

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN: CẬP NHẬT TIẾP CẬN VÀ KỸ THUẬT NỘI SOI

PGS. TS. Quách Trọng Đức

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên là một tình trạng cấp cứu nội khoa thường gặp, đòi hỏi tiếp cận điều trị có hệ thống và phối hợp đa chuyên khoa nhằm giảm thiểu biến chứng và tử vong. Bài trình bày cung cấp tổng quan cập nhật về nguyên tắc điều trị, thời điểm và chỉ định nội soi, cũng như các kỹ thuật can thiệp nội soi hiện đại trong xử trí XHTH trên.

Hồi sức nội khoa là ưu tiên hàng đầu với các biện pháp cơ bản như nằm đầu thấp, thở oxy, nhịn ăn và bổ hoàn thể tích tuần hoàn. Sau khi ổn định huyết động, nội soi tiêu hóa trên là công cụ then chốt để chẩn đoán và can thiệp điều trị. Nội soi nên được thực hiện trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện, đặc biệt là trong vòng 12 giờ ở các trường hợp nghi ngờ vỡ giãn tĩnh mạch thực quản hoặc bệnh nhân có rối loạn huyết động. Tuy nhiên, lợi ích của nội soi khẩn <6 giờ chưa được khẳng định rõ ràng trên diện rộng. Các hướng dẫn hiện tại chưa đủ bằng chứng để khuyến cáo nội soi cấp cứu cho tất cả bệnh nhân. Ngoại lệ là nhóm bệnh nhân có huyết động không ổn định, trong đó một số nghiên cứu cho thấy nội soi <6 giờ sau khi đã ổn định huyết động có thể làm giảm tỷ lệ tử vong.

Đáng chú ý, không cần thiết phải điều chỉnh INR về mức bình thường trước khi nội soi cấp cứu. Việc trì hoãn nội soi để đạt INR tối ưu không cải thiện tiên lượng và có thể làm chậm trễ xử trí. Chỉ định đặt nội khí quản nên được cân nhắc chọn lọc, đặc biệt trong các trường hợp rối loạn tri giác, nôn máu lượng nhiều, máu đọng trong dạ dày hoặc khi cần thay đổi tư thế bệnh nhân để xác định vị trí xuất huyết. Nội khí quản nên được đánh giá rút sớm sau can thiệp khi điều kiện cho phép.

Kỹ thuật nội soi điều trị cần được cá thể hóa theo nguyên nhân và đặc điểm tổn thương. Đối với giãn tĩnh mạch thực quản và giãn tĩnh mạch dạ dày kiểu GOV1, phương pháp thắt tĩnh mạch thực quản là lựa chọn ưu tiên. Với các dạng giãn tĩnh mạch dạ dày khác, tiêm keo Cyanoacrylate được khuyến cáo. Trong XHTH không do tăng áp tĩnh mạch cửa, kẹp cầm máu đơn cực sử dụng dòng điện áp thấp là một lựa chọn hiệu quả thay thế các phương pháp cơ học hoặc nhiệt đông truyền thống, đặc biệt trong các tổn thương khó tiếp cận hoặc có nền loét xơ hóa. Bột cầm máu là phương pháp nội soi không tiếp xúc hữu ích trong các tình huống chảy máu ồ ạt gây hạn chế tầm nhìn. Clip loại "over-the-scope" (OTSC) nên được cân nhắc như biện pháp cứu vãn khi các kỹ thuật cầm máu thường quy thất bại hoặc dự kiến không hiệu quả.

Tóm lại, việc quản lý XHTH trên hiệu quả đòi hỏi đánh giá lâm sàng nhanh chóng, lựa chọn thời điểm nội soi thích hợp, phối hợp hồi sức và can thiệp kịp thời. Sự tiến bộ của kỹ thuật nội soi hiện đại đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát chảy máu và cải thiện kết cục lâm sàng cho người bệnh

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: UPDATED APPROACHES AND ENDOSCOPIC TECHNIQUES

Assoc. Prof. Quach Trong Duc

Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a common medical emergency requiring a systematic approach and multidisciplinary collaboration to reduce complications and mortality. This presentation provides an updated overview of treatment principles, optimal timing and indications for endoscopy, as well as advances in therapeutic endoscopic techniques in the management of UGIB.

Initial resuscitation remains the cornerstone of management, including head-low positioning, oxygen supplementation, fasting, and fluid or blood volume replacement. Once hemodynamic stability is achieved, upper endoscopy serves as a critical tool for both diagnosis and therapeutic intervention. Endoscopy is recommended within 24 hours of hospital admission and should be performed within 12 hours in patients suspected of having variceal bleeding or those presenting with hemodynamic instability. However, the benefit of endoscopy performed within 6 hours remains uncertain. Current guidelines do not universally support emergent endoscopy for all cases. Notably, patients with unstable hemodynamics may benefit from emergent endoscopy (<6 hours), which has been associated with a reduction in mortality once volume resuscitation is completed.

Importantly, correction of coagulation parameters, such as INR, to normal levels prior to urgent endoscopy is not necessary. Delaying endoscopy for this purpose has not demonstrated improved outcomes and may postpone definitive care. Elective endotracheal intubation should be considered selectively for patients with altered mental status, massive hematemesis, significant gastric blood pooling, or when positional changes are needed to locate the bleeding source. Early reassessment and extubation post-procedure are encouraged when clinically feasible.

Endoscopic treatment should be tailored to the etiology and characteristics of the bleeding lesion. For esophageal varices and GOV1-type gastric varices, endoscopic variceal ligation (EVL) is preferred. For other gastric varices, injection with cyanoacrylate glue is recommended. In non-variceal UGIB, monopolar hemostatic forceps using low-voltage current may be an effective alternative to conventional thermal or mechanical methods, especially in fibrotic or difficult-to-reach ulcers. Hemostatic powders are a valuable non-contact option in cases of diffuse or brisk bleeding that limit endoscopic visibility. Over-the-scope clips (OTSC) should be considered as a rescue modality in patients with refractory bleeding or when conventional techniques are predicted to be ineffective.

In conclusion, effective management of UGIB requires prompt clinical assessment, appropriate timing of endoscopy, and coordinated resuscitation and intervention strategies. Advances in modern endoscopic techniques play a pivotal role in achieving hemostasis and improving patient outcomes.

