

## NỘI SOI CAN THIỆP ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN DO TỔN THƯƠNG DIEULAFOY: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Nguyễn Thị Lộc<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Dũng<sup>1</sup>, Hoàng Anh Dũng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Tuyết Nhung<sup>1</sup>, Ngô Văn Thanh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT:

*Tổn thương Dieulafoy là nguyên nhân hiếm gặp gây chảy máu tiêu hóa trên với tần suất khoảng 1-2%. Kích thước tổn thương dù nhỏ nhưng lại gây tình trạng chảy máu tiêu hóa nặng, tiến triển, không có dấu hiệu cảnh báo. Hiện nay dù nội soi tiêu hóa có nhiều tiến bộ về kỹ thuật nhưng việc chẩn đoán và điều trị tổn thương Dieulafoy vẫn là thách thức lớn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp can thiệp nội soi cầm máu thành công với biện pháp nội soi can thiệp cầm máu kép: tiêm epinephrine kết hợp kẹp clip cầm máu ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên mức độ nặng do tổn thương Dieulafoy ở dạ dày có bệnh nền xơ gan do rượu.*

*Từ khóa: Tổn thương Dieulafoy; chảy máu tiêu hóa trên; báo cáo trường hợp*

### ENDOSCOPIC HEMOSTASIS OF ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING FROM A DIEULAFOY'S LESION: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

### SUMMARY:

*Dieulafoy's lesion is a relatively rare cause of acute gastrointestinal bleeding, the frequency is approximately 1-2%. The size of the lesion is quite small but causes acute gastrointestinal hemorrhage with severe, massive, without prior symptoms. Despite*

---

<sup>1</sup> Bệnh viện Quân Y 175

Người phản hồi: Nguyễn Thị Lộc (nguyenthiloc.trang@gmail.com)

Ngày nhận bài: 28/02/2024, ngày phản biện: 15/3/2024

Ngày đăng: 30/3/2024

*recent advances in endoscopy, the diagnosis and treatment of Dieulafoy's lesion is still a significant challenge. We report a case of successful endoscopic hemostasis by dual endoscopic therapy using injection of diluted epinephrine plus hemoclip application in a patient with severe upper gastrointestinal bleeding due to Dieulafoy's lesion in the stomach with medical history of alcoholic cirrhosis.*

*Keywords: Dieulafoy's lesion; upper gastrointestinal bleeding; case report.*

## **1. ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Chảy máu tiêu hóa (CMTH) trên là tình trạng máu mất từ ống tiêu hóa phía trên góc Treitz gồm thực quản, dạ dày và tá tràng. Nguyên nhân phổ biến gây CMTH trên thường gặp: ổ loét dạ dày và/hoặc tá tràng, viêm thực quản- dạ dày ăn mòn, vỡ giãn tĩnh mạch thực quản- dạ dày [1].

Tổn thương Dieulafoy là nguyên nhân hiếm gặp gây xuất huyết tiêu hóa cấp tính không do vỡ giãn tĩnh mạch với tần suất khoảng 1-2% [2]. Đây là tình trạng một động mạch dưới niêm mạc giãn ra bất thường, ăn mòn niêm mạc phía trên trong trường hợp không có vết loét nguyên phát [3]. Dù là nguyên nhân hiếm gặp nhưng thường gây chảy máu tiêu hóa nặng hoặc dai dẳng, không có dấu hiệu báo trước, dễ bỏ sót trong nội soi. Nội soi đường tiêu hóa và can thiệp cầm máu hiện nay vẫn là phương pháp hiệu quả điều trị tổn thương Dieulafoy.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp CMTH trên mức độ nặng do tổn thương Dieulafoy ở bệnh nhân xơ gan rượu có rối loạn đông máu, được nội soi tiêu hóa hai

lần và can thiệp thành công bằng kẹp clip cầm máu kết hợp với tiêm epinephrin tại khoa Nội tiêu hóa-BVQY 175, đồng thời cập nhật y văn thế giới trong chẩn đoán và điều trị tổn thương Dieulafoy.

