

Nghiên cứu áp dụng của nội soi ruột non bóng đôi trong chẩn đoán và điều trị xuất huyết tiêu hóa từ ruột non

Nguyễn Thị Huyền Thương¹, Trần Duy Khiêm¹, Trương Xuân Long¹, Trần Văn Huy^{1*}

(1) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) từ ruột non luôn là một thách thức lớn trong lâm sàng do bệnh cảnh lâm sàng không điển hình và nhất là do khó khăn về kỹ thuật và thiết bị. Nội soi ruột non bóng đôi là một phương tiện mới, không những giúp chẩn đoán nguyên nhân gây XHTH ruột non mà còn giúp can thiệp cầm máu. Ở Việt Nam, hiện chưa có nhiều công bố khoa học chính thức về ứng dụng của nội soi ruột non bóng đôi trong chẩn đoán và điều trị xuất huyết tiêu hóa từ ruột non. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có theo dõi dọc trên 36 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa ruột non được nội soi ruột non bóng đôi tại Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 1/2014 đến 6/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ phát hiện thương tổn gây xuất huyết tiêu hóa ruột non của nội soi ruột non bóng đôi là 77,8%, tổn thương thường gặp nhất là tổn thương mạch máu (46,3%), loét (32,1%). Tỷ lệ can thiệp cầm máu qua nội soi là 42,9%. Các trường hợp sau can thiệp ổn định, không có biến chứng. **Kết luận:** Nội soi ruột non bóng đôi là một phương tiện an toàn hiệu quả trong chẩn đoán và can thiệp cầm máu ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa ruột non.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết tiêu hóa ruột non, nội soi ruột non bóng đôi.

The application of double balloon enteroscopy in diagnosis and management of small bowel bleeding

Nguyen Thi Huyen Thuong¹, Tran Duy Khiem¹, Truong Xuan Long¹, Tran Van Huy^{1*}

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Small bowel bleeding is a common condition among patients with gastrointestinal bleeding with unknown origin, nonspecific findings of this condition may lead to delay in diagnosis and management. Double balloon enteroscopy (DBE) is an innovative modality that enabled physicians to identify the etiology and perform the techniques of hemostasis. Data about the role of DBE in diagnosis and intervention in small bowel bleeding in Viet Nam is still limited. **Methods and materials:** 36 patients with small bowel bleeding undergoing double balloon enteroscopy (DBE) from January 2014 to June 2024 were included. **Results:** The overall diagnostic yield of DBE in small bowel bleeding was 77.8%. The most common findings were angiodysplasia (46.3%), ulcers (32.1%). 12/28 patients received endoscopic therapy for small bowel bleeding (42.9%). Technical success was achieved in all patients and no complications was recorded during follow-up. **Conclusion:** Double balloon enteroscopy is a safe and highly effective in management of small bowel bleeding.

Keywords: gastrointestinal bleeding, small bowel bleeding, double balloon enteroscopy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) ruột non được định nghĩa là các trường hợp XHTH tái phát hoặc tái diễn mà không thể tìm thấy tiêu điểm mặc dù đã nội soi thực quản dạ dày tá tràng và nội soi đại tràng. XHTH ruột non chiếm khoảng 5% các trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên lâm sàng, tuy nhiên các triệu chứng liên quan XHTH ruột non thường không đặc hiệu, dẫn đến chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị, cũng như ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân

cũng như làm tăng tỷ lệ tử vong, đặc biệt là ở bệnh nhân lớn tuổi [1, 2]. Tỷ lệ các nguyên nhân gây XHTH ruột non thay đổi tùy theo độ tuổi: thường gặp ở nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi là dị sản mạch máu, do u và do sử dụng thuốc giảm đau không steroids, trong khi đó ở bệnh nhân dưới 40 tuổi thì thường gặp do các bệnh viêm ruột mạn, túi thừa Meckel hoặc do các hội chứng đa polyp [1].

