

Xuất huyết tiêu hóa nguyên nhân từ ruột non

Viết bởi Biên tập viên
Chỉnh sửa, 13 Tháng 8 2023 17:32 -

BS. Trần Thị Minh Thảo -

Điểm cần

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là chẩn đoán phân biệt dựa trên vị trí các bệnh nhân nhập viện nên rất liên quan đến đường tiêu hóa. Trong các trường hợp XHTH, khoảng 50% là do XHTH trên, 40% là do XHTH dưới và khoảng 5% đến 10% là do các tổn thương ở ruột non. Ruột non là một phần của đường tiêu hóa nằm giữa dạ dày và van hồi manh tràng. Xuất huyết ruột non có thể được chia thành rõ ràng hoặc không. Nguyên nhân XH ruột non rất nhiều và để tìm ra một cách chắc chắn chẩn đoán cho các bác sĩ. Để tránh tổn thương bệnh và tốn kém cao liên quan đến tình trạng này, nó phải được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhân được xem xét XH nhiều khi BN đi phân đen hoặc đi tiêu ra máu. XH được coi là khi không có XH đi tiêu, nhưng có các dấu hiệu và triệu chứng thiếu máu, bao gồm mệt mỏi, khó thở hoặc đánh trống ngực. XH ruột non để tìm ra một cách chắc chắn chẩn đoán quan trọng đối với các bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa. Ý nghĩa lâm sàng nằm ở chỗ hiểu được các nguyên nhân ở ruột non để không được phát hiện vì ruột non dài và khó tiếp cận và do đó khó đánh giá.



Nguyên nhân

Xuất huyết tiêu hóa nguyên nhân từ ruột non

Viết bởi Biên tập viên

Chủ nhật, 13 Tháng 8 2023 17:32 -

Nguyên nhân của XH ruột non rất đa dạng và thay đổi theo độ tuổi của bệnh nhân. Bệnh nhân dưới 40 tuổi có khả năng bệnh thủng Dieulafoy, khiếm u, túi thừa Meckel hoặc bệnh viêm ruột. Bệnh nhân bệnh nhân trên 40 tuổi, có nhiều khả năng xảy ra: chứng loét non sụn mạc, bệnh thủng Dieulafoy hoặc loét liên quan đến NSAID.

Nguyên nhân phổ biến nhất của XH ruột non là bệnh thủng mạc máu. 30-40% trường hợp XH trong ruột non là do các mạch máu bệnh thủng trong ruột non gây ra, trong đó phổ biến nhất là chứng loét non sụn mạc máu. Các bệnh thủng mạc máu cũng có thể do thuốc chống viêm không steroid (NSAID) gây ra. Các nguyên nhân khác bao gồm: khiếm u, rò rỉ mạch chày ruột, thuốc, loét ruột non và viêm ruột không đặc hiệu.

Đặc điểm lâm sàng

Tỷ lệ bệnh thủng ruột non đã được ước tính là 5 đến 10% bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng ung thư là nguyên nhân phổ biến nhất ở các nước châu Á. Ngộ độc i, giãn mạch là nguyên nhân hàng đầu ở các nước phương Tây. Loạn khuẩn gây XH phụ thuộc vào độ tuổi của bệnh nhân. Bệnh Crohn và túi thừa Meckel có nhiều khả năng xảy ra ở nhóm dân số trẻ hơn, dưới 40 tuổi. Giãn mạch và bệnh thủng mạc máu chủ yếu gặp ở người lớn tuổi, trên 40 tuổi. Ung thư và bệnh thủng Dieulafoy được nhìn thấy như nhau giữa các nhóm tuổi trẻ hơn và lớn hơn. Không có vai trò của giới tính, và tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ là như nhau. Có rất ít dữ liệu liên quan đến các phát hiện về ruột non giữa các dân tộc khác nhau.

Chẩn đoán

XH ruột non là một nguyên nhân hiếm gặp của XHTH. Việc chẩn đoán là một thách thức đối với bác sĩ và bệnh nhân thường gian cũng như gánh nặng tài chính. Bước đầu tiên trong đánh giá là nội soi. Tuy nhiên, với sự tiến bộ trong các kỹ thuật nội soi và X quang mềm, chẩn đoán và điều trị đã phát triển. Các phương pháp chẩn đoán mới nhất bao gồm nội soi viên nang và nội soi ruột sâu, đã có thể đi sâu hơn vào ruột non, giúp hình dung và điều trị các bệnh thủng. Không có nghiên cứu chẩn đoán nào có độ nhạy và độ đặc hiệu cao có thể được sử dụng, do đó khi cần việc chẩn đoán trở nên khó khăn.

Cẩn lâm sàng

Nội soi là nghiên cứu chẩn đoán đầu tiên. Nội soi thông thường giúp đánh giá thực quản, dạ dày và tá tràng. Nó có khả năng cung cấp một cái nhìn trực tiếp đầu tiên của ruột non. Nó có lợi thế là chẩn đoán và điều trị cùng một lúc. Bác sĩ nội soi sẽ có thể thực hiện can thiệp nội phát hiện thực vật kỳ lạ trong ruột non.