## **2. GIỚI THIỆU CA BỆNH:**

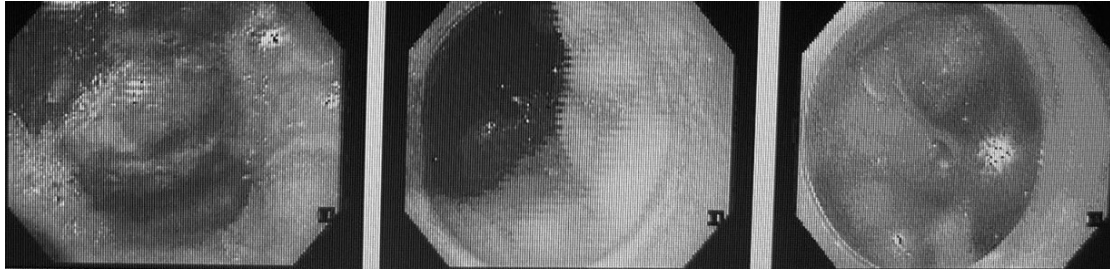
Bệnh nhân (BN) nam 58 tuổi nhập viện ngày thứ nhất của bệnh với triệu chứng nôn ra máu đỏ tươi kèm đi cầu phân đen nhiều lần. Bệnh nền xơ gan Child-Pugh B do rượu, không ghi nhận chảy máu tiêu hóa trước đó, không dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu hay thuốc kháng đông.

Thời điểm nhập viện, BN tỉnh, da niêm mạc hồng nhạt, mạch: 80 lần/phút, huyết áp: 110/60 mmHg, thăm khám bụng mềm, dịch báng lượng ít, thăm hậu môn trực tràng phân đen. Xét nghiệm máu: Hồng cầu (HC): 2.48 M/uL Hemoglobin (Hb): 9.3 g/dL, Hematocrit (HCT): 26.9%, Bạch cầu: 10.9 K/uL, kèm rối loạn đông máu: Thời gian Prothrombin kéo dài: 20.1 giây, Tiểu cầu: 102 K/uL. Đánh giá thang điểm Glasgow Blatchford: 12 điểm. Chẩn đoán sơ bộ chảy máu tiêu hóa trên mức độ trung bình nghi do vỡ giãn tĩnh mạch thực

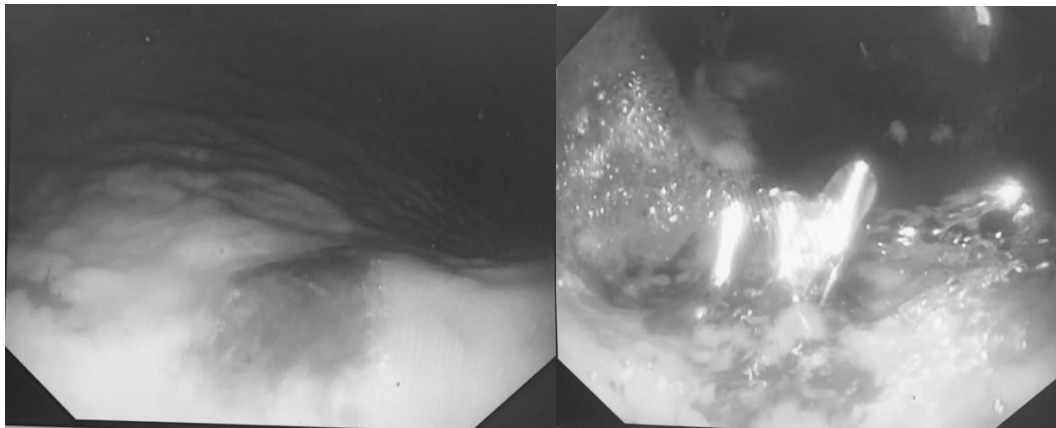
quản/ Xơ gan Child B do rượu/ Rối loạn đông máu. Điều trị bất động tại giường, bù dịch, giảm áp lực tĩnh mạch cửa bằng Terlipressin 1mg/4h, dự phòng bệnh não gan.

