

Teo thực quản bẩm sinh

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ hai, 11 Tháng 8 2025 14:17 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 11 Tháng 8 2025 15:00

Bs Đinh Xuân Hàn -

I. ĐỊNH NGHĨA

Teo thực quản được William Durston mô tả lần đầu tiên vào năm 1670. Năm 1913, Richier mô tả chứng rò khí - thực quản. Năm 1929, Vogt đã mô tả các dạng dị dạng của thực quản, trong đó có chứng bịt kín rò khí - thực quản. Teo thực quản bẩm sinh hay còn gọi là bịt kín thực quản (Esophageal atresia) là một dị tật bẩm sinh thực quản bẩm sinh tiêu hóa cao hiếm gặp có tần suất khoảng 1/3.000 (FMF)

Là sự gián đoạn lưu thông của thực quản và thông thường có kèm sự thông thường bịt thông thường giữa thực quản và khí quản (hở hoặc đóng của rốn trong quá trình tạo phôi giữa tuần 4 và tuần 6, Trong quá trình phát triển phôi thai, khí quản phát triển từ trung bì của lá phôi thứ nhất vào lúc 4 tuần tuổi. Tách của khí quản, được tách thành thực quản. Nếu màng vách này không tách được hoàn toàn giữa khí quản và thực quản, gây ra teo thực quản có hoặc không có rò thông khí quản và thực quản.

Khoảng 30% trẻ có đa dị tật đi kèm gọi là hội chứng VACTERL đó là bịt thông thường các cơ quan như tim, cột sống, sinh dục, tật nứt u, tiêu hóa, dị tật tay, chân....

Có một số gen liên quan đến EA, bao gồm Shh, SOX2, CHD7, MYCN và FANCB. Tuy nhiên, nguyên nhân của dị tật rõ hoàn toàn và có thể là do nhiễu loạn. Bệnh nhân có thể được chẩn đoán mắc EA/TEF dựa trên các hội chứng như VACTERL hoặc CHARGE.

II. DỮ LIỆU NHẬN BIẾT TRÊN BẰNG TEO THỰC QUẢN BẨM SINH

Các triệu chứng của trẻ bị teo thực quản bẩm sinh xuất hiện rất sớm ngay sau khi ra đời. Trẻ bị teo thực quản thông thường có các dấu hiệu như :

Teo th̄c qūn b̄m sinh

Vīt b̄i Biên t̄p vīn

Th̄ hai, 11 Th̄ng 8 2025 14:17 - L̄n c̄p nh̄t cūi Th̄ hai, 11 Th̄ng 8 2025 15:00

- R̄i lōn hô h̄p, tr̄ th̄ nhanh n̄ng, t̄ng tīt nhīu n̄c b̄t ,d̄ch tīt s̄i ra đ̄ng th̄ còn ḡi là trīu ch̄ng “ s̄i b̄t cua” đ̄u hīu này s̄m và th̄ng là trīu ch̄ng ch̄ đ̄m, d̄ch có khi màu h̄ng có th̄ ḡy t̄c đ̄ng th̄.
- Trīu ch̄ng đ̄ng tīu hóa tr̄ tím tái ngay l̄n bú đ̄u tiên, ho s̄c, nôn ói.
- B̄ng tr̄ng l̄n do d̄ dày nhīu h̄i hōc nḡc l̄i.
- Viêm ph̄i s̄ sinh do s̄c hay d̄ch tīt dò vào khí ph̄ làm cho tình tr̄ng b̄nh n̄ng h̄n.

Phát hīn s̄m các đ̄u hīu ̄ tr̄ b̄ teo th̄c qūn đ̄ng vai trò r̄t quan tr̄ng, giúp tránh nguy c̄ b̄ hōi t̄ rūt và các nguy c̄ khác đ̄ đ̄n tính m̄ng c̄a tr̄.

III. CH̄N ĐOÁN TEO TH̄C QŪN B̄M SINH ̄ TR̄ S̄ SINH

3.1. Ch̄n đoán lâm sàng

Ch̄n đoán lâm sàng đ̄a theo nh̄ng bīu hīn sau:

- Tr̄ b̄ ho, s̄c khi bú
- Suy hô h̄p
- Có đ̄u hīu s̄i b̄t cua
- Không đ̄t đ̄c ̄ng thông d̄ dày vào d̄ dày
- Viêm ph̄i
- M̄t s̄ đ̄ t̄t khác kèm theo

3.2. Ch̄n đoán hình ̄nh

- Ch̄p Xquang th̄c qūn c̄n quang .

