

Hình ảnh Nội soi / Atlas

Xử trí chảy máu đường tiêu hóa trên qua nội soi (Endoscopic hemostasis of upper gastrointestinal bleeding)

Các dụng cụ cần thiết



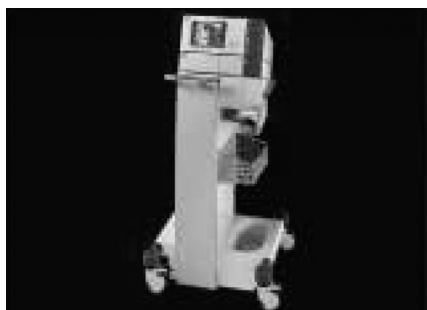
Kim tiêm



Kẹp clip



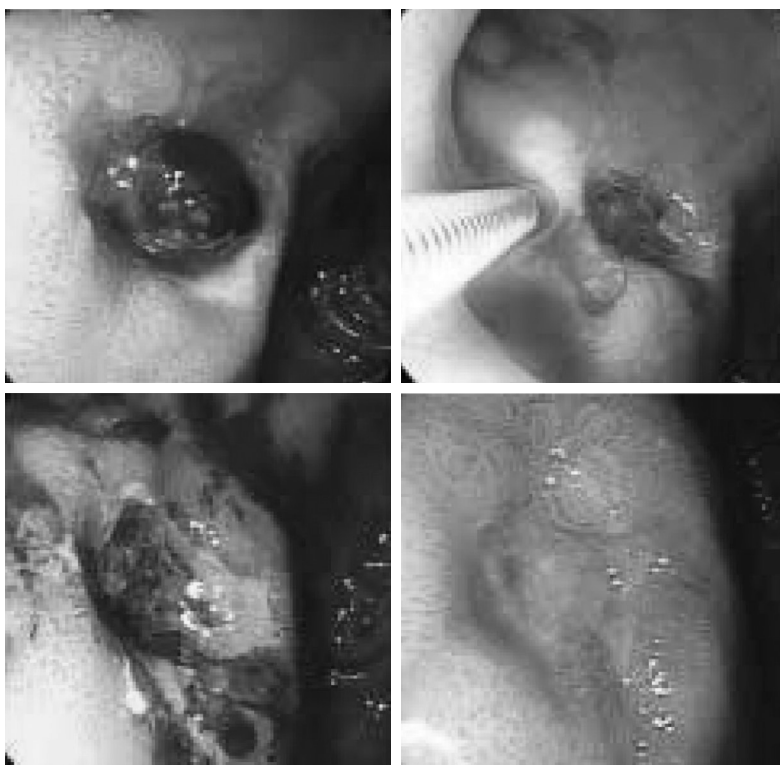
Bộ thắt vòng cao su



Bộ đốt APC

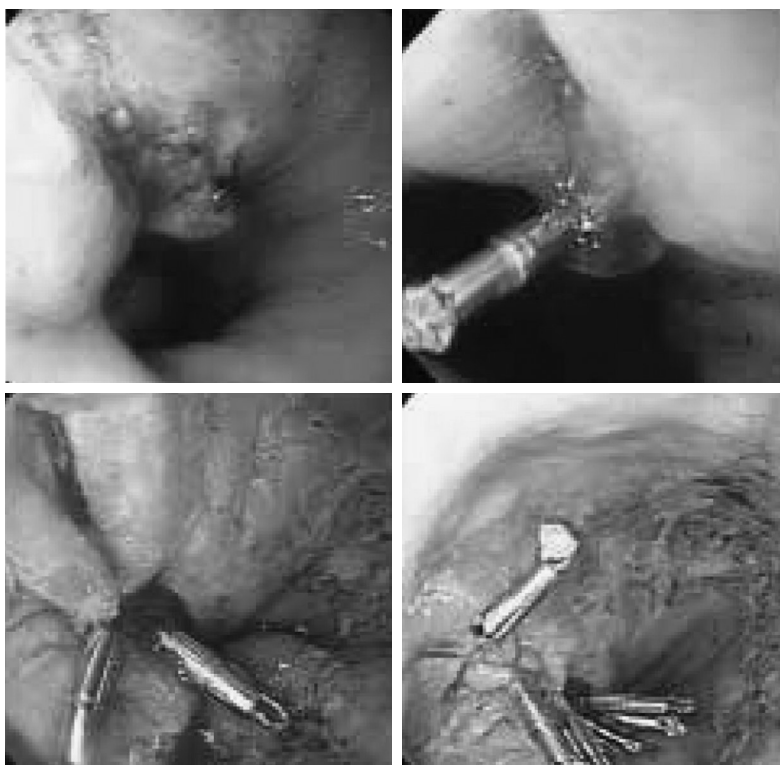
Các phương pháp cầm máu qua nội soi

Tiêm cầm máu



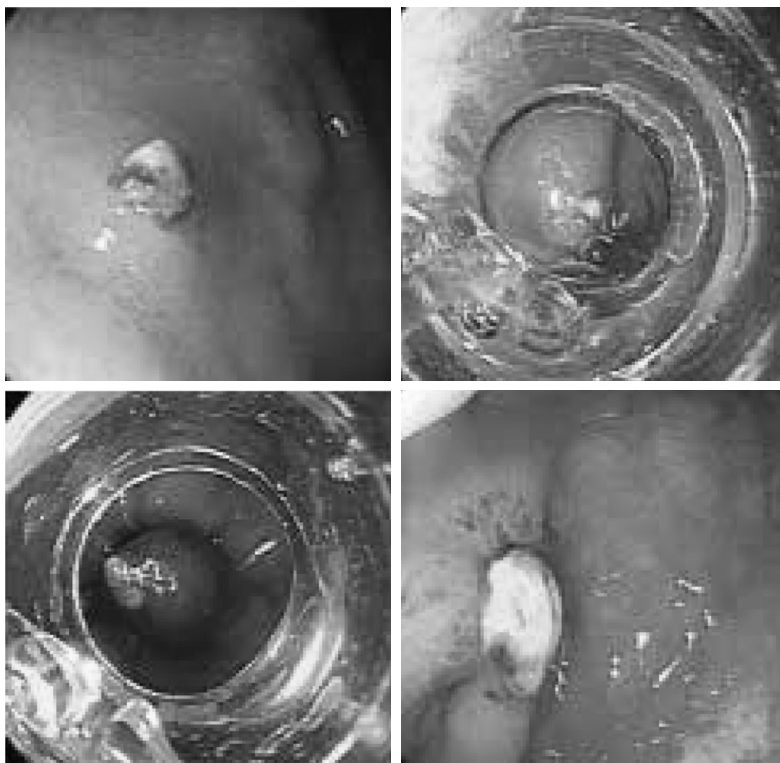
Ổ loét hành tá tràng 10 mm chảy máu. Tiêm dung dịch nước muối sinh lý và epinephrine vào ổ loét.
Sau 3 ngày kiểm tra lại không thấy hở điểm mạch ở ổ loét.

Kẹp cầm máu bằng clip



Tổn thương Mallory–Weiss ở đường Z.
Mạch máu hở và phần niêm mạc rách đã được kẹp lại bằng clip.

