

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO TÚI THỪA MECKEL Ở TRẺ EM

Đoàn Quốc Bảo¹, Nguyễn Thái Hưng¹, Hoàng Mai Linh¹, Phạm Hoàng Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em khá phổ biến. Túi thừa Meckel có thể gây chảy máu đường tiêu hóa gần như trong bất kỳ nhóm tuổi. Khoảng 3% trẻ sơ sinh được sinh ra với túi thừa Meckel. ...Chúng tôi giới thiệu một trường hợp xuất huyết tiêu hóa dưới do túi thừa Meckel đã được chẩn đoán và điều trị thành công tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Trường hợp lâm sàng: Bệnh nhân Võ Hoàng T. 14 tháng. Khởi bệnh cách ngày nhập viện 8 ngày với đi cầu phân có máu, khi máu tươi, khi máu bầm đã được điều trị tại bệnh viện Sản Nhi Đà Nẵng với truyền máu, kháng sinh. Sau 9 ngày điều trị, trẻ vẫn còn đi cầu ra máu đỏ bầm nên chuyển vào Trung Tâm Nhi Khoa Bệnh viện Trung ương Huế. Chẩn đoán lúc vào viện: xuất huyết tiêu hóa thấp nghi do túi thừa Meckel.

Tiền sử: Đã 2 lần vào viện điều trị đi cầu ra máu trước đây, không có tiền sử gia đình về bệnh polyp, bệnh về máu...

Trẻ được truyền hồng cầu khối ngày 23/4 vì Hemoglobin, Hematocrit, số lượng hồng cầu giảm dần.

Ngày 22/4 trẻ được chụp CT scan 64 lát cắt với kết quả: Viêm túi thừa Meckel biến chứng xuất huyết tiêu hóa. Bệnh nhân được hội chẩn với bác sĩ Ngoại Nhi thống nhất chẩn đoán Xuất huyết tiêu hóa thấp nghi do túi thừa Meckel.

Ngày 26/4 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn ruột có túi thừa, khâu nối ruột tận tận. Chẩn đoán sau phẫu thuật: xuất huyết tiêu hóa thấp do loét túi thừa Meckel.

Sau 6 ngày điều trị bệnh nhân xuất viện trong tình trạng sức khỏe tốt.

Kết luận: Chảy máu đường tiêu hóa dưới trường diễn, tái phát, hoặc từng đợt trung bình trên người trẻ hoặc trẻ em thì cần cảnh giác nguyên nhân từ túi thừa Meckel.

Chẩn đoán và phát hiện túi thừa Meckel ngày nay đã dễ hơn trước đây nhờ vào chụp đồng vị phóng xạ (scintigraphy) và có thể là CTscan 64 lát cắt.

Chỉ định phẫu thuật thì trong tất cả các trường hợp, túi thừa Meckel đều được cắt bỏ kể cả khi nó được phát hiện tình cờ.

Từ khóa: túi thừa Meckel, xuất huyết tiêu hóa

ABSTRACT

A CASE STUDY: GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO MECKEL'S DIVERTICULUM IN CHILDREN

Doan Quoc Bao¹, Nguyen Thai Hung¹, Hoang Mai Linh¹, Pham Hoang Hung¹

Introduction: Gastrointestinal bleeding in children is fairly common. Meckel's diverticulum can cause gastro-intestinal bleeding in almost age groups. Around 3% of Neonates were with Meckel's diverticulum

1. TT Nhi khoa, BVTW Huế

- Ngày nhận bài (received): 04/5/2013; Ngày phản biện (revised): 17/12/2013;

Ngày đăng bài (Accepted): 18/12/2013

- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp; TS. Trần Kiêm Hào

- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Hoàng Hưng

- Email: tsphamhoanghung@yahoo.com

Nhân một trường hợp xuất huyết tiêu hóa do túi thừa meckel ở trẻ em

at birth. A Case of Gastro-intestinal bleeding due to Meckel's diverticulum was diagnosed and successfully treated at Hue Central Hospital.

Case report: Vo Hoang T. was 14 months old. She had bloody stool, 8 days before admission. Patient was treated at Danang Obstetric-Pediatric Hospital with antibiotics and blood transfusion. After 9 days of treatment, she still had bloody stool, therefore, patient was transferred to Pediatric Center of Hue Central Hospital. Diagnosis at the moment of admission was lower Gastro-intestinal bleeding due to Meckel's diverticulum.

