

cỡ mẫu lớn hơn để khảo sát mối liên hệ giữa các yếu tố.

V. KẾT LUẬN

Hệ thống Bảng phân loại Cơ động kinh năm 2017 và Hội chứng động kinh năm 2022 của LDCĐKQT có thể áp dụng được trong điều kiện thực hành lâm sàng còn nhiều thiếu thốn của Việt Nam nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, cải thiện tiên lượng, đặc biệt là ở đối tượng trẻ nhỏ dễ bị tổn thương. Đồng thời, hệ thống phân loại giúp thống nhất về mặt thuật ngữ khi mô tả động kinh, hỗ trợ cho việc trao đổi thông tin nhanh giữa các nhà lâm sàng và nghiên cứu trong và ngoài nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Khánh Vân** (2011). Phân loại và điều trị động kinh trẻ em ở bệnh viện Nhi đồng 2 thành phố Hồ Chí Minh. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Fisher R. S., Cross J. H., French J. A., et al.** (2017). Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. Apr; 58(4):522-530. doi:10.1111/epi.13670
3. **Wirrell E. C., Nabbout R., Scheffer I. E., et al.** (2022). Methodology for classification and definition of epilepsy syndromes with list of syndromes: Report of the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia*. Jun 2022;63(6):1333-1348. doi:10.1111/epi.17237
4. **Hoàng Châu Bảo Đình Lê Văn Tuấn.** (2018). Tỷ lệ các cơn động kinh ở bệnh nhân trẻ em theo phân loại cơn động kinh 2017 của Liên hội Quốc tế Chống Động kinh. Luận văn Bác sĩ Nội trú. Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Aaberg K. M., Suren P., Soraas C. L., et al.** (2017). Seizures, syndromes, and etiologies in childhood epilepsy: The International League Against Epilepsy 1981, 1989, and 2017 classifications used in a population-based cohort. *Epilepsia*. Nov 2017;58(11): 1880-1891. doi:10.1111/epi.13913
6. **Ackermann S., Le Roux S., Wilmshurst J. M.** (2019). Epidemiology of children with epilepsy at a tertiary referral centre in South Africa. *Seizure*. Aug 2019;70:82-89. doi:10.1016/j.seizure.2019. 06.018
7. **Sharma S., Anand A., Garg D., et al.** (2020). Use of the International League Against Epilepsy (ILAE) 1989, 2010, and 2017 Classification of Epilepsy in children in a low-resource setting: A hospital-based cross-sectional study. *Epilepsia Open*. Sep 2020;5(3): 397-405. doi:10.1002/epi4. 12401
8. **Coryell J., Gaillard W. D., Shellhaas R. A., et al.** (2018). Neuroimaging of Early Life Epilepsy. *Pediatrics*. Sep 2018;142(3)doi:10.1542/peds.2018-0672

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA – GAN MẬT, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Công Long^{1,2,3}, Trần Xuân Khuyển¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh XHTH dưới tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 người bệnh nội trú chẩn đoán xác định XHTH dưới tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ 08/2024 đến 09/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 59,0 ± 16,8; tỷ lệ nam giới 57,3%. Triệu chứng đi tiêu phân máu màu đỏ tươi (80,9%), phân máu đen (10,9%). Triệu chứng khác: tiêu chảy (54,1%) và đau bụng (32,7%). Xét nghiệm máu, Hemoglobin trung bình là 110,9 g/L. Trên nội soi, tổn thương hay gặp ở đại tràng (65,4%). Nguyên nhân thường gặp nhất là

trĩ (19,1%) và viêm loét đại tràng xuất huyết (16,4%). **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa dưới thường gặp ở người cao tuổi, với triệu chứng điển hình là đi tiêu phân máu đỏ tươi. Đại tràng là vị trí tổn thương chủ yếu trên nội soi, với nguyên nhân thường gặp nhất là trĩ và viêm loét đại tràng xuất huyết.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa dưới; đặc điểm lâm sàng; cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING AT THE GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL

Objective: To investigate the clinical and paraclinical characteristics of patients with lower gastrointestinal bleeding (LGIB) at the Center for Gastroenterology and Hepatology, Bach Mai Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 110 inpatients diagnosed with LGIB at the Center for Gastroenterology and Hepatology, Bach Mai Hospital, from August 2024 to September 2025.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược - ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Khuyển

Email: bskhuyenbvmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

Results: The mean age of patients was 59.0 ± 16.8 years; males accounted for 57.3%. The most common symptom was bright red rectal bleeding (80.9%), followed by melena (10.9%). Other symptoms included diarrhea (54.1%) and abdominal pain (32.7%). The mean hemoglobin level was 110.9 g/L. Colonoscopic findings showed that lesions were most frequently located in the colon (65.4%). The most common causes were hemorrhoids (19.1%) and ulcerative colitis (16.4%). **Conclusion:** Lower gastrointestinal bleeding commonly occurs in older patients, with the predominant symptom being bright red rectal bleeding. The colon is the most frequently affected site, with hemorrhoids and ulcerative colitis being the leading causes.

Keywords: Lower gastrointestinal bleeding; clinical characteristics; paraclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa dưới (XHTH dưới) là tình trạng chảy máu có nguồn gốc từ ống tiêu hóa nằm phía dưới góc Treitz, bao gồm từ tá tràng xuống đến hậu môn. Đây là một cấp cứu tiêu hóa thường gặp, có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe người bệnh nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Trong khi xuất huyết tiêu hóa trên đã được nghiên cứu nhiều, thì XHTH dưới vẫn còn ít được quan tâm hơn, đặc biệt tại Việt Nam [1]. XHTH dưới có biểu hiện lâm sàng đa dạng, thường gặp nhất là đi tiêu phân máu đỏ tươi hoặc phân đen, kèm theo các triệu chứng như đau bụng, tiêu chảy, mệt mỏi do thiếu máu. Việc nhận diện sớm các triệu chứng này có vai trò quan trọng trong định hướng chẩn đoán và can thiệp. Các nguyên nhân thường gặp bao gồm trĩ, viêm loét đại tràng, polyp, túi thừa hoặc các khối u đại trực tràng. Tuy nhiên, tỷ lệ và phân bố nguyên nhân có thể khác nhau giữa các cơ sở y tế và vùng miền.

Tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai – một đơn vị tuyến cuối về tiêu hóa tại Việt Nam – việc khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh XHTH dưới là cần thiết nhằm cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn cho việc chẩn đoán, điều trị và xây dựng các hướng dẫn lâm sàng phù hợp.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh XHTH dưới tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Có 110 người bệnh XHTH dưới điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 09/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh trên 18 tuổi điều trị nội trú có chẩn đoán xác định xuất

huyết tiêu hóa dưới, dựa trên các tiêu chuẩn lâm sàng và kết quả xét nghiệm, hình ảnh học được thực hiện trong vòng 24h khi nhập viện và chưa được truyền máu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có đủ dữ liệu hồ sơ, hoặc đã được truyền máu trước khi làm xét nghiệm, nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Cỡ mẫu chọn toàn bộ (tất cả các người bệnh đủ tiêu chuẩn được lựa chọn trong thời gian nghiên cứu). Cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian, không phân biệt giới tính.

Thu thập số liệu: Thông tin người bệnh được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo mẫu thống nhất, bao gồm: (1) Thông tin chung: tuổi, giới, bệnh sử, bệnh phổi hợp, tiền sử nhập viện vì XHTH, tiền sử sử dụng các thuốc liên quan; (2) Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng khi nhập viện; dấu hiệu sinh; (3) Đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm huyết học; kết quả nội soi tiêu hóa dưới; (4) Kết cục điều trị: diễn biến xuất huyết, thời gian nằm viện, các phương pháp can thiệp đã thực hiện, tình trạng ra viện.

Phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng Kobotoolbox và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 16.0.

