

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC DO THÙNG RUỘT Ở TRẺ SƠ SINH CỰC NHẸ CÂN

Đặng Nguyễn Quỳnh Như*, Huỳnh Kim Quỳnh, Huỳnh Thị Phương Anh, Đào Trung Hiếu
Bệnh viện Nhi đồng 1

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc do thủng ruột ở trẻ cực nhẹ cân.

Phương pháp: Mô tả hồi cứu 15 trường hợp viêm phúc mạc ở trẻ cực nhẹ cân được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 08/2019 đến tháng 08/2021.

Kết quả: Từ tháng 08/2019 đến tháng 08/2021, có 15 trường hợp gồm: 10 ca thủng ruột tự phát (SIP), 5 ca thủng ruột do viêm ruột hoại tử (NEC). Có 9 nam và 6 nữ với tuổi thai trung bình 27,4 tuần, cân nặng lúc sinh trung bình 827,3 gram (thấp nhất là 500 gram). 90% các trường hợp SIP có một lỗ thủng duy nhất ở hồi tràng. Thời gian bắt đầu có triệu chứng trung bình là 4,6 ngày tuổi ở SIP và 10,2 ngày tuổi ở NEC. Các rối loạn toàn thân và chiều dài ruột cắt bỏ ở trẻ viêm phúc mạc do SIP ít hơn so với do NEC. Tất cả các trường hợp đều có dẫn lưu ổ bụng trước mổ với thời gian dẫn lưu trung bình là 80,8 giờ. Không có biến chứng trong mổ. Biến chứng sau mổ có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp trong nhóm NEC tử vong do hoại tử toàn bộ ruột tiến triển. Thời gian trung bình bắt đầu cho ăn đường miệng là 6,8 ngày, cho ăn toàn phần là 33,3 ngày. Thời gian thở máy trung bình là 19,4 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 90,1 ngày.

Kết luận: Điều trị viêm phúc mạc do thủng ruột ở trẻ cực nhẹ cân với dẫn lưu ổ bụng từ trước và phẫu thuật sau khi điều chỉnh các rối loạn cho thấy hiệu quả và an toàn. Viêm phúc mạc do thủng ruột tự phát thường gặp ở trẻ cực nhẹ cân và có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Từ khóa: thủng ruột, sơ sinh cực nhẹ cân, thủng ruột tự phát, viêm ruột hoại tử.

THE RESULTS OF TREATMENT OF INTESTINAL PERFORATION IN EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT NEONATES

Objective: The author presents the results of treatment of intestinal perforation in extremely low birth weight neonates and deals with factors to succeed.

Methods: Descriptive retrospective study. 15 extremely low birth weight neonates diagnosed with intestinal perforation were operated in Children's Hospital No. 1 from 08/2019 to 08/2021.

Results: From 08/2019 to 08/2021, there were 15 patients: 10 patients spontaneous intestinal perforation (SIP) and 5 patients intestinal perforation in NEC. There were 9 males and 6 females with mean age of 27,4 weeks, mean birth weight was 827,3 gram (lowest was 500 gram). 90% SIP patients had a single isolated ileal perforation. The mean duration of symptoms was 4,6 days of age in SIP và 10,2 days of age in NEC. Systemic disorders

and length of intestinal resection in SIP were lower than intestinal perforation in NEC. All patients had preoperative abdominal drainage with drainage time of 80,8 hours. There were no intraoperative complications. Postoperative complications included 2 patients with wound infection and 1 patient in NEC died with progressive necrotizing enterocolitis. The mean time to intinal feeding was 6,8 days and time to full oral intake was 33,3 days. The mean ventilator time was 19,4 days. The mean hospital stay was 90,1 hours.

Conclusions: Treatment of intestinal perforation in extremely low birth weight neonates with preoperative abdominal drainage and operation after adjustment disorders is safe and effective. SIP is most commonly found in ELBW preterm infants and have a good prognosis if diagnosed and treated promptly.

