

HIỆU QUẢ CẦM MÁU BAN ĐẦU VÀ CẦM MÁU LÂU DÀI CỦA PHƯƠNG PHÁP KẸP CẦM MÁU QUA NỘI SOI PHỐI HỢP THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON LIỀU CAO Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Huỳnh Hiếu Tâm¹, Hồ Đăng Quý Dũng²

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

(2) Khoa Nội soi, Bệnh viện Chẩn đoán và Điều trị tiêu hóa

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng là một trong những bệnh cấp cứu thường gặp. Hiệu quả cầm máu của các phương pháp điều trị qua nội soi đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu là trên 90%. Bốn nhóm được sử dụng trong điều trị cầm máu là các phương pháp đốt đông cầm máu bằng đầu dò nhiệt, tiêm chất gây xơ cầm máu, các phương pháp phun chất cầm máu tại chỗ và các phương pháp cầm máu cơ học. Phương pháp kẹp clip cầm máu qua nội soi là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho những trường hợp xuất huyết do loét dạ dày tá tràng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ cầm máu thành công của phương pháp kẹp clip cầm máu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên 36 bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 05/2012 đến tháng 11/2014. Tất cả bệnh nhân vào viện được nội soi cấp cứu cầm máu bằng phương pháp kẹp cầm máu và sử dụng thuốc ức chế bơm proton liều cao. **Kết quả:** Tỷ lệ cầm máu ban đầu thành công là 97,2% và cầm máu lâu dài là 91,7%. Tỷ lệ xuất huyết tái phát, tỷ lệ phẫu thuật và tỷ lệ tử vong lần lượt là 11,1%, 5,6% và 2,8%. **Kết luận:** Điều trị kẹp clip cầm máu qua nội soi là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

Từ khóa: Loét dạ dày tá tràng, kẹp cầm máu, liệu pháp cầm máu qua nội soi.

Abstract

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

Huynh Hieu Tam¹, Ho Dang Quy Dung²

(1) PhD Student of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Dept. of Endoscopy, Cho Ray Hospital

Background: Peptic ulcer bleeding is one of the common medical emergencies. The hemostatic efficacy of endoscopic therapeutic modalities has been reported in many studies and frequently has been found to exceed 90%. Four groups of modalities are used in the endoscopic management of bleeding peptic ulcers: thermal probe methods, injection sclerotherapy, local spray methods, and mechanical hemostatic therapy. The endoscopic hemoclip method is a safe and effective hemostatic therapy for managing bleeding peptic ulcers. **Objective:** To determine the success rate of hemoclip in endoscopic hemostasis. **Patients and methods:** Clinical intervention study on 36 patients with peptic ulcer bleeding admitted in Can Tho Central General Hospital from May 2012 to November 2014. All the patients underwent emergency endoscopy for hemostasis by hemoclip and high-dose PPI use. **Results:** The success rate of initial hemostasis was 97.2%, and permanent hemostasis was 91.7%. The rates of rebleeding, surgery, mortality were 11.1%, 5.6%, 2.8%, respectively. **Conclusion:** Endoscopic hemostasis therapy by clipping combined with high-dose PPI is an effective, relatively safe treatment for peptic ulcer bleeding.

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

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng là một trong những bệnh cấp cứu thường gặp ở các chuyên khoa tiêu hóa. Hiệu quả cầm máu của các phương pháp điều trị qua nội soi đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu là trên 90% [10]. Bốn nhóm thường được sử dụng trong điều trị cầm máu là các phương pháp đốt đông cầm máu bằng đầu dò nhiệt, tiêm chất gây xơ cầm máu, các phương pháp phun chất cầm máu tại chỗ và các phương pháp cầm máu cơ học [13], [11]. Phương pháp kẹp clip cầm máu đã được ứng dụng từ lâu trên thế giới và đã mang lại hiệu quả cầm máu cao, xuất huyết tái phát thấp, giảm được tỷ lệ phẫu thuật và giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên, rất ít nghiên cứu trong nước đề cập đến vấn đề này.

