

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TEO THỰC QUẢN

(Báo cáo 22 bệnh nhân)

Trần Ngọc Bích

Khoa Phẫu thuật Nhi, Bệnh viện Việt - Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Teo thực quản là dị tật khó mổ và tử vong cao hơn các dị tật khác của đường tiêu hoá. Nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

- Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng để chẩn đoán teo thực quản
- Đánh giá kết quả điều trị

Phương pháp:

Phương pháp: Hồi cứu, mô tả

Đối tượng: Bệnh nhi bị teo thực quản.

Kết quả: Từ 10-2001 tới 6-2011, tại Bệnh viện Việt - Đức, chúng tôi đã mổ 20 bệnh nhi bị teo thực quản có rò khí thực quản và 2 bệnh nhi teo thực quản đơn thuần, trong đó mổ một thì 19 BN, mổ nhiều thì 3 BN. Kết quả mổ sống ra viện 17 BN (77,3%), chết 5 BN (22,7%).

Tỉ lệ thành công là khá cao nhưng vẫn có thể giảm được tỉ lệ tử vong thấp hơn với kỹ thuật mổ, gây mê và điều trị sau mổ tốt hơn để tránh các biến chứng suy hô hấp, viêm phổi.

Kết luận: Để giảm tỷ lệ tử vong khi mổ chữa teo thực quản, cần có chẩn đoán sớm, điều trị trước mổ tốt, có kỹ thuật mổ và gây mê tốt, điều trị sau mổ tốt.

Từ khoá: Teo thực quản

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo thực quản được William Durston mô tả lần đầu tiên vào năm 1670. Năm 1913, Richier mô tả thất đường rò khí - thực quản. Năm 1929, Vogt đã mô tả các dị dạng của thực quản, trong đó có thể bệnh rò khí - thực quản. Vào cuối những năm 30, nhiều tác giả đã mô tả các phương pháp nhiều thì mổ chữa teo thực quản. Tới năm 1935, một bệnh nhân (BN) đầu tiên sống nhờ mở thông dạ dày. Năm 1941, Bệnh nhân đầu tiên được mổ cứu sống bằng cắt-thất đường rò và nối thực quản ngay bởi Cameron Haight. Từ những năm 50, phương pháp mổ một thì đã ra đời và tỷ lệ sống sau mổ ngày một cao nhờ tiến bộ của gây mê-hồi sức, của kỹ thuật điều trị trước, trong và sau mổ. Cho tới nay teo thực quản vẫn là một cấp cứu ngoại nhi thuộc loại khó điều trị và tỷ lệ tử vong cao. Tỷ lệ sống phụ thuộc chẩn đoán sớm, kỹ thuật mổ và

điều trị trước-sau mổ và tình trạng bệnh nhân [1, 2, 10, 11, 12]. Ở Việt Nam: bệnh nhân đầu tiên được mổ cứu sống tại Bệnh viện Nhi Trung ương vào năm 1987 [7]. Tiếp đó một số trung tâm ngoại khoa lớn trong nước cũng thông báo kết quả mổ thành công bệnh nhân đầu tiên của mình như Bệnh viện Nhi Đồng 1 vào năm 1997 [6], Bệnh viện Trung ương Huế vào năm 1998 [5] Tại Bệnh viện Việt - Đức, bệnh nhân được mổ đầu tiên và sống vào năm 2001 [9]. Tới nay, chúng tôi đã mổ 22 bệnh nhân với kết quả sống 17 và chết 4 và 1 BN đang điều trị thì gia đình xin về. Chúng tôi báo cáo lại những bệnh nhân đã mổ, đánh giá lại quá trình điều trị để rút kinh nghiệm nhằm giảm tỷ lệ tử vong trong chữa dị tật này.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng để chẩn đoán teo thực quản
2. Đánh giá kết quả điều trị

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân bị teo thực quản được mổ tại Bệnh viện Việt-Đức từ 2001 - 2011.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả

3. KẾT QUẢ

3.1. Số bệnh nhân, giới tính và tuổi lúc vào viện và mổ

- Số bệnh nhân: 22. Giới tính: nam: 8; nữ: 14
- Tuổi lúc vào viện tính bằng giờ sau đẻ: $X = 16,1 \pm 11,2$ giờ.

