

nhân, chúng tôi thấy triệu chứng này còn kéo dài vài tháng sau khi ngừng thuốc. Thông tin này phù hợp với các nghiên cứu về dược động học của thuốc oxaliplatin đã được công bố.

V. KẾT LUẬN

Nhìn chung, bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn dung nạp tốt với phác đồ XELOX, phần lớn những tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết, gan thận, lâm sàng chỉ ở mức 1-2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Statistics 2020:** GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries - Sung - 2021 - CA: A Cancer Journal for Clinicians
2. **Gastric Cancer,** Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology in: Journal of the

3. **Yang T, Shen X, Tang X, et al.** Phase II trial of oxaliplatin plus oral capecitabine as first-line chemotherapy for patients with advanced gastric cancer. *Tumori.* 2011;97(4):466-472.
4. **Nguyễn Khánh Toàn.** Đánh giá kết quả của phác đồ XELOX trong điều trị ung thư dạ dày giassi đoạn muộn tại bệnh viện K. Đại học Y Hà Nội. 2013. p 38
5. **Park YH, Lee JL, Ryou BY, et al.** Capecitabine in combination with Oxaliplatin (XELOX) as a first-line therapy for advanced gastric cancer. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2008;61(4):623-629.
6. **Tô Như Hạnh** (2012). Đánh giá kết quả hóa trị liệu phác đồ EOX cho ung thư dạ dày giai đoạn muộn không còn khả năng phẫu thuật triệt căn. Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Thị Vượng.** Đánh giá hiệu quả phác đồ XELOX trong điều trị hỗ trợ ung thư dạ dày. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội. 2013.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hoàng¹, Trương Văn Cường², Dương Trọng Hiền³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng (DD-TT) tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả từ T1/2019 đến T12/2022, 12 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày- tá tràng và được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình nghiên cứu là $59,8 \pm 19,1$, chủ yếu gặp ở lứa tuổi 50-79, tỷ lệ nam/nữ là 2,0. Tỷ lệ ngành nghề hay gặp là nhóm lao động trí óc chiếm 42,1%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đại tiện phân đen và đau bụng thượng vị chiếm 91,6%. Tỷ lệ chảy máu tái phát của nhóm phẫu thuật là 8,3%. Thời gian tái phát chảy máu thường gặp nhất trước 72 giờ, chiếm 81,8% ở nhóm phẫu thuật. Tổn thương hay gặp ở nhóm phẫu thuật là ổ loét forrest IB (41,6%), vị trí ở bờ cong nhỏ (66,7%) và mặt trước hành tá tràng (77,8%), kích thước ổ loét > 2cm (88,9%). Có 4 phương pháp phẫu thuật được tiến hành lần lượt là cắt 2/3 dạ dày (63,6%), khâu cầm máu kèm cắt dây X (27,3%), cắt bỏ ổ loét (9,1%). Tỷ lệ tử vong của phương pháp phẫu thuật là 1/12

(8,3%). Biến chứng sau mổ gặp nhiều nhất là rò móm tá tràng (27,3%), loét tái phát (18,2%), chảy máu tái phát (9,1%). Thời gian nằm viện trung bình của phương pháp phẫu thuật là 10,67 ngày. **Kết luận:** XHTH do loét DD-TT là biến chứng nặng và chiếm tỷ lệ cao nhất trong các biến chứng của bệnh lý loét DD-TT. Phẫu thuật trong XHTH có tỷ lệ tử vong cao và nhiều biến chứng nặng, nhiều nhất là rò móm tá tràng, thời gian nằm viện kéo dài.

SUMMARY

OUTCOMES SURGERY OF UPPER GASTROTESTINAL BLEEDING DUE TO GASTRIC AND DUODENAL ULCERS AT VIETDUC HOSPITAL

Study aims: Description of the clinical, paraclinical characteristics and evaluate treatment of gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers at Viet Duc Hospital. **Patient and Method:** This was a retrospective descriptive study from January 2019 to December 2022, including 12 patients diagnosed with upper gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers and treated at Viet Duc Hospital. **Results:** The mean age of the study was $59,8 \pm 19,1$ years, with a peak incidence in the age group of 50-79 years, a male/female ratio of 2,0. The most common occupation was white-collar workers, accounting for 42.1%. The most common clinical symptom was black stool and upper abdominal pain, accounting for 91,6%. A total of 24.7% of patients requiring intervention had symptoms of shock due to blood loss on admission. The most common time of recurrent bleeding was before 72 hours, accounting

