

**BẢO TỒN THỰC QUẢN TRONG ĐIỀU TRỊ
TEO THỰC QUẢN TYPE A BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC:
CỘT MỐC MỚI CỦA NGOẠI NHỊ ĐÀ NẴNG**

BS. CKII. Nguyễn Phi Phong
Trưởng khoa Ngoại, Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng

Một em bé sinh ra không thể nuốt được giọt sữa nào

Thực quản là đoạn ống dẫn thức ăn từ miệng xuống dạ dày. Ở một số trẻ, đoạn ống này không hình thành trọn vẹn trong bào thai mà **đứt làm hai đoạn** - đó là bệnh **teo thực quản bẩm sinh**, gặp ở khoảng 1/2.500 – 1/3.000 trẻ sinh sống.

Trẻ mắc bệnh Teo thực quản không nuốt được nước bọt, sùi bọt cua ở miệng, sặc tím khi bú. Nếu không được phát hiện và mổ kịp thời, sữa và dịch tiêu hóa sẽ tràn vào phổi gây suy hô hấp.

Trong hơn 80 năm, kể từ khi Cameron Haight thực hiện thành công ca nối thực quản đầu tiên vào năm 1941, điều trị teo thực quản đã trải qua nhiều cuộc cách mạng lớn. Từ phẫu thuật mở, đến phẫu thuật nội soi, rồi các chiến lược bảo tồn thực quản thay thế cho việc chuyển vị dạ dày hay đại tràng. Và hôm nay, chúng tôi có thêm một cột mốc đáng nhớ viết tiếp hành trình ấy.

Lần đầu tiên tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng, một bệnh nhi teo thực quản type A (không có rò khí – thực quản, *long-gap esophageal atresia*) đã được phẫu thuật nội soi lồng ngực bảo tồn thực quản, kéo dài hai đầu thực quản bằng nguyên lý của kỹ thuật Foker và nối tận – tận trực tiếp, thay vì phải thay thế thực quản bằng dạ dày hoặc đại tràng như cách điều trị kinh điển.

Đối với chúng tôi, đây không chỉ là thành công của một ca mổ mà ***là sự thay đổi sâu sắc về tư duy điều trị.***

1. Type A – Thử thách lớn nhất của phẫu thuật teo thực quản

Khác với teo thực quản type C chiếm khoảng 85–90% trường hợp, teo thực quản type A chỉ gặp khoảng 7–8%. Điểm khó nhất của bệnh lý này là:

- Không có đường rò giúp đầu dưới phát triển.
- Khoảng cách giữa hai đầu thực quản thường rất xa (*long-gap*).
- Hai đầu thực quản thường không thể nối ngay sau sinh.

Chính vì vậy, trong nhiều thập kỷ, chiến lược kinh điển được áp dụng là:

1. Mở thông dạ dày nuôi ăn.
2. Chờ trẻ lớn từ 6–12 tháng.
3. Sau đó phẫu thuật thay thế thực quản bằng dạ dày, đại tràng hoặc hồng tràng.

Đây từng được xem là lựa chọn an toàn nhất.

Nhưng... ***không có vật liệu thay thế nào có thể tốt bằng chính thực quản của trẻ.***

2. Vì sao bảo tồn thực quản luôn là mục tiêu cao nhất?

Thực quản tự nhiên của trẻ sở hữu những ưu điểm vượt trội:

- Nhu động sinh lý tự nhiên.
- Cảm giác nuốt bình thường.
- Khả năng phát triển song hành cùng cơ thể.
- Ít biến chứng lâu dài hơn.

Trong khi đó, các phẫu thuật thay thế thực quản kinh điển thường kéo theo nhiều hệ lụy phức tạp: trào ngược nặng, rối loạn làm rỗng dạ dày, hẹp miệng nối, xoắn hoặc giãn đoạn ruột thay thế, phải mổ lại nhiều lần, ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng sống suốt đời.

Vì vậy, trong hơn hai thập kỷ qua, xu hướng của các trung tâm ngoại nhi hàng đầu thế giới đã chuyển mạnh sang một triết lý mới: ***Giữ lại thực quản thật bằng mọi giá nếu còn khả năng.***

3. Kỹ thuật Foker kết hợp phẫu thuật nội soi: Bước tiến thay đổi lịch sử

Bác sĩ John E. Foker đã chứng minh một nguyên lý đặc biệt: **Mô sống sẽ phát triển khi chịu lực kéo liên tục.** Thay vì thay thế thực quản, hai đầu thực quản được đặt lực kéo có kiểm soát trong nhiều ngày để thực quản dài thêm, khoảng cách được rút ngắn, cuối cùng có thể nối trực tiếp. Kỹ thuật này đã đưa bảo tồn thực quản trở thành "nguyên tắc" khi nào còn có thể thay vì chuyển ngay sang thay thế thực quản. Nguyên lý này đã thay đổi hoàn toàn quan điểm điều trị teo thực quản khoảng cách xa tại nhiều trung tâm lớn trên thế giới.

