

Điểm CLCS thuộc lĩnh vực đau và hạn chế cơ năng có điểm trung bình thấp hơn so với lĩnh vực tâm lý xã hội tại các thời điểm nghiên cứu ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ologunde R. and McLeod N.M.H.** (2018). Use of patient-reported outcome measures in oral and maxillofacial trauma surgery: a review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 56(5), 371–379.
2. **Lewandowski B., Szeliga E., Czenczek-Lewandowska E., et al.** (2018). Comparison of oral-health-related quality of life in patients in the short- and long-term period following lower-facial injury and fractures – preliminary report. *Dental and Medical Problems*, 55(1), 57–62.
3. **Sikora M., Chlubek M., Grochans E., et al.** (2019). Analysis of Factors Affecting Quality of Life in Patients Treated for Maxillofacial Fractures. *IJERPH*, 17(1), 4.
4. **Boljevic T., Vukcevic B., Pajic S., et al.** (2019). Oral health-related quality of life of patients undergoing different treatment of facial fractures: The OHIP-14 questionnaire. *Nigerian journal of clinical practice*, 22, 1213–1217.
5. **Soh C.L., Tan P.G., and Mohd Nor N.** (2021). Oral health related quality of life after treatment in maxillofacial trauma patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*, 33(3), 267–271.
6. **Conforte J.J., Alves C.P., Sánchez M. del P. R., et al.** (2016). Impact of trauma and surgical treatment on the quality of life of patients with facial fractures. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 45(5), 575–581.
7. **Omeje K.U., Adebola A.R., Efunkoya A.A., et al.** (2015). Prospective study of the quality of life after treatment of mandibular fractures. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 53(4), 342–346.
8. **Viozzi C.F.** (2017). Maxillofacial and Mandibular Fractures in Sports. *Clinics in Sports Medicine*, 36(2), 355–368.

SO SÁNH KẾT QUẢ CẦM MÁU BẰNG KẸP CLIP VÀ KẸP CLIP KẾT HỢP VỚI TIÊM CẦM MÁU Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Hoàng Văn Chương¹, Nguyễn Thanh Nam¹, Nguyễn Công Long¹

TÓM TẮT

Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng là một trong nguyên nhân phổ biến dẫn tới nhập viện liên quan đến bệnh lý tiêu hóa. Nội soi can thiệp kẹp clip là một phương pháp cầm máu an toàn với xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng, đã có một vài thử nghiệm lâm sàng đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Tuy nhiên nghiên cứu đánh giá hiệu quả kẹp clip phối hợp với các phương pháp khác vẫn còn ít. **Mục tiêu:** So sánh kết quả can thiệp cầm máu giữa kẹp clip đơn thuần và kẹp clip kết hợp với tiêm cầm máu bằng adrenalin 1/10.000 ở bệnh nhân XHTH do loét dạ dày tá tràng. **Phương pháp:** Từ tháng 11/2016 đến tháng 9/2017, 50 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu với các mức độ Forrest Ia, Ib, IIa, IIb được chia thành 2 nhóm. Nhóm đầu tiên được tiến hành kẹp clip đơn thuần (N= 21) và nhóm thứ hai được kết hợp tiêm cầm máu adrenalin và kẹp clip (N=29). Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi ít nhất 72 giờ. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân đều được can thiệp qua nội soi ban đầu thành công. Trong vòng 72 giờ, có ba bệnh nhân (14,3%) bị xuất huyết tái phát trong nhóm kẹp clip đơn thuần và một bệnh nhân (3,4%) trong nhóm kết hợp. Tất cả bệnh nhân xuất

huyết tái phát đều được tiến hành nội soi lần 2, ba bệnh nhân trong nhóm kẹp clip cầm máu thành công, tuy nhiên bệnh nhân thuộc nhóm kết hợp cầm máu thất bại sau đó chuyển phẫu thuật, không có bệnh nhân nào tử vong. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về khối lượng máu truyền, thời gian nằm viện, tỉ lệ phẫu thuật cấp cứu, tỉ lệ tử vong. **Kết luận:** Phương pháp kết hợp kẹp clip và tiêm cầm máu không chứng minh hiệu quả hơn so với kẹp clip đơn thuần. **Từ khóa:** XHTH do loét DD-TT, hemoclip, tiêm adrenalin

