

sản phụ ĐTĐ bị TSG, huyết áp tâm thu trung bình là $156 \pm 18,68$ mmHg và huyết áp tâm trương trung bình là $98 \pm 10,71$ mmHg¹. Từ đó có thể thấy, bệnh lý đái tháo đường làm tăng huyết áp tâm thu nhiều hơn ở các thai phụ tiền sản giật, tức là làm nặng hơn mức độ tiền sản giật vì thế tiên lượng nặng hơn nếu thai phụ ĐTĐ bị TSG.

Tình trạng ối: Theo kết quả bảng 3.5, ta thấy tỷ lệ thiếu ối ở nhóm ĐTĐ trước mang thai chiếm 11,3% nhiều hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ là 4,9%. Tỷ lệ đa ối ở nhóm ĐTĐ trước mang thai là 39,5% nhiều hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ là 27,2%. Theo nghiên cứu của Ngũ Quốc Vĩ tỷ lệ đa ối gặp ở sản phụ ĐTĐ là 1,9%. Đa ối hay gặp ở sản phụ ĐTĐ nhưng cơ chế chưa rõ, có thể do tăng đường huyết thai, thai đái nhiều, đường trong nước tiểu thai tăng làm tăng áp lực thẩm thấu trong buồng ối, kéo nước vào buồng ối gây đa ối, thường là đa ối mạn tính. Cần siêu âm đo chỉ số ối nhằm phát hiện sớm đa ối, đánh giá về mặt hình thái thai để loại trừ dị dạng³. Một nghiên cứu khác của tác giả Jesmin. S, Jahan. S và cộng sự năm 2011 cũng cho kết quả tương tự: Tỷ lệ thiếu ối ở nhóm ĐTĐ có TSG là 12% lớn hơn ở nhóm ĐTĐ không có TSG là 6,7%, và tỷ lệ đa ối tương ứng là 6% và 13,3%, tuy nhiên sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,428^4$.

Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng: Để đánh giá tình trạng thiếu máu, chức năng gan, thận và hội chứng HELLP chúng tôi đánh phân tích các chỉ số xét nghiệm theo bảng 3.6 cho thấy rằng các chỉ số huyết học và sinh hoá của nhóm sản phụ ĐTĐ trước mang thai có xu hướng không tốt bằng so với nhóm ĐTĐ thai kỳ. Đặc biệt là các chỉ số về tiểu cầu, chức năng gan thận. Giá trị trung bình của protein niệu ở nhóm

ĐTĐ trước mang thai là $2,8 \pm 0,3$ (g/L) cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ $0,8 \pm 0,4$ (g/L). Protein niệu có giá trị trong chẩn đoán nhưng lại ít có giá trị trong tiên lượng và đánh giá mức độ của TSG. Theo Katz và cộng sự thì protein niệu không có mối liên quan với mổ lấy thai ở sản phụ TSG. Một phân tích gộp hệ thống cho rằng mức độ protein niệu đơn thuần không có mối liên hệ mạnh mẽ với kết quả bất lợi, mối tương quan được tìm thấy giữa mức độ protein niệu và mức độ nghiêm trọng của bệnh lâm sàng không đủ tin cậy để có ích trên lâm sàng⁵.

V. KẾT LUẬN

- Tiền sử TSG, thai lưu 3 tháng cuối và tiền sử gia đình mắc ĐTĐ hoặc THA xảy ra phổ biến hơn ở nhóm ĐTĐ trước mang thai.

- Sản phụ ĐTĐ trước mang thai có nguy cơ biến chứng TSG nặng hơn nhóm ĐTĐ thai kỳ với các chỉ số huyết áp trung bình và protein niệu cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thu Hoài. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của thai phụ đái tháo đường có tăng huyết áp, Đại học Y Hà Nội; 2016.
2. Do V, Nguyen T. Các yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ. Tạp chí Phụ sản. 2018;16:54-59.
3. Ngũ Quốc Vĩ, Trần Khánh Nga, Lâm Đức Tùng, và cs. Tỷ lệ và kết cục sản khoa ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện phụ sản Thành Phố Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023(28):23-30.
4. Jesmin S, Jahan S, Khan MI, et al. The Incidence, Predisposing Factors, Complications and Outcome of Preeclampsia in Diabetic Pregnancy. BIRDEM Medical Journal. 2012;1.
5. Katz L, Mr Amorim M, Souza A, et al. [129-POS]: Risk factors for cesarean section in women with severe preeclampsia. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health. 2015;5(1):68.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN DÙNG THUỐC KHÁNG KẾT TẬP TIỂU CẦU

