

$\pm 1,98\text{m/s}$. Đặc biệt trong phân tích sau đó, các tác giả này phát hiện yếu tố nguy cơ gồm đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc và thừa cân béo phì có liên quan đến sự gia tăng độ cứng động mạch. Chỉ số baPWV tương quan với điểm SYNTAX với hệ số tương quan $r=0,477$ ($p<0,05$) [7]. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tuổi tác, thời gian tăng huyết áp và huyết áp tâm thu là các yếu tố tương quan thuận với sự gia tăng độ cứng động mạch. Theo Andrew O. Agbaje, tuổi càng cao thì sự lắng đọng canxi và lão hóa mạch máu càng xảy ra mạnh mẽ, bên cạnh đó, tình trạng tăng huyết áp kéo dài với mức huyết áp cao không được kiểm soát có thể làm thay đổi cấu trúc thành mạch. Tổng hợp các tác động trên có thể làm gia tăng độ cứng động mạch, đặc biệt ở những đối tượng có kèm một hoặc nhiều tổn thương cơ quan đích khác chẳng hạn như bệnh mạch vành [8].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát kèm hội chứng động mạch vành mạn có tỷ lệ tăng độ cứng động mạch khá cao. Độ cứng động mạch tương quan thuận với tuổi, huyết áp tâm thu và thời gian tăng huyết áp. Hút thuốc, đái tháo đường, bệnh thận mạn, đau thắt ngực, thời gian tăng huyết áp trên 10 năm là các yếu tố làm tăng độ cứng động mạch, với nguy cơ dao động từ 2,50 - 14,17 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McEvoy JW, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and

hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). European heart journal. 2024. **45**(38), p. 3912-4018.

2. Smith SM, et al. Predictors and outcomes of resistant hypertension among patients with coronary artery disease and hypertension. Journal of hypertension. 2014. **32**(3), p. 635-643.
3. Bonarjee VV. Arterial stiffness: a prognostic marker in coronary heart disease. Available methods and clinical application. Frontiers in cardiovascular medicine. 2018. **5**(1), p. 64.
4. Vrints C, et al. 2024 ESC guidelines for the management of chronic coronary syndromes: developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European heart journal. 2024. **45**(36), p. 3415-3537.
5. Laurent S, et al. SPARTE study: normalization of arterial stiffness and cardiovascular events in patients with hypertension at medium to very high risk. Hypertension. 2021. **78**(4), p. 983-995.
6. Zheng X, et al. Arterial stiffness as a predictor of clinical hypertension. The Journal of Clinical Hypertension. 2015. **17**(8), p. 582-591.
7. Nguyễn Đình Linh, Hồ Thị Kim Ngân, Trần Đức Hùng. Nghiên cứu mối liên quan giữa vận tốc sóng mạch (pulse wave velocity-PWV) với một số yếu tố nguy cơ và mức độ tổn thương động mạch vành bằng thang điểm SYNTAX ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022. **511**(1), tr. 62-65.
8. Agbaje A. Arterial stiffness precedes hypertension and metabolic risks in youth: a review. Journal of hypertension. 2022. **40**(10), p. 1887-1896.

NGUYÊN NHÂN, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIẢN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Nguyễn Thanh Liêm¹, Phan Thị Kim Tuyền¹,
Võ Anh Hồ¹, Bô Kim Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. **Đối tượng và phương pháp**

¹Trường Đại học Y dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Liêm

Email: ntlm@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

nghiên cứu: Bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản nhập viện điều trị. **Kết quả:** Nguyên nhân xơ gan do nghiện rượu, viêm gan siêu vi B, C chiếm tỷ lệ 90,5%. Lúc nhập viện tri giác tỉnh chiếm 85,8%; huyết áp tâm thu <90mmHg chiếm 6,1%. Cổ trướng chiếm 62,8%, Vàng da chiếm 64,9% và Albumin máu giảm <35g/L chiếm 94,6%. 35,5% trường hợp Hemoglobin <7g/dL. Giãn tĩnh mạch thực quản độ III chiếm 64,9%. Bệnh nhân ổn xuất viện là 93,2%. **Kết luận:** Nguyên nhân xơ gan thường gặp do nghiện rượu, viêm gan siêu vi B, C. Bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản có kết quả điều trị thành công cao.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

