

QUẢN LÝ NỘI SOI LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG XUẤT HUYẾT

Bs Lý Văn Sáng
Khoa Thăm Dò Chức Năng

NỘI DUNG

- I. Tổng quan.
- II. Các phương pháp cầm máu qua nội soi trước đây.
- III. Một số phương pháp cầm máu mới.
- IV. Cập nhật đồng thuận quản lý nội soi trong XHTH do loét dạ dày tá tràng:
 - Giai đoạn trước nội soi.
 - Giai đoạn nội soi.
 - Giai đoạn sau nội soi.

TỔNG QUAN

- XHTH do loét DDTT là cấp cứu nội ngoại khoa, chiếm khoảng 50% nguyên nhân XHTH trên.
- Tử vong: 2.5-5.8%.
- Nội soi cầm máu là điều trị chính trong xuất huyết tiêu hóa.
- Nội soi điều trị ngày càng phát triển với nhiều phương pháp mới.

PHƯƠNG PHÁP CẪM MÁU QUA NỘI SOI

- Tiêm qua nội soi(Injection therapy).
- Cầm máu bằng nhiệt(Thermal therapy).
- Cầm máu cơ học(Mechanical therapy).

TIÊM CẦM MÁU

- Epinephrine(adrenaline).
- Chất gây xơ(sclerosants):
 - Cồn tuyệt đối
 - Poliodocanol
 - Keo sinh học(tissue adhesives): Thrombin
 - Fibrin glues
- Adrenaline+ cồn tuyệt đối
- Adrenaline+ dung dịch xơ hóa.

Tiêm cầm máu bằng Epinephrine

➤ Là phương pháp sử dụng rộng rãi nhất trong cầm máu.

➤ **Cơ chế:**

- Tác dụng sớm:

- Chèn ép

- Co mạch: Adrenalin có tác dụng co mạch tại chỗ, làm giảm từ 30- 75% lượng máu đến khu vực. Tác dụng này kéo dài khoảng 2 giờ.

- Kích thích ngưng tập tiểu cầu, tạo cục máu đông.

- Tác dụng muộn: Gây xơ hóa, tác dụng này xảy ra chậm và từ từ (**dung dịch HSE**).

Tiêm cầm máu bằng Epineneprine

➤ Ưu điểm:

- Dễ sử dụng, đòi hỏi ít sự phối hợp hơn các pp khác.
- Rẻ tiền.

➤ Nhược điểm:

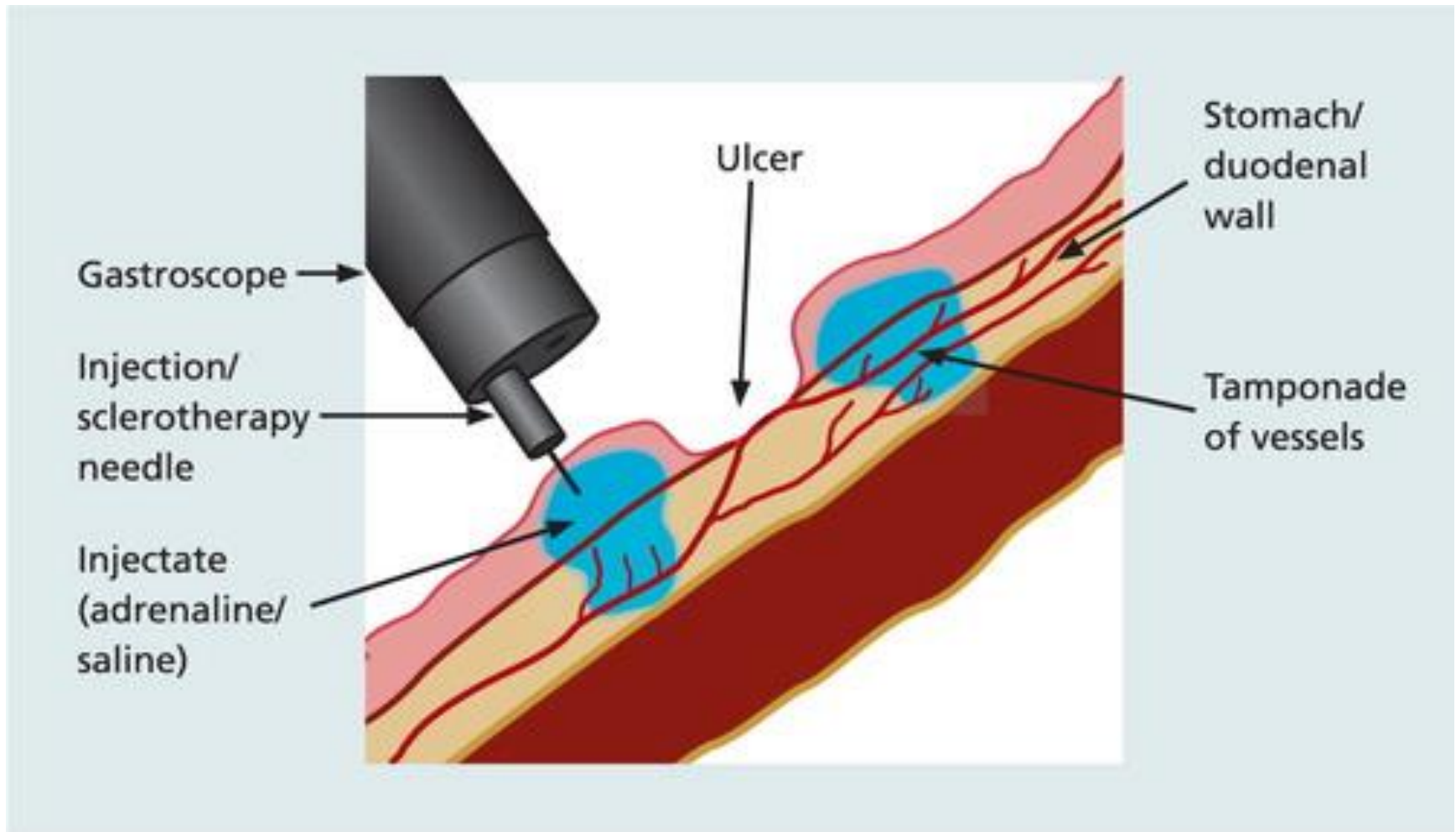
- Ít hiệu quả hơn các pp khác dùng đơn độc.
- Tác dụng phụ thuốc.
- Hạn chế với mạch máu lớn.
- Không dùng: Cường giáp, bệnh lí tim mạch nặng, glocom

Tiêm cầm máu với dung dịch HSE(Hypertonic Saline Epinephrin) đạt hiệu quả cầm máu cao hơn tiêm cầm máu bằng dung dịch NSE nhưng ít được sử dụng

Tiêm cầm máu bằng Epinephrine

- **Vị trí tiêm** ở trên bờ của vết loét và ở vết loét đang chảy máu.
- **Hiệu quả** khi nơi tiêm phồng lên và vùng tiêm trắng ra.
- **Khối lượng tiêm** tùy theo hiệu quả, thông thường mỗi mũi tiêm khoảng 0.2- 2ml ở cả 4 góc của ổ loét.
- **Chỉ định tiêm** cầm máu trong những trường hợp XHTH do loét DD-TT có nguy cơ xuất huyết cao.

