

- tại Bệnh viện Trung ương Thái nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam 509 (1), pp. 5-8
4. **Dương Đình Toàn** (2015). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tạo tổn thương dưới sụn và ghép khối tế bào gốc tủy xương tự thân trong điều trị thoái hóa khớp gối, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 5. **Fransen M, L. Bridgett, L. March et al** (2015). The epidemiology of osteoarthritis in Asia. Int J Rheum Dis, 14 (2), 113-121
 6. **Nguyễn Văn Đán, Nguyễn Thị Nguyên Sinh, Bùi Chí Bảo** (2018), "Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối của bài thuốc nam sưu tầm trên địa bàn tỉnh Sóc Trăng", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 22 (3), pp. 424-430.
 7. **Đinh Thị Diệu Hằng** (2013). Nghiên cứu thực trạng bệnh thoái hóa khớp gối và hiệu quả nâng cao năng lực chẩn đoán, xử trí của cán bộ y tế xã tại Hải Dương. Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 8. **Nguyễn Văn Hùng** (2018), Thoái hóa khớp, Bệnh học nội khoa tập II, NXB Y học, 196-204.
 9. **Nguyễn Thị Lý, Nguyễn Thị Ngọc Lan, Phạm Hoài Thu** (2021), "kết quả điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp tiêm nội khớp acid hyaluronic kết hợp sorbitol", Tạp chí Y học Việt Nam 507 (1), pp. 185-190

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO DO VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG Ở BỆNH NHÂN DÙNG THUỐC CHỐNG NGỪNG TẬP TIỂU CẦU

Ngô Thị Hiền^{1,3}, Nguyễn Công Long², Nguyễn Thị Vân Hồng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa cao ở bệnh nhân sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2022 đến tháng 05/2023. Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa cao được tiến hành nội soi để chẩn đoán và điều trị. Tất cả các thông tin của bệnh nhân được thu thập vào bệnh án nghiên cứu. **Kết quả:** Nhóm dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu đơn và kép có sự tương đồng về tuổi giới. Nhóm kép có tiền sử xuất huyết tiêu hóa cao hơn (88,9% so với 73,5%), da xanh, niêm mạc nhợt ở là 100%, cao hơn nhóm đơn (76,5%), $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về các triệu chứng lâm sàng khác và các xét nghiệm cận lâm sàng giữa 2 nhóm. Về nội soi, nhóm kép chủ yếu có nguy cơ thấp (61,1%), không cần can thiệp (83,3%) và điều trị bằng truyền máu (89,9%). Nhóm đơn chủ yếu có nguy cơ cao (55,9%), cần can thiệp (38,2%), và điều trị bằng truyền máu (67,6%). Không có sự khác biệt về điểm Lanza, Rockall, Glasgow-Blatchford giữa hai nhóm. **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa cao do viêm loét dạ dày- tá tràng có sự tương đồng về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi giữa nhóm dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu đơn và kép.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa cao, Loét dạ dày- tá tràng, Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Hiền

Email: hienngo.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 19.9.2023

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, SUBCLINICAL, AND SOME FACTORS ARE ASSOCIATED WITH HIGH GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO PEPTIC ULCERS IN PATIENTS RECEIVING ANTIPLATELET DRUGS

Objectives: To investigate clinical and laboratory characteristics of high gastrointestinal bleeding in patients using antiplatelet drugs. **Methods:** Cross-sectional description of 52 patients who used antiplatelet drugs at Bach Mai Hospital from August 2022 to May 2023. Patients with clinical manifestations of high suspicion of gastrointestinal bleeding were performed endoscopy for diagnosis and treatment. All patient information is collected in the research medical record. **Results:** The single and dual antiplatelet groups were similar in age and sex. The dual group had a higher history of gastrointestinal bleeding (88.9% versus 73.5%), blue skin, and pale mucous membranes in 100%, higher than the single group (76.5%), $p < 0, 05$. There were no differences in other clinical symptoms and laboratory tests between the 2 groups. Regarding endoscopy, the dual group mainly had low risk (61.1%), without intervention (83.3%), and treated with blood transfusion (89.9%). The single group was mainly at high risk (55.9%), requiring intervention (38.2%) and treatment with blood transfusion (67.6%). There was no difference in Lanza, Rockall, Glasgow-Blatchford scores between the two groups. **Conclusion:** High gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer disease has similarities in clinical, laboratory, and endoscopic features between the single and dual antiplatelet groups.

