

Nghiên cứu áp dụng một số kỹ thuật mới trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên

Trương Xuân Long^{1*}, Nguyễn Thị Huyền Thương¹, Vĩnh Khánh¹, Phan Trung Nam¹,
Nguyễn Thị Nga¹, Nguyễn Phan Hồng Ngọc¹, Trần Văn Huy¹

(1) Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Trong những năm gần đây, đã có nhiều tiến bộ nổi bật về các kỹ thuật nội soi can thiệp cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa trên. Với xuất huyết tiêu hóa trên do vỡ giãn có thắt giãn tĩnh mạch thực quản và tiêm Histoacryl giãn tĩnh mạch phình vị. Với xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn có tiêm adrenalin pha loãng, kẹp clip cầm máu, đốt bằng plasma argon và bột phun cầm máu Hemospray. Điều này góp phần cải thiện tiên lượng bệnh cảnh cấp cứu này. Trong khi đó, ở nước ta chưa có nhiều nghiên cứu cập nhật về hiệu quả điều trị của các kỹ thuật mới trong nội soi. **Mục tiêu:** 1. Khảo sát một số đặc điểm về bệnh nhân và tổn thương trên nội soi của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên được tiến hành nội soi can thiệp. 2. Nghiên cứu hiệu quả cầm máu của một số kỹ thuật nội soi điều trị xuất huyết tiêu hóa trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng, gồm 346 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên với 365 lần nội soi can thiệp cầm máu tại Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 11/2017 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu: $55,6 \pm 17,9$, nhỏ nhất: 9, lớn nhất: 95. Tỷ lệ nam/nữ = 2,5. Nguyên nhân xuất huyết: giãn tĩnh mạch thực quản và dạ dày là 35,5% và 4,3%, loét dạ dày - tá tràng 50,9%, rách tâm vị - thực quản 5,5%, dị sản mạch máu 2,6% và khác 1,2%. Các phương pháp đã sử dụng: Thắt giãn tĩnh mạch thực quản 33,7%, chích Histoacryl giãn tĩnh mạch phình vị 4,1%, kẹp clip 52,6%, tiêm adrenalin 15,9%, đốt APC 7,9%, phun Hemospray 0,8%, khác 0,3%. Tỷ lệ thành công cầm máu ban đầu 100%, cầm máu lâu dài 99,1%; tỷ lệ xuất huyết tái phát 2,3%, cầm máu thất bại 0,9%; tỷ lệ phẫu thuật 0,9%. **Kết luận:** Các phương pháp cầm máu qua nội soi cho thấy sự an toàn và hiệu quả rất cao, tỷ lệ thất bại và phải phẫu thuật rất thấp. Việc sử dụng các kỹ thuật mới trong trường hợp thất bại với kỹ thuật cổ điển cho thấy hiệu quả tốt và an toàn.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa trên, nội soi.

Abstract

Implementation of new techniques in the management of upper gastrointestinal bleeding

Truong Xuan Long^{1*}, Nguyen Thi Huyen Thuong¹, Vinh Khanh¹, Phan Trung Nam¹,
Nguyen Thi Nga¹, Nguyen Phan Hong Ngoc¹, Tran Van Huy¹

(1) Gastroenterology - Endoscopy Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: In recent years, many endoscopic hemostasis techniques helped to improve the prognosis of upper gastrointestinal bleeding. It includes: esophageal band ligation and Histoacryl injection in variceal upper GI bleeding; dilute adrenalin injection, hemoclipping, argon plasma coagulation and Hemospray in non-variceal upper GI bleeding. But domestic studies about these techniques' efficacy are limited. **Objectives:** 1. To describe characteristics of patients and endoscopic lesions in upper GI bleeding. 2. To assess the efficacy of some endoscopic hemostasis techniques in upper GI bleeding. **Subject and methods:** Interventional study concluded 346 upper GI bleeding patients, 365 therapeutic upper endoscopy to get hemostasis in Gastroenterology - Endoscopy Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from 11/2017 to 4/2022. **Result:** Mean age of patients is 55.6 ± 17.9 , minimum is 9, maximum is 95. Male/female ratio is 2.5. The causes of bleeding: esophageal varices 35.5%, gastric varices 4.3%, peptic ulcer diseases 50.9%, esophago-gastric junction tear 5.5%, angiodysplasia 2.6%, and others 1.2%. Hemostatic techniques: esophageal band ligation 33.7%, Histoacryl injection 4.1%, hemoclipping 52.6%, dilute adrenalin injection 15.9%, APC 7.9%, Hemospray 0.8% and others 0.3%. Successful rate of initiating endoscopic hemostasis

is high (100%), permanent hemostasis is high (99.1%); recurrent bleeding rate is low (2.3%), endoscopic hemostasis failure is low (0.9%); operation rate is low (0.9%). **Conclusion:** Endoscopic hemostasis techniques showed good safety and efficacy, failure and operation rate are very low. Using new techniques in case of failure of traditional techniques was beneficial and safe.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, endoscopy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa trên là một cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành tiêu hóa tại Việt Nam. Theo các nghiên cứu dịch tễ tại Hoa Kỳ, số lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa phải nhập viện chiếm đến hơn 250.000 trường hợp mỗi năm [1]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỉ lệ tử vong của xuất huyết tiêu hóa trên vẫn còn đáng kể, từ 2 - 15% [2]. Trong thực hành lâm sàng, xuất huyết tiêu hóa trên được chia thành xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch và xuất huyết tiêu hóa trên do vỡ giãn tĩnh mạch bởi cơ chế bệnh sinh và tiên lượng khác nhau của mỗi bối cảnh, trong đó xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch phổ biến hơn. Trong những năm gần đây, đã có nhiều tiến bộ nổi bật về các kỹ thuật nội soi can thiệp cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa trên, góp phần cải thiện tiên lượng bệnh cảnh cấp cứu này. Trong khi đó, ở nước ta chưa có nhiều nghiên cứu cập nhật về hiệu quả điều trị của các kỹ thuật mới này. Chính vì lý do này, chúng tôi thực hiện đề tài **“Nghiên cứu áp dụng một số kỹ thuật mới trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên”** với hai mục tiêu:

1. Khảo sát một số đặc điểm về bệnh nhân và tổn thương trên nội soi của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên được tiến hành nội soi can thiệp.

2. Nghiên cứu hiệu quả cầm máu của một số kỹ thuật nội soi điều trị xuất huyết tiêu hóa trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên được nội soi can thiệp cầm máu tại Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 11/2017 đến tháng 4/2022.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp tiến cứu.

Cỡ mẫu thuận tiện với 208 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên không do vỡ giãn tĩnh mạch với 227 lần nội soi can thiệp và 138 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do vỡ giãn tĩnh mạch tại Trung

tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được tiến hành hồi sức tốt, ổn định về mặt huyết động trước, trong và sau khi nội soi. Với các trường hợp XHTH trên không do vỡ giãn tĩnh mạch, duy trì thuốc ức chế bơm proton truyền tĩnh mạch chậm liên tục 8 mg/giờ trong 72 giờ theo đúng khuyến cáo của Hiệp hội nội soi tiêu hóa châu Âu (ESGE) [3] và đồng thuận trong khu vực châu Á – Thái Bình Dương [4]. Với các trường hợp XHTH trên do vỡ giãn tĩnh mạch, dùng kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3 cùng với thuốc co mạch (terlipressin 1mg tĩnh mạch mỗi 4 - 6 giờ hoặc octreotide duy trì tĩnh mạch 25-50 µg/h) theo khuyến cáo của Hiệp hội nội soi tiêu hóa châu Âu (ESGE) [5]. Với bệnh nhân có giãn tĩnh mạch phình vị, tiến hành chụp CT scan bụng có thuốc để đánh giá shunt vị - thận trước khi tiến hành tiêm keo nếu tình trạng bệnh cho phép.

Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi được sử dụng trong nghiên cứu là hệ thống máy nội soi Fujinon của hãng Fujifilm, nguồn sáng XL-4450, bộ xử lý hình ảnh VP 4450-HD. Ống nội soi Fujinon mã hiệu EG-590WR và EG-530CT.

Phương tiện nội soi cầm máu:

- Clip cầm máu sử dụng trong nghiên cứu là endoclip của hãng Olympus với các kích thước ngắn (HX-610-135S), trung bình (HX-610-135) và dài (HX-610-135L).

- Kim tiêm cầm máu của hãng ETC và Olympus.

- Hệ thống bột phun cầm máu Hemospray HEMO-7-EU của hãng Cook.

- Bộ thắt tĩnh mạch bằng vòng cao su của OmniView.

- Keo tiêm cầm máu búi giãn tĩnh mạch phình vị Histoacryl của hãng B. Braun.

- Dung môi của keo là Lipiodol Ultra Fluid của hãng Guerbet.

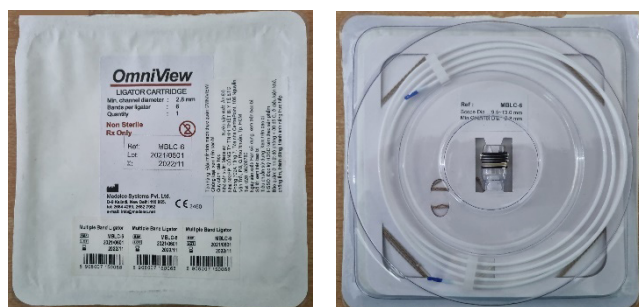
- Máy đốt Argon Plasma Coagulation (APC) của hãng Olympus và ERBE.

- Stent nhựa đường mật của Olympus.

Bệnh nhân được theo dõi đến khi ra viện.



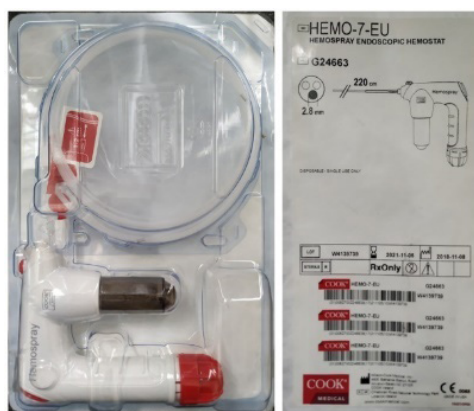
Hình 1. Các loại endoclip sử dụng trong nghiên cứu, từ trái sang phải (clip ngắn, vừa, dài)



Hình 2. Bộ thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su của OmniView



Hình 3. Keo Histoacryl và dung môi Lipiodol Ultra Fluid



Hình 4. Hệ thống bột phun cầm máu Hemospray sử dụng trong nghiên cứu

Tiêu chí đánh giá trong nghiên cứu:

- Cầm máu lâu dài thành công là sau nội soi điều trị và dùng thuốc ức chế bơm proton hoặc thuốc co mạch, bệnh nhân ổn định và được ra viện.
- Cầm máu lâu dài thất bại là sau khi cầm máu lần đầu bị xuất huyết tái phát và nội soi cầm máu lần

hai thất bại.