Tiêm cầm máu bằng Epinephrine



Điều trị kết hợp với EPINEPHRINE

- Shi K và cs(17 nghiên cứu): 1990-2009(n=1939)
 - Adrenalin đơn thuần/Adrenalin+ thrombin: 03 NC
 - Adrenalin đơn thuần/Adrenalin+ kẹp clip: 03 NC
 - Adrenalin đơn thuần/Adrenalin+ chất xơ khác: 08 NC
 - Adrenalin đơn thuần/Adrenalin+Nhiệt: 03 NC

Kết luận:

- Hiệu quả cầm máu điều trị kết hợp hơn đơn thuần.
- Tiêm adrenalin+ kẹp clip vượt trội hơn so với phương pháp kết hợp khác.

Tiêm cầm máu bằng cồn tuyệt đối

- Giảm đáng kể chảy máu khi không có phương pháp can thiệp nội soi khác.
- Khối lượng tiêm: 0.1-0.2 ml.
- Ít dùng thường quy trong nội soi do gây **hoại tử mô**.

CẦM MÁU BẰNG NHIỆT

Nhiệt tiếp xúc

- Heater probe
- Monopolar coagulation
- Bipolar coagulation

Nhiệt không tiếp xúc

- Argon plasma coagulation (APC)
- Laser photocoagulation

Heater probe

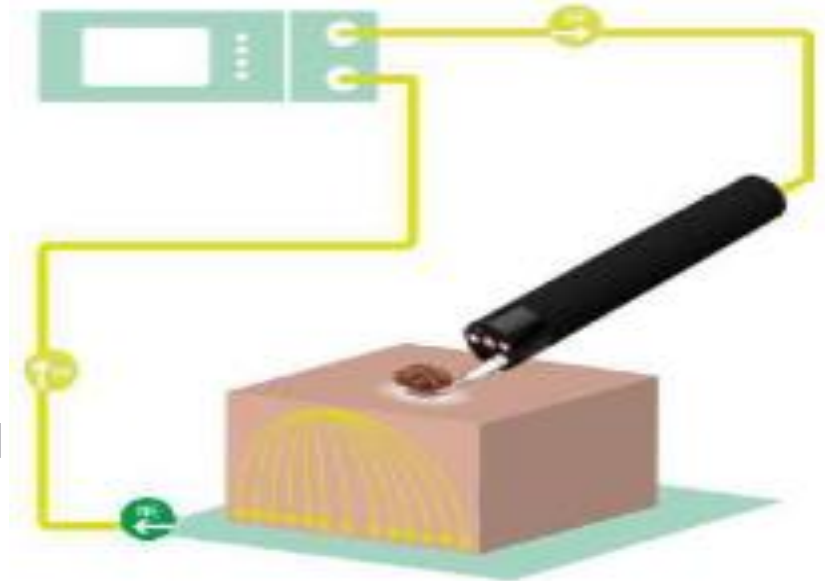
- Cấu tạo:
 - Bao gồm một lõi nhôm hình trụ, lõm, bên ngoài có vỏ nhựa Teflon, bên trong có búi nhiệt.
 - Teflon giúp ngăn mô xung quanh dính vào đầu probe.
 - Kèm một lỗ phun nước.
- Cơ chế: Truyền nhiệt trực tiếp ➤ Đè ép thành mạch và đông vón tổ chức giúp cầm máu hiệu quả.



Image of a heater probe (Image Courtesy of Olympus America Inc.)

Monopolar coagulation (điện đông đơn cực)

- **Cơ chế:** Dòng điện cao tần gây đông, nhiệt, áp vào tổ chức.
- **Ưu điểm:** Dễ sử dụng, có thể áp dụng với các ổ loét tiếp tuyến.
- **Nhược điểm:**
 - Khó kiểm soát.
 - Nguy cơ thủng.
 - Với tổ chức loét đang chảy máu



Bipolar coagulation (Điện đông lưỡng cực)

➤ Cơ chế:

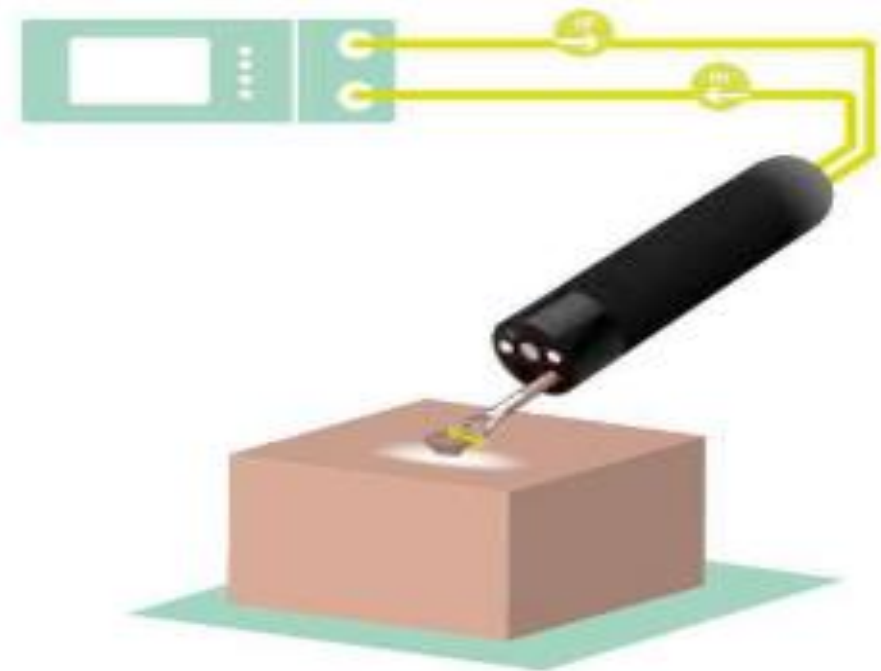
- Dòng điện cao tần gây đông, nhiệt, ép vào tổ chức.
- Tác dụng ngay tại điểm tiếp xúc.

➤ Ưu điểm:

- Dễ sử dụng, có thể áp dụng với các ổ loét tiếp tuyến.

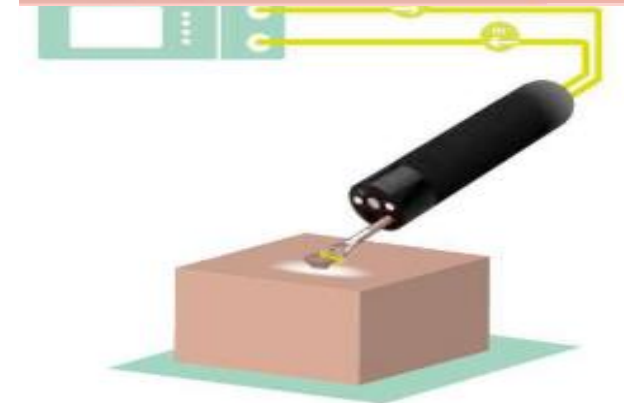
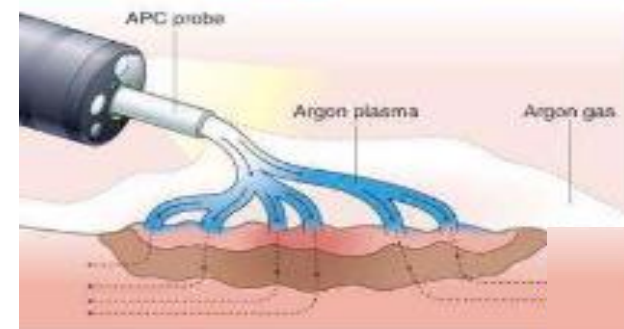
➤ Nhược điểm:

- Ổ loét đang chảy máu.