SUMMARY

THE CAUSES, CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS, AND TREATMENT OUTCOMES IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH ACUTE ESOPHAGEAL VARICEAL BLEEDING

Objectives: To study the causes, clinical and paraclinical characteristics, and treatment outcomes in cirrhotic patients with acute esophageal variceal bleeding. **Subjects and methods:** Cirrhotic patients with acute esophageal variceal bleeding who were hospitalised for treatment. **Results:** The causes of cirrhosis due to alcoholism, hepatitis B, and C accounted for 90.5%. On admission, conscious consciousness accounted for 85.8%; systolic blood pressure <90mmHg accounted for 6.1%. Ascites accounted for 62.8%, jaundice accounted for 64.9% and blood albumin decreased <35g/L accounted for 94.6%. Hemoglobin <7g/dL accounted for 35.5%. Grade III esophageal varices accounted for 64.9%. Patients were stable and discharged from the hospital in 93.2%. **Conclusion:** The most common causes of cirrhosis are alcohol addiction and hepatitis B and C. Cirrhotic patients with acute esophageal variceal bleeding have a high treatment success rate.

Keywords: acute esophageal variceal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản xảy ra ở 10-30% bệnh nhân xơ gan mỗi năm [1]. Mặc dù đã có những tiến bộ trong việc chẩn đoán và điều trị, tuy nhiên tỷ lệ tử vong vẫn còn cao lên đến 20% [2]. Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan luôn là bệnh cảnh nặng. Mục tiêu điều trị bao gồm kiểm soát tình trạng xuất huyết, ổn định huyết động, dự phòng các biến chứng có thể xảy ra như nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng dịch báng, hôn mê gan, dự phòng xuất huyết tái phát sớm và tử vong. Trong đó tỷ lệ tử vong cao nhất xảy ra trong thời gian nằm viện. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu về nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 08/2022 đến tháng 05/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nhập viện điều trị tại khoa Nội tiêu hóa-huyết học lâm sàng Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 08/2022 đến tháng 05/2023 được chẩn đoán xác định xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân xơ gan nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản được chẩn đoán xác định bằng nội soi thực quản-dạ dày.

- Chẩn đoán xơ gan dựa vào: hội chứng tăng áp cửa và hội chứng suy tế bào gan.

- Chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản: triệu chứng lâm sàng xuất huyết tiêu hóa và nội soi thực quản-dạ dày.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đủ dữ liệu cho thực hiện nghiên cứu.

- Bệnh nhân nặng ngưng tim trước khi vào viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Thu thập và xử lý số liệu

2.3.1. Công cụ thu thập số liệu

- Phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu của đối tượng.

- Thu thập các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, đặc điểm cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả điều trị.

- Các tiêu chuẩn tái xuất huyết sớm được đánh giá theo BAVENO V.

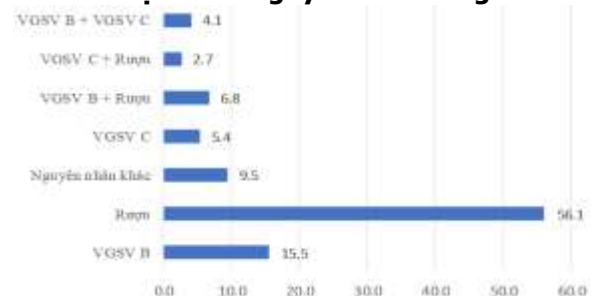
2.3.2. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 148 bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, tỷ số nam /nữ là 125/23, nhóm tuổi <60 chiếm 66,2% và ≥60 là 33,8%. 74,4% bệnh nhân có tiền sử xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

3.1. Đặc điểm nguyên nhân xơ gan



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân xơ gan

Nhận xét: Nghiện rượu là nguyên nhân hàng đầu chiếm 56,1%. Ba nguyên nhân thường gặp gây xơ gan là nghiện rượu, VGSV B và VGSV C.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Tình trạng lúc nhập viện

Bảng 3.1. Tình trạng lúc nhập viện

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tri giác	Tỉnh	127
	Tiếp xúc chậm	21
	Hôn mê	0
Mạch (lần/phút)	<90	59
	90-110	67
	>110	22
Huyết áp tâm thu (mmHg)	>110	58
	90-110	81
	<90	9

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tri giác tỉnh 85,8%, mạch 90-110 lần/phút (45,3%), huyết áp tâm thu từ 90-110 mmHg (54,7%).

