

# Đánh giá kết quả điều trị cầm máu bằng kẹp clip kết hợp với Esomeprazole ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2024

Lê Quốc Việt<sup>1\*</sup>, Đỗ Khánh Toàn<sup>1</sup>, Đào Thị Nga<sup>1</sup>, Lê Văn Trường<sup>1</sup>, Lương Thị Hoài Thanh<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

## \*Tác giả liên hệ

Lê Quốc Việt  
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa  
Điện thoại: 0387770127  
Email: Leviet1905@gmail.com

## Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 04/12/2024  
Ngày phản biện: 09/12/2024  
Ngày duyệt bài: 10/02/2025

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hiệu quả của kẹp clip qua nội soi cũng như thuốc ức chế bơm proton liều cao liên tục đã được chứng minh. Bệnh viện đa khoa tỉnh đã áp dụng phương pháp điều trị phối hợp giữa kẹp hemoclip cầm máu trong nội soi điều trị các ổ loét dạ dày - tá tràng có nguy cơ xuất huyết cao với sử dụng thuốc ức chế bơm proton liều cao liên tục (PPI), và đã đạt được một số hiệu quả nhất định. **Mục tiêu:** (1) Đánh giá triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2024. (2) Đánh giá kết quả điều trị cầm máu bằng kẹp clip kết hợp với Esomeprazole ở các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. **Đối tượng và phương pháp:** 33 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng chảy máu, có phân độ Forrest từ IIB trở lên được đưa vào nghiên cứu. Hemoclip được sử dụng của hãng Olympus. Liều Esomeprazole là 80 mg tiêm tĩnh mạch, sau đó truyền tĩnh mạch liên tục 08 mg trên 01 giờ trong vòng 72 giờ. **Kết quả:** Cầm máu tức thì đạt được ở 32/33 bệnh nhân (97%). Tỷ lệ chảy máu tái phát gặp ở 9,1% bệnh nhân. Tỷ lệ điều trị thành công là 97%. Số ngày điều trị trung bình là  $7,61 \pm 3,50$  ngày. **Kết luận:** Phối hợp điều trị bằng hemoclip với thuốc ức chế bơm proton tĩnh mạch tỏ ra hữu hiệu và an toàn ở các bệnh nhân loét dạ dày tá tràng chảy máu.

**Từ khóa:** esomeprazole, hemoclip, loét dạ dày tá tràng chảy máu.

## Evaluation of hemostasis outcomes using clip combined with esomeprazole in patients with gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer at Thanh Hóa Provincial General Hospital in 2024

**ABSTRACT: Background:** The effectiveness of endoscopic clipping and continuous high-dose proton pump inhibitors (PPIs) has been well-documented. Thanh Hóa Provincial General Hospital has applied a combined treatment approach using hemoclips for hemostasis in endoscopic treatment of high-risk bleeding gastric and duodenal ulcers along with high-dose continuous PPI therapy, achieving notable outcomes. **Objective:** (1) Evaluation of the clinical and paraclinical symptoms of gastrointestinal bleeding caused by peptic ulcers at Thanh Hóa Provincial General Hospital in 2024. (2) Evaluation of hemostasis outcomes using clips combined with Esomeprazole

in patients with gastrointestinal bleeding due to peptic ulcers. **Subjects and Methods:** 33 patients with bleeding peptic ulcers classified as Forrest grade IIB or higher were included in the study. Hemoclips from Olympus were used. Esomeprazole was administered as an 80 mg bolus injection followed by a continuous intravenous infusion of 8 mg per hour for 72 hours. **Results:** Immediate hemostasis was achieved in 32 out of 33 patients (97%). Rebleeding occurred in 9.1% of patients. The overall treatment success rate was 97%. The average length of hospital stay was  $7.61 \pm 3.50$  days. **Conclusion:** The combination of hemoclips with intravenous proton pump inhibitors proves to be effective and safe for patients with bleeding peptic ulcers. **Keywords:** *bleeding peptic ulcer, esomeprazole, hemoclip.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng là bệnh cấp cứu nội khoa và ngoại khoa thường gặp tại các bệnh viện ở Việt Nam cũng như trên thế giới, chiếm tỷ lệ khoảng 50% trong tất cả các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa trên với tỷ lệ tử vong từ 6 - 13%. Nội soi cầm máu ổ loét dạ dày hành tá tràng đã được chứng minh là một biện pháp hiệu quả kiểm soát tình trạng xuất huyết, trong đó kỹ thuật dùng clip được dùng rộng rãi nhất vì khả năng cầm máu chắc chắn, tỉ lệ xuất huyết tái phát thấp, ít biến chứng [9],[11].

