

THÙNG TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM - BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Thị Thùy Linh^{1*}, Phan Thị Hiền², Ngô Duy Minh¹, Nguyễn Thị Kiên¹, Cao Thị Giang¹,
Nguyễn Thị Nữ¹, Nguyễn Thị Tâm¹, Phạm Nhật An¹

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc - Phúc Trường Minh

TÓM TẮT

Thùng tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp ở trẻ em, các triệu chứng thường không điển hình do đó dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn. Nếu không được xử trí kịp thời có thể nguy hiểm đến tính mạng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp thùng tá tràng do loét gây viêm phúc mạc toàn thể ở trẻ em với các triệu chứng lâm sàng không điển hình. Trẻ nam 9 tuổi nhập viện trong tình trạng cấp cứu do nôn và đau bụng. Siêu âm bụng ghi nhận có ít dịch tự do ổ bụng và nghi ngờ viêm ruột thừa. Chụp X-quang lồng ngực thường quy trước mổ tình cờ quan sát thấy liềm hơi dưới cơ hoành. Bệnh nhân được chỉ định mổ nội soi, phát hiện có lỗ thùng ở tá tràng do loét.

Kết luận: Thùng tá tràng do loét là một nguyên nhân gây nôn và đau bụng cấp tính hiếm gặp ở trẻ em, để chẩn đoán cần sự hỗ trợ của các phương pháp cận lâm sàng đặc hiệu.

Từ khóa: Thùng tá tràng, loét tá tràng, trẻ em

DUODENAL PERFORATION IN CHILDREN - CASE REPORT

Nguyen Thi Thuy Linh¹, Phan Thi Hien², Ngo Duy Minh¹, Nguyen Thi Kien¹,
Cao Thi Giang¹, Nguyen Thi Nu¹, Nguyen Thi Tam¹, Pham Nhat An¹

¹Vinmec Times City International General Hospital

²Hong Ngoc Phuc Truong Minh General Hospital

Duodenal perforation is a rare surgical emergency in children. Clinical manifestations are often atypical, which may lead to missed or delayed diagnosis. If not promptly managed, the condition can be life-threatening. We report a case of duodenal perforation secondary to peptic ulcer disease resulting in generalized peritonitis in a pediatric patient with non-specific clinical features. A 9-year-old boy was admitted on an emergency basis with vomiting and abdominal pain. Abdominal ultrasonography revealed a small amount of free intraperitoneal fluid and raised suspicion of appendicitis. A routine preoperative chest radiograph incidentally demonstrated subdiaphragmatic free air (pneumoperitoneum). The patient subsequently underwent laparoscopic exploration, which identified a perforated duodenal ulcer.

Conclusion: Duodenal ulcer perforation is a rare cause of acute vomiting and abdominal pain in children, and its diagnosis requires the support of specific paraclinical investigations.

Keywords: Duodenal perforation, duodenal ulcer, children.

Nhận bài: 29-01-2026; Phản biện: 02-02-2026; Chấp nhận: 23-02-2026

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thùy Linh

Email: drnguyenlinh@gmail.com

Địa chỉ: Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp trong nhi khoa, triệu chứng thường không điển hình nên dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn. Chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng trong chẩn đoán. Nguyên nhân hay gặp nhất là loét tá tràng do *H. Pylori* (*Helicobacter Pylori*), các nguyên nhân rất hiếm gặp khác bao gồm thuốc chống viêm non steroid, stress nặng, bệnh lý ruột viêm, bỏng, chấn thương [1]. Tỷ lệ loét loét dạ dày tá tràng ở trẻ em được nội soi tiêu hóa trên với lý do đau bụng là 8,1%, chủ yếu do vi khuẩn *H. Pylori* [2], tuy nhiên biến chứng thủng rất hiếm gặp. Vì vậy, phần lớn các tài liệu trong y văn chỉ ghi nhận các trường hợp đơn lẻ. Chúng tôi báo cáo một trường hợp thủng tá tràng do loét gây viêm phúc mạc toàn thể ở trẻ em có nguy cơ bị bỏ sót chẩn đoán do lâm sàng không điển hình.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Trẻ nam 9 tuổi, lần đầu nhập viện vì nôn và đau bụng tại khoa cấp cứu Nhi. Bệnh diễn biến đột ngột 2 giờ trước đó, trẻ xuất hiện nôn nhiều liên tục ra thức ăn và dịch trong kèm đau bụng cơn vùng rốn, không ăn được, không sốt, chưa đại tiện và trung tiện, không ghi nhận bất thường về đại tiểu tiện trước đó. Bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh, bản thân và gia đình không có tiền sử loét hoặc ung thư dạ dày tá tràng.