Phương pháp kẹp clip cầm máu qua nội soi tuy không mới nhưng rất cần thiết trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày tá tràng vì tính hiệu quả, an toàn và ít biến chứng. Trong khi đó, hầu hết các bệnh viện ở vùng đồng bằng sông Cửu Long chưa có đề tài nghiên cứu nào ứng dụng về vấn đề này. Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***"Hiệu quả cầm máu ban đầu và cầm máu lâu dài của phương pháp kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp thuốc ức chế bơm proton liều cao ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng"***, với các mục tiêu sau:

Xác định tỷ lệ cầm máu ban đầu và cầm máu lâu dài của phương pháp kẹp clip cầm máu qua nội soi.

Xác định tỷ lệ xuất huyết tái phát, tỷ lệ phẫu thuật và tỷ lệ tử vong của phương pháp kẹp clip cầm máu qua nội soi.

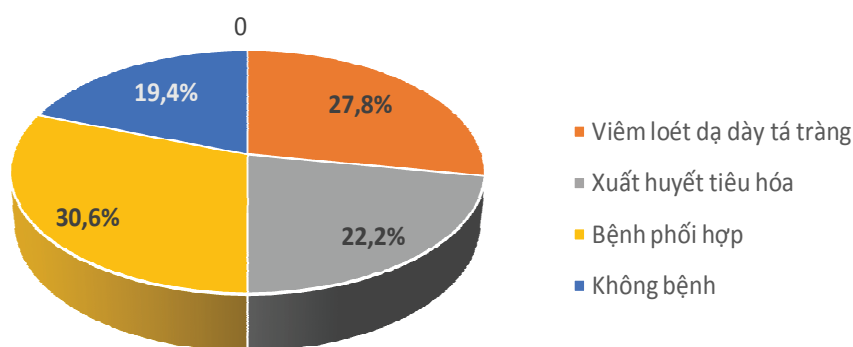
2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày tá tràng đang điều trị nội trú tại Bệnh viện đa Khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 05/2012 đến tháng 11/2014.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, chọn mẫu ngẫu nhiên với cỡ mẫu là 36 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng có nguy cơ xuất huyết cao theo phân loại Forrest (FIA, FIB, FIIA). Tất cả các bệnh nhân sau nội soi kẹp clip cầm máu đều được sử dụng thuốc ức chế bơm proton liều cao 8mg/giờ trong 72 giờ. Clip được sử dụng trong nghiên cứu là loại clip ngắn HX-610-135, hai cánh, xoay được của công ty Olympus. Các bệnh nhân được theo dõi đến khi ra viện. Cầm máu lâu dài thành công là sau nội soi điều trị và dùng thuốc ức chế bơm proton bệnh nhân ổn định và được ra viện. Cầm máu lâu dài thất bại là sau khi cầm máu lần đầu bị xuất huyết tái phát và nội soi cầm máu lần hai thất bại.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 05/2012 đến tháng 11/2014, có 36 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình $56,8 \pm 18,5$, trung vị 58,5, tuổi nhỏ nhất 17, tuổi lớn nhất 87. Tỷ lệ về giới tính giữa nam và nữ của nhóm nghiên cứu là 26/10 nam giới mắc bệnh gấp 2,6 lần nữ giới.



Sơ đồ 1. Đặc điểm tiền sử bệnh

Tiền sử bệnh đáng ghi nhận là bệnh phổi hợp, viêm loét dạ dày tá tràng và tiền sử xuất huyết tiêu hóa. Tuy nhiên có 19,4% không ghi nhận có tiền sử bệnh.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng

