

**NGHIÊN CỨU CÁC THỜI ĐIỂM NỘI SOI VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ DO LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2022-2023**

*Châu Ngọc Thảo\*, Lê Việt Nho, Huỳnh Hiếu Tâm*

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: chaungocho2@gmail.com*

*Ngày nhận bài: 29/5/2023*

*Ngày phản biện: 13/8/2023*

*Ngày duyệt đăng: 15/9/2023*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng không những là phương pháp chẩn đoán chính xác tổn thương xuất huyết do loét dạ dày-tá tràng mà còn có hiệu quả cầm máu cao. Tuy nhiên, thời điểm nội soi ở những bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày-tá tràng vẫn còn nhiều tranh cãi. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Khảo sát các thời điểm nội soi và một số yếu tố liên quan; (2) Đánh giá kết quả điều trị theo các thời điểm nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có phân tích, tiến hành trên 239 bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày-tá tràng điều trị từ 8/2022 đến 4/2023. **Kết quả:** Nội soi khẩn cấp (<12 giờ) 21,76%, nội soi sớm (12-24 giờ) 16,32%, nội soi trì hoãn (>24 giờ) 61,92%; có mối liên quan với số đơn vị máu truyền, kích thước ổ loét, thời gian nằm viện và kết quả điều trị chung ( $p<0,05$ ). Tỷ lệ bệnh nhân được cầm máu qua nội soi là 64,85%, tỷ lệ cầm máu ban đầu thành công chung là 96,13%, cầm máu ban đầu thất bại chỉ xảy ra ở thời điểm nội soi trì hoãn 6,45%. Tỷ lệ xuất huyết tái phát chung là 10,74%. Tỷ lệ điều trị thành công ở thời điểm nội soi khẩn cấp là 96,15%, nội soi sớm là 97,44% và nội soi trì hoãn là 85,14%. Kết quả điều trị thành công chung là 89,54%. **Kết luận:** Nội khẩn cấp (<12 giờ) và nội soi sớm (12-24 giờ) sau khởi phát nên được tiến hành ở những bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày-tá tràng, mang lại lợi ích cao về kết cục lâm sàng và chi phí điều trị.

**Từ khóa:** Xuất huyết tiêu hoá do loét, nội soi dạ dày - tá tràng, thời gian nội soi.

**ABSTRACT**

**ENDOSCOPY TIMINGS AND THE RESULTS OF THE TREATMENT OF PEPTIC ULCER BLEEDING AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023**

*Chau Ngoc Thao\*, Le Viet Nho, Huynh Hieu Tam*

*Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

**Background:** Upper Gastrointestinal Endoscopy is an accurate method of diagnosing the site of bleeding from peptic ulcers and has a high hemostatic effect. However, the timing of endoscopy in patients with acute upper gastrointestinal hemorrhage remains controversial. **Objectives:** (1) To survey endoscopy timings and some factors related to treatment in patients with gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer; (2) To evaluate of treatment results according to the endoscopy timings. **Materials and methods:** A prospective, cross-sectional study was conducted on 239 patients with peptic ulcer bleeding admitted in Can Tho Central General Hospital from August 2022 to April 2023. **Results:** Urgent endoscopy (< 12 hours) 21.76%, early endoscopy (12-24 hours) 16.32%, delayed endoscopy (> 24 hours) 61.92%; there was revalant associated with units of blood transfused, ulcer size, length of hospital stay and the general treatment results ( $p<0.05$ ). The rate of patients receive endoscopic hemostasis were 64.85%, the rate of general successful initial

hemostasis was 96.13%, the initial hemostasis failure only occurred with delayed endoscopy 6.45%. The general rate of recurrent bleeding was 10.74%. The rate of success treatment results with urgent endoscopy was 96.15%, early endoscopy was 97.44% and delayed endoscopy was 85.14%. The general success treatment results were 89.54%. **Conclusion:** Urgent endoscopy (<12 hours) and early endoscopy (12-24 hours) of presentation should be performed in patients admitted with peptic ulcer bleeding, providing a high benefit in clinical outcomes and hospitalization expenses.

**Keywords:** Peptic ulcer bleeding, Upper Gastrointestinal Endoscopy, endoscopy timing.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hoá (XHTH) trên là nguyên nhân nhập viện cấp cứu thường gặp trong các bệnh lý về đường tiêu hoá, chiếm hơn 500.000 ca nhập viện, 2,2 triệu ngày nhập viện và 5 tỷ đô la chi phí chăm sóc y tế tại Hoa Kỳ năm 2018 [1]. Trong đó, loét dạ dày-tá tràng là nguyên nhân phổ biến, chiếm khoảng 31% đến 67% số trường hợp xuất huyết [2]. Hiện nay, loét dạ dày-tá tràng vẫn là nhóm nguyên nhân hàng đầu gây XHTH trên không do tăng áp cửa tại Việt Nam, chiếm khoảng 71,9% [3].