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

for 81.8% in the intervention group. The most common lesion in the surgical group was Forrest IB ulcer (41,6%), location at the small curvature (66,7%) and anterior wall of the duodenum (36,4%), and ulcer size > 2 cm (88,9%). Four surgical methods were performed in succession: distal gastrectomy (63.6%), hemostatic suture with vagotomy (27.3%), and ulcer resection (9.1%). The mortality rate of the surgery method is 1/12 (8,3%). The most common postoperative complications were duodenal stump leak (27.3%), recurrent ulcer (18.2%), and recurrent bleeding (9.1%). The average length of hospital stay for the surgical method was 10.67 days. **Conclusion:** Upper gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers is a serious complication and accounts for the highest percentage of complications in gastric and duodenal ulcer diseases. Surgery for upper gastrointestinal bleeding has a high mortality rate and many serious complications, the most common being duodenal stump leak, and the length of hospital stay is also longer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày-tá tràng (DD TT) là biến chứng của ổ loét DD-TT. Những năm gần đây cùng với sự ra đời của các loại thuốc ức chế bơm proton (PPI) và điều trị phối hợp diệt Helicobacter Pylori, tỷ lệ biến chứng của ổ loét DDTT đã giảm nhiều¹. Tuy nhiên XHTH do loét DD-TT vẫn là biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất trong bệnh lý loét DD-TT (khoảng 70%). Tại BV Việt Đức những năm gần đây, xuất hiện những trường hợp XHTH nặng do loét DD-TT. Phẫu thuật thường được chỉ định trong những trường hợp bệnh nhân có biến chứng nặng, điều trị nội khoa không hiệu quả hoặc không có chỉ định điều trị nội. Tuy nhiên khi bệnh nhân được mổ cấp cứu thường có tỷ lệ tai biến và biến chứng sau mổ cao. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân XHTH do loét DD-TT và đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa tại Bv Hữu Nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là XHTH do loét DD-TT, được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/2019-12/2022

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/2019-12/2022 chúng tôi có 12 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi	59,8 ± 9.4 tuổi	
Giới	Nam/nữ : 2,0	
Tiền sử	Viêm loét DD-TT	5 BN (41,6)
	Dùng thuốc NSAID, corticoid	4 BN (33,3)
	Dùng chống đông	2 BN (16,6)
Triệu chứng lâm sàng	Nôn máu, đi ngoài phân đen	11 (91,6)
	Đau tức thượng vị	9 (75,0)
	Sốc mất máu	6 (50,0)
	Rối loạn tri giác	4 (33,3)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59.4 ± 9.4 tuổi, tỷ lệ nam : nữ là 2,0. Có 41,6% BN có bệnh lý viêm loét DD-TT trước đó, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là nôn máu và đi ngoài phân đen (91,6%).

Bảng 2. Thời gian can thiệp và phân độ trên nội soi

Thời gian nội soi lần đầu của nhóm được phẫu thuật	Trước 12h	10 BN (83,3)
	Từ 12h-24h	2 BN (16,7)
Hình ảnh nội soi theo phân loại Forrest	Forrest IA	3 BN (25,0)
	Forrest IB	5 BN (41,6)
	Forrest IIA	3 BN (25,0)
	Forrest IIB	1 BN (8,3)

Nhận xét: Hầu hết BN được can thiệp lần đầu trước 12h chiếm 83,3%, tỷ lệ BN có tổn thương Forrest IB chiếm đa số (41,6%)

Bảng 3. Đặc điểm của tổn thương của dạ dày qua nội soi

Đặc điểm tổn thương			
Số ổ loét			%
	1	8	
≥ 2	4	33,3	
Vị trí ổ loét	Hang vị		4 33,3
	Bờ cong nhỏ		8 66,7
Kích thước ổ loét	≥ 2 cm		8 88,9

Nhận xét: Hầu hết BN có tổn thương là 1 ổ loét (66,7%) và hầu hết tổn thương loét đang chảy máu đều lớn trên 2 cm.

