

mẫu đủ lớn, quy trình theo dõi, điều trị thống nhất, và phân tích rõ ràng hơn về đặc điểm tổn thương trên hình ảnh cũng như liên quan của các mức độ tri giác khác nhau, phương pháp phẫu thuật cụ thể với kết cục ngắn và dài hạn của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 100 trường hợp chảy máu trong não đã được điều trị phẫu thuật cho thấy biểu hiện lâm sàng chính khi vào viện gồm; nhức đầu (72%), tăng huyết áp (66%), liệt nửa người (56%), nôn (55%), dấu hiệu màng não (42%), liệt thần kinh VII (40%), rối loạn ngôn ngữ (34%). Tại thời điểm xuất viện 57% bệnh nhân có kết cục tốt theo thang điểm GOS, nhóm bệnh nhân điểm Glasgow trước mổ ≤ 8 có nguy cơ nhận kết cục xấu sau phẫu thuật cao gấp 4,8 lần so với nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow > 8 .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thoan.** Nghiên cứu hiệu quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân xuất huyết não, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội; 2008.
2. **Phùng Ngọc Nam.** Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ thường gặp trên bệnh nhân chảy máu não từ 60 tuổi trở lên tại bệnh viện Lão khoa trung ương, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại

học Y Hà Nội; 2014.

3. **Vũ Đình Triển.** Góp phần nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chảy máu não do tăng huyết áp, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.
4. **Ebba Troberg, Erik Kronvall, Björn M. Hansen, Ola G. Nilsson.** Prediction of Long-Term Outcome After Intracerebral Hemorrhage Surgery. World Neurosurgery, Volume 124, 2019, Pages e96-e105.
5. **Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, et al;** on behalf of the American Heart Association/American Stroke Association. Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2022;53: issue 7, e282-e361.
6. **Kandasamy, R., Idris, Z., Abdullah, J.M.** Surgery of Intracerebral Hemorrhage. In: July, J., Wahjoepramono, E. (eds) Neurovascular Surgery. Springer, Singapore; 2019.
7. **Sabino Luzzi, Angela Elia, Mattia Del Maestro, et al.** Indication, Timing, and Surgical Treatment of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: Systematic Review and Proposal of a Management Algorithm, World Neurosurgery, Volume 124, 2019, Pages e769-e778.
8. **Zhang K, Zhou X, Xi Q, et al.** Outcome Prediction of Spontaneous Supratentorial Intracerebral Hemorrhage after Surgical Treatment Based on Non-Contrast Computed Tomography: A Multicenter Study. Journal of Clinical Medicine. 2023; 12(4):1580.

KẾT QUẢ CỦA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VỚI THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

Nguyễn Văn Dũng¹, Châu Hữu Hầu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả nội soi điều trị phối hợp với thuốc ức chế bơm proton ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng (LDD-TT). **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu về nội soi can thiệp điều trị ở các bệnh nhân LDD-TT bị XHTH trong 23 tháng từ đầu tháng 1/2020 đến hết tháng 11/2022 với 48 bệnh nhân tại bệnh viện Nhật Tân, tỉnh An Giang. **Kết quả:** Bệnh nhân nam mắc bệnh LDD-TT có biến chứng XHTH nhiều hơn nữ với tỷ số 5:1. Bệnh nhân nữ có lứa tuổi mắc LDD-TT từ 58-84 muộn hơn bệnh nhân nam với lứa tuổi 22-94. Khi phân loại XHTH theo Forrest, chúng tôi chỉ gặp loại F1a, F1b và F2a với các tỷ lệ 16,7%, 31,2% và 52,1%. Phân loại ổ loét đường tiêu hóa trên có biến chứng

XHTH: LTT chiếm 41,7%, và LDD chiếm 58,3%, tỷ lệ LTT/LDD là 0,71%. Trong suốt nghiên cứu, chỉ có 1 trường hợp LDD-TT có XHTH tử vong (tỷ lệ 2,1%) và 2 trường hợp phải nội soi can thiệp lần 2 (4,3%). **Kết luận:** Bệnh LDD-TT có biến chứng XHTH ở bệnh nhân nữ xảy ra ở lứa tuổi muộn hơn bệnh nhân nam (58-84 so với 22-94). LTT ít hơn LDD với tỷ lệ 0,71%. Tỷ lệ tử vong và chảy máu tái phát cần nội soi lần 2 ít gặp với tỷ lệ lần lượt là 2,1% và 4,3%.