Nội soi tiêu hoá trên là một phương pháp chẩn đoán và điều trị được ưu tiên lựa chọn vì độ chính xác cao và hiệu quả cầm máu tốt. Tuy nhiên, thời điểm tiến hành nội soi là một vấn đề còn nhiều tranh cãi trong thời gian gần đây, xoay quanh những vấn đề về kết cục lâm sàng cũng như chi phí điều trị. Các hướng dẫn gần đây khuyến cáo rằng nội soi nên được thực hiện trong vòng 24 giờ sau khởi phát xuất huyết, có liên quan đến tỷ lệ tử vong nội viện thấp hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và tổng chi phí điều trị thấp hơn [4], [5], [6]. Tuy nhiên, Hiệp hội Nội soi Tiêu hoá Châu Âu (ESGE) năm 2021 [7] và Hội Tiêu hoá Hoa Kỳ (AGA) năm 2020 [8] đã đưa ra khuyến cáo cho ba thời điểm nội soi là nội soi khẩn cấp <12 giờ, nội soi sớm <24 giờ và nội soi trì hoãn >24 giờ.

Tại vùng Đồng bằng sông Cửu Long, nội soi tiêu hoá trên chẩn đoán và can thiệp cầm máu đã được các bệnh viện triển khai thực hiện rộng rãi với nhiều tiến bộ trong kỹ thuật, tuy nhiên chưa có nghiên cứu cụ thể nào về vấn đề này. Xuất phát từ thực tế trên “Nghiên cứu các thời điểm nội soi và kết quả điều trị ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2023” được thực hiện với 2 mục tiêu: (1) Khảo sát các thời điểm nội soi và một số yếu tố liên quan đến điều trị ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày-tá tràng. (2) Đánh giá kết quả điều trị theo các thời điểm nội soi.

## 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 hoá do loét dạ dày-tá tràng điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 8/2022 đến 4/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá trên do loét dạ dày-tá tràng được chẩn đoán dựa vào lâm sàng và nội soi tiêu hoá trên. Về lâm sàng, nôn ra máu hoặc dịch đen, óng thông dạ dày có máu, đại tiện ra máu hoặc phân đen. Về nội soi, phát hiện có ổ loét ở dạ dày và/hoặc ở tá tràng. Tuổi  $\geq 16$ , không phân biệt giới tính. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày-tá tràng kèm theo các tổn thương: Xuất huyết tiêu hoá 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. Bệnh nhân có rối loạn đông cầm máu nặng: Tiểu cầu <50.000/mm<sup>3</sup>, tỷ lệ prothrombin <50%.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có phân tích.
- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: Hệ số tin cậy  $Z_{1-\alpha/2}=1,96$ ; sai số tuyệt đối  $d=0,03$ ;  $p=0,947$  (tỷ lệ điều trị thành công ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày-tá tràng theo nghiên cứu của Nguyễn Đình Bảo Long và cộng sự [9]). Như vậy cỡ mẫu tính được là  $n=215$ .

Mẫu nghiên cứu hiện tại là 239, được chọn theo 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:** Thời điểm nội soi tiêu hoá trên được tính từ lúc khởi phát xuất huyết đến khi được tiến hành nội soi, chia thành 3 nhóm: Nội soi khẩn cấp <12 giờ, nội soi sớm từ 12-24 giờ và nội soi trì hoãn >24 giờ.

Một số yếu tố liên quan theo các thời điểm nội soi: Các đặc điểm về độ tuổi, giới tính, vị trí, số lượng và kích thước ổ loét.

Kết quả điều trị theo các thời điểm nội soi: Nhu cầu truyền máu, số lượng máu truyền; Xuất huyết tái phát sau can thiệp cầm máu qua nội soi lần đầu thành công; Số ngày nằm viện; Kết quả cầm máu ban đầu và kết quả điều trị chung.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 239 bệnh nhân, chúng tôi có kết quả như sau:

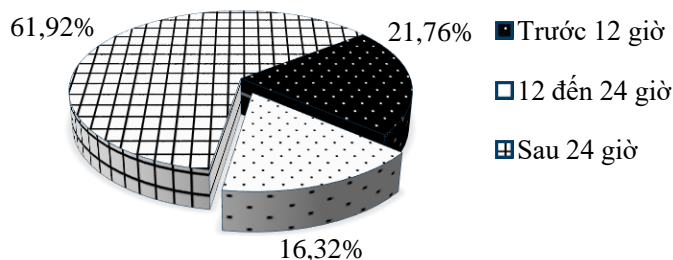
- **Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:**

