

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO NẶNG Ở BÉ GÁI 9 TUỔI DO LOÉT TÁ TRÀNG

Đinh Ý Thơ¹, Phạm Hoàng Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng là bệnh lý ít gặp ở trẻ em. Triệu chứng của loét tiêu hóa ở trẻ em thường thay đổi và không đặc hiệu. Do đó, tiền sử bệnh thường không rõ và dễ bị bỏ qua cho đến khi các biến chứng nặng nề xuất hiện như xuất huyết, thủng... Chúng tôi trình bày ở đây một trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên do loét hành tá tràng ở trẻ nữ 9 tuổi, không có tiền sử cũng như triệu chứng của bệnh lý tiêu hóa trước đó.

Trường hợp lâm sàng: Bệnh nhân 9 tuổi, nữ, vào viện vì đi cầu phân máu tươi + máu bầm. Tiền sử bản thân và gia đình không có gì đặc biệt, không có tiền sử sử dụng thuốc kháng viêm. Thăm khám lâm sàng lúc vào viện phát hiện trẻ có biểu hiện sốc giảm thể tích. Bệnh nhân được điều trị tại phòng Hồi sức cấp cứu khoa Nhi với DD Ringer lactact TTM (20ml/kg/g) và truyền máu tươi đồng nhóm.

Sau 2 giờ trẻ ổn định về mặt huyết động. Từ 13g -> 18g cùng ngày trẻ đi cầu máu tươi 2 lần, lượng nhiều, không nôn mửa. Lúc 20 giờ trẻ được Nội soi dạ dày và đại tràng cấp cứu chẩn đoán Xuất huyết tại điểm giữa hành tá tràng và tá tràng D1, chích cầm máu tạm thời bằng NSA 8ml. Sau 24g điều trị cầm máu trẻ ổn định hơn và được tiếp tục theo dõi tại Nhi tiêu hóa trong 2 tuần.

Kết quả và Bàn luận: Bệnh loét dạ dày tá tràng không phổ biến ở trẻ em và ít khi được nghi ngờ là nguyên nhân gây đau bụng ở lứa tuổi này. Do đó, việc chẩn đoán hầu như bị bỏ qua cho đến khi trẻ xuất hiện biến chứng. Hemoglobin máu là xét nghiệm lâm sàng duy nhất có sự khác biệt giữa trường hợp xuất huyết nặng và không có xuất huyết nặng. Nội soi mềm phần trên ống tiêu hóa với sinh thiết được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán loét tiêu hóa ở trẻ em. Tiến hành nội soi trong 24 giờ tiếp sau khi bị xuất huyết, tốt nhất là 12-18 giờ đầu tiên khi mà tình trạng huyết động đã ổn định. Nội soi cầm máu trong những trường hợp chảy máu do loét là an toàn và hiệu quả đối với trẻ em.

Kết luận: Bệnh loét dạ dày tá tràng ở trẻ em là bệnh lý có triệu chứng thay đổi, dễ lầm với những triệu chứng gây nên bởi những bệnh khác ở ổ bụng. Tỷ lệ biến chứng xuất huyết, thủng, nghẽn cao hơn người lớn. Do đó bệnh cần được quan tâm điều trị kịp thời, kết hợp giữa gia đình và ngành y tế nhằm hạn chế những biến chứng nặng của bệnh cũng như can thiệp ngoại khoa trên bệnh nhân.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa cao, trẻ em, loét dạ dày tá tràng, Nội soi.

ABSTRACT

CASE STUDY: A SEVERE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN 9 YEARS-OLD GIRL DUE TO DUODENAL ULCER

Đinh Ý Thơ¹, Phạm Hoàng Hưng¹

Introduction: Peptic ulcer bleeding in children is rare. The symptoms often vary among different patients but are also unspecific. Hence, the pre-history is virtually unclear and easy to overlook until their

1. Trường ĐHYD Huế
2. TT Nhi khoa, BVTW Huế

- Ngày nhận bài (received): 16/10/2013; Ngày phản biện (revised): 19/12/2013;
Ngày đăng bài (Accepted): 20/6/2014
- Người phản biện: PGS TS Nguyễn Văn Hỷ; TS Nguyễn Phúc Bảo Quân
- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Hoàng Hưng
- Email: tsphamhoanghung@yahoo.com

serious complications appear unexpectedly such as hemorrhage, gastric perforation, etc.. Gastrointestinal endoscopy has been the most useful paraclinical method that could bring many advantages in diagnosing as well as assessing the severity of hemorrhage. The report presents a case of 9-year-old girl who manifested with lower gastrointestinal bleeding symptoms.

