

HIỆU QUẢ KẸP CLIP CẦM MÁU TRONG ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Nguyễn Văn Chương¹, Nguyễn Văn Trung²,
Nguyễn Tâm Niệm², Văn Nhật Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị cầm chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày, tá tràng bằng kẹp clip qua nội soi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 41 trường hợp CMTH do LDDTT được can thiệp cầm máu qua nội soi.

Kết quả: Nam giới chiếm đa số với 85,4%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $54,3 \pm 20,9$. Loét dạ dày 34,1%; loét hành tá tràng 63,4%; loét dạ dày – tá tràng 2,4%. Tỷ lệ kẹp clip là 53,7%; kẹp clip và tiêm HSE kết hợp 46,5%. Số lượng clip trung bình được sử dụng $2,1 \pm 1,3$. Thời gian can thiệp trung bình $8,1 \pm 3,5$ phút. Không có mối liên quan giữa phương pháp cầm máu và đặc điểm tổn thương, $p > 0,05$. Tỷ lệ cầm máu thành công là 92,7%. Tái phát 7,3%.

Kết luận: Kẹp clip cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng là phương pháp an toàn, tỷ lệ thành công cao (92,7%), tỷ lệ cầm máu thất bại tương đối thấp (7,3%).

Từ khóa: chảy máu tiêu hóa, loét dạ dày – tá tràng, clip, dung dịch HSE.

RESULTS OF ENDOSCOPIC HEMOCLIP TREATMENT FOR BLEEDING PEPTIC ULCER

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the efficacy of endoscopic hemoclip in the treatment of

¹ Phân hiệu phía Nam/Học viện Quân y, ² Bệnh viện Trung Vương

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Chương (chuong@live.com)

Ngày nhận bài: 27/4/2023, ngày phản biện: 24/5/2023

Ngày bài báo được đăng: 30/6/2023

bleeding peptic ulcer.

Methodology: Prospective and described study. We studied in 41 cases upper gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcer were interventional hemostasis by endoscopic.

Results: Male of majority 85,4%. Average of age 54.3 ± 20.9 . Gastric ulcers 34.1%; duodenum ulcers 63.4%; Gastric and duodenal ulcer 2.4%. The rate of hemoclip clamping 53.7%. Combined hemoclip and supplemental HSE injection 46.5%. The mean number of hemoclips applied was $2,1 \pm 1,3$. The mean of time was $8,1 \pm 3,5$ min. The relationship between hemostasis method and lesion characteristics was no significance, $p > 0,05$. Permanent hemostasis was obtained by hemoclip application in 92,7%, rebleeding 7.3%.

Conclusions: Endoscopic hemoclip treatment is an effective and safe method. With the improvement of the clip and application device, the procedure has become easier and much more efficient

Keyword: Upper Gastrointestinal bleeding, Gastric and duodenal ulcer, Hemoclip, Hypertonic Saline Epinephrin (HSE).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiêu hóa trên (CMTH) chiếm 75% của tất cả các trường hợp CMTH cấp tính, được ước tính xảy ra ở 80 - 150 trong số 100.000 người mỗi năm. Tỷ lệ tử vong ước tính là từ 2% đến 15% [1]. Xác định các yếu tố nguy cơ, đánh giá mức độ và xử trí chảy máu đường tiêu hóa trên là một yêu cầu cấp thiết ngay từ khi bệnh nhân nhập viện, nhằm ngăn ngừa tái phát và hạn chế tử vong.

Nội soi cầm máu ổ loét dạ dày, tá tràng ngày càng phát triển với nhiều phương pháp như tiêm cầm máu, đốt điện cầm máu, kẹp cầm máu và gần đây là phương pháp cầm máu bằng phun cầm máu (Hemospray). Cầm máu qua nội soi