Bảng 1. Đặc điểm về độ tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	178	74,48
	Nữ	61	25,52
Độ tuổi	< 60	75	31,38
	≥ 60	164	68,62
Tổng		239	100
		Tuổi trung bình: 65,92±15,21 tuổi	
		Tuổi thấp nhất: 20, cao nhất: 97	

Nhận xét: Tỷ lệ nam chiếm 74,48% và nữ chiếm 25,52%. Tỷ lệ nam/nữ là 2,9/1. Nhóm tuổi ≥60 chiếm tỷ lệ cao 68,62%, nhóm tuổi <60 chiếm 31,38%. Tuổi nhỏ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 97 tuổi, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,92±15,21 tuổi.

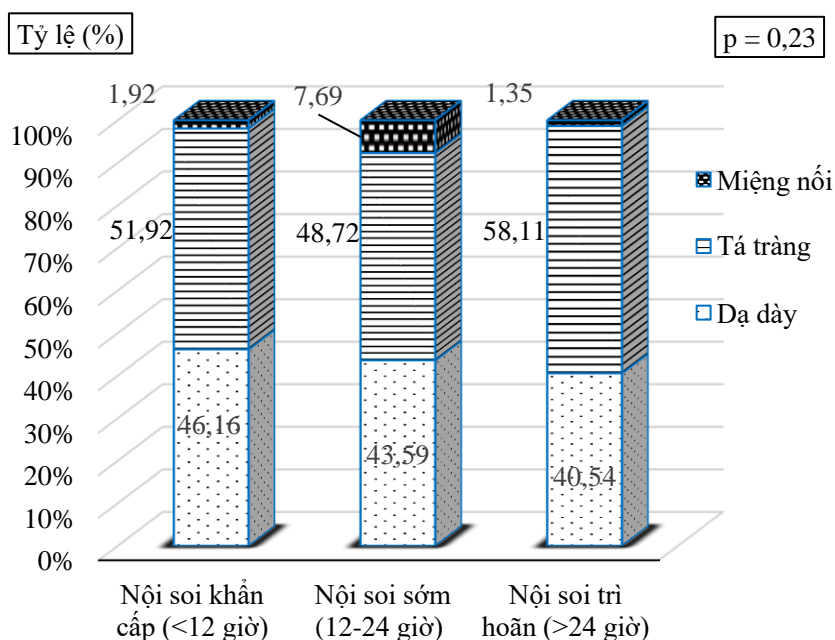
**- Thời điểm nội soi:**



Biểu đồ 1. Thời điểm nội soi tính từ lúc khởi phát xuất huyết đến khi nội soi

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được nội soi trì hoãn chiếm tỷ lệ cao nhất (61,92%), đứng thứ nhì là nội soi khẩn cấp (21,76%) và thấp nhất là nội soi sớm (16,32%).

**- Vị trí xuất huyết:**



Biểu đồ 2. Liên quan giữa vị trí ổ loét và thời điểm nội soi

Nhận xét: Tỷ lệ vị trí xuất huyết tại dạ dày cao nhất ở thời điểm nội soi khẩn cấp 46,16%, tiếp theo là nội soi sớm 43,59% và thấp nhất ở nội soi trì hoãn 40,54%. Tỷ lệ vị trí xuất huyết tại tá tràng cao nhất ở thời điểm nội soi trì hoãn 58,11%, tiếp theo là nội soi khẩn cấp 51,92% và thấp nhất ở nội soi sớm 48,72%. Tỷ lệ vị trí xuất huyết tại miệng nổi cao nhất ở thời điểm nội soi sớm 7,69%, tiếp theo là nội soi khẩn cấp 1,92% và thấp nhất là ở nội soi trì hoãn 1,35%. Sự khác biệt giữa vị trí ổ loét gây xuất huyết và thời điểm nội soi không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**- Nhu cầu truyền máu:**

Bảng 2. Liên quan giữa nhu cầu cần truyền máu, lượng máu truyền và thời điểm nội soi

Yếu tố khảo sát	Thời điểm nội soi n (%)			p
	<12 giờ	12-24 giờ	>24 giờ	
Nhu cầu truyền máu	Có	38 (73,08%)	29 (74,36%)	p=0,09
	Không	14 (26,92%)	10 (25,64%)	
Số đơn vị máu truyền trung bình (đơn vị)	1,77±1,66	2,82±2,53	2,43±1,96	p=0,04
Trung bình lượng máu truyền: 2,35±2,02 đơn vị hồng cầu (350mL) Ít nhất: 1 đơn vị, nhiều nhất: 11 đơn vị				

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định truyền máu tương đối cao 80,75%. Trung bình lượng máu cần truyền là 2,35±2,02 đơn vị, nhiều nhất là 11 đơn vị. Thời điểm nội soi sớm có lượng máu truyền trung bình cao nhất là 2,82±2,53 đơn vị, tiếp theo là nội soi trì hoãn 2,43±1,96 đơn vị và thấp nhất là nội soi khẩn cấp 1,77±1,66 đơn vị. Sự khác biệt giữa số đơn vị máu truyền và thời điểm nội soi có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ).

