

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CỦA KẸP CẦM MÁU QUA NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG PHỐI HỢP VỚI THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON LIỀU CAO

*Huỳnh Hiếu Tâm, Hoàng Trọng Thăng
Trường Đại học Y Dược Huế*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày- tá tràng là một cấp cứu nội khoa thường gặp trong các bệnh về tiêu hóa, tỷ lệ tử vong cao. Nghiên cứu hiệu quả của kẹp cầm máu (Hemoclip) qua nội soi giúp đưa ra một hướng điều trị có hiệu quả, tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân, tránh được cuộc phẫu thuật cấp cứu cầm máu làm ảnh hưởng lớn đến bệnh nhân. **Mục tiêu:** (i) Xác định tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa có nguy cơ tái phát cao (FIA, FIB và FIHA) do loét dạ dày tá tràng theo phân loại Forrest; (ii) Xác định hiệu quả của kẹp cầm máu qua nội soi ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 22 bệnh nhân XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5/2012 đến tháng 10/2013. **Kết quả:** Tỷ lệ phân loại Forrest FIA và FIB 50%, FIHA 50%. Tỷ lệ cầm máu thành công 95,5%. Tỷ lệ xuất huyết tái phát 9,1%. Tỷ lệ phẫu thuật 4,5% và tỷ lệ tử vong 4,5%. **Kết luận:** Việc sử dụng kẹp cầm máu qua nội soi là một phương pháp hiệu quả và an toàn. Tỷ lệ cầm máu thành công cao 95,5%. Tỷ lệ xuất huyết tái phát thấp chỉ 9,1%. Tỷ lệ phẫu thuật và tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ 4,5%.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng, kẹp cầm máu, liệu pháp nội soi.

Abstract

STUDY THE EFFICACY OF HEMOCLIP IN ENDOSCOPIC HEMOSTASIS COMBINED WITH HIGH-DOSE INFUSION OF PROTON-PUMP INHIBITOR IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCER BLEEDING

*Huỳnh Hiếu Tâm, Hoàng Trọng Thăng
Hue University of Medicine and Pharmacy*

Background: Peptic ulcer bleeding is one of the common emergency cases in gastroenterology, the mortality rate is high. The study of the efficacy of hemoclip in endoscopic hemostasis therapy that helps to give an effective method for treatment peptic ulcer bleeding, to save cost for patients, to avoid a surgery that is serious for these patients. **Objective:** (i) To determine the prevalence of peptic ulcer bleeding with high risk of rebleeding (FIA, FIB and FIHA) according to Forrest classification; (ii) To determine efficacy of hemoclip in endoscopic hemostasis in patients with peptic ulcer bleeding. **Patients and methods:** A cross sectional study on 22 patients with peptic ulcer bleeding in Can Tho Center General Hospital during May 2012 to October 2013. **Results:** The rate of active bleeding group (Forrest type IA and IB) and visible vessel group (Forrest type FIHA) were 50% and 50%. Hemostatic rate by clipping was 95.5%, and the rebleeding rate was only 9.1%; the rate of emergent surgery and mortality were 4.5% and 4.5%. **Conclusion:** Endoscopic hemoclip treatment for bleeding due to peptic ulcer is an effective and safe method. The percentage of success was high 95.5%. The rebleeding rate was low, only 9.1%. The number of patients have been operated and the death rate were low, only 4.5%.

Key words: Peptic ulcer bleeding, hemoclip, endoscopic hemostasis therapy.

- Địa chỉ liên hệ: Hoàng Trọng Thăng, email: htthang2002@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2013.6.5

- Ngày nhận bài: 10/11/2013 * Ngày đồng ý đăng: 5/12/2013 * Ngày xuất bản: 15/1/2014

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng là một cấp cứu nặng, thường gặp, có thể phải phẫu thuật cầm máu, tỷ lệ tử vong cao với tỷ lệ ước tính 10%. Có rất nhiều biện pháp cầm máu qua nội soi đã được nghiên cứu cho tới nay như: tiêm cầm máu bằng dung dịch adrenalin 1/10000 và dung dịch chlorurnatri đẳng trương hoặc ưu trương, dùng tia Laser, dùng dòng điện đơn cực, dùng đầu nhiệt (Heater probe), dùng kẹp cầm máu (Hemoclip), ... Các biện pháp này cho kết quả cầm máu với nhiều mức độ khác nhau [1]. Phương pháp kẹp cầm máu đã được ứng dụng từ lâu trên thế giới nhưng rất ít nghiên cứu trong nước đề cập đến vấn đề này.

