

- 780-92.
- The World Health Organization MONICA Project** (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): a major international collaboration. WHO MONICA Project Principal Investigators. J Clin Epidemiol 1988; 41(2): 105-14.
 - American Diabetes A.** Standards of medical care in diabetes--2010. Diabetes Care 2010; 33 Suppl 1(Suppl 1): S11-61.
 - Nguyễn Thế Anh,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi có bệnh đái tháo đường, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108, Bộ Quốc phòng (2021).
 - Patibandla T, Appikatlal T, Jayasingh K.** Study of the severity of stroke at the time of presentation in diabetic patients correlating with glycemic control. International Journal of Advances in Medicine 2017; Apr;4(2):396-400.
 - Morsy EY MK, Ali SAM & Elhalawany SH.** Comparison study of clinical presentation and risk factors for cerebrovascular stroke in diabetic versus nondiabetic patients. The Egyptian Journal of Internal Medicine 2022.
 - de Andrade JBC, Mohr JP, Timbo FB, et al.** Oxfordshire Community Stroke Project Classification: A proposed automated algorithm. Eur Stroke J 2021; 6(2): 160-7.
 - Palacio S, McClure LA, Benavente OR, et al.** Lacunar strokes in patients with diabetes mellitus: risk factors, infarct location, and prognosis: the secondary prevention of small subcortical strokes study. Stroke 2014; 45(9): 2689-94.
 - Jyotsna, Eetala DK., Arugu GR, Parvathy H, Angala TK.** A study of carotid artery stenosis in patients with acute ischemic stroke and its correlation with risk factors. International Journal of Academic Medicine and Pharmacy DOI: 1047009/jamp202572128 2024: 2025; 7 (2); 632-636.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐC GIẢM THỂ TÍCH Ở NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ CAO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Sầm Tư Thế^{1,3}, Nguyễn Minh Nguyên², Hoàng Bùi Hải^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sốc giảm thể tích do xuất huyết tiêu hóa cao là tình trạng tối cấp cứu, cần bù máu, truyền dịch, thuốc vận mạch để ổn định huyết động, đồng thời tiến hành cầm máu khẩn cấp bằng nội soi, can thiệp mạch hay phẫu thuật cấp cứu. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị sốc giảm thể tích độ III trở lên ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 36 bệnh nhân sốc giảm thể tích độ III trở lên do xuất huyết tiêu hóa cao, điều trị từ 01/2022 đến 01/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình $53,3 \pm 16,4$ (19–91), nam 86,1%. Tất cả nhập viện trong tình trạng sốc, lactate $4,4 \pm 3,7$ mmol/L. Sau hồi sức, 27,8% cần dùng thuốc vận mạch (chủ yếu noradrenalin). Hemoglobin trung bình $78,6 \pm 22,9$ g/L. Tất cả được nội soi dạ dày trong 6 giờ, 47,2% trong 3 giờ đầu. Có 10 ca được kẹp clip, 2 ca APC, 4 ca spray cầm máu loét; 11 ca thắt vòng cao su giãn TMTQ. Tỷ lệ điều trị thành công ra viện/chuyển khoa đạt 91,7%. **Kết luận:** Điều trị tích cực kết hợp hồi sức và nội soi sớm giúp kiểm soát hiệu quả xuất huyết tiêu hóa có sốc độ III, với tỷ lệ thành công cao, ít cần can thiệp mạch hay phẫu thuật. **Từ khóa:** Xuất huyết tiêu hóa cao, sốc mất máu, loét dạ dày-tá tràng, giãn vỡ TMTQ.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF HYPOVOLEMIC SHOCK IN PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Hypovolemic shock due to upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a critical emergency requiring intensive resuscitation with blood transfusion, intravenous fluids, and vasopressors to stabilize hemodynamics, along with urgent hemostatic interventions such as endoscopy, interventional radiology, or surgery. **Objective:** To evaluate the treatment outcomes of patients with grade III or higher hypovolemic shock caused by UGIB at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 36 patients with grade III or higher hypovolemic shock due to UGIB, treated between January 2022 and January 2025. **Results:** The mean age was 53.3 ± 16.4 years (range 19–91), with males accounting for 86.1%. All patients were admitted in shock with lactate 4.4 ± 3.7 mmol/L and hemoglobin 78.6 ± 22.9 g/L; 27.8% required vasopressors (mainly noradrenaline). All underwent endoscopy within 6 hours of admission, 47.2% within the first 3 hours. Hemostatic procedures included hemoclip application (10 cases), APC (2 cases), hemostatic spray (4 cases), and rubber band ligation for esophageal varices (11 cases). The overall rate of successful hemostasis with discharge/transfer was 91.7%. **Conclusion:** Intensive resuscitation combined with early endoscopy is highly effective in managing UGIB with hypovolemic shock, minimizing the need for interventional radiology or surgery.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding; hypovolemic shock; peptic ulcer; esophageal varices.

