

BÁO CÁO 6 TRƯỜNG HỢP TỔN THƯƠNG DIEULAFOY Ở DẠ DÀY VÀ RUỘT NON

Nguyễn Đức Tiến, Trần Bình Giang,
Bùi Thanh Phúc, Phạm Kim Bình(*)

TÓM TẮT

Tổn thương Dieulafoy, một nguyên nhân hiếm gặp của xuất huyết tiêu hóa, tổn thương là sự chảy máu dai dẳng từ những động mạch dưới niêm mạc mà xung quanh không có loét hoặc tổn thương niêm mạc. Tổn thương Dieulafoy ít khi gây chảy máu đẫm đũa và có thể bị bỏ sót trong chẩn đoán nội soi. Hầu hết những tổn thương ở dạ dày, hiếm khi ở các bộ phận khác của đường tiêu hóa, bao gồm cả ruột non. Chúng tôi báo cáo sáu trường hợp xuất huyết tiêu hóa thứ cấp do tổn thương Dieulafoy ở ruột non và dạ dày. Có 2 bệnh nhân nữ và 4 nam, tuổi trung bình 42.17 tuổi (18-74 tuổi). biểu hiện nôn máu, đi ngoài phân đen và huyết động không ổn định. Những thăm khám sơ bộ ban đầu khu trú tổn thương vùng ruột non. Mở bụng kiểm tra xác định có dị dạng động tĩnh mạch ở những quai đầu của hồng tràng. Kết quả giải phẫu bệnh học cho thấy đó là tổn thương dạng Dieulafoy. Đây là những trường hợp tổn thương Dieulafoy ruột non đầu tiên được thông báo tại bệnh viện Việt Đức.

SUMMARY

Dieulafoy lesions, a rare cause of gastrointestinal hemorrhage, are caliber-persistent submucosal arteries without surrounding ulcers or mucosal lesions. Dieulafoy lesions rarely bleed profusely and may be missed during diagnostic endoscopy. Most of these lesions are located in the stomach; they have been reported only rarely in other parts of the gastrointestinal tract, including the small bowel. We report six case of gastrointestinal

hemorrhage secondary to a Dieulafoy lesion in the small bowel and stomach. There were 2 male and, 4 female with mean age 42.17 years (from 18-74 year). They presented with melaena, haematemesis and haemodynamic instability. Preliminary investigations failed to locate the source of bleeding in the small bowel. At laparotomy an arteriovenous malformation was identified in the distal jejunum. Histology revealed these to be of the Dieulafoy type. These are the first published cases of a histologically proved jejunal Dieulafoy lesion in Viet Duc hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương Dieulafoy lần đầu được mô tả bởi Gallard năm 1884 [1], đó là những dị dạng động-tĩnh mạch lớp dưới niêm mạc đường tiêu hóa, bị vỡ gây chảy. Đây là một nguyên nhân hiếm gặp của xuất huyết tiêu hóa. Rất hiếm gặp ở ruột non. Về mặt giải phẫu bệnh nhìn bằng mắt thường những dị dạng động tĩnh mạch này gồm một tổn thương nhỏ như hạt đậu, xuất hiện như một khuyết tật ở niêm mạc đường tiêu hóa, với một động mạch nhô ra từ đáy niêm mạc. Động mạch có thành dày và lớn hơn các mạch máu dưới niêm mạc xung quanh, chạy dưới lớp cơ niêm. Những tổn thương kiểu Dieulafoy làm tăng thêm tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 0,3% đến 1,5% [1-8]. Thông thường biểu hiện bằng nôn ra máu (28%) hoặc đi ngoài phân đen (18%). Tổn thương Dieulafoy thường được phát hiện ở dạ dày

* Bệnh viện Hữu nghị Việt - Đức

(trong vòng 6 cm chỗ nổi dạ dày - thực quản) trên bờ cong nhỏ [8]. Tổn thương Dieulafoy ở ruột non rất hiếm và thường gặp ở hồng tràng [3]. Trong khoảng 5% xuất huyết tiêu hóa mặc dù có thăm khám (nội soi dạ dày- đại trực tràng, chụp barit) nhưng không tìm được nguyên nhân chảy máu. Dưới đây chúng tôi báo cáo 6 trường hợp xuất huyết tiêu hóa do tổn thương Dieulafoy ở ruột non và dạ dày được mổ cấp cứu và khẳng định qua mô bệnh học.