Nhờ các tiến bộ trong nội soi như nội soi viên nang, các phương tiện nội soi ruột non (bao gồm nội

Tác giả liên hệ: Trần Văn Huy; email: tvhuy@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 23/7/2024; Ngày đồng ý đăng: 10/9/2024; Ngày xuất bản: 25/9/2024

DOI: 10.34071/jmp.2024.5.12

soi ruột non bóng đôi), tỷ lệ phát hiện được tiêu điểm xuất huyết trong các trường hợp XHTH ruột non tăng lên 41 – 75% [3]. Nội soi viên nang là một phương tiện giúp khảo sát toàn bộ ruột non với độ nhạy độ đặc hiệu cao, khả năng chẩn đoán trong 56% trường hợp. Tuy nhiên, nhược điểm của nội soi viên nang là không thể giúp can thiệp cầm máu hay sinh thiết làm rõ bản chất tổn thương, cũng như nguy cơ mắc kẹt viên nang trong ruột non.

Nội soi ruột non bóng đôi (DBE) là một phương tiện khảo sát ruột non có ưu điểm là giúp sinh thiết tổn thương làm rõ chẩn đoán, cũng như hỗ trợ điều trị cầm máu [2]. Nội soi ruột non bóng đôi giúp phát hiện tiêu điểm xuất huyết trong 74,2%, và trong số các trường hợp phát hiện thương tổn, DBE giúp can thiệp cầm máu trong 91,3% trường hợp [4]. Tuy nhiên tỷ lệ này là thay đổi tùy theo từng nghiên cứu. Theo Hiệp hội Nội soi tiêu hóa Hoa Kỳ (ASGE), khả năng phát hiện tổn thương và chẩn đoán của nội soi ruột non bóng đôi dao động từ 43 - 81% và khả năng can thiệp cầm máu dao động từ 43 - 84% [5]. Tuy nhiên, số lượng công bố chính thức về vai trò của nội soi ruột non bóng đôi trong xuất huyết tiêu hóa ruột non ở Việt Nam còn tương đối ít, do đó chúng tôi thực hiện đề tài **“Nghiên cứu áp dụng của nội soi ruột non bóng đôi trong chẩn đoán và điều trị xuất huyết tiêu hóa ruột non”** nhằm 2 mục tiêu:

- Đánh giá vai trò của nội soi ruột non bóng đôi trong chẩn đoán nguyên nhân XHTH từ ruột non.
- Khảo sát hiệu quả và độ an toàn của nội soi ruột non bóng đôi trong cầm máu đối với các bệnh nhân XHTH từ ruột non.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

- Thiết kế: nghiên cứu cắt ngang có theo dõi dọc.
- Thời gian: 1/2014 đến 6/2024.
- Địa điểm: Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.
- Tiêu chuẩn chọn bệnh:
 - + Đại tiện phân đen, máu bầm hoặc máu đỏ tươi. Thiếu máu nghi ngờ do xuất huyết tiêu hóa

từ ruột non.

+ Nội soi tiêu hóa trên và nội soi đại tràng bởi bác sĩ nội soi có kinh nghiệm không tìm thấy nguyên nhân xuất huyết.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân chống chỉ định với nội soi tiêu hóa trên và dưới.

- Phương tiện nghiên cứu:

+ Dàn máy và ống nội soi bóng đôi Fuji EN 580T.

+ Khí CO₂.

+ Máy cắt đốt ERBE.

+ Dụng cụ can thiệp: APC, Hemoclip, kim tiêm dưới niêm mạc, mực tàu, kèm sinh thiết.

- Phương pháp tiến hành

+ Nội soi ruột non từ đường trên.

Bệnh nhân nhịn ăn tối thiểu 8 giờ.

Thực hiện dưới gây mê.

Xét nghiệm amylase, lipase máu sau thủ thuật 4 giờ.

+ Nội soi ruột non từ đường dưới

Súc ruột như nội soi đại trực tràng.

Nhịn ăn tối thiểu 8 giờ.

Thực hiện dưới gây mê (tĩnh mạch).

- Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, kiểm định X2 và Fisher's Exact test cho biến định tính với p < 0,05 là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2014 đến 6/2024, chúng tôi tiến hành nội soi ruột non bóng đôi chẩn đoán và can thiệp trên 36 bệnh nhân nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa ruột non. Qua đó có một số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân XHTH ruột non

Trong 36 bệnh nhân XHTH ruột non, nam giới chiếm ưu thế, thường gặp ở nhóm trên 40 tuổi với độ tuổi trung bình là 51,94 ± 18,24 tuổi. Bệnh nhân vào viện với bối cảnh XHTH đại thể chiếm đa số (86,1%), chỉ có 13,9% bệnh nhân vào viện trong bối cảnh thiếu máu nghi ngờ XHTH từ ruột non

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân XHTH ruột non

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	22	61,1
	Nữ	14	38,9
Tuổi	Trung bình	51,94 ± 18,24	
	< 40	11	30,6
	40 – 60	13	36,1
	> 60	12	33,3

Đặc điểm lâm sàng	Đi cầu ra máu tươi	17	47,2
	Đi cầu phân đen	14	38,9
	Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân	5	13,9

3.2. Đặc điểm kỹ thuật và tổn thương trên nội soi ruột non bóng đôi

Bảng 2. Đặc điểm kỹ thuật nội soi ruột non bóng đôi (N = 36)

Đặc điểm kỹ thuật		n	%
Đường tiếp cận	Đường trên	14	38,9
	Đường dưới	18	50,0
	2 đường	4	11,1
Phát hiện thương tổn	Có	28	77,8
	Không	8	22,2
Sinh thiết (N= 28)	Có	12	42,9
	Không	16	57,1
Biến chứng	Thủng	0	0,0%
	Tăng amylase	1	2,8%

Trong 36 bệnh nhân XHTH ruột non, 18 bệnh nhân được soi đường dưới, 14 bệnh nhân được soi bằng đường trên, và có 4 bệnh nhân được thăm dò bằng cả 2 đường. Có 28 trường hợp phát hiện thương tổn trên DBE, trong đó 14 trường hợp thương tổn ở hồi tràng, 12 trường hợp thương tổn ở hỗng tràng và 2 trường hợp tổn thương lan tỏa ruột non.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương phát hiện trên nội soi ruột non bóng đôi (N = 28)

Đặc điểm tổn thương		n	%
Vị trí thương tổn	Hỗng tràng	12	42,9
	Hồi tràng	14	50
	Lan tỏa	2	7,1
Hình ảnh tổn thương	Dị dạng mạch máu lớn	2	7,1
	Dị dạng mạch máu nhỏ	11	39,2
	U dưới niêm biến chứng XHTH	4	14,3
	Loét	9	32,1
	Túi thừa	2	7,2

Tổn thương dị dạng mạch máu chiếm đa số (13 trường hợp - 46,3%), trong đó có 2 trường hợp dị dạng mạch máu lớn và 11 trường hợp dị sản mạch máu nhỏ. Có 9 trường hợp có tổn thương loét (32,1%) và các thương tổn này đều được sinh thiết làm giải phẫu bệnh, trong đó có 2 trường hợp Crohn (7,1%) và 1 trường hợp lao ruột (3,6%). Có 4 trường hợp u dưới niêm có loét bề mặt, sau sinh thiết cũng như mô bệnh học sau phẫu thuật có kết quả là GIST (14,3%).

Bảng 4. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa ruột non theo độ tuổi (N = 28)

Chẩn đoán \ Nhóm tuổi	Chung		Dưới 40 tuổi		Trên 40 tuổi	
	n	%	n	%	n	%
Dị dạng mạch máu lớn	2	7,1	2	7,1	0	0,0
Dị sản mạch máu nhỏ	11	39,2	3	10,7	8	28,5
Lao ruột	1	3,6	1	3,6	0	0,0
Crohn	2	7,1	2	7,1	0	0,0

Loét do nguyên nhân khác	6	21,6	1	3,6	5	17,9
Túi thừa	2	7,1	1	3,6	1	3,6
GIST	4	14,3	0	0,0	4	14,3
Tổng	28	100,0	10	35,7	18	64,3
p = 0,028 (Fisher Exact Test)						

Nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi thì nguyên nhân thường gặp là dị sản mạch máu, GIST, loét do nguyên nhân khác (trong đó có 2 trường hợp loét miệng nối sau phẫu thuật), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong khi đó bệnh nhân dưới 40 tuổi thường gặp loét do Crohn.

