

manifest atrioventricular accessory pathways. International journal of cardiology Heart & vasculature. Jun 1 2015;7:69-75. doi:10.1016/j.ijcha.2015.02.010

6. **Szumowski L, Orczykowski M, Derejko P, et al.** Predictors of the atrial fibrillation occurrence in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. Kardiologia polska. Sep 2009;67(9):973-8.
7. **Acharya D, Rane S, Bohora S, Kevadiya H.** Incidence, clinical, electrophysiological characteristics and outcomes of patients with Wolff-Parkinson-White syndrome and atrial fibrillation. Indian pacing and electrophysiology

journal. Jan-Feb 2020;20(1):3-7. doi:10.1016/j.ipej.2019.12.015

8. **Ma L, Li Y, Wang Y, Wang X, Kong J, Wang L.** Relationship between accessory pathway location and occurrence of atrial fibrillation in patients with atrioventricular re-entrant tachycardia. Experimental and clinical cardiology. Fall 2004;9(3):196-9.
9. **Waspe LE, Brodman R, Kim SG, Fisher JD.** Susceptibility to atrial fibrillation and ventricular tachyarrhythmia in the Wolff-Parkinson-White syndrome: role of the accessory pathway. American heart journal. 1986;112(6):1141-1152.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO TẠI BỆNH VIỆN K

Thái Nguyên Hưng*

TÓM TẮT

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) cao là một cấp cứu nội ngoại khoa chiếm khoảng 75,0% các trường hợp XHTH. Điều trị XHTH còn gặp nhiều khó khăn do bệnh nhân thường đến muộn, nhiều trường hợp mất máu nặng, huyết động không ổn định, sốc mất máu đòi hỏi vừa hồi sức, can thiệp và/hoặc phẫu thuật cấp cứu. Những năm gần đây tại bệnh viện K, số lượng bệnh nhân XHTH được cấp cứu ngày càng tăng. Bởi vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm của bệnh lý XHTH cao trên bệnh nhân ung thư và đánh giá kết quả xử trí phẫu thuật (PT) bệnh lý XHTH cao. **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả những bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán XHTH cao và được điều trị phẫu thuật tại khoa ngoại bụng 2, bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả. **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện K Trung ương. **Thời gian:** 1/2019-12/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Có 28 BN, nam 23 (82,1%), nữ 5(17,9%). Tuổi trung bình: 61,0. Tỷ lệ loét dạ dày tá tràng (DD-TT), thủng ổ loét DD-TT cũ chiếm 50,0%. 17,8% sốc mất máu. Nôn máu và ỉa phân đen chiếm 35,7%. Ỉa phân đen: 64,3%. NSDD Forrest IA và IB chiếm 25,0%. Thiếu máu nặng 28,6%, thiếu máu vừa 28,6%, nhẹ 42,8%. Truyền máu ≥ 5 ĐV: 32,1% (9 BN), <5 ĐV: 50,0% (14 BN). Mổ cấp cứu 25,0%, cấp cứu trì hoãn 21,4%. **Tỷ lệ bệnh lý:** XHTH do UTDD: 78,6% (22/28), XHTH do loét HTT: 14,3% (4/28), XHTH do loét DD: 7,1% (2/28). Kết quả PT không có BN tử vong, 1 BN rò mật sau mổ điều trị nội. 1 BN tái XHTH sau mổ khâu cầm máu ổ loét HTT, nối vị tràng điều trị nội khoa bằng PPI. **Kết luận:** Bệnh lý XHTH cao tại BV K do ung thư dạ dày, loét dạ dày chảy máu, loét hành tá tràng chảy máu với tỷ lệ 78,6; 7,1; 18,3

trong đó tổn thương loét hành tá tràng thủng vào động mạch vị tá tràng là tổn thương nặng, gây sốc mất máu, can thiệp cầm máu qua NSDD có tỷ lệ thất bại cao, xử trí phẫu thuật khó khăn.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa cao.

