

seo. Tuy nhiên hiện nay chưa có nghiên cứu về các đặc điểm này ở mô da bình thường người Việt Nam.

Các kết quả của nghiên cứu này không chỉ đưa ra các thông tin về siêu cấu trúc sẹo lồi mô da ở người Việt Nam, nó còn có ý nghĩa cung cấp dữ liệu so sánh phục vụ cho các nghiên cứu phát triển các phương pháp điều trị sẹo lồi ở nước ta.

Tuy nhiên nghiên cứu này vẫn còn hạn chế về số lượng mẫu, do đó không thực hiện được nhiều nghiên cứu định lượng hình thái, đồng thời do vấn đề về đạo đức y học chưa lấy được nhóm chứng là mô da người Việt Nam bình thường.

Chính vì vậy, các nghiên cứu tiếp theo về sẹo lồi nên tập trung vào các hướng: (1) so sánh với mô da bình thường, (2) phân tích các protein và gen liên quan đến quá trình hình thành sẹo lồi, (3) đánh giá mối liên quan giữa các thay đổi siêu cấu trúc với đáp ứng điều trị.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm siêu cấu trúc sẹo lồi mô da ở người Việt Nam cơ bản vẫn giữ cấu trúc các lớp chung như da bình thường. Một số thay đổi về hình dạng, kích thước tế bào biểu bì, độ dài liên kết desmosome ngắn hơn; mật độ hemidesmosome ít hơn và các nhú chân bì không đều; tăng mật độ các nguyên bào sợi với hệ thống lưới nội sinh chất phát triển và được bao quanh bởi nhiều bó collagen to nhỏ khác nhau. Các sợi collagen sắp xếp lộn xộn và có sự thay đổi về đường kính ở cả lớp nhú và lớp lưới. Các biến đổi này tập trung nhiều ở vùng trung

tâm của sẹo lồi, giảm hơn ở phần ngoại vi giáp với vùng mô da lành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thế Trung.** Bông: những kiến thức chuyên ngành. Nhà xuất bản Y học; 2003.
2. **Matsumoto NM, Peng W, Aoki M, et al.** Histological analysis of hyalinised keloidal collagen formation in earlobe keloids over time: collagen hyalinisation starts in the perivascular area. *Int Wound J.* 2017;14(6):1088-1093. doi:10.1111/iwj.12763
3. **Wen P, Wang T, Zhou Y, Yu Y, Wu C.** A retrospective study of hypofractionated radiotherapy for keloids in 100 cases. *Sci Rep.* 2021;11(1): 3598. doi:10.1038/s41598-021-83255-4
4. **Akaishi S, Koike S, Dohi T, Kobe K, Hyakusoku H, Ogawa R.** Nd:YAG Laser Treatment of Keloids and Hypertrophic Scars. 12.
5. **Dumančić E, Vojta L, Fulgosi H.** Beginners guide to sample preparation techniques for transmission electron microscopy. *Period Biol.* 2023;125(1-2):123-131. doi:10.18054/pb.v125i1-2.25293
6. **Hellström M, Hellström S, Engström-Laurent A, Bertheim U.** The structure of the basement membrane zone differs between keloids, hypertrophic scars and normal skin: A possible background to an impaired function. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014;67(11):1564-1572. doi:10.1016/j.bjps.2014.06.014
7. **Hino H, Kobayasi T, Asboe-Hansen G.** Size of desmosomes and hemidesmosomes in normal human epidermis. *Acta Derm Venereol.* 1981;61(4):279-284.
8. **Nangole FW, Agak GW.** Keloid pathophysiology: fibroblast or inflammatory disorders? *JPRAS Open.* 2019;22:44-54. doi:10.1016/j.jpra.2019.09.004