- Tuổi lúc mổ tính bằng giờ sau đẻ: $X = 27,9 \pm 16,7$ giờ.

3.2. Triệu chứng và chẩn đoán

3.2.1. Triệu chứng

- Cân nặng lúc sinh: $X = 2620 \text{ g} \pm 530 \text{ g}$.
Từ 2000 g - 2500 g có 10 BN, trên 2500g có: 12 BN.

- Các triệu chứng lâm sàng:
+ Sau đẻ, có dấu hiệu đùn nước bọt qua mũi - miệng: 22 BN (100%).

+ Đặt ống thông không vào được dạ dày, chỉ đặt sâu khoảng 11-12 cm: 20 bn (100%)

+ Tím môi từng đợt: 18 bn (80%)

+ Tình trạng phổi: viêm phổi ở 7 BN (35%)

- Chẩn đoán hình ảnh:

+ Chẩn đoán siêu âm trước đẻ: 6 BN

+ X quang: 22 BN. Bơm thuốc cản quang vào túi cùng trên thực quản: 22 BN

3.2.2. Chẩn đoán

- Nơi sinh và chẩn đoán khi chuyển tới Bệnh viện Việt-Đức:

+Nơi sinh: Tại Bệnh viện Phụ sản trung ương: 18 BN

Tại các bệnh viện khác: 4 BN

+ Chẩn đoán sau đẻ và lúc chuyển viện: Chẩn đoán teo thực quản: 21 BN

- Chẩn đoán tại Bệnh viện Việt - Đức:

+ Thời gian có chẩn đoán teo thực quản sau khi vào viện: từ 2- 3 giờ: 22 BN

+ Chẩn đoán loại teo thực quản trước mổ: Teo thực quản có rò đầu dưới thực quản với khí quản:

20 BN (90,9%), teo thực quản không rò khí-thực quản: 2 BN (9,1%).

+ Dị tật phối hợp với teo thực quản: 8 bệnh nhân (36,4%).

* Một bệnh nhân có teo hậu môn - trực tràng, rò trực tràng tiền đình, hai bên là thận đối với niệu quản hình chữ Y. ở bên trái có nang thận, hẹp chỗ nối giữa 2 bể thận với niệu quản, có van ở giữa niệu quản chính còn niệu quản phụ bị tịt. Cả hai niệu quản chính ở hai bên và niệu quản phụ bên trái đều đổ vào niệu đạo nên gây rỉ nước tiểu liên tục và bàng quang bé.

* Một bệnh nhân có teo hậu môn - trực tràng, rò trực tràng âm đạo, thông liên nhĩ, hở van 3 lá.

* Một bệnh nhân có teo hậu môn - trực tràng, rò trực tràng âm đạo, thận trái mất chức năng, thận phải nhiều nang và bị giãn do hẹp chỗ nối bể thận niệu quản và suy thận sớm sau đẻ.

*Một bệnh nhân còn ống động mạch

* Một bệnh nhân có nang phổi phải

* Có 3 bệnh nhân có quai động mạch chủ quay bên phải.

3.3. Điều trị và kết quả

3.3.1. Điều trị trước mổ: 22 BN đều được truyền dịch, kháng sinh, đặt ống thông vào đầu trên thực quản để hút nước bọt và chất xuất tiết.

3.3.2. Kỹ thuật mổ và kết quả

- Mổ một thì: 19 BN. Cắt thực quản đầu dưới khỏi khí quản và khâu lại khí quản, nối 2 đầu thực quản tận tận, đặt ống thông số 08 qua thực quản vào dạ dày ở 13 BN, mở thông dạ dày: 4 BN.

Kết quả mổ: sống 15 BN, chết tại bệnh viện 1 BN do viêm phổi nặng suy tim và gia đình xin về 3 BN.

