

Nguyên nhân, mức độ và hình ảnh nội soi ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có biến chứng chảy máu tiêu hóa

Causes, levels, and endoscopic images in patients with upper gastrointestinal ulcer bleeding

Đào Nguyên Khải*, Vũ Văn Khiên**,
Phạm Thị Thu Hồ***

*Bệnh viện Đa khoa Thị xã Phú Thọ,
**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
***Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Tìm hiểu nguyên nhân, mức độ chảy máu và hình ảnh nội soi ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có biến chứng chảy máu tiêu hóa. **Đối tượng và phương pháp:** 150 bệnh nhân chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng vào cấp cứu điều trị nội trú tại Bộ môn - Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1/2013 đến tháng 3/2017. Các thông số theo dõi: Tuổi, giới, các nguyên nhân gây chảy máu tiêu hóa, và đặc điểm tổn thương trên nội soi. **Kết quả:** Tuổi trung bình và tỷ lệ nam/nữ tương ứng: $54,56 \pm 17,4$ và 1,9. Tiền sử: Chảy máu tiêu hóa (1 lần), có bệnh lý tim mạch, viêm khớp, sử dụng thuốc chống đông hoặc aspirin, uống nhiều rượu bia chiếm tỷ lệ tương ứng: 71,3%, 48,5%, 39,4%, 38,2% và 61,8%. Mức độ chảy máu: Nhẹ, vừa và nặng tương ứng: 14,7%, 56,0% và 29,3%. Đặc điểm trên nội soi: Loét dạ dày - tá tràng: 1 ổ (89,3%), loét dạ dày chiếm 31,3%, loét hành tá tràng (68,7%), mức độ chảy máu tiêu hóa gặp nhiều ở Forrest IB (34,7%) và Forrest IIA (32,7%). **Kết luận:** Biết được nguyên nhân và một số chỉ số của cận lâm sàng rất hữu ích trong chẩn đoán và tiên lượng ở bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng có biến chứng chảy máu tiêu hóa.

Từ khóa: Chảy máu tiêu hóa, dạ dày tá tràng.

Summary

Objective: To investigate the cause, levels and endoscopic images in patients with upper gastrointestinal ulcer bleeding. **Subject and method:** 150 patients with upper gastrointestinal ulcer bleeding, treated at Department of Gastroenterology, 108 Military Central Hospital, from January 2013 to March 2017. Parameters should be monitored: Age, sex, cause and endoscopic images at admission. **Result:** Average age was 54.56 ± 17.4 and male/female ratio was 1.9. Medical history: Gastrointestinal bleeding (01 time), arthritis, anticoagulant or aspirin, alcohol and beer abuse were 71.3%, 48.5%, 39.4%, 38.2% and 61.8% respectively. Levels of bleeding: Mild, moderate, severe bleeding were 14.7%, 56.0%, 29.3%, respectively. Endoscopic characteristics: Single ulcers (89.3%), gastric ulcer (31.3%), duodenal ulcer (68.7%), Forrest IB (34.7%) and Forrest IIA (32.7%). **Conclusion:** Known the cause and clinical setting were useful for diagnosis and prognosis of patients with upper gastrointestinal ulcer bleeding.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, gastric duodenal ulcer.

Ngày nhận bài: 10/12/2018, ngày chấp nhận đăng: 17/12/2018

Người phản hồi: Đào Nguyên Khải, Email: daonguyenkhai@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa Thị xã Phú Thọ

1. Đặt vấn đề

Chảy máu tiêu hóa (CMTH) là một biến chứng hay gặp ở cả nội khoa và ngoại khoa [1], [7]. Trong CMTH người ta chia thành CMTH trên (upper gastrointestinal bleeding: UGIB) và CMTH dưới (lower gastrointestinal bleeding: LGIB), trong đó CMTH trên chiếm khoảng 70 - 80% [6]. Chỉ tính riêng tại Mỹ, hàng năm có khoảng 300.000 ca bị CMTH trên, chiếm 1 - 2% số ca nhập viện và chi phí trên 2,5 tỷ đô la Mỹ hàng năm [6]. CMTH trên do loét dạ dày tá tràng (DDTT) chiếm khoảng 50% trong tổng số bệnh nhân có CMTH trên [6], [7].