Nếu Foker mở ra khả năng giữ lại thực quản thì phẫu thuật nội soi lại giúp giảm tối đa sang chấn.

Từ ca mổ nội soi điều trị teo thực quản đầu tiên của Steven Rothenberg năm 2000 đến nay, hàng loạt nghiên cứu đã chứng minh phẫu thuật nội soi có kết quả tương đương hoặc vượt trội mổ mở, đồng thời tránh được các biến dạng thành ngực, cột sống và vai sau mổ.

4. Ca bệnh tại Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng

Một bé trai quê Đà Nẵng, mắc chứng teo thực quản type A. **Mới 3 ngày tuổi, con đã phải mổ mở một lỗ ở bụng để bơm sữa nuôi ăn** — vì không có đường nào khác đưa sữa vào dạ dày.

Hơn ba tháng sau, con lên được 4 kg. Nhưng hai đầu thực quản vẫn cách nhau tới **5 đốt sống** — rất xa.

Thay vì bỏ thực quản của con, ekip Khoa Ngoại quyết định **giữ lại bằng được**, với hai lần mổ nội soi lồng ngực:

◆ **Lần 1:** Nội soi lồng ngực qua mấy lỗ nhỏ vài milimet, tìm hai đầu thực quản, rồi **khâu kéo hai đầu lại gần nhau**. Đây là nguyên lý của kỹ thuật Foker: **mô sống khi bị kéo liên tục sẽ tự dài ra.**

Chờ hơn 2 tuần sau để thực quản của con dài thêm thật sự.

◆ **Lần 2:** mổ nội soi lại, và lần này **hai đầu đã đủ gần để khâu nối trực tiếp với nhau.**

Sau mổ, khi phim chụp kiểm tra cho thấy chỗ nối kín, không rò con được tập nháp từng ngụm nước nhỏ rồi sữa mẹ. **Ngày ra viện, con bú sữa bằng miệng — bằng chính thực quản của mình.**



Ekip Ngoại nhi Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng trong ca phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị teo thực quản type A.

5. Hành trình hoàn thiện kỹ thuật tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng

Nhiều năm qua, chúng tôi từng bước hoàn thiện điều trị teo thực quản bằng nội soi: từ những ca đầu tiên đến việc bảo tồn tĩnh mạch Azygos, không đặt sonde qua miệng nối, hoàn thiện kỹ thuật khâu nối nội soi nhằm giảm tỷ lệ rò và hẹp (các cải tiến này đã được chúng tôi báo cáo trong các hội nghị trên toàn quốc).

Và hôm nay, chúng tôi tiến thêm một bước nữa. Ở bệnh nhi teo thực quản type A khoảng cách xa này, thay vì thay thế thực quản theo hướng kinh điển, chúng tôi quyết định thực hiện nội soi lồng ngực kết hợp nguyên lý Foker hỗ trợ, giúp kéo gần hai đầu thực quản và thực hiện nối tận – tận trực tiếp, ***bảo tồn hoàn toàn thực quản tự nhiên của em bé.***



Bé trong ngày ra viện cùng ThS.BSNT.BSCKII Nguyễn Phi Phong - bé ăn sữa bằng chính thực quản của mình.

6. Giá trị nhân văn vượt trên kỹ thuật

Thành công này không đơn thuần là thực hiện được một ca mổ khó. Điều quan trọng hơn là chúng tôi đã mang đến cho trẻ em miền Trung một kỹ thuật tiên tiến vốn trước đây chỉ được thực hiện tại các trung tâm ngoại nhi lớn.

Điều đó có nghĩa rằng:

- Một em bé sinh ra với dị tật rất nặng không nhất thiết phải chuyển tuyến xa.
- Em bé không nhất thiết phải mất đi thực quản tự nhiên.
- Trẻ có thêm cơ hội lớn để lớn lên khỏe mạnh với chính thực quản của mình.

