

# BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP NỘI SOI CAN THIỆP CHẢY MÁU TIÊU HÓA SAU PHẪU THUẬT TIM HỒ Ở TRẺ NHỎ

PHAN THỊ HIỀN, TRƯƠNG THỊ MAI HỒNG  
Bệnh viện Nhi Trung ương

## TÓM TẮT

Xuất huyết tiêu hóa sau phẫu thuật tim hồ ở trẻ em là biến chứng ít gặp nhưng là biến chứng nặng. Chúng tôi gặp 2 trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng với các đặc điểm: nhỏ tuổi < 4 tháng, sau mổ tim hồ, các tổn thương là trợt nông có kích thước nhỏ < 4mm, rỉ máu, bờ tròn không đều và đơn độc ở dạ dày hoặc đại tràng, phải truyền 1 lượng máu lớn. Điều trị thành công bằng kẹp clip qua nội soi tiêu hóa máy nội soi dạ dày dành cho người lớn của Olympus với mã hiệu GIF Q150 có đường kính lớn là 9,2mm và kênh can thiệp 2,8mm. Kết luận: cần phải nội soi tiêu hóa sớm trong xuất huyết tiêu hóa nặng sau mổ tim.

**Từ khóa:** Xuất huyết tiêu hóa nặng sau mổ tim, nội soi can thiệp.

## SUMMARY

Intestinal haemorrhage after cardiovascular operations in children was rare but severe. 2 cases with severe intestinal haemorrhage had the following characteristics: young children, after cardiovascular operations, only one small ulcers of 4 mm with uneven lines in the gastric or colons, need large amounts of blood transfusions, and successful management by Olympus GIF Q150 endoscopy with diameter 9.2 mm and wide of 2.8 mm. Intestinal endoscopy using clip was safe and useful in diagnosis and management. Indications should be made early before severe anaemia occurred to prevent shocks in severe intestinal haemorrhage after cardiovascular operations.

**Keywords:** intestinal haemorrhage, cardiovascular operations, endoscopy

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng tiêu hóa sau phẫu thuật tim mạch ở trẻ em mặc dù chiếm tỷ lệ thấp 0,3-3%, tuy nhiên có tỷ lệ tử vong cao [1]. Trong đó, chảy máu tiêu hóa trên thường gặp nhất (29,83%). Nhóm phẫu thuật tim hồ có biến chứng tiêu hóa cao hơn hẳn (91,4%) so với nhóm phẫu thuật kín (8,6%) [2] và thường có biến chứng nặng [1]. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp biến chứng chảy máu tiêu hóa nặng có nguy cơ tử vong sau phẫu thuật tim hồ ở trẻ nữ nhi đã được can thiệp bằng nội soi tiêu hóa thành công.

## THÔNG BÁO TRƯỜNG HỢP

### 1. Trường hợp 1

Bệnh nhân nam, Nguyễn Gia T 3,5 tháng vào Bệnh viện Nhi Trung ương ngày 09/11/2006 theo lịch hẹn mổ phiên với chẩn đoán thông liên thất trên bệnh nhân Down.

Tiền sử: Trẻ là con thứ nhất được đẻ thường, đủ tháng và cân nặng lúc đẻ là 2,8kg. Lúc 1,5 tháng được chẩn đoán Down, tim bẩm sinh.

Khi vào viện: trọng lượng 4,2kg. Tim nhịp đều, tiếng thổi tâm thu 3/6 liên sườn II trái và T2 mạnh. Phổi không có ran. Bụng mềm và gan 2cm dưới bờ sườn. Xét nghiệm máu: Hb 98g/l; bạch cầu 6680/ml; tiểu cầu 237 000/ml. Đông máu cơ bản bình thường, 9 giờ ngày 10/11 trẻ được tiến hành phẫu thuật tim ngoài lồng ngực qua mở xương ức, cắt tuyến hung và mở màng tim. Kết quả phẫu thuật: Tim to toàn bộ, thông liên thất KT 10mm, được vá bằng màng tim bò.

Phẫu thuật kết thúc 12 giờ 20 phút.

