

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI SOI CAN THIỆP CẤP CỨU XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ DO LOÉT DẠ DÀY - HÀNH TÁ TRÀNG

LÊ NHẬT HUY, NGUYỄN VĂN HƯƠNG
Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả tiêm cầm máu do chảy máu ổ loét dạ dày tá tràng qua nội soi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu được thực hiện từ tháng 01/2011 đến tháng 06/2013 trên 220 bệnh nhân.

Kết quả: 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 có 1 ổ loét chiếm tỉ lệ 90,46%. Chảy máu theo Forrest 1B chiếm tỉ lệ cao nhất 47,73%, Forrest 1A chiếm 21,82%, Forrest 2A chiếm tỉ lệ 12,73%. 100% ổ loét chảy máu được cầm máu tức thì, 4,09% có xuất huyết tiêu hóa tái phát sau 24h; lượng thuốc Adrenalin 1/10.000 sử dụng cho một bệnh nhân trung bình là $9,22 \pm 1,6$ ml.

Kết luận: Phương pháp tiêm Adrenalin 1/10.000 để cầm máu trong điều trị chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày hành tá tràng có hiệu quả.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa, loét dạ dày- hành tá tràng, nội soi can thiệp.

SUMMARY

ASSESSMENT TREATMENT OUTCOMES
EMERGENCY ENDOSCOPIC GASTROINTESTINAL
BLEEDING PEPTIC ULCERS

Objective: Evaluate effectiveness by injection hemostasis of bleeding peptic ulcer endoscopy.

Materials and methods: Prospective descriptive study was conducted from January 2011 to June 2013 on 220 patients.

Results: Bleeding duodenal ulcer in the proportion of 59.09%, 16.82% persons ulcer, ulcerative Mind the 11.81%, 5% antral ulcer. The average size of 1.25 ± 0.44 ulcer. Mainly having had one ulcer 90.46% proportion. Bleeding under Forrest 1B highest proportion 47.73%, 21.82% Forrest 1A, 2A Forrest proportion 12.73%. 100% in the hemostasis of bleeding ulcers Instant, 4.09% had recurrent gastrointestinal bleeding after 24 hours; 1/10.000 Adrenalin amount of medicine to a patient using average 9.22 ± 1.6 ml.

Conclusion: Adrenalin 1/10.000 injection method is effective to stop bleeding in the treatment of bleeding peptic ulcers-duodenal.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, peptic ulcer-duodenal, endoscopic intervention.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày hành tá tràng là một cấp cứu thường gặp trong nội khoa và ngoại khoa, chiếm tỷ lệ khoảng 60% tổng số chảy máu đường tiêu hóa trên. Ở các nước phương Tây,

tỷ lệ bệnh nhân loét hành tá tràng chiếm khoảng 6-15% dân số, trong đó 20-30% có biến chứng chảy máu và tỷ lệ tử vong dao động từ 3-14%. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong hồi sức và điều trị nhưng tỷ lệ tử vong hầu như không giảm trong những thập kỷ gần đây.

Nội soi cầm máu ổ loét dạ dày hành tá tràng đã được chứng minh là một biện pháp hiệu quả kiểm soát tình trạng xuất huyết, làm giảm tỷ lệ xuất huyết tái phát cũng như tỷ lệ phẫu thuật và tỷ lệ tử vong. Phương pháp tiêm cầm máu ổ loét bằng Adrenalin 1/10.000 tương đối đơn giản, hiệu quả, giá thành thấp, có thể tiến hành được tại nhiều cơ sở y tế. Ngoài ra nội soi còn giúp xác định nguyên nhân xuất huyết, hình thái ổ loét, tiên lượng nguy cơ tái xuất huyết và tử vong, đánh giá các tổn thương phối hợp. Tuy vậy vẫn còn khoảng 15-20% bệnh nhân có nguy cơ chảy máu tái phát.

Ở Việt Nam, phương pháp nội soi cầm máu ổ loét dạ dày- hành tá tràng được áp dụng tại nhiều bệnh viện và có kết quả rất khả quan. Tại BV Hữu nghị đa khoa Nghệ An, chúng tôi tiến hành tiêm cầm máu ổ loét từ năm 2007, để đánh giá kết quả tiêm cầm máu ổ loét, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm hình ảnh nội soi, hiệu quả tiêm cầm máu qua nội soi ở bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày- hành tá tràng tại BV Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

220 bệnh nhân XHTH đến khám và điều trị Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 01/2011 đến tháng 06/2013.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

BN có triệu chứng XH đường tiêu hóa trên: Nôn máu, đại tiện phân đen hoặc máu đỏ.