Từ khóa: Loét dạ dày, loét tá tràng, nội soi điều trị; xuất huyết tiêu hóa.

Viết tắt: Loét dạ dày (LDD); Loét tá tràng (LTT); xuất huyết tiêu hóa (XHTH).

SUMMARY

EFFICIENCY OF ENDOSCOPIC THERAPY WITH PROTON PUMP INHIBITORS IN PATIENTS WITH BLEEDING PEPTIC ULCER

Objectives: Efficacy of endoscopic therapy in combination with proton pump inhibitors in patients with gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer. **Methods:** Retrospective and prospective study of interventional endoscopic treatment in patients with

¹Bệnh viện Nhật Tân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: bacsynguyendungst@gmail.com@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023
Ngày duyệt bài: 25.5.2023

bleeding complications due to peptic ulcer in 23 months from the beginning of Jan. 2020 to the end of Nov. 2022 with 48 patients at Nhat Tan hospital, An Giang province. **Results:** Male patients with peptic ulcer had more GI complications than female patients with a ratio of 5:1. Age of male patients with bleeding peptic ulcer is younger than female patients was 22 to 94 versus 54 to 84. When classifying bleeding peptic ulcer according to Forrest, we only encountered types F1a, F1b and F2a with rates of 16.7%, 31.2% and 52.1%, respectively. Classification of hemorrhagic peptic ulcers: Duodenal ulcer accounted for 41.7% and gastric ulcer for 58.3%, the ratio of duodenal/gastric ulcer was 0.71%. During the study, only 1 case of peptic ulcer (2.1%) had fatal by bleeding complication and 2 cases required second endoscopic intervention (4.3%). **Conclusion:** Peptic ulcer with bleeding complications in female patients occurred at a later age than male patients (58-84 versus 22-94). Duodenal ulcer is less than gastric ulcer with a ratio of 0.71%. Mortality and recurrent bleeding requiring second endoscopy were rare with rates of 2.1% and 4.3%, respectively.

Keywords: Gastroduodenal ulcer, proton pump inhibitor, endoscopic therapy, gastroduodenal bleeding
Abbreviation: PPIs, proton pump inhibitors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong một nghiên cứu của WHO trên toàn cầu có khoảng 8,09 triệu người mắc loét dạ dày-tá tràng (LDD-TT) vào năm 2019, tăng 25,8% so với năm 1990 với 6,43 triệu. Trong đó Kiribati có tỷ lệ lưu hành chuẩn hóa theo tuổi cao nhất [330,32 (286,98–379,81) trên 100.000 dân]. Cũng theo số liệu của WHO năm 2020, số ca tử vong hằng năm do bệnh viêm LDD-TT ở Việt Nam lên tới 957 người hay 0,14% tổng số ca tử vong. Tỷ suất chết điều chỉnh theo tuổi ở Việt Nam là 0,86 trên 100.000 dân, đứng thứ 155 trên thế giới. Khu vực Châu Á Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam có tỷ lệ mắc LDD-TT giữa nam và nữ khác biệt với tỷ lệ 2,35:1[1]

Bệnh LDD-TT là một khiếm khuyết ở niêm mạc dạ dày hoặc tá tràng lan rộng đến lớp màng cơ niêm và các lớp sâu hơn. LDD có thể biểu hiện khó tiêu hoặc có thể không triệu chứng (khoảng 70%), về sau có thể xuất huyết hoặc thủng. LDD-TT chảy máu khá phổ biến với các biểu hiện như buồn nôn, nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen. Một số bệnh nhân nặng có thể đi ngoài ra máu đen cùng với hạ huyết áp [2]. Đa số bệnh nhân bị LDD-TT sẽ ngừng chảy máu tự nhiên. Nhưng một số bệnh nhân chảy máu tái phát và cần điều trị nội soi. Nếu nội soi thất bại, cần can thiệp động mạch hoặc phẫu thuật [3].