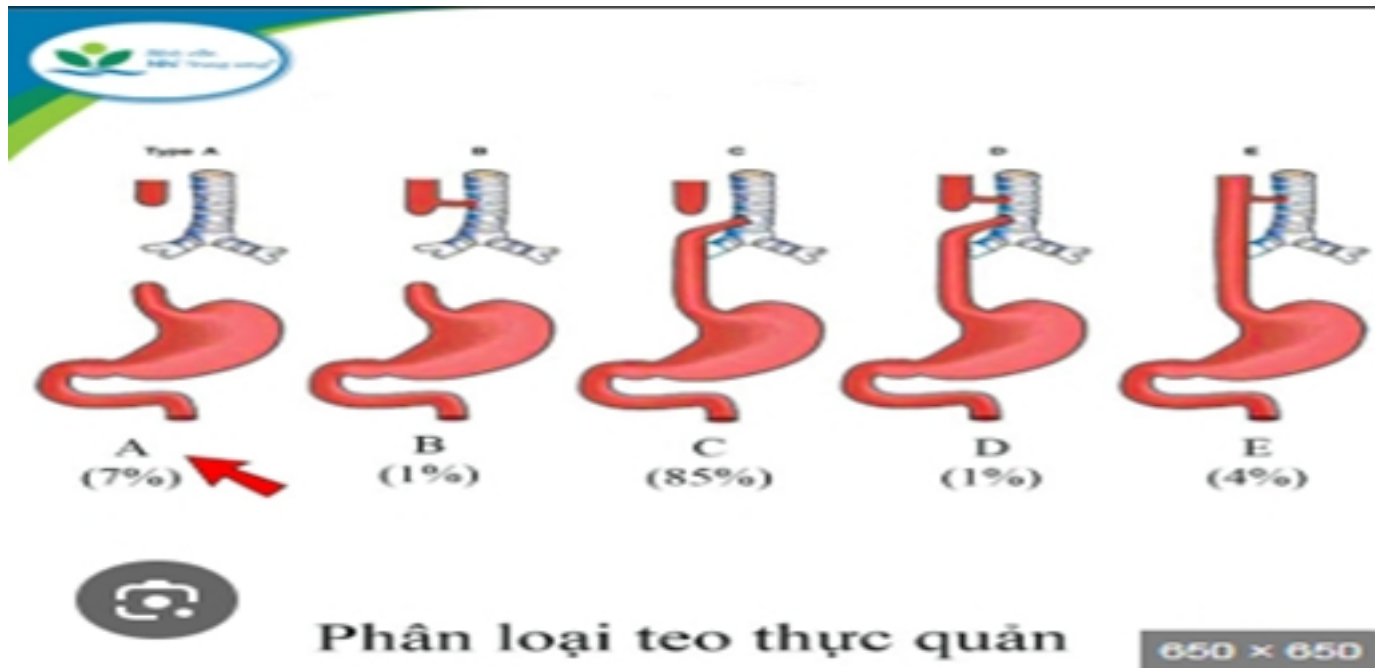
Đ̄a vào phim ch̄p các Bác s̄ khoa Ch̄n đoán hình ̄nh đ̄a ra ch̄n đoán theo b̄ng phân lōi teo th̄c qūn c̄a Ladd và Gross năm 1953 giúp các Bác s̄ ngōi khoa đ̄a ra đ̄c h̄ng

Teo tḥc qụn ḅm sinh

Vịt ḅi Biên ṭp vịn

Tḥ hai, 11 Tháng 8 2025 14:17 - Ḷn c̣p nḥt cụi Tḥ hai, 11 Tháng 8 2025 15:00

đ̣i u tṛ cho ṭng đ̣i i ṭng c̣ng nḥ tiên ḷng ḅnh.



+ Type A: Teo tḥc qụn không có dò (8%).

Trong teo tḥc qụn type A, 2 túi ḅt tḥc qụn ở 2 đ̣u ṇm cách xa nhau, tḥng khọng cách gịa 2 túi ḅt này dài trên 4 đ̣t ṣng, làm cho vịc tḥc hịn mịng ṇi ṃt thì ṛt khó khăn.

+ Type B: Teo tḥc qụn có dò đ̣u g̣n tḥc qụn – khí qụn (< 1%)

Ṿ ṃt gịi pḥu ḅnh, typ này bao g̣m túi ḅt tḥc qụn ở c̣ 2 đ̣u nḥng có thêm đ̣ng rò khí-tḥc qụn ở đ̣u trên.

