

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu Z, Gao Z, Li F, Xu L, Liu X. Application Effect of Laparoscopic Myomectomy and Comprehensive Rehabilitation Nursing on Patients with Uterine Fibroids. *Comput Math Methods Med.* 2022;2022:4018803. doi:10.1155/2022/4018803
2. Peters A, Siripong N, Wang L, Donnellan NM. Enhanced recovery after surgery outcomes in minimally invasive nonhysterectomy gynecologic procedures. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 223(2): 234.e1-234.e8. doi:10.1016/j.ajog. 2020.02.008
3. Thông tư số 31/2021/TT-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
4. Định NT. Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh sau mổ u xơ tử cung tại khoa Phụ Ngoại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2021. Báo cáo chuyên đề tốt nghiệp Trường Đại Học Điều dưỡng Nam Định. Published online 2021:20-40.
5. Hackethal A, Brüggmann D, Leis A, Langde S, Stillger R, Münstedt K. Surgical management of uterine fibroids in Hesse, Germany, between 1998 and 2004. *Fertil Steril.* 2009; 91(3): 862-868. doi:10.1016/j.fertnstert. 2007.12.016
6. Sang G, Zhang X, Fan H, Ao X, Chen Y, Shi Q. Implementation of an enhanced recovery after surgery program in the treatment of uterine fibroids with focused ultrasound ablation surgery. *Int J Hyperthermia.* 2022;39(1):414-420. doi: 10.1080/02656736.2022.2037740
7. Ramos D, Priego P, Coll M, et al. Comparative study between open and minimally invasive approach in the surgical management of esophageal leiomyoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016; 108(1): 8-14. doi:10.17235/reed. 2015. 3845/2015
8. Le NN. The results of drain nursing care and some associated factors in patients after abdominal surgery at Hanoi Medical University Hospital. Hanoi Medical University. Published online 2021:30-50.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ YẾU TỐ VÀ KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ NGẮN HẠN THẤT BẠI BẰNG THUỐC NEXIUM LIỀU CAO TRUYỀN TĨNH MẠCH Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT DO LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG PHÂN LOẠI FORREST IIB

Nguyễn Thế Bảo¹, Huỳnh Hiếu Tâm¹, Ngô Đại Dương¹,
Trần Công Đăng¹, Võ Đức Tính¹, Lê Thị Ngọc Huyền¹, Phan Văn Tiến^{1,2},
Nguyễn Thúy Quyên¹, Phạm Minh Tâm¹, Võ Nhật Khoa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của Nexium ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng Forrest IIB hiện vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Mức độ nghiêm trọng của xuất huyết, bao gồm số lượng máu mất, dấu hiệu sinh tồn không ổn định, và yêu cầu truyền máu nhiều, là những yếu tố quan trọng có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết cục điều trị thất bại Nexium liều cao truyền tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng phân loại Forrest IIB. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng Forrest IIB được điều trị bằng thuốc Nexium liều cao truyền tĩnh mạch tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 6/2022 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 64,7 ± 17,1 và tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Điểm Blatchford trung bình là

11,6 ± 3,0 điểm, tỷ lệ truyền máu truyền trung bình là 94,1% và trung vị số lượng máu truyền là 3 đơn vị. Kết cục thất bại sau điều trị ghi nhận là 17,6%. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy số lượng máu truyền ≥ 5 đơn vị làm tăng khả năng thất bại điều trị 49,3 lần (KTC 95%: 1,8 – 1390,1; p = 0,022) và mạch ≥ 100 lần/phút lúc nhập viện làm tăng nguy cơ thất bại điều trị 20,7 lần (KTC 95%: 1,1 – 409,3; p = 0,046), có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Đa phần bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày tá tràng nhóm Forrest IIB đáp ứng tốt với điều trị nội khoa bằng Nexium liều cao truyền tĩnh mạch. Trong đó, số lượng máu truyền ≥ 5 đơn vị và mạch ≥ 100 lần/phút tại thời điểm nhập viện có liên quan đến tăng tỷ lệ điều trị kết cục thất bại.

Từ khóa: Xuất huyết do loét dạ dày – tá tràng, phân loại Forrest, FIIB, Nexium liều cao truyền tĩnh mạch.