Diễn biến sau một giờ, tình trạng chảy máu tiêu hóa tiến triển biểu hiện đi cầu phân đen lẫn máu tươi, mạch nhanh (từ 80 lên 130 lần/phút), huyết áp tụt (từ 110/60 mmHg xuống 74/42 mmHg). Tiến hành truyền máu (2 đơn vị hồng cầu lắng + 2 đơn vị huyết tương tươi), tuy nhiên xét nghiệm Hb giảm từ 9.3 g/dL xuống 8.0 g/dL. Khi huyết động ổn định, chúng tôi tiến hành nội soi đường tiêu hóa trên lần đầu (thời điểm khoảng 7 giờ sau nhập viện). Trong nội soi ghi nhận: búi giãn tĩnh mạch thực quản độ 2 không ghi nhận chảy máu, nhiều máu đông bám dính ở niêm mạc phình vị-thân vị, niêm mạc hang vị-tá tràng có máu đen loãng, không có loét, bơm rửa sạch quan sát không thấy chảy máu. Chúng tôi tiến hành bơm rửa nhiều lần tại phình vị-thân vị nhưng không rửa được máu đông, ghi nhận có máu tươi rỉ rả không liên tục phía dưới máu đông nghĩ nhiều đến chảy máu từ búi giãn tĩnh mạch phình vị dạ dày, phân biệt với tổn thương loét hoặc Dieulafoy (Hình 1). Sau nội soi, chuyển bệnh nhân về phòng hồi sức, duy trì giảm áp lực tĩnh mạch cửa, đặt sonde dạ dày bơm rửa nước muối sinh lý. Hút ra nhiều máu đen cục.

Theo dõi hai giờ sau nội soi lần đầu, mạch: 120-130 lần/phút, huyết áp: 80/45mmHg, sonde dạ dày có máu tươi. Nhận định: CMTH trên chưa rõ nguyên nhân tiến triển mức độ nặng đe dọa sốc mất máu, xử trí tiếp tục hồi sức nội khoa tích cực. Đánh giá trên xét nghiệm Hb giảm từ 8.0 g/dL xuống 7.7 g/dL sau truyền thêm 2 đơn vị hồng cầu lắng. Tiến hành nội soi lần 2 tại khoa gây mê hồi sức (khoảng 13 giờ sau nhập viện). Trước nội soi, chụp CT scan ổ bụng dựng hình mạch máu: thấy nhiều dịch đậm độ cao trong dạ dày nghĩ máu, không ghi nhận giãn tĩnh mạch phình vị và điểm thoát mạch trong đường tiêu hóa. Trong nội soi đánh giá các tổn thương tại thực quản- hang vị-tá tràng không thay đổi so với lần đầu, máu đông tại phình vị-thân vị đã giảm. Bơm rửa cục máu đông bám dính, quan sát thấy bề mặt phần đứng phía bờ cong lớn có điểm mạch rỉ máu theo nhịp đập, không có tổn thương loét ở xung quanh phù hợp với tổn thương Dieulafoy (Hình 2). Chúng tôi kẹp 3 clip cầm máu vào vị trí rỉ máu kết hợp tiêm Epinephrine pha loãng tỉ lệ 1/10.000 quanh tổn thương (Hình 2). Bơm rửa sạch không thấy chảy máu, dừng thủ thuật. Điều trị nội khoa phác đồ PPIs bơm tiêm điện với liều 8mg/giờ thay cho Terlipressin. Diễn biến các ngày sau BN ổn định, không chảy máu tái phát và xuất viện sau 7 ngày.