Bệnh án số 1:

Bệnh nhân nữ 48 tuổi. Vào viện ngày 28/1/2008. Tiền sử năm 2001 xuất huyết tiêu hóa (đi ngoài phân đen) đã được điều trị nội khoa ổn định nhưng không rõ nguyên nhân chảy máu. Đợt này vào viện vì đi ngoài phân đen. Đến Việt Đức trong tình trạng nhợt nhạt, M 100 l/Phút; HA 98/60mmHg, bụng mềm chướng nhẹ, không có u, thăm trực tràng có ít phân đen. HC: 2.tr; HCT: 18%. Các xét nghiệm sinh hóa bình thường. Kết quả soi dạ dày và đại trực tràng không có tổn thương, siêu âm bình thường. 2 ngày sau điều trị nội khoa tích cực, bệnh nhân tiếp tục đi ngoài phân đen nhiều lần có tụt huyết áp, chỉ định mổ cấp cứu nội soi thăm dò. Kiểm tra dạ dày gan lách bình thường, đoạn cuối hồi tràng và đại tràng có máu đen, mở nhỏ bụng 5cm kiểm tra thấy khối nhỏ lồi trong lòng ruột, cách góc tá hồng tràng 80cm, mở hồng tràng đoạn tương ứng thấy khối lồi kích thước 6x7x5mm, ở giữa có đầu mạch đang chảy máu thành tia, cầm máu tạm thời kiểm soát toàn bộ ống tiêu hóa và gan lách cùng các bộ phận khác không thấy thương tổn khác. Tiến hành cắt đoạn hồng tràng nổi tận-tận. Sau mổ bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ bảy. Kết quả giải phẫu bệnh trả lời "trong lớp dưới niêm mạc ruột non có khối dị dạng mạch máu lòng giãn không đều có vùng sây xát bề

mặt niêm mạc và chảy máu vào lòng ruột. Kết luận tổn thương Dieulafoy".

Bệnh án số 2:

Bệnh nhân nam 35 tuổi, vào viện ngày 13/3/2008. Tiền sử 3 tháng trước đi ngoài phân đen, được điều trị nội khoa ổn định nhưng không biết rõ nguyên nhân chảy máu. Đợt này đi ngoài phân màu đỏ tươi 3 ngày đến bệnh viện Bạch mai hỏi sức làm biếng chẩn đoán (soi dạ dày đại tràng) chuyển Việt Đức. Vào viện Việt Đức trong tình trạng nhợt nhạt, mạch 95 l/Phút; HA 95/50mmHg, bụng mềm chướng nhẹ, không có u, thăm trực tràng có máu đỏ nâu. HC: 1.75tr; HCT: 15.6%, các xét nghiệm sinh hóa, soi dạ dày và siêu âm bình thường. Kết quả soi đại trực tràng không có tổn thương nhưng có máu đỏ nâu và phân đen chảy từ ruột non xuống. Bệnh nhân tiếp tục đi ngoài phân đen loảng tại phòng khám. Sau truyền 4 đơn vị máu HC: 3tr; HCT: 28.2%. 5 giờ sau bệnh nhân tiếp tục đi ngoài máu đỏ tươi số lượng nhiều tình trạng toàn thân biểu hiện mất máu nặng, chỉ định mổ cấp cứu. Mở mở đường trắng giữa trên kéo dài dưới rốn, ổ bụng khô ruột non giãn căng cách góc tá hồng tràng 70cm trong chứa đầy máu, nhìn ngoài bình thường, kiểm tra sờ ngoài thấy khối nhỏ kiểu pòlip lồi trong lòng ruột, kích thước khoảng 0.8x0.6x0.7cm mở hồng tràng đoạn tương ứng thấy tại nơi tổn thương có điểm đang chảy máu thành tia, cầm máu tạm thời kiểm toàn bộ ống tiêu hóa không thấy thương tổn khác. Tiến hành cắt đoạn hồng tràng nổi tận-tận. Sau mổ bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ sáu. Kết quả giải phẫu bệnh trả lời tổn thương Dieulafoy ruột non.