Key words: Intestinal perforation, Extremely Low Birth Weight – ELBW, Spontaneous Intestinal Perforation – SIP, Necrotizing enterocolitis – NEC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ sơ sinh cực nhẹ cân (Extremely Low Birth Weight – ELBW) được định nghĩa là trẻ có cân nặng lúc sinh thấp hơn 1000 gram. Hầu hết trẻ ELBW cũng sinh cực non, thường ở tuổi thai dưới 27 tuần [4].

Các vấn đề của sinh non liên quan đến các khó khăn trong việc thích nghi môi trường bên ngoài tử cung khi các hệ cơ quan chưa trưởng thành. Tỷ lệ sống sót ngay cả ở các nước phát triển với các đơn vị chăm sóc đặc biệt là 68% với cân nặng lúc sinh dưới <700 gram [4].

Với các vấn đề của các hệ cơ quan chưa được hoàn thiện như bệnh màng trong, bệnh lý võng mạc, đường tiêu hóa, bệnh tim bẩm sinh...Tỷ lệ tử vong ở trẻ sinh non thủng ruột được báo cáo từ 15 đến 70% và có thể còn cao hơn nếu bệnh nhi có kèm theo những bệnh lý nặng khác [5]. Do đó việc quản lý và chăm sóc trẻ ELBW vẫn còn là thách thức.

Hiện tại ở Bệnh viện Nhi đồng 1 – Khoa Hồi sức sơ sinh ngày càng tiếp nhận nhiều trường hợp trẻ ELBW, do đó xuất hiện các trường hợp ngoại khoa liên quan đến nhóm trẻ này. Trong đó bệnh cảnh viêm phúc mạc ở trẻ ELBW thường gặp 2 nhóm nguyên nhân là: viêm ruột hoại tử (NEC) và thủng ruột tự phát (Spontaneous Intestinal Perforation – SIP).

Thủng ruột tự phát (SIP) hay còn gọi là thủng ruột khu trú, được mô tả là một lỗ thủng đơn lẻ thường thấy ở đoạn cuối hồi tràng [1,5]. SIP thường gặp ở trẻ sinh non tháng rất nhẹ cân

(<1500gram) và cực nhẹ cân (<1000 gram) [1,5]. Tỷ lệ tử vong cũng được báo cáo là thấp hơn ở trẻ bị SIP so với trẻ bị NEC trong phẫu thuật, tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu đều có quy mô mẫu nhỏ [2]. Người ta nhận thấy rằng trẻ sơ sinh bị SIP có tình trạng tốt hơn vào thời điểm chẩn đoán so với những trẻ bị thủng liên quan đến NEC và có khả năng hồi phục tốt hơn [1,2,5,8].

Bệnh viện Nhi đồng 1 trong 3 năm qua đã thực hiện phẫu thuật điều trị viêm phúc mạc ở trẻ cực nhẹ cân. Nhận thấy nhóm bệnh lý thủng ruột tự phát gặp nhiều hơn thủng ruột do viêm ruột hoại tử ở trẻ sinh cực nhẹ cân. Với lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và các phương tiện hồi sức, gây mê ngày càng phát triển mà tỷ lệ sống sót ở nhóm bệnh lý này ngày càng khả quan hơn.

Các bệnh nhi sinh cực nhẹ cân gặp phải bệnh lý viêm phúc mạc thường có tổng trạng rất nặng tại thời điểm chẩn đoán và trở ngại hô hấp do tình trạng trướng bụng. Do đó thực hiện dẫn lưu ổ bụng ngay tại thời điểm chẩn đoán để giải áp và hỗ trợ hồi sức bệnh nhi. Khi tình trạng bệnh nhi ổn định hơn, các rối loạn được điều chỉnh thì tiến hành phẫu thuật trong thời gian nhanh nhất có thể cho thấy hiệu quả khá tốt.

Chúng tôi báo cáo bước đầu các trường hợp điều trị viêm phúc mạc ở trẻ sinh cực nhẹ cân để quan sát mức độ khả quan và an toàn của phương pháp điều trị dần từng bước hoàn thiện và tiếp tục thực hiện các nghiên cứu với số lượng nhiều hơn. Và cũng cho thấy rằng viêm phúc mạc ở trẻ sinh cực nhẹ cân thì nguyên nhân thủng ruột tự phát là thường gặp và có tiên lượng tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Trẻ sơ sinh cực nhẹ cân (có cân nặng <1000 gram) bị viêm phúc mạc do thủng ruột được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 08/2019 đến tháng 08/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả hồi cứu 15 trường hợp.

