

# KẾT QUẢ CỦA KẸP CẦM MÁU COAGRASPER TRONG ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY Tá TRÀNG TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Vân Hồng<sup>2</sup>, Nguyễn Công Long<sup>1,3</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá kết quả của kẹp cầm máu coagrasper trong điều trị XHTH do loét DD-TT tại Trung tâm Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp với tiến cứu trên 126 bệnh nhân. Kết quả cho thấy, 112 BN (88,9%) cầm máu ban đầu thành công và có 14 BN (11,1%) XHTH tái phát trong vòng 3 ngày, có 11 BN cầm máu thành công trong đợt hai, 3 BN XHTH được cầm máu lần ba thành công, không có BN nào phải can thiệp điện quang hoặc phẫu thuật hay tử vong. 70,6% BN cần phải truyền máu trong quá trình điều trị. Đối tượng có phân loại Forrest Ib, IIa, IIb có tỷ lệ thành công cao hơn loại Ia, đối tượng sử dụng COA đơn thuần có tỷ lệ thành công cao hơn so với sử dụng TCM+COA và đối tượng có kích thước ổ loét nhỏ có tỷ lệ thành công cao hơn ( $p < 0,05$ ). Cầm máu bằng phương pháp coagrasper cho hiệu quả tốt và an toàn trong điều trị XHTH do loét DD-TT.

**Từ khóa:** Xuất huyết tiêu hóa, kẹp cầm máu coagrasper, viêm loét dạ dày-tá tràng

## SUMMARY

### RESULTS OF COAGRASPER HEMOSTATIC FORCEPS IN THE TREATMENT OF GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO GASTRIC AND DUODENAL ULCERS AT THE DIGESTIVE CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

Study evaluating the results of coagrasper hemostatic forceps in the treatment of GI bleeding due to gastric and duodenal ulcers at the Digestive Center of Bach Mai Hospital. Descriptive, retrospective study combined with a prospective study on 126 patients. The results showed that 112 patients (88.9%) had successful initial hemostasis and 14 patients (11.1%) had recurrent bleeding within 3 days, 11 patients had successful hemostasis in the second phase, and 3 patients had hemostasis. The third bleeding was successfully stopped, no patient required radiological intervention or surgery or died. 70.6% of patients needed blood transfusion during treatment. Subjects with Forrest Ib, IIa, IIb classification have a higher success rate than type Ia, subjects using COA alone have a higher success rate

than those using TCM+COA and subjects with ulcer size small children have a higher success rate ( $p < 0.05$ ). Hemostasis using the coagrasper method is effective and safe in the treatment of bleeding caused by gastric and duodenal ulcers.

**Keywords:** Gastrointestinal bleeding, coagrasper hemostatic forceps, gastric and duodenal ulcer

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa trên cấp tính là một cấp cứu y tế gặp phổ biến trên toàn thế giới, với tỷ lệ mắc hàng năm khoảng 40-150/100.000. Đây là nguyên nhân nhập viện thường xuyên và có tỷ lệ tử vong lên đến 10%, đặc biệt ở người cao tuổi.<sup>1</sup> Trong đó loét dạ dày tá tràng (DD-TT) là nguyên nhân phổ biến nhất chiếm khoảng 50%. Liệu pháp ức chế acid và nội soi cầm máu là các phương pháp điều trị chính. Nội soi rất có hiệu quả trong cầm máu ban đầu, ngăn ngừa chảy máu tái phát và giảm tỉ lệ phẫu thuật cấp cứu trong điều trị XHTH do loét DD-TT. Hiện nay có nhiều phương pháp nội soi được sử dụng để điều trị cầm máu trong XHTH do loét DD-TT, phổ biến là các phương pháp: tiêm adrenalin, kẹp clip, cầm máu bằng nhiệt. Trong đó các loại thiết bị nhiệt tiếp xúc đã trở nên phổ biến trong điều trị cầm máu XHTH do loét DD-TT vì sự hiệu quả, an toàn, dễ sử dụng và tính linh hoạt của chúng.<sup>2</sup>