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM T- SCORE TRONG TIỀN LƯỢNG VÀ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA Ở BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Trần Thị Kiều Anh¹, Nguyễn Ngọc Hùng¹, Trần Anh Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa thang điểm T- score với tiền lượng và xử trí ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu 70 bệnh

nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng điều trị tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Thông tin được thu thập bằng thăm khám và mẫu bệnh án thiết kế sẵn. Kết quả: Tỷ lệ nam/ nữ là 2.2/1; Độ tuổi gặp nhiều nhất là 50-69 tuổi (50%). Có mối liên quan giữa thang điểm T-score với thời gian chỉ định nội soi; phương pháp nội soi can thiệp cầm máu và điều trị bằng truyền máu ở nhóm nguy cơ cao và nguy cơ trung bình cao hơn nhóm nguy cơ thấp, $p < 0.05$. Điểm trung bình T-score nhóm bệnh nhân có can thiệp nội soi (5.5 ± 1) thấp hơn nhóm không can thiệp (8.2 ± 1.9) với $p = 0.019$. Tỷ lệ xuất huyết tái phát là 5.7%. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa thang điểm T- score với tỷ lệ XHTH tái phát trong thời gian điều trị. **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng là một cấp cứu nội

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều Anh

Email: kieuanh@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

khoa và ngoại khoa thường gặp, việc kịp thời chẩn đoán và điều trị làm giảm tỉ lệ tử vong, tỷ lệ chảy máu tái phát, tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu, giảm thời gian nằm viện và chi phí điều trị. Thang điểm T-score áp dụng trên lâm sàng có giá trị trong tiên lượng nhu cầu truyền máu, can thiệp nội soi cầm máu và tái chảy máu của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. **Từ khóa:** xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa.

SUMMARY

APPLICATION OF T-SCORE SCALE IN PROGNOSIS AND MANAGEMENT OF GASTRIC BLEEDING IN PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with gastrointestinal bleeding due to peptic ulcers at Nghe An General Hospital in 2023. **Research Methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis. **Results:** Study of 70 patients diagnosed with gastrointestinal bleeding due to peptic ulcers treated at the Department of Gastroenterology, Nghe An General Hospital. Information was collected by examination and pre-designed medical records. Results: The male/female ratio was 2.2/1; The most common age group was 50-69 years old (50%). There was a relationship between T-score and the time of endoscopy; Endoscopic interventional hemostasis and blood transfusion treatment in the high-risk and intermediate-risk groups were higher than in the low-risk group, $p < 0.05$. The mean T-score of the group of patients with endoscopic intervention (5.5 ± 1) was lower than that of the group without intervention (8.2 ± 1.9) with $p = 0.019$. The rate of recurrent bleeding was 5.7%. No correlation was found between the T-score and the rate of recurrent bleeding during treatment. **Conclusion:** Gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer is a common medical and surgical emergency. Timely diagnosis and treatment reduces mortality, the rate of recurrent bleeding, the rate of patients requiring blood transfusion, the length of hospital stay and the cost of treatment. The clinically applied T-score is valuable in predicting the need for blood transfusion, endoscopic interventional hemostasis and rebleeding in patients with gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer. **Keywords:** gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers, gastrointestinal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nghiên cứu trên thế giới đã xác định xuất huyết tiêu hóa là một trong các cấp cứu y khoa thường gặp nhất với tỷ lệ mắc ước tính hàng năm 40 - 150 trường hợp/100.000 dân, trong đó hay gặp nhất là loét dạ dày tá tràng với tỷ lệ khoảng 28 - 59%. Năm 2014, Tammara L xác định được độ nhạy của thang điểm T-score trên bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng là 96% [1], đã ứng dụng và cho thấy đây là thang điểm có giá trị trong tiên lượng

nội soi can thiệp cầm máu sớm, nhu cầu truyền máu, nguy cơ xuất huyết tiêu hóa tái phát và tử vong. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Văn Thành (2021), thang điểm T-score có giá trị trong tiên lượng nhu cầu truyền máu, can thiệp nội soi cầm máu và tái chảy máu của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng [2]. Tại Nghệ An, hiện nay số lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng điều trị tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An với mức độ nặng ngày càng tăng, do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Áp dụng thang điểm T-score trong tiên lượng và xử trí xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng" với mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa thang điểm T-score với tiên lượng và xử trí ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023. Từ đó có thể chẩn đoán, xử trí tốt nhất, giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh cũng như giảm chi phí điều trị cho người bệnh và cơ sở y tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 70 Bệnh nhân được chẩn đoán XHTH do loét DDTT

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân XHTH do loét DDTT và có kết quả nội soi DDTT đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

+ Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

+ Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội tiêu hóa BV Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

+ Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên thuận tiện. Bệnh nhân đến khám và điều trị XHTH do loét DDTT tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

Nhóm đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử, thang điểm T-score...;

Nhóm biến mối liên quan: thời điểm nội soi DDTT; tỷ lệ XHTH tái phát; Điểm số trung bình của thang điểm T-score phân theo nhóm BN,...