Phương pháp kẹp cầm máu tuy không mới nhưng rất cần thiết trong việc điều trị xuất huyết tiêu hóa trên do loét DD- TT, phương pháp này đã được chúng tôi lựa chọn thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ nhờ vào tính an toàn, hiệu quả và ít biến chứng.

Đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này nhưng ở Đồng bằng sông Cửu Long chưa có một nghiên cứu cụ thể nào về đề tài này. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nghiên cứu hiệu quả của kẹp cầm máu qua nội soi ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao” với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa có nguy cơ tái phát cao (FIA, FIB và FIIA) do loét dạ dày tá tràng theo phân loại Forrest.*

2. *Xác định hiệu quả của kẹp cầm máu qua nội soi ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ với chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên do loét dạ dày- tá tràng (DD-TT) từ tháng 05 năm 2012 đến tháng 10 năm 2013.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu ngẫu nhiên với cỡ mẫu là 22 trường hợp. Các biến số nghiên cứu bao gồm tuổi, giới tính, tỷ lệ vị trí loét gây xuất huyết, tỷ lệ phân loại Forrest FIA, FIB, FIIA, tỷ lệ thành công chung và tỷ lệ cầm máu thành công ban đầu ở nhóm đang chảy máu (FIA, FIB) và nhóm đã cầm máu có nguy cơ tái phát cao (FIIA). Tất cả các bệnh nhân sau nội soi can thiệp đều được sử dụng thuốc ức chế bơm proton liều cao 8mg/giờ trong 72 giờ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 05/2012 đến tháng 10/2013, có 22 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình chung của mẫu nghiên cứu là $56,64 \pm 18,86$, người cao tuổi nhất là 85 và nhỏ tuổi nhất là 22. Tỷ lệ nam là 86,4%, nữ là 13,6%. Số kẹp trung bình sử dụng cho kẹp cầm máu là $1,59 \pm 0,96$.

Bảng 3.1. Thời gian tiến hành nội soi sau khi nhập viện

Thời gian nội soi	N	Tỷ lệ
Trước 6 giờ	3	13,6
6 đến 24 giờ	16	72,8
Sau 24 giờ	3	13,6
Tổng	22	100

Đa số các bệnh nhân đều được nội soi trước 24 giờ.

Bảng 3.2. Vị trí ổ loét gây xuất huyết

Vị trí	N	Tỷ lệ (%)
Dạ dày	11	50
Tá tràng	11	50
Tổng	22	100

Loét dạ dày và loét tá tràng chiếm tỷ lệ tương đương nhau 50%.

Bảng 3.3. Phân loại Forrest

Phân loại	FIA, FIB	FIIA	Tổng
N	11	11	22
Tỷ lệ (%)	50	50	100

Tỷ lệ phân loại Forrest FIA, FIB và FIIA bằng nhau 50%.

Bảng 3.4. Kết quả cầm máu ban đầu

Kết quả	N	Tỷ lệ (%)
Thành công	21	95,5
Thất bại	01	4,5
Tổng	22	100

Tỷ lệ thành công của kẹp cầm máu chiếm tỷ lệ cao 95,5%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ tái phát xuất huyết

Kết quả	N	Tỷ lệ (%)
Thành công	20	90,9
Tái phát	02	9,1
Tổng	22	100

Bảng 3.6. Tỷ lệ các bệnh nhân có truyền máu, phẫu thuật và tử vong

Kết quả	Truyền máu	Phẫu thuật	Tử vong
Tỷ lệ	77,3% (17/22)	4,5% (1/22)	4,5% (1/22)

Đa số các bệnh nhân được truyền máu 77,3%.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình chung của mẫu nghiên cứu là $56,64 \pm 18,86$. Tuổi trung bình chung của các nghiên cứu trong và ngoài nước lần lượt là $59,2 \pm 15$; 61 ; $62,8$; $57,4 \pm 15,4$; $67,8 \pm 11,3$; $58,2 \pm 17,2$ [3], [4], [5], [6], [7], [8]. Hầu hết các nghiên cứu có tuổi trung bình chung của XHTH do loét DD-TT thường trong khoảng gần 60 tuổi vì người cao tuổi có nguy cơ xuất huyết nhiều hơn.

