

CẬP NHẬT VỀ ĐIỀU TRỊ NỘI SOI XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

*Tổng hợp và dịch: Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy
Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất, Đồng Nai*

Tóm tắt:

Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng (DDTT) là một cấp cứu tiêu hóa thường gặp nhất, tiên lượng còn nặng. Hồi sức tích cực, sau đó là nội soi sớm để chẩn đoán và điều trị đóng vai trò quan trọng nhất ở những bệnh nhân này. Nội soi được khuyến cáo thực hiện sớm, tức là trong vòng 24 giờ từ lúc vào viện. Điều trị nội soi được chỉ định cho những bệnh nhân có dấu ấn xuất huyết nguy cơ cao, đặc biệt ở những bệnh nhân đang xuất huyết và lộ mạch. Vai trò của điều trị nội soi với ổ loét còn cục máu đông (Forrest IIB) cần phải được làm rõ. Các biện pháp cầm máu cơ học hoặc bằng dụng cụ có hiệu quả tốt hơn tiêm epinephrine đơn thuần trong dự phòng xuất huyết tái phát. Việc dùng hemospray phủ lên ổ loét là một tiếp cận mới đầy hứa hẹn. Ức chế bơm proton liều cao bằng đường tĩnh mạch (TM) trong vòng 72 giờ là cần thiết ở những bệnh nhân nguy cơ cao. *Helicobacter Pylori* (Hp) nên được thử ở tất cả bệnh nhân XHTH do loét DDTT và điều trị triệt trừ nếu dương tính.

Summary

UPDATE ON ENDOSCOPIC THERAPY OF PEPTIC ULCER BLEEDING

Translated by Dang Ngoc Quy Hue, Tran Van Huy

Peptic ulcer bleeding is a common medical emergency and still a potentially fatal condition. It is the best managed using a multidisciplinary approach by a team with medical, endoscopic and surgical expertise. Appropriate resuscitation followed by early endoscopy for diagnosis and treatment are of major importance in these patients. Endoscopy is recommended within 24 h of presentation. Endoscopic therapy is indicated for patients with high-risk stigmata, in particular those with active bleeding and visible vessels. A combination of proton pump inhibitors and endoscopic therapy (using a combination of injection and mechanical hemostasis) offers the best chance of hemostasis for those with active bleeding ulcers. The application of an ulcer-covering hemospray is a new promising tool. High dose proton pump inhibitors should be administered intravenously for 72 h in high-risk patients. *Helicobacter pylori* should be tested for in all patients with peptic ulcer bleeding and eradicated if positive

1. MỞ ĐẦU

XHTH trên là một cấp cứu tiêu hóa thường gặp nhất, trong đó XHTH do loét DDTT chiếm 31-67% trường hợp; kể đến là bệnh viêm xức

7-31%, và xuất huyết do giãn TMTQ 4-20%. Những nguyên nhân ít gặp hơn là: viêm thực quản, hội chứng Mallory Weiss và u. XHTH do loét DDTT thường có nhiều biến chứng và

tỷ lệ tử vong còn cao, khoảng 5-13%. Nguy cơ tử vong phụ thuộc phần lớn vào tuổi, bệnh phổi hợp, mức độ nặng của xuất huyết và xuất huyết tái phát [6]. Bệnh lý phổi hợp được xác định là một nguy cơ giải thích vì sao bệnh nhân nội trú bị XHTH có tỷ lệ tử vong cao hơn bệnh nhân ngoại trú đến khám bệnh ở khu cấp cứu. Nội soi và dùng thuốc đã trở thành nền tảng chính trong điều trị XHTH trên do loét DDTT. Nội soi cho phép làm được cả hai việc: vừa xác định nguồn gốc xuất huyết, phân nhóm nguy cơ xuất huyết tái phát lại vừa cho phép chọn lựa biện pháp điều trị phù hợp; trong khi thuốc thì nhắm đến mục tiêu ổn định cục máu đông và làm lành ổ loét bằng cách ức chế tiết acid. Tổng quan này trình bày những cập nhật về điều trị XHTH do loét DDTT bằng nội soi.