+ Type C: Teo tḥc qụn có dò đ̣u xa tḥc qụn - khí qụn (86%)

Teo tḥc qụn ḅm sinh

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 11 Tháng 8 2025 14:17 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 11 Tháng 8 2025 15:00

Vật mẫu ghi ở phần u bên ḥc, tḥ này đ̣c đ̣c tṛng ḅi túi ḅt tḥc qụn đ̣u trên, và đ̣c ng rò khí-tḥc qụn đ̣u ḍi. Đ̣c ng rò này có tḥ gịa tḥc qụn và khí qụn, nḥng cũng có tḥ gịa tḥc qụn và nhánh pḥ qụn g̣c bên trái. Teo tḥc qụn typ C đ̣c xem là thụn ḷi ṿ vật mẫu thụt, ḅi vì thông tḥng, khọng cách gịa các túi ḅt tḥc qụn không dài quá 3 đ̣t ṣng.

+ Type D: Teo tḥc qụn có ḍ hai đ̣u tḥc qụn – khí qụn (< 1%)

Vật mẫu ghi ở phần u bên ḥc, nó đ̣c đ̣c tṛng ḅi 2 đ̣c ng rò ṿi khí qụn, ṃt c̣a túi ḅt trên và ṃt c̣a túi ḅt tḥc qụn ḍi. Và tḥng thì 2 túi ḅt này ṇm sát nhau.

+ Type E: Ḍ tḥc qụn - khí qụn không teo (ḍ đ̣ng H) (4%)

+ Type F: Ḥp tḥc qụn (<1%)

III. ĐI U TṚ TEO TḤC QỤN ḄM SINH ̣ TṚ

Tḥng ṿi nḥng tṛ ḅ teo tḥc qụn ḅm sinh, pḥng pháp đi u tṛ pḥ bịn và hịu qụ nḥt là pḥu thụt. Các bác sĩ ṣ tḥc hịn pḥu thụt khâu hai đ̣u tḥc qụn ḷi ṿi nhau ṇu tṛ ḅ teo tḥc qụn ṭo khọng cách nḥ. Đi u này giúp thông đ̣c ng tiêu hóa ṭ mịng ṭi ḍ dày.

Đ̣i ṿi nḥng tṛng ḥp teo tḥc qụn khọng cách quá ḷn, bác sĩ ṣ tḥc hịn pḥu thụt ḷy ṃt đ̣on rụt đ̣a lên đ̣ ghép ṇi ṿi tḥc qụn. Ḥc các bác sĩ có tḥ đ̣a đ̣u trên tḥc qụn ra c̣, ṃ thông ḍ dày đ̣ cho tṛ ăn. Tṛ ṣ đ̣c pḥu thụt ṭo hình tḥc qụn sau 6 tháng.

Vịc phát hịn và đi u tṛ ṣm ̣ tṛ ḅ teo tḥc qụn ḅm sinh có ý nghĩa vô cùng quan tṛng nḥm ḅo ṿ tính ṃng tṛ. Pḥu thụt ṣm ṣ tránh các nguy c̣ bịn cḥng nguy hịm, đ̣ đ̣a ṭi tính ṃng c̣a tṛ.

Teo thực quản bẩm sinh

Viết bởi Biên tập viên

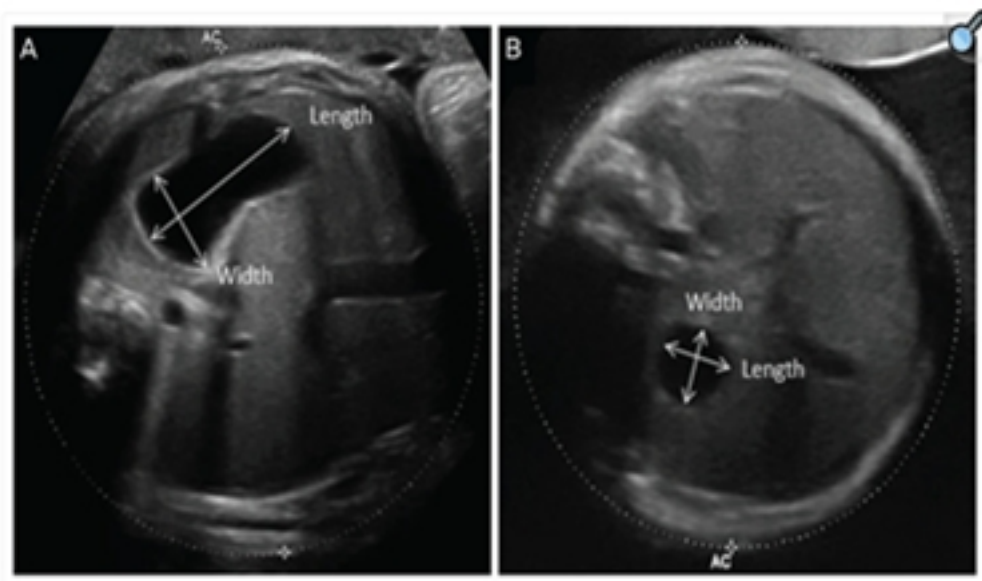
Thứ hai, 11 Tháng 8 2025 14:17 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 11 Tháng 8 2025 15:00

