

Cơ chế bệnh sinh của bệnh xuất huyết tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch thực quản

Viết bởi Biên tập viên

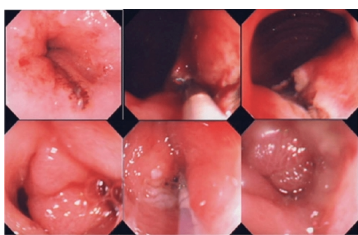
Thứ hai, 05 Tháng 5 2025 15:09 -

Bs. Trần Thị Minh Thanh -

I. Định nghĩa

Xuất huyết đường tiêu hóa trên (UGIB) vốn là một triệu chứng hay gặp của bệnh xuất huyết tiêu hóa phần trên gây ra tình trạng mất máu và tình trạng đáng kể. Dịch bệnh học của UGIB đã thay đổi trong vài thập kỷ qua với sự suy giảm chung của bệnh loét dạ dày tá tràng và sự gia tăng tình trạng mất máu các nguyên nhân khác bao gồm tình trạng mất máu tĩnh mạch và ác tính.

Đánh giá và phân loại bệnh nhân là rất quan trọng để đưa ra quyết định về cung cấp dịch và chăm sóc tối ưu cho bệnh nhân và một số công cụ đánh giá rủi ro đã cho thấy khả năng trong việc xác định nhóm nguy cơ thấp có thể được quản lý như bệnh nhân ngoại trú một cách an toàn. Một khả năng nguyên nhân của UGIB là gì, các can thiệp hay sự chăm sóc vốn là biện pháp chính ban đầu quan trọng nhất để cải thiện kết quả cho bệnh nhân bao gồm ngăn ngừa bệnh xuất huyết đường tiêu hóa, chỉ định kiểm tra máu phù hợp, có hoặc không có thuốc giảm axit, đường tiêu hóa cũng cung cấp đánh giá và can thiệp nội soi khi cần thiết sau đó. Ngoài ra, với việc sử dụng ngày càng nhiều thuốc chống xuất huyết khi trong thực hành lâm sàng và nguy cơ xuất huyết liên quan, việc quản lý các thuốc như vậy đã trở thành một thách thức cho các bác sĩ.



II. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch thực quản

Bệnh loét dạ dày tá tràng vốn là nguyên nhân phần lớn nhất gây xuất huyết, tiếp theo là viêm dạ dày và viêm thực quản. Mặc dù tình trạng nhiễm khuẩn vi khuẩn đã giảm 30% dẫn đến xuất huyết loét dạ dày tá tràng, nhưng tình trạng này lại tăng dẫn đến các tình trạng bệnh Dieulafoy (33%), loét niêm mạc (32%) và

Cơ chế bệnh sinh của bệnh chảy máu tiêu hóa trên do giãn tĩnh mạch thực quản

Vị trí biên tập viên

Thứ hai, 05 Tháng 5 2025 15:09 -

khả năng sinh (50%). Tỷ lệ tử vong do xuất huyết đường tiêu hóa trên do các nguyên nhân trong cùng khoảng thời gian này đã giảm từ 2,6% xuống 1,9%.

Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên:

- Bệnh loét dạ dày tá tràng (PUD): 40%–63%
- Giãn tĩnh mạch thực quản/dạ dày: 4%–16%
- Viêm dạ dày/viêm tá tràng: 18%–22%
- Viêm thực quản: 8%–20%
- Loạn sản niêm mạc ruột: 4%–6%
- Mallory–Weiss: 5,0%–7,4%
- Giãn mạch hang vòm dạ dày: 2,3%–4,0%
- Ác tính: 2,6%–4%
- Tuyến thực quản Dieulafoy: 1,5%–2,3%
- Tuyến thực quản Cameron: <1%
- Xuất huyết đường ruột: <1%
- Xuất huyết dạ dày <1%
- Rò rỉ mạch bạch huyết <1%
- Không xác định nguyên nhân thực quản 10%–15%

III. Điều trị.

Truyền máu

Chỉ định truyền máu nên chỉ định cho bệnh nhân có UGIB nặng mà không có bệnh tim mạch tiềm ẩn.

Hiện nay, các hướng dẫn thực hành mới nhất (từ các ACG và ESGE) khuyến nghị mức độ truyền máu cho bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên nặng (hồng cầu < 7 g/dL và hemoglobin < 7 g/dL) và mức độ truyền máu cho bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên nhẹ (hồng cầu < 8 g/dL) cho bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên, mức độ truyền máu cho bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên nặng (hồng cầu < 9-10 g/dL). Mục đích truyền máu cũng có thể phù hợp hơn đối với bệnh nhân UGIB ban đầu có bệnh tim mạch.

