

- 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

bẩm sinh cũng đã giảm xuống đáng kể, từ mức tử vong gần 80% vào những năm 1960 – 1970 theo tác giả Nguyễn Văn Đức, xuống còn 7,7% theo tác giả Vũ Hồng Tuân (2013) và Chu Minh Phúc (2020).

Teo ruột bẩm sinh nếu bị bỏ sót, chẩn đoán sau sinh chậm, chỉ định điều trị muộn, khi có biến chứng, sẽ gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị, làm tăng nguy cơ tử vong và tăng biến chứng sau mổ, khả năng phục hồi kém ảnh hưởng đến phát triển của trẻ sau này. Hiện nay có nhiều tiến bộ trong lĩnh vực chẩn đoán dị tật trước sinh, hồi sức sơ sinh, phẫu thuật ngoại khoa. Các thai phụ có chẩn đoán thai tắc ruột sẽ được chuyển tuyến an toàn đến các bệnh viện sản khoa, mà tại đây sau sinh trẻ được hồi sức tốt, chẩn đoán kết hợp xử trí sớm và chuyển đến cơ sở ngoại khoa để phẫu thuật kịp thời.

Đến nay, ở Việt Nam đã có một số đề tài nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, các yếu tố nguy cơ tử vong ở trẻ sơ sinh dị tật bẩm sinh đường tiêu hoá. Một số đề tài nghiên cứu về chẩn đoán của tắc tá tràng bẩm sinh. Tuy nhiên còn ít nghiên cứu được thực hiện về mô hình teo ruột ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là kết quả điều trị sớm liên quan với vai trò của chẩn đoán trước sinh, dị tật kèm theo cho trẻ teo ruột bẩm sinh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "Mô tả xử trí ban đầu và kết quả điều trị sớm teo ruột bẩm sinh".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các trẻ sơ sinh được sinh ra tại bệnh viện Phụ sản Trung ương có chẩn đoán xác định trong mổ là teo ruột bẩm sinh.

+ Có xác định được vị trí teo.

+ Thương tổn nằm trong phân loại Grosfeld.

Loại I: Teo do màng ngăn niêm mạc.

Loại II: Hai đầu ruột teo cách nhau bởi một dây xơ đặc.

Loại III: Teo gián đoạn, 2 thể:

III. A: Teo ruột gián đoạn hoàn toàn. Hai đầu ruột không dính nhau, mạc treo ruột bị khuyết hình chữ V.

III. B: Teo ruột gián đoạn có hình "vỏ táo", "đuôi lợn", "cây thông".

Loại IV: teo ruột ở nhiều vị trí

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Không có đầy đủ hồ sơ bệnh án

- Bệnh nhân nghi teo ruột trên lâm sàng nhưng không mổ.

- Các bệnh lý gây tắc ruột sơ sinh khác như

tắc ruột phân su, phình đại tràng bẩm sinh, dị tật hậu môn trực tràng, xoắn trung tràng,...

- Các bệnh lý gây viêm phúc mạc sơ sinh khác như thủng dạ dày, thủng ruột non, thủng manh tràng,... sau khi sinh.

2.2. Địa điểm nghiên cứu. Trẻ sơ sinh được sinh ra tại bệnh viện Phụ sản Trung ương

Địa điểm can thiệp phẫu thuật: Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3. Thời gian và cỡ mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến hết tháng 12 năm 2022.

Cỡ mẫu thuận tiện: lấy tất cả bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu, lấy số liệu theo mẫu bệnh án đã thiết kế trước.

2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu. Đặc điểm chung: tuổi, giới, cân nặng, các đặc điểm của sản phụ (bệnh nền, tiền sử dùng thuốc, thai sản...)

Xử trí ban đầu ngay khi chẩn đoán: vitamin K, thân nhiệt, nuôi dưỡng,...

Các chỉ số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước sinh, đặc điểm siêu âm, XQ bụng.