Gần đây, kẹp cầm máu coagrasper ngày càng chứng minh hiệu quả và tính an toàn của nó trong cầm máu ở bệnh nhân XHTH do loét DD - TT qua các nghiên cứu. Coagrasper là sự kết hợp phương pháp cầm máu bằng nhiệt và cơ học, ban đầu được sử dụng trong các thủ thuật nội soi bóc tách dưới niêm mạc cầm máu khi nhìn rõ các mạch máu có hoặc không gây chảy máu. Điều này giúp các thủ thuật được tiếp tục một cách an toàn và thuận tiện nhờ sự kiểm soát chủ động chảy máu và ngăn ngừa chảy máu tái phát. Coagrasper tỏ ra ưu thế hơn cầm máu bằng kẹp clip trong những ổ loét ở vị trí tiếp tuyến như mặt sau thân vị, hành tá tràng, phần đứng bờ cong nhỏ, cũng như các ổ loét có kích thước lớn hay xơ chai. Mặt khác nó có thể sử dụng nhiều lần nên có lợi thế về mặt chi phí.<sup>3</sup> Coagrasper cũng an toàn hơn các liệu pháp nhiệt khác vì tuy nó sử dụng dòng điện liên tục nhưng điện áp được giảm xuống dưới 200V, điện áp này đủ để làm đông tụ protein của mô mà không

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương

Email: nguyenvhuanh0885@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

có sự carbon hóa nên vừa có tác dụng cầm máu mà hạn chế nguy cơ thủng và chảy máu tái phát so với các đầu dò nhiệt hoạt động ở điện áp cao có thể tới 1000V.<sup>3</sup> Trên thế giới đã có các nghiên cứu về hiệu quả và tính an toàn của kẹp cầm máu coagrasper so với kẹp clip, APC hay đầu dò nhiệt khác trong điều trị XHTH do loét DD - TT.<sup>3</sup> Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả của kẹp cầm máu coagrasper trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Trung tâm Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai"*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán XHTH do loét DD-TT được can thiệp cầm máu qua nội soi tại Trung tâm Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2019 đến tháng 7/2023.

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Tất cả các bệnh nhân XHTH do loét DD-TT có phân loại Forrest Ia, Ib, IIa, IIb.

- Đã được tiến hành cầm máu qua nội soi bằng kẹp cầm máu coagrasper.

- Bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên.

- Bệnh nhân được điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại bệnh nhân**

- Bệnh nhân có xuất huyết do các nguyên nhân khác xảy ra đồng thời.

- Bệnh nhân XHTH tái phát đã được can thiệp bằng kẹp clip trước đó.

- Bệnh nhân XHTH do loét DD - TT không phải cầm máu qua nội soi.

- Bệnh nhân có bệnh lý tâm thần không hợp tác trong quá trình nội soi.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.**

Nghiên cứu được thực hiện tại tại Trung tâm Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 8/2019 đến tháng 7/2023

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, tiến cứu kết hợp với hồi cứu.

**2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

*Cỡ mẫu:* Nghiên cứu của chúng tôi mô tả về kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa gồm xuất huyết tiêu hóa tái phát nên cỡ mẫu được tính theo công thức như sau:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{\Delta^2} = 1.96^2 \times \frac{0,072 \times 0,928}{0,05^2} = 103$$

*Trong đó:* - n là cỡ mẫu tối thiểu của quần thể nghiên cứu để nghiên cứu có ý nghĩa.

- p = 7,2% là tỷ lệ tái xuất huyết ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa theo tác giả Đào Văn Long nghiên cứu năm 2015.<sup>4</sup>

- Δ = 0,05 là sai số mong muốn giữa mẫu và quần thể có thể chấp nhận được.

Tính được n ≈ 103 do đó cỡ mẫu nhỏ nhất chúng tôi cần lấy là 103 người, trên thực tế chúng tôi thu thập được 126 người bệnh.

*Phương pháp chọn mẫu:* nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện

**2.3.3. Quy trình nghiên cứu**

- Bước 1: Tất cả các BN nghiên cứu được hỏi bệnh, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cơ bản, theo mẫu bệnh án thống nhất. Bệnh nhân hồi cứu dựa trên các thông tin trên hồ sơ bệnh án.

- Bước 2: Thực hiện nội soi DD-TT trong vòng 24 giờ kể từ khi bệnh nhân bắt đầu nhập viện, các bệnh nhân XHTH do loét DD-TT phân loại Forrest Ia, Ib, IIa, IIb và không có nguyên nhân XHTH phối hợp được chọn vào nghiên cứu. Các BN có phân loại Forrest Ia và Forrest Ib sẽ được tiêm cầm máu bằng adrenalin 1/10000 để giảm tốc độ chảy máu và bộc lộ rõ điểm chảy máu để can thiệp bằng kẹp cầm máu coagrasper được thuận tiện. Còn các BN phân loại Forrest khác sẽ được can thiệp bằng kẹp cầm máu coagrasper.

