

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA  
DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2020 - 2021**

*Nguyễn Đình Bảo Long\*, Huỳnh Hiếu Tâm*

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: longndb014@gmail.com*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng là bệnh cấp cứu nội - ngoại khoa thường gặp, hồi sức nội khoa tích cực kết hợp với điều trị can thiệp qua nội soi giúp giảm tỉ lệ xuất huyết tái phát và tử vong. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1). Đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ; 2). Đánh giá kết quả điều trị

của phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip cầm máu qua nội soi và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có theo dõi, tiến hành trên 171 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 8/2020 đến 4/2021. **Kết quả:** 74,9% có chỉ định truyền máu, số lượng máu truyền trung bình là  $2,54 \pm 3,01$  đơn vị. Tỷ lệ can thiệp cầm máu qua nội soi là 56,7%. Tỷ lệ điều trị thành công chung là 94,7%, tỷ lệ xuất huyết tái phát là 8,2%, phẫu thuật 4,1%. Điều trị bằng phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip cầm máu thành công 90,6%, có mối liên quan với phân loại hình thái xuất huyết của ổ loét theo Forrest. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng có chỉ định truyền máu và nội soi can thiệp cao. Điều trị cầm máu qua nội soi bằng phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip thành công 90,6%.

**Từ khóa:** Loét dạ dày tá tràng, tiêm HSE, kẹp clip cầm máu, cầm máu qua nội soi.

## ABSTRACT

### EVALUATING THE RESULTS OF THE TREATMENT OF PEPTIC ULCER BLEEDING AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2020-2021

Nguyen Dinh Bao Long\*, Huynh Hieu Tam  
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Acute upper gastrointestinal hemorrhage continues to be a typical medical emergency, the combination of medical therapy and endoscopic hemostasis help reducing the risk of recurrent bleeding and mortality. **Objectives:** 1) To evaluate the results of bleeding peptic ulcer treatment at Can Tho central general hospital; 2) To evaluate the treatment of peptic ulcer bleeding by injecting HSE plus endoscopic hemoclip. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out of 171 patients with peptic ulcer bleeding admitted in Can Tho Central General Hospital from August 2020 to April 2021. **Results:** 74.9% of patients need a blood transfusion, average  $2.54 \pm 3.01$  units. The rate of endoscopic hemostasis was 56.7%. The success rate of permanent hemostasis was 94.7%, the recurrent bleeding rate was 8.2%, surgery 4.1%. The treatment of peptic ulcer bleeding by injecting HSE plus endoscopic hemoclip has a success rate of 90.6%, associated with the Forrest classification. **Conclusion:** The rate of endoscopic hemostasis and blood transfusion in peptic ulcers bleeding was high. The success rate of the combination of endoscopic injection and hemoclip was 90.6%.

**Keywords:** Peptic ulcer bleeding, HSE injection, hemoclip, endoscopic hemostasis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày - tá tràng là một cấp cứu thường gặp. Ngày nay, tuy đã có nhiều tiến bộ về phương tiện chẩn đoán, can thiệp điều trị và hồi sức cấp cứu nhưng tỷ lệ tử vong trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng vẫn còn cao, dao động từ 3-14% [5], tỷ lệ xuất huyết tái phát từ 6,9-13,2% [7], [1]. Xuất huyết tái phát làm tăng nhu cầu phẫu thuật, tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, gây khó khăn và tốn kém trong điều trị. Nội soi can thiệp ngày càng phát triển với nhiều phương pháp mới tiến bộ, phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip cầm máu trong một số nghiên cứu cho thấy giúp giảm tỷ lệ xuất huyết tái phát, nhu cầu phẫu thuật và tử vong [9]. Tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ cũng đã áp dụng phương pháp phối hợp giữa tiêm cầm máu và kẹp clip cầm máu trong nội soi điều trị các ổ loét dạ dày - tá tràng có nguy cơ xuất huyết cao (Forrest IA, IB, IIA), và đã đạt được một số hiệu quả nhất định.

Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020 - 2021” với các mục tiêu sau:

1. Đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020 - 2021.

2. Đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip cầm máu qua nội soi và một số yếu tố liên quan.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 8/2020 - 4/2021.

#### - Tiêu chuẩn chọn mẫu

Các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày - tá tràng được chẩn đoán dựa vào lâm sàng và nội soi tiêu hóa trên: nôn ra máu hoặc dịch đen, đại tiện ra máu hoặc phân đen, nội soi xác định tổn thương loét tại dạ dày - tá tràng.

Tuổi  $\geq 16$ , không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ các bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng kèm theo các tổn thương:

Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản - dạ dày, dị dạng mạch máu (tổn thương Dieulafoy), viêm dạ dày - tá tràng xuất huyết, ung thư dạ dày, loét dạ dày - tá tràng kèm biến chứng thủng.

Rối loạn đông cầm máu nặng: tiểu cầu  $< 50 \times 10^9/L$ , tỷ lệ prothrombin  $< 50\%$ .

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có theo dõi.

- **Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức: 
$$n = z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Z: trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95% , nên  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ .

p: tỷ lệ điều trị thành công ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng ước tính từ một nghiên cứu trước đó. Theo nghiên cứu của Vũ Văn Khiên và cộng sự năm 2014, con số này là 94% [4]. Ước lượng  $p = 0,94$ .

d: độ chính xác (sai số cho phép) là 4% ( $d = 0,04$ ).

Như vậy cỡ mẫu tính được là:  $n = 136$ . Mẫu nghiên cứu hiện tại là 171.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Dùng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

#### - Nội dung nghiên cứu

Kết quả điều trị XHTH do loét dạ dày tá tràng.

+ Nhu cầu truyền máu, số lượng máu truyền: chỉ định truyền máu khi  $Hb < 7g/dL$ , đơn vị chế phẩm máu là khối hồng cầu từ 350ml máu toàn phần.

+ Can thiệp cầm máu qua nội soi: khi xác định tổn thương loét chảy máu theo phân loại Forrest trên nội soi là FIA, FIB, FIIA. Lựa chọn phương pháp can thiệp: tiêm HSE, kẹp clip hoặc phối hợp tiêm HSE và kẹp clip cầm máu.

+ Xuất huyết tái phát và kết quả điều trị chung. Thời điểm xuất huyết tái phát tính từ sau khi nội soi lần đầu cầm máu thành công qua nội soi.

Kết quả điều trị bằng phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip cầm máu và một số yếu tố liên quan.

+ Kết quả cầm máu ban đầu và kết quả cầm máu chung.

+ Một số yếu tố liên quan với kết quả cầm máu chung: kích thước ổ loét, phân loại Forrest, tuổi, thời điểm nội soi, số lượng clip kẹp cầm máu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 171 bệnh nhân, chúng tôi có kết quả như sau:

#### 3.1. Kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng

Bảng 1. Số đơn vị máu truyền trung bình

Nhu cầu truyền máu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không truyền máu	43	25,1
1 – 2 đơn vị	63	36,8
3 – 6 đơn vị	52	30,4
> 6 đơn vị	13	7,6
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>100</b>
Số máu truyền trung bình: $2,54 \pm 3,01$ đơn vị		

Nhận xét: Lượng máu truyền máu trung bình cho mỗi bệnh nhân là  $2,54 \pm 3,01$  đơn vị, 25,1% không có chỉ định truyền máu.