Đặng Thị Thùy Dung¹, Nguyễn Thị Thu Huyền^{1,2}

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Thùy Dung

Email: bsnt.dung.105@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa cao ở bệnh nhân dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày tá tràng đang dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 73 (64 – 77), nam giới chiếm 80,5%. Đa số bệnh nhân dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu đơn (78%). Can thiệp cầm máu qua nội soi

được thực hiện ở 41,5% bệnh nhân (17/41) và xuất huyết tái phát trong thời gian nằm viện xảy ra ở 12,2% bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật và can thiệp nội mạch lần lượt là 2,4% và 4,9%. Nhu cầu truyền máu ở 73,2% bệnh nhân và trung vị thời gian nằm viện là 6 (5 – 7) ngày. Phân tích cho thấy xuất huyết tái phát có liên quan đến tiền sử xuất huyết tiêu hóa cao ($p = 0,04$) và kích thước ổ loét $\geq 2\text{cm}$ ($p = 0,04$). Thời gian nằm viện kéo dài hơn ở bệnh nhân > 70 tuổi ($p = 0,003$), xuất huyết tái phát ($p = 0,03$) và suy tim ($p = 0,01$). **Kết luận:** Tỷ lệ điều trị thành công chung cao và cầm máu qua nội soi đạt được ở phần lớn bệnh nhân mặc dù tình trạng xuất huyết tái phát là một thách thức đáng kể. Tiền sử xuất huyết tiêu hóa cao và kích thước ổ loét $\geq 2\text{cm}$ có liên quan đến nguy cơ xuất huyết tái phát, cần được lưu ý trong theo dõi và điều trị.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa cao, thuốc kháng kết tập tiểu cầu, xuất huyết tái phát

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS RECEIVING ANTIPLATELET THERAPY

Objectives: To evaluate the treatment outcomes, and to analyze some associated factors related to the treatment outcomes of upper gastrointestinal bleeding in patients receiving antiplatelet therapy. **Methods:** A cross – sectional descriptive study on 41 patients with peptic ulcer bleeding who were using antiplatelet therapy from August 2024 to July 2025 at Thai Nguyen Central Hospital. **Results:** The mean age was $71,2 \pm 10,6$ years, with 80,5% male. Most patients received single antiplatelet therapy (82,9%). Endoscopic hemostasis was performed in 29,3% of patients (17/41) and rebleeding during hospitalization occurred in 12,2% of cases. The proportions of patients requiring surgery and transarterial embolization were 2.4% and 4.9%, respectively. Blood transfusion was required in 73.2% of patients, and the median length of hospital stay was 6 (5–7) days. Analysis showed that rebleeding was associated with history of upper gastrointestinal bleeding ($p = 0,04$) and ulcer size $\geq 2\text{cm}$ ($p = 0,04$). Longer hospital stays were observed in patients aged > 70 years ($p = 0,003$), those with rebleeding ($p = 0,03$), and those with heart failure ($p = 0,01$). **Conclusion:** The overall treatment success rate was high, and endoscopic hemostasis was achieved in most patients, although recurrent bleeding remained a significant challenge. History of upper gastrointestinal bleeding and ulcer size $\geq 2\text{cm}$ were associated with an increased risk of rebleeding and should be carefully considered during follow-up and management.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, antiplatelet, rebleeding

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) cao là một cấp cứu nội ngoại khoa phổ biến với tỉ lệ nhập viện khoảng 67 trường hợp trên 100.000 dân mỗi năm. Nguy cơ XHTH cao tăng lên 1,8 lần khi

điều trị bằng aspirin liều thấp và lên đến 7,4 khi điều trị kháng kết tập tiểu cầu kép [1]. Nhiễm Helicobacter pylori làm tăng nguy cơ XHTH do loét dạ dày ở người sử dụng aspirin lên đến 2,23 lần, 4,37 lần đối với thuốc kháng kết tập tiểu cầu không phải aspirin và lên đến 8,43 lần với kháng kết tập tiểu cầu kép [2]. Có thể thấy việc điều trị kháng kết tập tiểu cầu góp phần làm phức tạp nguyên nhân gây XHTH cao và dẫn đến việc tiên lượng bệnh khó khăn hơn.