Keywords: High gastrointestinal bleeding, Gastroduodenal ulcer, Antiplatelet drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu (CNTTC) là

nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhằm mục đích ngăn chặn quá trình ngưng tập cầu từ đó giảm hình thành cục máu đông, dự phòng nguy cơ tắc mạch do huyết khối, các biến cố tim mạch, và cải thiện tiên lượng bệnh nhân.^{1,2} Mặc dù có nhiều lợi ích, nhưng gần đây, một số báo cáo cho thấy việc sử dụng thuốc CNTT có thể dẫn đến các biến chứng xuất huyết tiêu hóa (XHTH), đặc biệt xuất huyết tiêu hóa cao.^{1,2} Theo một nghiên cứu tổng hợp từ 14 thử nghiệm, sử dụng aspirin liều thấp có thể làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa lên 2 lần so với nhóm dùng clopidogrel đơn thuần.² Các tác giả cho rằng, các thuốc CNTT đã dần trở thành một trong những nguyên nhân chính gây xuất huyết tiêu hóa (XHTH).³ Một trong những khó khăn trong tiếp cận, chẩn đoán và xử trí bệnh nhân XHTH cao này là sự đa dạng về vị trí, hình thái tổn thương, đặc biệt là ổ loét kích thước lớn gây nhiều khó khăn trong điều trị cầm máu. Bên cạnh đó, xu hướng sử dụng các thuốc kháng tiểu cầu kép có thể làm tăng nguy cơ chảy máu mà không làm giảm tỉ lệ mắc các biến cố tim mạch.⁴ Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở những bệnh nhân sử dụng thuốc CNTT đơn và kép.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 52 bệnh nhân đang sử dụng thuốc CNTT điều trị nội trú tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật và Viện tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2022 đến tháng 05/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân đang sử dụng thuốc CNTT: Aspirin, Clopidogrel, Ticagrelor, Prasugrel.

- Được chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hóa cao: lâm sàng có nôn ra máu và/hoặc đại tiện phân đen, phân máu đỏ; nội soi có hình ảnh XHTH cao do viêm loét dạ dày – tá tràng theo phân loại Forrest.¹

- Tuổi ≥ 18 .

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông hoặc thuốc tiêu sợi huyết trong vòng 10 ngày trước khi XHTH.

- Không khai thác được tiền sử dụng thuốc CNTT và/hoặc có dùng thuốc chống viêm không steroid khác ngoài aspirin.

- XHTH do các nguyên nhân khác: tăng áp lực tĩnh mạch cửa, dị dạng mạch, rách tâm vị, chảy máu ruột non, xuất huyết tiêu hóa thấp.

- Bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện bao gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ XHTH được tiến hành nội soi dạ dày – tá tràng. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định XHTH cao do viêm loét dạ dày – tá tràng được khai thác các thông tin tiền sử dùng thuốc CNTT.

- Khai thác thông tin theo bệnh án nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử bệnh, loại thuốc CNTT.

- Đặc điểm lâm sàng: nôn máu, phân đen, đau bụng, da xanh, niêm mạc nhợt, chóng mặt.

- Xét nghiệm máu: xét nghiệm công thức máu, đông máu, sinh hóa máu

- Hình ảnh nội soi: phân loại tổn thương theo Forrest, trong đó nguy cơ thấp gồm độ III và IIC, nguy cơ cao gồm độ Ia, Ib, IIa, IIb.

- Đánh giá thang điểm Rockall: đánh giá dựa trên 5 yếu tố: tuổi, dấu hiệu sinh tồn, bệnh kèm theo, kết quả nội soi và đặc điểm chảy máu trên nội soi. Thang điểm Rockall đầy đủ từ 0 -11, thang điểm lâm sàng từ 0-7.