Thành công này là quả ngọt từ sự phối hợp ăn ý của cả một tập thể: *Ekip Gây mê hồi sức, Nhi sơ sinh, Hồi sức nhi, Chẩn đoán hình ảnh và toàn bộ Ekip Ngoại nhi, dưới sự chỉ đạo chuyên môn của Ban Giám đốc Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng.* Tất cả cùng kiên trì theo đuổi mục tiêu: **Đem đến cho trẻ em Việt Nam những phương pháp điều trị tiên tiến ngay trên chính quê hương mình.**

"Có những cột mốc không được đo bằng số lượng ca mổ, mà được đo bằng việc một đứa trẻ có thể lớn lên với chính thực quản của mình. Với chúng tôi, đó là giá trị lớn nhất."

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Holcomb GW III, Murphy JP, St. Peter SD (eds). Holcomb and Ashcraft's Pediatric Surgery. 7th ed. Elsevier; 2020 — chương 26–27.
2. Bộ môn Ngoại Nhi, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Ngoại Nhi lâm sàng. NXB Y học; 2018.
3. Puri P (ed). Newborn Surgery. 2nd ed. Arnold; 2003.
4. Bax KMA, Georgeson KE, Rothenberg SS, Valla JS, Yeung CK (eds). Endoscopic Surgery in Infants and Children. Springer; 2008.
5. Höllwarth ME, Zaupa P. Oesophageal Atresia. Trong: Puri P, Höllwarth ME (eds). Pediatric Surgery — Diagnosis and Management. Springer; 2006, chương 5 (nguồn Hình 1).

Khoảng cách xa và kỹ thuật Foker

6. Foker JE, Linden BC, Boyle EM Jr, Marquardt C. Development of a true primary repair for the full spectrum of esophageal atresia. Ann Surg. 1997;226(4):533–543.
7. Bairdain S, Hamilton TE, Smithers CJ, và cs. Foker process for the correction of long gap esophageal atresia: primary treatment versus secondary treatment after prior esophageal surgery. J Pediatr Surg. 2015;50(6):933–937.
8. Nasr A, Langer JC. Mechanical traction techniques for long-gap esophageal atresia: a critical appraisal. Eur J Pediatr Surg. 2013;23(3):191–197.
9. Rothenberg SS, Flake AW. Experience with thoracoscopic repair of long gap esophageal atresia in neonates. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2015;25(11).

Phẫu thuật nội soi lồng ngực

10. Holcomb GW III, Rothenberg SS, Bax KMA, và cs. Thoracoscopic repair of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula: a multi-institutional analysis. Ann Surg. 2005;242(3):422–430.
11. Holcomb GW III. Thoracoscopic surgery for esophageal atresia. Pediatr Surg Int. 2017;33(4):475–481.
12. Drevin G, Andersson B, Svensson JF. Thoracoscopy or thoracotomy for esophageal atresia: a systematic review and meta-analysis. Ann Surg. 2021;274(6):945–953.

Bảo tồn tĩnh mạch Azygos · Không lưu ống thông qua miệng nối

13. Sharma S, Sinha SK, Rawat JD, và cs. Azygos vein preservation in primary repair of esophageal atresia with tracheoesophageal fistula. Pediatr Surg Int. 2007;23(12):1215–1218.
14. Daboos M, Abdelmaboud M, Hussein M, và cs. Azygos vein preservation revisited. Updates Surg. 2023;75(8):2305–2311.
15. Wang C, Feng L, Li Y, Ji Y. What is the impact of the use of transanastomotic feeding tube on patients with esophageal atresia: a systematic review and meta-analysis. BMC Pediatr. 2018;18:385.
16. Lal DR, Gadepalli SK, Downard CD, và cs. Challenging surgical dogma in the management of proximal esophageal atresia with distal tracheoesophageal fistula. J Pediatr Surg. 2018;53(7):1267–1272.

Diễn tiến lâu dài

17. Holland AJA, Fitzgerald DA. Oesophageal atresia and tracheo-oesophageal fistula: current management strategies and complications. *Paediatr Respir Rev.* 2010;11(2):100–107.

18. Leibovitch L, Zohar I, Maayan-Metzger A, và cs. Infants born with esophageal atresia with or without tracheo-esophageal fistula: short- and long-term outcomes. *Isr Med Assoc J.* 2018;20(3):161–166.

Trong nước

19. Nguyễn Minh Khôi, Tô Mạnh Tuân, Nguyễn Văn Linh, và cs. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị teo thực quản bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;529(8, số 2).

20. Nguyễn Phi Phong, Võ Như Thái, Hà Văn Tài, Trần Tấn Liêm. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị teo thực quản bẩm sinh tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng. *Nghiên cứu 20 trường hợp, 01/2021 – 12/2024.*