Bệnh án số 3:

Bệnh nhân Nữ 18 tuổi. Vào viện ngày 30/3/2009. Tiền sử khỏe mạnh. Đi ngoài phân đen 10 ngày đã được điều trị nội khoa tại viện địa phương, không ổn định

BÁO CÁO 6 TRƯỜNG HỢP TỔN THƯƠNG DIEULAFOY Ở DẠ DÀY VÀ RUỘT NON

Nguyễn Đức Tiến, Trần Bình Giang,
Bùi Thanh Phúc, Phạm Kim Bình(*)

TÓM TẮT

Tổn thương Dieulafoy, một nguyên nhân hiếm gặp của xuất huyết tiêu hóa, tổn thương là sự chảy máu dai dẳng từ những động mạch dưới niêm mạc mà xung quanh không có loét hoặc tổn thương niêm mạc. Tổn thương Dieulafoy ít khi gây chảy máu đẫm đũa và có thể bị bỏ sót trong chẩn đoán nội soi. Hầu hết những tổn thương ở dạ dày, hiếm khi ở các bộ phận khác của đường tiêu hóa, bao gồm cả ruột non. Chúng tôi báo cáo sáu trường hợp xuất huyết tiêu hóa thứ cấp do tổn thương Dieulafoy ở ruột non và dạ dày. Có 2 bệnh nhân nữ và 4 nam, tuổi trung bình 42.17 tuổi (18-74 tuổi). biểu hiện nôn máu, đi ngoài phân đen và huyết động không ổn định. Những thăm khám sơ bộ ban đầu khu trú tổn thương vùng ruột non. Mở bụng kiểm tra xác định có dị dạng động tĩnh mạch ở những quai đầu của hồng tràng. Kết quả giải phẫu bệnh học cho thấy đó là tổn thương dạng Dieulafoy. Đây là những trường hợp tổn thương Dieulafoy ruột non đầu tiên được thông báo tại bệnh viện Việt Đức.

SUMMARY

Dieulafoy lesions, a rare cause of gastrointestinal hemorrhage, are caliber-persistent submucosal arteries without surrounding ulcers or mucosal lesions. Dieulafoy lesions rarely bleed profusely and may be missed during diagnostic endoscopy. Most of these lesions are located in the stomach; they have been reported only rarely in other parts of the gastrointestinal tract, including the small bowel. We report six case of gastrointestinal

hemorrhage secondary to a Dieulafoy lesion in the small bowel and stomach. There were 2 male and, 4 female with mean age 42.17 years (from 18-74 year). They presented with melaena, haematemesis and haemodynamic instability. Preliminary investigations failed to locate the source of bleeding in the small bowel. At laparotomy an arteriovenous malformation was identified in the distal jejunum. Histology revealed these to be of the Dieulafoy type. These are the first published cases of a histologically proved jejunal Dieulafoy lesion in Viet Duc hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương Dieulafoy lần đầu được mô tả bởi Gallard năm 1884 [1], đó là những dị dạng động-tĩnh mạch lớp dưới niêm mạc đường tiêu hóa, bị vỡ gây chảy. Đây là một nguyên nhân hiếm gặp của xuất huyết tiêu hóa. Rất hiếm gặp ở ruột non. Về mặt giải phẫu bệnh nhìn bằng mắt thường những dị dạng động tĩnh mạch này gồm một tổn thương nhỏ như hạt đậu, xuất hiện như một khuyết tật ở niêm mạc đường tiêu hóa, với một động mạch nhỏ ra từ đáy niêm mạc. Động mạch có thành dày và lớn hơn các mạch máu dưới niêm mạc xung quanh, chạy dưới lớp cơ niêm. Những tổn thương kiểu Dieulafoy làm tăng thêm tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 0,3% đến 1,5% [1-8]. Thông thường biểu hiện bằng nôn ra máu (28%) hoặc đi ngoài phân đen (18%). Tổn thương Dieulafoy thường được phát hiện ở dạ dày

