

- 3):101-107. doi:10.1016/j.jad.2006.05.033
4. **World Health Organization.** Suicide Worldwide in 2021: Global Health Estimates. World Health Organization; 2025.
 5. **Freichel R, O'Shea BA.** Suicidality and mood: the impact of trends, seasons, day of the week, and time of day on explicit and implicit cognitions among an online community sample. *Transl Psychiatry.* 2023;13(1):1-9. doi:10.1038/s41398-023-02434-1
 6. **Martin A, Oehlman M, Hawgood J, O'Gorman J.** The Role of Impulsivity and Self-Control in Suicidal Ideation and Suicide Attempt. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(6):5012. doi:10.3390/ijerph20065012
 7. **Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, et al.** Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry.* 2015;49(9):785. doi:10.1177/0004867415594427

CA LÂM SÀNG: ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA NẶNG DO LOÉT TO HÀNH TÁ TRÀNG QUA NỘI SOI VỚI CLIP OTSC (THE OVER-THE-SCOPE CLIP) SAU THẤT BẠI VỚI CÁC BIỆN PHÁP CẦM MÁU THÔNG THƯỜNG

Nguyễn Hữu Thành¹, Nguyễn Xuân Mười¹, Hà Văn Quốc¹,
Phạm Thị Thu Hương¹, Trần Văn Quốc Thịnh¹, Bùi Chí Nam¹,
Tạ Quế Phương¹, Nguyễn Xuân Thủy¹,
Nguyễn Ngọc Ánh¹, Nguyễn Huyền Nhung²

TÓM TẮT

Các phương pháp cầm máu qua nội soi hiện nay là phương pháp cầm máu chính trong chảy máu do loét dạ dày - tá tràng. Gần đây, kẹp OTSC (The Over – The Scope Clip) đã được phát triển và sử dụng trong nhiều trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng do loét dạ dày – tá tràng. Chúng tôi trình bày ca bệnh nữ, 80 tuổi, tiền sử đa u tủy xương, đang điều trị hóa chất, nhập viện viện tại Singapore vì xuất huyết tiêu hóa trên do loét hành tá tràng (Forrest IIa), được can thiệp kẹp hemoclip 2 lần, nút mạch 1 lần và cắt một phần dạ dày và tá tràng nhưng không thành công. Người bệnh được chuyển về Việt Nam, nhập viện khác, được nội soi can thiệp kẹp hemoclip cầm máu và tiếp tục thất bại, nên chuyển bệnh viện chúng tôi trong tình trạng an thần thở máy, sốc giảm thể tích, tổn thương thận cần lọc máu liên tục. Người bệnh được hồi sức tích cực, nội soi rửa sạch máu trong dạ dày, xác định điểm chảy máu do loét xơ chai 1.5-2 cm (Forrest IB) đối diện nút vater ở tá tràng. Người bệnh được can thiệp thành công với tiêm adrenaline, kẹp OTSC và điều trị ổn định ra viện. Từ ca bệnh cho thấy cùng với việc hồi sức tốt, nội soi cầm máu bằng kẹp OTSC có vai trò quan trọng trong cầm máu các ổ loét lớn, xơ chai. **Từ khóa:** Xuất huyết tiêu hóa trên, loét hành tá tràng, OTSC, biện pháp cầm máu nội soi

SUMMARY

A CASE REPORT: MANAGEMENT OF SEVERE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING FROM A DUODENAL BULB ULCER USING AN OTSC (THE OVER-THE-SCOPE CLIP) AFTER FAILURE OF CONVENTIONAL HEMOSTATIC METHODS