- Tỷ lệ tử vong
- Tỷ lệ chuyển can thiệp phẫu thuật
- Nhu cầu truyền máu

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa,

được tiến hành nội soi dạ dày cấp cứu hoặc trì hoãn và có thực hiện các thủ thuật can thiệp.

- Bệnh nhân tình cờ phát hiện xuất huyết tiêu hóa và có can thiệp cầm máu khi tiến hành nội soi dạ dày.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân nội soi nhưng không thực hiện can thiệp.

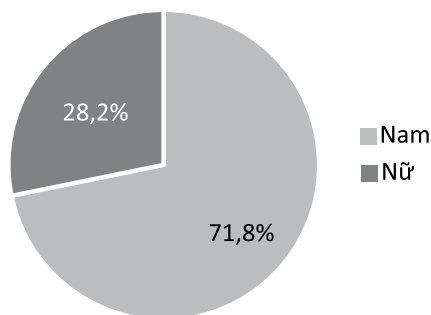
- Bệnh nhân có chống chỉ định của nội soi tiêu hóa trên.

- Bệnh nhân không đồng ý thực hiện nội soi thực

quản - dạ dày - tá tràng hoặc thực hiện các thủ thuật can thiệp qua nội soi.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 11 năm 2017 đến tháng 4 năm 2022, có 346 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu và đã tiến hành 365 lần nội soi can thiệp. Tuổi trung bình $55,6 \pm 17,9$, tuổi nhỏ nhất là 9, tuổi lớn nhất là 95. Tỷ lệ về giới tính giữa nam và nữ tương ứng là 71,8% và 28,2%, nam giới gấp 2,5 lần nữ giới.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ về giới của đối tượng nghiên cứu

Gần như tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được thực hiện 1 lần nội soi can thiệp duy nhất. Chỉ có 13 bệnh nhân phải nội soi nhiều hơn một lần, trong đó có đến 5 trường hợp (38,5%) là do đốt argon plasma (APC) các dị sản mạch máu phải làm nhiều lần.

Bảng 1. Một số đặc điểm về tổn thương trên nội soi của bệnh nhân

Đặc điểm nội soi	Số trường hợp (%)
Số lần thực hiện nội soi	
1 lần	333 (96,2%)
> 1 lần	13 (3,8%)
Tổng	346 (100,0%)
Nguyên nhân xuất huyết	
Vỡ giãn tĩnh mạch	
Thực quản	123 (35,5%)
Dạ dày	15 (4,3%)
Không vỡ giãn tĩnh mạch	
Do loét dạ dày - tá tràng	176 (50,9%)
Do rách tâm vị - thực quản	19 (5,5%)
Do dị sản mạch máu	9 (2,6%)
Khác	4 (1,2%)
Tổng	346 (100,0%)
Điểm Forrest của tổn thương loét	
Fla	10 (5,7%)
F1b	71 (40,3%)
FIIa	65 (36,9%)
FIIb	30 (17,1%)
Tổng	176 (100,0%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nguyên nhân gây XHTH trên không do vỡ giãn tĩnh mạch chiếm đa số với 60,2%, trong đó loét dạ dày - tá tràng chiếm 50,9%. Số clip được sử dụng để can thiệp cầm máu là $2,4 \pm 1,3$, ít nhất là 1 clip và trường hợp nhiều nhất phải dùng đến 7 clip. Phân độ Forrest của các ổ loét đa phần thuộc nhóm Forrest Ib và IIa chiếm lần lượt 40,3% và 36,9%.

Bảng 2. Hiệu quả cầm máu qua nội soi can thiệp

Hiệu quả cầm máu	Số trường hợp (%)
Cầm máu ban đầu thành công	346 (100%)
Xuất huyết tái phát	8/346 (2,3%)
Tái phát sớm trước 72 giờ	5/8 (62,5%)
Tái phát muộn sau 72 giờ	3/8 (37,5%)
Cầm máu lâu dài	
Thành công	343 (99,1%)
Thất bại	3 (0,9%)
Phẫu thuật	3 (0,9%)

Trung bình mỗi lần nội soi can thiệp cần sử dụng $1,2 \pm 0,5$ biện pháp cầm máu, ít nhất là 1 phương pháp và nhiều nhất là 3 phương pháp. Kẹp clip là phương pháp được sử dụng nhiều nhất, chiếm đến 52,6% tổng số lần nội soi can thiệp.

Bảng 3. Một số phương pháp can thiệp đã sử dụng trong nghiên cứu

Số phương pháp can thiệp đã dùng trên mỗi lần nội soi	
1 phương pháp	311/365 (85,2%)
2 phương pháp	52/365 (14,2%)
3 phương pháp	2/365 (0,6%)
Số phương pháp can thiệp trung bình mỗi ca	$1,2 \pm 0,5$
Các phương pháp can thiệp đã sử dụng	
Thắt giãn tĩnh mạch thực quản	123/365 (33,7%)
Chích Histoacryl búi giãn tĩnh mạch phình vị	15/365 (4,1%)
Phương pháp kẹp clip	192/365 (52,6%)
Số clip trung bình đã sử dụng	$2,4 \pm 1,3$
Phương pháp tiêm adrenalin	58/365 (15,9%)
Phương pháp đốt bằng APC	29/365 (7,9%)
Sử dụng bột phun cầm máu Hemospray	3/365 (0,8%)
Phương pháp khác	1/365 (0,3%)
Nhu cầu truyền máu sau can thiệp	8/346 (2,3%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp sử dụng phương pháp khác để cầm máu, đây là trường hợp chảy máu từ vị trí cắt cơ vòng Oddi sau nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), được đặt 2 stent đường mật để cầm máu.