Mặc dù, có nhiều tiến bộ trong điều trị, nhưng tỷ lệ tử vong vì CMTH dao động từ 3 - 14%, phụ thuộc vào từng báo cáo và tỷ lệ tử vong sau 30 ngày giao động từ 9 - 14% [6], [7]. Do vậy, chẩn đoán nhanh, chẩn đoán chính xác, điều trị kịp thời sẽ giảm nguy cơ tử vong, giảm các biến chứng kèm theo. Bên cạnh đó, tìm hiểu các tác nhân gây bệnh cũng là yếu tố quan trọng giúp phòng ngừa CMTH. Vì vậy, đề tài nghiên cứu này nhằm tìm hiểu về: *Nguyên nhân, mức độ CMTH ở bệnh nhân loét DDTT. Đặc điểm tổn thương trên nội soi ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có biến chứng CMTH.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng gồm 150 bệnh nhân CMTH do loét DDTT vào cấp cứu điều trị nội trú tại Bộ môn - Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1/2013 đến tháng 3/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Lâm sàng biểu hiện: Nôn ra máu và/hoặc đi ngoài phân đen. Kết quả nội soi: Loét DDTT gây CMTH.

Tiêu chuẩn loại trừ: CMTH do tăng áp tĩnh mạch cửa, không đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, chống chỉ định nội soi dạ dày, ung thư dạ dày gây CMTH, xơ gan có suy chức năng gan, rối loạn tâm thần, loét dạ dày ung thư hóa...

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

Các bước tiến hành: Bệnh nhân nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tất cả các thông tin của bệnh nhân bao gồm: Lâm sàng, cận lâm sàng và phương thức điều trị, hiệu quả điều trị được cập nhật theo hồ sơ (mẫu bệnh án) nghiên cứu.

Khám lâm sàng: Nôn ra máu: Số lần, số lượng, màu sắc. Đi ngoài phân đen: Số lần, số lượng, tính chất phân. Thăm khám triệu chứng cơ năng: Mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt... Toàn thân: Da, niêm mạc, mạch, huyết áp, nhiệt độ, tình trạng shock. Đánh giá mức độ CMTH theo 3 mức: Nhẹ, vừa và nặng [5].

Xét nghiệm cơ bản: Huyết học, sinh hóa, miễn dịch, đông máu. Xét nghiệm công thức máu để giúp phân loại mức độ CMTH (kết hợp với lâm sàng).

Nội soi dạ dày tại Khoa Nội tiêu hóa, thu thập thông tin về nội soi: Mức độ CMTH tại ổ loét (phân loại Forrest) [12], vị trí ổ loét, hình ảnh ổ loét, kích thước ổ loét.

Tìm hiểu các thuốc có nguy cơ gây CMTH như: NSAID, corticoid, aspirin, clopidogrel. Tiền sử đã có CMTH, viêm khớp, tiểu đường, suy thận.

2.3. Xử lý số liệu

Theo thuật toán thống kê.

3. Kết luận

Có 150 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu và các bệnh nhân này được gộp từ 2 nhóm điều trị: Nhóm I: Kẹp clip (n = 75); nhóm II: Kẹp clip + tiêm adrenaline 1/10.000 (n = 75). Chúng tôi sẽ phân tích kết quả chung về lâm sàng và cận lâm sàng ở 150 bệnh nhân CMTH do loét DDTT.

3.1. Phân bố tuổi, giới ở bệnh nhân CMTH do loét DDTT

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi và giới	n (%)
-------------------	-------

≤ 30	12/150 (8)
31 - 50	47/150 (31,3)
51 - 70	61/150 (40,7)
71 - 80	20/150 (13,3)
> 80	10/50 (6,7)
Tuổi trung bình	54,56 ± 17,4
Tỷ lệ nam/nữ	99/51 (1,9)

Nhận xét: Tuổi trung bình chung ở 150 bệnh nhân CMTH là: 54,56 ± 17,4. Tuổi hay gặp nhất từ 51 - 70 chiếm tỷ lệ: 61/150 (40,7%). Tỷ lệ nam/nữ ở 150 bệnh nhân CMTH là: 99/51 (1,9).

3.2. Tiền sử bệnh và yếu tố nguy cơ gây CMTH

Có 33/150 bệnh nhân (22,0%) có bệnh lý khác kèm theo và 34/150 (22,6%) bệnh nhân có sử dụng các thuốc aspirin và uống rượu nhiều. Sau đây là kết quả cụ thể mỗi nhóm.