Thắt bằng vòng cao su



Điểm mạch 4 mm (tổn thương Dieulafoy) đã được thắt bằng vòng cao su.
Kiểm tra sau 3 ngày thấy không còn điểm mạch.

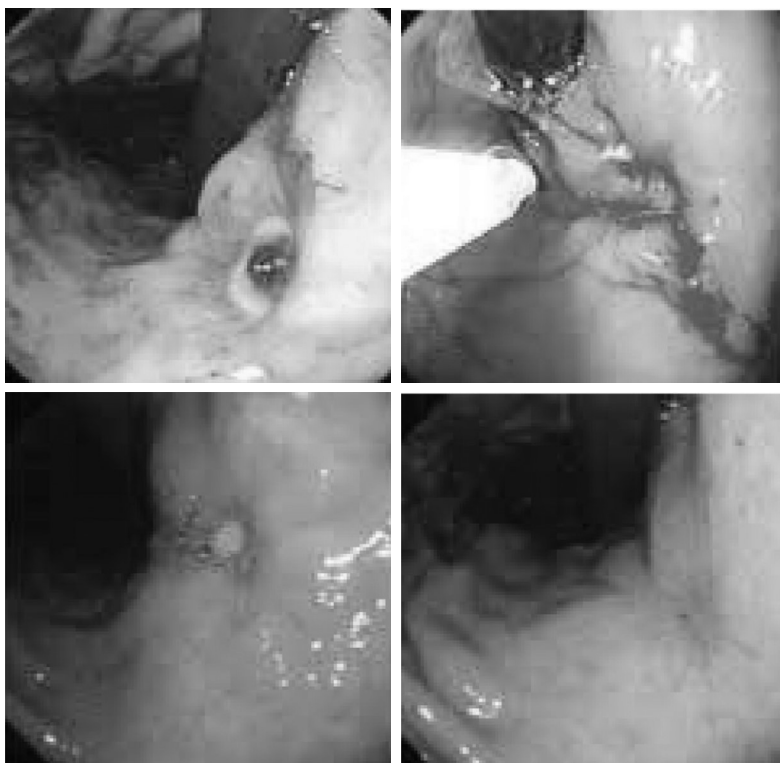
Đốt bằng argon plasma APC (Argon plasma coagulation)



Ổ loét hành tá tràng đang phun máu. Cầm máu ban đầu bằng tiêm tại chỗ để dễ quan sát.
Sau đó, dùng APC để cầm máu hoàn toàn. Soi kiểm tra lại sau 3 ngày thấy không còn mạch máu.

Những lưu ý khi làm kỹ thuật cầm máu qua nội soi

Tiêm cầm máu



Đáy ổ loét có điểm mạch. Tiêm trực tiếp dung dịch vào điểm mạch.
Nội soi kiểm tra sau 3 ngày không thấy còn điểm mạch. Kiểm tra sau 2 tháng, ổ loét đã liền sẹo hoàn toàn.