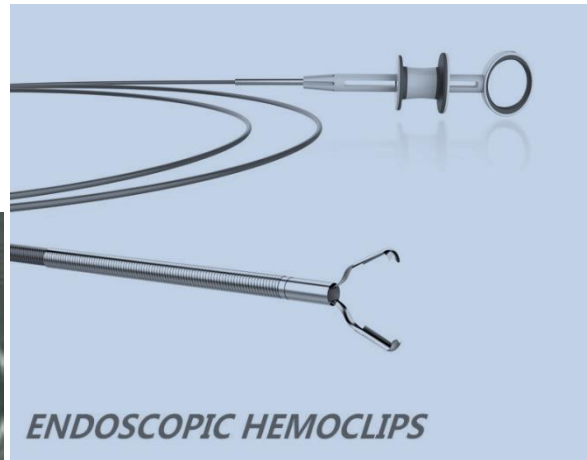
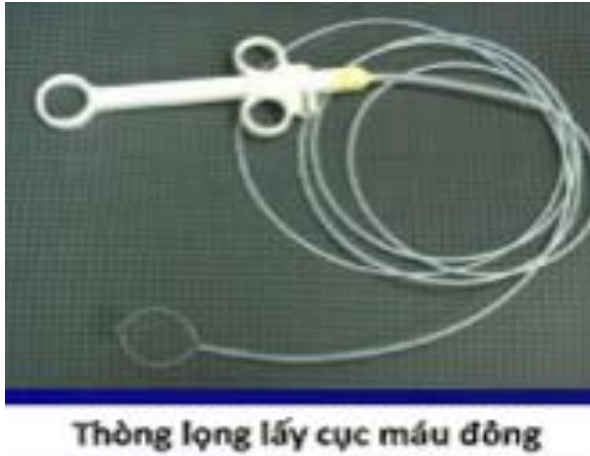
Argon plasma coagulation

- Sử dụng năng lượng nhiệt từ đầu dò có dẫn khí trơ argon được ion hóa thành plasma.
- Tính chất khí Argon: Không cháy nổ, không độc tính, không màu, không mùi, không vị, rẻ tiền.
- Các mode: Pulse 1APC, Pulse 2 APC, Forced APC, Pricise APC



ĐIỀU TRỊ CƠ HỌC

- Clip.
- Thòng lọng.
- Khâu cầm máu

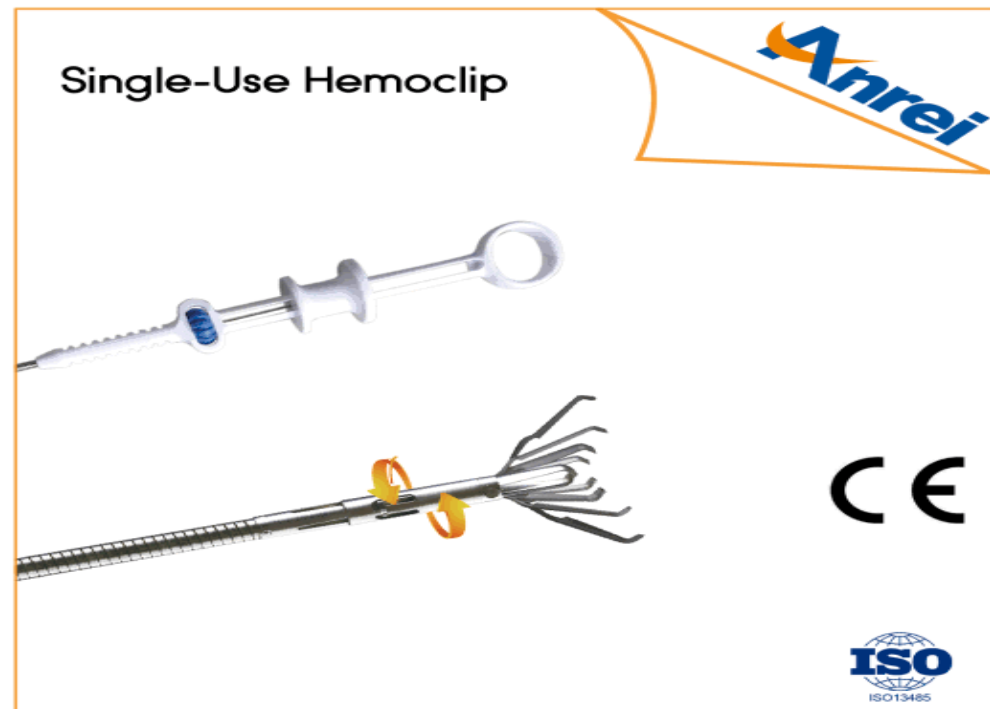


HEMOCLIP

- Gồm 02 loại: - Through- the-scope clip(TTS clip).
- Over-the-scope clips(OTSC).
- TTS clip khác nhau về kích thước(ngắn 5mm, chuẩn 7mm, dài 9mm), góc mở(90, 135), cánh tay quay.

Hemoclip đang sử dụng:

- Hãng: ANREI MEDICAL
- Góc mở: 135
- Kênh thủ thuật: 2.8mm
- Mở tối đa: 9mm
- Quay chuyên: Có



Tên Clip	Công ty sản xuất	Cán lắp Clip (cm)	Kênh thủ thuật (mm)	Mở tối đa của Clip (mm)	Quay chuyển
Rotating Clip	Olympus	165	$\geq 2,8$	11	Có
Quick Clip 2	Olympus	165	$\geq 2,8$	9,5	Có
Quick Clip 2 Long	Olympus	165	$\geq 2,8$	11	Có
EZ Clip	Olympus	165; 230	$\geq 2,8$	8	Có
Resolution Clip	Boston	155; 235	$\geq 2,8$	8	Có
Triclip	Wilson Cook	205	$\geq 2,8$	12	Không
Triclip	Wilson Cook	205	$\geq 2,7$	12	Không

Kĩ thuật kẹp clip

➤ **Chuẩn bị:** Hemoclip và dụng cụ phụ trợ.

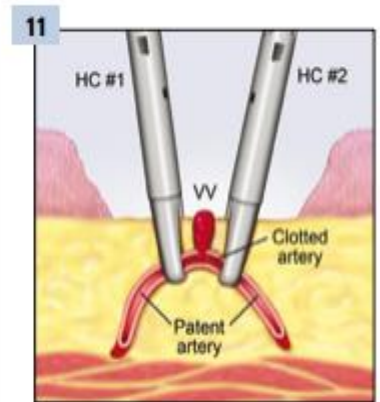
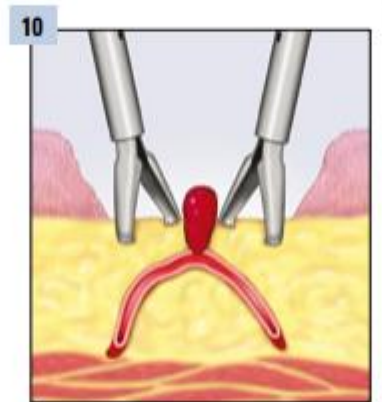
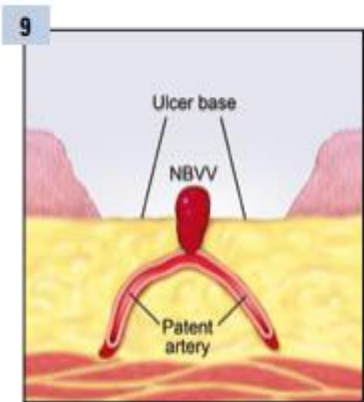
➤ **Kĩ thuật:**

Bước 1: Đưa máy nội soi vào dạ dày đã gắn CAP, bộc lộ ổ loét.