SUMMARY

EVALUATION OF RELATED FACTORS AND SHORT-TERM TREATMENT FAILURE USING HIGH-DOSE INTRAVENOUS NEXIUM IN PATIENTS WITH FORREST IIB CLASSIFIED GASTRIC-DUODENAL ULCER BLEEDING

Background: Many factors influencing the effectiveness of Nexium in patients with upper gastrointestinal hemorrhage due to gastric and duodenal ulcers classified as Forrest IIB have not been fully studied. The severity of the hemorrhage,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Bảo

Email: drntbao12345@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024

including the volume of blood loss, unstable vital signs, and the requirement for multiple blood transfusions, are important factors that may affect treatment outcomes. **Objectives:** Evaluating factors related to treatment failure outcomes of high-dose intravenous Nexium in patients with upper gastrointestinal hemorrhage due to gastric and duodenal ulcers classified as Forrest IIB. **Materials and methods:** An uncontrolled interventional study was conducted on 51 patients diagnosed with upper gastrointestinal hemorrhage due to gastric and duodenal ulcers classified as Forrest IIB, treated with high-dose intravenous Nexium at Can Tho Central General Hospital from June 2022 to May 2024. **Results:** The average age of the study subjects was $64,7 \pm 17,1$ years, with a male-to-female ratio of 2:1. The mean Blatchford score was $11,6 \pm 3,0$ points. The average transfusion rate was 94,1%, with a median blood transfusion volume of 3 units. The treatment failure rate was recorded at 17,6%. Multivariate logistic regression analysis showed that the number of blood transfusions ≥ 5 units increased the likelihood of treatment failure by 49,3 times (95% CI: 1,8 – 1390,1; $p = 0,022$) and a heart rate ≥ 100 beats per minute at the time of admission increased it by 20,7 times (95% CI: 1,1 – 409,3; $p = 0,046$), both statistically significant. **Conclusion:** Most patients with Forrest IIB gastric-duodenal ulcer bleeding respond well to medical treatment with high-dose intravenous Nexium. Among these patients, the number of blood transfusions ≥ 5 units and a pulse rate ≥ 100 beats per minute at the time of admission were associated with an increased rate of treatment failure. **Keywords:** Gastric and duodenal ulcer bleeding, Forrest classification, FIIB, high-dose intravenous Nexium.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên do loét dạ dày – tá tràng là một cấp cứu nội khoa thường gặp và có thể dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng nếu không được điều trị kịp thời. Trong đó, XHTH do loét dạ dày – tá tràng phân loại Forrest IIB là một phân loại đặc biệt có nguy cơ cao tái phát xuất huyết do sự hiện diện của cục máu đông bám ở đáy vết loét. Do đó, việc điều trị hiệu quả phân loại này là cần thiết nhằm kiểm soát xuất huyết và ngăn ngừa tái phát [2]. Esomeprazole, còn được biết đến dưới tên thương mại Nexium, là một trong những thuốc ức chế bơm proton (PPI) mạnh, thường được sử dụng trong điều trị loét dạ dày – tá tràng và dự phòng xuất huyết tái phát. Việc sử dụng Nexium liều cao truyền tĩnh mạch đã được chứng minh là có hiệu quả trong cải thiện tỷ lệ xuất huyết tái phát và phẫu thuật [4]. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại nhiều trường hợp không đáp ứng tốt với điều trị, dẫn đến kết cục điều trị thất bại [9]. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của Nexium liều cao truyền tĩnh mạch ở bệnh nhân XHTH do loét dạ dày tá tràng Forrest IIB hiện vẫn chưa

được nghiên cứu đầy đủ. Mức độ nghiêm trọng của xuất huyết, bao gồm lượng máu mất, rối loạn huyết động và yêu cầu truyền máu khối lượng lớn được đề xuất là những yếu tố nguy cơ quan trọng có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị [8]. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết cục thất bại điều trị khi sử dụng Nexium liều cao truyền tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng phân loại Forrest IIB. Việc hiểu rõ các yếu tố này sẽ giúp tối ưu hóa chiến lược điều trị để từ đó cải thiện kết cục của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân XHTH trên do loét dạ dày – tá tràng Forrest IIB được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 6/2022 đến tháng 5/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân XHTH trên do loét dạ dày – tá tràng Forrest IIB, được chẩn đoán lâm sàng với các triệu chứng nôn ra máu và/hoặc tiêu phân đen, và được chẩn đoán xác định bằng nội soi đường tiêu hóa trên.