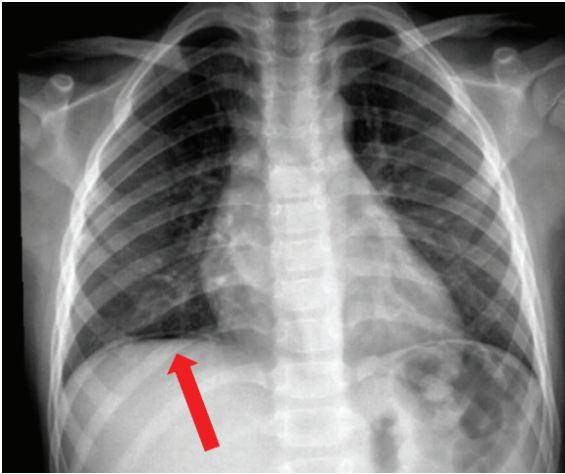
Khám lúc vào viện: trẻ tỉnh, mệt, tiếp xúc được, không rõ về mặt nhiễm trùng, khát nước, môi se, có dấu hiệu mất nước nhẹ, nhiệt độ 36,9 độ C và cân nặng 29 kg. Tim nhịp đều 134 lần/phút, huyết áp 120/70 mmHg. Phổi không ran, thông khí đều hai bên. Bụng mềm hoàn toàn, không chướng, gan lách không to, ấn đau vùng rốn, hố chậu phải không đau, không có phản ứng thành bụng, không có cảm ứng phúc mạc.

Kết quả xét nghiệm máu cho thấy, định lượng CRP (C-reactive protein): 0,8 mg/L; tổng số bạch cầu 28,08 G/L; bạch cầu đa nhân trung tính 21,8 G/L. Hb: 127 G/L, chức năng gan-thận, điện giải đồ bình thường. Siêu âm ổ bụng: Ruột thừa có đường kính 6-7mm, thành không dày, giảm âm, biểu hiện thâm nhiễm không điển hình. Có thâm nhiễm mạc nối ở vị trí hố chậu phải. Ít dịch đục

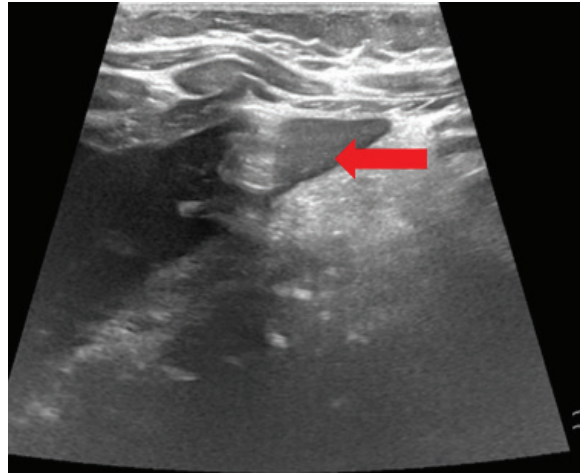
giữa các quai ruột và hố chậu hai bên dày 10mm. Trẻ được chẩn đoán theo dõi viêm ruột thừa với PAS (Pediatric Appendicitis Score: thang điểm viêm ruột thừa Nhi khoa) 5 điểm. Hội chẩn bác sĩ ngoại khoa tại thời điểm đó chưa nghĩ đến bệnh ngoại khoa, chuyển lên khoa nội trú và đề nghị siêu âm bụng lần 2 vào thời điểm 8 giờ sau vào viện, kết quả ghi nhận ruột thừa hạn chế đánh giá do vướng hơi, kích thước không thay đổi, thành vẫn không dày nhưng bên trong chứa dịch và các đánh giá khác vẫn giống lần đầu. Vào thời điểm này, trẻ không nôn thêm, còn đau bụng nhưng không ghi nhận dấu hiệu bụng ngoại khoa.