IV. TEO THỰC QUẢN BẨM SINH TRÊN SIÊU ÂM THAI SẴN

Vì những tiến bộ trong kỹ thuật hình ảnh siêu âm, việc phát hiện bất thường về cấu trúc thai nhi đã trở nên dễ dàng và chính xác hơn trước, những chẩn đoán EA trước sinh vẫn còn nhiều thách thức.

4.1. Siêu âm: Dấu hiệu gợi ý teo thực quản bẩm sinh trên siêu âm là

- Dạ dày nhỏ hoặc 'không có' khi có tình trạng đa ối ở thai kỳ >25 tuần.



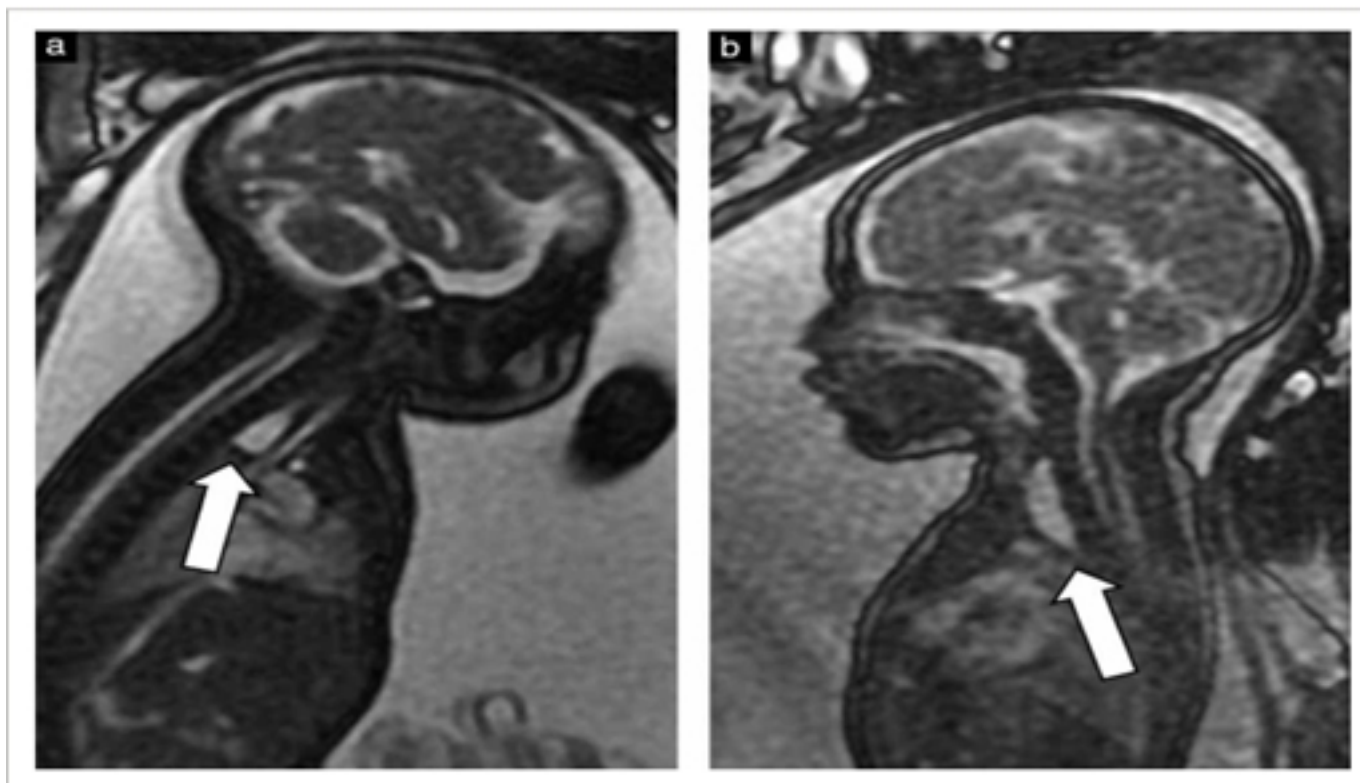