Tất cả các trường hợp đều được siêu âm, chụp X quang và đặt dẫn lưu ổ bụng trước mổ. Về kỹ thuật mổ, bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa. Rạch da đường ngang trên rốn khoảng 4cm, vào ổ bụng lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm. Bộc lộ và thám sát đường tiêu hóa, xử lý ruột hoại tử hoặc thủng, đưa vị trí lỗ thủng ra ngoài làm lỗ mở ruột ra da. Thực hiện miệng nối ruột nếu thương tổn nhiều vị trí, rửa bụng.

III. KẾT QUẢ

Trong 15 trường hợp, ghi nhận có 10 trường hợp thủng ruột tự phát, có 5 trường hợp thủng ruột do viêm ruột hoại tử.

Các yếu tố về dịch tễ

Có 9 bé trai và 6 bé gái (tỉ lệ nam: nữ là 3: 2).

Độ tuổi trung bình là 10,5 ngày tuổi (từ 1 đến 29 ngày), tuổi thai trung bình 27,4 tuần (từ 24 đến 32 tuần), cân nặng lúc sinh trung bình 827,3 gram (từ 500 đến 980 gram).

Các bệnh nhi có địa chỉ ở tỉnh là 9 trường hợp (60%), có 6 trường hợp ở thành phố (40%), tuy nhiên nơi sinh của tất cả bệnh nhi đều ở các bệnh viện sản của thành phố.

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là trương bụng (100%), ọc dịch xanh (66,7%), chưa tiêu phân su (40%).

Thời gian bắt đầu có triệu chứng trung bình là 4,6 ngày tuổi ở SIP và 10,2 ngày tuổi ở NEC.

Dinh dưỡng trước khi có triệu chứng:

- Nhóm SIP có 7/10 trường hợp chưa được cho ăn sữa, 3/10 trường hợp ăn sữa từ 1 đến 3 ngày trước khi có triệu chứng.

- Nhóm NEC có 1/5 trường hợp chưa được cho ăn sữa, 4/5 trường hợp ăn sữa từ 4 đến 28 ngày trước khi có triệu chứng.



Hình 1. Hình ảnh trương bụng gập trong tất cả các trường hợp gây trở ngại hô hấp

Bảng 1. Các bệnh lý đi kèm làm nặng thêm tình trạng của bệnh nhi

Bệnh lý đi kèm	Số lượng	Tỉ lệ
Nhiễm trùng-Nhiễm nấm huyết	13	86,7%
Bệnh màng trong	11	73,3%
Tim bẩm sinh	7	46,7%
Bệnh phổi mạn	4	26,7%
Xuất huyết phổi	2	13,3%

Hầu hết trường hợp có sử dụng vận mạch trước mổ (93,3%). Liều vận mạch từ 5 đến 15 microgram/kg/phút. Rối loạn toàn thân bao gồm toan chuyển hóa, bilan nhiễm trùng tăng, giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu. Ghi nhận ở các trường hợp viêm ruột hoại tử có các rối loạn gặp nhiều hơn và nặng hơn so với thủng ruột tự phát.

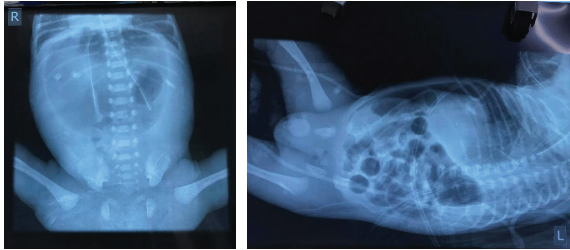
Bảng 2. Các rối loạn toàn thân có sự khác biệt giữa SIP và NEC

Các rối loạn toàn thân	Nhóm SIP	Nhóm NEC
Bilan nhiễm trùng tăng	6/10	5/5
Toan chuyển hóa	5/10	4/5
Rối loạn đông máu	8/10	5/5
Giảm tiểu cầu	2/10	3/5
Vận mạch liều thấp	8/10	2/5
Vận mạch liều cao	1/10	3/5

Về cận lâm sàng:

Siêu âm bụng: dịch ổ bụng từ ít đến nhiều (100%), có hơi tĩnh mạch cửa (13,3%).

