

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN DO LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH NĂM 2024

Trần Thị Hương¹, Lê Viết Hải Phúc²,Nguyễn Ngọc Chức³, Trần Thị Như Quỳnh^{3*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên (XHTH trên) do loét dạ dày – tá tràng tại bệnh viện đa khoa Thái Bình năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 101 bệnh nhân XHTH trên do loét dạ dày – tá tràng. Các dữ liệu thu thập gồm đặc điểm chung, biểu hiện lâm sàng, mức độ xuất huyết, chỉ số xét nghiệm và đặc điểm nội soi.

Kết quả: Tuổi trung bình $59,9 \pm 18,0$, nam chiếm 61,4%. Triệu chứng thường gặp nhất là đau thượng vị (82,2%) và đại tiện phân đen (58,4%). XHTH mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (56,4%). Hb trung bình 86,3 g/l. Nội soi ghi nhận 89,1% loét hành tá tràng, chủ yếu tại mặt trước; 71,3% có 1 ổ loét, kích thước trung bình 0,82 cm; nhóm Forrest gặp nhiều nhất là FIII (53,5%).

Kết luận: Bệnh nhân XHTH trên do loét dạ dày – tá tràng chủ yếu là nam giới lớn tuổi, thường biểu hiện đau thượng vị và đại tiện phân đen. Tổn thương nội soi đa số là loét hành tá tràng kích thước nhỏ và thuộc nhóm Forrest nguy cơ thấp.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa trên; loét dạ dày – tá tràng; đặc điểm lâm sàng; cận lâm sàng; nội soi tiêu hóa.

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO GASTRIC AND DUODENAL ULCER AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with upper gastrointestinal bleeding (UGIB) caused by peptic ulcer disease at Thai Binh General Hospital.

1. Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

2. Sinh viên K55H, trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

3. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả liên hệ: Trần Thị Như Quỳnh

Email: nhuquynhytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/10/2025

Ngày phản biện: 20/11/2025

Ngày duyệt bài: 25/11/2025

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 101 patients diagnosed with UGIB due to gastric or duodenal ulcer. Collected data included demographic characteristics, clinical symptoms, bleeding severity, laboratory indices, and endoscopic findings.

Results: The mean age was 59.9 ± 18.0 years, and males accounted for 61.4%. The most frequent symptoms were epigastric pain (82.2%) and melena (58.4%). Moderate-grade bleeding (T-score) was most common (56.4%). The mean hemoglobin level was 86.3 g/L. Endoscopy revealed duodenal bulb ulcers in 89.1% of cases, predominantly located on the anterior wall; 71.3% had a single ulcer with a mean size of 0.82 cm. Forrest III lesions accounted for the highest proportion (53.5%).

Conclusion: Patients with UGIB due to peptic ulcer disease were predominantly older males, commonly presenting with epigastric pain and melena. Endoscopic evaluation showed that most lesions were small anterior duodenal bulb ulcers with low-risk Forrest classification.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding; peptic ulcer disease; clinical characteristics; paraclinical findings; endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày–tá tràng là một cấp cứu nội – ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 50% các nguyên nhân gây XHTH cao và có tỷ lệ tử vong từ 6–13% [1],[2]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, bao gồm sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI) và các kỹ thuật nội soi can thiệp như tiêm cầm máu, clip cầm máu, đốt điện hay phun bột cầm máu, XHTH do loét vẫn có nguy cơ diễn biến nặng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Điều trị hiệu quả đòi hỏi phối hợp chặt chẽ giữa đánh giá tiên lượng, can thiệp nội soi đúng thời điểm và sử dụng PPI liều phù hợp để dự phòng tái phát sớm.

Tại Khoa Nội tiêu hóa – Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, kỹ thuật nội soi can thiệp được triển khai từ năm 2018 và đã góp phần đáng kể trong việc cấp cứu và giảm tỷ lệ chuyển tuyến, phẫu thuật. Tuy

nhiên, tại địa phương chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày – tá tràng trên cả nhóm bệnh nhân có và không có chỉ định can thiệp nội soi:

Xuất phát từ nhu cầu đó, đề tài “Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày – tá tràng tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2024” được thực hiện nhằm cung cấp dữ liệu phục vụ công tác chẩn đoán và điều trị hiệu quả hơn trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày – tá tràng điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn sau:

+ Chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa trên dựa vào lâm sàng: nôn ra máu, đại tiện phân đen hoặc nâu sẫm, và/hoặc qua ống sonde dạ dày hút ra máu.