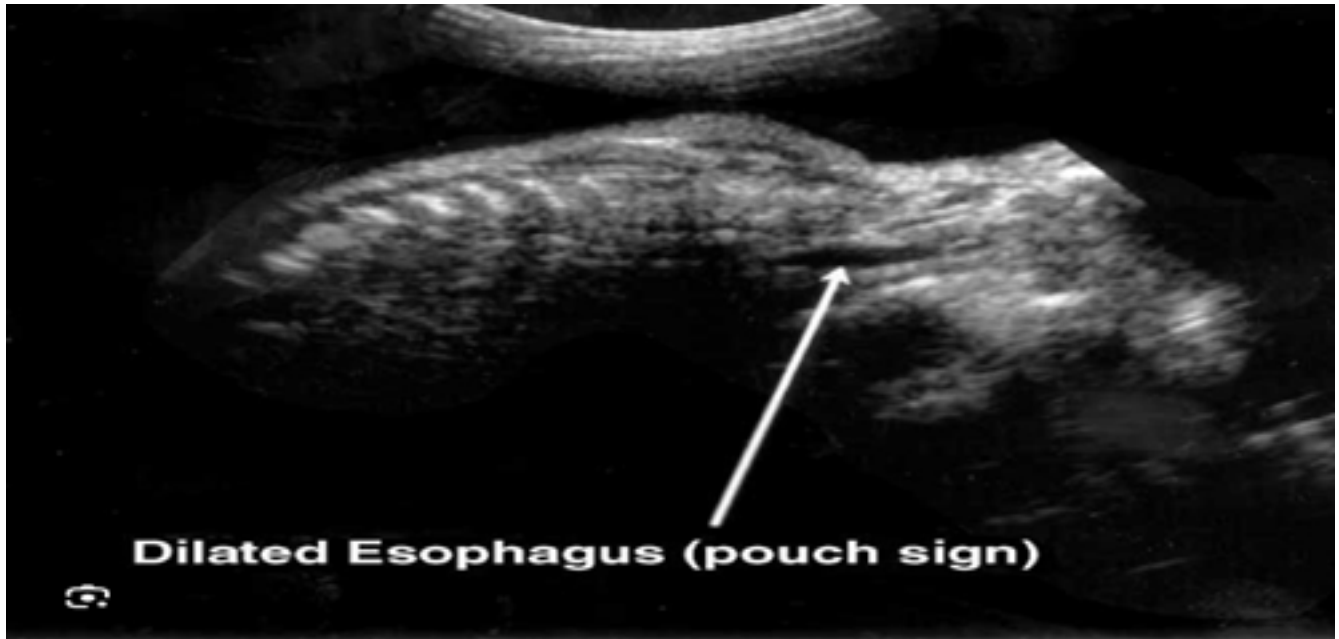
Mặt cắt ngang bụng thai nhi để đo chu vi bụng. Để xác định sự khác biệt về hình dạng dạ dày giữa các trường hợp teo thực quản (EA) và không teo thực quản khi có đa ối, chúng tôi đã tính tỷ lệ chiều rộng/chiều dài của dạ dày bằng cách đo chiều rộng và chiều dài dạ dày từ góc nhìn này. Dạ dày của thai nhi bình thường bị đa ối vô căn (a) và dạ dày của thai nhi bị EA (b).