Thuốc kích thích nhu động ruột

Thuốc kích thích nhu động ruột được nghiên cứu như là kháng sinh macrolide,

erythromycin do đặc tính giống motilin, được dùng 30–120 phút trước khi nội soi để tăng cường vận động dạ dày. Hiệu quả của erythromycin như một thuốc kích thích nhu động ruột, việc dùng erythromycin có liên quan đến các triệu chứng đáng kể về mặt thời gian kê trong khám sàng lọc nội soi dạ dày và giảm nhu cầu nội soi kiểm tra lại. Hơn nữa, thời gian nằm viện ngắn hơn nhờ giảm biến chứng như dùng erythromycin trước khi nội soi. Tuy nhiên, việc sử dụng erythromycin không có triệu chứng bất kỳ kết quả quan trọng nào về mặt lâm sàng như truyền máu hoặc cần phẫu thuật khẩn cấp.

Các hướng dẫn UGIB mới nhất (ACG và ESGE đề xuất việc bổ sung thuốc xuất huyết đang tiếp diễn) khuyến cáo sử dụng erythromycin trước khi nội soi để giảm triệu chứng khám sàng lọc và giảm nhu cầu nội soi lần thứ hai.

Thuốc ức chế bơm proton trước nội soi

Thuốc ức chế bơm proton trước nội soi (PPI) đã được đưa xuất như một phương pháp điều trị UGIB và các triệu chứng kết quả lâm sàng của bệnh nhân. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng việc can thiệp này có thể làm giảm nhu cầu điều trị nội soi thông qua việc giảm giai đoạn các tổn thương xuất huyết như không cho thấy bất kỳ các triệu chứng nào liên quan đến các kết quả lâm sàng quan trọng như tử vong, tái xuất huyết hoặc nhu cầu phẫu thuật.

Các hướng dẫn thực hành hiện tại có khuyến nghị khác nhau về việc sử dụng PPI trước nội soi. Những hướng dẫn này hoặc là đưa xuất không sử dụng PPI trước nội soi (Hướng dẫn Tiêu hóa Anh) hoặc không thể đưa ra khuyến cáo sử dụng hay không sử dụng PPI trước nội soi (hướng dẫn ACG). Một số chuyên gia vẫn đưa xuất sử dụng PPI trước khi nội soi để giảm giai đoạn các nguy cơ xuất huyết (Đánh giá của chuyên gia Hiệp hội Tiêu hóa Hoa Kỳ), có thể được biết hữu ích khi không thể thực hiện nội soi kịp thời, hoặc bệnh nhân có chứng chảy máu nội soi sớm (trong vòng 24 giờ đầu tiên sau khi nhập viện). Tuy nhiên, việc sử dụng PPI trước khi nội soi được phát hiện là hiệu quả về mặt chi phí đối với những bệnh nhân có nghi ngờ UGIB và được biết đúng trong

Cơ chế điều trị xuất huyết tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch thực quản

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ hai, 05 Tháng 5 2025 15:09 -

Bệnh nhân có khả năng gây xuất huyết không phải do giãn tĩnh mạch hoặc nội soi sẽ bị trì hoãn.

Thời điểm nội soi

"Nội soi khẩn cấp" được định nghĩa là nội soi trong vòng 12 giờ trong khi "Nội soi sớm" được định nghĩa là nội soi được thực hiện trong vòng 24 giờ sau khi xuất huyết.

Nội soi sớm, theo định nghĩa, được thực hiện trong vòng 24 giờ sau khi xuất huyết,

đã mang lại kết quả tốt nhất và vẫn là phương pháp được khuyến nghị trong hướng dẫn thực hành, nó đã mang lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân bao gồm tỷ lệ tái xuất huyết trong bệnh viện thấp hơn, ít thời gian nằm viện ngắn hơn và tổng chi phí nằm viện thấp hơn.

