

NỘI SOI RUỘT NON BÓNG KÉP TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ TẠI RUỘT NON

Nguyễn Hoài Nam^{1,✉}, Vũ Trường Khanh^{1,2}, Đào Văn Long²

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nội soi ruột non bóng kép mới được áp dụng tại Việt Nam. Nghiên cứu này tiến hành với mục tiêu: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi và nguyên nhân gây xuất huyết ruột non phát hiện bằng nội soi ruột non bóng kép và (2) mô tả tỷ lệ tái chảy máu ở các nhóm bệnh nhân liên quan đến chẩn đoán của nội soi ruột non bóng kép. Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu. Trong số 113 bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá nghi tại ruột non, nội soi ruột non bóng kép phát hiện nguyên nhân ở 86,7%. Tỷ lệ chẩn đoán (+) ở nhóm làm nội soi (1) cấp cứu, (2) khi còn đại tiện phân đen và (3) khi phân vàng lần lượt là 100%, 77,4% và 36,1%; tỷ lệ không phát hiện tổn thương lần lượt là 0%, 3,2% và 18,1% ($p < 0,001$). 70,8% bệnh nhân có đại tiện phân đen và 45,5% đại tiện phân máu phát hiện tổn thương bằng nội soi ruột non bóng kép đường miệng. Tỷ lệ soi hết ruột non là 74,6%. Theo dõi sau $749,3 \pm 530,0$ ngày thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tái chảy máu ở nhóm soi hết và không soi hết ruột non cũng như ở nhóm tìm thấy và không tìm thấy nguyên nhân. Nghiên cứu cho thấy nội soi ruột non bóng kép là phương pháp chẩn đoán hữu ích trong xuất huyết tiêu hoá tại ruột non.

Từ khoá: nội soi ruột non bóng kép, xuất huyết tiêu hoá tại ruột non

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hoá tại ruột non là bệnh lý ít gặp và khó chẩn đoán^{1,2}. Nội soi ruột non bóng kép đã được chứng minh trên thế giới là một phương pháp hữu ích để chẩn đoán nguyên nhân chảy máu với tỷ lệ phát hiện tổn thương từ 68% đến 85,9%³⁻⁵. Tuy nhiên ở Việt Nam nội soi ruột non bóng kép mới được áp dụng trong vài năm gần đây và **chỉ có** ở một số cơ sở y tế lớn như Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm 2 mục tiêu: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi và nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa ruột non phát hiện được bằng nội soi ruột non bóng kép và (2) mô tả tỷ lệ tái chảy máu ở các dưới nhóm bệnh nhân liên quan đến chẩn đoán của nội soi ruột non bóng kép.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Hoài Nam,

Bệnh viện Bạch Mai

Email: namthbm@gmail.com

Ngày nhận: 12/09/2020

Ngày được chấp nhận: 20/10/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa đại thể nghi từ ruột non được điều trị tại khoa Tiêu hóa, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2015 đến tháng 5/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân cần có đủ 2 tiêu chuẩn sau

- Lâm sàng: có tình trạng đại tiện phân đen và/ hoặc phân máu

- Nội soi dạ dày và nội soi đại tràng không thấy nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa hoặc có bằng chứng chảy máu ở ruột non (1 bệnh nhân có nội soi viên nang thấy máu ở ruột non và 1 bệnh nhân có soi dạ dày thấy máu đùn từ DIII tá tràng lên).

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn, sau khi làm nội soi ruột non bóng kép phát hiện nguyên nhân chảy máu nằm ngoài ruột non hoặc bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả tiến cứu

Cỡ mẫu: số bệnh nhân tối thiểu cần có theo công thức

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-p}{\epsilon^2 p}$$

n là số bệnh nhân tối thiểu cần có. $Z_{1-\alpha/2}$ là trị số phân phối chuẩn, với độ tin cậy 95% thì bằng 1,96. p là tỷ lệ phát hiện nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa qua nội soi ruột non bóng kép theo phân tích hệ thống của Xin là 0,681.⁴ ϵ là độ chính xác tương đối, chọn bằng 20% tỷ lệ $p = 0,1362$. Áp dụng công thức, chúng tôi tính được $n = 97$ bệnh nhân. Thực tế thu được 113 bệnh nhân.

Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân sau khi chấp thuận vào nghiên cứu sẽ được làm nội soi ruột non bóng kép, thường là đường miệng trước. Nếu bệnh nhân đại tiện phân máu đỏ và MSCT bụng nghi ngờ tổn thương nằm ở hồi tràng gần van Bauhin thì sẽ làm đường hậu môn trước.

Sau khi soi đường thứ 1, nếu không thấy nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa thì sẽ đánh dấu vị trí ruột non đoạn cuối cùng bằng kẹp 1 clip vào niêm mạc. Khi làm nội soi ruột non bóng kép đường còn lại, nếu thấy clip đánh dấu này thì nghĩa là đã soi hết toàn bộ ruột non.

Tổn thương gây xuất huyết tiêu hóa ruột non sẽ được can thiệp cầm máu qua nội soi nếu có chỉ định. Sau đó tùy thuộc nguyên nhân, kết quả cầm máu qua nội soi, sự chấp thuận của bệnh nhân mà sẽ điều trị tiếp khác như phẫu thuật cắt bỏ tổn thương, nút mạch hoặc điều trị nội khoa. bệnh nhân cầm chảy máu sẽ được cho ra viện.

Bệnh nhân được theo dõi tình trạng tái chảy máu mức độ đại thể, chẩn đoán khi bệnh nhân có đại tiện phân đen và/ hoặc phân máu toàn bãi và phải điều trị tại cơ sở y tế. Chúng tôi loại

trừ các trường hợp đại tiện phân bình thường có lẫn máu tươi vì không phải chảy máu ruột non tái phát.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0 IBM, với kiểm định χ^2 và Fisher's Exact test cho biến định tính và phân tích sống còn Kaplan Meier và kiểm định Log rank cho biến chứng tái chảy máu sau can thiệp. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

4. Đạo đức trong nghiên cứu

Kĩ thuật nội soi ruột non bóng kép được chấp thuận áp dụng bởi Hội đồng khoa học và đạo đức Bệnh viện Bạch Mai (QĐ số 1359/QĐ - BM ngày 10/10/2013). Đề tài nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Hà Nội (QĐ số 187/HĐĐĐĐHYHN ngày 20/02/2016).

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 05/2015 đến 05/2020, nghiên cứu thu thập được 113 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa nghi tại ruột non, tuổi trung bình là $49,8 \pm 18,9$ tuổi [15 – 87 tuổi], nam giới 68,1%. 52,2% (59/113 bệnh nhân) có tiền sử đã từng xuất huyết tiêu hóa trước đó, trong đó 72,9% bệnh nhân (43/59 bệnh nhân) có tối thiểu ít nhất 1 lần xuất huyết tiêu hóa trước đó không rõ nguyên nhân.

Trong 104/113 bệnh nhân được chụp cắt lớp (CT) (76,9% là CT mạch, 16,3% CT ruột non và 6,7% CT bụng thường), có 26,9% bệnh nhân phát hiện bất thường ở ruột non, 23,1% phát hiện tổn thương cơ quan khác có thể liên quan và 56% không thấy bất thường.

1. Đặc điểm lâm sàng và tình trạng thiếu máu

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp và mức độ thiếu máu của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa tại ruột non được mô tả trong bảng sau:

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp và mức độ thiếu máu của bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	N	%	Phân loại mức độ thiếu máu	N	%
Nôn máu	6	5,3			
Phân đen	95	84,1	Nhẹ (Hgb \geq 110g/l)	6	5,3
Phân máu đỏ tươi	10	8,8	Vừa (Hgb 80 – 109g/l)	37	32,7
Phân máu sẫm, máu cục	32	28,3	Nặng (Hgb < 80g/l)	70	62,0
Ngất xỉu	3	2,7	Tổng	113	100
Mạch nhanh	71	62,8	Lượng Hemoglobin trung bình: 76,5 \pm 20,4 g/l		
Tụt huyết áp	6	5,3	[38,0 - 137,0].		
Đau bụng	36	31,9	85 bệnh nhân phải truyền khối hồng cầu, trung bình 1606 \pm 1345 ml [350 – 8050]		
Khác	19	16,8			

2. Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa tại ruột non phát hiện được qua nội soi ruột non bóng kép

113 bệnh nhân được tiến hành 129 lần nội soi ruột non bóng kép (12 bệnh nhân được soi 2 lần và 2 bệnh nhân được soi 3 lần), trong đó có 76 bệnh nhân được thăm dò bằng cả 2 đường, 28 bệnh nhân chỉ soi đường miệng và 9 bệnh nhân chỉ soi đường hậu môn. Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa phát hiện được ở 98/113 bệnh nhân (86,7%), gồm: khối u/ polyp (28,3%; 32/113), túi thừa (25,7%; 29/113), bất thường mạch máu (18,6%; 21/113), loét (9,7%; 11/113) và nhiễm ký sinh trùng (4,4%; 5/113). Phân bố nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa theo vị trí như sau:

Bảng 2. nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa ruột non theo vị trí tổn thương

TT	Vị trí tổn thương	Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa tại ruột non					Tổng
		Bất thường mạch máu	Loét	Túi thừa	Khối u/ polyp	Ký sinh trùng	
1	Tá tràng	0	0	4	3	0	7
2	Hỗng tràng	16	6	5	20	4	51
3	Hồi tràng	5	3	20	8	1	37
4	Nhiều vị trí	0	2	0	1	0	3
	Tổng	21	11	29	32	5	98

Ở hỗng tràng, 2 nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa thường gặp nhất là tổn thương u/ polyp (39,2%) và bất thường mạch máu (31,4%). Ở hồi tràng, nguyên nhân thường gặp nhất là túi thừa (54,1%). Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3. Tính chất phân và vị trí tổn thương, đường nội soi phát hiện tổn thương

Các bệnh nhân nghiên cứu được chia làm 2 nhóm theo tính chất phân: (1) phân đen đơn thuần và (2) phân máu (máu đỏ, máu sẫm, máu cục) có hoặc không kèm phân đen. Đặc điểm tính chất phân và vị trí, đường phát hiện tổn thương được mô tả ở bảng sau.

Bảng 3. tính chất phân và vị trí tổn thương, đường phát hiện

TT	Tính chất phân	Vị trí tổn thương				Đường phát hiện			Tổng
		Tá tràng	Hỗng tràng	Hồi tràng	Nhiều vị trí	Đường miệng	Đ. hậu môn	Cả 2 đường	
1	Phân đen	4	41	18	2	46	17	2	65
2	Phân máu	3	10	19	1	15	17	1	33
	Tổng	7	51	37	3	61	34	3	98
	P		p = 0,01			p = 0,035			

Theo vị trí, 63,1% (41/65) bệnh nhân có đại tiện phân đen tìm thấy tổn thương ở hỗng tràng, tiếp theo là hồi tràng (27,7%, 18/65 bệnh nhân), và một số ít ở vị trí khác; trong khi ở bệnh nhân đại tiện phân máu, tỷ lệ tổn thương hồi tràng là cao nhất, 57,6% (19/33), sau đó mới là hỗng tràng (30,3%, 10/33), sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$. Đối với đường phát hiện, 70,8% (46/65) bệnh nhân có đại tiện phân đen phát hiện được tổn thương qua đường miệng, đường hậu môn chiếm 26,2% (17/65); trong khi ở bệnh nhân có phân máu, chỉ 45,5% (15/33) bệnh nhân phát hiện tổn thương qua đường miệng và 51,5% phát hiện qua đường hậu môn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,035$.