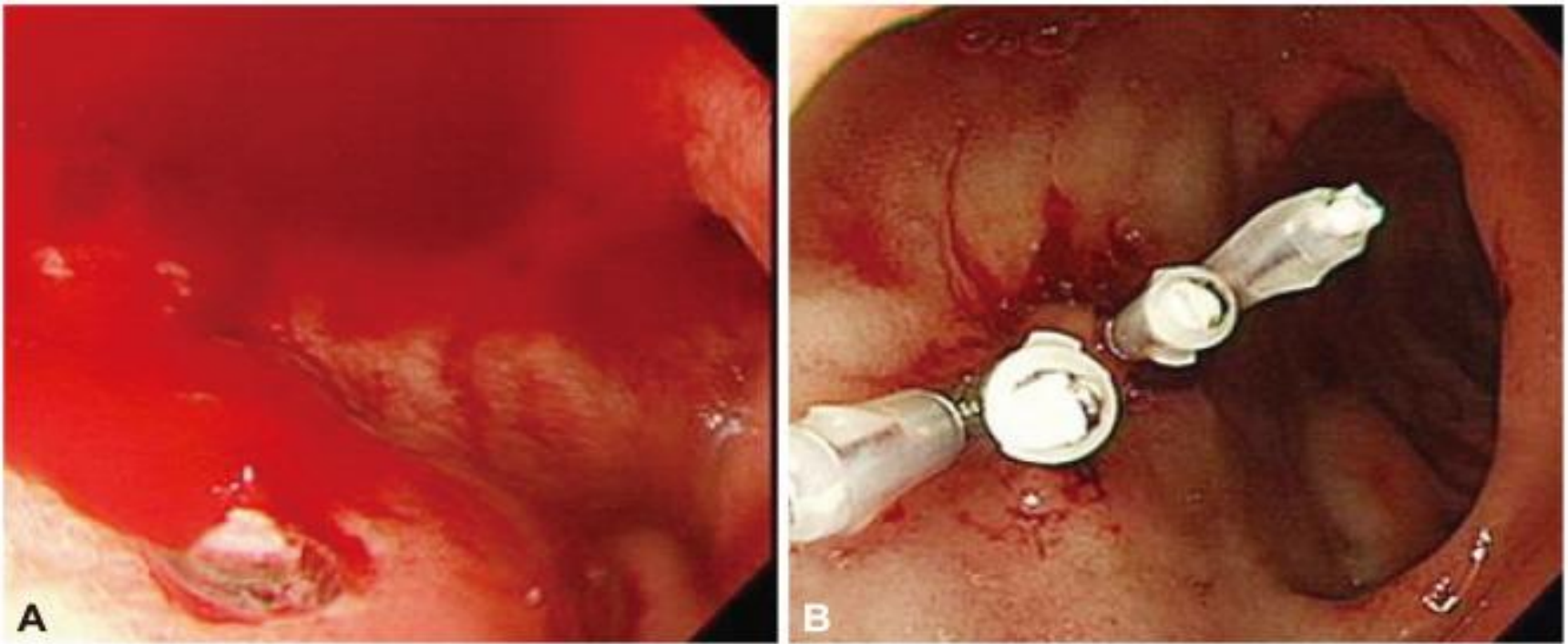
Bước 2: Đưa hemoclip qua kênh nội soi vào vị trí tổn thương.

Bước 3: Mở clip ở vị trí thuận lợi

Bước 4: Kẹp trực tiếp(A), hoặc chặn trên dưới mạch máu(B)



HEMOCLIP



Endoscopic findings. (A) A spurting was observed at duodenal ulcer. (B) A spurting was stopped by apply of endoclip.

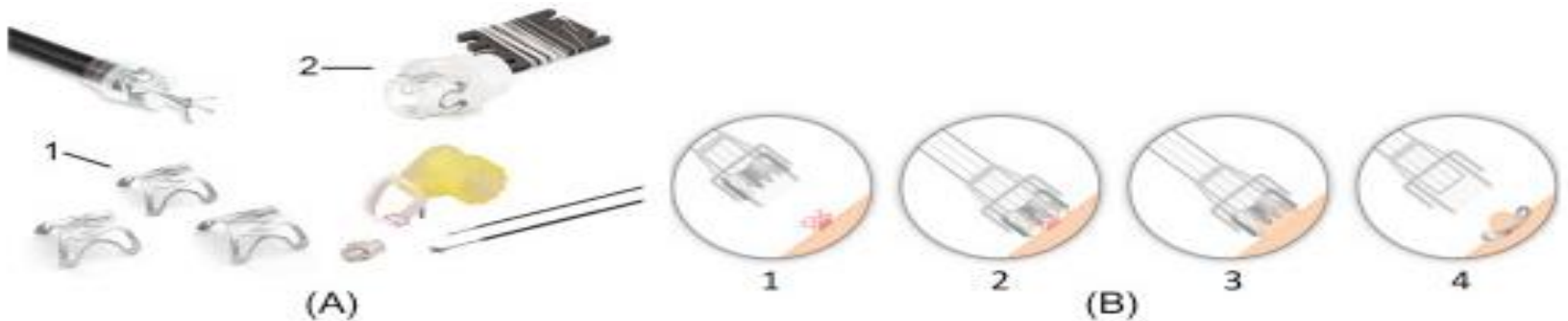
Clinical Endoscopy 2015; 48(2): 106-111.

CÁC DỤNG CỤ MỚI

- **TTS clip:** Quikclip2(Olympus American), Resolution Clip(Boston Scientific, USA): Mở được 11mm, có thể xoay, mở ra và đóng lại.
- **Over-the-scope Clip.**
- **Hemospray(TC-325).**
- **Ankaferd Blood Stopper(ABS).**
- **EndoClot.**

Over-the-scope Clip

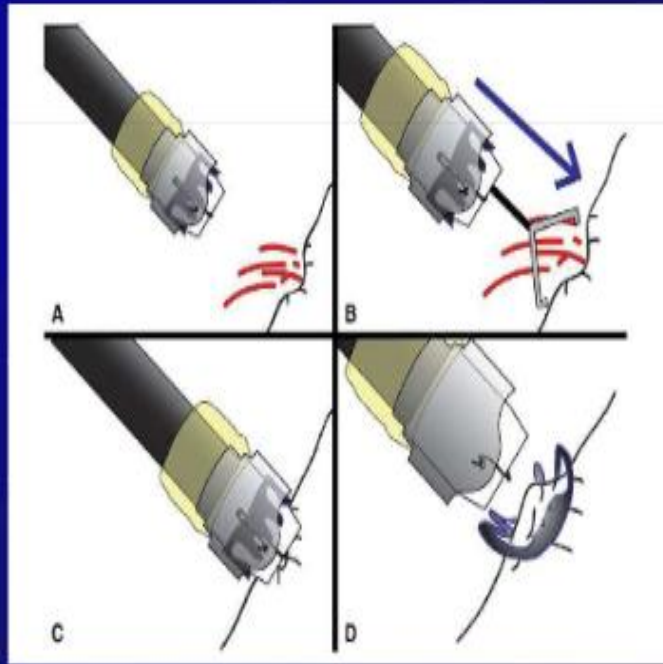
- Phát triển và giới thiệu vào năm 2007
- Được FDA chấp thuận trong các chỉ định:
 - 1) Loét đang chảy máu
 - 2) Đường kính động mạch <2mm
 - 3) Túi thừa đại tràng
 - 4) Kích thước polyp <1.5 cm
 - 5) Tổn thương niêm mạc hoặc dưới niêm <3cm
- Kích thước có sẵn 11-14mm.





