

ngừng tuần hoàn ngoại viện cho thấy các rối loạn trên điện tâm đồ chủ yếu là vô tâm thu và mất mạch còn điện tim [8].

2.4. Các triệu chứng khi bệnh nhân ngừng tuần hoàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu ngừng thở - ngừng tim là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 60,8%, sau đó đến SpO₂ (độ bão hoà oxy máu) giảm (42,2%) và tim chậm, rời rạc (39,2%) (Bảng 6). Dấu hiệu ngừng thở ngừng tim được xác định bằng mạch trung tâm không bắt được và không có tiếng tim khi nghe tim. Ngừng thở ngừng tim thường là giai đoạn muộn của ngừng tuần hoàn. Một số bệnh nhân ngừng thở ngừng tim trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu do ngừng tuần hoàn ngoại viện hoặc một số trường hợp ngừng tuần hoàn nội viện được phát hiện muộn. Giai đoạn này bệnh nhân thường cấp cứu ít hiệu quả và hoặc để lại di chứng thần kinh do thiếu oxy. Trong khi đó dấu hiệu SpO₂ giảm và nhịp tim chậm rời rạc cho thấy bệnh nhân được phát hiện ngừng tuần hoàn sớm. Trên thực tế, hầu hết các bệnh nhân ngừng tuần hoàn đều có quá trình diễn biến trước khi ngừng thở ngừng tim và dấu hiệu nhịp tim chậm rời rạc và SpO₂ giảm là dấu hiệu sớm cảnh báo bệnh nhân bị ngừng tuần hoàn Xử trí cấp cứu trong giai đoạn này thường hiệu quả thành công cao và ít để lại di chứng thần kinh cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 102 trẻ có cấp cứu ngừng tuần hoàn tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 6/2018 - 6/2019, chúng tôi đưa ra kết luận: Ngừng tuần hoàn thường gặp ở nhóm dưới

1 tuổi và chủ yếu xảy ra tại khoa cấp cứu và khoa hồi sức cấp cứu. Bệnh lý tim mạch, nhiễm khuẩn và hô hấp là các nguyên nhân thường gặp gây ngừng tuần hoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Melaku Bimerew, Adam Wondmieneh, Getnet Gedefaw, et al.** Survival of pediatric patients after cardiopulmonary resuscitation for in-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 2021; 47(1):118.
2. **Atkins D., Everson-Stewart S., Sears G.K., et al.** Epidemiology and outcomes from out-of-hospital cardiac arrest in children: the resuscitation outcomes consortium epistry-cardiac arrest. *Circulation*, 2009; 119: 148-4.
3. **Claudio Sandroni, Sonia D'Arrigo, Jerry P. Nolan, et al.** Prognostication after cardiac arrest. *Critical Care*, 2018; 22:150.
4. **Lopez-Herce J, Garcia C, Dominguez P, et al.** Characteristics and outcome of cardiorespiratory arrest in children. *Resuscitation*, 2004; 63: 311- 20.
5. **K. Maconochie, Robert Bingham, Christoph Eich, et al.** European Resuscitation Council Guidelines for esuscitation 2015 Section 6. Paediatric life support, *Resuscitation*, 2015; 95, 223-248.
6. **Martha Matamoros, Roger Rodriguez, Allison Callejas, et al.** In-hospital Pediatric Cardiac Arrest in Honduras. *Pediatric Emergency Care*, 2015; 31(1):31-5.
7. **Jung Lee, Wen-Chieh Yang, En-Pei Lee, et al.** Clinical Survey and Predictors of Outcomes of Pediatric Out-of-Hospital Cardiac Arrest Admitted to the Emergency Department, *Scientific Reports*, 2019; 9 (1):7032).
8. **Tania MiyukiShimoda-Sakano, Cláudio Schvartsman, Amélia.** GoreteReisEpidemiology of pediatric cardiopulmonary resuscitation. *Jornal de Pediatria*, 2020; 96 (4), 409-421.
9. **Morris MC, Nadkarni VM.** Pediatric cardiopulmonary -cerebral resuscitation: an overview and future directions. *Critical Care Clinics*, 2003; 19(3):337-6