Các đặc điểm lâm sàng	Kẹp cầm máu (n=36)
Vị trí loét gây xuất huyết	
Loét dạ dày	13 (36,1%)
Loét tá tràng	16 (44,5%)
Loét dạ dày tá tràng	07 (19,4%)
Kích thước trung bình ổ loét	9,71mm $\pm$ 5,03
Bệnh sử	
Nôn máu	04 (11,2%)
Đại tiện máu	16 (44,4%)
Nôn và đại tiện máu	16 (44,4%)
Đau thượng vị	29/36 (80,6%)
Tình trạng choáng	8/36 (10,8%)
Truyền máu	27/36 (75%)
Trung bình lượng máu truyền	4,73 $\pm$ 4,49 đơn vị khối hồng cầu 250mL

Các đặc điểm lâm sàng như tình trạng đại tiện máu và vừa nôn và đại tiện máu, đau thượng vị, số bệnh nhân có chỉ định truyền máu chiếm tỷ lệ cao.

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Các đặc điểm cận lâm sàng	Kẹp cầm máu (n=36)
Trung bình Hemoglobin	8,71 $\pm$ 3,5 g/dL
Trung bình urê máu	13,05 $\pm$ 8,81 mmol/L
Trung bình điểm Blatchford	9,69 $\pm$ 3,71 điểm
Phân loại Forrest	
FIA	03 (8,3%)
FIB	14 (38,9%)
FIIA	19 (52,8%)
Trung bình kẹp sử dụng	1,42 $\pm$ 0,77 kẹp

Đặc điểm cận lâm sàng như trung bình hemoglobin trong nhóm nghiên cứu tương đối thấp và nội soi có tỷ lệ cao tổn thương FIIA.

Bảng 3.3. Hiệu quả cầm máu

Hiệu quả cầm máu	Kẹp cầm máu (n=36)
Cầm máu ban đầu	
Thành công	35 (97,2%)
Thất bại	01 (2,8%)
Xuất huyết tái phát	4/36 (11,1%)
Thời gian tái phát	
Tái phát sớm trước 72 giờ	3/4 (75%)
Tái phát muộn sau 72 giờ	1/4 (25%)
Cầm máu lâu dài	
Thành công	33 (91,7%)
Thất bại	03 (8,3%)
Phẫu thuật	2/36 (5,6%)
Tử vong	1/36 (2,8%)
Trung bình ngày nằm viện	9,44 $\pm$ 3,44 ngày

Hiệu quả cầm máu ban đầu và cầm máu lâu dài thành công của nhóm nghiên cứu đều cao trên 90%, bệnh nhân xuất huyết tái phát sớm trước 72 giờ chiếm tỷ lệ cao.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình chung của mẫu nghiên cứu là 56,8 $\pm$ 18,5. Tuổi trung bình của các nghiên cứu trong nước và ngoài nước lần lượt là 59,82; 62; 62,3 [5], [14], [17]. Hầu hết các nghiên cứu có tuổi trung bình chung của xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng xấp xỉ 60 tuổi, vì người cao tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ gây xuất huyết.

Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới mắc bệnh gấp 2,6 lần nữ giới. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước, có thể nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh hơn như tình trạng sử dụng rượu, bia, thuốc lá.

Đặc điểm về tiền sử bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có tỷ lệ cao 30,6% bệnh lý phổi hợp như đau nhức khớp phải dùng thuốc giảm đau, bệnh lý tim mạch, hô hấp và suy thận. Các bệnh lý phổi hợp này góp phần làm gia tăng tỷ lệ xuất huyết tái phát và tỷ lệ tử vong. Mặt khác, hai nhóm tiền sử cũng có tỷ lệ cao là tiền sử viêm loét dạ dày tá tràng và tiền sử xuất huyết tiêu hóa trước đó 27,8% và 22,2%. Tuy nhiên, 19,4% trường hợp không ghi nhận có tiền sử bệnh trước đó, điều này cũng phù hợp với một số báo cáo có khoảng 15-20% trường hợp xuất huyết tiêu hóa không ghi nhận tiền sử bệnh trước đó [3], [19].

Vị trí gây xuất huyết, loét tá tràng có tỷ lệ cao hơn loét dạ dày nhưng biến chứng xuất huyết loét dạ dày và tá tràng có tỷ lệ tương đương nhau [19]. Trong nghiên cứu của chúng tôi xuất huyết do loét tá tràng hơi cao hơn do loét dạ dày 44,5% so với 36,1%.