SUMMARY

THE SURGICAL RESULTS OF UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE IN K HOSPITAL

Upper gastrointestinal hemorrhage is medical and surgical urgency. In recent years, there are more patients hospitalized in the state of hypovolemic shock or instable hemodynamic state needed blood transfusion and intervention by urgent gastroscopy for hemostasis or emergency surgery. We therefore conduct our retrospective study aim at evaluating of the clinic features and surgical results of upper gastrointestinal hemorrhage patients in K hospital. **Patient and method:** Retrospective study. **Time:** 1/2019-12/2020. **Results:** 28 patients, male 23 (82,1%), female: 5(17,9%), mean age: 61,0. History of gastric-duodenal ulcer or perforation is 50,0%. Clinic: 17,8% in state of hypovolemic shock, hematemesis and melena in 35,7%, melena in 64,3%, Forrest IA-IB in 25,0%. Blood transfusion in 82,1%. Urgent operations performed in 25,0%, delayed urgent operation in 21,4%. Among them: 78,6% gastric bleeding cancer, 14,3% duodenal bleeding ulcer; 7,1% gastric bleeding ulcer. There is no death per and postoperation, 1 patient had bile leakage that stopped by continuous aspiration, 1 patient rebleeded post duodenal ulcer suture stopped by PPI continuous transfusion. We conclude that upper gastrointestinal hemorrhage in K hospital had the lesions of gastric bleeding cancer, gastric bleeding ulcer, duodenal bleeding ulcer with the proportion: 78,6%, 7,1%, 14,3% relatively. Of them, the most serious state are duodenal bleeding ulcer perforated to gastroduodenal artery that difficult to place Clip or injection for hemostasis by gastroscopy and to operate in the state of hypovolemic shock.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2021

Ngày duyệt bài: 19.11.2021

Key words: Upper gastrointestinal hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) cao là cấp cứu nội ngoại khoa thường gặp chiếm khoảng 75% các trường hợp XHTH. Cho tới nay điều trị XHTH cao còn gặp nhiều khó khăn do bệnh nhân thường đến viện muộn, XHTH trên cơ sở đã thủng dạ dày cũ hay loét xơ chai hành tá tràng hoặc các trường hợp XHTH do ung thư dạ dày thủng nên tỷ lệ tử vong còn cao từ 10-11%. Những năm gần đây tại BV K, số lượng bệnh nhân XHTH được cấp cứu ngày càng tăng. Nhiều BN sốc mất máu hoặc thiếu máu nặng có huyết động không ổn định đòi hỏi vừa hồi sức, vừa can thiệp cầm máu qua nội soi dạ dày (NSDD) và/hoặc mổ cấp cứu. Mặt khác nhiều trường hợp XHTH phối hợp với bệnh lý ung thư khác nhau đã và đang được điều trị, bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân XHTH cao tại bệnh viện K.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh lý XHTH cao.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng NC.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới. Được chẩn đoán XHTH cao. Được điều trị phẫu thuật tại khoa ngoại bụng 2, bệnh viện K.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đủ dữ liệu nghiên cứu. BN xuất huyết tiêu hóa thấp.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả

Quy trình nghiên cứu: BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC theo mẫu hồ sơ định sẵn gồm tên, tuổi, giới, nghề, tiền sử, triệu chứng lâm sàng (LS), các xét nghiệm cận lâm sàng (CLS), NSDD, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), kết quả can thiệp qua NSDD và phẫu thuật (PT), kết quả sớm sau PT...

Thời gian: 1/2019-12/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

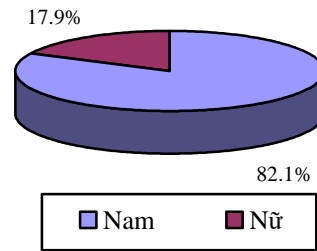
3.1. Số bệnh nhân, tuổi, giới: Có 28 BN, nam 23 (82,1%), nữ 5 (17,9%).

Bảng 2: Mạch, huyết áp

Mạch	n	%	Huyết áp	n	%
M > 120-140	5	17,8	< 90mmhg	5	17,8
M:100-120	4	14,3	90-99 mmhg	0	0
M < 100	19	67,9	>.= 100	23	82,2

Nhận xét: Có 5 BN có dấu hiệu sốc mất máu: nhợt trắng, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, HA dao động thấp.