✓ Được chẩn đoán xác định bằng nội soi có hình ảnh XH do loét dạ dày – hành tá tràng: phân loại theo Forrest: Ia, Ib, IIa và IIb.

✓ XHTH do loét DDHTT được tiến hành cầm máu nội soi thành công bằng dung dịch Adrenalin 1/10.000.

✓ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại bệnh nhân

✓ Bị bệnh ác tính, nội soi nghi ngờ K dạ dày hoặc hẹp môn vị

✓ Bệnh hô hấp hay gan, thận nặng

✓ Rối loạn đông máu

✓ Xuất huyết đường tiêu hóa do nguyên nhân

khác xảy ra đồng thời.

✓ Bệnh nhân không tuân theo tiến trình điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngang mô tả, tiến cứu.

Quy trình nghiên cứu

• Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được thực hiện theo quy trình nghiên cứu ngang: Nội soi dạ dày tá tràng chẩn đoán, can thiệp xuất huyết tiêu hóa qua nội soi.

a, Nội soi cấp cứu chẩn đoán:

Tất cả Bn được soi thực quản – dạ dày – tá tràng cấp cứu, đánh giá kết quả soi theo mẫu: Vị trí chảy máu, kích thước ổ loét, số lượng ổ loét, phân loại ổ loét theo Forrest, đánh giá các tổn thương phối hợp

- Nội soi DD HTT được tiến hành trong vòng 24 giờ kể từ khi bệnh nhân nhập viện, với điều kiện huyết động bệnh nhân ổn định: mạch <100 lần/phút, huyết áp tối đa >90mmHg.

- Đánh giá mức độ chảy máu ổ loét HTT qua nội soi theo phân loại của Forrest năm 1974 (được hội nghị nội soi ở Mỹ bổ sung năm 1991).

b, Can thiệp XHTH do loét dạ dày – hành tá tràng

Các Bn loét dạ dày – hành tá tràng Forrest 1A, 1B, 2A, 2B được can thiệp bằng tiêm Adrenalin 1/10.000

- Tiêm cầm máu được coi là thành công khi máu không còn chảy ra từ ổ loét

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm thống kê y học SPSS 16.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm hình ảnh nội soi ổ loét

Bảng 1. Vị trí ổ loét

Vị trí ổ loét	N	Tỷ lệ %
Tâm vị	26	11,81
Thân vị	37	16,82
Hang vị	11	5,00
Hành tá tràng	130	59,09
Miệng nối	16	7,28

Bảng 5. Liên quan giữa phân loại theo Forrest và XHTH tái phát

Forrest và tái phát	1A		1B		2A		2B		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Không	43	19,5	101	45,9	28	12,7	39	17,7	211	95,9
Tái phát	5	2,3	4	1,8	0	0	0	0	9	4,1
Tổng	48	21,8	105	47,7	28	12,7	39	17,7	220	100

Tỷ lệ XHTH tái phát gặp ở Forrest 1A và 1B, chiếm tỷ lệ tương ứng 2,3% và 1,8%. Không gặp XHTH tái phát ở nhóm Forrest 2A và 2B

Bảng 6. Liên quan giữa Forrest và số lượng Clip

Forrest \ SL Clip	F 1A	F1B	n
1 Clip	19	15	34
2 Clip	8	10	18
3 Clip	3	0	3
Tổng	30	25	55

Có 55Bn được kẹp Clip tăng cường, tất cả những bệnh nhân này gặp hầu hết đều ở Forrest 1A và 1B

Tổng	220	100,0
------	-----	-------

Vị trí ổ loét chảy máu hay gặp nhất ở hành tá tràng chiếm 59,09%; loét hang vị dạ dày là thấp nhất chiếm tỷ lệ 5,0%.

Bảng 2. Số lượng ổ loét

Số lượng ổ loét	N	Tỷ lệ %
1	199	90,46
2	14	6,36
3	4	1,82
4	3	1,36
Tổng	220	100,0

Tần xuất gặp chỉ có 1 ổ loét là cao nhất (chiếm tới 90,46%).

