

- tổn thương và đánh giá kết quả điều trị rách chóp xoay bằng phẫu thuật nội soi, Luận văn chuyên khoa cấp II chuyên ngành Chấn thương chỉnh hình, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
3. **Phan Đình Mừng** (2020), Nghiên cứu đặc điểm tổn thương và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị rách chóp xoay, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
 4. **Tăng Hà Nam Anh** (2014), Kết quả điều trị rách chóp xoay qua nội soi, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
 5. **Pennington S.D., Burkhead W.Z.** (2008), Arthroscopic Repair of Full-Thickness Tears of the Rotator Cuff in Patients Younger Than 40 Years, 24(3):324–328.
 6. **Hawkins R.J., Morin W.D., Bonutti P.M., et al.** (1999), "Surgical treatment of full-thickness rotator cuff tears in patients 40 years of age or younger", J. Shoulder Elbow Surg, 8(3), pp. 259–265.
 7. **Hoàng Minh Thắng** (2020), Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu gân chóp xoay khớp vai bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.

TỶ LỆ TỬ VONG NỘI VIỆN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI BỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ TRÊN DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Thái Doãn Kỳ¹, Dương Đức Anh², Trần Ngô Gia Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong nội viện và các yếu tố liên quan tới tử vong nội viện ở các bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu thu thập số liệu của 204 bệnh nhân tuổi trên 65, bị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng, điều trị nội trú tại Bệnh viện TQĐ 108 từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 2 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 81,2 ± 8,3. Tỷ lệ tử vong nội viện là 13,3%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ giới và độ tuổi trung bình giữa nhóm tử vong và nhóm sống còn. Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy, có ngất trên lâm sàng, nhịp tim và nồng độ albumin huyết thanh, hình ảnh nội soi phân loại Forrest IA, tái xuất huyết và cần truyền máu là các yếu tố liên quan đến tử vong nội viện. Phân tích đa biến chỉ có nhịp tim, albumin và tái xuất huyết là các yếu tố tiên lượng đến tử vong. **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong nội viện ở các bệnh nhân cao tuổi bị xuất huyết do loét dạ dày tá tràng khá cao. Nhịp tim, albumin huyết thanh lúc nhập viện và tái xuất huyết là các yếu tố tiên lượng độc lập đến tử vong. **Từ khóa:** Xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng, bệnh nhân cao tuổi, các yếu tố tiên lượng, tử vong.

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS FOR MORTALITY IN ELDERLY PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO PEPTIC ULCER DISEASE

Objective: To determine the in-hospital mortality rate and factors associated with in-hospital mortality in elderly patients admitted for gastrointestinal bleeding

due to peptic ulcers. **Subjects and Methods:** A retrospective study collecting data from 204 patients aged over 65 with gastrointestinal bleeding caused by peptic ulcers, who were hospitalized at 108 Military Central Hospital from January 2020 to February 2025. **Results:** The mean age of the patients was 81.2 ± 8.3 years. The in-hospital mortality rate was 13.3%. There were no significant differences in gender distribution or mean age between the deceased and surviving groups. Univariate regression analysis showed that clinical syncope, heart rate, serum albumin levels, endoscopic Forrest IA classification, rebleeding, and the need for blood transfusion were associated with in-hospital mortality. Multivariate analysis identified heart rate, serum albumin, and rebleeding as independent predictors of mortality. **Conclusion:** The in-hospital mortality rate in elderly patients with gastrointestinal bleeding due to peptic ulcers is relatively high. Heart rate, serum albumin on admission, and rebleeding are independent prognostic factors for mortality. **Keywords:** Upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer disease, elderly patients, prognostic factors, mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng là một cấp cứu tiêu hoá rất thường gặp. Tần suất XHTH do loét dạ dày tá tràng ở người cao tuổi đang có xu hướng ngày càng tăng ở nước ta do liên quan đến sự già hoá dân số và việc sử dụng rộng rãi các thuốc giảm đau chống viêm không steroid, các thuốc dự phòng huyết khối. XHTH ở bệnh nhân cao tuổi thường diễn biến phức tạp và nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Tuổi cao đã được xác định là một trong những yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong ở các bệnh nhân XHTH nói chung và XHTH không do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản nói riêng.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá các yếu tố tiên lượng can thiệp, biến chứng