Tuổi: cao nhất 82, thấp nhất 43 ,tuổi TB: 61,0.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu

3.2. Tiền sử

Bảng 1. Tiền sử mắc bệnh

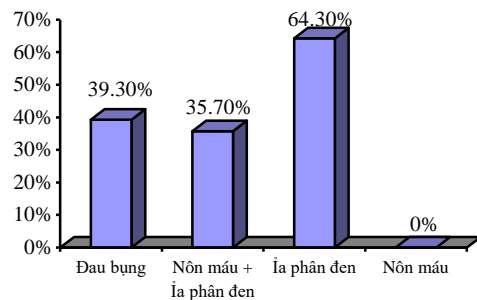
Tiền sử bệnh	n	%
Loét dạ dày-tá tràng	12	42,9
Đã xuất huyết tiêu hóa	3	10,7
Thủng ổ loét DD - TT cũ	2	7,1
Đã PT bụng	5	17,9
Các bệnh lý khác (tim mạch, lao phổi, ĐTĐ, Gout)	5	17,9

Nhận xét: Tỷ lệ loét dạ dày tá tràng, thủng ổ loét dạ dày-TT cũ chiếm 50,0%.

3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng toàn thân:

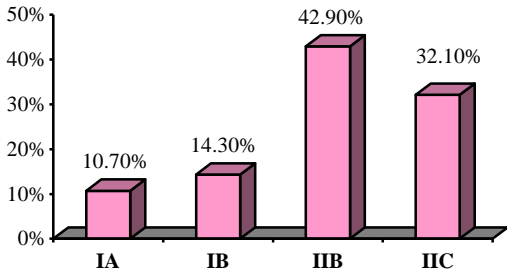
Triệu chứng lâm sàng. Nôn máu và ỉa phân đen chiếm 35,7%, ỉa phân đen: 64,3%, không có BN chỉ nôn máu.



Biểu đồ 2. Triệu chứng cơ năng

Khám thực thể: 13/22 BN (59,0%) XHTH do ung thư dạ dày sờ thấy u, 9/22 (40,9%) sờ thấy khối u không di động.

Chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm cận lâm sàng

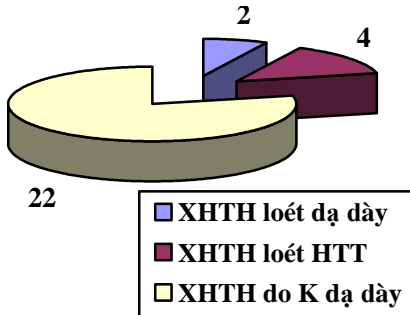


Biểu đồ 3. Kết quả NSDD theo phân độ XHTH Forrest.

Nhận xét: Forrest IA,IB chiếm tới 25% các trường hợp

Bảng 3. Phân độ Forrest tương ứng với vị trí tổn thương.

Vị trí tổn thương	n	%	Forrest	%
Loét dạ dày	1	3,5	IIC	3,5
	1	3,5	IIB	3,5
Loét HTT	2	7,1	IA	7,1
	1	3,5	IB	3,5
K dạ dày	1	3,5	IIC	3,5
	3	10,7	IB	10,7
	12	42,9	IIB	42,9
	6	21,4	IIC	21,4
n	28	100		100



Biểu đồ 4: Vị trí tổn thương qua NSDD.