Tuy nhiên, sau nội soi cầm máu thành công vẫn còn khoảng 15 - 20% bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết tái phát. Vì vậy, việc dự phòng xuất huyết tái phát bằng thuốc ức chế bơm proton (PPI) sau nội soi đủ liệu trình nhằm dự phòng xuất huyết tái phát sau nội soi là cần thiết. Vai trò của thuốc ức chế bơm proton liều cao tĩnh mạch sau nội soi điều trị cũng được đề cập nhiều, góp phần làm giảm tỷ lệ xuất huyết tái phát sớm dựa theo nguyên lý nâng pH dạ dày trên 6 để ngăn ngừa cục máu đông không bị phá hủy [11].

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, mỗi năm có hàng trăm bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày tá tràng đã được nội soi điều trị bằng nhiều phương pháp. Trong đó, phương pháp phối hợp giữa kẹp clip cầm máu trong nội soi điều trị các ổ loét dạ dày - tá tràng có nguy cơ xuất huyết cao phối hợp với sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI),

đã được áp dụng và 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 cầm máu bằng kẹp clip kết hợp với Esomeprazole ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2024”. Với 2 mục tiêu chính:

1. Đánh giá triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2024.
2. Đánh giá kết quả điều trị cầm máu bằng kẹp clip kết hợp với Esomeprazole ở các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện ở các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng đến khám và điều trị tại BVĐK tỉnh Thanh Hoá từ tháng 03 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

### Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân  $\geq 16$  tuổi
- Được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày tá tràng dựa vào lâm sàng bệnh nhân có nôn ra máu, đại tiện phân đen, nâu sẫm hoặc vừa nôn ra máu và đại tiện phân đen, hoặc ống thông dạ dày có máu
- Kết quả nội soi đường tiêu hóa trên có hình ảnh tổn thương loét dạ dày tá tràng có nguy

cơ xuất huyết cao theo phân loại Forrest :  
FIA, FIB, FIIA, FIIB

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do các nguyên nhân khác không do loét dạ dày tá tràng.

- Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng có rối loạn chức năng đông cầm máu nặng (tiểu cầu < 50.000/mm<sup>3</sup>, tỷ lệ prothrombin < 50%).

- Các trường hợp có tình trạng xuất huyết khác cùng kết hợp như ở dạ dày tá tràng như viêm dạ dày tá tràng xuất huyết, ung thư dạ dày xuất huyết.

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

**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.

Tổng số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là

33 bệnh nhân.

### **Nội dung nghiên cứu**

Những nội dung nghiên cứu chính bao gồm:

- Triệu chứng lâm sàng: triệu chứng xuất huyết, tình trạng mất máu theo các mức độ, Thang điểm Blatchford.

- Cận lâm sàng: Hồng cầu, Hb, Hct, Ure

Nội soi DD-TT: mô tả các tổn thương xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày tá tràng, phân loại tổn thương theo Forrest.

- Nội soi can thiệp cầm máu: thời gian nội soi, cầm máu ban đầu, chảy máu tái phát, số clip sử dụng, các tai biến biến chứng của nội soi.

- Thu thập dữ liệu trong quá trình điều trị thuốc Esomeprazole.

- Nhu cầu truyền máu, số lượng máu truyền.

- Tỷ lệ BN phẫu thuật, tử vong.

- Thời gian nằm viện.

- Kết quả điều trị cuối cùng và các yếu tố ảnh hưởng điều trị.

- Ghi nhận các kết quả thu thập được vào phiếu nghiên cứu.

## **KẾT QUẢ**

Qua nghiên cứu 33 bệnh nhân, chúng tôi có kết quả như sau:

### **Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

*Bảng 1. Đặc điểm chung*

Tuổi	64,55 ± 14,26	
Đặc điểm giới tính	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Nam	25	75,8
Nữ	8	24,2

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,55 ± 14,26.

Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm là: 25/8 (3,13/1).

### **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu**

*Triệu chứng lâm sàng*

*Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng*

Triệu chứng	Đặc điểm (N=33)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Tri giác</b>	Tỉnh	31	93,9
	Lơ mơ	2	6,1
	Mê	0	0,0
<b>Triệu chứng XHTH</b>	Chỉ nôn máu	14	42,4
	Chỉ ỉa phân đen	28	84,8
	Nôn máu và ỉa phân đen	9	27,3

<b>Đau thượng vị</b>	20	60,6
<b>Da xanh, niêm mạc nhợt</b>	31	93,9
<b>Chóng mặt</b>	30	90,9

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 93,9% BN tình, chỉ có 6,1% BN lơ mơ, 0 có BN hôn mê. Tỷ lệ ỉa phân đen chiếm tỷ lệ cao nhất là 84,8%, nôn ra máu 42,4%, nôn ra máu và ỉa phân đen là 27,3%. Có 27,3 % BN có đau thượng vị. Về tình trạng thiếu máu: da và niêm mạc nhợt chiếm 93,9 %, và có 90,9% BN có biểu hiện hoa mắt chóng mặt.