Việc dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu dẫn đến nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch, mạch máu não và làm tăng nguy cơ tử vong. XHTH cao làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch nặng lên đến 2 lần, trong làm tăng nguy cơ đột quỵ 1,8 lần và nguy cơ tử vong lên đến 2,86 lần [3]. Bên cạnh đó, việc sử dụng đồng thời clopidogrel và PPI dường như làm tăng nguy cơ mắc các biến cố tim mạch bất lợi lớn.

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên số lượng bệnh nhân mắc bệnh tim mạch ngày càng gia tăng, kéo theo việc sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu cũng tăng lên. Thực tế lâm sàng ghi nhận nhiều bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao khi sử dụng thuốc. Từ thực tiễn lâm sàng trên, tôi nhận thấy cần có một nghiên cứu đánh giá một cách tổng quan và đầy đủ về XHTH cao ở bệnh nhân dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu. Do đó, tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa cao ở bệnh nhân dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 41 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày tá tràng đang dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu.

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa cao do viêm loét dạ dày – tá tràng: bệnh nhân vào viện có triệu chứng của nôn ra máu, đại tiện phân đen hoặc nâu đỏ và được nội soi dạ dày tá tràng xác định xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

- Tuổi ≥ 18

- Bệnh nhân đang dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu đường uống

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có chống chỉ định của nội soi dạ dày – tá tràng.

- Bệnh nhân có dùng thuốc chống đông, NSAID hoặc corticoide đồng thời.

- Ung thư dạ dày đã được chẩn đoán qua nội

soi và sinh thiết

- Bệnh nội khoa nặng: Xơ gan mất bù, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, bệnh tim mạch nặng, COPD

- Bệnh nhân không đầy đủ xét nghiệm theo yêu cầu nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả
- Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang
- Cách thu thập số liệu: Tiến cứu

2.3.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiên bao gồm

các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân đang dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu có biểu hiện XHTH cao được chỉ định nội thực quản – dạ dày – tá tràng và được chẩn đoán xác định loét dạ dày tá tràng.

- Nội soi: chẩn đoán và điều trị cầm máu qua nội soi. Đánh giá hình thái tổn thương qua nội soi theo phân loại Forrest, test urease để chẩn đoán nhiễm H.pylory.

- Diễn biến điều trị: Nhu cầu truyền máu, thuốc điều trị, phương pháp cầm máu, thời điểm dùng lại thuốc kháng kết tập tiểu cầu.

- Ghi nhận kết quả điều trị: xuất huyết tái phát và kết quả điều trị chung, thời điểm xuất huyết tái phát, thời gian nằm viện.

- Đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số

liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 27.0. Mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm đối với các biến định tính. Biến định lượng có phân phối chuẩn được tính giá trị trung bình (độ lệch chuẩn), biến không phân phối chuẩn được tính giá trị trung vị. Sử dụng test Fisher’s Exact và kiểm định Mann – Whitney U, p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã

được thông qua hội đồng đạo đức của bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tất cả đối tượng đều tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu và các thông tin do đối tượng nghiên cứu cung cấp được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày tá tràng đang được điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu vào viện từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025, chúng tôi thu

được một số kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi trung vị (IQR)		73 (64 – 77)
Giới, n (%)	Nam	33 (80,5%)
	Nữ	8 (19,5%)
Chỉ định dùng thuốc n (%)	Bệnh tim mạch	32 (78%)
	Bệnh mạch máu não	7 (17,1%)
	Cả hai	2 (4,9%)
Nhóm thuốc kháng kết tập tiểu cầu, n (%)	Đơn	32 (78%)
	Kép	9 (22%)

Nhận xét: Bệnh nhân có tuổi trung vị là 73 (64 -77), nam giới chiếm 80,5%. 78% bệnh nhân có chỉ định dùng thuốc là do bệnh tim mạch và 78% bệnh nhân dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu đơn.

Bảng 2. Nhu cầu truyền máu

Truyền máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	30	73,2
Không	11	26,8
Số đơn vị máu truyền (X ± SD)	2,66 ± 2,1	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân truyền máu là 73,2%. Trung bình số đơn vị máu truyền là 2,66 ± 2,1.

Bảng 3. Phương pháp cầm máu qua nội soi

Phương pháp can thiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiêm cầm máu	0	0
Kẹp clip	13	31,7
Tiêm cầm máu + Kẹp clip	4	9,8
Không can thiệp	24	58,5

Nhận xét: Có 17 bệnh nhân can thiệp cầm máu qua nội soi, trong đó kẹp clip là chiếm tỷ lệ cao nhất (31,7%).

