

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG ĐƯỢC CAN THIỆP CÂM MÁU QUA NỘI SOI

Nguyễn Văn Trung¹, Nguyễn Tâm Niệm¹, Văn Nhật Minh¹,
Nguyễn Văn Chương², Nguyễn Chí Tùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên do loét dạ dày, tá tràng được can thiệp cầm máu qua nội soi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 41 trường hợp CMTH do LDDTT được can thiệp cầm máu qua nội soi.

Kết quả: Tiền sử có bệnh lý dạ dày tá tràng cao nhất với 58,5%. Đi cầu phân đen 56,1%; Nôn ra máu 2,4%; Nôn máu kết hợp với đi cầu phân đen 41,5%. Đau thượng vị 65,8%. CMTH mức độ nặng 7,3%; vừa 31,7% và nhẹ 60,9%. Shock 12,2%. Tỷ lệ truyền máu 51,2%. Thể tích máu được truyền $755,0 \pm 841,1$ ml.

Loét dạ dày 34,1%; loét tá tràng 63,4%; cả hai 2,4%. Ổ loét <1 cm: 56,1%; 1-2 cm: 36,6% và > 2 cm: 7,3%. Forrest IIA chiếm đa số 53,7%. Forrest IB: 34,1%. Forrest IA: 4,9%.

Kết luận: Chẩn đoán lâm sàng chính xác là rất quan trọng trong việc lựa chọn và can thiệp điều trị cụ thể. Nội soi trên là phương pháp điều tra ban đầu chính.

Từ khóa: chảy máu tiêu hóa, loét dạ dày – tá tràng, cầu phân đen, nôn ra máu.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO GASTRIC AND DUODENAL ULCER WERE INTERVENTIONAL HEMOSTASIS BY ENDOSCOPIC

¹ Bệnh viện Trung Vương, ² Phân hiệu phía Nam/ Học viện Quân y, ³ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Chương (chuong@live.com)

Ngày nhận bài: 12/02/2023, ngày phản biện: 24/5/2023

Ngày bài báo được đăng: 30/6/2023

ABSTRACT

Objectives: Investigation of clinical characteristics of upper gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcer were interventional hemostasis by endoscopic

Methodology: Prospective and described study. We studied in 41 cases upper gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcer were interventional hemostasis by endoscopic.

Results: History of gastroduodenal disease with 58.5%; Melena was 56.1% and hematemesis 2.4%; Combination both were 41.5%. Epigastric pain was 65.8%. The severity level, moderate level and low level were 7.3%, 31.7% and 60.9%, respectively. The rate of shock was 12.2%. Blood transfusion rate 51.2%. Transfused blood volume 755.0 ± 841.1 ml.

Gastric ulcers 34.1%; duodenum ulcers 63.4%; Gastric and duodenal ulcer 2.4%. The size of Ulcers <1 cm: 56.1%; 1-2 cm: 36.6% and > 2 cm: 7.3%. Forrest IIA has a majority of 53.7%. Forrest IB: 34.1%. Forrest IA: 4.9%.

Conclusions: Accurate clinical diagnosis is crucial in determining the investigation of choice and specific treatment interventions. Upper endoscopy is the mainstay of initial investigations.

Keyword: Gastrointestinal bleeding, Gastric and duodenal ulcer, melena, hematemesis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiêu hóa (CMTH) do loét dạ dày - tá tràng (LDDTT), là một cấp cứu nội khoa, ngoại khoa thường gặp nhất của đường tiêu hóa, chiếm tỉ lệ khoảng hơn 50% trong tất cả các nguyên nhân gây chảy máu tiêu hóa trên, với tỉ lệ tử vong từ 3-14% [1]. Mặc dù tần suất bệnh loét dạ dày tá tràng cần phải nhập viện có khuynh hướng giảm dần nhưng tỉ lệ chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng, không hề có xu hướng giảm đi [2]. Nhờ những tiến bộ trong hồi sức và can thiệp qua nội

soi tiêu hóa đã làm tỉ lệ tử vong được ghi nhận thấp hơn [1].