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Bộ câu hỏi thiết kế sẵn, xử lý phần mềm SPSS 22.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu

y sinh học quy định trong Thông tư 04/2020/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

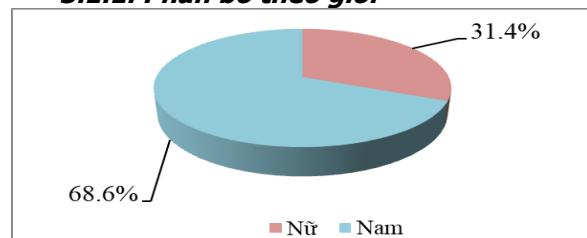
3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
18-29	5	7.2
30-49	17	24.3
50-69	35	50
>70	13	18.5

Nhận xét: Nhóm 50-69 tuổi có tỷ lệ cao nhất là 50%.

3.1.1. Phân bố theo giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới của nhóm

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa thang điểm T- score với thời điểm nội soi DDTT

Thang điểm T-score	Thời gian nội soi DDTT tính từ lúc nhập viện (giờ)				p
	Nội soi sớm (≤12 giờ)		Nội soi >12 giờ		
	n	%	n	%	
Nguy cơ cao (1)	18	25.7	3	4.3	p (1,2-3) <0.05
Nguy cơ trung bình (2)	13	18.6	16	22.8	p>0.05
Nguy cơ thấp(3)	0	0	20	28.6	p(2-3)<0.05
Tổng	31	44.3	39	55.7	p<0.05

Nhận xét: Tỷ lệ BN nội soi DDTT nội soi sớm trước 12 giờ là 44.3% trong đó nguy cơ cao là 25.7%, nguy cơ trung bình là 18.6%. Nhóm nguy cơ thấp không có chỉ định nội soi sớm trước 12 giờ, trong khi nhóm nguy cơ cao và nguy cơ trung bình có chỉ định nội soi sớm trước 12 giờ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa thang điểm T- score với tỷ lệ XHTH tái phát trong thời gian điều trị (n=70)

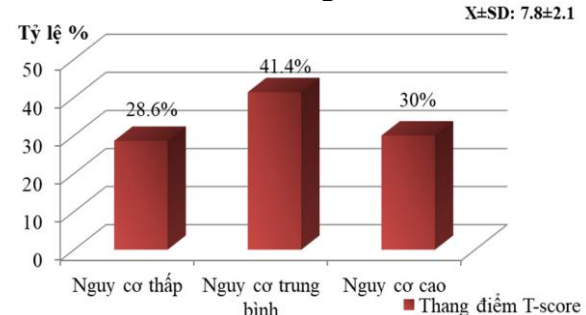
Thang điểm T-score	Xuất huyết tái phát trong thời gian điều trị				p
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Nguy cơ cao	2	2.8	19	27.2	p>0.05
Nguy cơ trung bình	2	2.8	27	38.6	p>0.05
Nguy cơ thấp	0	0	20	28.6	p>0.05
Tổng	4	5.6	66	94.4	p>0.05

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có XHTH tái phát là 5.6%; Không có mối liên quan giữa thang điểm T- score với tỷ lệ XHTH tái phát trong thời gian điều trị với $p > 0.05$.

nguyên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn nữ (2.2/1).

3.1.2. Phân bố thang điểm T-score



Biểu đồ 3.2. Phân bố thang điểm T-score

Nhận xét: Nhóm nguy cơ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất là 41.4%, nhóm nguy cơ thấp chiếm tỷ lệ 28.6%. Điểm số trung bình của thang điểm T-score là 7.8 ± 2.1 .

