

BÁO CÁO CA BỆNH: ĐIỀU TRỊ TEO RUỘT TYPE 4 VỚI 5 MIỆNG NỐI

Trần Anh Quỳnh[✉], Hoàng Hữu Kiên, Chu Thị Hoa
Nguyễn Thị Ngọc Trân

Bệnh viện Nhi Trung ương

Teo ruột là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp ở trẻ sơ sinh. Trong đó, teo ruột type IV (teo gián đoạn nhiều đoạn ruột) là thể bệnh hiếm gặp và là thách thức lớn đối với phẫu thuật viên, do việc cắt bỏ quá nhiều đoạn ruột sẽ dẫn đến hội chứng ruột ngắn. Thông thường, phẫu thuật viên có xu hướng cắt bỏ các đoạn ruột teo và tái lập lưu thông tiêu hóa bằng một miệng nối duy nhất. Chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ sơ sinh 2 ngày tuổi nôn dịch xanh, chướng bụng thượng vị, không đi ngoài phân su, chụp X-quang bụng và chụp đại tràng có thuốc cản quang được chẩn đoán teo ruột. Tổn thương trong phẫu thuật là teo ruột tuýp 4 với 6 đoạn ruột teo và được phẫu thuật cắt nối ruột với 5 miệng nối ruột-ruột, bảo tồn được chiều dài ruột non còn lại khoảng 80cm. Như vậy, phẫu thuật bảo tồn các đoạn ruột teo với nhiều miệng nối trong điều trị teo ruột tuýp 4 có tính khả thi, an toàn và đảm bảo đủ chiều dài của ruột.

Từ khóa: Teo ruột, trẻ sơ sinh, phẫu thuật cắt nối ruột.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo ruột non bẩm sinh (TRNBS) hay bít tắc hoàn toàn lòng ruột non bẩm sinh (từ góc Treitz đến góc hồi manh tràng) là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây tắc ruột ở trẻ sơ sinh, là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong phẫu thuật sơ sinh.¹⁻⁴ Tỷ lệ TRNBS thay đổi từ 1/300 ở Mỹ đến 1/400 ở Đan Mạch.² Nguyên nhân hiện nay vẫn chưa được biết đến, các nhà nghiên cứu cho rằng nguyên nhân là do thiếu máu cục bộ, đoạn ruột thiếu máu bị tiêu đi và hình thành 2 đầu ruột teo. Thiếu máu cục bộ có thể là do lòng ruột, thủng, xoắn ruột, nghẹt ruột do thoát vị hoặc do nghẽn mạch.^{3,4} Có một số báo cáo hàng loạt trường hợp teo ruột non có tính chất gia đình thường gặp nhất là type IV.¹⁻⁴ Teo ruột type IV hiếm gặp, bao gồm nhiều đoạn teo là sự kết hợp của bất kì type nào từ type I đến type III, trên lâm sàng

biểu hiện giống như một sợi xúc xích đây là một vấn đề kỹ thuật khó khăn vì chiều dài ruột bị mất quá nhiều, kích thước thành ruột còn lại chênh lệch và sự gián đoạn của nhiều đoạn ruột ngắn.⁵ Phẫu thuật viên thường cắt bỏ các đoạn ruột và thực hiện một miệng nối hơn là thực hiện nhiều miệng nối. Tuy nhiên, điều quan trọng là duy trì chiều dài ruột tối đa tránh hội chứng ruột ngắn. Nghiên cứu này nhằm mô tả kết quả phẫu thuật tạo hình nhiều đoạn ruột ở bệnh nhân teo ruột type IV.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bé gái thai 36 tuần tuổi mổ đẻ. Đây là con lần 3, thai lần thứ 8 của mẹ 2 con trước phát triển bình thường, siêu âm trước sinh không phát hiện gì bất thường. Trong quá trình mang thai mẹ bị tiểu đường thai kì đã được điều chỉnh chế độ ăn, tiêm Insulin và duy trì đường huyết ổn định.