Kích thước ổ loét: Trung bình : 1,25 +- 0,44 mm. Ổ loét lớn nhất là 3,0 cm, ổ loét nhỏ nhất là 0,5 cm.

Bảng 3. Phân loại theo ổ loét theo Forrest

Phân loại theo Forrest	N	Tỷ lệ %
1A	48	21,82
1B	105	47,73
2A	28	12,73
2B	39	17,72
Tổng	220	100,0

Hình ảnh hay gặp nhất Forrest 1B, chiếm 47,73%. Forrest 1A chiếm 21,82%

2. Kết quả tiêm cầm máu ổ loét bằng Adrenalin 1/10.000

Bảng 4. Kết quả tiêm cầm máu

Kết quả	N	Tỷ lệ %
Cầm máu tức thì	220	100
Chảy máu tái phát sau 24h (tiêm lần 2)	9	4,09

- 100% các trường hợp cầm máu ngay sau tiêm lần đầu, tỷ lệ chảy máu ổ loét tái phát sau 24h chỉ có 4,6%. Không có trường hợp nào phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu để giải quyết chảy máu sau tiêm cầm máu.

- Lượng thuốc trung bình mỗi trường hợp 9,22 ± 1,6 ml; Nhiều nhất 16mm (tương đương 8 mũi tiêm), ít nhất 4ml (tương đương 2 mũi tiêm).

và các bệnh nhân này không xuất hiện chảy máu tái phát

BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 01/2011 đến tháng 06/2013, với kết quả nghiên cứu trên 220 bệnh nhân XHTH do loét dạ dày hành tá tràng, chúng tôi đã thu được các kết quả bước đầu và có một số bàn luận như sau:

Về đặc điểm hình ảnh nội soi ổ loét

Đặc điểm vị trí ổ loét

Vị trí ổ loét dạ dày – hành tá tràng từ tâm vị xuống đến hành tá tràng. Loét ở tâm vị thường gặp rách

tâm vị (hội chứng Mallory – weiss) ; loét thân vị bao gồm mặt trước – sau và góc bờ cong nhỏ ; loét hành tá tràng hay gặp nhất (cả mặt trước và sau). Loét ở vị trí bờ cong nhỏ (có động mạch vành vị) và loét mặt sau hành tá tràng (có động mạch vị tá tràng) nên hay bị tái phát, tiên lượng nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hay gặp nhất loét hành tá tràng chiếm 59,09% và chủ yếu loét mặt trước HTT, các vị trí khác chiếm tỉ lệ thấp xấp xỉ bằng nhau. Kết quả nghiên cứu tương đương với kết quả của Barkun – XHTH do loét hành tá tràng mặt trước gặp 3-4 lần mặt sau [6].

Về kích thước và số lượng ổ loét

XHTH do loét dạ dày - HTT đa số là 1 ổ loét và chủ yếu gặp đường kính trung bình 1-2cm. Nghiên cứu của chúng tôi thấy 90,46% có một ổ loét chảy máu, có hai ổ loét là 6,36%. Trong đó, số lượng BN phải tiêm cầm máu cả 2 ổ chỉ có 3 BN, không có BN nào phải tiêm cầm máu 3-4 ổ loét. Theo tác giả Sung tỷ lệ có một ổ loét chảy máu là 86,4%, tỷ lệ có từ hai ổ loét chảy máu trở lên là 13,6%[10]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định chung của tác giả là XHTH do loét dạ dày loét hành tá tràng thường chỉ có một ổ loét.

Về kích thước ổ loét, trong nghiên cứu kích thước trung bình ổ loét $1,25 \pm 0,44$ mm, ổ loét nhỏ nhất khoảng 0,5mm và lớn nhất là 3cm. Chúng tôi hay gặp ổ loét có kích thước trung bình từ 1 cm đến 1,5cm, những ổ loét tròn, sâu, đơn độc. Những ổ loét có máu đông bịt kín, chúng tôi tiến hành bơm rửa sạch máu đông, đánh giá ổ loét và lựa chọn phương pháp cầm máu phù hợp. Nghiên cứu của Sung tỷ lệ ổ loét có kích thước >2cm chỉ có 7,7%, còn lại 92,3% ổ loét có kích thước ≤ 2 cm [10]