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ RUỘT NON BẰNG NỘI SOI RUỘT NON BÓNG KÉP

Nguyễn Hoài Nam^{1,2}, Đào Văn Long²

TÓM TẮT

Nội soi ruột non bóng kép (NSRNBK) là kỹ thuật mới được áp dụng tại Việt Nam để điều trị xuất huyết tiêu hoá (XHTH) đại thể tại ruột non (RN). **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ áp dụng kỹ thuật, tỷ lệ

cầm máu thành công và tỷ lệ chảy máu tái phát của NSRNBK can thiệp ở bệnh nhân (BN) XHTH đại thể tại RN. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiền cứu. **Kết quả:** nghiên cứu trên 84 BN XHTH tại RN. Có 29/84 BN (34,5%) được cầm máu qua (nội soi) NS với 2 kỹ thuật cầm máu chính là kẹp clip (51,5%) và điện đông (39,4%). Kết quả 100% cầm máu thành công sau can thiệp NS, trong đó 6 BN cầm máu tạm thời được chuyển phẫu thuật điều trị triệt căn và 23 BN ổn định ra viện. Theo dõi dọc 23 BN điều trị bằng can thiệp NS trong thời gian trung bình 160,6 ± 86,5 tuần, có 4/23 BN (17,4%) chảy máu tái phát. **Kết luận:** can thiệp cầm máu qua NSRNBK là kỹ thuật được áp dụng để điều trị XHTH đại thể tại RN có hiệu quả.

¹Trung tâm Tiêu hoá - Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai.

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Nam

Email: namthbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.12.2021

Ngày duyệt bài: 13.01.2022

Từ khoa: xuất huyết tiêu hoá tại ruột non, nội soi ruột non bóng kép

Danh mục viết tắt: BN - bệnh nhân, XTTH – xuất huyết tiêu hoá, NS – nội soi, NSRNBK – nội soi ruột non bóng kép, RN: ruột non

SUMMARY

TREATMENT OF SMALL INTESTINAL BLEEDING BY DOUBLE-BALLOON ENTEROSCOPY

Double-balloon enteroscopy (DBE) is a new technique, which has been applied recently in Vietnam to treat overt small intestinal bleeding (OSIB). **The study objective:** to determine the rate of technique application, the successful hemostasis, and the re-bleeding rate of hemostasis therapeutic DBE in OSIB patients. **Research method:** progression description analysis. **Results:** the study was conducted on 84 patients with OSIB. There were 29/84 patients (34.5%) who received endoscopic hemostasis with 2 main techniques: clipping (51.5%) and electrocoagulation (39.4%). 100% of patients stopped bleeding after the endoscopic intervention, 6 patients were transferred to surgery for tumor lesions or Meckel's diverticulum and 23 patients were discharged from the hospital. Follow up of 23 patients with a mean period of 160.6 ± 86.5 weeks, 4/23 patients (17.4%) had recurrent bleeding. **Conclusion:** DBE hemostasis therapy was an effective method to treat OSIB.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hoá (XHTH) đại thể tại ruột non (RN) là bệnh hiếm gặp. Nội soi ruột non bóng kép (NSRNBK) là phương pháp ra đời năm 2001 đã giúp chẩn đoán bệnh và điều trị cho một số tổn thương phù hợp [1]. Hiện nay, cầm máu qua nội soi (NS) được chỉ định cho các bất

thường mạch máu nhỏ hoặc tổn thương đang chảy máu hoặc lộ điểm mạch, nhờ đó giúp bệnh nhân (BN) không phải phẫu thuật, tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ BN bị chảy máu tái phát, theo y văn từ 20 – 46% [2],[3],[4]. NSRNBK mới được áp dụng tại Việt Nam từ 2014 và cho đến hiện nay, chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả áp dụng của kỹ thuật này để cầm chảy máu cho tổn thương tại RN. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: xác định tỷ lệ áp dụng kỹ thuật, tỷ lệ cầm máu thành công và tỷ lệ chảy máu tái phát của NSRNBK can thiệp ở bệnh nhân (BN) XHTH đại thể tại RN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn BN: các BN được chẩn đoán XHTH đại thể tại RN bằng NSRNBK có phát hiện tổn thương nằm ở đoạn RN từ dưới papilla cho đến hết hồi tràng. Các tổn thương này được coi là nguyên nhân gây chảy máu RN khi đáp ứng được 1 trong 3 tiêu chuẩn dưới đây:

1. Tổn thương có dấu hiệu chảy máu khi làm NSRNBK, hoặc trên chụp cắt lớp vi tính hoặc phẫu thuật.
2. Tổn thương có dấu hiệu mới chảy máu đã tạm cầm như cổ cục máu đông bầm, lộ điểm mạch hoặc có máu ở đoạn RN quanh tổn thương.
3. Tổn thương đã cầm chảy máu, đáp ứng tiêu chuẩn là nguyên nhân XHTH xác định của Shinozaki và CS [2].

Bảng 0-1: Tiêu chuẩn xác định nguyên nhân gây XHTH tại RN cho các tổn thương đã cầm chảy máu theo Shinozaki và CS [2]

Tổn thương	Nguyên nhân XHTH xác định	Nguyên nhân không chắc chắn
Bất thường mạch máu	Loại 1B, typ 2, typ 3 và 4 theo phân loại YANO	Loại 1A không chảy máu
U/ polyp RN	có loét bề mặt, có tăng sinh mạch hoặc có kích thước > 2cm	u < 2cm không có loét bề mặt
Túi thừa RN	có loét	Không nhìn thấy loét
Loét RN	Đường kính > 1cm	Đường kính < 1cm

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân nghi ngờ XHTH tại ruột non nhưng NSRNBK không phát hiện tổn thương, hoặc phát hiện tổn thương ở nhóm nguyên nhân không chắc chắn theo Shinozaki và CS, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu. Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện vì XHTH tại RN là bệnh lý hiếm gặp, kết quả n = 84 BN.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: khoa Tiêu hoá, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội, trong thời

gian từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 5 năm 2020.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

a. Chẩn đoán nguyên nhân XHTH tại RN bằng NSRNBK







b. Chỉ định can thiệp cầm máu qua NSRNBK: áp dụng theo Hội NS tiêu hoá Nhật Bản, bao gồm [1]:

- Các tổn thương đang chảy máu
- Các tổn thương đã tạm cầm chảy máu, chỉ định can thiệp NS với:

+ Bất thường mạch máu (theo phân loại Yano): loại 1 (loạn sản mạch), loại 2 (tổn thương

Dieulafoy) và loại 3, 4 nếu kích thước < 1cm. phải Meckel) có lộ điểm mạch
 + Loét RN hoặc túi thừa RN (Meckel và không + Polyp chảy máu sẽ được cắt polyp qua NS

Bảng 0-2: phân loại Yano cho bất thường mạch máu [3]

Loại	Đặc điểm trên nội soi	Mô học
Loại 1A	 chấm xung huyết < 1mm, có hoặc không có chảy máu	Tổn thương loạn sản mạch
Loại 1B	 mảng xung huyết (vài mm), có hoặc không có chảy máu	
Loại 2A	 tổn thương chấm < 1mm, có chảy máu theo nhịp đập	Tổn thương Dieulafoy
Loại 2B	 điểm đỏ lồi lên, đập, không kèm giãn tĩnh mạch xung quanh	
Loại 3	 điểm đỏ lồi lên, đập, có kèm giãn tĩnh mạch xung quanh	Thông động tĩnh mạch
Loại 4	 ?	

c. Tiến hành các kĩ thuật cầm máu nội soi.

- Kẹp clip: áp dụng cho các tổn thương lộ điểm mạch

- Điện đông: áp dụng cho các tổn thương loạn sản mạch hoặc các tổn thương lộ điểm mạch nhỏ < 2mm.