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường đại học VinUniversity

Chịu trách nhiệm chính: Thái Doãn Kỳ

Email: kythaitrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025

cũng như tử vong ở các bệnh nhân XHTH nói chung. Tuy nhiên, dữ liệu về các yếu tố tiên lượng tử vong trong nhóm bệnh nhân cao tuổi tại Việt Nam còn hạn chế. Việc xác định các yếu tố này có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng, phân tầng nguy cơ và tối ưu hóa chiến lược điều trị nhằm cải thiện tiên lượng bệnh nhân. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tử vong ở các bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì XHTH do loét dạ dày tá tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân cao tuổi bị xuất huyết tiêu hoá trên do loét dạ dày tá tràng được cấp cứu và điều trị nội trú tại Viện điều trị các bệnh tiêu hoá, Bệnh viện TƯQĐ 108, thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 2 năm 2025.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tuổi ≥ 65
- Được chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng dựa vào lâm sàng và nội soi tiêu hoá trên (bảng chứng ổ loét chảy máu theo phân loại Forrest trên nội soi, không có các tổn thương khác gây chảy máu)

* Tiêu chuẩn loại trừ:

Các trường hợp không có đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án gây ảnh hưởng đến phân tích kết cục

2.2. Phương pháp nghiên cứu: thuần tập hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Các chỉ tiêu về nhân trắc học
- Các thông số về đặc điểm lâm sàng: nôn máu, đại tiện phân đen, ngất, nhịp tim, huyết áp...
- Các chỉ tiêu về bệnh kết hợp
- Các chỉ tiêu về xét nghiệm cận lâm sàng
- Đặc điểm hình ảnh nội soi: ổ loét theo phân loại Forrest

- Các thông số về can thiệp điều trị: nhu cầu truyền máu, can thiệp cầm máu nội soi, tái xuất huyết, chuyển mổ

- Tử vong nội viện và nguyên nhân tử vong

2.4. Xử lý thống kê. Sử dụng phần mềm SPSS, phân tích hồi quy đơn biến, đa biến

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 204 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn, trong đó có 24 ca tử vong nội viện, chiếm 13,3%.

Bảng 3.1. Các đặc điểm tuổi, giới và bệnh kết hợp giữa nhóm còn sống và nhóm tử vong nội viện

Các đặc	Chung	Nhóm	Nhóm	p
---------	-------	------	------	---

điểm	(n=204)	còn sống (n=180)	tử vong (n=24)	
Nam n (%)	127 (62.3)	112 (66.7)	15(65.2)	0.978
Tuổi $\bar{x} \pm SD$	81.2 $\pm$ 8.3	81.2 $\pm$ -8.3	80.9 $\pm$ -8.4	0.862
Tiền sử n (%)				
Tăng huyết áp	123 (60.3)	74 (41.1)	7 (29.2)	0.261
Xơ gan	3 (1.5)	2 (1.1)	1 (4.2)	0.243*
Đái tháo đường	50 (24.5)	42 (23.3)	8 (33.3)	0.285
Bệnh mạch vành	28 (13.7)	27 (15)	1 (4.2)	0.163*
Suy tim	19 (9.3)	15 (8.3)	4 (16.7)	0.187*
Bệnh thận mạn	34 (16.7)	27 (15)	7 (29.2)	0.08
Ung thư	0	-	-	-
COPD	3 (1.5)	3 (1.7)	0	-
Đột quỵ não	29 (14.2)	28 (15.6)	1 (4.2)	0.133*
Có bệnh nền nói chung	140(68,6)	120 (66,7)	20 (83,3)	0,074

* Kiểm định Fisher 2

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ giới, tuổi trung bình và các bệnh lý kết hợp giữa nhóm còn sống và nhóm bệnh nhân tử vong nội viện.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng và huyết động giữa nhóm còn sống và nhóm tử vong nội viện

Các đặc điểm	Chung (n=204)	Nhóm còn sống (n=180)	Nhóm tử vong (n=24)	p
Triệu chứng lúc vào - N (%)				
Phân đen	192(94.1)	168 (93.3)	24 (100)	0.212
Nôn ra máu	73 (35.8)	61 (33.59)	12 (50)	0.132
Chóng mặt	136(66.7)	117 (65)	19 (90.5)	0.177
Ngất	12 (5.9)	8 (4.4)	4 (16.70)	0.0121*
Phân máu đỏ	1 (0.5)	1 (0.6)	0 (0)	-
Huyết động lúc vào - $\bar{x} \pm SD$				
Nhịp tim	91.5 $\pm$ 14.8	89.8 $\pm$ 13.3	104.3 $\pm$ 18.9	0.001*
Huyết áp tâm thu	126.9 $\pm$ 72.4	128.5 $\pm$ 76.3	114.3 $\pm$ 26.5	0.386
Huyết áp tâm trương	72.1 $\pm$ 12.6	71.9 $\pm$ 12.2	73.1 $\pm$ 15.7	0.664