Trong những năm gần đây với sự phát triển của nội soi tiêu hóa, đặc biệt là nội soi can thiệp đã góp phần rất lớn trong kết quả điều trị chảy máu tiêu hóa. Nội soi có giá trị chẩn đoán nguyên nhân hết sức quan trọng trong 85% đến 96% các trường hợp chảy máu tiêu hóa trên [3], [4]. Ngoài ra nội soi còn giúp xác định nguyên nhân chảy máu, hình thái ổ loét, tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong, đánh giá các tổn thương phối hợp.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày, tá tràng được can thiệp cầm máu qua nội soi.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện trên 41 BN CMTH do LDDTT được điều trị tại Bệnh viện Trung Vương TP. Hồ Chí Minh, từ tháng 12/2019 – 4/2021.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tuổi \geq 16; Được chẩn đoán xác định CMTH do LDDTT, có hình ảnh phân độ nội soi Forrest Ia, Ib, IIa, IIb được can thiệp cầm máu qua nội soi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: CMTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa; Rối loạn chức năng đông cầm máu nặng (tiểu cầu <50 G/L, tỉ lệ prothrombin $<50\%$); Các trường hợp CMTH trên kèm theo biến chứng thủng. - Các trường hợp chảy máu ở dạ dày tá tràng không do loét như viêm dạ dày tá tràng, ung thư dạ dày...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang.

Các dữ liệu được thu thập ngay lúc

bệnh nhân nhập viện, bao gồm: các dữ liệu từ lâm sàng, cận lâm sàng (tuổi, giới, tiền căn bệnh lý DDTT, các loại thuốc đang sử dụng NSAID và Corticoid, các XN cận lâm sàng...) và các dữ liệu từ nội soi (thời gian, phân loại và các biện pháp can thiệp qua nội soi).

* *Chẩn đoán xác định chảy máu tiêu hóa trên dựa vào [1]:*

- *Hội chứng chảy máu*

+ Một hoặc cả hai triệu chứng: nôn ra máu, đi ngoài phân đen.

+ Hình ảnh nội soi ổ loét đang chảy máu hoặc còn vết tích chảy máu.

- *Hội chứng mất máu cấp*

+ Hoa mắt chóng mặt, da niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ.

+ Xét nghiệm: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit giảm, hồng cầu lưới tăng.

- Hình ảnh nội soi theo phân loại Forrest

Số liệu thu được xử lý theo các thuật toán thường dùng trong thống kê y sinh học. Phân tích dữ liệu sử dụng phần mềm SPSS 29.0. Tỉ lệ phần trăm dùng mô tả cho các biến định tính, trung bình và độ lệch chuẩn dùng cho các biến định lượng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3. 1. Đặc điểm tuổi đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi	Nam (n=35)		Nữ (n=6)		Chung (n=41)	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 30	5	14,3	0	0	5	12,2
30 - 59	19	54,3	1	16,7	20	47,8
≥ 60	11	31,4	5	83,3	16	39,0
± SD	51,4±20,8		70,8±12,1		54,3±20,9	
p	0,035				-	
Nhỏ nhất	16		56		16	
Lớn nhất	93		90		93	

Nhận xét: Độ tuổi 30-59 chiếm tỉ lệ cao nhất ở đối tượng nghiên cứu với 47,8%, tiếp đến là nhóm ≥ 60 với tỉ lệ 39%. 83,3% nữ giới có độ tuổi ≥ 60 trong khi đó ở nam là 31,4%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 54,3±20,9; ở nam là 51,4±20,8 thấp hơn ở nữ giới với 70,8±12,1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,05.

Bảng 3. 2. Tiền sử bệnh lý dạ dày tá tràng

Tiền sử	Số lượng (n=41)	Tỉ lệ (%)
Không	17	41,5
CMTH do LDDTT	8	19,5
Viêm loét dạ dày	11	26,8
Viêm loét dạ dày, tá tràng	3	7,3
VLDDTT + Thủng cũ tá tràng	1	2,4
VLDDTT + Thủng dạ dày	1	2,4
Cộng	41	100

Nhận xét: Có tới 58,5% đối tượng nghiên cứu có tiền sử bệnh lý dạ dày tá tràng. Tiền sử có bệnh viêm loét dạ dày chiếm tỉ lệ cao nhất 26,8%; CMTH chiếm tỉ lệ 19,5%; Viêm loét dạ dày, tá tràng 7,3%. Thủng cũ dạ dày và thủng tá tràng có tỉ lệ bằng nhau với 2,4%.

