

phụ nữ mang thai 21 tuổi có biến chứng thần kinh và tim mạch (trong đó có bệnh cơ tim Takotsubo), cả hai hồi phục gần hoàn toàn sau 2 tháng điều trị HBO.⁸

Về hình ảnh học, tất cả bệnh nhân được chụp MRI sọ não. Khi nhập viện, 12 bệnh nhân có tổn thương nhu mô não, chủ yếu tại nhân bào (100%), nhân đuôi (75%) và đồi thị (50%). Sau 6 tháng, còn 5 bệnh nhân tổn thương: 100% nhân đuôi, 80% nhân bào, 60% đồi thị. Theo Chang và cộng sự (2010), bệnh nhân điều trị 8–40 buổi HBO vẫn có bất thường chất trắng trên MRI, nhưng hình ảnh SPECT 99mTc-ECD gần như bình thường. Trong nghiên cứu này, 35 bệnh nhân được điều trị HBO không ghi nhận tai biến.¹

V. KẾT LUẬN

- HBO giúp cải thiện rõ ràng các triệu chứng hô hấp và thần kinh (GOS tăng từ 3,2 lên 3,9). HbCO, MetHb và các chỉ số men tim – gan giảm có ý nghĩa ($p < 0,05$).

- Sau 6 tháng: chỉ còn 11,4% bệnh nhân khó thở, các triệu chứng hô hấp khác biến mất hoàn toàn, tỷ lệ đau đầu giảm còn 28,6%, lo âu 14,3%, suy giảm trí nhớ 17,1%. Tổn thương phổi trên X-quang giảm còn 8,6%, số ca tổn thương nhu mô não từ 12 xuống còn 5. Điểm GOS tăng lên 4,4.

- Sau 12 tháng: Không còn khó thở, trầm cảm và rối loạn nhận thức biến mất; chỉ còn 5,8% bệnh nhân đau đầu, 5,7% suy giảm trí nhớ và 8,6% lo âu. HbCO còn 2,5%, Troponin T 8,7 ng/L. Điểm GOS đạt 4,9, thể hiện hồi phục gần như hoàn toàn.

Như vậy, HBO là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị ngộ độc khí CO, có tác dụng cải thiện các triệu chứng lâm sàng cấp, đặc biệt là phục hồi thần kinh tâm thần, cải thiện

tình trạng lo âu, cải thiện suy giảm trí nhớ và nhận thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chang DC, Lee JT, Lo CP, et al.** Hyperbaric oxygen ameliorates delayed neuropsychiatric syndrome of carbon monoxide poisoning. *Undersea Hyperb Med.* 2010;37(1):23-33.
2. **Gershinsky Y, Unger S, Salameh S.** Carbon monoxide poisoning cases in the emergency department are increasing in the last decade in Jerusalem. *Ir J Med Sci.* 2024;193(1):347-351. doi:10.1007/s11845-023-03403-9
3. **Lee RM, Huang KL, Peng CK, Perng WC.** A Case Report of Hyperbaric Oxygen Therapy for a Patient with Carbon Monoxide Poisoning and Cardiogenic Pulmonary Edema. . Vol. 24(3).
4. **Kudo K, Sanjo K, Koizumi N, et al.** Two Patients With Delayed Neuropsychiatric Sequelae Caused by Exposure to Carbon Monoxide Under the Same Conditions. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2012;14(3):PCC.11101316. doi:10.4088/PCC.11101316
5. **Zhang J, Guo Y, Li W, Li G, Chen Y.** The Efficacy of N-Butylphthalide and Dexamethasone Combined with Hyperbaric Oxygen on Delayed Encephalopathy After Acute Carbon Monoxide Poisoning. *Drug Design, Development and Therapy.* 2020;14:1333-1339. doi:10.2147/DDDT.S217010
6. **Pepe G, Castelli M, Nazerian P, et al.** Delayed neuropsychological sequelae after carbon monoxide poisoning: predictive risk factors in the Emergency Department. A retrospective study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011;19:16. doi:10.1186/1757-7241-19-16
7. **Lin CH, Su WH, Chen YC, et al.** Treatment with normobaric or hyperbaric oxygen and its effect on neuropsychometric dysfunction after carbon monoxide poisoning. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(39):e12456. doi:10.1097/MD.00000000000012456
8. **Baksevice D, Mankute-Use A, Bernotaite-Morkune A, Zelbiene E.** Carbon monoxide poisoning: a clinical case report. *Int J Emerg Med.* 2024;17:186. doi:10.1186/s12245-024-00777-0