4. Dấu hiệu chảy máu của tổn thương và thời điểm làm nội soi ruột non bóng kép

Dấu hiệu chảy máu của tổn thương và các thời điểm làm nội soi ruột non bóng kép được mô tả trong bảng 4. Thời điểm làm nội soi được xác định so với thời điểm khởi phát xuất huyết tiêu hóa, thời điểm nhập viện và tình trạng xuất huyết tiêu hóa (gồm (1) nội soi cấp cứu khi bệnh nhân đang đại tiện phân máu liên tục, hoặc sau khi soi đại tràng thấy máu chảy từ ruột non xuống, hoặc soi dạ dày thấy máu dưới DIII đùn lên), (2) nội soi khi bệnh nhân còn đại tiện phân đen trong vòng 24h và (3) nội soi khi bệnh nhân đã đại tiện phân vàng).

Bảng 4. Dấu hiệu chảy máu, can thiệp cầm máu và thời điểm làm nội soi ruột non bóng kép

TT	Đặc điểm	N	%	Thời điểm làm nội soi ruột non bóng kép sau khi						Nội soi ruột non theo tình trạng xuất huyết tiêu hóa		
				bắt đầu xuất huyết tiêu hóa			vào viện			Cấp cứu	Phân đen	Phân vàng
				< 72h	72h – 7 ngày	> 7 ngày	≤ 1 ngày	2 - 3 ngày	≥ 4 ngày			
Dấu hiệu chảy máu của tổn thương phát hiện trên nội soi ruột non bóng kép												
1	Đang chảy máu (1)	20	17,7	4	3	13	5	6	9	7	8	5
2	Tạm cầm chảy máu, nguy cơ tái chảy máu cao (2)	40	35,4	4	11	25	8	16	16	3	16	21
3	Đã cầm chảy máu, nguy cơ tái chảy máu thấp (3)	39	34,5	1	14	24	7	6	26	0	6	33

TT	Đặc điểm	N	%	Thời điểm làm nội soi ruột non bóng kép sau khi						Nội soi ruột non theo tình trạng xuất huyết tiêu hóa		
				bắt đầu xuất huyết tiêu hóa			vào viện			Cấp cứu	Phân đen	Phân vàng
				< 72h	72h – 7 ngày	> 7 ngày	≤ 1 ngày	2 - 3 ngày	≥ 4 ngày			
4	Không thấy dấu hiệu và nguyên nhân chảy máu (4)	14	12,4	0	5	9	4	3	7	0	1	13
Tổng		113	100	9	33	71	24	31	58	10	31	72
P				> 0,05			> 0,05			< 0,001		

(1) là các tổn thương đang chảy máu, trong đó có 1 bệnh nhân khi nội soi thấy ngập máu đỏ trong ruột non, bệnh nhân tụt huyết áp kéo dài phải dừng soi nên không kịp tìm tổn thương. (2) là tổn thương lộ điểm mạch, có cục máu đông bầm, các bất thường mạch máu hoặc khối u có loét. (3) gồm loét niêm mạc hoặc túi thừa có loét mức độ Forest IIc trở lên hoặc u không có loét hoặc nhiễm ký sinh trùng. (4) Gồm 5 bệnh nhân có tổn thương nhưng không phải nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa và 7 bệnh nhân nội soi ruột non bóng kép không phát hiện được bất thường.

Về thời điểm nội soi ruột non bóng kép, nghiên cứu thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu chảy máu của tổn thương ở các dưới nhóm bệnh nhân theo tình trạng xuất huyết tiêu hoá ($p < 0,001$).

5. Tỷ lệ soi hết toàn bộ ruột non

Có 76/113 bệnh nhân được làm nội soi ruột non bóng kép 2 đường, trong đó có 50/76 bệnh nhân (65,8%) soi hết được toàn bộ ruột non. Trong 26 bệnh nhân không soi hết ruột non, có 9/26 bệnh nhân (34,6%) phát hiện tổn thương ở đường soi thứ 2 và không soi tiếp, 17 bệnh nhân còn lại cần thiết phải soi hết ruột non Như vậy tỷ lệ soi hết ruột non ở các bệnh nhân thực sự cần phải thăm dò toàn bộ ruột non là 50/ 67 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 74,6%.