Bảng 4. Kích thước tổn thương qua NSDD

Kích thước tổn thương	n	%
Ung thư dạ dày: 3-5 cm	4	14,3
Ung thư dạ dày > 5-10 cm	14	50,0
Ung thư dạ dày thâm nhiễm, hẹp môn vị (không xác định được KT)	4	14,3
Loét hành tá tràng 2-3cm	3	10,7
Loét hành tá tràng >3 cm	1	3,6
Loét dạ dày 3-5 cm	2	7,1
n	28	100

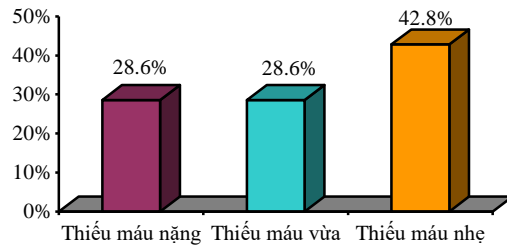
Nhận xét: Tổn thương ung thư dạ dày >5-10 cm chiếm tỷ lệ 14/22 (63,6%) các trường hợp XHTH do ung thư dạ dày. Các tổn thương loét

hành tá tràng đều $\geq 2\text{cm}$ và ở mặt sau hành tá tràng.

Bảng 5. Kết quả chụp CLVT trước mổ

Kích thước u	n	%
< 20 mm	7	31,8
$\geq 20\text{mm}$	11	50,0
Không xác định được u	4	18,2
n	22	100

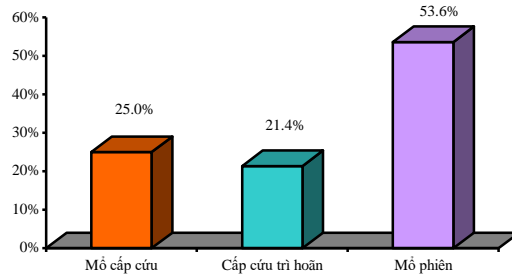
Có 50% các trường hợp KT ung thư dạ dày $\geq 20\text{mm}$; 54,5% có hạch vùng, 45,5% không có hạch.



Biểu đồ 5. Kết quả xét nghiệm máu

Nhận xét: Thiếu máu nặng chiếm 28,6%
Lượng máu truyền trước mổ: $\geq 5\text{ĐV}$: 32,1% (9BN), <5 ĐV: 50,0% (14 BN), không truyền máu: 17,9% (5BN).

3.4. Kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 6. Cách thức mổ

Bảng 6. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp mổ	n	%
Cắt đoạn dạ dày, vét hạch triệt căn	14	50,0
Cắt đoạn dạ dày cầm máu (loét dạ dày)	2	7,1
Cắt TBDD, Vét hạch	4	14,3
Cắt 2/3DD, DL mỏm tá tràng, DL đường mật	1	3,6
Khâu cầm máu ổ loét HTT, Nổi vị tràng	3	10,7
Khâu cầm máu DD, Nổi vị tràng	3	10,7
Thăm dò, mổ thông HT	1	3,6

Nhận xét: 3 BN loét HTT được khâu cầm máu, nổi vị tràng do XHTH/Kissing ulcer HTT có ổ loét mặt sau HTT sâu tới gờ trên.

3 BN khâu cầm máu dạ dày, nổi vị tràng là XHTH do ung thư dạ dày lan rộng, không có chỉ định cắt DD.

1 BN thăm dò, mở thông HT là XHTH do ung thư dạ dày lan rộng

Kết quả giải phẫu bệnh và giai đoạn bệnh sau mổ (ung thư dạ dày)

Bảng 7. Giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	n	%
Ia	1	4,5
IIa	2	9,0
IIb	1	4,5
IIIa	5	22,7
IIIb	5	22,7
IIIc	2	9,0
IV	6	27,2
n	22	100

Bảng 8. Kết quả GPB

Giải phẫu bệnh	n	%
Adenocarcinom kém biệt hóa	13	59,0
Ung thư biểu mô tế bào nhân	5	23,0
TB tuyến nhày	1	4,5
Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa	2	9,0
Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao	1	4,5
n	22	100,0

Nhận xét: Ung thư biểu mô kém biệt hóa, tế bào nhân, tế bào tuyến nhày chiếm: 19/22 (86,4%).

Kết quả phẫu thuật chung. Không có trường hợp nào tử vong, không có bệnh nhân nào phải PT lại. Không có BN nào có apxe tồn dư hay rò môm tá tràng.