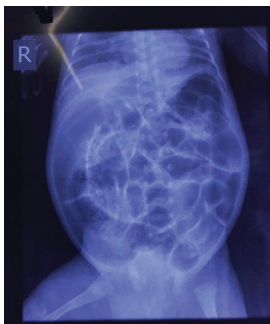
Xquang bụng: hơi tự do (80%), đám mờ ổ bụng (13,3%), có hơi trên thành ruột (6,7%).



Hình 2. Hình ảnh hơi tự do ổ bụng



Hình 3. Hình ảnh đám mờ ổ bụng bên phải



Hình 4. Hình ảnh hơi trên thành ruột

IV. ĐIỀU TRỊ

Tất cả trường hợp đều có dẫn lưu ổ bụng trước mổ, thời gian dẫn lưu trung bình là 80,8 giờ (từ 4 giờ đến lâu nhất 290 giờ).

Dẫn lưu ổ bụng ra hơi tự do và dịch tiêu hóa, bụng giảm trương sau đặt, chỉ số máy thở và vận mạch giảm. Sau khi đặt dẫn lưu ổ bụng, đã giúp ích trong việc hồi sức nội khoa. Khi tình trạng bệnh nhi ổn định tiến hành phẫu thuật.

Hình 5. Dẫn lưu ổ bụng ra dịch xanh đục ống dẫn lưu và hình ảnh Xquang sau khi đặt dẫn lưu

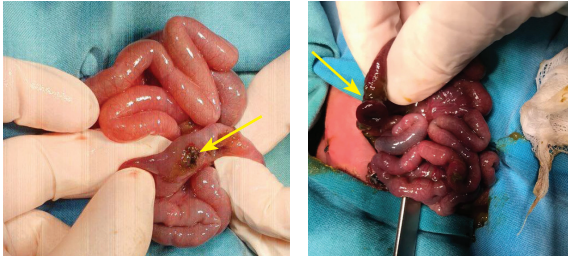
Các trường hợp thủng ruột tự phát ghi nhận chỉ có 1 lỗ thủng đơn độc, ruột còn lại không thương tổn, hồng hào. Trong 10 ca thủng ruột tự phát có 1 trường hợp thủng ở vị trí hỗng tràng, 9 trường hợp ở vị trí đoạn cuối hồi tràng (90%).

Chiều dài ruột cắt bỏ trung bình chỉ 2,6cm (từ 1 đến 5cm). Mẫu mô vị trí lỗ thủng được gửi giải phẫu bệnh cho kết quả là ruột non sung huyết - xuất huyết.



Hình 6. Hình ảnh lỗ thủng đơn độc (mũi tên) thường ở đoạn cuối hồi tràng ghi nhận trong 90% trường hợp thủng ruột tự phát.

Các trường hợp thủng ruột do viêm ruột hoại tử hầu hết đều phải cắt bỏ đoạn ruột hoại tử, chiều dài ruột cắt bỏ trung bình là 32 cm (từ 15 đến 50cm). Trong đó có 1 trường hợp vừa làm miệng nối ruột ở hỗng tràng vừa mở ruột ra da và 1 trường hợp diễn tiến hoại tử tiến triển gần toàn bộ ruột và tử vong.



Hình 7. Hình ảnh viêm ruột hoại tử có nhiều lỗ thủng và phải cắt bỏ đoạn ruột hoại tử

Bảng 3. Bảng so sánh giữa thời gian dẫn lưu, phẫu thuật và thời điểm mổ giữa SIP và NEC.

	SIP	NEC
Thời gian dẫn lưu	79,2 giờ	70,2 giờ
Thời điểm phẫu thuật	8,4 ngày tuổi	18,2 ngày tuổi
Thời gian phẫu thuật	31,6 phút (từ 18 đến 45 phút)	78,2 phút (từ 45 đến 155 phút)



Hình 8. Hình ảnh bệnh nhi cực nhẹ cân sau phẫu thuật viêm phúc mạc

Hậu phẫu

Thời gian sử dụng vận mạch sau mổ trung bình là 1,2 ngày ở SIP và 3,2 ngày ở NEC.