**- Thời gian nằm viện:**

Bảng 3. Liên quan giữa số ngày nằm viện điều trị và thời điểm nội soi

Thời điểm nội soi	Thời gian nằm viện n (%)			p
	< 5 ngày	5-7 ngày	> 7 ngày	
<12 giờ	15 (28,85%)	25 (48,08%)	12 (23,08%)	p=0,03
12-24 giờ	3 (7,69%)	21 (53,85%)	15 (38,46%)	
>24 giờ	26 (17,57%)	60 (40,54%)	62 (41,89%)	
Tổng	44 (18,41%)	106 (44,35%)	89 (37,24%)	
Số ngày nằm viện trung bình: 7,56±4,05 ngày Ngắn nhất: 2 ngày, dài nhất: 29 ngày				

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có thời gian nằm viện điều trị từ 5-7 ngày (44,35%). Số ngày nằm viện trung bình là 7,56±4,05 ngày. Thời điểm nội soi khẩn cấp có tỷ lệ thời gian nằm viện ngắn ngày (<5 ngày) cao nhất 28,85%. Thời điểm nội soi sớm có tỷ lệ thời gian nằm viện trung bình (5-7 ngày) cao nhất 53,85%. Thời điểm nội soi trì hoãn có tỷ lệ thời gian nằm viện kéo dài (>7 ngày) cao nhất 41,89%. Sự khác biệt giữa thời gian nằm viện và thời điểm nội soi có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ).

**- Kết quả nội soi can thiệp cầm máu ban đầu:**

Bảng 4. Liên quan giữa kết quả nội soi can thiệp cầm máu ban đầu và thời điểm nội soi

Thời điểm nội soi	Cầm máu ban đầu n (%)		Tổng n (%)	p
	Thành công	Thất bại		
<12 giờ	31 (100%)	0 (0%)	31 (100%)	p=0,23
12-24 giờ	31 (100%)	0 (0%)	31 (100%)	
>24 giờ	87 (93,55%)	6 (6,45%)	93 (100%)	
Tổng	149 (96,13%)	6 (3,87%)	155 (100%)	

Nhận xét: Nội soi can thiệp cầm máu ban đầu có tỷ lệ thành công là 96,13%, thất bại là 3,87%. Thời điểm nội soi khẩn cấp và nội soi sớm có tỷ lệ cầm máu ban đầu thành công tương đương nhau là 100%. Cầm máu thất bại chỉ xảy ra ở thời điểm nội soi trì hoãn 6,45%.

Sự khác biệt giữa kết quả cầm máu ban đầu và thời điểm nội soi không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

**- Xuất huyết tái phát:**

Bảng 5. Liên quan giữa xuất huyết tái phát và thời điểm nội soi

Thời điểm nội soi	Xuất huyết tái phát n (%)		Tổng n (%)	p
	Không	Có		
<12 giờ	28 (90,32%)	3 (9,68%)	31 (100%)	p=0,20
12-24 giờ	25 (80,65%)	6 (19,35%)	31 (100%)	
>24 giờ	80 (91,95%)	7 (8,05%)	87 (100%)	
Tổng	133 (89,26%)	16 (10,74%)	149 (100%)	

Nhận xét: Xuất huyết tái phát sau can thiệp cầm máu ban đầu thành công chiếm tỷ lệ tương đối cao 10,74%. Thời điểm nội soi sớm có tỷ lệ xuất huyết tái phát cao nhất 19,35%, tiếp theo là nội soi khẩn cấp 9,68% và nội soi trì hoãn có tỷ lệ thấp nhất 8,05%. Sự khác biệt giữa giữa xuất huyết tái phát và thời điểm nội soi không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

**- Kết quả điều trị:**

Bảng 6. Liên quan giữa kết quả điều trị và thời điểm nội soi

Thời điểm nội soi	Kết quả điều trị chung n (%)		Tổng n (%)	p
	Thành công, Ra viện	Chuyển nặng, Xin về		
<12 giờ	50 (96,15%)	2 (3,85%)	52 (100%)	p=0,02
12-24 giờ	38 (97,44%)	1 (2,56%)	39 (100%)	
>24 giờ	126 (85,14%)	22 (14,86%)	148 (100%)	
Tổng	214 (89,54%)	25 (10,46%)	239 (100%)	

