

HIỆU QUẢ CỦA TIÊM CẦM MÁU QUA NỘI SOI BẰNG DUNG DỊCH HSE 3% 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 Tâm¹, Hoàng Trọng Thăng²

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

(2) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên do loét dạ dày- tá tràng là một cấp cứu nội khoa thường gặp nhất trong các bệnh về tiêu hóa, tỷ lệ tử vong cao. Tiêm cầm qua nội soi bằng dung dịch HSE 3% (Hypertonic Saline Epinephrine) là một phương pháp điều trị có hiệu quả, giúp 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:** Xác định tỷ lệ tiêm cầm máu thành công bằng HSE 3% ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 8/2012 đến tháng 4/2013. Tất cả các bệnh nhân vào viện được nội soi cấp cứu cầm máu với tiêm dung dịch HSE 3% và sử dụng thuốc ức chế bơm proton liều cao. **Kết quả:** Tỷ lệ phân loại Forrest FIA 12,2%, FIB 56,1%, FIIA 19,5%, FIIB 12,2%. Tỷ lệ nhóm phân loại Forrest đang chảy máu chiếm 68,3%, nhóm đã cầm máu còn nguy cơ chảy máu tái phát cao chiếm 31,7%. Tỷ lệ cầm máu nội soi thành công là 92,7% và có 7,3% bệnh nhân bị tái phát lần hai. **Kết luận:** Nội soi tiêm cầm máu với HSE 3% kết hợp thuốc ức chế bơm proton liều cao là một phương pháp đơn giản, an toàn, hiệu quả trong điều trị XHTH do loét dạ dày tá tràng.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng, dung dịch HSE, liệu pháp nội soi.

Abstract

EFFICACY OF ENDOSCOPIC INJECTION THERAPY WITH HSE 3% COMBINED WITH HIGH-DOSE PROTON PUMP INHIBITOR IN PEPTIC ULCER BLEEDING

Huynh Hieu Tam¹, Hoang Trong Thang²

(1) PhD Students of Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

(2) Dept. of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Peptic ulcer bleeding is one of the common medical emergencies with a high rate of mortality. Endoscopic hemostasis with HSE 3% injection is an effective treatment method for patients with peptic ulcer bleeding, helps to save cost and avoid an unnecessary emergency surgery. **Objective:** To determine the success rate of endoscopic hemostatic with HSE 3% injection in patients with peptic ulcer bleeding. **Patients and methods:** A prospective, cross sectional study on 41 patients with peptic ulcer bleeding admitted in Can Tho Central General Hospital, from August 2012 to April 2013.

- Địa chỉ liên hệ: Huỳnh Hiếu Tâm * Email: huynhhieutam@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.4+5.4

- Ngày nhận bài: 9/9/2014 * Ngày đồng ý đăng: 5/11/2014 * Ngày xuất bản: 16/11/2014

All the patients underwent emergency endoscopy for hemostasis by injecting HSE 3% solution, and high- dose PPI use. **Results:** The rate of Forrest class IA, IB, IIA, IIB was 12.2%, 56.1%, 19.5% and 12.2%, respectively. The rate active bleeding group (Forrest class IA/IB) was 668.3%, while hemostatic group with high risk of rebleeding was 31.7%. The success rate was 92.7%, and the rebleeding rate was 7.3%. **Conclusion:** Endoscopic HSE 3% injection combined with high- dose PPI is an effective, relatively safe treatment for peptic ulcer bleeding.

Key words: *peptic ulcer bleeding, HSE, endoscopic hemostasis therapy.*

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 [1]. Có rất nhiều biện pháp cầm máu qua nội soi đã được nghiên cứu cho tới nay như: dùng tia Laser, dùng dòng điện đơn cực, dùng đầu dò nhiệt (Heater probe), dùng các chất cầm máu xịt tại chỗ (các chất keo), dùng kẹp cầm máu (Hemoclip), dùng kim tiêm cầm máu... Các biện pháp này cho kết quả cầm máu với nhiều mức độ khác nhau [1]. Thủ thuật tiêm cầm máu với dung dịch Adrenaline 1:10.000 và dung dịch NaCl ưu trương 3% đã được chúng tôi lựa chọn thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong nhiều năm qua nhờ vào tính đơn giản, hiệu quả, ít biến chứng và chi phí thấp.

