

THỰC TRẠNG CHUYỂN VIỆN TRẺ SƠ SINH DỊ TẬT BẨM SINH CÓ THỂ CAN THIỆP PHẪU THUẬT TẠI BV NĐ1

ThS. BS. Cam Ngọc Phượng
Khoa HSSS- BV NĐ1

Tóm tắt

Mục tiêu Khảo sát các đặc điểm về tỷ lệ sơ cứu và tình trạng lúc nhập viện của trẻ sơ sinh bệnh lý Ngoại khoa nhập Khoa HSSS Bệnh viện Nhi đồng I từ tháng 2/2007 đến tháng 2/2008. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu** Mô tả tiền cứu, tất cả trẻ sơ sinh bệnh lý Ngoại khoa thường gặp như hở thành bụng, thoát vị hoành, teo thực quản, tắc tá tràng, teo tá tràng. **Kết quả - Bàn luận** Hở thành bụng: 83% trường hợp sơ cứu ban đầu bằng cách bao khối thoát vị trong gạc tẩm Normal saline, hậu quả là hầu hết trẻ nhập viện bị hạ thân nhiệt. Tất cả trẻ teo thực quản bẩm sinh khi chuyển viện không được đặt ống thông túi cùng trên để hút, vì vậy tỷ lệ viêm phổi hít ở nhóm trẻ này rất cao. Tỷ lệ trẻ thoát vị hoành bẩm sinh suy hô hấp lúc nhập viện 68%, thậm chí có 3 trường hợp tử vong trong vòng 6 giờ đầu sau nhập viện do suy hô hấp nặng, đặt nội khí quản trễ. Hầu hết các trẻ bệnh lý teo tá tràng nhập viện trong bệnh cảnh mất nước và suy kiệt nặng, do chẩn đoán bệnh trễ và bù dịch và điện giải không đủ. **Kết luận.** Cần chú trọng các nguyên tắc sơ cứu trước khi chuyển để góp phần hạn chế các biến chứng có thể phòng ngừa được như hạ thân nhiệt, hạ đường huyết, mất nước, toan hô hấp, góp phần cải thiện kết quả điều trị nhóm sơ sinh bệnh lý ngoại khoa.

TRANSFERRING SITUATIONS OF NEWBORNS WITH SURGICAL CONGENITAL MALFORMATIONS AT CH1

Abstract

Objective Describe primary management and characteristics of newborns with surgical congenital malformations admitted the NICU of CH1 from 2/2007 to 2/2008. **Patients and Methods** Descriptive prespective study of newborns with gastroschisis, congenital diaphragmatic hernia, esophageal atresia, duodenal atresia. **Results - Discussion** In gastroschisis, wet gauge wraps had be done in 83%, so most of patients had hypothermia on admission. No cases of esophageal atresia had an upper end pouch drainage, therefore, the rate of aspiration pneumonia in this group were high. 68% of congenital diaphragmatic hernia had respiratory failure on admission, especially there were 3 deaths during 6 hours after admisson due to severe respiratory failure, late intubation. Most newborns with duodenal atresia presented severe dehydration and malnutrition due to late diagnosis and no enough of fluid and electrolyte replacement. **Conclusion.** Emphasizing primary management before transferring is necessary for minimizing avoidable complications such as hypothermia, hypoglycemia, dehydration, respiratory acidosis, contributed to improve the efficiency of treatment in surgical newborns.

Giới thiệu

Trên thế giới, những tiến bộ trong phẫu thuật và hồi sức trẻ sơ sinh có dị tật bẩm sinh đã giúp cải thiện tỷ lệ tử vong và giảm thiểu di chứng lâu dài sau phẫu thuật.

Tại khoa HSSS BV Nhi đồng I với sự cải thiện tỷ lệ cứu sống trẻ sơ sinh dị tật bẩm sinh trong 10 năm qua, việc phẫu thuật và hồi sức hiện tại đã mở rộng cho nhóm trẻ sanh non và nhẹ cân.

Tuy nhiên cho đến nay, tỷ lệ tử vong chung của các bệnh lý Ngoại khoa sơ sinh thường gặp như hở thành bụng, thoát vị hoành, teo thực quản, tắc tá tràng, teo tá tràng, ... của chúng tôi vẫn còn cao so với các nước đã phát triển.

Khoa HSSS Bệnh viện Nhi đồng I là nơi tiếp nhận các bệnh lý Ngoại khoa sơ sinh từ các tỉnh phía nam chuyên đến. Chuẩn bị tiên phẫu thích hợp và đầy đủ cho nhóm bệnh lý này là vấn đề rất quan trọng. Những bước khởi đầu nhằm cải thiện tỷ lệ cứu sống nhóm trẻ sơ sinh bệnh lý ngoại khoa là khảo sát tình trạng bệnh nhi lúc nhập viện, nhận biết các yếu tố có thể can thiệp.

Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát các đặc điểm về tỷ lệ sơ cứu và tình trạng lúc nhập viện của trẻ sơ sinh bệnh lý Ngoại khoa nhập Khoa HSSS Bệnh viện Nhi đồng I từ tháng 2/2007 đến tháng 2/2008.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiền cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn vào nghiên cứu tất cả trẻ sơ sinh bệnh lý Ngoại khoa thường gặp như hở thành bụng, thoát vị hoành, teo thực quản, tắc tá tràng, teo tá tràng.

Loại khỏi nghiên cứu tất cả các trường hợp đã được phẫu thuật trước nhập viện.

Kỹ thuật chọn mẫu: Lấy trọn tất cả những trẻ sơ sinh thỏa các tiêu chuẩn chọn vào nhập Khoa HSSS Bệnh viện Nhi đồng I từ tháng 2/2007 đến tháng 2/2008.

Kết quả

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng theo bệnh lý:

Đặc điểm	HTB	TVH	TTQ	TTT
Số ca	40	33	32	44
Tuổi thai				
Cân nặng lúc sanh trung bình (g)	2100	3000	2400	2400
Cân nặng lúc nhập viện trung bình(g)	2000	2900	2300	1800
Ngày tuổi chẩn đoán trung bình	1	2	3	10
Tính chuyên đến	30	22	8	31
Tỷ lệ tử vong chung	8/40 21.7%	8/33	1/12	1/44

Bảng 2: Thực trạng sơ cứu trước chuyển:

Sơ cứu	HTB	TVH	TTQ	TTT
Thiết lập đường truyền tĩnh mạch	26%	30%	30%	30%

Bảo vệ khối thoát vị bằng túi nhựa trong	2%	-	-	-
Hút túi cùng trên	-	-	0%	-
Dẫn lưu dạ dày	9%	52%	-	70%

Bảng 3: Các biến chứng (có thể phòng ngừa được) lúc nhập viện:

Biến chứng	HTB	TVH	TTQ	TTT
Hạ thân nhiệt	98%	10%	10%	10%
Suy hô hấp	15%	68%	45%	10%
Sốc	26%	10%	0%	0%
Hạ đường huyết	10%	45%	41%	10%
Toan hô hấp	0%	68%	0%	0%
Mất nước	51%	0%	0%	100%
Tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện	0%	9%	0%	0%

Bàn luận

Bệnh lý sơ sinh ngoại khoa có thể chia hai nhóm là dị tật bẩm sinh hở và kín. Dị tật bẩm sinh hở thường dễ chẩn đoán và được chuyển nhanh đến bệnh viện chuyên khoa. Các nguyên tắc chính trong xử trí các dị tật bẩm sinh hở bao gồm (1) bọc khối thoát vị để bảo vệ ruột không bị chấn thương, mất nhiệt và mất nước không nhận biết, (2) hút qua ống thông miệng dạ dày để giải áp, và (3) thiết lập đường truyền tĩnh mạch.

Hở thành bụng: Tạng và bề mặt phúc mạc thoát vị dẫn đến mất dịch và mất nhiệt. Trong trường hợp có viêm màng ối, thành ruột trở nên dày, với khoang thứ ba có dịch và proteins trong thành ruột. Trẻ sơ sinh hở thành bụng bẩm sinh cần truyền lượng dịch nhiều hơn bình thường, có thể lên đến 20 – 60ml/kg N/S trong 6 giờ đầu, 150 300ml/kg/ngày. Bởi vì dịch mất chủ yếu là huyết thanh và dịch mô kẽ, trẻ cần truyền dịch saline đẳng trương. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hạ đường huyết, sốc lúc nhập viện cao vì chỉ có 26,1% được thiết lập đường truyền tĩnh mạch, có thể do việc thiết lập đường truyền tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh khó khăn.

