

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT DẠ DÀY Tá TRÀNG TRẺ EM TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA

Nguyễn Thái Hưng¹, Phạm Hoàng Hưng¹,
Nguyễn Hữu Sơn¹, Dương Văn Thông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng, nội soi và kết quả điều trị viêm loét dạ dày - tá tràng ở trẻ em tại Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng, phương pháp: 256 bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét dạ dày - tá tràng tại Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế từ 1/1/2012 đến 31/12/2012. Thiết kế nghiên cứu mô tả về đặc điểm lâm sàng, nội soi và kết quả điều trị viêm loét dạ dày - tá tràng ở trẻ em. Thu thập số liệu dựa vào hồ sơ điều trị nội trú và ngoại trú bệnh nhân viêm loét dạ dày - tá tràng tại Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế trong năm 2012.

Kết quả: Đau bụng, ợ hơi - ợ chua, đầy bụng, chán ăn, buồn nôn là các triệu chứng thường gặp nhất. Tiếp đến có thể gặp thiếu máu, táo bón, đi cầu phân đen, nôn ra máu, nóng rát, nôn với tỉ lệ thấp. Nguy cơ viêm loét dạ dày - tá tràng ở nhóm HP(+) cao gấp 8,29 lần so với nhóm HP(-). Tổn thương dạ dày chiếm tỉ lệ nhiều hơn so với hành tá tràng. Viêm dạ dày chiếm tỉ lệ cao nhất (80,1%), tiếp đến viêm hành tá tràng (10,5%). Loét hành tá tràng và loét dạ dày chiếm tỉ lệ thấp (tương ứng 8,2% và 1,2%). Các loại viêm dạ dày theo phân loại Sydney: Viêm phù nề xung huyết chiếm tỉ lệ 51,2%, tiếp đến viêm trợt nổi 24,4%, viêm chảy máu 18,5%, viêm trợt phẳng chiếm tỉ lệ thấp (5,9%). Có 7 trường hợp loét có biến chứng chảy máu (6 loét hành tá tràng, 1 loét dạ dày). Tỉ lệ điều trị thành công cao (76,6%), tuy vậy vẫn còn 23,4% trường hợp tái phát khi tái khám sau 1 tháng.

Kết luận: Viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em có đặc điểm lâm sàng và nội soi đa dạng, kết quả điều trị thành công cao.

Từ khóa: Viêm loét dạ dày tá tràng, đau bụng tái diễn, *Helicobacter pylori*.

ABSTRACT

CLINICAL ENDOSCOPY CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF PEPTIC ULCER IN CHILDREN AT PEDIATRIC CENTER

Nguyen Thai Hung¹, Pham Hoang Hung¹,
Nguyen Huu Son¹, Duong Van Thong¹

Objective: To define Clinical and endoscopy characteristics and treatment. Results of peptic ulcer at Pediatric Center of Hue Central Hospital.

I. TT Nhi khoa, BVTW Huế

- Ngày nhận bài (received): 04/5/2013; Ngày phản biện (revised): 11/12/2013;
Ngày đăng bài (Accepted): 18/12/2013
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp; TS. Trần Kiên Hào
- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Hoàng Hưng
- Email: tsphamhoanghung@yahoo.com

Subjects and methods: 256 patients were diagnosed to be peptic ulcer at Pediatric Center of Hue Central Hospital from 1/1/2012 đến 31/12/2012. Study design: descriptive cross-sectional: Clinical and endoscopy characteristics and results of management for peptic ulcer in children

Results: Abdominal pain, burp, flatulence, loss appetite, nausea were common symptoms. The less common symptoms were anemia, constipation, melena, hematemesis, heartburn, vomiting. Risk of peptic ulcer in H.P Positive groups was higher in H.P negative groups. Proportion of gastric lesion was higher than that of duodenal lesion. Gastritis was highest (80.1%), duodenitis was 10.5%. Duodenal and gastric ulcer occupied a low rate (8.2% and 1.2%). Sydney classification of gastritis: edema and erythematous gastritis was 51.2%, Polypoid gastritis with erosion was 24.4%, hemorrhagic gastritis was 18.5%, Superficial erosions occupied a low rate 5.9%. There were 7 gastric ulcers with bleeding complication (6 cases with duodenal ulcer and 1 case with gastric ulcer). Treatment success rate was high (76.6%), however, there were still 23.4% cases with relapse after 1 month.

