

# Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở bệnh nhân loét tá tràng có biến chứng chảy máu

Trần Duật\*; Phạm Quang Cử\*\*; Nguyễn Quang Duật\*\*\*

## TÓM TẮT

Nghiên cứu 38 bệnh nhân (BN) loét tá tràng (TT) có biến chứng chảy máu, kết quả như sau:

- Tuổi hay gặp 20 - 60, trung bình  $40 \pm 12,8$ ; nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 2,2/1. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đi ngoài phân đen (94,7%), chỉ có 5,3% nôn ra máu. Mức độ mất máu trên lâm sàng: nhẹ 73,7%, vừa 26,3%.

- Hình thái chảy máu theo Forrest: FI: 15,8%; FII: 73,6%; FIII: 10,6%. 23 BN (60,5%) nhiễm *H.pylori*.

\* Từ khóa: Loét tá tràng; *H.pylori*; Đặc điểm lâm sàng; Hình ảnh nội soi.

## Clinical and endoscopy characters of *H.pylori* infection in duodenal ulcer patients with haemorrhage complications

### SUMMARY

Research on 38 duodenal ulcer patients with haemorrhage complication, we have the following results:

- The common age was 20 - 60, the average age  $40 \pm 12.8$ . Men is higher than women, the ratio of men and women is 2.2/1.

- Main clinical symptoms are black stool (94.7%), haemorrhage vomit just 5.3%.

- Haemorrhage degree on clinic: slight 73.7%, moderate: 26.3%. Haemorrhage morphology according to Forrest: FI: 15.8%, FII: 73.6%, FIII: 10.6%.

- *H.pylori* infectious rate: 23 patients (60.5%).

\* Key words: Duodenal ulcer; *H.pylori*; Clinical, endoscopy characters.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiêu hóa (CMTH) là biến chứng hay gặp. Khoảng 17% loét tá tràng (TT) có một hoặc nhiều lần chảy máu. Biến chứng chảy máu thường xảy ra trong đợt loét tiến

triển nhưng cũng có thể là dấu hiệu đầu tiên. Một số nguyên nhân gây chảy máu như dùng acid pepsin, các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs), thuốc aspirin... Nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) có vai trò quan trọng trong biến chứng chảy máu do loét TT.

\* Viện 211

\*\* Bộ Công an

\*\*\* Bệnh viện 103

**Phân biệt khoa học: GS. TS. Nguyễn Văn Mùi**

Việc chẩn đoán đúng, đánh giá chính xác mức độ mất máu, giai đoạn chảy máu ở loét giúp thầy thuốc có biện pháp xử trí thích hợp đối với từng BN, đồng thời tiên lượng được chảy máu tái phát. Nhằm góp phần

tìm hiểu thêm lâm sàng, hình thái chảy máu ở loét và tỷ lệ nhiễm *H.pylori* trong loét TT có biến chứng chảy máu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Tim hiểu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và tỷ lệ*

*nhiễm H. pylori của loét TT có biến chứng chảy máu.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu.**

Tất cả BN được chẩn đoán loét TT có biến chứng chảy máu, được nội soi và điều trị tại Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện 198 từ tháng 3 - 2010 đến 7 - 2010.

*\* Tiêu chuẩn lựa chọn BN:*

Soi dạ dày-tá tràng (DD-TT): hình ảnh ổ loét TT có hình thái chảy máu theo Forest. Tiến hành sinh thiết vùng hang vị nếu dạ dày sạch máu, quan sát rõ tổn thương, ổ loét hết chảy máu. Những BN còn chảy máu ở hình thái chảy máu FI được soi lại sau 72 giờ cầm máu, nếu ổ loét đã cầm máu sẽ sinh thiết như thiết kế.

*\* Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN không hợp tác nghiên cứu.

- BN chống chỉ định nội soi, sinh thiết: rối loạn tri giác, rối loạn đông máu, khó thở do bất cứ nguyên nhân gì, suy tim, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp...

- BN có các bệnh khác kết hợp như loét dạ dày, viêm dạ dày chảy máu, ung thư dạ dày, ung thư đường mật, xơ gan...

### **2. Phương pháp nghiên cứu.**

Phỏng vấn các triệu chứng lâm sàng và ghi chép theo mẫu bệnh án thống nhất.

*\* Khám ban đầu:*

- Toàn thân.

- Xét nghiệm:

+ Máu thường quy, nhóm máu.

+ Máu đông, máu chảy.

*\* Đánh giá mức độ mất máu:* theo 5 tiêu chuẩn, gồm 2 chỉ tiêu lâm sàng (mạch,

huyết áp) và 3 chỉ tiêu xét nghiệm (hồng cầu, hemoglobin, hematocrit).