Không nhìn rõ vùng tổn thương do chảy nhiều máu. Tiêm đủ vào xung quanh tổn thương.
Tác dụng cầm máu do chèn ép mạch máu

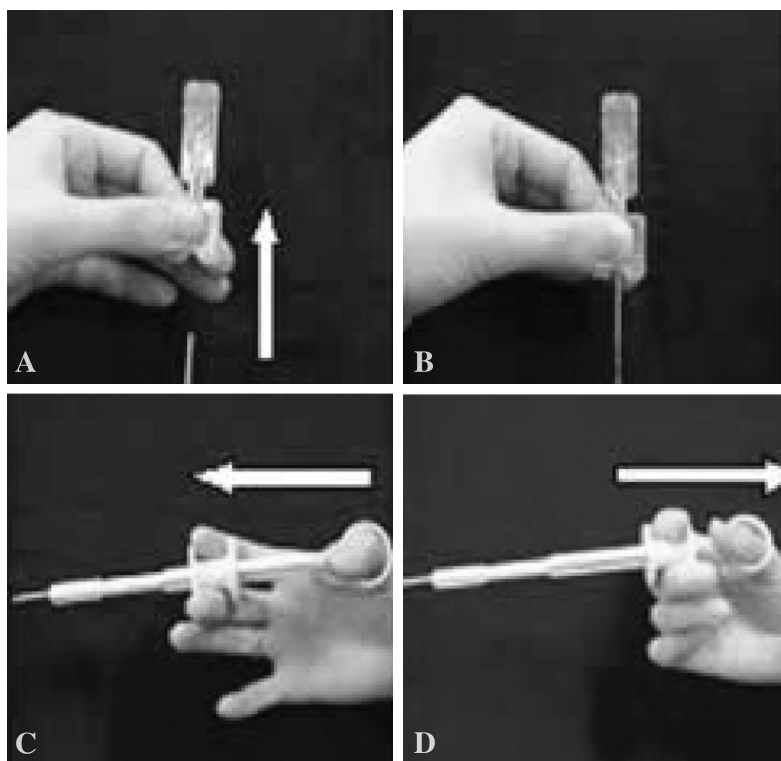


Điểm mạch đã cầm máu. Tiêm trực tiếp vào mạch máu. Kỹ thuật này có tác dụng co thắt mạch máu và làm mất điểm mạch.
Nên làm cẩn thận vì có thể gây chảy máu nhiều hơn trong trường hợp chảy máu do tổn thương Dieulafoy.

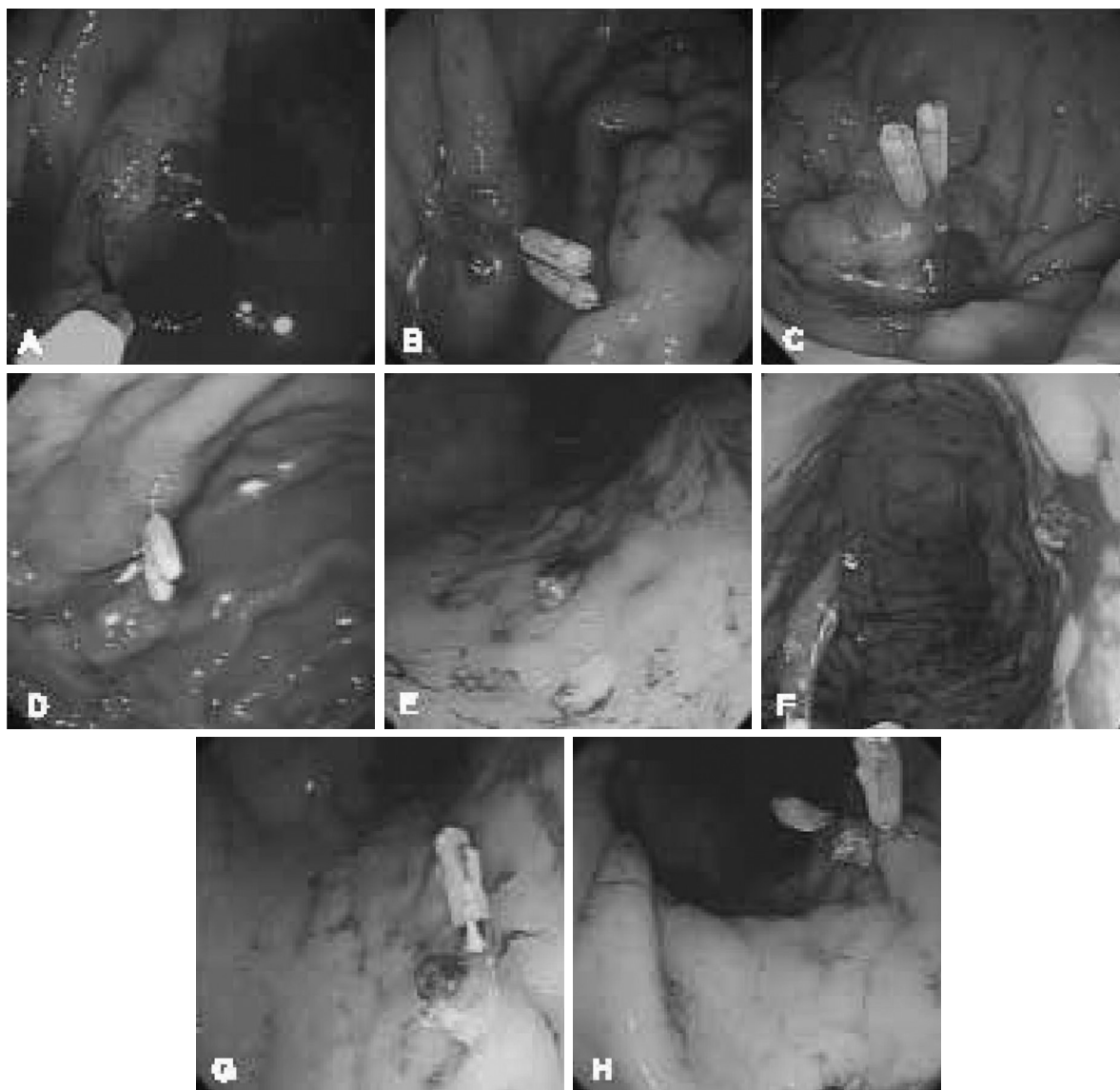


Tiêm tại chỗ có tác dụng tốt, là lựa chọn hàng đầu. Tổn thương đang chảy máu ở vị trí khó tiếp cận đã được cầm máu bằng phương pháp tiêm. Sau đó có thể thực hiện biện pháp cầm máu khác dễ dàng hơn.