SUMMARY

COMPARISON OF THE RESULTS OF HEMOSTASIS BY CLIP AND CLIP COMBINED WITH ADRENALIN INJECTION IN GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO GASTRODUODENAL ULCERS

Bleeding peptic ulcer is the most common cause of hospitalization due to gastrointestinal disease. The endoscopic hemoclip method is a safe and effective hemostatic therapy for managing bleeding peptic ulcer, there have been few randomized clinical trials to evaluate their efficacy. However, there are not many studies evaluating the hemostatic efficacy of endoscopic hemoclip in combination with other methods. Objective: To compare bleeding control efficacy of hemoclip versus hemoclip combined with 1/10.000 adrenalin injection peptic ulcer bleeding. Methods: From November 2016 to September 2017, a total of 50 patients with Forrest Ia, Ib, IIa, IIb were divided to 2 groups. The first group received endoscopic hemoclip (N=21) and the second one was

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Chương

Email: hoangvanchuong176@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023

injected adrenalin combined with hemoclip (N=29). All of patients followed-up within at least 72 hours. Results: All patients were controlled bleeding during endoscopy procedure. Rebleeding occurred in three patients (14,3%) in the hemoclip group and one patient (3,4%) in the combined group ($P > 0,05$). All of rebleeding patients were performed second hemostatic endoscopic. Three patients in the hemoclip group were successful, but we failed to obtain hemostasis with the patient of combined group. After that, this patient was transferred to surgery department, no mortality was recorded. There was no statistically significantly difference between the two groups in the volume of blood, duration of hospital stay, the rate of operation and mortality. Conclusion: The combined method does not provide substantial advantage over the hemoclip method alone in the hemostatic management of bleeding peptic ulcers. **Keywords:** Bleeding peptic ulcer, hemoclip, adrenalin injection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa là một cấp cứu thường gặp trong nội khoa và ngoại khoa, chiếm 160 ca/100.000 người nhập viện mỗi năm ở Mỹ, phần lớn là xuất huyết tiêu hóa cao không giãn vỡ tĩnh mạch (80-90%), với loét DD-TT chiếm phần lớn 60/100.000 người dân [1].

Nội soi là phương pháp đã chứng minh giúp làm giảm tỷ lệ chảy máu tái phát cũng như tỷ lệ phẫu thuật, tử vong. Tuy nhiên sau cầm máu qua nội soi vẫn còn khoảng 15-20% bệnh nhân bị xuất huyết lại.

Các tác giả khuyến cáo kết hợp các phương pháp như tiêm cầm máu và kẹp clip cho ổ loét đang chảy máu khó can thiệp. Tuy nhiên, sự kết hợp này liệu tốt hơn kẹp clip đơn thuần hay không vẫn còn tranh cãi, một vài nghiên cứu nhỏ đã thất bại trong việc chứng minh tính hiệu quả của kết hợp này.

Ở Việt Nam, đã có một vài nghiên cứu đánh giá hiệu quả của nội soi can thiệp cầm máu và PPI tĩnh mạch trong điều trị chảy máu ổ loét dạ dày tá tràng. Tuy nhiên, chưa có nhiều dữ liệu được thực hiện tại Việt Nam để so sánh giữa sử dụng một phương pháp can thiệp cầm máu và phối hợp nhiều phương pháp can thiệp cầm máu.

Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả cầm máu bằng kẹp clip và kẹp clip kết hợp với tiêm cầm máu ở bệnh nhân XHTH do loét dạ dày - tá tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân XHTH do loét DDTT được can thiệp cầm máu qua nội soi tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2016 đến tháng 09/2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tuổi ≥ 16 bị XHTH do loét DDTT.
- Đã tiến hành cầm máu nội soi bằng kẹp clip đơn thuần hoặc kết hợp tiêm dung dịch Adrenalin 1/10.000 và kẹp Clip.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại bệnh nhân

- Bị bệnh ác tính, nội soi nghi ngờ K dạ dày hoặc hẹp môn vị.

