

- (20), pp. e6955,[b]Wynne H A, Cope L H, Mutch E, et al (1989), "The effect of age upon liver volume and apparent liver blood flow in healthy man", *Hepatology*, 9 (2), pp. 297-301,[c]Zoli M, Iervese T, Abbati S, et al (1989), "Portal blood velocity and flow in aging man", *Gerontology*, 35 (2-3), pp. 61-65.
4. Yamashita Y, Taketomi A, Itoh S, et al (2007), "Longterm favorable results of limited hepatic resections for patients with hepatocellular carcinoma: 20 years of experience", *J Am Coll Surg*, 205 (1), pp. 19-26.
 5. Phạm Thế Anh (2024), "Một số đặc điểm nhiễm viêm gan Virus B, C trên bệnh nhân cắt gan do HCC tại Bệnh viện K".
 6. Lê Văn Thành (2013), "Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan", Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Quân Y.
 7. Phạm Thế Anh (2024), "Một số đặc điểm nồng độ AFP trên bệnh nhân cắt gan do HCC tại Bệnh viện K".
 8. E. Herrero Fonollosa a E C A a, M.I. García-Domingo "Laparoscopic Left Lateral Sectionectomy. Presentation of Our Technique Seccionectomía lateral izquierda por laparoscopia. Presentación de nuestra técnica".
 9. Belghiti J, Noun R, Malafosse R, et al (1999), "Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study", *Ann Surg*, 229 (3), pp. 369-375.
 10. Hilal M A. "Assessment of the financial implications for laparoscopic liver surgery: a single-centre UK cost analysis for minor and major hepatectomy".

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM TRONG TIÊN LƯỢNG GLASGOW BLACHTFORD SCALE, ROCKALL VÀ T-SCORE TRONG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI KHOA CẤP CỨU

Lê Văn Hoàn¹, Nguyễn Minh Nguyễn²,
Nguyễn Hữu Tân³, Hoàng Bùi Hải^{2,4}

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm tìm hiểu giá trị của một số thang điểm trong tiên lượng cấp cứu bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng tại Khoa cấp cứu, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Nghiên cứu mô tả các thang điểm Glasgow Blatchford Scale (GBS), Rockall và T-score ngay lúc bệnh nhân nhập viện, dữ liệu bệnh nhân trong 72 giờ vào viện. Kết quả hồi cứu hồ sơ bệnh án của 89 bệnh nhân; tuổi trung bình 66,3±16,0; nam 56,2%; 67,4% kèm bệnh nội khoa; 29,2 % tiền sử loét dạ dày- hành tá tràng. Tỷ lệ cần can thiệp cầm máu nội soi là 16,9%; XHTH do loét dạ dày tá tràng tái phát 4,5% và tử vong 2,2%. T-score và GBS có giá trị cao trong tiên lượng XHTH do loét dạ dày tá tràng phải can thiệp cầm máu, truyền máu, tái chảy máu và tử vong. Thang điểm GBS có AUC cao nhất trong tiên lượng can thiệp cầm máu và truyền máu, trong khi giá trị của thang điểm T-score có AUC cao nhất trong tiên lượng tái chảy máu và tử vong do XHTH do loét dạ dày tá tràng.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa cao, loét dạ dày - hành tá tràng, thang điểm T-score, thang điểm Glasgow Blatchford, thang điểm Rockall.

¹Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

SUMMARY

THE VALUE OF GLASGOW BLACHTFORD SCALE, ROCKALL AND T-SCORE SCORES IN GASTROINTESTINAL ULCERS BLEEDING MANAGEMENT AT EMERGENCY DEPARTMENT

The study aimed to find the value of some scoring scales in emergency prognosis of patients with upper gastrointestinal bleeding (GI) due to peptic ulcers at the Emergency Department, Nghe An General Hospital. The study described the Glasgow Blatchford Scale (GBS), Rockall and T-score at the time of patient admission, with patient data obtained after 72 hours of admission. Results of retrospective medical records of 89 patients; Average age 66.3±16.0; male 56.2%; 67.4% had concomitant medical diseases; 29.2% had a history of peptic ulcers. The rate of patients required the endoscopic hemostatic intervention was 16.9%; Re-bleeding due to peptic ulcers in 4.5% and death in 2.2%. T-score and GBS had high value in predicting bleeding due to peptic ulcer requiring hemostatic intervention, blood transfusion, re-bleeding and death. The GBS score had the highest AUC in predicting hemostatic intervention and blood transfusion, while the value of the T-score has the highest AUC in predicting re-bleeding and death from bleeding due to peptic ulcers. **Keywords:** Upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer, T-score, Glasgow Blatchford scale, Rockall score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là một cấp cứu nội khoa và ngoại khoa thường gặp trong thực hành lâm sàng, có tỉ lệ mắc cao và gây nhiều