Case report: A 9-year-old girl was admitted to our hospital due to having clotted and fresh blood in stool about several hours before. There was no particular pre-history of gastrointestinal diseases and NAIDs use. In PICU, clinical examination showed that she was in a condition of hypovolemic shock. She was immediately perfused intravenously with Ringerlactact (20ml/kg) and blood transfusion. Her hemodynamic state was gradually improved after 2 hours. At first, her hemoglobin level was 9.1g/dl but it decreased so fast (5.1g/dl) just 8 hours later when the child continued to pass bloody stool. Then, an emergency GI endoscopy was performed. They found nothing in colonoscopy except for clotted blood, but there was a bleeding point at the duodenum. They stopped the bleeding by 8ml Adrenaline 1/1000. The child then became stable and was discharged 2 weeks later.

Results and Discussion: Gastric ulcers are not common in children and it seldom falls under suspicion as a cause of abdominal pain at this age. Pediatricians often ignore this diagnosis so patients were admitted to hospital mainly because of its complications. Hemoglobin level is the only test that could differentiate if it is a severe bleeding case or not. Flexible endoscopy in upper GI along with biopsy have been considered to be the gold standard of diagnosing gastric ulcers in children. The best moment is around 24 hours since the patients come to the hospital, when their hemodynamic state has been controlled. Hemostatic injection under endoscopy has been proved that it's an effective and safe therapy for children.

Conclusion: Peptic ulcer symptoms are so equivocal that it's hard to differentiate with other causes of abdominal pain. The complication rate is higher than in adult. As a result, there would be a cooperation between their family and medical specialists in order to reduce severe complications as well as surgical interventions on patients.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding, children, peptic ulcer, endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét đường tiêu hóa dạ dày tá tràng không phải là một bệnh hiếm gặp ở trẻ em, nhận xét này ngược với quan điểm trước thời đại có ống nội soi mềm. Tần suất mắc bệnh vào khoảng 3,5-13/100000 người được chẩn đoán qua nội soi và tuổi thường gặp nhất là 9-13 tuổi. Biểu hiện lâm sàng của loét tiêu hóa ở trẻ em thường thay đổi và không đặc hiệu bao gồm: nôn mửa, chảy máu dạ dày, đau bụng và có yếu tố gia đình. Một số trường hợp triệu chứng xuất hiện đột ngột với nôn ra máu, sốc, thủng tạng... [2]. Tiền sử sử dụng thuốc cũng rất quan trọng. Tuy nhiên, nếu không có tiền sử này, triệu chứng của loét trong thời kì niên thiếu rất dễ bị bỏ qua và có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng như thủng và xuất huyết [6]. Xuất huyết tiêu hóa trên

là cấp cứu nội khoa đe dọa tính mạng đòi hỏi phải được chẩn đoán và điều trị tích cực, chiếm xấp xỉ 10% trong toàn bộ xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em [1]. Theo Brown, tỷ lệ trẻ hiện mắc của xuất huyết do loét tiêu hóa của trẻ em tại Hoa Kỳ được ước tính là 0.5-0.9/100000 trường hợp. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, chảy máu thường chủ yếu do loét dạ dày và loét do stress, đối với trẻ trên 2 tuổi nguyên nhân phổ biến ở các nước đang phát triển là do giãn tĩnh mạch thực quản, sau đó là loét tiêu hóa [3]. Nội soi dạ dày tá tràng là phương pháp chính xác và hữu ích nhất để đánh giá xuất huyết tiêu hóa trên.

Chúng tôi trình bày ở đây một trường hợp một trẻ nữ, 9 tuổi, bị loét hành tá tràng. Trẻ nhập viện phòng Cấp cứu hồi sức với triệu chứng đi cầu phân máu bầm có biểu hiện sốc, trẻ xuất huyết tiếp diễn