Hiệu quả cầm máu ban đầu và cầm máu lâu dài trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 100% và 99,1%. Chỉ có 8 trường hợp xuất huyết tái phát chiếm 2,3%. Trong đó có 1 trường hợp đặc biệt chảy máu từ chân búi giãn tĩnh mạch thực quản đã thắt trước đó, được can thiệp thành công bằng APC.

Không có trường hợp nào sau khi sử dụng các

phương pháp cầm máu xuất hiện biến chứng của can thiệp như thủng hoặc chảy máu thứ phát. Nhu cầu truyền máu sau can thiệp nội soi của chúng tôi chỉ chiếm 2,3% số trường hợp, tất cả các trường hợp này đều là những trường hợp có xuất huyết tái phát. Không có trường hợp nào tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi.

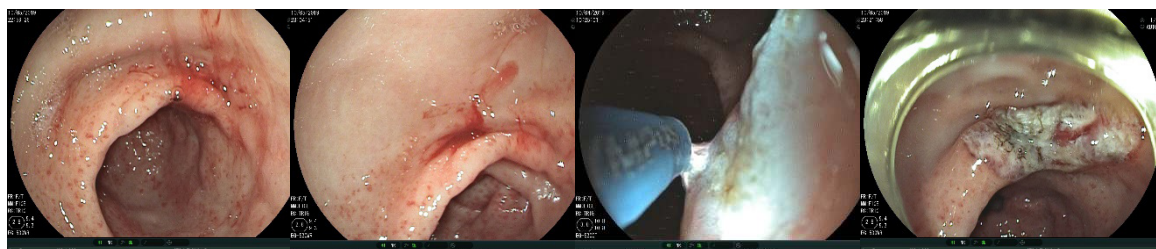
4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nghiên cứu là $55,6 \pm 17,9$, tuổi nhỏ nhất là 9, tuổi lớn nhất là 95. Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi có số lượng nam gấp 2,5

lần nữ giới. Điều này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Hiếu Tâm và Hồ Đăng Quý Dũng ở những bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng [6]. Theo tác giả Wuerth BA và cộng sự, xuất huyết tiêu hóa trên tại Hoa Kỳ cũng có xu hướng xuất hiện ở lứa tuổi lớn (45 - 64 tuổi: 30%, 65 - 84 tuổi: 44%) và nam nhiều hơn nữ (lần lượt là 55% và 45%) [7]. Có sự khác nhau giữa các nghiên cứu do đối tượng trong mỗi nghiên cứu không hoàn toàn giống nhau. Tuy nhiên có thể giải thích được cho độ tuổi tương đối lớn do đây là thời gian bệnh nhân thường sử dụng nhiều thuốc để điều trị bệnh, bên cạnh đó nam giới thường có tiền sử dùng rượu, bia, hút thuốc lá, đây đều là những yếu tố nguy cơ của xuất huyết tiêu hóa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, XHTH trên không do vỡ giãn tĩnh mạch chiếm tỉ lệ 60,2% nhiều hơn so với nhóm do vỡ giãn tĩnh mạch với 39,8%. Trên thực tế, nếu tính chung tất cả các trường hợp XHTH được nhập viện, tỉ lệ XHTH trên do vỡ giãn tĩnh mạch còn thấp hơn, xu hướng này cũng thể hiện rõ ở các nước lớn trên thế giới [8]. Với XHTH trên do vỡ giãn tĩnh mạch, thực quản chiếm 89,1% (123/138 ca), dạ dày chiếm 10,9% (15/138 ca). Đối với bệnh nhân có tình

trạng tăng áp cửa, tỉ lệ gặp phải giãn tĩnh mạch dạ dày khoảng 20% [9, 10] tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Với XHTH trên không do vỡ giãn tĩnh mạch trong nghiên cứu của chúng tôi, loét dạ dày - tá tràng chiếm đa số với 84,6% (176/206 ca), tiếp đến là rách tâm vị - thực quản với 9,2% (19/206 ca). Theo Abougergi MS, tại Hoa Kỳ, bệnh lý loét cũng là nguyên nhân hàng đầu gây ra xuất huyết tiêu hóa trên do mọi nguyên nhân trong giai đoạn 2002-2012 [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5,6% trường hợp xuất huyết do dị sản mạch máu, chúng ta ngày càng gặp nhiều hơn những trường hợp này. Điều này cũng được tác giả Abougergi MS nhắc tới khi tỉ lệ xuất huyết do các nguyên nhân như tổn thương Dieulafoy, dị sản mạch máu và tổn thương ác tính tăng lên lần lượt là 33%, 32% và 50% tại Hoa Kỳ. Cần có những nghiên cứu lớn hơn về dịch tễ xuất huyết tiêu hóa trên để làm rõ vấn đề này tại Việt Nam bởi những tổn thương như dị sản mạch máu là những tổn thương khó điều trị trên nội soi, hiện tại một trong những phương pháp được chấp nhận sử dụng rộng rãi nhất là đốt các dị sản mạch máu bằng argon plasma (APC) [12].