*Hình 1: Hình ảnh nội soi đường tiêu hóa trên lần 1 với nhiều máu đọng và cục máu đông bám dính ở phình vị. Một phần thân vị có máu tươi rỉ rả dưới cục máu đông*



*Hình 2: Hình ảnh nội soi tổn thương Dieulafoy ở thân vị đứng trước và sau can thiệp*

### 3. BÀN LUẬN:

Tổn thương Dieulafoy là một dị dạng mạch máu ở đường tiêu hóa được mô tả lần đầu năm 1898 bởi bác sĩ phẫu thuật người Pháp Paul Georges Dieulafoy [4]. Đây là tổn thương động mạch dưới niêm mạc không phân nhánh bình thường trong thành dạ dày, khiến nó có đường kính lớn bất thường từ 1-3mm, gấp khoảng 10 lần đường kính bình thường của mao mạch niêm mạc. Điều này dẫn tới khiếm khuyết trong

đường tiêu hóa kèm theo hoại tử ở đáy tổn thương. Dieulafoy đa số gặp ở dạ dày phía bờ cong nhỏ, vùng này được cấp máu chính từ các nhánh động mạch vị trái.

Hiện nay nguyên nhân và các yếu tố khởi phát của tổn thương Dieulafoy vẫn chưa được hiểu rõ. Y văn cho thấy xuất huyết do tổn thương Dieulafoy thường gặp ở nam giới mắc các bệnh lý đi kèm như: bệnh tim mạch, tăng huyết áp, bệnh thận mạn tính, đái tháo đường, lạm dụng rượu

[5], sử dụng mãn tính một số loại thuốc như thuốc chống đông máu, kháng viêm không steroid. Nghiên cứu của tác giả Holleran (2016) chỉ ra sử dụng rượu mãn tính làm tổn thương lớp niêm mạc dạ dày và kích thích tiết axit dạ dày, từ đó làm suy yếu thành tiểu động mạch, dẫn đến vỡ thành mạch và chảy máu [6]. Bệnh nhân trên có các yếu tố nguy cơ như: giới tính nam, lạm dụng rượu lâu năm, rối loạn đông máu do suy chức năng gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Chẩn đoán chảy máu do tổn thương Dieulafoy khó cả trên lâm sàng và nội soi do tình trạng chảy máu có thể từng đợt hoặc ồ ạt nôn ra máu, đi cầu phân đen, hoặc máu đen lẫn máu tươi. Kích thước tổn thương Dieulafoy tương đối nhỏ, vị trí tổn thương nằm giữa các nếp gấp niêm mạc hoặc dưới cục máu đông bám dính nên hạn chế quan sát trong nội soi. Nội soi đường tiêu hóa trên lần đầu chỉ chẩn đoán được khoảng 70% trường hợp [7]. Vì vậy trong nội soi cần quan sát tỉ mỉ, đặc biệt những tổn thương nghi ngờ nằm ở đáy vị, thân vị và nên tiến hành nội soi lặp lại nếu lâm sàng không cải thiện. Như ở BN trên, khi nội soi lần đầu nghi ngờ vị trí thân vị và tình trạng huyết động không ổn định, chúng tôi đã đặt sonde dạ dày để loại bỏ phần máu đông và nội soi lần 2 mới có thể phát hiện được vị trí chảy máu. Theo khuyến cáo năm 2021 của Hiệp hội tiêu hóa Hoa Kỳ (American College of Gastroenterology:

ACG), đối với bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên nên thực hiện nội soi trong vòng 24 giờ kể từ khi có biểu hiện triệu chứng. BN chúng tôi được nội soi trong 12 giờ do biểu hiện lâm sàng điều trị theo hướng vỡ giãn tĩnh mạch thực quản không cải thiện, đồng thời huyết động BN ổn định khi được bù máu do đó chúng tôi tiến hành nội soi sớm hơn với mục đích xác định chính xác nguyên nhân gây chảy máu.

Hình ảnh điển hình tổn thương Dieulafoy qua nội soi tiêu hóa là một khuyết (ngò) mạch, không có loét xung quanh, màu sắc đa dạng, có thể màu hơi đỏ, tím, xanh hoặc màu trắng xám hoặc đang chảy máu theo nhịp đập. Cần phân biệt với các tổn thương tương tự như: dị dạng động tĩnh mạch, giãn mao mạch xuất huyết di truyền (Hội chứng Osler-Weber-Rendu), u tân sinh mạch máu. Trong trường hợp báo cáo, nội soi lần đầu thấy máu đông ở phình vị nên nghĩ đến chảy máu từ búi giãn tĩnh mạch phình vị dạ dày. Tuy nhiên nội soi đường tiêu hóa trên lần 2 thấy điểm rỉ máu theo nhịp đập, phản ánh máu chảy nguồn gốc từ động mạch, không có tổn thương loét ở xung quanh phù hợp với tổn thương Dieulafoy.