Bảng 2. Số đơn vị máu truyền theo thời điểm nội soi và kích thước ổ loét

		Số đơn vị máu truyền	P
Thời điểm nội soi	Trước 24 giờ	$2,5 \pm 3,11$	P = 0,69
	Sau 24 giờ	$2,72 \pm 2,62$	
Kích thước ổ loét	< 2 cm	$1,94 \pm 2,75$	P = 0,006
	$\geq 2$ cm	$3,21 \pm 3,17$	

Nhận xét: Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa có kích thước ổ loét  $\geq 2$  cm có số lượng máu truyền nhiều hơn nhóm có kích thước ổ loét < 2 cm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phân bố tỷ lệ phương pháp can thiệp cầm máu qua nội soi

Phương pháp can thiệp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không can thiệp	74	43,3
Tiêm cầm máu	23	13,4
Kẹp Clip cầm máu	21	12,3
Tiêm HSE + kẹp clip	53	31,0
<b>Tổng</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân cần can thiệp cầm máu qua nội soi là 56,7%.

Bảng 4. Xuất huyết tái phát và kết quả điều trị chung ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng

Xuất huyết tái phát		Kết quả điều trị chung	
Thời điểm xuất huyết	N (%)	Phương pháp điều trị	N (%)
Không xuất huyết	157 (91,8%)	Điều trị nội khoa và cầm máu qua nội soi	162 (94,7%)
Trước 24 giờ	4 (2,3%)	Phẫu thuật, bệnh ổn	4 (2,3%)
24 – 72 giờ	6 (3,5%)	Phẫu thuật, bệnh chuyển nặng	3 (1,8%)
Sau 72 giờ	4 (2,3%)	Không phẫu thuật, xin về	2 (1,2%)
<b>Tổng</b>	<b>171 (100%)</b>	<b>Tổng</b>	<b>171 (100%)</b>

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết tái phát chiếm 8,2%, trong đó có 5,8% xuất huyết tái phát trước 72 giờ. Tỷ lệ điều trị thành công cao 94,7%, thất bại với điều trị nội khoa là 5,3%.

### 3.2. Kết quả điều trị của phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip

Trong 171 trường hợp điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, có 53 trường hợp được điều trị bằng phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip cầm máu qua nội soi.

Bảng 5. Số clip kẹp và lượng HSE tiêm cầm máu

Số lượng		Ít nhất	Nhiều nhất	TB ± DLC
Số clip cầm máu	Lần 1	1	6	2,36 ± 1,19
	Lần 2	2	5	3,25 ± 1,5
Số lượng HSE (ml)		6	10	8,75 ± 1,19

Nhận xét: Số clip trung bình cho mẫu nghiên cứu ở lần 1 là  $2,36 \pm 1,19$  clip, lần 2 là  $3,25 \pm 1,5$  clip, nhiều nhất là 6 clip. Lượng HSE tiêm cầm máu trung bình trong mẫu nghiên cứu là  $8,75 \pm 1,19$  mL.

Bảng 6. Xuất huyết tái phát sau tiêm HSE phối hợp kẹp clip

Xuất huyết tái phát	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tái phát	7	13,2
Không tái phát	46	86,8
<b>Tổng</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa tiêm HSE phối hợp kẹp cầm máu có tỷ lệ xuất huyết tái phát tương đối cao 13,2%.

Bảng 7. Kết quả cầm máu của tiêm HSE phối hợp kẹp clip

Kết quả cầm máu	Thành công		Thất bại	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cầm máu ban đầu	51	96,2	2	3,8
Cầm máu chung	48	90,6	5	9,4

Nhận xét: Phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip có tỷ lệ cầm máu ban đầu thành công cao 96,2%. Tỷ lệ cầm máu chung thành công 90,6%, thất bại 9,4%.