- Tiêm cầm máu: áp dụng khi tổn thương chảy máu nhiều để giảm tốc độ dòng chảy, giúp xác định chính xác vị trí chảy để kẹp clip hoặc điện đông

- Cắt polyp bằng snare: áp dụng cho các polyp chảy máu

c. Can thiệp NS được chia làm 2 nhóm:

- Can thiệp cầm máu tạm thời: các tổn thương đã được cầm máu NS nhưng vẫn cần phẫu thuật triệt căn, gồm tổn thương u RN hoặc túi thừa Meckel chảy máu.

- Can thiệp NS là điều trị cầm máu chính, triệt để.

d. **Can thiệp cầm máu NS thành công:** là khi lâm sàng không có biểu hiện tái chảy máu trong vòng 12h sau thủ thuật.

e. **Các điều trị khác:** các tổn thương không có chỉ định can thiệp cầm máu nội soi sẽ được điều trị phẫu thuật hoặc điều trị nội khoa.

f. Theo dõi tái chảy máu

- Theo dõi BN bằng khám lâm sàng hoặc phỏng vấn qua điện thoại định kỳ hoặc ngay khi

tái chảy máu.

- Chẩn đoán XHTH tái phát khi BN có đại tiện phân đen hoặc phân máu toàn bãi và có thiếu máu (Hemoglobin < 130g/l ở nam và < 120g/l ở nữ hoặc giảm > 20g/l so với ra viện) hoặc phải truyền khối hồng cầu. BN được xác nhận chẩn đoán và điều trị tại cơ sở y tế.

Các biến số nghiên cứu chính

- Nguyên nhân gây XHTH tại RN
 - Tỷ lệ áp dụng cầm máu qua NSRNK và tỷ lệ thành công, các kĩ thuật cầm máu.
 - Tỷ lệ tái chảy máu sau khi ra viện

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng EPIDATA và được xử lý bằng SPSS 21 với thuật toán phân tích sống còn Kaplan-Meier và kiểm định Log rank. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Khía cạnh đạo đức của đề tài: Nghiên cứu đã thông qua hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Hà Nội (QĐ số 187/HĐĐĐĐHYHN).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 05/2015 đến 05/2020, nghiên cứu thu thập được 84 BN đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán XHTH tại RN. Kết quả nghiên cứu như sau:

Nguyên nhân XHTH tại RN và phương pháp điều trị**Bảng 0-3: nguyên nhân gây XHTH và phương pháp điều trị**

Nguyên nhân XHTH tại RN	N	%	Nội soi can thiệp		Phẫu thuật	Nội khoa
			ĐT chính	Tạm thời		
Bất thường mạch máu	20	23,8	16		3	1
Loại 1 (1A + 1B)	12		12			
Loại 2 (2A + 2B)	3		3			
Loại 3	1		0			
Loại 4	4		1			

Túi thừa	25		4	3		
Meckel	19	29,8	0	3	19	2
Không Meckel	6		4	0		
Khối u/ polyp	30	35,7	2	3	26	2 (**)
Loét	9	10,7	1		2	6
Tổng	84	100	23(27,4%)	6 (*)	50(59,5%)	11(13,1%)

(*) 6 BN cầm máu NS tạm thời được chuyển phẫu thuật (tính cho số liệu phẫu thuật)

(**) 1 u lympho RN lan toả và 1 u tuy giai đoạn 4 di căn RN, phổi, lách

Tỷ lệ áp dụng can thiệp cầm máu qua NSRNK bóng kẹp ở BN XHTH tại RN là 34,5% (29/84 BN), trong đó 27,4% BN được can thiệp cầm máu nội soi là điều trị chính và 7,1% BN can thiệp nội soi cầm máu tạm thời trước khi chuyển phẫu thuật.

