ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ QUA NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

Vũ Văn Khiên[1], Dương Minh Thắng[1], Trịnh Xuân Hùng[1], Nguyễn Tuấn Sơn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cầm máu bằng kẹp clip trong điều trị chảy máu tiêu hóa (CMTH) do loét dạ dày tá tràng (DDTT). **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu, 135 bệnh nhân có CMTH do loét DDTT được kẹp clip qua nội soi. Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị nội trú, khám lâm sàng, cận lâm sàng và nội soi đường tiêu hóa trên. Các thông số cần đánh: Lâm sàng, nội soi và kết quả cầm máu qua nội soi. **Kết quả:** Hiệu quả cầm máu đạt: 135/135 bệnh nhân (100%). **Kết luận:** Điều trị kết hợp kẹp clip + tiêm adrenalin cho hiệu quả tốt hơn so điều trị kẹp clip đơn thuần. ***Từ khóa:*** Chảy máu tiêu hóa (CMTH), dạ dày tá tràng (DDTT)

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, ENDOSCOPIC IMAGES AND RESULTS OF ENDOSCOPIC TREATMENT FOR PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTNAL BLEEDING DUO TO GASTRIC-DUODENAL ULCER

Objective: The present study airm to compare hemoclips + adrenaline injection with hemoclips alone for the treatment of bleeding gastroduodenal ulcer. **Subject and method:** 150 patients with major stigmata of gastroduodenal ulcer bleeding were randomly assigned to receive hemoclips + adrenalin (n = 75) and hemoclips alone (n =75). All patients are resident treatment, clinical examination, laboratory, and upper gastrointestinal endoscopy. The primary end point of rebleeding rate and end point of innitial hemostasis need for surgery and mortality were compared between the two groups. **Results:** Initial hemostasis was achieved in 75/75 (100%) of the group hemoclips + adrenalin and 68/75 (90.7%) of the hemoclips alone ($p < 0.05$). The rate of recurrent gastrointestinal bleeding, blood transfusions, surgical rate of the group hemoclips + adrenalin 1/10.000 were lower not significant compared to patients with hemoclips alone. However, the hospital stays of the group hemoclips + adrenalin 1/10.000 were shorter significant compared to patients with hemoclips alone ($p<0,05$). Conclusion: Combination therapy (clip + adrenalin) for better efficiency than clip alone.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, gastroduodenal ulcer

[1]Bệnh viện TWQĐ 108
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Sơn
Email: sonnt31@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.10.2023
Ngày phản biện khoa học: 22.11.2023
Ngày duyệt bài: 25.12.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiêu hóa trên là một cấp cứu thường gặp trong nội khoa và ngoại khoa [1,2]. Chỉ tính riêng tại Mỹ mỗi năm có khoảng 300.000 bệnh nhân phải nhập viện vì chảy máu tiêu hóa (CMTH) do loét dạ dày tá tràng (DDTT). Nếu tính trên cộng đồng thì số bệnh nhân mắc bệnh này chiếm tỷ lệ: 170/100.000 dân [7]. Thống kê đã cho biết: CMTH do loét dạ dày tá tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (38%) trong tổng số các nguyên nhân gây CMTH trên.

Ngày nay, điều trị CMTH do loét DDTT đã có những tiến tiến bộ không ngừng. Đó là sự kết hợp chặt chẽ giữa điều trị nội khoa, với sự trợ giúp thuốc ức chế bơm proton và đặc biệt các biện pháp điều trị nội soi [2]. Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Mỹ đã đưa khuyến cáo sử dụng các biện pháp điều trị nội soi cho những bệnh nhân CMTH do loét DDTT. Kẹp clip qua nội soi là biện pháp điều trị nội soi cơ bản, hay được áp dụng và phù hợp điều kiện của Việt Nam. Đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả kẹp clip qua nội soi cho bệnh nhân chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm những bệnh nhân đã được chẩn đoán CMTH trên do loét DDTT, nằm điều trị nội trú tại Viện điều trị các bệnh tiêu hóa- Bệnh viện TWQĐ 108 từ 06/2021-06/2022

**** Tiêu chuẩn chọn:***

- Về lâm sàng: Nôn ra máu và/hoặc đi ngoài phân đen như bã cà phê
- Về nội soi: Phát hiện có ổ loét ở dạ dày và/hoặc loét hành tá tràng gây CMTH
- Lựa chọn bệnh nhân có tổn thương từ Forrest IA đến Forrest IIB [5].