2. ĐIỀU TRỊ VÀ ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TRƯỚC NỘI SOI

2.1. Hồi sức trước nội soi

Nhanh chóng đánh giá và bắt đầu hồi sức phù hợp bằng các biện pháp: bù dịch, oxy và truyền máu khi cần thiết chiếm vai trò quan trọng ở bệnh nhân XHTH trên nhập viện. Truyền hồng cầu khối (HCK) tùy vào bệnh nền và bệnh cảnh lâm sàng, nói chung được chỉ định khi $Hb < 70g/L$, nhưng hiệu quả của việc truyền máu lên xuất huyết tái phát và tỷ lệ tử vong vẫn chưa rõ ràng. Trong một phân tích gộp của Cochrane về tác dụng của việc truyền HCK ở người lớn bị XHTH do loét DDTT đã được đánh giá. Ba thử nghiệm ngẫu nhiên và bán ngẫu nhiên so sánh qua 126 bệnh nhân giữa nhóm được truyền HCK so với nhóm chăm sóc chuẩn mà không có truyền máu. Bệnh nhân được truyền HCK trong những nghiên cứu (NC) này có tỷ lệ tử vong nhiều hơn (5% sv 0%; 2 NC) và xuất huyết tái phát nhiều hơn (38% sv 4%; 1 NC). Tuy nhiên, các thử nghiệm kể trên có khác biệt về chế độ điều trị, về các tiêu chí đánh giá và có những khiếm khuyết về phương pháp, điều này ám chỉ rằng kết quả của phân tích gộp này có thể chỉ được

dùng như là một gợi ý chứ chưa phải là một hướng dẫn lâm sàng.

2.2. Dùng thuốc trước khi nội soi

Dùng ức chế bơm proton (PPI) liều cao trước khi nội soi làm trung hòa pH và dẫn đến ổn định cục máu đông. Một NC ở Hồng Kông đã đánh giá hiệu quả của việc truyền đón đầu của omeprazol với 80 mg tấn công, sau đó truyền liên tục 8 mg/giờ trước nội soi ở 638 bệnh nhân với XHTH trên. Người ta ghi nhận ở nhóm bệnh nhân điều trị omeprazol giảm tỷ lệ cần can thiệp nội soi (19% sv 28%, $p=0.007$), giảm tỷ lệ xuất huyết tiến triển trong quá trình nội soi (6% sv 15%, $p=0,01$) và tăng tỷ lệ đáy ổ loét sạch (64% sv 47%, $p=0,001$). Không có tác động nào được ghi nhận về các thông số: nhu cầu cần truyền máu, xuất huyết tái phát và tỷ lệ tử vong. Vì vậy, những khuyến cáo quốc tế lưu ý rằng việc điều trị PPI trước nội soi có thể được xem xét để làm giảm độ nặng của vị trí xuất huyết và làm giảm nhu cầu can thiệp nội soi, nhưng việc điều trị này không nên làm trì hoãn nội soi.

2.3. Đánh giá nguy cơ

Việc đánh giá nguy cơ sớm rất quan trọng để xác định thời điểm tốt nhất làm nội soi, để xác định bệnh nhân có nguy cơ tái phát cao và dự đoán cho những nhu cầu cần những phương tiện điều trị khác: bù dịch TM, truyền máu và nhập khoa hồi sức. Vì mục đích này mà một số thang điểm đánh giá nguy cơ đã được đưa ra. Hai thang điểm thường dùng là Blatchford và Rockall. Thang điểm Rockall bao gồm trước và sau nội soi. Cả 2 thang điểm đều đề cập đến sinh hiệu và bệnh kết hợp khi vào viện. Thang điểm Blatchford thì tập trung hơn vào triệu chứng (đi cầu phân đen và/hoặc ngất) và kết quả cận lâm sàng (Hb và ure) so với thang điểm Rockall, nhưng không quan tâm đến tuổi. Một NC Cohort tiền cứu gần đây so sánh tính khả thi và hữu dụng của các thang điểm này đã kết luận rằng thang điểm Blatchford hữu dụng hơn thang điểm Rockall trước nội soi trong việc dự đoán bệnh nhân

nguy cơ thấp, là những đối tượng không cần nội soi điều trị và có thể thích hợp để điều trị ngoại trú. Tuy nhiên, giá trị dự đoán dương tính của cả 2 thang điểm về can thiệp nội soi đều thấp! Điều này thúc đẩy việc cần thiết phải hoàn chỉnh các thang điểm hiện có hoặc phải tìm kiếm một thang điểm mới để nhắm vào chiến lược nguy cơ chính xác hơn.