3.2.2. Triệu chứng xơ gan

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng xơ gan

Triệu chứng lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuần hoàn bàng hệ cửa chủ	80	54,0
Lách to	67	45,3
Cổ trướng	93	62,8
Xuất huyết da, niêm mạc	38	25,7
Vàng da, vàng mắt	96	64,9
Sao mạch, bàn tay son	85	57,4
Phù chi	54	36,5

Nhận xét: 93 trường hợp (chiếm 62,8%) có hiện diện dịch cổ trướng, triệu chứng cổ trướng mức độ nhẹ chiếm 26,4%, dịch cổ trướng mức độ nặng chiếm 12,8%. Cổ trướng là triệu chứng hay gặp nhất của hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Biểu hiện vàng da là triệu chứng thường gặp nhất của hội chứng suy tế bào gan chiếm 64,9%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Đặc điểm xét nghiệm máu

Bảng 3.3. Chỉ số xét nghiệm

Chỉ số xét nghiệm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hb (g/dL)	>12	8
	9 – 11,9	29
	7 – 8,9	58
	<7	53
	Trung bình: 7,83 ± 2,03; nhỏ nhất: 3,1; lớn nhất: 13,8	
Tiểu cầu (mm ³)	>150000	22
	50000-150000	102
	<50000	24
	Trung bình: 102,72 ± 78,04; nhỏ nhất: 5; lớn nhất: 672	

INR	0,8 – 1,2	18	12,2
	≥1,2	130	87,8
	Trung bình: 1,6 ± 0,44; giá trị nhỏ nhất: 1,0; giá trị lớn nhất: 4,5		
Prothrombin (%)	≥ 70%	34	23
	<70%	114	77
	Trung bình: 57,21 ± 16,5; giá trị nhỏ nhất: 15; giá trị lớn nhất: 100		
Albumin (g/L)	>35	8	5,4
	28-35	53	35,8
	<28	87	58,8
	Trung bình: 26,51 ± 5,37; nhỏ nhất: 16; lớn nhất: 41		
BilirubinTP (μmol/L)	<17,1	31	20,9
	≥17,1	117	79,1
	Trung bình: 53,13 ± 69,58; nhỏ nhất: 4,9; lớn nhất: 664,2		
Creatinin (μmol/L)	<100	119	80,4
	100 – 150	15	10,1
	>150	14	9,5
	Trung bình: 95,92 ± 113,07; nhỏ nhất: 42; lớn nhất: 1271		

Nhận xét: Bệnh nhân có Hb giảm nặng chiếm 35,8%, mức Hb trung bình 7,83 ± 2,03. Bệnh nhân có mức tiểu cầu <50000 chiếm 16,2%. Bệnh nhân có INR ≥1,2 chiếm 87,8%, giá trị lớn nhất của INR là 4,5 trong nhóm nghiên cứu. Có 114 bệnh nhân có mức PT <70% chiếm 77%. Hầu hết bệnh nhân (94,6%) có tình trạng giảm albumin máu. Có 79,1% bệnh nhân có Bilirubin TP ≥17,1 μmol/L.

3.3.2. Đặc điểm nội soi

Bảng 3.4. Hình ảnh trên nội soi

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giãn tĩnh mạch	Độ II	52
	Độ III	96
Đang chảy máu khi nội soi	Có	20
	Không	128

Nhận xét: Giãn tĩnh mạch thực quản độ III chiếm đa số 64,9%; giãn tĩnh mạch thực quản độ II chiếm 35,1%. 13,5% bệnh nhân đang chảy máu quan sát được khi tiến hành nội soi thực quản.