đã được chứng minh là một biện pháp hiệu quả kiểm soát tình trạng chảy máu với tỷ lệ thành công cao trên 90%, làm giảm tỷ lệ chảy máu tái phát cũng như tỷ lệ phẫu thuật và tỷ lệ tử vong [2], [3]. Ở nước ta, chủ yếu vẫn sử dụng phương pháp tiêm cầm máu đơn thuần và một số ít bệnh viện áp dụng thêm phương pháp kẹp cầm máu [2], [3]. Phương pháp tiêm cầm máu ổ loét tương đối đơn giản, hiệu quả, giá thành thấp, có thể tiến hành được tại nhiều cơ sở y tế. Kẹp cầm máu đòi hỏi kỹ thuật thực hiện khó hơn và giá thành cũng cao hơn. Chúng tôi nghiên cứu với đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị cầm chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày, tá tràng bằng kẹp clip qua nội soi.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 41 BN CMTH do LDDTT được điều trị tại Bệnh viện Trung Vương TP. Hồ Chí Minh, từ tháng 12/2019 – 4/2021.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tuổi \geq 16; Được chẩn đoán xác định CMTH do LDDTT, có hình ảnh phân độ nội soi Forrest Ia, Ib, IIa, (IIb được loại bỏ cục máu đông chuyển thành Forrest Ia, Ib, IIa) được can thiệp cầm máu qua nội soi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: CMTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa; Rối loạn chức năng đông cầm máu nặng (tiểu cầu <50 G/L, tỉ lệ prothrombin $<50\%$); Các trường hợp CMTH trên kèm theo biến chứng thủng. - Các trường hợp chảy máu ở dạ dày tá tràng không do loét như viêm dạ dày tá tràng, ung thư dạ dày...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang.

Các dữ liệu được thu thập ngay lúc bệnh nhân nhập viện, bao gồm: các dữ liệu từ lâm sàng, cận lâm sàng (tuổi, giới, tiền căn bệnh lý DDTT, các loại thuốc đang sử dụng NSAID và Corticoid, các XN cận lâm sàng...) và các dữ liệu từ nội soi (thời gian, phân loại và các biện pháp can thiệp qua nội soi). Đánh giá kết quả cầm máu

qua nội soi. Sử dụng dung dịch muối ưu trương NaCl 3% và epinephrin pha loãng với tỉ lệ 1/10.000 (HSE - Hypertonic Saline Epinephrin) để tiêm bổ sung cầm máu cho BN sau kẹp còn chảy máu hoặc đánh giá nguy cơ tái phát rất cao sau kẹp.

Kết quả nội soi điều trị cầm máu:

Xác định tỉ lệ

- Xác định tỉ lệ điều trị cầm máu ban đầu thành công, thất bại.

- Xác định tỉ lệ chảy máu tái phát bao gồm tái phát sớm và tái phát muộn.

- Xác định tỉ lệ bệnh nhân phải chuyển phẫu thuật.

- Xác định tỉ lệ tử vong (xác định nguyên nhân tử vong).

+ Cầm máu ban đầu thành công

Là sau thủ thuật cầm máu bơm rửa tổn thương không thấy chảy máu.

+ Cầm máu thất bại

Là sau thủ thuật cầm máu bơm rửa nơi tổn thương vẫn còn chảy máu.

+ Chảy máu tái phát:

- Lâm sàng sau nội soi can thiệp vẫn còn nôn và/ hoặc đi ngoài ra máu hoặc óng thông dạ dày ra máu đỏ tươi.

- Cận lâm sàng hồng cầu, dung tích hồng cầu, hemoglobin bị tụt giảm hoặc không tăng lên sau truyền máu.

- Nội soi kiểm tra vẫn còn những tổn thương có nguy cơ cao theo phân loại

Forrest Ia, Forrest Ib, Forrest IIa.

- Chảy máu tái phát sớm xảy ra trong vòng 72 giờ sau nội soi điều trị lần đầu. Chảy máu tái phát muộn xảy ra sau 72 giờ sau nội soi điều trị lần đầu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nam giới chiếm đa số với 35 trường hợp chiếm tỉ lệ 85,4% gấp hơn 5,8 lần nữ giới với 06 trường hợp chiếm tỉ lệ 14,6%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $54,3 \pm 20,9$. Loét dạ dày 34,1%; loét hành tá tràng 63,4%; loét dạ dày – tá tràng 2,4%.