Thời gian lỗ mở ruột ra da hoạt động trung bình là 3,8 ngày.

Thời gian trung bình bắt đầu cho ăn đường miệng là 6,8 ngày, cho ăn toàn phần là 33,3 ngày.

Thời gian thở máy trung bình là 19,4 ngày.

Thời gian nằm viện trung bình là 90,1 ngày.

Biến chứng sau mổ

Không có biến chứng trong mổ.

Biến chứng sau mổ có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ

Có 1 trường hợp tử vong trong nhóm NEC do hoại tử toàn bộ ruột tiến triển.

V. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 15 trường hợp gồm 9 nam và 6 nữ, tương ứng tỉ lệ nam:nữ là 3: 2, trong đó tuổi thai trung bình là 27,4 tuần, cân nặng lúc sinh trung bình là 827,3 gram, thấp nhất là 500 gram. Các trường hợp đều thuộc nhóm trẻ sinh non cực nhẹ cân (cân nặng <1000 gram), so với các bài báo cáo khác, hầu hết là các báo cáo quy mô nhỏ nên tỉ lệ có khác nhau giữa các tác giả, tuy nhiên cũng có tỉ lệ nam nhiều hơn nữ [1,7,8]. Bài báo cáo của tác giả Nan Ye năm 2019 với 8 trường hợp, có tuổi thai trung bình là 27 tuần, cân nặng lúc sinh trung bình 855 gram, thấp nhất là 650 gram[3]. Tất cả các trường hợp của họ có triệu chứng bắt đầu trung bình vào khoảng 8 ngày tuổi [3], so với nghiên cứu của chúng tôi có thời gian bắt đầu triệu chứng trung bình là 4,6 ngày tuổi ở SIP và 10,2 ngày tuổi ở NEC. Điều này phù hợp với các bài báo cáo cho rằng SIP là một nhóm bệnh có lâm sàng riêng biệt với NEC, thường xảy ra sớm hơn so với NEC vào khoảng dưới 7 ngày tuổi sau sinh [7,8]. NEC thường xảy ra muộn hơn khi trẻ đã bắt đầu ăn sữa.

NEC về mặt mô học có liên quan đến đông máu làm hoại tử một đoạn ruột dài, trong khi SIP liên quan đến hoại tử xuất huyết ở một tổn thương khu trú [5]. Do đó cũng lý giải các trường hợp NEC trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều các rối loạn toàn thân và nặng nề hơn so với SIP, thường phải sử dụng vận mạch trước mổ. Do các chất trung gian được ghi nhận cao rõ rệt ở những bệnh nhân NEC như interleukin, agiopoientin...nên các trường hợp NEC thường có ảnh hưởng toàn thân nặng, cũng như khả năng bất thường về thần kinh sau này. Đáp ứng miễn dịch với NEC có thể giải thích cho sự khác biệt về tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân NEC và SIP. Theo nghiên cứu của tác giả Chia-Hua Wu, tỉ lệ tử vong NEC ở trẻ ELBW là 37,5% [6].

Bệnh nhi viêm phúc mạc do thủng ruột có các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm: trướng bụng, ọc dịch xanh, chưa tiêu phân su. Tình trạng trướng bụng là thường gặp nhất và cũng gây trở ngại rất lớn cho trẻ về mặt hô hấp vốn dĩ đã chưa trưởng thành. Về mặt cận lâm sàng thực hiện siêu âm và Xquang bụng. Hình ảnh siêu âm thường thấy là dịch tự do ổ bụng và hơi tĩnh mạch cửa, trên Xquang bụng ghi nhận hơi tự do trong hầu hết các trường hợp, ngoài ra còn có hình ảnh đám mờ ổ bụng hoặc hơi trên thành ruột.

