

- hiệu quả của giải pháp can thiệp cộng đồng của học sinh tại một số trường tiểu học ở Thừa Thiên Huế, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường đại học Y dược Huế.
3. **Whelton H, Fox C** (2015). Advances in the prevention of oral disease; the role of the International Association for Dental Research. In *BMC Oral Health*. BioMed Central., 15(1): 1-8.
 4. **Gurav KM, Shetty V, Vinay V, et al.** (2022). Effectiveness of Oral Health Educational Methods among School Children Aged 5-16 Years in Improving their Oral Health Status: A Meta-analysis. *Int J Clin Pediatr Dent*, 15(3): 338-349.
 5. **Đào Thị Ngọc Lan** (2003), Nghiên cứu thực trạng bệnh răng miệng của học sinh tiểu học các dân tộc tỉnh Yên Bái và một số biện pháp can thiệp ở cộng đồng, Luận án tiến sĩ học, Đại học Y Hà Nội.
 6. **Đào Đức Long** (2020), Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi của học sinh một số trường trung học cơ sở tại tỉnh Gia Lai và hiệu quả biện pháp can thiệp, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
 7. **Nguyễn Thị Thanh Hà, Trần Đức Thành, Phạm Thị Mai Thanh** (2014). Hiệu quả của chương trình tăng cường sức khỏe răng miệng tại trường học và tác động của một số cải tiến của chương trình đối với học sinh thuộc một trường tiểu học ở Quận 5 Thành phố Hồ Chí Minh - Việt Nam. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh Tập 18(Phụ bản số 2)*: 25-29.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT TRỒNG LẠI NGÓN TAY ĐỨT RỜI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

Nguyễn Thị Lệ Ngọc¹, Quách Thị Hường¹, Trần Thị Việt Chinh¹, Nguyễn Văn Quân¹, Nguyễn Việt Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân (BN) sau phẫu thuật trồng lại ngón tay bằng kỹ thuật vi phẫu. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu mô tả lâm sàng về kết quả chăm sóc các bệnh nhân được chẩn đoán đứt rời hoặc đứt gần rời ngón tay từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 7 năm 2019 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** 57 bệnh nhân với 81 ngón tay, tỷ lệ nam/ nữ 7,14. Tỷ lệ ngón có biến chứng sau mổ 38/ 81 (46,9%), tắc tĩnh mạch (25,9%), tắc động mạch (9,9%), chảy máu (7,4%), ứ trệ tĩnh mạch (2,5%), nhiễm trùng (1,2%). Tỷ lệ ngón sống 55/ 81 ngón (67,9%), hoại tử 1 phần (7,4%), hoại tử toàn bộ (24,7%). **Kết luận:** Theo dõi 57 bệnh nhân với 81 ngón tay được trồng lại đã phát hiện 8 ngón tắc động mạch, 21 ngón tắc tĩnh mạch, 06 ngón chảy máu và 01 ngón nhiễm trùng chủ yếu trong 72 giờ đầu. Vì vậy, việc theo dõi sát sau trồng nối giúp phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng sau mổ

Từ khóa: trồng ngón, kỹ thuật vi phẫu

SUMMARY

EVALUATION OF OUTCOMES OF TAKING CARE AFTER FINGER REPLANTATION BY MICROSURGERY

Purpose: To evaluate the outcome of taking care after finger replantation. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study. 57 patient with 81 fingers replantation at 108 military central hospital from 6/2018 to 7/2019. **Result:**

gender rate of male/female: 7,14. Complication rate of 46.9%, venous embolism 25,9%, arterial embolism 9,9%, bleeding 7,4%, venous stasis 2,5%, infection 1,2%. Survival rates 67,9%, partial necrosis 7,4%, complete necrosis 24,7%. **Conclusion:** Taking care after finger replantation are important to finding and treating complications immediately.