Bảng 2. Tiền sử bệnh và yếu tố nguy cơ gây CMTH

Tiền sử sử dụng thuốc và bệnh lý kèm theo	n (%)
Tiền sử CMTH	
Lần 1	107/150 (71,3)
Lần 2	29/150 (19,3)
Trên 2 lần	14/150 (9,3)
Có bệnh lý kèm theo	(n = 33)
Bệnh lý tim mạch/ huyết áp	16/33 (48,4)

3.4. Đặc điểm tổn thương trên nội soi

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương trên nội soi

Thông tin	n (%)	Thông tin	n (%)
Loét dạ dày	47/150 (31,3)	Loét tá tràng	103/150 (68,7)
Tâm vị	6/47 (12,8)	Mặt trước	81/103 (76,6)
Thân vị	13/47 (27,7)	Mặt sau	20/103 (19,4)
Hang vị	25/47 (53,2)	Gối	1/103 (1,0)
Môn vị	3/47 (6,4)	Loét DII	1/103 (1,0)
		Kích thước ổ loét	
Phân loại Forrest		< 1cm	44/150 (29,3)

Bệnh xương khớp	13/33 (39,4)
Đái tháo đường	2/33 (6,1)
Suy thận mạn	3/33 (6,1)

Bảng 2. Tiền sử bệnh và yếu tố nguy cơ gây CMTH (Tiếp theo)

Tiền sử sử dụng thuốc và Bệnh lý kèm theo	n (%)
Sử dụng thuốc/thói quen	(n = 34)
NSAIDs/aspirin/chống đông	13/34 (38,2)
Uống rượu - bia nhiều	21/34 (61,8)

Nhận xét: Tiền sử: CMTH 01 lần, bệnh lý tim mạch, viêm khớp, sử dụng thuốc chống đông hoặc aspirin và uống nhiều rượu bia chiếm tỷ lệ tương ứng là: 71,3%, 48,5%, 39,4%, 38,2% và 61,8%.

3.3. Phân loại mức độ mất máu trên lâm sàng

Bảng 3. Tỷ lệ mất máu ở bệnh nhân CMTH do loét DDTT

Mức độ CMTH	n (%)
Nhẹ	22/150 (14,7)
Vừa	84/150 (56,0)
Nặng	44/150 (29,3)
Tổng	150 (100)

Nhận xét: Mất máu mức độ nhẹ, vừa, nặng chiếm tỷ lệ tương ứng: 14,7%, 56,0%, 29,3%.

Forrest IA	17/150 (11,3)	1 - 2cm	98/150 (65,3)
Forrest IB	52/150 (34,7)	> 2cm	8/150 (5,3%)
Forrest IIA	49/150 (32,7)	Số lượng ổ loét	
Forrest IIB	32/150 (21,3)	1 ổ	134/150 (89,3)
		2 ổ	7/150 (9,3)
		> 2 ổ	2/150 (2,7)

Nhận xét: Số bệnh nhân có 1 ổ loét DDTT chiếm tỷ lệ cao nhất 89,3%. Tỷ lệ loét dạ dày: 31,3%, loét hành tá tràng: 68,7%. Tỷ lệ Forrest IB và Forrest IIA chiếm tương ứng: 34,7% và 32,7%.

4. Bàn luận

4.1. Tuổi và giới ở bệnh nhân CMTH do loét DDTT

4.1.1. Tuổi của bệnh nhân CMTH do loét DDTT

Các nghiên cứu trong nước cho thấy: Tần suất CMTH gặp nhiều ở bệnh nhân trung niên. Kết quả nghiên cứu Bảng 1 cho biết tuổi trung bình chung cho cả 2 nhóm là: $54,56 \pm 17,4$ (tuổi). Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu khác trong nước. Tuổi trung bình ở bệnh nhân CMTH do loét DDTT trong nghiên cứu của Trần Ngọc Ánh và cộng sự [1]: $42,69 \pm 18,58$ tuổi, Đào Văn Long và cộng sự: $48,9 \pm 17,8$ tuổi, Lê Quang Đức và cộng sự [3] là: $55,4 \pm 16,8$ (giao động: 15 - 91).