3.4. Kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

3.4.1. Đặc điểm các phương pháp điều trị. Tất cả bệnh nhân đều được nội soi cột tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su thành công.

Sử dụng thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa

Bảng 3.5. Sử dụng thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa

Thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa	Tần số(n)	Tỷ lệ(%)
Octreotide	146	98,6
Terlipressin	2	1,4
Tổng	148	100

Nhận xét: 146/148 bệnh nhân được sử dụng octreotide chiếm 98,6%.

Đặc điểm truyền máu

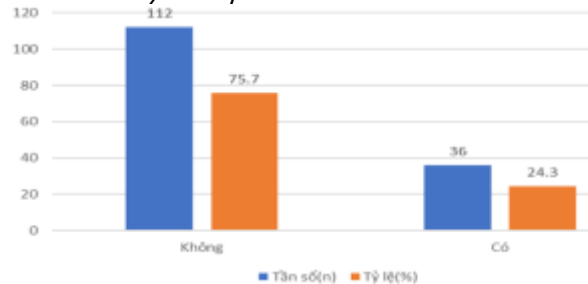
Bảng 3.6. Đặc điểm truyền máu

Đặc điểm truyền máu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Truyền máu	Có	115
	Không	33

Nhận xét: 115/148 bệnh nhân cần phải truyền máu chiếm 77,7%. 22,3% bệnh nhân không cần truyền máu.

3.4.2. Kết quả điều trị

Xuất huyết tái phát sớm



Biểu đồ 3.2. Xuất huyết tái phát sớm

Nhận xét: Tỷ lệ tái xuất huyết sớm trong nghiên cứu là 24,3%

Đánh giá kết quả kiểm soát chảy máu

Bảng 3.7. Kết quả điều trị xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

Kết quả điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ổn	138	93,2
Tử vong	10	6,8
Tổng	148	100

Nhận xét: 138/148 bệnh nhân điều trị thành công chiếm 93,2%. 10/148 bệnh nhân tử vong chiếm 6,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nguyên nhân xơ gan.

Nghiện rượu, viêm gan siêu vi B, C là ba nguyên nhân hàng đầu dẫn đến xơ gan trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm tỷ lệ 90,5%. Trong đó, nghiện rượu là nguyên nhân đứng hàng đầu chiếm tỷ lệ 56,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu Nguyễn Hữu Việt Anh thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai nguyên nhân xơ gan do rượu 56,4% [3]. Từ đó, có thể cho thấy nghiện rượu và viêm gan siêu vi B, C là nguyên nhân thường gặp nhất dẫn đến xơ gan tại Việt Nam, trong khi tình trạng viêm gan siêu vi chưa được kiểm soát tốt thì rượu đang trở thành vấn đề sức khỏe đáng lưu tâm khi kinh tế ngày càng phát triển và thói quen lạm dụng rượu bia đang bắt đầu gia tăng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân vào viện có