Kích thước trung bình ổ loét trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,71mm $\pm$ 5,03. Kích thước trung bình ổ loét trong nghiên cứu của tác giả Lê Nhật Huy là 12,5mm $\pm$ 4,4, của tác giả Nguyễn Ngọc Tuấn là 8,05mm $\pm$ 2,1 và của tác giả Chou Y.C là 12,6mm $\pm$ 3,98 [2], [5], [7]. Nhìn chung, kết quả của các nghiên cứu đều có kích thước trung bình ổ loét ở mức độ vừa, trong khi đó kích thước ổ loét nhất là các ổ loét to 20mm là yếu tố nguy cơ cho kết quả lâm sàng xấu ở các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

Đặc điểm về bệnh sử, triệu chứng đại tiện máu và vừa nôn và đại tiện máu trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao 44,4% và 44,4%, đây là các biểu hiện chính của bệnh lý xuất huyết do loét dạ dày tá tràng. Đau bụng vùng thượng vị cũng là triệu chứng thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi

80,6%. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thu Hiền có biểu hiện đau thượng vị là 70,6% [1]. Vì vậy, đau bụng vùng thượng vị là triệu chứng thường gặp và quan trọng trong bệnh lý loét dạ dày tá tràng có biến chứng xuất huyết.

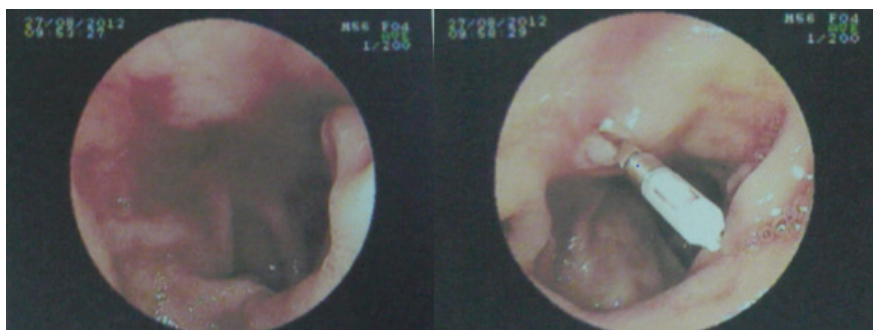
Tình trạng choáng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 10,8%, đây là những bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết tái phát cao. Theo Nguyễn Ngọc Tuấn, có tới 18,5% bệnh nhân kẹp clip cầm máu ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng có huyết áp tâm thu < 100mmHg [5]. Theo tác giả Ahn D.W, bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên được nội soi sớm và nội soi cấp cứu có 24,7% bệnh nhân trong tình trạng choáng [6].

Vấn đề truyền máu, nghiên cứu của chúng tôi có 75% bệnh nhân có chỉ định truyền máu, với lượng máu truyền trung bình khoảng 04 đơn vị khối hồng cầu 250mL. Nghiên cứu của tác giả Đào Văn Long có 13% bệnh nhân có nhu cầu truyền máu và lượng máu truyền 0,5 đơn vị, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể do trung bình Hb trong nghiên cứu của tác giả cao hơn nghiên cứu của chúng tôi 11,12g/dL so với 8,71g/dL [4]. Mặt khác, trung bình điểm Blatchford trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,69 3,71 điểm nên có khả năng truyền máu cao. Theo Świdnicka-Siergiejko A có 79,4% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có nhu cầu truyền máu, gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi có thể do trung bình Hb trong nghiên cứu của tác giả từ 8,4g/dL đến 8,6g/dL so với nghiên cứu của chúng tôi 8,71g/dL. Tuy nhiên, lượng máu truyền trong nghiên cứu của tác giả có phần thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi 2,7 đơn vị, điều này tùy thuộc vào chỉ định truyền máu như truyền máu hạn chế hay truyền máu tự do, ngưỡng Hb cần đạt được cho mỗi bệnh nhân trong truyền máu hạn chế là từ 7-9g/dL hoặc truyền máu tự do là Hb > 9g/dL [18], [20].