Các nghiên cứu ở nước ngoài cũng cho biết tần suất CMTH gặp nhiều ở bệnh nhân trung niên. Konstantinidis A và cộng sự [7] nghiên cứu trên 415 bệnh nhân CMTH tại Hy Lạp (1996 - 2002) cho biết tuổi trung bình là 62,8 (giao động: 18 - 99 tuổi). Nghiên cứu của Hreinsson J và cộng sự [6] tại Ailen từ năm 2009 - 2010 cho biết tuổi trung bình ở 132 bệnh nhân CMTH do loét DDTT là: 71 (giao động: 18 - 80 tuổi). Cũng với nghiên cứu này tần suất CMTH trên không do variceal chiếm 87/100.000 dân, tần suất này có xu hướng tăng dần lên theo độ tuổi của bệnh nhân. Với bệnh nhân dưới 25 tuổi, nguy cơ

CMTH là 30/100.000 dân, nhưng với tuổi ≥ 80 tuổi thì nguy cơ CMTH là: 570/100.000 dân.

Nghiên cứu của Quan S và cộng sự [8] tại Canada từ năm 2004 - 2010 trên 2523 bệnh nhân CMTH do loét DDTT cho thấy tuổi trung bình là 70 (giao động: 54 - 80). Phần lớn, các bệnh nhân này đều có các bệnh khác kèm theo (bệnh lý tim mạch, bệnh lý cơ xương khớp, bệnh hô hấp...) và sử dụng nhiều các thuốc NSAID (khoảng 20%), thuốc chống ngưng kết tiểu cầu (khoảng 15%) trong thời gian khá dài.

4.1.2. Tỷ lệ giới ở bệnh nhân CMTH do loét DDTT

Bảng 1 cho biết tần suất CMTH ở nam và nữ có khác nhau, trong đó số bệnh nhân nam mắc bệnh nhiều hơn (66,0%) so với bệnh nhân nữ (34,0%). Tỷ lệ nam/nữ chung là: 99/51 (1,9). Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong nước. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của Lê Quang Đức [3] là: 2,24; Nguyễn Duy Thắng [2] là: 2,4.

Nghiên cứu của Konstantinidis A và cộng sự [6] trên 415 bệnh nhân CMTH do loét DDTT tại Hy Lạp (1996 - 2002) cho biết: Nam chiếm 313/415 (75,4%), nữ chiếm: 102/415 (24,6%). Nghiên cứu của Quan S và cộng sự tại Canada từ năm 2004 - 2010 trên 2523 bệnh nhân CMTH do loét DDTT cho biết tỷ lệ nam/nữ là: 1561/962 (1,62). Nghiên cứu của Hreinsson J và cộng sự [6] tại Ailen (2009 - 2010) cho biết nam giới chiếm 58%, nữ chiếm 42%. Có nhiều lý do để nam giới mắc bệnh lý DDTT như: Hút thuốc, uống rượu, công việc căng thẳng nhiều áp lực hơn nữ giới.

4.2. Tiền sử bệnh và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có CMTH

4.2.1. Tiền sử CMTH ở bệnh nhân loét DDTT

Trong nghiên cứu của chúng tôi trình bày trong Bảng 2 cho biết: Tỷ lệ CMTH lần đầu gặp nhiều nhất chung cho cả hai nhóm là: 107/150 (71,3%). Konstantinidis A và cộng sự [7] nghiên cứu trên 415 bệnh nhân CMTH trên do loét dạ dày tá tràng được chia thành 2 nhóm: Nhóm tiêm epinephrine (n = 284) và nhóm điều trị kết hợp: Epinephrine + ethanolamine (n = 131) cho biết số bệnh nhân có tiền sử CMTH tương ứng cho mỗi nhóm là: 30,3% và 32,8%. Số bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày cho nhóm điều trị đơn thuần (epinephrine) và nhóm kết hợp tương ứng là: 35,6% và 37,4%. Như vậy, nếu so với nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ này thấp hơn, nhưng số bệnh nhân có CMTH lần hai, lần ba lại tăng lên.

