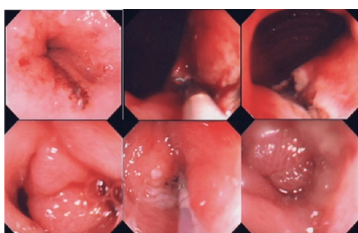


Bs. Trần Thị Minh Thanh -

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. Do bệnh nhân có bệnh lý bệnh nhân 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 tổn thương mạch máu và ác tính.

Đánh giá và phân loại bệnh nhân là rất quan trọng để đưa ra biện pháp điều trị phù hợp và chăm sóc tốt nhất 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. Bệnh lý nguyên nhân của UGIB là gì, các can thiệp hồi sức chăm sóc vốn là biện pháp chính ban đầu quan trọng nhất để cải thiện kết quả cho bệnh nhân bao gồm ngừng chảy máu, chỉ định nội soi tiêu hóa phù hợp, có hoặc không có thuốc giảm axit, đồng thời 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 huyết khối trong thực hành lâm sàng và nguy cơ xuất huyết liên quan, việc quản lý các thuốc này và y 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 phổ biến nhất gây xuất huyết, tiếp theo là viêm dạ dày và viêm thực quản. Mặc dù tỷ lệ nhập viện đã giảm 30% đối với xuất huyết loét dạ dày tá tràng, nhưng tỷ lệ này lại tăng đối với các tổn thương thực quản Dieulafoy (33%), loét sâu niêm mạc (32%) và

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 -

khả năng tái 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 máu: 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 mật: <1%
- Xuất huyết tiểu y <1%
- Rò rỉ mạch bạch huyết <1%
- Không xác định được các tổn thương 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 ngưỡng pháp truyền máu nên chỉ định cho bệnh nhân có UGIB không có bệnh tim mạch tiềm ẩn dưới mức huyết sắc tố 7 g/dL và hướng dẫn giá trị hemoglobin mức tiêu sau truyền máu là 7–9 g/dL. Truyền máu từ do hem (truyền máu khi mức hemoglobin là 8 g/dL) cho bệnh nhân có bệnh tim mạch tiềm ẩn, hướng dẫn giá trị hemoglobin mức tiêu sau truyền máu là 9-10 g/dL. Một chỉ định truyền máu từ do cũng có thể phù hợp hơn đối với bệnh nhân UGIB ban đầu có biểu hiện bệnh nhân huyết động.

Thuốc kích thích nhu động ruột

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

erythromycin do đặc tính giống motilin, được dùng 30–120 phút trước khi nội soi để tăng cường truy cập dạ dày với liều 250 mg. Hiệu quả của erythromycin như một thuốc kích thích nhu động ruột, việc dùng erythromycin có liên quan đến các biến chứng đáng kể và một số bệnh kê trong khám sàng lọc quan sát niêm mạc dạ dày và giảm nhu cầu nội soi kiểm tra lại. Hơn nữa, thời gian nằm viện ngắn hơn và giảm biến chứng nhân được dùng erythromycin trước khi nội soi. Tuy nhiên, việc sử dụng erythromycin không có biến chứng bất kỳ kết quả quan trọng nào và một lần sàng lọc truy cập máu hoặc cần phẫu thuật không cần.

Các hướng dẫn UGIB mới nhất (ACG và ESGE) đề xuất với bệnh nhân xu t huy t đang tiếp diễn) khuyến cáo sử dụng erythromycin trước khi nội soi để với UGIB cấp độ các biến chứng khám sàng lọc quan sát 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 xu t như một phương pháp điều trị UGIB và các biến 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 xu t huy t nhưng không cho thấy bất kỳ biến chứng nào liên quan đến các kết quả lâm sàng quan trọng như tử vong, tái xu t huy t 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 xu t 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 xu t sử dụng PPI trước khi nội soi để giảm giai đoạn các nguy cơ xu t huy t (Đánh giá của chuyên gia Hiệp hội Tiêu hóa Hoa Kỳ), có thể được biết đến với lợi ích khi không thể thực hiện nội soi kịp thời, hoặc bệnh nhân có chứng chứng đau dạ dày 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 và một chi phí đắt và với những bệnh nhân có nghi ngờ UGIB và được biết đến đúng trong

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 hơn cho bệnh nhân bao gồm tỷ lệ tử vong trong bệnh viện thấp hơn, ít thời gian nằm viện ngắn hơn và tổng chi phí nằm viện thấp hơn.