+ Có dấu hiệu mất máu trên lâm sàng (thay đổi tri giác, da niêm mạc, mạch, huyết áp...).

+ Nội soi tiêu hóa trên ghi nhận tổn thương loét dạ dày – tá tràng là nguyên nhân xuất huyết, được phân loại theo Forrest (FIA, FIB, FIIA, FIIB, FIIC, FIIL).

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (giãn tĩnh mạch thực quản – phình vị).

+ Xuất huyết tiêu hóa trên do ung thư dạ dày hoặc tổn thương chảy máu điểm mạch (Dieulafoy).

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần thiết.

+ Bệnh nhân hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.4. Địa điểm nghiên cứu

Nội tiêu hóa – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

2.1.5. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 9/2023 đến tháng 8/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu từ 9/2023 đến 8/2024 (mẫu toàn bộ), chúng tôi đã chọn được 101 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, thu nhận tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn theo trình tự thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Nội dung/chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung

+ Tuổi, giới.

+ Tiền sử bệnh lý: xuất huyết tiêu hóa, viêm loét dạ dày – tá tràng, bệnh mạn tính (tim mạch, khớp, thận, hô hấp...).

Tiền sử dùng thuốc: NSAIDs, aspirin, thuốc chống đông...

- Đặc điểm lâm sàng

+ Lý do vào viện: nôn ra máu, đại tiện phân đen, vừa nôn máu vừa đi ngoài phân đen, đau thượng vị, triệu chứng thiếu máu (mệt, hoa mắt, chóng mặt...).

+ Tình trạng tri giác lúc nhập viện.

+ Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, dấu hiệu sốc.

+ Mức độ xuất huyết: phân loại theo thang điểm T-score (T1: nặng, T2: vừa, T3: nhẹ) dựa vào tình trạng toàn thân, mạch, huyết áp, hemoglobin.

- Đặc điểm cận lâm sàng

+ **Huyết học:** số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit lúc nhập viện.

+ **Sinh hóa:** ure máu lúc nhập viện.

Giá trị bình thường được lấy theo quy chuẩn phòng xét nghiệm của bệnh viện.

+ Đặc điểm nội soi tiêu hóa trên

+ Vị trí ổ loét: dạ dày (hang vị, thân vị, góc bờ cong nhỏ, tâm vị, phình vị), hành tá tràng, D1–D2 tá tràng.

+ Số lượng ổ loét: một ổ hoặc ≥ 2 ổ.

+ Kích thước ổ loét (cm).

+ Phân loại ổ loét theo Forrest: FIA, FIB, FIIA, FIIB, FIIC, FIIL.

2.2.4. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân nghi ngờ XHTH trên được khám theo mẫu thống nhất, làm xét nghiệm cơ bản và nội soi trong 24 giờ đầu (hoặc nội soi cấp cứu nếu cần). Hình ảnh nội soi được ghi nhận và phân loại. Số liệu được thu thập liên tục, kiểm tra và nhập vào bộ dữ liệu phân tích.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Phân tích bằng SPSS 16.0; biến định lượng trình bày dạng $\bar{X} \pm SD$, biến định tính trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng khoa học và Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình (hoặc cơ quan tương đương) chấp thuận trước khi triển khai.

Quy trình điều trị và kỹ thuật nội soi, can thiệp được thực hiện theo đúng quy trình kỹ thuật và phác đồ đã được bệnh viện phê duyệt.

Bệnh nhân và/hoặc người nhà được giải thích rõ về tình trạng bệnh, các chỉ định can thiệp, lợi ích và nguy cơ, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học và cải thiện chất lượng điều trị.