Bảng 5. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa ruột non theo vị trí tổn thương (N = 28)

Chẩn đoán	Vị trí	Chung		Hỗng tràng		Hồi tràng		Lan tỏa	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Dị dạng mạch máu lớn		2	7,1	2	7,1	0	0,0	0	0,0
Dị sản mạch máu nhỏ		11	39,2	5	17,9	6	21,4	0	0,0
Lao ruột		1	3,6	0	0,0	0	0	1	3,6
Crohn		2	7,1	0	0,0	2	7,1	0	0,0
Loét do nguyên nhân khác		6	21,6	1	3,6	4	14,4	1	3,6
Túi thừa		2	7,1	0	0,0	2	7,1	0	0,0
GIST		4	14,3	4	14,3	0	0,0	0	0,0
Tổng		28	100,0	12	42,9	14	50,0	2	7,1
p = 0,011 (Fisher Exact Test)									

Ở hỗng tràng, nguyên nhân gây XHTH thường gặp là dị sản mạch máu lớn và GIST. Trong khi đó nguyên nhân gây XHTH thường gặp ở hồi tràng là túi thừa, dị sản mạch máu nhỏ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Kết quả can thiệp và điều trị bằng nội soi ruột non bóng đôi

Bảng 6. Kết quả can thiệp và điều trị qua nội soi ruột non bóng đôi

Can thiệp qua nội soi		n	%
Đánh dấu (N = 28)	Mực tàu	14	50,0
	Clip	1	3,6
	Không	13	46,4
Can thiệp cầm máu (N = 28)	APC	8	28,6
	Hemoclip	4	14,3
	Không	16	57,1
Kết quả cầm máu qua nội soi bóng đôi (N = 12)	Cầm máu thành công	12	100,0%
	Biến chứng sau can thiệp	0	0,0%
	Tái phát gần	0	0,0%
	Tái phát xa	2	16,7%

14/28 trường hợp phát hiện tổn thương được đánh dấu bằng mực tàu, trong đó 10 trường hợp điều trị bằng phẫu thuật. Đánh dấu bằng mực tàu giúp bác sĩ ngoại có thể xác định vị trí tổn thương dễ dàng hơn để cắt bỏ tổn thương.

Có 12/28 trường hợp được can thiệp cầm máu qua nội soi, chiếm 42,9%. Trong số 11 trường hợp dị sản mạch máu, có 8 trường hợp được can thiệp đốt APC và 2 trường hợp được can thiệp cầm máu bằng hemoclip. Có 1 trường hợp bệnh nhân có ổ loét lộ

mạch được can thiệp cầm máu bằng hemoclip. 100% các trường hợp sau can thiệp cầm máu qua nội soi đều thành công và theo dõi sau thủ thuật thì bệnh nhân ổn định và không xảy ra biến chứng. Có 2 trường hợp có tái phát xa sau 2 năm, sau đó bệnh nhân được nội soi ruột non lần 2 để can thiệp cầm máu.

Theo dõi sau can thiệp không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng thủng, Chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân tăng amylase máu thoáng qua mà không kèm đau bụng hay biểu hiện gợi ý viêm tụy cấp.

4. BÀN LUẬN

Trong số 36 bệnh nhân XHTH ruột non, nam giới chiếm đa số (61,1%). Độ tuổi trung bình là $51,94 \pm 18,24$. Điều này là khá tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Nam và tác giả Nguyễn Xuân Quỳnh với tỷ lệ nam giới lần lượt là 68,1% và 63,3%, cũng như độ tuổi trung bình lần lượt là $49,8 \pm 18,9$ và $48,9 \pm 17,1$ [6], [7]. Theo tác giả Joo Hye Song và cộng sự, độ tuổi trung bình là $56,1 \pm 17,7$, nam giới chiếm đa số 60,4%, trong đó nam giới dưới 40 tuổi thường gặp hơn so với nhóm nam giới lớn tuổi [8].