Keywords: Replantation, microsugery, finger replantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương đứt rời ngón tay thường ít gây ảnh hưởng đến tính mạng nhưng đó là mất mát lớn của người bệnh cả về phương diện chức năng, thẩm mỹ và tâm lý. Việc ứng dụng kỹ thuật vi phẫu trong nối chi thể nói chung và nối ngón tay nói riêng đã được áp dụng từ lâu trên thế giới và tại Việt Nam. Để trồng lại ngón tay thành công phụ thuộc vào nhiều yếu tố: trình độ phẫu thuật viên, mức độ tổn thương... Bên cạnh đó, yếu tố quan trọng góp một phần không nhỏ vào sự thành công của phẫu thuật lại phụ thuộc phần lớn vào công tác chăm sóc, theo dõi hậu phẫu của điều dưỡng. Tuy nhiên, cho đến nay cũng chưa có các báo cáo chính thức nào của điều dưỡng để đánh giá về công tác chăm sóc, theo dõi sau phẫu thuật. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả sau phẫu thuật trồng lại ngón tay đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 57 bệnh nhân (50 BN nam và 07 BN nữ) với 43 ngón đứt rời hoàn toàn và 38 ngón đứt gần rời có chỉ định nối lại bằng kỹ

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

thuật vi phẫu tại Khoa Phẫu thuật Chi trên và Vi phẫu thuật, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2018 đến tháng 7/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng

2.2.1. Thực hiện theo dõi sau mổ theo nội dung

*Màu sắc của ngón: Màu sắc của ngón sẽ được đánh giá với các màu: hồng, nhợt nhạt và tím. Ngón tay tắc động mạch (ĐM) thường có màu trắng nhạt hoặc tím nhạt. Tĩnh mạch (TM) bị tắc khi ngón thay đổi từ màu hồng sang màu tím nhạt, rồi chuyển sang tím đen nếu thời gian xử trí chậm trễ [1],[2][3]

*Nhiệt độ ngón: Một ngón trông sờ lạnh hơn so với các ngón khác, thường là dấu hiệu của một ngón tắc mạch.

*Hồi lưu mao mạch tại ngón tay: Hồi mao mạch (nhấp nháy móng) được đánh giá bằng cách ấn nhẹ móng tay của ngón trông, quan sát ngón từ trắng chuyển sang hồng. Ngón tay được thông mạch tốt, việc chuyển từ trắng sang hồng tại ngón phải mất từ 1 đến 2 giây. Nếu có tắc động mạch ngón thì thời gian trở lại của nhấp nháy móng chậm dần rồi mất hẳn. Nếu ngón tắc tĩnh mạch thì thời gian trở lại của nhấp nháy móng nhanh lên rất nhiều rồi mất hẳn [2],[3].

*Độ căng của búp ngón: Một ngón trông được cấp máu tốt thường khi chạm vào có độ mềm mại và chắc chắn ở mặt búp ngón. Nếu tắc động mạch, ngón tay thường teo nhỏ và móp méo ở mặt gan ngón tay, dần dần ngón tay đen sẫm, teo lại và trở thành hoại tử khô. Nếu ngón tắc tĩnh mạch, ngón thường tím đen, căng và phù nề lên, trên da ngón tay xuất hiện các bóng nước như bị bỏng, sau đó trở thành hoại tử ướt, có mùi thối đặc trưng của tổ chức hoại tử [3].

2.2.2. Các biến chứng và xử trí sau phẫu thuật trông ngón

* Tắc mạch máu

+ Tắc động mạch: ngón tay nhợt, búp ngón xẹp, hồi lưu mao mạch kém, chậm (giai đoạn sớm) hoặc mất hoàn toàn, ngón lạnh



Hình 1: Hình ảnh ngón tắc động mạch

+ Tắc tĩnh mạch và ứ trệ máu hồi lưu: ngón tay căng tím, phồng nước, ứ máu, lâu dần sẽ dẫn đến cả tắc động mạch và hoại tử, hồi lưu mao mạch kém, ngón lạnh.