Về điều trị hỗ trợ: ngưng cho ăn, giải áp bằng thông mũi dạ dày, dịch truyền tĩnh mạch, kháng sinh. Điều trị có thể lựa chọn phương pháp bảo tồn hoặc phẫu thuật [3]. Phẫu thuật là phương pháp tiêu chuẩn ở những trẻ sơ sinh thủng ruột, tuy nhiên đối với những trẻ ELBW thì phải cân nhắc và lựa chọn thời điểm thích hợp. Dẫn lưu ổ bụng được đề nghị là điều trị ban đầu (Grade 2B) vừa có thể hỗ trợ hô hấp để hỗ trợ hồi sức nội khoa vì đa số các trường hợp đều trong bệnh cảnh trướng bụng, vừa là phương pháp điều trị bảo tồn nếu tình trạng bé diễn tiến ổn định có thể tự hồi phục, có nhu động ruột và ăn lại được [3]. Ở các nước phát triển, các nghiên cứu về thủng ruột ở trẻ ELBW được điều trị bảo tồn phải có sự giám sát hết sức chặt chẽ, đo nhu động ruột hàng ngày. Họ khuyến cáo rằng điều trị bảo tồn bằng dẫn lưu là lựa chọn được cân nhắc như là một phương pháp điều trị, tuy nhiên thời gian điều trị cũng sẽ kéo dài hơn rất nhiều [3].

Với tình trạng bệnh nhi nặng phải sử dụng vận mạch, ổ bụng dơ và mục tiêu giải quyết nhanh nhất có thể và an toàn cho bệnh nhi, chúng tôi thường lựa chọn phương pháp xử lý thương tổn bằng cách đưa lỗ thủng ra da (SIP) hoặc cắt đoạn ruột hoại tử và đưa 2 đầu ruột ra da (NEC) [5]. Các bệnh nhi này sau đó sẽ được đóng lỗ mở ruột ra da, thời điểm phẫu thuật đóng lỗ mở ruột ra da tùy theo lâm sàng bệnh nhi và phim Xquang đại tràng cản quang.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả trường hợp đều được dẫn lưu ổ bụng trước mổ, thời gian dẫn lưu trung bình là 80,8 giờ, không có sự khác biệt đáng kể giữa SIP và NEC. Ở nghiên cứu của

Charu Tiwari ở những trẻ thủng ruột tự phát thời gian đặt dẫn lưu của họ là từ 4-5 ngày [1]. Tuy nhiên giữa 2 nhóm này có sự khác biệt về thời điểm phẫu thuật, như đã lý giải ở trên, thời điểm có triệu chứng ở NEC thường muộn hơn so với SIP do đó thời điểm phẫu thuật của NEC trung bình là 18,2 ngày tuổi cũng muộn hơn so với SIP trung bình chỉ 8,4 ngày tuổi.

Trong phẫu thuật, ghi nhận có 90% trường hợp SIP có 1 lỗ thủng đơn độc ở vị trí đoạn cuối hồi tràng, phần ruột còn lại hồng hào, không có thương tổn. Do đó các rối loạn toàn thân của bệnh nhi cũng ít hơn và đoạn ruột cắt bỏ của SIP cũng ngắn hơn rất nhiều so với NEC. Trong NEC, đoạn ruột cắt bỏ dài hơn trung bình là 32cm, các rối loạn toàn thân nhiều, tất cả phải dùng vận mạch trước mổ. Thời gian phẫu thuật ở NEC kéo dài hơn SIP, trung bình là 78,2 phút do phải cắt bỏ đoạn ruột hoại tử.

Kết quả sau phẫu thuật, bệnh nhi được sử dụng vận mạch thêm từ 1 đến 3 ngày, khi hậu môn tạm bắt đầu hoạt động bệnh nhi sẽ được cho ăn. Thời gian bắt đầu được cho ăn là 6,8 ngày sau mổ, ăn được toàn phần trung bình là 33,3 ngày. Các bệnh nhi sanh non cực nhẹ cân thường kèm nhiều bệnh lý nội khoa: nhiễm trùng, bệnh màng trong, tim bẩm sinh, bệnh phổi mạn, xuất huyết phổi...do đó bé thường phải hỗ trợ hô hấp và nằm viện kéo dài, thời gian nằm viện trung bình là 90,1 ngày.