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương tá tràng trên hình ảnh nội soi

Đặc điểm tổn thương			
Số ổ loét			%
	1	8	
≥ 2	4	33,3	
Vị trí ổ loét	Mặt trước HTT		7 77,8
	Mặt sau HTT		2 22,2
Kích thước ổ loét	< 2cm		1 11,1
	≥ 2 cm		8 88,9

Nhận xét: Ổ loét kích thước lớn chiếm đa số (88,9%), nhưng gặp nhiều nhất là các ổ loét đơn độc ở chủ yếu là mặt trước HTT (77,8%).

Bảng 5. Trung bình điểm Blatchford và vấn đề truyền máu của 2 nhóm tổn thương

Điểm Blatchford và vấn đề truyền máu	Loét dạ dày (n=3)	Loét tá tràng (n=9)	p
Trung bình điểm Blatchford	9,68±3.44	9,31±3.71	0,51
Tỷ lệ truyền máu	75,3%	81,2%	0,37
Trung bình số lượng máu truyền (đơn vị 350ml)	3,12±2.58	4,62±2.21	0,39

Nhận xét: tỉ lệ truyền máu, số lượng máu truyền và thang điểm Blatchford ở 2 nhóm loét ở dạ dày và loét ở tá tràng khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Tổn thương trong mổ

Tổn thương trong mổ	n	%
XHTH do loét thủng vào ĐM vị tá tràng	2	16,6
XHTH loét Kissing ulcer (2 loét đối nhau)	5	41,7
XHTH do loét mặt sau DI	1	8,3
XHTH loét DI-DII (1 ổ loét DI, 1 dưới bóng Vater) (2 ổ loét)	1	8,3
XHTH loét dạ dày	3	25
N	12	100

Nhận xét: loét tá tràng đều gặp ở mặt sau, trong đó có 2 BN loét thủng vào ĐM vị tá tràng, 5 BN loét 2 mặt đối nhau.

Bảng 7. Phương pháp mổ

Phương pháp mổ	n	%
Cắt 2/3DD-lấy ổ loét, DL móm tá tràng	3	25,0
Cắt 2/3 DD. Lấy ổ loét, DLkehr và DL móm tá tràng	1	8,3
Khâu cầm máu ổ loét, nối vị tràng, cắt dây X	5	41,7
Cắt dạ dày bán phần (loét DD)	3	25,0
n	12	

Nhận xét: trong nhóm BN phải phẫu thuật, có 5 BN (41,7%) được khâu ổ loét và cắt dây thần kinh X

Bảng 8. Tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ

Biến chứng sau mổ	Rò móm tá tràng	3 BN (25%)
	Chảy máu tái phát	1 BN (8,3%)
	Loét tái phát	2 BN (16,7%)
	Viêm phổi	2BN (16,7%)
Tỷ lệ tử vong	1 BN (8,3%)	

Nhận xét: tỉ lệ biến chứng sau mổ rất cao chiếm 66,7% và có 1 BN tử vong sau mổ chiếm 8,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 59,8 ±19,1 (từ 18 – 93 tuổi), đây cũng là độ tuổi gặp trong các nghiên cứu khác². Có 8 BN nam (66,7%) và 4 BN nữ chiếm 33,3 %, có sự tương đồng ở những báo cáo khác về sự ghi nhận chảy máu DD TT thường gặp ở nam giới².

Bệnh lý phối hợp chủ yếu là bệnh xương khớp và chấn thương chiếm 34,5%, bên cạnh đó tỷ lệ XHTH trên nền hậu phẫu cũng gặp khá phổ biến (27,3%), phù hợp với các nghiên cứu khác⁴. Triệu chứng hay gặp là nôn máu kèm đi ngoài phân đen và đau thượng vị (91,6%), rối loạn tri giác gặp trong 4 trường hợp (33,3%) là yếu tố tiên lượng nặng, sốc mất máu là tình trạng rối loạn huyết động mạch > 100 lần/ phút, HA tâm thu <100mmHg gặp ở đa số trường hợp (50,0%). Thang điểm Blatchford được sử dụng để tiên đoán nhu cầu can thiệp y khoa như nội soi hay truyền máu, trong nghiên cứu điểm trung bình của nhóm can thiệp là 9,68 phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Trang và cs cho thấy điểm Blatchford ≤ 9 điểm có nhu cầu can thiệp thấp². Chỉ định truyền máu ở bệnh nhân XHTH dựa vào một số yếu tố như mạch nhanh, HA tụt, Hgb <7g/dL, kết quả nhóm phẫu thuật có tới 75,3%-81,2% trường hợp được truyền máu