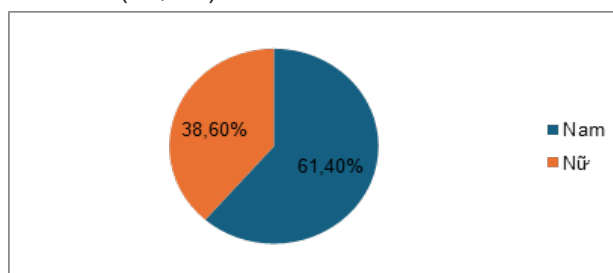
III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi (n=101)

Nhóm tuổi	n	Tỉ lệ %
< 60	45	44,5
60-80	42	42,6
> 80	14	13,9
Tổng	101	100,0
Tuổi trung bình	59,9 ± 18,0	

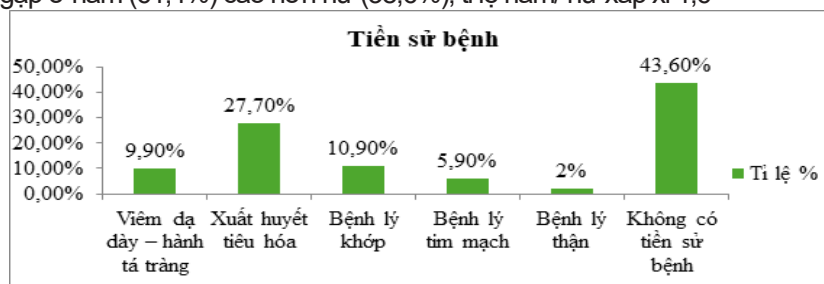
Nhận xét:

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,9 ± 18,0; tuổi thấp nhất là 16 và cao nhất 90 tuổi; trong đó nhóm < 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (44,5%).



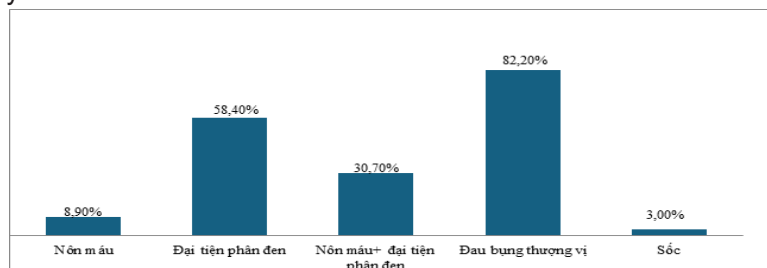
Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới (n=101)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh gặp ở nam (61,4%) cao hơn nữ (38,6%), tỉ lệ nam/ nữ xấp xỉ 1,6



Biểu đồ 2. Đặc điểm về tiền sử mắc bệnh (n=101)

Nhận xét: Có 43,6% bệnh nhân không có tiền sử bệnh; số còn lại có các bệnh lý kèm theo, trong đó 27,7% có tiền sử xuất huyết tiêu hóa.



Biểu đồ 3. Triệu chứng lâm sàng (n=101)

Nhận xét: Triệu chứng đau thượng vị gặp nhiều nhất (82,2%), đại tiện phân đen (58,4%), các triệu chứng khác gặp với tỷ lệ thấp.

Bảng 2. Phân loại theo mức độ xuất huyết (Theo thang điểm T-score)

Mức độ xuất huyết	n	Tỉ lệ %
Mức độ nhẹ	41	40,6
Mức độ vừa	57	56,4
Mức độ nặng	3	3,0
Tổng	101	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân xuất huyết chủ yếu gặp mức độ vừa (chiếm 56,4%), mức độ nhẹ chiếm 40,6%, chỉ gặp 3% bệnh nhân xuất huyết mức độ nặng.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=101)

Đặc điểm cận lâm sàng	$\bar{X} \pm SE$
Hồng cầu (T/l)	$2,9 \pm 1,1$
Hb (g/l)	$86,3 \pm 3,0$
Hematocrit (l/l)	$26,8 \pm 1,0$
Ure (mmol/l)	$12,3 \pm 8,7$

Nhận xét: Hồng cầu trung bình $2,9 \pm 1,1$ T/L, hemoglobin $86,3 \pm 3,0$ g/L và ure máu $12,3 \pm 8,7$ mmol/L.