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân nội soi có XHTH trên do nguyên nhân ngoài dạ dày – tá tràng như vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, hội chứng Mallory-Weiss, viêm loét thực quản hoặc ung thư thực quản.

Bệnh nhân nội soi có XHTH trên ở dạ dày – tá tràng nhưng do nguyên nhân không phải loét như viêm dạ dày – tá tràng xuất huyết hoặc ung thư dạ dày xuất huyết.

Bệnh nhân XHTH trên do loét dạ dày – tá tràng kèm theo biến chứng ngoại khoa (thủng).

Bệnh nhân XHTH trên do loét dạ dày – tá tràng được phân loại FIA, FIB, FIIA, FIIC hoặc FIIB.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã chọn được 51 đối tượng nghiên cứu phù hợp.

Nội dung nghiên cứu. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi (<60 tuổi, ≥ 60 tuổi) và giới tính (nam/nữ).

Mô tả tiền sử đã hoặc đang điều trị các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs), tiền sử mắc các bệnh lý tim mạch, hô hấp, gan, thận.

Mô tả một số đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng: tỷ lệ rối loạn tri giác, tỷ lệ bệnh nhân

có mạch nhanh ≥ 100 lần/phút, tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp tâm thu < 90 mmHg, tỷ lệ bệnh nhân có urea máu > 10 mmol/L, tỷ lệ xuất huyết tái phát, tỷ lệ bệnh nhân có nhu cầu truyền máu ≥ 5 đơn vị khối hồng cầu.

Mô tả điểm Blatchford và truyền máu: Điểm Blatchford trung bình, truyền máu (có/không) và số lượng đơn vị máu truyền (tính theo 1 đơn vị 350 ml máu).

Kết cục điều trị ngắn hạn thất bại: được xác định khi có ít nhất một trong các trường hợp gồm xuất huyết tái phát, phẫu thuật và tử vong trong thời gian điều trị nội viện.

Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết cục điều trị thất bại qua phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến: Có rối loạn tri giác, xuất huyết tái phát, số lượng đơn vị máu truyền ≥ 5 đơn vị, urea máu, mạch ≥ 100 và huyết áp tâm thu < 90 mmHg. Các yếu tố liên quan đến kết cục thất bại điều trị khi phân tích đơn biến có ý nghĩa thống kê sẽ được đưa vào phân tích tiếp theo bằng phương pháp hồi quy logistic đa biến.

Phân tích dữ liệu. Các số liệu được làm sạch, mã hóa bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, biến định lượng được thể hiện bằng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Sử dụng mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố và kết cục điều trị ngắn hạn thất bại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Vấn đề y đức. Nghiên cứu được chấp thuận thực hiện bởi Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ (số 22.384.HV/PCT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

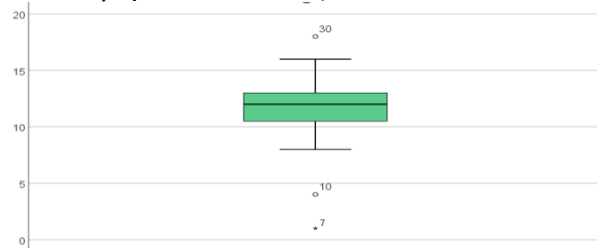
Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán XHTH trên do loét dạ dày – tá tràng nhóm Forrest IIB với tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $64,7 \pm 17,1$ và đa phần bệnh nhân thuộc nhóm từ 60 tuổi trở lên (70,6%).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày – tá tràng phân loại Forrest IIB

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm về dân số học	Tuổi	18-59	29,4
		≥ 60	70,6
	Giới	Nữ	33,3
Nam		66,7	
Tiền sử	Nhiễm H. pylori trước đó	6	11,8

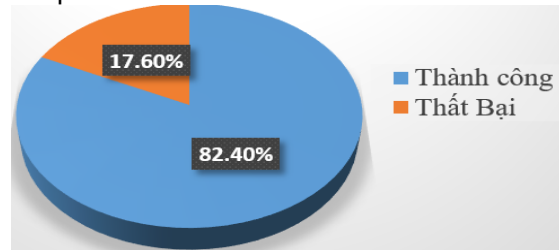
	Bệnh gan	6	11,8
	Bệnh thận	5	9,8
	Bệnh tim mạch	36	70,6
	Bệnh hô hấp	9	17,6
	Đang sử dụng NSAIDs	32	62,7
Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	Có rối loạn tri giác	14	27,5
	Mạch ≥ 100 lần/phút	34	66,7
	Huyết áp tâm thu < 90 mmHg	6	11,8
	Urea > 10 mmol/L	28	54,9
	Xuất huyết tái phát	8	15,7
	Số lượng đơn vị máu truyền ≥ 5 đơn vị	11	21,6