Ngoài nội soi tiêu hóa, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) mạch máu có thể phát hiện được tổn thương với hình ảnh thoát thuốc cản quang vào đường tiêu hóa, hoặc hiện diện các mạch máu quanh co ở thì động mạch và không có sự hồi lưu tĩnh

mạch sớm. Tuy nhiên, phương pháp này phụ thuộc vào kinh nghiệm của người đọc và thời điểm chụp mạch lúc tổn thương Dieulafoy đang hoạt động. Thời điểm chúng tôi cho BN chụp CLVT không ghi nhận thoát thuốc cản quang, chỉ thấy hình ảnh gián tiếp dịch đậm độ cao nghĩ máu đọng nhiều trong dạ dày.

Hiện nay, nội soi can thiệp là phương pháp có hiệu quả cầm máu đối với các tổn thương Dieulafoy với tỷ lệ thành công tới 70%-98%[8]. Các phương pháp can thiệp gồm: tiêm chích, nhiệt học và cơ học. Tiêm cầm máu bằng epinephrine có hiệu quả khi chảy máu ồ ạt để kiểm soát chảy máu trước khi kết hợp với liệu pháp cơ học hoặc nhiệt học. Kẹp clip cầm máu có hiệu quả cao hơn so với tiêm cầm máu nhất là vị trí đoạn gần dạ dày với tỷ lệ tái chảy máu lần lượt 0% và 50% [9]. Bắn vòng thắt cao su là phương pháp thay thế khi thất bại với hemoclip. Phân tích tổng hợp của tác giả Barakat (2018) gồm 5 nghiên cứu trên 162 bệnh nhân cho thấy hemoclip và bắn vòng thắt có hiệu quả tương đương nhau trong kiểm soát chảy máu do Dieulafoy (OR: 1, 95% CI [0.96-1.05]) và tỷ lệ chảy máu tái phát (OR: 0.37, 95% CI [0.12-1.09]) [10]. Phối hợp các phương pháp được chứng minh có hiệu quả là tiêm epinephrine kết hợp với liệu pháp nhiệt như: đông máu điện đơn cực hoặc lưỡng cực, đông máu huyết tương Argon hoặc

kẹp clip cầm máu [11, 12]. Trường hợp báo cáo, vị trí tổn thương nằm ở thân vị trên mặt sau dạ dày, chúng tôi kết hợp tiêm epinephrine với sử dụng hemoclip cầm máu.

Nguy cơ về chảy máu tái phát trong thời gian ngắn (< 72 giờ) sau khi cầm máu ban đầu qua nội soi là khoảng 10% [13]. Các yếu tố nguy cơ gây tái xuất huyết sau can thiệp nội soi vẫn chưa rõ ràng. Một nghiên cứu hồi cứu trên 133 BN chảy máu do tổn thương Dieulafoy ở dạ dày tá tràng chỉ ra rằng phương pháp can thiệp nội soi tiêm đơn thuần, số lượng bạch cầu tăng cao (>10 K/uL), thời gian Prothrombin kéo dài (>12 giây) là những yếu tố độc lập tăng nguy cơ chảy máu tái phát trong vòng 30 ngày [14]. Điều trị bằng liệu pháp nội soi kép là biện pháp hiệu quả nhất để ngăn ngừa chảy máu tái phát ở những BN tổn thương Dieulafoy [14]. Trường hợp chúng tôi báo cáo có các yếu tố nguy cơ cao gây chảy máu tái phát sau can thiệp nội soi như: số lượng bạch cầu tăng cao (10.9 K/uL), thời gian Prothrombin kéo dài (20.1 giây). Do đó chúng tôi tiến hành biện pháp can thiệp nội soi kép: kết hợp tiêm epinephrine với sử dụng hemoclip cầm máu, đồng thời theo dõi sát tình trạng chảy máu tái phát sau can thiệp.