Loại can thiệp cầm máu áp dụng qua NSRNK

Bảng 0-4: loại can thiệp cầm máu qua NS được áp dụng trong nghiên cứu

Loại tổn thương	N (tổn thương)	Tiêm Adrenalin	Kẹp clip	Điện đông(*)	Loop + cắt snare	Tổng số can thiệp
Bất thường mạch máu	16	1	6	12		19
Túi thừa	7		7			7
U/ polyp	5		3	1	2	6
Loét	1		1			1
Tổng	29	1	17	13	2	33

(*) 12 can thiệp điện đông bằng APC và 1 can thiệp bằng coagrasper.

Tỷ lệ tổn thương gây XHTH được can thiệp nội soi là: bất thường mạch máu 55,2% (16/29), túi thừa RN 24,1% (7/29), u/polyp 17,2% (5/29) và loét 3,5% (1/29). 51,5% (17/33) can thiệp cầm máu qua NS bằng kẹp clip và 39,4% (13/33) bằng điện đông.

Tỷ lệ cầm máu sau NSRNK can thiệp

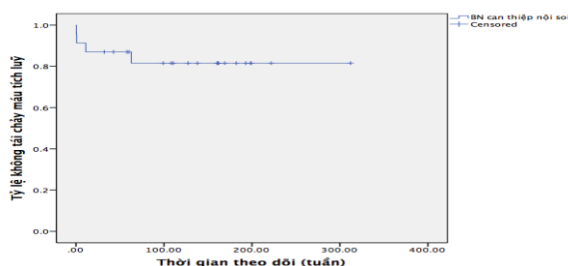
Bảng 0-5: Kết quả tức thì sau can thiệp cầm máu qua nội soi

Kết quả can thiệp cầm máu	N	%
Cầm máu và ra viện	23	74.2
Cầm máu tạm thời và chuyển mổ vì tổn thương cần điều trị phẫu thuật triệt căn*	6	25.8
Tổng	29	100.0

(*) phẫu thuật vì 3 tổn thương khối u và 3 tổn thương túi thừa Meckel

Tỷ lệ cầm máu sau NSRNK can thiệp là 29/29 BN, chiếm tỷ lệ 100%. Nghiên cứu không gặp biến chứng nặng như thủng, chảy máu... liên quan đến NS cầm máu.

Tỷ lệ tái chảy máu sau khi ra viện



Biểu đồ 0-1: phân tích Kaplan-Meier về tái chảy máu ở BN can thiệp NS

Theo dõi BN nhóm can thiệp NS trong khoảng thời gian trung bình là 122,2 ± 80,4 tuần [0,4 – 312,1 tuần], có 4 BN (17,4%) tái chảy máu với 3 tổn thương bất thường mạch máu và 1 tổn thương loét miệng nổi. Phân tích Kaplan-Meier cho thấy ở thời điểm 11 tuần (2,5 tháng) sau NS can thiệp, xác suất không tái chảy máu tích lũy là 87,0% và ở thời điểm từ 63 tuần (14 tháng) sau nội soi can thiệp, xác suất không tái chảy máu tích lũy là 81,5%.

Trong 4 BN XHTH tái phát, có 2 BN chảy máu lại trong vòng 7 ngày đã được NSRNK lần 2 và 1 BN can thiệp cầm máu bổ sung. 2 BN còn lại XHTH tái phát sau 30 ngày, có 1 BN chẩn đoán bất thường mạch máu loại 4 kích thước 1cm, NSRNK lần 2 tiên lượng không can thiệp triệt để được nên chuyển phẫu thuật. BN còn lại loét miệng nổi hồng- hồng trắng có tái chảy máu vài lần, cuối cùng được phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Trước đây, điều trị XHTH RN thường là phẫu thuật thăm dò cho BN chảy máu nặng, tái phát nhiều lần hoặc điều trị nội khoa nếu chảy máu nhẹ, tự cầm. NSRNK ra đời đã giúp chẩn đoán nguyên nhân và can thiệp cầm máu cho một số tổn thương phù hợp, tránh cho BN phải phẫu thuật. Theo hội NS Nhật Bản, can thiệp cầm máu NS được áp dụng cho các tổn thương mạch máu (chủ yếu cho YANO loại 1, 2 và loại 3, 4 nếu kích thước nhỏ <1cm) và các tổn thương khác (loét, túi thừa, khối u) đang chảy máu hoặc có lộ điểm mạch [1]. Áp dụng theo chỉ định này, nghiên cứu