biến chứng ở mọi lứa tuổi.¹ Việc tiên lượng bệnh nhân có vai trò quan trọng trong lâm sàng về chiến lược quản lý và điều trị bệnh nhân nhằm góp phần nâng cao chất lượng điều trị và giảm chi phí y tế. Trên thế giới có nhiều thang điểm để phân loại, tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá như bảng phân loại tổn thương theo Forrest, thang điểm Rockall, thang điểm GBS, thang điểm T-score, thang điểm Baylor... Trong đó, thang điểm T-score cho thấy có giá trị trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong.² Thang điểm Rockall là một công cụ hữu ích để dự đoán kết cục lâm sàng ở những bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá cao nhằm phân tầng nguy cơ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân. Thang điểm Blatchford có ý nghĩa trong nhận định bệnh nhân cần can thiệp trước khi nội soi và điều trị ngoại trú.

Tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, mỗi năm có hàng trăm bệnh nhân vào viện với nguyên nhân theo dõi xuất huyết tiêu hóa trong đó có do loét dạ dày tá tràng được chẩn đoán, đánh giá mức độ và điều trị tại viện, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào tổng hợp, đánh giá và áp dụng sơ sách giá trị của thang điểm trên, từ đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Nhận xét giá trị thang điểm GBS, Rockall và T-score trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Khoa cấp cứu, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các hồ sơ bệnh án về bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán XHTH do loét dạ dày - tá tràng điều trị tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An trong thời gian 1 năm từ tháng 01/2022 đến 12/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán là xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày- tá tràng qua nội soi.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Được chẩn đoán do các nguyên nhân khác không phải loét dạ dày- tá tràng, bệnh nhân không thể nội soi hoặc hồ sơ bệnh án thiếu dữ liệu chính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả

2.3. Thời gian nghiên cứu: 5/2023-5/2024

2.4. Cỡ mẫu: Thu thập số liệu với cỡ mẫu thuận tiện, chúng tôi hồi cứu hồ sơ bệnh án các bệnh nhân vào cấp cứu vì xuất huyết tiêu hóa từ ngày 01/2022 đến 12/2022.

Một số tiêu chuẩn chính sử dụng trong nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn xuất huyết tiêu hóa tái phát^{2,3}:

Gồm một trong các tiêu chí sau: nôn máu

tươi sau 2 giờ trở lên sau khi điều trị thuốc hoặc cầm máu bằng nội soi đặc hiệu hoặc hút ra > 100 ml máu đỏ tươi qua sonde dạ dày hoặc phân đen sau khi xác định cầm máu thành công. Giảm nồng độ hemoglobin từ 3g/dl trở lên ($\sim 9\%$ hematocrit) ở bệnh nhân không cần truyền máu.

- Tiêu chuẩn cầm máu: bệnh nhân không còn nôn máu và đi ngoài phân đen; hoặc phân vàng; nhịp tim giảm dần, ổn định; huyết áp tối đa ≥ 100 mmHg; Nước tiểu ≥ 50 ml/giờ; Soi dạ dày tá tràng kiểm tra khi nghi ngờ và không thấy hình ảnh chảy máu lại ở ổ loét hoặc không có dịch hồng trào lên từ tá tràng qua đáy môn vị; xét nghiệm: hồng cầu, hematocrit, huyết sắc tố, ngưng cầm và tăng dần trở lại.

Phân loại Forrest: Là đánh giá dựa trên tiêu chí nội soi thấy hình ảnh ổ loét với nguy cơ tái phát cao như FIA, FIB, FIIA cần phải điều trị qua nội soi, còn FIIC và FIII là những hình thái XH đã cầm, không có dấu hiệu XH gần đây, được xếp vào nhóm có nguy cơ XH tái phát thấp chỉ cần điều trị bằng thuốc, không cần điều trị qua nội soi⁴.