Repici A et al. Digestive and Liver Disease, 2009

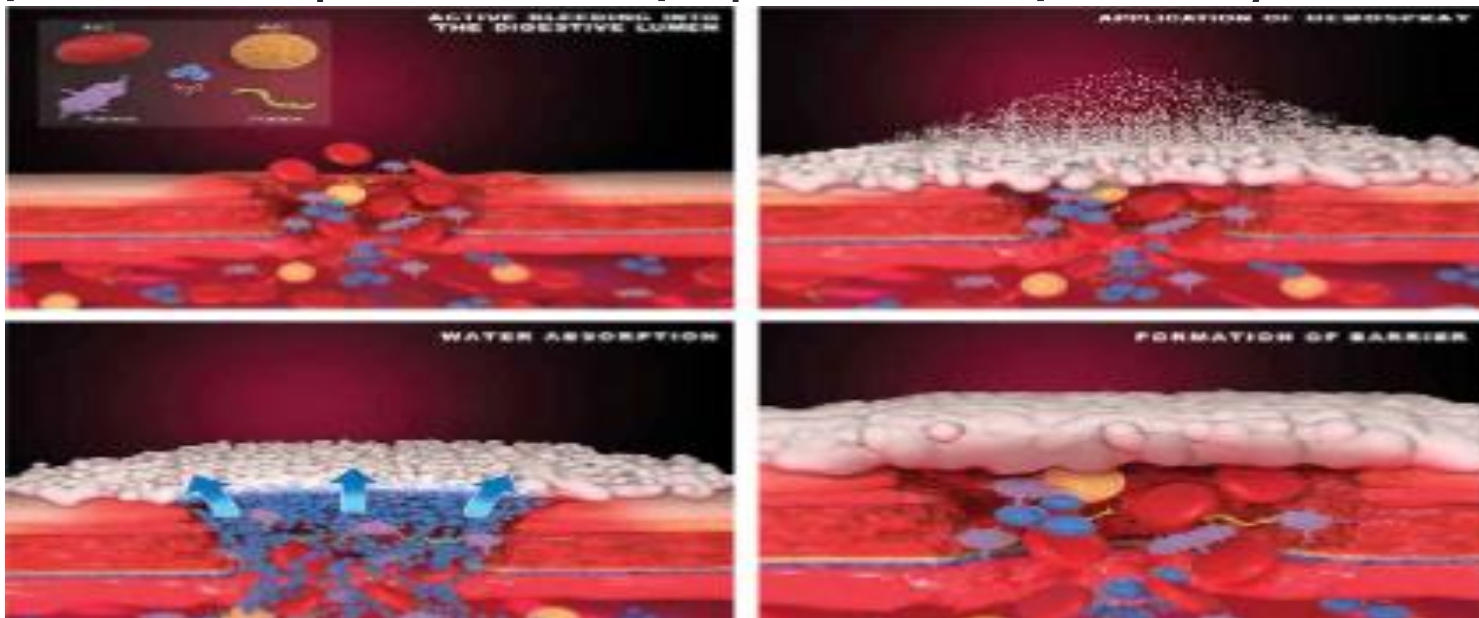
Endoscopic Over-the-scope Clip system



Repici A et al. Digestive and Liver Disease, 2009

HEMOSPRAY(TC-325)

- Là một chất độc quyền, vô cơ, ít chuyển hóa, không hấp thu.
- Được FDA chấp thuận trong cầm máu vết thương.
- Cơ chế: Khi tiếp xúc với nước tạo ra sự kết dính và kết tụ, tạo nên 1 lớp chắn cơ học phía trên vị trí chảy máu.



HEMOSPRAY(TC-325)

➤ **Chỉ định:**

- Tổn thương rộng
- Tiếp tục CMTH cấp
- Sau ESD, EMR
- Khó can thiệp

Ưu điểm

- Không gây tổn thương mô.
- Không tiếp xúc.
- Không yêu cầu phun chính xác vị trí.
- Không hấp thu vào cơ thể.

Nhược điểm

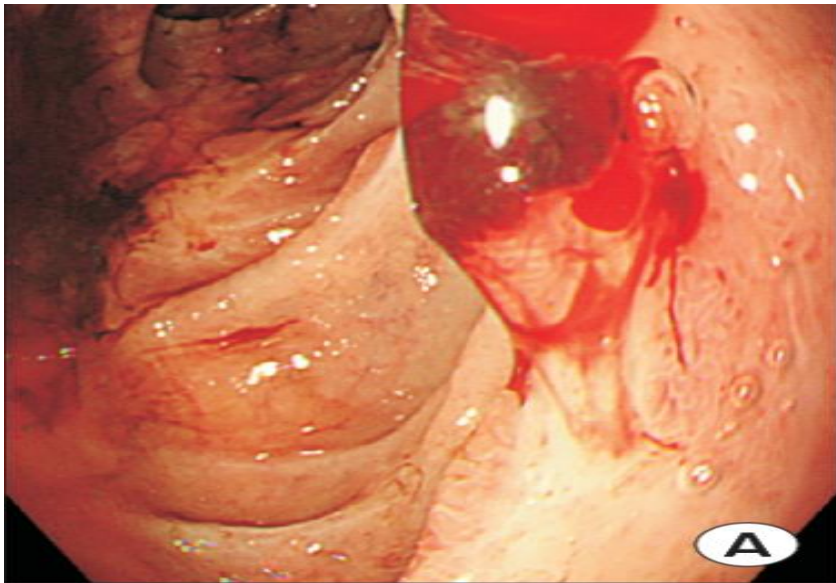
- CMTH tái phát cao
- Không rõ điểm chảy máu
- Nghiên cứu còn ít

ANKAFERD BLOOD STOPPER(ABS)

- Là một chất cầm máu có nguồn gốc thực vật, gồm 5 loại thảo mộc.
- Cơ chế cầm máu chưa rõ
- Cần có thêm các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng.

ENDOCLOT

- Là một chất bột màu trắng, thành phần chính xác chưa rõ.
- Cơ chế: Hút nước làm tăng nồng độ tiểu cầu, hồng cầu, protein đông máu và tạo thành 1 chất kết dính.



(A) Duodenal ulcer with active bleeding.

