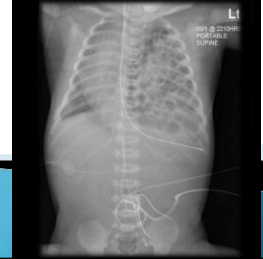


NHỮNG BỆNH LÝ BẨM SINH THƯỜNG GẶP Ở TRẺ SƠ SINH

Bs Đào Trung Hiếu
Khoa : Ngoại tổng hợp
Bệnh viện: Nhi Đồng 1

Thoát vị hoành

Do sự thiếu hụt trong quá trình tạo cơ hoành, thường gặp bên trái (80%), Phải (20%)



Xử trí

- ▶ Hỗ trợ hô hấp, nếu có suy hô hấp phải giúp thở bằng nội khí quản
- ▶ Đặt sonde dạ dày giảm áp
- ▶ Dịch truyền, kháng sinh
- ▶ Phẫu thuật đưa tạng thoát vị vào ổ bụng, khâu phục hồi cơ hoành

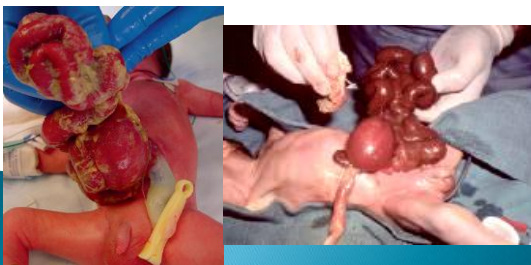
Omphalocele

- ▶ Thoát vị chân cuống rốn là sự tồn tại một khe hở ở thành bụng do phát triển bào thai không hoàn chỉnh
- ▶ thoát vị chân cuống rốn thường có dị tật bẩm sinh khác



Gastroschisis

- ▶ Là dị dạng thành bụng bẩm sinh hiếm gặp hơn omphalocele

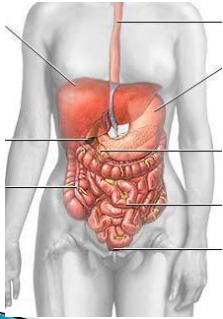


Điều trị

Xử lý ban đầu

- ▶ Ngay sau sinh, trẻ phải được giữ ấm, ruột phải được giữ ấm (dùng túi giữ ấm, tránh làm hạ thân nhiệt)
 - ▶ Đặt thông dạ dày ngay sau sanh và hút liên tục
 - ▶ **Kháng sinh, dịch truyền**
 - ▶ **Mở rộng khe thoát vị trong Gastroschisis**
- Phẫu thuật phụ thuộc vào mức độ tương xứng giữa các tạng và khoang bụng, và các dị tật bẩm sinh đi kèm

▶ BỆNH LÝ ĐƯỜNG TIÊU HÓA

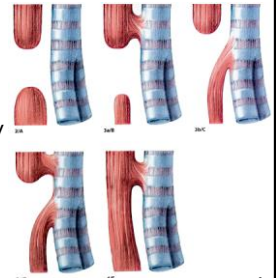


- ▶ Teo thực quản
- ▶ Hẹp môn vị
- ▶ Tắc tá tràng
- ▶ Ruột xoay bất toàn
- ▶ Teo ruột non
- ▶ Teo đại tràng
- ▶ Hirschsprung
- ▶ Bất sản hậu môn

7

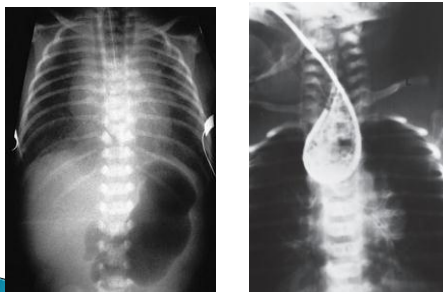
TEO THỰC QUẢN

- ▶ Do sự gián đoạn trong quá trình kéo dài thực quản và quá trình tách thực quản và khí quản
- ▶ Thường gặp teo thực quản có dò (85% - 90%)
- ▶ **Lâm sàng:** nhiều đàm nhớt, trào bọt cưa, không đặt được sonde vào dạ dày



8

- ▶ X- quang cân quang thấy được vị trí túi cùng trên và đường dò



9

Điều trị:

- ▶ Cần đánh giá tình trạng BN, nguy cơ tử vong
- ▶ Hồi sức trước mổ: hỗ trợ hô hấp, tránh trào ngược gây viêm phổi
- ▶ Tùy vào dạng teo thực quản mà có phương pháp phẫu thuật khác nhau