tri giác tĩnh chiếm 85,8%; mạch và huyết áp ổn định (mạch 90 – 110 lần/phút chiếm 45,3%; huyết áp từ 90 – 110 mmHg chiếm 54,7%). Theo nghiên cứu của Lưu Trọng Nghĩa bệnh nhân nhập viện với tri giác tĩnh chiếm 76,92%; huyết áp tâm thu <90mmHg chiếm 16,15%, mạch nhanh >120 lần/phút chiếm 6,92% [4]. Vẫn còn nhiều bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản nhập viện có huyết động không ổn định. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi về hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở bệnh nhân xơ gan lách to chiếm 45,3%; tuần hoàn bàng hệ cửa chủ 54%, cổ trướng 62,8% cao hơn nghiên cứu của Lưu Trọng Nghĩa với lách to chiếm 30,7%; cổ trướng chiếm 52% [4]. Sự khác biệt về lách to và các triệu chứng có thể do kỹ năng thăm khám lâm sàng, đa số bệnh nhân xơ gan lách to mức độ 1-2 và dịch cổ trướng lượng ít khó phát hiện trên lâm sàng vì thế có thể dẫn đến sự khác biệt này. Đây là ba triệu chứng kinh điển có thể gặp ở bệnh nhân xơ gan có tăng áp lực tĩnh mạch cửa, biểu hiện tuần hoàn bàng hệ phản ánh tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa chính xác hơn vì ít bị thay đổi khi điều trị, trong khi đó dịch cổ trướng có thể bị mất đi nếu bệnh nhân được điều trị bằng lợi tiểu trước đó và trên một bệnh nhân có dịch cổ trướng thì lâm sàng rất khó phát hiện lách to. Hội chứng suy tế bào gan theo nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng phổ biến là vàng da niêm chiếm 64,9%; bệnh nhân có lòng bàn tay son, dấu sao mạch gặp ở 57,4%; phù chi 36,5%; còn lại triệu chứng xuất huyết da niêm chỉ chiếm 25,7% là triệu chứng ít gặp nhất và có sự khác biệt so với nghiên cứu của Lưu Trọng Nghĩa với vàng da chiếm 47,69% và sao mạch, bàn tay son chiếm 66,15% [4].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Sự thay đổi chỉ số huyết học: ghi nhận mức Hb trung bình 7,83g/dL, bệnh nhân có tình trạng thiếu máu chiếm 94,6% trong đó bệnh nhân có tình trạng thiếu máu trung bình chiếm 39,2% và có 35,8% bệnh nhân thiếu máu nặng với (Hb <7g/dL) có chỉ định truyền khối hồng cầu, kết quả Hb trung bình cũng khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Jha S.K. (2018) có Hb trung bình 7,43g/dL [5]. Đa số bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản có mức Hb trung bình thấp. Số lượng tiểu cầu trung bình trong nghiên cứu là 102,72K/mm³; nhỏ nhất 5000/mm³ cũng khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Jha S.K. (2018) có tiểu cầu 105K/mm³ [5]. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu ghi nhận có 85,1% bệnh nhân có giảm tiểu cầu, tiểu cầu giảm nặng chiếm 16,2%.

Xét nghiệm đông cầm máu: nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận prothrombin trung bình nghiên cứu của chúng tôi là 57,21% và PT < 70% chiếm 77%; INR trung bình là 1,6; giá trị lớn nhất 4,5 và giá trị nhỏ nhất 1,0; với 87,8% bệnh nhân biểu hiện rối loạn đông máu với INR $\geq 1,2$; cũng khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Jha S.K. INR trung bình là 1,52 [5], không có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi. Gan là cơ quan duy nhất trong cơ thể sản xuất albumin, vì vậy nồng độ albumin phản ánh trực tiếp chức năng gan. Khi xơ gan có dấu hiệu mất bù, chức năng gan không còn được duy trì đầy đủ đảm bảo chức năng tổng hợp albumin, dẫn đến nồng độ albumin giảm thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ albumin trung bình $26,51 \pm 5,37$ g/L và albumin ≤ 35 g/L chiếm chủ yếu 94,6%; thấp hơn khá nhiều so với nồng độ albumin bình thường là > 35 g/L. So sánh với các nghiên cứu khác: nghiên cứu của Lưu Trọng Nghĩa tương tự nghiên cứu của chúng tôi hầu hết bệnh nhân có tình trạng giảm albumin máu chiếm 93,85% [4], nghiên cứu của Jha S.K. có albumin trung bình 27,9g/L [5].

Đặc điểm hình ảnh tổn thương qua nội soi trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có vỡ giãn tĩnh mạch thực quản độ III chiếm tỷ lệ cao nhất 64,9%; trong khi đó vỡ giãn tĩnh mạch thực quản độ II chiếm 35,1%. Tỷ lệ vỡ giãn tĩnh mạch thực quản của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Chung giãn tĩnh mạch thực quản độ III chiếm 80,6%; giãn tĩnh mạch thực quản độ II chiếm 16,7% [6]. Giãn tĩnh mạch thực quản độ III nhiều hơn độ II ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Trong 148 trường hợp nội soi ghi nhận 13,5% bệnh nhân đang chảy máu khi nội soi, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chung có 12,6% bệnh nhân đang chảy máu khi soi [6].