Các chỉ số sau phẫu thuật, can thiệp hồi sức sau mổ, biến chứng, kết quả điều trị.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã thông qua hội đồng đạo đức tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Nhi Trung ương, được sự cho phép của các phòng ban liên quan của Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Việt Đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành một khảo sát về tỷ lệ teo ruột bẩm sinh theo giới tính dựa trên kết quả từ 48 trường hợp trẻ sơ sinh được sinh ra tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Bảng 3.1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		N	Tỷ lệ %
Giới tính	Trai	26	54,2
	Gái	22	45,8
Tổng		48	100
p		< 0,05	
Tuần thai		N = 48	Tỷ lệ %
<37		22	45,8%
37-41		26	54,2%
Tuổi trung bình	Max	40	36,7 ± 2,25
	Min	32	

Nhận xét: Tỷ lệ theo giới tính là 54,2% trẻ trai, 45,8% trẻ gái; có 22 trường hợp trẻ non tháng (45,8%), tuổi thai trung bình của nhóm

ngiên cứu là $36,7 \pm 2,25$.

Bảng 3.2: Thời điểm chẩn đoán trước sinh

Tuần thai phát hiện bất thường	N = 48	%
Từ 21 – 28 tuần	14	29,2
Từ 29 – 40 tuần	30	62,5
Không có chẩn đoán bất thường trước sinh	4	8,3

Nhận xét: 62,5% trẻ được chẩn đoán trước sinh bất thường ở tuần thai từ 29 – 40; 29,2 % được chẩn đoán bất thường ở tuần thai từ 21 – 28; có 4 trẻ không phát hiện bất thường trước sinh chiếm 8,3 %.

Bảng 3.3: Dị tật phối hợp thường gặp sau sinh của trẻ teo ruột bẩm sinh

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dị tật (N=47)	Có: Bộ mặt Down (2) Không HM (1) Không HM – Rò tiền đình âm đạo (1)	4	8,5
	Không	43	91,5
Bất thường tim mạch	Không siêu âm tim	14	29,2
	Có làm siêu âm tim		
	Không bất thường cấu trúc	17	35,4
	Có bất thường cấu trúc	17	35,4

Nhận xét: Trong nhóm trẻ này, bất thường cấu trúc về tim mạch gặp với tỷ lệ 33,3%, hay gặp nhất là còn ống động mạch; dị tật khác gồm 2 trẻ có bộ mặt Down, 1 trẻ không có hậu môn, 1 trẻ không có hậu môn – rò tiền đình âm đạo.

Bảng 3.4. Xử trí ban đầu trước phẫu thuật:

Xử trí ban đầu trước phẫu thuật	N=48	Tỷ lệ (%)
Tiêm Vitamin K	48	100
Ổn định thân nhiệt	48	100
Đặt sonde dạ dày dẫn lưu	48	100
Kháng sinh	48	100
Nuôi dưỡng tĩnh mạch	48	100
Can thiệp hô hấp	10	20,8
Thở oxy	3	6,25
Thở máy	7	14,6

Nhận xét: 100% số trẻ sơ sinh đều được tiêm Vitamin K, ổn định thân nhiệt, đặt sonde dạ dày dẫn lưu, truyền kháng sinh, nuôi dưỡng tĩnh mạch trước phẫu thuật. Có 10 trẻ (20,8%) phải can thiệp hô hấp hỗ trợ, 14,6% trẻ cần thở máy hỗ trợ.

Bảng 3.5: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Ngày tuổi chuyển Ngoại Nhi		
< 24h	25	52,1
24 - ≤ 48h	20	41,7

> 48h (max 5 ngày tuổi)	3	6,2
$X \pm sd = 1,7 \pm 0,9$		
Ngày tuổi can thiệp phẫu thuật		
< 24h	4	8,3
24 - ≤ 48h	24	50
> 48h (max 14 ngày tuổi)	20	41,7
$X \pm sd = 2,9 \pm 2,2$		
Phương pháp phẫu thuật		
Phẫu thuật nội soi	0	0
Mổ mở	48	100

Nhận xét: 52,1% trường hợp chuyển trong ngày đầu sau đẻ, 41,7% chuyển lúc 2 ngày tuổi. Có 8,3% các trường hợp được phẫu thuật ngay ngày đầu sau đẻ. Số còn lại được phẫu thuật từ ngày thứ 2 sau đẻ. 100% các bệnh nhi được phẫu thuật mổ mở.