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: “Hiệu quả của tiêm cầm máu bằng dung dịch HSE 3% ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao” với các mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa có nguy cơ tái phát cao do loét dạ dày-tá tràng theo phân loại Forrest.*

2. *Xác định tỷ lệ tiêm cầm máu thành công bằng HSE 3% 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 08

năm 2012 đến tháng 04 năm 2013.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu ngẫu nhiên với cỡ mẫu là 41 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, FIIB, 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, FIIB). 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.

2.3. Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi Fujinon 4400, dung dịch NaCl 3%, adrenalin pha với tỷ lệ 1:10.000, dụng cụ tiêm cầm máu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8/2012 đến tháng 4/2013, có 41 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình chung của mẫu nghiên cứu là $57,34 \pm 19,485$, người cao tuổi nhất là 87 và nhỏ tuổi nhất là 20, trung vị là 59. Tỷ lệ nam là 80,5%, nữ là 19,5%.

Bảng 3.1. Vị trí ổ loét gây xuất huyết

Vị trí	N	Tỷ lệ (%)
Dạ dày	20	48,7
Tá tràng	15	36,5
Cả hai	6	14,8

Vị trí loét ở dạ dày chiếm tỷ lệ nhiều nhất 48,8%, thứ hai là ở tá tràng 36,6%, ở cả dạ dày và tá tràng chỉ chiếm 14,6%.

Bảng 3.2. Phân loại Forrest

Phân loại	FIA	FIB	FIIA	FIIB
N	5	23	8	5
Tỷ lệ (%)	12,2%	56,1%	19,5%	12,2%

Tỷ lệ phân loại Forrest FIA 12,2%, FIB 56,1%, FIIA 19,5%, FIIB 12,2%. Tỷ lệ phân loại Forrest đang chảy máu chiếm 68,3%, nhóm đã cầm máu còn nguy cơ tái phát cao chiếm 31,7%.

Bảng 3.3. Kết quả cầm máu

Kết quả	N	Tỷ lệ (%)
Thành công	38	92,7
Tái phát	3	7,3
Tổng	41	100

Tỷ lệ thành công của tiêm cầm máu bằng dung dịch HSE 3% lần 1 là 92,7%, có 3 trường hợp chảy máu tái phát sau tiêm cầm máu lần 1, chiếm 7,3%.

Bảng 3.4. Kết quả cầm máu theo phân loại Forrest

FORREST	KẾT QUẢ CẦM MÁU		p
	THÀNH CÔNG	TÁI PHÁT	
FIA, FIB	26 (92,9%)	2 (7,1%)	0.951
FIIA, FIIB	12 (92,3%)	1 (7,7%)	

Có 26 trường hợp ở nhóm FI, tỷ lệ thành công là 92,9%, tái phát chiếm 7,1%.

Có 13 trường hợp ở nhóm Forrest FII, tỷ lệ thành công là 92,3%, tái phát chiếm 7,7%.

Không có sự khác biệt về hiệu quả cầm máu ở hai nhóm với $p=0,951$.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình chung của mẫu nghiên cứu là $57,34 \pm 19,485$. 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. Có thể người lớn tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ hơn như dùng thuốc kháng viêm non steroid, aspirin ...

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

Kết quả nghiên cứu cho thấy loét dạ dày chiếm 48,7%, loét tá tràng 36,5%, cả hai 14,8%. Nghiên cứu của Hyun Seok Cho và cộng sự (2009) cũng có 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].

Tỷ lệ phân loại Forrest trong nghiên cứu của chúng tôi, cao nhất là FIB (56,1%), thứ hai là FIIA (19,5%), FIA và FIIB lần lượt là 12,2%. Kết quả này tương đồng với 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]. Nhóm đang chảy máu chiếm từ 2/3 tổng số trở lên, đòi hỏi phải can thiệp nội soi cấp cứu.