*Đặc điểm cận lâm sàng*

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng**

Xét nghiệm	Đặc điểm (N=33)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Giá trị trung bình
<b>Hồng cầu</b>	> 3 T/L	8	24,2	2,64 ± 0,76 T/L
	2 - 3 T/L	18	54,5	
	< 2 T/L	7	21,2	
<b>HCT</b>	>30%	5	15,2	22,98 ± 7,25 %
	20-30%	15	45,5	
	<20%	13	39,4	
<b>Hb</b>	> 90g/l	8	24,2	78,27 ± 27,13 g/l
	60-90g/l	16	48,5	
	< 60g/l	9	27,3	
<b>Ure</b>	6,5-7,9 μmol/L	3	9,1	16,4 ± 9,8 μmol/L
	8-9,9 μmol/L	4	12,1	
	10-24,9 μmol/L	23	69,7	
	≥25 μmol/L	3	9,1	

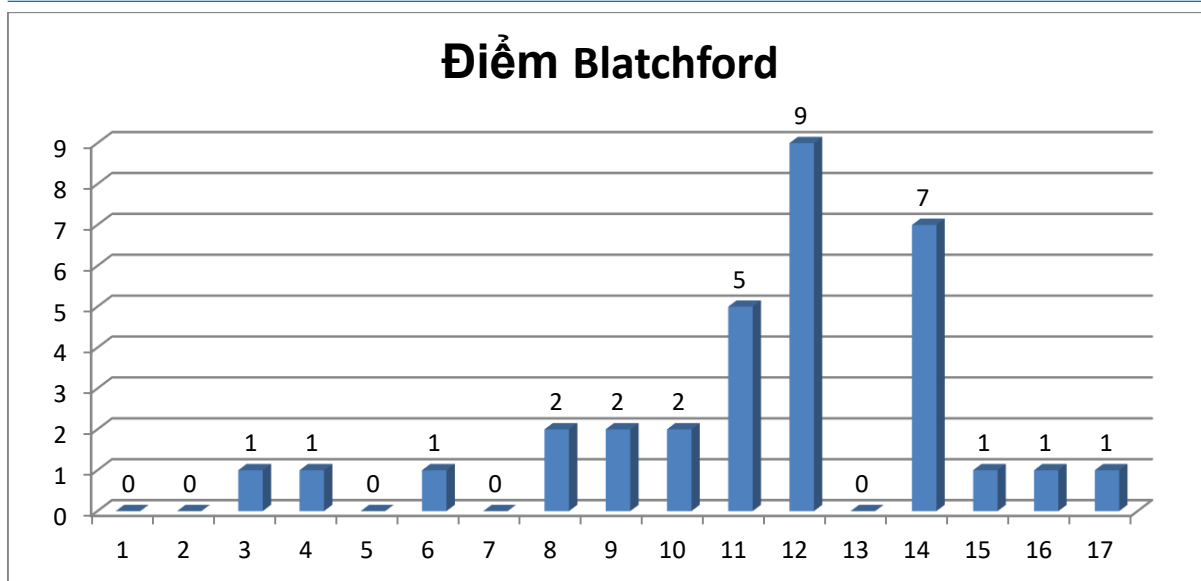
*Phân độ mất máu*

**Bảng 4. Phân độ mất máu**

Mức độ mất máu	Số lượng N=33	Tỷ lệ (%)
Độ I ( nhẹ )	16	48,5
Độ I ( trung bình )	7	21,2
Độ I ( nặng )	10	30,3
Tổng	33	100,0

Nhận xét : Số BN có mức độ mất máu nhẹ là 48,5%, mức độ mất máu trung bình là 21,2%, mức độ mất máu nặng là 30,3%.

*Phân bố bệnh nhân theo thang điểm Blatchford*



**Biểu đồ 1.** Phân bố bệnh nhân theo thang điểm Blatchford

Nhận xét: Điểm trung bình Blatchford trong nhóm nghiên cứu là  $11,39 \pm 3,11$ . Tập trung nhiều ở nhóm 10 điểm trở lên chiếm 78,8%. Nhóm bệnh nhân có điểm > 13 chiếm 30,3%.

### Đặc điểm về nội soi

Đặc điểm về vị trí, số lượng và kích thước ổ loét

**Bảng 5.** Đặc điểm về vị trí, số lượng và kích thước ổ loét

Vị trí loét dạ dày tá tràng	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Loét dạ dày</b> n = 13/33 (39,4%)	Hang vị	7
	Tiền môn vị	0
	Thân vị	5
	Góc bờ cong nhỏ	1
<b>Loét tá tràng</b> n = 24/33 (72,7%)	Mặt trước	13
	Mặt sau	0
	Mặt trên	5
	D1-D2	6
<b>Loét dạ dày và tá tràng</b> n = 4/33	4	12,1
<b>Kích thước ổ loét</b> (N = 33)	<1cm	22
	1-2cm	10
	>2	1
<b>Số lượng ổ loét</b> (N = 33)	1	24
	2	4
	>2	5

Nhận xét: Về vị trí ổ loét : Có 39,4% BN loét tại dạ dày, xuất hiện chủ yếu ở hang vị chiếm với tỷ lệ 53,8%. Có 72,7%, BN loét ở tá tràng, trong đó tỷ lệ loét ở mặt trước là nhiều nhất 54,2%. Tỷ lệ BN vừa loét dạ dày vừa loét tá tràng chiếm 12,1%. Đa phần BN có ổ loét kích thước < 1 cm chiếm 66,7%. Số lượng BN có 1 ổ loét dạ dày - tá tràng chiếm 72,7%. Số BN có từ 3 ổ loét trở lên chiếm 15,2%.