Bảng 3.6. Kết quả điều trị sớm sau phẫu thuật

	N=48	%
Hồi phục	42	87,5%
Nặng xin về	5	10,4
Tử vong	1	2,1
Tổng số ngày nằm viện	Min	6
	Max	60
	$X \pm sd = 19,2 \pm 13,0$	

Nhận xét: Trong 48 ca có 87,5% hồi phục, 5 trường hợp nặng xin về (10,4%) và 1 trường hợp tử vong (2,1%). Những trường hợp nặng liên quan tới trẻ sinh non, thiếu cân. Trong 42 trẻ hồi phục có 4 trẻ cần chuyển tới chuyên khoa dinh dưỡng tiếp tục điều trị hội chứng ruột ngắn, 1 trẻ chuyển tuyến quận vì giãn cách do dịch covid ở Bệnh viện Việt Đức.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng ta đã tiến hành một khảo sát về tỷ lệ teo ruột bẩm sinh theo giới tính dựa trên kết quả từ 48 trường hợp trẻ em được sinh ra tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Kết quả cho thấy sự khác biệt đáng chú ý giữa tỷ lệ trẻ trai và trẻ gái mắc teo ruột bẩm sinh, với tỷ lệ trẻ trai cao hơn đáng kể. Điều này đã được xác nhận với mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) từ bảng 3.1. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không phải là duy nhất trong việc ghi nhận sự đa dạng trong tỷ lệ teo ruột bẩm sinh theo giới tính. Trong trường hợp của nghiên cứu ở Thụy Điển, kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, trong khi một số nghiên cứu khác lại ghi nhận tỷ lệ trẻ gái cao hơn so với trẻ trai trong khoảng từ 5% đến 20%. Sự khác biệt này trong kết quả có thể được giải thích bằng nhiều yếu tố trong đó có sự khác biệt về đặc điểm dân số và việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Trong

ngiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 và Bệnh viện Nhi Đồng 1, tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái mắc dị tật tiêu hoá ống tiêu hóa đều là 2/1³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dị tật phối hợp trong teo ruột bẩm sinh là 35,4% có kèm bất thường cấu trúc tim mạch, 8,5% có dị tật hình thể khác kèm theo: trong đó có hai trường hợp kết hợp với hội chứng Down và 2 trường hợp còn lại không có hậu môn. Tỷ lệ này cho thấy sự đa dạng và phức tạp của dị tật phối hợp trong teo ruột bẩm sinh không thể bỏ qua. Trong nghiên cứu của Vũ Văn Yên, dị tật ống tiêu hoá phối hợp với dị tật tim mạch là 31,5% và hội chứng Down là 11,1%⁵.

Do đó, quá trình khám xét và chẩn đoán trẻ cần phải bao gồm toàn diện các cơ quan để phát hiện và xử lý một cách hiệu quả các dị tật này.

Với những trẻ sơ sinh đã có chẩn đoán trước sinh định hướng dị tật gây tắc ruột, đều nhanh chóng được xử trí và chẩn đoán xác định sớm ngay sau đẻ, trong nghiên cứu này tất cả các trẻ ngay sau sinh đều được tiêm Vitamin K, đặt sonde dạ dày dẫn lưu, ổn định thân nhiệt, nuôi dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh liều khởi đầu để hướng tới điều trị ngoại khoa hiệu quả và nhanh chóng. Nghiên cứu của chúng tôi có tới 93,8% trẻ được chuyển Ngoại nhi trong vòng 2 ngày đầu sau đẻ, 3 trường hợp còn lại chuyển sau 2 ngày đều không có chẩn đoán trước sinh. Kết quả này tương đồng với kết quả của Chu Minh Phúc (2020): thời gian vào viện từ lúc sinh trước 2 ngày tuổi chiếm 89,7%⁸.

Chúng tôi đã ghi nhận rằng 8,3% các trường hợp được phẫu thuật ngay trong ngày đầu sau khi đẻ. Số còn lại thường được phẫu thuật từ ngày thứ 2 sau đẻ. Điều này có thể được so sánh với các nghiên cứu quốc tế để đánh giá sự tương đồng hoặc chênh lệch trong quy trình phẫu thuật và thời gian chờ đợi. Chúng tôi ghi nhận được 1 trường hợp được phẫu thuật muộn nhất ngày thứ 14 sau đẻ, thời gian trung là 2,9±2,2 ngày.