Thang điểm xuất huyết Glasgow-Blatchford (GBS) hay được dùng để xác định nguy cơ của bệnh nhân XHTH. Bệnh nhân có điểm ≤ 7 (nguy

cơ thấp) chưa cần giám sát và điều trị, trong khi bệnh nhân có điểm ≥ 8 (nguy cơ cao) cần phải can thiệp sớm. [4]

Theo ACG Mỹ năm 2021, sau khi nội soi cầm máu, tiêm ức chế bơm proton (PPI) liều cao liên tục hoặc ngắt quãng trong 3 ngày, sau đó có thể dùng PPI uống 2 lần mỗi ngày trong 2 tuần đầu điều trị sau nội soi. Khi chảy máu tái phát, lặp lại liệu trình nội soi điều trị. Nếu nội soi thất bại, chuyển mổ hoặc chuyển tuyến trên để thuyên tắc mạch [5,6].

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu xác định kết quả nội soi chẩn đoán kết hợp điều trị ức chế bơm proton liều cao ở các bệnh nhân XHTH do LDD-TT tại bệnh viện Nhật Tân năm 2020-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân XHTH do LDD-TT được chẩn đoán bằng nội soi tiêu hóa và điều trị nội trú tại bệnh viện Đa Khoa Nhật Tân.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên chùm ca bệnh (case series), mô tả lâm sàng có can thiệp điều trị nội soi kết hợp dùng thuốc.

2.3. Cỡ mẫu và thời gian nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian 23 tháng, từ tháng 1/2020 đến tháng 11/2022 với 48 bệnh nhân, không phân biệt giới tính và tuổi đời, đáp ứng tiêu chí lựa chọn có XHTH do LDD-TT và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật can thiệp chẩn đoán, điều trị

2.4.1. Tiến hành thủ thuật nội soi dạ dày tá tràng: Cho bệnh nhân nằm nghiêng trái, 2 chân co nhẹ, đưa ống soi từ từ vào đường miệng, quan sát đáy lưỡi, lưỡi gà, nắp thanh môn. Quan sát chỗ nối hầu - thực quản, bảo bệnh nhân nuốt đồng thời đẩy nhẹ ống nội soi vào thực quản. dạ dày, ghi nhận các hình ảnh tổn thương, đưa ống soi qua lỗ môn vị, khảo sát hành tá tràng đến D2 tá tràng.

2.4.2. Kỹ thuật kẹp cầm máu nội soi và điều trị PPI

- Ống soi dạ dày Fujinon XL-4450 (Nhật) với kênh sinh thiết 2,8 mm, nguồn sáng Xenon và bộ xử lý Fujinon 4450 sản xuất năm 2018.

- Kẹp clip cầm máu: Clip cầm máu Anrei, 2 cánh, xoay được của Cty Anrei Medical (Hangzhou) có chiều dài 1950 mm, góc mở của cánh clip 135 độ, độ mở rộng 12mm.

- Kỹ thuật kẹp clip: Luồn clip qua kênh sinh thiết, điều chỉnh ống soi sao cho clip vuông góc với tổn thương gây xuất huyết.