Bảng 8. Kết quả điều trị chung và một số yếu tố liên quan

Yếu tố khảo sát	KQ Điều trị chung		Thành công	Thất bại	P
	< 2cm	≥ 2cm			
Kích thước ổ loét	< 2cm		27	1	P = 0,18
	≥ 2cm		21	4	
Phân loại Forrest	FIA		2	2	P = 0,017
	FIB		10	2	
	FIIA		35	1	
	FIIB		1	0	
Tuổi	< 60		22	1	P = 0,37
	≥ 60		26	4	
Thời điểm nội soi	Trước 24 giờ		41	3	P = 0,19
	Sau 24 giờ		7	2	
Số clip sử dụng	< 2		12	2	P = 0,68
	2 – 4		34	3	
	> 4		2	0	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị chung và phân loại xuất huyết của ổ loét theo Forrest trên nội soi.

#### IV. BÀN LUẬN

##### **Kết quả điều trị XHTH do loét dạ dày - tá tràng**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 74,9% bệnh nhân có chỉ định truyền máu, số đơn vị máu truyền trung bình là  $2,54 \pm 3,01$  đơn vị. Tỷ lệ bệnh nhân cần can thiệp cầm máu qua nội soi là 56,7%, trong đó 31% được can thiệp bằng phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip cầm máu, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh và cs 34,52% [2], Nguyễn Văn Khiên và cs 41,3% [4], nguyên nhân do bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa nặng, có nguy cơ xuất huyết tái phát trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao và do sự khác nhau về mô hình bệnh tật của từng khu vực.

Số đơn vị máu trung bình cần truyền phụ thuộc vào nhiều yếu tố: mức độ xuất huyết tiêu hóa, thời điểm nội soi cũng như đặc điểm của ổ loét xuất huyết. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2), bệnh nhân được nội soi trước 24 giờ có số đơn vị máu trung bình là  $2,50 \pm 3,11$  đơn vị, thấp hơn trong nhóm nội soi sau 24 giờ  $2,72 \pm 2,62$  đơn vị, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Ở những bệnh nhân có kích thước ổ loét  $\geq 2\text{cm}$  có số lượng máu truyền trung bình cao hơn những bệnh nhân có ổ loét  $< 2\text{cm}$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết tái phát là 8,2% trong đó xuất huyết tái phát trong vòng 72 giờ là 5,8% (bảng 4). Các trường hợp xuất huyết tái phát đều nằm trong nhóm có phân loại Forrest có nguy cơ xuất huyết tái phát cao (FIA, FIB, FIIA). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Vũ Văn Khiên và cs là 6,9% [4]. Theo Chung I.K ở Hàn Quốc năm 2014, các yếu tố chính tiên đoán xuất huyết tái phát là tình trạng huyết động không ổn định, tổn thương đang chảy máu FIA, FIB, kích thước ổ loét to và đặc điểm của mạch máu lộ [8]. Theo y văn và một số nghiên cứu trong và ngoài nước, thời gian xuất huyết tái phát thường trong vòng 72 giờ đầu, vì vậy, cần chú ý theo dõi sát bệnh nhân trong 72 giờ đầu để phát hiện kịp thời tình trạng xuất huyết tái phát.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 94,7% bệnh nhân điều trị thành công và ổn định xuất viện, 5,3% (9 bệnh nhân) thất bại trong điều trị nội khoa, tỷ lệ bệnh nhân diễn tiến nặng xin về sau khi thất bại điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật cầm máu là 3%. Kết quả điều trị chung trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với Vũ Văn Khiên và cs, tỷ lệ thất bại với điều trị nội khoa là 6% (28/463 bệnh nhân phải phẫu thuật) [4], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh, tỷ lệ điều trị ổn định xuất viện 97,36% [2].

Tỷ lệ phẫu thuật trong nghiên cứu là 4,1%, trong đó 2,3% cầm máu thành công, bệnh nhân ổn định xuất viện, và 1,8% thất bại sau phẫu thuật, bệnh diễn tiến nặng. Những bệnh nhân xuất huyết tái phát hoặc thất bại cầm máu ban đầu, tình trạng bệnh nhân thường nặng nề sau phẫu thuật, cho thấy vai trò quan trọng của nội soi can thiệp cầm máu trong điều trị XHTH do loét dạ dày - tá tràng.