	Hb	BC	Tiểu cầu	Đông máu	Lâm sàng
12 giờ 20 (sau mổ)	188g/l	11980	116000	Bình thường	Thở máy, mạch 102, huyết áp 66/33mmHg
15 giờ 30	170g/l		127 000/ml	prothrombin giảm còn 53%, thrombiplastin kéo dài 1,4, fibrinogen giảm	Truyền máu: 450ml khối hồng cầu, 450ml huyết tương tương, 160ml tiểu cầu và 100ml tủa lạnh
1 giờ sáng hôm sau 2 giờ sáng	60g/l		90 000		Dịch tự do trong ổ bụng Nội soi dạ dày

Nội soi được tiến hành bằng máy Olympus GIF Q180 có đường kính 9,2cm. Chúng tôi dùng máy của người lớn để dễ dàng hơn trong việc hút cục máu đông và bơm rửa, tuy nhiên có nguy cơ ảnh hưởng tới vết mổ.

Chịu trách nhiệm: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận: 28/5/2017

Ngày phân biệt: 19/6/2017

Ngày duyệt bài: 30/6/2017

Ngày xuất bản: 20/7/2017

Quan sát khi nội soi: Lồng đại tràng rất nhiều máu đỏ tươi, máu đông, đại tràng xuống có 02 trợt nông, phẳng, bờ tròn không đều kích thước 0,4cm, trong đó 01 tổn thương đang rỉ máu tươi liên tục nhưng tổn thương còn lại đáy sạch không có dấu hiệu chảy máu. Chúng tôi tiến hành kẹp ổ loét đang chảy máu bằng clip, rửa sạch toàn bộ đại tràng bằng dung dịch muối sinh lí đến khi dịch trong trở lại và kết thúc quá trình nội soi. Ngày 13/11: Toàn trạng bệnh nhân ổn định và được rút nội khí quản. Ngày 23/11 (12 ngày sau mổ) bệnh nhân được ra viện.

## 2. Trường hợp 2

Bệnh nhân Nguyễn Khánh Q, nữ 4 tháng tuổi, được chuyển từ Bệnh viện Tim đến Bệnh viện Nhi Trung ương 16 giờ ngày 20/4/2017 với chẩn đoán: Sốc mất máu/xuất huyết tiêu hóa/viêm phổi/sau mổ chân chung động mạch typ1, ngày thứ 7.

Tiền sử: Trẻ là con thứ 2, đẻ thường, đủ tháng, trọng lượng lúc đẻ 2,8 kg. Sau đẻ xuất hiện tím tái, được siêu âm tim chẩn đoán thân chung động mạch type I.

Bệnh sử: Phẫu thuật ngày 13/4/2017 tại một bệnh viện tim. Sau mổ trẻ có suy tim được sử dụng an thần, thở máy liên tục.

Sau hậu phẫu ngày thứ 6, trẻ xuất hiện xuất huyết tiêu hóa nặng với biểu hiện nôn máu đỏ tươi được chẩn đoán theo dõi chảy máu toàn bộ niêm mạc dạ dày kèm theo sốc mất máu. Xét nghiệm huyết sắc tố (40g/l) và tiểu cầu (100 000/ml). Trẻ đã được truyền 750ml khối hồng cầu, 500ml plasma tươi đông lạnh, tiểu cầu và tủa VIII (hơn 200ml/kg cân nặng). Bệnh nhân tiếp tục tiến triển nặng. Ngày thứ 7 sau phẫu thuật (20/4), khi huyết động tạm ổn định, trẻ được chuyển viện.

Đến Bệnh viện Nhi Trung ương: bóp bóng qua nội khí quản, da xanh niêm mạc nhợt nhạt (đang truyền máu tích cực), nôn ra máu đỏ tươi và máu cục. Toàn trạng nặng, trẻ nặng 6kg, mạch 145 lần/phút, huyết áp 75/45 mmhg, bão hòa oxy qua da 100% và phổi có ran ẩm nhỏ hạt. Trẻ vẫn tiếp tục nôn máu tươi và truyền tiếp 250ml khối hồng cầu nữa. Xét nghiệm máu trước nội soi ngày 20/4 cho kết quả huyết sắc tố 103g/l và tiểu cầu 106 000/ml.