Pre-history: Patient was hospitalized 2 times for treatment with gastrointestinal bleeding and had no family pre-history of polyposis and hematologic disease. Patient was transfused with packed erythrocyte because of low hemoglobin, hematocrit, red cell count.

On April 24, a 64 slice CT scan was carried out on the patient and the results showed that Meckel's diverticulum with gastrointestinal bleeding complication. Patient was transferred to the Pediatric surgical department with the same diagnosis. On April 26, the patient was operated with Meckel's diverticulum resection removal surgically.

The Post-operative diagnosis was lower gastrointestinal bleeding due to Meckel's diverticulum ulcer.

Conclusion: Long-term, recurrent lower gastrointestinal bleeding in moderate stages in young people or children should be thought of a diagnosis of Meckel's diverticulum. Diagnosis and detection of Meckel's diverticulum nowadays is more easier than before with the help of Scintigraphy and 64 slice CT scan.

Key words: Meckel's diverticulum, Gastrointestinal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em khá đáng báo động và thường gây lo lắng cho các bậc cha mẹ và người chăm sóc. Trong hầu hết các trường hợp, nguyên nhân là lành tính, và tự khỏi. Tuy nhiên vẫn có trường hợp chảy máu đáng kể. Túi thừa Meckel có thể gây chảy máu đường tiêu hóa gần như trong bất kỳ nhóm tuổi. Khoảng 3% trẻ sơ sinh được sinh ra với túi thừa Meckel [1], [3]. Mọi người có thể sống cuộc đời của họ mà không bao giờ biết họ có túi thừa Meckel, nhưng đôi khi bất thường ở túi thừa có thể gây ra vấn đề. Biểu hiện lâm sàng thường dễ nhầm với polyp trực tràng, polyp đại tràng. Nếu không được phát hiện và chẩn đoán kịp thời bệnh có thể gây ra biến chứng như thiếu máu, lồng ruột, xoắn túi thừa, viêm phúc mạc do vỡ túi thừa [4], [5]... Chúng tôi giới thiệu một trường hợp xuất huyết tiêu hóa dưới do túi thừa Meckel đã được chẩn đoán và điều trị thành công tại Bệnh viện Trung ương Huế.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân Võ Hoàng T. 14 tháng, trẻ sinh thường, đủ tháng, con thứ 1 trong gia đình, trẻ đã 2 lần vào viện điều trị đi cầu ra máu trước đây, và không có tiền sử gia đình về bệnh polyp, bệnh về máu...

Khởi bệnh cách ngày nhập viện 8 ngày với đi cầu phân có máu, khi máu tươi, khi máu bầm. Trẻ có điều trị tại bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng với truyền máu, kháng sinh. Sau 9 ngày điều trị, trẻ vẫn còn đi cầu ra máu đỏ bầm nên chuyển vào Khoa Nhi bệnh viện Trung ương Huế.

Ghi nhận lúc trẻ vào viện: Mạch: 120 lần/phút, Nhiệt độ: 37 độ C, cân nặng 9Kg, huyết động ổn định.

Trẻ tỉnh táo, da môi hồng, mỗi lần đi cầu không quấy khóc, đi phân vàng, vẫn ăn uống bình thường, không nôn, hậu môn không bị nứt kẽ, thăm trực tràng không thấy máu dính găng. Được khoa phòng chẩn đoán: Xuất huyết tiêu hóa thấp

Những ngày sau trẻ đi cầu phân có máu đỏ bầm, ngày 2-3 lần. Trẻ được làm xét nghiệm máu 3 lần

Bảng 1. Giá trị công thức máu

	16/4	14h 22/4	22h 22/4
BC	13,7 x 10 ⁹ /L	14,8 x 10 ⁹ /L	13,4 x 10 ⁹ /L
Neu	7,2 x 10 ⁹ /L	10,2 x 10 ⁹ /L	9,83 x 10 ⁹ /L
Lym	5,2 x 10 ⁹ /L	3,6 x 10 ⁹ /L	2,53 x 10 ⁹ /L
HC	4,28 x 10 ¹² /L	3,76 x 10 ¹² /L ↓	3,48 x 10 ¹² /L ↓
Hb	13,1 g/Dl	10,9 g/Dl ↓	9,3 g/Dl ↓
Hct	35,8%	30,9% ↓	27,1% ↓
TC	388 x 10 ⁹ /L	337 x 10 ⁹ /L	327 10 ⁹ /L

- Trẻ được truyền hồng cầu khối ngày 23/4 vì Hemoglobin, Hematocrit, số lượng hồng cầu giảm dần.