- Bệnh hô hấp, gan, thận nặng.

- Rối loạn đông máu nặng.

- XHTH do nguyên nhân khác xảy ra đồng thời.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu có đối chứng.

Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm cơ bản, theo mẫu bệnh án.

- Nội soi DD-TT trong vòng 24 giờ từ khi nhập viện.

- Bệnh nhân được chia 2 nhóm: Một nhóm cầm máu bằng kẹp clip đơn thuần, nhóm còn lại kết hợp tiêm Adrenalin 1/10.000 và kẹp clip. Bệnh nhân được lựa chọn vào mỗi nhóm dựa theo kinh nghiệm của nhà nội soi tiến hành thủ thuật.

- Cầm máu ban đầu hiệu quả khi quan sát và bơm rửa không còn thấy chảy máu tại ổ loét (ít nhất trong 1 phút).

- Theo dõi dấu hiệu XHTH tái phát bằng lâm sàng, công thức máu ít nhất 1 lần hằng ngày như: nôn máu hoặc sonde dạ dày có máu sau soi 6 giờ, phân đen sau khi đã vàng trở lại, mạch > 110 lần/phút hoặc huyết áp tâm thu < 90 mmHg sau khi đã ổn định, Hb giảm > 20 g/l trong 24 giờ, soi dạ dày có xuất huyết tái phát.

- Điều trị nội khoa bằng PPI theo phác đồ: Tiêm Esomeprazole tĩnh mạch liều bolus 80mg, sau đó duy trì 8mg/h trong 72 giờ.

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân ở 3 thời điểm: vào viện (trong vòng 24 giờ), cầm máu ban đầu lúc nội soi và sau 72 giờ.

- Những trường hợp nghi ngờ XHTH tái phát được chỉ định nội soi điều trị lần 2.

- Chỉ định phẫu thuật nếu nội soi điều trị thất bại.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 20.0, mức ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân và người nhà được giải thích mục đích, ý nghĩa của phương pháp cầm máu, ký vào giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật. Các thông tin được đảm bảo giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 10/2016 đến tháng

9/2017 có 50 bệnh nhân bệnh nhân xuất huyết do loét DD-TT Forrest Ia, Ib và IIa, IIb đủ tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu của chúng tôi.

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Kẹp Clip N=21	Tiêm + Kẹp Clip N=29	P
Tuổi và giới			
Tuổi	51,5 ± 20,2	44,6 ± 18,1	0,21
Nam N(%)	15 (71,4%)	23 (79,3%)	0,52
Nam/nữ	2,5	3,8	
Tiền sử N(%)			
XH do loét DD-TT	11 (52,3%)	14 (48,3%)	0,25
Hút thuốc lá	7 (33,3%)	9 (31,0%)	0,45
Uống rượu	6 (28,5%)	7 (24,1%)	0,47
Bệnh đồng mắc	7 (35%)	6 (20,7%)	0,27
NSAID	3 (14,3%)	2 (6,89%)	0,64
Loét DD-TT	0 (0%)	3 (1%)	0,77
T/c cơ năng N(%)			
Phân đen	21 (100%)	28 (96,6%)	1,00
Đau thượng vị	15 (71,4%)	19 (65,5%)	0,66
Hoa mắt chóng mặt	13 (61,9%)	14 (48,3%)	0,34
Buồn nôn	8 (38,1%)	9 (32,1%)	0,67
Nôn máu	8 (38,1%)	10 (34,5%)	0,79
Phân máu đen + máu đỏ	2 (9,5%)	4 (13,8%)	1,00
Huyết động vào viện			
Mạch (lần/phút)	103 ± 16,9	97,0 ± 14,7	0,19
H/a tâm thu (mmHg)	114,2±22,8	117,9±16,7	0,54
H/a tâm trương (mmHg)	68,0 ± 12,7	69,7 ± 10,1	0,59
Shock N(%)	3 (14,3%)	3 (10,3%)	0,22
Cận lâm sàng			
Ure (mmol/l)	10,0 ± 3,0	9,4 ± 6,5	0,70
Hemoglobin (g/l)	89,0 ± 25,4	101,6±28,4	0,11
Hồng cầu (T/l)	3,1 ± 1,0	3,5 ± 1,0	0,19
Hct	0,26 ± 0,08	0,29 ± 0,08	0,18
Điểm Rockall sau nội soi	4,86 ± 1,56	4,21 ± 1,01	0,10

