

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA ĐƯỜNG TIÊU HÓA ĐÔI Ở TRẺ EM

Hồ Lê Minh Thu¹, Vũ Đức Duy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đường tiêu hóa đôi là dị tật bẩm sinh hiếm gặp, chẩn đoán trước phẫu thuật còn gặp nhiều khó khăn do triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học đa dạng, không điển hình. Hiện nay, tại Việt Nam có rất ít báo cáo mô tả đầy đủ về bối cảnh lâm sàng cũng như cận lâm sàng của dị tật này.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đường tiêu hóa đôi ở trẻ em.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca các bệnh nhi có kết quả giải phẫu bệnh xác định đường tiêu hóa đôi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 1/2019 – 6/2021.

Kết quả: Có tất cả 35 bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh với tỉ lệ nam/nữ = 1/1,2. Tuổi trung bình $42,2 \pm 35,5$ tháng tuổi (nhỏ nhất 17 ngày tuổi, lớn nhất 11 tuổi), trong đó 60,0% bệnh nhi lớn hơn 24 tháng tuổi. Tỉ lệ xuất hiện nang ở hồi tràng là 57,1%, góc hồi-mạnh tràng (22,8%), 1/3 dưới thực quản (14,3%), dạ dày (2,9%) và tá tràng (2,9%). Tất cả đều có dạng cầu và 42,8% trường hợp có niêm mạc dạ dày lót trong lòng nang. Tỉ lệ trẻ được chẩn đoán đường tiêu hóa đôi trước sinh là 17,1%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (62,9%), nôn (42,9%) và trướng bụng (14,3%). 33/35 kết quả siêu âm cho hình ảnh nang dịch có thành ống tiêu hóa, độ chính xác khi xác định vị trí ĐTHĐ bằng siêu âm là 77,1 – 100,0%. CT-scan có hình ảnh nang bắt thuốc tương tự thành ống tiêu hóa trong 60,0% trường hợp. Độ chính xác trong định vị ĐTHĐ trên CLVT là 80,0-100,0%.

Kết luận: Đường tiêu hóa đôi có đặc điểm lâm sàng đa dạng, không điển hình, chủ yếu là đau bụng và nôn. Siêu âm và cắt lớp vi tính là hai hình ảnh học đầu tay trong chẩn đoán. Vị trí thường thấy nhất là hồi tràng, kết quả giải phẫu bệnh có thể là biểu mô ruột hoặc niêm mạc dạ dày lạc chỗ.

Từ khóa: đường tiêu hóa đôi, trẻ em

ABSTRACT

STUDYING CLINICAL AND PARA CLINICAL OF ALIMENTARY TRACT DUPLICATION IN CHILDREN

Ho Le Minh Thu, Vu Duc Duy

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 115-120

Background: Alimentary tract duplication (ATD) are rare congenital abnormalities, the preoperative diagnosis is very difficult to make due to lack of specific clinical and imaging manifestations. Until now, there are a few researches in Vietnam that could describe totally clinical and paraclinical manifestations of this congenital condition in children.

Objectives: Describe the clinical and paraclinical symptoms of ATD in children.

Methods: : Retrospective case series, we reviewed all cases with pathology confirmed for GTD admitted to Children's hospital 1 from 1/2019 to 6/2021.

Results: A total of 35 patients with histopathological diagnosis of ATDs were identified to be retrospectively analyzed in our study. The sex ratio is close to 1/1.2. The mean age of the patients was 42.2 ± 35.5 months old (ranged from 17 days old to 11 years old), approximately 60.0% of the patients are older than 24 months old. In all of our patients, 57.1% of ATDs are found in ileum, 22.8% involved in the ileocecal area, 14.3% in abdominal

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh ²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Tác giả liên lạc: BS. Hồ Lê Minh Thu

ĐT: 0857936685

Email: hlmthuy15@ump.edu.vn

esophagus, 2,9% in stomach and 2.9% in duodenum. All masses were cystic lesions and 42.8% of them were confirmed pathologically to contain ectopic gastric mucosa. About 17.1% of patient were detected during the prenatal period. The most common clinical presentations were abdominal pain (62.9%), vomiting (42.9%) and abdominal distension (14.3%). Among 35 patients, 33 ultrasound results presented with an intra-abdominal cystic mass, the accuracy of ultrasound in determinate location of cystic masses is 77.1 – 100.0%. A contrast-enhanced abdominal CT-scan revealed strengthened signal from the cystic wall which is similar with enteric wall, is 60.0%. The accuracy of CT-scan in specify site of lesions is about 80.0 – 100.0%.