- Các xét nghiệm khác như:

+ Điện giải đồ: bình thường

+ Chức năng đông máu: bình thường

+ CRP: bình thường

+ Siêu âm bụng: không phát hiện bất thường

+ Nội soi trực tràng: niêm mạc bình thường,

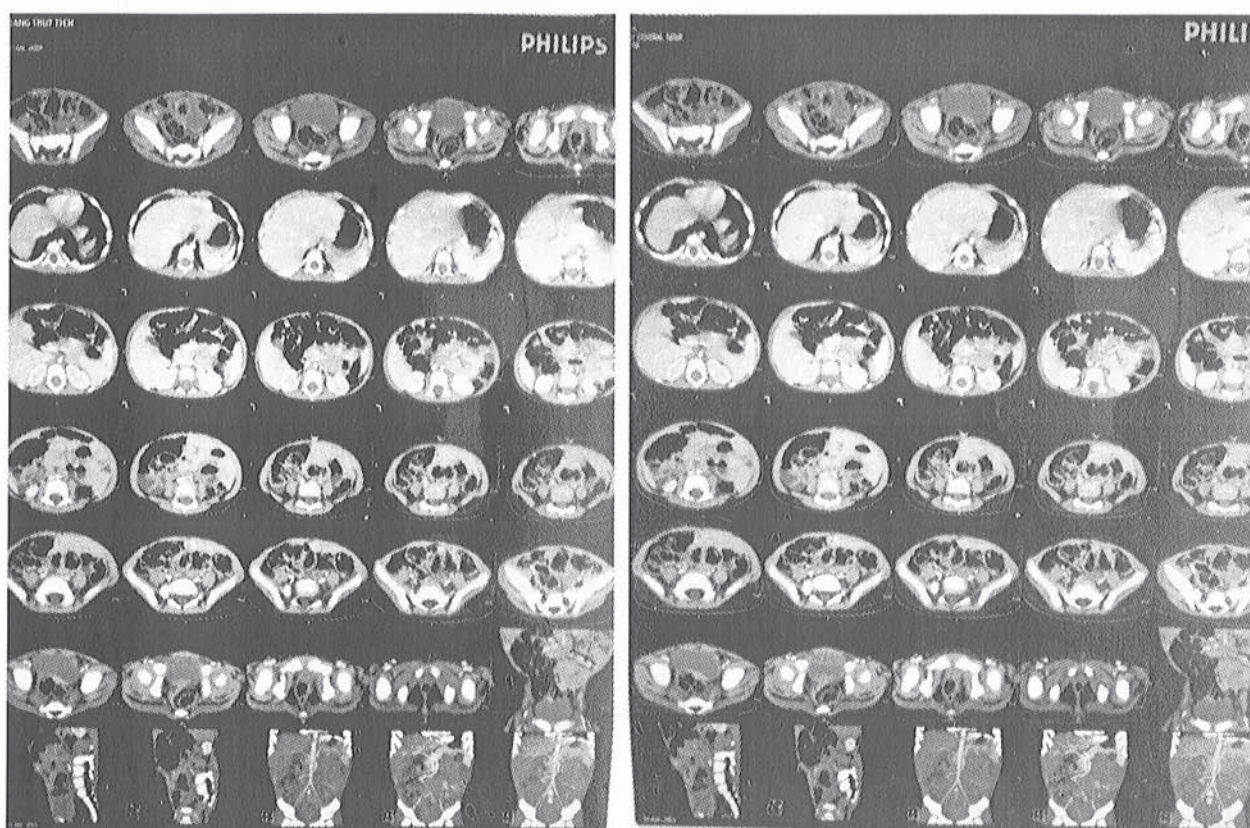
không thấy xuất huyết

+ Soi phân: Hồng cầu (+), chưa tìm thấy ký sinh trùng đường ruột.