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bảng 3. 3. Triệu chứng cơ năng

Đặc điểm	Số lượng (n=41)	Tỉ lệ (%)
Nôn máu + Cầu phân đen	17	41,5
Nôn máu	1	2,4
Đi cầu phân đen	23	56,1
Đau thượng vị	27	65,8
Shock lúc vào viện	5	12,2
Vật vã lo lắng	2	4,8

Nhận xét: Triệu chứng nôn ra máu cùng với đi cầu phân đen chiếm tỉ lệ cao với 41,5%. Chỉ có 01 trường hợp nôn máu 2,4%. Đi cầu phân đen độc lập chiếm tỉ lệ cao nhất với 56,1%. Triệu chứng đau thượng vị gặp ở 65,8%.

Bảng 3. 4. Mức độ chảy máu tiêu hoá

Đặc điểm	Số lượng (n=41)	Tỉ lệ (%)
Nặng	3	7,3
Vừa	13	31,7
Nhẹ	25	60,9

Nhận xét: Chảy máu tiêu hoá mức độ nặng chiếm tỉ lệ 7,3% (3/41), mức độ vừa chiếm tỉ lệ 31,7% (13/41) và mức độ nhẹ chiếm đa số với tỉ lệ 60,9% (25/41).

Bảng 3. 5. Đặc điểm tổn thương trên nội soi

Đặc điểm tổn thương		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Vị trí tổn thương	Loét dạ dày	14	34,1
	Loét hành tá tràng	26	63,4
	Loét dạ dày + hành tá tràng	1	2,4
Kích thước ổ loét	< 1 cm	23	56,1
	1 – 2 cm	15	36,6
	> 2 cm	3	7,3
Phân loại theo Forrest	IA	2	4,9
	IB	14	34,1
	IIA	22	53,7
	IIB	3	7,3
Thời gian nội soi (giờ)	Trước 12 giờ	35	85,4
	12 - 24 giờ	1	2,4
	Sau 24 giờ	5	12,2
	± SD (Nhỏ nhất-Lớn nhất)	5,3 ± 6,7 (1 – 36)	

Nhận xét: Loét hành tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,4%, tiếp đến là loét dạ dày với 34,1%. Chỉ có 2,4% là có loét ở cả dạ dày và tá tràng. Hơn một nửa ổ loét có kích thước < 1 cm (56,1%). Ổ loét có kích thước 1-2 cm chiếm 36,6% và > 2 cm chiếm 7,3%. Hình thái tổn thương theo Forrest IIA chiếm đa số trong nghiên

cứ với 53,7%. Forrest IB chiếm 34,1%. Forrest IA chiếm 4,9%. Trong ba trường hợp Forrest IIB sau khi loại cục máu đông chuyển thành Forrest IIA. Nội soi trước 12 giờ chiếm đa số với 85,4%. 05 trường hợp nội soi sau 24 giờ là do tình trạng BN không cho phép soi sớm.

Bảng 3. 6. Đặc điểm truyền máu

Truyền máu (n=41)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Hồng cầu lắng	20	48,8
Huyết tương đông lạnh	1	2,4

Nhận xét: Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu được chỉ định truyền máu là 21 trường hợp chiếm tỉ lệ 51,2%. Trong đó truyền khối hồng cầu là 20 trường hợp với tỉ lệ 48,8%. 01 trường hợp được truyền huyết tương tươi đông lạnh 2,4%. Thể tích khối hồng cầu trung bình truyền cho một đối tượng là $755,0 \pm 841,1$ ml, nhỏ nhất là 350 ml và lớn nhất là 4100 ml. 50% đối tượng nghiên cứu được truyền dưới 500 ml hồng cầu khối và 35% được truyền từ 500 ml – 1000 ml. Chỉ có 15% được truyền trên 1000 ml.

4. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu chúng tôi thu được nam giới chiếm đa số trong số các đối tượng nghiên cứu với 35 trường hợp chiếm tỉ lệ 85,4% gấp hơn 5,8 lần nữ giới với 06 trường hợp chiếm tỉ lệ 14,6%. Quách Trọng Đức tỉ lệ nam/ nữ là 3:1 [2]. Đặng Ngọc Quý Huệ nam/ nữ: 474/171