* Bệnh viện Hữu nghị Việt - Đức

(trong vòng 6 cm chỗ nối dạ dày - thực quản) trên bờ cong nhỏ [8]. Tổn thương Dieulafoy ở ruột non rất hiếm và thường gặp ở hồng tràng [3]. Trong khoảng 5% xuất huyết tiêu hóa mặc dù có thăm khám (nội soi dạ dày-dạ dày đại trực tràng, chụp barit) nhưng không tìm được nguyên nhân chảy máu. Dưới đây chúng tôi báo cáo 6 trường hợp xuất huyết tiêu hóa do tổn thương Dieulafoy ở ruột non và dạ dày được mổ cấp cứu và khẳng định qua mô bệnh học.

Bệnh án số 1:

Bệnh nhân nữ 48 tuổi. Vào viện ngày 28/1/2008. Tiền sử năm 2001 xuất huyết tiêu hóa (đi ngoài phân đen) đã được điều trị nội khoa ổn định nhưng không rõ nguyên nhân chảy máu. Đợt này vào viện vì đi ngoài phân đen. Đến Việt Đức trong tình trạng nhợt nhạt, M 100 l/Phút; HA 98/60mmHg. bụng mềm chướng nhẹ, không có u, thăm trực tràng có ít phân đen. HC: 2.tr; HCT: 18%. Các xét nghiệm sinh hóa bình thường. Kết quả soi dạ dày và đại trực tràng không có tổn thương, siêu âm bình thường. 2 ngày sau điều trị nội khoa tích cực, bệnh nhân tiếp tục ỉa máu đen nhiều lần có tụt huyết áp, chỉ định mổ cấp cứu nội soi thăm dò. Kiểm tra dạ dày gan lách bình thường, đoạn cuối hồi tràng và đại tràng có máu đen, mở nhỏ bụng 5cm kiểm tra thấy khối nhỏ lồi trong lòng ruột, cách góc tá hồng tràng 80cm, mở hồng tràng đoạn tương ứng thấy khối lồi kích thước 6x7x5mm, ở giữa có đầu mạch đang chảy máu thành tia, cầm máu tạm thời kiểm soát toàn bộ ống tiêu hóa và gan lách cùng các bộ phận khác không thấy thương tổn khác. Tiến hành cắt đoạn hồng tràng nối tận-tận. Sau mổ bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ bảy. Kết quả giải phẫu bệnh trả lời "trong lớp dưới niêm mạc ruột non có khối dị dạng mạch máu lòng giãn không đều có vùng sây xát bề

mặt niêm mạc và chảy máu vào lòng ruột. Kết luận tổn thương Dieulafoy".

Bệnh án số 2:

Bệnh nhân nam 35 tuổi, vào viện ngày 13/3/2008. Tiền sử 3 tháng trước ỉa máu đỏ nâu, được điều trị nội khoa ổn định nhưng không biết rõ nguyên nhân chảy máu. Đợt này ỉa phân màu đỏ tươi 3 ngày đến bệnh viện Bạch mai hồi sức làm biếng chẩn đoán (soi dạ dày đại tràng) chuyển Việt Đức. Vào viện Việt Đức trong tình trạng nhợt, mạch 95 l/Phút; HA 95/50mmHg. bụng mềm chướng nhẹ, không có u, thăm trực tràng có máu đỏ nâu. HC: 1.75tr; HCT: 15.6%, các xét nghiệm sinh hóa, soi dạ dày và siêu âm bình thường. Kết quả soi đại trực tràng không có tổn thương nhưng có máu đỏ nâu và phân đen chảy từ ruột non xuống. Bệnh nhân tiếp tục đi máu đỏ nâu loang tại phòng khám. Sau truyền 4 đơn vị máu HC: 3tr; HCT: 28.2%. 5 giờ sau bệnh nhân tiếp tục đi ngoài máu đỏ tươi số lượng nhiều tình trạng toàn thân biểu hiện mất máu nặng, chỉ định mổ cấp cứu. Mở mở đường trắng giữa trên kéo dài dưới rốn, ổ bụng khô ruột non giãn căng cách góc tá hồng tràng 70cm trong chứa đầy máu, nhìn ngoài bình thường, kiểm tra sờ ngoài thấy khối nhỏ kiểu polip lồi trong lòng ruột, kích thước khoảng 0.8x0.6x0.7cm mở hồng tràng đoạn tương ứng thấy tại nơi tổn thương có điểm đang chảy máu thành tia, cầm máu tạm thời kiểm toàn bộ ống tiêu hóa không thấy thương tổn khác. Tiến hành cắt đoạn hồng tràng nối tận-tận. Sau mổ bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ sáu. Kết quả giải phẫu bệnh trả lời tổn thương Dieulafoy ruột non.

Bệnh án số 3:

Bệnh nhân Nữ 18 tuổi. Vào viện ngày 30/3/2009. Tiền sử khỏe mạnh. Đi ngoài phân đen 10 ngày đã được điều trị nội khoa tại viện địa phương, không ổn định

chuyển Việt Đức. Vào viện trong tình trạng Nhợt ít, mạch 90 l/Phút ; HA 100/60mmHg. bụng mềm chướng nhẹ, không có u, thăm trực tràng có ít phân đen. HC: 2.38tr ; HCT: 20.4%, Các xét nghiệm sinh hóa, soi dạ dày bình thường . Đại trực tràng không soi được vì bụng chướng và không làm sạch được, siêu âm bình thường, chụp mạch có vùng tăng sinh ở hố chậu trái. Sau 2 ngày điều trị nội khoa, bệnh nhân tiếp tục ỉa máu đen loãng, chỉ định mổ cấp cứu nội soi thăm dò, do bụng chướng căng các quai ruột giãn to không thực hiện được mổ nội soi phải chuyển mổ mở . Mở đường trắng giữa trên dưới rốn. Kiểm tra dạ dày gan lách bình thường, kiểm tra thấy khối nhỏ lồi trong lòng ruột , kích thước khoảng 0.8 x 0.6cm x 0.7cm cách góc tá hồng tràng 80cm , mờ hồng tràng đoạn tương ứng thấy khối giả phồng mạch đã vỡ đang chảy máu thành tia cầm máu tạm thời kiểm toàn bộ ống tiêu hóa không thấy thương tổn khác. Tiến hành cắt đoạn hồng tràng nổi tận-tận. Sau mổ bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ năm . Kết quả giải phẫu bệnh trả lời Dieulafoy ruột non.

Bệnh án số 4:

Bệnh nhân nam 42 tuổi. Vào viện ngày 5/6/2009. Tiền sử năm 1986 xuất huyết tiêu hóa đã được điều trị nội khoa nhưng không tìm được nguyên nhân chảy máu. Đợt này ỉa phân đen điều trị tại nhà 5 ngày không đỡ, đến bệnh viện tỉnh tiếp tục điều trị nội 5 ngày, truyền 14 đơn vị máu không kết quả chuyển bệnh viện Bạch mai hồi sức (truyền 7 đơn vị máu) làm chẩn đoán chuyển Việt Đức. Vào viện trong tình trạng nhợt, mạch 90 l/Phút; HA 110/70mmHg. bụng mềm chướng nhẹ, không có u, thăm trực tràng có ít phân đen. HC: 2.57tr; HCT: 22%, Các xét nghiệm sinh hóa bình thường. Kết quả soi dạ dày bình thường. đại trực tràng không có tổn