Trẻ được chẩn đoán lại: Xuất huyết tiêu hóa thấp nghi do túi thừa Meckel

Ngày 22/4 trẻ được chụp CT scan 64 lát cắt với kết quả:

○ Viêm túi thừa Meckel biến chứng xuất huyết tiêu hóa



Hình 1. Hình ảnh CT scan

Nhân một trường hợp xuất huyết tiêu hóa do túi thừa meckel ở trẻ em

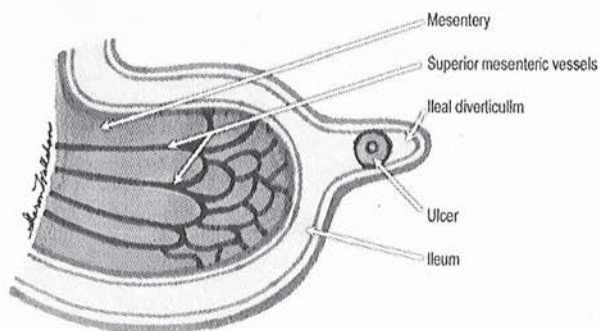
Bệnh nhân được hội chẩn với bác sỹ Ngoại Nhi thống nhất chẩn đoán Xuất huyết tiêu hóa thấp nghi do túi thừa Meckel

Ngày 26/4 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn ruột có túi thừa, khâu nối ruột tận tận. Chẩn đoán hậu phẫu: xuất huyết tiêu hóa thấp do loét túi thừa Meckel.

Hậu phẫu 2 ngày, trẻ được nuôi dưỡng bằng đường tiêu hóa trở lại. Và 6 ngày sau bệnh nhân xuất viện trong tình trạng sức khỏe tốt.

III. BÀN LUẬN

Vào đầu thế kỉ 19, Johann Friedrich Meckel (1781-1833) đã có một mô tả quan trọng về những túi thừa, dấu vết còn lại của ống noãn hoàng ở hồi tràng đoạn gần ruột thừa. Johann Meckel không phải là người đầu tiên phát hiện ra túi thừa bất thường này; năm 1598, Fabricus Hildanus đã có bản báo cáo có nhắc đến 1 túi thừa ít gặp của ruột non. Năm 1809, Johann Meckel đã công bố một bản báo cáo mô tả tỉ mỉ về mặt giải phẫu học và căn nguyên bắt nguồn từ phôi thai của túi thừa [1].



Hình 2. Giải phẫu học vùng ổ bụng

Túi thừa Meckel là một túi thừa thật sự thường xuất hiện ở bờ tự do của ruột non, là 1 dị tật bẩm sinh hay gặp ở trẻ em.

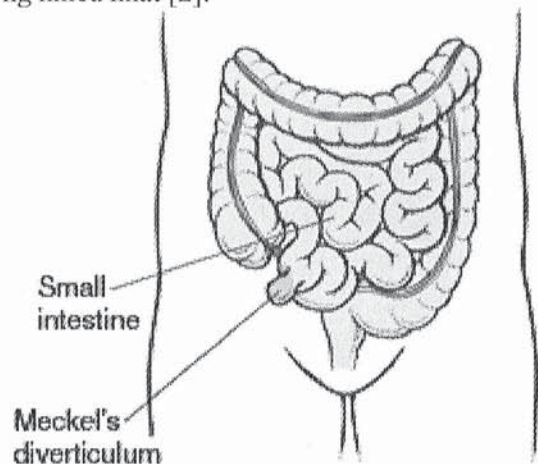
Hầu hết trẻ em không có triệu chứng, nhưng đôi khi xảy ra chảy máu trực tràng không gây đau hoặc túi thừa bị nhiễm trùng.

Một túi thừa chảy máu hoặc gây ra các triệu chứng phải được phẫu thuật cắt bỏ.

Khoảng 3% trẻ sơ sinh được sinh ra với túi thừa

Meckel. Mọi người có thể sống cuộc đời của họ mà không bao giờ biết họ có túi thừa Meckel, nhưng đôi khi bất thường ở túi thừa có thể gây ra vấn đề.

Trong lòng túi có nhiều thành phần, nhiều nhất là mô dạ dày, mô tuyến tụy, hoặc cả hai. Nếu là mô dạ dày, nó có thể tiết axit như dạ dày. Axit này có thể gây ra viêm loét và chảy máu ruột gần đó. Túi thừa Meckel cũng có thể bị viêm (viêm túi thừa) hoặc gây lồng ruột. Viêm túi thừa nghiêm trọng có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng trẻ lớn thường bị ảnh hưởng nhiều nhất [2].



