

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TỪ RUỘT NON

GS.TS.BS Trần Văn Huy

Khoảng 5% đến 10% xuất huyết tiêu hóa là do tổn thương ở ruột non. XHTH từ ruột non có thể rõ ràng hoặc tiềm ẩn. Nguyên nhân của XHTH ruột non thay đổi theo độ tuổi của bệnh nhân. Các bệnh nhân dưới 40 tuổi thường do các tổn thương Dieulafoy, túi thừa Meckel, ung thư hoặc bệnh Crohn. Trong khi ở các bệnh nhân trên 40 tuổi, loạn sản mạch, tổn thương Dieulafoy hoặc loét liên quan đến NSAID thường gặp hơn. Biểu hiện lâm sàng của chảy máu đường ruột non rất đa dạng, thay đổi từ chảy máu ổ ạt hoặc chảy máu tiềm ẩn, dai dẳng dẫn đến thiếu máu. Cần khai thác đầy đủ tiền sử bệnh (bệnh van tim mạch, xơ gan, viêm tụy mạn, xạ trị), tiền sử phẫu thuật, sử dụng thuốc (NSAID, thuốc chống đông, kháng tiểu cầu), tiền sử gia đình và xã hội. Chẩn đoán XHTH từ ruột non vẫn còn nhiều thách thức. Gần đây đã có rất nhiều tiến bộ trong các kỹ thuật nội soi và X quang chẩn đoán và điều trị. Các tiến bộ gần đây như nội soi viên nang và nội soi ruột non đã giúp chúng ta đi sâu hơn vào ruột non, nhận dạng tổn thương và thực hiện các kỹ thuật cầm máu nội soi. Điều trị XHTH ruột non bao gồm nhiều phương pháp như bảo tồn, cầm máu nội soi, X quang can thiệp, dùng thuốc hay phẫu thuật. Việc lựa chọn các phương pháp điều trị phù hợp cần dựa vào nguyên nhân, tình trạng chảy máu, cơ địa bệnh nhân cũng như kinh nghiệm của bác sĩ nội soi và nguồn lực tại chỗ.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SMALL INTESTINE BLEEDING

Prof. Tran Van Huy

About 5% to 10% of digestive bleeding is due to lesions in the small intestine. Small intestine bleeding can be overt or occult. The etiology of small intestine bleeding varies with the patient's age. Patients younger than 40 are likely to have Dieulafoy lesion, Meckel diverticulum, cancer or Crohn disease. In patients older than 40 years, angiodysplasia, Dieulafoy lesion, or NSAID-related ulcers are more common. The clinical manifestation of small intestine bleed is variable. It could be a massive bleeding or a latent, persistent bleeding leading to anemia. A detailed history should include medical history (valvular heart disease, liver cirrhosis, chronic pancreatitis, radiation therapy), surgical history, medications (NSAIDs, anticoagulants, antiplatelets), family and social history. The diagnosis is still challenging. Recently, a lot of progress in novel endoscopic and radiological techniques, diagnosis and treatment has evolved. The latest diagnostic modalities, including capsule endoscopy and deep enteroscopy, have made it possible to go farther into the small intestine, helping to identify lesions and perform the endoscopic hemostasis. The management for small intestine bleeding involves conservative, endoscopic, radiological, pharmacologic and surgical methods. The choice depends upon the etiology, bleeding situation, device availability, and endoscopist skill.