Hình 2: Hình ảnh ngón tắc tĩnh mạch

+ **Xử trí:** thay băng, phát hiện sớm để phẫu thuật lại kịp thời làm thông miệng nối mạch máu là phương án duy nhất khả thi để có thể giữ lại được ngón tay [9]. Dự phòng biến chứng này ngoài vấn đề kĩ thuật nối mạch tốt còn có các phương pháp như giữ ấm, giữ ẩm, dùng các thuốc chống đông, giảm đau tốt cho bệnh nhân [8]

*Chảy máu [1] [2]. Chảy máu sau mổ thường ít gặp hơn và mức độ cũng nhẹ hơn, do chảy máu từ các tĩnh mạch hồi lưu máu về không được nối hay thắt trong mổ, chảy máu từ mép vết mổ có thể gặp khi sử dụng thuốc chống đông. Vấn đề chảy máu vết mổ có nguy cơ tạo garo máu (máu thấm băng khô lại hình thành garo) có thể là 1 nguyên nhân gây hiện tượng tắc mạch dẫn đến thất bại của ngón tay được nối.

Xử trí: Thay băng đánh giá, có thể khâu cầm máu hoặc tạm dùng thuốc chống đông.

*Nhiễm trùng tại chỗ: Vết thương sau khâu nối có thể bị nhiễm trùng do nhiều yếu tố:

+ Vết thương bị nhiễm bẩn lúc tai nạn: đất cát, dầu mỡ.

+ Kỹ thuật mổ chưa đảm bảo công tác vô khuẩn

+ Thời gian mổ kéo dài làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn.

+ Chưa cắt lọc hết các tổ chức dập nát

+ Quá trình thay băng chăm sóc của điều dưỡng không đảm bảo công tác vô khuẩn.

Xử trí: Cắt lọc, rửa sạch, đắp thuốc, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ...

2.2.3. Các chỉ tiêu đánh giá kết quả và phân loại kết quả ngón: Sử dụng bảng phân loại của Pho R.W.H [10] cụ thể như sau:

+ Ngón tay sống: Ngón hồng, ấm, hồi lưu mao mạch rõ, ngón căng

+ Ngón tay hoại tử 1 phần: Một phần của ngón bị tím, lạnh, không có hồi lưu mao mạch

+ Ngón tay hoại tử toàn bộ: Ngón lạnh, tím khi tắc tĩnh mạch, nhợt khi tắc động mạch, không có hồi lưu mao mạch; ngón căng nề

phòng nước khi tắc tĩnh mạch, mô xẹp khi tắc động mạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Trong 57 người bệnh nghiên cứu của chúng tôi, có 50 nam và 7 nữ, tỷ lệ nam/ nữ = 7,14. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 4 tuổi, cao tuổi nhất là 60 tuổi (tuổi trung bình là 34,9 tuổi). Trong đó lứa tuổi lao động chiếm nhiều nhất là 51 bệnh nhân (89,5%).

3.2. Kết quả nối lại các ngón tay đứt rời

Bảng 1: Kết quả sau phẫu thuật (n=81)

Kiểu đứt rời	Kết quả			Tổng
	Sống	Hoại tử 1 phần	Hoại tử toàn bộ	
Ngón đứt rời hoàn toàn	23	4	16	43
Ngón đứt rời gần hoàn toàn	32	2	4	38
Tổng	55	6	20	81

Bảng 1 cho thấy 32/38 (84,2%) ngón đứt rời gần hoàn toàn được nối lại thành công; 23/43 (53,5%) ngón đứt rời hoàn toàn được nối lại thành công. Trong đó, tỷ lệ gặp biến chứng hoại tử gặp chủ yếu ở nhóm đứt rời hoàn toàn (20/43 ngón 46,5%).

3.3. Biến chứng sau mổ (n=38)

Bảng 2: Các biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Tắc ĐM	8	21,1
Tắc TM	21	55,3
Ứ trệ TM	2	5,3
Nhiễm trùng	1	2,5
Chảy máu	6	15,8
Tổng	38	100

Tỷ lệ gặp biến chứng sau mổ chiếm 38/ 81 ngón (46,9%), trong đó chủ yếu là tắc tĩnh mạch 21/ 38 ngón (55,3%), tỷ lệ nhiễm trùng trong 72 giờ đầu sau mổ ít gặp (2,5%).