Kẹp bằng clip (Clipping)



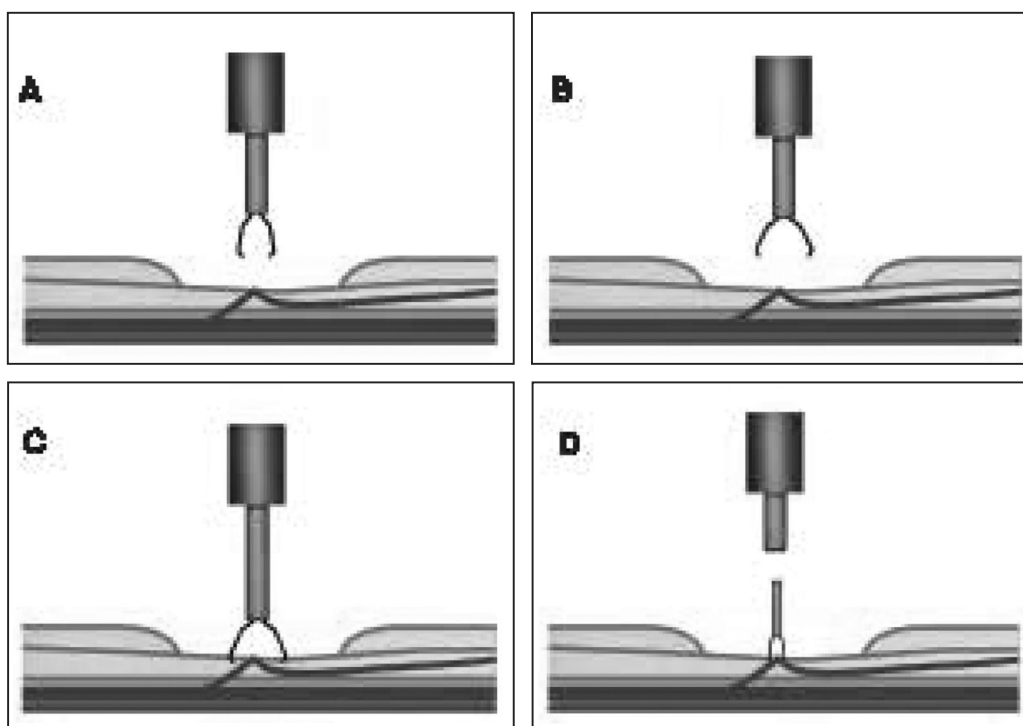
Các bước thao tác kẹp clip gồm: Lấy kẹp (A), lắp vào cán (B), mở kẹp (C), đóng kẹp (D)



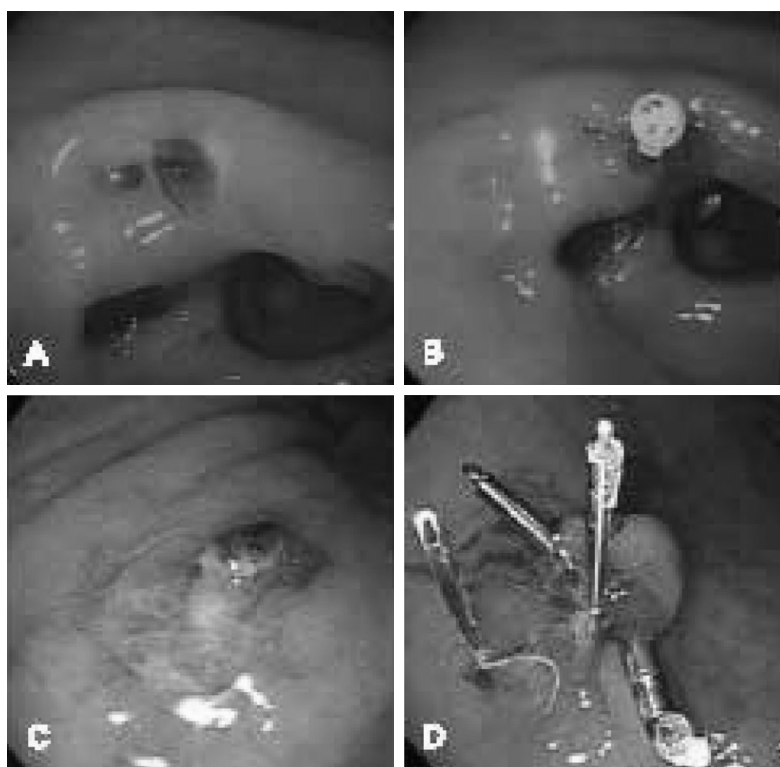
Kẹp clip tổn thương Dieulafoy ở thành trước thân vị. Tổn thương đã được cầm máu hoàn toàn (A–D).
Dùng hai clip (hemoclip) để cầm máu tổn thương ở bờ cong nhỏ phần thân vị (E–H).