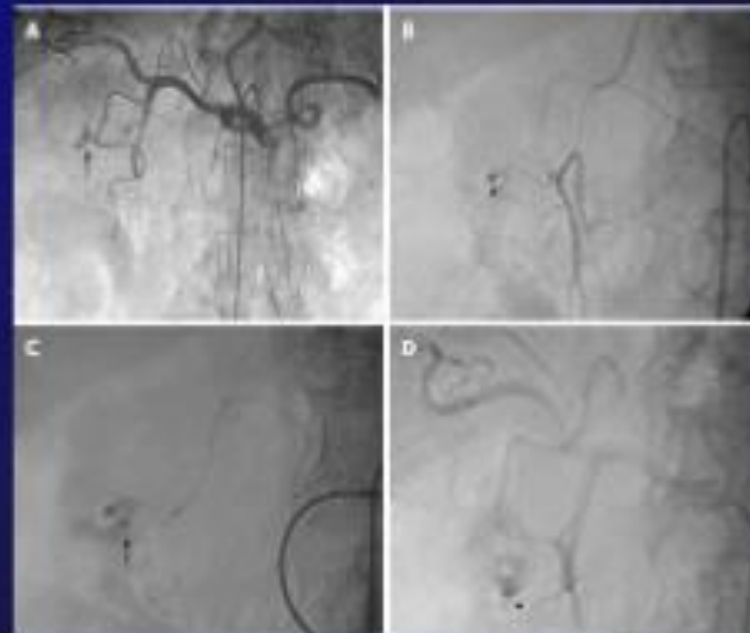
(B) Endoscopic appearance of EndoClot when applied to a bleeding lesion.

CAN THIỆP MẠCH(ANGIOGRAPHY)

- NỘI SOI CAN THIỆP THẤT BẠI
- CHỐNG CHỈ ĐỊNH MỠ
- NGƯỜI CAO TUỔI

- ✓ Hiệu quả cầm máu: 92-100%
- ✓ Hiệu quả lâm sàng: 51-94%
- ✓ CMTH tái phát: 9-47%
- ✓ Tỷ lệ chuyển mổ: 0-35%
- ✓ Tử vong (30 ngày): 3-27%.

Ji Hoon Shin. Recent Update of Embolization of Upper Gastrointestinal Tract Bleeding. Korean J Radiol 2012; 13(51): S31-S39



PHẪU THUẬT

- Thất bại nội soi lần đầu:
 - Ổ loét lớn ($\geq 2\text{cm}$), chảy máu nặng
 - Vị trí khó can thiệp
- Chảy máu tái phát:
 - Can thiệp nội soi thất bại
 - Can thiệp mạch thất bại.

Thất bại điều trị nội soi và /hoặc can thiệp mạch là chỉ định quan trọng và xác định nhất đối với phẫu thuật cấp cứu

CẬP NHẬT ĐỒNG THUẬN QUẢN LÝ XHTH DO LOÉT



Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021.



**ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding-
May 06, 2021.**

Phân tầng nguy cơ

- Góp phần quản lí hiệu quả bệnh nhân NVUGIB. Nguy cơ thấp » quản lý ngoại trú, giảm nội soi không cần thiết ngoài giờ hành chính, giảm chi phí, xuất viện sớm.

Rockall score	<ul style="list-style-type: none">• Tiên lượng tử vong và tái xuất huyết.• Không phân tầng nguy cơ bệnh nhân trước nội soi.• Không dự đoán đầy đủ sự cần thiết của can thiệp nội soi• <3 tl tốt, nếu >8 nguy cơ tử vong/xuất huyết cao
Glasgow-Blachford score (GBS)	<ul style="list-style-type: none">• Giúp dự đoán nhu cầu can thiệp• Hạn chế: Tính phức tạp, định nghĩa không chính xác bệnh gan và tim.• <1 không phải can thiệp nội soi.
AIM65 score	<ul style="list-style-type: none">• Giúp dự đoán tỉ lệ tử vong của bệnh nhân UGIB, vượt trội hơn Rockall và GBS

GLASGOW- BLATCHFORD SCORE

Blood urea nitrogen(mg/dL)

18.2 to<22.4	2
22.4 to<28	3
28 to <70	4
>= 70	6

Hemoglobin(g/dL)

12.0 to<13(men); 10.0 to<12.0(women)	1
10.0 to<12(men)	3
<10.0	6

Systolic blood pressure(mmHg)

100-109	1
90-99	2
<90	3

Heart rate(beats per minute)

>= 100	1
--------	---

Other Markers

Melane	1
Syncope	2
Hepatic disease	2
Cardiac failure	2

Clicks to website:

<https://www.mdcalc.com/calc/518/glasgow-blatchford-bleeding-score-gbs>



SCAN ME

Khi nào thực hiện nội soi:

EARLY OR DELAYED?

- Chưa được thống nhất.
- Phần lớn dữ liệu công bố đề nghị nội soi sớm(trong vòng 24h) an toàn, giảm truyền máu và thời gian nằm viện, tuy nhiên không có lợi ích rõ ràng về mặt tử vong.
- Nội soi khẩn cấp(trong vòng 12h) có thể giảm thời gian nằm viện, lượng máu truyền. Tuy nhiên kết quả chảy máu tái phát, phẫu thuật và tử vong không tiên quan đến nội soi khẩn cấp.
- Nội soi khẩn cấp(1-4h) nên cân nhắc ở bệnh nhân có bằng chứng lâm sàng đang chảy máu.

Khi nào thực hiện nội soi: EARLY OR DELAYED?



- Sử dụng thang điểm Glasgow-blatchford (GBS) để đánh giá nguy cơ trước nội soi. $GBS \leq 1$ \gg nguy cơ thấp (KC mạnh, BC trung bình).
- Khuyến cáo nội soi sớm ($\leq 24h$). Không khuyến cáo nội soi khẩn cấp ($\leq 12h$) (KC mạnh, BC cao).