Hình 3. Vị trí túi thừa Meckel

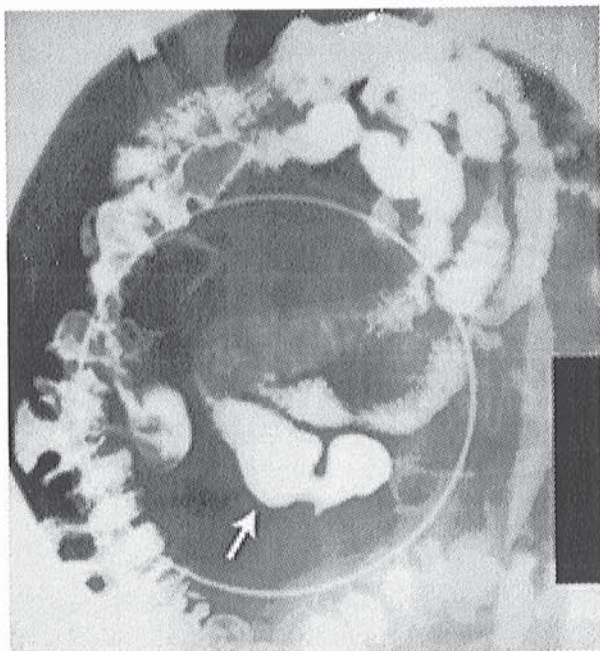
3.1. Triệu chứng

Hầu hết trẻ em với túi thừa Meckel không có triệu chứng, và nhiều người lớn chỉ biết được sau khi bác sỹ phẫu thuật khám phá ra nó trong khi thực hiện phẫu thuật vì một lý do nào đó. Các triệu chứng phổ biến nhất ở trẻ em nhỏ hơn 5 tuổi là chảy máu trực tràng không đau, mà xuất phát từ vết loét trong ruột non được gây ra bởi acid tiết ra từ túi thừa. Vì chảy máu, phân có thể xuất hiện màu đỏ tươi hoặc màu gạch, hoặc màu đỏ bầm của một hỗn hợp máu và chất nhầy. Đôi khi trẻ đi cầu phân đen. Một số hiếm trường hợp xuất huyết nghiêm trọng cần phải phẫu thuật cấp cứu.

Viêm túi thừa Meckel gây ra đau bụng, có thể đau dữ dội, đôi khi nôn mửa và có thể dễ dàng bị nhầm lẫn với viêm ruột thừa [5].

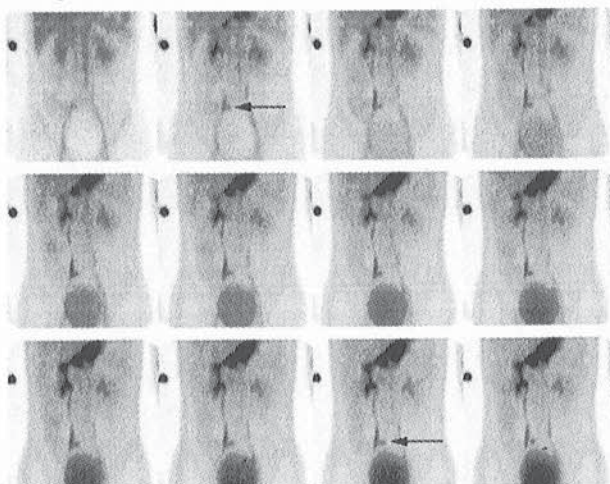
3.2. Chẩn đoán

Thường rất khó cho các bác sỹ chẩn đoán. Xét nghiệm máu, chụp X-quang, chụp cắt lớp vi tính (CT), siêu âm và thực barrit hiếm khi hữu ích.



Hình 4. X-quang barit cho thấy hình ảnh của 1 túi thừa Meckel không triệu chứng

Phương pháp giúp cho chẩn đoán tốt nhất là chụp đồng vị phóng xạ túi thừa Meckel, trong đó một lượng nhỏ chất phóng xạ vô hại được đưa vào bởi tĩnh mạch. Chất này được nhận diện bởi các tế bào trong túi thừa, sau đó có thể được hình dung bằng cách sử dụng một máy ảnh bức xạ cảm ứng.



Hình 5. Hình chụp đồng vị phóng xạ ^{99m}Tc cho thấy điểm tăng động (mũi tên) từ điểm niệu quản giữa đến điểm niệu quản trên và phần trên bàng quang trên hình được chụp sau 5-60 phút. Những điểm này xuất hiện đồng bộ với dạ dày, đó là đặc trưng của niêm mạc dạ dày trong túi thừa Meckel.