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ CAO TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN

Nguyễn Văn Phú¹, Đào Việt Hằng¹,
Hoàng Mai Hương¹, Nguyễn Trường Sơn^{1,2,3}

TÓM TẮT⁴

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Sơn

Email: nguyentruongsongbm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao trên bệnh nhân suy thận mạn tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09/2024 đến tháng 05/2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 80 bệnh nhân suy thận mạn có xuất huyết tiêu hóa cao được nội soi dạ dày – thực quản và điều trị nội trú tại Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09/2024 đến hết 05/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình $68,3 \pm 14,7$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ: 4/1, 28,8% bệnh

nhân đang chạy thận, 25% có tiền sử xuất huyết tiêu hóa, 40% bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc liên quan. Triệu chứng đi ngoài phân đen hay gặp 67,4%. Bệnh nhân nhập viện có chỉ số Hemoglobin: $70,8 \pm 21,2\text{g/l}$, albumin $28,3 \pm 5,7\text{g/l}$. Nguyên nhân chủ yếu gây xuất huyết tiêu hóa là viêm loét, vị trí hay gặp nhất là hành tá tràng và hang vị, 62,3 % bệnh nhân viêm loét có nguy cơ cao FIA-FIIB cần can thiệp cầm máu. Bệnh nhân theo thang điểm rockall đều có nguy cơ trung bình và cao, trong đó chủ yếu là nguy cơ trung bình 91,2%. **Kết luận:** Độ tuổi trung bình $68,3 \pm 14,7$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ: 4/1. 25% BN có tiền sử xuất huyết tiêu hoá cao. Đi ngoài phân đen 67,4%. Hemoglobin: $70,8 \pm 21,2\text{g/l}$, albumin $28,3 \pm 5,7\text{g/l}$. 62,3% bệnh nhân viêm loét có nguy cơ cao FIA-FIIB. **Từ khoá:** Xuất huyết tiêu hoá cao, bệnh thận mạn tính

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of upper gastrointestinal bleeding in patients with chronic kidney disease. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 80 chronic kidney disease patients with upper gastrointestinal bleeding who underwent esophagogastroduodenoscopy and were treated as inpatients at the Gastroenterology and Hepatology center, Bach Mai Hospital, from September 2024 to May 2025. **Results:** The average age of patients was 68.3 ± 14.7 years. Males predominated at a ratio: 4:1. Of the patients, 28.8% were undergoing dialysis, 25% had a history of gastrointestinal bleeding, and 40% had a history of related medication use. The most common symptom was melena at 67.4%. All patients presented with anemia. The main cause of gastrointestinal bleeding was peptic ulcer disease, with the most common locations being the duodenal bulb and the antrum. Of the patients with peptic ulcers, 62.3% had a high risk (Forrest IA-FIIB) and required hemostatic intervention. Based on the Rockall score, all patients had a moderate to high risk, with the majority (91.2%) being in the moderate-risk group. **Conclusion:** In patients with chronic kidney disease, the main cause of bleeding was peptic ulcer disease, most commonly located in the duodenal bulb, with patients falling into the moderate-to-high risk group according to the Rockall score. **Keywords:** upper gastrointestinal bleeding, chronic kidney disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (chronic kidney disease – CKD) được định nghĩa theo KDIGO 2012 là tình trạng tổn thương cấu trúc hoặc suy giảm chức năng thận kéo dài trên 3 tháng và ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Tiêu chuẩn chẩn đoán bao gồm: có bằng chứng tổn thương thận (albumin niệu $> 30\text{ mg/24 giờ}$, bất thường hình ảnh hoặc mô bệnh học thận...) hoặc mức lọc cầu