- Thang điểm Glasgow- Blatchford: đánh giá dựa trên 8 yếu tố: huyết áp tâm thu, ure máu, huyết sắc tố, mạch, ja phân đen, ngất, bệnh gan, suy tim. Tổng điểm được tính từ 0 – 23 điểm.

- Mức độ xuất huyết tiêu hóa được chia làm 3 mức độ nhẹ, vừa, nặng dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng: dấu hiệu toàn thân, mạch, huyết áp tâm thu, số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố, hematocrit

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu tuân thủ theo quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội.

- Tất cả các 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

Trong thời gian từ tháng 08/2022 đến tháng 05/2023, có 52 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy, có 34 bệnh nhân sử dụng thuốc CNTT đơn

(65,4%), 18 bệnh nhân sử dụng thuốc CNTTTC kép (34,6%). Trong nhóm CNTTTC đơn, có 18 bệnh nhân sử dụng aspirin và 16 bệnh nhân sử dụng clopidogrel. Trong nhóm CNTTTC kép, có 16 bệnh nhân dùng kết hợp aspirin và clopidogrel, 2 bệnh nhân dùng kết hợp aspirin và ticagrelor.

Bảng 3.10. Đặc điểm bệnh nhân sử dụng thuốc CNTTTC (n=52)

Đặc điểm		CNTTTC đơn (n=34)	CNTTTC kép (n=18)	p
Tuổi	<60 tuổi	4 (11,8%)	1 (5,6%)	>0,05
	60-79 tuổi	22 (64,7%)	12 (66,7%)	
	≥80 tuổi	8 (23,5%)	5 (27,8%)	
	Trung bình (X±SD)	71,1±11,7 (35-92)	73,7±10,3 (54-92)	--
Giới	Nam	26 (76,5%)	15 (83,3%)	>0,05
	Nữ	8 (23,5%)	3 (16,7%)	
Tiền sử XHTH	Có	9 (26,5%)	2 (11,1%)	>0,05
	Không	25 (73,5%)	16 (88,9%)	
Thời gian dùng thuốc	<12 tháng	4 (11,8%)	7 (38,9%)	>0,05
	12-24 tháng	14 (41,2%)	4 (22,2%)	
	>24 tháng	16 (47,1%)	7 (38,9%)	
	Trung bình (X±SD)	24,0±13,2 (1-60)	19,6±16,4 (1-63)	--

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, giới giữa nhóm dùng CNTTTC đơn và kép. Nhóm CNTTTC đơn có tiền sử XHTH nhiều hơn (26,5%), thời gian dùng thuốc trung bình dài hơn (24 tháng).

Bảng 3.11. Phân bố đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (n=52)

Đặc điểm		CNTTTC đơn (n=34)	CNTTTC kép (n=18)	p
Lâm sàng	Nôn máu đỏ	9 (26,5%)	1 (5,6%)	>0,05
	Nôn máu đen	4 (11,8%)	1 (5,6%)	>0,05
	Phân máu đỏ	3 (8,8%)	2 (11,1%)	>0,05
	Phân đen	32 (94,1%)	18 (100%)	>0,05
	Đau bụng	18 (52,9%)	6 (33,3%)	>0,05
	Choáng ngất	2 (5,9%)	2 (11,1%)	>0,05
	Hoa mắt chóng mặt	18 (52,9%)	11 (61,1%)	>0,05
	Da xanh niêm mạc nhợt	26 (76,5%)	18 (100%)	0,04
Cận lâm sàng	Bụng chướng	1 (2,9%)	0	>0,05
	Hồng cầu	3,0±0,8	2,8±0,6	>0,05
	Hemoglobin	87,9±21,9	79,8±16,5	>0,05
	Hematocrit	0,27±0,06	0,24±0,05	>0,05
	Tiểu cầu	230,1±75,8	267,4±96,9	>0,05
	INR	1,1±0,12	1,1±0,08	>0,05
	Ure	15,7±9,9	17,9±16,8	>0,05
	Creatinin	134,5±74,7	134,4±93,1	>0,05

Nhận xét: Nhóm CNTTTC kép có tỉ lệ bệnh nhân da xanh niêm mạc nhợt cao hơn, p<0,05. Các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng khác không có sự khác biệt giữa nhóm CNTTTC đơn và kép.