Current endoscopic hemostatic techniques are the primary methods used to control bleeding caused by peptic ulcers. Recently, the Over-The-Scope Clip (OTSC) has been developed and increasingly applied in managing severe gastrointestinal hemorrhage secondary to peptic ulcer disease. We report a case of an 80-year-old female patient with a medical history of multiple myeloma undergoing chemotherapy, who was admitted to a hospital in Singapore due to upper gastrointestinal bleeding caused by a duodenal bulb ulcer (Forrest IIa). The patient underwent two sessions of endoscopic hemoclip application, one angiographic embolization, and partial gastroduodenal resection, all of which failed to control the bleeding. The patient was subsequently transferred to another hospital in Vietnam, where another attempt at endoscopic hemoclip application was made, also without success. The patient was then referred to our hospital in a critical condition, requiring mechanical ventilation and sedation, presenting with hypovolemic shock and acute kidney injury necessitating continuous renal replacement therapy. After intensive resuscitation, endoscopic evaluation was performed, revealing a fibrotic ulcer measuring 1.5–2 cm with active oozing bleeding (Forrest IB) located opposite the papilla in the duodenum. Successful endoscopic hemostasis was achieved through adrenaline injection followed by application of an OTSC clip. The patient remained stable and was discharged after completing treatment. This case highlights that, alongside

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Hải Phòng, Hải Phòng, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Mười

Email: drxuanmuoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.7.2025

appropriate resuscitative measures, the use of OTSC in endoscopic management plays a critical role in achieving hemostasis in large, fibrotic ulcers.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, duodenal ulcer, OTSC, endoscopic hemostasis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày tá tràng vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm 50-70% [1]. Các can thiệp nội soi như tiêm adrenalin, đốt nhiệt và kẹp clip cầm máu thường được xem là phương pháp điều trị chủ yếu cho chảy máu đường tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch. Dù đã có nhiều tiến bộ trong kỹ thuật nội soi và phương pháp điều trị, tỷ lệ tử vong vẫn dao động từ 6–10%, chủ yếu gặp ở bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý nền nặng hoặc bị xuất huyết tái phát. Đặc biệt, trong một số trường hợp, việc cầm máu các tổn thương phức tạp (như chảy máu nặng từ các mạch máu lớn và loét thành sau hoặc xơ chai của tá tràng) vẫn có thể rất khó khăn, tỉ lệ thất bại khoảng 2.3-10% [2]. Một nghiên cứu gồm 48 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa từ ổ loét hành tá tràng phức tạp được nội soi lại, 27% bệnh nhân phải phẫu thuật cầm máu [3]. Trên thực tế, chảy máu ở ạt có thể làm giảm tầm nhìn trong nội soi và các thiết bị kẹp truyền thống thường không đủ khả năng ép mô xung quanh một cách hiệu quả để cầm máu các mạch máu lớn [4].

Kẹp OTSC (The over-the-scope clip) là một thiết bị clip nội soi được phát triển gần đây. Những kinh nghiệm ban đầu cho thấy thiết bị này đã được sử dụng thành công ở những bệnh nhân bị chảy máu nặng, tổn thương sâu thành ống tiêu hóa hoặc thủng ống tiêu hóa [5]. Một số nghiên cứu cho thấy OTSC có hiệu quả cầm máu tốt hơn khi thất bại với các biện pháp cầm máu nội soi thông thường (Nhiệt và clip cơ học), giảm tỉ lệ chảy máu tái phát, đặc biệt trên bệnh nhân nặng, ổ loét phức tạp [6,7]. Tuy nhiên, dữ liệu sử dụng OTSC trong xuất huyết tiêu hóa ở Việt Nam chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi trình bày ca lâm sàng bị xuất huyết tiêu hóa nặng đã can thiệp cầm máu thành công qua nội soi sử dụng kẹp OTSC sau khi thất bại với các biện pháp nội soi cầm máu với clip thông thường, nút mạch và cắt dạ dày.

II. CASE LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 80 tuổi, nhập bệnh viện chúng tôi vì xuất huyết tiêu hóa nặng do loét lớn xơ chai ở tá tràng.

Bệnh nhân có tiền sử đa u tủy xương cách 1 năm, bệnh thận mạn giai đoạn 3-4, được điều trị hóa chất, tình trạng bệnh ổn định 3 tháng nay.