Trẻ được nội soi vào lúc 17h30: thực quản có máu đỏ tươi trào lên, khi vào dạ dày, quan sát thấy máu đông lại thành bánh lớn chiếm hầu hết thể tích trong dạ dày, chỉ quan sát được một phần nhỏ niêm mạc dạ dày. Tiến hành cắt cục máu đông. Sau 1 giờ, chúng tôi mới giải phóng được toàn bộ bánh máu đông trong dạ dày.

Quan sát thấy 01 nốt nhỏ hình tương đối tròn đường kính 0,4cm tại thân vị vùng gần hang vị bờ cong nhỏ và có máu rỉ ra liên tục. Thực quản, tá tràng bình thường.

Chúng tôi tiến hành cầm máu bằng clip, hút xẹp dạ dày liên tục để giảm độ căng ở bề mặt niêm mạc, sau đó bắn clip đầu tiên, lúc này tổn thương chỉ còn rớm máu nhẹ tại chỗ và tiến hành bắn thêm clip thứ 2, sau khi bơm rửa sạch bằng nước muối 0,9%, quan sát thấy tổn thương đã ngừng chảy máu hoàn toàn, dịch dạ dày vàng trong trở lại. Bệnh nhân được hút xẹp hơi trong dạ dày và kết thúc nội soi. Bệnh nhân được ra viện sau 5 ngày điều trị. Cả hai bệnh nhân của chúng tôi được theo dõi thân nhiệt và tiến hành ủ ấm nhằm tránh hạ nhiệt trong quá trình bơm rửa làm sạch máu trong ống tiêu hóa.

### BÀN LUẬN

Tỷ lệ trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh thay đổi tùy theo từng quốc gia 1,95-12,5/1000 trẻ mới sinh. Ở nước Mỹ, có khoảng 17000 trẻ mỗi năm. Trong đó, hơn 50%

trẻ cần phẫu thuật trong năm đầu của cuộc đời. Phẫu thuật tim bẩm sinh phát triển và nhiều biến chứng nặng đã xuất hiện đặc biệt liên quan đến phẫu thuật tim hở có sử dụng tim phổi ngoài lồng ngực làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh mới và tỷ lệ tử vong ở trẻ em [3].

Biến chứng tiêu hóa sau phẫu thuật tim cũng được đề cập khá nhiều trong y văn ở người lớn với tần suất 0,5-1% [4] và tỷ lệ tử vong là 34,1% [5], tác giả khác 30,2% [1]. Hơn nữa, các tác giả cũng đã tìm ra 8 yếu tố chỉ điểm cho biến chứng tiêu hóa: tuổi > 70, thời gian chạy tim hở, lượng máu cần truyền, phẫu thuật lại, bất thường một trong ba nhánh của mạch vành, rối loạn chức năng nhóm IV theo phân loại của hội tim Mỹ, bệnh lí mạch máu ngoại biên và suy tim. Ngoài ra, chảy máu tái phát và sử dụng thuốc vận mạch ngay sau phẫu thuật có tỷ lệ biến chứng tiêu hóa cao hơn [1]. Tuy nhiên, ở trẻ em có rất ít các nghiên cứu về vấn đề này và chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào báo cáo về bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa sau phẫu thuật tim hở ở Việt Nam.

Trong một nghiên cứu tại bệnh viện ở Iran từ năm 2013-2015 có 203 trẻ có biến chứng sau phẫu thuật tim, tỷ lệ trẻ có biến chứng tiêu hóa là 17,2% và các tác giả chỉ thông báo về các bệnh nhân có hủy hoại tế bào gan và tiêu chảy [3].

Qua hai trường hợp xuất huyết tiêu hóa gây thiếu máu nặng sau phẫu thuật tim mạch. Chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân này đều có các điểm chung như sau:

Trẻ bú mẹ nhỏ tuổi (4 tháng tuổi).