thương nhưng có máu đỏ nâu và phân đen, chụp mạch mạc treo bình thường. siêu âm dịch tự do ổ bụng. Bệnh nhân được chỉ định hồi sức theo dõi tiếp sau truyền 4 đơn vị máu HC: 2.61tr; HCT: 22%. Được chuyển vào khoa cấp cứu tiêu hóa điều trị nội. Hai ngày sau tiếp tục ỉa máu đen loãng, chỉ định mổ cấp cứu nội soi thăm dò. Kiểm tra dạ dày gan lách bình thường, đoạn cuối hồi tràng và đại tràng có máu đen, sờ ngoài sờ kỹ không phát rõ thương tổn. Chúng tôi kết hợp nội soi trong mổ (mở lỗ ruột non trên đoạn có máu, qua đó luồn ống soi mềm kiểm tra), phát hiện cách góc tá hồng tràng 1m thấy đám niêm mạc dày lên xung huyết mạnh, kích thước khoảng 0.3x0.5x 0.6cm, ở giữa có đầu mạch đã vỡ đang rỉ máu , khâu cầm máu tạm thời kiểm toàn bộ ống tiêu hóa không thấy thương tổn khác. Tiến hành cắt đoạn hồng tràng nổi tận-tận. Sau mổ bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ sáu . Kết quả giải phẫu bệnh trả lời tổn thương Dieulafoy.

Bệnh án số 5

Bệnh nhân nữ 36 tuổi, vào viện ngày 9/9/2011 Tiền sử khỏe mạnh, đến viện trong tình trạng nhợt, ỉa máu đỏ tươi, không nôn, mạch 100L/P; HA 90/60mmHg. bụng mềm chướng nhẹ. Bệnh nhân tiếp tục đi máu đỏ tại phòng khám. HC:1.25; HCT: 11.2%, có rối loạn đông máu nhẹ: fibrinogen: 0.84g/l; PT1: 23.9; PT2: 44%. Các xét nghiệm sinh hóa bình thường. Soi dạ dày bình thường đại trực tràng không có tổn thương nhưng có máu đỏ chảy xuống từ hồi tràng không có caillotte ở đây. Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu. Mổ mở (sau 4 giờ nhập viện) đường trắng giữa trên kéo dài dưới rốn, ổ bụng khô hồi tràng giãn trong chứa đầy máu kiểm tra sờ ngoài thấy khối nhỏ lồi trong lòng ruột, kích thước khoảng 0.8x0.7x0.6cm cách góc tá hồng tràng 80cm, mờ hồng tràng đoạn tương

úng thấy khối giả phồng mạch đã vỡ đang chảy máu thành tia cầm máu tạm thời kiểm toàn bộ ống tiêu hóa không thấy thương tổn khác. Tiến hành cắt đoạn hồng tràng nối tận-tận. Sau mổ bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ bảy. Kết quả giải phẫu bệnh trả lời tổn thương dưới niêm mạc có mạch máu lớn, thành dày, xơ hóa có vùng chảy máu kết luận Dieulafoy.

Bệnh án số 6:

Bệnh nhân nam 73 tuổi, nghề nghiệp làm ruộng. Vào viện ngày 3/11/2011 với triệu chứng nôn máu + ỉa phân dai dẳng từ 30/10/2011 đã được điều trị tại bệnh viện tỉnh không ổn định, không rõ nguyên nhân chảy máu tình trạng chảy máu tăng chuyển Việt Đức trong tình trạng nhợt ít, mạch 95 l/phút; HA 95/50mmHg. Bụng mềm chướng nhẹ, không có u, thăm trực tràng có phân đen. HC: 2.34tr; HCT: 20.4%, các xét nghiệm sinh hóa bình thường. Kết quả soi dạ dày mật sau dạ dày gần bờ cong nhỏ có ổ loét nông 8mm đáy có máu cục. Bệnh nhân được chỉ định hồi sức theo dõi và điều trị nội khoa. Sau 7 ngày bệnh nhân ổn định đi ngoài phân vàng đúng ngày ra viện đột ngột xuất hiện nôn máu và ỉa phân đỏ nâu tình trạng sốc mất máu rõ. chỉ định mổ cấp cứu. Mổ bụng vào kiểm tra dạ dày ruột non đầy máu mở dạ dày kiểm tra, mặt sau dạ dày một ổ loét 8mm đáy nông có động mạch đang phun máu khâu cầm máu tạm thời, kiểm tra các phần còn lại ống tiêu hóa bình thường. Tiến hành cắt đoạn dạ dày. Sau mổ 7 ngày bệnh nhân ra viện ổn định. Kết quả giải phẫu bệnh trả lời tổn thương dieulafoy dạ dày