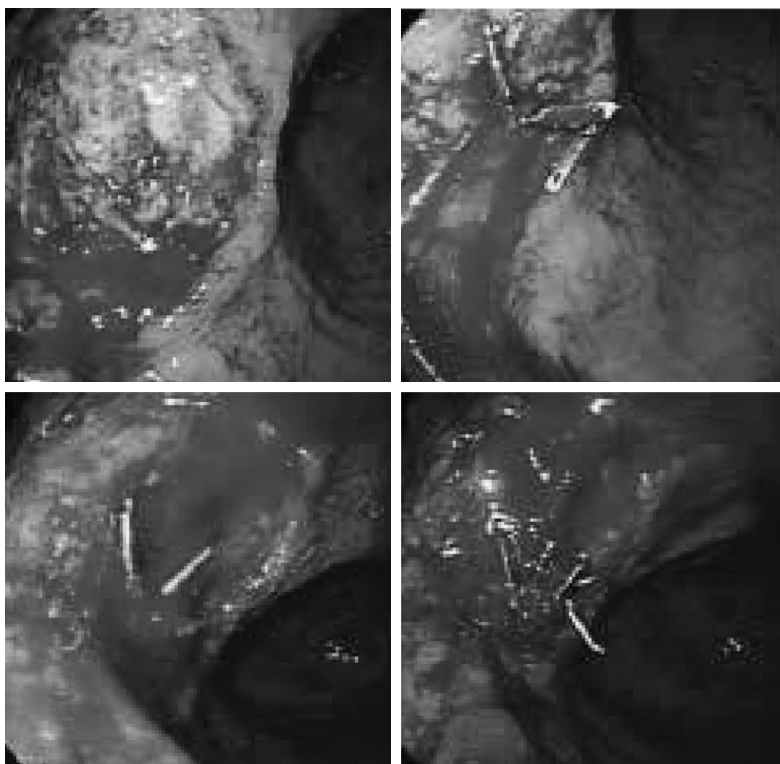
Máu đang phun có thể làm che lấp tổn thương. Dùng 3 kẹp clip kể cầm máu.
Phần niêm mạc xung quanh phù nề hạn chế việc tiếp cận với mạch máu.



Trường hợp loét có xơ sẹo thì dùng clip nhỏ để kẹp trực tiếp vào mạch máu.



Kẹp clip tối ưu nhất là kẹp mạch máu cùng với mô xung quanh (A, B). Điều quan trọng là trước tiên phải bắt kẹp được hoàn toàn vào điểm mạch. Thông thường, vùng mô xung quanh cũng được kẹp theo các góc khác nhau với điều kiện là mạch máu chạy theo chiều song song với thành dạ dày (C, D).



Chảy máu liên tục từ ổ loét có xơ chai. Kẹp clip nhưng vẫn bị chảy máu vì clip không kẹp được vào đúng góc tối ưu hoặc vị trí phù hợp. Nên xem xét phương pháp cầm máu khác.



Đang chảy máu ở tá tràng. Clip đã làm tổn thương mạch máu, làm cho chảy máu nhiều hơn.
Kẹp thêm clip nhưng không cầm máu thành công. Tiêm cầm máu lại cho kết quả tốt



Vì khó có thể tiếp cận clip vuông góc với mạch máu nên phải dùng đầu nhựa trong, sau đó đã kẹp clip cầm máu thành công.

Thắt vòng cao su qua nội soi



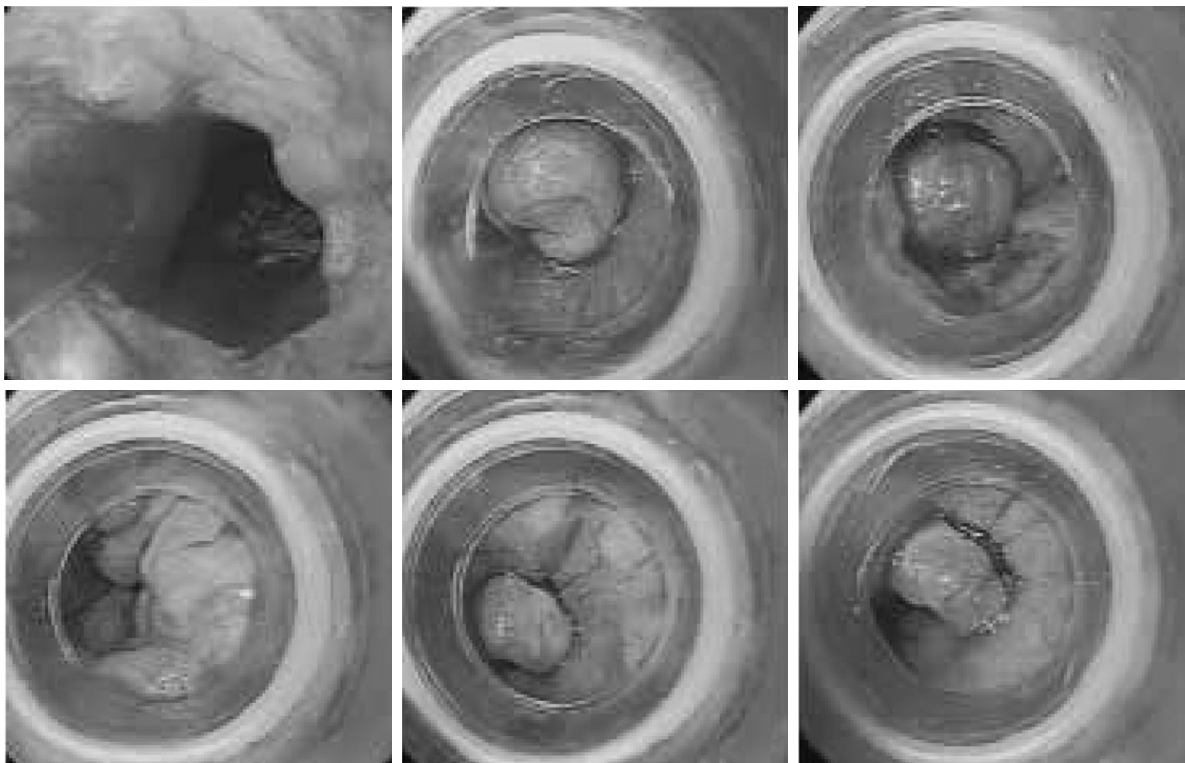
Các loại vòng thắt cao su dùng trong nội soi