+ Hai bệnh nhân được gia đình xin về đều có viêm phổi nặng: 1 bệnh nhân có kèm dị tật tim bẩm sinh, teo hậu môn trực tràng đã ra viện nhưng bị viêm phổi do trào ngược nên vào viện lần 2, điều trị kháng sinh và thở máy 12 ngày không kết quả và bị rò lại khí thực quản kèm viêm phổi nặng.

Bệnh nhân thứ 3 bị xin về, được các bác trong gia đình đưa đến điều trị và xin về khi đang điều trị. Bệnh nhân có cân nặng 2100g, kỹ thuật mổ nối 2 đầu thực quản thuận lợi, sau mổ đang thở máy, tình trạng bệnh nhân ổn định nhưng các bác

bệnh nhân xin ngừng điều trị để về nhà. Đây là một trường hợp đáng tiếc vì vẫn có thể cứu sống bệnh nhân.

- Mổ nhiều thì: 3 BN, sống 2, chết 1.

+ Một bệnh nhân được mổ thông dạ dày ở thì mổ đầu vì teo thực quản không rò khí thực quản. Sau mổ 6 ngày bơm thuốc cản quang vào dạ dày, để bệnh nhân tư thế đầu thấp và chụp thực quản xác định vị trí đầu dưới thực quản ở D 9. Do hai đầu thực quản xa nhau (cách 6 đốt sống) nên đã chỉ định mổ lần 2 để mở thông đầu trên thực quản ra da cổ nhưng gia đình xin về và quay lại để mổ khi bệnh nhân 11 ngày tuổi. Mổ lần 3 lúc bệnh nhân 2 tuổi để tạo hình thực quản bằng đại tràng ngang.

+ Một bệnh nhân mổ thì 1 chỉ mở thông dạ dày và thì 2 mổ lúc 8 tháng tuổi tạo hình thực quản bằng dạ dày.

+ Một bệnh nhân chết: đầu trên thực quản ở D1 nằm lệch sang trái khí quản, đầu dưới thực quản ở D4 và có rò với khí quản. Quai động mạch chủ đổi vị trí, nằm ở bên phải cột sống. Trong khi mổ: bệnh nhân bị tím nhiều lần nên chỉ khâu lại đường rò khí thực quản và mở thông dạ dày. Trong 4 tuần sau mổ: bơm sữa qua mở thông dạ dày và đặt ống thông chất dẻo vào đầu trên thực quản để hút nước bọt và đẩy ống thông xuống với mục đích nong làm dài thực quản. Đầu trên thực quản ở tuần thứ 4 sau mổ đã xuống tới vị trí D3 nên đã quyết định mổ lại để nối 2 đầu thực quản. Diễn biến sau mổ 1 tuần thuận lợi, từ ngày thứ 8 sau mổ thì bệnh nhân hay bị nôn-trào ngược dạ dày thực quản và gây viêm phổi. Chụp thực quản nghi có đường rò nhỏ vào khí quản. Chỗ mở thông dạ dày bị loét rò dịch dạ dày và thức ăn nên quyết định mổ lại làm lại mở thông dạ dày. Khi gây mê nội khí quản, khí qua đường rò vào dạ dày và suy thở. Mở lại ngực tim và khâu lại chỗ rò khí quản và thực quản rồi quay lại ổ bụng mở rộng tạo hình môn vị. Sau mổ, bệnh nhân thở máy và tử vong sau mổ 2 ngày.

3.3.3. Điều trị sau mổ

- Vẫn theo nguyên tắc chung: cho ăn sữa qua ống thông, truyền dịch trong 2- 4 ngày đầu, kháng sinh.

- Về hô hấp sau mổ:

+ Rút ống nội khí quản sớm < 24 giờ sau mổ: 8 BN, kết quả sống 7 BN, xin về 1 BN.

+ Phải thở máy: từ 24 - 48 giờ là 11 BN. Kết quả sống 8 BN, xin về 2 BN và chết 1 BN sau 3 lần mổ.