##### **Kết quả điều trị bằng phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip cầm máu**

Số clip trung bình cho một ổ loét trong can thiệp cầm máu lần đầu là  $2,36 \pm 1,19$  clip, nhiều nhất là 6 clip. Lượng HSE trung bình trong can thiệp cầm máu là  $8,75 \pm 1,19\text{ml}$ , nhiều nhất là 10ml. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu Đinh Thu Oanh và cộng sự có số clip kẹp trung bình là  $1,8 \pm 0,7$  clip [6], Huỳnh Hiếu Tâm và cs có số clip kẹp trung bình là  $1,59 \pm 0,96$  clip và lượng HSE là  $9,68 \pm 2,35\text{ml}$  [7]. Sự khác nhau về số lượng clip kẹp cầm máu giữa các nghiên cứu là do sự khác nhau về kích thước ổ loét, phân loại Forrest và vị trí ổ loét.

Trong 53 trường hợp được cầm máu qua nội soi bằng phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip, tỷ lệ cầm máu ban đầu thành công là 96,2%, thất bại trong cầm máu ban đầu là 3,8% (bảng 7). Các trường hợp thất bại trong cầm máu ban đầu trong nghiên cứu của

chúng tôi đều có tổn thương loét phân loại Forrest IA. Tỷ lệ xuất huyết tái phát sau khi can thiệp cầm máu lần đầu thành công còn khá cao 13,2%.

Kết quả cầm máu chung của phương pháp tiêm phối hợp kẹp clip thành công 90,6%, thất bại 9,4%. Kết quả cầm máu chung trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Đinh Thu Oanh và cs 100% [6], Lê Nhật Huy và cs 100%, không có trường hợp nào tái phát [3]. Nghiên cứu của Świdnicka-Siergiejko A và cộng sự cho thấy tỷ lệ xuất huyết tái phát là 10,9%, tỷ lệ phẫu thuật là 3,63% và tỷ lệ tử vong 5,45% [10], gần như tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt về kết quả điều trị chung của phương pháp tiêm phối hợp kẹp clip cầm máu có thể do nhiều yếu tố, có thể do sự khác nhau về tỷ lệ bệnh nặng của từng khu vực, các bệnh lý nội khoa đi kèm, mức độ mất máu, phân loại Forrest cũng như kích thước và vị trí ổ loét.

#### **Một số yếu tố liên quan đến xuất huyết tái phát và kết quả điều trị chung**

Theo nghiên cứu của chúng tôi, không có mối liên quan giữa xuất huyết tái phát và kết quả cầm máu chung với nhóm tuổi, thời gian nội soi tính từ lúc nhập viện và kích thước ổ loét với  $p > 0,05$ . Nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Điệp cho thấy tỷ lệ xuất huyết tái phát ở nhóm bệnh nhân có ổ loét  $\geq 2$ cm cao gấp 6,7 so với nhóm có ổ loét  $< 2$ cm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [1].

Ở những bệnh nhân được can thiệp bằng phương pháp tiêm phối hợp kẹp clip cầm máu trong nghiên cứu của chúng tôi, không có mối liên quan giữa xuất huyết tái phát với phân loại tổn thương loét Forrest ( $p > 0,05$ ) nhưng có mối liên quan giữa kết quả cầm máu chung với phân loại Forrest với  $p < 0,05$ , do những bệnh nhân thất bại trong cầm máu ban đầu nằm trong nhóm phân loại Forrest IA. Điều này cũng phù hợp với y văn rằng phân loại Forrest có giá trị trong công tác xử trí và tiên lượng xuất huyết ở ổ loét của dạ dày - tá tràng, những ổ loét phân loại FIA, FIB có tỷ lệ điều trị thất bại cao.