Tỷ lệ thành công chung của tiêm cầm máu qua nội soi bằng dung dịch HSE 3% trong nghiên cứu của chúng tôi là 92,7%, có 3 trường hợp chảy máu tái phát sau tiêm cầm máu lần 1. Trần Như Nguyên Phương và cộng sự (2008) nghiên cứu về tiêm cầm máu nội soi bằng dung dịch NSE trên 108 BN XHTH do loét DD-TT, tỷ lệ thành công là 92,6% [4]. Năm 2004, K.C. Thomopoulos và cộng sự nghiên cứu về tiêm cầm máu nội soi bằng dung dịch Adrenaline 1/10000 trên 286 BN chảy máu ổ loét DD-TT lành tính, tỷ lệ thành công là 76,2%, có 68 BN (23,8%) cần phẫu thuật cầm máu [8]. Trong nghiên cứu của Hyun Seok Cho (2009), có 71/90 trường hợp can thiệp nội soi cầm máu XHTH do loét DD-TT, trong đó có 8 trường hợp chảy máu tái phát, chiếm 11,3%, tỷ lệ thành công là 88,7% [6]. Trong nghiên cứu của Ana-Maria Boțianu, có 46/235 trường hợp tiêm cầm máu ổ loét DD-TT phải chuyển mổ, tỷ lệ thành công là 80,4% [5]. Tỷ lệ thành công của tiêm cầm máu nội soi của các nghiên cứu là khá cao, thấp nhất là 76,2%, còn lại đều khoảng 90%. Tiêm cầm máu qua nội soi sẽ đem lại hiệu quả cao trong điều trị và tiết kiệm chi phí cho BN, tránh được cuộc phẫu thuật cấp cứu mà hậu quả của việc cắt dạ dày cầm

máu làm ảnh hưởng lớn đến BN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong nhóm phân loại Forrest đang chảy máu (FI), có 92,9% trường hợp cầm máu tốt sau tiêm cầm máu lần 1, 2/28 trường hợp (7,1%) chảy máu tái phát; ở nhóm Forrest FII, tỷ lệ thành công của tiêm cầm máu lần 1 là 92,3%, 1/13 trường hợp chảy máu tái phát, chiếm 7,7%. So sánh giữa hai nhóm FI và FII trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về hiệu quả cầm máu với $p=0,951$ vì mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều là những bệnh nhân XHTH do loét dạ dày tá tràng có nguy cơ tái phát cao, tuổi trung bình và trung vị xấp xỉ 60.

Tỷ lệ tái xuất huyết cao nhất của chúng tôi ở phân loại Forrest IA và IIB đều là 1/5 (20%), của Edvin Hadzibulic và Svjetlana Govedarica (2007) chỉ ở Forrest IIB 5/18 (27,78%). Trong khi đó tỷ lệ tái xuất huyết thấp nhất của chúng tôi là Forrest IIA 0/8 (0%), còn của Edvin Hadzibulic và Svjetlana Govedarica (2007) là Forrest IA 0/1 (0%) [7]. Có sự khác biệt về tỷ lệ tái xuất huyết ở các phân loại

có thể liên quan tới sự khác biệt về số lượng bệnh nhân trong mỗi phân loại Forrest như số lượng ít, chênh lệch về số lượng giữa các nhóm.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng ở Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 8/2012 đến tháng 4/2013, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau đây:

Vị trí ổ loét gây xuất huyết: Loét dạ dày 48,7%, loét tá tràng 36,5%, loét dạ dày và tá tràng 14,8%.

Phân loại Forrest: FIA 12,2%, FIB 56,1%, FIIA 19,5%, FIIB 12,2%.

Tỷ lệ thành công của tiêm cầm máu bằng dung dịch HSE 3% lần 1 của nghiên cứu là 92,7%, có 3 trường hợp chảy máu tái phát sau tiêm cầm máu lần 1, chiếm 7,3%.

Trong nhóm đang chảy máu (FI), có 92,9% trường hợp cầm máu tốt, 2/28 trường hợp (7,1%) chảy máu tái phát.

Trong nhóm Forrest FII, tỷ lệ thành công là 92,3%, chảy máu tái phát chiếm 7,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy (2011), “Cấp 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 Chúc 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, Svjetlana 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.