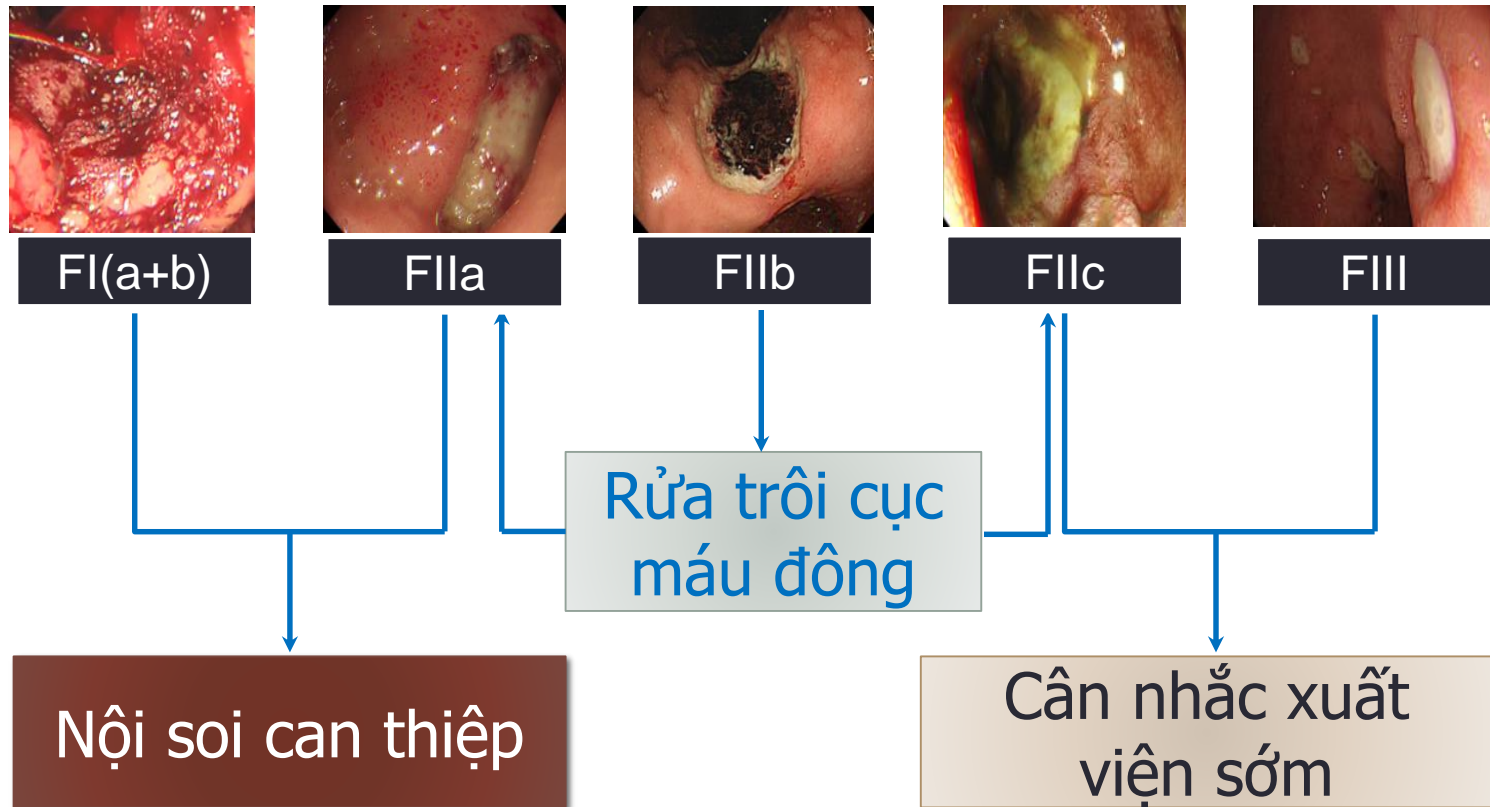


- Phân tần nguy cơ xuất huyết tiêu hóa (GBS) (KC có điều kiện, BC thấp)
- Khuyến cáo nội soi sớm ($\leq 24h$). (KC có điều kiện, BC thấp)
- Prokinetic: đề nghị truyền Erythromycin ở bệnh nhân UGIB) (KC có điều kiện, BC thấp).

NỘI SOI SỚM (TRONG VÒNG 24H)

Khi nào can thiệp?

Đồng thuận khuyến cáo
Ưu tiên điều trị nội soi cho Forrest IIB trở lên



Khuyến cáo can thiệp:



- **F1a, F1b**: kết hợp tiêm epinephrine và 1 pp cầm máu thứ 2(nhiệt tiếp xúc hoặc cơ học)(Khuyến cáo mạnh, bằng chứng cao)
- **FIIa**: Nhiệt tiếp xúc hoặc không tiếp xúc, cơ học, tiêm cầm máu. Đơn trị liệu hoặc kết hợp với tiêm epinephrine(Khuyến cáo mạnh, bằng chứng cao)



- Khuyến cáo can thiệp nội soi ở bn F1a, Fib, FIIa(KC mạnh, BC trung bình).
- Khuyến cáo không tiêm epinephrine đơn độc cho những bệnh nhân XHTH do loét(KC mạnh, BC rất thấp-trung bình).
- Khuyến cáo TC-325 ở bn loét chảy máu ổ ạt(KC có điều kiện, BC thấp)
- Khuyến cáo OSTC cho bn loét tái phát sau cầm máu nội soi.(KC có điều kiện, BC thấp).

Khuyến cáo can thiệp:



- Bệnh nhân chảy máu dai dẳng không đáp ứng các pp cầm máu tiêu chuẩn, cân nhắc thuốc xịt hoặc bột cầm máu, cap-mounted clip(KC yếu, BC thấp).
- Thất bại nỗ lực cầm máu nội soi lần 2 nên cân nhắc can thiệp mạch. Phẫu thuật chỉ định khi can thiệp mạch không có sẵn hoặc thất bại(KC mạnh, BC vừa)



- Chảy máu tái phát sau nội soi nên lặp lại nội soi và can thiệp nội soi trước khi phẫu thuật hoặc can thiệp mạch.
- Đề nghị can thiệp mạch sau khi thất bại can thiệp nội soi lần 2(KC có điều kiện, BC rất thấp).

Sau can thiệp nội soi:

1. Nội soi kiểm tra **thường quy** lần 2, trong đó nội soi lặp lại trong 24h sau khi nội soi can thiệp ban đầu **không được khuyến cáo**(KC có điều kiện, BC trung bình)
2. Nội soi kiểm tra nên được thực hiện ở những bệnh nhân có bằng chứng lâm sàng chảy máu tái phát và liệu pháp cầm máu nên áp dụng ở bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết cao(KC mạnh, BC cao).
3. Nếu tiếp tục chảy máu sau lần điều trị nội soi thứ 2, phẫu thuật hoặc can thiệp mạch thường được áp dụng(KC có điều kiện, BC thấp)