4.2.2. Tiền sử dùng thuốc và các bệnh kèm theo

Trong nghiên cứu của chúng tôi (trình bày Bảng 5) đã tiến hành điều tra bệnh sử của tất cả các bệnh nhân CMTH ở 2 nhóm, bao gồm nhiều thông tin khác nhau. Kết quả nghiên cứu cho biết (chung cho 2 nhóm) số bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tim mạch/huyết áp, bệnh xương khớp, bệnh đái tháo đường và suy thận mạn chiếm tỷ lệ tương ứng là: 48,4%, 39,4%, 6,1% và 6,1%. Số bệnh nhân suy thận mạn có CMTH chiếm tỷ lệ không cao (6,1%), nhưng những bệnh nhân này thường hay tái phát, vì trong quá trình điều trị, bệnh nhân vẫn phải sử dụng các thuốc chống đông thường xuyên và đây là tác nhân dễ gây CMTH tái phát. Các bệnh lý kèm theo là những tác nhân quan trọng, thúc đẩy hình thành loét DDTT và gây biến chứng CMTH. Kết quả nghiên cứu (Bảng 2) cũng cho thấy số bệnh nhân có tiền sử uống rượu bia nhiều và sử dụng các thuốc NSAIDs/aspirin/chống đông chiếm tỷ lệ tương ứng: 61,8% và 38,2%. Thực tế lâm sàng cho thấy, các thuốc corticoid cũng là tác nhân có thể gây biến chứng CMTH ở bệnh nhân loét

DDTT. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào. Để đánh giá đúng, cần có điều tra kỹ càng và nghiên cứu số lượng lớn hơn.

Trong một báo cáo gần đây tại Trường Đại học Y Hà Nội [4] (08/2017) nghiên cứu trên 511 bệnh nhân CMTH do loét DDTT cho thấy số bệnh nhân có tiền sử: Tăng huyết áp, bệnh lý mạch vành, đái tháo đường, bệnh lý xương khớp, tiền sử CMTH chiếm tỷ lệ tương ứng: 15,3%, 3,9%, 2,2%, 5,9% và 26,8%. Tiền sử sử dụng NSAIDs, thuốc chống ngưng kết tiểu cầu chiếm tỷ lệ tương ứng: 5,9% và 2,2%.

Trong nghiên cứu của Hreinsson JP và cộng sự [5] nghiên cứu về vai trò của các thuốc NSAID và chống đông ở bệnh nhân CMTH được chia thành 2 nhóm: Nhóm có sử dụng NSAID và/hoặc thuốc chống đông (n = 156), nhóm chứng (n = 312). Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ CMTH ở nhóm sử dụng NSAID và/hoặc chống đông tăng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng:

Nhóm dùng NSAID: 20,0%, nhóm chứng: 8%, (p=0,0002).

Nhóm dùng NSAIDs + aspirin liều thấp: 8%, nhóm chứng: 1%, (p=0,003).

Nhóm dùng warfarin: 15%, nhóm chứng: 7%, (p=0,0069).

Nhóm dùng aspirin liều thấp: 40%, chứng: 30%, (p=0,0371).

Konstantinidis A và cộng sự [7] nghiên cứu trên 415 bệnh nhân CMTH trên do loét dạ dày tá tràng cho thấy: Số bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc NSAID/aspirin và dùng thuốc chống đông chiếm tỷ lệ tương ứng là: 52,5% và 4,8%. Kết quả của các nghiên cứu này cho thấy: NSAID và/hoặc thuốc chống đông đều có nguy cơ cao gây CMTH ở bệnh nhân có loét dạ dày tá tràng.

4.3. Đánh giá mức độ CMTH

Với tất cả các bệnh nhân CMTH do loét dạ dày tá tràng đều được xét nghiệm công thức máu, trong đó các thông số hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrite đóng vai trò quan trọng. Để

đánh giá mức độ CMTH cần dựa trên 5 thông số: Mạch, huyết áp, hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrite. Bảng phân loại này tuy đơn giản, nhưng rất cần thiết và đã được áp dụng phổ biến trong lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3) cho biết tỷ lệ CMTH mức độ nhẹ, vừa và nặng chiếm tỷ lệ tương ứng là: 14,7%, 56,0% và 29,3%. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp kết quả nghiên cứu của Lê Quang Đức và cộng sự [3]. Ngày nay, có rất nhiều bảng phân loại khác nhau, có thể giúp đánh giá mức độ mất máu, cũng như tiên lượng kết quả điều trị và dự báo tử vong.