1 trường hợp rò mật/sau cắt 2/3 dạ dày. DL môm tá tràng, DL đường mật (XHTH do loét lớn mặt sau HTT thủng vào tụy và đường mật, sốc mất máu).

1 BN chảy máu tái diễn sau PT khâu cầm máu (Kissing ulcer), nổi vị tràng được điều trị nội khoa.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả NC cho thấy tuổi TB là 61,0 trong đó nam chiếm 82,1%, nữ 17,9%. Tuổi này cao hơn so với NC của Nguyễn Thăng Toàn[6]: 52,8±16,5 (nam 71,4%, nữ 28,6%) hay NC của Đào Văn Long [5] trên 1036 trường hợp XHTH không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là 54,8. Tuy nhiên tỷ lệ XHTH do ung thư dạ dày trong NC này là 78,57% (22/28). Như vậy XHTH do loét DD-TT trong số BN ung thư các loại tại NC chiếm 21,43%.

Mặt khác chúng tôi nhận thấy tỷ lệ BN có tiền sử loét DD-TT, thủng ổ loét DD-TT cũ chiếm 50% các trường hợp cho thấy đây là tỷ lệ rất cao

bệnh lý loét DD-TT/các BN ung thư các loại. Trong 4 BN được mổ cấp cứu vì XHTH do loét HTT chỉ có 1 BN được mổ ngay khi vào viện vì sốc mất máu/loét 2 mặt TT thủng vào tụy, mổ cắt 2/3 DD lấy tổn thương, dẫn lưu môm tá tràng, dẫn lưu đường mật, các BN còn lại đều đã được mổ bụng (2 BN do ung thư đại trực tràng, 1 BN đã mổ khâu thủng HTT cũ) cho thấy việc chẩn đoán và điều trị các tổn thương DD-TT/BN ung thư còn chưa đầy đủ, nhất là sau mổ. Nhiều BN loét DD-TT lớn không được điều trị nhưng lại dùng thuốc chống đông sau PT (2 BN sốc mất máu chuyển thẳng phòng mổ sau khi NSDD cấp cứu và clip cầm máu thất bại). Những BN được mổ cấp cứu do tổn thương ở tá tràng phần lớn đều có diễn biến lâm sàng nặng nề như mạch nhanh 120-140 l/ph. Huyết áp dao động thấp 60-70 mgHg, nôn máu đỏ liên tục số lượng lớn, sonde dạ dày có máu đỏ. Can thiệp qua NSDD (clip cầm máu) cũng như truyền máu và điều trị nội khoa tích cực không đạt kết quả (dùng PPI bolus và PPI truyền liên tục 72h) cho thấy những ổ loét mặt sau HTT có kích thước lớn đã thủng vào đầu tụy và động mạch vị tá tràng là những tổn thương rất nặng, gây sốc mất máu nhanh, triệu chứng lâm sàng rầm rộ. Kết quả PT có tỷ lệ không lấy được tổn thương chảy máu rất cao (3/4BN chiếm 75,0%). Chỉ có 1 BN mổ lấy được ổ loét chảy máu, dẫn lưu môm tá tràng (DII), dẫn lưu đường mật/BN ung thư xương đùi đã dùng thuốc chống viêm giảm đau non steroid nhiều năm.

Đánh giá các triệu chứng nặng XHTH do loét DD-TT trên 1036 BN của Đào Văn Long[5] cho thấy: Nôn máu 36,5%, sonde dạ dày có máu 2,2%, HA < 70 mmhg 1,1%.

Kết quả XN máu cho thấy có 28,6% BN thiếu máu nặng, 28,6% BN thiếu máu vừa, 42,8% thiếu máu nhẹ (biểu đồ 5), 82,1% BN phải truyền máu, 32,1% truyền ≥ 5 ĐV ĐV máu, 50,0% truyền < 5 ĐV máu. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với các NC trong nước của Nguyễn Thị Hạnh: 52,99% được truyền máu, số lượng máu TB: 3,45±2,53 [2], Trần Kinh Thành: 45,4% được truyền máu[2]

Trong 255 trường hợp XHTH do loét DD-TT của Đặng Chiêu Dương [1] chỉ có 4 BN phải mổ cấp cứu (1,56%). Tác giả này kết luận XHTH cao được NSDD tiêm xơ phối hợp với kẹp Clip có hiệu quả cầm máu cao hơn, giảm tỷ lệ chảy máu tái phát và tỷ lệ PT hơn so với tiêm Adrenalin đơn độc.