**** Tiêu chuẩn loại trừ:***

- Bệnh nhân có suy thận, suy tim nặng, suy hô hấp, hôn mê hoặc tiền hôn mê gan.
- Bệnh nhân có CMTH do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản hoặc tĩnh mạch dạ dày.
- Bệnh nhân loét dạ dày tá tràng mức Forrest IIC và Forrest III
- Bệnh nhân già yếu, phụ nữ có thai, không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả.

2.2.2. Cách thức điều trị chung. Bệnh nhân khi nhập viện đều khám lâm sàng, xét nghiệm đầy đủ và điều trị nội khoa tích cực: truyền dịch, truyền máu (khi có chỉ định), thuốc ức chế bơm Proton (PPI).

2.2.3. Phương tiện kỹ thuật và cách thức nghiên cứu:

- Máy nội soi dạ dày-Hiệu Oympus - CV 180 (Nhật Bản).
- Clip của hãng Olympus (Nhật Bản).
- Chuẩn bị bệnh nhân: Làm xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, điện tim…) và phải nhịn ăn trước khi làm nội soi.

2.2.4. Các thông số đánh giá cho 2 nhóm nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng, tiền sử bệnh
- Đặc điểm trên nội soi
- Hiệu quả cầm máu qua nội soi và tỷ lệ CMTH tái phát.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng chung	n (%)
Tuổi trung bình (mean±SD)	54,7 ± 18,7
Tỷ lệ nam/nữ	50/25
Tiền sử uống rượu-bia	7/20 (35,0%)
Tiền sử uống NSAID	13/20 (65,0%)
Tiền sử CMTH 1 lần	52 (69,3%)
Tiền sử CMTH 2 lần	16 (21,3%)
Tiền sử CMTH ≥ 3 lần	7 (9,3%)

Nhận xét: Không có sự khác nhau về đặc điểm chung, tiền sử của 2 nhóm điều trị (p > 0,05)

Bảng 3.2. Mức độ CMTH và hình ảnh nội soi của 2 nhóm điều trị

Đặc điểm cận lâm sàng	n (%)
Mức độ mất máu:nhẹ/vừa/nặng(%)	16%,48%,36%
CMTH do loét dạ dày	23/75 (30,7%)
CMTH do loét hành tá tràng	52/75 (69,3%)
Tỷ lệ Forrest: IA/IB (%)	6,7%/30,7%
Tỷ lệ Forrest IIA/IIB (%)	44,0%/18,7%

Nhận xét: Không có sự khác nhau về cận lâm sàng của 2 nhóm điều trị (p > 0,05)

Bảng 3.3. So sánh hiệu quả điều trị của 2 nhóm

Đặc điểm cận lâm sàng	Nhóm 1: Clip đơn thuần
Tỷ lệ cầm máu thành công kỳ đầu	68/75(90,7%)
Tỷ lệ CMTH tái phát	3/75 (4,0%)
Tỷ lệ cầm máu thành công sau điều trị chảy máu tái phát	2/3 (66,6%)
Lượng máu cần phải truyền (ml)	1269,0±1015,6
Thời gian nằm viện	7,7 ± 6,5
Tỷ lệ chuyển phẫu thuật	01/75 (1,3%)