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Kạn

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) cao là một trong những cấp cứu nội – ngoại khoa thường gặp, có thể nhanh chóng tiến triển thành sốc giảm thể tích máu và tử vong nếu không được xử trí kịp thời.^{1,2} Trong đó, các trường hợp sốc giảm thể tích máu độ III trở lên được xếp vào nhóm rất nặng, đặc trưng bởi tình trạng rối loạn huyết động sâu sắc và nguy cơ tử vong cao. Nguyên tắc xử trí bao gồm hồi sức tích cực với truyền máu và chế phẩm máu khẩn cấp, dịch truyền và thuốc vận mạch để duy trì huyết động, đồng thời triển khai các biện pháp cầm máu khẩn cấp như nội soi can thiệp đường tiêu hóa trên, chụp mạch số hóa xóa nền nút mạch hoặc phẫu thuật cấp cứu.^{3,4} Mục tiêu chính là kiểm soát nhanh nguồn chảy máu, khôi phục ổn định huyết động, hạn chế tổn thương các cơ quan đích quan trọng như não, tim, thận do tình trạng thiếu máu cấp tính, qua đó góp phần cải thiện tiên lượng sống còn cho bệnh nhân (BN).^{1,5}

Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, mỗi năm tiếp nhận nhiều BN XHTH cao, trong đó không ít trường hợp nhập viện trong tình trạng sốc giảm thể tích máu độ III trở lên. Đây là nhóm BN có tiên lượng đặc biệt nặng nề, thường đặt ra thách

thức lớn cho các đơn vị hồi sức cấp cứu do vừa cần xử trí khẩn trương vừa phải phối hợp đa chuyên khoa. Trên thực tế, quá trình điều trị những ca bệnh này thường được ví như một cuộc “chạy đua với thời gian”, bởi bất kỳ sự chậm trễ nào trong can thiệp đều có thể làm gia tăng đáng kể nguy cơ biến chứng nặng và tử vong.

Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm tổng kết, đánh giá và rút kinh nghiệm trong chẩn đoán, hồi sức và xử trí BN sốc giảm thể tích máu độ III trở lên do XHTH cao khi nhập viện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các hồ sơ BN ≥ 18 tuổi được chẩn đoán sốc giảm thể tích máu độ III trở lên do XHTH cao điều trị tại khoa Cấp cứu & Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian 3 năm từ tháng 01/2022 đến 01/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Tiêu chuẩn được chẩn đoán sốc mất máu theo “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực” Bộ Y tế 2015.¹

Chẩn đoán xác định

a. Chẩn đoán sốc giảm thể tích do mất máu độ III trở lên

Bảng 2.1. Chẩn đoán mức độ trong sốc mất máu¹

Phân độ	Thể tích máu mất (ml)	Huyết áp	Mạch (l/ph)	Hô hấp	Ý Thức
Độ I	750	Bình thường	<100	Bình thường	Bình thường
Độ II	750-1500	Bình thường hoặc giảm ít	>100	Nhịp thở tăng	Lo lắng
Độ III	1500-2000	Huyết áp tâm thu <90mmHg	>120	Khó thở	Vật vã kích thích
Độ IV	>2000	Huyết áp tâm thu <70mmHg	>120	Suy hô hấp nặng	Lơ mơ hôn mê

- Cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm máu: hồng cầu giảm, hemoglobin giảm, lactate tăng

b. Nguyên nhân sốc mất máu được xác định do XHTH cao qua nội soi

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sốc do nguyên nhân khác
- BN có tổn thương, tiền sử ung thư tiêu hóa: ung thư thực quản, ung thư dạ dày...
- BN và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Cấp cứu & Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2022 đến hết tháng 01/2025, hồi cứu hồ sơ bệnh án trong thời gian 3 năm từ tháng 01/2022 đến 01/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ theo trình tự thời gian

- Kỹ thuật chọn mẫu: Không ngẫu nhiên

2.4. Nội dung nghiên cứu

2.4.1. Đặc điểm chung

Tuổi tính theo năm; Giới tính: nam, nữ.