10

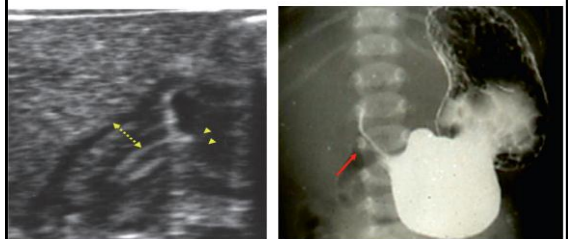
TẮC/HẸP MÔN VỊ

- ▶ **Tắc môn vị:** tồn tại màng ngăn giữa hang vị và môn vị, biểu hiện ngày đầu tiên sau sanh
- ▶ **Hẹp môn vị phì đại:** tăng sinh cơ vòng môn vị, có liên quan yếu tố gia đình, biểu hiện sau ngày thứ 5, thường tuần thứ 3, 4.
- ▶ **Lâm sàng:** ói tăng dần không có dịch mật, trẻ vẫn bú nhưng giảm cân, rối loạn điện giải.
- ▶ **Khám:** có thể sờ thấy u cơ môn vị, sóng nhu động

11

▶ CLS:

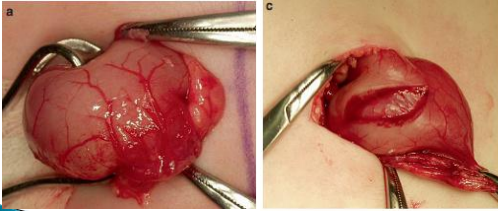
Siêu âm bụng, X-quang cân quang



12

▶ **Điều trị:**

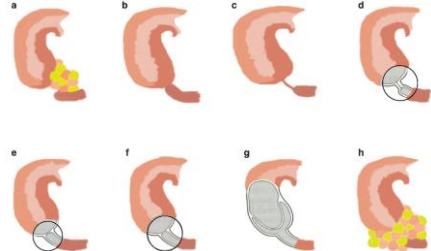
Đặt sonde dạ dày, điều chỉnh điện giải
Phẫu thuật xê u cơ môn vị ngoài niêm mạc



13

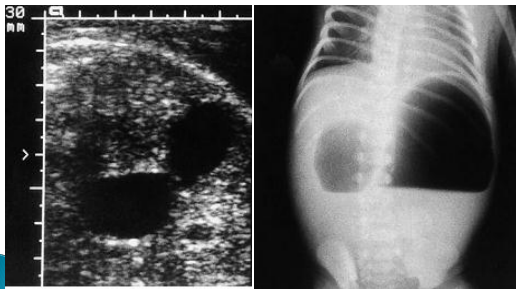
TẮC TÁ TRÀNG

- ▶ Tắc tá tràng hóa ở tuần thứ 5, 6 của thai kỳ.
- ▶ Thường kèm các dị tật khác
- ▶ Có nhiều dạng: do màng ngăn, teo, tụy nhĩn



14

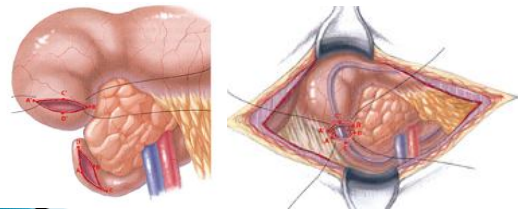
- ▶ **Lâm sàng:** Ói lẫn dịch mật sớm sau sinh, Nhu động ruột, có thể sờ thấy dạ dày
- ▶ **CLS:** Siêu âm, X-quang bụng, X-quang cân quang



15

Điều trị:

- ▶ Phẫu thuật khi bồi hoàn nước điện giải đầy đủ
- ▶ Phương pháp hiện dùng là nối tá - tá tràng bên-bên, hoặc theo Kimura



16

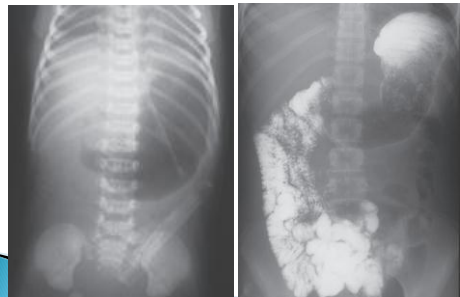
RUỘT XOAY BẤT TOÀN

- ▶ Do sự xoay và cố định không hoàn toàn của ruột ở tuần thứ 4 đến 10 của thai kỳ
- ▶ Liên quan đến thoát vị hoành, hồ thành bụng, thoát vị cuống rốn
- ▶ Quy cơ xoắn ruột cao, xảy ra trong năm đầu