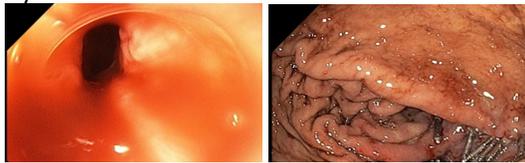
Cách vào viện 1 tháng, người bệnh đang du lịch bên Singapore, đột ngột đau bụng, đại tiện phân đen, có lẫn phân máu, được nhập bệnh viện ở Singapore. Người bệnh được nội soi tiêu hóa nhiều lần, chẩn đoán: Loét hành tá tràng (Forrest IIA), được điều trị bằng nhiều phương pháp, bao gồm kẹp clip qua nội soi, nút mạch 2 lần, nhưng chưa thành công. Người bệnh được phẫu thuật cắt bỏ 1/3 dưới dạ dày và 1 đoạn tá tràng. Tuy nhiên, tình trạng xuất huyết tiêu hóa vẫn tiếp diễn, diễn tiến nặng dần. Người bệnh được đặt ống nội khí quản, chuyển về một Bệnh viện lớn tại Việt Nam. Người bệnh được hồi sức thể dịch, thở máy, thực hiện nội soi dạ dày tá tràng, ghi nhận đa ổ loét dạ dày tá tràng, với loét tá tràng Forrest IIA, thực hiện kẹp clip cầm máu nhưng vẫn không thành công. Người nhà xin chuyển sang bệnh viện Vinmec sau 1 ngày điều trị.

Người bệnh nhập viện Vinmec trong tình trạng rất nặng: An thần, thở máy mode A/C, FiO₂ 60%, huyết áp 80/40 mmHg, đang duy trì vận mạch 0.1 mcg/kg/p, thể trạng suy kiệt, phù toàn thân, vẫn còn đại tiện phân đen, thông dạ dày ra máu đỏ sẫm. Xét nghiệm lúc nhập viện: Hb 56 g/L, INR 1.7, Creatinine 566 umol/L. Người bệnh được truyền dịch, truyền máu, ổn định huyết động, nhập khoa hồi sức tích cực tiếp tục điều trị. Nhận định tình trạng xuất huyết tiêu hóa vẫn đang tiếp diễn, biến chứng suy hô hấp, suy tuần hoàn và các tạng khác. Bệnh viện đã hội chẩn chẩn đoán là xuất huyết tiêu hóa nặng do loét lớn ở tá tràng/ nhiều bệnh nền, quyết định can thiệp cầm máu qua nội soi và tiếp tục hồi sức tích cực.

Nội soi dạ dày tá tràng ghi nhận có rất nhiều máu đỏ trong dạ dày, trào lên cả thực quản (Hình 1.A), rất khó quan sát đánh giá vị trí chảy máu. Sau khi bơm rửa dạ dày, cuối cùng ghi nhận dạ dày đã được cắt bán phần, miệng nối kiểu Bilioth II, đa ổ loét dạ dày, viêm loét miệng nối dạ dày ruột có nhiều clip cũ (Hình 1.B). Tuy nhiên, bác sĩ nội soi xác định đây không phải là điểm chảy máu chính gây ra tình trạng tụt huyết áp. Quan sát kỹ dòng chảy máu đỏ sau khi rửa sạch dạ dày, thấy máu đỏ chảy ra từ quai đến, xác định đây có thể có vị trí chảy máu hoạt động (Hình 2.A). Khi đi vào quai đến, tiếp tục rửa để tìm điểm chảy máu. Ống nội soi đi đến vùng mòm đóng thấy thấy vùng mòm đóng có ổ loét sùi nhám nhỏ, nhưng không chảy máu hoạt động, kèm theo 01 ổ loét Forrest IB đối diện núm Vater, xơ chai, kích thước 1.5-2 cm, và 1 clip cũ kẹp gần đó nhưng chưa đúng vị trí chảy máu hoạt động (Hình 2.B). Nhận thấy đây là vị trí can thiệp khó, không gian hẹp, tình trạng