Cân nặng lúc sinh là 3200gr, sau sinh trẻ thở nhanh, khóc yếu kèm nôn dịch màu xanh, trẻ được chuyển vào khoa sơ sinh của bệnh

Tác giả liên hệ: Trần Anh Quỳnh

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: tranquynh.nhp@gmail.com

Ngày nhận: 31/10/2025

Ngày được chấp nhận: 19/11/2025

viện tỉnh để thở CPAP, điều trị bằng kháng sinh: Clamoxetin và Metronidazole. Trong 24h tiếp theo trẻ xuất hiện nôn nhiều, nôn dịch xanh bẩn kèm theo chướng bụng, không đại tiện phân su. Siêu âm bụng có dịch giữa các quai ruột. Trẻ được chuyển đến bệnh viện Nhi Trung ương.

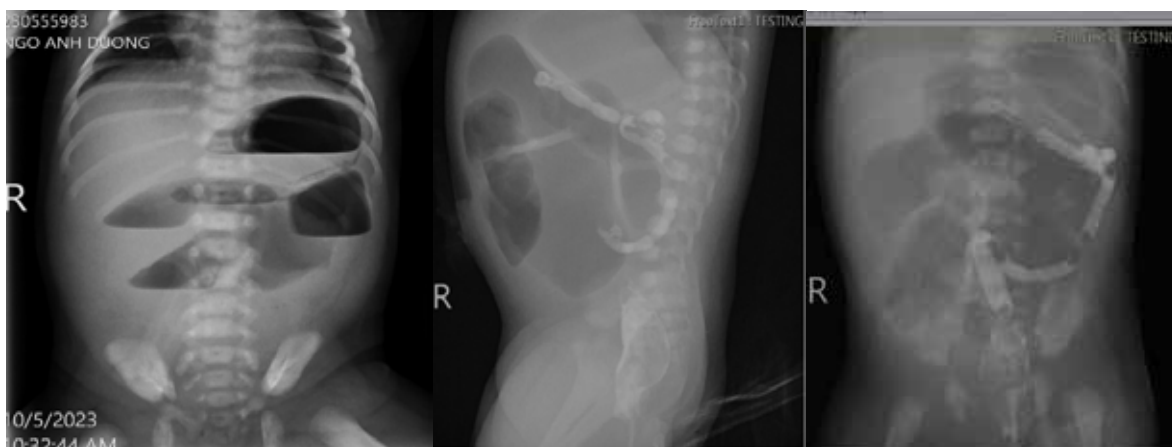
Khi nhập viện trẻ tỉnh, tự thở, tim đều, mạch rõ, tình trạng huyết động ổn định, xõng dạ dày ra dịch xanh, bụng mềm, chướng nhẹ chủ yếu vùng thượng vị trên rốn, có quai ruột nổi, có dấu hiệu rắn bò, không có phản ứng thành bụng. Kiểm tra lỗ hậu môn thấy lỗ hậu môn vị trí

bình thường, không hẹp, thăm hậu môn không có phân su.

X-quang bụng không chuẩn bị thấy hình ảnh các quai ruột non giãn kèm mức nước hơi trong ổ bụng (Hình 1).

Chụp khung đại tràng có bơm thuốc cản quang thấy khung đại tràng nhỏ hẹp kèm theo hình ảnh các quai ruột non giãn ứ hơi và dịch (Hình 2).

Siêu âm bụng thấy quai ruột non giãn, ứ nhiều dịch, nhu động kém, ổ bụng có dịch tự do dày 10mm, dịch trong.



Hình 1. X-quang bụng
Bn Ngô Anh D, 2 ngày
Mã số: 230555983

Trẻ được chẩn đoán là tắc ruột do teo ruột và được chỉ định phẫu thuật. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, nằm ngửa trên bàn, có đệm nhẹ dưới lưng. Rạch da theo đường trắng trên rốn vào ổ bụng thấy các quai ruột đầu trên hồng tràng giãn to, có dịch tự do ổ bụng màu vàng trong. Kiểm tra ruột thấy cách góc Treitz 40cm có 1 chỗ teo, tiếp theo 10cm có 1 chỗ teo, 10cm tiếp có 2 đoạn tắc có màng ngăn,