Conclusion: Alimentary tract duplication has various and atypical clinical presentations, the most common symptoms are abdominal pain and vomiting. Ultrasonography and computed tomography are first imaging methods of choices to diagnose ATD. Duplications of the ileum represent the most often form of ATD, the basic pathology could be ectopic gastric or enteric mucosa.

Keyword: alimentary tract duplication, children

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đường tiêu hóa đôi (ĐTHĐ) là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp với tỉ lệ được báo cáo 1:18.000 trẻ sinh ra sống⁽¹⁾. Dị tật này có thể được tìm thấy ở bất cứ vị trí nào từ miệng đến trực tràng, thường nhất là hồi tràng, theo sau đó là thực quản^(2,3,4,5). Đa số trẻ thường được phát hiện trước sinh hoặc trong những năm đầu đời⁽⁶⁾. Đường tiêu hóa đôi có biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng rất đa dạng, đôi khi lại không có triệu chứng rõ ràng và dễ chồng lấp với các bệnh đường tiêu hóa khác. Hầu hết trường hợp cần phải có kết quả chẩn đoán hình ảnh trước khi điều trị. Trên thế giới, các tài liệu về ĐTHĐ phần lớn là mô tả ca riêng lẻ và mất thời gian nghiên cứu kéo dài hàng chục năm. Tại Việt Nam, chỉ có một vài tác giả báo cáo về phẫu thuật nội soi trong điều trị ĐTHĐ^(7,8,9) và trong 5 năm trở lại đây chưa có nghiên cứu nào mô tả đầy đủ đặc điểm lâm sàng cũng như cận lâm sàng của dị tật này. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mong muốn cải thiện khả năng nhận diện và chẩn đoán chính xác ĐTHĐ.

Mục tiêu

Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đường tiêu hóa đôi ở trẻ em.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ đường tiêu hóa đôi được chẩn đoán, điều trị và theo dõi tại khoa Ngoại Tổng

hợp của bệnh viện (BV) Nhi Đồng 1 TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Được chẩn đoán xác định đường tiêu hóa đôi bằng kết quả giải phẫu bệnh.

Được điều trị và theo dõi tại BV Nhi Đồng 1 TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2019 - 06/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhi không có kết quả giải phẫu bệnh đường tiêu hóa đôi.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hàng loạt trường hợp bệnh hồi cứu.

Cỡ mẫu

Lấy trọn tất cả hồ sơ thỏa tiêu chí chọn vào và không thỏa tiêu chí loại ra.

Thu thập số liệu

Lấy số liệu từ hồ sơ bệnh án, qua bảng thu thập số liệu do người nghiên cứu trực tiếp thu thập.

Xử lý và phân tích số liệu

Toàn bộ dữ liệu được nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2016; lưu trữ và phân tích bằng phần mềm thống kê Stata® 14.0 và Microsoft Excel 2016. Biểu đồ được vẽ bằng chương trình Microsoft Word 2016.

Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến có phân phối chuẩn; trung vị và giá trị nhỏ nhất – lớn nhất đối với biến không có phân phối chuẩn.

Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm.

Giá trị $p < 0,05$ được xem là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với tất cả các phân tích dữ liệu.

Y đức

Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu của BV. Nhi Đồng 1, số 56/GCN-BCVNĐ1 ngày 20/4/2021.

KẾT QUẢ

Có 35 bệnh nhi thuộc diện nghiên cứu, 16 (45,7%) nam và 19 (54,3%) nữ, tỉ số nam/nữ là 1/1,2. Độ tuổi trung bình là $42,2 \pm 35,5$ tháng tuổi, trong đó nhỏ nhất 17 ngày tuổi, lớn nhất 11 tuổi (Bảng 1).