Chụp động mạch là bước tiếp theo nếu nội soi can thiệp thất bại hoặc chưa xác định được vị trí chảy máu. Ngoài chẩn đoán còn kết hợp điều trị cầm máu bằng

phương pháp thuyên tắc động mạch chọn lọc. Tuy vậy, tắc mạch cũng có thể dẫn đến thiếu máu dạ dày, gây biến chứng thủng ruột đường tiêu hóa.

Phẫu thuật trước đây là lựa chọn điều trị đầu tiên cho các tổn thương Dieulafoy. Nhưng hiện nay với tiến bộ của các kỹ thuật can thiệp nội soi cầm máu cùng với thuyên tắc mạch, vai trò của phẫu thuật đã giảm đi đáng kể, chỉ còn chiếm khoảng 5% [2]. Đây là phương pháp điều trị cuối cùng cho những trường hợp không thể điều trị bằng nội soi can thiệp hoặc thuyên tắc mạch.

#### **4. KẾT LUẬN:**

Dieulafoy là tổn thương hiếm gặp gây chảy máu tiêu hóa trên với biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và dễ bỏ sót trong nội soi tiêu hóa. Nội soi can thiệp là phương pháp điều trị với tỷ lệ thành công cao khi phối hợp tiêm epinephrine với hemoclip.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Van Leerdam, M., *Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding*. Best practice & research Clinical gastroenterology, 2008. 22(2): p. 209-224.

2. Baxter, M. and E. Aly, *Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management*. The Annals of The Royal College of Surgeons of England, 2010. 92(7): p. 548-554.

3. Lee, Y.T., et al., *Dieulafoy's lesion*. Gastrointestinal endoscopy, 2003. 58(2): p. 236-243.

4. Dieulafoy, G.J.B.A.M., *Exulceratio simplex: L'intervention chirurgicale dans les hematemeses foudroyantes consecutives a lexulceration simplex de l'estomac*. 1898. 39: p. 49-53.

5. Lara, L.F., et al., *Dieulafoy lesions of the GI tract: localization and therapeutic outcomes*. Digestive diseases and sciences, 2010. 55: p. 3436-3441.

6. Holleran, G., M. Hussey, and D. McNamara, *Small bowel Dieulafoy lesions: An uncommon cause of obscure bleeding in cirrhosis*. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy, 2016. 8(16): p. 568.

7. Chung, Y., W. Wong, and K. Soo, *Diagnostic failures in endoscopy for acute upper gastrointestinal haemorrhage*. Journal of British Surgery, 2000. 87(5): p. 614-617.

8. Then, E.O., et al., *Rectal Dieulafoy's lesion: a rare etiology of lower gastrointestinal hemorrhage*. 2019. 13(1): p. 73-77.

9. Park, C., et al., *The usefulness of endoscopic hemoclippping for bleeding Dieulafoy lesions*. 2003. 35(05): p. 388-392.

10. Barakat, M., et al., *Endoscopic band ligation versus endoscopic hemoclip*

*placement for Dieulafoy's lesion: a meta-analysis.* 2018. 30(9): p. 995-996.

11. Dulic-Lakovic, E., et al., *Bleeding Dieulafoy lesions of the small bowel: a systematic study on the epidemiology and efficacy of enteroscopic treatment.* *Gastrointestinal endoscopy*, 2011. 74(3): p. 573-580.

12. Yamaguchi, Y., et al., *Short-term and long-term benefits of endoscopic hemoclip application for Dieulafoy's lesion in the upper GI tract.* *Gastrointestinal*

*endoscopy*, 2003. 57(6): p. 653-656.

13. Nojkov, B. and M.S. Cappell, *Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy.* *World journal of gastrointestinal endoscopy*, 2015. 7(4): p. 295.

14. Lai, Y., et al., *Risk factors for rebleeding after emergency endoscopic treatment of Dieulafoy lesion.* *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2020. 2020.