Tạng thoát vị có thể bị tổn thương bởi chấn thương trực tiếp hoặc thiếu máu nuôi. Bọc khối thoát vị một cách nhẹ nhàng và tuân thủ kỹ thuật vô trùng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy 83% trường hợp sơ cứu ban đầu bằng cách bọc khối thoát vị trong gạc tẩm Normal saline. Nên tránh đắp gạc ẩm lên khối thoát vị vì sự bốc hơi có thể làm mất nước và mất nhiệt nhiều hơn, hậu quả là hầu hết trẻ nhập viện bị hạ thân nhiệt. Ngoài ra, khi tháo gạc, do gạc dính vào bề mặt ruột, có thể gây tổn thương thanh mạc và khó theo dõi màu sắc khối thoát vị. Phương pháp đơn giản và hiệu quả được khuyến cáo để khối thoát vị được bảo vệ, giảm thiểu tối đa mất nước, mất nhiệt là khối thoát vị được đặt trong túi nhựa trong và vô trùng (bằng túi nước tiểu, túi máu). Điều quan trọng cần lưu ý là khe thoát vị hẹp và ruột thoát vị căng to có thể dẫn đến thiếu máu ruột. Chỉ có 9% được đặt thông dạ dày giải áp trước khi chuyển. Việc đặt ống thông dạ dày cho trẻ trước khi chuyển là cần thiết nhằm dẫn lưu dịch dạ dày, tránh tình trạng hít sặc, gây viêm phổi hít, đồng thời làm ruột xẹp, giảm chướng hơi, giảm cản trở hô hấp. Cần quan sát dấu thiếu máu ruột (Ruột xanh, tím, đen), thời gian phục hồi màu da, thân nhiệt Tư thế nằm

của trẻ là yếu tố nguy cơ gây thiếu máu ruột. Lúc nhập viện hầu hết các trường hợp trẻ được đặt nằm ngửa và phần ruột thoát vị đổ sang một bên, động mạch mạc treo tràng trên có thể bị xoắn, dẫn đến thiếu máu ruột. Chúng tôi đặt trẻ nằm nghiêng bên phải để động mạch mạc treo tràng trên không bị xoắn.

Teo thực quản: Trẻ sơ sinh teo thực quản có hoặc không có dò khí thực quản có nguy cơ hít sặc dịch từ vùng hầu và dạ dày vào khí quản. Vì vậy, cần cho trẻ nằm đầu cao. Trẻ cần được đặt ống thông 2 nòng vào túi cùng trên và hút liên tục. Nếu không có ống thông 2 nòng, chúng ta có thể đặt 2 ống thông vào túi cùng trên: 1 ống nối máy hút, 1 ống thông khí trời, bơm 1 lượng nhỏ Normal saline làm lỏng chất tiết. Trên đường chuyển, có thể nối ống thông đặt vào túi cùng trên với ống chích, hút bằng tay. Thực tế cho thấy tất cả trẻ teo thực quản bẩm sinh khi chuyển viện không được đặt ống thông túi cùng trên để hút. Vì vậy tỷ lệ viêm phổi hít ở nhóm trẻ này rất cao.

Thoát vị hoành bẩm sinh: Hiện nay, xử trí thoát vị hoành bẩm sinh đã thay đổi từ cấp cứu ngoại khoa thành cấp cứu có tri hoãn. Trẻ cần được điều trị suy hô hấp do cao áp phổi tồn tại trước khi phẫu thuật. Tỷ lệ trẻ thoát vị hoành bẩm sinh suy hô hấp lúc nhập viện cao, thậm chí có trường hợp tử vong trong vòng 6 giờ đầu sau nhập viện do suy hô hấp nặng, đặt nội khí quản trẻ. Xử trí ban đầu thoát vị hoành bẩm sinh bao gồm đặt nội khí quản để giảm chướng tạng trong lồng ngực, Đặt ống thông dạ dày số 8 -10, dẫn lưu dạ dày, hút dạ dày liên tục, truyền dịch 100 ml/kg và dùng thuốc an thần. Đặt trẻ nằm nghiêng bên thoát vị. Hạ huyết áp và toan chuyển hóa sẽ làm nặng thêm cao áp phổi, vì vậy cần giảm bằng cách truyền dịch và dùng thuốc vận mạch.

Teo tá tràng: Sơ cứu ban đầu gồm dẫn lưu dạ dày để giảm chướng bụng và bù dịch tích cực ngừa mất nước. Điện giải và proteins mất vào trong thành và lòng ruột; do đó nên dùng dung dịch điện giải bù dịch bằng Dextrose 10 ½ N/S 100ml/kg/ngày hoặc hơn. Kiểm tra Dextrostix. Dẫn lưu dạ dày bằng ống số 8, cần theo dõi lượng dịch dạ dày dẫn lưu để bù. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các trẻ bệnh lý teo tá tràng nhập viện trong bệnh cảnh mất nước và suy kiệt nặng, do chẩn đoán bệnh trễ và bù dịch và điện giải không đủ.

Kết luận.

Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh có dị tật bẩm sinh thường gặp như hở thành bụng, thoát vị hoành, teo thực quản, tắc tá tràng, teo tá tràng, ... của chúng tôi vẫn còn cao so với các nước đã phát triển. Cần chú trọng các nguyên tắc sơ cứu trước khi chuyển để góp phần hạn chế các biến chứng có thể phòng ngừa được như hạ thân nhiệt, hạ đường huyết, mất nước, toan hô hấp, từ đó cải thiện kết quả điều trị nhóm sơ sinh bệnh lý ngoại khoa.