3.2. Xác định mối liên quan giữa thang điểm T- score với tiên lượng và xử trí ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng

Bảng 3.4. Điểm số trung bình của thang điểm T-score phân theo nhóm BN

Điểm số trung bình	Can thiệp (n=12)	Không can thiệp (n=58)	p
Điểm T-Score	5.5 ± 1	8.2 ± 1.9	0.019

Nhận xét: Điểm T-score trung bình của nhóm bệnh nhân có can thiệp nội soi là 5.5 ± 1 thấp hơn nhóm không can thiệp là 8.2 ± 1.9 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.019$).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa thang điểm T-score với nội soi can thiệp cầm máu (n=70)

Thang điểm T-score	Nội soi can thiệp cầm máu				p
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Nguy cơ cao (1)	9	12.9	12	17.1	p(1,2)<0.05
Nguy cơ trung bình (2)	3	4.3	26	37.1	p(1,2)<0.05
Nguy cơ thấp (3)	0	0	20	28.6	
Tổng	12	17.1	58	82.9	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nội soi can thiệp

cầm máu là 17.1%; Có mối liên quan giữa thang điểm T-score với nội soi can thiệp cầm máu, ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao thì tỷ lệ can thiệp cao hơn nhóm nguy cơ trung bình với $p < 0.05$.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa thang điểm điểm T-score với truyền máu ($n=70$)

Thang điểm T-score	Truyền máu				p
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Nguy cơ cao	20	28.6	1	1.4	p<0.05
Nguy cơ trung bình	22	31.4	7	10	
Nguy cơ thấp	3	4.3	17	24.3	
Tổng	45	64.3	25	35.7	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân truyền máu ở nhóm nguy cơ cao là 28.6%, nguy cơ trung bình 31.4%, nguy cơ thấp chỉ chiếm 4.3% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

- Tuổi: nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 50-69 tuổi chiếm 50% (bảng 3.1). Chúng tôi nhận thấy các nhóm tuổi đều có xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

- Giới: bệnh nhân XHTH do loét DDTT chủ yếu là nam giới với chiếm tỷ lệ 68.6%, nữ giới chiếm tỷ lệ 31.4%, tỷ lệ nam/nữ là 2.2/1 (biểu đồ 3.1). Sự khác biệt của giới tính về tỷ lệ mắc bệnh XHTH do loét DDTT giữa nam giới và nữ giới cho thấy nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh hơn nữ giới như: Sử dụng rượu bia, thuốc lá,...

- Thang điểm T-score ở bệnh nhân XHTH do loét DDTT (biểu đồ 3.2), tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao là 30%, nhóm nguy cơ trung bình là 41.4%, nhóm nguy cơ thấp là 28.6%, nghiên cứu Trần Duy Hưng (2020) [3] trên 412 bệnh nhân có nhóm nguy cơ cao là 36.6%, nguy cơ trung bình là 32.5%, nguy cơ thấp là 30.9% [1]. Điểm trung bình T-score là 7.8 ± 2.1 thấp hơn với kết quả Trần Duy Hưng (2020) là 8.2 ± 2.4 , do thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn và số lượng mẫu nghiên cứu của các tác giả khác được lấy tại bệnh viện tuyến TW nên tỷ lệ BN XHTH nặng gấp nhiều hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Thang điểm T-score sử dụng chỉ số gồm các thông số lâm sàng và xét nghiệm cơ bản có thể dễ dàng sử dụng đối với bất kỳ một bệnh nhân XHTH do loét DDTT nào khi nhập viện, bao gồm tình trạng toàn thân, mạch, huyết áp tâm thu và chỉ số hemoglobin.

- Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa thang điểm T-score với thời gian chỉ định nội soi của bệnh nhân XHTH do loét DDTT, nhóm nguy cơ thấp không có chỉ định nội soi sớm trước 12 giờ tính từ khi nhập viện, trong khi nhóm nguy

cơ cao có chỉ định nội soi sớm trước 12 giờ, có ý nghĩa thống kê $p < 0.05$ (bảng 3.2): Tỷ lệ BN nội soi sớm trước 12 giờ là 44.3%. Theo hướng dẫn của Hội nội soi tiêu hóa châu Âu định nghĩa thời gian nội soi sớm là ≤ 12 giờ tính từ thời điểm bệnh nhân nhập viện [4]. Một số trường hợp nhóm nguy cơ trung bình kết hợp đánh giá biểu hiện trên lâm sàng, công thức máu của bệnh nhân ở thời điểm nhập viện để xác định nội soi trước 12 giờ hoặc muộn hơn. Nội soi can thiệp sớm giúp cải thiện tỷ lệ xuất huyết và tử vong trên bệnh nhân XHTH do loét DDTT.

