

KM.007921

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

CẤP CỨU NGOẠI KHOA

(NHI KHOA)



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

CẤP CỨU NGOẠI KHOA

NHI KHOA

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2005

Chủ biên:

GS. ĐẶNG HANH ĐỀ

Tham gia biên soạn:

PGS. TS. TRẦN NGỌC BÍCH

PHÓ CHỦ NHIỆM KHOA PHẪU THUẬT NHI

BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

LỜI NÓI ĐẦU

Cấp cứu ngoại khoa, luôn là vấn đề thời sự, cấp thiết không những của những phẫu thuật viên mà còn là của tất cả những người làm công tác y tế.

Những năm trước đây của thế kỷ trước, Nhà xuất bản Y học đã ấn hành quyển **Cấp cứu ngoại khoa**, nhưng trải qua một thời gian dài với những tiến bộ trong y học nói chung cũng như sự phát triển của ngành ngoại khoa nước ta nói riêng, chúng tôi biên soạn lại quyển **Cấp cứu ngoại khoa** với sự tham gia của nhiều phẫu thuật viên chuyên khoa có kinh nghiệm.

Quyển sách sẽ được xuất bản làm nhiều tập, mỗi tập ứng với một chuyên khoa như: Nhi khoa, Thần kinh, Tim mạch lồng ngực, Tiêu hoá, Tiết niệu, Chấn thương.

Chúng tôi hy vọng với lần xuất bản này, quyển sách sẽ đáp ứng tốt hơn với lòng mong đợi của các bạn đồng nghiệp.

ĐẶNG HANH ĐỆ

MỤC LỤC

<i>Lời nói đầu</i>	3
1. Teo thực quản - Rò khí thực quản	7
2. Thoát vị hoành	25
3. Tắc môn vị và hang vị	39
4. Tắc ruột sơ sinh	44
5. Dị hậu môn trực tràng	58
6. Thoát vị trong dây rốn và khe hở thành bụng	75
7. Teo đường mật	84
8. Hẹp phì đại môn vị	95
9. Lồng ruột ở trẻ bú mẹ và trẻ em	105
10. Tắc ruột ở trẻ em	121
11. Viêm phúc mạc phân xu	134
12. Viêm ruột hoại tử ở sơ sinh	139
13. Viêm phúc mạc ở trẻ em	147
14. Viêm hoại tử ruột non ở trẻ em	160
15. Viêm ruột thừa ở trẻ em	170
16. Giun chui ống mật	181
17. Bàng quang lộ ngoài	190
18. Xoắn tinh hoàn ở trẻ em	196
19. Teo ruột non bẩm sinh	200
20. Tắc tá tràng	216
21. Tắc ruột do ruột quay và cố định bất thường	230
22. Ống tiêu hoá đôi ở trẻ em	243

TEO THỰC QUẢN RÒ KHÍ THỰC QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Teo thực quản được William Durston mô tả lần đầu tiên vào năm 1670. Năm 1913, Richier mô tả đường rò khí - thực quản. Năm 1929, Vogt đã mô tả các dị dạng của thực quản, trong đó có thể bệnh rò khí - thực quản. Vào cuối những năm 30, nhiều tác giả đã mô tả các phương pháp nhiều thì mổ chữa teo thực quản. Tới những năm 50, phương pháp mổ một thì đã ra đời và tỷ lệ sống sau mổ ngày một cao nhờ tiến bộ của gây mê-hồi sức, của kỹ thuật điều trị trước, trong và sau mổ.

Trong dị tật teo thực quản, có nhiều thể bệnh, có thể chỉ có teo thực quản đơn thuần nhưng có thể bệnh có rò khí thực quản và có thể bệnh chỉ có rò khí thực quản mà không có teo thực quản nên về thuật ngữ đã có các tên gọi cho dị tật này là:

- Teo thực quản bẩm sinh.
- Rò khí - thực quản.
- Teo thực quản bẩm sinh và rò khí - thực quản.

Ở tên gọi thứ ba này, đã có đủ các thể bệnh của dị tật này.

2. BÀO THAI HỌC

Teo thực quản xảy ra do có rối loạn về sự phát triển của bào thai ở giai đoạn thai từ 4-6 tuần. Điều này giải thích teo thực quản hay kết hợp với một số dị tật khác như tim, cột sống, hệ tiết niệu và ống tiêu hóa.