Conclusion: Peptic ulcer in children had diversity of clinical and endoscopy characteristics. The rate of successful treatment was high.

Key words: Peptic ulcer, recurrent abdominal pain, *Helicobacter Pylori*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày - tá tràng là một trong những bệnh gặp khá phổ biến trong cộng đồng dân cư nước ta. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi nhưng người lớn chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ em [2]. Đặc điểm của bệnh là tùy theo các vị trí của viêm và loét khác nhau mà có các tên gọi là viêm dạ dày, viêm hang vị, viêm tâm vị, viêm bờ cong nhỏ hoặc loét bờ cong nhỏ, loét hang vị, loét tiền môn vị, viêm tá tràng, loét tá tràng hoặc cả dạ dày và hành tá tràng đều bị viêm, loét người ta gọi là viêm, loét dạ dày - tá tràng [3].

Loét dạ dày - tá tràng chủ yếu gặp ở tá tràng, dạ dày ít gặp hơn. Ở 1- 2 tuổi, loét dạ dày và tá tràng tương đương nhau về tỉ lệ. Sau 6 tuổi, loét tá tràng chiếm ưu thế và tăng ở tuổi thiếu niên. Tần suất mắc bệnh khoảng 3,5 đến 13/ 100.000 người được chẩn đoán qua nội soi, với tuổi thường gặp nhất là 9- 13 tuổi. Hiện nay người ta chia làm 2 loại: Loét mãn tính hay còn gọi là loét nguyên phát (peptic ulcer) và loét cấp tính còn gọi là loét thứ phát (stress ulcer), mặc dù điều trị, phương tiện chẩn đoán với các yếu tố sinh học tương tự nhau. Theo những công trình nghiên cứu gần đây thì *Helicobacter pylori* giữ một vai trò quan trọng trong việc gây nên loét ở trẻ em. Nó chỉ được tìm thấy trong trường hợp loét nguyên phát chứ không tìm thấy trong trường hợp loét thứ phát [1], [4].

Mục tiêu:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng và nội soi bệnh viêm loét dạ dày - tá tràng ở trẻ em.
2. Kết quả điều trị viêm loét dạ dày - tá tràng tại Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét dạ dày - tá tràng tại Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế từ 1/1/2012 đến 31/12/2012, bao gồm bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú và bệnh nhân đến khám điều trị ngoại trú.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm loét dạ dày - tá tràng: Dựa vào kết quả nội soi dạ dày tá tràng có tổn thương viêm hoặc loét (tổn thương đại thể).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu mô tả về đặc điểm lâm sàng, nội soi và kết quả điều trị viêm loét dạ dày - tá tràng ở trẻ em.

- Phương pháp thu thập số liệu: Dựa vào hồ sơ điều trị nội trú và ngoại trú bệnh nhân viêm loét dạ dày - tá tràng tại Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế trong năm 2012.

- Đánh giá kết quả điều trị: Dựa vào lâm sàng và kết quả nội soi sau điều trị

- Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố theo lứa tuổi

Lứa tuổi	n	%
5-10	95	37,1
>10	160	62,9
Tổng	256	100

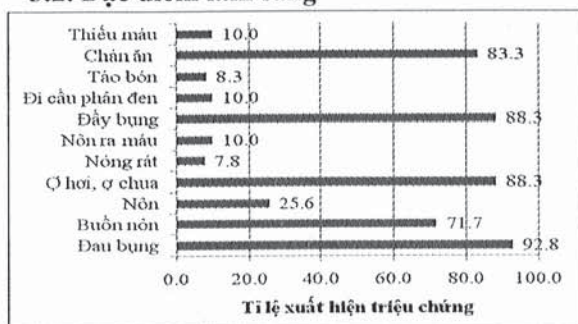
Tỉ lệ viêm loét dạ dày tá tràng ở nhóm tuổi 5-10 chiếm 37,1% thấp hơn so với nhóm tuổi lớn >10 tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố theo giới