Trẻ được chẩn đoán theo dõi viêm ruột thừa sau đó 3 giờ với dấu hiệu khi khám: nhiệt độ 38 độ C, bụng đau hố chậu phải, không ghi nhận đau vùng rốn, phản ứng thành bụng rõ, cảm ứng phúc mạc âm tính, PAS 9 điểm. X-quang lồng ngực là một trong các xét nghiệm cơ bản cần làm trước mổ, phát hiện thấy có liềm hơi dưới vòm hoành phải, khi này kiểm tra lại siêu âm bụng: các quai ruột non vùng tiểu khung có xu hướng tập trung thành đám. Hình ảnh thâm nhiễm mờ rộng vùng hố chậu phải và tiểu khung. Các quai ruột không giãn, sơ bộ không thấy dày thành. Ít dịch giữa các quai ruột, chỗ dày nhất 11mm, một số vị trí dịch có hồi âm. Hố chậu phải hiện không quan sát thấy ruột thừa trên siêu âm do vướng hơi các quai ruột. Có khí tự do ổ bụng với dấu hiệu rèm cửa ở gan trái trên siêu âm. Cuối cùng 13 giờ sau khi vào viện, trẻ được chẩn đoán viêm phúc mạc nghi do viêm ruột thừa cấp chưa loại trừ thủng tạng rỗng.

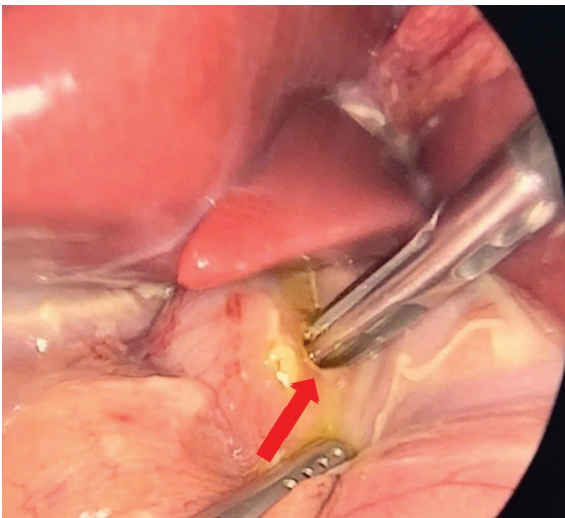
Trẻ được mổ nội soi sau khi vào viện 16 giờ, phát hiện thấy ổ bụng có dịch đục ở dưới gan, góc gan, góc lách và douglas. Có ít giả mạc dưới gan, ruột thừa tăng kích thước nhẹ, xung huyết. Bác sĩ ngoại khoa kiểm tra có một lỗ thủng ở tá tràng sát lỗ môn vị kích thước 0,5 cm ở mặt trước, có giả mạc vàng xung quanh. Sau phẫu thuật, trẻ được điều trị nội khoa nhịn ăn, truyền dịch, kháng sinh, thuốc ức chế bơm proton (PPI: Proton Pump Inhibitor): Ngày thứ 8 sau mổ, toàn trạng ổn định, không nôn, không đau bụng, đại tiện bình thường, trẻ được xuất viện và điều trị PPI uống tại nhà.