Thống kê mô tả: biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC), biến định tính được trình bày dưới dạng số người bệnh và tỷ lệ phần trăm

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học bệnh viện Bạch Mai thông qua. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 08/2024 đến 09/2025 có 110 người bệnh được chọn vào nghiên cứu, tỷ lệ nam:nữ $\approx 1,34:1$. Tuổi trung bình là $59,0 \pm 16,8$ tuổi, lớn nhất là 18 tuổi, nhỏ nhất là 88 tuổi. Các thuốc làm tăng nguy cơ XHTH dưới thường dùng là NSAID (7,3%), corticosteroid (6,4%), aspirin (3,6%) và thuốc kháng đông (3,6%). Thời gian nằm viện: trung vị là 8,98 ngày (IQR, 40 - 72).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Tính chất phân	Giá trị
Phân máu lẫn nhầy	5 (4,6%)
Phân máu nâu sẫm	4 (3,6%)
Phân máu đen	12 (10,9%)

Phân máu đỏ tươi	89 (80,9%)
Dấu hiệu sinh tồn	Giá trị
Mạch (lần/phút)	88,2 ± 15,1
HATT (mmHg)	126,0 ± 22,4
HATTr (mmHg)	76,3 ± 13,6
Triệu chứng khác	Giá trị
Tiêu chảy	59 (54,1%)
Đau bụng	36 (32,7%)
Nôn	3 (2,7%)
Sốt	4 (3,6%)
Thăm khám trực tràng	Giá trị
Sờ thấy polyp, u cục	(2,8%)
Có máu	(79,8%)
Không có máu, u cục	(17,4%)

Người bệnh XHTHD đi tiêu phân máu màu đỏ tươi chiếm 80,9%, tiêu phân máu đen chiếm 10,9%. Tiêu chảy và đau bụng là biểu hiện đi kèm tiêu phân máu thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt 54,1% và 32,7%. Thăm trực tràng phát hiện có máu (79,8%), sờ thấy polyp, u cục (2,8%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Xét nghiệm	Giá trị
Hemoglobin (g/dL)	110,9 ± 29,7
Tiểu cầu (G/L)	287,1 ± 131,1
INR	1,14 ± 0,46
Creatinin (mg/dL)	1,16 ± 1,36
Vị trí tổn thương	Giá trị
Trực tràng	6 (5,6%)
Trực tràng + đại tràng sigma	29 (27,1%)
Đại tràng	70 (65,4%)
Ruột non	2 (1,9%)

Xét nghiệm: Hb là 110,9±29,7 g/dL, tiểu cầu là 287,1 ± 131,1 G/L; IRN là 1,14 ± 0,46; Creatinin là 1,16 ± 1,36 mg/dL. Vị trí hay gặp trên nội soi đường tiêu hóa dưới tổn thương nhất là đại tràng (65,4%), trực tràng + đại tràng sigma (27,1%).

Bảng 3. Kết cục lâm sàng

Kết cục	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Không can thiệp	50	45,5
Can thiệp		
Truyền máu đơn thuần	16	14,5
Can thiệp nội soi đơn thuần	21	19,1
Truyền máu + can thiệp nội soi	15	13,6
Truyền máu + phẫu thuật	8	7,3

Các phương pháp can thiệp gồm can thiệp nội soi đơn thuần 19,1%, truyền máu đơn thuần 14,5%, truyền máu + can thiệp nội soi 13,6%, truyền máu + phẫu thuật 7,3%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh XHTHD là 59,0 ± 16,8 tuổi, tương đồng với các nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam [3], [4]. Kết quả