- Chưa có khoảng 40% trường hợp có thể nghi ngờ teo thực quản trước khi sinh vì nếu có ối rò khí quản thực quản đi kèm (phát hiện >80% trường hợp), dạ dày có thể trông bình thường.
- Pouch Sign trên siêu âm, MRI thai

Teo thớ cơ quai họng sinh

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 11 Tháng 8 2025 14:17 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 11 Tháng 8 2025 15:00



Teo th̄c qūn b̄m sinh

Vīt b̄i Biên t̄p vīn

Th̄ hai, 11 Tháng 8 2025 14:17 - L̄n c̄p nh̄t cūi Th̄ hai, 11 Tháng 8 2025 15:00

4.2. Nh̄ng b̄t th̄ng liên quan:

- Khuȳt t̄t nhīm s̄c th̄ : tam nhīm s̄c th̄ 18 đ̄c tìm th̄y ̄ 20% tr̄ng h̄p và tam nhīm s̄c th̄ 21 đ̄c tìm th̄y ̄ 1% tr̄ng h̄p.
- Các khīm khuȳt khác, ch̄ ȳu là v̄ tim, đ̄c tìm th̄y ̄ 50% tr̄ng h̄p.
- Rò khí qūn th̄c qūn có th̄ đ̄c xem là m̄t ph̄n c̄ **ah̄ i ch̄ng VACTERL** (r̄i r̄c; khuȳt t̄t vách ngăn đ̄t s̄ng và th̄t, teo h̄u môn, rò khí qūn th̄c qūn, d̄ t̄t th̄n, lōn s̄n quay và đ̄ng m̄ch r̄n đ̄n)

4.3. Theo dõi:

Siêu âm 2-3 tūn m̄t l̄n đ̄ theo dõi s̄ phát trīn và đánh giá th̄ tích n̄c ̄i. Có th̄ c̄n ph̄i đ̄n l̄u n̄c ̄i n̄u có tình tr̄ng đa ̄i và c̄ t̄ cung nḡn.

4.4. Th̄i đīm ch̄m d̄t thai k̄ :

- Đ̄a đīm: b̄nh vīn có khoa chăm sóc đ̄c bīt dành cho tr̄ s̄ sinh và khoa ph̄u thūt nhi.
- Th̄i gian: 38 tūn.
- Ph̄ng pháp: gây chuȳn d̄ nh̄m m̄c đích sinh th̄ng.

V. CA LÂM SÀNG PHÁT HĪN TRÊN SIÊU ÂM THAI T̄ I B̄NH VĪN

S̄n ph̄ thai con số 36 tūn 1 ngày vào vīn Khoa Ph̄ s̄n – BV đa khoa Qūng Nam vì chuȳn d̄ sinh non.

Siêu âm phát hīn Thai gīi i h̄n tăng tr̄ng trong t̄ cung v̄i tình tr̄ng đa ̄i n̄ng, không th̄y hình ̄nh đ̄ dày, có hình ̄nh pouch sign nghi nḡ Teo th̄c qūn b̄m sinh.

Teo th̄c qūn b̄m sinh

Vīt b̄i Biên t̄p vīn

Th̄ hai, 11 Tháng 8 2025 14:17 - L̄n c̄p nh̄t cūi Th̄ hai, 11 Tháng 8 2025 15:00

Đ̄c chuȳn BV Ph̄ s̄n-Nhi Đà N̄ng. Sau sinh tr̄ đ̄c ch̄p X-quang cũng nh̄ đã ph̄ u thūt thành công v̄i ch̄n đoán Teo th̄c qūn b̄m sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bricker L, Garcia J, Henderson J, Mugford M, Neilson J, Roberts T, et al. Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views. *Health Technol Assess.* 2000;4:i-vi. 1–193.
2. Chi-Son Chang & cs. Prenatal ultrasonographic findings of esophageal atresia: potential diagnostic role of the stomach shape. *Obstet Gynecol Sci.* 2020 Dec 8;64(1):42–51. doi: [10.5468/ogs.20207](https://doi.org/10.5468/ogs.20207)
3. Felix JF, Tibboel D, de Klein A. Chromosomal anomalies in the aetiology of oesophageal atresia and tracheoesophageal fistula. *Eur J Med Genet.* 2007;50:163–75. doi: 10.1016/j.ejmg.2006.12.004.
4. Kalache KD, Wauer R, Mau H, Chaoui R, Bollmann R. Prognostic significance of the pouch sign in fetuses with prenatally diagnosed esophageal atresia. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:978–81. doi: 10.1016/s0002-9378(00)70357-7
5. Koivusalo AI, Pakarinen MP, Rintala RJ. Modern outcomes of oesophageal atresia: single centre experience over the last twenty years. *J Pediatr Surg.* 2013;48:297–303. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2012.11.007.
6. Torfs CP, Curry CJ, Bateson TF. Population-based study of tracheoesophageal fistula and esophageal atresia. *Teratology.* 1995;52:220–32. doi:10.1002/tera.1420520408.