Phân bố bệnh nhân theo phân loại Forrest

**Bảng 6.** Phân bố bệnh nhân theo phân loại Forrest

Forrest	Số lượng	Tỷ lệ (%)
IA	3	9,1
IB	21	63,6
IIA	7	21,2
IIB	2	6,1
Tổng	33	100,0

Nhận xét: Số BN XHTH do loét dạ dày tá tràng thuộc nhóm IB chiếm tỉ lệ cao nhất là 63,6%, tiếp sau đó là IIA với 21,2%, nhóm IA và IIB chiếm tỉ lệ lần lượt là 9,1% và 6,1%.

#### Thời gian nội soi

**Bảng 7.** Thời gian nội soi

Thời gian nội soi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước 12 giờ	16	48,5
Từ 12 -24 giờ	14	42,4
Sau 24 giờ	3	9,1
Tổng	33	100,0

Nhận xét: Thời gian nội soi tính từ lúc nhập viện trước 12 giờ là 48,5%; từ 12 đến 24 giờ là 42,4%; và sau 24 giờ là 9,1%.

#### Số lượng kẹp clip sử dụng

**Bảng 8.** Số lượng kẹp clip sử dụng

Số lượng Hemoclip sử dụng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	4	12,1
2	12	36,4
3	7	21,2
4	7	21,2
5	2	6,1
6	0	0,0
7	1	3,0
Tổng	33	100,0

Nhận xét: Số clip dùng trung bình là  $2,85 \pm 1,35$ . Số clip dùng chủ yếu tập trung ở nhóm 2 – 4 clip chiếm 78,8%. Có 1 trường hợp bệnh nhân phải can thiệp kẹp 7 clip cầm máu tại 2 vị trí.

#### Tỷ lệ cầm máu ban đầu

Tỷ lệ cầm máu thành công ban đầu trong nghiên cứu là rất cao với 97%. Có 01 trường hợp nội soi cầm máu thất bại do kích thước ổ loét lớn, chiếm tỷ lệ 3,0%.

#### Tỷ lệ xuất huyết tái phát ở các nhóm tổn thương theo Forrest

**Bảng 9.** Tỷ lệ xuất huyết tái phát ở các nhóm tổn thương theo Forrest

		Forrest				Tổng
		IA	IB	IIA	IIB	
Tái phát	Có	2(6,1%)	0(0,0%)	1(3,0%)	0(0,0%)	3(9,1%)
	Không	1(3,0%)	21(63,6%)	6(18,2%)	2(6,1%)	30(90,9%)
Tổng		3(9,1%)	21(63,6%)	7(21,2%)	2(6,1%)	33(100%)

Nhận xét: Trong 03 trường hợp xuất huyết tái phát, có 02 trường hợp có tổn thương Forrest IB, và 01 trường hợp có tổn thương Forrest IIA.

### Thời gian xuất huyết tái phát

**Bảng 10.** Thời gian xuất huyết tái phát

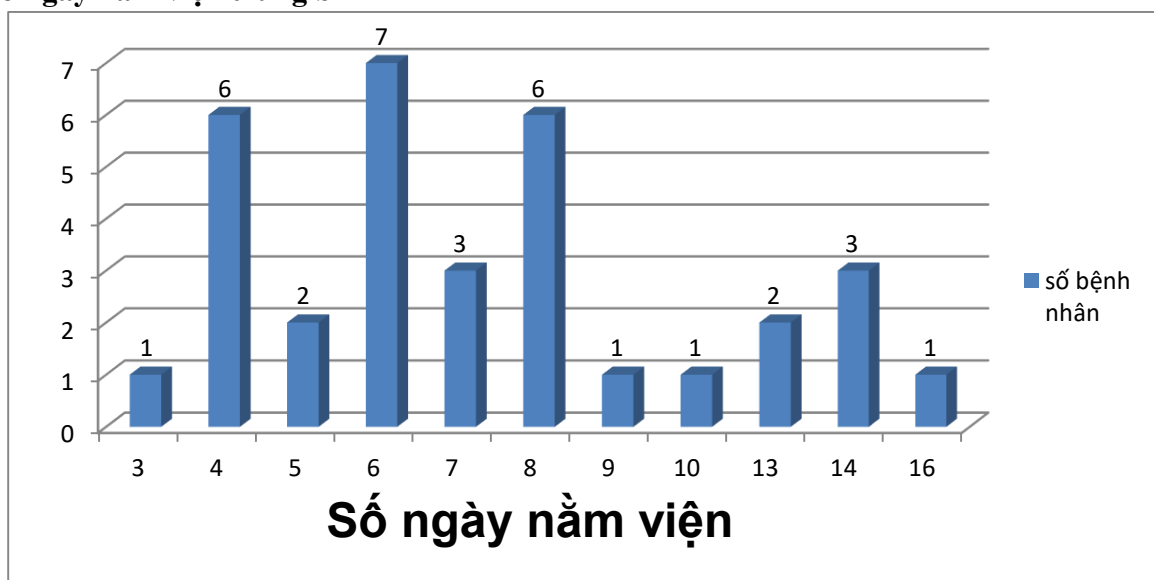
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước 24 giờ	1	3,0
từ 24 - 72 giờ	2	6,1
Không tái phát	30	90,9
Tổng	33	100,0