Nhận xét: Kết quả điều trị chung thành công, ra viện là 89,54%. Tỷ lệ bệnh nhân chuyển nặng, xin về chung tương đối cao 10,46%. Thời điểm nội soi sớm có tỷ lệ điều trị thành công cao nhất 97,44% và nội soi trì hoãn có tỷ lệ chuyển nặng cao nhất 14,86%. Sự khác biệt giữa kết quả điều trị chung và thời điểm nội soi có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ).

**- Các chỉ số khảo sát theo thời điểm nội soi:**

Bảng 7. Các chỉ số khảo sát theo thời điểm nội soi

Chi số	Thời điểm nội soi n (%)			p	
	<12 giờ	12-24 giờ	>24 giờ		
Tuổi $\geq 60$	69,23%	56,41%	71,62%	p=0,19	
Nhu cầu truyền máu	73,08%	74,36%	85,15%	p=0,09	
Số đơn vị máu truyền trung bình (đơn vị)	1,77 $\pm$ 1,66	2,82 $\pm$ 2,53	2,43 $\pm$ 1,96	p=0,04	
Kích thước ổ loét	< 2 cm	53,85%	76,92%	49,32%	p=0,01
	$\geq 2$ cm	46,15%	23,08%	50,68%	
Cầm máu ban đầu thành công	100%	100%	93,55%	p=0,23	
Xuất huyết tái phát sớm	9,68%	19,35%	8,05%	p=0,20	
Kết quả điều trị thành công chung	96,15%	97,44%	85,14%	p=0,02	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số đơn vị máu truyền, kích thước ổ loét và kết quả điều trị chung với thời điểm nội soi ( $p<0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

##### - Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ xuất huyết tiêu hoá gặp ở nam giới (74,48%) nhiều hơn gấp 2,9 lần nữ giới (25,52%). Kết quả này không quá khác biệt so với các nghiên cứu trong và ngoài nước [10], [11], [12]. Tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới có thể do nam giới thường tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ gây loét hơn như hút thuốc lá, uống rượu bia, stress...

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là  $65,92 \pm 15,21$ , tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đình Bảo Long ( $65,66 \pm 16,14$ ). Tuổi cao hơn nghiên cứu của Trần Văn Huy ( $63 \pm 16,15$ ) [11], Huỳnh Hiếu Tâm ( $57,34 \pm 19,49$ ) [10], Hoàng Văn Chương ( $47,5 \pm 19,1$ ) [13]. Thấp hơn so với nghiên cứu của Katrine Kauczynska Romstad và cộng sự ( $71,9 \pm 14,5$ ) [14]. Sự tương đương và khác biệt trên có khả năng là do sự khác nhau về điều kiện nghiên cứu (thời gian và địa điểm), sự phát triển đời sống kinh tế của từng quốc gia, từng vùng miền cũng như sự khác nhau về mô hình bệnh tật trong từng nghiên cứu.

Về thời điểm nội soi, trong nghiên cứu này thời điểm nội soi được tính từ lúc khởi phát xuất huyết đến khi tiến hành nội soi. Tỷ lệ bệnh nhân được nội soi trì hoãn cao nhất (>24 giờ) 61,92%, đứng thứ nhì là nội soi khẩn cấp (<12 giờ) 21,76% và thấp nhất là nội soi sớm (12-24 giờ) 16,32%. Kết quả này có sự khác biệt so với các nghiên cứu trong nước, có thời điểm nội soi được tính từ lúc nhập viện, tỷ lệ nội soi <24 giờ cao hơn nội soi >24 giờ, lần lượt là Nguyễn Đình Bảo Long (81,3%, 18,7%) [9], Phạm Thị Hồng Điệp (95,3%, 4,7%) [12] và Huỳnh Hiếu Tâm (86,4%, 13,6%) [15]. Thời điểm nội soi trong nghiên cứu của Katrine Kauczynska Romstad được tính từ lúc khởi phát xuất huyết tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên kết quả có sự khác biệt, thời điểm nội soi <24 giờ (76,3%) và >24 giờ (23,7%) [14]. Sự khác biệt này có thể do nhận thức về bệnh xuất huyết tiêu hoá của bệnh nhân, đa số nhập viện trễ sau 24 giờ khởi phát xuất huyết. Nguyên nhân dẫn đến nội soi trì hoãn chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi là do khi phát hiện các triệu chứng xuất huyết, tổng trạng bệnh nhân còn ổn định, triệu chứng ban đầu nhẹ, bệnh nhân không nhập viện điều trị ngay mà kéo dài thêm nhiều ngày sau khiến triệu chứng nặng hơn, ảnh hưởng tổng trạng mới nhập viện điều trị. Một nguyên nhân khác nữa là do một số trường hợp nhập viện điều trị ở tuyến trước nhưng diễn tiến nặng hơn, khi chuyển đến bệnh viện-địa điểm nghiên cứu thực hiện nội soi thì thời gian đã muộn >24 giờ.