Bảng 1. Phương pháp cầm máu qua nội soi

Phương pháp cầm máu	Nam (n=35)		Nữ (n=6)		Chung (n=41)	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Kẹp clip	19	54,3	3	50,0	22	53,7
Tiêm HSE+kẹp clip	16	45,7	3	50,0	19	46,5

Nhận xét: Tỉ lệ kẹp clip chiếm 53,7%, ở nam là 54,3% và ở nữ 50%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ sử dụng phương pháp cầm máu ở hai giới, $p > 0,05$.

Bảng 2. Đặc điểm kỹ thuật cầm máu qua nội soi

Kỹ thuật cầm máu (n=41)	\pm SD	Nhỏ nhất - Lớn nhất
Số mũi tiêm HSE (n=19)	4	4
Thể tích HSE (ml) (n=19)	$8,3 \pm 5,6$	15
Số clip sử dụng	$2,1 \pm 1,3$	1-7
Thời gian can thiệp (phút)	$8,1 \pm 3,5$	3-20

Nhận xét: Thời gian can thiệp trung bình $8,1 \pm 3,5$ phút.

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bảng 3. Phương pháp cầm máu theo đặc điểm ổ loét

Đặc điểm ổ loét		Phương pháp cầm máu (n=41)				p
		Kẹp Clip (n=22)		Tiêm HSE+kẹp Clip (n=19)		
		Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Phân loại Forrest	IA (n=2)	0	0	2	100	>0,05
	IB (n=18)	8	44,4	10	55,6	
	IIA (n=18)	12	66,7	6	33,3	
	IIB (n=3)	2	66,7	1	33,3	
Vị trí ổ loét	Dạ dày	9	40,9	5	35,7	>0,05
	Tá tràng	12	54,5	14	53,8	
	Cả hai	1	4,5	0	0	
Kích thước ổ loét	< 1 cm	12	54,5	8	42,1	>0,05
	1-2 cm	10	45,5	9	47,4	
	> 2 cm	0	0	2	10,5	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa phương pháp cầm máu và đặc điểm tổn thương, $p > 0,05$

Bảng 4. Kết quả cầm máu kỳ đầu

Kết quả cầm máu	Chung (n=41)		Kẹp Clip (n=22)		Tiêm HSE+kẹp Clip (n=19)	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Thành công	38	92,7	20	90,9	18	94,7
Tái phát	3	7,3	2	9,1	1	5,3

Nhận xét: Tỉ lệ cầm máu thành công kỳ đầu là 92,7%. Tái phát 7,3%. Trong số tái phát chuyển can thiệp DSA 1 trường hợp (33,3%), chuyển phẫu thuật 1 trường hợp (33,3%).

Bảng 5. Phân bố thời gian chảy máu tái phát

Thời gian chảy máu tái phát	Số lượng (n=3)	Tỉ lệ (%)
Trước 24 giờ	1	33,3
24-72 giờ	0	0
> 72 giờ	2	66,7
Tổng	3	100

Nhận xét: Tái phát trước 24 giờ 33,3%; tái phát sau 72 giờ 66,7%.

Bảng 6. Kết quả ra viện

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ
Tử vong tại bệnh viện	0	0
Thành công	40	97,6
Bệnh nhân xin về	1	2,4
Tổng	41	100

Nhận xét: Không có trường hợp nào tử vong. Thành công xuất viện chiếm tỉ lệ rất cao 97,6% (40/41 trường hợp). 01 trường hợp bệnh nặng gia đình xin về (2,4%).

4. BÀN LUẬN

Nội soi tiêu hóa là tiêu chuẩn vàng để khảo sát chẩn đoán và điều trị chảy máu tiêu hóa. Có nhiều nghiên cứu đã đề cập đến cách hướng dẫn thực hành nội soi can thiệp dựa trên hình thái chảy máu do LDDTT. Tùy theo từng điều kiện trang thiết bị nội soi của mỗi cơ sở và kinh nghiệm cũng như trình độ thực hiện kỹ thuật mà người ta đưa ra các phương pháp điều trị nội soi khác nhau. Một phương pháp điều trị nội soi thích hợp khi đạt 5 tiêu chí sau: (1) Sử

dụng hiệu quả, ứng dụng dễ dàng và nhanh chóng. (2) Tỉ lệ biến chứng thấp. (3) Giá thành rẻ. (4) Có khả năng phục vụ ngay tại giường bệnh. (5) Áp dụng rộng rãi ở các tuyến địa phương và trung ương.