* Kiểm định Fisher 2

Nhận xét: Tỷ lệ choáng ngất khi nhập viện và chỉ số nhịp tim cao hơn có ý nghĩa ở nhóm tử vong nội viện cao hơn có ý nghĩa so với nhóm còn sống

Bảng 3.3. Các chỉ số xét nghiệm ở 2

nhóm tử vong và không tử vong

Các chỉ số	Chung (n=204)	Nhóm còn sống (n=180)	Nhóm tử vong (n=24)	p
Hemoglobin	80.2±24.6	80.4±25	79.1±22	0.81
Ure	18±14.2	17.5±14.4	21.2±12.2	0.236
Creatinine	144.5 ±156.2	142.2 ±160.4	162.1 ±122	0.559
Albumin	27.9±7.3	28.9±7.4	23.5±5.1	0.003
Bilirubin toàn phần	12.8 ±32.3	10.8 ±24.6	27.5 ±65.2	0.017
PT%	88.9±24.1	90±23.3	81.4±28	0.103
INR	1.2±0.77	1.2±0.8	1.3±0.5	0.059

Nhận xét: Nồng độ albumin và Bilirubin toàn phần là khác biệt có ý nghĩa ở nhóm tử vong nội viện so với nhóm sống còn.

Bảng 3.4. Đặc điểm nội soi ổ loét dạ dày tá tràng theo phân loại Forrest giữa 2 nhóm

Phân loại Forrest	Chung (n=204)	Nhóm còn sống (n=180)	Nhóm tử vong (n=24)	p
Ia	7 (3.4)	3 (1.7)	4 (16.7)	0.004*
Ib	17(8.3)	14 (7.8)	3 (12.5)	0.432*
IIa	31 (15.2)	25 (13.9)	6 (25)	0.154
IIb	17 (8.3)	15 (8.3)	2 (8.3)	1*
IIC	24 (11.8)	23 (12.8)	1 (4.2)	0.219*
III	87 (42.6)	81 (45)	6 (25)	0.063

* Kiểm định Fisher 2

Nhận xét: Tỷ lệ ổ loét Forrest IA cao hơn có ý nghĩa ở nhóm tử vong so với nhóm sống còn.

Bảng 3.5. Can thiệp y khoa giữa 2 nhóm

Các đặc điểm	Chung (n=204)	Nhóm còn sống (n=180)	Nhóm tử vong (n=24)	p
Can thiệp nội soi	68(33.3)	55(30.6)	13(54.2)	0.021
Chuyển mổ	4(1.9)	3(1.7)	1(4.2)	0.396*
Tái xuất huyết	25(12.3)	12(6.7)	13(54.2)	0.000
Truyền máu	133(65.2)	112(6.2)	21(87.5)	0.015

* Kiểm định Fisher 2

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở can thiệp nội soi, tỷ lệ tái chảy máu và nhu cầu truyền máu ở nhóm tử vong so với nhóm sống còn.

Bảng 3.6. Phân tích hồi quy đơn biến yếu tố liên quan đến tử vong nội viện

Các yếu tố	Odds Ratio	95% CI	p
Ngất	0.217	0.237-0.792	0.021
Nhịp tim	1.057	1.029-1.087	0.000
Albumin	0.915	0.855-0.979	0.010
Bilirubin toàn phần	1.009	1-1.018	0.06
Tái xuất huyết	0.06	0.022-0.163	0.000

Cần truyền máu	0.235	0.068-0.819	0.023
Forrest Ia	0.085	0.018-0.406	0.002

Bảng 3.7. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến tử vong nội viện

Các yếu tố	Odds Ratio	95% CI	p
Ngất	0.237	0.025-2.245	0.209
Nhịp tim	1.057	1.017-1.1	0.005
Albumin	0.911	0.83-0.999	0.048
Bilirubin toàn phần	1.01	0.999-1.022	0.073
Tái xuất huyết	0.105	0.019-0.598	0.011
Cần truyền máu	1.166	0.157-8.582	0.88
Forrest Ia	0.163	0.013-2.098	0.164

Nhận xét: Nhịp tim lúc vào (OR=1.057), nồng độ Albumin huyết thanh (OR=0.911) và tái xuất huyết (OR=0.105) là các yếu tố nguy cơ của tử vong nội viện có ý nghĩa thống kê (với p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng ở bệnh nhân cao tuổi, về tỉ lệ tử vong nội viện và các yếu tố tiên lượng.