Phẫu thuật tim hở (dùng heparin và thuốc kháng heparin, đặt cannula).

Xuất huyết tiêu hóa nặng sau mổ.

Không có tiền sử rối loạn đông máu trước mổ.

Có tình trạng rối loạn đông máu nhẹ sau mổ.

Ống tiêu hóa chứa đầy máu tươi và máu đông.

Hình ảnh tổn thương nội soi giống hệt nhau là ổ loét nông, bờ tròn không đều, đáy phẳng, kích thước nhỏ 0,4cm và rỉ máu tươi liên tục. Toàn bộ niêm mạc ống tiêu hóa ngoài ổ loét hoàn toàn bình thường.

Can thiệp cầm máu qua nội soi bằng kẹp clip.

Thời gian nội soi kéo dài hơn 1 giờ.

Như vậy, hai bệnh nhân này có thể có cùng một nguyên nhân hoặc cơ chế bệnh sinh gây nên tình trạng chảy máu tiêu hóa sau mổ. Năm 1960, Joseph đã đề cập đến xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng sau chấn thương và sau phẫu thuật tim mạch ở trẻ em do stress. Tác giả đã khuyến cáo cần phải duy trì các qui trình trong quá trình phẫu thuật để hạn chế tối đa các stress cho trẻ [6].

Tuy nhiên, vị trí tổn thương khác nhau ở đại tràng và thân vị. Điều này có thể giải thích do phẫu thuật tim ngoài lồng ngực, trẻ có thể bị stress gây các ra các nốt nông kết hợp với việc sử dụng heparin chống đông trong quá trình phẫu thuật và rối loạn chức năng đông máu đã dẫn tới tình trạng chảy máu không tự cầm và thiếu máu nặng.

Điều trị nội soi khó khăn vì trẻ nhỏ dưới 2 tuổi với trọng lượng dưới 12 kg, bình thường sẽ được chỉ

định máy nội soi có đường kính ngoài nhỏ 5,5mm và kênh can thiệp 2 mm. Tuy nhiên, máy nội soi có đường kính can thiệp nhỏ thì khả năng hút dịch máu và cục máu đông rất yếu dễ tắc, đặc biệt khi chảy máu tiêu hóa và hơn nữa không có khả năng thực hiện một số kĩ thuật cầm máu ổ loét hiệu quả như kẹp clip. Vì vậy, hai trường hợp này trẻ nhỏ tuổi này có cân nặng rất thấp nhưng để khắc phục các khó khăn trên, chúng tôi vẫn quyết định sử dụng máy nội soi dạ dày dành cho người lớn của Olympus với mã hiệu GIF Q150 có đường kính lớn là 9,2mm và kênh can thiệp 2,8mm. Sử dụng máy nội soi có kích thước lớn cũng có nguy cơ gây tăng áp lực ổ bụng ảnh hưởng đến hô hấp và vết mổ nên cần có sự theo dõi rất sát của nhóm gây mê.

Tổn thương gây xuất huyết tiêu hóa có kích thước rất nhỏ và nông nên dễ bị bỏ sót đặc biệt ở đường tiêu hóa dưới vì vậy việc phân tích rõ màu sắc của máu trong lòng ruột sẽ góp phần vào định khu tổn thương gây chảy máu. Mặt khác phải giải phóng hoàn toàn các cục máu đông và bơm rửa sạch lòng ống tiêu hóa thì mới có khả năng quan sát toàn bộ niêm mạc để phát hiện tổn thương đặc biệt là các tổn thương có kích thước nhỏ. Hơn nữa, cục máu có thể đông ở bề mặt chúng ta nghĩ rằng tổn thương đã tạo cục máu đông và tự cầm máu nhưng thực tế không phải như vậy, máu vẫn có thể rỉ ra liên tục ở đáy của tổn thương. Do lượng máu đông của hai bệnh nhân rất nhiều, nên chủ yếu thời gian nội soi là dành để phá cục máu đông và hút sạch máu trong ống tiêu hóa. Trong khi đó, thời gian chuẩn bị và kẹp clip để cầm máu sau khi phát hiện ra tổn thương chỉ mất vài phút. Nhờ có dụng cụ hút tăng cường của US Endoscopy, chúng tôi đã rút ngắn được thời gian nội soi cho bệnh nhân. Kinh nghiệm tại khoa nội soi của chúng tôi cho thấy, việc sử dụng dụng cụ hút cục máu đông kết hợp máy nội soi kích có kênh can thiệp  $\geq 2,8\text{mm}$ , lọng kết hợp kẹp clip cầm máu đạt hiệu quả tốt và an toàn với trẻ nhỏ sau phẫu thuật tim.