Bảng 4. Thời gian xuất huyết tái phát sau điều trị

Kết quả điều trị	Cầm máu		Xuất huyết tái phát	
	n	%	n	%
Thời gian xuất huyết <24h	41	100	0	0
24–72h	36	87,8	5	12,2
>72h	41	100	0	100

Nhận xét: Tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa tái phát là 12,2% và đều xảy ra trong 72h đầu sau nội soi.

Bảng 5. Kết quả điều trị chung

Phương pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Điều trị nội khoa và/hoặc cầm	37	90,2

máu qua nội soi		
Can thiệp nội mạch, bệnh ổn	2	4,9
Phẫu thuật, bệnh ổn	1	2,4
Tử vong	1	2,4

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân thành công với điều trị nội khoa và/ hoặc cầm máu qua nội soi cao (90,2%). Chỉ có 1 bệnh nhân (2,4%) tử vong.

Bảng 6. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≥7 ngày	31	75,6%
>7 ngày	10	24,4%
Thời gian trung vị	6 (5 – 7)	

Nhận xét: Thời gian nằm viện ≤7 ngày chiếm tỷ lệ 75,6%. Trung vị thời gian nằm viện là 6 ngày.

Bảng 7. Xuất huyết tái phát và một số yếu tố liên quan

Kết quả điều trị	Yếu tố liên quan	Xuất huyết tái phát n (%)	Cầm máu n (%)	p
Nhóm tuổi	>70	4(16,7%)	20(83,3%)	0,382
	≤70	1(5,9%)	16(94,1%)	
Tiền sử XHTH	Có	3(37,5%)	5(62,5%)	0,04
	Không	2(6,1%)	31(93,9%)	
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	3(9,7%)	28(90,3%)	0,58
	Đái tháo đường	3(21,4%)	11(78,6%)	0,32
	Suy tim	2(25%)	6(75%)	0,25
	Suy thận	3(33,3%)	6(66,7%)	0,06
Nhóm thuốc	Đơn	3(9,4%)	29(90,6%)	0,3
	Kép	2(22,2%)	7(77,8%)	
Vị trí tổn thương	Dạ dày	2(9,1%)	20(90,9%)	0,75
	Tá tràng	3(18,8%)	13(81,3%)	
	Dạ dày + tá tràng	0(0%)	3(100%)	
Kích thước ổ loét	≥2cm	3(37,5%)	5(62,5%)	0,04
	<2cm	2(6,1%)	31(93,9%)	
Nhiễm HP	Có	1(7,7%)	12(92,3%)	1,0
	Không	4(14,3%)	24(85,7%)	
Thời điểm nội soi	<12h	3(25%)	9(75%)	0,41
	12–24h	1(6,3%)	15(93,8%)	
	>24h	1(7,7%)	12(92,3%)	

Nhận xét: - Bệnh nhân tiền sử xuất huyết tiêu hóa cao có tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa tái phát là 37,5% cao hơn so với bệnh nhân không có tiền sử, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Ổ loét có kích thước ≥2cm có tỷ lệ xuất huyết tái phát là 37,5%, cao hơn so với ổ loét có kích thước <2cm là 6,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 8. Một số yếu tố liên quan đến thời gian nằm viện

Đặc điểm	Giá trị	p	
Nhóm tuổi	>70 tuổi	7,0 (5,25 – 10,75)	0,003
	≤70 tuổi	5,0 (4,5 – 6,0)	
Xuất huyết tái phát	Có	9,0 (6,5 – 15,5)	0,03
	Không	6,0 (5,0 – 7,0)	
Suy tim	Có	8,0 (6,25 – 10,75)	0,01
	Không	5,0 (5,0 – 7,0)	