Nhận xét: Trong 03 trường hợp xuất huyết tái phát, có 01 trường hợp xuất huyết tái phát trước 24 giờ; và 02 trường hợp xuất huyết tái phát trong 24 - 72 giờ sau can thiệp kẹp clip cầm máu.

### Truyền máu và số lượng máu đã sử dụng

Trong nghiên cứu, có 28/33 bệnh nhân được truyền máu, chiếm tỷ lệ 84,8%. Trong đó số lượng máu truyền trung bình là  $1204,55 \pm 936,03$ . BN truyền nhiều nhất là 3650 ml, truyền ít nhất là 250ml.

### Số ngày nằm viện trung bình



**Biểu đồ 2.** Số ngày nằm viện trung bình

Nhận xét: Số ngày nằm viện trung bình là  $7,61 \pm 3,50$  ngày. Bệnh nhân nằm dài ngày nhất là 16 ngày, ngắn nhất là 3 ngày.

### Tỷ lệ tai biến, tác dụng phụ, phẫu thuật, tử vong.

Chưa ghi nhận các tai biến xảy ra trong quá trình nội soi và can thiệp cầm máu bằng kẹp clip. Trong quá trình điều trị thuốc Esomeprazole ghi nhận 02 trường hợp bệnh nhân có rối loạn tiêu hóa nhẹ chiếm tỷ lệ 6,1%. Các triệu chứng khác chưa được ghi nhận.

Trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào phải phẫu thuật, và không có bệnh nhân tử vong.

### Các yếu tố ảnh hưởng điều trị

Theo nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố tuổi trung bình, bệnh phối hợp, tổn thương theo phân loại Forrest, kích thước ổ loét, tỷ lệ bệnh nhân truyền máu, trung bình số đơn vị máu truyền và thời gian nội soi chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Trong nhóm nhóm điều trị kẹp clip thành công có 10 (32,3%) trường hợp bệnh nhân có tình trạng mất máu nặng, 5 (16,1%) trường hợp mất máu trung bình, 16 (51,6%) trường hợp có tình

trạng mất máu nhẹ . 02 trường hợp điều trị thất bại thuộc nhóm bệnh nhân có tình trạng mất máu trung bình. Nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng mất máu và kết quả điều trị, với  $p = 0.019 < 0,05$ .

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của bệnh nhân là  $64,55 \pm 14,26$ . Tương đồng với nghiên cứu của Châu Ngọc Thảo và cs năm 2023 có tuổi trung bình mắc bệnh là  $65,92 \pm 15,21$  tuổi [5]. Cao hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm năm 2019 là  $56,81 \pm 18,50$  [4]. Nghiên cứu của Trần Văn Huy năm 2019 là  $56,62 \pm 19,89$  [2]. Đào Nguyên Khải năm 2020 là  $54,56 \pm 17,4$  [3]. Sự tương đồng 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 từ khu vực, từng vùng miền cũng như sự khác nhau về mô hình bệnh tật trong từng nghiên cứu.

Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ xuất huyết tiêu hoá gặp ở bệnh nhân nam (75,8%) nhiều hơn so với bệnh nhân nữ (24,2%). Tỷ lệ nam nữ chung là: 3,13/1. Kết quả này không quá khác biệt so với các nghiên cứu trong và ngoài nước [4], [5]. 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...

### Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

#### Lâm sàng

Hai triệu chứng lâm sàng gây XH thường gặp trong nghiên cứu là đại tiện phân đen (84,8%), nôn ra máu (42,4%), vừa nôn máu vừa đại tiện phân đen chiếm 27,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu [3],[6]. Vì vậy, các triệu chứng nôn và đại tiện phân đen là các triệu chứng lâm sàng quan trọng cần chú ý ở các bệnh nhân XH do loét DD-TT.