thận (eGFR) $< 60\text{ mL/phút/1,73 m}^2$ kéo dài ít nhất 3 tháng.¹ Suy thận mạn tương ứng với CKD giai đoạn III, IV, V. Đây là một vấn đề y tế toàn cầu với tỷ lệ hiện mắc ngày càng tăng. Năm 2022, tỷ lệ mắc bệnh CKD trung bình ở Việt Nam trong giai đoạn 3-5 là 7,1%, thấp hơn tỷ lệ mắc bệnh CKD giai đoạn 3-5 trung bình toàn cầu là 10,6%.² Cơ chế gây tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa (XHTH) ở bệnh nhân CKD được lý giải bởi nhiều yếu tố: tăng tiết gastrin và acid dịch vị, giảm tưới máu vi tuần hoàn niêm mạc làm đường tiêu hóa dễ tổn thương, kèm theo đó là các rối loạn đông máu như giảm hoạt tính von Willebrand, rối loạn chức năng tiểu cầu do hội chứng urê máu cao và sử dụng heparin trong lọc máu, khiến XHTH ở bệnh nhân CKD dễ tái phát và khó cầm hơn.³ Sự hiện diện của CKD là một yếu tố tiên lượng xấu khi bệnh nhân (BN) bị XHTH. Một phân tích gộp cho thấy, bệnh nhân XHTH có CKD có nguy cơ tử vong tăng khoảng 1,78 lần; nếu ở giai đoạn cuối, nguy cơ tử vong tăng 2,53 lần. Đồng thời, tỷ lệ tái xuất huyết cũng tăng gấp 2,51 lần so với bệnh nhân có chức năng thận bình thường.⁴ Nhóm bệnh nhân này cũng thường phải nằm viện dài ngày hơn, cần truyền máu nhiều hơn và có nguy cơ biến chứng cao hơn.⁴ Tại Việt Nam, mặc dù gánh nặng CKD ngày càng gia tăng, các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của XHTH cao ở bệnh nhân suy thận mạn còn hạn chế. Vậy nên đề tài được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng xuất huyết tiêu hóa cao trên bệnh nhân suy thận mạn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 80 BN mắc suy thận mạn có xuất huyết tiêu hóa trên được nội soi dạ dày – thực quản và điều trị nội trú tại Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09/2024 đến hết 05/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3, 4, 5 theo KDIGO 2012.
- Được thực hiện nội soi dạ dày thực quản để xác định được nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa cao.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân nghi ngờ hoặc chẩn đoán chảy máu từ đường mật.
- Xuất huyết tiêu hóa cao xảy ra sau phẫu thuật hoặc sau thủ thuật (nội soi, sinh thiết, cắt polyp...).
- Xuất huyết tiêu hóa cao do ung thư, xơ gan

mất bù, tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa do hóa chất, khí độc, dị vật, chấn thương,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ 09/2024 đến 05/2025.

2.2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trên 80 bệnh nhân suy thận mạn có xuất huyết tiêu hóa cao. Các bệnh nhân được chọn mẫu thuận tiện.

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa có tiền sử suy thận mạn nhập viện được thăm khám lâm sàng, làm đầy đủ các xét nghiệm, tiến hành nội soi tiêu hóa chẩn đoán và điều trị.

Thu thập các thông tin theo bệnh án nghiên cứu.

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời gian phát hiện, các thuốc đang điều trị

- Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng nhập viện, các triệu chứng thiếu máu, dấu hiệu sinh tồn

- Cận lâm sàng: Công thức máu, đông máu, sinh hóa máu

- Chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng: Nội soi dạ dày đánh giá vị trí tổn thương, loại tổn thương, mức độ tổn thương theo thang điểm Forrest. Đánh giá bệnh nhân bằng thang điểm rockall sau nội soi.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	<60	19	23,8
	60-80	46	57,5
	≥80 tuổi	15	18,8
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$, min-max)	68,3±14,7 (25-96)	
Giới tính	Nam	65	81,3
	Nữ	15	18,7
Thời gian phát hiện suy thận mạn	<1 năm	15	18,8
	1-<5 năm	41	51,2
	≥5 năm	24	30
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$, min-max)	3,4±4,2 (0,5-24)	
Phương	Điều trị bảo tồn	57	71,2

pháp điều trị	Điều trị thay thế	23	28,8
Tiền sử xuất huyết tiêu hóa	Không có tiền sử xuất huyết tiêu hóa	60	75
	Có tiền sử xuất huyết tiêu hóa	20	25
Tiền sử sử dụng thuốc	Không sử dụng thuốc có liên quan tới tình trạng xuất huyết	48	60
	NSAIDs*	9	11,3
	Glucocorticoid	3	3,7
	Chống kết tập tiểu cầu	12	15
	Chống đông đường uống	4	5
	Lạm dụng rượu	4	5

*NSAIDs: Thuốc chống viêm không steroid

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 68 tuổi, nhóm tuổi cao (>60 tuổi) chiếm 76,3%. Bệnh nhân nam chiếm 81,3%, tỉ lệ nam/nữ: 4/1. Có 23 bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo chiếm 28,8%. 25% bệnh nhân có tiền sử XHTH trước đó. 32 bệnh nhân tương ứng với 40% có tiền sử dùng thuốc có liên quan tới XHTH trong đó nhiều nhất là chống kết tập tiểu cầu 12 bệnh nhân và NSAIDs 9 bệnh nhân.