Hình 5. Giãn mao mạch ở hang vị đang chảy máu. APC đốt giãn mao mạch cầm máu

Số phương pháp cầm máu trung bình sử dụng trong mỗi lần nội soi là $1,2 \pm 0,5$, ít nhất là 1 và lớn nhất là 3. Đối với XHTH trên do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản hoặc phình vị, chỉ cần dùng phương pháp tương ứng là thắt tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su hoặc tiêm keo vào búi giãn tĩnh mạch phình vị [13]. Đối với cầm máu trong các trường hợp XHTH trên không do vỡ giãn tĩnh mạch, chúng ta có 4 phương pháp chính: tiêm cầm máu (tiêm adrenalin pha loãng), cầm máu bằng biện pháp cơ học (kẹp clip), cầm máu bằng liệu pháp nhiệt (đốt APC) và cầm máu tại chỗ (bột cầm máu Hemospray) [14]. Việc sử dụng phương pháp nào, đơn độc hay kết hợp nhiều phương pháp tùy thuộc vào tình trạng tổn thương, hiệu quả cầm máu của phương pháp đã sử dụng cũng như quyết định của bác sĩ nội soi. Tiêm adrenalin đơn độc để cầm máu có tỉ lệ tái xuất huyết cao hơn so với sử dụng phối hợp thêm một phương pháp cầm máu khác [15]. Bên cạnh đó, kẹp

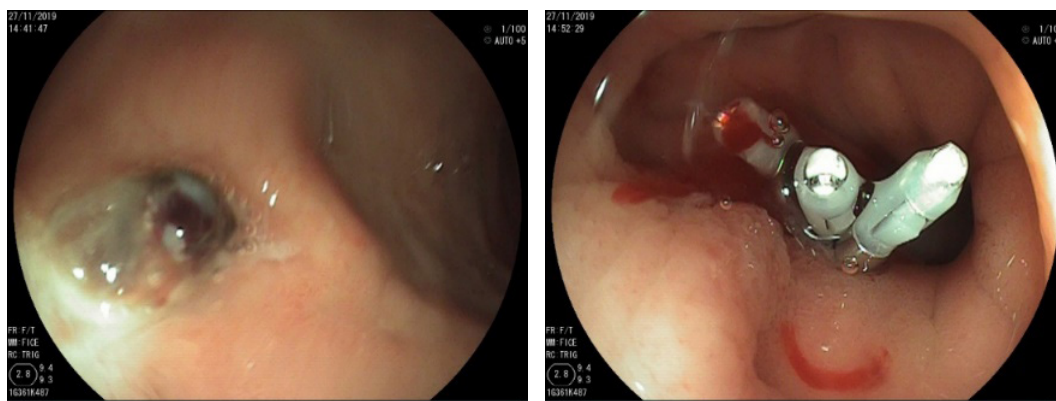
clip đơn độc lại là một phương tiện cầm máu cơ học có hiệu quả tốt khi so sánh với tiêm adrenalin đơn độc [16]. Vì vậy, kẹp clip cầm máu có thể được sử dụng đơn độc, còn tiêm adrenalin luôn cần phải kết hợp thêm với một phương pháp cầm máu khác. Có 85,2% số lần can thiệp trong nghiên cứu chỉ sử dụng 1 phương pháp cầm máu, 14,2% sử dụng 2 phương pháp và chỉ có 2 trường hợp (0,6%) phải sử dụng đến 3 phương pháp cầm máu.

Tỉ lệ thành công trong cầm máu thì đầu và cầm máu lâu dài trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao, chiếm lần lượt 100% và 99,1%. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm và Hồ Đăng Quý Dũng trong loét dạ dày - tá tràng với lần lượt 97,2% và 91,7% [6]. Theo Choudari và cộng sự, tỉ lệ này lần lượt là 94% và 82,5% với nhóm bệnh lý loét [17]. Các phương pháp cầm máu được sử dụng trong XHTH trên do vỡ giãn tĩnh mạch như thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su và tiêm Histoacryl

vào búi giãn tĩnh mạch phình vị đều là những kỹ thuật cho thấy khả năng cầm máu thì đầu và cầm máu lâu dài tốt với tỉ lệ biến chứng thấp được thể hiện qua một số nghiên cứu của Kang EJ và cộng sự [18] và Cordon JP và cộng sự [19]. Cả 2 phương pháp này đều đã được khuyến cáo sử dụng trong đồng thuận BAVENO 7 năm 2021 trong xử trí các biến chứng do tăng áp cửa [20]. Điều này cho thấy giá trị của nội soi can thiệp cầm máu trong các trường hợp XHTH trên, đặc biệt là XHTH trên nặng.

Với XHTH trên không do vỡ giãn tĩnh mạch, Wong SK và cộng sự đã đưa ra một số yếu tố có thể là nguyên nhân của tình trạng tái xuất huyết sau can thiệp như huyết áp thấp, hemoglobin < 10 g/dl, có máu tươi trong lòng dạ dày, ổ loét lớn hoặc đang chảy máu ở thời điểm nội soi can thiệp [21], Thomopoulos KC và cộng sự còn chỉ ra ổ loét ở mặt sau hành tá tràng và tại vị trí miệng nối cũng có tỉ lệ can thiệp thất bại cao [22]. Với XHTH trên do vỡ giãn tĩnh mạch, Xu L và cộng sự cũng đưa ra một số yếu tố dự đoán độc lập cho nguy cơ chảy máu tái phát sau thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su là lượng dịch báng, mức độ lan rộng của giãn tĩnh mạch, số vòng thắt cần sử dụng và thời gian prothrombin [23].