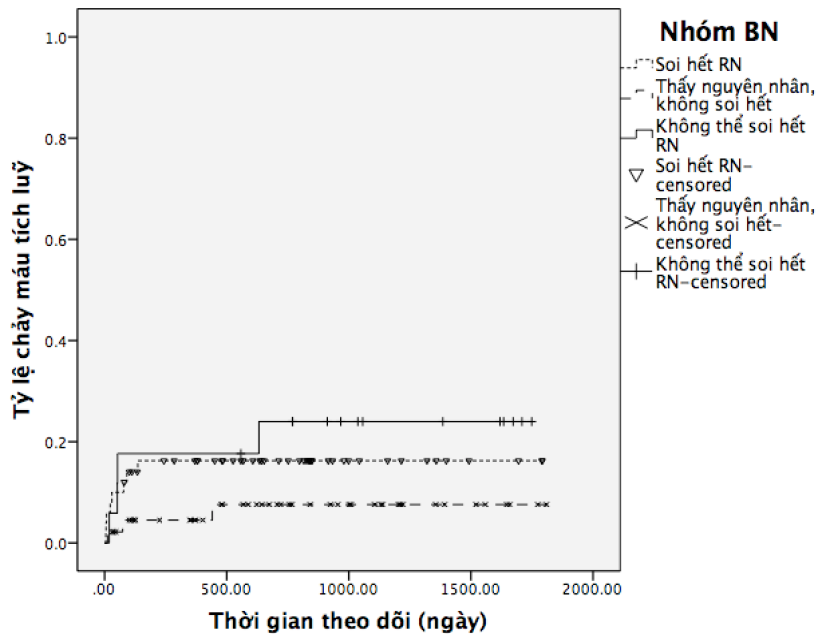
6. Tỷ lệ tái chảy máu

Sau khi xác định được nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa ruột non, bệnh nhân được xử trí theo tổn thương và chấp thuận của bệnh nhân, gồm 22 bệnh nhân được nội soi can thiệp cầm máu đơn thuần, 48 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ nguyên nhân (7 bệnh nhân được nội soi cầm máu tạm thời trước mổ), 42 bệnh nhân

điều trị nội khoa và 1 bệnh nhân được nút mạch cầm máu.

Các bệnh nhân sau đó được theo dõi tình trạng chảy máu đại thể lại trong khoảng thời gian trung bình $749,3 \pm 530,0$ ngày [5 – 1809 ngày]. Phân tích Kaplan Meier cho biến cố tái chảy máu ở nhóm soi hết toàn bộ ruột non (50 bệnh nhân, có 8 bệnh nhân chảy máu lại); nhóm không cần soi hết ruột non vì đã phát hiện tổn thương (46 bệnh nhân, có 3 bệnh nhân chảy máu lại) và nhóm không thể soi hết được ruột non (gồm 17 bệnh nhân, có 4 bệnh nhân chảy máu lại), thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm ($p > 0,05$).

Phân tích Kaplan Meier cho biến cố tái chảy máu ở nhóm nội soi ruột non bóng kép phát hiện được nguyên nhân (100 bệnh nhân, 13 bệnh nhân chảy máu lại) và không thấy nguyên nhân (13 bệnh nhân, 1 bệnh nhân chảy máu lại) thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tái chảy máu tích lũy ở 3 nhóm bệnh nhân theo loại soi hết toàn bộ ruột non

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ phát hiện nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa ruột non đại thể trong nghiên cứu này là 86,7%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Sun là 75,6%, của Yamamoto là 76% cũng như là trong phân tích gộp của Xin là 68% và tương đương nghiên cứu của Tang là 85,9%.^{5,6,3,4} Sự khác biệt với kết quả của một số nghiên cứu có thể do chọn đối tượng bệnh nhân, các nghiên cứu khác có cả nhóm xuất huyết tiêu hóa vi thể, các bệnh nhân nhóm này đã được chứng minh là có tỷ lệ phát hiện nguyên nhân thấp hơn nhiều.⁷