Biểu đồ 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là đi ngoài phân đen 67,4%, triệu chứng nôn máu đơn độc ít gặp 3,8%. Các bệnh nhân có ý thức tỉnh, chỉ có 1 bệnh nhân có rối loạn ý thức. Có 28,8% bệnh nhân có dấu hiệu mạch nhanh, 10% bệnh nhân có huyết áp thấp, 5% có cả 2 dấu hiệu dấu hiệu mạch nhanh huyết áp tụt và 9 bệnh nhân, khoảng 11,2 % cần hỗ trợ hô hấp do SpO2 giảm.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Hb	Giảm nhẹ (≥ 100 g/l)	7	8,8
	Giảm vừa (70-100 g/l)	32	40
	Giảm nặng (<70 g/l)	41	51,2
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$, min-max)	70,8±21,2 (23-128)	
Tiểu cầu	<80	8	10
	≥80	72	90

	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$, min-max)	236 $\pm$ 149 (23,8-1009)
INR	<1.5	70
	≥ 1.5	87,5
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$, min-max)	1,3 $\pm$ 0,6 (0,92-5,08)
Ure	>10	71
	≤ 10	92,2
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$, min-max)	6
Albumin	>35	7,8
	30-35	9
	<30	14,1
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$, min-max)	16
MLCT ước tính	BN thận nhân tạo	25
	Gđ 3a	25,1 $\pm$ 12 (5,3-61,3)
	Gđ 3b	23
	Gđ 4	8
	Gđ 5	14

	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$, min-max)	22,1 $\pm$ 15,7 (3,1-59,9)
--	---	-------------------------------

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều có thiếu máu. Đa số bệnh nhân có mức Hb giảm vừa và nặng, mức Hb trung bình chỉ 71g/l, trong đó 41 bệnh nhân 51,2 % có mức Hb < 70g/l có chỉ định truyền máu. Tiểu cầu và INR phần lớn bình thường thường giá trị trung bình của tiểu cầu và INR lần lượt là 236G/l và 1,3 trong giới hạn bình thường. Mức ure trung bình của bệnh nhân cao 25,1 mmol/l, có 71 bệnh nhân 92,2% có ure >10. Phần lớn bệnh nhân có giảm albumin máu, 55/64 bệnh nhân 85,9% có giảm albumin máu, trong đó 39 bệnh nhân 60,9% có albumin giảm dưới 30g/l. MLCT ước tính tại thời điểm nhập viện trung bình bệnh nhân thấp 22,1 ml/ph. Trong 57 bệnh nhân điều trị bảo tồn có 13 bệnh nhân suy thận gđ 5, 21 bệnh nhân gđ4, 15 bệnh nhân gđ 3b, 8 bệnh nhân gđ 3a.

Bảng 3. Đặc điểm nội soi tiêu hóa của bệnh nhân nghiên cứu

Nguyên nhân	Vị trí	Thực quản	Phình vị	Thân vị	Hang vị	Hành tá tràng	Tổng	%
Giãn vỡ TMTQ*		3					3	3,7
Rách tâm vị		2					2	2,5
Viêm thực quản sỏi mòn		2					2	2,5
Loạn sản mạch			1		1	2	4	6
Viêm loét		2	1	9	16	41	69	86,3
Tổng		9	2	9	17	43	80	100

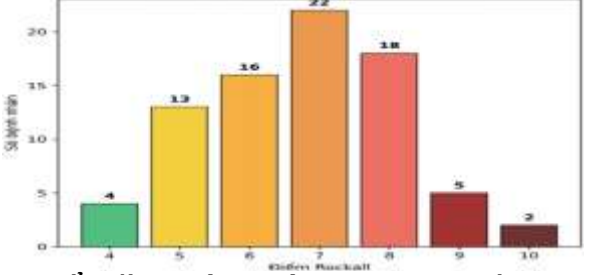
*Giãn vỡ TMTQ: Giãn vỡ tĩnh mạch thực quản điều trị nội khoa.