chúng tôi thấy tỷ lệ BN được can thiệp cầm máu qua nội soi là 34,5% (Bảng 0-3), với 55,2% tổn thương là bất thường mạch máu, 24,1% là túi thừa RN, 17,2% là u/polyp và 3,5% là loét RN (Bảng 0-4). Kết quả 100% cầm máu, trong đó 74,2% ra viện thành công và 25,8% chuyển phẫu thuật điều trị triệt căn vì tổn thương u và túi thừa Meckel.

Các kĩ thuật cầm máu NS cho đường tiêu hoá trên đều có thể áp dụng ở RN, tuy nhiên do thành RN mỏng nên khuyến cáo ưu tiên kẹp clip hoặc điện đông bằng APC. Trong nghiên cứu này, 2 kĩ thuật được áp dụng nhiều nhất là kẹp clip (51,5%) và cầm máu điện đông (39,4%, với 12/13 BN là APC). Nghiên cứu của Yin và CS (Trung Quốc) ở 71 BN thấy tỷ lệ sử dụng điện đông APC là 43,7%, kẹp clip là 38,0% và tiêm cầm máu là 18,3% [4]. Hiện tại, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để tìm ra kĩ thuật can thiệp cầm máu NS riêng lẻ hoặc phối hợp nào là hiệu quả nhất khi áp dụng ở RN. Trong thực hành, việc áp dụng cầm máu ở RN tuỳ thuộc kinh nghiệm của bác sĩ NS, đặc điểm tổn thương, đặc tính kĩ thuật mỗi phương pháp và kết quả áp dụng ở một số nghiên cứu mô tả hồi cứu. Đối với các tổn thương lộ điểm mạch, chúng tôi áp dụng kĩ thuật kẹp clip. Với tổn thương nông như loạn sản mạch hoặc tổn thương lộ điểm mạch nhỏ < 2mm thì chúng tôi áp dụng cầm máu điện đông.

Tổn thương được chỉ định cầm máu NS nhiều nhất là các bất thường mạch máu nhỏ < 1cm, chủ yếu là loạn sản mạch và tổn thương Dieulafoy. Nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ tái chảy máu ở các tổn thương mạch máu được cầm máu NS là 23,5% (3/16 BN). Samaha và CS nghiên cứu ở 133 BN XHTH do bất thường mạch máu (85,7% là loạn sản mạch) thấy tỷ lệ cầm máu thành công là 97% và tỷ lệ tái chảy máu là 46% sau 3 năm [5]. Nghiên cứu của Sakai và CS với 68 BN loạn sản mạch RN được cầm máu bằng APC thấy tỷ lệ tái chảy máu là 33,8% sau thời gian theo dõi 30,5 tháng [6]. Do loạn sản mạch là tổn thương mắc phải, thường gặp khi lớn tuổi, nên có thể có nhiều tổn thương hoặc xuất hiện tổn thương mới và gây chảy máu tái phát ở vị trí khác hoặc chảy tái phát sớm do can thiệp cầm máu chưa triệt để. Tuy nhiên, May và CS thấy dù tỷ lệ tái chảy máu đáng kể nhưng việc cầm máu NS cho loạn sản mạch làm giảm rõ rệt tỷ lệ truyền máu (60% xuống 16%) và lượng máu truyền trung bình (9 xuống 2 đơn vị) [7]. Đối với tổn thương Dieulafoy, Lakovic và CS mô tả 10 BN được can thiệp NS thấy tỷ lệ thành công là 100%, tỷ lệ không tái chảy máu sau 14,5 tháng là

80% [8]. Các trường hợp chảy máu lại có thể can thiệp NS lại thành công hoặc phẫu thuật.