sau đó và cuối cùng được nội soi chẩn đoán có loét ở hành tá tràng đang chảy máu. Trẻ hoàn toàn không có biểu hiện điển hình của bệnh lý dạ dày tá tràng trước đó.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân Trương Bảo Trâm, 9 tuổi, nữ, vào viện ngày 12/3/2012 vì đi cầu phân máu tươi + máu cục lượng khoảng 200ml, người nhà lo lắng cho trẻ nhập viện, trên đường đi trẻ tiếp tục đi cầu phân máu bầm cục 1 lần lượng 100ml. Tiền sử bản thân và gia đình không có gì đặc biệt, không có tiền sử sử dụng thuốc kháng viêm. Thăm khám lâm sàng lúc vào viện: Trẻ lơ mơ, $t^0 = 37,7^{\circ}\text{C}$, tổng trạng gầy, da xanh xao, niêm mạc + lòng bàn tay chân nhợt, tay chân lạnh, Refill >2, mạch quay nhanh nhẹ, khó bắt. HA: 79/60 mmHg. Nhịp tim 160 lần/phút, gan không lớn, Tĩnh mạch cổ không nổi, bụng đau thượng vị, chưa đi tiểu, TR: máu bầm theo gant, cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. Trẻ được chẩn đoán: Sốc giảm thể tích/ Xuất huyết tiêu hóa.

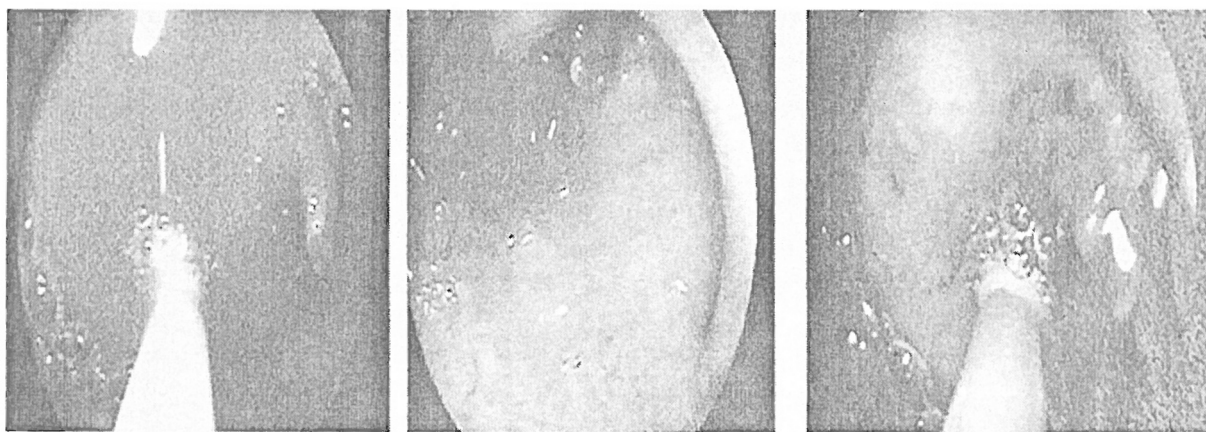
Bảng 1. Kết quả xét nghiệm công thức máu

Thời gian	9g30 12/3	18g 12/3	22g 12/3	13/3	14/3
BC (K/ μL)	6,7	5,85	4,23	4,91	4,54
HC (M/ μL)	4,12	2,32	2,37	3,45	4,11
Hb (g/dL)	9,1	5,1	5,9	9,2	11
Hct (%)	28,2	16,4	19	30,7	36
TC (K/ μL)	226	112	87	102	111

Xét nghiệm công thức máu có biểu hiện thiếu máu cấp. Các xét nghiệm khác: Tỷ prothrombin giảm: 43%, SGOT: 88 U/L, SGPT 22 U/L, điện giải đồ, điện tâm đồ, Glucose máu: bình thường, Clotest (-)

Bệnh nhân được điều trị tại phòng Hồi sức cấp cứu khoa Nhi với dung dịch Ringer lactact TTM (20ml/kg/g) + truyền máu tươi đồng nhóm 250ml

Sau 2 giờ trẻ tỉnh hơn, mạch quay bắt rõ, HA 92/59 mmHg, lòng bàn tay chân còn lạnh và nhợt, nước tiểu 150ml, tốc độ dịch truyền hạ 10ml/kg/g $\rightarrow$ 7,5ml/kg/g. Từ 13g $\rightarrow$ 18g cùng ngày trẻ đi cầu máu tươi 2 lần, lượng nhiều, không nôn mửa. Trẻ tỉnh nhưng mệt, mạch quay rõ, huyết áp 88/40 mmHg, nước tiểu 300ml, tay chân còn lạnh và nhợt. Lúc 20 giờ trẻ được Nội soi dạ dày và đại tràng cấp cứu chẩn đoán Xuất huyết tại điểm giữa hành tá tràng và tá tràng D1, chích cầm máu tạm thời bằng NSA 8ml.