Bảng 3.12. Đặc điểm hình ảnh nội soi, can thiệp cầm máu (n=52)

Đặc điểm		CNTTTC đơn (n=34)	CNTTTC kép (n=18)	p
Số ổ loét	0	6 (17,6%)	3 (16,7%)	>0,05
	1	20 (58,8%)	9 (50,0%)	
	≥2	8 (23,5%)	6 (33,3%)	
Vị trí ổ loét	Dạ dày	14 (41,2%)	9 (50,0%)	>0,05
	Tá tràng	16 (47,1%)	5 (27,8%)	
	Cả dạ dày và tá tràng	4 (11,8%)	4 (22,2%)	
Phân loại Forrest	0	6 (17,6%)	3 (16,7%)	>0,05
	Ib	7 (20,6%)	2 (11,1%)	
	IIA	3 (8,8%)	2 (11,1%)	
	IIB	3 (8,8%)	0	
	IIC	7 (20,6%)	2 (11,1%)	
	III	8 (23,5%)	9 (50,0%)	

Can thiệp cầm máu trên nội soi	Không can thiệp	21 (61,8%)	15 (83,3%)	>0,05
	Có can thiệp	13 (38,2%)	3 (16,7%)	
Truyền máu	Có	23 (67,6%)	16 (89,9%)	>0,05
	Không	11 (32,4%)	2 (11,1%)	

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp đều gặp 1 ổ loét, do CNTTTC đơn thường gặp ở tá tràng, còn do CNTTTC kép thường gặp ở dạ dày. CNTTTC kép đa phần ở nhóm Forrest III, tỉ lệ can thiệp cầm máu thấp hơn nhưng cần truyền máu nhiều hơn so với nhóm CNTTTC đơn.

Bảng 3.13. Phân bố điểm Lanza, Rockall, Glasgow-Blatchford (n=52)

Đặc điểm	CNTTC đơn (n=34)	CNTTC kép (n=18)	p	
Điểm Lanza	3	4 (11,7%)	1 (5,6%)	>0,05
	4	2 (5,9%)	2 (11,1%)	
	5	28 (82,4%)	15 (83,3%)	
	Trung bình (X±SD)	4,7±0,7	4,8±0,6	
Điểm Rockall	0-2	0	0	>0,05
	3-7	31 (91,2%)	16 (88,9%)	
	≥8	3 (9,8%)	2 (11,1%)	
	Trung bình (X±SD)	5,7±1,5	5,3±1,7	
Điểm Glasgow-Blatchford	<6	3 (8,8%)	1 (5,6%)	>0,05
	≥6	31 (91,2%)	17 (94,4%)	
	Trung bình (X±SD)	10,4±3,9	11,7±3,4	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về điểm Lanza, Rockall, Glasgow-Blatchford giữa nhóm CNTTTC đơn và kép.

IV. BÀN LUẬN

XHTH cao do viêm loét dạ dày-tá tràng ở bệnh nhân có dùng thuốc CNTTTC không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi giữa nhóm dùng thuốc đơn và kép. Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy, đa phần gặp ở nhóm 60-79 tuổi, nam nhiều hơn nữ. Kết quả này tương đồng với Heap Mengsun và cộng sự (2016).⁵ Tuy nhiên, có sự khác nhau về đặc điểm lâm sàng giữa nghiên cứu của chúng tôi và tác giả. Nhóm nghiên cứu thu tuyển các bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa cao, trong đó 100% bệnh nhân trong nghiên cứu có biểu hiện nôn máu và hoặc đại tiện phân đen. Các biểu hiện khác của mất máu cũng gặp với tỉ lệ cao: da xanh, niêm mạc nhợt chiếm 84,6%, hoa mắt, chóng mặt chiếm 55,8%, đau bụng chiếm 48,1%, chỉ một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân (7,7%) có biểu hiện choáng, ngất. Nghiên cứu của tác giả Heap Mengsun trên các đối tượng XHTH do loét dạ dày, hành tá tràng nói chung cũng cho thấy tỉ lệ đi ngoài phân đen gặp rất cao (91,9%), nôn máu (38,1%), nôn máu và đi ngoài phân đen (36,9%), hoa mắt, chóng mặt (6,9%), đau bụng chỉ chiếm 22,5%.⁵ Mặc dù vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của XHTH chung khác tiến hành tại Việt Nam.