- Chưa tìm thấy mối liên quan giữa thang điểm T-score với tỷ lệ XHTH tái phát trong thời gian điều trị ($p > 0.05$) (bảng 3.3). Theo nghiên cứu Trần Duy Hưng (2020) [3], tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết tiêu phát ở nhóm nguy cơ cao (16.9%), nguy cơ trung bình (9.7%), $p < 0.01$, tương đồng với kết quả của Tammara L (2014) nghiên cứu trên 412 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ BN XHTH tái phát trong nhóm nguy cơ cao (26.1%), nguy cơ trung bình (10.2%) cao hơn nguy cơ thấp (2.5%) [1]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa thang điểm T-score với tỷ lệ XHTH tái phát trong thời gian điều trị có thể do thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn, số lượng bệnh nhân nặng chưa đủ lớn do thời điểm bệnh nhân nhập viện sớm hơn so với các nghiên cứu trước đây. Chính vì vậy cần có thời gian nghiên cứu tiếp trong định hướng nghiên cứu sau này của chúng tôi.

- Có mối liên quan giữa thang điểm T-score với nội soi can thiệp cầm máu, ở nhóm BN nguy cơ cao thì tỷ lệ can thiệp cao hơn nhóm nguy cơ trung bình với $p < 0.05$. (bảng 3.4): Tỷ lệ bệnh nhân nội soi can thiệp cầm máu là 17.1% trong đó nguy cơ cao có tỷ lệ can thiệp là 12.9%, nguy cơ trung bình là 4.3%. Theo tác giả Trần Duy Hưng (2020), bệnh nhân có can thiệp nội soi cầm máu là 56.1% trong đó nhóm nguy cơ cao nội soi can thiệp cầm máu 73.8%, $p < 0.01$ [3]. Tỷ lệ nội soi can thiệp cầm máu của chúng tôi ít hơn so với nghiên cứu khác do thời gian nghiên cứu ngắn và số lượng BN nặng tham gia nghiên cứu ít.

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.5), điểm trung bình T-score của nhóm bệnh nhân có can thiệp nội soi là 5.5 ± 1 thấp hơn nhóm không can thiệp có điểm T-score 8.2 ± 1.9 có ý nghĩa thống kê ($p = 0.019$). Bệnh nhân XHTH do loét DDTT thuộc nhóm nguy cơ cao và nguy cơ trung bình nên được nội soi sớm (≤ 12 giờ) để can thiệp cầm máu kịp thời cho bệnh nhân, điều này cũng phù hợp ở những nghiên cứu khác khi phân tích sự thay đổi thang điểm T-score với tỷ lệ bệnh nhân cần nội soi can thiệp cầm máu [5].

- Có mối liên quan giữa thang điểm T-score với truyền máu ở nhóm nguy cơ cao, nguy cơ trung bình cao hơn nhóm nguy cơ thấp với $p < 0.05$ (bảng 3.6). Chúng tôi nhận thấy, bệnh nhân nhóm nguy cơ cao có biểu hiện tình trạng mất máu nặng, triệu chứng trên lâm sàng tương ứng với thang điểm T-score. Nhóm nguy cơ thấp truyền máu có tỷ lệ là 4.3% do có các trường hợp như BN già yếu, nhiều bệnh lý mãn tính kèm theo. Thang điểm T-score với truyền máu của bệnh nhân XHTH do loét DDTT có ý nghĩa trong tiên lượng các nhóm nguy cơ cần truyền máu để lên kế hoạch dự trữ truyền máu một cách hợp lý [6], [7].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nam/ nữ là 2.2/1; Độ tuổi bị bệnh cao nhất là nhóm 50-69 tuổi 50%.