thấp hơn nghiên cứu: Cerruti T. (75 tuổi) [5], Yeon SH. (69 tuổi) [6], và Jeong KB. (67 tuổi) [7]. Có thể do sự khác biệt về cấu trúc dân số và tuổi thọ trung bình giữa các quốc gia. Nhóm tuổi thường gặp từ 40-69 tuổi (55,5%) và 70-79 tuổi chiếm 21,8%. Tuổi càng lớn cũng là một yếu tố nguy cơ của XHTHD. Kết quả nghiên cứu thấy rằng XHTHD thường gặp ở nam giới (57,9%), tương đồng với các nghiên cứu: Jeong KB. (56,1%) [7], Cerruti T. (53%) [5], Yeon SH. (56,5%) [6], Flores-Alaniz J. (51,8%) [8]. Sự khác biệt về giới này có thể là do tỷ lệ mắc các bệnh lý túi thừa và các bệnh lý mạch máu thường gặp hơn ở nam giới. Ghi nhận tiền sử nhập viện vì XHTHD chiếm 32,7%. Các nghiên cứu khác có tỷ lệ thấp hơn [3], [4]. Nghiên cứu của Cerruti T., tỷ lệ người bệnh có tiền sử nhập viện vì XHTHD ở nhóm can thiệp 27%, không can thiệp là 14% [5]. Tỷ lệ này không quá cao có thể do hầu như thường tự cầm mà không cần nhập viện điều trị.

Kết quả của chúng tôi cho thấy người bệnh đi tiêu phân máu đỏ tươi chiếm là 80,9%. Kết quả phù hợp với Quách Trọng Đức (63,9%) [3], Đỗ Huy Thạch (50,6%) [4]. Ngoài ra, người bệnh có biểu hiện đi tiêu phân máu đen 10,9%. Tương đồng với nghiên cứu của Quách Trọng Đức cho tỷ lệ tiêu phân máu đen là 16,4% [3]. Vị trí chảy máu càng gần hậu môn và tốc độ càng nhanh thì phân càng đỏ tươi, ngược lại, chảy máu chậm và xa hậu môn hơn sẽ khiến phân có màu đỏ bầm hoặc đen. Hơn 2/3 tổng số người bệnh xác nhận tình trạng chảy máu ngay tại thời điểm khám, có máu chiếm 79,8% và 2,8% sờ thấy polyp, u cục. Tỷ lệ này cao hơn Chenyang Li (30,2%), Quách Trọng Đức (62,8%) [3]. Đa số các trường hợp XHTHD thường tự cầm, diễn tiến từng đợt không liên tục.

Tỷ lệ can thiệp nội soi đơn thuần chiếm 19,1%, tiếp truyền máu đơn thuần (14,5%). Tương đồng với nghiên cứu của Ahmad AI. và cộng sự (2025) ghi nhận can thiệp phổ biến gồm truyền máu và nội soi cầm máu (36,4% và 27,3%). Nghiên cứu của Cerruti T. (2021) cho kết quả truyền máu (65%), cầm máu qua nội soi (47%), nút mạch (8,2%) và phẫu thuật (4%) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp tử vong. Nghiên cứu của Jeong KB., tỷ lệ tử vong liên quan đến chảy máu là 2,4%, do các nguyên nhân trong 30 ngày là 3,7% [7]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Cerruti T. (2021) là 2,0%, trong đó nhóm can thiệp là 7,8% và không can thiệp là 0,5% (p<0,01) [5].