Trong nghiên cứu này, ở nhóm dùng CNTTTC đơn bệnh nhân chủ yếu có 1 ổ loét (55,8%), tỉ lệ

bệnh nhân có trên 2 ổ loét là 23,5%; tương tự với nhóm kép lần lượt là 50,0% và 33,3% (bảng 3.3). Vị trí tổn thương ở dạ dày và tá tràng khá tương đồng (42,3% và 40,4%), chỉ khoảng 15,4% có tổn thương ở cả dạ dày và hành tá tràng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác trên nhóm bệnh nhân sử dụng liệu pháp CNTTTC tại Việt Nam như nghiên cứu của Nguyễn Đức Ninh tỉ lệ ở dạ dày là 57,1%, tá tràng là 38,8%.⁶ Trong nghiên cứu của tác giả Tzung-Jiun trên người bệnh sử dụng clopidogrel, phân bố tổn thương là 78% ở dạ dày, 5% ở tá tràng và 17% ở cả dạ dày và tá tràng.⁷ Tuy nhiên, khác với tác giả, chúng tôi tìm thấy đa số bệnh nhân dùng CNTTTC kép không cần can thiệp tại chỗ trong khi nhóm đơn thì ngược lại, tỉ lệ can thiệp tại chỗ là 38,2% (Bảng 3.3). Nhóm nghiên cứu cho rằng, dùng CNTTTC kép có nguy cơ chảy máu cao hơn, làm tăng mức độ nặng của mất máu cũng như cần thiết có các biện pháp điều trị tích cực hơn.

Đánh giá theo thang điểm Rockall, kết quả ở bảng 3.4 cho thấy, chủ yếu bệnh nhân có điểm từ 3-7 với 91,2% ở nhóm đơn và 88,9% ở nhóm kép, không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Tỉ lệ bệnh nhân có điểm Rockall trên 8 rất thấp, chỉ 3 bệnh nhân ở nhóm đơn và 2 bệnh nhân ở nhóm kép. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác như Sanders và cộng sự trên 162 bệnh nhân XHTH cao, điểm Rockall trung bình là 4,6 ± 1,8.³ Nghiên cứu của Nguyễn Đức Ninh (2021) trên các đối tượng sử dụng thuốc chống huyết khối khảo sát tổn thương niêm mạc dạ dày-tá tràng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có điểm

Rockall ≥ 8 thấp hơn của chúng tôi (38,8%).⁶ Điểm Glasgow-Blatchford (GBS) là công cụ đánh giá XHTH cao sử dụng các thông tin về kết quả công thức máu, huyết áp, tiền sử bệnh và các dấu hiệu xác định bệnh nhân cần tiến hành nội soi. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng GBS là bảng điểm hiệu quả tương tự điểm Rockall trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân XHTH, và có hiệu quả hơn trong dự đoán việc cần truyền máu và các can thiệp nội soi ở bệnh nhân XHTH. Theo khuyến cáo của NICE (Anh) và Hội nội soi Châu Âu (ESGE), bệnh nhân có GBS = 0 có thể được xuất viện mà chưa cần tiến hành nội soi cấp cứu.² Trong nghiên cứu của chúng tôi, GBS trung bình là $10,4 \pm 3,9$ ở nhóm đơn và $11,7 \pm 3,4$ ở nhóm kép, không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Nghiên cứu của tác giả Victor Galusko và cộng sự (2022) tiến hành khảo sát một liên quan giữa liệu pháp CNTTTC kép sau can thiệp động mạch vành qua da và XHTH cao cho thấy tỉ lệ XHTH ở bệnh nhân sử dụng liệu pháp CNTTTC kép trong vòng 30 ngày đầu sau can thiệp là 36% (n = 13)⁸. Điểm GBS ≥ 8 cùng với các yếu tố tuổi cao, nồng độ Hb ≤ 109 g/l là các yếu tố có liên quan đến tăng tỉ lệ tử vong trong vòng 12 tháng sau can thiệp. Việc đánh giá nguy cơ xuất huyết và tử vong bằng các bảng điểm như Rockall và Glasgow-Blatchford rất hữu ích trên thực hành lâm sàng để đưa ra quyết định tiến hành thăm dò nội soi khẩn cấp, các can thiệp cầm máu và tiên lượng nguy cơ xuất huyết và tử vong.