## **V. KẾT LUẬN**

Kết quả điều trị chung ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng: Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định truyền máu là 74,9%, lượng máu truyền trung bình là  $2,54 \pm 3,01$  đơn vị. Lượng máu truyền trung bình ở bệnh nhân có kích thước ổ loét  $\geq 2$ cm nhiều hơn nhóm có kích thước ổ loét  $< 2$ cm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Có 56,7% bệnh nhân có chỉ định can thiệp cầm máu qua nội soi. Tỷ lệ xuất huyết tái phát là 8,2%, trong đó 5,8% xuất huyết tái phát sớm trong vòng 72 giờ tính từ sau khi can thiệp thành công qua nội soi. Tỷ lệ điều trị nội khoa thành công là 94,7%, thất bại với điều trị nội khoa 5,3%. Tỷ lệ phẫu thuật là 4,1%; tỷ lệ tử vong (bệnh nặng xin về) 3,0%. Kết quả điều trị bằng phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip cầm máu qua nội soi: Tỷ lệ cầm máu ban đầu thành công là 96,2%, thành công chung là 90,6%, xuất huyết tái phát là 13,2%. Số clip kẹp trung bình là  $2,36 \pm 1,19$  clip và lượng HSE tiêm là  $8,75 \pm 1,19$ ml. Không có mối liên quan giữa số lượng clip kẹp cầm máu và kết quả cầm máu chung ( $p > 0,05$ ). Ở những bệnh nhân điều trị bằng phương pháp tiêm HSE phối hợp kẹp clip cầm máu, không có mối liên quan giữa xuất huyết tái phát với phân loại tổn thương loét theo Forrest ( $p > 0,05$ ) nhưng có mối liên quan giữa kết quả điều trị chung với phân loại Forrest với  $p < 0,05$ . Những ổ loét phân loại Forrest IA, IB có tỷ lệ điều trị thất bại cao.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Phạm Thị Hồng Điệp, Bò Kim Phương, Huỳnh Thị Trúc Ly (2018), "Kết quả kẹp clip cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, IX(50), tr.3112-3118.

2. Nguyễn Thị Hạnh và cộng sự (2016), “Kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng của thuốc ức chế bơm proton đường tĩnh mạch tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang”, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*. 6, 2016.
3. Lê Nhật Huy, Nguyễn Văn Hương (2014), "Đánh giá kết quả điều trị nội soi can thiệp cấp cứu xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày hành tá tràng", *Tạp chí Y học thực hành*, 902(1), tr.33-36.
4. Vũ Văn Khiên và cs (2014), "Chảy máu tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch (varices) : Hình ảnh nội soi, mức độ chảy máu và hiệu quả điều trị", *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*. IX (36), tr.2312-2320.
5. Đào Văn Long (2016), "Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr.38-45.
6. Đinh Thu Oanh, Nguyễn Ngọc Kha (2013), "Nghiên cứu hiệu quả điều trị nội soi kết hợp tiêm adrenalin với kẹp clip trong chảy máu do loét dạ dày tá tràng", *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, 8(33), tr.2302-2311.
7. Huỳnh Hiếu Tâm (2019), “Hiệu quả của tiêm HSE hoặc kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng”, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*. 22-25, 2019.
8. Chung I.K. (2014), "Predictive factors for endoscopic hemostasis in patients with upper gastrointestinal bleeding", *Clinical Endoscopy*, 47(2), pp.121-123.
9. Keda Shi, Zeren Shen *et al.* (2017), “Systematic review with network meta analysis: dual therapy for high-risk bleeding peptic ulcers”, *BMC Gastroenterology*, 17 pp.55.
10. Świdnicka-Siergiejko A. *et al.* (2014), "Comparison of the efficacy of two combined therapies for peptic ulcer bleeding: adrenaline injection plus haemoclipping versus adrenaline injection followed by bipolar electrocoagulation", *Prz Gastroenterol.* 9(6), pp.354-60.

(Ngày nhận bài: 09/8/2021 - Ngày duyệt đăng: 05/10/2021)

---