+ Phải thở máy > 48 giờ là 3 BN, kết quả sống 2 nhưng có 1 BN phải điều trị viêm phổi kéo dài, chết 1 vì suy hô hấp.

4. BÀN LUẬN

Chúng tôi xin bàn về triệu chứng - chẩn đoán, điều trị và kết quả.

4.1. Về triệu chứng và chẩn đoán

- Có 2 triệu chứng lâm sàng chính giúp chẩn đoán sớm: đùn nước bọt qua mũi-miệng có thể kèm tím môi từng đợt và đặt ống thông vào dạ dày chỉ vào được khoảng 11-12 cm. Các dấu hiệu khác như viêm phổi, suy hô hấp.. là những dấu hiệu muộn cho chẩn đoán.

- Chụp đầu trên thực quản có bơm cản quang là phương pháp chính để chẩn đoán teo thực quản.

- Về chẩn đoán thể bệnh, đã có một số cách phân loại teo thực quản như của Ladd và Gross, Betex M - Kuffer F và Scharli A, của Myers và Aberdeen, nhưng chúng tôi theo cách phân loại của chúng tôi chỉ thành 3 loại [10]: teo thực quản có rò khí thực quản, teo thực quản không có rò và không teo thực quản nhưng có rò khí- thực quản, vì dựa cách phân loại này chúng tôi chọn lựa kỹ thuật mổ.

4.2. Điều trị và kết quả: Đây là một cấp cứu.

4.2.1. Chỉ định mổ: Khi có chẩn đoán, toàn trạng tương đối ổn định.

4.2.2. Chọn kỹ thuật mổ

- Lựa chọn phương pháp mổ một thì hay nhiều thì:

Sự lựa chọn phương pháp mổ tùy thuộc vào thể loại teo thực quản.

+ Phẫu thuật một thì:

Chỉ định khi: Hai đầu thực quản gần nhau, có thể nối ngay được, tình trạng toàn thân ổn định. Chúng tôi đã mổ một thì ở 19 BN.

+ Phẫu thuật nhiều thì:

Chỉ định khi: Nhiều dị tật nặng phối hợp, viêm

phổi nặng, hai đầu thực quản teo xa nhau, không thể nối ngay được, teo thực quản nhưng không có rò khí - thực quản

Chúng tôi có 3 bệnh nhân mổ nhiều thì. Tử vong một bệnh nhân liên quan tới biến chứng viêm phổi, trào ngược dạ dày thực quản và rò khí thực quản.

- Làm dài đoạn thực quản trên có 4 kỹ thuật: Livaditis, Howard-Myers, Kimura và Foker.

Chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật Howard-Myers (đặt ống thông vào túi cùng trên thực quản để hút dịch và đẩy ống thông xuống để làm dài dần thực quản) ở một bệnh nhân và đã nối được 2 đầu thực quản và chúng tôi thấy nên thực hiện kỹ thuật này.

- Mở thông dạ dày:

Một vấn đề khác cần nêu: Có nên mở thông dạ dày không?

Một số tác giả chủ trương mở thông dạ dày một cách hệ thống để đưa ống thông xuống hồng tràng cho ăn.

Một số tác giả khác lại chủ trương không mở thông dạ dày mà chỉ đặt ống thông qua mũi, miệng nối thực quản vào dạ dày để cho ăn.

Chúng tôi thấy mở thông dạ dày cũng có những biến chứng của nó và đặt ống thông qua mũi, miệng nối vào dạ dày để bơm sữa nuôi dưỡng là biện pháp đơn giản ít biến chứng nên được áp dụng, nhưng trong trường hợp bệnh nhân cân nặng thấp, miệng nối căng, có viêm phổi thì nên mở thông dạ dày để cho ăn sớm.

4.2.3. Kết quả điều trị và các yếu tố tiên lượng

Phụ thuộc vào cân nặng, mức độ viêm phổi, các dị tật khác phối hợp, mức độ nặng nhẹ của dị tật và cách điều trị. Theo một thống kê ở Mỹ:

- Nếu cân nặng > 2500g, không viêm phổi, không dị tật phối hợp, ở thể bệnh có thể nối thực quản ngay được thì tỷ lệ sống sau mổ đạt tới 90%.