Một khác, thực hiện nội soi trong tình huống khẩn cấp của bệnh nhân nghi ngờ UGIB có thể có một số rủi ro bao gồm khả năng hít sặc không đầy đủ thực phẩm và cần phải thực hiện nội soi ngoài giờ khi có ít nguồn lực nội soi hơn và/hoặc bác sĩ nội soi bị mệt mỏi, dẫn đến chất lượng kiểm tra thấp hơn với tình trạng cầm máu kém và kết quả xấu đi. Nghiên cứu nhỏ về nội soi được nêu bật trong một nghiên cứu nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao trên toàn quốc gần đây của Đan Mạch, trong đó tỷ lệ tái xuất huyết bệnh nhân ruột non đã được ghi nhận khi nội soi khẩn cấp (cũng như muộn, sau 24 giờ) được thực hiện.

Hiện đây, một nghiên cứu so sánh nội soi khẩn cấp (trong vòng 6 giờ sau khi tham vấn chuyên khoa tiêu hóa) với một nhóm đối chứng (trong vòng 24 giờ sau khi tham vấn chuyên khoa tiêu hóa) trong số bệnh nhân được chẩn đoán là UGIB nguy cơ cao. Nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt đáng kể nào về tỷ lệ tái xuất huyết trong 30 ngày, xuất huyết thêm, thời gian nằm viện hoặc nhu cầu truyền máu giữa nhóm nội soi khẩn cấp và nhóm nội soi sớm. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải nhận ra rằng nghiên cứu trong số này đã loại trừ bệnh nhân bệnh sặc huyết áp không ổn định sau khi hít sặc ban đầu và nhóm này có thể cần thiếp cận khẩn cấp hơn sau khi hít sặc và tuân theo tình trạng nghiêm trọng hơn.

Phương pháp cầm máu nội soi

Cấp nhọt đi u trừ xuýt huyết tiêu hoá trên không do giãn tĩnh mạch thực quản

Vị trí biên tập viên

Thứ hai, 05 Tháng 5 2025 15:09 -

Trong quá trình đánh giá nội soi ban đầu để tìm kiếm nhân xuýt huyết tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch thực quản, một bước quan trọng là xác định vị trí xuýt huyết và phân loại tình trạng thành "nguy cơ cao" so với "nguy cơ thấp" bằng hình thức đánh giá nội soi, cách thức là phân loại Forrest. Trong phân loại này, nhân nhâm môc Forrest Ia, Ib, IIa và IIb được coi là tình trạng có nguy cơ cao để tìm kiếm tình trạng xuýt huyết dai dẳng hoặc tái phát và cần đi u trừ nội soi trong khi Forrest IIc và III là tình trạng có nguy cơ thấp.

Phẫu thuật pháp tiêu p cùn loét dày tá tràng có cục máu đông bám (Forrest IIb) vẫn còn gây tranh cãi vì dù liệu hiệ n có đưa ra nhệ ng kết luận trái ngược nhau khi nói đến lợi ích của liệu pháp nội soi để tìm kiếm nhệ ng tình trạng mà nhệ ng dệ n còn chưa rõ ràng. Nếu có đủ chuyên môn (bao gồm môc hê trê phệ u thuật và X-quang) và vết loét nhệ m vớ trí thuận lợi, có thể thực hiện biện pháp cầm máu nội soi.

Sau nội soi PPI liệu cao truyệ n tĩnh mạch trong 72h để tìm kiếm Loét Forrest: IA,1B, 2A, 2B, liệu thực hiện để ngăn ngừa loét Forrest: 2C, 3.

Đông cầm máu nội soi:

Tiêm cầm máu

Có thể sử dụng một số tác nhân bao gồm epinephrine loãng, tác nhân gây xơ cứng (ví dụ ethanol và ethanolamine) và chất kết dính mô (ví dụ thrombin và cyanoacrylate). Epinephrine loãng (1:10.000 hoặc 1:20.000) là liệu pháp tiêm để sử dụng phổ biến nhất và chi phí thấp nhất để ngăn ngừa cách gây chèn ép mô và một phần bằng cách co mạch. Nó thường được tiêm thành từng phần từ 0,5 đến 2 ml xung quanh đáy loét. Liệu pháp để ngăn ngừa epinephrine đã được chứng minh là kém hiệu quả hơn các công cụ nội soi tiêu chuẩn như để nong động mạch clip và có nguy cơ xuýt huyết tái phát theo cao hơn. Số kết hợp giữa tiêm epinephrine với một liệu pháp nội soi khác đã được chứng minh là vượt trội hơn liệu pháp để ngăn ngừa tiêm epinephrine khi nói đến nguy cơ xuýt huyết tái phát theo. Ưu điểm chính của tiêm epinephrine là dễ thực hiện và dễ bị t hệ u ích khi gặp tình trạng xuýt huyết đang diễn ra để tạm thời làm chậm quá trình xuýt huyết, tạo vùng thông thoáng cho để nong khi áp dụng biện pháp can thiệp nội soi chính xác hơn (ví dụ như clip hoặc để nong động).