3.3. Các biến chứng của túi thừa Meckel:

* Thiếu máu:

- Thiếu máu là biến chứng phổ biến với tỉ lệ mắc phải từ 20-30% và thường gặp ở trẻ em nam dưới 2 tuổi.

- Bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân thường than phiền về việc đi cầu ra máu đỏ tươi. Chảy máu có thể ở nhiều mức độ khác nhau từ việc thường xuyên đi tiêu ra phân có máu với lượng ít cho đến việc mất máu nhiều hay shock mất máu. Tình trạng mất máu được đánh giá bởi số lượng máu bị mất khi đi tiêu, sự xuất hiện của các chất thoái hóa máu qua trực tràng và tình trạng huyết động học. Xuất huyết từ túi thừa Meckel có thể đi kèm với triệu chứng đau bụng, bệnh nhân có thể có thêm những biểu hiện như mệt mỏi, thiếu máu.

- Niêm mạc dạ dày ở trong túi thừa tiết acid gây nên một tình trạng lở loét mạn tính ở thành ruột và có thể phá hủy các tế bào niêm mạc hồi tràng cạnh nó. Tỉ lệ tìm thấy niêm mạc dạ dày trong túi thừa Meckel là 50%. Trong trường hợp có xuất huyết, tỉ lệ này tăng lên đến 75%. Biến chứng thủng cũng có thể xảy ra và bệnh nhân có biểu hiện đau bụng cấp đi kèm với hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành khi chụp X-quang ngược đứng.

- Khi 1 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết ống tiêu hóa thấp, không đau thì túi thừa Meckel phải luôn được nghĩ đến. Nội soi giúp loại trừ bệnh đường tiêu hóa trên hay bệnh trực tràng, 2 vấn đề thường gặp nhất trong xuất huyết tiêu hóa.

* Tắc ruột:

- Đây là 1 biến chứng phổ biến khác với tỉ lệ 20-25% ở những bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng túi thừa Meckel. Việc chuẩn đoán tắc ruột do túi thừa Meckel có thể không được xác định chính xác trước phẫu thuật nhưng có thể được nhận ra dễ dàng ngay khi thăm dò ổ bụng trong lúc mổ. Có nhiều cơ chế khác nhau trong tắc ruột do túi thừa Meckel:

+Do ruột non xoắn vào dải xơ nối giữa ống nối hoành với thành bụng.

+Do túi thừa làm lồng ruột và tắc nghẽn

+Do khối u phát sinh ở thành túi thừa gây lồng

ruột (là một trường hợp hiếm gặp).

- Trường hợp thoát vị bẹn có chứa túi thừa Meckel thì thoát vị đó được gọi là thoát vị Littre.

- Bệnh nhân tắc ruột do túi thừa Meckel thường có triệu chứng đau bụng, nôn ói và không đi tiêu được. Chụp X-quang bụng có thể thấy hình ảnh nhiều quai ruột non chướng hơi hay hình ảnh mức nước hơi trong ổ bụng như trong trường hợp tắc ruột cơ năng.

- Trong trường hợp lồng ruột, bệnh nhân còn có thể có biểu hiện của 1 khối u sờ thấy được ở bụng dưới và có phân nhầy máu lẫn niêm mạc.

*** Viêm túi thừa:**

- Viêm túi thừa chiếm tỉ lệ khoảng 10-20% và xuất hiện nhiều hơn ở những bệnh nhân lớn tuổi. Bệnh nhân có thể có các triệu chứng như đau liên tục hay đau quặn bụng từng cơn, đau nhiều ở vùng quanh rốn. Túi thừa viêm có thể dẫn đến viêm phúc mạc.

- Tình trạng ứ đọng trong túi thừa, đặc biệt là trong trường hợp cổ túi thừa hẹp có thể gây viêm và nhiễm trùng thứ phát dẫn đến viêm túi thừa. Túi thừa viêm có thể dẫn đến dính gây tắc ruột.

*** Dị thường rốn:**

- Chiếm tỉ lệ 10% bao gồm rò, u, xoang rốn hay xuất hiện một dải xơ bất thường giữa túi thừa với rốn.