- Thang điểm T- Score dựa vào bốn chỉ số: toàn trạng, mạch, huyết áp tâm thu, hemoglobin để tính ra tổng số điểm từ đó xác định được độ nặng, vừa, nhẹ của bệnh để có thể quyết định tiến hành nội soi cấp cứu hay nội soi trì hoãn.

- Thang điểm Blatchford được tính từ 0-23 điểm bao gồm: Huyết áp tâm thu, ure máu, huyết sắc tố và các dấu hiệu khác (Nhịp tim ≥ 100 lần/phút, phân đen, ngất, bệnh gan và suy tim).

- Thang điểm Rockall: Điểm tối đa trên lâm sàng là 7 điểm bao gồm: tuổi, tình trạng sốc, bệnh đi kèm và hình ảnh nội soi.

2.5. Xử lý số liệu: Mô tả tỉ lệ phần trăm, so sánh tỉ lệ khác biệt bằng phương pháp Khi bình phương, đánh giá vai trò tiên lượng của các thang điểm bằng test "Matelhaszel", tìm giá trị OR, phân tích đường cong ROC, ghi nhận diện tích dưới đường cong và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh nhân, danh tính bệnh nhân được giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình	66,3 \pm 16,0	
Giới	Nam	50(56,2%)
	Nữ	39(43,8%)
Bệnh nội khoa phối hợp	Tăng huyết áp	22,5%
	Bệnh khớp/gout	11,2%

	Xơ gan/viêm gan B	19,1%
	Đái tháo đường	6,7%
	Không có bệnh kèm theo	29(32,6%)
Tiền sử loét dạ dày- hành tá tràng	Có tiền sử bệnh	26(29,2%)
	Không có tiền sử bệnh	63(70,8%)
Can thiệp cầm máu trên nội soi	Kẹp clip	10.1%
	Tiêm cầm máu	6.7%
Số ngày nằm viện trung bình	8,4±4,3	
Kết quả điều trị	Cầm máu	83 (93,3%)
	XHTH tái phát	4 (4,5%)
	Tử vong	2 (2,2%)

XHTH: Xuất huyết tiêu hoá

Độ tuổi trung bình tương đối cao 66,3 ±16,0 tuổi, nam gặp nhiều hơn với 56,2%, có tới

67,4% có bệnh nội khoa phối hợp kèm theo, 41,6% có tiền sử loét dạ dày - hành tá tràng. Tỷ lệ cần can thiệp cầm máu trên nội soi là 16,9%. Phần lớn bệnh nhân điều trị ổn định có 4 trường hợp xuất huyết tái phát chiếm 4,5% và 2 trường hợp tử vong chiếm 2,2%, trong đó 1 trường hợp ngừng tuần hoàn ngoại viện và 1 trường hợp sốc nhiễm khuẩn suy đa tạng kèm theo.

Bảng 2. Đánh giá các thang điểm T-score, Rockall và GBS

Thang điểm	Điểm trung bình	Min-Max
T-score	8,38±1,53	6-12
Rockall lâm sàng	3,3±1,57	1-7
Rockall toàn bộ	3,71±1,84	1-9
Blatchford	8,53±3,9	0-16

Các thang điểm đều có điểm trung bình T-score: 8,38±1,53 và Blatchford là 8,53±3,9.

Bảng 3. Mối liên quan giữa điểm T-score, GBS và Rockall lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	T-score X±SD (p)	GBS X±SD (p)	Rockall lâm sàng X±SD (p)
Can thiệp cầm máu	Có	15 7.13±1,13 (0,001)	11,80±3,91 (0,002)	4,13±1,68 (0,026)
	Không	74 8,53±1,49	7,95±3,59	3,15±1,50
Truyền máu	Có	59 9,2±1,24 (0,001)	9,93±3,29 (0,001)	3,42±1,56 (0,36)
	Không	30 7,83±1,45	5,97±3,69	3,10±1,58
Tái chảy máu	Có	4 6,25±0,50 (0,005)	13,50±2,08 (0,009)	4,25±1,71 (0,225)
	Không	85 8,38±1,48	8,36±3,82	3,27±1,56
Tử vong	Có	2 6,0±0,0 (0,031)	13,50±0,71 (0,005)	4,00±0,0 (0,001)
	Không	87 8,34±1,51	8,48±3,87	3,29±1,58

Trong đánh giá dựa vào thang điểm T-score và GBS các đặc điểm can thiệp cầm máu qua nội soi, truyền máu, tái chảy máu và tử vong (Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05). Trong đánh giá dựa vào thang điểm Rockall lâm sàng và các yếu tố can thiệp cầm máu qua nội soi và tử vong (Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05).