Barkun A. N. nghiên cứu trong số 4261 bệnh nhân CMTH điều trị nội soi và điều trị nội khoa đơn thuần và dựa trên các chứng cứ này các tác giả cho biết rằng tất cả các phương pháp điều trị nội soi đều vượt trội hơn so với liệu pháp dược một mình với các liệu pháp tối ưu bao gồm liệu pháp nhiệt hoặc đơn lẻ kết hợp với các phương pháp khác. Hiệp hội nội soi tiêu hóa Châu Âu đều khuyến cáo nên sử dụng các biện pháp điều trị nội soi cho bệnh nhân loét dạ dày hành tá tràng có biến chứng chảy máu

với tổn thương FIA, IB và IIA. Theo Lê Nhật Huy chảy máu ổ loét hành tá tràng chiếm tỉ lệ 59,09%, loét thân vị 16,82%, loét tâm vị 11,81%, loét hang vị 5%. Kích thước trung bình ổ loét $1,25 \pm 0,44$. Chủ yếu gặp ở 1 ổ loét chiếm tỉ lệ 90,46%. Chảy máu theo Forrest IB chiếm tỉ lệ cao nhất 47,73%, Forrest IA chiếm 21,82%, Forrest IIA chiếm tỉ lệ 12,73% [3]. Nguyễn Ngọc Tuấn loét dạ dày 50%; loét tá tràng 50%. Forrest IA 28,9%; Forrest IIB 63,2; Forrest IIA 7,9% [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng kẹp clip chiếm tỉ lệ 53,7% và sử dụng đồng thời cả hai phương pháp kẹp clip và tiêm bổ sung dung dịch HSE với 46,5%. Về kỹ thuật cầm máu chúng đã sử dụng số mũi tiêm trung bình là 4 mũi trên một BN, thể tích dung dịch HSE là $8,3 \pm 5,6$ ml. Số lượng clip trung bình là $2,1 \pm 1,3$ (tối thiểu 1 clip, tối đa 7 clip) và thời gian can thiệp trung bình là $8,1 \pm 3,5$ phút. Theo Alzoubaidi D. điều trị nội soi kết hợp kẹp clip và tiêm hiệu quả hơn tiêm cầm máu đơn thuần ở BN CMTH nguy cơ cao [4]. Lai Y. C và CS đánh giá hiệu quả của kẹp hemoclip trong điều trị nội soi loét dạ dày hành tá tràng có biến chứng CMTH, thiết bị được sử dụng là hemoclip (MD850) để cầm máu thấy cầm máu đạt 100% với Forrest IA và IB, số lượng trung bình của clip được sử dụng trên mỗi bệnh nhân là 3 clip (ít nhất 2 clip và nhiều nhất là 5 clip) [5]. Guo S.B và CS nghiên cứu

ứng dụng của hemoclip nội soi để điều trị chảy máu đường tiêu hóa trên cho 64 trường hợp cho thấy nhiều yếu tố như tuổi tác cũng có liên quan đến thất bại của hemoclip nội soi trong việc cầm máu [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp Forrest IA được kẹp clip và tiêm bổ sung HSE chiếm 100% ở đối tượng có phân loại Forrest IA. Ở đối tượng có Forrest IIB chúng tôi cũng tiêm bổ sung HSE với tỉ lệ cao 55,6%. Tuy tỉ lệ tiêm bổ sung HSE ở đối tượng có phân loại Forrest có nguy cơ tái phát cao nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa, $p > 0,05$. Có thể do mẫu của chúng tôi còn nhỏ. Chúng tôi cũng ghi nhận không có mối liên quan giữa phương pháp cầm máu và đặc điểm tổn thương, $p > 0,05$. Quách Trọng Đức cho biết tiêm cầm máu là 107/291; kẹp cầm máu 2/291; vừa tiêm vừa kẹp 20/291; nhiệt đông 3/291 số còn lại không can thiệp [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ cầm máu thành công kỳ đầu sau nội soi là 92,7% (38/41), tỉ lệ chảy máu tái phát là 7,3% (3/41). Tỉ lệ cầm máu thành công ở đối tượng nghiên cứu được kẹp Clip là 90,9% và kẹp Clip kết hợp tiêm HSE tăng cường là 94,7% cao nhất. Tuy nhiên sự khác biệt về kết quả cầm máu giữa các phương pháp cầm máu qua nội soi không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Nghiên cứu của Trần Việt Tú tiêm cầm máu bằng dung dịch HSE 3,6% trên 55 BN CMTH do LDDTT với kết quả kỳ

