

Kết quả điều trị nội soi xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn ở Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Trương Xuân Long^{1*}, Lê Minh Tân¹, Vĩnh Khanh¹,
Nguyễn Thị Huyền Thương¹, Phan Trung Nam¹, Trần Văn Huy¹
(1) Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề và mục tiêu: Xuất huyết tiêu hóa trên là một cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành tiêu hóa tại Việt Nam, trong đó xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn rất phổ biến. 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%. Gần đây, nhiều tiến bộ nổi bật về các kỹ thuật nội soi can thiệp cầm máu đã góp phần cải thiện tiên lượng bệnh cảnh cấp cứu này. Chúng tôi thực hiện đề tài 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 không do vỡ giãn tĩnh mạch 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 không do vỡ giãn tĩnh mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, gồm 161 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch với 179 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 8/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu: $55,0 \pm 17,3$, nhỏ nhất: 12, lớn nhất: 94. Tỷ lệ nam/nữ = 2,6. Vị trí tổn thương: thực quản 10,6%, dạ dày 41,6%, tá tràng 47,8%. Nguyên nhân: loét dạ dày - tá tràng 82,0%, rách tâm vị - thực quản 9,9%, dị sản mạch máu 5,6% và khác 2,5%. Tỉ lệ thành công cầm máu ban đầu 100%, cầm máu lâu dài 98,8%; tỉ lệ xuất huyết tái phát 4,3%, cầm máu thất bại 1,2%; tỉ lệ phẫu thuật 1,2%. **Kết luận:** Các phương pháp cầm máu qua nội soi cho thấy sự an toàn và hiệu quả cao, tỉ lệ thất bại và phải phẫu thuật rất thấp.

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

Abstract

Results of therapeutic endoscopy in non-variceal upper gastrointestinal bleeding at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Truong Xuan Long^{1*}, Le Minh Tan¹, Vinh Khanh¹,
Nguyen Thi Huyen Thuong¹, Phan Trung Nam¹, Tran Van Huy¹
(1) Gastroenterology - Endoscopy Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Upper gastrointestinal bleeding is a frequent emergency in Viet Nam, most of them are non-variceal gastrointestinal bleeding. Despite of many improvements in diagnosis and management, the mortality rate of upper gastrointestinal bleeding is still significant high. In recent years, many endoscopic hemostasis techniques improved the prognosis of this emergency. This study was aimed at: 1. Describing characteristics and the endoscopic lesions in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. 2. Assessing efficacy of some endoscopic hemostasis techniques in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. **Subject and methods:** Interventional study concludes 161 non-variceal upper gastrointestinal bleeding patients, 179 therapeutic upper endoscopy to get hemostasis in Gastroenterology - Endoscopy Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from 11/2017 to 8/2020. **Result:** Mean age of the patients: 55.0 ± 17.3 , minimum: 12, maximum: 94. Male/female ratio: 2.6. Positions of lesions: 10.6% in esophagus, 41.6% in stomach, 47.8% in duodenum. Causes of bleeding: peptic ulcer diseases (82.0%), esophago-gastric junction tear (9.9%), angiodysplasia (5.6%), and others (2.5%). Successful rate of initiating endoscopic hemostasis: 100%, permanent endoscopic hemostasis: 98.8%; recurrent bleeding rate: 4.3%, endoscopic hemostasis failure: 1.2%; operation rate: 1.2%. **Conclusion:** Endoscopic hemostasis techniques showed good safety and efficacy, failure and operation rate are very low.

Keywords: non-variceal upper gastrointestinal bleeding, endoscopic hemostasis

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 **“Kết quả điều trị nội soi xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn ở Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế”** 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 không do vỡ giãn tĩnh mạch 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 không do vỡ giãn tĩnh mạch.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do

vỡ giãn tĩnh mạch 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 8/2020.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp tiến cứu.

Cỡ mẫu thuận tiện với 161 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch, 179 lần nội soi can thiệp 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, 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].

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.