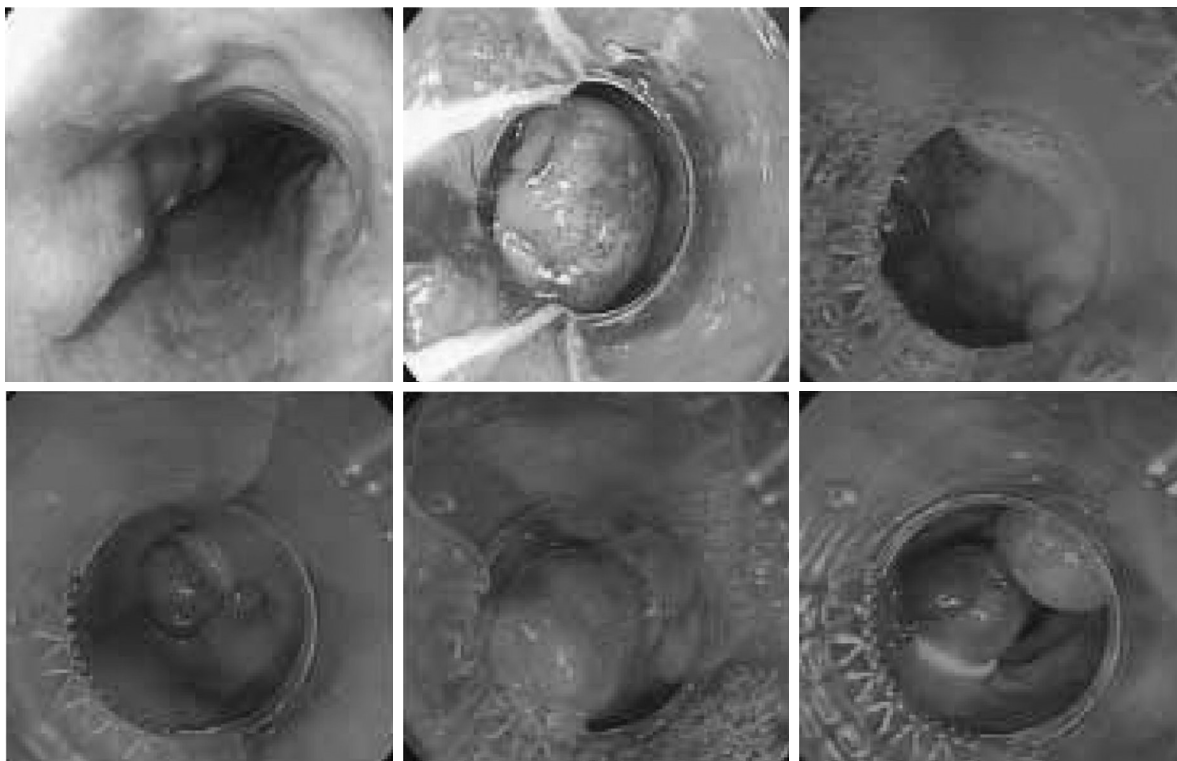
Rỉ máu từ điểm mạch ở bờ cong nhỏ phần trên thân vị. Mép đầu nhựa đặt vào phần gần (mép trên) của vùng mô xung quanh tổn thương. Sau khi hút tổn thương, bắn vòng cao su. Tổn thương đã được cầm máu hoàn toàn