Tiền sử: qua hỏi bệnh hoặc giấy chẩn đoán khi ra viện những lần trước đây.

2.4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

a. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng: nôn ra máu, đại tiện phân máu, đau thượng vị, mệt, chóng mặt.

Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, SpO₂, GCS.

Tình trạng sốc: mạch nhanh, huyết áp tụt, nổi vân tím...

b. Đặc điểm cận lâm sàng

Xét nghiệm công thức máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, hóa sinh, đông máu, lactate...

c. Kết quả nội soi tiêu hóa trên

Ghi nhận số lần, thời gian nội soi

Nội soi đường tiêu hóa trên:

- Mô tả tổn thương
- Các thủ thuật can thiệp

2.4.3. Kết quả điều trị

+ Ghi nhận chế phẩm máu, nội soi can thiệp, vận mạch...

+ Kết quả điều trị sốc

- + Kết quả nội soi điều trị, ghi nhận tỷ lệ điều trị
- Số cầm máu thành công, thất bại, tái phát.
- Số can thiệp mạch, phẫu thuật

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu thu thập được xử lý và phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 16.0. Biểu định tính được tần suất (n) và tính tỷ lệ phần trăm (%). Biểu định lượng được tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Sử

dụng test χ^2 so sánh hai tỷ lệ. Giá trị của các thuật toán có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Số liệu được thu thập hồi cứu, danh tính BN được giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu ghi nhận 36 bệnh nhân sốc giảm thể tích do XHTH cao đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong đó 18 BN loét DD-TT và 18 BN giãn vỡ TMTQ.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN sốc giảm thể tích do XHTH cao

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Nhóm	Tổng		Loét DD-TT	Giãn vỡ TMTQ	p
		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Số lượng (n)	
Nhóm tuổi (tuổi)	<50	12	33,3	10	2	<0,05
	50-70	19	52,8	6	13	
	≥ 70	5	13,9%	2	3	
Giới	Nam	31	86,1	18	13	<0,05
	Nữ	5	13,9	0	5	
Tiền sử bệnh	Bệnh khớp	2	5,6	2	0	>0,05
	Tim mạch	6	16,7	3	3	>0,05
	Hô hấp	2	5,6	1	1	>0,05
	Thận mạn	3	8,3	2	1	>0,05
	Xơ gan	15	41,7	3	12	<0,01*
Các triệu chứng lâm sàng	Nôn máu	21	58,3	12	9	>0,05
	Đại tiện máu	29	80,6	14	15	>0,05
	Nôn và đại tiện máu	11	30,6	4	7	>0,05
	Thiếu máu	36	100	18	18	>0,05
	Đau thượng vị	12	33,3	6	6	>0,05
	Rối loạn ý thức	5	13,9	3	2	>0,05
	Vàng da	20	55,6	5	15	<0,01*
Dấu hiệu sinh tồn		Trung vị (Min-Max)	Trung bình (X $\pm$ SD)	Trung bình (X $\pm$ SD)	Trung bình (X $\pm$ SD)	p
	Điểm Glasgow	15(9-15)				
	Mạch	108(44-148)	102,5 $\pm$ 22,5	100,7 $\pm$ 23,1	104,3 $\pm$ 21,6	>0,05
	Huyết áp tâm thu	92(50-95)	86,4 $\pm$ 8,9	89,1 $\pm$ 2,7	83,7 $\pm$ 11,7	<0,05
	Huyết áp tâm trương	50(30-60)	49,8 $\pm$ 6,3	51,3 $\pm$ 4,8	48,1 $\pm$ 7,4	>0,05
	Nhiệt độ	37(36-39)	37,1 $\pm$ 0,5	37,0 $\pm$ 0,0	37,1 $\pm$ 0,7	>0,05

Nhận xét: Đa số BN trong độ tuổi từ 50-70 tuổi, tuổi trung bình 53,3 $\pm$ 16,4; nam giới chiếm chủ yếu 86,1%. Tỉ lệ BN có xơ gan chiếm tỉ lệ cao trong nhóm nghiên cứu 41,7% sau đó đến nhóm tim mạch chiếm 16,7%. BN có biểu hiện thiếu máu chiếm 100% sau đó đại tiện phân

đen/phân máu chiếm tỉ lệ cao nhất với 80,6%, nôn máu có 21 trường hợp chiếm 58,3%. Nhóm giãn vỡ TMTQ có huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương thấp hơn nhóm XHTH do loét DD-TT.