Nhận xét: Bệnh nhân có đặc điểm: > 70 tuổi, suy tim và có xuất huyết tái phát có thời gian nằm viện lâu hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng ở bệnh nhân dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu. Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (12,2%) và đều xảy ra trong 72 giờ đầu. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Stig B.Laursen cùng cộng sự (2022) thực hiện trên 19258 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày tá tràng, với tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa tái phát trong vòng 7 ngày là 10,8% [4]. Tương tự, nghiên cứu của Joseph JY Sung và cộng sự (2010) trên 78 bệnh nhân sử dụng aspirin, báo cáo tỷ lệ xuất huyết tái phát là 10,3% [5]. Sự khác biệt về tỷ lệ xuất huyết tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu khác được giải thích bởi sự khác biệt về cách chọn mẫu, đặc điểm bệnh nhân bao gồm tình trạng bệnh nền, thuốc kháng kết tập tiểu cầu, mức độ xuất huyết tiêu hóa và phương pháp cầm máu qua nội soi. Bệnh nhân của chúng tôi sử dụng cả thuốc kháng kết tập tiểu cầu đơn và kép, nhu cầu truyền máu cao hơn và can thiệp chủ yếu là tiêm epinephrine kết hợp kẹp clip nên đối với ổ loét kích thước lớn có nguy cơ xuất huyết tái phát cao hơn. Theo y văn, thời gian xuất huyết tái phát thường trong vòng 72 giờ đầu. Vì vậy, cần chú ý theo dõi sát bệnh nhân trong 72 giờ đầu để phát hiện kịp thời tình trạng xuất huyết tái phát.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 97,6% bệnh nhân điều trị thành công và ổn định ra viện, 7,3% bệnh nhân thất bại trong điều trị nội khoa, cần can thiệp nội mạch (4,9%) và phẫu thuật (2,4%). Một bệnh nhân tử vong sau 4 ngày điều trị và tử vong vì suy hô hấp mặc dù đã cầm máu nội soi thành công. Kết quả điều trị chung trong nghiên cứu tương đương với nghiên cứu của Joseph JY Sung và cộng sự, không có bệnh nhân tử vong do xuất huyết tiêu hóa.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kết

quả điều trị. Chúng tôi tìm hiểu các yếu tố liên quan đến xuất huyết tái phát và thời gian nằm viện kéo dài ở các bệnh nhân dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu bị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng nhập viện. Kết quả từ bảng 7 cho thấy không có sự khác biệt về tuổi giữa nhóm xuất huyết tái phát và cầm máu sau nội soi. Kết quả này có sự khác biệt so với kết quả của các nghiên cứu khác. Điều này có thể được giải thích là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi tương đối nhỏ và thời gian theo dõi bệnh nhân ngắn.

Khi phân tích các yếu tố liên quan đến xuất huyết tiêu hóa tái phát, chúng tôi thấy tiền sử xuất huyết tiêu hóa cao và kích thước ổ loét $\geq 2\text{cm}$ là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Marine Camus cùng cộng sự [6] khi khẳng định tiền sử xuất huyết tiêu hóa cao là yếu tố nguy cơ cao đối với xuất huyết tái phát do loét dạ dày tá tràng trong 30 ngày; và nghiên cứu của S K H Wong cùng cộng sự [7] rằng kích thước vết loét lớn hơn 2cm có liên quan đáng kể đến thất bại điều trị. Tiền sử xuất huyết tiêu hóa cao phản ánh rằng niêm mạc dạ dày tá tràng của bệnh nhân đã từng bị tổn thương sâu và dễ chảy máu, do đó khi sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu ổ loét dễ tái phát và cấu trúc mạch máu ở nền ổ loét cũ thường xơ hóa, kém co thắt, dễ chảy máu lại khi loét tái hình thành. Ổ loét lớn thường ăn sâu, dễ ăn vào các nhánh động mạch lớn, khi đó cầm máu nội soi chỉ tác động bề mặt, nếu thành mạch bị tổn thương sâu, áp lực mạch máu cao có thể làm bật cục máu đông hoặc clip. Ngoài ra diện loét rộng nên làm chậm liền sẹo và tăng nguy cơ xuất huyết tái phát.

Ở những bệnh nhân > 70 tuổi mặc dù không có mối liên quan đến xuất huyết tái phát nhưng lại có mối liên quan thời gian nằm viện kéo dài, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Catielle Antunes cùng cộng sự [8]. Xuất huyết tái phát và suy tim cũng được xác định có mối liên quan với thời gian nằm viện kéo dài, phù hợp với nghiên cứu của Stig B. Laursen cùng cộng sự.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Đầu tiên, cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, làm khoảng tin cậy của phân tích rộng. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm duy nhất nên có thể không đại diện được cho toàn bộ dân số. Thứ ba là chưa có công cụ nội soi chính xác để đo kích thước ổ loét, do đó nghiên cứu của chúng tôi chỉ mang tính chất ước lượng khi sử dụng kim sinh thiết để dự đoán.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ xuất huyết tái