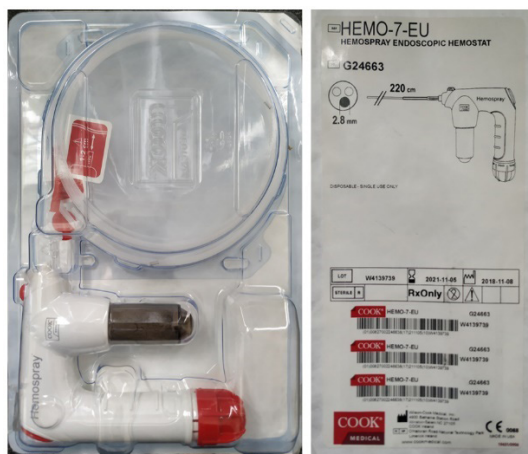
- Máy đốt Argon Plasma Coagulation (APC) của hãng Olympus và ERBE.

- 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. 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 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:

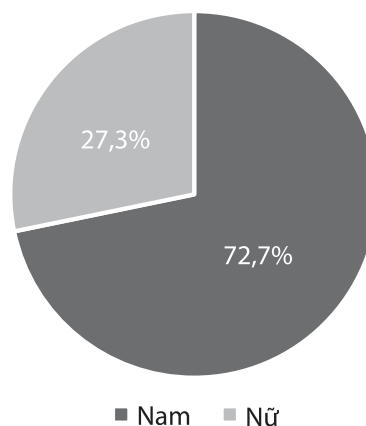
- Bệnh nhân nội soi nhưng không thực hiện can thiệp.

- 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 8 năm 2020, có 161 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu và đã tiến hành 179 lần nội soi can thiệp. Tuổi trung bình $55,0 \pm 17,3$, tuổi nhỏ nhất là 12, tuổi lớn nhất là 94. Tỷ lệ về giới tính giữa nam và nữ tương ứng là 72,7% và 27,3%, nam giới gấp 2,6 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 12 bệnh nhân phải nội soi nhiều hơn một lần, trong đó có đến 5 trường hợp (41,7%) 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	149 (92,5%)
> 1 lần	12 (7,5%)
Vị trí tổn thương được can thiệp	
Thực quản	17 (10,6%)
Dạ dày	67 (41,6%)
Tá tràng	77 (47,8%)
Nguyên nhân gây xuất huyết	
Do loét dạ dày - tá tràng	132 (82,0%)
Do rách tâm vị - thực quản	16 (9,9%)
Do dị sản mạch máu	9 (5,6%)
Khác	4 (2,5%)
Điểm Forrest của tổn thương loét	
Fla	6 (4,5%)
Flb	53 (40,2%)
FIIa	47 (35,6%)
FIIb	26 (19,7%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương gây ra tình trạng xuất huyết gặp chủ yếu ở dạ dày và tá tràng, trong đó nguyên nhân loét dạ dày - tá tràng chiếm đa số với 82,0%. Một số bệnh nhân có tổn

thương ở nhiều vị trí, tuy nhiên tất cả bệnh nhân đều chỉ có 1 vị trí là tiêu điểm chảy máu và được tiến hành can thiệp, chúng tôi chỉ ghi nhận những tổn thương này trong nghiên cứu của mình.

Số clip được sử dụng để can thiệp cầm máu là $2,3 \pm 1,3$, 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 40,2% và 35,6%.

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

Hiệu quả cầm máu	Số trường hợp (%)
Cầm máu ban đầu thành công	161 (100%)
Xuất huyết tái phát	7 (4,3%)
Tái phát sớm trước 72 giờ	5/7 (71,4%)
Tái phát muộn sau 72 giờ	2/7 (28,6%)
Cầm máu lâu dài	
Thành công	159 (98,8%)
Thất bại	2 (1,2%)
Phẫu thuật	2 (1,2%)