Về vị trí xuất huyết, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ổ loét gây xuất huyết ở tá tràng chiếm ưu thế 55,23%, loét dạ dày chiếm 42,26% và miệng nối 2,51%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Huy, Hoàng Văn Chương và Katrine Kauczynska Romstad, tỷ lệ loét tá tràng lần lượt là 52,9%, 84% và 51% [11], [13], [14]. Có sự khác biệt so với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Đình Bảo Long, Phạm Thị Hồng Điệp, Huỳnh Hiếu Tâm cho thấy loét dạ dày gây xuất huyết nhiều hơn, tỷ lệ này lần lượt là 50,9%, 62,7%, và 48,7% [9], [12], [10]. Sự tương đồng và khác biệt này có thể do sự khác nhau về thời gian nghiên cứu đi cùng với tiền sử dùng thuốc điều trị các bệnh đồng mắc có sự thay đổi theo thời gian.

##### - Kết quả điều trị theo thời điểm nội soi:

Về chỉ định truyền máu, khuyến cáo năm 2021 của Hội Nội soi Tiêu hoá Châu Âu về chỉ định truyền máu khi ngưỡng Hb < 7g/dL ở những bệnh nhân không có tiền sử bệnh tim mạch và ngưỡng Hb  $\leq$  8g/dL ở những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch cấp và mạn tính

[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 80,75% bệnh nhân có chỉ định truyền máu. Trong đó, nội soi trĩ hoãn có chỉ định truyền máu nhiều nhất 85,15%, nội soi khẩn cấp và nội soi sớm có tỷ lệ tương đồng nhau lần lượt là 73,08% và 74,36%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nội soi trĩ hoãn có tỷ lệ truyền máu cao do thời gian nhập viện trễ, thời gian xuất huyết kéo dài dẫn đến gia tăng lượng máu mất; bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi chiếm tỷ lệ cao (71,62%) vì thể ngưỡng truyền máu cũng cao hơn.

Về số đơn vị máu cần truyền, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mức độ xuất huyết, thời điểm nội soi, đặc điểm ổ loét xuất huyết. Trong nghiên cứu này, lượng máu truyền trung bình là  $2,35 \pm 2,02$  đơn vị, trường hợp có số đơn vị máu truyền nhiều nhất là 11 đơn vị. Thời điểm nội soi sớm có lượng máu truyền trung bình cao nhất là  $2,82 \pm 2,53$  đơn vị, tiếp theo là nội soi trĩ hoãn  $2,43 \pm 1,96$  đơn vị và thấp nhất là nội soi khẩn cấp  $1,77 \pm 1,66$  đơn vị. Sự khác biệt giữa lượng máu truyền và thời điểm nội soi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Về thời gian nằm viện, trong nghiên cứu của chúng tôi có số ngày nằm viện trung bình là  $7,56 \pm 4,05$  ngày. Đa số các bệnh nhân có thời gian nằm viện điều trị từ 5-7 ngày (44,35%), trong đó nội soi sớm chiếm tỷ lệ cao nhất 53,85%. Thời gian nằm viện  $> 7$  ngày đứng thứ nhì 37,24%, trong đó nội soi trĩ hoãn chiếm tỷ lệ cao nhất 41,89%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là  $< 5$  ngày nằm viện 18,41%, trong đó nội soi khẩn cấp chiếm tỷ lệ cao nhất 28,85%. Sự khác biệt giữa thời gian nằm viện và thời điểm nội soi có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này cho thấy nội soi trĩ hoãn có tỷ lệ bệnh nhân nằm viện kéo dài nhiều hơn các thời điểm khác, điều này sẽ làm tăng chi phí điều trị và nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện. Ở thời điểm nội soi khẩn cấp có tỷ lệ bệnh nhân nằm viện ngắn ngày nhiều hơn, tuy nhiên đa số các bệnh nhân nằm viện  $< 3$  ngày (3,85%) là do bệnh chuyển nặng xin về, ở thời gian từ 3-4 ngày (25%) nội soi khẩn cấp cho thấy sự ưu việt hơn trong việc rút ngắn thời gian điều trị tại bệnh viện, giúp cho việc giảm chi phí điều trị cũng như nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