Phương pháp kẹp clip là phương pháp cầm máu được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng là phương pháp được sử dụng chủ yếu cho XHTH trên không do vỡ giãn tĩnh mạch, chiếm tới 52,6% tổng số lần can thiệp, số clip trung bình đã sử dụng là $2,4 \pm 1,3$. Số clip trung bình đã sử dụng của một số nghiên cứu về xuất huyết do loét dạ dày - tá tràng của Châu Quốc Sử và cộng sự là 2,13 [24], Lai YC và cộng sự là 3 [25]. Điều này là phù hợp với nguyên nhân gây xuất huyết trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là loét dạ dày - tá tràng với 50,9% trường hợp. Đối với ổ loét trên nội soi, chúng tôi dựa vào phân độ Forrest để đưa ra quyết định can thiệp. Những ổ loét Forrest IIb trở lên là những ổ loét có nguy cơ chảy máu và tái xuất huyết cao [26], sẽ được tiến hành can thiệp kẹp clip cầm máu qua nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ổ loét Forrest Ib và IIa chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 40,3% và 36,9%. Không có trường hợp nào sau kẹp clip xuất hiện biến chứng của can thiệp như thủng hoặc chảy máu thứ phát. Laine L và McQuaid KR cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng giữa nhóm điều trị có can thiệp và nhóm chỉ điều trị nội khoa đơn thuần [26].

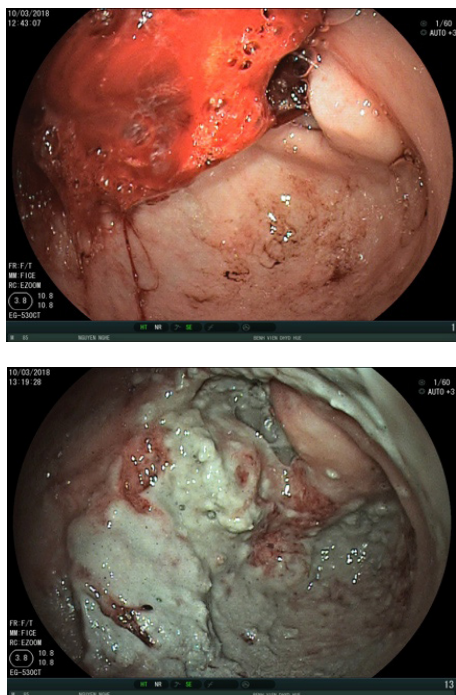


Hình 6. Hình ảnh ổ loét Forrest IIb mặt trước hành tá tràng, trước và sau khi can thiệp kẹp clip cầm máu

Phương pháp thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su được sử dụng trong nhóm XHTH trên do vỡ giãn tĩnh mạch, được sử dụng nhiều thứ hai trong nghiên cứu với 33,7%. Nếu chỉ tính riêng trong nhóm XHTH trên do vỡ giãn tĩnh mạch, thắt giãn tĩnh mạch thực quản chiếm 89,1% và tiêm Histoacryl búi giãn tĩnh mạch phình vị chiếm 10,9%. Tỉ lệ can thiệp với chảy máu từ búi giãn tĩnh mạch phình vị trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với Gulamhusein AF,

Kamath PS với tỉ lệ chảy máu từ giãn tĩnh mạch dạ dày hàng năm là 12% [27].

Với tất cả các phương pháp cầm máu được sử dụng trong nghiên cứu, không có trường hợp nào xảy ra biến chứng thủng hay chảy máu thứ phát do phương pháp can thiệp, điều này nói lên tính an toàn của các phương pháp cầm máu trong nội soi tiêu hóa trên. Nhu cầu truyền máu sau can thiệp chỉ chiếm 2,3% và tất cả các trường hợp đều trong nhóm bệnh nhân có xuất huyết tái phát.



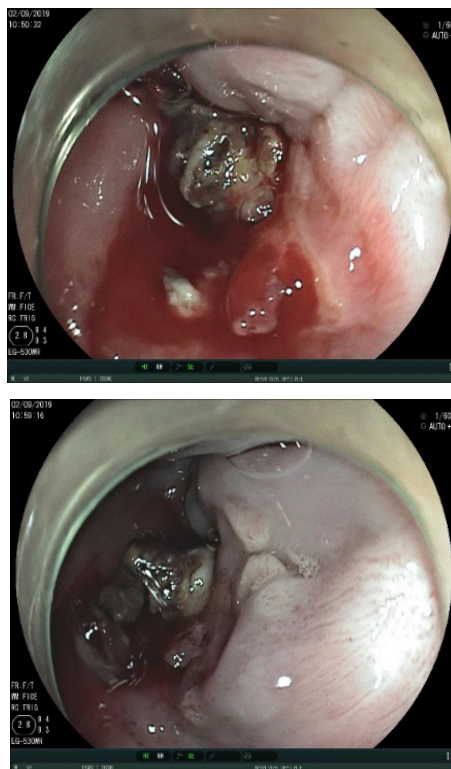
Hình 7. Bệnh nhân nam, 85 tuổi, vào viện vì xuất huyết tiêu hoá mức độ nặng do loét xơ chai hành tá tràng (hình trái). Thất bại với tất cả phương pháp cầm máu thông thường. Phun bột hemospray, sau can thiệp máu ngưng chảy (hình phải).