Theo khuyến cáo, hầu hết các bệnh nhân XHTH do loét DD- TT cần được nội soi sớm trong vòng 24h đầu, trong nghiên cứu của chúng tôi số BN được soi sớm trước 12h cao hơn ở nhóm can thiệp (83,3%), chứng tỏ vai trò quan trọng của nội soi trong chẩn đoán và can thiệp. Hình thái chảy máu theo phân độ Forrest chủ yếu gặp Forrest IB (41,6%), ít nhất ở Forrest IIB (8,3%), nguyên nhân là do các bệnh nhân có tổn thương chảy máu hoạt động nặng gây đe dọa tính mạng cần phải can thiệp để cầm máu. Tổn thương ở dạ dày thường gặp tổn thương 1 ổ loét lớn (66,7%), vị trí hay gặp nhất ở bờ cong nhỏ (66,7%), nguyên nhân có thể đây là vùng có nhiều tế bào chế tiết acid, điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác⁴. Trong khi đó, loét ở tá tràng thường gặp ở HTT ở 95% các trường hợp, kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương tá tràng thường gặp là 1 ổ loét (66,7%), vị trí mặt trước HTT (77,8%), kích thước lớn > 2cm (88,9%), phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tuấn⁶. Kích thước ổ loét là 1 chỉ số khá quan trọng để quyết định phương pháp điều trị, trong nghiên cứu hầu hết gặp ổ loét lớn >2cm nhưng lại chiếm đa số hình thái chảy máu hoạt động Forrest IB (41,6%), do đó ổ loét lớn làm tổn thương nhiều mạch máu lớn, gây khó khăn khi cầm máu bằng nội soi hoặc nút mạch can thiệp.

Số liệu của chúng tôi cho thấy có 2 trường hợp loét dạng kissing ulcer (loét cả 2 mặt HTT) trong đó loét lớn mặt sau HTT khi nội soi và trong mổ máu phun thành tia do loét hoại tử vào

ĐM vị tá tràng ở mặt sau. Cả 2 trường hợp này đều chuyển thẳng lên phòng mổ cấp cứu trong tình trạng sốc mất máu, HA dao động thấp 50-60mmhg, mạch 120-140 lần/phút, sonde dạ dày nhiều máu đỏ, xét nghiệm máu có thiếu máu nặng (HC: 1,6-2 triệu/ml, Hb 5-6g/l, hematocrit <20%). Nội soi cho thấy máu đang phun thành tia, Clip và tiêm xơ thất bại, trong đó có 1 trường hợp tiêm xơ lần 2, trường hợp còn lại kẹp clip thất bại.

Cho tới nay, nhờ tiến bộ trong việc sử dụng PPI cũng như diệt Helicobacter tận gốc, các biến chứng của loét DD-TT đã giảm. Tuy nhiên, những trường hợp HP(-) hoặc không đáp ứng tốt với thuốc ức chế bơm Proton(PPI) hoặc dùng thuốc chống viêm, giảm đau kéo dài dẫn đến các biến chứng nặng sốc mất máu do loét thủng vào mặt sau gối trên hay DII tá tràng, đầu tụy, thường là loét hoại tử có kích thước khoảng 3-4 cm, mặt sau gối trên và DII hoại tử mủn nát trong khi BN đang sốc mất máu, việc lấy được ổ loét, đóng móm tá tràng ở DII có rất nhiều khó khăn. Bởi vậy trong mổ chúng tôi có 3 trường hợp phải mở dạ dày khâu cầm máu đáy ổ loét (mạch máu đang phun dữ dội) sau đó mới phẫu tích lấy ổ loét và dẫn lưu (DL) móm tá tràng. Có 2 trường hợp không tìm thấy rõ papille nên phải cắt túi mật và luồn sond xuống đường mật để xác định papille trước khi DL móm tá tràng. Những trường hợp lấy được ổ loét và DL móm tá tràng đều có diễn biến lâm sàng tốt dần, không có chảy máu tái phát. Chúng tôi nhận thấy rằng trong các trường hợp mổ không lấy được ổ loét chảy máu, việc khâu cầm máu đơn thuần có tỷ lệ tái phát cao (2/5= 40%) và phải tiếp tục dùng PPI liều cao. Như vậy với những ổ loét chảy máu phải mổ cấp cứu, nên lấy ổ loét mặt sau hoặc loại trừ ổ loét khỏi đường tiêu hóa và cắt 2/3 DD hoặc cắt TK X sẽ hạn chế tái xuất huyết cũng như biến chứng thủng hay hẹp môn vị.