Mặt 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 hội chứng không đầy đủ triệu chứng thực quản và cần phải thực hiện nội soi ngoài giờ khi có ít nguồn lực nội soi hơn và/hoặc bác sĩ nội soi bị mất mặt, dẫn đến chất lượng kiểm tra thực hành và tình trạng cầm máu kém và kết quả xấu đi. Nghiên cứu nhỏ lẻ này đã 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 tử vong tăng lên đáng kể cho 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 tử vong 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 nặng hoặc huyết áp không ổn định sau khi hội chẩn ban đầu và nhóm này có thể cần tiếp cận khẩn cấp hơn sau khi hội chẩn và tuân theo hướng dẫn thực hành.

Phương pháp cầm máu nội soi

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

Phản ứng pháp tiếp cận loét dày tá tràng có cục máu đông bám (Forrest IIb) vẫn còn gây tranh cãi vì dữ liệu hiện có đưa ra những kết luận trái ngược nhau khi nói đến lợi ích của liệu pháp nội soi để tìm kiếm những tổn thương mà hình thức loét còn chưa rõ ràng. Nếu có đủ chuyên môn (bao gồm cả hình ảnh nội soi và X-quang) và vị trí loét nằm ở vị trí thuận lợi, có thể thực hiện loại bỏ cục máu đông dính và áp dụng liệu pháp cầm máu nội soi.

Sau nội soi PPI liều cao truyền tĩnh mạch trong 72h để tìm kiếm Loét Forrest: IA, 1B, 2A, 2B, liều thuốc tiếp theo uống loét Forrest: 2C, 3.

Đang chờ 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 được sử dụng phổ biến nhất và chủ yếu dựa trên cơ chế 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 dùng đồng hồ cầm máu và clip và có nguy cơ xuất 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 liều thuốc để ngăn ngừa epinephrine khi nói đến nguy cơ xuất huyết tái phát theo. Ưu điểm chính của tiêm epinephrine là dễ thực hiện và dễ bị tái chảy máu khi gặp tình trạng xuất huyết đang diễn ra để tạm thời làm chậm quá trình xuất huyết, tạo vùng thông thoáng cho đến khi áp dụng biện pháp can thiệp nội soi chính xác hơn (ví dụ như clip hoặc dùng đồng hồ).

Kỹ thuật clip.

Có thể đặt clip cắt bỏ nội soi đường ruột dưới kính hiển vi tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch thực quản (TTS: through-the-scope clips) và (OTSC: over-the-scope clips). Kỹ thuật TTS thường được áp dụng tại vị trí xuất huyết, tìm ra ổ loét cắt bỏ nội soi, đặt clip cắt bỏ nội soi. Mặc dù kỹ thuật TTS được sử dụng rộng rãi để cắt bỏ nội soi, nhưng bằng chứng hỗ trợ hiệu quả của chúng thực sự khá hạn chế. Kỹ thuật TTS có thể được sử dụng cho nhiều tổn thương xuất huyết bao gồm loét dạ dày tá tràng và tổn thương mạch máu (ví dụ như tổn thương Dieulafoy). Tuy nhiên, việc sử dụng các kỹ thuật này vẫn có thể gặp khó khăn với một số tổn thương như vị trí nhô ra (ví dụ như góc cong như cửa dạ dày và tá tràng một số) và các vết loét xơ hóa. Như đã thảo luận trước đây, clip cắt bỏ nội soi này có thể được kết hợp với tiêm epinephrine, đặt clip cắt bỏ nội soi trước và sau khi phẫu thuật cắt bỏ nội soi epinephrine.