Tỷ lệ tử vong nội viện trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (13.3%). Kết quả này cao hơn so với kết quả của nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Thái Đức Trí cùng cộng sự (2024) thực hiện trên 193 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch, với tỷ lệ tử vong nội viện là 5.69% [1]. Tương tự, nghiên cứu của Stéphane Nahon cùng cộng sự (2008) trên 639 bệnh nhân ≥75 tuổi mắc xuất huyết tiêu hóa không do vỡ giãn báo cáo tỷ lệ tử vong nội viện là 7.3% [2]. Nghiên cứu của Mohamed A Elsebaey cùng cộng sự (2018) trên 286 bệnh nhân ≥60 tuổi (bao gồm cả nhóm do vỡ giãn và không do vỡ giãn tĩnh mạch) ghi nhận tỷ lệ tử vong nội viện chung là 8.74%, cụ thể ở nhóm không do vỡ giãn là 4.8% [3]. Một nghiên cứu khác của Jiad Aljirad trên 234 bệnh nhân tuổi từ 17 đến 81 bị XHTH trên, tỷ lệ tử vong nội viện là 9,4% [4]. Sự khác biệt về tỷ lệ tử vong nội viện trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác được giải thích bởi sự khác biệt về cách chọn mẫu, đặc điểm bệnh nhân thu thập bao gồm độ tuổi, tình trạng bệnh nền, mức độ xuất huyết tiêu hoá. Độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân của chúng tôi là 82,1 cao hơn nhiều so với các bệnh nhân trong nghiên cứu của Thái Đức Trí (60,8), của Mohamed (68), tỷ lệ tái xuất huyết cũng cao hơn, tỷ lệ cần truyền máu và can thiệp cũng cao hơn. Bệnh viện TƯQĐ 108 là bệnh viện tuyến cuối, hầu hết các bệnh nhân nhập viện là chuyển từ tuyến dưới sau khi thất bại điều trị hoặc diễn biến nặng, do vậy thường các bệnh

nhân nặng hơn và nguy cơ tử vong cao hơn.

Chúng tôi tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tử vong nội viện ở các bệnh nhân cao tuổi bị XHTH do loét dạ dày tá tràng nhập viện. Kết quả từ bảng 1 cho thấy không có sự khác biệt về tuổi trung bình và tỷ lệ bệnh nền giữa nhóm tử vong và nhóm còn sống. Kết quả này cũng có sự khác biệt so với kết quả của các nghiên cứu khác, trong đó có sự khác biệt về độ tuổi và tỷ lệ mắc bệnh nền giữa hai nhóm. Điều này có thể được giải thích là trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ tử vong còn bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác.

Khi phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến tử vong nội viện, chúng tôi thấy lâm sàng có ngất, nhịp tim nhanh, nồng độ albumin huyết thanh thấp, nội soi hình ảnh ổ loét phân loại Forrest Ia, nhu cầu cần truyền máu và tái xuất huyết là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy chỉ có nhịp tim nhanh khi nhập, albumin huyết thanh và tái xuất huyết là yếu tố độc lập dự báo nguy cơ tử vong. Trong đó nhịp tim nhanh khi nhập viện là một chỉ dấu lâm sàng quan trọng, có ý nghĩa đáng kể trong dự báo nguy cơ tử vong nội viện ($OR = 1.057$, $p = 0.005$). Điều này phù hợp với báo cáo của Thirada Thongbai cùng cộng sự khi xác định nhịp tim >100 lần/phút là yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong [5]. Nhịp tim nhanh là biểu hiện của tình trạng sốc hoặc mất máu nặng, có thể nằm trong bệnh cảnh rối loạn huyết động, phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh và đáp ứng của cơ thể trong quá trình bù trừ tuần hoàn.