Về giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi, nam mắc XHTH do loét DD-TT nhiều gấp 6 lần nữ. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước, tỷ lệ nam cao hơn nữ có lẽ nam có nhiều yếu tố nguy cơ gây xuất huyết hơn nữ [2], [3], [4], [6], [7], [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy loét dạ dày chiếm 50%, loét tá tràng 50%. Nghiên cứu của Hyun Seok Cho và cộng sự (2009) kết quả loét dạ dày gây xuất huyết nhiều nhất (66,6%), loét tá tràng chiếm 26,6%, cả hai 6,6% [6]. Có sự khác biệt so với kết quả của Trần Duy Ninh (2008) và K.C. Thomopoulos (2004), các nghiên cứu này cho thấy loét tá tràng gây xuất huyết nhiều nhất, lần lượt là 55,6% và 62,6% [3], [8]. Tuy nhiên sự khác biệt này cũng không đáng kể, có lẽ do việc chọn mẫu tùy theo đặc điểm bệnh tật ở địa phương.

Tỷ lệ phân loại Forrest trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm đang chảy máu (FIA và FIB) là 50% trong đó chỉ có 1 trường hợp là FIA (4,5%) và nhóm có mạch máu lộ là 50%. Trong khi đó kết quả nghiên cứu của Trần Như Nguyên Phương (2008) và Ana-Maria Boțianu (2013), FIB nhiều nhất (64%, 19,1%), thứ hai là FIIA (16,7%, 17,8%), FIIB (11%, 16,3%), FIA (8,3%, 5,1%) [4] [5]. Sự khác biệt về tỷ lệ theo phân loại Forrest có thể là do thời gian nội soi sau khi nhập viện, nghiên cứu của chúng tôi được nội soi sớm trước nhập viện 24 giờ chiếm đa số 86,4%. Nhóm đang chảy máu chiếm từ 1/2 tổng số bệnh nhân, đòi hỏi phải can thiệp nội soi cấp cứu.

Tỷ lệ thành công chung của kẹp cầm máu qua nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi là 95,5%, có 2 trường hợp chảy máu tái phát sau kẹp cầm máu lần 1 chiếm tỷ lệ 9,1%, 1 trường hợp phẫu thuật cấp cứu (4,5%) và 1 trường hợp tử vong (4,5%), đa số bệnh nhân được truyền máu 77,3%,