Bảng 5. Đặc điểm bệnh nhi (N=35)

Đặc điểm	Kết quả
Nam/Nữ	1/1,2
Tuổi nhập viện trung bình (tháng)	$42,2 \pm 35,5$ tháng tuổi
<1 tháng tuổi	2 (5,7%)
1-12 tháng tuổi	5 (14,3%)
12-24 tháng tuổi	7 (20,0%)
>24 tháng tuổi	21 (60,0%)
Cân nặng lúc sinh trung bình (gram)	$3.183 \pm 493,77g$ (1.900 – 4.300g)
Dị tật phối hợp (4 trẻ)	2 (5,7%) – thận ứ nước 1 (2,8%) – thông liên thất 1 (2,8%) – CCAM loại 2 phân thùy S6, S9 phổi trái

Vị trí ĐTHĐ phổ biến nhất là ở hồi tràng (57,1%), các vị trí tiếp theo lần lượt là góc hồi-

manh tràng (22,8%), 1/3 dưới thực quản (14,3%), dạ dày (2,9%) và tá tràng (2,9%). Tất cả nang đều có dạng hình cầu (Hình 1).

Lí do nhập viện: Đau bụng là lí do thường gặp nhất đưa trẻ đến bệnh viện, trong đó hố chậu phải là vị trí thường được bệnh nhi mô tả (33,3%). Trong số 6 trường hợp (17,1%) được chẩn đoán trước sinh, có 2 trẻ được đưa đến khám sớm ngay khi chưa có triệu chứng, chiếm tỉ lệ 1/3.

Thời gian bệnh trung vị: 7 ngày, sớm nhất là 1 ngày, trễ nhất là 270 ngày. Đa số trường hợp (59,4%) có biểu hiện bệnh cấp tính trong vòng 7 ngày.

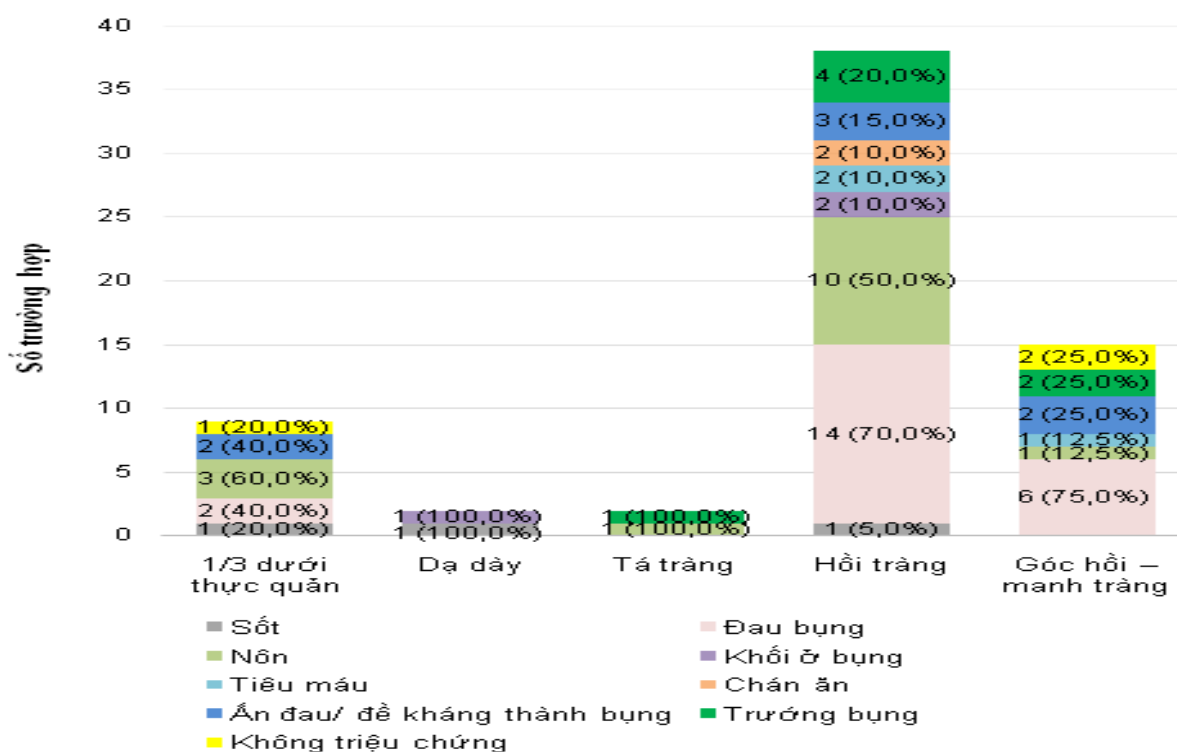
Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng và nôn là 2 biểu hiện thường gặp nhất (Bảng 2). Trong số những trẻ than đau bụng thì có 14 (63,6%) bệnh nhi không có điểm đau khu trú khi được khám bụng. Trong thực quản đôi, triệu chứng chủ yếu là nôn (60,0%), còn hồi tràng đôi thường gặp đau bụng nhiều hơn (70,0%) (Hình 2).