Giới	n	%
Nam	122	47,7
Nữ	134	52,3
Tổng	256	100

Trẻ gái viêm loét dạ dày tá tràng tương đương trẻ trai (52,3% so với 47,7%, $p>0,05$).

3.2. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 3. Đặc điểm viêm loét dạ dày - tá tràng ở trẻ em

Đau bụng, ợ hơi - ợ chua, đầy bụng, chán ăn, buồn nôn là các triệu chứng thường gặp nhất. Tiếp đến có thể gặp thiếu máu, táo bón, đi cầu phân đen, nôn ra máu, nóng rát, nôn với tỉ lệ thấp.

Bảng 3.3. Liên quan giữa nhiễm H.P với tổn thương dạ dày tá tràng

Nhiễm H.P	N	Tổn thương dạ dày tá tràng			
		Có		Không	
		n	%	n	%
H.P (+)	75	57	76,0	18	24
H.P (-)	105	29	27,6	76	72,4
p		$p<0,01$; OR=8,29			

Tỉ lệ viêm loét dạ dày - tá tràng ở nhóm HP(+) 76% so với nhóm HP(-) 27,6% ($p<0,01$). Nguy cơ viêm loét dạ dày - tá tràng ở nhóm HP(+) cao gấp 8,29 lần so với nhóm HP(-).

3.3. Đặc điểm nội soi dạ dày

Bảng 3.4. Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	n	%
Dạ dày	211	82,4
Hành tá tràng	45	17,6
Tổng	256	100

Tổn thương dạ dày chiếm tỉ lệ nhiều hơn so với hành tá tràng (82,4% so với 17,4%, $p<0,01$).

Bảng 3.5. Các hình thái tổn thương

Hình thái tổn thương	n	%
Viêm dạ dày	205	80,1
Hành tá tràng	3	1,2
Viêm hành tá tràng	27	10,5
Loét hành tá tràng	21	8,2
Tổng	256	100

Viêm dạ dày chiếm tỉ lệ cao nhất (80,1%), tiếp đến viêm hành tá tràng (10,5%). Loét hành tá tràng và loét dạ dày chiếm tỉ lệ thấp (tương ứng 8,2% và 1,2%).

Bảng 3.6. Các loại viêm dạ dày (phân loại Sydney)

Phân loại Sydney	n	%
Viêm chảy máu	38	18,5
Viêm trợt nổi	50	24,4
Viêm trợt phẳng	12	5,9
Viêm phù nề xung huyết	105	51,2
Tổng	205	100

Hình thái viêm phù nề xung huyết chiếm tỉ lệ 51,2% trong các loại viêm dạ dày, tiếp đến viêm trợt nổi 24,4%, viêm chảy máu 18,5%, viêm trợt phẳng chiếm tỉ lệ thấp (5,9%).

Bảng 3.7. Biến chứng chảy máu của loét dạ dày tá tràng

Tổn thương	n	Chảy máu			
		Có		Không	
		n	%	n	%
Loét hành tá tràng	6	5	83,3	1	16,7
Loét dạ dày	1	0	0	1	100
p		>0,05			

Có 7 trường hợp loét có biến chứng chảy máu (6 loét hành tá tràng, 1 loét dạ dày). Không có sự khác biệt về biến chứng chảy máu của loét dạ dày với loét hành tá tràng.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 3.8. Tỷ lệ điều trị nội trú và ngoại trú

	n	%
Điều trị nội trú	86	33,6
Điều trị ngoại trú	170	66,4
Tổng	256	100

Phần lớn bệnh nhân được điều trị ngoại trú, hẹn tái khám và nội soi kiểm tra lại sau 1 tháng.