phát ở bệnh nhân dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu bị xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày tá tràng ở Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là 12,2% và đều xuất huyết tái phát sớm trong vòng 72 giờ sau nội soi cầm máu. Tỷ lệ điều trị thành công là 97,6%, trong đó tỷ lệ phẫu thuật là 2,4% và can thiệp nội mạch là 4,9%. Tỷ lệ tử vong là 2,4% (tử vong không do xuất huyết tiêu hóa). Các yếu tố liên quan đến xuất huyết tái phát là tiền sử xuất huyết tiêu hóa cao và kích thước ổ loét $\geq 2\text{cm}$. Đối với thời gian nằm viện kéo dài, tuổi > 70 , xuất huyết tái phát, suy tim là các yếu tố liên quan. 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 cải thiện tiên lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hallas J, Dall M, Andries A, Andersen BS, Aalykke C, Hansen JM, et al.** Use of single and combined antithrombotic therapy and risk of serious upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *BMJ*. 2006; 333(7571):726.
2. **Venerito M, Schneider C, Costanzo R, Breja R, Rohl FW, Malfertheiner P.** Contribution of *Helicobacter pylori* infection to the risk of peptic ulcer bleeding in patients on nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents, anticoagulants, corticosteroids and selective serotonin reuptake inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;47(11):1464-71.
3. **Sarajlic P, Simonsson M, Jernberg T, Back M, Hofmann R.** Incidence, associated outcomes, and predictors of upper gastrointestinal bleeding following acute myocardial infarction: a SWEDEHEART-based nationwide cohort study. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*. 2022; 8(5):483-91.
4. **Laursen SB, Stanley AJ, Laine L, Schaffalitzky de Muckadell OB.** Rebleeding in peptic ulcer bleeding - a nationwide cohort study of 19,537 patients. *Scand J Gastroenterol*. 2022;57(12):1423-9.
5. **Sung JJ, Lau JY, Ching JY, Wu JC, Lee YT, Chiu PW, et al.** Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010;152(1):1-9.
6. **Camus M, Jensen DM, Kovacs TO, Jensen ME, Markovic D, Gornbein J.** Independent risk factors of 30-day outcomes in 1264 patients with peptic ulcer bleeding in the USA: large ulcers do worse. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;43(10): 1080-9.
7. **Wong SK, Yu LM, Lau JY, Lam YH, Chan AC, Ng EK, et al.** Prediction of therapeutic failure after adrenaline injection plus heater probe treatment in patients with bleeding peptic ulcer. *Gut*. 2002;50(3):322-5.
8. **Antunes C, Braitman L, Katz P.** Accurate Identification of Prolonged Length of Stay on Admission in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding: 1133. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*. 2016;111: S495.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH SINH BA KHÔNG DO XUNG ĐỘT THẦN KINH MẠCH MÁU

Nguyễn Thị Tố Quyên¹, Hồ Hoàng Phương¹,
Nguyễn Thị Thủy Trúc¹, Lâm Diễm Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của dây thần kinh sinh ba, xương đá và bể góc cầu tiểu não ở bên đau và bên không đau trên bệnh nhân đau thần kinh sinh ba không do xung đột thần kinh mạch máu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu hồi cứu trên 119 bệnh nhân đau thần kinh sinh ba không do xung đột thần kinh mạch máu (84 nữ và 35 nam, tuổi trung bình $49,24 \pm 15,46$). Góc dây thần kinh sinh ba, chiều dài dây thần kinh sinh ba, diện tích dây thần kinh sinh ba, góc giữa dây thần kinh sinh ba và cầu não, góc xương đá, diện tích bể góc cầu tiểu não được đo trên hình cộng hưởng từ sọ não tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM từ tháng 07/2023 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** Giá trị trung bình góc dây thần kinh sinh ba ở bên đau ($136,86 \pm 11,21^\circ$) nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với bên không đau ($146,04^\circ \pm 10,26^\circ$, $p < 0,05$). Chiều dài trung bình dây thần kinh sinh ba ở bên đau ($8,68 \pm 1,42$ mm) ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với bên không đau ($9,79 \pm 1,54$ mm, $p < 0,05$). Diện tích trung bình dây thần kinh sinh ba ở bên đau ($0,32 \pm 0,08$ cm²) nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với bên không đau ($0,35 \pm 0,08$ cm², $p < 0,05$). Giá trị trung bình góc giữa dây thần kinh sinh ba và cầu não ở bên đau ($32,63 \pm 8,44^\circ$) nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với bên không đau ($37,36 \pm 8,40^\circ$, $p < 0,05$). Giá trị trung bình góc xương đá ở bên đau ($84,46^\circ \pm 12,05^\circ$) nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với bên không đau ($93,86^\circ \pm 13,07^\circ$, $p < 0,05$). Diện tích trung bình bể góc cầu tiểu não ở bên đau ($1,89 \pm 0,50$ cm²) nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với bên không đau ($2,15 \pm 0,54$ cm², $p < 0,05$). **Kết luận:** Ở bệnh nhân đau thần kinh sinh ba không do xung đột thần kinh mạch máu, góc dây thần kinh sinh ba, chiều dài dây thần kinh sinh ba, diện tích dây thần kinh sinh ba, góc giữa dây thần kinh sinh ba và cầu não, góc xương đá, diện tích bể góc cầu tiểu não ở bên đau nhỏ hơn bên không đau, điều này góp phần giải thích cơ chế tiềm ẩn của đau thần kinh sinh ba, hỗ trợ trong chẩn đoán và định hướng điều trị ở nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Đau thần kinh sinh ba, xung đột thần kinh mạch máu, xương đá, bể góc cầu tiểu não.