4.4. Kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản là một tình trạng cấp cứu nội khoa. Bệnh nhân thường nhập viện trong tình trạng mất máu cấp, truyền khối hồng cầu nhằm đảm bảo lượng oxy đến mô là một biện pháp hồi sức nội khoa rất quan trọng đối với bệnh nhân, đặt biệt ở những bệnh nhân nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 77,7% bệnh nhân trong thời gian nằm viện được chỉ định truyền khối hồng cầu. Kết quả điều trị có 10 trường hợp bệnh nhân thất bại trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản và tử vong dù được xử trí hồi sức nội khoa (6,8%) với tỷ lệ hiệu quả điều trị

đạt 93,2% (138 bệnh nhân) được điều trị cầm máu. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chung về tỷ lệ tử vong nội viện là 6,8% nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Huyền Trang là 10,4% [6],[7].

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi có 36 bệnh nhân xuất huyết tái phát sớm trong thời gian nằm viện chiếm 24,3% cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chung có tỷ lệ xuất huyết tái phát sớm là 9% và nghiên cứu của tác giả Yingying Li là 14,4% [8]. Sự khác biệt phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: mức độ nặng của bệnh nền xơ gan, thời gian bệnh nhân được đưa đến cơ sở y tế và các biện pháp điều trị ban đầu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 148 bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Nguyên nhân xơ gan do nghiện rượu, viêm gan siêu vi B, C chiếm tỷ lệ 90,5%. Lúc nhập viện tri giác tỉnh chiếm 85,8%; biểu hiện sốc với huyết áp tâm thu < 90 mmHg chiếm 6,1%. Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa cổ trướng là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 62,8%. Hội chứng suy tế bào gan vàng da, vàng mắt thường gặp chiếm 64,9%. 35,5% trường hợp thiếu máu nặng (Hemoglobin < 7 g/dL) có chỉ định truyền khối hồng cầu. 85,1% trường hợp giảm tiểu cầu. Albumin máu giảm < 35 g/L chiếm 94,6%. Đặc điểm trên nội soi với tỷ lệ cao nhất giãn tĩnh mạch thực quản độ III là 64,9%. Tỷ lệ bệnh nhân ổn xuất viện là 93,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Xiè W, Chen F.X, Zhu L.Y, et al.,** Risk assessment of first upper gastrointestinal bleeding using computerized tomoscanning in esophageal varices patients with cirrhosis and portal hypertension. *Medicine (Baltimore)*, 2020. 99(5): p.189-195.
2. **Pfisterer N, Unger W, Reiberger T, et al.,** Clinical algorithms for the prevention of variceal bleeding and rebleeding in patients with liver cirrhosis. *World J Hepatol*, 2021. 13(7): p.731-746.
3. **Nguyễn Hữu Việt Anh,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch dạ dày tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 2022. 520(1B): tr.282-286.
4. **Lưu Trọng Nghĩa,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và giá trị tiên lượng của thang điểm AIMS65 ở bệnh nhân xơ gan xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ 2020-2022. Luận văn Bác sĩ Nội Trú, 2022. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Jha S. K, et al.,** Comparison of continuous versus intermittent infusions of terlipressin for the control of acute variceal bleeding in patients with

- portal hypertension: An open-label randomized controlled trial. Indian J Gastroenterol, 2018. 37(4): p.313-320.
6. **Nguyễn Văn Chung**, Nghiên cứu giá trị thang điểm ALBI, PALBI trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa cấp do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2022. tập 519: tr.95-102.
 7. **Nguyễn Thị Huyền Trang, Nguyễn Tiến Thịnh, Mai Thanh Bình và cộng sự**, Nghiên cứu giá trị của thang điểm ABC trong tiên lượng chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch phình vị ở bệnh nhân xơ gan. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 2023. tập 18 (5): tr.18-24.
 8. **Li Y, Li H, Zhu Q, et al.**, Effect of acute upper gastrointestinal bleeding manifestations at admission on the in-hospital outcomes of liver cirrhosis: hematemesis versus melena without hematemesis. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2019. 31(11): p.1334-1341.