- OTSC

- OTSC ngày càng được sử dụng nhiều cho nhiều chỉ định nội soi khác nhau. Công nghệ này đã được chứng minh là có hiệu quả như một biện pháp cầm máu và là một phương pháp tiêu chuẩn (chỉ định là kỹ thuật TTS) trong việc cầm máu xuất huyết dai dẳng ở bệnh nhân có tổn thương loét xuất huyết nội soi có nguy cơ cao đã bị xuất huyết tái phát. Tuy nhiên, một số hạn chế và phương pháp đặt clip nội soi tin cậy của bằng chứng thực hành đã được nêu ra, đặt ra câu hỏi về việc áp dụng kỹ thuật này như một lựa chọn chính trong xuất huyết tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch thực quản, chỉ cần nói đến xuất huyết loét dạ dày tá tràng. Hiệu quả và một chi phí của kỹ thuật này cũng cần được cân nhắc nếu sử dụng trong một đích điều trị cầm máu nội soi. Hiện nay, OTSC được khuyến cáo là biện pháp cầm máu cho bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch thực quản bị xuất huyết dai dẳng hoặc tái phát

Tiếp xúc nhiệt.

Lựa chọn phương pháp đặt clip cắt bỏ nội soi cắt bỏ nội soi bằng cách tìm ra nhiệt độ đặt clip nội soi mô và cơ thể máu. Một số thiết bị nhiệt tiếp xúc có sẵn bao gồm đầu đặt clip nội soi, đầu dò gia nhiệt và đầu đặt clip nội soi cầm máu. Đầu dò đặt clip nội soi cắt bỏ nội soi cắt bỏ nội soi bằng phương pháp đông máu kết hợp bao gồm tác động áp lực trực tiếp lên mạch máu đang xuất huyết bằng đầu dò trong khi đặt clip. Khuyến cáo hiện tại là sử dụng đầu dò có đường kính 3,2 mm với áp lực tối thiểu lên mạch máu và áp dụng năng lượng nhiệt trong 8–10 giây. Kỹ thuật cầm máu đặt clip nội soi (MHFSC), chỉ định đặt clip cắt bỏ nội soi trong quá trình cắt bỏ nội soi, cũng có

thiết bị có sẵn dùng để xử lý các tổn thương xuất huyết khác. MHFSC đặt thiết bị có cảm 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 nhiệt trực tiếp.

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 mạc ruột 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 nội soi khác.

Nhiệt tiếp xúc bên trong trong cảm máu nội soi

Thuốc cảm máu tại chỗ

Một trong những tiến bộ gần đây nhất trong lĩnh vực điều trị UGIB là sự ra đời của các tác nhân cảm máu tại chỗ. Đây là các phương pháp nhiệt không tiếp xúc có đặc tính cảm máu và được áp dụng tại chỗ vào vị trí xuất huyết thông qua đầu dò dài so với các phương pháp nhiệt khác. Không giống như các phương pháp nhiệt cảm máu nội soi khác, các tác nhân cảm máu tại chỗ có thể được áp dụng rộng rãi trên một vùng xuất huyết, điều 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 trắng có nguội gồm các hạt silica, sinh học, tạo ra một rào cản cục bộ trên các vị trí xuất huyết khi tiếp xúc với đầu kẹp trong quá trình tiêu hóa. Thuốc được đưa vào bằng cách 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 điều trị nghi ngờ xuất huyết dưới niêm mạc ruột. Nghiên cứu cho thấy TC-325 có khả năng cảm máu tức thời cao khi được sử dụng làm liệu pháp chính hoặc kết hợp (tỷ lệ cảm máu tức thời >90%). Có thể thấy, TC-325 cũng được phát hiện có hiệu quả trong việc điều trị các tổn thương xuất huyết ác tính không tiêu hóa, đặc biệt là do bệnh chuyển lan tỏa của tình trạng xuất huyết. Tuy nhiên, mối quan tâm chính đối với TC-325, xét theo cơ chế hoạt động của nó, là xuất huyết tái phát sau khi bột rơi sạch sau 12–24 giờ, làm lộ lại tổn thương xuất huyết, đây là vấn đề đối với các tổn thương