Bảng 6. Triệu chứng lâm sàng (N=35)

Triệu chứng/hội chứng	Tần số (%)
Đau bụng	22 (62,9)
Nôn	15 (42,9)
Trướng bụng	5 (14,3)
Sốt	3 (8,6)
Tiêu máu	3 (8,6)
Sờ thấy khối ở bụng	3 (8,6)
Chán ăn	3 (8,6)
Không triệu chứng	3 (8,6)



Hình 1. Kết quả giải phẫu bệnh theo từng vị trí



Hình 2. Phân bố triệu chứng lâm sàng theo vị trí đường tiêu hóa đôi

Hầu hết bệnh nhi (82,8%) có bạch cầu máu bình thường. Bạch cầu máu trung bình là $10,27 \pm 3,45$ (5,66 – 20,26) k/ μ L.

Siêu âm bụng: 33 trường hợp (94,3%) cho hình ảnh nang dịch có thành ống tiêu hóa, 2 trường hợp (5,7%) chỉ thấy dày hồi-manh tràng và thâm nhiễm mỡ. Độ chính xác khi xác định vị trí ĐTHĐ bằng siêu âm là 77,1 – 100,0%.

Trong 6 trẻ được thực hiện X-quang bụng không sửa soạn, 1 bệnh nhi có hơi tự do trong ổ bụng, 1 trường hợp quai ruột non dẫn.

CT-scan: tất cả trường hợp có hình ảnh nang dịch nằm sát ống tiêu hóa, đậm độ thấp, không vách ngăn (Bảng 3). Có 40,0% bệnh nhi thực quản đôi được phát hiện bằng chụp cắt lớp vi tính ngực. Độ chính xác khi định vị trí nang là 80,0 – 100,0%.

Bảng 7. Đặc điểm đường tiêu hóa đôi trên chụp CT-scan

Đặc điểm	Tần số (%)
Mức độ bắt thuốc cản quang của thành nang	
Bắt thuốc tương tự thành ống tiêu hóa	15 (60,0)
Không bắt thuốc cản quang	6 (24,0)
Cản quang mạnh	4 (16,0)
Vôi hóa trên thành nang	2 (8,0)

Bảng 8. Chẩn đoán trước mổ bệnh nhi đường tiêu hóa đôi

Chẩn đoán trước mổ	Tần số (%)
Đường tiêu hóa đôi	31 (88,6%)
Lymphangioma mạc treo	2 (5,7%)
Viêm phúc mạc ruột thừa	1 (2,8%)
Viêm túi thừa manh tràng	1 (2,8%)

BÀN LUẬN

Tỉ lệ đường tiêu hóa đôi ở trẻ em khá thấp và được xem là hiếm gặp trên thế giới. Tại Việt Nam, nghiên cứu của chúng tôi có số lượng bệnh nhi lớn tại một trung tâm và trong khoảng thời gian ngắn.

Chúng tôi nhận thấy dị tật xuất hiện ở cả hai giới nhưng thường gặp ở nữ hơn. Tỉ lệ trẻ được chẩn đoán trong 2 năm đầu đời các bệnh nhi của chúng tôi thấp hơn những nghiên cứu ngoài nước^(2,6,10), có thể do triệu chứng lâm sàng kém đặc hiệu đồng thời trẻ em Việt Nam thường ít khi được kiểm tra sức khỏe định kì nên khó phát hiện bệnh sớm.