Vị trí và kích thước ổ loét HTT và tá tràng là vấn đề quan trọng liên quan đến cách thức mổ và tái XHTH sau mổ. Với số BN của chúng tôi ngoại trừ 3 BN loét dạ dày, những BN còn lại đa phần có ổ loét lớn mặt sau tá tràng (gối trên hoặc DII tá tràng) hoặc Kissing ulcer (Loét 2 mặt đối nhau tá tràng) trong đó tất cả những tổn thương loét chảy máu đều ở mặt sau và có 2 BN loét mặt sau thủng vào tụy và ĐM vị tá tràng gây phun máu thành tia phải mở dạ dày khâu cầm máu rồi cắt 2/3 DD lấy ổ loét, DL móm TT. Hai BN còn lại do loét có KT <2 cm, ăn vào nhánh nhỏ ĐM vị tá tràng nên chúng tôi mở mặt trước

tá tràng, khâu cầm máu và nối vị tràng, sau mổ vẫn dùng PPI. Chúng tôi nhận thấy rằng khả năng tái XHTH cao nếu chỉ khâu cầm máu mà không cắt vùng tiết acid hoặc TK X (3/9 trường hợp loét tá tràng=33,3%).

Theo Trần Thiên Trung tỷ lệ kissing ulcer chiếm 3,52%, theo Debas Mulvihil tỷ lệ này chiếm 5-10%⁵ và thường xuất hiện trên BN vừa thủng vừa XHTH hoặc đã có tiền sử khâu thủng HTT (thủng ổ loét mặt trước) và thường xuất hiện XHTH do ổ loét mặt sau sau khâu thủng mặt trước HTT 3-5 ngày. Nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời, tỷ lệ tử vong lên tới 50%⁵.

Nghiên cứu của Nguyễn Thăng Toàn và cs⁶ trên 107 trường hợp XHTH do loét DD-TT thấy loét tá tràng chiếm 66,4%, loét DD: 29,9%, loét DD và TT: 3,7% trong đó không có BN nào loét >2cm, 83,2% ổ loét <1cm, 16,8% loét 1-2cm. Chỉ có 1,9% có Forrest IA, 30,8% Forrest IB. Trong khi chúng tôi có 5/12 (41,7%) BN Forrest IA, chỉ có 1/12 (8,3%) Forrest IB cho thấy hiện nay XHTH nặng do loét DD-TT thường xuất hiện trên những ổ loét sâu, phức tạp, BN có bệnh mạn tính, thường dùng thuốc giảm đau, chống viêm hay truyền hóa chất chống ung thư. Có 3 trường hợp XHTH (trong đó 2 BN sốc mất máu) phải mổ cấp cứu, trong đó có 2 trường hợp cao tuổi, nhiều bệnh nền phải dùng thuốc chống đông.

Biến chứng sau mổ hay gặp là rò móm tá tràng (27,3%), sau đó là loét tái phát, chảy máu tái phát (9,1%), viêm phổi bệnh viện (9,1%). Phần lớn các biến chứng không phải can thiệp, điều trị nội khoa là chủ yếu, tuy nhiên lại kéo dài thời gian nằm viện và tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm phẫu thuật có 1 BN tử vong là nam giới 65 tuổi, bệnh lý đa chấn thương, thờ máy xâm nhập, tổn thương loét Forrest IA kích thước lớn bờ cong nhỏ đã cầm máu thành công, nguyên nhân tử vong được xác định là viêm phổi bệnh viện. Như vậy đặc điểm chung của các bệnh nhân tử vong dù đã đã thiệp cầm máu thành công là tuổi cao, nhiều bệnh nền hoặc bệnh lý chấn thương nặng, loét lớn gây tổn thương ở những ĐM lớn.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật đạt tỷ lệ cầm máu thành công rất cao và ít bị tái phát. Điểm Blachford trung bình của các bệnh nhân phần lớn đều trên 9 điểm, tỷ lệ truyền máu trước và trong mổ khá cao. Khâu cầm máu đơn thuần có tỷ lệ tái XH cao. Biến chứng sau mổ hay gặp nhất sau mổ là rò