Nhận xét: Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng phân loại Forrest IIB chủ yếu xảy ra ở đối tượng nam giới từ 60 tuổi trở lên. Trong tiền sử các bệnh lý nội khoa ghi nhận từ đối tượng nghiên cứu, tiền sử các bệnh lý về tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,6%. Tiền sử sử dụng NSAIDs chiếm tỷ lệ rất cao lên đến 62,7%. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng phân loại Forrest IIB nổi bật với mạch nhanh ≥ 100 lần/phút (66,7%), rối loạn tri giác (27,5%). Tỷ lệ bệnh nhân cần truyền từ 5 đơn vị máu trở lên chiếm tỷ lệ khá cao với 21,6%.



Biểu đồ 1. Phân bố điểm Blatchford của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Điểm Blatchford trung bình là $11,6 \pm 3,0$ điểm, tỷ lệ truyền máu trung bình là 94,1% và trung vị số lượng máu truyền là 3 đơn vị, khoảng tứ phân vị là 2 – 4 đơn vị máu toàn phần 350ml.



Nhận xét: Đa phần bệnh nhân có kết cục điều trị ngắn hạn thành công chiếm 82,4%.

Bảng 2. Phân tích hồi quy logistic đơn biến một số yếu tố liên quan đến kết cục

điều trị thất bại

Yếu tố liên quan	OR	KTC 95%	p
Có rối loạn tri giác	8,5	1,7 – 41,5	0,008
Xuất huyết tái phát	7,6	1,4 – 40,4	0,017
Số lượng đơn vị máu truyền ≥ 5 đơn vị	13,6	2,6 – 72,5	0,002
Urea	1,0	0,9 – 1,1	0,514
Mạch ≥ 100 lần/phút	6,9	1,4 – 33,2	0,016
Huyết áp tâm thu < 90 mmHg	15,2	2,2 – 105,4	0,006

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy triệu chứng rối loạn tri giác, xuất huyết tái phát, truyền máu ≥ 5 đơn vị, mạch ≥ 100 lần/phút, huyết áp tâm thu < 90 mmHg đều làm tăng khả năng thất bại điều trị với OR (KTC 95%) lần lượt là 8,5 (11,7 – 41,5), 7,6 (1,4 – 40,4), 13,6 (2,6 – 72,5), 1,0 (0,9 – 1,1), 6,9 (1,4 – 33,2), 15,2 (2,2 – 105,4). Các khác biệt trên đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đa biến một số yếu tố liên quan đến kết cục điều trị thất bại

Yếu tố liên quan	OR	KTC 95%	p
Có rối loạn tri giác	6,1	0,5 – 79,9	0,166
Xuất huyết tái phát	30,5	0,9 – 1077,2	0,060
Số lượng đơn vị máu truyền ≥ 5 đơn vị	49,3	1,8 – 1390,1	0,022
Mạch ≥ 100	20,7	1,1 – 409,3	0,046
Huyết áp tâm thu < 90 mmHg	30,3	0,3 – 3566,8	0,161

Nhận xét: Khi phân tích với hồi quy logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận số lượng máu truyền ≥ 5 đơn vị làm tăng khả năng thất bại điều trị 49,3 lần (KTC 95%: 1,8 – 1390,1; $p = 0,022$) và mạch ≥ 100 lần/phút tại thời điểm nhập viện cũng làm tăng nguy cơ thất bại điều trị gấp 20,7 lần (KTC 95%: 1,1 – 409,3; $p = 0,046$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đối tượng nghiên cứu có điểm Blatchford trung bình $11,6 \pm 3,0$ và tỷ lệ truyền máu lên đến 94,1%. Hầu hết bệnh nhân đều được truyền máu với số lượng máu truyền trung bình là 3 đơn vị. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Si Hye Kim và cộng sự (2015) trên bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên FIIB báo cáo điểm Blatchford trung bình khoảng 13 (0 – 17) điểm [5]. Trong khi đó, một nghiên cứu khác của Hoàng Trọng Thăng (2014) trên bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng nói chung ghi nhận trung bình điểm Blatchford là $8,48 \pm 3,74$ và tỷ lệ bệnh nhân truyền máu chiếm 58,42% thấp hơn so với kết quả của chúng tôi [1]. Sự khác biệt trong tỷ lệ bệnh nhân