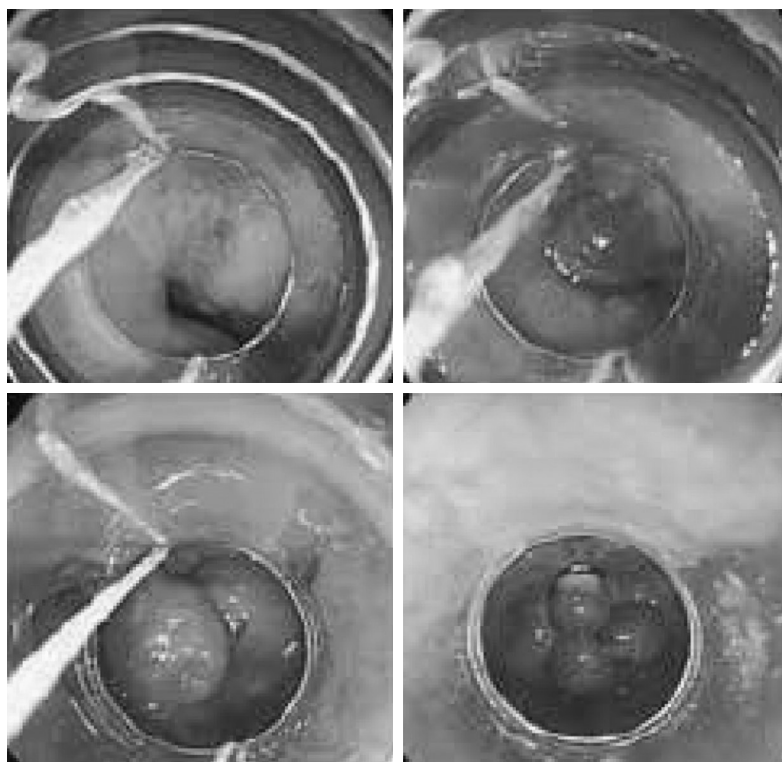
Tổn thương Mallory-Weiss chảy máu. Thắt điểm rách bằng một vòng cao su.
Nên thắt vòng cao su cho tổn thương Mallory-Weiss vì vòng cao su sẽ thắt nhiều mạch máu cùng một lúc.



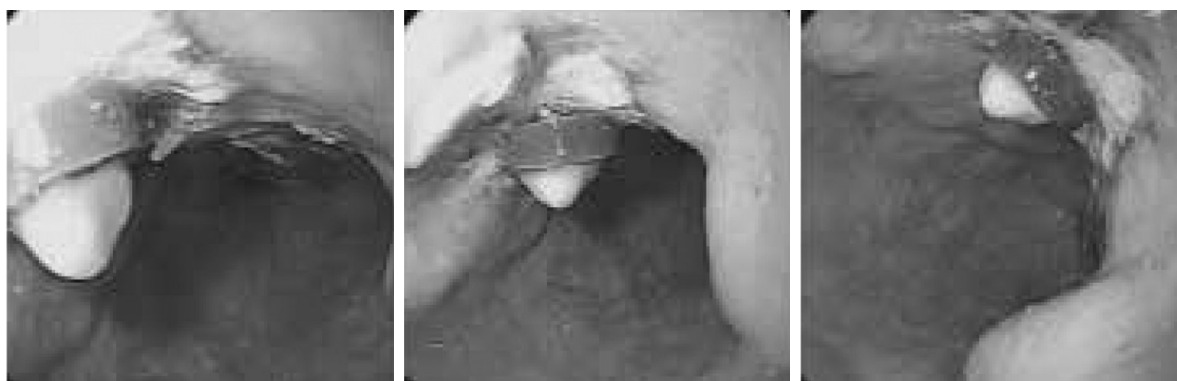
Chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Thắt búi giãn bằng vòng cao su. Thắt búi giãn bằng nhiều vòng.
Thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản để dự phòng chảy máu thứ phát



Bộ thắt nhiều vòng sẽ khắc phục được nhược điểm của bộ thắt đơn vòng vì phải đưa máy soi vào ra nhiều lần.
Thời gian làm thủ thuật sẽ ngắn hơn và giảm sự khó chịu cho bệnh nhân.

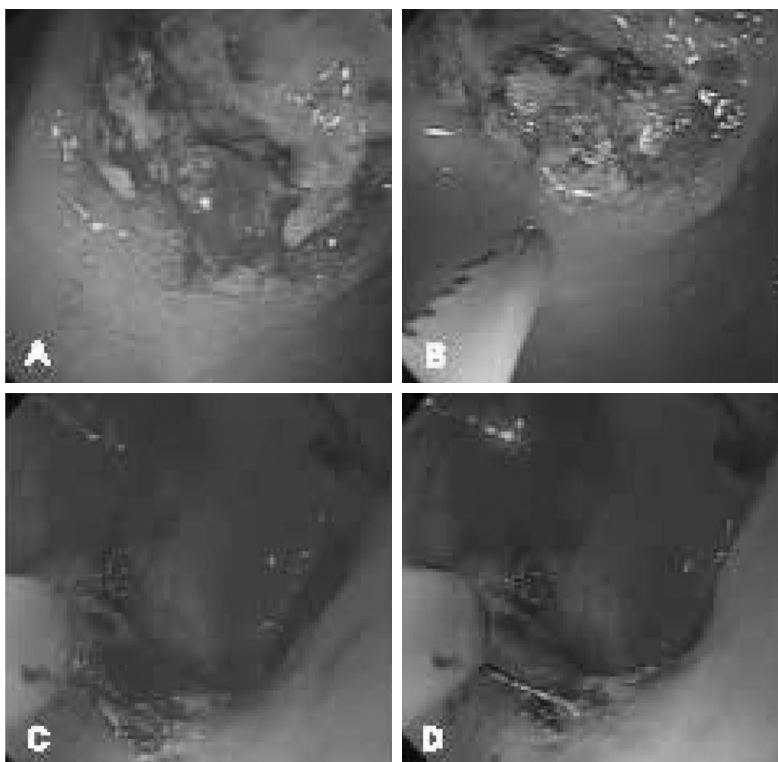


Giãn tĩnh mạch thực quản có dấu hiệu vằn đỏ. Thắt búi giãn bằng vòng cao su từ phần thấp lên phần cao theo ngược chiều kim đồng hồ. Cách thắt này sẽ đảm bảo quan sát dễ dàng và cầm máu hoàn toàn.