Bảng 3.9. Các phác đồ điều trị

Phác đồ điều trị	n	%
ACO	240	93,8
MCO	15	5,9
CCO	1	0,4
Tổng	256	100

Phần lớn trường hợp được điều trị theo phác đồ ACO (93,8%), số còn lại được điều trị theo phác đồ MCO (5,9%) và CCO (0,4%).

Bảng 3.10. Điều trị nội soi can thiệp cầm máu

Điều trị nội soi can thiệp	n	%
Có	2	0,8
Không	254	99,2

Có 2 trường hợp biến chứng chảy máu phải điều trị nội soi can thiệp cầm máu. Kết quả tốt.

Bảng 3.11. Kết quả điều trị và tỉ lệ tái phát

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Tái phát	60	23,4
Không tái phát	196	76,6
Tổng	256	100

Tỉ lệ điều trị thành công cao (76,6%), tuy vậy vẫn còn 23,4% trường hợp tái phát khi tái khám sau 1 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ em từ 6 tuổi trở lên. Kết quả của chúng tôi nhóm tuổi 10-15 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%) là tương đương các tác giả trong và ngoài nước. Chẳng hạn Boey và Goh nghiên cứu ở Malaysia lứa tuổi 9-11 là cao nhất.

Về giới sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Chính vì vậy Hội nghị lần thứ 3 ở Rome về các rối loạn chức năng ở dạ dày - ruột (Rome III, 2006) nhận định rằng tần suất viêm loét dạ dày tá tràng vào khoảng 10% trẻ từ 3-15 tuổi, trẻ gái chiếm đa số [4].

Biểu hiện lâm sàng của loét dạ dày tá tràng nguyên phát thường thay đổi và không đặc hiệu, thay đổi theo lứa tuổi, gồm có nôn ói, chảy máu dạ dày, đau bụng và có yếu tố gia đình. Ở người lớn, triệu chứng khó tiêu chỉ tìm thấy khoảng 15% trường hợp được chẩn đoán loét bằng phương pháp thăm dò. Ở trẻ em tiền sử đau bụng và tỉ lệ tìm thấy của loét dạ dày tá tràng nguyên phát cũng tương tự như vậy.

Mặc dù triệu chứng của loét thay đổi và dễ lầm với những triệu chứng gây nên bởi những bệnh khác ở ổ bụng hay những rối loạn chức năng, nhưng cũng có một vài biểu hiện đặc trưng cho từng lứa tuổi.

Từ 3 – 6 tuổi: Nôn ói có mối liên quan với bữa ăn và tái diễn thường tìm thấy, đau quanh rốn và lan tỏa cũng được ghi nhận. Cơn đau này được làm dịu đi bởi thức ăn hoặc đánh thức bệnh nhân vào ban đêm hay vào buổi sáng sớm.

Đặc điểm lâm sàng, nội soi và kết quả điều trị viêm loét dạ dày tá tràng...

Ỉa ra máu, nôn ra máu, hay thủng thường hiện diện ở loét thứ phát nhưng cũng biểu hiện trong loét nguyên phát dù ít gặp ở trẻ từ 1 -3 tuổi. Dạ dày cũng bị tổn thương như tá tràng và ưu thế thuộc về nam giới. Tần suất mắc bệnh ở nhóm này thấp hơn nhóm trẻ nhỏ tuổi hơn hay nhóm lớn tuổi hơn

Từ 6 – 18 tuổi: Trẻ em ở tuổi học đường hay tuổi dậy thì có biểu hiện lâm sàng giống như người lớn. Triệu chứng bao gồm:

- Đau vùng thượng vị, đau âm ỉ hơn là có cảm giác nóng bỏng hoặc như dao đâm, có thể kéo dài vài phút đến vài giờ và lui bệnh từ vài tuần đến vài tháng. Thường đau lúc đói hay đau về đêm, và nó dịu đi bởi sữa hay thức ăn. Cơn đau có hướng lan ra sau lưng, hay phần trên bên trái hoặc phải, triệu chứng này rất quan trọng. Trong những trường hợp khác, khó chịu phần trên của bụng một cách mơ hồ, với đau có liên quan đến bữa ăn một cách nhẹ nhàng.