Trong nghiên cứu có 3 trường hợp chiếm 0,9% phải thực hiện phẫu thuật. Trong trường hợp thứ nhất, bệnh nhân có ổ loét ác tính tại vị trí bờ cong nhỏ, nội soi lần đầu chỉ có thể tiêm adrenalin cầm máu, không kẹp được clip; sau đó bệnh nhân xuất huyết tái phát dù đã được điều trị nội khoa tích cực và có chỉ định phẫu thuật mà không tiến hành soi lần thứ hai. Trường hợp thứ hai, bệnh nhân có một ổ loét lớn Forrest Ia ở hang vị phía bờ cong nhỏ lan quá góc bờ cong nhỏ, đáy ổ loét nhăm nhở và hoại tử nhiều, nội soi lần đầu đã kẹp 2 clip và tiêm adrenalin cầm máu; sau đó tái xuất huyết và được nội soi lại lần 2, ổ loét vẫn tiếp tục chảy máu Forrest Ia, được kẹp 7 clip và tiêm adrenalin cầm máu nhưng vẫn tái xuất huyết trở lại. Trường hợp thứ ba là bệnh nhân xơ gan mất bù nặng, vào viện trong bối cảnh phổi hợp xuất huyết từ giãn tĩnh mạch phình vị GOV2 (theo phân độ Sarin), bệnh lý não gan giai đoạn II (theo West-Haven) và tổn thương thận cấp khả năng do mất máu, bệnh nhân được nội soi tiêm Histoacryl vào búi giãn tĩnh mạch phình vị để cầm máu nhưng sau đó tái xuất huyết trở lại sớm và phải chuyển sang can thiệp mạch.

Không có trường hợp nào tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Chou YC và cộng sự, tỉ lệ

phẫu thuật và tử vong sau can thiệp là 5,1% và 2,6% [28]. Kẹp clip không thành công có thể do kẹp không đúng tổn thương, tuột clip do đáy ổ loét xơ chai hoặc hoại tử nhiều hoặc vị trí khó thực hiện. Dù vậy, đây vẫn là một phương pháp cầm máu an toàn, có hiệu quả cầm máu cao giúp giảm tỉ lệ xuất huyết tái phát, tỉ lệ phẫu thuật và tử vong. Với XHTH trên do vỡ giãn tĩnh mạch, nhóm bệnh nhân thường gặp nhất là xơ gan, đây là nhóm bệnh nhân nặng với nhiều bối cảnh phức tạp, thường khó dự đoán và tiên lượng khả năng thành công của nội soi can thiệp cũng như nguy cơ tái xuất huyết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều trường hợp được sử dụng các phương pháp cầm máu khác tân tiến so với bối cảnh chung tại Việt Nam như đốt đông argon plasma (APC) với 7,9% chủ yếu cho bệnh nhân có dị sản mạch máu và bột cầm máu Hemospray với 0,8% chủ yếu cho những bệnh nhân xuất huyết từ tổn thương ác tính hoặc đã thất bại với các biện pháp cầm máu khác. Có 1 trường hợp trong nghiên cứu chảy máu từ chân búi giãn tĩnh mạch thực quản cũng được cầm máu bằng đốt APC và cho hiệu quả cầm máu tốt. Đây là một biến chứng hiếm gặp của thủ thuật này và đốt bằng APC để cầm máu có thể là một lựa chọn đơn giản có hiệu quả cao [29].



Hình 8. Hình ảnh chảy máu từ chân búi giãn tĩnh mạch thực quản đã thắt, trước và sau khi được đốt cầm máu bằng APC

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 346 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên được tiến hành nội soi can thiệp tại Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, chúng tôi xin đưa ra một số kết luận như sau:

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu ở lứa tuổi trung niên $55,6 \pm 17,9$, với tỉ lệ nam/nữ = 2,5. Nguyên nhân xuất huyết: giãn tĩnh mạch thực quản 35,5%, giãn tĩnh mạch dạ dày 4,3%, loét dạ dày - tá tràng 50,9%, rách tâm vị - thực quản 5,5%, dị sản mạch máu 2,6%, khác 1,2%.

- Các phương pháp cầm máu đã sử dụng: Thắt giãn tĩnh mạch thực quản 33,7%, chích Histoacryl giãn tĩnh mạch phình vị 4,1%, kẹp clip 52,6%, tiêm adrenalin 15,9%, đốt APC 7,9%, phun Hemospray 0,8%, khác 0,3%. Cầm máu ban đầu thành công

100%, xuất huyết tái phát 2,3%, thất bại cầm máu lâu dài 0,9%, chuyển phẫu thuật 0,9%. Nhu cầu truyền máu sau can thiệp 2,3%.