Đối với túi thừa RN, y văn chia làm 2 loại là túi thừa Meckel và túi thừa không Meckel. Việc cầm máu NS cho túi thừa Meckel chỉ là tạm thời vì không loại bỏ triệt để được nguyên nhân chảy máu là các mô dạ dày hoặc tụy lạc chỗ tiết ra các chất hoá học gây loét tổ chức xung quanh, do đó phải phẫu thuật cắt bỏ. Với túi thừa không Meckel, do không có mô lạc chỗ, nên gần đây một số tác giả đề xuất áp dụng NS can thiệp như là một lựa chọn đầu tiên. Chen và CS nghiên cứu 48 BN XHTH do túi thừa không Meckel, trong đó có 35/48 BN được can thiệp NS, thấy tỷ lệ cầm máu thành công là 85,7% (30/35 BN), trong số này có 20% tái chảy máu lại [9]. 5 BN cầm máu không thành công được phẫu thuật (n=3) và nút mạch (n=2). Nghiên cứu này hiện là nghiên cứu có số lượng BN lớn nhất, kết quả cho thấy NS cầm máu có thể hiệu quả để điều trị XHTH do túi thừa RN không Meckel. Chúng tôi cũng áp dụng phẫu thuật cho túi thừa Meckel và NS cầm máu cho túi thừa không Meckel kích thước nhỏ. Các tổn thương khối u thì điều trị NS chỉ là cầm máu tạm thời, sau đó thông thường sẽ phải điều trị triệt căn bằng phương pháp khác (phẫu thuật, hoá trị liệu...). Tuy nhiên tổn thương polyp lành tính gây chảy máu có thể bỏ được qua nội soi. Chúng tôi cũng cắt thành công 2/2 polyp chảy máu bằng snare và cầm máu nội soi thành công cho 1 tổn thương loét RN. Tuy nhiên do số lượng BN rất ít nên cần nghiên cứu đánh giá thêm.

Với xác suất không tái chảy máu tích lũy là 87,0% ở thời điểm 11 tuần (2,5 tháng) và 81,5% ở thời điểm 63 tuần (14 tháng) sau NS can thiệp, kết quả nghiên cứu thấy vẫn cần phải theo BN sau khi ra viện để có thể phát hiện tình trạng tái chảy máu sớm. Mặc dù có một tỷ lệ BN XHTH tái phát, tuy nhiên cầm máu qua NSRNK vẫn có giá trị trong việc xử trí BN XHTH tại RN vì đã giúp cho các BN tránh không phải can thiệp phẫu thuật, một phương pháp điều trị xâm lấn hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 84 BN XHTH tại RN, chúng tôi thấy tỷ lệ BN được áp dụng cầm máu qua NSRNK là 34,5% với 100% BN cầm máu thành công can thiệp. Tỷ lệ tái chảy máu sau khi ra viện ở nhóm BN được điều trị chính bằng NSRNK cầm máu là 17,4% trong thời gian theo dõi trung bình là 122,2 ± 80,4 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yamamoto, H., et al., Clinical Practice Guideline for Enteroscopy. Dig Endosc, 2017. 29(5): p. 519-546.

2. **Shinozaki, S., et al.**, Long-term outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding investigated by double-balloon endoscopy. Clin Gastroenterol Hepatol, 2010. **8**(2): p. 151-8.
3. **Yano, T., et al.**, Endoscopic classification of vascular lesions of the small intestine (with videos). Gastrointest Endosc, 2008. **67**(1): p. 169-72.
4. **Yin, A., et al.**, Diagnosis and therapy using double-balloon endoscopy for small bowel disease: experience from a Chinese tertiary hospital. J Int Med Res, 2020. **48**(10): p. 300060520959489.
5. **Samaha, E., et al.**, Long-term outcome of patients treated with double balloon enteroscopy for small bowel vascular lesions. Am J Gastroenterol, 2012. **107**(2): p. 240-6.
6. **Sakai, E., et al.**, Frequency and risk factors for rebleeding events in patients with small bowel angioectasia. BMC Gastroenterol, 2014. **14**: p. 200.
7. **May, A., et al.**, Long-term outcome after argon plasma coagulation of small-bowel lesions using double-balloon enteroscopy in patients with mid-gastrointestinal bleeding. Endoscopy, 2011. **43**(9): p. 759-65.
8. **Dulic-Lakovic, E., et al.**, Bleeding Dieulafoy lesions of the small bowel: a systematic study on the epidemiology and efficacy of enteroscopic treatment. Gastrointest Endosc, 2011. **74**(3): p. 573-80.
9. **Chen, Y.Y., et al.**, Enteroscopic Diagnosis and Management of Small Bowel Diverticular Hemorrhage: A Multicenter Report from the Taiwan Association for the Study of Small Intestinal Diseases. Gastroenterol Res Pract, 2015. **2015**: p. 564536.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI VIỆN SỨC KHOẺ TÂM THẦN, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2020 - 2021