*\* Nội soi DD-TT:*

- Vật liệu:

+ Máy nội soi Olympus Evis Exera II-CLV 180.

+ Bộ dụng cụ sinh thiết: kim sinh thiết FB-25KR-1.

- Kỹ thuật:

+ Làm theo phương pháp chung được áp dụng tại các bệnh viện. Gây tê họng và tiến hành từng thì kỹ thuật nội soi.

+ Xác định tổn thương: khi nội soi DD-TT thấy ổ loét ở TT có hình thái chảy máu theo phân loại Forest mà không có bằng chứng chảy máu ở nơi khác. Trường hợp nội soi quan sát thấy tổn thương  $\geq 2$  vị trí thuộc TT, tổn thương nào đang còn dấu vết của chảy máu (ở giai đoạn tạm cầm máu hoặc giai đoạn cầm máu hoàn toàn) thì vị trí đó được xác định là tổn thương gây chảy máu. Nếu soi không phát hiện thấy tổn thương hoặc tổn thương ở  $\geq 2$  vị trí mà không tìm thấy dấu vết của chảy máu thì cho là không rõ vị trí tổn thương gây chảy máu.

+ Sinh thiết (2 mảnh ở hang vị làm urease test và nhuộm Gram tìm *H.Pylori*).

- Nhận định kết quả nội soi:

+ Vị trí ổ loét: thành trước, thành sau, vị trí khác (vùng nền hoặc đỉnh).

+ Kích thước ổ loét: đo bằng kim sinh thiết Olympus FB-25KR-1. Độ mở kim sinh thiết có khẩu độ tối đa 0,5 cm, đo chiều ngang và dọc, lấy đường kính lớn nhất để xác định kích thước ổ loét.

+ Số lượng ổ loét.

+ Phân loại hình thái chảy máu ổ loét: dựa vào các chỉ tiêu đánh giá hình thái chảy

máu của Forrest (1971), Hội nghị Tiêu hóa Mỹ bổ sung (1991).

\* *Chẩn đoán nhiễm H.pylori:*

- Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định nhiễm *H.pylori*: khi cả urease test và nhuộm Gram đều dương tính.

- Urease test:

+ Sử dụng kit thử do Khoa Ký sinh trùng Bệnh viện TWQĐ 108 sản xuất.

+ Tiến hành: thực hiện trực tiếp tại phòng nội soi.

• Cho mảnh sinh thiết vùng hang vị vào giếng đựng thuốc thử của kit thử.

• Đặt kit thử trong môi trường 30 - 37<sup>0</sup>C.

• Đọc kết quả sau 5, 20 phút, 1, 3 và 4 giờ.

+ Nhận định kết quả:

• Dương tính: khi dung dịch màu vàng có bệnh phẩm chuyển sang màu hồng cánh sen.

• Âm tính: dung dịch màu vàng có bệnh phẩm giữ nguyên màu sau 4 giờ.

- Nhuộm Gram: phết mảnh sinh thiết vùng hang vị lên lam kính sạch tại phòng nội soi, để khô tự nhiên và nhuộm Gram. Xét nghiệm tiến hành tại Khoa Vi sinh vật, Bệnh viện 103.

\* Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung.

\* *Phân bố bệnh nhân theo giới và nhóm tuổi:* nam 26 BN (68,4%); nữ: 12 BN (31,6%). Tỷ lệ nam/nữ: 2,2/1. Tuổi BN thấp nhất 20, cao nhất 60, tuổi trung bình 40,1 ± 12,8. Phạm Quang Cử [3] gặp tuổi trung bình ở nhóm chảy máu do loét TT có *H.pylori* (+) là 38 ± 11,3 và nhóm chảy máu do loét TT có *H.pylori* (-) là 39 ± 11,4. Phạm Thị Dung [5] gặp tuổi trung bình 50,43 ± 14,44, Lê Hùng Vương [8]: tuổi trung bình 54,9 ± 16,3. Tuổi

trung bình ở nghiên cứu này gần tương đương với Phạm Quang Cử, nhưng thấp hơn so với Lê Hùng Vương, có thể do tác giả thực hiện tại khoa cấp cứu nên thường gặp mất máu nặng ở người cao tuổi.