Đặc điểm phân loại theo Forrest

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ loét dạ dày HTT theo Forrest IA, IB, IIA và IIB có kết quả thu được như sau: Forrest IA là 21,82%; Forrest IB là 47,73%; Forrest IIA 12,73%; Forrest IIB là 17,72%. Như vậy tỷ lệ Forrest 1B chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp theo là Forrest 1A, loét Forrest 1A và 1B thường là nặng, hay gặp ở Bn đang nôn ra máu tươi, trụ mạch. Forrest 2A và 2B chiếm tỉ lệ ít hơn và hay gặp ở nhóm Bn nôn ra máu nâu hoặc đi ngoài phân đen. Kết quả này cao hơn tác giả Đào Văn Long [2], tỷ lệ gặp Forrest IA là 4,8%; Forrest IB là 37,2%; Forrest IIA là 29%; Forrest IIB là 29%. Theo tác giả Panagiotis Forrest 1A+1B chiếm 55% [9]. Giải thích cho vấn đề này, chúng tôi cho rằng, nhóm Bn nghiên cứu chủ yếu ở Khoa cấp cứu, BN vào viện vì XHTH được soi cấp cứu ngay trong những giờ đầu, các triệu chứng lâm sàng mất máu nặng, các ổ loét còn mới (chủ yếu Forrest 1A và 1B).

Kết quả tiêm cầm máu ổ loét

Theo kết quả ở trên, 100% BN được cầm máu ngay ở lần tiêm đầu tiên, các Bn được sử dụng một hoặc nhiều phương pháp để can thiệp, những trường hợp nặng có thể chỉ cần 1-2 mũi tiêm, những trường hợp nặng, ổ loét ăn sâu vào động mạch được phối

hợp kẹp Clip hoặc đốt điện. 100% Bn cầm máu hoàn toàn khi kết thúc cuộc soi, kết quả này tương đương tác giả Đào Văn Long và Võ Xuân Quang [10],[4]. Có 4,09% BN XHTH tái phát sau 24h, những Bn này được tiêm xơ cầm máu lần 2.

Về liên quan giữa phân loại Forrest và XHTH tái phát, ở bảng 5, có 4,09% BN XHTH tái phát, và gặp ở Forrest 1A và 1B với tỉ lệ 2,3% và 1,8%. Không gặp XHTH tái phát ở nhóm Forrest 2A và 2B. Forrest 1A và 1B là ổ loét đang chảy máu, tổn thương ăn sâu vào động mạch, có những trường hợp máu đang phun mạnh (mặt sau HTT) việc cầm máu gặp nhiều khó khăn hơn, tình trạng Bn nặng hơn và việc cấp cứu đòi hỏi nhanh chóng, hiệu quả. Chúng tôi nhận thấy, ở những BN XHTH tái phát không được sử dụng phương pháp kẹp Clip hoặc đốt điện, những Bn này sử dụng Clip không tiếp cận được hoặc khó quan sát ổ loét. Nghiên cứu phù hợp với kết quả của các tác giả Lê Thành Lý, Võ Xuân Quang [3],[4], những ổ loét tái phát hay gặp ở vị trí bờ cong nhỏ nơi cung cấp máu bởi động mạch vành vị và mặt sau hành tá tràng bởi động mạch vị tá tràng; khi ổ loét ăn sâu vào những động mạch này máu chảy rất nhiều và hay tái phát, việc can thiệp cũng gặp nhiều khó khăn hơn do vị trí khó tiếp cận cũng như tầm quan sát khó hơn.

Về lượng thuốc Adrenalin được sử dụng, lượng Adrenalin 1/10.000 trung bình cho một ổ loét chảy máu là $9,22 \pm 1,6$ ml, thấp nhất là 4ml, cao nhất là 16 ml. Kết quả này cũng tương tự với liều tiêm Adrenalin trung bình cho một ổ loét trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình [1]. Số lượng thuốc phụ thuộc vào tính chất ổ loét. Ở những ổ loét nhỏ, kích thước <1cm, Forrest 2A-2B thường chỉ cần tiêm 2-4 mũi (4-8ml) ổ loét đã được kiểm soát. Những ổ loét lớn cần tiêm đủ 10ml, tiêm xung quanh và trung tâm ổ loét, cá biệt có trường hợp tiêm gần hết 2 ống Adrenalin (20ml) mới ngừng chảy máu.