Các nguyên nhân gây chảy máu tiêu hóa sau phẫu thuật có thể gặp bao gồm viêm thực quản, loét

tá tràng, trợt dạ dày, viêm đại tràng. Bên cạnh chảy máu tiêu hóa, các biến chứng tiêu hóa khác bao gồm viêm tụy, liệt ruột, suy và hoạt tử gan [1]. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Nhi Trung ương chúng tôi chưa nghiên cứu về vấn đề này.

Việc tối quan trọng là chẩn đoán sớm nguyên nhân và có hướng xử trí đúng, kịp thời có thể làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do xuất huyết tiêu hóa nói riêng và biến chứng sau phẫu thuật tim hở nói chung.

#### KẾT LUẬN

Một trong các tổn thương gây xuất huyết tiêu hóa nặng sau phẫu thuật tim hở là trợt nông có kích thước nhỏ  $< 4\text{mm}$ , bờ tròn không đều và đơn độc ở đường tiêu hóa trên hoặc dưới. Nội soi tiêu hóa can thiệp bằng kẹp clip là một phương pháp an toàn và hiệu quả trị trong chẩn đoán và điều trị, cần được chỉ định sớm để hạn chế biến chứng thiếu máu nặng thậm chí sốc mất máu có nguy cơ tử vong.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Karangelis D, Oikonomou K, Koufakis T et al (2011). "Gastrointestinal Complications Following Heart Surgery: An Updated Review", European journal of cardiovascular medicine, 1 (3), 34-37.
2. Rodriguez R, Robich MP, Plate JF et al (2010). "Gastrointestinal complications following cardiac surgery: a comprehensive review J", Card Surg, 25(2), 188-97.
3. Hashemzadeh K, Hashemzadeh S (2012), "Predictors and outcome of gastrointestinal complications after cardiac surgery", Minerva Chir, 67(4), 327-35.
4. Joseph WG and Andrew GM (1960), "Gastrointestinal bleeding after cardiovascular operations in children", Elsevier Inc, 47 (4); Pages 685-690.
5. Zacharias A, Schwann AT, Parenteau GL et al, 2000 "Predictors of Gastrointestinal Complications in Cardiac Surgery", Tex Heart Inst J, 27(2): 93-99.
6. Mirzaei M, Mirzaei S, Sepahvand E et al (2016), "Evaluation of Complications of Heart Surgery in Children With Congenital Heart Disease at Dena Hospital of Shiraz", Glob J Health Sci, 8(5): 33-38.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

NGUYỄN VĂN ĐOÀN, NGUYỄN THỊ ĐIỆP  
Trường Đại học Y Hà Nội

#### TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân (BN) lupus ban đỏ (SLE) có đái tháo đường (ĐTĐ). 2) Khảo sát một số yếu tố liên quan ở BN SLE có ĐTĐ. Đối tượng: 115 BN được chẩn đoán SLE theo tiêu chuẩn SLICC 2012: 36 BN có ĐTĐ và 79 BN không ĐTĐ, điều trị nội trú tại Trung tâm Dự ứng-MDLS BV Bạch Mai, từ 10/2015 - 8/2016. Phương

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Đoàn  
Email: mr.doan1956@yahoo.com.vn  
Ngày nhận: 24/5/2017  
Ngày phản biện: 16/6/2017  
Ngày duyệt bài: 29/6/2017  
Ngày xuất bản: 20/7/2017