Nghiên cứu của chúng tôi có trung bình kẹp sử

dụng là $1,42 \pm 0,77$ kẹp. Theo Nguyễn Ngọc Tuấn, trung bình clip được sử dụng là 2,13 kẹp. Nghiên cứu của tác giả Lai Y.C có trung bình clip được dùng là 3 clip. Hầu hết các nghiên cứu có trung bình clip sử dụng cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do mẫu nghiên cứu của các tác giả đa số là các tổn thương đang chảy máu (FIA, FIB), ít tổn thương FIIA nên sử dụng nhiều clip hơn, như nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tuấn chỉ có 7,8% tổn thương FIIA, nghiên cứu của tác giả Lai Y.C là những bệnh nhân xuất huyết có tổn thương FIA, FIB. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương FIIA là 52,8%.

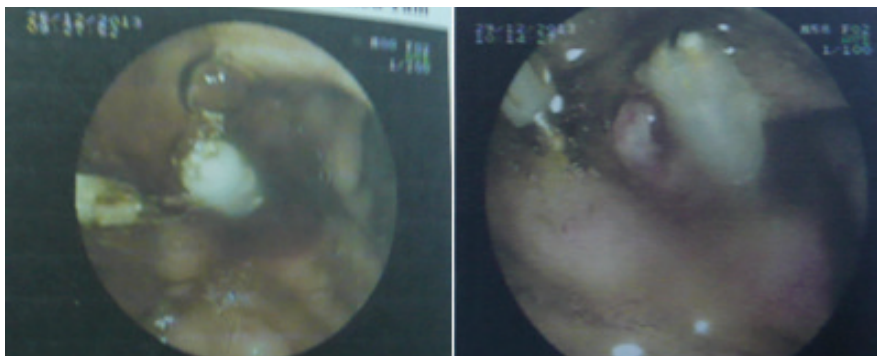
Hiệu quả cầm máu, hầu hết các phương pháp cầm máu qua nội soi như tiêm cầm máu, kẹp clip cầm máu có tỷ lệ cầm máu ban đầu thành công rất cao trên 90% trường hợp, không có sự khác biệt có ý nghĩa về cầm máu ban đầu thành công giữa các phương pháp cầm máu qua nội soi, tỷ lệ xuất huyết tái phát thấp 2-10% ngoại trừ tiêm cầm máu bằng adrenaline [10]. Tỷ lệ cầm máu ban đầu thành công trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 97,2% và cầm máu ban đầu thất bại thấp chiếm tỷ lệ 2,8%. Trường hợp kẹp clip cầm máu thất bại là bệnh nhân lớn tuổi 85 tuổi, có tiền sử bệnh phổi hợp là lao phổi cũ, vào viện có tình trạng rối loạn huyết động với huyết áp tâm thu 80mmHg, sau khi hồi sức nội khoa bệnh nhân được nội soi có ổ loét to 20mm vùng thân vị phân loại Forrest FIB, nội soi kẹp clip cầm máu thất bại do nền ổ loét viêm và hoại tử, tổng trạng bệnh nhân nặng lên nên phải hoãn nội soi để điều trị hồi sức, sau đó thân nhân xin về, bệnh được xem là cầm máu thất bại và tử vong. Theo Nguyễn Ngọc Tuấn, nghiên cứu kết quả của kẹp clip cầm máu trên 38 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng với kết quả cầm máu thành công là 94,7% và cầm máu thất bại là 5,3%, theo tác giả hai trường hợp thất bại là do ổ loét to, chảy máu nhiều và nội soi cầm máu hai lần đều bị tái phát [5].



Hình 3.1. Kẹp clip cầm máu do loét hành tá tràng FIB (bệnh nhân Trần Thị Kim T.)