II. BÀN LUẬN

Mặc dù các tổn thương Dieulafoy là rất hiếm nhưng nó là một nguyên nhân quan trọng gây xuất huyết tiêu hóa. Khi báo cáo 3

bệnh nhân với những tổn thương chảy máu đường tiêu hóa vào năm 1898, phẫu thuật viên người Pháp Dieulafoy sử dụng cụm từ "loét nông" để chỉ thương tổn này [2-7]. Tổn thương Dieulafoy bao gồm một động mạch khá lớn nhô ra qua một khiếm khuyết nhỏ niêm mạc, hay gặp ở dạ dày, đoạn cuối thực quản, hành tá tràng, đại tràng, trực tràng, và ruột non. Khoảng 4-9% của XHTH trên là không tìm được nguyên nhân [8]. Tổn thương Dieulafoy là nguyên nhân gây ra xuất huyết tiêu hóa trên trong khoảng 1-2%. Tổn thương này không liên quan đến rượu hoặc sử dụng thuốc chống viêm non-steroid [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân nữ 4 là nam, đều không liên quan đến tiền sử bia rượu và thuốc chống viêm.

Nguyên nhân gây tổn thương Dieulafoy cho đến nay chưa được sáng tỏ, mặc dù có thể liên quan đến dị tật mạch máu bẩm sinh hay mắc phải. Một số ý kiến cho rằng do áp lực cơ học từ một mạch máu bất thường có thể dần dần do xói mòn niêm mạc mỏng nằm phía trên một động mạch đang đập, làm cho nó chảy máu [2-8]. Động mạch này nhô ra qua một khiếm khuyết niêm mạc nhỏ (2-5 mm) đơn độc, và có thể vỡ một cách tự nhiên gây chảy máu lớn. trong báo cáo của chúng tôi cả 6 bệnh nhân đều thấy rõ điểm chảy máu là tổn thương mạch đang phun máu. Các đợt chảy máu có thể xuất hiện tái phát. Nôn ra máu lớn kết hợp với phân đen (51%), chỉ nôn ra máu (28%), hoặc chỉ đi ngoài phân đen (18%) [8]. Đối với tổn thương ruột non trong báo cáo của chúng tôi chủ yếu đi ngoài phân đen (bệnh án số 1;3;4;6) máu đỏ nâu và đỏ tươi chúng tôi chỉ gặp 2 bệnh nhân (bệnh án số 2 và số 5). Trung bình, hồi sức ban đầu đòi hỏi truyền lên đến hơn 8 đơn vị hồng cầu khối [8]. chúng tôi có 1 bệnh nhân phải truyền hồi sức 7 đơn vị máu (bệnh án số 4).