Lê Thị Hương^{1,2}, Trần Thị Hà An², Bùi Nguyễn Hồng Bảo Ngọc²
Hoàng Thị Nga², Nguyễn Thị Nghĩa², Nguyễn Thị Tinh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh tâm thần phân liệt là bệnh loạn thần nặng, căn nguyên chưa rõ ràng. Biểu hiện lâm sàng của bệnh đa dạng với nhiều nhóm triệu chứng khác nhau. Bệnh tiến triển mạn tính, bệnh nhân dần dần sa sút, mất khả năng lao động, sinh hoạt và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 153 bệnh nhân tâm thần phân liệt được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ICD - 10, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2021. **Kết quả:** Tâm thần phân liệt gặp ở nam và nữ với tỷ lệ tương đương nhau, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 32,71±10,82. Thể bệnh hay gặp nhất là Paranoid (90,1%), thời gian bị bệnh từ 5 - 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (29,4%), đa phần các bệnh nhân tuân thủ điều trị một phần (56,2%). Các bệnh nhân có rối loạn nhiều mặt trong hoạt động tâm thần, trong đó 66,7% bệnh nhân có ảo giác, 80,4% bệnh nhân có hoang tưởng, 69,9% bệnh nhân lo lắng, căng thẳng. Có tới 68% bệnh nhân chán ăn/ăn kém và 54,9% bệnh nhân ngủ ít hơn 2h/đêm. Kết quả chăm sóc, điều trị thuyên

giảm một phần chiếm tỷ lệ cao nhất với 66%. **Kết luận:** Tâm thần phân liệt gặp ở nam và nữ tương đương nhau, thể bệnh hay gặp nhất là Paranoid với thời gian bị bệnh từ 5 - 10 năm, đa phần các bệnh nhân tuân thủ điều trị một phần. Các bệnh nhân có rối loạn nhiều mặt trong hoạt động tâm thần trong đó hoang tưởng, ảo giác chiếm tỷ lệ rất cao. Kết quả chăm sóc, điều trị thường là thuyên giảm một phần.

Từ khóa: tâm thần phân liệt, đặc điểm lâm sàng, kết quả chăm sóc, điều trị.

SUMMARY

RESULTS OF CARE AND TREATMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH - BACH MAI HOSPITAL IN 2020 - 2021

Background: Schizophrenia is a severe psychotic illness with etiology is unclear. Clinical manifestations of the disease are diverse with several symptom domains. It is a chronic disease. Patients with schizophrenia gradually deteriorates, lose their ability to work and live, and become a burden to their family and society. **Research objective:** To describe clinical characteristics of schizophrenic inpatients who were treated in the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 153 inpatients with schizophrenia diagnosed according to ICD-10 criteria at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital from January 2021 to October 2021. **Results:** Schizophrenia was found in men and women at the same rate, the average age of the study group was 32.71±10.82. The most common type of disease was paranoid schizophrenia (90.1%), the disease duration from 5 to 10 years accounts for the highest rate

¹Đại học Thăng Long

²Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hương

Email: lehuong88.tbyt@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2021

Ngày duyệt bài: 10.01.2022