đầu là 84,6%; chảy máu tái phát là 15,4% [8]. Tác giả Nguyễn Quang Duật và CS nghiên cứu trên 141 BN CMTH do LDDTT cho biết tỉ lệ cầm máu thành công 100%, không có BN nào phải phẫu thuật. Cầm máu ngay từ lần tiêm đầu tiên đạt 92,3%, 5,7% tiêm lần 2, 2% phải tiêm lần 3. Liều tiêm trung bình 4,4+1,3 ml, số mũi tiêm trung bình 4,0+1,2 mũi, thời gian tiêm trung bình 12,3+2,1 phút. Theo tác giả dung dịch HSE2 có hiệu quả tốt trong tiêm cầm máu CMTH do LDDTT, sử dụng an toàn và dễ thực hiện [9]. Huỳnh Hiếu Tâm cho biết nhóm điều trị tiêm HSE thành công và kẹp cầm máu thành công có tỉ lệ bệnh nhân không sốc và có sốc gần tương đương nhau: 15,6% trường hợp bệnh nhân có sốc ở nhóm tiêm HSE thành công và 19,4% trường hợp ở nhóm bệnh nhân kẹp clip cầm máu thành công ($p > 0,05$) [10]. Lai Y. C và CS đã nghiên cứu và cho biết hiệu quả của kẹp clip cầm máu tỉ lệ thành công ở nhóm chảy máu không sốc là 100% cao hơn tỉ lệ cầm máu thành công ở nhóm chảy máu có sốc là 71%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [5]. Theo Lê Nhật Huy 100% ổ loét chảy máu được cầm máu tức thì, lượng thuốc Adrenalin 1/10.000 sử dụng cho một BN trung bình là $9,22 \pm 1,6$ ml [3]. Quách Tiến Phong can thiệp nội soi 31,6%, phẫu thuật 0,5% [11]. Nguyễn Ngọc Tuấn số lượng clip trung bình được sử dụng là 2,13 (1-4) [2]. Chung I-Kwun kẹp clip 41 BN và tiêm HSE 41 BN và nhóm điều trị kết

hợp 42 BN. Cầm máu ban đầu đạt được lần lượt là 97,6%, 95,1% và 97,6%. Cầm máu vĩnh viễn đạt 95,1%, 85,4% và 95,2% [12]. Mauro Manno điều trị CMTH bằng clip lớn loét dạ dày mạch máu lớn Forrest IIA 20%, loét tá tràng Forrest IB 18%, loét tá tràng có mạch lớn Forrest IIA 15%. Thành công kỹ thuật và cầm máu ban đầu đạt được ở tất cả các bệnh nhân (100%). Không tái chảy máu, không cần điều trị bằng phẫu thuật hoặc xạ trị thuyên tắc hoặc các biến chứng khác đã được quan sát thấy trong thời gian theo dõi 30 ngày [13]. Một nghiên cứu của tác giả Praneet Wander cho thấy cầm máu thành công ban đầu đạt tỉ lệ là 96,6%. Nhiệt đông bằng argon và tiêm epinephrine 21,3%, phẫu thuật 0,6% và xạ hình can thiệp 2,2% [14].