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Thông số	Nhóm	Tổng		Loét DD-TT	Giãn vỡ TMTQ	p
		Trung vị (Min-Max)	Trung bình (X $\pm$ SD)	Trung bình (X $\pm$ SD)	Trung bình (X $\pm$ SD)	
Hemoglobin (g/L)		77 (23-112)	78,6 $\pm$ 22,9	81,1 $\pm$ 23,3	76,1 $\pm$ 22,3	>0,05
Tiểu cầu(G/L)		160 (9-714)	185,1 $\pm$ 126,3	228,3 $\pm$ 142,2	141,8 $\pm$ 89,1	<0,05

PT%	50 (14-99)	54,7±24,4	65,3±23,0	44,0±20,9	<0,05
Ure (mmol/L)	10,5 (2,9-44)	12,7±8,1	10,5±4,9	14,9±9,9	>0,05
Creatinine (mmol/L)	85 (44-694)	123,3±124,8	72,2±22,8	174,4±159,4	<0,05
Bilirubin toàn phần (μmol/L)	37,4 (3,2-353,6)	60,5±75,7	33,1±34,5	76,1±87,5	<0,05
Albumin (g/L)	24,3 (16,8-39,4)	26,2±6,6	29,1±6,9	24,1±5,6	<0,05
ALT (IU/L)	41 (7-794)	135,8±195,6	65,6±106,2	206,0±235,4	<0,05
Lactate (mmol/l)	4 (2-17)	4,4±3,7	3,3±2,9	5,4±4,2	<0,05
Glucose (mmol/L)	6,9 (3-40,6)	8,5±6,2	9,3±7,8	7,7±3,7	>0,05

Nhận xét: Biểu hiện thiếu máu hemoglobin trung bình = $78,6 \pm 22,9$ g/L. Nhóm giãn vỡ TMTQ có rối loạn giảm tiểu cầu, và giảm các yếu tố đông máu PT% trung bình $44,0 \pm 20,9\%$. Ure với mức trung bình $12,7 \pm 8,1$ mmol/l, tăng glucose trung bình $8,5 \pm 6,2$ mmol/l, tăng lactate

máu với trung bình $4,3 \pm 0,8$ mmol/l. Khi nhập viện tất cả BN đều có biểu hiện sốc giảm thể tích máu độ III trở lên, đều có khí máu toan chuyển hoá tăng lactat ≥ 2 mmol/l.

3.2. Đánh giá nội soi đường tiêu hoá trên của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Đánh giá nội soi đường tiêu hoá trên

Thông số		Nhóm	Tổng		Loét dd-tt	Giãn vỡ TMTQ	P
		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Số lượng (n)		
Thời gian nội soi	1-3h	17	47,2	6	11	<0,05	
	3h-6h	19	52,8	12	7		
Số lần nội soi	1	28	77,8	16	10	>0,05	
	2	6	16,7	2	4		
	3	2	5,6	0	2		
Phương pháp cầm máu	Không	9	25,0	2	7		
	Thắt vòng cao su	11	30,6	0	11		
	Tiêm cầm máu/APC	2	5,6	2	0		
	Kẹp clip	10	27,8	10	0		
	Máu cục bầm/xịt spray	4	11,1	4	0		
Can thiệp mạch hoặc phẫu thuật khác	Không	34	94,4	17	17	>0,05	
	Phẫu thuật	1	2,8	1	0		
	Can thiệp mạch	1	2,8	0	1		
XHTH tái phát	Không tái phát	31	80,6	16	13	>0,05	
	Tái phát	5	19,4	1	4		

Nhận xét: Nhóm giãn vỡ TMTQ được tiến hành nội soi sớm hơn nhóm do loét DD-TT. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p < 0,05$). Phần lớn đối tượng nghiên cứu được nội soi tiêu hoá trên 1 lần chiếm 77,8%. Trong nhóm XHTH do

loét DD-TT có tới 10 BN được can thiệp kẹp clip, 2 BN được đốt APC và 4 BN được xịt spray cầm máu. Trong nhóm giãn TMTQ có 11 trường hợp tìm thấy điểm chảy máu để thắt vòng cao su.