Albumin thấp ($OR = 0.911$, $p = 0.048$) cũng được xác định là một yếu tố nguy cơ quan trọng. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Emektar cùng cộng sự cho thấy nồng độ albumin thấp liên quan đến tỷ lệ tử vong cao hơn ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa [6].

Hình ảnh nội soi phân loại ổ loét Forrest Ia cũng được ghi nhận là một yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê trong phân tích hồi quy đơn biến. Loét Forrest Ia biểu hiện sự chảy máu động mạch đang phun thành tia, cho thấy tình trạng xuất huyết nặng và nguy cơ cao dẫn đến tử vong nếu không được can thiệp kịp thời. Kết quả này là phù hợp vì theo y văn, tỷ lệ tái xuất huyết rất cao ($>50\%$) ở các bệnh nhân bị XHTH do loét dạ dày tá tràng có ổ loét phân loại IA. Điều này cũng giải thích tại sao tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân có loét Forrest Ia lại cao hơn đáng kể so với các phân loại khác. Tái xuất huyết ($OR = 0.105$, $p = 0.011$) là một yếu tố nguy cơ mạnh liên quan đến tỷ lệ tử vong, tương đồng với kết

quả của Phunchai cùng cộng sự [7]. Tái xuất phản ánh sự thất bại trong việc kiểm soát xuất huyết, thất bại trong can thiệp cầm máu, dẫn đến mất máu nghiêm trọng, nguy cơ sốc giảm thể tích, rối loạn đông máu và suy giảm chức năng các cơ quan.

Mặc dù các yếu tố như ngất, bilirubin toàn phần, nhu cầu cần truyền máu và Forrest IA có ý nghĩa thống kê trong phân tích hồi quy đơn biến, nhưng không còn ý nghĩa trong phân tích hồi quy đa biến. Điều này cho thấy các yếu tố này có thể không phải là yếu tố nguy cơ độc lập hoặc bị ảnh hưởng bởi các yếu tố mạnh hơn như nhịp tim, albumin và tái xuất huyết. Một số yếu tố có thể bị loại trừ trong hồi quy đa biến do kích thước mẫu không đủ lớn hoặc do sự tương quan cao với các yếu tố khác.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Đầu tiên, cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân tử vong (24 trường hợp), làm giảm độ tin cậy của các phân tích hồi quy đa biến. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm duy nhất - Bệnh viện TƯQĐ 108 - nên có thể không đại diện được cho toàn bộ dân số. Thứ ba, thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi sử dụng thuốc hoặc can thiệp không được thu thập và đánh giá. Đây có thể là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tiên lượng tử vong. Cuối cùng, nguyên nhân gây tử vong của các bệnh nhân chưa được phân tích đầy đủ. Người bệnh có thể tử vong do tái xuất huyết không được kiểm soát, bệnh lý nền quá nặng, hoặc bất kỳ nguyên nhân nào khác, đặc biệt là ở nhóm đối tượng người cao tuổi.

Để cải thiện tính chính xác của kết quả, các nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm cần được thực hiện. Việc phân tầng nguy cơ dựa trên các yếu tố tiên lượng đã được xác định trong nghiên cứu này có thể giúp cải thiện chiến lược điều trị và dự phòng tái xuất huyết, từ đó làm giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân cao tuổi bị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong nội viện ở bệnh nhân cao tuổi bị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng ở bệnh viện TƯQĐ 108 là 13.3%. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong nội viện bao gồm nhịp tim nhanh, albumin thấp, tái xuất huyết và hình ảnh nội soi Forrest Ia. Những yếu tố này cần được theo dõi và đánh giá cẩn thận trong quá trình điều trị để có kế hoạch xử trí và theo dõi tốt nhất, nhằm hạn chế nguy cơ tử vong. Việc xác định và quản lý tốt các yếu tố nguy cơ có thể giúp cải thiện tiên lượng cho

bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa. Tuy nhiên, các hạn chế của nghiên cứu này cần được khắc phục bằng các nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm và phương pháp đánh giá toàn diện hơn để làm rõ thêm các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong của bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Đức Trí, Trần Hà Hiếu, Lê Nguyễn Đình Hải, Phạm Ngọc Thúy, Nguyễn Thị Lộc, Phạm Thị Thảo.** Giá trị thang điểm PNED trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do dẫn tĩnh mạch tại Bệnh viện Nhân dân 115. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108. Tập 19, số 1/2024. trang 54-60, doi:10.52389/ydls.v19i1.2114
2. **Stéphane Nahon, Nouel O, Hagege H, et al.** Favorable Prognosis of Upper-Gastrointestinal Bleeding in 1041 Older Patients: Results of a Prospective Multicenter Study. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2008;6(8):886-892. doi:10.1016/j.cgh.2008.02.064
3. **Mohamed A. Elsebaey, Elashry H, Elbedewy TA, et al.** Predictors of in-hospital mortality in a cohort of elderly Egyptian patients with acute upper gastrointestinal bleeding. Medicine. 2018; 97(16): e0403. doi:10.1097/MD.00000000000010403.
4. **Ziad Aljarad, Bashir Badawi Mobayed.** The mortality rate among patients with acute upper GI bleeding (with/without EGD) at Aleppo University Hospital: A retrospective Study. Annal of Medicine and Surgery, 71(2021), 102958
5. **Thirada Thongbai, Thanapirom K, Ridditid W, et al.** Factors predicting mortality of elderly patients with acute upper gastrointestinal bleeding. Asian Biomedicine. 2017;10(2):115-122. doi:10.5372/1905-7415.1002.471
6. **Emine Emektar, Dağar S, Çorbacioğlu ŞK, et al.** Predictors of Mortality in Geriatric Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding. Eurasian J Emerg Med. 2020;19(4): 197-202. doi:10.4274/eajem.galenos.2020.98853
7. **Phunchai Charatcharoenwitthaya, Nonthalee Pausawasdi, Nuttiya Laosanguaneak, Jakkrapan Bubthamala, Tawesak Tanwandee, Somchai Leelakusolvong.** Characteristics and outcomes of acute upper gastrointestinal bleeding after therapeutic endoscopy in the elderly. World J Gastroenterol. 2011;17(32): 3724-3732. doi:10.3748/wjg.v17.i32.3724

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA DƯƠNG NUY VỚI MỨC ĐỘ RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG THEO THANG ĐIỂM IIEF

Nguyễn Lê Việt Hùng¹, Ô Minh Thiện¹,
Lê Đức Thịnh², Lê Thanh Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa các hội chứng bệnh Y học cổ truyền (YHCT) của Dương nuy với mức độ rối loạn cương dương theo thang điểm IIEF. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 375 nam giới có rối loạn chức năng cương dương (tổng thang điểm IIEF < 60 điểm) đi khám tại phòng khám Nam khoa, Tiết niệu bệnh viện Lê Văn Thịnh. Thiết lập phiếu khảo sát hội chứng bệnh dựa trên các tài liệu YHCT. Mức độ rối loạn cương dương được đánh giá dựa vào thang điểm IIEF và được chia thành các mức độ nhẹ, trung bình và nặng. **Kết quả:** Mức độ rối loạn cương dương của bệnh nhân trong dân số nghiên cứu theo thứ tự nhẹ, nặng, trung bình lần lượt là 52,5%, 39,5%, 8%. Mối tương quan với các hội chứng bệnh theo YHCT gồm Nguyên dương bất túc 64,5%, Tâm Tỳ hư 27,7%, Thấp nhiệt 7,7%. **Kết luận:** Mức độ rối loạn cương dương IIEF với các hội chứng bệnh YHCT có mối liên

quan với nhau. **Từ khóa:** Dương nuy, rối loạn cương dương, thang điểm IIEF

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN TRADITIONAL MEDICINE SYNDROME OF YANG NU AND THE SEVERITY OF ERECTILE DYSFUNCTION ACCORDING TO THE IIEF SCORE

Objective: The relationship between traditional medicine syndrome of Yang nu and the severity of erectile dysfunction according to the IIEF score. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 375 males with erectile dysfunction (total IIEF score < 60 points) who visited Le Van Thinh Hospital. Traditional medicine syndrome were defined based on textbooks and standard references. Erectile dysfunction (ED) severity was assessed using the IIEF score and classified into mild, moderate, and severe categories. **Results:** The distribution of ED severity in the study population was 52.5%, 39.5%, and 8% for mild, moderate, and severe ED, respectively. According to Traditional Medicine syndrome differentiation, 64.5% of the patients were diagnosed with Yuan yang deficiency, 27.7% with Heart-spleen deficiency, and 7.7% with Damp-heat syndrome. **Conclusion:** There was a relationship between traditional medicine syndrome of Yang nu and the severity of erectile

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Hằng

Email: lethanhhang@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 19.5.2025