2.4. Thời gian nội soi

Các hướng dẫn đồng thuận quốc tế đề nghị nội soi sớm trong vòng 24 giờ từ lúc bệnh nhân XHTH trên nhập viện. Dữ kiện từ một khảo sát 6750 bệnh nhân XHTH trên ở 208 bệnh viện trên toàn quốc tại Anh chỉ ra rằng đề nghị này vẫn chưa được thực hiện một cách phổ biến. Trong số những bệnh nhân có nguy cơ cao, chỉ có 55% bệnh nhân được nội soi trong vòng 24 giờ. Lý do chính của việc trì hoãn này là phân nửa số bệnh viện ở trên không có nội soi vào giờ hành chính hoặc chỉ nội soi khi được mời.

Nội soi sớm là an toàn và hiệu quả cho tất cả các nhóm nguy cơ, cho phép chẩn đoán và điều trị kịp thời, giảm việc sử dụng nguồn lực, giảm số ngày nằm viện, và giảm nhu cầu can thiệp phẫu thuật. Cho đến nay chưa có lợi ích nào thêm vào nhờ nội soi rất sớm và cấp cứu (<12 giờ) so với nội soi sớm (<24 giờ) về các mặt: xuất huyết tái phát, phẫu thuật và tử vong. Tuy vậy, nội soi cấp cứu nên tiến hành càng sớm càng tốt sau khi ổn định huyết động ở những bệnh nhân chọn lọc, người có huyết động không ổn định và nôn ra máu lượng nhiều.

3. ĐIỀU TRỊ NỘI SOI

3.1. Hình ảnh nội soi và nhu cầu điều trị

Hình ảnh nội soi của loét DDTT mang lại thông tin tiên lượng quan trọng và có thể xác định được những bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết tái phát cao hay thấp. Loét với hình ảnh mạch máu đang phun máu hoặc đang rỉ rả máu (*Forrest IA và IB*) và loét với mạch máu nhìn thấy (*Forrest IIA*) có nguy cơ cao xuất huyết tái phát nếu điều trị chỉ với nội khoa đơn

thuần. Ngược lại với loét đáy sạch hoặc có cặn đen ở đáy ổ loét (*III và IIC*) chỉ xuất huyết tái phát 4% và 13% trường hợp. Loét với cục máu đông dính vào đáy ổ loét có nguy cơ xuất huyết tái phát trung bình chừng 25%, tùy vào tổn thương loét nền. Vì lý do này nên làm bong cục máu đông bằng cách xịt nước mạnh.

Điều trị cầm máu qua nội soi được chỉ định cho bệnh nhân loét có nguy cơ cao, trong khi đó những bệnh nhân loét có chỉ điểm nguy cơ thấp có thể điều trị bằng thuốc đơn thuần. Biện pháp tối ưu để điều trị xuất huyết do loét DDTT có cục máu đông dính đáy vẫn còn tranh cãi. Đã có 2 phân tích gộp nhắm vào chủ đề này. *Phân tích thứ nhất* bao gồm 6 NC liên quan 240 bệnh nhân ở Mỹ, Đông Nam Á và Châu Âu chỉ ra một sự hạ thấp có ý nghĩa xuất huyết tái phát ở nhóm bệnh nhân được điều trị nội soi so với nhóm bệnh nhân chỉ được điều trị nội khoa (8 sv 25%, $p=0,01$). Các nhóm can thiệp đem lại những kết quả tương tự về: nhu cầu truyền máu, thời gian nằm viện, tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật và tử vong. Tuy nhiên ý nghĩa của phân tích gộp này vẫn còn trong nghi ngờ do các NC có thiết kế không đồng nhất được kết hợp lại và hầu hết các NC đều dùng PPI trong nhóm chứng. *Phân tích thứ hai*: là một NC phân tích gộp gần đây hơn, bao gồm 5 thử nghiệm, với 189 bệnh nhân, đã không tìm thấy lợi ích nào đáng kể do điều trị nội soi ở nhóm bệnh nhân XHTH trên với cục máu dính đáy. Cho đến nay điều trị nội soi nên được xem xét mặc dù điều trị PPI tích cực có thể là đủ cho những bệnh nhân XHTH trên có cục máu đông dính đáy không làm bong được với cách xịt nước mạnh.