Nghiên cứu chúng tôi thấy nguyên nhân khối u/ polyp chiếm tỷ lệ cao nhất (28,3%), tiếp theo là túi thừa (25,7%), bất thường mạch máu (18,6%), loét (9,7%) và nhiễm ký sinh trùng (4,4%). Nghiên cứu của Sun và cộng sự ở Trung Quốc thấy 39,2% là u ruột non, 32,4% loạn sản mạch, 17,6% bệnh Crohn, 8,8 % loét, còn túi thừa chỉ gặp 1 bệnh nhân.⁵ Nghiên cứu của Yamamoto và cộng sự ở Nhật Bản thấy 44% nguyên nhân là loét, 20% là u/ polyp, 14

% là loạn sản mạch ...⁶ Y văn thế giới cho thấy có sự khác biệt về nguyên nhân giữa phương tây và phương đông, như ở Mỹ và Châu Âu tổn thương mạch máu chiếm tới 2/3 các trường hợp (65,9%), nguyên nhân u chỉ chiếm 14,4%.⁴ Nghiên cứu chúng tôi cũng thấy tỷ lệ cao chảy máu do túi thừa (25,7%), là điểm khác biệt so với các nghiên cứu ở Trung Quốc và Nhật Bản như trên.

Về thời điểm nội soi, theo khuyến cáo của Hội Nội soi Hoa Kỳ, Nhật Bản nên làm càng sớm càng tốt vì khả năng chẩn đoán sẽ giảm dần theo thời gian. Nghiên cứu chúng tôi lại thấy không khác biệt về tỷ lệ chẩn đoán theo khoảng thời gian làm nội soi ruột non bóng kẹp so với khởi phát triệu chứng và so với thời điểm nhập viện, tuy nhiên có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi làm nội soi theo tình trạng xuất huyết tiêu hóa. Nếu nội soi trong tình trạng cấp cứu, tỷ lệ phát hiện tổn thương đang chảy máu phải can thiệp cầm máu ngay hoặc có nguy cơ chảy máu lại cao cần can thiệp sớm là 100%

(10/10), tỷ lệ không thấy nguyên nhân là 0%. Ở nhóm bệnh nhân còn đại tiện phân đen, hai tỷ lệ này là 77,4% (24/31) và 3,2% (1/31) và ở nhóm bệnh nhân đã đại tiện phân vàng là 36,1% (26/72) và 18,1% (13/72). Nghiên cứu của Tanaka và cộng sự thấy khả năng chẩn đoán ở bệnh nhân đang chảy máu tiến triển là 100% (13/13 bệnh nhân) so với bệnh nhân đã cầm chảy máu là 48,8% (31/64 bệnh nhân), $p = 0,005$.⁷ Shinozako và cộng sự cũng thấy khả năng phát hiện tổn thương ở bệnh nhân chảy máu tiến triển là 83% ($n = 30$), khác biệt có ý nghĩa với nhóm bệnh nhân đã tạm cầm 58% ($n = 140$), mặt khác khi đã cầm chảy máu, tỷ lệ chẩn đoán giảm dần theo thời gian từ 67% khi soi trong vòng 2 tuần xuống 33% nếu soi ≥ 7 tháng, $p < 0,001$.² Việc soi sớm phát hiện tổn thương đang chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu cao là rất hữu ích vì nó giúp chủ động can thiệp cầm máu trước khi tổn thương tự cầm hoặc hạn chế chảy máu tái phát.