Trung bình mỗi lần nội soi can thiệp cần sử dụng $1,3 \pm 0,5$ 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 83,2% 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	135/179 (75,4%)
2 phương pháp	42/179 (23,5%)
3 phương pháp	2/179 (1,1%)
Số phương pháp can thiệp trung bình mỗi ca	$1,3 \pm 0,5$
Các phương pháp can thiệp đã sử dụng	
Phương pháp kẹp clip	149/179 (83,2%)
Số clip trung bình đã sử dụng	$2,3 \pm 1,3$
Phương pháp tiêm adrenalin	48/179 (26,8%)
Phương pháp đốt bằng APC	24/179 (13,4%)
Sử dụng bột phun cầm máu Hemospray	3/179 (1,7%)
Phương pháp khác	1/179 (0,6%)
Nhu cầu truyền máu sau can thiệp	7/161 (4,3%)

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 cấu 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 98,8%. Chỉ có 7 trường hợp xuất huyết tái phát chiếm 4,3%.

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 4,3% 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 $55,0 \pm 17,3$, tuổi nhỏ nhất là 12, tuổi lớn nhất là 94. Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi có số lượng nam gấp 2,6 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 [5]. 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%) [6]. 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.

Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là do loét dạ dày - tá tràng với 82,0%, tiếp đến là rách tâm vị - thực quản với 9,9%. 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 [7]. 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 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 chưa có phương pháp nào tốt hơn phương pháp đốt các dị sản mạch máu bằng argon plasma (APC).

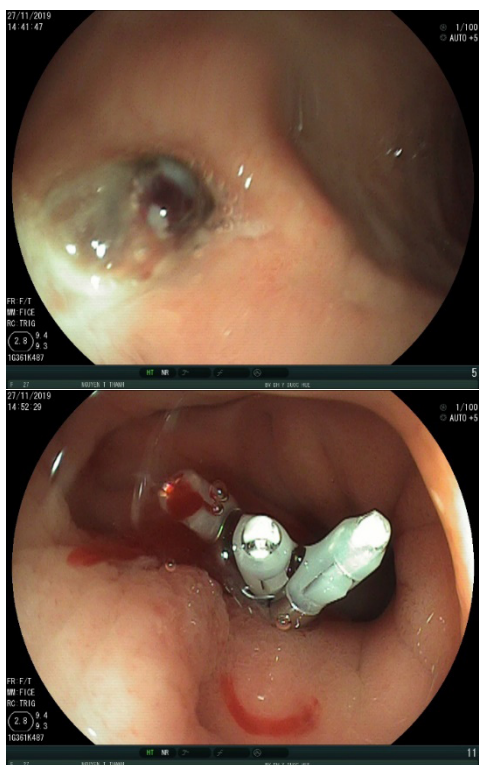
Số phương pháp cầm máu trung bình sử dụng trong mỗi lần nội soi là $1,3 \pm 0,5$, ít nhất là 1 và lớn nhất là 3. Đối với cầm máu trong các trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch, chúng ta có 4 phương pháp chính: tiêm cầm máu (tiêm adrenalin pha loãng), cầm máu bằng biện pháp cơ học (kẹp clip), cầm máu bằng liệu pháp nhiệt (đốt APC) và cầm máu tại chỗ (bột cầm máu Hemospray) [8]. 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 [9]. 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 [10]. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ sử dụng phương pháp kẹp clip đơn độc hoặc kẹp clip kết hợp tiêm adrenalin cầm

máu, không tiêm adrenalin đơn độc để cầm máu. Có 75,4% số lần can thiệp trong nghiên cứu chỉ sử dụng 1 phương pháp cầm máu, 23,5% sử dụng 2 phương pháp và chỉ có 2 trường hợp (1,1%) 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 cao, chiếm lần lượt 100% và 98,8%. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm và Hồ Đăng Quý Dũng với lần lượt 97,2% và 91,7% [5]. Theo Choudari và cộng sự, tỉ lệ này lần lượt là 94% và 82,5% [11]. Điều này cho thấy giá trị của nội soi can thiệp cầm máu trong các trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch, đặc biệt trong nhóm nguyên nhân do các bệnh lý loét. 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 [12]. 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 [13].