Hình 2. X-quang khung đại tràng
Bn Ngô Anh D, 2 ngày
Mã số: 230555983

có 1 đoạn teo dài 1cm và cách góc hồi manh tràng 20cm có 1 chỗ teo. Chúng tôi thực hiện cắt các đầu tận của đoạn ruột teo, nối ruột tận tận bằng chỉ PDS 6.0 mũi rời, mở đoạn ruột có màng ngăn nối 2 đầu ruột bằng PDS 6.0 mũi rời với tất cả là 5 miệng nối, đoạn ruột non được bảo tồn còn lại là 80cm (hình 3). (Cắt bỏ đoạn ruột teo 1cm nhằm làm giảm bớt nguy cơ và giảm bớt 1 miệng nối).



Hình 3. Các miệng nối ruột sau phẫu thuật
Bn Ngô Anh D, 2 ngày
Mã số: 230555983

Sau phẫu thuật, trẻ được đặt lưu xông dạ dày, nhịn ăn 5 ngày, ngày thứ 6 sau mổ trẻ đại tiện được và ngày thứ 8 sau mổ trẻ ăn bằng sữa mẹ hoàn toàn. Chụp lưu thông ruột non thấy thuốc lưu thông qua ruột non tốt (Hình 4). Bệnh nhân được xuất viện ngày thứ 10 sau phẫu thuật.



Hình 4. Phim chụp lưu thông ruột non sau mổ ngày thứ 6
BN Ngô Anh D, 2 ngày
Mã số: 230555983

III. BÀN LUẬN

Teo ruột bẩm sinh là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp ở trẻ em.¹⁻⁴ Teo ruột type IV rất hiếm chỉ chiếm 6% trong số các trường hợp teo ruột non nhưng phương pháp điều trị đang là một vấn đề nan giải cho các phẫu thuật viên.¹ Việc cắt bỏ các đoạn ruột teo và chỉ thực hiện một miệng nối duy nhất sẽ làm giảm nguy cơ biến chứng của miệng nối như rò miệng nối, hẹp và chậm lưu thông qua miệng nối. Tuy nhiên nguy cơ mắc hội chứng ruột ngắn và các vấn đề liên quan khi sử dụng đường truyền tĩnh mạch kéo dài như nhiễm trùng huyết và tắc mạch. Ruột ngắn có thể là vấn đề khó khăn trong việc cung cấp dinh dưỡng và chờ đợi sự thích nghi của ruột. Mặt khác nguy cơ rò miệng nối, hẹp miệng nối cao hơn khi thực hiện nhiều miệng nối, tuy nhiên kết quả lâu dài của bệnh nhân tốt hơn.^{5,6}

Trong nghiên cứu, khi phát hiện bệnh nhân có teo ruột type IV, chúng tôi vẫn quyết định phẫu thuật triệt để cho bệnh nhân trong một lần phẫu thuật, thực hiện các miệng nối ruột – ruột bằng chỉ PDS 6.0 mũi rời. Trong quá trình thực hiện phẫu thuật, chúng tôi tiến hành thủ thuật bơm thông tất cả các đoạn ruột teo cho tới trực tràng bằng nước muối sinh lý ấm nhằm đảm bảo tất cả các kết thể phân su được tống ra khỏi lòng ruột tránh hiện tượng cục phân su gây cản trở lưu thông ruột sau phẫu thuật. Tác giả Baglaj cũng khuyến cáo bơm nước muối sinh lý để tạo thông thương đoạn ruột.⁸ Sau mổ bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch và lưu thông ruột tương đương các bệnh nhân phẫu thuật teo ruột 1 miệng nối.

Báo cáo về các trường hợp teo ruột nhiều chỗ (type IV) đã được nhiều tác giả đề cập, chiếm từ 6-32% các trường hợp teo ruột.^{3,5,8} Có tác giả chủ trương đặt stent qua miệng nối.⁷ Có tác giả chủ trương làm nhiều miệng nối và dẫn lưu ruột ở vị trí teo cao nhất.⁶ Chưa có sự thống nhất giữa các kỹ thuật nào là tối ưu nhất.² Theo

Puri, kỹ thuật khâu nối đóng vai trò quan trọng nhất, các kỹ thuật khác kèm theo (đặt stent hay dẫn lưu ruột chỉ mang tính chất hỗ trợ).⁵