Về lựa chọn đường nội soi ruột non bóng kép, hướng dẫn của Nhật Bản khuyến cáo nếu bệnh nhân đại tiện phân đen thì tổn thương thường nằm ở đường tiêu hoá trên cho đến hồi tràng, còn phân máu thì tổn thương thường nằm từ hồi tràng đến hậu môn.¹ Nghiên cứu này thấy bệnh nhân đại tiện phân đen thì 69,2% (45/65) tổn thương nằm ở tá, hỗng tràng và 27,7% (18/65) nằm ở hồi tràng; còn bệnh nhân có phân máu thì tỷ lệ này là 39,4% (13/33). Zhu và cộng sự thấy bệnh nhân có biểu hiện phân đen thì tỷ lệ gặp tổn thương ở đoạn cao ruột non nhiều hơn so với phân máu (56,1% & 34,8%; $p < 0,001$).⁸ Như vậy với bệnh nhân phân đen thì lựa chọn nội soi đường miệng đầu tiên là phù hợp. Ở bệnh nhân có phân máu, chúng tôi thấy có đến 45,5% (15/33) tổn thương được phát hiện bằng đường miệng, như vậy nếu chọn nội soi đường hậu môn trước có thể không tìm thấy được nguyên nhân ngay.

Sanaka thấy rằng nên ưu tiên soi đường miệng trước vì nội soi ruột non bóng kép đường miệng có thể thăm dò được đoạn ruột non dài gấp 2 lần so với đường hậu môn và khả năng phát hiện tổn thương cao hơn.⁹ Nghiên cứu chúng tôi thấy nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa thường nằm ở đoạn tá hỗng tràng hơn là hồi tràng (59,2% và 37,8%) và tỷ lệ phát hiện tổn thương bằng đường miệng cao hơn đường hậu môn (62,2% và 34,7%). Như vậy, trừ khi có dấu hiệu chỉ điểm rõ ràng trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh cho thấy tổn thương nằm ở hồi tràng, còn lại nên bắt đầu bằng nội soi ruột non bóng kép đường miệng trước.

Tỷ lệ soi hết toàn bộ ruột non ở các bệnh nhân cần phải thăm dò toàn bộ ruột non trong nghiên cứu này là 74,6%, cũng tương tự so với nghiên cứu của Tanaka là 75,3% và Shinozaki là 76% ở Nhật Bản, nhưng cao hơn nhiều so với tỷ lệ chung là 44% khi Xin tổng hợp các nghiên cứu ở cả Châu Á, châu Âu và Châu Mỹ.^{2,4,7} Tất cả các nghiên cứu đều cho thấy có tối thiểu hơn 20% bệnh nhân không thể soi hết được ruột non. Đây là một câu hỏi trên lâm sàng là nếu không soi hết được ruột non mà bệnh nhân đã cầm chảy máu thì liệu có bỏ sót tổn thương ở đoạn ruột non không soi được không và hậu quả là bệnh nhân sẽ chảy máu tái phát? Nghiên cứu chúng tôi thấy không có sự khác biệt về biến cố tái chảy máu giữa 3 nhóm bệnh nhân (1) soi hết ruột non, (2) không cần soi hết vì đã phát hiện tổn thương và (3) không thể soi hết ruột non. Nghiên cứu của Shishido thấy ngay cả ở bệnh nhân được soi hết ruột non vẫn có tỷ lệ chảy máu lại là 6,6% (4/61) từ 3 tổn thương cũ đã chẩn đoán và 1 tổn thương mới phát hiện.¹⁰ Nghiên cứu chúng tôi cũng thấy tỷ lệ tái chảy máu cũng không có sự khác biệt giữa nhóm nội soi ruột non bóng kép không thấy và có thấy nguyên nhân. Nghiên cứu của Tanaka cũng thấy tỷ lệ chảy máu lại ở nhóm