Bảng 3.4. Các dịch truyền, chế phẩm máu và vận mạch ngày đầu nhập viện

Thông số		Nhóm			Tổng		Loét dd-tt	Giãn vỡ TMTQ	p
		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình (X±SD) ml	Tần suất (n)	Tần suất (n)			
Dịch truyền	Glucose 10%	31	86,1	583,3±381,9	15	16	>0,05		
	Natriclorua 0,9%	36	100,0	1291,7±748,8	18	18	>0,05		
	Gelofusine	11	30,6	727,3±249,0	4	7	>0,05		
	Albumin	6	16,7	300	1	5	>0,05		
Chế phẩm máu	Khối hồng cầu	27	75,0	803,8 ±435,2	12	15	>0,05		
	HTTĐL	8	22,2	531,3±251,2	1	7	<0,05*		
	Tủa lạnh	3	8,3	333,3±94,3	1	2	>0,05		
	Tiểu cầu	2	5,6		0	2	>0,05		
Vận mạch	Noradrenalin	10	27,8		1	9	<0,05		
	Adrenalin	2	5,6		0	2	>0,05		

Nhận xét: Tất cả BN truyền NaCl 0,9%, 86,1% truyền glucose 10% lúc nhập viện. Chỉ có

30,6% truyền gelofusine và 16,7% truyền albumin. Phần lớn BN truyền khối hồng cầu

chiếm 75% trung bình $803,8 \pm 435,2$ ml; 22,2% truyền huyết tương tươi đông lạnh trung bình $531,3 \pm 251,2$ ml. Có 10 BN sau hồi sức dịch cần

dùng vận mạch chiếm 27,8%, trong đó tất cả dùng Noradrenalin và 5,6% dùng Adrenalin.

Bảng 3.5. Kết quả điều trị XHTH cao có sốc mất máu

Thông số	Nhóm	Tổng		Loét DD-TT	Giãn vỡ TMTQ
		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)		
Phẫu thuật hoặc can thiệp mạch	Không	34	94,4	17	17
	Phẫu thuật	1	2,8	1	0
	Can thiệp mạch (TIPS)	1	2,8	0	1
Kết quả điều trị	Sống chuyển khoa thường	33	91,7	18	15
	Nặng, xin về	3	8,3	0	3

Nhận xét: Trong nghiên cứu tỉ lệ điều trị khỏi XHTH có sốc chiếm tỉ lệ 91,7%. Nhóm thất bại có 3 BN thuộc nhóm giãn vỡ TMTQ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình $53,3 \pm 16,4$ (19–91 tuổi), nam giới chiếm 86,1%. BN ≥ 75 tuổi dùng phối hợp thuốc chống kết tập tiểu cầu và chống đông có nguy cơ chảy máu tiêu hóa cao nhất, tới 17% mỗi năm.² XHTH cao phổ biến ở nam hơn nữ và tăng theo tuổi, không phụ thuộc kiểu gen.⁶

Về lâm sàng, kết quả của chúng tôi cao hơn tác giả Nguyễn Thắng Toàn (2015) tỉ lệ tương ứng: phân đen 67,8%, nôn máu 59,8%,. Mức độ mất máu: vừa 59,6%, nặng 18,6%.⁴ Triệu chứng đại tiện máu đỏ tươi hoặc máu cục thường phản ánh XHTH thấp, nhưng cũng có thể gặp trong XHTH cao nặng với tốc độ chảy máu nhanh, gây tụt huyết áp, ngất hoặc hạ huyết áp tư thế.