Đối với XHTH do ung thư dạ dày, chúng tôi thấy mức độ chảy máu thường không dữ dội. Chỉ có 1 BN Forrest IA, 3 BN Forrest IB, còn lại có tới

18/28 (64,3%) BN Forrest IIB và IIC (bảng 3).

Đánh giá kích thước khối u qua NSDD cho thấy có tới 50,0% khối u >5-10cm, 14,3% (4/28) khối u từ 3-5 cm, có 4 BN (14,3%) khối u thâm nhiễm chít hẹp nên không đánh giá được KT u qua NSDD (bảng 5). Mặt khác phối hợp với chụp CLVT có 50,0% các trường hợp KT U>2cm (Bảng 5), 54,5% CLVT có hạch.

Vị trí khối (UT) dạ dày qua PT cho thấy XHTH do ung thư thân vị có tỷ lệ thấp 13,7% trong khi UT môn vị, ung thư hang vị, UT hang môn vị xâm lấn lên cao chiếm tới 86,3%.

So sánh với kết quả GPB sau mổ chúng tôi thấy chỉ có 1 BN GĐ Ia (XHTH do loét dd/đã khâu thủng, loét ung thư hóa). Giai đoạn II là 3/22 (13,5%), giai đoạn III 13/22 (59,0%), GĐ IV 6/22(27,2%) (bảng 7) trong đó chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa, ung thư biểu mô tế bào nhẵn, tế bào tuyến nhày 19/22 (86,5%) (bảng 8). Như vậy có thể thấy rằng bệnh lý XHTH do ung thư dạ dày thường xuất hiện khá muộn phần lớn ở giai đoạn III-IV (86,2%), 50,0% khối u >5-10cm, có tới 86,3% các khối ung thư xuất phát từ hang môn vị, chiếm 86,5% là ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa, ung thư biểu mô tế bào nhẵn, tế bào nhày..

Đánh giá kết quả PT, chúng tôi thấy rằng: Tổn thương XHTH do loét tá tràng: 3/4 trường hợp là tổn thương chảy máu dữ dội do loét 2 mặt tá tràng (Kissing ulcer) là các tổn thương có KT lớn từ 2-3 cm, thủng vào động mạch vị tá tràng (Forrest Ia=2, Forrest Ib=1) gây sốc mất máu (mạch 120-140 lần/phút, HA<70-60 mmHg, vã mồ hôi, chân tay lạnh, lơ mơ). Cả 3 trường hợp này clip cầm máu qua NSDD thất bại, máu chảy dữ dội, phải chuyển thẳng từ phòng soi lên phòng mổ cấp cứu, một trường hợp loét 2 mặt tá tràng (gõi trên) thủng vào ĐM vị tá tràng, đầu tụy mổ cắt 2/3 DD lấy ổ loét, dẫn lưu móm tá tràng, dẫn lưu đường mật.

Hai BN còn lại mổ cấp cứu khâu cầm máu ổ loét mặt sau tá tràng, nối vị tràng. Một BN xuất hiện chảy máu tái diễn sau mổ dùng PPI truyền TM/72h (Nexium 5 ống/ngày), BN sau đó dừng chảy máu.

Tổn thương XHTH do loét dạ dày: 2 BN này mổ cắt dạ dày cầm máu cho kết quả tốt, GPB là loét mạn tính.

Tổn thương XHTH do ung thư dạ dày: 22/28 BN (78,57%). Chúng tôi cắt đoạn dạ dày, vét hạch DII 14/22, cắt toàn bộ dạ dày(DII): 2/22, Cắt TBDD cầm máu 2/22, mở dạ dày khâu cầm máu 3/22, khâu cầm máu, mở thông hồng tràng 1. Như vậy PT triệt căn là 16/22 BN (72,7%), PT

cắt dạ dày cầm máu, khâu cầm máu 6/22 BN (27,3%).