3.4. Xử trí biến chứng sau mổ (n=38)

Bảng 3: Xử trí các biến chứng sau phẫu thuật

	Tắc ĐM	Tắc TM	Ứ trệ	Chảy máu	Nhiễm trùng
Thay băng kiểm tra	8	21	2	6	
Cắt chỉ ngắt quăng	7	10			
Chuyển ghép mạch	1	3	0	0	
Cắt lọc					1

Các ngón có biến chứng sau mổ 100% đều được thay băng, kiểm tra. Trong đó tỷ lệ chuyển ghép mạch cứu ngón chiếm 4/38 ngón (10,5%).

3.5. Kết quả chăm sóc, theo dõi sau biến chứng (n=38)

Bảng 5: Kết quả sau xử trí biến chứng

Biến chứng	Kết quả chăm sóc			Tổng
	Sống	Hoại tử 1 phần	Hoại tử toàn bộ	
Tắc ĐM		4	4	8
Tắc TM	3	2	16	21
Ứ trệ TM	2			2
Chảy máu	6			6
Nhiễm trùng	1			1
Tổng	12	6	20	38

Tỷ lệ ngón hoại tử toàn bộ gặp chủ yếu ở ngón tắc động mạch 4/4 ngón (50%) và nhóm tắc tĩnh mạch 16/21 ngón (76,2%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy bệnh nhân chủ yếu là nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 5,7/1. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Việt Tiến (5.5/1) [8], Lê Văn Đoàn (5.5/1) [4]. Tỷ lệ nam giới cao hơn hẳn nữ giới, do nam giới là lực lượng chính tham gia lao động, đặc biệt là các công việc lao động liên quan đến máy móc công nghiệp. Mặt khác, trong xã hội hiện nay, những tai nạn dao mâu thuẫn cá nhân (do dao chém...) thường xảy ra ở đối tượng nam giới.

Trong nghiên cứu chúng tôi tuổi trung bình của bệnh nhân là 35 tuổi. Ít tuổi nhất là 5 tuổi, cao nhất là 73 tuổi, thường gặp nhất là nhóm tuổi từ 20 – 50. Đây là lứa tuổi chính trong lao động sản xuất. Việc trồng ngón ở trẻ em sẽ gặp một số khó khăn như kích thước lòng mạch nhỏ, các tổn thương mạch máu gặp phải thường nặng hơn so với người lớn. Hơn nữa, trẻ nhỏ thường đau đớn và sợ hãi dễ dẫn đến co thắt mạch máu sau mổ. Các vấn đề chăm sóc sau mổ của điều dưỡng cũng gặp phải nhiều khó khăn do bệnh nhi thường không hợp tác nằm tại chỗ để sưởi đèn, bất động, treo cao chi hoặc dùng thuốc sau mổ cũng là vấn đề nhiều phẫu thuật viên cân nhắc. Tuy nhiên, nếu kết quả phẫu thuật thành công, thì chức năng sau mổ thường rất tốt.

4.2. Theo dõi ngón trồng sau mổ. Các ngón tay sau mổ, cần được bất động, treo cao đặc biệt trong 3-4 ngày đầu tiên sau mổ. Vấn đề này được thống nhất bởi các tác giả khác [3] [4],[5]. Tại đơn vị của chúng tôi, người bệnh sau trồng lại ngón tay đứt rời nằm phòng ầm, 100% sau mổ đều được thực hiện bất động và sưởi ấm chi thể, thời gian sưởi liên tục trong 3-4 ngày sau mổ hoặc kéo dài 5-7 ngày tùy thuộc vào tình trạng ngón. Vấn đề treo cao chi cũng rất quan trọng vì khi chi được treo cao sẽ làm giảm phù nề.