Về kết quả cầm máu ở lần nội soi đầu tiên, nghiên cứu này có 64,85% (155/239) trường hợp có chỉ định can thiệp cầm máu qua nội soi, đạt tỷ lệ thành công cao 96,13%. Có 6 trường hợp cầm máu ban đầu thất bại chiếm 3,87%. Kết quả cầm máu ban đầu theo từng thời điểm nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tính hiệu quả cao của nội soi khẩn cấp và nội soi sớm, có tỷ lệ thành công tương đương nhau là 100%. Cầm máu thất bại chỉ xảy ra ở thời điểm nội soi trĩ hoãn 6,45% (6/87), tỷ lệ thành công là 93,55%. Trong 6 trường hợp thất bại, có 1 trường hợp sử dụng phương pháp kẹp clip chiếm 1,22% (1/82) và 2 trường hợp tiêm cầm máu chiếm 5% (2/40). Còn lại 3 trường hợp tình trạng xuất huyết nặng không thể thực hiện can thiệp qua nội soi và phẫu thuật nên thân nhân đã xin xuất viện. Phương pháp kẹp clip kết hợp tiêm cầm máu có tỷ lệ thành công là 100%. Sự khác biệt giữa kết quả cầm máu ban đầu và thời điểm nội soi không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân được nội soi trĩ hoãn cao có thể do một vài yếu tố như thời gian bệnh nhân nhập viện điều trị sau khởi phát xuất huyết chậm trễ hoặc đã điều trị tại bệnh viện tuyến cơ sở trước đó nhưng không thuyên giảm. Đồng thời, đối tượng mắc bệnh là những người cao tuổi chiếm tỷ lệ cao, thể trạng suy kiệt và có nhiều bệnh đồng mắc, những lý do trên góp phần vào tỷ lệ điều trị thất bại ở thời điểm nội soi trĩ hoãn.

Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 16 trường hợp xuất huyết tái phát sau can thiệp cầm máu lần đầu thành công, chiếm tỷ lệ tương đối cao 10,74%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đình Bảo Long 8,2% [9], Phạm Thị Hồng Diệp 7% [12], Huỳnh Hiếu Tâm 9,1% [15], Hoàng Văn Chương 8% [13]. Trong đó, nội soi sớm có tỷ lệ tái xuất huyết cao



nhất 19,35%, tiếp theo là nội soi khẩn cấp và nội soi trì hoãn có tỷ lệ khá tương đồng, lần lượt là 9,68% và 8,05%. Sự khác biệt giữa xuất huyết tái phát và thời điểm nội soi không có ý nghĩa thống kê. Thời điểm nội soi không ảnh hưởng đến xuất huyết tái phát có thể do phương pháp can thiệp cầm máu, vị trí gây xuất huyết.

Về kết quả điều trị sau cùng, trong nghiên cứu của chúng tôi có 35,14% (84/155) trường hợp được điều trị nội khoa, tỷ lệ thành công đạt 100%. Có 64,85% (155/239) trường hợp có chỉ định can thiệp cầm máu qua nội soi, thành công 96,13%, trong đó có 18 trường hợp có các bệnh đồng mắc nặng, diễn tiến ngày càng trầm trọng nên xin về và 3/6 trường hợp nội soi cầm máu lần đầu thất bại nhưng diễn tiến bệnh chuyển nặng xin về. Có 16 trường hợp xuất huyết tái phát đều được nội soi cầm máu lần 2, trong đó có 4 trường hợp bệnh chuyển nặng xin về. Tất cả các trường hợp được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật 2,93% (7/239) trong nghiên cứu của chúng tôi đều thành công. Như vậy, kết quả điều trị thành công chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 89,54% (214/239). Tỷ lệ bệnh nhân chuyển nặng, xin về chung tương đối cao 10,46% (25/239), trong đó 100% trường hợp xin về có bệnh đồng mắc nặng. Sự khác biệt giữa kết quả điều trị chung và bệnh đồng mắc có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trong đó, nội soi sớm có tỷ lệ điều trị thành công chung cao nhất 97,44%, nội soi khẩn cấp tỷ lệ điều trị thành công khá tương đồng với nội soi sớm 96,15% và nội soi trì hoãn có tỷ lệ chuyển nặng chung cao nhất 14,86%. Sự khác biệt giữa kết quả điều trị chung và thời điểm nội soi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này cho thấy nội soi sớm (từ 12-24 giờ) đem lại hiệu quả điều trị cao ưu việt hơn các thời điểm nội soi khác, tuy nhiên nội soi khẩn cấp (<12 giờ) cũng đem lại hiệu quả không thua kém, điều này phù hợp với các khuyến cáo hiện hành đã cho rằng nên tiến hành nội soi trong vòng 24 giờ sau khởi phát xuất huyết.