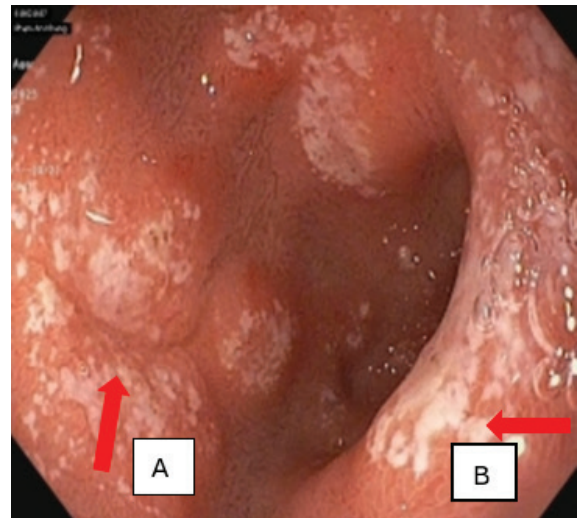
Hình 1. X-quang ngực thẳng thấy liềm hơi dưới cơ hoành bên phải



Hình 2. Dấu hiệu rềm cửa ở gan trái trên siêu âm ổ bụng



Hình 3. Lỗ thủng tá tràng kèm giả mạc xung quanh trong mổ nội soi



Hình 4. Trợt nông kèm giả mạc trắng (B) và sẹo loét tá tràng (A) trên nội soi tiêu hoá

Nội soi tiêu hoá trên sau 2 tháng, kết quả ghi nhận: viêm thực quản độ B (theo phân loại Los - Angeles) - Viêm dạ dày - Trợt nông kèm giả mạc trên nền sẹo loét tá tràng sát lỗ môn vị - test Urease dương tính. Kết quả mô bệnh học có viêm niêm mạc dạ dày mạn tính, hoạt động mạnh, không có hình ảnh tăng bạch cầu ưa acid, tuy nhiên *H. Pylori* dương tính mật độ cao. Trẻ được kê đơn phác đồ diệt *H. pylori* với phác đồ 4 thuốc có bismuth, sau đó duy trì PPI. Nội soi kiểm tra lại sau điều trị lâm sàng ổn định, không

còn trợt và giả mạc ở hành tá tràng, test *H. pylori* âm tính.

III. BÀN LUẬN

Thủng tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp trong nhi khoa, triệu chứng thường không điển hình nên dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn, cần chẩn đoán phân biệt với các trường hợp đau bụng cấp tính khác. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi đến khám với triệu chứng nôn và đau bụng cấp tính. Một nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn nhất trong y văn

trong 20 năm, các tác giả ghi nhận 52 trẻ thủng dạ dày và tá tràng do loét [4]. Ca bệnh của chúng tôi là một trẻ nam 9 tuổi được chẩn đoán trong mổ là thủng hành tá tràng do loét cũng tương đồng về tuổi, giới với các báo cáo khác. Các tác giả khác ghi nhận thủng hay gặp hơn ở vị trí tá tràng so với dạ dày [2, 3, 5, 6] và thường xảy ra ở trẻ nam trong độ tuổi học đường, từ 6 tuổi trở lên [4, 7], tuy vậy cũng có tác giả cho thấy ca bệnh gặp nhiều ở trẻ nữ hơn [5].