bệnh nhân nặng với chảy máu hoạt động do ổ loét xơ chai nên đã quyết định phối hợp nhiều phương pháp cầm máu. Đầu tiên, ổ loét được tiêm adrenaline giúp ổ loét tạm ngừng chảy máu (Hình 3.A). Tiếp theo, là dùng over-the-scope clip (OTSC) là cầm máu. Mặc dù, vị trí ổ loét khó can thiệp, clip OTSC đã được đặt và cầm máu ổ loét đang chảy máu (Hình 3.B). Ổ loét được cầm máu hỗ trợ với hemosray. Kết quả, ổ loét đã được cầm máu sau nhiều lần bơm rửa kiểm tra.

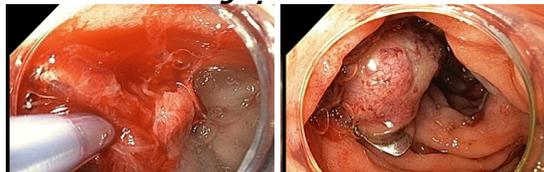
Người bệnh tiếp tục được hồi sức điều trị nội khoa tích cực, truyền máu, kháng sinh, PPI, bổ sung dinh dưỡng, lọc máu liên tục. Sau 1 tuần, người bệnh cải thiện dần, rút ống nội khí quản, tự thở, cắt vận mạch, được lọc máu ngắt quãng, đại tiện phân vàng. Người bệnh ra viện sau 1 tháng, với toàn trạng ổn định. Hiện tại, sau 6 tháng ra viện, người bệnh ổn định, không dấu hiệu xuất huyết tiêu hóa tái phát, tiếp tục điều các bệnh nền. Kế hoạch kiểm tra lại nội soi dạ dày sau 1 năm.



Hình 1: A. Máu đỏ trào ngược lên thực quản. B. Đa ổ loét dạ dày, viêm loét miệng nổi với nhiều clip cũ ở miệng nổi sau làm sạch dạ dày



Hình 2: A. Máu chảy ra từ quai đến. B. Ổ loét lớn (Forrest IB), có clip cũ nhưng chưa đúng vị trí ổ loét



Hình 3: A. Tiêm adrenaline cầm máu. B. Sau cầm máu bằng kẹp OTSC, điểm chảy máu ngừng chảy

III. BÀN LUẬN

Trường hợp này cho thấy một số điểm chuyên môn đáng lưu ý. Việc kết hợp giữa hồi sức tích cực và các biện pháp cầm máu là vô cùng quan trọng để điều trị xuất huyết tiêu hóa

nặng do loét. Trong đó, đối với những ổ loét khó cầm máu, cần phối hợp nhiều phương pháp can thiệp; đáng chú ý, kẹp OTSC đã thể hiện vai trò nổi bật trong cầm máu ở tình huống phức tạp như trên.

Kẹp OTSC (Over-The-Scope Clip) là một thiết bị cầm máu tiên tiến được sử dụng trong nội soi tiêu hóa, đặc biệt hiệu quả khi xuất huyết khó kiểm soát bằng các phương pháp khác. Thiết bị này hoạt động tương tự như một "ghim kẹp" cỡ lớn, bám chặt vào mô tổn thương xung quanh để kẹp giữ các mạch máu, qua đó cầm máu nhanh chóng và hiệu quả [8].

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả vượt trội của OTSC so với các biện pháp cầm máu thông thường. Chẳng hạn, một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) trên 53 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên nặng không do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản so sánh hiệu quả cầm máu của phương pháp OTSC với các phương pháp kinh điển (clip thông thường và đốt điện). Kết quả cho thấy nhóm điều trị bằng OTSC có tỷ lệ tái xuất huyết thấp hơn đáng kể (4% so với 28%) và không ghi nhận biến chứng nặng, trong khi nhóm điều trị thông thường có tới 14,3% bệnh nhân xuất hiện biến chứng nặng [6]. Tương tự, một phân tích gộp bao gồm 11 nghiên cứu với tổng cộng 1608 bệnh nhân (494 bệnh nhân được can thiệp bằng OTSC, 1114 bệnh nhân nhóm chứng) cho thấy việc sử dụng OTSC làm giảm đáng kể nguy cơ chảy máu tái phát (RR = 0,58; KTC 95%: 0,41–0,82) [7].