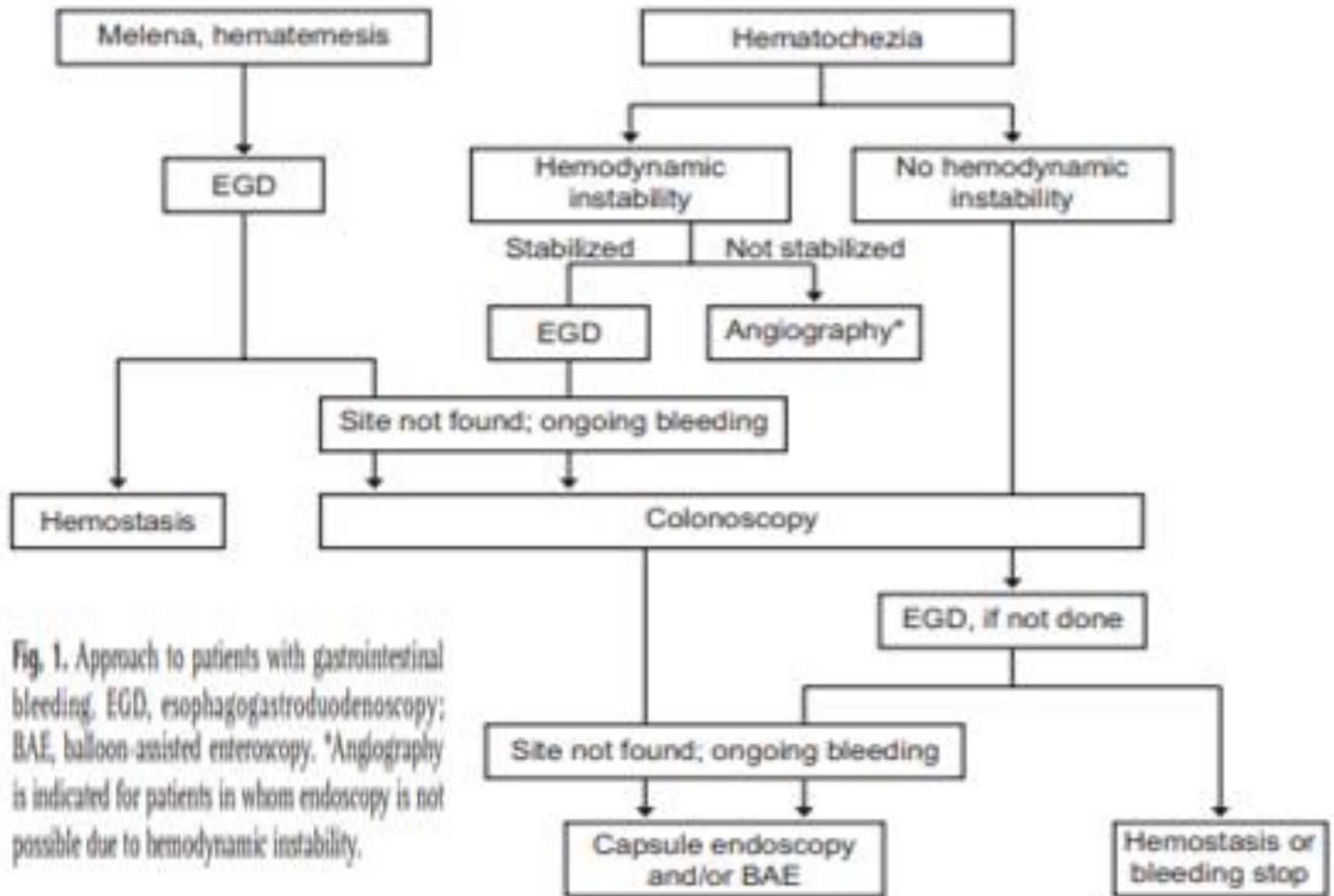


Fig. 1. Approach to patients with gastrointestinal bleeding. EGD, esophagogastroduodenoscopy; BAE, balloon-assisted enteroscopy. *Angiography is indicated for patients in whom endoscopy is not possible due to hemodynamic instability.

Initial risk stratification and triage

Very-Low Clinical Risk

- Risk score^a indicates 0-1% false negatives for transfusion, hemostatic intervention, or death
 - Glasgow-Blatchford Score 0-1

Not Very-Low Clinical Risk

- Risk score indicates >1% false negatives for transfusion, hemostatic intervention, or death
 - Glasgow-Blatchford Score ≥ 2

Discharge from emergency department with outpatient management if no other reason for hospitalization

Admit to hospital or observation unit

Pre-endoscopic management

- Resuscitation, attention to active comorbidities
- RBC transfusion if hemoglobin <7 g/dL
- Suggest erythromycin 250mg infusion 30-90 minutes before upper endoscopy
- No recommendation for or against proton pump inhibitors

Upper endoscopy within 24 hours of presentation

Endoscopy

Low-risk endoscopic findings

- e.g., clean-based ulcer, nonbleeding Mallory-Weiss tear, erosions

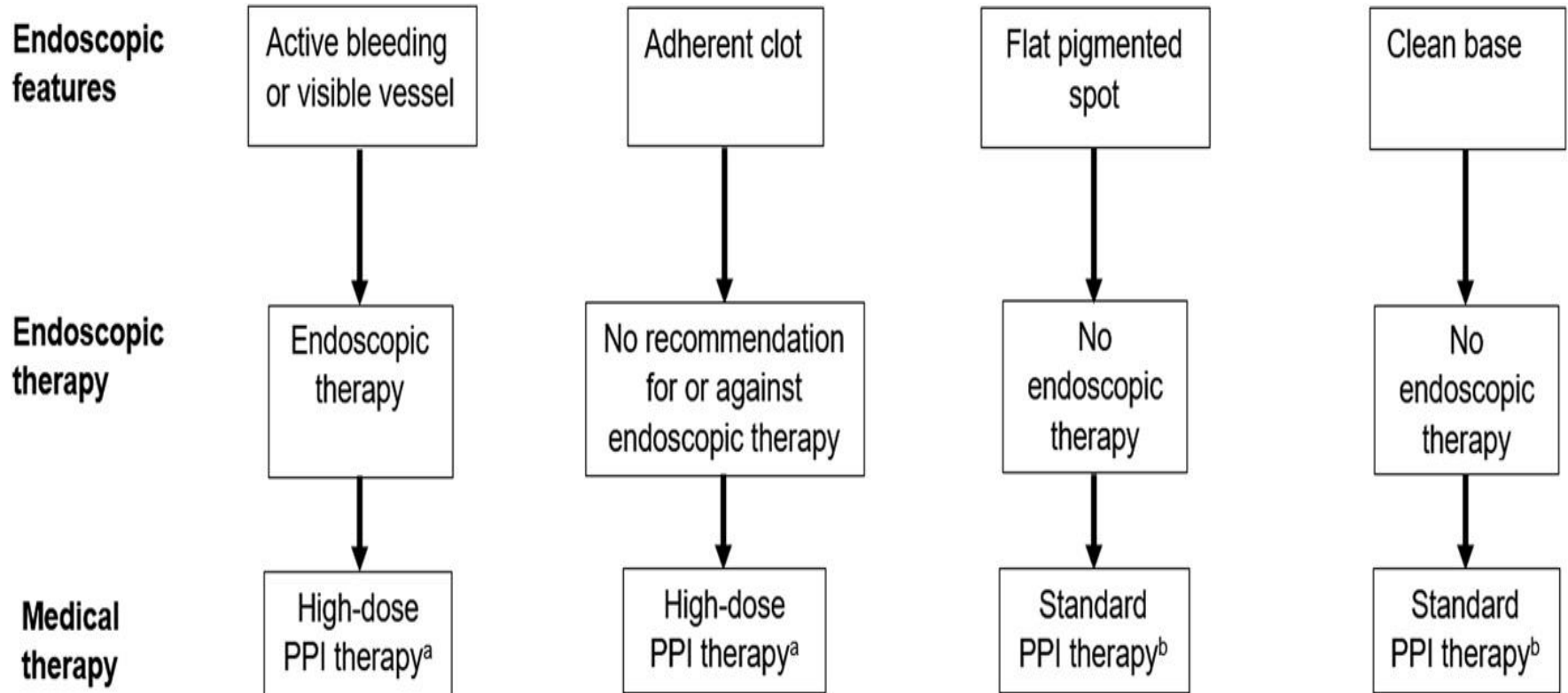
Discharge patient if stable vital signs and hemoglobin, and no other reason for hospitalization

Non-low-risk endoscopic findings

- e.g., ulcer with stigmata of hemorrhage, varices, neoplasm, Dieulafoy lesion

Patient remains in hospital

NỘI SOI VÀ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA



KẾT LUẬN

- CMTH gặp khá nhiều trong lâm sàng.
- Điều trị sớm, phối hợp nội khoa(truyền máu, PPI).
- Điều trị nội soi là ưu tiên hàng đầu.
- Kinh nghiệm bác sĩ can thiệp, trang thiết bị nội soi đóng vai trò quan trọng.

Chuyên đề tiếp theo: "ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT DO VỠ DẪN
TĨNH MẠCH THỰC QUẢN CẤP"

Thank you!