Nghiên cứu của Quách Tiến Phong tỉ lệ chảy máu tái phát: 2,6%, yêu cầu can thiệp y khoa 59,7% [11]. Tác giả Trần Kinh Thành tỉ lệ chảy máu tái phát: 14,79%, can thiệp nội soi 29,96%, phẫu thuật 1,95% [15]. Shi-Bin cầm máu vĩnh viễn bằng kẹp clip 59/68 (86,7%); phẫu thuật 6/68 (8,8%); tử vong 3/68 (4,4%) [6]. Lo Ching-Chu tiêm epinephrine cầm máu ban đầu 92%. Chảy máu tái phát 21%, phẫu thuật khẩn cấp để cầm máu 9% [16]. Theo Praneet Wander không có sự kiện bất lợi. Tỉ lệ chảy máu tại bệnh viện là 7,3% và 3,9% có biểu hiện chảy máu lại trong vòng 30 ngày [14].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

ghi nhận tỉ lệ chảy máu tái phát là 7,3%. Kẹp clip tỉ lệ chảy máu tái phát là 9,1% trong khi đó tỉ lệ chảy máu tái phát giảm rõ rệt ở đối tượng được áp dụng cả hai phương pháp tiêm HSE và kẹp clip với 5,3%. Tỉ lệ chảy máu tái phát trước 24 giờ là 33,3% (1/3); tỉ lệ chảy máu tái phát > 72 giờ là 66,7% (2/3). Không có trường hợp nào chảy máu tái phát trong khoảng thời gian 24 - 72 giờ. Tỉ lệ chuyển phẫu thuật và DSA tương đương nhau với 33,3%. Theo Lê Nhật Huy 4,09% có CMTH tái phát sau 24 giờ [3]. Còn tác giả Huỳnh Hiếu Tâm thời gian chảy máu tái phát trong giai đoạn nằm viện của nhóm nghiên cứu chung tính từ lúc nội soi cầm máu lần đầu, tái phát trước 24 giờ là 33,3%, trong khi đó chảy máu tái phát sau 24 giờ đến trước 72 giờ là 44,4% và có 22,2% bệnh nhân chảy máu tái phát sau 72 giờ. Phương pháp tiêm HSE có 80% trường hợp chảy máu tái phát trong vòng 72 giờ sau nội soi điều trị và phương pháp kẹp clip có 75% trường hợp. Chảy máu tái phát muộn sau 72 giờ ở nhóm tiêm HSE chiếm 20% và nhóm kẹp clip chiếm 25% trường hợp. Tỉ lệ thời gian chảy máu tái phát của hai phương pháp tiêm HSE và kẹp clip cầm máu là không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. Chảy máu tái phát sau 72 giờ đến 7 ngày có 2 trường hợp (22,2%) [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp tử vong bệnh viện, nhưng có 1 trường hợp bệnh nặng xin về chiếm 2,4%.

Chảy máu tiêu hóa là một tình trạng nguy hiểm đến tính mạng. Một cơ cấu điều trị cấp cứu tốt và phương pháp tiếp cận chẩn đoán kịp thời dựa trên nguyên nhân nghi ngờ gây chảy máu có thể làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong ở những bệnh nhân này. Nội soi có vai trò to lớn cả trong chẩn đoán và xử trí chảy máu trên toàn bộ đường tiêu hóa. Tuy nhiên, hợp tác với bác sĩ DSA và bác sĩ phẫu thuật là điều cần thiết để đối phó với các ca lâm sàng đầy thử thách với mục đích tối ưu hóa chung cho chảy máu tiêu hóa cấp tính.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 41 bệnh nhân chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày, tá tràng được điều trị cầm máu qua nội soi bằng kẹp clip và tiêm dung dịch HSE bước đầu chúng tôi ghi nhận một số kết quả sau.

- Nam giới chiếm đa số với 85,4%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $54,3 \pm 20,9$. Loét dạ dày 34,1%; loét hành tá tràng 63,4%; loét dạ dày – tá tràng 2,4%.

- Tỉ lệ kẹp clip là 53,7%; kẹp clip và tiêm HSE kết hợp 46,5%. Số lượng clip trung bình được sử dụng $2,1 \pm 1,3$. Thể tích dung dịch HSE tiêm bổ sung là $8,3 \pm 5,6$ ml. Thời gian can thiệp trung bình $8,1 \pm 3,5$ phút. Không có mối liên quan giữa phương pháp cầm máu và đặc điểm tổn thương, $p > 0,05$.