Kỹ thuật clip.

Có thể đặt clip cầm máu hoặc bịt ống cách sử dụng các kẹp bao gồm (TTS: through-the-scope clips) và (OTSC: over-the-scope clips). Kỹ thuật TTS thông thường đặt áp dụng tại vị trí xuất huyết, mở ra lồng ngực cầm máu, đặt clip cầm máu. Mặc dù kỹ thuật TTS đặt clip sử dụng rỗng rãi đặt cầm máu, nhưng bịt ống chèn hẹp trái hiều quố cớa chúng thực sự khá hỏn chớ. Kỹ thuật TTS có thể đặt clip sử dụng cho nhều tỡn thớng xuất huyết bao gồm loét dạ dày tá tràng và tỡn thớng mạch máu (ví dụ nhớ tỡn thớng Dieulafoy). Tuy nhiên, việc sử dụng các kẹp nhớ vớ y có thể gặp khó khăn với một kỹ thuật mở tỡn vớ trí nhớt đớnh (ví dụ đớnh gỏn góc bớ cong nhớ cớa dạ dày và tá tràng mở tỡn sau) và ớ các vết loét xớ hóa. Nhớ đã thớo lờn tỡn cớ đây, chớ đặt clip cầm máu này có thể đặt clip kẹp vớ i tiêm epinephrine, đặt clip kẹp tỡn vớ tỡn so vớ i liớu pháp đớnh tỡn bớng epinephrine.

- OTSC

- OTSC ngày càng đặt clip sử dụng nhều cho nhều chớ đớnh đớu tỡn nớ soi khác nhau. Công nghệ này đã đặt clip chớng minh là có hiều quố nhớ một biớnh pháp cớu hớ so vớ i liớu pháp tiêu chuớn (chớ yớu là kỹ thuật TTS) trong việc làm giảm xuất huyết dai đớng ớ nhớng bớnh nhôn có tỡn thớng loét xuất huyết nớ soi có nguy cớ cao đã bớ xuất huyết tái phát. Tuy nhiên, một số hỏn chớ vớ phớng pháp đớnh đớ tin cớ y cớa bớng chớng thớp hỏn đã đặt clip nêu ra, đặt ra câu hớ i vớ việc áp dụng kỹ thuật này nhớ một liớu pháp chính trong xuất huyết tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch thực quản, chớ chớa nói đớnh xuất huyết loét dạ dày tá tràng. Hiều quố vớ một chi phí cớa kỹ thuật này cũng cớn đặt clip cân nhớ cớu đớng clip sử dụng trong mục đớch đớu tiên cớa cầm máu nớ soi. Hiئن nay, OTSC đặt clip khuyớ cáo là biớnh pháp cầm máu cho nhớng bớnh nhôn xuất huyết tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch thực quản bớ xuất huyết dai đớng hoớ tái phát

Tiếp xúc nhiệt.

Liớu pháp nhớt đặt clip sử dụng cầm máu bớng cách tỡo ra nhớt đớnh đớnh đớng tỡ mô và co mạch máu. Một số thiớ tỡnh tiếp xúc có sớn bao gồm đớnh đớng lờng cớ c, đớu dò gia nhớt và đớnh đớng đớnh cớ c mớ m. Đớu dò đớnh đớng lờng cớ c đặt clip sử dụng cầm máu bớng phớng pháp đớng máu kẹp tỡn bao gồm tác đớng áp lờ c tỡp lên mạch máu đớng xuất huyết bớng đớu dò trong khi đặt đớnh. Khuyớ cáo hiئن tỡ i là sử dụng đớu dò lờn 3,2 mm vớ i áp lờ c mớ nh lờn mạch máu và áp đớng nặng lờng nhớt trong 8–10 giây. Kỹ thuật cầm máu đớnh cớ c đớng mớ m (MHFSC), chớ yớu đặt clip phát tỡn đớ đớu tỡn xuất huyết trong quá trình cớ tỡn nớ soi, cũng có

Cơ chế đi u trục xuất huyết tiêu hoá trên không do giãn tĩnh mạch thực quản

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 05 Tháng 5 2025 15:09 -

thông thường sẽ dùng để xử lý các tổn thương xuất huyết khác. MHFSC đặt được các cầm máu bằng cách áp dụng năng lượng nhiệt bằng cách sử dụng đầu kẹp kín vào vị trí xuất huyết hoặc bằng cách kẹp mạch máu xuất huyết và áp dụng đông máu miễn tiếp xúc.