Chúng tôi theo dõi ngón dựa vào dấu hiệu;

màu sắc ngón (hồng, trắng, tím); mô của ngón (căng, xẹp), hồi lưu mao mạch, nhiệt độ của ngón để đánh giá tình trạng ngón sau trồng. Qua nghiên cứu thực tế trên với 81 ngón trồng lại, cũng như các tác giả khác, thời gian xảy ra các biến chứng về tắc mạch thường xảy ra trong 72 giờ sau mổ. Việc xử trí thành công các biến chứng thường không đạt nếu phát hiện muộn. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc phát hiện sớm các biến chứng sau mổ. Và nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh đến hiệu quả của công tác theo dõi quan sát các ngón bởi các yếu tố như màu sắc, nhiệt độ, hồi lưu mao mạch ngón... được thực hiện bởi các điều dưỡng được đào tạo, có kinh nghiệm để nhận ra những thay đổi nhỏ nhất của ngón sau trồng. Trong 24h sau mổ, điều dưỡng đã phát hiện được 25/ 81 ngón có biến chứng tắc mạch và chảy máu sau mổ. Trong đó, có 02 ngón tay sau theo dõi 6-8h, phát hiện ngón có biểu hiện sưng nề và tím là biểu hiện của ngón có ứ trệ tĩnh mạch. Chúng tôi đã tiến hành thay băng, giải phóng ngón do bị băng chặt và mép nếp bột chèn ép vào ngón, sau khi thay băng thì ngón hồng trở lại. Băng vết mổ bằng cách đặt gạc ẩm, không quấn băng quá chặt và treo cao tay sau mổ nhằm tránh hiện tượng chèn ép mạch máu vừa khâu nối.

4.3. Theo dõi các biến chứng sau mổ. Tỷ lệ có biến chứng sau mổ nối ngón tay đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu thường gặp một tỷ lệ tương đối lớn 38/81 ngón (46,9%)(Bảng 2), chủ yếu là các biến chứng tắc mạch. Từ đây cho thấy vấn đề theo dõi bệnh nhân sau mổ cần được đặt ra với một quy trình chặt chẽ nhằm giúp phát hiện và xử trí kịp thời giúp nâng cao tỷ lệ thành công của loại phẫu thuật này. Tỷ lệ gặp biến chứng này của chúng tôi cao hơn so với Phan Đức Minh Mẫn 41% Shahram 35%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 2) tỷ lệ tắc ĐM gặp 8/38 ngón tay có biến chứng (chiếm 21,1%). Các ngón bị tắc do điều dưỡng phát hiện chủ yếu sau mổ trong 6 giờ đầu. Chúng tôi đã tiến hành thay băng kiểm tra giải chèn ép, cắt chỉ ngắt quãng đối với 07 ngón và chuyển mổ ghép mạch đối với 1 trường hợp tắc ĐM ngày thứ 3 sau mổ. Tỷ lệ hoại tử toàn bộ ngón sau tắc ĐM trong nghiên cứu của chúng tôi 4/8 ngón, còn lại hoại tử 1 phần búp ngón. Tỷ lệ này Phan Đức Minh Mẫn gặp 9/139 ngón tay hoại tử do tắc ĐM chiếm 6.5%.

Theo bảng 2, tắc tĩnh mạch chúng tôi gặp 21/81 ngón (25,9%), điều dưỡng đã phát hiện, thay băng kiểm tra ngón và báo phẫu thuật viên chuyển ghép mạch 2 ngón đều sống, các ngón

còn lại do tiên lượng ngón tổn thương bầm dập nặng, thời gian thiếu máu kéo dài, nên phẫu thuật viên quyết định không xử trí gì thêm.

Ứ trệ tuần hoàn ở mức độ nhẹ hơn các trường hợp còn lại cũng là 1 biến chứng thường gặp gây thất bại khi nối lại ngón tay bằng kỹ thuật vi phẫu. Ứ trệ hồi lưu máu về trong nghiên cứu chúng tôi gặp 2/81 ngón tay (chiếm 2,5%), hai ngón này đều được phát hiện sau mổ giờ thứ 4-5, với các biểu hiện ngón tay tím, căng nề. Chúng tôi đã thay băng, kiểm tra tại chỗ đối với ngón trồng, dùng gạc tẩm Paraphin để băng lỏng ngón và tiếp tục treo cao chi, sưởi đèn.