- *Ức chế bơm proton*: Sau nội soi kẹp cầm máu, dùng thuốc ức chế bơm proton (PPI) dạng tiêm truyền là Esomeprazol của Cty Bidiphar, 80mg tiêm TM; sau đó TTM liều 8mg/giờ qua bơm tiêm điện trong 72 giờ. Trong một số trường hợp dùng thuốc PPI dạng uống,

2.5. Xử lý số liệu. Toàn bộ dữ liệu được nhập và phân tích trong SPSS (phiên bản 20), dùng crosstabs để kiểm định các biến định tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Lứa tuổi và giới tính của bệnh nhân LDD-TT xuất huyết

Lứa tuổi	Giới tính		Cộng	p
	Nữ	Tỷ lệ %		
22-49	0	0%	13	> 0.05
50-94	8	22,9%	27	
Cộng	8	16,7%	40	

Nhận xét: Do số bệnh nhân nữ chỉ có 8, tuổi từ 58-84; nam có 40, tuổi từ 22 đến 94, không có phân bố chuẩn, không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Tỷ số giữa nam và nữ là 5/1.

Bảng 2. Phân loại XHTH theo Forrest

Loại	Diễn giải quan sát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
F1a	Máu bắn thành tia	8	16,7%
F1b	Máu chảy rỉ rả	15	31,2%
F2a	Lộ mạch máu	25	52,1%
Cộng		48	100%

Nhận xét: Quan sát thấy có 3 loại XHTH: F1a (máu bắn thành tia) 8 bệnh nhân (16,7%); F1b (máu chảy rỉ rả) 15 bệnh nhân (31,2%) và F2a, (lộ mạch máu) 25 trường hợp (52,1%).

Bảng 3. Thang điểm Glasgow-Blatchford với nguy cơ XHTH

Nguy cơ	Điểm Glasgow-Blatchford	Số lượng	Tỷ lệ %
Nguy cơ thấp ≤ 7	4-7	12	25%
Nguy cơ cao ≥ 8	8-17	36	75%
Cộng		48	100%

Nhận xét: Nhóm nguy cơ thấp (điểm ≤ 7) có 12 trường hợp (25%) và nhóm nguy cơ cao 36

Bảng 5. Đặc điểm ổ loét và một số yếu tố can thiệp LDD-TT (n=48)

Phân loại Forrest	Kích thước ổ loét DD (mm)	Kích thước ổ loét HTT (mm)	Thời gian nội soi (giờ)	Truyền máu (ml)	Số clip dùng	Số ngày nằm viện (ngày)
F1a	6,5 \pm 2.1	4,6 \pm 2.3	1,6 \pm 0.9	1.125 \pm 0,353	2,8 \pm 0.5	9,2 \pm 8.3
F1b	6,1 \pm 2.1	4,7 \pm 2.5	1,5 \pm 0.5	1.466 \pm 0.516	2,7 \pm 1.3	4,9 \pm 2.0
F2a	6,5 \pm 2.4	4,9 \pm 2.4	1,6 \pm 0.5	1.480 \pm 0,510	2,1 \pm 0.9	4,9 \pm 2.9
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05

Nhận xét: Kích thước các ổ LDD-TT, thời gian nội soi, số lượng máu truyền không chênh lệch nhiều, $p > 0.05$. Trong khi đó, số ngày nằm viện cho nhóm F1a cao hơn 2 nhóm còn lại F1b

Dùng One-way ANOVA để so sánh 2 số trung bình \pm độ lệch chuẩn. So sánh thống kê có ý nghĩa khi $p < 0.05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Các đối tượng được thông báo chi tiết về nội dung, mục tiêu nghiên cứu và lấy ý kiến đồng thuận. Mọi thông tin cá nhân đều được bảo mật bởi nhà nghiên cứu.

(điểm ≥ 8) có 36 ca (75%). Những bệnh nhân nhẹ hơn có điểm từ 0 đến 3, đa số không cần can thiệp, không nằm viện, không đưa vào nghiên cứu.