Nhận xét: Tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 89 tuổi. Tỷ lệ XHTH cao nhất gặp ở nhóm tuổi 30-49 chiếm 40%, nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi chiếm 7%. Tỷ lệ nam chiếm 76% và nữ chiếm 12%. Tiền sử loét DD-TT chảy máu chiếm nhiều nhất với 50%. Tiền sử dụng NSAID gần đây tỷ lệ ít nhất với 10%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp đi ngoài phân đen chiếm 98%, tỷ lệ shock mất máu gặp ở 12%. Không có sự khác biệt về tình trạng huyết động cũng như triệu chứng lâm sàng

lúc nhập viện giữa hai nhóm.

Nồng độ Hb trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 96,3 ± 27,6 g/l. Nồng độ Hb, số lượng hồng cầu, tỷ lệ HCT, nồng độ ure, điểm Rockall, Blatchford không có sự khác biệt ở 2 nhóm (p>0,05).

3.2. Đặc điểm nội soi dạ dày-tá tràng của nhóm nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương nội soi loét dạ dày - tá tràng

Đặc điểm N (%)	Kẹp Clip N=21	Tiêm + Kẹp clip N=29	P
Loét dạ dày	5 (23,8%)	3 (10,3%)	
Bờ cong nhỏ	1 (4,8%)	2 (6,9%)	
Thân vị	1 (4,8%)	1 (3,4%)	0,26
Môn vị	2 (9,5%)	0 (0%)	
Hang vị	1 (4,8%)	0 (0%)	
Loét tá tràng	16 (76,2%)	26 (89,7%)	
Mặt trước	15 (71,4%)	23 (79,3%)	0,26
Mặt sau	1 (4,8%)	3 (10,3%)	
Kích thước ổ loét			
< 1 cm	16 (76,2%)	25 (86,7%)	0,36
1 – 2 cm	5 (23,8%)	4 (13,8%)	
Phân độ Forrest			
IA	0 (0%)	2 (6,9%)	
IB	11 (52,4%)	20 (69%)	0,09
IIA	9 (42,9%)	4 (13,8%)	
IIB	1 (4,8%)	3 (10,3%)	
Test thử C14 H.pylori dương tính	14/18 (77,8%)	21/23 (93,1%)	0,38

Nhận xét: XHTH do loét HTT gặp 82%, trong đó loét mặt trước 76%. Kích thước ổ loét < 1cm chiếm 82%, hình ảnh ổ loét theo phân độ forrest IB 62%. Tỷ lệ Hp (+) 85,4%.

3.2. Nhận xét về kết quả điều trị XHTH do loét hành tá tràng

Bảng 3. Kết quả điều trị can thiệp của 2 nhóm

Tình trạng (N %)	Kẹp Clip N=21	Tiêm + Kẹp Clip N=29
Xuất huyết tái phát trong vòng 72h giờ	3 (14,3%)	1 (3,4%)
P (Fisher's test)		0,19
Vị trí loét		
Mặt trước HTT	1 (4,8%)	
Thân vị	1 (4,8%)	1 (3,4%)
Bờ cong nhỏ	1 (4,8%)	
Can thiệp nội soi lần 2	3(14,3%)	1 (3,4%)
Tiêm + kẹp clip lần 2	2(9,5%)	1 (3,4%)
Can thiệp ngoại khoa	0 (0%)	1 (3,4%)
Tử vong	0 (0%)	0 (0%)
Số ngày nằm viện trung bình (ngày)	4,0 ± 1,5	3,7 ± 1,2