SUMMARY

MRI FINDINGS IN PATIENTS WITH TRIGEMINAL NEURALGIA WITHOUT

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tố Quyên

Email: quyennnt1003@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

NEUROVASCULAR COMPRESSION

Objective: To describe MRI findings of the trigeminal nerve, petrous bone and cerebellopontine angle cistern on the symptomatic and asymptomatic sides in patients with trigeminal neuralgia without neurovascular compression. **Subject and methods:** A cross-sectional descriptive study with retrospective sampling was conducted on 119 patients with trigeminal neuralgia without neurovascular compression (84 female, 35 male, mean age $49,24 \pm 15,46$ years) at Tam Anh General Hospital, Ho Chi Minh City, from July 2023 to March 2025. MRI findings included the angle of the trigeminal nerve, length of the trigeminal nerve, cross-sectional area of the trigeminal nerve, trigeminal-pontine angle, angle of the petrous ridge, cross-sectional area of the cerebellopontine angle cistern. **Results:** The mean angle of the trigeminal nerve on the symptomatic side ($136.86 \pm 11.21^\circ$) was significantly smaller than that of asymptomatic side ($146.04 \pm 10.26^\circ$, $p < 0.05$). The mean length of the trigeminal nerve on the symptomatic side (0.68 ± 0.12 mm) was significantly smaller than that of the asymptomatic side (0.79 ± 1.54 mm, $p < 0.05$). The mean cross-sectional area of the trigeminal nerve on the symptomatic side (0.32 ± 0.08 cm²) was significantly smaller than that of asymptomatic side (0.35 ± 0.08 cm², $p < 0.05$). The mean trigeminal-pontine angle on the symptomatic side ($32.45 \pm 4.41^\circ$) was significantly smaller than that of asymptomatic side ($36.52 \pm 4.80^\circ$, $p < 0.05$). The mean angle of the petrous ridge on the symptomatic side ($84.46 \pm 12.05^\circ$) was significantly narrower than that of the asymptomatic side ($93.86 \pm 13.07^\circ$, $p < 0.05$). The mean cross-sectional area of the cerebellopontine angle cistern on the symptomatic side (1.89 ± 0.50 cm²) was significantly smaller than that of asymptomatic side (2.15 ± 0.54 cm², $p < 0.05$). **Conclusion:** In patients with trigeminal neuralgia without neurovascular compression, the angle of the trigeminal nerve, length of the trigeminal nerve, cross-sectional area of the trigeminal nerve, trigeminal-pontine angle, angle of the petrous ridge, cross-sectional area of the cerebellopontine angle cistern were significantly smaller on the symptomatic side compared to the asymptomatic side. These findings may contribute to the understanding of underlying mechanisms of trigeminal neuralgia, support diagnosis and treatment planning for this patient population.

Keywords: Trigeminal neuralgia, neurovascular compression, petrous bone, cerebellopontine angle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh sinh ba (ĐTKSB) là một hội chứng đau mạn tính đặc trưng bởi các cơn đau mặt dữ dội, thoáng qua và tái phát, gây ảnh