Phần lớn các tổn thương Dieulafoy (75-95%) trong vòng 6 cm chỗ nối dạ dày – thực quản [8] chỉ có khoảng 3.5% chảy máu ở ruột non [3]. Các tổn thương này có thể dễ dàng bị bỏ sót trong nội soi do tính chất liên tục chảy máu. Khoảng 49% các tổn thương được xác định trong kiểm tra nội soi ban đầu, tuy nhiên 33% các tổn thương đòi hỏi nhiều hơn 1 lần nội soi mới xác định được [6-8]. Nếu bệnh nhân được soi thực quản dạ dày trong vòng 2 giờ nhập viện, có khả năng lớn hơn trong việc xác định tổn thương. Các trường hợp còn lại được xác định thông qua chụp mạch máu trong quá trình đang chảy máu hoặc thông qua mổ bụng. Siêu âm nội soi cũng có thể xác định chẩn đoán khi thấy rõ hình ảnh một mạch máu dưới niêm mạc quanh co gần các khiếm khuyết niêm mạc. Siêu âm nội soi cũng có thể giúp đỡ trong việc giám sát và đánh giá nội soi điều trị. Những báo cáo tổn thương dieulafoy được đăng trong y văn với những tổn thương được tìm thấy ở thực quản, tá tràng, hỗng tràng, hồi tràng, đại tràng và trực tràng. Tỷ lệ mắc bệnh thực sự còn chưa rõ ràng. Theo Rodney .E [8], tỉ lệ nam/nữ = 2/1, báo cáo của chúng tôi tổn thương hỗng tràng tỷ lệ này là 4/2. Độ tuổi trung bình xuất hiện bệnh là 54 tuổi (50 – 60 tuổi). Độ tuổi trung bình của chúng tôi qua 5 bệnh nhân 42.17(18-74 tuổi). Bệnh thường biểu hiện: bất ổn huyết động, xuất huyết tiêu hóa mạn tính hoặc tái phát [9]. Trong nhóm nghiên cứu có 3 bệnh nhân có tiền sử XHTH (số 1;2;4). Với những bệnh nhân này việc đưa ra chẩn đoán là khó khăn nếu điều tra sợ bộ thông thường là bình thường hoặc không thể kết luận. ít khi bệnh sử chỉ ra nguyên nhân rõ ràng. Khai thác tiền sử, phân tích các dấu hiệu lâm sàng bệnh sử có liên quan là quan trọng. hỏi sức tích cực song song với bổ xung dữ liệu chẩn đoán. Trong trường hợp chảy

máu lớn, mổ bụng cấp cứu là bắt buộc [1]. trong nhóm nghiên cứu cả 6 bệnh nhân đều không xác định nguyên nhân chảy máu trước mổ, phải mổ bụng cấp cứu để làm thăm dò, trong số này, có 2 trường hợp mổ cấp cứu tức thì (số 2;5). Mặc dù không phải luôn luôn có thể xác định được dị dạng mạch trong lúc mổ bụng, nhưng ta cần chú ý tới kỹ thuật xác định vị trí tổn thương trong khi mổ bảo gồm: sờ nắn cẩn thận kết hợp với nội soi ống mềm ruột non [4]. Trong báo cáo có bệnh án số 4 khi mổ bụng không rõ tổn thương chúng tôi phải phối hợp với nội soi trong mổ.

Trong trường hợp chảy máu tiêu hóa ổn định, cần tiến hành một loạt thăm khám cận lâm sàng để xác định nguyên nhân chảy máu. Chảy máu ruột non rất khó đánh giá qua nội soi thường quy. Sự ra đời của nội soi ruột non là một giải pháp tốt với những kết quả đáng khích lệ. Dulic Lacvic báo cáo 10 bệnh nhân được can thiệp bởi hệ thống này, trong số đó có 9 ca can thiệp đường miệng và 1 ca qua đường hậu môn, kết quả cầm máu tốt. tuy nhiên có 2 ca tái phát sau 16 tháng [3]. Tại Việt Nam rất khó khăn để thực hiện rộng rãi phương pháp này vì chi phí quá cao và những tồn tại về kỹ thuật [10]. Hệ thống capsule endoscopy (pillcam) mới đầu có vẻ như hy vọng lớn trong việc xác định tổn thương tại ruột non nhưng cho đến nay bộc lộ một số nhược điểm về độ chính xác cũng như khả năng bỏ sót thương tổn cao và không dễ dàng thực hiện trong cấp cứu, đặc biệt chi phí lớn cho một lần thực hiện [5-7]. Chụp động mạch chọn lọc mang lại kết quả tốt, nhất là ở những bệnh nhân đang chảy máu tiến triển, nhưng không phải dễ dàng thấy được tổn thương nếu như ít kinh nghiệm thao tác kỹ thuật hạn chế [8]. Những bất thường mạch máu nhỏ vẫn có thể bị bỏ qua và khó để loại trừ bất kỳ nguyên nhân nào