Nhận xét: Nguyên nhân xuất huyết hay gặp nhất là viêm loét với 69 bệnh nhân 86,3%, vị trí thường gặp nhất là hành tá tràng, sau đó là hang vị, thân vị, thực quản và phình vị. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn, loạn sản mạch (Angiodysplasia) 4 bệnh nhân 6%, vị trí có thể gặp ở các phần của dạ dày, viêm thực quản sỏi mòn (Erosive esophagitis) 2 bệnh nhân, giãn vỡ tĩnh mạch thực quản 3 bệnh nhân, rách tâm vị 2 bệnh nhân.

Bảng 4. Phân bố đặc điểm thang điểm Forrest ở những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa

Forrest	n	%
IA	6	8,7
IB	15	21,7
IIA	19	27,5
IIB	3	4,4
IIC	12	17,4
III	14	20,3

Nhận xét: Trong 69 bệnh nhân viêm loét, có 43 bệnh nhân 62,3% có điểm FORREST nguy cơ cao (FIIB đến FIA) cần phải can thiệp cầm máu ngay, 26 bệnh nhân 37,7% có điểm FORREST nguy cơ thấp (FIIC và FIII) theo dõi và



Biểu đồ 2. Đánh giá nguy cơ sau nội soi bằng thang điểm Rockall đầy đủ

Nhận xét: Các bệnh nhân có mức điểm rockall cao, tập trung từ 5-8 điểm. Có 4 bệnh nhân có điểm rockall là 4 điểm và 7 bệnh nhân lớn hơn 8 điểm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân XHTH cao chủ yếu là nhóm tuổi trên 60, trung bình 68 tuổi, nhóm tuổi cao (>60 tuổi) chiếm 76,3%, phù hợp với xu hướng trong nhiều nghiên cứu quốc tế.^{5,6} Tỷ lệ nam/nữ khoảng 4/1, điều này tương đồng với nghiên cứu của Mouffak (2024) với nam/nữ là 1,55/1 và của Nguyễn Thị

Hiền (2024) với nam/nữ khoảng 6/1.^{5,7} Nhìn chung, giới tính nam thường chiếm ưu thế nhẹ trong nhiều nghiên cứu XHTH, có thể liên quan đến việc nam giới hay sử dụng rượu bia, thuốc lá hoặc NSAIDs nhiều hơn – là những yếu tố nguy cơ gây loét.

Mouffak (2024) báo cáo khoảng 73% trường hợp xuất huyết ở bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo, một phân tích gộp cho thấy nguy cơ cao gấp khoảng 14 lần so với bệnh nhân điều trị bảo tồn.^{5,6} Nguyên nhân chính là rối loạn đông máu do suy thận nặng, ure máu cao, và heparin dùng trong lọc máu. Tiền sử loét và xuất huyết có ý nghĩa dự báo mạnh với OR ~1,5-1,6 và bệnh nhân có tiền sử XHTH có nguy cơ gấp 2 lần.^{3,6} Có khoảng 40 % bệnh nhân có tiền sử sử dụng các thuốc đã được chứng minh làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa như NSAIDs, corticoid,... Như vậy tiền sử thận nhân tạo chu kỳ, tiền sử xuất huyết tiêu hóa là những yếu tố nguy cơ cao XHTH trên bệnh nhân thận và tiền sử dùng thuốc có thể là yếu tố liên quan.

Triệu chứng nhập viện phổ biến nhất của nhóm nghiên cứu là đi ngoài phân đen với 67,4%, 28,0% có cả triệu chứng nôn máu và đi ngoài phân đen và chỉ 3,8% vào viện với triệu chứng nôn máu. Các chỉ số sinh tồn của đa phần bệnh nhân đều ổn định. Điều này có thể giải thích do phần lớn bệnh nhân xuất huyết trên suy thận mạn là chảy máu rỉ rả trong thời gian dài hơn là ồ ạt.