Các búi thắt to nhỏ khác nhau, kết quả là đã cầm máu thành công. Loét ở vùng rìa quanh búi thắt. Vùng thắt xơ chai sẽ xóa được các búi giãn.

Đốt điểm chảy máu bằng argon plasma (APC)



A, B. Rửa máu ở bờ ổ loét. Đầu đốt APC cầm máu nhưng không tiếp xúc với bề mặt tổn thương. C, D. Trong khi cầm máu, đầu đốt APC không nên tiếp xúc trực tiếp với niêm mạc. Điểm mạch được kê sát vào đầu đốt



Chảy máu từ điểm mạch. Cầm máu ban đầu bằng APC nhưng không thành công, làm cho chảy máu mạnh hơn. Tiếp tục cầm máu bằng APC làm cho vị trí chảy máu bị che lấp



Hình ảnh tràn khí phúc mạc sau khi cầm máu bằng APC. Đầu APC tiếp xúc trực tiếp với niêm mạc có thể gây khí tự do trong ổ bụng. Có thể điều trị bảo tồn các trường hợp tràn khí phúc mạc trừ khi có lỗ thủng hở.

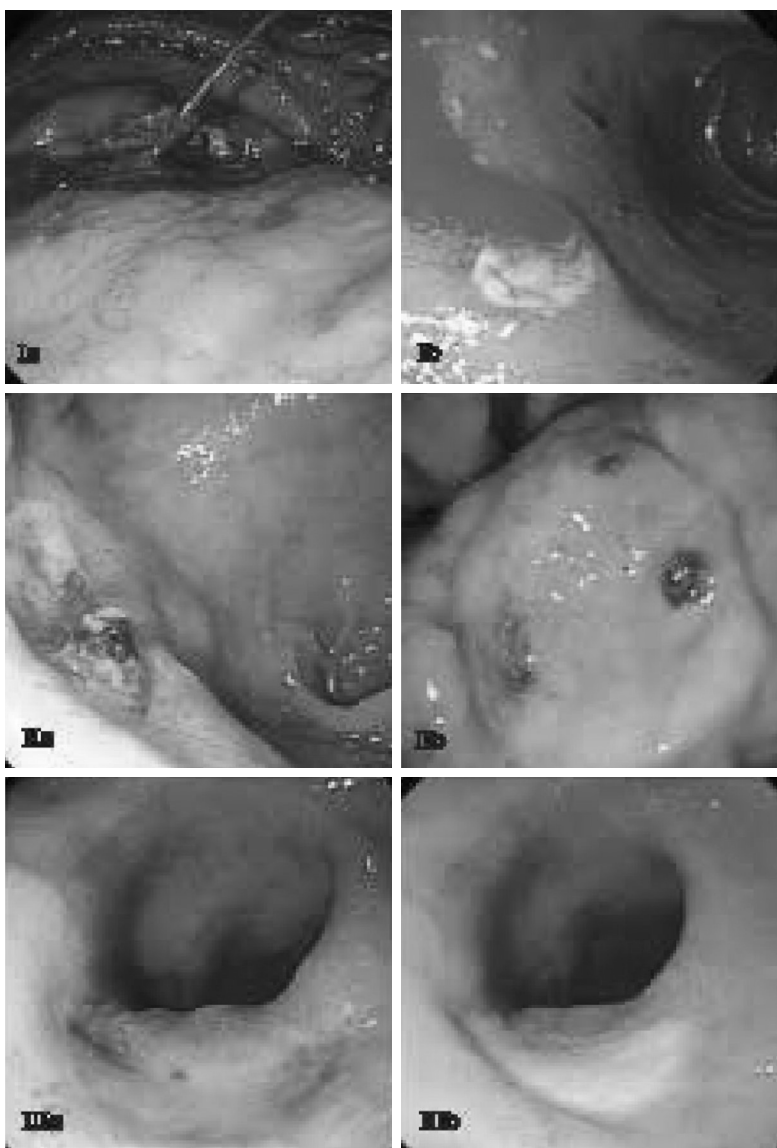
Keo cầm máu (Sealant)



Chảy máu từ ổ loét dạ dày. Chảy máu điểm mạch. Sau khi kẹp clip tổn thương vẫn bị rỉ máu.
Xịt keo fibrin vào chỗ chảy máu để cầm máu

Kế hoạch xử trí dựa vào kết quả nội soi

Các yếu tố tiên lượng chảy máu tái phát sau khi cầm máu qua nội soi



Phân loại Forrest. Đây là phân loại được sử dụng nhiều nhất để tiên lượng tình trạng chảy máu tái phát trên bệnh nhân loét dạ dày, tá tràng. Phân loại trên nội soi được chia thành: đang phun máu, tức chảy máu động mạch (type Ia), đang rỉ máu (type Ib), điểm mạch đã ngừng chảy máu (type IIa), cục máu đông bám bề mặt (type IIIa) và đáy sạch (type IIIb).

Các biện pháp xử trí khi cầm máu qua nội soi thất bại

Can thiệp mạch



Chảy máu sau làm ESD nhưng không thể cầm máu trên nội soi. Chụp mạch cho thấy điểm chảy máu.
Đã cầm máu thành công bằng phương pháp gây tắc mạch.