Các triệu chứng lâm sàng khác như tri giác có 93,9% bệnh nhân tỉnh táo, chỉ có 6,1% bệnh

nhân lơ mơ đều là 2 bệnh nhân có tình trạng xuất huyết nặng và có nguy cơ xuất huyết tái phát cao. Các triệu chứng thiếu máu như xanh và niêm mạc nhợt (93,9%), hoa mắt chóng mặt (90,9%), nhịp tim nhanh  $\geq 100$  nhịp/phút, huyết áp tâm thu thấp  $\leq 100$ mmHg, trên 60 tuổi và có bệnh phổi hợp là các điều kiện làm bệnh XH tái phát và tử vong [10]. Vì vậy, cần phải kiểm soát tốt và sớm các bệnh nhân này giúp nâng cao hiệu quả thành công trong điều trị

#### Cận lâm sàng

Trong nghiên cứu, giá trị trung bình của hồng cầu là  $2,64 \pm 0,76$  T/l, hầu hết tập trung ở nhóm bệnh nhân thiếu máu vừa và nặng. Ngoài ra hai chỉ số Hb và urê máu là hai chỉ số để tiên đoán yêu cầu can thiệp y khoa trong thang điểm Blatchford. Giá trị trung bình của Hb trong nghiên cứu của chúng tôi là  $78,27 \pm 27,13$  g/L, thấp hơn giá trị trung bình Hb trong một số nghiên cứu [3],[4]. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu đều có trung bình chỉ số Hb  $< 10$ g/dL.

Trung bình chỉ số urê máu trong nghiên cứu của chúng tôi là  $16,4 \pm 9,8$   $\mu$ mol/L, cao hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm năm 2019 là 13,64mmol/L [4]. Urê máu tăng trong 3/4 trường hợp XH trên do tăng urê máu trước thận thứ phát do giảm thể tích máu, do tiêu hóa các protein của máu và hấp thu các sản phẩm của nitrogen [1].

Thang điểm Blatchford được sử dụng để tiên đoán tình trạng XH trên dựa vào các biểu hiện lâm sàng và một số cận lâm sàng chưa có đánh giá kết quả của thủ thuật nội soi từ đó có thể tiên đoán bệnh nhân có cần phải can thiệp y khoa như truyền máu, nội soi điều trị hay không. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên những bệnh nhân XH có nguy cơ tái phát cao cần phải điều trị cầm máu qua nội soi, điểm trung bình Blatchford trong nghiên

cứ là  $11,64 \pm 2,73$ . Theo Nguyễn Thị Thu Trang, những bệnh nhân có điểm Blatchford  $\leq 9$  điểm có yêu cầu can thiệp y khoa thấp, điểm Blatchford  $\leq 13$  điểm có nguy cơ XH tái phát thấp [8].

#### *Đặc điểm về nội soi đường tiêu hóa trên*

Vị trí: Ổ loét ở dạ dày thường gặp nhất và vị trí hang vị 53,8%, Thân vị 38,5%, Góc bờ cong nhỏ 7,7%. Ổ tá tràng ổ loét thường gặp ở vị trí ở mặt trước 54,2%, mặt bên là 20,8%, ở D1-D2 tá tràng là 25,0%. Ở các nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tuấn, các ổ loét ở dạ dày thường gặp ở hang vị chiếm tỷ lệ 89,4%, tá tràng thường gặp ở mặt trước hành tá tràng chiếm tỷ lệ 84,2% [9]; nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm với vị trí loét ở hang vị chiếm tỷ lệ 40%, loét mặt trước hành tá tràng chiếm tỷ lệ 85,7% [4]. Kết quả các nghiên cứu khác do có các tỷ lệ khác nhau về vị trí loét do cách phân chia vùng dạ dày khác nhau nên có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi, nhưng tỷ lệ loét hành tá tràng so sánh với các nghiên cứu khác đều cho thấy ở tỷ lệ loét ở mặt trước cao hơn ở mặt khác và các kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi

Số lượng và kích thước trung bình các ổ loét: trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân có một ổ loét với tỷ lệ là 72,7%, và kích thước ổ thường gặp  $< 1$  cm, với kích thước trung bình ổ loét là  $9,65 \pm 4,56$  mm. Tương đương với nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm với thước trung bình ổ loét là  $9,64\text{mm} \pm 4,96$  [4].

Phân loại Forrest: nhóm bệnh nhân có phân loại Forrest IB có tỷ lệ cao nhất là 63.6%, tiếp đến là nhóm Forrest IIA chiếm tỷ lệ 21.2%, các nhóm Forrest IA và IIB lần lượt là 9,1% và 6,1%. Nghiên cứu của Lau JY và cs cho biết nếu bệnh nhân XHTH không được điều trị thì nguy cơ XH tái phát ở Forrest IA là: 80-90%, Forrest IB: 10-30%, Forrest IIA: 39-60%, Forrest IIB: 22-35%, Forrest IIC: 0-13%. 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 [7].