Phần lớn bệnh nhân XHTH ruột non trong nghiên cứu chúng tôi vào viện trong bối cảnh XHTH đại thể (đi cầu ra máu tươi và đi cầu phân đen, chiếm 86,1%), chỉ có 5 trường hợp vào viện vì tình trạng thiếu máu nặng gợi ý xuất huyết rỉ rả từ ruột non, khá tương đồng với tác giả Nguyễn Hoài Nam (86,7%) và có phần cao hơn tác giả Nguyễn Xuân Quỳnh (76,7%) [6], [7]. Theo tác giả Joo Hye Song và cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân vào viện vì XHTH đại thể là 76,9% [8].

Trong nghiên cứu chúng tôi có 18 bệnh nhân được tiến hành nội soi đường dưới (50%), 14 bệnh nhân được nội soi đường trên (38,9%), có 4 bệnh nhân được khảo sát cả 2 đường. Điều này có đôi chút khác biệt so với tác giả Nguyễn Hoài Nam và tác giả Akarsu: 369 ca nội soi từ đường trên, 144 ca nội soi từ đường dưới và 69 trường hợp được khảo sát cả 2 đường [6, 9].

Trong 36 trường hợp được tiến hành nội soi ruột non, chúng tôi phát hiện thương tổn nghi ngờ trong 28 trường hợp chiếm tỷ lệ 77,8%, có 8 trường hợp không phát hiện thương tổn. Tỷ lệ phát hiện thương tổn khi tiến hành nội soi ruột non trong nghiên cứu của chúng tôi là tương tự với tác giả Noriaki Manabe (74,2%) và Hironori Yamamoto (76,7%), cao hơn tác giả Akarsu (52,8%) nhưng có phần thấp hơn tác giả Nguyễn Hoài Nam (86,7%) [4], [6], [9], [10]. Theo Hiệp hội Nội soi tiêu hóa Hoa Kỳ (ASGE), khả năng phát hiện tổn thương và chẩn đoán của nội soi ruột non bóng đôi dao động từ 43% đến 81% [5].

Trong 28 trường hợp có thương tổn, tỷ lệ thương tổn khu trú ở hồng tràng và hồi tràng là gần tương đương nhau (42,9% và 50%) trong đó 2 trường hợp

là tổn thương nhiều vị trí, điều này cũng là khá tương tự tác giả Nguyễn Hoài Nam [6].

Hình ảnh tổn thương thường gặp trên nội soi ruột non trong nghiên cứu chúng tôi là dị sản mạch máu (46,3%) và tổn thương loét (32,2%). Điều này có sự khác biệt với tác giả Nguyễn Hoài Nam: khối u/ polyp (28,3%), túi thừa (25,7%) chiếm đa số. Tỷ lệ tổn thương loét trong nghiên cứu của chúng tôi là 32,2%, trong đó tổn thương loét do Crohn (7,1%) - tương đương với tác giả Akarsu, 1 trường hợp lao ruột (3,6%) - tương tự tác giả Nguyễn Xuân Quý [7, 9]. Theo một phân tích tổng hợp trên 66 nghiên cứu và 12,823 lần tiến hành nội soi ruột non bóng đôi trong vòng 10 năm, tác giả Lei Xin nhận thấy có sự khác biệt giữa nguyên nhân gây XHTH ruột non ở các nước phương Tây so với các nước phương Đông. Ở các nước phương Tây, các thương tổn mạch máu là nguyên nhân gây XHTH hàng đầu (chiếm 65,9%), trong khi đó với các nước phương Đông thì các bệnh lý viêm ruột mạn, tổn thương mạch máu và do khối u chiếm tỷ lệ khá tương đồng nhau [11].