Số đơn vị khối hồng cầu truyền	2,67±3,32	2,31±2,56
---------------------------------------	-----------	-----------

Nhận xét: XHTH tái phát gặp 3 (14,3%) ở nhóm kẹp clip đơn thuần, 1 (3,4%) BN nhóm kết hợp ($P>0,05$). Các BN đều nội soi can thiệp lần 2, có 3 BN cầm máu thành công, 1 BN cần can thiệp ngoại khoa ở nhóm kết hợp. Không có BN tử vong, không có sự khác biệt giữa số ngày nằm viện và đơn vị máu truyền trung bình giữa 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $47,5 \pm 19,1$ tương tự với các tác giả trong nước như Trần Thị Thanh Hào ($48,9 \pm 17,8$) [2]. Thấp hơn so với Sung (2009) là $62,1 \pm 10,3$ [3]. Điều này có thể liên quan đến việc dùng NSAIDs, aspirin, thuốc chống đông ở các nước phát triển phổ biến hơn. Về giới, tỷ lệ nam/nữ = 3,17 không quá khác biệt với các tác giả trong và ngoài nước.

4.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng. Hay gặp nhất là đi ngoài phân đen 98%, nôn máu 36%, đi ngoài phân đen lẫn máu đỏ 12% tương tự Đặng Chiêu Dương (2015) với 97,3% phân đen, 49% nôn máu, 8% phân đỏ nâu. Tỷ lệ BN gặp shock mất máu ở thời điểm nhập viện là 10%, tương đồng với Wang (2015) là lần lượt là 6%, 14% [4].

4.3. Yếu tố phối hợp. Tiền sử XHTH do loét DD-TT cao nhất chiếm 50%, tương tự Lê Hùng Vương (2006) 49,6%, Wang (2015) 49,1% [4-5]. Các bệnh lý kèm theo gặp ở 26% bệnh nhân, sử dụng NSAID chỉ gặp 10%. Tỷ lệ này thấp hơn Nunoue (2015) bệnh lý kèm theo gặp 45,5%, sử dụng NSAID, Aspirin 48,2%, có thể là do độ tuổi trung bình của các nghiên cứu nước ngoài cao hơn nên nguy cơ gặp bệnh lý kèm theo, tim mạch lớn hơn [6].

4.4. Đặc điểm cận lâm sàng. Nồng độ Hb trung bình thời điểm nhập viện là $96,3 \pm 27,6$ g/l, số BN Hb < 70 g/l chiếm 22%, 70 – 100 g/l chiếm 30%, ≥ 100 g/l chiếm 48%. Mức độ mất máu nhẹ chiếm ưu thế, mức độ nặng phải truyền máu chưa đến 1/3 bệnh nhân. Các bệnh nhân đều có Rockall ≥ 3 điểm, nhóm nguy cơ trung bình 3-5 điểm chiếm 80%, nguy cơ cao ≥ 6 điểm chiếm 20%, Bệnh nhân có điểm Blatchford trung bình là $11,1 \pm 2,1$, thấp nhất 7 điểm, cao nhất 15 điểm, cao hơn Quách Tiến Phòng (2015) là $7,8 \pm 3,9$ điểm, tuy nhiên nghiên cứu này tiến hành ở các bệnh XHTH trên nên đặc điểm xuất huyết có thể nhẹ hơn [7].

4.5. Đặc điểm ổ loét dạ dày – tá tràng gây xuất huyết. Theo phân loại Forrest, tỷ lệ

Forrest Ib 62%, Forrest IIa 26%, Forrest IIB 8%, ít nhất Forrest Ia 6,9%, tương tự Đặng Chiêu Dương (2015) đa số XHTH do loét DDTT là Forrest Ib 40%, Forrest Ia ít nhất 9,4% [8]. Các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả tương đồng Sung (2009) [6]. Nghiên cứu của chúng tôi, 16% BN loét dạ dày, 84% loét hành tá tràng trong đó loét mặt trước gặp 4 lần loét mặt sau, phù hợp với các tác giả hầu hết loét hành tá tràng chiếm ưu thế.