Chảy máu: Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 6/81 ngón có biến chứng chảy máu: sau mổ về băng ngón thấm máu đỏ tươi, tháo băng kiểm tra thấy tại mép vết mổ rỉ rả máu. 06 trường hợp chỉ cần thay băng vết mổ, theo dõi sát không để máu khô tạo thành garo chèn ép vào ngón trồng. Không có ngón tay nào bị hoại tử do nguyên nhân này. Theo chúng tôi biến chứng này tuy không phải là 1 biến chứng nặng nề, nhưng vẫn là 1 biến chứng cần được quan tâm phát hiện sớm và xử trí kịp thời, khi máu thấm băng, băng khô lại gây ra hiện tượng garo máu. Theo dõi phát hiện thay băng sớm là giải pháp giúp tránh biến chứng này.

Nhiễm trùng: Pho R.W.H đã báo cáo 31 trường hợp nối lại có 02 trường hợp nhiễm trùng vết mổ kèm theo tắc TM. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp nhiễm trùng gốc ngón I: ngón có biểu hiện chảy dịch và hoại tử 1 phần gốc ngón I, chúng tôi đã xử trí thay băng, cắt lọc các tổ chức hoại tử, bổ sung kháng sinh toàn thân kéo dài, đặt máy hút VAC thúc đẩy liền vết thương, ngón tay sống. Theo y văn biến chứng này cũng là 1 nguyên nhân gây nên thất bại của vi phẫu thuật nối lại ngón tay đứt rời.

V. KẾT LUẬN

Thực tế chăm sóc theo dõi 57 bệnh nhân với 81 ngón tay được trồng lại đã phát hiện 8 ngón tắc động mạch, 21 ngón tắc tĩnh mạch, 06 ngón chảy máu và 01 ngón nhiễm trùng chủ yếu trong 72 giờ đầu. Vì vậy, việc theo dõi sát sau trồng nối giúp phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Châu** (1994), "Những khó khăn trong kỹ thuật khâu nối mạch máu nhỏ", Tài liệu Y – Dược học, Hội Y – Dược học Thành phố Hồ Chí Minh, Tr.18 – 20.
2. **Võ Văn Châu** (2007), "Kỹ thuật vi phẫu trong phẫu thuật bàn tay", Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
3. **Lê Văn Đoàn, Nguyễn Việt Tiến** (2008), "Kết

- quả trồng lại 314 chi thể bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - kinh nghiệm 13 năm”, Y học thực hành, 22, 45-50.
5. Phan Đức Minh Mẫn (2011). Đánh giá kết quả khâu nối vi phẫu thuật ngón tay đứt rời, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.
 6. Nguyễn Việt Nam (2012), Nghiên cứu giải phẫu động mạch bàn tay, ngón tay và ứng dụng trong trồng lại bàn, ngón tay. Luận án tiến sĩ y học, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.
 7. Nguyễn Huy Phan (1999), “Kỹ thuật vi phẫu mạch máu - thần kinh thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng”, Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật, Hà Nội.
 8. Nguyễn Việt Tiên, Lê Hồng Hải, Lưu Hồng Hải, Lê Văn Đoàn, Nguyễn Văn Phú, Nguyễn

- thế Hoàng (2008) Đánh giá kết quả trồng lại 315 chi thể bằng kỹ thuật vi phẫu từ 1994 đến 2007 tại bệnh viện trung ương quân đội 108. Tạp chí Y dược học Lâm sàng 108, số 2, năm 2008, 63-71.
9. Nguyễn Thế Hoàng, Nguyễn Việt Tiên, Lê Văn Đoàn và CS (2006), Kết quả phẫu thuật nối lại chi thể đứt rời có sử dụng kỹ thuật vi phẫu tại Bệnh viện TƯQĐ 108, Tạp chí y dược học lâm sàng 108, số đặc biệt, hội nghị thường niên hội chấn thương chỉnh hình Việt Nam lần thứ năm - Hà Nội, tr.11-15
 10. Arakaki.A. and Tsai.T.M (1993), “Thumb replantation: survival factor and reexploration in 122 cas”, Journal of Hand Surgery British and European, Vol 1, No18B, pp. 152 - 156.