Bảng 4. Vị trí xuất huyết dạ dày và tá tràng

Vị trí xuất huyết	Số lượng	Tỷ lệ %
Dạ dày	28	58,3
Hang vị	13	27,1
Thân vị	9	18,7
Góc bờ cong nhỏ	5	10,4
Tiền môn vị	1	2,1
Hành tá tràng	20	41,7
Mặt trước	13	27,1
Mặt sau	5	10,4
D1, D2	2	4,2
Cộng	48	100

Nhận xét: LDD có 28/48 chiếm 58,3% bao gồm loét hang vị 27,1%, thân vị 18,7%, góc bờ cong nhỏ 10,4% và tiền môn vị 2,1%. Trong khi đó LTT có 20 trường hợp chiếm 41,7%, bao gồm loét mặt trước 27,1%, loét mặt sau 10,4% và loét ở D1, D2 là 4,2%. Tỷ lệ LTT thấp hơn so với LDD $20/28 = 0.71\%$.

và F2a, với $p < 0,05$.

Bảng 6. Xuất huyết tái phát và tử vong sau điều trị can thiệp qua nội soi (n=48)

Xuất huyết tái phát	Tử vong
---------------------	---------

	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Tử vong	Tỷ lệ (%)
Kết quả điều trị	02	4,3	01	2,1

Nhận xét: Có 02 bệnh nhân nam 33 và 61 tuổi có XHTH tái phát sau can thiệp qua nội soi. Tử vong 01 trường hợp là một bệnh nhân nam 76 tuổi, bị XHTH do loét HTT có bệnh phổi hợp là xơ gan, đái tháo đường típ 2. Không có bệnh nhân nữ nào trong tổng số 8 nữ bệnh nhân có biến chứng xuất huyết tái phát hay tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu có can thiệp ở 48 bệnh nhân LDD-TT bị XHTH trong 23 tháng từ đầu tháng 1/2020 đến hết tháng 11/2022 nội trú tại bệnh viện. Bệnh nhân bước đầu được hồi sức bằng truyền dịch, nâng thể trạng, truyền máu, điều trị các bệnh đi kèm. Khi thể trạng chung tốt hơn, chúng tôi tiến hành nội soi dạ dày tá tràng để quan sát và nếu cần, can thiệp bằng nội soi kẹp clip cầm máu ổ loét. Khi can thiệp xong, PPI được dùng (Esomeprazol) tiêm TM 80 mg, sau đó tiếp tục dùng Esomeprazol 8 mg/giờ truyền TM qua bơm tiêm điện trong 72 giờ, hoặc dùng PPI dạng uống để ngừa chảy máu tái phát [6].

Trong số 48 bệnh nhân, số bệnh nhân nữ mắc LDD-TT chỉ có 8, trong khi đó nam chiếm đa số với 40 bệnh nhân. Tỷ lệ giữa nam và nữ chiếm 5/1 cao hơn gấp đôi so với báo cáo của WHO về bệnh này ở Khu vực Châu Á Thái Bình Dương, với tỷ lệ mắc LDD-TT giữa nam và nữ là 2,35/1[1]. So với nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm, chênh lệch giữa nam và nữ là 3,75 ở nhóm được cầm máu bằng dung dịch nước muối ưu trương và epinephrin (HSE), và chênh lệch này là 2,5 ở nhóm cầm máu bằng kẹp clip qua nội soi[8].

Trong số 48 bệnh nhân của chúng tôi, lứa tuổi thấp nhất ở bệnh nhân nữ mắc LDD-TT là 58 tuổi, muộn hơn bệnh nhân nam mắc bệnh này từ 22 tuổi, cho thấy bệnh LDD-TT có biến chứng xuất huyết xảy ra khá phổ biến và xảy ra sớm hơn ở nam giới.

Khi phân loại XHTH theo Forrest, do số bệnh nhân ít, chúng tôi chỉ gặp loại F1a với 8 trường hợp (máu bắn thành tia, 16,7%); loại F1b với 15 trường hợp (máu chảy rỉ rả, 31,2%) và loại F2a với 25 trường hợp (lộ mạch máu, 52,1%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, khả năng xuất huyết tái phát ít một phần do đa số thuộc loại F2a chiếm 52,1% các trường hợp xuất huyết do LDD-TT. Huỳnh Hiếu Tâm cũng có kết quả tương tự về tỷ lệ của loại F2a với 22 trường hợp (57,9%) ở nhóm được cầm máu bằng dung dịch nước muối ưu trương + epinephrin và 19 trường hợp (52,8%)

ở nhóm cầm máu bằng kẹp clip qua nội soi[8].