móm tá tràng, tuy nhiên điều trị nội là chủ yếu. Tỷ lệ tử vong còn cao, thời gian nằm viện vẫn còn kéo dài hơn những phương pháp điều trị khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mille M, Engelhardt T, "Stier A. Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers." *Visc Med.* 2021;37(1):52-62. doi:10.1159/000513689.
2. Kin Tong Chung, Vishalkumar G Shelat (2017) "Perforated peptic ulcer-an update" *World J Gastrointest Surg*, January 27;9(1):1-12.
3. Nguyễn Thị Thu Trang, Phan Quốc Hùng, Nguyễn Ngọc Tuấn (2012), "Giá trị tiên lượng của thang điểm Blatchford trên bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên cấp", *Tạp chí Y học thực*

- hành, Số 852+853, tr. 192- 195.
4. Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức, Châu Quốc Sử (2012), "Kết quả kẹp clip cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 16(11), tr. 137- 146.
 5. Trần Thiện Trung, Trần Anh Minh (2018), "Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng", *Cấp cứu ngoại tiêu hóa*. NXB Thanh niên, 66-77
 6. Nguyễn Thăng Toàn và cộng sự (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa cao tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng", *Y Học Việt nam* 436;102-106.
 7. Thái Nguyễn Hưng, Phan Văn Linh (2021), "Điều trị xuất huyết tiêu hóa nặng do loét tá tràng kissing ulcer thủng vào động mạch vị tá tràng và loét dạ dày và loét dạ dày - tá tràng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 524(3), tr.5

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT CÓ DẤU HIỆU NẶNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}, Phan Thị Huyền Thương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị ở thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật có dấu hiệu nặng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 125 thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật, trong đó có 96 thai phụ được chẩn đoán TSG có dấu hiệu nặng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ tiền sản giật (TSG) có dấu hiệu nặng là 76,8%. Phần lớn thai phụ trong nhóm nghiên cứu được điều trị với 2 loại thuốc hạ áp trở lên (91,7%). 76,7% thai phụ có tuổi thai <34 tuần được điều trị corticoid trước sinh và 59,5% thai phụ có tuổi thai <32 tuần được điều trị Magie sulfat bảo vệ não cho thai. Có 5,2% thai phụ được gây chuyển dạ, 8,3% chuyển dạ tự nhiên, 86,5% mổ lấy thai chủ động, chủ yếu do biến chứng của tiền sản giật. Biến chứng thường gặp nhất cho con là đẻ non (65,6%) và sơ sinh nhẹ cân (69,8%). **Kết luận:** Tuổi thai tại thời điểm chấm dứt thai kỳ cao hơn so với thời điểm chẩn đoán. Quản lý trước sinh và điều trị nội khoa cải thiện đáng kể kết quả sản khoa. Đẻ non, thai chậm phát triển và sơ sinh nhẹ cân là những biến chứng nặng cho con và cần được theo dõi, quản lý phù hợp ở những thai kỳ nguy cơ cao.

Từ khóa: Kết quả ở mẹ, kết quả ở thai, tiền sản giật có dấu hiệu nặng.

SUMMARY

MATERNAL AND FETAL OUTCOMES IN PRE-ECLAMPSIA WITH SEVERE FEATURES AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the maternal and fetal outcomes in severe pre-eclampsia at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. **Materials and method:** A retrospective cross-sectional study included in 125 pregnant women diagnosed with pre-eclampsia at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. **Results:** There were a total 125 women with preeclampsia (PE), 96 patients (76.8%) were diagnosed with PE with severe features. Of these, 91.7% were treated with combination therapy for treatment hypertension (two or more antihypertensive drugs). Among those with gestational age under 34 weeks, 76.7% were given antenatal corticosteroids and among those with gestational age under 32 weeks, 59.5% received antenatal Magie sulfate as an infant neuroprotectant. Among these, induction of labor was only 5.2%, 8.3% had spontaneous labor and 86.5% had elective caesarean section, mainly due to the complications of preeclampsia. The most common neonatal complication were prematurity (65.6%) and low birth weight (69.8%). **Conclusion:** Gestational age at the termination of pregnancy improved significantly. Antenatal management and medication treatment will markedly change obstetric outcomes. Prematurity, growth restriction and low birth weight are severe complications to be anticipated appropriately in preeclampsia. **Keywords:** maternal outcome, fetal outcome, severe preeclampsia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là một rối loạn tiến triển

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024