Theo Bảng 4, khi so sánh các nguyên nhân gây XHTH ruột non ở độ tuổi dưới 40 và trên 40 thì có thể thấy tổn thương dị sản mạch máu nhỏ và GIST có xu hướng gặp ở bệnh nhân trên 40 tuổi, còn Crohn, lao ruột và các dị dạng mạch máu kích thước lớn gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân dưới 40 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Theo tác giả Sung Eun Kim và cộng sự, các nguyên nhân gây XHTH ruột non thường gặp ở bệnh nhân dưới 40 tuổi là: các bệnh viêm ruột mạn, tổn thương Dieulafoy, polyp, túi thừa Meckel. Nguyên nhân gây XHTH ở nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi là dị sản mạch máu, tổn thương Dieulafoy, tổn thương tân sinh và loét do thuốc kháng viêm không steroids [1]. Điều này là khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Khi so sánh giữa nguyên nhân gây XHTH ruột non ở vị trí hồng tràng, có thể thấy tỷ lệ tổn thương dị dạng mạch máu lớn và khối u thường gặp. Điều này cũng đã được chứng minh trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Long và cộng sự [12].

Tỷ lệ tổn thương dị sản mạch máu (46,3%) trong nghiên cứu chúng tôi là cao hơn khá nhiều so với các tác giả Nguyễn Hoài Nam (18,6%), Nguyễn Xuân Quý (23,3%), Joo Hye Song (17,1 - 18,2%) [6 - 8]. Tuy nhiên, theo một phân tích tổng hợp của tác giả Zhuan Liao, tỷ lệ tổn thương mạch máu trong XHTH ruột non lên đến 50% [13]. Theo ASGE 2017, tỷ lệ dị sản mạch máu trong XHTH ruột non dao động từ 20 - 30% [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi có 2 trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi có dị dạng mạch máu kích thước lớn, cả 2 bệnh nhân sau khi phát hiện tổn thương trên nội soi ruột non bóng đôi đều được

tiêm đánh dấu bằng mực tàu và khảo sát thêm bằng chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CTA), sau đó 1 bệnh nhân được tiến hành can thiệp mạch và 1 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật để loại bỏ tổn thương. Trong 11 trường hợp dị sản mạch máu nhỏ còn lại, có 7 trường hợp được đốt APC cầm máu, 3 trường hợp được cầm máu bằng hemoclip. Các trường hợp dị sản mạch máu sau can thiệp qua nội soi đều ổn định và ra viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp cầm máu qua nội soi là 42,9%, các trường hợp can thiệp đều thành công và không ghi nhận biến chứng. Tỷ lệ can thiệp cầm máu qua nội soi trong nghiên cứu chúng tôi là cao hơn tác giả Nguyễn Xuân Quý (20,0%), điều này là do tỷ lệ tổn thương dị sản mạch máu trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm ưu thế nên tỷ lệ can thiệp cầm máu qua nội soi cao hơn [7]. Theo ASGE 2017, khả năng can thiệp cầm máu qua nội soi ruột non bóng đôi dao động từ 43 - 84% [5].

Tuy nhiên tỷ lệ XHTH ruột non tái phát sau khi cầm máu thành công còn khá cao (31,1% sau 36 tháng). Yếu tố nguy cơ của XHTH ruột non tái phát là: bệnh lý mạn tính (bệnh thận mạn, xơ gan), sử dụng thuốc chống đông hoặc kháng ngưng tập tiểu cầu².

Trong nghiên cứu của chúng tôi, suốt quá trình theo dõi có 2 trường hợp tái phát và được nội soi ruột non lần 2 để can thiệp. Ngoài ra có 1 trường hợp có ổ loét lộ mạch tại vị trí miệng nối sau phẫu thuật can thiệp cầm máu bằng hemoclip.

Trong quá trình theo dõi sau thủ thuật, chỉ ghi nhận 1 trường hợp tăng amylase và lipase máu thoáng qua, không kèm biểu hiện đau bụng. Không ghi nhận biến chứng thủng trong nghiên cứu chúng tôi. Tỷ lệ biến cố nhỏ và biến cố lớn của nội soi ruột non bóng đôi lần lượt là 9,1% và 0,72%. Các biến chứng nặng bao gồm thủng, viêm tụy cấp, chảy máu và viêm phổi do hít [11].