Khi xếp theo thang điểm Glasgow-Blatchford với nguy cơ XHTH[7], bệnh nhân chia thành 2 nhóm: Nhóm nguy cơ ít ≤ 7 có 12 trường hợp, chiếm 25% và nhóm nguy cơ cao 36 trường hợp, chiếm 75%. Những trường hợp nhẹ hơn từ 0 đến 3 của thang điểm này thường không cần can thiệp, không nằm viện, nên không đưa vào nghiên cứu.

Phân loại ổ loét đường tiêu hóa trên: LDD có 28 trường hợp trong số 48 trường hợp LDD-TT, chiếm 58,3% bao gồm tử loét hang vị 27.1%, thân vị 18.7%, góc bờ cong nhỏ 10.4% và tiền môn vị 2,1%. Trong khi đó LTT có 20 trường hợp, chiếm 41,7% bao gồm loét mặt trước 27,1%, mặt sau 10,4% và loét ở D1, D2 là 4,2%. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loét tá tràng thấp hơn so với LDD $20/28=0.71\%$. Nhưng nghiên cứu của Mille và cs, loét tá tràng có chảy máu gặp nhiều hơn LDD 1,3–2,3 lần [4]

Một số yếu tố can thiệp ở bệnh nhân LDD-TT về mô tả kích thước ổ loét, thời gian nội soi, số lượng máu truyền, số clip dùng và số ngày nằm viện đều có số liệu tương đương nhau không khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên số ngày nằm viện ở nhóm có nguy cơ cao (F1a) cao hơn nhóm nguy cơ trung bình (F1b) và nhóm nguy cơ thấp (F2a), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, số trường hợp cần phải nội soi can thiệp lần 2 do chảy máu tái phát là 02, chiếm tỷ lệ 4,3%. Kết quả này hơi cao so với nghiên cứu Huỳnh Hiếu Tâm với tỷ lệ thất bại kẹp cầm máu lần đầu là 2,8%[8]. Trong gần 2 năm điều trị XHTH do LDD-TT chỉ có 01 trường hợp tử vong, chiếm tỷ lệ 2,1%, ở một bệnh nhân lớn tuổi có bệnh phổi hợp, số điểm Blatchfor là 11, nôn và đại tiện ra máu nhiều, số ngày nằm viện 4 ngày. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm, tỷ lệ tử vong của kẹp cầm máu là 2,8%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu can thiệp điều trị loét dạ dày-tá tràng có xuất huyết tiêu hóa qua nội soi phối hợp PPI ở 48 bệnh nhân trong vòng 23 tháng, cho thấy: Bệnh nhân nam mắc nhiều hơn nữ với tỷ số 5:1 và thường mắc ở lứa tuổi thấp hơn. Theo phân loại Forrest gồm loại F1a, F1b và F2a với các tỷ lệ lần lượt 16,7%, 31,2% và 52,1%. Vị trí ổ loét biến chứng xuất huyết ở dạ dày chiếm 58,3% chủ yếu vùng hang vị, trong khi ổ loét tá tràng chiếm 41,7%, chủ yếu ở mặt trước hành tá tràng. Chỉ có 02 trường hợp loét dạ dày-tá tràng