[5]. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn tỉ lệ mắc bệnh ở nữ giới nhưng các tỉ lệ có và không có điểm tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Về độ tuổi theo y văn kinh điển độ tuổi hay gặp nhất trong bệnh lý LDDTT là tuổi trung niên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được độ tuổi của đối tượng nghiên cứu (Bảng 3.1) như sau: Độ tuổi 40-49 chiếm tỉ lệ cao nhất ở đối tượng nghiên cứu với 19,5%, tiếp đến là nhóm 50-59 và 60-69 có tỉ lệ bằng nhau với 17,1%. 100% nữ giới có độ tuổi ≥ 50 trong khi đó ở nam là 48,6%. Độ tuổi < 60 ở nam giới chiếm ưu thế với 68,6%. Tính chung cho tất cả đối tượng nghiên cứu thì tỉ lệ này là 61%. Tuổi cao nhất của đối tượng nghiên cứu là 93 thấp nhất là 16. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $54,3 \pm 20,9$; ở nam là $51,4 \pm 20,8$ thấp hơn

ở nữ giới với $70,8 \pm 12,1$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Sự khác biệt này theo chúng tôi có thể là do đặc điểm chọn mẫu, cũng như thời điểm chọn mẫu tại bệnh viện của chúng tôi.

Có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy đặc điểm tuổi của những bệnh nhân chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng hay gặp nhất là ở tuổi trung niên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Quách Trọng Đức tuổi trung bình là $50,4 \pm 19,4$ [2]. Đặng Ngọc Quý Huệ tuổi BN là 52 nhỏ nhất 16 lớn nhất 92; tuổi của BN nữ cao hơn nam có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$ [5]. Nguyễn Thị Liên uổi trung bình $59,11 \pm 17,97$, tỉ lệ nam giới là 59,4% [6]. Quách Tiến Phong tuổi trung bình $54,58 \pm 16,46$; nam/ nữ: 2,32/1 [7]. Nguyễn Ngọc Tuấn nam 73,7%; nữ 26,3%. Tuổi trung bình là $59,82 \pm 16,68$ (28-92) [8]. Chung I-Kwun tuổi trung bình 54,5; nam/ nữ 34/7 [9]. Saša Grgov nam/ nữ 23/11, tuổi trung bình $60,3 \pm 11,1$ [10]. Shi-Bin Guo nam/ nữ = 42/26, trung bình 54,4 (9-70) [11].

Về tiền sử bệnh lý dạ dày tá tràng: Tiền sử bệnh lý dạ dày tá tràng đóng vai trò quan trọng liên quan đến hiệu quả điều trị và điều trị nguyên nhân. Đứng trước một trường hợp CMTH khi khám bệnh người thầy thuốc cần phải hỏi kỹ về tiền sử bệnh lý dạ dày tá tràng hay CTMH cũng như các bệnh lý khác liên quan đặc biệt là

các bệnh lý nội khoa mãn tính, đặc biệt là những loại thuốc đang sử dụng kéo dài như corticoid hay NSAID. Kết quả nghiên cứu ghi nhận: Có tới 58,5% đối tượng nghiên cứu có tiền sử bệnh lý dạ dày tá tràng. Tiền sử có bệnh viêm loét dạ dày chiếm tỉ lệ cao nhất 26,8%; CMTH chiếm tỉ lệ 19,5%; Viêm loét dạ dày, tá tràng 7,3%. Thủng dạ dày và thủng tá tràng có tỉ lệ bằng nhau với 2,4% cho mỗi trường hợp. Saša Grgov có bệnh lý kết hợp 50%; tỉ lệ đối tượng có sử dụng NSAID kéo dài 61,7% [10].

Về triệu chứng cơ năng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được triệu chứng nôn ra máu cùng với đi cầu phân đen chiếm tỉ lệ cao với 41,5%. Chỉ có 01 trường hợp nôn máu 2,4%. Đi cầu phân đen độc lập chiếm tỉ lệ cao nhất với 56,1%. Triệu chứng đau bụng vùng thượng vị chúng tôi gặp ở 65,8%; đây có thể là triệu chứng của bệnh lý LDDTT trước đó hoặc là triệu chứng khởi phát của CTMH do LDDTT. Nếu chỉ tính riêng độc lập các triệu chứng thì đi cầu phân đen chiếm tỉ lệ cao nhất với 97,6% và nôn ra máu chiếm tỉ lệ 43,9%. Theo Nguyễn Ngọc Tuấn ói ra máu 42,1%, tiêu phân đen 23,7% và ói ra máu và đi tiêu phân đen 34,2% [8]. Shi-Bin Guo nôn ra máu 38,2%, cầu phân đen 13,3% và cả hai 48,5% [11]. Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có shock trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,2% tương ứng với 05 trường hợp. Có 2 trường hợp BN có kích thích, lo lắng nhưng không bị shock

chiếm tỉ lệ 4,8%. Huỳnh Hiếu Tâm thì bệnh nhân có tình trạng sốc mất máu khi nhập viện là 15,8% - 22,2% [12].