- Bước 3: Theo dõi đánh giá tái phát XHTH sau khi kẹp cầm máu, những nghi ngờ XHTH tái phát được chỉ định nội soi lần 2,3. Chỉ định phẫu thuật hoặc can thiệp mạch nếu nội soi điều trị thất bại.

**2.4. Biến số nghiên cứu**

- Nhóm biến số đặc điểm về đối tượng nghiên cứu:

+ Thông tin chung: Tuổi, giới

+ Mức độ xuất huyết: phân loại T-score, phân loại Forrest, thang điểm Rockall

+ Đặc điểm ổ loét: vị trí (dạ dày/tá tràng), kích thước ổ loét (cm)

+ Phương pháp can thiệp: COA/COA+ TCM

- Nhóm biến số kết quả can thiệp:

+ Kết quả cầm máu: thành công/xuất huyết tái phát

+ Thời gian nằm viện (ngày)

+ Tỷ lệ truyền máu: tỷ lệ BN có truyền máu trong quá trình điều trị

**2.5. Phân tích số liệu.** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Bệnh nhân và người nhà được giải thích mục đích, ý nghĩa của phương pháp cầm máu, ký vào giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

Các thông tin thu thập được chỉ dùng vào mục đích nghiên cứu, không tiết lộ thông tin các nhân, bệnh tình của đối tượng tham gia nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

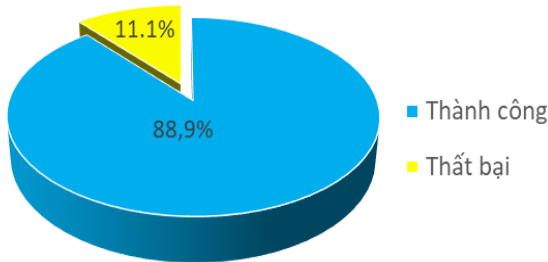
**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Thông tin chung</b>			
Nhóm tuổi	< 60	67	53,2
	60 – 80	45	35,7
	≥ 80	14	11,1
Giới	Nam	99	78,6
	Nữ	27	21,4
<b>Đặc điểm xuất huyết</b>			
Mức độ xuất huyết theo T-score	Nhẹ	37	29,4
	Vừa	79	62,7
	Nặng	10	7,9
Phân loại Forrest	Ia	16	12,7
	Ib	44	34,9
	IIa	48	38,1
	IIb	18	14,3
Thang điểm Rockall	<6 điểm	79	62,7
	≥ 6 điểm	47	37,3
<b>Đặc điểm ổ loét</b>			
Kích thước	< 1cm	28	22,2
	1 – 2 cm	74	58,7
	> 2cm	24	19,1
Vị trí	Dạ dày	44	34,9
	Tá tràng	82	65,1
Phương pháp cầm máu	COA	84	66,7
	TCM + COA	42	33,3

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,7 ± 19,5 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là dưới 60 tuổi (53,2%). Nam giới chiếm đa phần với tỷ lệ 78,6%, tỷ lệ nam/nữ là 3,67/1. Đa phần đối tượng xuất huyết mức độ vừa theo thang điểm T-score (62,7%) Phân loại Forrest IIa gặp nhiều nhất chiếm 38,1%, phân loại Forrest Ib chiếm 34,9%. Đa phần đối tượng có điểm Rockall <6 với tỷ lệ 62,7%. Ciếm tỷ lệ cao đối tượng có kích thước ổ loét từ 1-2cm (58,7%), kích thước ổ loét trung bình là 1,3 ± 0,7cm.

**3.2. Kết quả điều trị cầm máu**



**Biểu đồ 1. Kết quả cầm máu ban đầu**

Trong 126 BN nghiên cứu thì có 112 BN (chiếm 88,9%) cầm máu ban đầu thành công và có 14 BN (11,1%) thất bại