Hình 1: Sốc mất máu do loét mặt sau hành tá tràng thủng vào động mạch vị tá tràng (Mổ cấp cứu sau can thiệp Clip NSDD thất bại)

Kết quả PT chung cho thấy: Không có BN tử vong. Một BN rò mật sau mổ cắt 2/3DD lấy ổ loét tá tràng, dẫn lưu móm tá tràng, dẫn lưu đường mật điều trị nội khoa. Một BN chảy máu tái diễn sau mổ mở dạ dày cầm máu ổ loét mặt sau tá tràng, nối vị tràng được điều trị nội bằng PPI.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tuổi TB : 61,0; nam 82,1%, nữ 17,9%.
- Tiền sử: 50,0% có tiền sử loét DD-TT, 10,7% đã XHTH.
- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: 17,8% sốc mất máu, 67,9% mạch, huyết áp ổn định 35,7% nôn máu và ỉa phân đen, 64,3% ỉa phân đen, thiếu máu nặng 28,6%, thiếu máu vừa 28,6%, thiếu máu nhẹ: 42,8%.

+ XHTH do loét tá tràng: 14,1%, XHTH do UTDD 78,9%, XHTH do loét DD: 7,0%. Forrest Ia và Ib 25,0%, Forrest IIB và IIC: 75,0%.

+ 32,1% truyền ≥ 5 ĐV máu, 50,0% truyền < 5 ĐV máu, 17,9% không truyền máu. Mổ cấp cứu 25%, mổ cấp cứu trì hoãn 21,4%, mổ phiên 53,6%.

2. Xử trí phẫu thuật, kết quả phẫu thuật.

+ XHTH do loét tá tràng: Khâu cầm máu, nối vị tràng 10,7% (3/28), cắt 2/3 DD, lấy tổn thương, dẫn lưu móm tá tràng, dẫn lưu đường mật: 3,6%.

+ XHTH do UTDD: PT cắt đoạn DD, vét hạch DII: 20,0% (14/28), cắt TBDD, vét hạch triệt căn: 7,1%, cắt TBDD cầm máu 7,1%, khâu cầm máu, nối vị tràng 10,7%.

+ XHTH do loét DD: Cắt đoạn DD: 7,1% (2/28).

- Kết quả sớm: Không có BN tử vong, 1 BN rò mật sau mổ cắt 2/3DD do loét mặt sau tá tràng thủng vào ĐM vị tá tràng, dẫn lưu đường mật, dẫn lưu móm tá tràng điều trị nội. 1 BN tái XHTH sau mổ khâu cầm máu ổ loét HTT, nối vị tràng điều trị nội khoa bằng PPI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Đặng Chiêu Dương, Lê Văn Thiệu, Hoàn Thị Hiên:** Đánh giá kết quả tiêm, kẹp Clip vàesomeprazol (nexium) trong điều trị XHTH cao do loét dạ dày-tá tràng. Y học Việt nam (2015), 11, tr. (275-282).
- 2. Nguyễn Thị Hạnh:** Nghiên cứu đánh giá tiên lượng xuất huyết tiêu hóa trên theo thang điểm BLATCHFORD tại bệnh viện đa khoa Tiền giang.Y học Việt nam (2017)(9), tr. 302-308.
- 3. Đào Việt Hằng, Nguyễn Thanh Long, Trần Quốc Tiến, Đào Văn Long:** Đánh giá kết quả cầm máu can thiệp qua nội soi trong xuất huyết tiêu hóa trên tại bệnh viện đại học Y hà nội từ 2013-2017. Y học thực hành 1 (2018), tr.57-59.
- 4. Thái Nguyên Hưng, Trịnh Văn Tuấn:** Điều trị phẫu thuật chảy máu đường mật do sỏi có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm.Nghiên cứu Y học 83(2013), tr. 63-67.
- 5. Đào Văn Long và CS:** Nghiên cứu về xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa tại 17 bệnh viện lớn ở Việt nam. Y học Việt Nam 1(2015), tr. 109113).
- 6. Nguyễn Thắng Toàn:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa cao tại bệnh viện Việt Tiệp Hải phòng. Y học Việt Nam 11(2015), tr.102-107.
- 7. Alberti L.R, Santos R.S(2016):** Upper Gastrointestinal Bleeding in Oncological Patients Gastroenterology and Hepatology :open Acces .Volum 4.Isue 6.
- 8. Church N.I, Letard J.C (2011):** "Endoscopic treatment of upper gastrointestinal hemorrhage in patient with peptic ulcer", Gastrointestinal Endoscopy in Practice, Elsilver Churchill Livingstone, pp. 209-214.