Về mức độ chảy máu tiêu hoá: Việc đánh giá tình trạng BN CMTH là hết sức quan trọng, nó quyết định thái độ xử trí và lựa chọn phương án điều trị tối ưu cho người bệnh, nhằm mục đích ngăn ngừa tái phát, giảm lượng máu phải truyền, giảm tỉ lệ phải phẫu thuật, giảm tỉ lệ tử vong và giảm chi phí điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chảy máu tiêu hoá mức độ nặng chiếm tỉ lệ 7,3% (3/41), mức độ vừa chiếm tỉ lệ 31,7% (13/41) và mức độ nhẹ chiếm đa số với tỉ lệ 60,9% (25/41). Quách Trọng Đức mức độ nhẹ 34,6%; vừa 40,9% và nặng 15,8% [2]. Đặng Ngọc Huệ mức độ nhẹ 28,1%; mức độ vừa 47,3% và mức độ nặng là 24,6% [5]. Theo Vũ Văn Khiên CMTH mức độ nhẹ, vừa, nặng lần lượt là: 12,9%; 64,6% và 22,5% [13]. Đào Nguyên Khải nghiên cứu trên 141 bệnh nhân CMTH do LDDTT được điều trị tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 cũng cho thấy mức độ mất máu nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 21,8%; 53,8%; 24,4% [14].

Vị trí ổ loét đóng vai trò quan trọng, liên quan đến lựa chọn phương pháp can thiệp nội soi và thiết bị nội soi cho phù hợp, đặc biệt khi ổ loét ở vị trí khó can thiệp như ở mặt sau hành tá tràng, mặt sau tá tràng và thân, hang vị dạ dày. Theo kết quả nghiên cứu loét tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,4% tiếp đến là loét dạ dày với

34,1%. Chỉ có 2,4% là có loét ở cả dạ dày và tá tràng.

Kích thước ổ loét cũng đóng một vai trò quan trọng trong lựa chọn phương pháp can thiệp, đặc biệt là khi ổ loét to, chảy máu cấp tính, không có khả năng can thiệp và khi nghi ngờ dấu hiệu ung thư thì cần ưu tiên can thiệp ngoại khoa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được hơn một nửa ổ loét có kích thước < 1 cm (56,1%). Ổ loét có kích thước 1-2 cm chiếm 36,6% và > 2 cm chiếm 7,3%. Saša Grgov loét dạ dày 47%; loét tá tràng 52,9%; Forrest IA 5,9%; Forrest IB 88,2%; Forrest IIA 5,9% [10]. Tác giả Quách Trọng cho biết loét dạ dày 36,8%; loét tá tràng 35,1% [2]. Đặng Ngọc Quý Huệ LDDTT 59,9%; loét dạ dày 24,8%; loét tá tràng 27,3% [5]. Marine Camus dự báo tiên tri của CMTH trong 30 ngày đối với vết loét ≥ 10 mm, tỉ lệ chảy máu tái phát tăng 6% trên mỗi lần tăng 10% kích thước vết loét (OR 1,06, KTC 95% 1,02–1,10, $p = 0,0053$). Các YTNC khác của việc tái chảy máu là mức độ chảy máu nặng, chảy máu ở BN nội trú, có bệnh lý mạn tính và tiền sử CMTH. Mức độ CMTH và kích thước vết loét ≥ 10 mm là những yếu tố dự báo cho phẫu thuật. Các YTNC của tử vong CMTH nặng, chảy máu BN nội trú, truyền tiểu cầu ban đầu hoặc truyền huyết tương tươi đông lạnh ≥ 2 đơn vị. Kích thước vết loét lớn hơn cũng là một yếu tố nguy cơ tử vong (OR 1,08 trên 10% tăng kích thước

vết loét, KTC 95% 1,02-1,14, $p = 0,0095$) [15].

Bảng phân loại hình thái CMTH trên nội soi theo Forrest đóng vai trò quan trọng và dựa trên bảng phân loại này để đưa ra điều trị nội soi can thiệp và điều trị nội khoa trong quá trình thực hành lâm sàng. Theo kết quả nghiên cứu hình thái tổn thương Forrest IIA chiếm đa số trong nghiên cứu với 53,7%. Forrest IB chiếm 34,1%. Forrest IA chiếm 4,9% và Forrest IIB chiếm 7,3%. Trong ba trường hợp Forrest IIB sau khi loại cục máu đông chuyển thành Forrest IIA. Như vậy tính chung thì Forrest IIA trong nghiên cứu này là 61,0%.