3.2. Điều trị tiêm cầm máu

Tiêm epinephrine để cầm máu do XHTH trên đang được sử dụng rộng rãi vì chi phí rẻ, dễ thực hiện và hiệu quả. Cầm máu ngay tức thì đạt được bằng cách chèn ép tại chỗ, co mạch và hình thành huyết khối. Những tác động này sẽ mất hiệu quả sau chừng 20 phút,

vì thế khuyến cáo cần kết hợp phương pháp tiêm epinephrine với một kỹ thuật can thiệp qua nội soi có tác dụng kéo dài hơn.

Các chất khác được dùng thêm vào hoặc thay thế epinephrine là những chất gây xơ (vd: polidocanol, ethanolamine và ethanol), keo fibrin, và đôi khi là n-butyl cyanoacrylate. Tuy nhiên, việc dùng các chất gây xơ trong loét DDTT xuất huyết hiện nay đã hạn chế do có thể gây ra những tác dụng phụ tại chỗ và không có lợi bao nhiêu khi kết hợp với epinephrine. *Keo fibrin hoặc keo* là một chất tương đối mới trong điều trị loét DDTT xuất huyết. Nó chứng tỏ hiệu quả hơn polidocanol trong việc dự phòng xuất huyết tái phát nếu được tiêm nhắc lại. Cũng vì lý do này mà keo fibrin không được dùng phổ biến trong thực hành lâm sàng. N-butyl cyanoacrylate đặc biệt dành cho xuất huyết do giãn TM dạ dày, nhưng cũng hiếm dùng cho XHTH do loét DDTT với xuất huyết lượng nhiều vì nguy cơ thuyên tắc động mạch.

3.3. Điều trị bằng dụng cụ và cơ học

Một vài phân tích gộp so sánh hiệu quả của phương pháp điều trị cơ học (vd: đặt hemoclip), điều trị bằng dụng cụ (vd: điện cực cắt đốt hoặc điện cực vàng) và điều trị tiêm tại chỗ (vd: epinephrine, keo fibrin và chất gây xơ) để cầm máu và dự phòng xuất huyết tái phát trong XHTH do loét DDTT. Những phân tích gộp trên đây đã đưa ra 2 thông điệp quan trọng. *Thứ nhất*: mặc dù tiêm epinephrine có hiệu quả hơn điều trị ức chế acid đơn thuần ở những bệnh nhân chỉ điểm nguy cơ cao, việc điều trị epinephrin đơn độc kém hiệu quả hơn các biện pháp đơn trị liệu khác cũng như điều trị kết hợp. Điều này có nghĩa rằng: epinephrine không nên dùng như một biện pháp đơn trị liệu qua nội soi mà phải kết hợp với biện pháp khác qua can thiệp nội soi. *Thứ hai*: không có biện pháp điều trị cơ học và dụng cụ nào tỏ ra vượt trội.

Trị liệu kép (nghĩa là tiêm epinephrine cộng với tiêm chất khác hoặc phương pháp

hiệu quả hơn hẳn tiêm epinephrin đơn thuần, nhưng không thuận tiện so với đơn trị liệu nhiệt hoặc cơ học).

Trong những tình huống đặc biệt như vị trí xuất huyết khó tiếp cận hoặc chỉ nhìn thấy gián tiếp, điều trị bằng điện cực nhiệt có thể tốt hơn đặt hemoclip.

3.4. Hemospray

Một kỹ thuật mới có nhiều hứa hẹn là *hemospray* thông qua một catheter luồn qua kênh thủ thuật. Bột nano này với khả năng tạo cục máu đông đã chứng tỏ có hiệu quả cao để đặt được cầm động mạch chảy máu trên động vật được thực nghiệm gây xuất huyết bằng heparin. Khi xịt lên vị trí xuất huyết, bột trở nên gắn kết và dính rồi tạo thành một màng phủ cơ học ổn định. Trong một NC pilot tiền cứu mới đây, thực hiện trên 20 bệnh nhân được chẩn đoán XHTH do loét DDTT với Forrest IA và IB, hiệu quả cầm máu tức thì đạt được trong 95% trường hợp. Xuất huyết tái phát xảy ra ở 2 bệnh nhân (được hiểu là ở bệnh nhân có Hb giảm sau can thiệp), nhưng không có bệnh nhân nào tìm thấy đang xuất huyết trong quá trình nội soi lại. Không có tử vong và tác dụng phụ nào được ghi nhận trong suốt 30 ngày theo dõi. Những nghiên cứu khác về hiệu quả của *hemospray* trong các xuất huyết do nguyên nhân khác của XHTH trên đang được tiến hành.