Trong nghiên cứu không có biến chứng trong mổ, sau mổ có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Không có trường hợp nào tử vong trong nhóm thủng ruột tự phát, còn ở nhóm viêm ruột hoại tử có ghi nhận 1/5 trường hợp tử vong do hoại tử toàn bộ ruột tiến triển. Với nghiên cứu J Shah (2015), có 235 trường hợp thủng ruột ở trẻ sanh non có tuổi thai <32 tuần, có 122 trường hợp SIP, tỉ lệ tử vong là 22,1% và 113 trường hợp NEC, tỉ lệ tử vong là 39,8% [2].

Những yếu tố góp phần thành công trong điều trị viêm phúc mạc ở trẻ sinh non cực nhẹ cân của chúng tôi là sự phối hợp chặt chẽ giữa phẫu thuật viên, gây mê và hồi sức để bệnh nhi được chẩn đoán sớm, hồi sức hiệu quả, lựa chọn thời điểm phẫu thuật thích hợp nhất, đảm bảo

thời gian mổ ngắn nhất có thể, tránh hạ thân nhiệt ở bệnh nhi.

VI. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Sự sống sót lâu dài của trẻ sanh non thủng ruột tự phát đã được cải thiện trong 30 năm qua với tỉ lệ sống sót được báo cáo là 64 - 90%, bất kể là điều trị dẫn lưu màng bụng (PPD) hay phẫu thuật, tỉ lệ tử vong này thấp hơn so với phẫu thuật ở nhóm NEC [8]. Thủng ruột tự phát là bệnh cảnh hoàn toàn riêng biệt với viêm ruột hoại tử [8]. Qua nghiên cứu của chúng tôi cũng ủng hộ quan điểm thủng ruột ở trẻ sanh cực non thì nguyên nhân do SIP thường gặp hơn và đường như có tiên lượng tốt hơn và khả năng hồi phục sớm hơn so với NEC [5,8]. Điều trị viêm phúc mạc do thủng ruột ở trẻ cực nhẹ cân với dẫn lưu ổ bụng từ trước và phẫu thuật sau khi điều chỉnh các rối loạn cho thấy hiệu quả và an toàn. Do đó, khuyến nghị các cơ sở sản nhi phát hiện triệu chứng sớm để có những xử trí ban đầu phù hợp và chuyển bệnh nhi đến các trung tâm phẫu nhi để được điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tiwari C, Sandlas G, Jayaswal S et al.** Spontaneous Intestinal Perforation in Neonates. *J Neonatal Surg* 2015;4(2): 14.
2. **Shah J, Singhal N, Silva O et al.** Intestinal perforation in very preterm neonates: risk factors and outcomes. *Journal of Perinatology* 2015;35(8):595–600. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.41>
3. **Nan Ye, Yurong Yuan, Lei Xu et al.** Successful conservative treatment of intestinal perforation in VLBW and ELBW neonates: a single centre case series and review of the literature. *BMC Pediatrics* 2019;19:255. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1641-1>
4. **Tagare A, Chaudhari S, Kadam S et al.** Mortality and morbidity in extremely low birth weight (ELBW) infants in a neonatal intensive care unit. *Indian J Pediatr* 2013;80(1):16-20. <https://doi.org/10.1007/s12098-012-0818-5>
5. **Erikci VS, Köylüoğlu G.** Spontaneous Intestinal Perforation in Prematurity: A Case Report and Review of Literature. *SOJ Surg* 2017;4(2):1-3.
6. **Wu CH, Tsao PN, Chou HC et al.** Necrotizing enterocolitis complicated with perforation in extremely low birth-weight premature infants. *Acta Paediatr Taiwan* 2002;43(3):127-132.
7. **Holland AJA, Shun A, Martin HCO et al.** Small bowel perforation in the premature neonate: congenital or acquired?. *Pediatr Surg Int* 2003;19(6):489–494. <https://doi.org/10.1007/s00383-003-0967-8>
8. **Kim ES, Brandt ML.** Spontaneous intestinal perforation of the newborn. Up to Date. Feb 2022.