Bảng 4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo vị trí ổ loét (n=101)

Vị trí ổ loét	Loét dạ dày	Vị trí	n	Tỉ lệ %
		Hang vị + thân vị	10	45,5
		Góc bờ cong nhỏ	11	50,0
		Tâm vị	1	4,5
		Phình vị	0	0,0
	Tổng		22/101 (21,7%)	100,0
	Loét hành tá tràng - tá tràng	Mặt trước	58	72,5
		Mặt sau	11	13,8
		Mặt trước + mặt sau	6	7,5
		Đoạn tá tràng ngoài hành (D2)	5	6,2
	Tổng		80/101 (79,3%)	100,0
	Loét kết hợp (dạ dày và tá tràng)		11/101	10,9%

Nhận xét: Loét dạ dày gặp 22/101 trường hợp (chiếm 21,7 %), loét hành tá tràng – tá tràng chiếm 79,3% (80/101 trường hợp). Trong đó có 11/101 trường hợp loét kết hợp dạ dày – tá tràng. Loét dạ dày gặp nhiều nhất ở góc bờ cong nhỏ, còn loét hành tá tràng chủ yếu ở mặt trước.

Bảng 5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo đặc điểm về số lượng, kích thước ổ loét (n=101)

Đặc điểm ổ loét		n	Tỉ lệ %
Số lượng	1	72	71,3
	≥ 2	29	28,7
	Tổng	101	100,0
Kích thước (cm)	< 1	63	62,4
	1-2	35	34,6
	>2	3	3,0
	Trung bình	$0,82 \pm 0,52$	
	Tổng	101	100,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân 1 ổ loét (71,3%). Kích thước trung bình của các ổ loét $0,82 \pm 0,52$ cm; chủ yếu gặp các ổ loét có kích thước < 1 cm (62,4%).

Bảng 6. Đặc điểm nội soi theo phân loại Forrest (n=101)

Đặc điểm nội soi phân loại theo Forrest	n	Tỉ lệ %
FIA	1	1,0
FIB	7	6,9
FIIA	4	4,0
FIIB	19	18,8
FIIC	16	15,8
FIII	54	53,5
Tổng	101	100,0

Nhận xét: Phân loại Forrest chủ yếu là FIII (53,5%), tiếp đến FIIB (18,8%) và FIIC (15,8%); chỉ ghi nhận 1 trường hợp FIA.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân XHTH do loét dạ dày – tá tràng là $59,9 \pm 18,0$ tuổi, phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước đã ghi nhận tuổi mắc bệnh chủ yếu tập trung quanh lứa tuổi 50–60 và có xu hướng tăng dần do việc sử dụng NSAIDs, aspirin và các bệnh lý kèm theo ở người cao tuổi [3]. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ, tương tự các nghiên cứu trước đây [4], có thể liên quan đến việc sử dụng rượu bia, thuốc lá và thuốc giảm đau nhiều hơn.

Về tiền sử bệnh, tỷ lệ bệnh nhân đã từng bị viêm loét dạ dày – tá tràng hoặc đã từng xuất huyết tiêu hóa tương tự các nghiên cứu Tanawat Pattarapuntakul và cộng sự [5], cho thấy nhóm bệnh lý nền này tiếp tục là yếu tố nguy cơ quan trọng.

Triệu chứng lâm sàng như đau thượng vị, đại tiện phân đen và nôn máu là những biểu hiện rất điển hình của xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày – tá tràng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đau thượng vị chiếm tỉ lệ cao nhất (~82%), tiếp theo đại tiện phân đen (~58%) và nôn máu (~9%). Kết quả này phù hợp với các tổng quan gần đây cho thấy khi loét tiêu hóa xuất huyết nặng thì nôn máu và phân đen (melena) là dấu hiệu cảnh báo chảy máu đường tiêu hóa trên [6].

Tuy nhiên, tỷ lệ sốc mất máu trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp khi chỉ 3%. Điều này có thể phản ánh việc bệnh nhân tại tuyến tỉnh đã được xử trí bước đầu (hồi sức, truyền dịch) trước khi nội soi tại khoa Nội tiêu hóa, hoặc sự khác biệt trong lựa chọn mẫu so với các nghiên cứu quốc tế nơi tỷ lệ sốc và mất máu nặng cao hơn. Các nghiên cứu mới cũng nhấn mạnh rằng yếu tố tiên lượng

như mạch nhanh, huyết áp thấp, hemoglobin thấp đều tăng nguy cơ tái chảy và tử vong [7].

Phân loại theo thang điểm T-score cho thấy phần lớn bệnh nhân ở mức độ xuất huyết vừa hoặc nhẹ. Điều này hợp lý với thực tế tại đơn vị chuyên khoa Nội, nơi bệnh nhân chuyển đến trong tình trạng đã ổn định hơn. Thực tế gần đây cũng cho thấy việc đánh giá sớm, phân tầng nguy cơ và can thiệp nội soi kịp thời giúp giảm biến chứng nặng và tỷ lệ sốc/mất máu [8].