Trên cơ sở những bằng chứng khoa học đã được xác định, OTSC đã được sử dụng như một phương pháp nội soi cứu vãn cho các trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên nặng khi các biện pháp cầm máu thông thường không hiệu quả, đặc biệt đối với ổ loét xơ chai ở vị trí khó như hành tá tràng. Thậm chí, một số nghiên cứu còn đề xuất sử dụng OTSC như phương pháp điều trị đầu tay trong xuất huyết tiêu hóa không do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản [5].

Không chỉ dùng để cầm máu trong xuất huyết, kẹp OTSC còn được ứng dụng trong nhiều tình huống lâm sàng khác. Một nghiên cứu đa trung tâm tại Hàn Quốc báo cáo việc sử dụng OTSC đã điều trị thành công cho 19 bệnh nhân bị rò rỉ đường tiêu hóa sau phẫu thuật, thủng thực quản do hội chứng Boerhaave hoặc rò tiêu hóa do các nguyên nhân khác (bao gồm cả biến chứng sau nội soi cắt dưới niêm mạc – ESD). Đường kính các lỗ rò trong nhóm bệnh nhân này lên đến 30 mm [9]. Với những tổn thương kích thước lớn ở vị trí phức tạp như vậy, các clip

thông thường rất khó mang lại kết quả thành công, hoặc phải sử dụng nhiều clip nhưng tỷ lệ thành công vẫn rất thấp.

Sự thành công trong ca lâm sàng của chúng tôi là kết quả của nhiều yếu tố. Thứ nhất, hồi sức tích cực đóng vai trò cực kỳ quan trọng song song với các biện pháp cầm máu, quyết định trực tiếp đến kết quả điều trị. Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng rất nặng, phải thở máy, dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp và lọc máu liên tục, kèm theo nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cao. Đây là một ca bệnh phức tạp với lượng máu lớn trong dạ dày cần nhiều thời gian bơm rửa; nếu công tác hồi sức không được đảm bảo, thời gian can thiệp kéo dài sẽ làm tăng nguy cơ bệnh nhân diễn tiến xấu đi. Thứ hai, xác định đúng vị trí chảy máu và tiếp cận được vị trí chảy máu là điều tiên quyết trong can thiệp xuất huyết tiêu hóa. Trong trường hợp này, bác sĩ nội soi đã phải rất kiên nhẫn và dày dặn kinh nghiệm để trong nội soi can thiệp, nhất là khi bệnh nhân đã được cắt bán phần dạ dày cực dưới. Chỉ sau khi làm sạch trường quan sát, ống nội soi đi xuống được D2 tá tràng qua miệng nối, mới xác định chính xác được ổ loét đang chảy máu và tiến hành can thiệp hiệu quả vào đúng vị trí đó. Thứ ba, chìa khóa quyết định thành công là phối hợp đồng thời nhiều phương pháp cầm máu, trong đó có sử dụng kẹp OTSC. Đối với xuất huyết tiêu hóa nặng không do vỡ giãn, việc kết hợp từ hai phương thức can thiệp trở lên đã được chứng minh giúp giảm tỷ lệ tái xuất huyết. Với những ổ loét xơ chai đường kính khoảng 1–2 cm, nằm ở vị trí khó và đã được can thiệp nhiều lần bằng các biện pháp cơ học (như trong ca của chúng tôi), kẹp OTSC tỏ ra đặc biệt hiệu quả trong việc cầm máu [5]. Do vậy, OTSC có thể được cân nhắc sử dụng như giải pháp hàng đầu khi các biện pháp nội soi cầm máu thông thường thất bại, đặc biệt trong điều kiện tại Việt Nam.

