

# LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Loét dạ dày tá tràng là tình trạng tổn thương sâu gây mất niêm mạc có giới hạn cả phần cơ và dưới niêm mạc của niêm mạc dạ dày.

## 2. PHÂN LOẠI

- Loét tiên phát: Loét dạ dày tá tràng do những thay đổi chức năng của dạ dày (tăng tiết HCl và pepsin), thường 1-2 ổ loét lớn nằm ở bờ cong nhỏ, hang vị, hành tá tràng.

- Loét thứ phát: gây nên bởi các bệnh lý bên ngoài dạ dày tá tràng (bệnh Crohn, uống chất ăn mòn, viêm dạ dày trong bệnh viêm mao mạch dị ứng, viêm dạ dày tự miễn, viêm dạ dày tăng bạch cầu acid...). Hoặc do thuốc (NSAID, steroid, thuốc chữa ung thư. Hoặc do stress (là những bệnh lý nội ngoại khoa rất nặng - ở các khoa hồi sức).

## 3. NGUYÊN NHÂN

- Chủ yếu nhất là nhiễm HP
- Các thuốc
- Stress.

### 3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Đau bụng

+ Là triệu chứng phổ biến nhất và không điển hình như người lớn. Đau liên quan đến bữa ăn (loét dạ dày đau tăng ngay sau ăn, loét tá tràng đau tăng sau ăn vài giờ).

- Nóng rát thượng vị, tức, đầy vùng thượng vị.
- Nôn tái diễn có thể liên quan đến bữa ăn.
- Xuất huyết tiêu hóa: nôn máu, đi ngoài phân đen (máu).
- Thiếu máu
- Thiếu máu nhược sắc kín đáo (loét âm).
- Có thể xuất huyết tiêu hóa đột ngột gây thiếu máu nặng, sốc.
- Thiếu máu nhược sắc có thể diễn biến từ từ đến nặng, trẻ có thể vào viện vì thiếu máu nặng chưa rõ nguyên nhân.

- Với những trường hợp loét thứ phát: các triệu chứng lâm sàng của bệnh chính nổi bật và có thể che lấp triệu chứng của loét dạ dày tá tràng.

### 3.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Nội soi dạ dày tá tràng phân loại theo Forrest.

| Loét đang chảy máu          | Loét không chảy máu  | Loét không chảy máu   |
|-----------------------------|--|-----------------------|
| Ia: Thành tia<br>Ib: Rỉ máu | IIa: Thấy rõ mạch máu<br>IIb: Thấy cục máu đông<br>IIc: Thấy vết đỏ, bầm tím | III: Nền ổ loét sạch. |

Lâm sàng chia 2 loại:

+ Chảy máu mới: Gồm Forrest Ia, Ib, IIa, IIb.

+ Không có chảy máu mới: IIc, III.

- Chẩn đoán nhiễm HP: Xem phần viêm dạ dày có nhiễm HP.

- Xét nghiệm máu: để đánh giá mức độ thiếu máu, bệnh lý kèm theo (trường hợp loét thứ phát).

- Các xét nghiệm sâu hơn: để đánh giá tình trạng tăng tiết của dạ dày

+ Pepsinogen A (PGA), C (PGC).

+ Gastrin: 34 (G34), 17 (G17).

## 4. CHẨN ĐOÁN

### 4.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng

- Nội soi: Có tính quyết định chẩn đoán.

### 4.2. Chẩn đoán phân biệt loét tiên phát và thứ phát

| <b>Chẩn đoán phân biệt</b> | <b>Loét tiên phát</b>           | <b>Loét thứ phát</b>        |
|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Tuổi                       | Trẻ lớn                         | Mọi lứa tuổi, hay ở trẻ nhỏ |
| Tiền sử đau bụng           | Có                              | Không rõ rệt                |
| Tiền sử dùng thuốc         | Không                           | Có                          |
| Bệnh nặng kèm theo         | Không                           | Có                          |
| Lâm sàng                   | Đau bụng kéo dài, XHTH tái diễn | Xuất huyết tiêu hóa cấp     |
| Nội soi                    | Loét 1-2 ổ, loét lớn            | Loét trợt nhiều ổ           |
| HP                         | (+) rất cao                     | Âm tính                     |

#### 4.3. Chẩn đoán phân biệt với một số bệnh và hội chứng

- Hội chứng Zollinger Ellison (U tăng tiết Gastrin).
- + Nôn, tiêu chảy phân mỡ, suy kiệt.
- + Nội soi: nhiều ổ loét ở thực quản, dạ dày, tá tràng.
- + Gastrin, acid HCl dịch vị tăng rất cao.
- + Siêu âm bụng có thể thấy u.
- + MRI mật tụy có thể thấy u- Bệnh Crohn.
- + Đau bụng kéo dài, tiêu chảy từng đợt, giảm cân.
- + Phân có thể có máu, nhày.
- + Giảm protid, albumin máu.
- + Nội soi đại tràng làm sinh thiết có thể giúp chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt.
- Chảy máu đường mật.
- + Tình trạng nhiễm khuẩn.
- + Tình trạng tắc mật.
- + Siêu âm mật tụy có thể tìm được nguyên nhân.
- + MRI mật tụy có thể tìm được nguyên nhân.
- + Chụp mật tụy ngược dòng có thể tìm được nguyên nhân.

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.1. Loét cấp tính thứ phát

- Điều trị bệnh chính đi kèm: bông, nhiễm khuẩn, sỏi,...

- Đặt sonde dạ dày, hút dịch.
- PPI 1-2 mg/kg/ngày, bơm máy, truyền tĩnh mạch.
- Cầm máu bằng nội soi nếu có xuất huyết tiêu hóa gây thiếu máu nặng.
- Truyền máu nếu có chỉ định.

### 5.2. Loét tiên phát.

- PPI 1-2 mg/kg/ngày, thường dùng đường uống.
- Phác đồ kháng sinh diệt HP (phần Viêm dạ dày HP+).
- Cầm máu bằng nội soi nếu có chỉ định.
- Truyền máu nếu có chỉ định.

### 5.3. Điều trị duy trì

Với loét tiên phát, HP +, sau khi điều trị làm sạch HP bệnh nhân cần được điều trị duy trì bằng thuốc ức chế bài tiết anti H2, thường dùng Ranitidine 5-7mg/kg/ngày. Thời gian điều trị 6 tháng.

### 5.4. Điều trị hỗ trợ

- Chế độ ăn dễ tiêu, kiêng chua cay, chất kích thích.
- Bổ sung sắt, acid folic nếu có thiếu máu.

### 5.5. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định khi:
  - + Chảy máu tiêu hóa không cầm được khi điều trị nội khoa thất bại: truyền  $\geq 70$ ml máu/kg.
  - + Biến chứng: hẹp, thủng ống tiêu hóa.
  - + Có nguyên nhân điều trị ngoại khoa: U tụy, u gastrin dạ dày,...

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. U.Bleeker and B.D.gold Gastritis and peptic ulcer disease in children. *European.Journal of Pediatric. Vol.158.No7*, pp 1842-1860, 2009.
2. *M.Gasparetto et al HP Eradication Therapy Gastroenterology*, vol 2012, article ID 186734. 8 pages.
3. Peptic Ulcer disease, Kleinman, *Goulet et al Pediatric gastrointestinal disease, 5<sup>th</sup> edition*, 2008.