Thời gian nội soi: bệnh nhân được nội soi rất sớm tính từ lúc nhập viện trước 12 giờ là 48,5%, nội soi sớm từ 12 đến 24 giờ là 42,4%; và nội soi sau 24 giờ là 9,1%.

Số kẹp clip cầm máu sử dụng: số lượng clip trung bình cầm máu được sử dụng là  $2,85 \pm 1,35$ , cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tuấn 2,13 clip [9], nghiên cứu của Đào Nguyên Khải  $2,07 \pm 0,827$  [3]. Có lẽ do các tổn thương loét theo phân loại Forrest ở các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đa số là các tổn thương đang chảy máu (Forrest IA, IB) nên cần sử dụng nhiều clip.

#### **Kết quả điều trị**

Tỷ lệ cầm máu ban đầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cầm máu ban đầu thành công là rất cao 97,0%. Nhìn chung, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cùng với tham khảo các nghiên cứu khác, cầm máu ban đầu của các phương pháp kẹp clip cầm máu, đều thành công trên 90% [2],[4],[9], chứng tỏ vai trò nội soi cầm máu ở bệnh XHTH do loét DD-TT là rất quan trọng. Đồng thời chúng tôi cũng chưa ghi nhận các tai biến trong quá trình can thiệp cầm máu bằng phương pháp này.

Tỷ lệ xuất huyết tái phát: Sau khi BN được can thiệp nội soi cầm máu bằng kẹp clip đều được chỉ định sử dụng thuốc PPI liều cao tĩnh mạch 8mg/giờ trong 72 giờ, nhằm dự phòng XH tái phát sớm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ xuất huyết tái phát là 9,1%. Trong đó, có 33,3 % bệnh nhân XH tái phát trước 24 giờ, 66,7% bệnh nhân XH tái phát trong khoảng 24-72 giờ. Và 2/3 (66,7%) Bn đã được nội soi can thiệp lần 2 và đã cầm máu thành công. Nhận thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm với 44,4% bệnh nhân XH tái phát trong khoảng 24 - 72 giờ [4], nghiên cứu của Trần Văn Huy có 1 BN xuất huyết tái phát trong khoảng

khoảng 24 - 72 giờ sau can thiệp kẹp clip cầm máu [2].

Tai biến trong nội soi : Trong nghiên cứu chưa ghi nhận các tai biến xảy ra trong quá trình nội soi.

Tác dụng phụ của thuốc: Trong quá trình sử dụng thuốc Esomeprazole có 02 bệnh nhân có triệu chứng rối loạn tiêu hóa nhẹ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Huy 2019 với 3/34 BN có triệu chứng rối loạn tiêu hóa [2].

Tỷ lệ phẫu thuật và tử vong: trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào phải phẫu thuật và không có trường hợp nào tử vong. Tuy nhiên có 2 trường hợp BN tình trạng bệnh lý nặng, tiên lượng điều trị thất bại, gia đình xin cho BN ngừng điều trị, về nhà chăm sóc.

Số ngày nằm viện trung bình: Trong nghiên cứu của chúng tôi, số ngày nằm viện trung bình là  $7,61 \pm 3,50$ . Trong đó bệnh nhân nằm dài ngày nhất là 16 ngày, ngắn nhất là 3 ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đào Nguyên Khải 2020, số ngày điều trị trung bình ở nhóm BN kẹp clip cầm máu là:  $7,7 \pm 6,5$  [3]. Cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm năm 2019, số ngày nằm trung bình số ngày nằm viện của nhóm BN kẹp clip cầm máu là  $9,44 \pm 3,44$  ngày [4]. Kết quả này có thể được lý giải do 1 số nguyên nhân như: thời gian BN được nội soi sau khi nhập viện sớm hay muộn, bệnh nhân có bệnh phối hợp kèm theo hay không, hay do nguyên nhân xuất huyết tái phát BN cần nội soi cầm máu lần hai nên trung bình số ngày nằm viện có thể kéo dài hơn. Bởi vậy BN XHTH có nguy cơ xuất huyết tái phát cao cần được nội soi cầm máu sớm trong 24 nhập viện, và dùng thuốc PPI liều cao tĩnh mạch trong 72 giờ sau kẹp clip.

#### **Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị**

Kết quả điều trị thành công là 93,9%, tuy nhiên cũng bị ảnh hưởng của nhiều yếu tố

như: tuổi, bệnh phối hợp, tình trạng mất máu, đặc điểm của tổn thương loét, truyền máu, thời gian nội soi...

Các yếu tố tuổi trung bình, bệnh phối hợp, tổn thương theo phân loại Forrest, kích thước ổ loét, tỷ lệ bệnh nhân truyền máu, trung bình số đơn vị máu truyền và thời gian nội soi chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm điều trị kẹp clip thành công có 10 (32,3%) trường hợp bệnh nhân có tình trạng mất máu nặng, 5 (16,1%) trường hợp mất máu trung bình, 16 (51,6%) trường hợp có tình trạng mất máu nhẹ . 02 trường hợp điều trị thất bại thuộc nhóm bệnh nhân có tình trạng mất máu trung bình. Nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng mất máu và kết quả điều trị, với  $p = 0,019 < 0,05$ .