17

- ▶ **Lâm sàng :** nôn dịch mật cấp tính, đau bụng, bụng chướng, có thể đau mãn tính, sụt cân, hoặc không triệu chứng
- ▶ **CLS:** X- quang cân quang, siêu âm



18

Điều trị

- ▶ Thời điểm phẫu thuật tùy vào có xoắn hay không?
- ▶ Nếu có xoắn mổ cấp cứu.
- ▶ Nếu không xoắn mổ sau điều chỉnh các rối loạn điện giải

19

TEO RUỘT NON

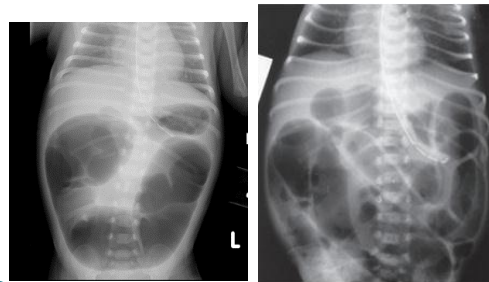
- ▶ Do tổn thương mạch máu mạc treo trong thời kỳ bào thai, liên quan đến ruột xoay bất toàn, tắc ruột phân su, hở thành bụng...
- ▶ **Lâm sàng**: ói dịch mật, bụng chướng, không đi tiêu phân su
- ▶ **Phân biệt** Hirschsprung, xoắn ruột, tắc ruột phân su

20



21

- ▶ **CLS**: Siêu âm bụng, X-quang bụng



22

Điều trị

- ▶ Điều chỉnh điện giải và dinh dưỡng trước mổ
- ▶ Phẫu thuật làm thông nối đường tiêu hóa
- ▶ Sau mổ cần tiếp tục nuôi ăn tĩnh mạch, theo dõi chậm hoạt động miệng nối, hội chứng ruột ngắn

23

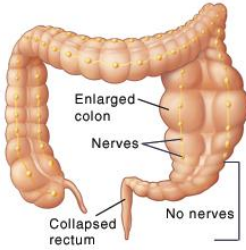
TEO ĐẠI TRÀNG

- ▶ Liên quan đến bất thường về xương như dính ngón, nhiều ngón, không có xương quay và bàn chân vẹo. Dị tật tim và mắt
- ▶ Biểu hiện ói, bụng chướng, không có phân
- ▶ X-quang thấy quai đại tràng nhiều hơn, phim cân quang thấy rõ đoạn teo



BỆNH HIRSCHSPRUNG

- Do vắng tế bào hạch thần kinh, thường gặp ĐT xích ma (80%)
- Xảy ra ở 1 trong 5000 trẻ
- Lâm sàng**: bụng chướng, ói dàu hiệu thảo công khi thăm trực tràng
- Cần sinh thiết đại tràng



25

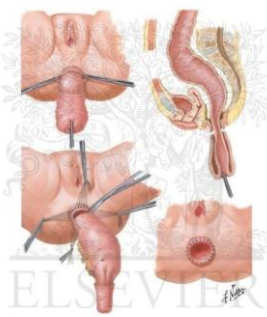
- X-quang cản quang cho thấy chênh lệch khẩu kính, nhưng khó thấy vùng chuyển tiếp ở trẻ sơ sinh



26

Điều trị:

- Cần thực tháo làm sạch ĐT, dinh dưỡng trước phẫu thuật
- Điều trị phẫu thuật khi có chẩn đoán cho tất cả lứa tuổi
- Làm hậu môn tạm khi vô hạch dài, có biến chứng viêm ruột



© ELSEVIER, INC. - NETTERIMAGES.COM


27

BẤT SẢN HẬU MÔN TRỰC TR tràng

- Do sự tách không hoàn toàn của ổ nhóp, gây ra sự phát triển bất thường, hậu môn bất sản hoặc lạc chỗ dò tiết niệu
- hoặc sinh dục..
- Kèm theo nhiều dị dạng (VACTERL)
- Bụng chướng dần không đi tiêu phân su, hoặc thấy phân ra đường âm hộ



28



29

- X-quang tư thế chúc đầu xác định vị trí túi cùng



30

Điều trị:

- ▶ Phẫu thuật 1 thì: dạng thấp
- ▶ Phẫu thuật 3 thì cho dạng cao và trung gian
- ▶ Hiện tại nhiều nơi đang cố gắng thực hiện 1 thì cho các BN
- ▶ Nong hậu môn hậu phẫu 10-14 ngày tránh hẹp hậu môn

31

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN !

32