Theo sự phát triển bình thường của bào thai thì nọc khí quản xuất hiện ở tuần lễ thứ 4 và 5, ruột nguyên thủy được biệt hóa phân tách khí quản ra trước và thực quản ra sau. Sự phân tách này thực hiện từ thấp lên cao và sự phát triển của khí quản từ cao xuống thấp cho tới lúc hình thành hai móm phế quản phổi ở tuần lễ thứ 8.

Sự phát triển của thực quản theo hai hướng, lên trên và xuống dưới.

Ở thời kỳ này, có thể xảy ra sự phát triển bất thường, dẫn tới dị dạng trực khí - thực quản và một số dị dạng khác kèm theo.

Sự bất thường trong quá trình hình thành vách ngăn giữa khí-thực quản là nguyên nhân gây teo thực quản và rò khí thực quản.

- Sự chuyển vị trí vách khí - thực quản ra sau gây teo thực quản.
- Sự đóng không kín vách khí - thực quản gây rò khí- thực quản.

3. GIẢI PHẪU

Cấu tạo thành thực quản gồm ba lớp: lớp cơ, lớp dưới niêm mạc, lớp niêm mạc, không có lớp thanh mạc như ruột.

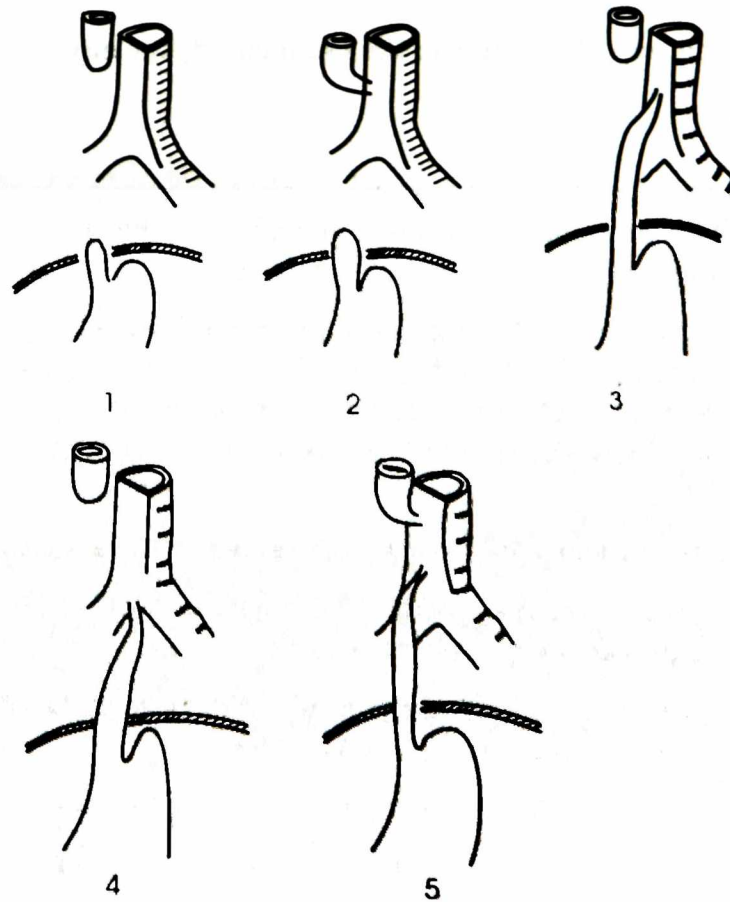
Cấp máu cho thực quản là các mạch máu từ các mạch ở cổ, động mạch liên sườn, động mạch chủ ngực. Các động mạch chạy dọc theo thành thực quản. Sự cấp máu ở một phần ba trên thực quản phong phú hơn.

Trong teo thực quản, đoạn thực quản phía trên chỗ teo dần to, thành dày, có cấp máu tốt nên thuận lợi cho khả năng phẫu tích làm dài tối đa và có thể thực hiện được đường rạch vòng tròn hết lớp cơ nhưng ngoài niêm mạc để làm dài thêm đoạn thực quản đầu trên mà không sợ thiếu máu ở phần túi cùng trên thực quản. Còn đoạn thực quản dưới chỗ teo thường nhỏ, thành mỏng, khi phẫu tích để kéo dài lên phải chú ý không được cắt vào các mạch máu đi vào thành thực quản và dây thần kinh phế vị đi bên cạnh.