**Bảng 2. Kết quả điều trị cầm máu XHTH tái phát và kết quả chung**

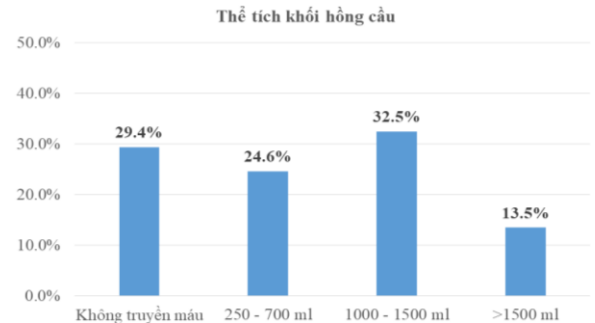
Thời gian		Số lượng	Tỷ lệ %
Sau 3 ngày (n=14)	Thành công	11	78,6
	XH tái phát	3	21,4
Sau 7 ngày (n=3)	Thành công	3	100
	XH tái phát	0	0
Kết quả chung (n=126)	Thành công	124	98,4
	XH tái phát	2	1,6

Tỉ lệ XHTH tái phát trong vòng 3 ngày tính từ khi can thiệp ban đầu thất bại có 14 BN (chiếm 11,1%), được cầm máu lần 2 có 11 BN cầm máu thành công (78,6%), 3 BN xuất huyết tái phát trong vòng 7 ngày (tính từ can thiệp lần 2 thất bại) được cầm máu lần 3 thành công, không có BN nào phải can thiệp điện quang hoặc phẫu thuật hay tử vong.

**Bảng 3. Thời gian nằm viện ở nhóm nghiên cứu**

Thời gian nằm viện	Số lượng	Tỷ lệ %
<3 ngày	16	12,7
3 – 5 ngày	70	55,6
>5 ngày	40	31,7
Tổng	126	100
Trung bình ± Độ lệch chuẩn (min – max)	4,7 ± 2,1 (1 – 12)	

Số ngày nằm viện trung bình của BN là 4,7 ± 2,1 ngày. Số BN nằm viện 3 – 5 ngày chiếm tỉ lệ nhiều nhất 70 BN (chiếm 55,6%).



**Biểu đồ 2. Phân bố thể tích máu cần truyền ở nhóm nghiên cứu**

Thể tích khối hồng cầu trung bình được truyền là 1185,4 ± 562,1 ml, thể tích được truyền nhiều nhất cho 1 BN là 2800ml. Tỷ lệ BN không phải truyền máu chiếm 29,4% Thể tích khối hồng cầu truyền từ 1000 – 1500ml chiếm tỉ lệ cao nhất 32,5%.

**3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả cầm máu bằng phương pháp kẹp cầm máu coagrasper**

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả cầm máu bằng phương pháp kẹp cầm máu coagrasper**

Đặc điểm	Thành công	XHTH tái phát	Tổng	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Mức độ xuất huyết theo T-score</b>				
Nhẹ	33 (89,2)	4 (10,8)	37 (100)	1,00
Vừa	70 (88,6)	9 (11,4)	79 (100)	
Nặng	9 (90,0)	1 (10,0)	10 (100)	
<b>Phân loại Forrest</b>				
Ia	9 (56,3)	7 (43,7)	16 (100)	0,002
Ib	41 (93,2)	3 (6,8)	44 (100)	
IIa	45 (93,8)	3 (6,2)	48 (100)	
IIb	17 (94,4)	1 (5,6)	18 (100)	
<b>Thang điểm Rockall</b>				
<6 điểm	73 (92,4)	6 (7,6)	79 (100)	0,103
≥ 6 điểm	39 (83,0)	8 (17,0)	47 (100)	
<b>Phương pháp cầm máu</b>				
COA	80 (95,2)	4 (4,8)	84 (100)	0,001
TCM + COA	32 (76,2)	10 (23,8)	42 (100)	
<b>Kích thước ổ loét</b>				
< 1cm	28 (100)	0 (0,0)	28 (100)	0,048
1 – 2 cm	62 (83,8)	12 (16,2)	74 (100)	
> 2cm	22 (91,7)	2 (8,3)	24 (100)	
<b>Vị trí ổ loét</b>				
Dạ dày	37 (84,1)	7 (15,9)	44 (100)	0,209
Tá tràng	75 (91,5)	9 (8,5)	82 (100)	