Nguyên nhân thường gặp trong các nghiên cứu là loét DD–TT và giãn vỡ TMTQ. Ngoài ra, viêm thực quản, hội chứng Mallory–Weiss (5–15%), giãn mạch (5%), khối u, Dieulafoy, giãn mạch hang vị, rò động mạch chủ–ruột, chảy máu đường mật.⁴ Tất cả BN nhập viện trong tình trạng sốc giảm thể tích máu độ III trở lên, thiếu máu cung cấp oxy mô không đủ nhu cầu. Khi đó, tế bào chuyển từ chuyển hóa hiếu khí sang kỵ khí, gây toan lactic.⁵ Xét nghiệm cho nhóm giãn vỡ TMTQ có giảm tiểu cầu, giảm yếu tố đông máu (PT% $44,0 \pm 20,9\%$), tăng ure ($12,7 \pm 8,1$ mmol/L), glucose ($8,5 \pm 6,2$ mmol/L) và lactate ($4,3 \pm 0,8$ mmol/L). Nguyễn Thắng Toàn (2015) cũng ghi nhận mất máu nhẹ 21,8%, vừa 59,6%, nặng 18,6%; trong đó giãn vỡ TMTQ có mất máu nặng 27% so với 15% ở loét DD–TT.⁴

Thời gian nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được tiến hành sớm: 47,2% trong 3 giờ đầu và 100% trong vòng 6 giờ. Nhóm giãn vỡ TMTQ được nội soi sớm hơn nhóm loét DD–TT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nhóm

loét DD–TT, can thiệp gồm kẹp clip (10 ca), APC (2 ca), spray cầm máu (4 ca). Trong nhóm giãn vỡ TMTQ, có 11 ca được thắt vòng cao su. Một nghiên cứu tại Đan Mạch trên 12.601 BN báo cáo tỷ lệ tử vong trong viện thấp hơn khi nội soi sớm. Ở nhóm không ổn định, nội soi 6–24 giờ giúp giảm tử vong so với ngoài khoảng này.⁶ Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, khẳng định vai trò quan trọng của nội soi sớm trong cải thiện tiên lượng.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị sốc mất máu ở người bệnh XHTH cao ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN đều được truyền NaCl 0,9% (trung bình $1291,7 \pm 748,8$ ml), 86,1% truyền glucose 10%, 30,6% gelofusion và 16,7% albumin. Có 27,8% BN cần vận mạch sau hồi sức dịch, chủ yếu Noradrenalin, 5,6% Adrenalin. Lựa chọn dịch tinh thể hay dịch keo trong hồi sức sốc giảm thể tích vẫn còn tranh cãi, tuy nhiên thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm cho thấy không khác biệt về tử vong sau 28 ngày giữa hai nhóm.⁴

Về chế phẩm máu, 75% BN được truyền khối hồng cầu (trung bình $803,8 \pm 435,2$ ml). Huyết tương tươi đông lạnh 22,2%, chủ yếu nhóm giãn vỡ TMTQ. Phân tích gộp 12.587 BN từ 31 RCT cho thấy chiến lược truyền máu hạn chế (Hb 7–8 g/dL) không làm thay đổi tỷ lệ tử vong so với truyền rộng rãi.³ Ngưỡng khuyến cáo hiện nay là Hb < 7 g/dL. Hai BN được truyền tiểu cầu trong ngày đầu với mức thấp nhất 9.000/ μ L.

Tỷ lệ điều trị thành công trong nghiên cứu đạt 91,7%, thất bại ở 3 BN giãn vỡ TMTQ. XHTH trên có tỉ lệ tử vong chung 2–10% và giãn vỡ TMTQ trong 6 tuần 10–15%.⁷ Nội soi đạt hiệu quả cầm máu 80–90%, nhưng 10–20% tái phát. Ở BN loét DD–TT, phần lớn tử vong do bệnh lý nền; một đoàn hệ trên 10.428 ca cho thấy 80% tử vong không liên quan trực tiếp đến XHTH.⁸

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu kết quả điều trị sốc giảm thể tích độ III trở lên ở BN XHTH cao vào cấp cứu tại bệnh viện Đại học y Hà Nội giai đoạn 01/2022–