Các chỉ số xét nghiệm ở nhóm bệnh nhân đều dự báo tiên lượng xấu. Có hơn 50% bệnh nhân có HB giảm nặng dưới 70g/l dự báo nhu cầu truyền máu và nguy cơ tử vong cao.⁸ Chỉ số albumin trung bình $28,3 \pm 5,7$ với ~ 60% bệnh nhân có albumin dưới 30g/l liên quan đến nguy cơ tái xuất huyết và nguy cơ tử vong.⁹

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy loét dạ dày – tá tràng là nguyên nhân phổ biến nhất gây xuất huyết tiêu hóa cao ở bệnh nhân suy thận mạn, chiếm 86,3% trường hợp, trong đó vị trí loét hay gặp nhất là hành tá tràng 59,4%, sau đó là hang vị 23,2%, vị trí ít gặp nhất là phình vị 2%. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn, bao gồm loạn sản mạch (6%), giãn vỡ tĩnh mạch thực quản (khoảng 4%), rách tâm vị (hội chứng Mallory-Weiss) (khoảng 2%), và viêm thực quản sỏi mòn (khoảng 2%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như trong nghiên cứu của Mouffak: 62,5% do loét, 30% do dị dạng mạch (angiodysplasia), còn lại 7,5% do viêm thực quản nặng hoặc vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng loét và dị sản mạch là nguyên nhân hàng

đầu gây xuất huyết tiêu hóa trên.^{3,6} Nguyên nhân có thể do hội chứng ure máu cao gây tổn thương niêm mạc và thành mạch, giảm chức năng tiểu cầu và rối loạn đông máu.

Tổn thương loét của đa số bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn thuộc nhóm nguy cơ cao, hơn 60% bệnh nhân có điểm Forrest từ IA đến IIB, cần phải can thiệp cầm máu qua nội soi. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Mouffak ghi nhận trong số các ổ loét ở bệnh nhân CKD của họ, có tới 48% là Forrest III (ổ loét đáy sạch) và 4% Forrest IIc (điểm xuất huyết phẳng), tức hơn một nửa không còn dấu hiệu chảy máu khi nội soi.⁵ Tỷ lệ cao bệnh nhân nguy cơ cao trong các nghiên cứu càng nhấn mạnh tầm quan trọng của nội soi can thiệp sớm ở nhóm bệnh nhân này để cầm máu và dự phòng chảy máu kịp thời.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có điểm Rockall ở mức nguy cơ trung bình (4-8) và cao (>8). Các bệnh nhân suy thận mạn có điểm rockall cao do suy thận được xếp vào nhóm bệnh lý đồng mắc nặng nhất (điểm 3). Thật vậy các nghiên cứu đều đồng ý suy thận làm tăng rõ rệt nguy cơ xuất huyết, nguy cơ tử vong và tái phát.^{3,5,6} Theo nghiên cứu của Moaddab (2016), nhóm nguy cơ trung bình có tỷ lệ tử vong trong thời gian 3 tháng là 8,07%, nhóm nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong là 22,7 %.¹⁰ Do đó, việc áp dụng thang điểm Rockall ở bệnh nhân XHTH có kèm CKD càng có giá trị để nhận diện sớm các trường hợp nguy cơ tử vong cao, qua đó ưu tiên hồi sức và can thiệp kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình $68,3 \pm 14,7$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ: 4/1. 25% BN có tiền sử xuất huyết tiêu hóa cao. Đi ngoài phân đen 67,4%. Hemoglobin: $70,8 \pm 21,2$ g/l, albumin $28,3 \pm 5,7$ g/l. 62,3 % bệnh nhân loét dạ dày – thành tá tràng có nguy cơ cao FIA-FIIB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group.** KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl* (2011). 2013;3(1):1-150.
2. **Suriyong P, Ruengorn C, Shayakul C, Anantachoti P, Kanjanarat P.** Prevalence of chronic kidney disease stages 3-5 in low- and middle-income countries in Asia: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2022;17(2): e0264393. doi:10.1371/journal.pone.0264393
3. **Liang CC, Wang SM, Kuo HL, et al.** Upper gastrointestinal bleeding in patients with CKD. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN*. 2014;9(8):1354-1359. doi:10.2215/CJN.09260913
4. **Hågendorff R, Farkas N, Vincze Á, et al.**