Phương pháp kẹp clip là phương pháp cầm máu được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm tới 83,2% tổng số ca, số clip trung bình đã sử dụng là $2,3 \pm 1,3$. 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 [14], Lai YC và cộng sự là 3 [15]. Có thể nhận thấy nguyên nhân gây xuất huyết chủ yếu là loét dạ dày - tá tràng với 82,0% 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 [16], 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 40,2% và 35,6%. 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 [16].

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 4,3% và tất cả các trường hợp đều trong nhóm bệnh nhân có xuất huyết tái phát.

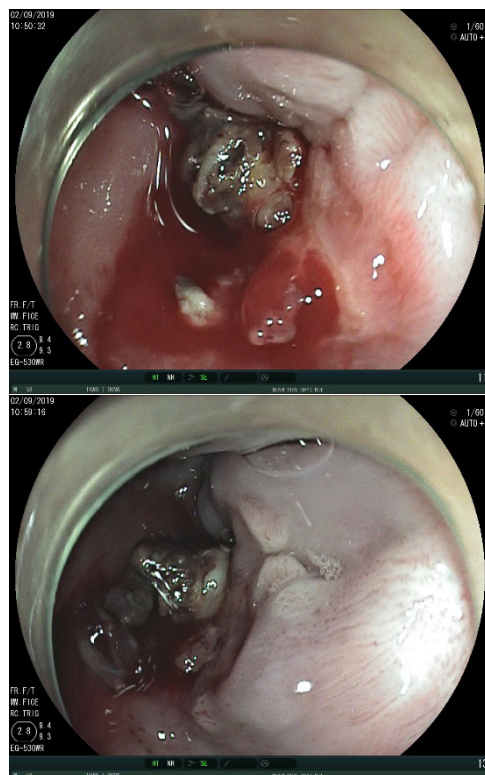


Hình 3. Hình ảnh ổ loét Forrest IIb mặt trước hành tá tràng, trước và sau khi can thiệp kẹp clip cầm máu

Trong nghiên cứu có 2 trường hợp chiếm 1,2% 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. 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% [17]. 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.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều trường hợp được sử dụng các phương pháp cầm máu khá tân tiến so với bối cảnh chung tại Việt Nam như đốt

đồng argon plasma (APC) với 13,4% chủ yếu cho bệnh nhân có dị sản mạch máu và bột cầm máu Hemospray với 1,7% 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.



Hình 4. 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 161 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn 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 với tỉ lệ nam/nữ = 2,6. Vị trí tổn thương chủ yếu ở dạ dày và tá tràng. Nguyên nhân xuất huyết chủ yếu là loét dạ dày - tá tràng.

- Các phương pháp cầm máu qua nội soi cho thấy sự an toàn và hiệu quả cao, tỉ lệ thất bại và phải phẫu thuật rất thấp.

6. KIẾN NGHỊ

Các kỹ thuật nội soi can thiệp cầm máu trong xuất

huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn qua nghiên cứu cho thấy an toàn và có hiệu quả cao trong điều trị. Cần tăng cường đào tạo chuyển giao kỹ thuật và mở rộng chỉ định trong lâm sàng ở tất cả các bệnh

viện để nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân cũng như thực hiện các nghiên cứu đánh giá ở quy mô lớn hơn, đa trung tâm để khẳng định vai trò của nội soi can thiệp hiện nay.

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, Lanas 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. 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.
6. Wuerth BA, Rockey DC. Changing epidemiology of upper gastrointestinal hemorrhage in the last decade: A nationwide analysis. *Dig Dis Sci.* 2018;63:1286-93.
7. Abougergi MS. Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the USA: Is the Bleeding Slowing Down? *Dig Dis Sci.* 2018;63(5):1091-3.
8. 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.
9. 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.
10. Baracat 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức, Châu Quốc Sử. 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.
15. Lai YC, Yang SS, Wu CH, Chen TK. Endoscopic hemoclip treatment for bleeding peptic ulcer. *World J Gastroenterol.* 2000;6(1):53-6.
16. 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.
17. 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.