4.4. Đặc điểm tổn thương trên nội soi ở bệnh nhân CMTH do loét DDTT

4.4.1. Số lượng và vị trí ổ loét DDTT

Nội soi dạ dày đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và giúp thực hiện can thiệp điều trị. Nhận định trên nội soi giúp đánh giá đặc điểm của ổ loét DDTT, bao gồm: Số lượng ổ loét, vị trí ổ loét và tính chất chảy máu (dựa trên phân loại của Forrest). Có thể có bệnh nhân có nhiều ổ loét, nhưng xác định ổ loét nào là nguyên nhân gây CMTH thì phụ thuộc rất nhiều vào kết quả nội soi DDTT.

Bảng 4 cho biết phần lớn bệnh nhân có một ổ loét: 134/150 (89,3%). Số bệnh nhân loét dạ dày chiếm: 47/150 bệnh nhân (31,3%), loét hành tá tràng: 103/150 bệnh nhân (68,7%). Vị trí loét trong mỗi khu vực cũng khác nhau. Đối với loét tại dạ dày (n = 47), thì hang vị chiếm tỷ lệ cao nhất: 25/47 bệnh nhân (53,2%). Đối với loét tá tràng (n = 103) thì loét thành trước hành tá tràng chiếm tỷ lệ cao nhất: 81/103 (78,6%). Tỷ lệ loét dạ dày/loét tá tràng là: 2,2. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp nghiên cứu của Lê Quang Đức [3] cho biết loét hành tá tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (71,3%) và tỷ lệ loét hành tá tràng/loét dạ dày chiếm tỷ lệ là: 2,4.

Kích thước ổ loét cũng đóng vai trò quan trọng, đặc biệt 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. Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4) cho biết số bệnh nhân có ổ loét kích thước 1 - 2cm chiếm tỷ lệ nhiều nhất chung cả hai nhóm: 98/150 bệnh nhân (65,3%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Quang Đức [3], cho biết kích thước của ổ loét dạ dày - tá tràng ở 122 bệnh nhân CMTH ở mức < 1cm, 1 - 2cm và trên 2cm, tương ứng là: 21,3%, 73,8% và 4,9%.

4.4.2. Hình thái CMTH trên nội soi ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng

Có nhiều thông số tham gia đánh giá tiên lượng CMTH ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng, trong đó 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.

Đồng thuận thế giới về điều trị CMTH trên không do giãn tĩnh mạch thực quản khuyến cáo: Chỉ điều trị qua nội soi cho bệnh nhân CMTH do loét DDTT có tổn thương Forrest IIB (ổ loét có cục máu đông) trở nên. Trong phạm vi nghiên cứu của đề tài, chúng tôi cũng chỉ lựa chọn những bệnh nhân có tổn thương Forrest IIB trở lên để đưa vào nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu Bảng 4 cho biết: Tỷ lệ Forrest IA, IB, IIA và IIB tương ứng là: 11,3%, 34,7%, 32,7% và 21,3%.

Trong nghiên cứu của Enestvedt BK và cộng sự [8] trên 3847 bệnh nhân CMTH do loét dạ dày tá tràng cho biết về đặc điểm tổn thương trên Forrest cụ thể như sau: Forrest I (9,3%), Forrest IIA (6,1%), Forrest IIB (6,65%), Forrest IIC (13,1%), Forrest III (52,6%) và có 12,3% không xếp loại.

Với những bệnh nhân có Forrest IIB trở lên sẽ có nguy cơ cao CMTH tái phát và nguy cơ tử vong. Nghiên cứu của Lau JY và cộng sự [10] cho biết nếu bệnh nhân CMTH không được điều trị thì nguy cơ CMTH ở Forrest IA là: 80 - 90%, Forrest IB: 10 - 30%, Forrest IIA: 39 - 60%, Forrest IIB: 22 - 35%, Forrest IIC: 0 - 13%. Cũng

với nghiên cứu của Lau JY và cộng sự (năm 2013) [11] với ổ loét có CMTH nếu không được điều trị thì nguy cơ CMTH tái phát với Forrest I (81%), Forrest II (39%) và Forrest III (22%). Do vậy, với tất cả các bệnh nhân loét dạ dày tá tràng cần được điều trị triệt để và tùy theo mức độ tổn thương để đưa ra các biện pháp điều trị cụ thể.