- Chronic kidney disease severely deteriorates the outcome of gastrointestinal bleeding: A meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2017;23(47): 8415-8425. doi:10.3748/wjg.v23.i47.8415
5. **A. Mouffak, M. Salihoun, F. Bouhamou, M. et al,** (2024). Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients with Chronic Renal Failure: What are the Particularities? *Saudi J Med Pharm Sci*, 10(7): 505-508.
 6. **Lin Y, Li C, Waters D, Kwok CS.** Gastrointestinal bleeding in chronic kidney disease patients: a systematic review and meta-analysis. *Ren Fail.* 2023;45(2): 2276908. doi:10.1080/0886022X.2023.2276908
 7. **Nguyễn Thị Hiền, Nguyễn Trường Sơn, Đào Việt Hằng, Nguyễn Văn Hiếu** (2024). Đặc điểm tổn thương dạ dày-tá tràng trên bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 chưa điều trị thay thế tại Bệnh viện Hữu Nghị. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;545(2).
 8. **Aljarad Z, Mobayed BB.** The mortality rate among patients with acute upper GI bleeding (with/without EGD) at Aleppo University Hospital: A retrospective study. *Ann Med Surg* 2012. 2021;71:102958. doi:10.1016/j.amsu.2021.102958
 9. **Tung CF, Chow WK, Chang CS, Peng Y chun, Hu WH.** The prevalence and significance of hypoalbuminemia in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Hepatogastroenterology.* 2007;54(76):1153-1156.
 10. **Moaddab Y, Bonyadi S.** Determining the predictive value of Rockall scoring system in predicting outcomes in patients with upper gastrointestinal bleeding. *Arak Med Univ J.* 2016;18(10):80-86.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG LỖ THÙNG VÒM MIỆNG TRÊN BỆNH NHÂN KHE HỖ MÔI – VÒM MIỆNG

Nguyễn Hồng Nhung^{1,2}, Chu Minh Quang¹, Đỗ Thị Thu Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của lỗ thủng vòm miệng ở bệnh nhân có di chứng khe hở môi – vòm miệng sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 26 bệnh nhân có lỗ thủng vòm miệng, điều trị và theo dõi tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt – Tạo hình – Thẩm mỹ, Bệnh viện E, từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2025. Các yếu tố được khảo sát gồm: vị trí, kích thước lỗ thủng, tình trạng mô xung quanh, ảnh hưởng đến ăn uống, phát âm và chất lượng cuộc sống. **Kết quả:** Trong số 26 bệnh nhân, nhóm tuổi chiếm đa số là từ 6 đến 12 tuổi (57,7%). Vị trí lỗ thủng chủ yếu nằm ở vùng giữa vòm (61,5%), kích thước thường nhỏ hơn 5 mm (65,4%). Đa số bệnh nhân gặp khó khăn khi ăn uống và có bất thường phát âm ở các mức độ khác nhau. Mô xung quanh lỗ thủng thường có sẹo co kéo, mô xơ và kém đàn hồi. **Kết luận:** Lỗ thủng vòm miệng là biến chứng muộn thường gặp sau phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng, ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng ăn uống và phát âm. Việc đánh giá chính xác đặc điểm lâm sàng giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Từ khóa: lỗ thủng vòm miệng, khe hở môi, khe hở vòm miệng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PALATAL FISTULA IN PATIENTS WITH CLEFT LIP

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

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025

AND PALATE

Objective: To describe the clinical characteristics of palatal fistula in patients with cleft lip and palate after surgical repair. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 26 patients with palatal fistula who were treated and followed up at the Department of Maxillofacial, Plastic and Aesthetic Surgery, E Hospital, from May to September 2025. The evaluated parameters included the location and size of the fistula, the condition of the surrounding tissue, and the impact on eating, speech, and quality of life. **Results:** Among 26 patients, the majority were between 6 and 12 years old (57.7%). The fistula was most commonly located in the mid-palatal region (61.5%) and was generally smaller than 5 mm (65.4%). Most patients experienced varying degrees of difficulty in eating and speech articulation. The surrounding tissue was often characterized by scarring, fibrosis, and poor elasticity. **Conclusion:** Palatal fistula is a common late complication following cleft palate repair, significantly affecting feeding and speech functions. Accurate clinical evaluation plays an essential role in selecting appropriate treatment strategies, thereby improving both functional and aesthetic outcomes for patients.

Keywords: palatal fistula, cleft lip, cleft palate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ thủng vòm miệng là một trong những biến chứng muộn thường gặp sau phẫu thuật phục hồi khe hở môi – vòm miệng. Tỷ lệ xuất hiện biến chứng này dao động khá rộng, từ 5% đến hơn 30% tùy theo kỹ thuật phẫu thuật, mức độ khe hở và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Lỗ thủng có thể gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng ăn uống, phát âm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đặc biệt là ở trẻ em trong