Hình 1. Hình ảnh chích cầm máu qua nội soi của bệnh nhân(12/3)

Sau đó trẻ được tiếp tục điều trị hỗ trợ với:

- + Dd Ringer lactact + Gelofudin
- + Truyền 2 đơn vị máu tươi
- + Kháng sinh, kháng tiết

Sau 24g điều trị cầm máu trẻ ổn định về mặt huyết động-> tiếp tục điều trị tại Nhi tiêu hóa trong 2 tuần.

III. BÀN LUẬN

Bệnh loét dạ dày tá tràng không phổ biến ở trẻ em và ít khi được nghi ngờ là nguyên nhân gây đau bụng ở lứa tuổi này. Do đó, việc chẩn đoán hầu như bị bỏ qua cho đến khi trẻ xuất hiện biến chứng [1], [10], [12]. Loét tiêu hóa ở trẻ tuổi học đường hay tuổi dậy thì có biểu hiện lâm sàng giống như người lớn. Mặc dù có những dấu hiệu điển hình hơn, nhưng khoảng cách giữa triệu chứng khởi đầu và khi chẩn đoán được thiết lập vào khoảng 10 tháng. Những triệu chứng trong giai đoạn này gồm có: đau thượng vị, xuất huyết cấp hay mãn ở dạ dày ruột (nôn ra máu hay ỉa phân máu) dẫn đến thiếu máu thiếu sắt làm trẻ xanh xao. Theo Silverman, có 1/3 trường hợp có triệu chứng đau điển hình để có thể chẩn đoán sớm, ỉa ra máu, nôn ra máu hay cả 2, được ghi nhận trên 50% và xuất huyết kín đáo, thiếu máu mà không có biểu hiện gì khác [2]. Trường hợp này bệnh nhân không có tiền sử gì đặc biệt về đau bụng và bệnh lý dạ dày tá tràng cũng như tiền sử sử dụng thuốc (corticoids, kháng viêm non-steroid). Trẻ nhập viện vì triệu chứng xuất huyết tiêu hóa cấp tính với đi cầu phân máu tươi và máu bầm, có biểu hiện biến chứng sốc giảm thể tích (da nhợt, mạch nhanh, huyết áp tụt 79/60 mmHg, refill kéo dài) và thiếu máu cấp nặng, công thức máu sau 8 giờ nhập viện hồng cầu và Hb giảm nhanh (HC 2,32 M/ μ L; Hb 5,1g/dL) đòi hỏi phải truyền máu tươi. Theo Freedman, hemoglobin máu là xét nghiệm lâm sàng duy nhất có sự khác biệt giữa trường hợp xuất huyết nặng và không có xuất huyết nặng. Sự xuất hiện của bất cứ triệu chứng nào như đi cầu phân máu, nôn ra máu tươi lượng trung bình đến nhiều, biểu hiện mệt là dấu hiệu của trẻ có xuất huyết tiêu hóa nặng về mặt lâm sàng với độ nhạy là 100%. Truyền máu trong trường hợp mất máu nặng nhằm điều chỉnh việc thiếu yếu tố đông máu trong một số bệnh nhiễm trùng cấp và nặng là yếu tố cơ bản của điều trị [7].

Nội soi mềm phần trên ống tiêu hóa với sinh

thiết được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán loét tiêu hóa ở trẻ em, hiệu quả trong chẩn đoán khoảng 72-86% trường hợp trong đó gần 90% trường hợp sử dụng nội soi như là phương pháp duy nhất. Tiến hành nội soi trong 24 giờ tiếp sau khi bị xuất huyết, tốt nhất là 12-18 giờ đầu tiên khi mà tình trạng huyết động đã ổn định [2]. Những bệnh nhân chảy máu do loét thuộc nhóm nguy cơ cao cần được điều trị cầm máu nội soi nhằm giảm tỷ lệ xuất huyết tái diễn, phẫu thuật và tỷ lệ tử vong. Nội soi điều trị bao gồm chích cầm máu (nước muối, co mạch, thuốc tạo xơ, kết dính mô...), nhiệt liệu pháp và hóa liệu pháp [11]. Trường hợp này bệnh nhân được nội soi sau 8 giờ nhập viện vì vẫn tiếp tục đi cầu phân máu bầm. Nội soi khó thực hiện ở những trường hợp xuất huyết trầm trọng, tuy nhiên huyết động của bệnh nhân trong trường hợp này đã được điều chỉnh ổn định và nội soi đại tràng không phát hiện được tổn thương gây xuất huyết, kết quả khi nội soi dạ dày đã phát hiện điểm chảy máu tại hành tá tràng. Do đó phương pháp chích cầm máu tạm thời đã được áp dụng ở bệnh nhân này. Biện pháp điều trị này đã tỏ ra có hiệu quả khi biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân 2 tuần sau đó đã cải thiện tốt, không có triệu chứng xuất huyết tái diễn.