có nhu cầu cần truyền máu có lẽ liên quan đến điểm Blatchford trong nghiên cứu của chúng tôi và Si Hye Kim và cộng sự có xu hướng cao hơn nghiên cứu của tác giả Hoàng Trọng Thăng. Bởi theo các nghiên cứu kinh điển, thang điểm Blatchford là hệ thống tính điểm hữu ích trong đánh giá mức độ mất máu, nguy cơ tái xuất huyết và nhu cầu can thiệp y khoa (như truyền máu, can thiệp qua nội soi, phẫu thuật) của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên [1], [6], [7].

Các đối tượng tham gia nghiên cứu có tỷ lệ điều trị thành công là cao (82,4%). Điều này cho thấy việc điều trị PPI liều cao ở các bệnh nhân FIIB là hiệu quả. Tuy nhiên bên cạnh đó việc khó khảo sát được tình trạng mạch máu phía dưới cục máu đông khi nội soi ở các bệnh nhân này làm cho việc dự đoán khả năng xuất huyết tái phát của bệnh nhân gặp nhiều khó khăn. Theo Si Hye Kim và cộng sự khi nghiên cứu trên 42 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa FIIB được điều trị bằng liệu pháp nội khoa đơn thuần, kết quả cho thấy tỷ lệ xuất huyết tái phát là 9,5% và tử vong do mọi nguyên nhân lên đến 14,3% [5]. Từ kết quả trên cho thấy, các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa FIIB khi được điều trị bằng PPI liều cao nên được theo dõi cẩn thận nhằm phát hiện sớm xuất huyết tái phát cũng như các biến chứng khác để có can thiệp kịp thời.

Qua kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến của nghiên cứu chúng tôi thấy được số lượng máu truyền ≥ 5 đơn vị và mạch ≥ 100 lần/phút có liên quan tăng tỷ lệ điều trị kết cục thất bại có ý nghĩa thống kê. Nhóm đối tượng nghiên cứu có nguy cơ xuất huyết tái phát cao, phản ánh qua việc cần truyền máu nhiều lần, với mỗi lần xuất huyết tái phát lại càng làm trầm trọng thêm tình trạng mất máu, đòi hỏi phải truyền máu thêm. Tình trạng này cũng dẫn đến rối loạn huyết động nên không thể cung cấp máu và oxy đủ đến các cơ quan khác và ảnh hưởng đến bệnh lý nền kèm theo. Bên cạnh đó, bệnh nhân phải truyền máu nhiều lần tăng nguy cơ mắc phải các biến chứng liên quan truyền máu như bất đồng nhóm máu hay quá tải thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu. Tổng thể khiến tình trạng lâm sàng bệnh nhân trở nên tồi tệ hơn, dẫn đến rối loạn chức năng đa cơ quan và phức tạp hóa việc kiểm soát bệnh cảnh xuất huyết tiêu hóa. Nghiên cứu của Bitar SM và cộng sự (2022) trên bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng cũng đưa ra kết luận truyền máu quá mức tăng nguy cơ tái xuất huyết gấp 10,87 lần (KTC 95%: 0,62 – 190,00, $p = 0,043$) [3]. Một dấu hiệu khác biểu hiện rối loạn huyết động là mạch ≥ 100 lần/phút, dù đây là cơ

chế bù trừ giúp tăng cung lượng tim trong bối cảnh giảm khối lượng tuần hoàn do mất máu làm giảm thể tích tổng máu. Tần số mạch tiếp tục cao dù được hồi sức nội khoa gợi ý tình trạng xuất huyết tiêu hóa tiếp diễn hoặc tái phát, cho thấy bệnh nhân có nguy cơ cao thất bại điều trị do không thể cầm máu hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ điều trị kết cục ngắn hạn thành công với Nexium liều cao truyền tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày tá tràng nhóm Forrest IIB là 82,4%. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy số lượng máu truyền ≥ 5 đơn vị và mạch ≥ 100 lần/phút lúc vào viện có liên quan đến tăng tỷ lệ điều trị kết cục thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Trọng Thắng Hoàng Phương Thùy, "Nghiên cứu thang điểm Blatchford trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do bệnh lý dạ dày tá tràng", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2014. 21:77-85.
2. Barkun A. N. Bardou M., Kuipers E. J., "International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding", Annals of Internal Medicine. 2010. 152(2):101-113.
3. Bitar S.M. Moussa M., "The risk factors for the recurrent upper gastrointestinal hemorrhage among acute peptic ulcer disease patients in