Bảng 4. Giá trị tiên lượng của thang điểm T-score, GBS và Rockall

Đặc điểm	Thang điểm	Điểm cắt	AUC	Se (%)	Sp (%)	(95%CI)	P
Can thiệp cầm máu	T-score	8,5	0,759	47,39	86,67	0,634 0,885	0,02
	GBS	12,5	0,786	53,33	94,59	0,638 0,933	0,001
	Rockall lâm sàng	5,5	0,662	26,67	90,54	0,519 0,805	0,049
Truyền máu	T-score	7,5	0,762	96,67	49,15	0,665 0,86	0,001
	GBS	8,5	0,788	69,50	73,33	0,689 0,888	0,001
	Rockall lâm sàng	3,5	0,553	42,37	63,33	0,423 0,682	0,417
Tái chảy máu	T-score	7,5	0,915	69,4	100	0,827 1,00	0,005
	GBS	10,5	0,891	100	67,06	0,779 1,004	0,008
	Rockall lâm sàng	3,5	0,678	75	61,17	0,402 0,954	0,231
Tử vong	T-score	6,5	0,948	89,65	1	0,889 1,007	0,031
	GBS	12,5	0,914	100	88,5	0,851 0,977	0,046
	Rockall lâm sàng	3,5	0,701	100	60,91	0,583 0,819	0,333

AUC: Diện tích dưới đường cong

Giá trị tiên lượng của GBS trong can thiệp cầm máu và truyền máu là cao nhất với diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,786 (95%CI: 0,638-0,933, p=0,001) và 0,788 (95%CI: 0,689-0,888, p =0,001), trong khi giá trị tiên lượng của

thang điểm T-score trong tái chảy máu và tử vong là cao nhất với diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,915 (95%CI: 0,827-1,00, p=0,005) và 0,948 (95%CI: 0,889-1,007, p=0,031).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên có độ tuổi trên 50 chiếm 79,8%. Tuổi trung bình 66,3 ±16,0; nhỏ nhất là 31 tuổi và cao tuổi nhất là 95 tuổi. Độ tuổi tương đồng với các nghiên cứu của Lê Dương Tiến (2021) 51,93±20,48⁵; và tác giả Lanas (66,7±17,2).⁶

Trong đó, bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày chiếm tỉ lệ cao nhất 29,2%, tương đương với Lê Dương Tiến (2021) tiền sử bệnh được ghi nhận trong các nghiên cứu cho thấy khoảng trên 30% và Đào Văn Long có khoảng 15-20%.^{3,5} Nguyên nhân có thể là do gia tăng việc sử dụng các thuốc (NSAIDs, Corticoid) ở người cao tuổi ảnh hưởng tới dạ dày-tá tràng, vì nhóm đối tượng này thường kèm theo và phối hợp các bệnh mạn tính tăng theo tuổi: bệnh cơ xương khớp, bệnh tim mạch, thần kinh... thường xuyên phải điều trị với những nhóm thuốc nói trên.³

Thang điểm T-score: Điểm trung bình ở mức trung gian như T-score: 8,38±1,53.

Khi so sánh giữa nhóm can thiệp cầm máu nội soi có điểm trung bình 7.13±1,13 và không có can thiệp cầm máu điểm trung bình 8,53±1,49 khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tương tự với các đặc điểm đánh giá khác bao gồm: truyền máu, tái xuất huyết và tử vong. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Trong nghiên cứu của Phạm Văn Thành (2021), chỉ số tiên lượng can thiệp cầm máu với điểm cắt 9 có AUROC là 0,73 (0,66-0,80) độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 72,1%, $p < 0,001$; với truyền máu là 0,86 (0,82-0,91) độ nhạy là 75,3% và độ đặc hiệu 80,4%, $p < 0,001$; với tái chảy máu là 0,84 (0,76-0,92) độ nhạy là 93,3% và độ đặc hiệu là 61,7%, $p < 0,001$.⁷