không chẩn đoán được nguyên nhân là 9,8% (4/41) khác biệt không có ý nghĩa thống kê với nhóm chẩn đoán được nguyên nhân (7,7%, 4/52).⁷ Điều này cho thấy vẫn cần phải theo dõi sự tái phát xuất huyết tiêu hóa ngay cả khi tình trạng xuất huyết tiêu hóa đã được kiểm soát cho dù có hoặc không soi hết ruột non, có hoặc không tìm thấy được nguyên nhân.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phát hiện nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa tại ruột non của nội soi ruột non bóng kép là 86,7%, trong đó nguyên nhân thường gặp là khối u/ polyp (28,3%), túi thừa (25,7%), bất thường mạch máu (18,6%). Khả năng chẩn đoán của nội soi ruột non bóng kép cao hơn khi nội soi cấp cứu hoặc khi bệnh nhân còn đại tiện phân đen và khi nội soi bằng đường miệng. Tỷ lệ soi hết toàn bộ ruột non là 74,6%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tái chảy giữa nhóm bệnh nhân được soi hết và không soi hết toàn bộ ruột non và giữa nhóm nội soi ruột non bóng kép thấy và không thấy nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yamamoto H, Ogata H, Matsumoto T, et al. Clinical Practice Guideline for Enteroscopy. *Digestive endoscopy : official journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society*. 2017;29(5):519 - 546.
2. Shinozaki S, Yamamoto H, Yano T, et al. Long - term outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding investigated by double - balloon endoscopy. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2010;8(2):151 - 158.
3. Tang L, Huang LY, Cui J, Wu CR. Effect of Double - Balloon Enteroscopy on Diagnosis and Treatment of Small - Bowel Diseases. *Chinese medical journal*. 2018;131(11):1321 - 1326.
4. Xin L, Liao Z, Jiang YP, Li ZS. Indications,

detectability, positive findings, total enteroscopy, and complications of diagnostic double - balloon endoscopy: a systematic review of data over the first decade of use. *Gastrointestinal endoscopy*. 2011;74(3):563 - 570.

5. Sun B, Rajan E, Cheng S, et al. Diagnostic yield and therapeutic impact of double - balloon endoscopy in a large cohort of patients with obscure gastrointestinal bleeding. *The American journal of gastroenterology*. 2006;101(9):2011 - 2015.

6. Yamamoto H, Kita H, Sunada K, et al. Clinical outcomes of double - balloon endoscopy for the diagnosis and treatment of small - intestinal diseases. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2004;2(11):1010 - 1016.

7. Tanaka S, Mitsui K, Yamada Y, et al. Diagnostic yield of double - balloon endoscopy in patients with obscure GI bleeding. *Gastrointestinal endoscopy*. 2008;68(4):683 - 691.

8. Zhu CN, Friedland J, Yan B, et al. Presence of Melena in Obscure Gastrointestinal Bleeding Predicts Bleeding in the Proximal Small Intestine. *Digestive diseases and sciences*. 2018;63(5):1280 - 1285.

9. Sanaka MR, Navaneethan U, Kosuru B, Yerneni H, Lopez R, Vargo JJ. Antegrade is more effective than retrograde enteroscopy for evaluation and management of suspected small - bowel disease. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2012;10(8):910 - 916.

10. Shishido T, Oka S, Tanaka S, et al. Outcome of patients who have undergone total enteroscopy for obscure gastrointestinal bleeding. *World journal of gastroenterology*. 2012;18(7):666 - 672.

Summary

DOUBLE BALLOON ENDOSCOPY ON DETERMINING THE CAUSES OF OVERT SMALL INTESTINAL BLEEDING

Double balloon endoscopy (DBE) technique has been introduced recently in Vietnam. This study was conducted with 2 objectives: (1) to describe the clinical, endoscopic characteristics and causes of small intestinal bleeding detected by DBE and (2) to describe the rate of rebleeding in the patient subgroups involved the diagnosis of DBE. Method: progression description analysis. In 113 patients, the causes of bleeding were detected in 86.7% of patients. The rates of successful diagnosis in (1) emergency endoscopy, (2) patients with black stools and (3) patients with yellow stools were 100%, 77.4% and 36.1%, respectively; the rates of no lesion detected were 0%, 3.2% and 18.1% ($p < 0.001$), respectively. Per-oral DBE detected bleeding cause in 70.8% of patients with black stools and 45.5% with bloody stools. The rate of total endoscopy was 74.6%. After 749.3 ± 530.0 days, follow up shows no difference in the rate of re-bleeding between the group with complete or partial endoscopy as well as in group with found and no found cause. Conclusion: DBE is a feasible technique in the diagnosis of gastrointestinal bleeding in the small bowel.

Keywords: double ballon endoscopy, small intestinal bleeding