4. NỘI SOI KIỂM TRA LẦN 2

Cho đến nay, quan niệm về tính cần thiết của nội soi lần 2 vẫn chưa hoàn toàn thống nhất. Một vài dữ kiện ủng hộ cho rằng có lợi khi nội soi kiểm tra thường quy cho bệnh nhân sau khi đã được can thiệp cầm máu qua nội soi. Các nghiên cứu này đã cũ, không bao gồm việc sử dụng PPI hoặc các kỹ thuật cầm máu hiện đại qua nội soi. Vì thế, việc nội soi kiểm tra lại không được đề nghị thường quy, tuy nhiên, nó có thể có lợi

đối với ở một số bệnh nhân chọn lọc vì nguy cơ xuất huyết tái phát cao.

5. ĐIỀU TRỊ SAU NỘI SOI

5.1. Phẫu thuật hoặc làm tắc mạch

Mặc dù điều trị nội soi có hiệu quả cao, đôi khi xuất huyết cũng không thể nào cầm bằng điều trị nội soi và xuất huyết lại. Trong trường hợp xuất huyết tái phát, điều trị nội soi can thiệp được đề nghị thêm lần 2. Với những bệnh nhân vẫn còn xuất huyết hoặc xuất huyết lại, có thể chỉ định phẫu thuật cấp cứu hoặc làm tắc động mạch chọn lọc qua catheter (transcatheter arterial embolization -TAE).-

Trong một nghiên cứu hồi cứu 70 bệnh nhân với XHTH do loét DDTT kháng trị, không có khác biệt nào được tìm thấy giữa nhóm bệnh nhân được điều trị bằng TAE so với phẫu thuật về: tần suất xuất huyết tái phát (29% sv 23,1%), nhu cầu can thiệp thêm (16,1% sv 30,8%) hoặc tử vong (25.8% sv 20.5%). Việc kết cục không khác nhau và nhóm thực hiện TAE có tuổi lớn hơn (75 sv 63 tuổi, $p < 0.001$), có nhiều bệnh phối hợp hơn, gợi ý phương pháp TAE có vẻ tiện lợi hơn so với phẫu thuật. Cần một NC đối chứng ngẫu nhiên tiền cứu để so sánh 2 phương pháp này.

5.2. Điều trị ức chế tiết acid

Điều trị PPI liều cao, 80 mg tấn công, sau đó 8 mg/giờ TTM liên tục trong 72 giờ, được đề nghị để làm giảm xuất huyết tái phát ở bệnh nhân XHTH do loét DDTT có chỉ điểm nguy cơ cao qua nội soi. Hướng dẫn điều trị này được ủng hộ bởi một phân tích gộp cho thấy điều trị PPI liều cao cải thiện kết quả đáng kể so với placebo/hoặc không điều trị (RR 0,40 [95% CI 0,28-0,59]; NNT 12 [95% CI 10-18]). Ở những bệnh nhân Châu Á, hiệu quả có lợi này đã đạt được với những PPI khác nhau. Với bệnh nhân da trắng, một quần thể có tiết acid cao hơn, ghi nhận một tác dụng có ý nghĩa lên các chỉ số kết cục chính như xuất huyết tái phát chỉ đạt được khi dùng Esomeprazol TTM liều cao liên tục. Bệnh nhân với nguy cơ thấp

có thể được ăn uống trong vòng 24 giờ và xuất viện với toa thuốc điều trị PPI.

6. CÁC PHƯƠNG THỨC ĐIỀU TRỊ LÂU DÀI TIẾP THEO

Với tất cả bệnh nhân, điều trị PPI đường uống nói chung được cho trong 4 tuần là đủ để làm lành hầu hết các ổ loét và nhắm vào nguyên nhân gây loét xuất huyết. Nhiễm HP và việc dùng các thuốc kháng viêm non-steroid (NSAIDs) là những yếu tố nguy cơ chính để gây bệnh loét DDTT. Do đó, tất cả bệnh nhân với XHTH do loét DDTT nên được thử HP và được điều trị triệt trừ khi kết quả dương tính. Các thử nghiệm HP không xâm lấn trong bối cảnh cấp cứu có thể âm tính giả, vì vậy trong trường hợp đó nên lặp lại thử nghiệm HP lần 2. Sau 1 tháng điều trị kháng sinh, bệnh nhân nên được tái đánh giá việc điều trị triệt căn thành công hay chưa; vì sự tồn tại dai dẳng của HP sẽ phối hợp với hơn 50% nguy cơ loét tái phát trong vòng 2 năm, và cũng đồng nghĩa với sự gia tăng nguy cơ những biến chứng do loét tái phát, trong đó có xuất huyết.