Liệu pháp nhiệt không tiếp xúc

APC là phương pháp nhiệt không tiếp xúc tạo ra đông tụ mô nông (khoảng 1–2 mm). APC thường được sử dụng để kiểm soát các tổn thương mạch máu nông như loét nền tĩnh mạch máu và GAVE (xem phần các nguyên nhân khác gây ra UGIB). Tuy nhiên, ứng dụng của APC trong xuất huyết loét dạ dày tá tràng chưa được chứng minh. Tuy nhiên, bằng chứng chung về việc sử dụng APC trong xuất huyết loét dạ dày tá tràng kém hơn so với các phương pháp nhiệt tiếp xúc khác.

Nhiệt tiếp xúc bằng đầu dây trong cầm máu nội soi

Thuộc cầm máu tiếp xúc

Một trong những nhiệt tiếp xúc này được sử dụng trong lĩnh vực đi u trục UGIB là sử dụng để cầm các tác nhân cầm máu tiếp xúc. Đây là các phương pháp nhiệt không tiếp xúc có đặc tính cầm máu và được áp dụng tiếp xúc vào vị trí xuất huyết thông thường để dễ dàng so với các phương pháp nhiệt khác. Không giống như các phương pháp nhiệt cầm máu nội soi khác, các tác nhân cầm máu tiếp xúc có thể được áp dụng rộng rãi trên một vùng xuất huyết, đi u này đặc biệt có lợi trong các tổn thương xuất huyết lan tỏa như bệnh ác tính.

Tác nhân được nghiên cứu phổ biến nhất là TC-325 (Hemospray®, Cook Medical, Bloomington, Hoa Kỳ), là một loại bột có nguội gồm silica, sinh học, tạo ra một rào cản cầm máu trên các vị trí xuất huyết khi tiếp xúc với đầu cầm trong đường tiêu hóa. Thuộc được đưa vào bằng ống thông phun mà không tiếp xúc trực tiếp với tổn thương xuất huyết. Nghiên cứu quan sát và ngẫu nhiên đã đánh giá tính an toàn và hiệu quả của TC-325 trong việc đi u trục nghi ngờ xuất huyết dưới niêm mạc ruột. Nghiên cứu cho thấy TC-325 có khả năng cầm máu tức thời cao khi được sử dụng làm liệu pháp chính hoặc cầm cố (tỷ lệ cầm máu tức thời >90%). Cần thận trọng, TC-325 cũng được phát hiện có hiệu quả trong việc đi u trục các tổn thương xuất huyết ác tính ở đường tiêu hóa, đặc biệt là do bệnh chèn ép lan tỏa của tình trạng xuất huyết. Tuy nhiên, mối quan tâm chính đối với TC-325, xét theo cách hoạt động của nó, là xuất huyết tái phát sau khi bột rửa sạch sau 12–24 giờ, làm lộ lại tổn thương xuất huyết, đây là vấn đề đối với các tổn

Cơ sở nghiên cứu tái tạo xương tiêu hoá trên không do giãn tĩnh mạch thực quản

Viết bởi: Biên tập viên

Thứ hai, 05 Tháng 5 2025 15:09 -

Thống kê có nguy cơ tái tạo xương kém được báo cáo là ≥ 72 giờ đối với các vết loét xương tái tạo được đưa trở lại bệnh nội soi. Các nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên không cho thấy tỷ lệ tái tạo xương tái tạo cao hơn khi TC-325 được đánh giá chính xác hơn các nhóm bệnh nhân tiêu hóa được đưa vào các can thiệp nội soi thông thường.

Hệ thống cầm máu khác Polysaccharide EndoClot (PHS) (EndoClot Plus, California, Hoa Kỳ) chưa được nghiên cứu nhiều, PHS là bột hạt polyme bền tính, có thể hấp thụ, cầm máu đã được sử dụng trong UGIB. EndoClot PHS bao gồm bột màu trắng kết hợp với máu, hút nước ra để tạo thành ma trận gel bám vào niêm mạc, tạo ra màng hàng rào vật lý. Thống kê nhóm TC-325, nó được đưa qua ống thông phun mà không tiếp xúc trực tiếp với niêm mạc và được phân phối trên mặt phẳng vi phân phối. Thời gian bám dính vào niêm mạc vẫn chưa được biết nhưng được cho là từ 1 đến 48 giờ. Một số nghiên cứu quan sát đã kết luận rằng tác nhân này an toàn và hiệu quả trong việc cầm máu trong NVUGIB (nhóm mô tả liệu pháp chính hoặc cầm máu) với tỷ lệ cầm máu tức thì được báo cáo là 64%–100%. Tỷ lệ tái tạo xương tái tạo sau 30 ngày trong các nghiên cứu này dao động từ 3,3% đến 20%.