XỬ TRÍ BAN ĐẦU VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM TEO RUỘT BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2017-2022

Dương Văn Anh¹, Lê Minh Trác¹, Vũ Đức Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả xử trí ban đầu và kết quả điều trị sớm teo ruột bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu 48 bệnh nhi sinh ra tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương được chẩn đoán xác định teo ruột bẩm sinh sau điều trị phẫu thuật trong giai đoạn từ 2017-2022. **Kết quả:** - Trẻ trai 54,2%; trẻ gái 45,8%. Có 45,8% trẻ sơ sinh trong nghiên cứu là non tháng. Tất cả các trẻ đều được tiêm Vitamin K, đặt sonde dạ dày dẫn lưu, ổn định thân nhiệt, nuôi dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh liều khởi đầu trước phẫu thuật. Có 93,8% trẻ được chuyển Ngoại nhi trong vòng 2 ngày đầu sau sinh. Có 8,3% trẻ được phẫu thuật ngay ngày đầu sau đẻ, số còn lại được phẫu thuật từ ngày thứ 2 sau đẻ. Tỷ lệ kèm bất thường cấu trúc tim mạch là 35,4%; 8,5% dị tật khác gồm hội chứng Down và không hậu môn. Trong 48 ca có 87,5% hồi phục, 5 trường hợp nặng xin về (10,4%) và 1 trường hợp tử vong (2,1%). **Kết luận:** Teo ruột bẩm sinh - một trong những dị tật ống tiêu hoá thường gặp trong phẫu thuật sơ sinh cần phối hợp chẩn đoán trước sinh nhằm hỗ trợ xử trí sớm ngay sau sinh và can thiệp kịp thời để nâng cao hiệu quả điều trị. **Từ khóa:** Tắc ruột sơ sinh; teo ruột non bẩm sinh.

SUMMARY

INITIAL TREATMENT AND RESULTS OF EARLY TREATMENT OF CONGENITAL INTESTINAL ATRESIA AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY PERIOD 2017-2022

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương
 Chịu trách nhiệm chính: Dương Văn Anh
 Email: drduongvananh@gmail.com
 Ngày nhận bài: 7.9.2023
 Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023
 Ngày duyệt bài: 9.11.2023

Objective: To describe initial treatment and early treatment outcomes of congenital intestinal atresia. **Subjects and Methods:** A retrospective study was conducted on 48 infants born at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology who were diagnosed with congenital short bowel syndrome and underwent surgical treatment between 2017 and 2022. **Results:** - Rate of boys is 54.2%, 45.8% girls. 45.8% of patients were premature infants. All cases received Vitamin K injections, gastric tube drainage, body temperature stabilization, intravenous nutrition, and initial doses of antibiotics before surgery. 93.8% of patients were transferred to Pediatric Surgery before 2 days old. 8.3% of patients had surgery on the first day after birth. The rate of cardiovascular structural abnormalities is 35.4%; Another birth defects is 8.5% include Down syndrome and anorectal malformation. Of the 48 cases, 87.5% showed signs of recovery, 5 cases returned home (10.4%) & one mortality case (2.1%). **Conclusions:** Congenital intestinal atresia - one of the common gastrointestinal congenital malformations in neonatal surgery, requires coordinated prenatal diagnosis to support early treatment immediately after birth and timely intervention to improve treatment effectiveness.

Keywords: Congenital short bowel syndrome; Neonatal short bowel syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo ruột bẩm sinh (Congenital intestinal atresia) là một trong những dị tật bẩm sinh đường tiêu hoá bao gồm: teo tá tràng (Duodenal atresia), teo hồng-hồi tràng (Jejunioileal atresia), teo ruột già (Colonic atresia). Teo ruột bẩm sinh gây nên sự bít tắc trong lòng ruột - một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây tắc ruột ở trẻ sơ sinh, một bệnh lý ngoại khoa thường gặp cần được can thiệp kịp thời. Ở Việt Nam, tỉ lệ tử vong và biến chứng của các bệnh nhi teo ruột