5. KẾT LUẬN

Nội soi ruột non bóng đôi giúp chẩn đoán nguyên nhân trong 77,8% bệnh nhân nghi XHTH từ ruột non, trong đó tổn thương thường gặp nhất trong nghiên cứu chúng tôi là dị dạng mạch máu, loét.

Nguyên nhân thường gặp ở bệnh nhân dưới 40 tuổi là Crohn, dị dạng mạch máu lớn, ở nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi là u, dị sản mạch máu nhỏ, loét.

Tỷ lệ can thiệp cầm máu qua nội soi là 42,9%. Tỷ lệ can thiệp cầm máu thành công là 100%. Theo dõi sau can thiệp bệnh nhân ổn định, không có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kim SE, Kim HJ, Koh M, et al. A practical approach for small bowel bleeding. Clin Endosc. May 2023;56(3):283-289. doi:10.5946/ce.2022.302
- Oka P, Ray M, Sidhu R. Small bowel bleeding: clinical diagnosis and management in the elderly. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. Jan-Jun 2023;17(6):615-622. doi:10.1080/17474124.2023.2214726
- Ohmiya N. Management of obscure gastrointestinal bleeding: Comparison of guidelines between Japan and other countries. Dig Endosc. Jan 2020;32(2):204-218. doi:10.1111/den.13554
- Manabe N, Tanaka S, Fukumoto A, Nakao M, Kamino D, Chayama K. Double-balloon enteroscopy in patients with GI bleeding of obscure origin. Gastrointest Endosc. Jul 2006;64(1):135-40. doi:10.1016/j.gie.2005.12.020
- Committee ASoP, Gurudu SR, Bruining DH, et al. The role of endoscopy in the management of suspected small-bowel bleeding. Gastrointest Endosc. Jan 2017;85(1):22-31. doi:10.1016/j.gie.2016.06.013
- Nguyễn Hoài Nam, Vũ Trường Khanh, Đào Văn Long. Nội soi ruột non bóng kép trong chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hoá tại ruột non. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2020;132(8):206 - 214.
- Nguyễn Xuân Quỳnh, Nguyễn Cảnh Bình. Vai trò của nội soi ruột non bóng đơn trong chẩn đoán và điều trị chảy máu tiêu hóa tại ruột non. Tạp chí y dược lâm sàng 108. 2021;2 - 6.
- Song JH, Hong SN, Kyung Chang D, et al. The etiology of potential small-bowel bleeding depending on patient's age and gender. United European Gastroenterol J. Oct 2018;6(8):1169-1178. doi:10.1177/2050640618797841
- Akarsu M, Akkaya Ozdinc S, Celtik A, Akpınar H. Diagnostic and therapeutic efficacy of double-balloon endoscopy in patients with small intestinal diseases: single-center experience in 513 procedures. Turk J Gastroenterol. Aug 2014;25(4):374-80. doi:10.5152/tjg.2014.5191
- Yamamoto H, Kita H, Sunada K, et al. Clinical outcomes of double-balloon endoscopy for the diagnosis and treatment of small-intestinal diseases. Clin Gastroenterol Hepatol. Nov 2004;2(11):1010-6. doi:10.1016/s1542-3565(04)00453-7
- Xin L, Liao Z, Jiang YP, Li ZS. Indications, detectability, positive findings, total enteroscopy, and complications of diagnostic double-balloon endoscopy: a systematic review of data over the first decade of use. Gastrointest Endosc. Sep 2011;74(3):563-70. doi:10.1016/j.gie.2011.03.1239
- Nguyen CL, Pham KK, Nguyen CH, et al. Causes and Clinical Characteristics of Small Bowel Bleeding in Northern Vietnam. Can J Gastroenterol Hepatol. 2020;2020:8884092. doi:10.1155/2020/8884092
- Liao Z, Gao R, Xu C, Li ZS. Indications and detection, completion, and retention rates of small-bowel capsule endoscopy: a systematic review. Gastrointest Endosc. Feb 2010;71(2):280-6. doi:10.1016/j.gie.2009.09.031