Bệnh nhân trong nghiên cứu được tiến hành làm cả 5 miệng nối ruột – ruột hoàn toàn bằng chỉ PDS 6.0 mũi rời. Khâu nối đảm bảo miệng nối không hẹp, không căng cấp máu tốt rất quan trọng. Có 4 vị trí teo gần nhau (5cm) và đánh giá tổng chiều dài ruột non ngắn (80cm) nên quyết định chỉ cắt đoạn ruột giữa 2 vị trí teo dài 1cm và giảm bớt 1 miệng nối. Tuy nhiên, khi chiều dài đoạn ruột cắt quá dài, nguy cơ bệnh nhân bị hội chứng ruột ngắn thì chúng tôi vẫn giữ quan điểm làm nhiều miệng nối. Theo nghiên cứu của Federici và cộng sự thì các đoạn ruột teo có chiều dài khoảng 1cm thì cắt bỏ nếu đoạn ruột còn lại đủ dài nhằm giảm thiểu các tai biến như bực, rò miệng nối.²

IV. KẾT LUẬN

Teo ruột type IV hiếm gặp nhưng là thách thức lớn đối với phẫu thuật viên. Lựa chọn phẫu thuật ưu tiên thực hiện nhiều miệng nối để bảo tồn chiều dài ruột nhằm hạn chế hội chứng ruột ngắn đảm bảo chức năng sinh lý của ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Millar A, Numanoglu A, Cox S. Jejunoileal Atresia and Stenosis, in *Pediatric Surgery: General Principles and Newborn Surgery*, P. Puri, Editor. 2020, Springer Berlin Heidelberg:

Berlin, Heidelberg. p. 913-923.

2. Federici S. Multiple intestinal atresia with apple peel syndrome: successful treatment by five end-to-end anastomoses, jejunostomy, and transanastomotic silicone stent. *J Pediatr Surg*, 2003. 38(8): 1250-2.

3. Bilodeau, A. Hereditary multiple intestinal atresia: thirty years later. *J Pediatr Surg*, 2004. 39(5): 726-30.

4. Rich B, Bott M, Spigland N. Multiple intestinal atresia with apple peel syndrome successfully treated with primary repair. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*, 2013. 1(7): 157-159.

5. Puri P, Fujimoto T. New observations of pathogenesis of multiple intestinal atresias. *J Pediatr Surg* 1984; 23: 221–225

6. Govindarajan, K, Annamalai M. Multiple Small Bowel Atresia: Resection or Conservation? *J Coll Physicians Surg Pak*, 2021. 30(6): 740-742.

7. Hyseni, N. Successful Treatment of Multiple Jejuno-Ileal Atresia by Four Primary Anastomosis and Trans Anastomotic Silastic Stents. *Journal of Medical Education & Research*, 2009. 11.

8. Baglaj, M., Carachi, R., Lawther, S. Multiple atresia of the small intestine: a 20-year review. *European journal of pediatric surgery*, 2008. 18(01); 13-18.

Summary

CASE REPORT: TREATMENT OF TYPE IV INTESTINAL ATRESIA WITH FIVE ANASTOMOSES

Intestinal atresia is a common surgical emergency in neonates. Among its types, type IV atresia (multiple segmental atresias) is rare and poses a major challenge for surgeons, as excessive resection of the intestine can lead to short bowel syndrome. Typically, surgeons tend to resect the atretic segments and restore intestinal continuity through a single anastomosis. We report a case of a 2-day-old neonate presenting with bilious vomiting, epigastric distension, and failure to pass meconium. Abdominal X-ray and contrast enema revealed findings consistent with intestinal atresia. Intraoperatively, type IV jejunoileal atresia with six atretic segments was identified. The patient underwent intestinal resection and five jejunoileal anastomoses, preserving approximately 80cm of small intestine. Therefore, preserving multiple atretic bowel segments with multiple anastomoses in the management of type IV intestinal atresia appears to be a feasible and safe surgical approach that ensures adequate bowel length is maintained.

Keywords: Intestinal atresia, neonate, anastomosis.