số kẹp sử dụng trung bình cho mỗi trường hợp là $1,59 \pm 0,96$. Nghiên cứu kẹp cầm máu ở 42 bệnh nhân loét DD-TT của Lai YC (2000) [9] tỷ lệ cầm máu thành công là 95%, tỷ lệ tái phát là 8% số kẹp sử dụng trung bình cho mỗi trường hợp là 03 kẹp. Shi-Bin Guo (2009) [10] nghiên cứu kẹp cầm máu trên 68 bệnh nhân XHTH trên không do vỡ giãn tĩnh mạch cửa tỷ lệ thành công là 87%, phẫu thuật 8,8% và tỷ lệ tử vong là 4,4%, số kẹp sử dụng trung bình cho mỗi trường hợp là 4 kẹp. Tỷ lệ kẹp cầm máu thành công trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lai YC và cao hơn nghiên cứu của Shi-Bin Guo có lẽ do mẫu nghiên cứu của tác giả nhóm chảy máu hoạt động nhiều hơn mẫu nghiên cứu của chúng tôi 42/68 trường hợp so với 11/22 trường hợp. Tỷ lệ tái phát sau kẹp cầm máu cũng xấp xỉ với nghiên cứu của Lai YC 9,1% so với 8% điều này chứng tỏ vai trò của kẹp cầm máu rất hiệu quả làm giảm tỷ lệ tái phát. Tương tự, tỷ lệ tử vong đều giảm đáng kể trong nghiên cứu của chúng tôi và Shi-Bin Guo 4,5% so với 4,4%. Trong khi đó tỷ lệ phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,5% so với nghiên cứu của Shi-Bin Guo là 8,8% là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn và số bệnh nhân chảy máu hoạt động của nghiên cứu Shi-Bin Guo nhiều hơn 42/68 so với 11/22. Số kẹp cầm máu trung bình cho mỗi trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,59; Lai YC là 3 kẹp và Shi-Bin Guo là 4 kẹp, số kẹp sử dụng phụ thuộc vào vị trí chảy máu, tình trạng chảy máu và đặc điểm mạch máu to hay nhỏ, chảy máu hoạt động sử dụng số kẹp nhiều hơn trường hợp chỉ có mạch máu lộ.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 22 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng ở Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 5/2012 đến tháng 10/2013, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau đây:

Tỷ lệ phân loại Forrest FIA và FIB 50%, FIIA 50%.

Tỷ lệ cầm máu thành công 95,5%.

Tỷ lệ xuất huyết tái phát 9,1%.

Tỷ lệ phẫu thuật 4,5% và tỷ lệ tử vong 4,5%.

Việc sử dụng kẹp cầm máu qua nội soi là một phương pháp hiệu quả và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy (2011), “Cập nhật về điều trị nội soi xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng”, *Tạp chí Y Dược học- Trường Đại học Y Dược Huế*, số 8, tr. 5-11.
2. Phan Trung Nam, Trần Văn Huy (2007), “Nguyên nhân và phân loại Forrest của xuất huyết tiêu hóa cao ở Bệnh viện Trường đại học Y khoa Huế từ năm 2003-2006”, *Y học thực hành*, số 568, tr.278-283.
3. Trần Duy Ninh, Nguyễn Ngọc Chức và cộng sự (2008), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan với xuất huyết do loét dạ dày-tá tràng tại khoa nội B Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình”, *Y học thực hành*, số 629, tr. 158-162.
4. Trần Như Nguyên Phương và cộng sự (2008), “Tiêm cầm máu qua nội soi bằng dung dịch N.S.E trong điều trị chảy máu do loét dạ dày- tá tràng”, *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, Tập III, số 10, tr. 574-578.
5. Ana-Maria Boțianu, Daniela Matei, M. Tanțău, Monica Acalovschi (2013), “Urgent versus early endoscopy in high risk patients with acute upper gastrointestinal bleeding: a comparative study in a tertiary center with a permanent endoscopy call”, *ROM. J. INTERN. MED.*, Vol. 51 (1), pp. 35-40.
6. Hyun Seok Cho et al. (2009), “Comparison of the effectiveness of interventional endoscopy in bleeding peptic ulcer disease according to the timing of endoscopy”, *Gut and Liver*, Vol. 3 (4), pp. 266-270.
7. Edvin Hadzibulic, Svjetiana Govedarica (2007), “Significance of Forrest classification, Rockall’s and Blatchford’s risk scoring system in prediction of rebleeding in peptic ulcer disease”, *Acta Medica Maderiana*, Vol. 46 (4), pp. 38-43.
8. K.C. Thomopoulos et al. (2004), “Active bleeding in benign gastro-duodenal ulcers: Predictors of failure of endoscopic injection hemostasis”, *ANNALS OF GASTROENTEROLOGY*, Vol. 17 (1), pp. 79-83.
9. Lai YC et al. (2000), “Endoscopic hemoclip treatment for bleeding peptic ulcer”, *World Journal of Gastroenterology*, Vol. 6, pp53-56.
10. Shi-Bin Guo et al. (2009), “Application of endoscopic hemoclips for nonvariceal bleeding in the upper gastrointestinal tract”, *World Journal of Gastroenterology*, Vol. 15, pp 4322-4326.