CT enterography liên quan đến việc sử dụng giải pháp tưới nước uống. Nó cho phép kiểm tra chi tiết niêm mạc ruột non và tìm kiếm bất kỳ tổn thương nào. Ưu điểm của chụp CT là tìm ra nguồn chảy máu ngoài tầm với của máy nội soi tiêu chuẩn. Nhược điểm chính là không có khả năng thực hiện bất kỳ can thiệp nào ngay cả khi nhìn thấy sự bất thường. Một phương pháp thực hình ảnh khác, chụp CT mạch, giúp xác định vị trí tổn thương và làm thuyên giảm nó. Nhược điểm của chụp mạch CT là tổn thương đang chảy máu và tốc độ chảy máu nên là 0,3 đến 0,5 mL/phút. Các nghiên cứu hồi nhân liên quan đến nghiên cứu xạ hình với giá trị trung bình của huyết áp hệ thống so với chụp CT mạch. Nó có thể phát hiện chảy máu với tốc độ 0,1 mL/phút.

Viên nang nội soi được sử dụng khi các nghiên cứu nội soi không tìm thấy bất kỳ nguồn chảy máu nào. Máy nhỏ được gắn vào một thiết bị có kích thước bằng một viên thuốc. Nó giúp hình dung toàn bộ đường tiêu hóa khi chụp ảnh cho đến khi cuối cùng nó được loại bỏ trong phân. Nghiên cứu viên nang nói chung là an toàn. Nó có ưu điểm là nhìn thấy toàn bộ đường tiêu hóa và xác định vị trí nguồn chảy máu. Nhược điểm của nó bao gồm không thể lấy sinh thiết và thực hiện bất kỳ can thiệp nào. Nhược điểm khác của nó là thời gian thu thập vùng bụng, viên nang hiếm khi bị kẹt bên trong đường tiêu hóa. Có thể phẫu thuật nội viên nang bị kẹt. Bất chấp nhược điểm này, nội soi viên nang là lựa chọn thứ hai nếu nội soi tiêu chuẩn không chẩn đoán được bất kỳ nguồn chảy máu nào.

Nội soi dây hoặc nội soi ruột bóng đôi là một tiến bộ mới đối với nội soi tiêu chuẩn. Chúng đã được sử dụng khi tổn thương nằm xa hơn trong ruột non và không thể nhìn thấy bằng nội soi tiêu chuẩn. Nó sử dụng hai quả bóng, có thể giúp nâng nội soi để sâu hơn vào ruột non. Có thể nhìn thấy tổn thương, cho đến tận hồi tràng, tùy thuộc vào chuyên môn của người thực hiện. Ưu điểm là khả năng điều trị, lấy sinh thiết và đánh dấu vùng tổn thương. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng nội soi đã xác định được khoảng 74% nguyên nhân XH ruột non và điều trị được khoảng 60% đến 70%.

Nội soi trong mổ, phẫu thuật có thể được yêu cầu trong trường hợp không tìm thấy nguyên nhân. Nội soi trong phẫu thuật được thực hiện để gây mê toàn thân bởi một nhóm bao gồm các bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa và bác sĩ phẫu thuật. Nếu nội soi được đưa vào qua đường ruột chườm ruột non. Ưu điểm là nó cho phép điều trị nguyên nhân chảy máu, AVM hoặc lỗ rò khi u

hội chứng polyp. Nó đã được chứng minh là đi kèm với hiều quí cho khoảng 70% bệnh nhân.

Đi kèm

Các lựa chọn đi kèm XH ruột non bao gồm các phương pháp nội soi, X quang, nội soi, và phẫu thuật. Số lựa chọn phụ thuộc vào các chẩn đoán, tính khả dụng và chuyên môn. XH ruột non được đi kèm với các xét nghiệm nội soi và hình ảnh để xác định vị trí tổn thương và đi kèm nó một cách thích hợp. XH ruột non là một trường hợp hiếm gặp và cần nhận biết để đi kèm nội soi. Hội chứng bệnh đường, xác định vị trí tổn thương bằng chụp cắt lớp vi mô và x hình. Nội soi ruột có thể được sử dụng để quản lý đi kèm một khi tổn thương đã được xác định.

Các liệu pháp nội soi được sử dụng khi các tổn thương lan rộng và không thể đi kèm bằng các liệu pháp xâm lấn. Các lựa chọn nội soi khác nhau bao gồm liệu pháp nội tiết tố (estrogen và progesterone) và octreotide. Octreotide có hiệu quả trong nhiều nghiên cứu khác nhau. Nhiều lợi ích của nó hoạt động thông qua nhiều cơ chế liên quan đến giảm lưu lượng máu nội tiết, cải thiện khả năng tiếp nhận và các chế độ tân sinh mạch. Thalidomide, một chất ức chế VEGF (tăng trưởng nội mô mạch máu), hoạt động bằng cách ức chế tân sinh mạch. Nó đã được sử dụng cho một số trường hợp phát dai đường và tái phát do đường mạch máu. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng bệnh nhân dùng thuốc này đã giảm nhu cầu truyền máu.

Các kỹ thuật X quang nội soi và can thiệp được sử dụng để đi kèm các tổn thương mạch máu. Với các lựa chọn liệu pháp thích hợp phụ thuộc vào số lượng và chuyên môn. Các tùy chọn bao gồm đốt điện, quang đông bằng laser, đông plasma argon (APC), liệu pháp tiêm xơ cục bộ, đốt kết nối máu, thắt vòng bằng nội soi và/hoặc kết hợp các phương pháp này. Kỹ thuật X quang can thiệp bằng phương pháp tiêm mạch được thực hiện khi đi kèm nội soi không thành công. Phẫu thuật là biện pháp cuối cùng và được thực hiện nếu bệnh nhân bị chảy máu tái phát và đi kèm nội soi thất bại.

Tài liệu tham khảo.

1. Himmat S. Brar; Niraj J. Shah (2023), Small Bowel Bleeding, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/v/>
2. Gerson, Lauren B MD et al(2015), ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding, American Journal of Gastroenterology 110(9), p 1265-1287.