Mặc dù kẹp OTSC mang lại nhiều lợi ích trong kiểm soát xuất huyết tiêu hóa, thiết bị này cũng tồn tại một số hạn chế nhất định. Trước tiên, OTSC không được khuyến cáo áp dụng cho những ổ loét hoặc lỗ rò có đường kính > 2,5 cm, hoặc trong trường hợp mô xung quanh tổn thương quá xơ chai do viêm mạn tính [10]. Một hạn chế khác là nắp gấn của kẹp OTSC có "ĐƯỜNG KÍNH" khá lớn, gây khó khăn khi thao tác ở những đoạn ống tiêu hóa gấp khúc hoặc có lòng hẹp. Bên cạnh đó, việc triển khai OTSC đòi hỏi bác sĩ nội soi phải có kinh nghiệm và chi phí thiết bị khá cao, do vậy kỹ thuật này hiện chưa được ứng dụng rộng rãi tại Việt Nam.

IV. KẾT LUẬN

Ca bệnh trình bày về một bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa nặng do loét lớn, xơ chai ở D2 tá tràng đã cắt dạ dày bán phần cực dưới, được can thiệp cầm máu thành công bằng phối hợp nhiều biện pháp (Trong đó, clip OTSC đóng vai trò chính) sau khi thất bại với các biện pháp cơ học cầm máu kinh điển, thường dùng, nút mạch và cắt dạ dày. OTSC được xem là phương pháp cứu vãn với các ổ loét khó can thiệp, thất bại với các biện pháp cầm máu khác. Hơn nữa, hồi sức bệnh nhân cũng đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị thành công bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC.** Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion.* 2011;84(2):102–13.
2. **Mille M, Engelhardt T, Stier A.** Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers. *Visc Med.* 2021 Feb;37(1):52–62.
3. **Behrman SW.** Management of Complicated Peptic Ulcer Disease. *Archives of Surgery.* 2005 Feb 1;140(2):201–8.
4. **Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al.** Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med.* 2019 Dec 3;171(11):805–22.
5. **Mizrahi I, Eltawil R, Haim N, Chadi SA, Shen B, Erim T, et al.** The Clinical Utility of Over-the-Scope Clip for the Treatment of Gastrointestinal Defects. *Journal of Gastrointestinal Surgery.* 2016 Dec 1;20(12):1942–9.
6. **Jensen DM, Kovacs T, Ghassemi KA, Kaneshiro M, Gornbein J.** Randomized Controlled Trial of Over-the-Scope Clip as Initial Treatment of Severe Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2021 Nov;19(11):2315–2323.e2.
7. **Faggen AE, Kamal F, Lee-Smith W, Khan MA, Sharma S, Acharya A, et al.** Over-the-Scope Clips Versus Standard Endoscopic Treatment for First Line Therapy of Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Dis Sci.* 2023 Jun 1;68(6):2518–30.
8. **Honegger C, Valli PV, Wiegand N, Bauerfeind P, Gubler C.** Establishment of Over-The-Scope-Clips (OTSC®) in daily endoscopic routine. *United European Gastroenterol J.* 2017 Mar;5(2):247–54.
9. **Lee HL, Cho JY, Cho JH, Park JJ, Kim CG, Kim SH, et al.** Efficacy of the Over-the-Scope Clip System for Treatment of Gastrointestinal Fistulas, Leaks, and Perforations: A Korean Multi-Center Study. *Clin Endosc.* 2017 Aug 29;51(1):61–5.
10. **Guedes HG, Moura EGH de.** Endoscopic management of complications—Ovesco/stent for management of anastomotic leaks: a narrative review. *Annals of Esophagus [Internet].* 2022 Jun 25 [cited 2025 May 3];5(0). Available from: <https://aoe.amegroups.org/article/view/6848>.