Chẩn đoán bụng ngoại khoa nói chung và thủng tá tràng nói riêng thường gặp nhiều khó khăn trong giai đoạn đầu do triệu chứng thường không điển hình. Trẻ vào viện trong tình trạng nôn nhiều đột ngột 2 giờ trước đó kèm theo dấu hiệu mất nước và đau bụng vùng rốn, không sốt, chưa ghi nhận các dấu hiệu bụng ngoại khoa, xét nghiệm máu bạch cầu 29m08G/l, bạch cầu đa nhân trung tính 21,8 G/L tăng cao trong khi CRP vẫn trong giới hạn bình thường. Tuy vậy, siêu âm bụng đã có hình ảnh gợi ý bất thường với ruột thừa tăng kích thước nhẹ và thâm nhiễm mạc nối ở hố chậu phải kèm theo dịch đục giữa các quai ruột và hố chậu 2 bên dày 10 mm. Đến giờ thứ 12 của bệnh hay giờ thứ 9 sau khi vào viện, trẻ xuất hiện sốt 38 độ C và phản ứng thành bụng rõ. Lúc này bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc nghi do viêm ruột thừa (PAS 9 điểm) và thủng tạng rỗng chỉ được nghĩ đến khi chụp X-quang lồng ngực thường quy trước mổ tình cờ phát hiện hình ảnh liềm hơi dưới hoành, kiểm tra lại siêu âm sau đó cũng có hình ảnh khí tự do trong ổ bụng.

Bệnh nhân của chúng tôi đến sớm với nôn là biểu hiện nổi trội hơn đau bụng nên dấu hiệu bụng ngoại khoa không rõ. Tình huống này khác với 2 bệnh nhân của tác giả Hattingh G và cộng sự, vào viện ngày thứ 2 - 3 của bệnh với lý do chủ yếu là đau bụng, toàn trạng nặng và phản ứng thành bụng rõ khi khám siêu âm bụng vẫn không phát hiện thấy bất thường ở 1 bệnh nhân và chụp X-quang bụng không chuẩn bị không thấy liềm hơi ở 1 bệnh nhân khác, nhưng chụp cắt lớp vi tính (CT: Computed Tomography) ở cả hai trường hợp đều cho thấy hình ảnh tràn khí màng bụng [6]. Báo cáo của Wong CWY và cộng sự ghi nhận chỉ có 5/11 trẻ có hình ảnh tràn khí

màng bụng trên X-quang và được chẩn đoán thủng do loét trước mổ [3]. Qua các ca lâm sàng trên và đặc biệt là nghiên cứu của Hua MC và cộng sự cho thấy hầu hết các bệnh nhân (49/52) có dấu hiệu viêm phúc mạc khi vào viện và tác giả cũng nhận thấy có tới 43/52 các bệnh nhân có hình ảnh tràn khí màng bụng khi chụp X-quang [4]. Qua ca lâm sàng, chúng tôi thấy mặc dù trẻ đã được nghi ngờ bụng ngoại khoa và theo dõi sát tại bệnh viện nhưng việc chẩn đoán vẫn bị chậm trễ do lâm sàng không điển hình. Vì vậy, chúng tôi cho rằng cần cần nhắc chỉ định chụp X-quang bụng không chuẩn bị và hoặc CT sớm hơn ở những trẻ đau bụng chưa loại trừ hoàn toàn bụng ngoại khoa mới có thể rút ngắn thời gian chẩn đoán, đặc biệt khi có dấu hiệu gợi ý viêm phúc mạc trên siêu âm như bệnh nhân của chúng tôi.

Bệnh nhân của chúng tôi được mổ sau 16 giờ vào viện, ổ bụng có dịch viêm đục kèm ít giả mạc, ruột thừa xung huyết và tăng nhẹ kích thước. Điều này giải thích cho kết quả siêu âm 2 lần đầu có hình ảnh dịch trong ổ bụng và dẫn đến chẩn đoán ban đầu là nghi ngờ viêm ruột thừa mà hoàn toàn không nghĩ đến thủng tạng rỗng. Quá trình phẫu thuật, phát hiện có một lỗ thủng ở tá tràng sát lỗ môn vị, kích thước 0,5 cm ở mặt trước có giả mạc vàng xung quanh. Lỗ thủng được khâu ngay sau đó kèm theo cắt ruột thừa, phẫu thuật nội soi thuận lợi, trẻ được chuyển sang điều trị nội khoa nhịn ăn, truyền dịch, kháng sinh và PPI. Ngày thứ 8 sau mổ, diễn biến lâm sàng thuận lợi, không ghi nhận biến chứng. Toàn trạng ổn định, không nôn, không đau bụng, đại tiện bình thường, trẻ được xuất viện và điều trị PPI uống tại nhà. Tuy nhiên, theo tác giả Hua MC và cộng sự báo cáo có tới 9 trường hợp biến chứng sau phẫu thuật và 2 trường hợp tử vong do loét gây ra thủng tá tràng dạ dày ở trẻ em [4].