- Tỉ lệ cầm máu thành công kỳ

đầu là 92,7%. Tái phát 7,3% (DSA 33,3%; phẫu thuật 33,3%). Tỷ lệ cầm máu thành công xuất viện là 97,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sehested T., Carlson N., Hansen P. W., et al. (2019) Reduced risk of gastrointestinal bleeding associated with proton pump inhibitor therapy in patients treated with dual antiplatelet therapy after myocardial infarction. *European Heart Journal*, 40(24): 1963–1970

2. Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức, Châu Quốc Sử và Cộng sự (2012) Kết quả kẹp clip cầm máu trong chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 16(1):137- 146.

3. Lê Nhật Huy, Nguyễn Văn Hương (2014) Đánh giá kết quả điều trị nội soi can thiệp cấp cứu chảy máu tiêu hoá do loét dạ dày - hành tá tràng, *Y học thực hành* 902(1):33-36.

4. Alzoubaidi D., Lovat L.B., Haidry R. (2018) Management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: where are we in 2018?. *BMJ Frontline Gastroenterology*, 10:35-42.

5. Lai YC, Yang SS, Wu CH, et al. (2000) Endoscopic hemoclip treatment for bleeding peptic ulcer. *World J Gastroenterol*, 6(1): 53-56.

6. Guo S.B., Gong A.X., Leng J., et al. (2009) Application of endoscopic hemoclips for nonvariceal bleeding in

the upper gastrointestinal tract. *World J Gastroenterol*, 15(34), pp. 4322-4326.

7. Quách Trọng Đức, Đào Hữu Ngôi, Đinh Cao Minh và cộng sự (2015) Khảo sát tình hình điều trị chảy máu tiêu hóa trên không do tăng áp tĩnh mạch cửa tại một số bệnh viện lớn. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 19(1):74-79.

8. Trần Việt Tú (2004) Nghiên cứu hiệu quả của một số dung dịch tiêm cầm máu trong điều trị chảy máu do loét dạ dày - hành tá tràng qua nội soi, *Luận án Tiến sĩ, Học viện Quân Y*.

9. Nguyễn Quang Duật, Trần Việt Tú, Thái Bá Có và CS. (2006) Nhận xét hiệu quả của dung dịch Natri chlorua 7,2% -Adrenalin 1/20.000 trong tiêm cầm máu điều trị chảy máu do loét dạ dày tá tràng qua nội soi. *Tạp chí Y học Quân sự, HVQY2006*.

10. Huỳnh Hiếu Tâm (2019) Nghiên cứu hiệu quả của tiêm hoặc kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao tĩnh mạch ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. *Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế*.

11. Quách Tiến Phong, Quách Trọng Đức, Lê Thành Lý (2015) Thang điểm glasgow blatchford cải tiến trong dự đoán kết cục lâm sàng ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 19(5):9-17.

12. Chung I.K., Ham J.S., Kim

H.S. et al. (1999) Comparison of the hemostatic efficacy of the endoscopic hemoclip method with hypertonic saline–epinephrine injection and a combination of the two for the management of bleeding peptic ulcers. *Gastrointestinal Endoscopy*, 49(1):13-18.

13. Manno M., Mangiafico S., Caruso A., et al. (2015) First-line endoscopic treatment with OTSC in patients with high-risk non-variceal upper gastrointestinal bleeding: preliminary experience in 40 cases. *Surgical Endoscopy*, 30(5):2026–2029.

14. Wander P., Castaneda D., Carr-Locke DL (2017). Single-Center Experience of a New Endoscopic

Clip in Managing Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Clin Gastroenterol*, 00:1-7.

15. Trần Kinh Thành, Bùi Hữu Hoàng (2011) Thang điểm Rockall và blatchford trong đánh giá tiên lượng ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 15(4):38-45.

16. Lo CC., Hsu PI., Lo GH., et al. (2006) Comparison of hemostatic efficacy for epinephrine injection alone and injection combined with hemoclip therapy in treating high-risk bleeding ulcers. *Gastrointest Endosc*, 63(6):767-73.