Theo Wong, nội soi cầm máu trong những trường hợp chảy máu do loét là an toàn và hiệu quả đối với trẻ em. Việc sử dụng thuốc kháng loét và thuốc diệt HP là rất cần thiết trong việc quản lý bệnh lý loét dạ dày tá tràng có biến chứng [13].

Ebina [5] đã báo cáo một trường hợp xuất huyết do loét tá tràng ở bệnh nhân Scholain Henoch. Nội soi cầm máu đã được thực hiện với tiêm ethanol tại vị trí chảy máu ở đoạn D3 và cầm máu thành công.

Ở một báo cáo khác, Kato [8] đã tiến hành điều trị nội soi cầm máu bằng ethanol cho những trẻ từ 10-13 tuổi xuất huyết tiêu hóa do loét và không có biến chứng nào cũng như xuất huyết tái diễn được ghi nhận.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh loét dạ dày tá tràng ở trẻ em là bệnh lý có triệu chứng thay đổi, dễ lầm với những triệu

chứng gây nên bởi những bệnh khác ở ổ bụng. Ở những trẻ có triệu chứng không điển hình và tiền sử bệnh không rõ, bệnh rất dễ bị bỏ qua khi chẩn đoán cho đến khi xuất hiện biến chứng. Loét thứ phát chủ yếu ở hành tá tràng, do đó có xu hướng biểu hiện triệu chứng ban đầu nặng nề như xuất

huyết hoặc thủng [4],[9]. Tỷ lệ biến chứng xuất huyết, thủng, nghẽn cao hơn người lớn. Do đó bệnh cần được quan tâm điều trị kịp thời, kết hợp giữa gia đình và ngành y tế nhằm hạn chế những biến chứng nặng của bệnh cũng như can thiệp ngoại khoa trên bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ameh EA (2003), "Duodenal ulcer in childhood in developing countries", *Indian Pediatr*, 40, pp. 272- 2
2. Bộ môn Nhi (2001), "Loét dạ dày tá tràng", *Bài giảng Nhi khoa*, trường Đại học Y Dược- Đại học Huế.
3. Brown, Kurt, Lundborg, Per, Levinson, Jeremy, Yang, Huiying (2012), "Incidence of Peptic Ulcer Bleeding in the US Pediatric Population", *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 54(6), pp. 733-736.
4. Dohil R, Hassall E (2000), "Peptic ulcer disease in children", *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 14, pp.53-73.
5. Ebina K, Kato S, Abukawa D, Nakagawa H (1997), "Endoscopic hemostasis of bleeding duodenal ulcer in a child with Henoch-Schönlein purpura", *J Pediatr*, 131(6), pp. 934-6.
6. Edwards MJ, Kollenberg SJ, Brandt ML, Wesson DE, Nuchtern JG, Minifee PK, Cass DL (2005), "Surgery for peptic ulcer disease in children in the post-histamine2-blocker era", *J Pediatr Surg*, 40, pp. 850-854.
7. Freedman SB, Stewart C, Rumantir M, Thull-Freedman JD (2012), "Predictors of clinically significant upper gastrointestinal hemorrhage among children with hematemesis", *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 54(6), pp. 737-43.
8. Kato S, Ozawa A, Ebina K, Nakagawa H (1994), "Endoscopic ethanol injection for treatment of bleeding peptic ulcer", *J Pediatr Gastroenterol*, 153(12), pp. 873-5.
9. Quinn S, Rowland M, Drumm B (2003), "Peptic ulcer disease in children", *Current Paediatrics*, 13, pp. 107-113.
10. Sisil Kumara PD, Weerawardena WA, Esufali ST (2000), "A perforated duodenal ulcer in a child", *Ceylon Med J*, 45, pp. 133-134.
11. Sunit Singh, Puneet Jain, M. Jayashree, Sadhna Lal (2013), "Approach to a Child with Upper Gastrointestinal Bleeding", *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(4), pp. 326-333.
12. Wilson JM, Darby CR (1990), "Perforated duodenal ulcer: an unusual complication of gastroenteritis", *Arch Dis Child*, 65, pp. 990-991.
13. Wong BP, Chao NS, Leung MW, Chung KW, Kwok WK, Liu KK (2006), "Complications of peptic ulcer disease in children and adolescents: minimally invasive treatments offer feasible surgical options", *J Pediatr Surg*, 41(12), pp. 2073-5.