Nguyên nhân tử vong chính của cả 3 trẻ này đều là những biến chứng của trẻ sinh non như nhiễm khuẩn huyết nặng, tràn khí màng phổi. Như vậy tỉ lệ tử vong hậu phẫu của nghiên cứu chúng tôi cũng gần với tỉ lệ của các nước phát triển.

Những hạn chế của nghiên cứu này bao gồm nghiên cứu đơn trung tâm và cỡ mẫu nhỏ. Chúng tôi chỉ nghiên cứu trong nhóm các dị tật ống tiêu hóa nên đã loại trừ Thoát vị hoành và hở thành bụng. Ngoài ra, việc theo dõi lâu dài đối với quần thể nghiên cứu này và xem xét nguyên nhân tử vong đối với tỉ lệ tử vong trong năm đầu đời cũng chưa được thực hiện.

## V. KẾT LUẬN

Dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa (teo thực quản bẩm sinh, tắc tá tràng, tắc ruột, dị dạng hậu môn trực tràng) có thể được chẩn đoán và phẫu thuật sớm trong những ngày đầu sau sinh. Tử vong sau phẫu thuật thường gặp trên nhóm trẻ non tháng, thai chậm tăng trưởng trong tử cung. Biến chứng sau phẫu thuật thường gặp nhất là nhiễm khuẩn. Chương trình phục hồi sớm sau phẫu thuật bao gồm ưu tiên sử dụng acetaminophen và giảm sử dụng opioid trong giảm đau, nuôi dưỡng tiêu hóa sớm ưu tiên sữa mẹ, tối ưu hóa nuôi dưỡng đường tĩnh mạch,... có thể bước đầu áp dụng trên đối tượng sơ sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017. 388(10053), 1725–74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31575-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31575-6).
2. Wright NJ. Management and outcomes of gastrointestinal congenital anomalies in low, middle and high income countries: protocol for a multicentre, international, prospective cohort study. *BMJ Open*. 2019. 9(8),e030452. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31575-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31575-6).
3. Zeng FTA, Mbaye PA, Gueye D, Seck NF, Wellé IB, Niang R, *et al*. Factors associated with mortality in congenital malformations of the gastrointestinal tract in a tertiary center in Senegal. *World Jnl Ped Surg*. 2023. 6, e000463. <https://doi.org/10.1136/wjps-2022-000463>.
4. Brindle ME, McDiarmid C, Short K, Miller K, MacRobie A, Lam JYK, *et al*. Consensus Guidelines for Perioperative Care in Neonatal Intestinal Surgery: Enhanced Recovery After

- Surgery (ERAS<sup>®</sup>) Society Recommendations. *World J Surg.* 2020. 44(8), 2482–92. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05530-1>.
5. Wright NJ, Leather AJM, Ade-Ajayi N, Sevdalis N, Davies J, Poenaru D, *et al.* Mortality from gastrointestinal congenital anomalies at 264 hospitals in 74 low-income, middle-income, and high-income countries: a multicentre, international, prospective cohort study. *The Lancet.* 2021. 398(10297), 325–39. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00767-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00767-4).
  6. Ekenze SO, Ajuzieogu OV, Nwomeh BC. Challenges of management and outcome of neonatal surgery in Africa: a systematic review. *Pediatr Surg Int.* 2016. 32(3), 291–9. <https://doi.org/10.1007/s00383-016-3861-x>.
  7. Abrahams I, de Vos C, Wyk LV, Abrahams I. The outcomes of specific surgically correctable congenital gastro-intestinal malformations at a tertiary level neonatal intensive care unit in South Africa. 2024. 13. <https://doi.org/10.47338/jns.v13.1250>.
  8. De Vos C, van Wyk L, Sidler D, Goussard P. The 30-day outcome of neonates operated for esophageal atresia. *J Neonatal Surg.* 2022. 11. <https://doi.org/10.47338/jns.v11.1049>.
  9. Zhu LB, Li YF, Shu JT, Xi M, Bai Q, Yan JH, *et al.* Enhanced recovery after surgery in congenital duodenal obstruction. 2023. *BMC Gastroenterology.* 23, 423. <https://doi.org/10.1186/s12876-023-03057-y>.
  10. Hasan S, Mitul AR. Neonatal Surgical Morbidity and Mortality at a Single Tertiary Center in a Low- and Middle-Income Country: A Retrospective Study of Clinical Outcomes. *Front Surg.* 2022. 9. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.817528>.
  11. Siyotula T, Arnold M. An analysis of neonatal mortality following gastro-intestinal and/or abdominal surgery in a tertiary hospital in South Africa. *Pediatr Surg Int.* 2022. 38(5), 721–9. <https://doi.org/10.1007/s00383-022-05100-7>.
-