4.5. Nhận xét về kết quả điều trị trong vòng 72 giờ. Tỷ lệ cầm máu sau nội soi lần đầu đạt 100%. Nhóm kẹp clip đơn thuần có 3 (14,3%) bệnh nhân XHTH tái phát trong vòng 72 giờ. Ngược lại, chỉ có 1 (3,4%) bệnh nhân thuộc nhóm kết hợp XHTH tái phát. Ở các bệnh nhân này, tổn thương nội soi lần đầu tiên gặp 50% Forrest Ib, 50% Forrest IIa. Về vị trí tổn thương, 50% gặp ở mặt trước hành tá tràng đều có kích thước 2 cm, 25% ở thân vị và 25% ở bờ cong nhỏ kích thước 0,8cm. Mặc dù, tỷ lệ bệnh nhân XHTH ít hơn, nhưng kết hợp 2 phương pháp không có ý nghĩa hơn so với nhóm kẹp clip đơn thuần.

Biểu hiện shock lúc nhập viện có tỷ lệ XHTH tái phát trong 72 giờ là 50%, nhiều hơn có ý nghĩa so với BN không có biểu shock 2,3% ($p<0,05$). Theo Garcia-Iglesias huyết động không ổn định lúc vào viện tăng nguy cơ XHTH tái phát 3,3 lần [9].

XHTH tái phát phần lớn ở ngày thứ 3, chỉ có 1 bệnh nhân cùng ngày với ngày can thiệp. Chảy máu lại ở nhóm Hb < 80g/l lúc vào viện 22,2%, cao hơn có ý nghĩa so với Hb ≥ 80 g/l là 0% ($p<0,05$). Garcia-Iglesias cho thấy Hb < 100g/l tăng tỉ lệ XHTH tái phát 1,87 lần [9].

Tuổi trung bình của bệnh nhân XHTH tái phát $60,0 \pm 20,2$ tuổi, hai bệnh nhân lớn tuổi nhất 77 và 88 tuổi. Tuổi cao trên 60 khác biệt có ý nghĩa về nguy cơ XHTH tái phát. Do cỡ mẫu chúng tôi còn ít nên chưa đánh giá được nguy cơ liên quan đến tuổi.

Bệnh nhân Rockall ≥ 6 điểm sau nội soi lần 1 có XHTH tái phát chiếm 30%, ngược lại Rockall 3-5 điểm XHTH tái phát ít hơn 2,5%, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm Rockall có khả năng dự báo XHTH tái phát trong 72 giờ, khi mà diện tích dưới đường cong ROC là 0,891 ($p<0,05$), với giá trị cut off là 6 điểm.

Nghiên cứu của Đặng Chiêu Dương (2015) với 255 BN nhóm không tiêm – kẹp clip XHTH tái phát 4,7%, nhóm tiêm + kẹp clip XHTH tái phát thấp hơn là 2,8% [8].

4.6. Nhận xét về tỷ lệ phẫu thuật và tử

vong. Bệnh nhân XHTH tái phát đều được tiến hành nội soi can thiệp lần hai, ba bệnh nhân được kết hợp tiêm cầm máu và kẹp clip, một bệnh nhân vẫn tiến hành kẹp clip đơn thuần. Kết quả can thiệp lần 2 cho thấy, ba bệnh nhân cầm thành công, một bệnh nhân can thiệp thất bại được mổ cấp cứu. Không có bệnh nhân nào tử vong trong thời gian nằm viện.