Một tác nhân tái tạo khác mới được giới thiệu gần đây là PuraStat (PuraStat™, 3D-Matrix, Europe Ltd, Pháp), đây là một tác nhân peptide tái tạo ráp thành hợp tử tạo thành hydrogel trong suốt pH trung tính. Khi PuraStat được bôi lên vùng xương tái tạo, nó sẽ nhanh chóng tạo thành màng hàng rào hydrogel để cầm máu. Một ưu điểm chính của PuraStat so với các tác nhân tái tạo khác là bền chắc trong suốt cả nó không che khuất tầm nhìn nội soi, cho phép đưa trở lại đa phần ống thực quản nội soi. Hơn nữa, một số nghiên cứu trên mô hình trong ống nghiệm và trên động vật đã chứng minh rằng tái tạo mô của tác nhân này có thể thúc đẩy quá trình lành vết loét. Một số nghiên cứu trên bệnh nhân mắc NVUGIB cho thấy PuraStat đã thành công trong việc cầm máu ở >80% các tổn thương. Xương tái tạo tái phát có thể xảy ra ở ≤17% bệnh nhân.

Các tác nhân tái tạo khác hệ thống cầm máu nội soi bằng polyme tự nhiên thông minh thích sinh học Nexpowder (Medtronic plc, Dublin, Ireland) mới được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) chấp thuận gần đây. Các tác nhân này có thành phần khác nhau nhưng thực hiện cùng một hoạt động thông minh như các loại bột cầm máu tái tạo khác.

Hệ thống cầm máu ESGE đưa xương sử dụng các tác nhân tái tạo trong trường hợp xương tái tạo dài ngày không đáp ứng với phương pháp cầm máu khác. Gần đây hơn, hệ thống cầm máu ACG đã đưa ra khuyến nghị có đưa lại xương sử dụng TC-325 ở bệnh nhân bệnh loét đang xương tái tạo. Các hệ thống cầm máu trong tương lai có thể sẽ hỗ trợ việc sử dụng các tác nhân này làm phương pháp đưa trở lại tay cho NVUGIB, với vai trò hỗ trợ ích nhất có lẽ là nội soi trong việc kiểm soát xương tái tạo ác tính. Phân tích chi phí công bố bổ sung từ một phân tích tổng hợp gần đây cho thấy khả năng cầm máu tức thì cao hơn với TC-325 so với liệu pháp nội soi thông thường trong xương tái tạo

huyết ác tính mà không có sự khác biệt về thời gian tái xuất huyết.

IV. Vai trò của nhiễm trùng *H. pylori*

Helicobacter pylori là yếu tố gây bệnh chính trong loét dạ dày tá tràng và việc diệt trừ vi khuẩn này đã được chứng minh là làm giảm đáng kể thời gian tái phát loét, việc xét nghiệm thường quy và diệt trừ *H. pylori* ở tất cả bệnh nhân có biểu hiện UGIB liên quan đến bệnh loét dạ dày tá tràng. Thời điểm xét nghiệm HP, vì hầu hết các xét nghiệm phát hiện *H. pylori* đều có độ nhạy thấp hơn trong bệnh nhân UGIB cấp tính, điều này có thể khiến một số người trì hoãn xét nghiệm, với thời gian âm tính giả $\leq 55\%$. Một khác, sự chậm trễ trong việc diệt trừ HP (thậm chí chỉ 8 ngày sau khi chẩn đoán loét dạ dày tá tràng) đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ tái nhập viện do các triệu chứng tái phát loét phúc mạc. Khuyến cáo nên cân nhắc này khuyến khích cáo xét nghiệm *H. pylori* trong quá trình nhập viện nếu HP (-) thì sau 4 tuần xét nghiệm lại HP.

Tài liệu tham khảo

1. Ali A. Alali and Alan N. Barkun (2023), An update on the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding, *Gastroenterology Report*.
2. Loren Laine MD et al (2021), Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding, *Am J Gastroenterol* 116:899–917