Nhờ sự phát triển của lĩnh vực chẩn đoán trước sinh, giúp bác sĩ lâm sàng định hướng sớm và hỗ trợ xử trí ngay sau sinh cho trẻ có nghi ngờ teo ruột cũng như dị tật bẩm sinh đường tiêu hoá khác.

Việc thời điểm mắc dị tật bẩm sinh trong đó có teo ruột bẩm sinh có thể xuất hiện ở bất kỳ thời kỳ nào trong thai kỳ đã tạo ra một sự phức tạp cho các nhà nghiên cứu trong việc xác định mối liên quan này. Nghiên cứu trước đây đã cho thấy tỷ lệ mắc teo ruột bẩm sinh khác biệt tùy theo địa dư và điều kiện sống, nhưng còn nhiều điểm chưa rõ ràng².

V. KẾT LUẬN

5.1. Xử trí ban đầu

- 100% số trẻ sơ sinh đều được tiêm Vitamin K, ổn định thân nhiệt, đặt sonde dạ dày, truyền kháng sinh, nuôi dưỡng tĩnh mạch trước phẫu thuật.

- Hầu hết các trường hợp được chuyển cơ sở Ngoại nhi trong vòng 2 ngày sau đẻ. Có 3 trường hợp chuyển sau 2 ngày đều không có chẩn đoán trước sinh. Thời gian chuyển trung bình 1,7 ± 0,9 ngày.

- 8,3% các trường hợp được phẫu thuật ngay ngày đầu sau đẻ. Số còn lại được phẫu thuật từ ngày thứ 2 sau đẻ. Chúng tôi ghi nhận được 1 trường hợp được phẫu thuật muộn nhất ngày thứ 14 sau đẻ, thời gian trung là 2,9 ± 2,2 ngày.

- 100% các bệnh nhi được phẫu thuật mổ mở.

5.2. Kết quả điều trị sớm

- Số ngày nằm viện trung bình 19,2 ± 13,0; trẻ nằm ít nhất là 6 ngày và kéo dài nhất là 2 tháng.

- Trong 48 ca có 87,5% hồi phục, 5 trường hợp nặng xin về (10,4%) và 1 trường hợp tử vong (2,1%). Hầu hết những trường hợp nặng liên quan tới trẻ sinh non, thiếu cân.

- Trong nhóm hồi phục có 4 trẻ cần chuyển tới chuyên khoa dinh dưỡng tiếp tục điều trị hội chứng ruột ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mahapula FA, Kumpuni K, Mlay JP, Mrema TF.** Risk factors associated with pre-term birth in Dar es Salaam, Tanzania: a case-control study. *Tanzania Journal of Health Research.* 12/26 2015. 18(1). doi:10.4314/thrb.v18i1.4.
- Yeung F, Tam YH, Wong YS, et al.** Early Reoperations after Primary Repair of Jejunoileal Atresia in Newborns. *Journal of neonatal surgery.* Oct-Dec 2016. 5(4): 42. doi: 10.21699/jns.v5i4.444.
- Trần Thông Nhất HTDH.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Nhi Đồng 2. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh,* tập 16, tr. 91-95. 2012.
- Vũ Văn Yên.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Dịch Tễ Học Lâm Sàng Chẩn Đoán Trước và Sau Sinh Các Dị Tật Bẩm Sinh Ống Tiêu Hóa. *Luận án Tiến sỹ y học.* Đại học Y Hà Nội; 2017.
- Chanclani DR, Seth A, Rakhonde AK.** Neonatal Gastrointestinal Emergencies in a Tertiary Care Center in Bhopal, India: A Prospective Study. *IJSS J,Surg.* 2015;1(5):1-4.
- Vũ Hồng Tuấn, Nguyễn Việt Hoa.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tắc tá tràng bẩm sinh tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010-2015. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2018;465:127-132.
- Trần Ngọc Bích.** Tắc ruột ở trẻ em. In: *Cấp Cứu Ngoại Khoa.* Vol Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2012.
- Chu Minh Phúc.** Kết Quả Phẫu Thuật Điều Trị Teo Ruột Non Bẩm Sinh Tại Bệnh Viện Việt Đức Giai Đoạn 2017 – 2020. *Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học.* Đại học Y Hà Nội; 2020