### **KẾT LUẬN**

Triệu chứng xuất huyết tiêu hóa thường gặp là đại tiện phân đen (84,8%), nôn ra máu (42,4%), vừa nôn máu vừa đại tiện phân đen chiếm 27,3%. Tình trạng ý thức lơ mơ hiếm gặp (6,1%), các triệu chứng thiếu máu như da xanh niêm mạc nhợt gặp ở 93,9% BN, hoa mắt chóng mặt gặp ở 90,9% BN. Chỉ số trung bình hồng cầu là  $2,64 \pm 0,76$  T/L, trung bình Hb là  $78,27 \pm 27,13$  g/L, trung bình của urê máu  $16,4 \pm 9,8$   $\mu\text{mol/L}$ . Điểm trung bình Blatchford trong nghiên cứu là  $11,64 \pm 2,73$ . Về nội soi đường tiêu hóa trên: vị trí ổ loét thường gặp ở dạ dày là ở hàng vị 53,8%. ở tá tràng là vị trí mặt trước 54,2%. kích thước trung bình ổ loét là  $9,65 \pm 4,56$  mm. Phân loại Forrest IB có tỷ lệ cao nhất là 63.6%, tiếp đến là nhóm Forrest IIA chiếm tỷ lệ 21.2%, các nhóm Forrest IA và IIB lần lượt là 9,1% và 6,1%. Đa phần bệnh nhân được nội soi rất sớm tính từ lúc nhập viện trước 12 giờ là 48,5%, nội soi sớm từ 12 đến 24 giờ là 42,4%; và nội soi sau 24 giờ là 9,1%. Số lượng clip trung bình cầm máu được sử dụng là  $2,85 \pm 1,35$ .

*Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe*

Về kết quả điều trị: Tỷ lệ cầm máu ban đầu là rất cao 97,0%, tỷ lệ xuất huyết tái phát là 9,1%, trong đó có 33,3 % bệnh nhân XH tái phát trước 24 giờ, 66,7% bệnh nhân XH tái phát trong khoảng 24 - 72 giờ. Trong quá trình nội soi chưa ghi nhận tại biến, trong quá trình sử dụng thuốc có 2 bệnh nhân xuất hiện rối loạn tiêu hóa nhẹ, chưa ghi nhận các tác dụng phụ khác. Trong nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào phải phẫu thuật hay tử vong. Số ngày nằm viện trung bình  $7,61 \pm 3,50$  ngày.

Nghiên cứu nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng mất máu và kết quả điều trị, với  $p = 0.019 < 0,05$ . Các yếu tố tuổi trung bình, bệnh phối hợp, tổn thương theo phân loại Forrest, kích thước ổ loét, tỷ lệ bệnh nhân truyền máu, trung bình số đơn vị máu truyền và thời gian nội soi chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Thị Mỹ Dung (2009), "Xuất huyết tiêu hóa", Bệnh Học Nội Khoa, NXB Y Học TP.Hồ Chí Minh, TP.Hồ Chí Minh, tr. 231-238.
2. Trần Văn Huy, Đinh Duy Liêu (2019), "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.
3. Đào Nguyên Khải (2020), "Nghiên cứu kết quả cầm máu bằng kẹp clip đơn thuần và kẹp clip kết hợp tiêm Adrenalin 1/10.000 qua nội soi điều trị chảy máu do loét dạ dày tá tràng", Luận văn tiến sỹ y học. Học viện Quân Y.
4. 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 xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", Luận án tiến sỹ y học. Đại học Huế.
5. Châu Ngọc Thảo và cs (2023), "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". Tạp chí y dược học Cần Thơ - số 63/2023, tr 99-108.
6. 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 adrenalin 1/10.000 qua nội soi. Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân Y.
7. Lau JY, Sung JJ. Injection techniques for nonvariceal hemorrhage. Tech Gastrointest Endosc 1999; 1(3): 115-121.
8. Nguyễn Thị Thu Trang, Phan Quốc Hùng, Nguyễn Ngọc Tuấn (2012), "Giá trị tiên lượng của thang điểm Blatchford trên bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên cấp", Tạp chí Y học thực hành, Số 852+853, tr. 192- 195.
9. Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức, Châu Quốc Sử (2012), "Kết quả kẹp clip cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", Y học TP. Hồ Chí Minh, 16(11), tr. 137- 146
10. Laine L (2016), "Upper gastrointestinal bleeding due to a peptic ulcer", New England Journal of Medicine, 374(24), pp. 2367-2376
11. Holster I.L, Kuipers E.J. Update on the endoscopic management of peptic ulcer bleeding. Curr Gastroenterol Rep 2011; 13: 525-531