Nhận xét: Hiệu quả cầm máu lần đầu của nhóm điều trị kết hợp cho kết quả cao hơn có ý nghĩa so với nhóm kẹp clip đơn thuần (p < 0,05). Thời gian nằm viện nhóm kẹp clip kết hợp ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm kẹp clip đơn thuần (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về lâm sàng và cận lâm sàng của 2 nhóm điều trị. Với bệnh nhân đã được chẩn đoán CMTH do loét dạ dày tá tràng dù ở mức độ nhẹ đến mức độ nặng cần được theo dõi chặt chẽ và có phác đồ điều trị cụ thể cho mỗi bệnh nhân. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân, cũng như tiền sử bệnh….đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh. Trong nghiên của chúng tôi trình bày trong bảng 3.1 cho biết: Tần suất mắc CMTH gặp nhiều ở tuổi trung niên và nam giới mắc nhiều hơn nữ. Tuy nhiên, không có sự khác nhau về tuổi trung bình, cũng như tỷ lệ nam/nữ giữa 2 nhóm điều trị (p > 0,05). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Việt Tú và cs [3].

Các xét nghiệm cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng, đưa ra các thông số chính xác về mức độ CMTH. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được xét nghiệm công thức máu trước, trong và sau điều trị. Kết quả bảng 3.2 cho biết mức độ CMTH (nhẹ, vừa, nặng) của 2 nhóm tương đương là: (16,0%, 48,0%, 36,0%) và (13,3%, 64,0%, 22,7%). Không có sự khác nhau về tần suất mức độ CMTH giữa 2 nhóm.

Ngày nay, nội soi dạ dày không chỉ giúp chẩn đoán hình ảnh tổn thương trực tiếp tại dạ dày, mà còn giúp tiên lượng bệnh, mức độ can thiệp điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2) cho biết mức Forrest IA, IB, IIA, IIB của nhóm 1 và nhóm 2 tương ứng là: (6,7%, 30,7%, 44,0%, 18,7%) và (16,0%, 38,7%, 21,3%, 24,0%). Kết quả cho biết ở nhóm 2, số bệnh nhân có Forrest IA và IB nhiều hơn so với Forrest IA và Forrest IB ở nhóm 2 (p = 0,019).

Nghiên cứu của Hiệp hội nội soi tiêu hóa Mỹ cho biết: Nguy cơ CMTH tái phát và CMTH sau điều trị can thiệp nội soi gặp nhiều nhất nhóm Forrest IA và IB so với nhóm khác còn lại. Trong thống kê của Trung tâm nghiên cứu CMTH ở bệnh nhân loét DDTT tại Los Angeles –Mỹ cho biết: Nguy cơ CMTH mức độ nặng ở bệnh nhân ngoại trú tăng cao hơn (80-90%) so với bệnh nhân đang nằm điều trị trong bệnh viện (10-20%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi (ở cả 2 nhóm) đều thấy rằng chiếm trên 2/3 số bệnh nhân vào viện đều ở ngoại trú chuyển vào và phần lớn các bệnh nhân này ở các tỉnh khác chuyển về, bệnh thường nặng và cần phải can thiệp sớm. Số bệnh nhân còn lại là những bệnh nhân đang điều trị nội trú, có biến chứng CMTH và phần lớn do sử dụng các thuốc NSAID hoặc các thuốc chống đông, thuốc chống ngưng kết tiểu cầu.