01/2025. Ba mươi sáu BN có tuổi trung bình 53,3; nam 86,1% đều nhập viện trong tình trạng sốc, được hồi sức tích cực và nội soi sớm trong 6 giờ đầu (47,2% trong 3 giờ). Các kỹ thuật cầm máu chủ yếu gồm kẹp clip, APC, xịt spray cho loét dạ dày-tá tràng và thắt vòng cao su cho giãn tĩnh mạch thực quản; 27,8% cần vận mạch. Tỷ lệ kiểm soát chảy máu và ổn định chuyển khoa/ra viện đạt 91,7%, số ít còn lại phải can thiệp mạch hoặc phẫu thuật. Kết quả cho thấy chiến lược hồi sức phối hợp nội soi sớm mang lại tiên lượng thuận lợi, đặc biệt quan trọng ở nhóm nguy cơ cao như giãn vỡ tĩnh mạch thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực. Hà Nội: Bộ Y tế; 2015.
2. **Abraham NS, Noseworthy PA, Inselman J, et al.** Risk of gastrointestinal bleeding increases with combinations of antithrombotic agents and patient age. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020; 18(2):337-346.e19.doi:10.1016/j.cgh.2019.06.031
3. **Carson JL, Stanworth SJ, Roubinian N, et al.**

Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;10: CD002042. doi:10.1002/14651858. CD002042.pub4

4. **Stanley AJ, Laine L.** Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ.* 2019; 364:l536. doi:10.1136/bmj.l536
5. **Zhao X.** Hypovolemic shock in patients with upper gastrointestinal bleeding: Incidence and risk factors. *J Gastroenterol.* 2021;56(9):800-809. doi:10.1007/s00535-021-01794-5
6. **Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL.** Upper gastrointestinal bleeding: Etiologies and management. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(4):697-703. doi:10.1016/j.mayocp.2018.09.015
7. **Oakland K.** Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2019;42-43:101610. doi:10.1016/j.bpg.2019.04.003
8. **Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J.** Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management. 2016 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2017;65(1):310-335. doi:10.1002/hep.28906

ĐIỀU TRỊ DỊ DẠNG THÔNG ĐỘNG TĨNH MẠCH TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH KẾT HỢP VỚI NÚT MẠCH QUA DA

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Vũ Tiến Thế³, Thân Văn Sỹ², Nguyễn Văn Sơn¹,
Lê Tuấn Vũ¹, Lương Thị Hải Phượng¹, Trần Quang Lộc^{1,2}

TÓM TẮT

Dị dạng động tĩnh mạch tử cung - Uterine Artery Malformation (Uterine AVM) là một tổn thương mạch máu hiếm gặp, có thể gây chảy máu tử cung nặng đe dọa tính mạng. Có nhiều phương pháp điều trị như điều trị nội khoa, can thiệp nội mạch, phẫu thuật, trong đó điều trị chủ yếu là can thiệp nội mạch chọn lọc, tuy nhiên, hiệu quả của phương pháp này trong kiểm soát AVM lâu dài vẫn còn tranh cãi. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 32 tuổi bị AVM tử cung tái phát sau 3 lần nút mạch, kèm theo giãn tĩnh mạch buồng trứng và ổ giả phình, đặt ra thách thức trong chẩn đoán và điều trị.

Từ khóa: AVM, AVM tử cung, AVM tái phát.

SUMMARY

TREATMENT OF UTERINE ARTERIOVENOUS MALFORMATION USING ENDOVASCULAR INTERVENTION COMBINED WITH

PERCUTANEOUS EMBOLIZATION

Uterine Arteriovenous Malformation (Uterine AVM) is a rare vascular lesion that can cause severe life-threatening uterine bleeding. There are various treatment methods, including medical therapy, endovascular intervention, and surgery, with selective endovascular intervention being the primary treatment. However, the effectiveness of this method for long-term AVM control remains controversial. We report a case of a 32-year-old female patient with recurrent uterine AVM after three embolization procedures, accompanied by ovarian varices and a pseudoaneurysm, presenting a challenge in diagnosis and treatment.

Keywords: AVM, uterine AVM, recurrent AVM.

I. TỔNG QUAN

Dị dạng động tĩnh mạch tử cung (Uterine AVM) có thể đe dọa tính mạng do nguy cơ xuất huyết ồ ạt. Một nghiên cứu tiền cứu thực hiện trên 959 bệnh nhân cho thấy hình ảnh dị dạng động tĩnh mạch (AVM) tử cung được phát hiện rõ ràng trên siêu âm ở 5,2% phụ nữ sau nạo và 0,22% phụ nữ sau sinh. Tuy nhiên, chỉ có một trường hợp (0,1%) được đánh giá là có ý nghĩa lâm sàng trong toàn bộ quần thể nghiên cứu [1]. Chẩn đoán chính xác bằng lâm sàng và hình ảnh là rất quan trọng, vì các thủ thuật như

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Lộc

Email: tranquangloc8396@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025