V. KẾT LUẬN

Xuất huyết tiêu hóa dưới thường gặp ở người cao tuổi, với triệu chứng điển hình là đi tiêu phân máu đỏ tươi. Đại tràng là vị trí tổn thương chủ yếu trên nội soi, với nguyên nhân thường gặp nhất là trĩ và viêm loét đại tràng xuất huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Oakland K., Chadwick G., East J.E., et al.** (2019). Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut*, 68(5), 776–789.
2. **Hreinsson J.P., Sigurdardottir R., Lund S.H., et al.** (2018). The SHA2PE score: a new score for lower gastrointestinal bleeding that predicts low-risk of hospital-based intervention. *Scand J Gastroenterol*, 53(12), 1484–1489.
3. **Quach D.T., Nguyen N.T.-M., Vo U.P.-P., et al.** (2021). Development and Validation of a Scoring System to Predict Severe Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in Vietnamese. *Dig Dis Sci*, 66(3), 823–831.
4. **Đỗ Huy Thạch và Bùi Hữu Hoàng** (2023). Giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới. *Tạp Chí Y Dược Lâm Sàng* 108, 18(6), 70–77.
5. **Cerruti T., Maillard M.H., Hugli O.** (2021). Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in an Emergency Department and Performance of the SHA2PE Score: A Retrospective Observational Study. *J Clin Med*, 10(23), 5476.
6. **Yeon S.H., Moon H.S., Choi S.W., et al.** (2023). A comparative study of scoring systems that accurately predict the prognosis of lower gastrointestinal bleeding. *Int J Colorectal Dis*, 38(1), 51.
7. **Jeong K.B., Moon H.S., In K.R., et al.** (2025). Which scoring systems are useful for predicting the prognosis of lower gastrointestinal bleeding? Old and new. *BMC Gastroenterol*, 25(1), 49.
8. **Flores-Alaniz J., Torices-Escalante E., Dominguez-Camacho L., et al.** (2020). Usefulness of the SHA2PE scale in the identification of low risk patients with low gastrointestinal bleeding in a 3rd level hospital. *Endoscopia*, 32, 54–61.

NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP TRÀN KHÍ Ổ BỤNG KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN VỚI ĐAU BỤNG CẤP TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP – BỆNH VIỆN 19-8

Nguyễn Minh Tuấn¹, Mai Tiến Dũng¹, Nguyễn Thành Luân¹,
Nguyễn Đình Hợp¹, Trần Nhật Linh¹, Nguyễn Tiến Mạnh¹

TÓM TẮT

Tràn khí ổ bụng thường do thủng tạng rỗng, biểu hiện lâm sàng bằng các triệu chứng của bệnh cảnh viêm phúc mạc, chỉ định cần thiết là can thiệp phẫu thuật xử lý tổn thương và lau rửa dẫn lưu ổ bụng. Tuy nhiên tràn khí ổ bụng tự phát không do thủng tạng rỗng là một bệnh cảnh hiếm gặp có thể do các bệnh lý lồng ngực, trong ổ bụng, phụ khoa, do điều trị hoặc các lý do khác. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày chùm bệnh bao gồm có 03 trường hợp tràn khí ổ bụng không xác định được nguyên nhân vào viện với cơn đau bụng cấp mà chúng tôi đã điều trị thành công bằng phẫu thuật và dẫn lưu ổ bụng. Tràn khí ổ bụng chưa rõ nguyên nhân là những tình huống hiếm gặp trên lâm sàng. Chẩn đoán mà không cần phẫu thuật thường rất khó khăn. Nội soi ổ bụng chẩn đoán là phương pháp được lựa chọn tối ưu để loại trừ các trường hợp tràn khí ổ bụng có nguyên nhân.

Từ khóa: tràn khí ổ bụng, không rõ nguyên nhân

SUMMARY

THREE CASES OF PNEUMOPERITONEUM OF UNKNOWN ORIGIN ASSOCIATED WITH ACUTE ABDOMINAL PAIN WERE TREATED AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY, 19-8 HOSPITAL

Pneumoperitoneum is usually caused by gastrointestinal perforation, presenting clinically with symptoms of peritonitis, for which the appropriate indication is surgical intervention to repair the lesion and perform peritoneal lavage and drainage. However, spontaneous pneumoperitoneum not caused by hollow viscus perforation is a rare clinical condition, which may be related to thoracic, intra-abdominal, gynecological diseases, medical interventions, or other causes. In this report, we present a case series including three patients with pneumoperitoneum of unknown origin admitted with acute abdominal pain, all of whom were successfully treated with surgery and peritoneal drainage. Pneumoperitoneum of unclear etiology is a rare but clinically significant condition. Diagnosis without surgical exploration is often challenging. Diagnostic laparoscopy is considered the optimal approach to rule out cases of pneumoperitoneum with identifiable causes.

Keywords: Pneumoperitoneum, Pneumoperitoneum of unknown cause

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: drluanbv198@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025