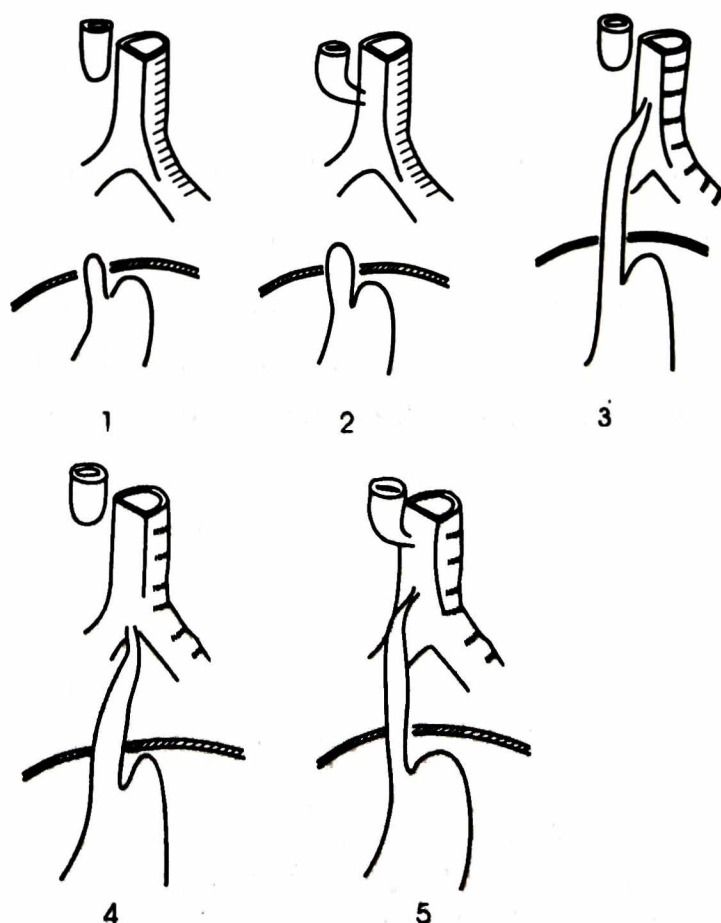
Do không có thanh mạc che phủ như dạ dày - ruột nên khả năng liền vết khâu nối thực quản khó hơn. Đường mổ và kỹ thuật nối thực quản ngoài phế mạc sẽ bảo vệ được lớp phế mạc thành ngực sau để che phủ miệng nối, do vậy sẽ góp phần giúp liền miệng nối, giảm tỷ lệ rò - bục.

4. PHÂN LOẠI THỂ BỆNH

4.1. Phân loại của Ladd và Gross: chia thành 5 loại:



- **Loại 1:** Teo gián đoạn 2 đầu thực quản và không có rò khí thực quản. Hai đầu thực quản cách nhau với độ dài hơn 4 đốt sống nên thường không nối ngay 2 đầu thực quản được hoặc nối rất khó khăn với tỷ lệ biến chứng cao. Tần xuất gặp khoảng 7-10% tổng số teo thực quản.
 - **Loại 2:** gặp khoảng 1% trong số teo thực quản. Hai đầu thực quản teo cách xa nhau nhưng có rò đầu thực quản trên với khí quản.
 - **Loại 3 và 4:** Thường gặp với tỷ lệ từ 75-85 % theo các tác giả. Hai đầu thực quản teo với khoảng cách không xa như ở loại 1 và 2. Đầu thực quản trên bịt kín ở vị trí từ đốt sống lưng 1 tới lưng 4. Đầu thực quản dưới thông với khí quản (loại 3) hoặc phế quản gốc phải (loại 4).
- Teo thực quản loại 3 thường gặp và có tiên lượng tốt, thuận lợi cho mổ một thì, vì khoảng cách giữa 2 đầu thực quản thường không quá 3 đốt sống.
- **Loại 5:** Loại teo đặc biệt với 2 đầu thực quản đều thông với khí quản. Khoảng cách giữa 2 đầu thực quản thường không xa nhau.



Hình 1.1. Phân loại của Ladd và Gross

4.2. Phân loại của Bettex M - Kuffer F - Scharli A: thành 4 loại:

- **Loại 1:** Teo thực quản thành dây xơ, ít gặp.