Xuất huyết tái phát của phương pháp kẹp clip có tỷ lệ thấp là do phương pháp cầm máu cơ học có tính bền vững và lâu dài, chỉ kém hiệu quả đối với các ổ loét xơ chai và ổ loét ở các vị trí khó thực hiện như vùng thân vị, mặt sau hành tá tràng. Tham khảo một số nghiên cứu cho thấy các kết quả có tỷ lệ xuất huyết tái phát khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ xuất huyết tái phát là 11,1%. Theo Chung I.K, xuất huyết tái phát của phương pháp kẹp cầm máu thấp với tỷ lệ 2,4% [8]. Xuất huyết tái phát của phương pháp kẹp clip trong nghiên cứu của tác giả

Chou Y.C gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi 10,3% [7]. Nghiên cứu của tác giả Saltzman J.R có tỷ lệ xuất huyết tái phát của kẹp clip cao hơn nghiên cứu của chúng tôi 15,4% [17]. Nhận xét 4/36 trường hợp xuất huyết tái phát của kẹp clip trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi nội soi lại chúng tôi nhận thấy hai nguyên nhân chủ yếu là kẹp clip chưa đúng vị trí tổn thương và tuột clip có thể do ổ loét xơ chai, điều này còn phụ thuộc vào kỹ năng của bác sĩ nội soi vì đây là phương pháp mới được triển khai ứng dụng điều trị tại bệnh viện của chúng tôi.



Hình 3.2. Kẹp clip không đúng vị trí
(bệnh nhân Trần Văn H.)

Thời gian xuất huyết tái phát sau cầm máu qua nội soi thường xảy ra sớm trong 24 giờ đầu đến 72 giờ. Theo Chung I.K có 20% trường hợp xuất huyết tái phát trong 24 giờ đầu đến 72 giờ [9]. Báo cáo của tác giả Quali S.E, xuất huyết tái phát sau nội soi cầm máu chiếm tỷ lệ cao trong 72 giờ 55,6%, tái phát trong 7 ngày là 20%, 14 ngày là 17,8% và tái phát trong vòng 28 đến 30 ngày là 6,7% [16]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian xuất huyết tái phát trong giai đoạn nằm viện của nhóm nghiên cứu tính từ lúc nội soi cầm máu lần đầu, xuất huyết tái phát sớm trong 72 giờ là 3/4 (75%) và xuất huyết tái phát sau 72 giờ có 1/4 (25%) trường hợp nhưng cũng trong vòng 7 ngày, do đó nghiên cứu của chúng tôi đa số xuất huyết tái phát trong 72 giờ sau nội soi cầm máu và hầu hết các trường hợp xuất huyết tái phát thường xảy ra trong vòng 7 ngày phù hợp với các báo cáo của các tác giả đã nêu trên. Vì vậy, đối với các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng có nguy cơ tái phát cao cần phải theo dõi sát tình trạng xuất huyết trong 72 giờ đầu sau nội soi điều trị.

Hiệu quả cầm máu lâu dài, sau khi nội soi điều trị cầm máu, nội soi cầm máu lần hai trong những trường hợp xuất huyết tái phát, nghiên cứu của

chúng tôi có tỷ lệ cầm máu lâu dài thành công là 91,7% và tỷ lệ cầm máu thất bại thấp 8,3% so với cầm máu ban đầu thành công là 97,2% và cầm máu thất bại là 2,8%. Theo Lai Y.C, kết quả kẹp clip cầm máu lâu dài là 93% so với cầm máu ban đầu thành công là 95% [14]. Nghiên cứu kẹp clip cầm máu của tác giả Nguyễn Ngọc Tuấn có tỷ lệ cầm máu thành công là 94,7% và cầm máu thất bại là 5,3% [5]. Kết quả cầm máu thành công sau cùng của kẹp clip trong nghiên cứu của tác giả Grgov S là 91,1% [12]. Theo Chung I.K, kết quả cầm máu sau cùng của nhóm kẹp clip là 95,1% [8]. Tổng hợp các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước, ngoài nước và nghiên cứu của chúng tôi, hiệu quả cầm máu sau cùng (cầm máu lâu dài) qua nội soi của hầu hết các nghiên cứu đều đạt kết quả cao trên 90% và tỷ lệ cầm máu thất bại thấp dưới 10%. Qua phân tích những trường hợp kẹp clip bị xuất huyết tái phát do hai nguyên nhân chính là kẹp clip không đúng vị trí tổn thương và tuột clip có thể do ổ loét xơ chai. Vì vậy cần huấn luyện thêm kỹ năng kẹp clip cho bác sĩ nội soi và điều dưỡng phục vụ nội soi có thể nâng cao hiệu quả điều trị thành công của phương pháp kẹp clip cầm máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 36 trường hợp