thông tin có nguy cơ tái xuất huyết cho mức độ báo cáo là ≥ 72 giờ đối với các vết loét xuất huyết cho mức độ chảy máu nặng nề. Các nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên không cho thấy tỷ lệ tái xuất huyết cao hơn khi TC-325 được đánh giá chính xác hơn các nhóm bệnh nhân thông tin đối với các can thiệp nội soi thông thường.

Hệ thống cầm máu khác Polysaccharide EndoClot (PHS) (EndoClot Plus, California, Hoa Kỳ) chưa được nghiên cứu như, 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 một hàng rào vật lý. Thông tin về 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 và chưa được biết đến 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 (như một liệu pháp chính hoặc cầm cầm) với tỷ lệ cầm máu tức thời được báo cáo là 64%–100%. Tỷ lệ tái xuất huyết sau 30 ngày trong các nghiên cứu này dao động từ 3,3% đến 20%.

Một tác nhân tái chế khác mới được giới thiệu gần đây là PuraStat (PuraStat™, 3D-Matrix, Europe Ltd, Pháp), đây là một tác nhân peptide tái lắp ráp tạo thành hydrogel trong suốt pH trung tính. Khi PuraStat được bôi lên vùng xuất huyết, nó sẽ nhanh chóng tạo thành một hàng rào hydrogel để cầm máu. Một ưu điểm chính của PuraStat so với các tác nhân tái chế khác là bền chắc trong suốt cả nó không che khuất tầm nhìn nội soi, cho phép điều trị đa phần thông tin tái chế 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 >80% các tổn thương. Xuất huyết tái phát có thể xảy ra ≤17% bệnh nhân.

Các tác nhân tái chế khác hệ thống cầm máu nội soi bằng polyme tự nhiên thông tin 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 thông tin chung hoạt động thông tin như các loại bột cầm máu tái chế khác.

Hệ thống đèn ESGE để xuất sử dụng các tác nhân tái chế trong trường hợp xuất huyết dai dẳng không đáp ứng với phương pháp cầm máu khác. Gần đây hơn, hệ thống đèn ACG đã đưa ra khuyến nghị có điều kiện để xuất sử dụng TC-325 cho bệnh nhân bị loét đang xuất huyết. Các hệ thống đèn trong trường hợp lại có thể sử dụng hệ thống cầm máu các tác nhân này làm phương pháp điều trị đầu tay cho NVUGIB, với vai trò hỗ trợ ích nhất có thể là nội soi trong việc kiểm soát xuất huyết 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 thời cao hơn với TC-325 so với liệu pháp nội soi thông thường trong xuất

huyết ác tính mà không có sự khác biệt về tỷ lệ 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 tỷ lệ tái phát loét, việc xét nghiệm theo quy và diệt trừ *H. pylori* tốt nhất bệnh nhân có biểu hiện UGIB liên quan đến bệnh loét dạ dày tá tràng. Theo dõi xét nghiệm HP, vì hầu hết các xét nghiệm phát hiện *H. pylori* đều có độ nhạy thấp hơn trong bệnh cảnh UGIB cấp tính, điều này có thể khiến một số người trì hoãn xét nghiệm, với tỷ lệ âm tính giả $\leq 55\%$. Mặt 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 tạp. Nhưng cân nhắc này khuyến cáo xét nghiệm *H. pylori* trong quá trình nằm 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