Đối tượng có phân loại Forrest Ib, IIa, IIb có tỷ lệ thành công cao hơn loại Ia, đối tượng sử dụng coagrasper đơn thuần có tỷ lệ thành công cao hơn so với sử dụng tiêm cầm máu phối hợp coagrasper và đối tượng có kích thước ổ loét nhỏ có tỷ lệ thành công cao hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 126 BN loét DD-TT được can thiệp cầm máu qua nội soi và được điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả cho thấy trong 126 BN nghiên cứu thì có 112 BN (chiếm 88,9%) cầm máu ban đầu thành công và có 14 BN (11,1%) thất bại, tỉ lệ BN XHTH trong 7 ngày là 3 BN (chiếm 2,4%). Kết quả chung kẹp cầm máu coagrasper thành công ở 124/126 BN (chiếm 98,4%), có 1 BN cầm máu qua nội soi bằng kẹp clip và 1 BN phối hợp 3 phương pháp cầm máu qua nội soi. Tỉ lệ BN XHTH tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số tác giả trong nước như tác giả Đào Văn Long báo cáo quan sát trên 991 BN xuất huyết tiêu hoá cao, tỉ lệ BN XHTH sau lần nội soi đầu tiên là 7,2%, trong vòng 7 ngày nằm viện là 5,7%.<sup>4</sup> Tác giả Trần Duy Hưng nghiên cứu trên 412 BN loét DD - TT có 37 BN (chiếm 9%) BN XHTH tái phát.<sup>5</sup> Sở dĩ

như vậy là các tác giả nghiên cứu trên các đối tượng XHTH cao gồm nhiều nguyên nhân XHTH cao (bao gồm cả viêm thực quản chiếm 3,4% và loét thực quản chiếm 4,8%) hoặc trong nghiên cứu của Trần Duy Hưng gồm các BN ở tất cả phân loại Forrest, trong đó các BN có phân loại Forrest IIC và III ít nguy cơ chảy máu tái phát hơn.<sup>4,5</sup> Kết quả cầm máu của chúng tôi cũng thấp hơn báo cáo của một số tác giả nước ngoài như Toka và cộng sự so sánh hiệu quả của kẹp cầm máu coagrasper với clip trên 112 BN XHTH do loét DD-TT cho thấy tỉ lệ cầm máu ban đầu thành công ở nhóm dùng kẹp cầm máu đơn cực là 98,2%, tỉ lệ chảy máu tái phát trong 7 ngày là 3,6% thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cầm máu bằng clip.<sup>6</sup> Như vậy kết quả cầm máu ban đầu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số tác giả, tuy nhiên kết quả thành công chung của phương pháp thì tương đương. Sự khác nhau một phần là do cách chọn mẫu khác nhau ở các nghiên cứu, như trong nghiên cứu của tác giả Toka và cs loại bỏ các BN có rối loạn đông máu (PT < 50%, tiểu cầu < 50G/l). Trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi lấy tất cả các BN thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu bao gồm cả các BN có rối loạn đông máu và ổ loét tất cả các kích thước.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm

nghiên cứu là  $4,7 \pm 2,1$  ngày, thời gian nằm viện từ 3-5 ngày chiếm tỉ lệ nhiều nhất (55,6%). Phần lớn các nghiên cứu điều trị XHTH do loét DD-TT bằng nội soi can thiệp kết hợp ức chế bơm proton liều cao đều cho thấy giảm tỷ lệ tái xuất huyết, cũng như giảm số lượng máu truyền, thời gian nằm viện một cách có ý nghĩa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như một số tác giả Trần Duy Hưng (2019) số ngày nằm viện trung bình là  $4 \pm 2,5$  hay tác giả Toka số ngày nằm viện trung bình  $4,37 \pm 1,86$ .<sup>5,6</sup> Nghiên cứu của chúng tôi có 70,6% BN phải truyền máu. Điều này cho thấy 126 BN trong nghiên cứu đa số nhập viện trong tình trạng thiếu máu nặng. Thêm vào đó trong quá trình điều trị còn có một số BN diễn biến nặng, có XHTH tái phát nên nhu cầu truyền máu cao hơn. Tỉ lệ BN cần truyền máu trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Swidnicka-Siergiejko ở Ba Lan tỉ lệ cần truyền máu là 79% với Hb trung bình từ 84-86g/l.<sup>7</sup>