- Bệnh nhân có thể có triệu chứng rò rỉ dịch mẩn tính ở rốn, kèm theo nhiễm trùng hoặc trầy da vùng rốn. Bệnh nhân cũng có thể có 1 bệnh sử nhiễm trùng tái phát nhiều lần, abscess thành bụng hay đã từng chữa trị xoang rốn trước đó. Khi xuất hiện 1 lỗ rò, niêm mạc ruột có thể nhận biết được trên da.

- Đặt canule và tiêm thuốc cản quang trong chụp X-quang có độ tương phản cao sẽ giúp phân định toàn bộ đường tiêu hóa, hỗ trợ xác định phương pháp phẫu thuật chữa trị thích hợp. Rò rỉ dịch qua rốn nên được phẫu thuật theo hướng điều chỉnh. Mở bụng thăm dò được cho là cần thiết trong một vài trường hợp.

- Khi tìm thấy các dải xơ hình thành quanh túi thừa trong phẫu thuật mở ổ bụng nên cắt bỏ ngay để tránh các nguy cơ thoát vị nội và xoắn ruột.

*** Ung thư:**

- Đây là bệnh lý ít phổ biến nhất của túi thừa, chỉ được báo cáo trong khoảng 4-5% các trường hợp bệnh lý.

- Trong nhiều loại ung thư túi thừa khác nhau thì U cơ trơn (leiomyoma) ở thành túi thừa là thường gặp nhất, sau đó là đến leiomyosarcoma, carcinoid, u xơ... Một trường hợp ung thư biểu mô tuyến dạ dày trong túi thừa đã từng được báo cáo trước đây.

Nhiều biến chứng khác của túi thừa Meckel đã được ghi nhận: Rò bàng quang-dạ tràng, túi thừa con (hình thành 1 túi thừa khác trong túi thừa Meckel) và sự hình thành sỏi hay phytobezoar trong túi thừa [4], [5].

IV. ĐIỀU TRỊ

Đối với một túi thừa không gây ra triệu chứng thì không nhất thiết phải điều trị. Một túi thừa chảy máu hoặc gây ra các triệu chứng phải được phẫu thuật cắt bỏ. Nếu túi thừa Meckel được tìm thấy ở một đứa trẻ trong một cuộc phẫu thuật bụng vì một lý do khác, nó thường được loại bỏ để ngăn ngừa các biến chứng trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Trong những trường hợp chảy máu đường tiêu hóa dưới trường diễn, tái phát, hoặc từng đợt trung bình trên người trẻ hoặc trẻ em thì cần cảnh giác nguyên nhân từ túi thừa Meckel.

Ngoài chảy máu thì túi thừa Meckel còn có thể gây ra nhiều biến chứng ngoại khoa nguy hiểm khác.

Trước một trường hợp nhiễm trùng tiết niệu dưới và có các dấu hiệu của nước tiểu bẩn, có lần thức ăn thì phải nghĩ đến dò túi thừa Meckel – Bàng quang và làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh (UIV, BQ ngược dòng, soi BQ, chụp ruột có cản quang...) để chẩn đoán.

Chẩn đoán và phát hiện túi thừa Meckel ngày nay đã dễ hơn trước đây nhờ vào chụp đồng vị phóng xạ (scintigraphy) và có thể là CTscan 64 lát cắt; (tuy nhiên trên lâm sàng cần nghĩ đến túi thừa Meckel)

Chỉ định phẫu thuật thì trong tất cả các trường hợp, túi thừa Meckel đều được cắt bỏ kể cả khi nó được phát hiện tình cờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antoshkina EP, Velichko SD, Tsvynda VD (1995), "Meckel's diverticulum in Children", *Khirurgiia (Mosk)*, 4, pp.14-16.
2. Jenkins DD., Sylvester KG. (2004), "Meckel's diverticulum", *Operative Techniques in General Surgery*. 6(4), Elsevier Inc, USA, pp. 307-316.
3. Nguyễn Gia Khánh và cộng sự (2003), "Nhận xét về xuất huyết tiêu hóa do viêm túi thừa Meckel ở trẻ em", *Nhi khoa tập 10- Hội nhi khoa Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, tr. 232-236.
4. Pantongraph-Brown L, Levine MS, Buetow PC, Buck JL, Elsayed AM. (1996) "Meckel's enteroliths: clinical, radiologic, and pathologic findings", *Am J Roentgenol*, 167, pp1447-1450.
5. Turgeon DK, Barnett JL. (1990), "Meckel's diverticulum", *Am J Gastroenterol*, 85, pp777-81.