- Syria: A prospective cohort study", Ann Med Surg (Lond). 2022. 74:103252.
4. Gralnek I. M. Dumonceau J. M., Kuipers, E. J., "Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline", Endoscopy. 2015. 47(10):a1-a46.
 5. Kim S.H. Jung J.T., Kwon J.G., et al., "Comparison between Endoscopic Therapy and Medical Therapy in Peptic Ulcer Patients with Adherent Clot: A Multicenter Prospective Observational Cohort Study", Korean J Gastroenterol. 2015. 66(2):98-105.
 6. Laursen S. B., J. M. Hansen và O. B. Schaffalitzky de Muckadell (2012), "The Glasgow Blatchford score is the most accurate assessment of patients with upper gastrointestinal hemorrhage", Clin Gastroenterol Hepatol. 10(10), tr. 1130-1135.e1.
 7. Olivarec-Bonilla M., A. M. García-Montano và A. Herrera-Arellano (2020), "Upper gastrointestinal hemorrhage re-bleeding risk according to the Glasgow-Blatchford scale: a triage tool", Gac Med Mex. 156(6), tr. 493-498.
 8. Sverdén E. Mattsson F., Lindström D., Söndén A., Lu Y., Lagergren J., "Transcatheter arterial embolization compared with surgery for uncontrolled peptic ulcer bleeding: a population-based cohort study", Ann Surg. 2019. 269(2):304-309.
 9. Wang C. H. Ma M. H., Chou H. C., "High-dose vs non-high-dose proton pump inhibitors after endoscopic hemostasis in patients with peptic ulcer bleeding: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", Archives of Internal Medicine. 2009. 170(9):751-758.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ THAY THỂ BẰNG METHADONE TẠI TỈNH BÌNH THUẬN NĂM 2023

Lê Thị Trang¹, Phạm Thanh Thành², Trương Ngọc Phương Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh đang điều trị thay thế bằng Methadone và xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh đang điều trị thay thế bằng Methadone tại tỉnh Bình Thuận năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Người bệnh đang điều trị thay thế bằng Methadone tại tỉnh Bình Thuận, nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả: Điểm trung bình CLCS của người bệnh điều trị thay thế bằng methadone sau khi đã quy đổi sang thang điểm 0-100 (theo hướng dẫn của WHO) là $66,0 \pm 10,1$ điểm; Người bệnh có gia đình có CLCS tốt hơn $10,4$ điểm so với người bệnh độc

thân hoặc ly hôn hoặc góa, $95\%CI = 8,2 - 12,6$ điểm; Người bệnh không sử dụng ma túy trong một tháng qua có CLCS cao hơn $11,3$ điểm so với người bệnh có sử dụng ma túy, $95\% CI = 9,3 - 13,2$ điểm; Người bệnh có thời gian điều trị thay thế bằng methadone ≥ 1 năm có điểm CLCS cao hơn $14,5$ điểm so với người bệnh có thời gian điều trị dưới 1 năm, $95\%CI = 12,8 - 16,1$ điểm; Người bệnh không bỏ liều điều trị trong 3 tháng qua có CLCS cao hơn $5,6$ điểm so với người bệnh bỏ liều, $95\%CI = 3,0 - 8,0$ điểm. Kết luận: cần xây dựng kế hoạch điều trị cá nhân như cai nghiện, được trị liệu và tâm lý trị liệu nhằm mục đích giảm bớt sự phụ thuộc vào ma túy của người bệnh, giới thiệu hỗ trợ người bệnh tìm công việc để tái nhập với cộng đồng, tăng cường tuyên truyền chống tác hại của ma túy, vận động người bệnh sớm điều trị.

Từ khóa: methadone, chất lượng cuộc sống, HIV/AIDS, tỉnh Bình Thuận.

SUMMARY

EVALUATE THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS FOR REPLACEMENT TREATMENT

¹Trường Đại học Văn Lang

²Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Bình Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Trang

Email: trang.lt@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024