TỈ LỆ TỬ VONG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN TIÊN LƯỢNG Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN

Nguyễn Ngọc Trang¹, Khổng Nam Hương², Phạm Thị Hồng Thi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ tử vong và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong ở người bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (VNTMNK). **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu được thực hiện trên bệnh nhân được chẩn đoán VNTMNK theo tiêu chuẩn DUKE cải tiến và điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2019 đến tháng 2/2021. Chỉ tiêu nghiên cứu: tử vong do mọi nguyên nhân trong bệnh viện và trong 6 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 49.7 ± 19.3, giới nam 64.5%. Trong quá trình điều trị, phẫu thuật được thực hiện ở 42,9% BN. Tỉ lệ tử vong trong bệnh viện là 10,3% và tỉ lệ tử vong trong 6 tháng là 25,4%. Trong phân tích đa biến, các yếu tố tiên lượng độc lập tử vong là số lượng bạch cầu (OR=1.17; KTC 95% 1.03-1.33), nồng độ ure máu (OR=1.26; KTC 95% 1.04 - 1.53), mức lọc cầu thận (OR=1.03; KTC 95% 1 - 1.07) và điều trị phẫu thuật (OR=0,03; KTC 95% 0,01-0,39).

Từ khóa: viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, tỉ lệ tử vong, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

MORTALITY AND PROGNOSTIC FACTORS OF INFECTIVE ENDOCARDITIS

Objectives: To investigate the mortality rate and find out some factorsthe prognosis of mortality in patients with infective endocarditis. **Subjects and**

methods: A retrospective, prospective descriptive study was conducted onpatients diagnosed with infective endocarditis according to improved DUKE criteria and treated at Bach Mai hospital from January 2019 to February 2021. Research target: all-cause mortality in hospital and in 6 months. **Results:** Mean age was 49.7 ± 19.3, male 64.5%. During treatment, surgery was performed in 42.9% of patients. The in-hospital mortality rate was 10.3% and the 6-month mortality rate was 25.4%. In multivariate analysis, the independent prognostic factors for death were white blood cell count (OR= 1.17; 95% CI 1.03 - 1.33), blood urea nitrogen level (OR=1.26; 95% CI 1.04 - 1.53). glomerular filtration rate (OR= 1.03; 95% CI 1 - 1.07) and surgical treatment (OR= 0.03; 95% CI 0.01-0.39).

Keywords: infective endocarditis, mortality, prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VNTMNK là bệnh lý nhiễm trùng nặng, có nhiều biến chứng và tỉ lệ tử vong cao^{1,2}. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, đặc biệt là điều trị phẫu thuật giúp sửa chữa các tổn thương cấu trúc van tim, dự phòng thuyên tắc mạch hệ thống, tuy nhiên tỉ lệ tử vong do VNTMNK vẫn còn cao, dao động từ 15% đến 30%³⁻⁵. Do vậy, việc xác định được sớm những bệnh nhân có nguy cơ cao xuất hiện biến chứng và tử vong dựa trên những chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng sẽ giúp cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân VNTMNK. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát tỉ lệ tử vong và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong của bệnh nhân VNTMNK.

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc

²Viện Tim mạch Việt Nam- Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Trang

Email: misscao168@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2021

Ngày duyệt bài: 19.11.2021