kẹp clip cầm máu qua nội soi có 2 trường hợp nội soi cầm máu lần hai thất bại phải phẫu thuật chiếm tỷ lệ 5,6% và 1 trường hợp tử vong 2,8%. Theo Chung I.K, tỷ lệ phẫu thuật và tử vong của kẹp clip cầm máu ở các bệnh nhân lần lượt là 4,9% và 2,4% [8]. Kẹp clip cầm máu ở bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày tá tràng trong nghiên cứu của tác giả Chou Y.C có tỷ lệ phẫu thuật và tỷ lệ tử vong là 5,1% và 2,6% [7]. Qua tham khảo các nghiên cứu và kết quả nghiên cứu của chúng tôi, kẹp clip cầm máu qua nội soi ở các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng có nguy cơ xuất huyết cao là một trong những thủ thuật an toàn, mang lại hiệu quả cầm máu cao từ đó làm giảm được tỷ lệ xuất huyết tái phát, giảm tỷ lệ phẫu thuật và giảm tỷ lệ tử vong.

Trung bình số ngày nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $9,44 \pm 3,44$ ngày. Kết quả này gần tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của tác giả Lo C.C có trung bình ngày nằm viện của kẹp clip phối hợp với tiêm adrenaline là 7,2 ngày [15]. Theo Świdnicka-Siergiejko A, trung bình ngày nằm viện của phương pháp tiêm adrenaline phối hợp với kẹp clip là 9 ngày [18]. Trung bình ngày nằm viện của phương pháp kẹp clip trong nghiên cứu của tác giả Chou Y.C là 8 ngày [7]. Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng có nguy cơ tái phát cao cần được nội soi sớm trong vòng 24 giờ nhập

viện, phải điều trị cầm máu qua nội soi và phải dùng thuốc ức chế bơm proton liều cao truyền tĩnh mạch 8mg/giờ trong 72 giờ, vì vậy bệnh nhân phải nằm viện ít nhất là 4 ngày. Tuy nhiên, bệnh nhân có thể có bệnh phối hợp kèm theo, một số bệnh nhân xuất huyết tái phát cần nội soi lại nên trung bình số ngày nằm viện có thể dài hơn.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kẹp clip cầm máu 36 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng có nguy cơ tái phát cao, chúng tôi đưa ra một số kết luận:

Hiệu quả cầm máu ban đầu cao 97,2% và cầm máu thất bại thấp 2,8%.

Hiệu quả cầm máu lâu dài 91,7% và cầm máu thất bại là 8,3%.

Điều trị kẹp clip cầm máu qua nội soi là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