4.2. Kết quả điều trị ở 2 nhóm bệnh nhân loét DDTT. Loét dạ dày-tá tràng là nguyên nhân chủ yếu gây CMTH trên, nếu bệnh được chẩn đoán chính xác, điều trị kịp thời sẽ góp phần cải thiện hiệu quả điều trị và phòng chảy máu tiêu hóa tái phát. Cho đến nay, nhờ có nhiều thiết bị và phương tiện hiện đại…đã góp phần nâng cao hiệu quả điều trị CMTH, giảm tỷ lệ phẫu thuật và giảm tỷ lệ tử vong xuống rất nhiều. Bên cạnh đó, các thuốc điều trị hỗ trợ, đặc biệt các thuốc ức chế bơm proton (PPI) đã góp phần rất lớn giúp điều trị CMTH trên ngày càng có hiệu quả tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.3) cho biết: hiệu quả cầm máu của nhóm điều trị kết hợp: kẹp clip + tiêm adrenalin 1/10.000 cho hiệu quả cầm máu cao hơn (100%) có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm điều trị kẹp clip đơn thuần (90,7%). Kết quả thống kê cũng cho biết (bảng 3.3): Tỷ lệ CMTH tái phát, lượng máu phải truyền của 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Tuy nhiên thời gian nằm viện nhóm kẹp clip kết hợp ngắn hơn có ý nghĩa so với thời gian nằm viện nhóm kẹp clip đơn thuần ($p < 0,05$). Với kết quả nghiên cứu này đã cho biết: Kẹp clip kết hợp tiêm adrenalin cho tính ưu việt hơn trong điều trị CMTH ở bệnh nhân loét DDTT. Điều đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi, với những ổ loét đã sơ chai (sau khi loét tái phát nhiều lần) và ổ loét ở vị trí khó can thiệp bằng kẹp Clip, thì tiêm xơ bằng dung dịch Adrenalin 1/10.000 cho hiệu quả cao. Kỹ thuật tiêm xơ bằng Adrealin 1/10.000 không phức tạp, thông dụng, có thể sử dụng được ở các tuyến dưới khi chưa được trang bị bằng các dụng cụ kẹp clip cầm máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 bệnh nhân (nhóm 1) phải chuyển mổ, do ổ loét to, nằm ở tá tràng cuối DII, nguy cơ thủng rất cao, vì vậy, bệnh nhân đã phải chuyển mổ sớm.

Ngày nay, với sự ra đời của nhiều thiết bị nội soi phụ trợ, các loại dung dịch tiêm xơ khác nhau đã làm tăng hiệu quả cầm máu ở bệnh nhân loét DDTT có biến chứng CMTH. Tuy nhiên, tùy thuộc theo các nghiên cứu khác nhau, với các dung dịc tiêm xơ khác nhau và các loại clip khác nhau (Triclip và Olympus clip) cũng cho các kết quả khác nhau. Trong một nghiên cứu gần đây Guo SB và cs [6] so sánh hiệu quả kẹp Clip + Adreanalin 1/10.000 và nhiệt đông +Adrenalin. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả cầm máu là tương đương nhau (98,8% cho nhóm Clip +Adrenalin và 95,5% cho nhóm nhiệt động +Adrenalin). Tuy nhiên, tác giả khẳng định rằng: Clip rất có hiệu quả cầm máu cho bệnh nhân có CMTH tái phát sau điều trị nhiệt đông + tiêm Adrenalin.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cầm máu của nhóm kẹp clip + tiêm adrenalin 1/10.000 đạt 100%, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm kẹp clip đơn thuần 90,7% ($p < 0,05$). Thời gian nằm viện của nhóm kẹp clip + tiêm adrenalin 1/10.000 ngắn hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân kẹp clip đơn thuần ($p < 0,05$). Tỷ lệ CMTH tái phát, lượng máu phải truyền, của 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế - Bệnh viện Bạch Mai** (2011). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa. Nhà xuất bản Y học.
2. **Hội khoa học tiêu hóa Việt Nam** (2009). Khuyến cáo xử trí xuất huyết tiêu hóa trên cấp tính không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, tập IV, số 17, trang: 1178-1192.
3. **Trần Việt Tú, Thái Bá Có** (2005). Nhận xét hiệu quả của 2 dung dịch Nacl 3,6%-Adrenalin1/10.000 và polidocanol trong điều trị chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng qua nội soi. Y học thực hành số 4, trang: 23-25.
4. **Barkun A, Sabbah S, Enns R, et al** (2004). The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): Endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting. Am J Gastroenterol; 99: 1238-1246.
5. **Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ** (1974). Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet; 2: 394-397.
6. **Guo SB, Gong AX, Leng J, et al.** Application of endoscopic hemoclips for nonvariceal bleeding in the upper gastrointestinal tract. World J Gastroenterol 2009; 15(34): 4322-4326.
7. **Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, et al** (2002). Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: Relationship to sales of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. Am J Gastroenterol; 97: 2540-2549.
8. **Lim CH, Vani D, Shah SG, et al** (2006). The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24 hour access to upper gastrointestinal endoscopy: A prospective cohort study. Endoscopy; 38: 581-585.