Thang điểm GBS: Điểm trung bình 8,53±3,9, thấp nhất là 1 điểm, cao nhất là 16 điểm. Điểm trung bình GBS ở nhóm cần can thiệp nội soi cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không can thiệp nội soi tương ứng là 11,80±3,91 và 7,95±3,59 điểm ($p=0,002$). Các đặc điểm can thiệp cầm máu qua nội soi, truyền máu, tái chảy máu và tử vong (Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Dương Tiến (2021) điểm GBS trung bình của nhóm nghiên cứu là 9,84 ± 4,04. Điểm trung bình GBS ở nhóm cần can thiệp nội soi cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không can thiệp nội soi tương ứng là 10,5 và 6,5 điểm ($p=0,007$).⁵

Thang điểm Rockall lâm sàng: Điểm trung bình 3,3±1,57, thấp nhất là 1 điểm và cao nhất là 7 điểm. Trong đánh giá dựa vào thang

điểm Rockall lâm sàng và các yếu tố can thiệp cầm máu qua nội soi và tử vong (Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Trong can thiệp cầm máu Rockall điểm cắt là 5,5 với diện tích AUROC là 0,553 với độ nhạy là 26,67% và độ đặc hiệu là 90,54%, $p=0,049$. Trong nghiên cứu của Hoàng Thuý Nga (2018) nghiên cứu 242 bệnh nhân XHTH do loét DD-TT thì 60,5% bệnh nhân có điểm số Rockall lâm sàng nhỏ hơn 4 (nguy cơ thấp) có tỉ lệ tử vong 3,2% và có thể được quản lí tại cộng đồng.⁸ Trong nghiên cứu của Lê Dương Tiến (2021), điểm Rockall lâm sàng trung bình của nhóm có nội soi cầm máu là 1,96 điểm cao hơn của nhóm không nội soi cầm máu là 1,00 điểm sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi xác định diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,686 với $p < 0,05$ cắt ngang ở giá trị bằng 2 thì độ nhạy là 50%, độ đặc hiệu là 81,2%.⁵

Giá trị tiên lượng của thang điểm GBS trong can thiệp cầm máu và truyền máu là cao nhất với diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,786 (95%CI: 0,638-0,933, $p=0,001$) và 0,788 (95%CI: 0,689-0,888, $p = 0,001$), Trong khi giá trị tiên lượng của thang điểm T-score trong tái chảy máu và tử vong là cao nhất với diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,915 (95%CI: 0,827-1,00, $p=0,005$) và 0,948 (95%CI: 0,889-1,007, $p=0,031$).

V. KẾT LUẬN

Trong 3 thang điểm tiên lượng trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng, thang điểm GBS có giá trị cao nhất trong can thiệp cầm máu và truyền máu, trong khi giá trị tiên lượng của thang điểm T-score trong tái chảy máu và tử vong là cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khánh Trạch, Phạm Thị Thu Hồ (2011), "Chẩn đoán và điều trị xuất huyết tiêu hóa cao", Bài giảng nội khoa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 209- 216.
2. Tammaro L, Paolo M.C.D (2008), "Endoscopic finding in patients with upper gastrointestinal bleeding clinically classified into three risk groups prior to endoscopy", World Journal of Gastroenterology, 14(32), pp. 5046- 5050.
3. Đào Văn Long (2016), "Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 38- 45.
4. Ghassemi K.A, Jensen D.M (2016), "Approach to the Patient with Gastrointestinal Bleeding", Yamada's Textbook of Gastroenterology, John Wiley & Son, pp. 797-818.
5. Lê Dương Tiến (2021). Đánh giá thang điểm Glasgow Blatchford trong tiên lượng nội soi cầm máu ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ

dày- hành tá tràng. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Lanas A., Aabakken L., Fonseca J., et al** (2011). Clinical predictors of poor outcomes among patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Europe. *Alimentary pharmacology & therapeutics*.33(11) 1225-1233.
7. **Phạm Văn Thành., Đào Đức Tiến., Dương**

Quang Huy (2021), Nghiên cứu giá trị của thang điểm T-score trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng. Tạp chí Y- dược học quân sự số 5-2021.