ĐẶC ĐIỂM COVID-19 Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI

Võ Triều Lý¹, Phạm Văn Tân¹,
Võ Thị Hồng Nhi¹, Vũ Thị Hiếu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm COVID-19 đặc biệt nặng ở dân số nguy cơ cao như người cao tuổi, béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch và các bệnh lý suy giảm miễn dịch trong đó có bệnh nhân nhiễm HIV. Do đó nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục điều trị COVID-19 ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới là cần thiết. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục điều trị và xác định một số yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS mắc COVID-19. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, lấy mẫu là các bệnh nhân COVID-19 có nhiễm HIV/AIDS từ 16 tuổi điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trong thời gian từ ngày 11/2021 đến 03/2023. **Kết quả:** 147 trường hợp COVID-19 có nhiễm HIV/AIDS, trong đó nam giới chiếm 81,6%, tuổi trung bình là $36,9 \pm 10,1$ tuổi. Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS ở giai đoạn lâm sàng 3-4 (79,5%). 58,9% đã tiêm đủ từ 2 mũi vắc xin trở lên. Triệu chứng lâm sàng sốt (80,3%), ho (78,9%), khó thở (63,3%) và 65,3% được chẩn đoán COVID-19 mức độ nặng – nguy kịch lúc nhập viện. 88,2% có CD4 <200 TB/ μ L. Hình ảnh tổn thương mô kẽ (37,4%), tổn thương phổi hợp (31,3%) và 4,8% không phát hiện hình ảnh tổn thương trên phim X-quang tại thời điểm nhập viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tử vong (34,7%). Bệnh nhân có phân độ nặng – nguy kịch tại thời điểm nhập viện có liên quan đến gia tăng tỉ lệ tử vong và tiêm ngừa COVID-19 đủ liều giảm tỉ lệ tử vong ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy triệu chứng của bệnh nhân COVID-19 có nhiễm HIV/AIDS thường gặp là sốt, ho, khó thở và 65,3% trường hợp được chẩn đoán

COVID-19 mức độ nặng – nguy kịch tại thời điểm nhập viện. Tỉ lệ tử vong có tương quan thuận với COVID-19 nặng – nguy kịch tại thời điểm nhập viện, tiêm ngừa COVID-19 đủ liều giảm nguy cơ tử vong.

Từ khóa: COVID-19, HIV/AIDS, kết quả điều trị

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF COVID-19 IN HIV/AIDS PATIENTS AT THE HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Background: COVID-19 infection is especially severe in high-risk populations, such as the elderly, obese, hypertensive, diabetic, those with cardiovascular diseases, and immunocompromised patients, including HIV-infected individuals. Therefore, studying the epidemiological, clinical, paraclinical characteristics, and treatment outcomes of COVID-19 in patients with HIV/AIDS at the Hospital for Tropical Diseases is essential. **Aims:** To describe the clinical and paraclinical characteristics, treatment outcomes, and identify factors related to mortality in HIV/AIDS patients with COVID-19. **Objectives and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted, sampling COVID-19 patients with HIV/AIDS aged 16 years and older, treated at the Hospital for Tropical Diseases from November 2021 to March 2023. **Results:** Of the 147 COVID-19 cases in HIV/AIDS patients, 81.6% were male, with an average age of 36.9 ± 10.1 years. The majority of patients (79.5%) were in clinical stages 3-4 of HIV/AIDS. 58.9% had received two or more doses of the COVID-19 vaccine. The most common clinical symptoms were fever (80.3%), cough (78.9%), and difficulty breathing (63.3%). Additionally, 65.3% were diagnosed with severe or critical COVID-19 upon admission. 88.2% had a CD4 count of <200 cells/ μ L. X-ray images revealed interstitial tissue damage in 37.4%, combined damage in 31.3%, and 4.8% had no detectable damage at the time of admission. The mortality rate in this study was 34.7%. Patients with severe or critical COVID-19 at the time of hospitalization were associated with increased mortality, while full-dose COVID-19 vaccination was found to reduce mortality ($p < 0.05$). **Conclusion:** This

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

²Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Võ Triều Lý

Email: drtrieuly@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025