Những người bệnh bị XHTH do loét DDTT trong khi đang dùng NSAIDs nên xem xét ngưng vĩnh viễn điều trị này. Nếu không thể ngưng NSAIDs, nên chuyển sang dùng kết hợp nhóm ức chế chọn lọc COX2 và PPI; vì nếu chỉ dùng một thuốc ức chế COX2 đơn thuần hoặc dùng một NSAIDs cùng với PPI đều phối hợp với nguy cơ xuất huyết tái phát. Tính cần thiết của việc dùng PPI song song để bảo vệ dạ dày phải được nhấn mạnh, vì đến nay nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng ngay cả việc tuân thủ không đầy đủ cũng làm gia tăng đáng kể nguy cơ sinh các biến cố.

Ở những bệnh nhân xuất hiện xuất huyết do loét khi đang dùng aspirin liều thấp, sự cần thiết của trị liệu này nên được đánh giá lại. Trong nhiều trường hợp, liều thấp aspirin được cho để dự phòng thứ phát bệnh tim mạch. Ở những bệnh nhân này, việc tiếp tục điều trị thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trong cơn xuất huyết có thể

làm gia tăng xuất huyết tái phát nhưng lại làm giảm tỷ lệ tử vong do tất cả các nguyên nhân. Đây là kết luận của một nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng mới đây, bao gồm 156 bệnh nhân dùng aspirin liều thấp để dự phòng thứ cấp cho bệnh lý tim mạch. Sau khi được điều trị nội soi vì XHTH do loét DDTT, những bệnh nhân này được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm: nhóm tiếp tục điều trị aspirin và nhóm dùng placebo, cả 2 nhóm đều kết hợp PPI liều cao trong 72 giờ, rồi uống PPI trong 8 tuần tiếp theo sau đó. Tỷ lệ xuất huyết tái phát trong 30 ngày cao hơn không ý nghĩa trong nhóm dùng aspirin so với nhóm placebo (10,3% sv 5,4%; Δ 4,9% [95% CI - 3,6-13,4]); nhưng tử vong do tất cả các nguyên nhân (1,3% sv 12,9%; Δ 11,6% [CI 3,7-19,5%]) và tỷ lệ tử vong quy thuộc với các biến chứng tim mạch, mạch máu não hoặc dạ dày ruột (1,3% sv 10,3% Δ 9% [CI 1,7- 16,3%]) đều thấp hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân tiếp tục dùng aspirin so với placebo. Cho đến nay chưa có nghiên cứu tiền cứu nào được tiến hành để nghiên cứu một khoảng thời gian ngắn ngưng aspirin, vì thế khoảng thời gian có thể ngưng aspirin vẫn chưa được xác định. Đến nay, các hướng dẫn đề nghị dùng lại aspirin sau điều trị nội soi 3-5 ngày, khi mà tình trạng huyết động học của bệnh nhân ổn định.

Bệnh nhân với bệnh loét vô căn nên được điều trị duy trì với PPI nếu họ có nguy cơ đáng kể bị loét và xuất huyết tái phát.

7. NGHIÊN CỨU TRONG TƯƠNG LAI

Suốt 2 thập kỷ qua, chúng ta đã có những bước tiến đáng kể trong điều trị XHTH do loét DDTT. PPIs đã được sử dụng, Hp đã được tìm thấy như là một yếu tố nguy cơ quan trọng

trong việc phát triển loét DDTT, và nội soi điều trị đã trở thành công cụ chủ yếu cho phần lớn bệnh nhân XHTH do loét DDTT. Mặc cho những khám phá mới rất có giá trị này, tần suất XHTH do loét DDTT vẫn không thay đổi và thậm chí sẽ còn tăng trong một tương lai gần do sự tích tuổi của dân số kết hợp với sự gia tăng dùng thuốc và bệnh kết hợp.