Dấu hiệu khiến phần lớn trẻ được đưa vào viện là đau bụng và nôn. Diễn tiến cấp tính kết hợp với vị trí đau bụng thường được bệnh nhi

mô tả nhiều nhất là hố chậu phải, nên hướng chẩn đoán lâm sàng thường là viêm ruột thừa hoặc các bệnh lý viêm nhiễm cấp khác của đường tiêu hóa. Do đó, chúng tôi cho rằng nên nghĩ đến ĐTHĐ trên một trẻ nhỏ tuổi nhập viện vì đau bụng cấp kèm nôn ói và không nên bỏ qua chẩn đoán này nếu bệnh nhi có triệu chứng kéo dài.

Triệu chứng lâm sàng hàng đầu ghi nhận được trong thời gian nằm viện của bệnh nhi vẫn là đau bụng (62,9%), phần lớn trường hợp không có điểm đau khi thăm khám bụng. Trong khi theo Lê Trọng Thiên Long, 99% trường hợp đau bụng do viêm ruột thừa đều có đề kháng thành bụng⁽¹¹⁾. Đây là điểm quan trọng để phân biệt với các bệnh lý cấp tính khác của đường tiêu hóa, nhất là viêm ruột thừa khi trẻ vào viện với tình trạng đau hố chậu phải cấp. Không nhiều bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện bán tắc ruột. Ngoài ra, 2/3 trẻ bị xuất huyết tiêu hóa có kết quả giải phẫu bệnh là biểu mô dạ dày, có lẽ niêm mạc lạc chỗ này đã gây loét và xuất huyết vào lòng ruột. Chúng tôi nhận thấy có đến 40,0% trẻ vào viện chỉ do đau bụng mơ hồ hoặc nôn. Vì vậy, vai trò của việc khám bệnh kỹ lưỡng và đưa ra chỉ định cận lâm sàng phù hợp là rất quan trọng, trong đó tối thiểu phải có siêu âm bụng để sàng lọc những bệnh nhi có triệu chứng không điển hình này. Nhìn chung biểu hiện lâm sàng phân bố đa dạng ở mọi vị trí, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Biến chứng nhiễm trùng của ĐTHĐ không thường xuyên xảy ra, nên ít khi thấy bạch cầu máu bất thường. Bạch cầu máu trung bình của bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với các trường hợp viêm ruột thừa⁽¹¹⁾ (phép kiểm T, $p < 0,001$). Do đó, nếu một trẻ nhập viện vì triệu chứng tiêu hóa và có số lượng bạch cầu máu không cao thì nên nghĩ đến ĐTHĐ trong các chẩn đoán phân biệt, nhất là ở các trẻ nhỏ.

Siêu âm là cận lâm sàng đầu tay trong tiếp cận chẩn đoán ĐTHĐ. Hình ảnh thường gặp nhất của ĐTHĐ trên siêu âm trong nghiên cứu

của chúng tôi là cấu trúc dạng nang dịch, vách ống tiêu hóa tương tự như các nghiên cứu khác^(6,7,8,12). Khả năng phát hiện ĐTHĐ bằng siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả của một số tác giả trong và ngoài nước trước đây^(1,6). Hối tràng và góc hồi-manh tràng thường dễ nhầm lẫn khi xác định vị trí nang tiêu hóa đôi trên siêu âm, do hai đoạn ruột rất gần nhau nên phụ thuộc phần lớn vào kinh nghiệm bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Đồng thời trên siêu âm, đôi khi góc hồi-manh tràng được tính là hồi tràng nên không có sự phân biệt rạch ròi giữa hai vị trí.

Chúng tôi nhận thấy, X-quang bụng không sửa soạn không được sử dụng với mục đích chẩn đoán ĐTHĐ, mà nhằm xác định tình trạng tắc ruột hoặc viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng. Từ đó ra quyết định phẫu thuật cấp cứu hay trì hoãn.