- Nếu cân nặng từ 2000 - 2500g, viêm phổi nhẹ, có dị tật nhẹ phối hợp thì tỷ lệ sống sau mổ vào khoảng 70%.

- Nếu cân nặng < 2000g, có dị tật nặng kèm viêm phổi nặng thì tỷ lệ sống sau mổ chỉ khoảng 20%.

Theo báo cáo của Bệnh viện Kobe Nhật Bản thì tới năm 2002, tỉ lệ sống là 87 % [12].

Tử vong do teo thực quản ở Việt Nam còn

cao nhưng có giảm đáng kể trong những năm gần đây. Tại Bệnh viện Nhi trung ương: Bệnh nhi đầu tiên sống sau mổ vào năm 1987, tỷ lệ chết tới năm 1992 còn 61% và tới năm 1999 thì còn 48,9% (22/45, tính tổng số bệnh nhân teo thực quản vào viện) nhưng nếu chỉ tính những bệnh nhân được mổ thì chết sau mổ là 36% (13/36) [7]. Một tổng kết gần đây nhất cũng của Bệnh viện Nhi trung ương trong 3 năm (từ 1-1-2002 tới 31-12-2005) với 68 BN bị teo thực quản thì tỉ lệ tử vong là 33,82% (23/68 BN). Tỷ lệ mổ teo thực quản của Bệnh viện Nhi Đồng 1 tới năm 2004, tử vong 41% với 87 bệnh nhân được mổ [6]. Tỷ lệ tử vong của teo thực quản bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2005 là 41,94% [11]. Bệnh viện trung ương Huế với 16 bệnh nhân mổ trong thời gian gần 20 năm (1985-2004) thì tỷ lệ tử vong là 43,7% (7/16) [5].

Yếu tố liên quan tới tử vong theo một số nghiên cứu trong nước bao gồm cân nặng thấp, các dị tật kèm theo, rối loạn điện giải và rối loạn toan chuyển hoá máu và phải sử dụng hô hấp hỗ trợ bằng máy sau mổ, tỉ lệ tử vong cao khi thở máy kéo dài [8, 11]. Ở những bệnh nhân của chúng tôi, nếu rút được nội khí quản sớm thì tiên lượng tốt hơn phải thở máy kéo dài.

Chúng tôi đã mổ 22 bệnh nhân, trong đó có đa dị tật 6 bệnh nhân, bất thường vị trí quai động mạch chủ 3 bệnh nhân, nang phổi 1 bệnh nhân, phải mổ nhiều thì 3 bệnh nhân, kết quả sống ra viện 17 (77,3%), chết 4 (18,2%) và một bệnh nhân (4,5%) đang điều trị ổn định thì gia đình cố xin về và chết ở nhà. Hy vọng với những kinh nghiệm mổ với chỉ định và kỹ thuật điều trị đúng, chúng tôi sẽ giảm được tỷ lệ tử vong trong những bệnh nhân tiếp theo.