Vì vậy, thực tế lâm sàng đang đòi hỏi một cách bức xúc về những nghiên cứu lâm sàng tỏ các vấn đề: thời gian nào là tối ưu thực hiện nội soi? tiếp cận tốt nhất với bệnh nhân có cục máu đông ở đáy ổ loét (Forrest IIB)? Kỹ thuật điều trị nội soi nào hiệu quả nhất? Và biện pháp điều trị nào là chọn lựa tốt nhất cho bệnh nhân kháng trị với can thiệp nội soi? Thêm vào đó, việc phát triển những thang điểm chiến lược phân nhóm nguy cơ và chính sách truyền máu an toàn sẽ là những chủ đề quan trọng cho những nghiên cứu trong tương lai.

8. KẾT LUẬN

XHTH do loét DDTT là cấp cứu thường gặp nhất trong lâm sàng tiêu hóa. Tiên lượng còn nặng với tỷ lệ biến chứng và tử vong còn đáng kể. Nội soi là chìa khóa trong điều trị hiện đại cho XHTH do loét DDTT. Lý tưởng nhất là tiến hành nội soi trong vòng 24 giờ kể từ lúc bệnh nhân nhập viện. Điều trị kết hợp tiêm epinephrin với kỹ thuật cầm máu khác hoặc dùng những kỹ thuật cầm máu khác đơn thuần có hiệu quả hơn tiêm epinephrin đơn thuần. Hemospray là một công cụ điều trị qua nội soi mới và đầy triển vọng. Các bệnh nhân với chỉ điểm nguy cơ cao qua nội soi nên được điều trị PPI TM liên tục trong 72 giờ. Sau giai đoạn cấp của XHTH, cần tìm kiếm và điều trị nguyên nhân ngay khi có thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ingrid Lisanne Holster, Ernst Johan Kuipers, **Update** on the Endoscopic Management of Peptic Ulcer Bleeding; Curr Gastroenterol Rep. 12/2011; 13(6): 525-531
2. Fiore F, Lecleire S, Merle V, et al. *Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996*

- and 2000 in a multicentre French study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2005;17:641–7.
3. Theocharis GJ, Thomopoulos KC, Sakellaropoulos G, et al. *Changing trends in the epidemiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding in a defined geographical area in Greece*. *J Clin Gastroenterol*. 2008;42:128–33.
 4. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, et al. Use of endoscopy for management of acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: results of a nationwide audit. *Gut*. 2010;59:1022–1029.
 5. Lau JY, Leung WK, Wu JC, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 2007;356:1631–40.
 6. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010;152:101–113. [PubMed]
 7. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. 1996;38:316–21.
 8. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000;356:1318–21.
 9. Pang SH, Ching JY, Lau JY, et al. Comparing the Blatchford and pre-endoscopic Rockall score in predicting the need for endoscopic therapy in patients with upper GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc*. 2010;71:1134–40.
 10. Schacher GM, Lesbros-Pantoflickova D, Ortner MA, et al. Is early endoscopy in the emergency room beneficial in patients with bleeding peptic ulcer? A “fortuitously controlled” study. *Endoscopy*. 2005; 37: 324–8.
 11. Targownik LE, Murthy S, Keyvani L, et al. The role of rapid endoscopy for high-risk patients with acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Can J Gastroenterol*. 2007;21:425–9. [PMC free article] [PubMed]
 12. Cappell MS. Medscape. Therapeutic endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2010;7:214–29.
 13. Kahi CJ, Jensen DM, Sung JJ, et al. Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot: a meta-analysis. *Gastroenterology*. 2005;129:855–62.
 14. Laine L. Systematic review of endoscopic therapy for ulcers with clots: Can a meta-analysis be misleading? *Gastroenterology*. 2005, 129:2127; author reply 2127–2128.
 15. Laine L, McQuaid KR. Endoscopic therapy for bleeding ulcers: an evidence-based approach based on meta-analyses of randomized controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7:33–47.
 16. Sung JJ, Chan FK, Chen M, et al. *Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding*. *Gut*. 2011.
 17. Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CW. *Systematic review and meta-analysis: enhanced efficacy of proton-pump inhibitor therapy for peptic ulcer bleeding in Asia—a post hoc analysis from the Cochrane Collaboration*. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21:1055–61.
 18. Gisbert JP, Khorrami S, Carballo F, et al. *Meta-analysis: Helicobacter pylori eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer*. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19:617–629.