Hình ảnh nội soi trong nghiên cứu cho thấy vị trí loét chủ yếu tại hành tá tràng - tá tràng (79,3%) – phù hợp với cơ chế sinh bệnh khi hành tá tràng – tá tràng chịu ảnh hưởng acid và enzym mạnh – và ổ loét thường chỉ 1 ổ, kích thước trung bình < 1 cm. Điều này tương đồng với các nghiên cứu gần đây như Lu M.H. và cs. (2024) [9] nhấn mạnh “peptic ulcers with a spurting vessel... location and size remain key prognostic factors” Đồng thời, phân loại theo Forrest classification cho thấy nhóm FIII (nguy cơ thấp) chiếm tỷ lệ cao hơn – phù hợp với luận điểm rằng nếu nghiên cứu bao gồm toàn bộ bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét (không chỉ nhóm nguy cơ cao) thì sẽ có nhiều trường hợp nguy cơ thấp hơn. Một nghiên cứu khác của Yen H.H. và cs. (2022) [10] đã phân tích hình ảnh nội soi và tìm thấy nhóm “low-risk” (Forrest IIC, III) có đặc điểm rõ ràng và chiếm phần lớn ảnh mẫu.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày – tá tràng trong nghiên cứu chủ yếu là nam giới, lớn tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau thượng vị, đại tiện phân đen và thiếu máu.

Đặc điểm cận lâm sàng ghi nhận trên hình ảnh nội soi đa số bệnh nhân có 1 ổ loét, vị trí thường gặp là hành tá tràng – tá tràng, chủ yếu ổ loét có kích thước nhỏ <1,0 cm và thuộc nhóm Forrest nguy cơ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Albeldawi M, Qadeer M.A, Vargo J.J (2010). Managing acute upper GI bleeding, preventing recurrences. *Cleve Clin J Med*, 77(2): 131-142.
2. Holster I.L, Kuipers E.J (2012). Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives. *World J Gastroenterol*, 18(11): 1202-1207.
3. Tanawat Geeratragoon, Uayporn Kaosombatwattana, Arpapun Boonchote, et.al (2024) Comparison of Vonoprazan Versus Intravenous Proton Pump Inhibitor for Prevention of High-Risk Peptic Ulcers Rebleeding After Successful Endoscopic Hemostasis: A Multicenter Randomized Noninferiority Trial, *Gastroenterology*, 167:778–787.
4. A.A. Salman¹ , M.A. Salman² , M.D. Sarhan, et.al (2021). High- versus low-dose proton pump inhibitors post endoscopic hemostasis in hemodialysis cases with peptic ulcer bleeding. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, 84, 3-8.
5. Tanawat Pattarapuntakul, Thanawin Wong, Panu Wetwittayakhlang, et.al (2024). Efficacy of Vonoprazan vs. Intravenous Proton Pump Inhibitor in Prevention of Re-Bleeding of High-Risk Peptic Ulcers: A Randomized Controlled Pilot Study, *J. Clin. Med*, 13(12).
6. Getsiou, M (2023). Gastric ulcers: Symptoms, causes, and treatments. *Medical News Today*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/9273>
7. Catiele Antunes; Chenlu Tian; Eddie L. Copelin II. (2024). Upper Gastrointestinal Bleeding, *StatPearls*.
8. Daniel Tassone, Shamsul Kazi, Tanya Lee, Robert Gilmore, Nik Ding, et.al (2024). Systematic review and meta-analysis of endoscopic versus medical management of peptic ulcers with adherent clots. *Systematic Review*, 2031-2042.
9. Meng-Hsuan Lu and Hsueh-Chien Chiang (2024). Turn over the new leaf of the treatment in peptic ulcer bleeding: a review of the literature, *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 17, <https://doi.org/10.1177/17562848241275318>
10. Hsu-Heng Yen , Ping-Yu Wu, Tung-Lung Wu, et.al (2022). Forrest Classification for Bleeding Peptic Ulcer: A New Look at the Old Endoscopic Classification, *Diagnostics (Basel)*, 12(5),1066.