Đồng thuận điều trị CMTH trên không do varices đã khuyến cáo: Với những bệnh nhân có tổn thương Forrest IIb (tổn thương có cục máu đông trên bề mặt ổ loét) cần phải điều trị qua nội soi, sau khi lấy cục máu đông ra khỏi bề mặt ổ loét. Tuy nhiên, với những trường hợp này cần phải thực hiện tại trung tâm y tế lớn, có đội ngũ chuyên gia giàu kinh nghiệm và phải giải thích đầy đủ cho bệnh nhân trước khi can thiệp.

5. Kết luận

Với kết quả nghiên cứu trên 150 bệnh nhân CMTH do loét DDTT, chúng tôi đưa ra kết luận sau:

Tuổi trung bình chung và tỷ lệ nam/nữ tương ứng: $54,56 \pm 17,4$ và 1,9.

Số bệnh nhân có tiền sử: CMTH 01 lần, có bệnh lý tim mạch, viêm khớp, sử dụng thuốc chống đông hoặc aspirin, uống nhiều rượu bia chiếm tỷ lệ tương ứng: 71,3%, 48,5%, 39,4%, 38,2% và 61,8%.

Tỷ lệ mất máu mức độ: Nhẹ, vừa, nặng chiếm tỷ lệ tương ứng: 14,7%, 56,0%, 29,3%.

Đặc điểm trên nội soi: Loét dạ dày - tá tràng: 1 ổ (89,3%), loét dạ dày chiếm 31,3%, loét hành tá tràng (68,7%), mức độ CMTH gặp nhiều ở Forrest IB (34,7%) và Forrest IIA (32,7%).

Tài liệu tham khảo

- Trần Ngọc Ánh, Nguyễn Thị Chi, Đào Văn Long (2009) *Nhận xét kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng bằng tiêm cầm máu qua nội soi kết hợp với điều trịesomeprazole liều cao (8mg/h)*. Tạp chí Nghiên cứu Y học 64(5), tr. 75-80.
- Nguyễn Duy Thắng (2010) *Nhận xét bước đầu kết quả điều trị cầm máu qua nội soi kết hợp pantoprazole trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng*. Y học lâm sàng, số 52, tr. 42-47.
- Lê Quang Đức (2017) *Nghiên cứu kết quả điều trị chảy máu do loét dạ dày tá tràng bằng phương pháp điện đông lưỡng cực đơn thuần và phối hợp tiêm dung dịch adrenaline 1/10.000 qua nội soi*. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
- Đào Việt Quân, Đào Việt Hằng, Đào Văn Long và cộng sự (2017) *Đánh giá sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn sau can thiệp cầm máu ở các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên tại Trung tâm Nội soi-Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*. Hội nghị Khoa học chuyên ngành Nội soi tiêu hóa, Tháng 08/2017 (Bệnh viện Đại học Y Hà Nội).
- Nguyễn Khánh Trạch, Phạm Thị Thu Hồ (1992) *Xuất huyết tiêu hóa cao. Bệnh học Nội khoa*. Nhà xuất bản Y học, tr. 170-181.
- Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S et al (2013) *Upper gastrointestinal bleeding: Incidence, etiology and outcomes in a population-based setting*. Scandinavian Journal of Gastroenterology 48: 439-447.
- Konstantinidis A, Valatas V, Ntelis V et al (2011) *Endoscopic treatment for high-risk bleeding peptic ulcers: A comparison of epinephrine alone with epinephrine plus ethanolamine*. Annals of Gastroenterology 24: 101-107.
- Quan S, Yang H, Tanyingoh D et al (2015) *Upper gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer disease is not associated with air pollution: a case-crossover study*. BMC Gastroenterology 15:131-137.
- Enestvedt BK, Gralnek IM, Mattek N et al (2008) *An evaluation of endoscopic indications and findings related to nonvariceal upper-GI hemorrhage in a large multicenter consortium*. Gastrointest Endosc 67(3): 422-429.
- Lau JY, Sung JJ (1999) *Injection techniques for nonvariceal hemorrhage*. Tech Gastrointest Endosc 1(3): 115-121.

11. Lau JY, Barkun A, Fan DM et al (2013) *Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding*. Lancet 381(9882): 2033-2043.
12. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ (1974) *Endoscopy in gastrointestinal bleeding*. Lancet 2(7877): 394-397.