### 2. Đặc điểm lâm sàng.

*Bảng 1:* Triệu chứng và mức độ mất máu.

| GIỚI          | TRIỆU CHỨNG  |                        | MẤT MÁU   |           |
|---------------|--------------|------------------------|-----------|-----------|
|               | Phân đen (%) | Phân đen + nôn máu (%) | Nhẹ (%)   | Vừa (%)   |
| Nam (n = 26)  | 24 (92,3)    | 2 (7,7)                | 17 (65,4) | 9 (34,6)  |
| Nữ (n = 12)   | 12 (100,0)   | 0 (0,0)                | 11 (91,7) | 1 (8,3)   |
| Tổng (n = 38) | 36 (94,7)    | 2 (5,3)                | 28 (73,7) | 10 (26,3) |

Triệu chứng đại tiện phân đen gặp đa số (36 BN = 94,7%). Mức độ mất máu nhẹ 28 BN (73,7%) (17 nam, 11 nữ).

Triệu chứng lâm sàng tùy thuộc vào mức độ mất máu, thời gian vào viện, điều trị ở tuyến trước... Theo Phạm Thị Dung [5]: nôn máu 24%, đi ngoài phân đen 24%, nôn máu và đi ngoài phân đen 52%. Đỗ Đình Vân gặp nôn máu 40,1%, phân đen 56,4%, nôn máu và đi ngoài phân đen 15,5%. Nguyễn Quang Duật [4] thấy đi ngoài phân đen 93,4%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Nguyễn Quang Duật, nhưng khác với Phạm Thị Dung và Đỗ Đình Vân là do BN CMTH của những tác giả này chịu tác động của thuốc và rượu hoặc tuổi cao, bệnh nặng phải nằm ở khoa hồi sức.

Nguyễn Quang Duật [4] gặp tỷ lệ mất máu trong chảy máu do loét DD-TT nói chung, nhẹ 10%, vừa 53,4%, nặng 36,6%. Theo Lê Hùng Vương [8]: tỷ lệ mất máu nặng 37,4%, vừa 38,1%, nhẹ 24,5%. Tỷ lệ của chúng tôi không phù hợp do BN của các tác giả là những trường hợp nặng đang nằm điều trị tại khoa tiêu hóa và hồi sức.

### 3. Hình ảnh nội soi.

Nội soi nên thực hiện sớm trong 24 giờ đầu, khả năng phát hiện tổn thương cao, giảm số lượng máu truyền, giảm tỷ lệ phẫu

thuật, giảm xuất huyết tái phát, giảm chi phí điều trị [9, 10].

\* Phân bố ổ loét TT chảy máu:

Bảng 2: Phân bố vị trí, kích thước, số lượng ổ loét.

| GIỚI | VỊ TRÍ Ổ LOÉT |           |          | KÍCH THƯỚC Ổ LOÉT (cm) |           |          | SỐ LƯỢNG Ổ LOÉT |          |
|------|---------------|-----------|----------|------------------------|-----------|----------|-----------------|----------|
|      | Thành trước   | Thành sau | Khác     | ≤ 0,5                  | 0,6 - 1,0 | > 1,0    | 1 ổ loét        | 2 ổ loét |
| Nam  | 9 (34,6)      | 14 (53,8) | 3 (11,5) | 1 (3,8)                | 20 (76,9) | 5 (19,2) | 22 (84,6)       | 4 (15,4) |
| Nữ   | 6 (50,0)      | 6 (50,0)  | 0 (0,0)  | 0 (0,0)                | 10 (83,3) | 2 (16,7) | 11 (91,7)       | 1 (8,3)  |
| Tổng | 15 (39,5)     | 20 (52,6) | 3 (7,9)  | 1 (2,6)                | 30 (78,9) | 7 (18,4) | 33 (86,8)       | 5 (13,2) |

Chủ yếu gặp 1 ổ loét (86,8%), kích thước 0,6 - 1,0 cm là 78,9%, ở thành sau TT 52,6%. Theo Lê Hùng Vương [8]: tỷ lệ 1 ổ loét là 91,4%, chủ yếu gặp ổ loét chảy máu ở thành trước TT, kích thước ổ loét 0,6 - 1,9 cm là 84,9%. Theo Phạm Thị Dung [5]: đặc điểm tổn thương loét TT gây chảy máu thì số lượng loét 1 ổ chiếm 54,5% và nhiều ổ loét là 45,5%, vị trí ổ loét ở thành trước 45,5%, kích thước ổ loét 0,6 - 1,9 cm: 51,5%. Các tác giả đều gặp đa số 1 ổ loét ở thành trước TT. Còn chúng tôi gặp nhiều 1 ổ loét ở thành sau TT, có thể do số BN của nghiên cứu này chưa nhiều và chảy máu nhẹ chiếm đa số,