Từ khi phương pháp nội soi ra đời và phát triển thì việc điều trị CMTH do loét dạ dày hành tá tràng đạt được nhiều thành tựu vượt bậc. Các khuyến cáo và các nghiên cứu trong và ngoài nước thì các bệnh nhân CMTH do LDDTT cần phải được thực hiện nội soi sớm trong vòng 24 giờ kể từ khi nhập viện. Quách Trọng Đức cho biết nội soi < 6 giờ 41%; < 12 giờ 9,6%; 12 – 24 giờ 19,5%; > 24 giờ 29,9%. Về phân loại Forrest IA: 14/291; IB: 33/291; IIA: 26/291; IIB: 47/291 [2]. Huỳnh Hiếu Tâm nội soi được thực hiện trên nhóm I có 39,5% BN được nội soi cấp cứu và nội soi sớm trước 12 giờ nhập viện, 26,3% được nội soi sớm từ 12 giờ đến 24 giờ đầu nhập viện và 34,2% BN được nội soi sau 24 giờ nhập viện. Nhóm II có 25%

BN được nội soi cấp cứu và nội soi sớm trước 12 giờ nhập viện, 41,7% BN được nội soi sớm từ 12 đến 24 giờ đầu nhập viện và 33,3% BN được nội soi sau 24 giờ nhập viện [12]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số BN được nội soi trước 12 giờ chiếm đa số với 85,4%. Sau 24 giờ chiếm 12,2% và từ 12 – 24 giờ chiếm 2,4%. Như vậy, tỉ lệ bệnh nhân được nội soi sớm trước 12 giờ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn thời gian được nội soi trước 12 giờ trong nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm, phần này theo chúng tôi là phần lớn số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi khi vào viện đều có chỉ định nội soi can thiệp sớm.

Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu được chỉ định truyền máu là 21 trường hợp chiếm tỉ lệ 51,2%. Trong đó truyền khối hồng cầu là 20 trường hợp với tỉ lệ 48,8%. 01 trường hợp được truyền huyết tương tươi đông lạnh 2,4%. : Thể tích khối hồng cầu trung bình truyền cho một đối tượng là $755,0 \pm 841,1$ ml, nhỏ nhất là 350 ml và lớn nhất là 4100 ml. 50% đối tượng nghiên cứu được truyền dưới 500 ml hồng cầu khối và 35% được truyền từ 500 ml – 1000 ml. Chỉ có 15% được truyền trên 1000 ml. Quách Trọng Đức tỉ lệ truyền máu là 38,9% [2]. Quách Tiến Phong tỉ lệ truyền máu 42,3 [7]. Nguyễn Ngọc Tuấn tỉ lệ truyền máu 63,2% [8]. Trần Kinh Thành truyền máu 45,14% [16]. Nghiên cứu của Mohammed Al-Jaghbeer chia hai nhóm

chiến lược truyền máu hạn chế và tự do cho kết quả xác suất sống sót sau 6 tuần ở nhóm truyền máu hạn chế cao hơn so với nhóm truyền máu tự do 95% so với 91%; $P = 0,02$). Chảy máu tái phát ở 10% BN trong nhóm chiến lược hạn chế và 16% BN trong nhóm chiến lược tự do ($p=0,01$) và các tác dụng phụ xảy ra lần lượt ở 40% và 48% ($p=0,02$). Trong vòng 5 ngày đầu tiên, gradient áp lực cửa tăng đáng kể ở những bệnh nhân được chỉ định chiến lược tự do ($P = 0,03$) [17].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 41 bệnh nhân chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày, tá tràng được điều trị cầm máu qua nội soi bước đầu chúng tôi ghi nhận một số đặc điểm lâm sàng sau.

- Tiền sử có bệnh lý dạ dày tá tràng 58,5% (viêm loét dạ dày 26,8%; CMTH 19,5%; Viêm loét dạ dày, tá tràng 7,3%; thủng dạ dày, tá tràng 4,8%).

- Đi cầu phân đen 56,1%; Nôn ra máu 2,4%; Nôn máu + Cầu phân đen 41,5%. Đau thượng vị 65,8%.