## V. KẾT LUẬN

Thời điểm nội soi khẩn cấp (<12 giờ) chiếm tỷ lệ 21,76%, có lượng máu truyền trung bình thấp nhất, hiệu quả điều trị cao và thời gian nằm viện ngắn. Thời điểm nội soi sớm (12-24 giờ) chiếm tỷ lệ 16,32%, có hiệu quả điều trị cao nhất nhưng tỷ lệ xuất huyết tái phát và lượng máu cần truyền trung bình cũng cao nhất. Thời điểm nội soi trì hoãn (>24 giờ) chiếm tỷ lệ cao nhất 61,92% nhưng hiệu quả điều trị thấp nhất và thời gian nằm viện kéo dài. Thời điểm nội soi có mối liên quan với số đơn vị máu truyền, kích thước ổ loét, thời gian nằm viện và kết quả điều trị chung.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peery A. F., Crockett S. D., Murphy C. C., Lund J. L., Dellon E. S., et al. Burden and Cost of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States: Update 2018. *Gastroenterology*. 2019. 156(1), 254-272.e11, DOI: 10.1053/j.gastro.2018.08.063.
2. Rotondano G. Epidemiology and diagnosis of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am*. 2014. 43(4), 643-63, DOI: 10.1016/j.gtc.2014.08.001.
3. Quách Trọng Đức, Đào Hữu Ngôi, Đinh Cao Minh, Nguyễn Hữu Chung, Hồ Xuân Linh và cộng sự. Khảo sát tình hình điều trị xuất huyết tiêu hoá trên không do tăng áp tĩnh mạch cửa tại một số bệnh viện lớn. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2015. 19(1), 74-79.
4. Barkun A. N., Almadi M., Kuipers E. J., Laine L., Sung J., et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 2019. 171(11), 805-822, DOI: 10.7326/m19-1795.

5. Laine L., Barkun A. N., Saltzman J. R., Martel M., Leontiadis G. I. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2021. 116(5), 899-917, DOI: 10.14309/ajg.0000000000001245.
  6. Götz M., Anders M., Biecker E., Bojarski C., Braun G., et al. S2k Guideline Gastrointestinal Bleeding - Guideline of the German Society of Gastroenterology DGVS. *Z Gastroenterol*. 2017. 55(9), 883-936, DOI: 10.1055/s-0043-116856.
  7. Gralnek I. M., Stanley A. J., Morris A. J., Camus M., Lau J., et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy*. 2021. 53(3), 300-332, DOI: 10.1055/a-1369-5274.
  8. Mullady D. K., Wang A. Y., Waschke K. A. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Therapies for Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Expert Review. *Gastroenterology*. 2020. 159(3), 1120-1128, DOI: 10.1053/j.gastro.2020.05.095.
  9. Nguyễn Đình Bảo Long. Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020-2021. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2021. 113.
  10. Huỳnh Hiếu Tâm, Hoàng Trọng Thăng. Hiệu quả của tiêm cầm máu qua nội soi bằng dung dịch HSE 3% ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2014. (22+23), 36-39.
  11. Trần Văn Huy, Đinh Duy Liêu. Nghiên cứu kết quả điều trị cầm máu bằng kẹp clip kết hợp với Esomeprazole tĩnh mạch ngắt quãng ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng chảy máu. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2019. 9(2), 40-44, <https://www.doi.org/10.34071/jmp.2019.2.7>
  12. Phạm Thị Hồng Điệp. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả kẹp cầm máu điều trị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày - tá tràng. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2017. 117.
  13. Hoàng Văn Chương, Nguyễn Thanh Nam, Nguyễn Công Long. So sánh kết quả cầm máu bằng kẹp clip và kẹp clip kết hợp với tiêm cầm máu ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày - tá tràng. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2023. 526(1A), 121-125, <https://doi.org/10.51298/vmj.v526i1A.5304>
  14. Romstad K. K., Detlie T. E., Søberg T., Thomas O., Ricanek P., et al. Treatment and outcome of gastrointestinal bleeding due to peptic ulcers and erosions - (BLUE study). *Scand J Gastroenterol*. 2022. 57(1), 8-15, DOI: 10.1080/00365521.2021.1988701.
  15. Huỳnh Hiếu Tâm, Hoàng Trọng Thăng. Nghiên cứu hiệu quả của kẹp cầm máu qua nội soi ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2014. (18), 30-33.
-