*\* Hình thái chảy máu ổ loét TT theo Forrest:*

- Phân bố hình thái chảy máu ổ loét: FI: 6 BN (15,8%); FII: 28 BN (73,6%); FIII: 4 BN (10,6%). Theo Nguyễn Quang Duật [4]: hình thái chảy máu ổ loét qua nội soi trong chảy máu do loét DD-TT: FIIA: 60% và FIIB: 40%. Phạm Thị Dung [5] nhận xét đặc điểm tổn thương loét TT gây chảy máu, tình trạng chảy máu: FI: 30,3%; FII: 48,5%; FIII: 21,2% nếu BN đến viện sớm trước 3 ngày, tỷ lệ quan sát thấy tổn thương đang chảy máu cũng như dấu hiệu chảy máu cao hơn khi BN đến viện muộn. So với Nguyễn Quang Duật và Trần Việt Tú, tỷ lệ FII của chúng tôi thấp hơn, do đối tượng nghiên cứu của các tác giả là những trường hợp nặng phải nằm điều trị tại khoa tiêu hóa. So với Phạm Thị Dung, tỷ lệ FI và FIII của chúng tôi thấp hơn.

#### **4. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori*.**

Dương tính: 23 BN (60,5%); âm tính: 15 BN (39,5%). Theo Bùi Khắc Hậu [6], có thể dựa vào kết quả 2 kỹ thuật test urease và nhuộm Gram để có định hướng trong chẩn đoán nhiễm *H.pylori*. Chúng tôi dùng 2 phương pháp đồng thời trên cùng một đối tượng, một thời điểm nhằm tăng độ chính xác trong chẩn đoán nhiễm *H.pylori*. Tỷ lệ nhiễm *H.pylori* của nghiên cứu này thấp hơn các tác giả khác, có thể do lấy mẫu ở giai đoạn chảy máu cấp tính.

### **KẾT LUẬN**

*\* Đặc điểm lâm sàng - hình ảnh nội soi của loét TT có biến chứng chảy máu:*

- Tuổi và giới: tuổi trung bình  $40,1 \pm 12,8$ , tỷ lệ nam/nữ là 2,2/1.
- Triệu chứng lâm sàng: đại tiện phân đen đơn thuần 94,7%.
- Số lượng ổ loét: 86,8% BN có 1 ổ loét.
- Vị trí: ổ loét chảy máu ở thành sau TT: 52,6%.
- Kích thước: nhóm kích thước ổ loét 0,6m - 1,0 cm chiếm 78,9%.
- Hình thái chảy máu ổ loét: hình thái chảy máu FII 73,6%.

*\* Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* trong loét TT có biến chứng chảy máu: *H.pylori* (+) là 60,5%.*

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Lê Thị Lan Anh. Giá trị của phương pháp nhuộm Gram trong chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori* ở BN nhi viêm loét DD-TT. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện. Đại học Y Hà Nội. 2006,

2. *Thái Bá Có, Trần Việt Tú.* Nhận xét hiệu quả của 2 dung dịch NaCl 3,6 adrenalin 1/10.000 và polidocanol trong điều trị chảy máu tiêu hóa do loét DD-TT qua nội soi. Tạp chí Y học thực hành. 2005, 510 (4), tr.23-25.
3. *Phạm Quang Cử.* Đặc điểm biến chứng xuất huyết tiêu hóa ở BN loét hành TT có *Helicobacter pylori* (+). Tạp chí Y học thực hành. 2003, 456 (7), tr.21-22.
4. *Nguyễn Quang Duật.* Nghiên cứu kết quả cầm máu bằng tiêm dung dịch muối ưu trương 7,2% + adrenalin 1/20.000 trong loét TT chảy máu qua nội soi và so sánh kết quả điều trị loét và diệt *Helicobacter pylori* của hai phác đồ PAC, FAC. Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân y. 2007.
5. *Phạm Thị Dung.* Nhận xét đặc điểm lâm sàng, nội soi DD-TT ở BN xuất huyết tiêu hóa cao có liên quan với dùng thuốc và rượu. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2004.
6. *Bùi Khắc Hậu.* Nhuộm Gram và xác định men urease để chẩn đoán nhanh vi khuẩn *Helicobacter pylori* ở BN viêm loét DD-TT. Tạp chí Y học thực hành. 2002, 435 (11), tr.64-66.
7. *Hoàng Gia Lợi.* Xuất huyết tiêu hóa. Bệnh học nội khoa sau đại học tập II. Học viện Quân y. 2005, tr.42-52.
8. *Lê Hùng Vương.* Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nội soi của xuất huyết tiêu hóa do loét DD-TT. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2006.
9. *Daniel L.W, et al.* Management of acute bleeding in the upper gastrointestinal tract. Aust Prescr. 2005, (28), pp.62-66.
10. *Forrest A.H, et al.* Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Endoscopy. 1994, (6), pp.463-465.