Tất cả kết quả CT-scan đều ghi nhận có hình ảnh nang đậm độ thấp nằm sát ống tiêu hóa, không có vách ngăn và phần lớn nang có thành bất thường tương phản sau tiêm cản quang. Tuy nhiên trong một số trường hợp, CT-scan cũng khó phân biệt ĐTHĐ với nang mạc treo hoặc nang buồng trứng. Tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán thực quản đôi nếu chỉ chụp CT-scan bụng là không nhỏ, do đó chúng tôi đề nghị đối với những bệnh nhi nghi ngờ thực quản đôi nên thực hiện đồng thời CT-scan bụng và ngực để tăng khả năng phát hiện bệnh, đồng thời giảm thiểu nhược điểm của cận lâm sàng này khi trẻ phải trải qua 2 lần phơi nhiễm tia xạ. Tương tự như siêu âm, CT-scan cũng có sự sai lệch trong xác định vị trí ĐTHĐ, tuy nhiên độ chính xác lại cao hơn (80,0 – 100%). Điều này có thể hiểu do hạn chế của CT-scan khi khảo sát các tạng rỗng, đặc biệt là những tạng nhiều nhu động như ruột non.

Tỷ lệ chẩn đoán đúng trước mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 88,6%, khá cao so với một dị tật được xem là hiếm gặp trên thế giới. Các chẩn đoán phân biệt bao gồm các loại nang trong ổ bụng có triệu chứng lâm sàng cũng như hình ảnh học gần giống với ĐTHĐ như nang mạc

treo, viêm ruột thừa hoặc viêm túi thừa.

KẾT LUẬN

Đường tiêu hóa đôi có đặc điểm lâm sàng đa dạng, phổ biến nhất là đau bụng và nôn. Siêu âm và cắt lớp vi tính là hai cận lâm sàng hình ảnh chủ yếu để chẩn đoán. Vị trí thường thấy nhất là hồi tràng, nang có thể được lột bằng biểu mô ruột hoặc niêm mạc dạ dày lạc chỗ.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh đã hỗ trợ kinh phí để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jehangir S, Ninan PJ, Jacob TJ, et al (2015). Enteric duplication in children: Experience from a tertiary center in South India. *J Indian Assoc Pediatr Surg*, 20(4):174-178.
2. Jeziorczak PM, Warner BW (2018). Enteric Duplication. *Clin Colon Rectal Surg*, 31(2):127-131.
3. Khan RA, Wahab S, Ghani I (2016). Neonatal Intestinal Obstruction: When to Suspect Duplication Cyst of Bowel as the Cause. *J Neonatal Surg*, 5(4):52.
4. Patino MJ, Bettolli M (2014). Alimentary tract duplications in newborns and children: diagnostic aspects and the role of laparoscopic treatment. *World J Gastroenterol*, 20(39):14263-14271.
5. Rasool N, Safdar CA, Ahmad A, et al (2013). Enteric duplication in children: clinical presentation and outcome. *Singapore Med J*, 54(6):343-346.
6. Xiang L, Lan J, Chen B, et al (2019). Clinical characteristics of gastrointestinal tract duplications in children: A single-institution series review. *Medicine*, 98(44):17682.
7. Lê Thọ Đức (2014). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ruột non đôi. *Luận Văn Thạc Sĩ Y Học*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
8. Trần Ngọc Sơn và Vũ Xuân Hoàn (2013). Phẫu thuật nội soi điều trị nang ruột đôi ở trẻ em. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 17(3):41-45.
9. Vũ Trường Nhân, Trương Anh Mậu và Hồ Trần Bản (2012). Phẫu thuật nội soi điều trị nang ruột đôi ở trẻ em. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 16(4):48-50.
10. Kim SH, Cho YH and Kim HY (2020). Alimentary Tract Duplication in Pediatric Patients: Its Distinct Clinical Features and Managements. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*, 23(5):423-429.
11. Lê Trọng Thiên Long, Nguyễn Thị Bích Uyên (2016). Đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng trong chẩn đoán thể viêm ruột thừa cấp ở trẻ em. *Luận Văn Bác Sĩ Đa Khoa*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
12. Laskowska K, Galazka P, Daniluk-Matras I, et al (2014). Use of diagnostic imaging in the evaluation of gastrointestinal tract duplications. *Polish Journal of Radiology*, 79:243-250.

Ngày nhận bài báo: 05/12/2021

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 10/02/2022

Ngày bài báo được đăng: 15/03/2022