Về phương pháp kẹp clip phối hợp, thời gian đầu khi chưa có kẹp Clip, chúng tôi chỉ tiến hành tiêm cầm máu bằng Adrenalin 1/10.000, thời gian cầm máu lâu hơn, số lượng thuốc dùng nhiều hơn và có 4,09% tỉ lệ XHTH tái phát. Sau khi đưa Clip vào sử dụng, chúng tôi áp dụng ở Bn loét Forrest 1A và 1B, kết quả không có Bn nào XHTH tái phát trở lại. Số Clip trung bình ở mỗi Bn từ 1 đến 2 Clip, nhiều nhất là 3 Clip. Hạn chế của kẹp Clip khi loét ở mặt sau HTT, khi máu phun dữ dội rất khó tiếp cận và kẹp chính xác; những trường hợp này chúng tôi tiến hành tiêm xơ trước, máu ngừng chảy sau đó tiến hành dùng Clip.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 220 bệnh nhân chảy máu ổ loét dạ dày - hành tá tràng được nội soi tiêm cầm máu từ tháng 1/2011 đến tháng 6/2013 chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Vị trí loét hay gặp nhất ở hành tá tràng, chiếm tỉ lệ 59,09%. Loét thân vị 16,82%, Tâm vị 11,81%, Hang vị 5%. Kích thước trung bình ổ loét $1,25 \pm 0,44$, 90,46% có 1 ổ loét. Ổ loét loại Forrest 1B chiếm tỉ lệ

cao nhất 47,73%.

Kết quả tiêm cầm máu: 100% được cầm máu tức thì, chỉ có 4,09% XHTH tái phát sau 24h và chủ yếu gặp ở loại Forrest 1A và 1B. Lượng thuốc Adrenalin 1/10.000 trung bình mỗi Bn $9,22 \pm 1,6$ ml. Những Bn được sử dụng kết hợp phương pháp kẹp Clip không gặp XHTH tái phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Bình (2009). Đánh giá kết quả cầm máu bằng tiêm cầm máu qua nội soi kết hợp Nexium (esomeprazol) liều cao ở BN xuất huyết do loét DDTT. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Đào Văn Long và cs (2012), “Đánh giá kết quả tiêm cầm máu bằng Adrenalin 1/10000 qua nội soi kết hợp *Rabeprazol* (*Rabeloc*) tĩnh mạch liều cao ở bệnh nhân xuất huyết do loét hành tá tràng”. *Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam, Tập VII số 28: 1827-1833*

3. Lê Thành Lý, Lê Thị Bích Vân và cs (2007). Đánh giá hiệu quả ban đầu tiêm truyền tĩnh mạch thuốc Esomeprazole trong phòng ngừa chảy máu tái phát sau nội soi điều trị xuất huyết do loét dạ dày tá tràng. *Tạp chí tiêu hoá tháng 8: 34 – 36*

4. Võ Xuân Quang (2002) - *Điều trị xuất huyết tiêu hóa trên: Chích cầm máu qua nội soi* - Y học Thành phố

Hồ Chí Minh, Tập 6, Phụ bản số 3, tr 431-437

5. Adler DG, Leighton JA, Davila RE, et al (2004). The role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. ASGE guideline; *Gastrointest Endosc* 2004;60:497-504

6. Barkun A, Bardou M, Marshall JK (2003). Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003;139:843-57.

7. Bleau BL, Gostout CJ, Sherman KE, et al. (2002). Recurrent bleeding from peptic ulcer associated with adherent clot: a randomized study comparing endoscopic treatment with medical therapy. *Gastrointest Endosc* 2002;56:1-6.

8. Lau JYW., Sung JJY., Lee KKC et al. (2000). Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *N Engl J Med; 343: 310 - 316*

9. Panagiotis Katsinelos, MD, PhD (2012), Endoscopic Treatment of Bleeding Peptic Ulcers, *Department of Endoscopy and Motility Unit G. Gennimatas General Hospital of Thessaloniki*

10. Sung JJY, Barkun A, Kuipers EJ et al (2009). Peptic ulcer bleed study group. *Ann intern Med.* Apr 7; 150: 455-64. Epub 2009 Feb 16