Bệnh nhân chuyển mổ cấp cứu do ổ loét hành tá tràng lớn 2 cm chảy nhiều máu không nhìn rõ được tổn thương, tình trạng tụt áp không thể tiến hành nội soi can thiệp kéo dài, đã được xử trí ngoại cắt đoạn tá tràng. Nghiên cứu của Garcia-Iglesias (2011) cũng chỉ ra rằng ổ loét kích thước ≥ 2 cm tăng nguy cơ XHTH tái phát 2,81 lần [9]. Các tác giả nước ngoài tỷ lệ vong cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp này do bệnh lý kèm theo trong thời gian nằm viện, không phải trực tiếp do XHTH.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 50 bệnh nhân bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng được nội soi can thiệp cầm máu bằng kẹp clip đơn thuần hoặc kẹp clip kết hợp tiêm cầm máu bằng Adrenalin 1/10.000. Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ tái xuất huyết, tỉ lệ cần can thiệp ngoại khoa và tử vong trong vòng 72 giờ giữa hai nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gralnek I.M., Barkun A.N. và Bardou M.** (2008). Management of Acute Bleeding from a

Peptic Ulcer. New England Journal of Medicine, 359 (9), 928-937.

2. **Trần Thị Thanh Hào** (2010). "Đánh giá kết quả tiêm cầm máu qua nội soi kết hợp rabeprazole (Rabeloc) tĩnh mạch liều cao ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét hành tá tràng", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Sung J. Y., Barkun A., Kuipers E. J., et al.** (2009). Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 150 (7), 455-464.
4. **Wang H. M., Tsai W. L., Yu H. C., et al.** (2015). Improvement of Short-Term Outcomes for High-Risk Bleeding Peptic Ulcers With Addition of Argon Plasma Coagulation Following Endoscopic Injection Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Medicine (Baltimore)*, 94 (32), e1343.
5. **Lê Hùng Vương** (2006). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nội soi của xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nunoue T., Takenaka R., Hori K., et al.** (2015). A Randomized Trial of Monopolar Soft-mode Coagulation Versus Heater Probe Thermocoagulation for Peptic Ulcer Bleeding. *J Clin Gastroenterol*, 49 (6), 472-476.
7. **Quách Tiên Phòng** (2015). Thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến trong dự đoán kết cục lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, 19 (5), 9-17.
8. **Đặng Chiêu Dương** (2015). Đánh giá kết quả của tiêm, kẹp clip và esomeprazole (Nexium) trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 11, 275-282.
9. **Garcia-Iglesias P., Villoria A., Suarez D., et al.** (2011). Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther*, 34 (8), 888-900.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÁI PHÁT SAU ĐIỀU TRỊ DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH VÙNG ĐẦU MẶT CỔ

Đỗ Thị Ngọc Linh^{1,2}, Lê Thanh Dũng¹

TÓM TẮT

Dị dạng động tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ là loại bệnh lý có diễn biến bất thường, khó điều trị và tỷ lệ tái phát cao nhất trong các loại bất thường mạch máu. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu cho nhóm 86 bệnh nhân dị dạng động tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ, được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình, bệnh viện Việt

Đức từ năm 2009 đến năm 2020 và được theo dõi sau điều trị ít nhất 6 tháng. Sau thời gian theo dõi trung bình 62,8 tháng, chúng tôi gặp 18 trường hợp tái phát sau điều trị, chiếm 20,9%. Các yếu tố liên quan tới khả năng tái phát là: Có tiền sử điều trị cũ, tổn thương lan tỏa nhiều vùng giải phẫu, kích thước lớn hơn 5cm, có nhiều hơn 5 động mạch nuôi, giai đoạn lâm sàng III, không được tắc mạch hoàn toàn sau nút, tổn thương không được lấy bỏ hoàn toàn trong phẫu thuật. **Từ khóa:** Dị dạng động tĩnh mạch, đầu mặt cổ, tái phát, điều trị phẫu thuật

SUMMARY

FACTORS PREDICTIVE OF RECURRENCE AFTER TREATMENT OF HEAD AND NECK ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS

Objective: Arteriovenous malformations (AVMs)

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Ngọc Linh

Email: dongoclinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023