5. KẾT LUẬN

Qua 22 bệnh nhân bị teo thực quản đã mổ với kết quả mổ sống ra viện 17 BN (77,3%), chết 4 BN (18,2%) và gia đình xin về khi đang điều trị 1 BN (4,5%). Chúng tôi thấy để giảm tỷ lệ tử vong, cần có chẩn đoán sớm, điều trị trước mổ tốt, có kỹ thuật mổ và gây mê tốt, điều trị sau mổ tốt để tránh các biến chứng suy hô hấp, viêm phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bargy. F. (1990):** Atrésie de l'oesophage. Chirurgie digestive de l'enfant. . p 117 - 134. Doin éditeurs,
- 2. Bettex M, Kuffer F. Sharli. (1978):** Atrésie de l'oesophage Précis de chirurgie infantile. p87– 91. Masson
- 3. Carroll M. Harmon, Arnold G Coran.(1998):** Congenital Anomalies of the Esophagus,. Pediatric surgery - 5 th ed/edited by James A-o' Neill , Jr... p 941 – 967. Mosby- Years book, In C,
- 4. Jaubert de Beaujeu.M (1978):.** Atrésie de l'oesophage Techniques de chirurgie pédiatrique. p 176-186. Masson,
- 5. Lê Lộc, Hồ Hữu Thiện (2004):** Kết quả phẫu thuật teo thực quản bẩm sinh type C. Hội nghị Ngoại nhi lần thứ nhất. Bệnh viện Nhi Đồng 1 ngày 4-5/11/2004 tr 42-46. TP Hồ Chí Minh.
- 6. Nguyễn Kinh Bang, Huỳnh Công Tiến, Đào Trung Hiếu (2004):** Những tiến bộ trong điều trị teo thực quản tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Hội nghị Ngoại nhi lần thứ nhất. Bệnh viện Nhi Đồng 1 ngày 4-5/11/2004, tr 33-41. TP Hồ Chí Minh.
- 7. Nguyễn Thành Công, Trần Ngọc Bích,**
- Nguyễn Thanh Liêm (2000):** Kết quả điều trị teo thực quản tại Viện Nhi Hà Nội 1997- 1999. Nhi khoa (Kỹ yếu công trình nghiên cứu khoa học), tr 532 – 537
- 8. Nguyễn Thành Công, Phạm Thị Hoài Giang, Nguyễn Thanh Liêm (2008):** Một số yếu tố nguy cơ trong điều trị bệnh teo thực quản bẩm sinh. Hội nghị Ngoại Nhi toàn quốc lần thứ III. Hà Nội 28-29 /3 / 2008, tr 110116.
- 9. Trần Ngọc Bích (2004):** Teo thực quản và đa dị tật . Y học Việt Nam, 304: 243 - 249
- 10. Trần Ngọc Bích (2005):** Teo thực quản - Rò khí thực quản. Cấp cứu Ngoại khoa. Trường Đại học Y Hà Nội, Bộ môn Ngoại, tr 7-24. Nhà xuất bản Y học.
- 11. Trần lê Uyên Phương (2005):** Etude de l'atresie de l'oesophage chez les nouveau-nés au service de chirurgie de l'hôpital de Pédiatrie II de Ho Chi Minh Ville. Khoá luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa khoá 1999-2005, Khoa Y Trường Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.
- 12. Tsugawa C. (2002):** Điều trị teo thực quản hiện nay: kinh nghiệm từ Bệnh viện Kobe Nhật Bản. Y học thực hành - Chuyên đề Ngoại Nhi., tháng 2, tr 24- 28

ABSTRACT

ESOPHAGEAL ATRESIA: DIAGNOSIS AND TREATMENT (REPORT 22 CASES)

Trần Ngọc Bích

Paediatric Surgical Department,
Viet - Duc Hospital – Ha Noi

Objectives: Esophageal atresia is one malformation which is difficult to treat and positive outcome rates are less than those for other malformation of the digestive tract.

Objectives:

- To describe the symptoms for diagnosis of esophageal atresia.
- To evaluate the results of the treatment.

Methods

Methods: Descriptive, retrospective study

Subjects: Patient diagnosed with oesophageal atresia

Results: Between October 2001 and June 2011, in Viet -Đuc hospital, 20 patients were diagnosed with oesophageal atresia with tracheo-oesophageal fistula and 2 patient was diagnosed with oesophageal atresia without tracheo-oesophageal fistula. One stage repair was performed on 19 patients and multistage correction on 3 patients. Results: Survival occurred in 17 patients (77.3%) and mortality in 5 patients (22.7 %).

Diagnosis of oesophageal atresia based on a clinical examination and radiology.

It is an optimal success rate but the mortality rate can be reduced if operating technique, anesthesia and postoperated treatment are improved in order to prevent complications such as pneumonia and respiratory insufficiency.

Conclusion: In order to have a high success rate in treatment of oesophageal atresia it is very necessary to have a early diagnosis and optimal surgical treatment.

Key words: Esophageal atresia.