Chúng tôi tiến hành nội soi cho trẻ vào thời điểm 2 tháng sau khi ra viện, kết quả nội soi cho thấy: Viêm thực quản độ B (theo phân loại Los - Angeles) - Viêm dạ dày - Trợt nông hành tá tràng - Sẹo loét tá tràng. Hai xét nghiệm xâm nhập chẩn đoán *H. pylori* là test urease và mô bệnh học đều dương tính, không tìm thấy nguyên nhân gây khác có thể gây loét tá tràng. Trẻ được

điều trị phác đồ diệt *H. pylori* và nội soi kiểm tra sau đó hết loét và giả mạc. Theo nghiên cứu của Pai-Jui Yeh trên gần 488 trẻ loét tá tràng ghi nhận tỷ lệ thủng khá cao chiếm 1,6% [8]. Vậy, điều trị kịp thời loét tá tràng có thể dự phòng được biến chứng thủng.

IV. KẾT LUẬN

Thủng tá tràng do loét là một nguyên nhân gây nôn và đau bụng cấp tính ở trẻ em cần được nghĩ đến, đặc biệt khi có dấu hiệu viêm phúc mạc. Chụp X-quang bụng không chuẩn bị và CT nên được chỉ định sớm để rút ngắn thời gian chẩn đoán. Phát hiện và điều trị kịp thời loét hành tá tràng có thể dự phòng được biến chứng thủng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saraç F, Şahin K, Duru A.** Duodenal ulcer perforation: an unusual cause of acute abdomen in pediatrics. *The Journal of Pediatric Research* 2015;2(3):170-172. <http://doi.org/10.4274/jpr.46330>
2. **Kalach N, Bontems P, Koletzko S et al.** Frequency and risk factors of gastric and duodenal ulcers or erosions in children: a prospective 1-month European multicenter study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010;22(10):1174-1181. <https://doi.org/10.1097/meg.0b013e32833d36de>
3. **Wong CWY, Chung PHY, Tam PKH et al.** Laparoscopic versus open operation for perforated peptic ulcer in pediatric patients: a 10-year experience. *J Pediatr Surg* 2015;50(12):2038-2040. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2015.08.025>
4. **Hua MC, Kong MS, Lai MW et al.** Perforated peptic ulcer in children: a 20-year experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;45(1):71-74. <https://doi.org/10.1097/mpg.0b013e31804069cc>
5. **Ndour O, Bansouda J, Fall AF et al.** Les péritonites par perforation d'ulcère gastroduodéal chez l'enfant: à propos de 4 observations. *Archives de Pédiatrie* 2012;19(10):1065-1069. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2012.07.009>
6. **Hattingh G, Salas-Parra RD, Nuzhad A et al.** Duodenal perforation in the pediatric population: two rare cases at a small community hospital. *J Surg Case Rep* 2020;11:rjaa455. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa455>
7. **Suraj KC, Yogi TN, Rauniyar K et al.** Duodenal ulcer perforation peritonitis as a cause of acute abdomen in pediatric population: a rare case report and review of literature. *Ann Med Surg(Lond)* 2025;87(6):3915-3919. <https://doi.org/10.1097/ms9.0000000000003315>
8. **Yeh PJ, Chen CC, Chao HC et al.** The trends of pediatric duodenal ulcer and predictors of recurrence. *J Formos Med Assoc* 2024;123(10):1070-1077. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2024.04.011>