6. KIẾN NGHỊ

Các kỹ thuật nội soi can thiệp cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa trên qua nghiên cứu cho thấy an toàn và có hiệu quả cao trong điều trị. Với sự phát triển của các kỹ thuật nội soi cũng như bác sĩ nội soi can thiệp lành nghề, tỉ lệ thành công trong điều trị xuất huyết tiêu hóa ngày càng tăng, giảm tỉ lệ sử dụng các kỹ thuật xâm lấn nhiều và qua đó mang lại tiên lượng tốt hơn cũng như duy trì được chất lượng sống cho bệnh nhân. Cần tăng cường đào tạo chuyển giao kỹ thuật nội soi can thiệp cầm máu, đầu tư trang thiết bị và mở rộng chỉ định trong lâm sàng ở tất cả các bệnh viện để nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abougergi MS, Travis AC, Saltzman JR. The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis. *Gastrointest Endosc.* 2015;81:882-8.
2. Alzoubaidi D, Lovat LB, Haidry R. Management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: where are we in 2018? . *Frontline Gastroenterology.* 2018;10:35-42.
3. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanis A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47:a1-a46.
4. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, Lau JY, Goh KL, Ho LH, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. *Gut.* 2018;67(10):1757-68.
5. Karstensen JG, Ebigbo A, Bhat P, Dinis-Ribeiro M, Gralnek I, Guy C, et al. Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. *Endoscopy international open.* 2020;8(7):E990-e7.
6. Huỳnh Hiếu Tâm, Hồ Đăng Quý Dũng. Hiệu quả cầm máu ban đầu và cầm máu lâu dài của phương pháp kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp thuốc ức chế bơm proton liều cao ở bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày tá tràng. *Tạp chí Y Dược học.* 2018;8(2):13-9.
7. Wuerth BA, Rockey DC. Changing epidemiology of upper gastrointestinal hemorrhage in the last decade: A nationwide analysis. *Dig Dis Sci.* 2018;63:1286-93.
8. Weledji EP. Acute upper gastrointestinal bleeding: A review. *Surgery in Practice and Science.* 2020;1:100004.
9. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology.* 2017;65(1):310-35.
10. Konishi Y, Nakamura T, Kida H, Seno H, Okazaki K, Chiba T. Catheter US probe EUS evaluation of gastric cardia and perigastric vascular structures to predict esophageal variceal recurrence. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2002;55(2):197-203.
11. Abougergi MS. Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the USA: Is the Bleeding Slowing Down? *Dig Dis Sci.* 2018;63(5):1091-3.
12. García-Compeán D, Del Cueto-Aguilera Á N, Jiménez-Rodríguez AR, González-González JA, Maldonado-Garza HJ. Diagnostic and therapeutic challenges of gastrointestinal angiodysplasias: A critical review and view points. *World J Gastroenterol.* 2019;25(21):2549-64.
13. Onofrio FQ, Pereira-Lima JC, Valença FM, Azeredo-da-Silva ALF, Tetelbom Stein A. Efficacy of endoscopic treatments for acute esophageal variceal bleeding in cirrhotic patients: systematic review and meta-analysis. *Endoscopy international open.* 2019;7(11):E1503-e14.
14. Parsi MA, Schulman AR, Aslanian HR, Bhutani MS, Krishnan K, Lichtenstein DR, et al. Devices for endoscopic hemostasis of nonvariceal GI bleeding (with videos). *VideoGIE.* 2019;4(7):285-99.
15. Vergara M, Bennett C, Calvet X, Gisbert JP. Epinephrine injection versus epinephrine injection and a second endoscopic method in high-risk bleeding ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(10):Art. No.: CD005584.
16. Barakat F, Moura E, Bernardo W, Pu LZ, Mendonça E, Moura D, et al. Endoscopic hemostasis for peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Surg Endosc.* 2016;30(6):2155-68.
17. Choudari CP, Rajgopal C, Elton RA, Palmer KR. Failures of endoscopic therapy for bleeding peptic

ulcer: an analysis of risk factors. *Am J Gastroenterol*. 1994;89(11):1968-72.

18. Kang EJ, Jeong SW, Jang JY, Cho JY, Lee SH, Kim HG, et al. Long-term result of endoscopic Histoacryl (N-butyl-2-cyanoacrylate) injection for treatment of gastric varices. *World J Gastroenterol*. 2011;17(11):1494-500.

19. Poza Cordon J, Froilan Torres C, Burgos García A, Gea Rodriguez F, Suárez de Parga JM. Endoscopic management of esophageal varices. *World journal of gastrointestinal endoscopy*. 2012;4(7):312-22.

20. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *Journal of hepatology*. 2022;76(4):959-74.

21. Wong SK, Yu LM, Lau JY, Lam YH, Chan AC, Ng EK, et al. Prediction of therapeutic failure after adrenaline injection plus heater probe treatment in patients with bleeding peptic ulcer. *Gut*. 2002;50(3):322-5.

22. Thomopoulos KC, Mitropoulos JA, Katsakoulis EC, Vagianos CE, Mimidis KP, Hatzigiorgiou MN, et al. Factors associated with failure of endoscopic injection haemostasis in bleeding peptic ulcers. *Scand J Gastroenterol*. 2001;36(6):664-8.

23. Xu L, Ji F, Xu QW, Zhang MQ. Risk factors for predicting early variceal rebleeding after endoscopic variceal

ligation. *World J Gastroenterol*. 2011;17(28):3347-52.

24. Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức, Châu Quốc Sửu. Kết quả kẹp clip cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2012;16(11):137-46.

25. Lai YC, Yang SS, Wu CH, Chen TK. Endoscopic hemoclip treatment for bleeding peptic ulcer. *World J Gastroenterol*. 2000;6(1):53-6.

26. Laine L, McQuaid KR. Endoscopic therapy for bleeding ulcers: an evidence-based approach based on meta-analyses of randomized controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7(1):33-47.

27. Gulamhusein AF, Kamath PS. The epidemiology and pathogenesis of gastrointestinal varices. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy*. 2017;19(2):62-8.

28. Chou YC, Hsu PI, Lai KH, Lo CC, Chan HH, Lin CP, et al. A prospective, randomized trial of endoscopic hemoclip placement and distilled water injection for treatment of high-risk bleeding ulcers. *Gastrointest Endosc*. 2003;57(3):324-8.

29. Cho E, Jun CH, Cho SB, Park CH, Kim HS, Choi SK, et al. Endoscopic variceal ligation-induced ulcer bleeding: What are the risk factors and treatment strategies? *Medicine*. 2017;96(24):e7157.