

# 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 Ib: Rỉ máu	IIa: Thấy rõ mạch máu IIb: Thấy cục máu đông 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.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT DẠ DÀY DO HELICOBACTER PYLORI TẠI BỆNH VIỆN

## 1. CHỈ ĐỊNH SOI DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Bệnh nhân có các triệu chứng gợi ý viêm loét dạ dày tá tràng:

- Đau bụng tái diễn: đau bụng  $\geq 3$  lần trong vòng 3 tháng, ảnh hưởng đến sinh hoạt của trẻ.
- Nôn, buồn nôn, chướng bụng, khó tiêu, nóng rát thượng vị.
- Xuất huyết tiêu hóa.
- Thiếu máu thiếu sắt chưa rõ nguyên nhân đã loại trừ các nguyên nhân khác.

## 2. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG DO HELICOBACTER PYLORI

- Chẩn đoán loét dạ dày tá tràng dựa vào nội soi.
- Chẩn đoán viêm dạ dày dựa vào mô bệnh học (theo phân loại Sydney).
- Chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori*: khi có  $\geq 2$  trong số các tiêu chuẩn sau:

- + Mô bệnh học có vi khuẩn *Helicobacter pylori* (+)
- + Test nhanh Urease(+).
- + Nuôi cấy mảnh sinh thiết dạ dày có vi khuẩn HP(+).
- + Nếu chỉ 1 trong 2 xét nghiệm mô bệnh học và test urease (+), tiến hành làm thêm test thở hoặc test phân(mọi lứa tuổi), nếu test thở hoặc test phân dương tính xác định có nhiễm *Helicobacter pylori*.

### **Trường hợp ngoại lệ:**

Nếu gia đình từ chối nội soi: chỉ định làm test thở hoặc test phân (mọi lứa tuổi).

- Nếu test (-) tìm nguyên nhân khác.
- Nếu test (+) thảo luận gia đình để soi dạ dày chẩn đoán nguyên nhân đau bụng.

Trẻ biểu hiện lâm sàng và có tổn thương loét trên nội soi và có nhiễm *H. pylori* được xác định bằng test nhanh urease, test thở hoặc test phân (+), bố mẹ điều trị ung thư dạ dày hoặc loét dạ dày tá tràng => điều trị theo phác đồ 1.

Trẻ có tổn thương trên nội soi và mô bệnh học có Hp (+): giải thích cho gia đình và đưa ra quyết định có điều trị diệt Hp hay không sau thảo luận với cha mẹ/người giám hộ trẻ.

### 3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

*Điều trị phác đồ 1:*

Trẻ <8 tuổi

- Amoxicillin + Clarithromycin + PPI

- Amoxicillin + Metronidazole + PPI

Trẻ >8 tuổi Amoxicillin + Clarithromycin + PPI

- Amoxicillin + Metronidazole + PPI

Tetracyclin ( hoặc) Doxycyclin+Metronidazol+ PPI (Trẻ đã thay hết răng)

*Liều:*

- Amoxicillin : 50mg/kg/ngày

- Clarithromycin : 20 mg/kg/ngày

- PPI (omeprazole): 1 mg/kg/ngày

- Metronidazol : 20 mg/kg/ngày

- Tetracyclin : 50 mg/kg/ ngày

- Doxycyclin : 5 mg/kg/ngày

#### **Đánh giá hiệu quả diệt H. Pylori:**

Tiến hành sau khi:

- Dừng kháng sinh  $\geq 4$  tuần

- Dừng PPI  $\geq 2$  tuần.

Phương pháp: Test thở C13 hoặc Test phân

Kết quả:

- Nếu test (-) sạch vi khuẩn

- Nếu (+) còn vi khuẩn, phác đồ thất bại.

#### **Trường hợp điều trị thất bại:**

Nếu bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng: cần theo dõi và hẹn khám lại định kỳ.

Nếu bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng: bệnh nhân được tiến hành nội soi dạ dày, urease test, mô bệnh học, nuôi cấy HP và làm kháng sinh đồ.

- Nếu cấy H.pylori (+) và làm được kháng sinh đồ: điều trị theo kháng sinh đồ: kết hợp 2 loại kháng sinh nhạy cảm + PPI trong 2 tuần.

- Nếu cấy H.pylori (-):

+ Thay kháng sinh khác loại kháng sinh đã dùng trong phác đồ 1

+ Tăng liều

+ Kéo dài thời gian điều trị

+ Phối hợp Bismuth

**Chữ viết tắt:**

PPI : Proton-pump-inhibitor (thuốc ức chế bơm proton)

DDTT : Dạ dày tá tràng

H.pylory, HP: Helicobacter pylori./.

## Lưu đồ tiếp cận và xử lý trẻ viêm dạ dày tá tràng liên quan Helicobacter pylori tại Bệnh viện Nhi Trung ương