- CMTH mức độ nặng 7,3%; vừa 31,7% và nhẹ 60,9%. Shock 12,2%.

- Tỷ lệ truyền máu 51,2%. Thể tích máu được truyền $755,0 \pm 841,1$ ml.

- Loét dạ dày 34,1%; hành tá tràng 63,4%; cả hai 2,4%. Ổ loét <1 cm: 56,1%); 1-2 cm: 36,6% và > 2 cm: 7,3%. Forrest

IIA chiếm đa số 53,7%. Forrest IB: 34,1%. Forrest IA: 4,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội khoa học Tiêu hóa Việt Nam (2009) Khuyến cáo xử trí chảy máu tiêu hóa trên cấp tính không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam, VII (17):1178-1192.
2. Quách Trọng Đức, Đào Hữu Ngôi, Đinh Cao Minh và cộng sự (2015) Khảo sát tình hình điều trị chảy máu tiêu hóa trên không do tăng áp tĩnh mạch cửa tại một số bệnh viện lớn. Y học TP. Hồ Chí Minh, 19(1):74-79.
3. Trịnh Hồng Sơn, Bùi Trung Nghĩa, Đào Đức Dũng (2013) Chảy máu tiêu hóa: các nguyên nhân và thái độ xử trí. Y học thực hành 886(11):21-27.
4. Forrest JA., Finlayson ND., Shearman DJ. (1974) Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet, 2(7877):394-7.
5. Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy (2012), «Tình hình chảy máu tiêu hóa tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất, Đồng Nai», Tạp chí Y học thực hành, 814(3):51-55.
6. Nguyễn Thị Liên, Đặng Nguyễn Đoàn Trang (2017) Khảo sát việc sử dụng thuốc ức chế bơm proton trong điều trị chảy máu tiêu hóa trên do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Y Học TP. Hồ Chí Minh,

21(5):208-213.

7. Quách Tiến Phong, Quách Trọng Đức, Lê Thành Lý (2015) Thang điểm glasgow blatchford cải tiến trong dự đoán kết cục lâm sàng ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 19(5):9-17.

8. Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức, Châu Quốc Sử và Cộng sự (2012) Kết quả kẹp clip cầm máu trong chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. Y học TP. Hồ Chí Minh, 16(1):137- 146.

9. Chung I.K., Ham J.S., Kim H.S. et al. (1999) Comparison of the hemostatic efficacy of the endoscopic hemoclip method with hypertonic saline– epinephrine injection and a combination of the two for the management of bleeding peptic ulcers. *Gastrointestinal Endoscopy*, 49(1):13-18.

10. Grgov S., Dinić R.B., Tasić T. (2013) Could the application of epinephrine improve the hemostatic efficacy of hemoclips for bleeding peptic ulcers?: A prospective randomized study. *Vojnosanitetski Pregled*, 70(9):824-829.

11. Guo S.B., Gong A.X., Leng J., et al. (2009) Application of endoscopic hemoclips for nonvariceal bleeding in the upper gastrointestinal tract. *World J Gastroenterol*, 15(34), pp. 4322-4326.

12. Huỳnh Hiếu Tâm (2019) Nghiên cứu hiệu quả của tiêm hoặc kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp với thuốc ức chế bơm

proton liều cao tĩnh mạch ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.

13. Vũ Văn Khiên và CS. (2014) Chảy máu tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch: Hình ảnh nội soi, mức độ chảy máu và hiệu quả điều trị. *Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam*, IX(36):2312-2320.

14. Đào Nguyên Khải và CS. (2017) So sánh hiệu quả điều trị kẹp clip đơn thuần và kẹp clip kết hợp tiêm Adrenalin trong điều trị chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng. *Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam*, IX(48):3012-3020.

15. Camus M., Jensen D.M., Kovacs T.O., et al.. (2016) Independent risk factors of 30-day outcomes in 1264 patients with peptic ulcer bleeding in the USA: large ulcers do worse, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 43(10), pp. 1080-1089.

16. Trần Kinh Thành, Bùi Hữu Hoàng (2011) Thang điểm Rockall và blatchford trong đánh giá tiên lượng ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng. *Y Học TP. Hồ Chí Minh* , 15(4):38-45.

17. Al-Jaghbeer M., Yende S. (2013) Blood transfusion for upper gastrointestinal bleeding: is less more again?. *Critical Care*, 17(5):325- 327.