6. KIẾN NGHỊ

Kẹp clip cầm máu là một trong những phương pháp điều trị đạt hiệu quả cao nhưng chưa được sử dụng rộng rãi ở vùng đồng bằng sông Cửu Long, cần phổ biến để sử dụng rộng rãi nhằm đạt hiệu quả điều trị tốt hơn. Kẹp cầm máu là dụng cụ không thể thiếu ở các đơn vị nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Thu Hiền (2014), "Triệu chứng lâm sàng, nội soi bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có biến chứng chảy máu", *Tạp chí Y học thực hành*, 906(2), tr. 78- 80.
2. Lê Nhật Huy, Nguyễn Văn Hương (2014), "Đánh giá kết quả điều trị nội soi can thiệp cấp cứu xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày- hành tá tràng", *Tạp chí Y học thực hành*, 902(1), tr. 33- 36.
3. Đào Văn Long (2016), "Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr. 38- 45.
4. Đào Văn Long, Vũ Trường Khanh, Trần Thị Thanh Thảo, Trần Ngọc Ánh (2012), "Đánh giá kết quả tiêm cầm máu với Adrenaline 1/10.000 qua nội soi kết hợp rabeprazole (Rabeloc) tĩnh mạch liều cao ở bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày tá tràng", *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, VII(28), tr. 1827- 1834.
5. Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức, Châu Quốc Sử (2012), "Kết quả kẹp clip cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 16(11), tr. 137- 146.
6. Ahn D.W, Park Y.S, Lee S.H et al. (2016), "Clinical outcome of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding after hours: the role of urgent endoscopy", *The Korean journal of internal medicine*, 31(3), pp. 470- 478.

7. Chou Y.C, Hsu P.I, Lai K.H et al. (2003), "A prospective, randomized trial of endoscopic hemoclip placement and distilled water injection for treatment of high-risk bleeding ulcers", *Gastrointestinal endoscopy*, 57(3), pp. 324-328.
8. Chung I.K, Ham J.S, Kim H.S et al. (1999), "Comparison of the hemostatic efficacy of the endoscopic hemoclip method with hypertonic saline–epinephrine injection and a combination of the two for the management of bleeding peptic ulcers", *Gastrointestinal endoscopy*, 49(1), pp. 13-18.
9. Chung I.K (2014), "Predictive factors for endoscopic hemostasis in patients with upper gastrointestinal bleeding", *Clinical endoscopy*, 47(2), pp. 121- 123.
10. Fujishiro M, Iguchi M, Kakushima N et al. (2016), "Guidelines for endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding", *Digestive Endoscopy*, 28(4), pp. 363-378.
11. Gralnek I.M, Dumonceau Jean.M, Kuipers E.J et al. (2015), "Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline", *Endoscopy*, 47(10), pp. a1-a46.
12. Grgov S, Radovanović-Dinić B, Tasić T (2013), "Could application of epinephrine improve hemostatic efficacy of hemoclips for bleeding peptic ulcers?: A prospective randomized study", *Vojnosanitetski pregled*, 70(9), pp. 824-829.

13. Hwang J.H, Fisher D.A, Ben-Menachem T et al. (2012), "The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding", *Gastrointestinal endoscopy*, 75(6), pp. 1132-1138.
14. Lai Y.C, Yang S.S, Wu C.H et al. (2000), "Endoscopic hemoclip treatment for bleeding peptic ulcer", *World journal of gastroenterology*, 6(1), pp. 53-56.
15. Lo C.C, Hsu P.I, Lo G.H et al. (2006), "Comparison of hemostatic efficacy for epinephrine injection alone and injection combined with hemoclip therapy in treating high-risk bleeding ulcers", *Gastrointestinal endoscopy*, 63(6), pp. 767-773.
16. Ouali S.E, Barkun A.N, Martel M et al. (2014), "Timing of rebleeding in high-risk peptic ulcer bleeding after successful hemostasis: a systematic review", *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 28(10), pp. 543-548.
17. Saltzman J.R, Strate L.L, Di Sena V et al. (2005), "Prospective trial of endoscopic clips versus combination therapy in upper GI bleeding (PROTECCT—UGI bleeding)", *The American journal of gastroenterology*, 100(7), pp. 1503-1508.
18. Świdnicka-Siergiejko A, Rosołowski M, Wróblewski E et al. (2014), "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*, 9(6), pp. 354-360.
19. Valle J.D (2015), "Peptic ulcer disease and related disorders", *Harrison's principles of internal medicine*, McGraw Hill Education, pp. 1911- 1921.
20. Villanueva C, Colomo A, Bosch A et al. (2013), "Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding", *New England Journal of Medicine*, 368(1), pp. 11-21.