- Xuất huyết cấp hay mãn ở dạ dày ruột (nôn ra máu hay ỉa phân đen) làm trẻ xanh xao và dẫn đến thiếu máu thiếu sắt và tiền sử gia đình.

4.2. Nội soi dạ dày

Nội soi mềm phần trên ống tiêu hóa với sinh thiết được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em, với tỉ lệ biến chứng < 2%. Trong lúc nội soi, nếu thấy hình ảnh những nodule ở vùng hang vị, thì đó là dấu hiệu đặc hiệu của nhiễm *Helicobacter pylori*. Tuy nhiên không phải luôn luôn có thể thấy tổn thương này ở vùng hang vị vì có thể cần phải sinh thiết nhiều mẫu để tìm sự hiện diện của *Helicobacter pylori* ở niêm mạc bằng cách tìm những biến đổi về mô học, cấy tìm vi khuẩn hay làm test urease [2]

Vị trí tổn thương trong kết quả của chúng tôi là hang vị dạ dày và hành tá tràng tương tự với nghiên cứu của các tác giả trong ngoài nước. Nhiều công trình nghiên cứu đã khẳng định tổn thương ở trẻ em chủ yếu là viêm ở hang vị và loét ở hành tá tràng. Nhiều nghiên cứu cho thấy tổn thương hang vị dạ dày chủ yếu gặp ở trẻ em. Chúng tôi không phát hiện trường hợp nào tổn thương thân vị, tâm phình

vị thực quản hay D2 tá tràng. Có thể cỡ mẫu chưa đủ lớn như ở các nơi khác.

Về hình thái tổn thương : Có rất nhiều hình thái tổn thương như: viêm dạ dày, loét dạ dày, polyp dạ dày, ung thư dạ dày, u lympho ác tính dạ dày, viêm hành tá tràng, loét hành tá tràng, ung thư hành tá tràng. Trong mỗi loại đó lại chia làm nhiều thể. Nghiên cứu của chúng tôi có các hình thái tổn thương bao gồm: viêm, loét

Các dạng viêm dạ dày theo phân loại Sydney:

- Viêm phù nề xung huyết: chúng tôi quan sát thấy vùng hang vị những đám xung huyết, niêm mạc phù nề, mất tính trơn láng, đôi khi thấy xuất tiết.

- Viêm trợt phẳng: quan sát thấy có vết trợt nông phẳng, màng tơ huyết phủ ở đáy.

- Viêm trợt nổi: quan sát thấy lồi lên trên niêm mạc như hạt đậu dọc theo các lớp niêm mạc vùng hang vị.

- Viêm chảy máu: khi soi chúng tôi thấy những chấm chảy máu nhỏ màu đỏ, hoặc nâu sẫm, mảng màu đen trên niêm mạc phù nề.

Những đặc điểm quan sát được tương tự mô tả trong phân loại theo hệ thống Sydney. Có 3 hình thái không phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi là: viêm niêm mạc dạ dày do trào ngược dịch mật, viêm phì đại, viêm teo niêm mạc

Trong nghiên cứu ở bệnh viện Nhi đồng 1 hay bệnh viện Nhi Trung ương tỷ lệ cũng tương đương với chúng tôi nhưng đầy đủ 7 hình thái tổn thương theo hệ thống phân loại Sydney. Chúng tôi không phát hiện trường hợp nào viêm phì đại niêm mạc, hay viêm trào ngược dịch mật.