có xuất huyết tái phát phải nội soi can thiệp lần 2 (tỷ lệ 4,3%) và 01 trường hợp (2,1%) tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Xie X, Ren K, Zhou Z, Dang C, Zhang H.** The global, regional and national burden of peptic ulcer disease from 1990 to 2019: a population-based study. *BMC Gastroenterology*, Vol. 22: 58, 10 Feb, 2022.
2. **Vakil NB, Feldman M, Grover S.** Peptic ulcer disease: Clinical manifestations and diagnosis. *UpToDate*, Oct 2022
3. **Saltzman JR, Feldman M, Travis AC.** Overview of the treatment of bleeding peptic ulcers. *UpToDate*, Oct 2022
4. **Mille M, Engelhardt T, Stier A.** Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers. *Clinical Therapeutic Review. Visc Med* 2021;37:52–62.
5. **Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Grigorios I, Leontiadis GI.** ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2021;116:899–917.
6. **Cheng HC, Sheu BS.** Intravenous proton pump inhibitors for peptic ulcer bleeding: Clinical benefits and limits. *World J Gastrointest Endosc* 2011 March 16; 3(3): 49-56
7. **Chatten K, Pursell H, Banerjee AK, Soteriadou S, Ang Y.** Glasgow Blatchford Score and risk stratifications in acute upper gastrointestinal bleed: can we extend this to 2 for urgent outpatient management? *Clinical Medicine* 2018 Vol 18, No 2: 118–22.
8. **Huỳnh Hiếu Tâm.** Nghiên cứu hiệu quả của tiêm hoặc kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. Luận án TSYH, Đại học Y khoa Huế, 2019.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH VIÊM DA CƠ ĐỊA TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Đào Minh Châu¹, Hoàng Thị Làn¹, Nguyễn Thị Lệ Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ nặng và ảnh hưởng của viêm da cơ địa đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** thiết kế mô tả cắt ngang trên nghiên cứu 199 bệnh nhân đến khám tại Khoa da liễu Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng được chẩn đoán là viêm da cơ địa chẩn đoán là VDCĐ dựa theo tiêu chuẩn của Hanifin và Rajka từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2021. **Kết quả:** Hầu hết các bệnh nhân viêm da cơ địa đều ảnh hưởng đến CLCS (99%). Điểm trung bình ảnh hưởng chất lượng cuộc sống DLQL của nhóm mức độ bệnh SCORAT nhẹ là 4,76; nhóm SCORAT trung bình là 14,80, nhóm SCORAT nặng là 20,54, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** bệnh viêm da cơ địa gặp ở mọi lứa tuổi và các ngành nghề khác nhau. Mức độ nặng của bệnh viêm da cơ địa càng nặng thì càng ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Từ khóa: viêm da cơ địa, chất lượng cuộc sống, bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng

SUMMARY

ASSESSMENT OF SEVERITY AND IMPACT OF ATOPIC DERMATITIS ON THE LIFE QUALITY OF PATIENTS AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Thủy

Email: ldkhoivu@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023

Objectives: Assessment of the severity and quality of life of patients with atopic dermatitis. **Research subjects and methods:** A cross-study was taken on 199 patients who visited the Dermatology Department of Hai Phong Medical University Hospital from January to September 2021 and were diagnosed with atopic dermatitis based on Hanifin and Rajka's criteria. **Results:** Most patients with atopic dermatitis affect to quality of life (99%). The mean score of Dermatology Life Quality Index of the mild, moderate, and severe SCORAT groups was 4.76, 14.80, and 20.54, respectively. The difference was statistically significant with $p < 0.001$. **Conclusion:** Atopic dermatitis occurs in all ages and different occupations. The more severe the severity of atopic dermatitis, the greater the impact on the patient's quality of life.

Keywords: atopic dermatitis, quality of life, Hai Phong Medical University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa (VDCĐ = Atopic Dermatitis) là một bệnh da thường gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay gặp nhất là trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 2 tuổi và có thể kéo dài đến tuổi trưởng thành (20%) [1,2,4,10]. Bệnh gặp ở mọi vùng lãnh thổ và mọi chủng tộc. Hình ảnh lâm sàng của VDCĐ thay đổi theo từng thời kỳ, từng giai đoạn của bệnh và theo lứa tuổi. Tổn thương da ở trẻ em nhỏ chủ yếu là đám mụn nước, khu trú ở hai má trong khi ở trẻ lớn và người lớn là các đám sẩn, dày da, lichen hoá, thường khu trú ở nếp gấp. Ngoài ra bệnh còn có nhiều đặc điểm