8. **Hoàng Thủy Nga** (2018). Nghiên cứu giá trị của thang điểm Baylor trong tiên lượng xuất huyết tiêu hoá cao do loét dạ dày - hành tá tràng. Luận án thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2018.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN LAO PHỔI AFB DƯƠNG TÍNH TRONG GIAI ĐOẠN TẤN CÔNG TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ BẾN CÁT TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Hồng Chương¹, Lê Quang Đức¹, Huỳnh Minh Chính¹,
Lê Nguyễn Đăng Khoa¹, Dương Thành Tín¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lao là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới, để lại nhiều hậu quả nặng nề cho bản thân bệnh nhân, gia đình và xã hội. Để thực hiện mục tiêu chấm dứt bệnh lao vào năm 2030 thì tuân thủ điều trị là vấn đề tiên quyết, đặc biệt là tuân thủ điều trị của bệnh nhân lao phổi AFB dương tính. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân lao phổi AFB (+) trong giai đoạn tấn công và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 153 bệnh nhân đang điều trị lao phổi AFB (+) sau 02 tháng tấn công tại TTYT Bến Cát từ tháng 02 đến tháng 09 năm 2023. **Kết quả:** Tỉ lệ tuân thủ điều trị lao chung của bệnh nhân là 77,8%, trong đó sử dụng thuốc đủ liều, đủ loại chiếm tỉ lệ cao nhất là 94,1%, Tỉ lệ bệnh nhân âm hóa sau 02 tháng điều trị tấn công là 95,4%. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân lao: Trình độ học vấn ($p=0,001$; OR= 3,491; KTC 95%: 1,58-7,715). Tình trạng sống chung ($p=0,019$; OR= 2,89; KTC 95% 1,157- 7,213. Mặc kèm các bệnh mạn tính ($p=0,01$; OR=3,942; KTC 95%: 1,3 -11,958) **Kết luận:** Tỉ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân AFB (+) trong giai đoạn tấn công khá cao. Những bệnh nhân có ĐHV < THPT; sống chung với gia đình, bạn bè; mắc kèm bệnh mạn tính khác có tỉ lệ tuân thủ điều trị cao hơn nhóm đối tượng còn lại và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, Lao phổi AFB (+), giai đoạn tấn công, TTYT Bến Cát

SUMMARY

COMPLIANCE WITH TREATMENT OF AFB POSITIVE TUBERCULOSIS PATIENTS DURING THE ATTACK PHASE AT BEN CAT TOWN MEDICAL

¹Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Chính

Email: bschinkhnbvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

CENTER BÌNH DƯƠNG PROVIN IN 2023

Background: Tuberculosis is one of the leading causes of death worldwide, leaving many serious consequences for patients, their families and society. To achieve the goal of ending tuberculosis by 2030, treatment compliance is a prerequisite, especially treatment compliance of AFB-positive pulmonary tuberculosis patients. **Objective:** Determine the treatment compliance rate of AFB (+) pulmonary tuberculosis patients in the attack phase and some related factors. **Methods:** Cross-sectional description of 153 patients being treated for AFB (+) tuberculosis after 2 months of attack at Ben Cat Medical Center from February to September 2023 **Results:** The overall TB treatment compliance rate of patients is 77.8%, of which the highest rate is 94.1% of patients using full doses and types of drugs. The rate of patients becoming negative after 2 months of intensive treatment The success rate is 95.4%. Some factors related to treatment adherence in tuberculosis patients: Education level ($p=0.001$; OR= 3.491; 95% CI: 1.58-7.715). Cohabitation status ($p=0.019$; OR= 2.89; 95% CI 1.157- 7.213. Comorbidity with chronic diseases ($p=0.01$; OR=3.942; 95% CI: 1.3 -11.958) **Conclusions:** The treatment compliance rate of AFB (+) patients in the attack phase is quite high. Patients with high blood pressure < high blood pressure; living with family and friends; Patient with other chronic diseases have a higher rate of treatment adherence than the remaining group of subjects and the difference is statistically significant. **Keywords:** Treatment compliance, AFB (+) pulmonary tuberculosis, attack phase, Ben Cat Health Center

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ nhiều năm nay, lao luôn là một trong mười nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới [7]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) mỗi năm có khoảng 130.000 bệnh nhân lao mới, trong đó có khoảng 7000 người đồng nhiễm lao - HIV, hơn 5000 ca lao kháng thuốc [1]. Tuy nhiên, chỉ có 79% số người mắc được phát hiện, tư vấn, điều trị và quản lý, 21% còn