Mối liên quan giữa nhiễm HP và tổn thương dạ dày tá tràng: Nghiên cứu của Nguyễn Văn Bàng và cs đánh giá tỷ lệ *Helicobacter pylori* HP(+) và mối liên quan của HP(+) với các biểu hiện trên lâm sàng ở trẻ em có biểu hiện bệnh lý đường tiêu hóa trên thì tỷ lệ HP(+) là 66,7%, tỷ lệ HP(+) ở 40 trẻ có tổn thương dạ dày là 70%, ở 21 trẻ có tổn thương tá tràng là 95,2% và ở 17 trẻ không có tổn thương tại dạ dày tá tràng là 23,5% [1].

Nhiều nghiên cứu cho thấy viêm dạ dày trợt nổi

là hình ảnh đặc hiệu của nhiễm *H. pylori* ở trẻ em. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy trong nhóm *H. pylori* dương tính, hình ảnh viêm dạ dày loét nổi chiếm 32% với $p < 0,05$ (bảng 3.17) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Theo J. Raymond và cs viêm loét nổi tỷ lệ nhiễm HP là 40,2% [11]. Viêm teo hay chuyển sản ruột là tổn thương nặng ở dạ dày do nhiễm HP. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/4 trường hợp viêm teo và chuyển sản ruột là nhiễm HP. Trong rất nhiều báo cáo đều khẳng định nhiễm HP là nguyên nhân gây nên viêm teo niêm mạc và chuyển sản ruột.

4.3. Điều trị

Mục đích điều trị là làm lành vết thương, giảm đau và phòng ngừa biến chứng. Khoảng 25% trẻ em < 6 tuổi có tái phát với loét tiên phát, trong khi đó 70% trẻ lớn có loét tái phát như người trưởng thành.

Kết quả điều trị viêm loét dạ dày tá tràng tại Trung tâm Nhi Bệnh viện Trung ương Huế cho kết quả rất khả quan với tỉ lệ lành bệnh cao và tái phát thấp.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi viêm loét dạ dày tá tràng:

- Viêm loét dạ dày tá tràng thường gặp ở lứa tuổi >10 tuổi, không khác biệt giữa nam và nữ

- Đau bụng, ợ hơi - ợ chua, đầy bụng, chán ăn, buồn nôn là các triệu chứng thường gặp nhất. Tiếp đến có thể gặp thiếu máu, táo bón, đi cầu phân đen, nôn ra máu, nóng rát, nôn với tỉ lệ thấp.

- Nguy cơ viêm loét dạ dày - tá tràng ở nhóm HP(+) cao gấp 8,29 lần so với nhóm HP(-).

2. Đặc điểm nội soi dạ dày

- Tổn thương dạ dày chiếm tỉ lệ nhiều hơn so với hành tá tràng

- Các hình thái tổn thương: Viêm dạ dày chiếm tỉ lệ cao nhất (80,1%), tiếp đến viêm hành tá tràng (10,5%). Loét hành tá tràng và loét dạ dày chiếm tỉ lệ thấp (tương ứng 8,2% và 1,2%).

- Các loại viêm dạ dày theo phân loại Sydney: Viêm phù nề xung huyết chiếm tỉ lệ 51,2%, tiếp đến viêm loét nổi 24,4%, viêm chảy máu 18,5%, viêm loét phẳng chiếm tỉ lệ thấp (5,9%).

- Có 7 trường hợp loét có biến chứng chảy máu (6 loét hành tá tràng, 1 loét dạ dày).

3. Kết quả điều trị

- Phần lớn trường hợp được điều trị theo phác đồ ACO (93,8%), số còn lại được điều trị theo phác đồ MCO (5,9%) và CCO (0,4%).

- Có 2 trường hợp biến chứng chảy máu phải điều trị nội soi can thiệp cầm máu. Kết quả tốt.

- Tỉ lệ điều trị thành công cao (76,6%), tuy vậy vẫn còn 23,4% trường hợp tái phát khi tái khám sau 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Có 11 TLTK, nếu có yêu cầu vui lòng liên hệ tác giả