V. KẾT LUẬN

XHTH cao do viêm loét dạ dày- tá tràng có sự tương đồng về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi giữa nhóm dùng thuốc CNTTTC đơn

và kép. Tuy nhiên, nhóm CNTTTC đơn can thiệp nội soi tại chỗ nhiều hơn so với nhóm kép

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Godier A, Albaladejo P, On Perioperative Haemostasis Gihp Group T.** Management of Bleeding Events Associated with Antiplatelet Therapy: Evidence, Uncertainties and Pitfalls. *J Clin Med.* 2020;9(7).
2. **Swan D, Loughran N, Makris M, Thachil J.** Management of bleeding system for upper GI patients on antiplatelet therapy. *Blood Reviews.* 2020;39:100619.
3. **Sanders DS, Carter MJ, Goodchap RJ, Cross SS, Gleeson DC, Lobo AJ.** Prospective validation of the Rockall risk scoring system for upper GI hemorrhage in subgroups of patients with varices and peptic ulcers. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(3):630-635.
4. **Harris J, Pouwels KB, Johnson T, et al.** Bleeding risk in patients prescribed dual antiplatelet therapy and triple therapy after coronary interventions: the ADAPTT retrospective population-based cohort studies. *Health Technol Assess.* 2023;27(8):1-257.
5. **Mengsun H.** Nghiên cứu ứng dụng bảng điểm rockkall trong phân tầng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. Luận văn Thạc sĩ y học. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội; 2016.
6. **Nguyễn Đức Ninh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày, tá tràng ở bệnh nhân dùng thuốc chống huyết khối. Luận văn chuyên khoa cấp II. Hà Nội, Đại Học Y Hà Nội; 2021.
7. **Tsai TJ, Lai KH, Hsu PI, et al.** Upper gastrointestinal lesions in patients receiving clopidogrel anti-platelet therapy. *J Formos Med Assoc.* 2012;111(12):705-710.
8. **Galusko V, Protty M, Haboubi HN, Verhemel S, Bundhoo S, Yeoman AD.** Endoscopy findings in patients on dual antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention. *Postgrad Med J.* 2022;98(1162):591-597.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA RĂNG HÀM LỚN SAU ĐIỀU TRỊ NỘI NHA CÓ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI BẰNG ENDOCROWN

Trần Thị Thanh Mai¹, Phạm Thanh Hà¹,
Phạm Thu Trang¹, Hà Thu Hương¹

TÓM TẮT

Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân có chỉ định phục hồi thân

răng hàm lớn sau điều trị nội nha bằng endocrown. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 31 răng hàm lớn đã được điều trị tủy có chỉ định phục hồi bằng endocrown được đưa vào nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có đối chứng. **Kết quả nghiên cứu:** độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có chỉ định endocrown là $30,29 \pm 11,68$, tuổi nhỏ nhất của các bệnh nhân là 17, tuổi lớn nhất của các bệnh nhân là 64, đa số các bệnh nhân là nữ (80,6%). Phần lớn các răng được chỉ định endocrown có tình trạng nha chu và kết quả điều trị nội nha tốt, không lung lay, không

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội
Chịu trách nhiệm: Trần Thị Thanh Mai
Email: thanhmaihaisha@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.7.2023
Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023
Ngày duyệt bài: 18.9.2023