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có 84 BN được cầm máu ban đầu bằng coagrasper đơn độc có tỉ lệ cầm máu thành công là 95,4%. Có 42 BN được cầm máu ban đầu bằng tiêm cầm máu adrenalin 1/10 000 và coagrasper tỉ lệ cầm máu ban đầu là 76,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$ . Các hướng dẫn trên thế giới đều cho thấy sự kết hợp cầm máu qua nội soi tiêm cầm máu bằng adrenalin với 1 phương pháp khác (như kẹp clip hay nhiệt) đều làm tăng tỉ lệ thành công và giảm tỉ lệ XHTH tái phát. Kích thước ổ loét cũng là một yếu tố tiên lượng XHTH tái phát, ổ loét có kích thước 1-2cm có số lượng BN XHTH tái phát chiếm tỉ lệ cao nhất (16,2%), > 2cm tỉ lệ XHTH tái phát 8,3%, < 1cm không có BN nào XHTH tái phát, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,048$ . Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Trần Duy Hưng tỉ lệ XHTH tái phát tăng dần theo kích thước tương ứng là ổ loét <1cm: 7,2%, ổ loét từ 1-2 cm: 10,5% và ổ loét >2 cm: 15,8%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .<sup>5</sup> Khi phân tích kết quả điều trị theo phân loại Forrest cho thấy tỉ lệ các BN XHTH tái phát nhiều nhất Forrest Ia chiếm 43,7%, phân loại Forrest còn lại là Forrest Ib, IIa, IIB chiếm tỉ lệ giảm dần từ 6,8%, 6,2% và 5,6% tương ứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,002$ . Tác giả Wong khi khảo sát trên 1144 trường hợp XHTH do loét DD-TT báo cáo nhóm BN có phân loại Forrest Ia, Ib thì tỉ lệ chảy máu tái phát 12,1% trong khi ổ loét IIa, IIB có tỉ lệ chảy máu tái phát thấp hơn là 4,2%.<sup>8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Trong số 126 bệnh nhân có 112 BN (88,9%) cầm máu ban đầu thành công và có 14 BN (11,1%) XHTH tái phát trong vòng 3 ngày, có 11 BN cầm máu thành công trong đợt hai, 3 BN XHTH được cầm máu lần ba thành công, không có BN nào phải can thiệp điện quang hoặc phẫu thuật hay tử vong. 70,6% BN cần phải truyền máu trong quá trình điều trị. Đối tượng có phân loại Forrest Ib, IIa, IIB có tỉ lệ thành công cao hơn loại Ia, đối tượng sử dụng coagrasper đơn thuần có tỉ lệ thành công cao hơn so với sử dụng tiêm cầm máu phối hợp coagrasper và đối tượng có kích thước ổ loét nhỏ có tỉ lệ thành công cao hơn ( $p < 0,05$ ). Cầm máu bằng phương pháp coagrasper cho hiệu quả tốt và an toàn trong điều trị XHTH do loét DD-TT.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Rosenstock SJ, Møller MH, Larsson H, et al.** Improving quality of care in peptic ulcer bleeding: nationwide cohort study of 13,498 consecutive patients in the Danish Clinical Register of Emergency Surgery. *The American journal of gastroenterology*. 2013;108(9):1449-1457.
- Birda CL, Kumar A, Samanta J.** Endotherapy for nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Journal of Digestive Endoscopy*. 2021; 12(02):078-092.
- Kamal F, Khan MA, Tariq R, Ismail MK, Tombazzi C, Howden CW.** Systematic review and meta-analysis: monopolar hemostatic forceps with soft coagulation in the treatment of peptic ulcer bleeding. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 2020;32(6):678-685.
- Đào Văn Long.** Nghiên cứu về xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa tại 17 Bệnh viện lớn ở Việt Nam. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2015;426:109-113.
- Trần Duy Hưng, Trần Ngọc Ánh.** Nghiên cứu ứng dụng thang điểm T-score trong đánh giá xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - hành tá tràng: Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
- Toka B, Eminler AT, Karacaer C, Uslan MI, Koksal AS, Parlak E.** Comparison of monopolar hemostatic forceps with soft coagulation versus hemoclip for peptic ulcer bleeding: a randomized trial (with video). *Gastrointestinal endoscopy*. 2019;89(4):792-802.
- Swidnicka-Siergiejko A, Rosołowski M, Wróblewski E, Baniukiewicz A, Dąbrowski A.** Comparison of the efficacy of two combined therapies for peptic ulcer bleeding: adrenaline injection plus haemoclipping versus adrenaline injection followed by bipolar electrocoagulation. *Przegląd gastroenterologiczny*. 2014;9(6):354-360.
- Wong SK, Yu LM, Lau JY, et al.** Prediction of therapeutic failure after adrenaline injection plus heater probe treatment in patients with bleeding peptic ulcer. *Gut*. 2002;50(3):322-325.