- Có mối liên quan giữa thang điểm T-score với thời gian chỉ định nội soi, nhóm nguy cơ thấp không có chỉ định nội soi sớm trước 12 giờ, trong khi nhóm nguy cơ cao có chỉ định nội soi sớm trước 12 giờ.

- Có mối liên quan giữa thang điểm T-score với nội soi can thiệp cầm máu, ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao thì tỷ lệ can thiệp cao hơn nhóm nguy cơ trung bình với $p < 0.05$.

- Điểm trung bình T-score nhóm bệnh nhân có can thiệp nội soi (5.5 ± 1) thấp hơn nhóm không can thiệp (8.2 ± 1.9) với $p = 0.019$.

- Có mối liên quan giữa thang điểm T-score với truyền máu ở nhóm nguy cơ cao, nguy

cơ trung bình có chỉ định truyền máu cao hơn nhóm nguy cơ thấp với $p < 0.05$.

- Tỷ lệ xuất huyết tái phát là 5.7%, chưa tìm thấy mối liên quan giữa thang điểm T-score với tỷ lệ XHTH tái phát trong thời gian điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tammaro L., Buda A., Di Paolo M.C. và cộng sự** (2014), A simplified clinical risk score predicts the need for early endoscopy in non-variceal upper gastrointestinal bleeding, *Digestive and Liver Disease*, 46(9), 783–787
2. **Phạm Văn Thành, Đào Đức Tiến, và Dương Quang Huy** (2021), Nghiên cứu giá trị thang điểm T-score trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. *Tạp chí y dược học quân sự* số 5, 109–115.
3. **Trần Duy Hưng** (2019), nghiên cứu giá trị thang điểm T-score trong xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày tá tràng, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
4. **Karstensen J.G., Ebigo A., Aabakken L. và cộng sự** (2018), Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. *Endosc Int Open*, 6(10), E1256–E1263
5. **Hooi J.K.Y., Lai W.Y., Ng W.K. và cộng sự** (2017), Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*, 153(2), 420–429.
6. **Đào Văn Long** (2022), Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. *Bài giảng bệnh học nội khoa tập 2*, Đại học Y Hà Nội, nhà xuất bản y học, tr.64–71.
7. **Tammaro L., Di Paolo M.C., Zullo A. và cộng sự** (2008), Endoscopic findings in patients with upper gastrointestinal bleeding clinically classified into three risk groups prior to endoscopy, *World J Gastroenterol*, 14(32), 5046–5050.

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO VI KHUẨN GRAM DƯƠNG VÀ VI KHUẨN GRAM ÂM

Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2}, Lã Thị Tuyết²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang 300 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2017 – 2022 nhằm so sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết (NKH) do vi khuẩn gram dương với NKH do vi khuẩn gram âm. **Kết quả:** Có 124 ca (41,3%) NKH do vi khuẩn gram dương và 176 ca (58,7%) NKH do vi khuẩn

gram âm; 47 bệnh nhân (15,6%) sốc nhiễm khuẩn, tỉ lệ tử vong là 17,3%. Tỷ lệ NKH gram âm cao hơn NKH gram dương trong nhóm trên 65 tuổi và nhóm có ổ nhiễm khuẩn khởi điểm từ đường tiêu hóa và tiết niệu. Ngược lại, bệnh nhân có ổ nhiễm khuẩn khởi điểm từ da, mô mềm có tỷ lệ NKH gram dương cao hơn có ý nghĩa thống kê so với NKH gram âm. NKH gram âm có trung bình tiểu cầu máu giảm thấp hơn và trung vị procalcitonin tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê khi so sánh với NKH gram dương. Không có sự khác biệt về tỉ lệ suy đa tạng, sốc nhiễm khuẩn và tử vong giữa NKH gram âm và NKH gram dương. **Kết luận:** Tỷ lệ cao NKH gram âm thường gặp ở bệnh nhân trên 65 tuổi và có ổ nhiễm khuẩn khởi điểm từ đường tiêu hóa và tiết niệu. Số lượng tiểu cầu giảm, procalcitonin tăng cao thường gặp trong NKH gram âm. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn huyết, gram dương, gram âm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm bài báo: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025