

báo cáo có sự thay đổi nồng độ của các nguyên tố vi lượng trong một số bệnh da liễu, điều này có thể cho thấy sự liên quan của chúng trong việc khởi phát các bệnh lý da liễu. Người thiếu kẽm có nguy cơ mắc các bệnh da do virus: có thể kể đến như virus u nhú ở người (HPV), mụn rộp sinh dục do nhiễm Herpes simplex virus (HSV-1) [7]. Năm 2021, Yuko Akiyama tiến hành nghiên cứu đầu tiên đánh giá nồng độ kẽm huyết thanh bệnh nhân zona và nhận thấy có mối tương quan nghịch giữa tuổi và nồng độ kẽm trong huyết thanh ($r = -0,5181$, $p = 0,0276$); trong khi không có mối tương quan ở nhóm bệnh zona ($r = -0,4006$, $p = 0,1749$) [2].

Tại Việt Nam, tác giả Đặng Văn Em và cộng sự nhận thấy thay đổi nồng độ kẽm huyết thanh có liên quan tới một số bệnh như vảy nến thông thường, bệnh trứng cá thông thường [8]. Tuy vậy, đối với bệnh zona cho tới nay vẫn chưa có công bố trong nước nào được báo cáo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phát hiện đáng chú ý là nồng độ kẽm huyết thanh ở nhóm bệnh nhân zona ($54,76 \pm 16,84 \mu\text{g/dL}$) thấp hơn đáng kể so với nhóm đối chứng ($81,57 \pm 12,80 \mu\text{g/dL}$) với giá trị $p < 0,01$. Cung cấp bằng chứng để đưa ra giả thuyết rằng nồng độ kẽm giảm có thể góp phần gây nên bệnh sinh tái hoạt động của virus VZV. Hơn nữa, phân tích sâu hơn cho thấy nồng độ kẽm huyết thanh giảm dần theo mức độ nặng của bệnh zona (nhẹ: $72,53 \pm 10,79 \mu\text{g/dL}$; vừa: $58,09 \pm 13,14 \mu\text{g/dL}$; nặng: $43,82 \pm 15,20 \mu\text{g/dL}$), với giá trị $p = 0,002$ từ kiểm định Kruskal-Wallis, gợi ý rằng kẽm có thể đóng vai trò trong diễn tiến và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Mặc dù nghiên cứu đã loại trừ các đối tượng có bệnh lý hoặc sử dụng thuốc gây suy giảm miễn dịch và các tình trạng gây mất kẽm, kết quả vẫn củng cố

giả thuyết về vai trò tiềm năng của các yếu tố vi lượng, đặc biệt là kẽm, trong sự tái hoạt động của virus Varicella zoster (VZV).

V. KẾT LUẬN

Tuổi khởi phát bệnh zona của các đối tượng nghiên cứu thường trên 60 tuổi và hay gặp tổn thương da vùng liên sườn. Nghiên cứu cho thấy nồng độ kẽm huyết thanh ở bệnh nhân zona thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm đối chứng tương đồng về tuổi và nồng độ kẽm huyết thanh giảm theo mức độ bệnh zona.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yawn B.P., Saddier P., Wollan P.C. và cộng sự. (2007). A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. *Mayo Clin Proc*, 82(11), 1341–1349.
2. Akiyama Y., Norimatsu Y., và Ohno Y. (2022). Serum zinc levels in patients with herpes zoster infection. *Australas J Dermatol*, 63(1), e88–e90.
3. Zou P., Du Y., Yang C. và cộng sự. (2023). Trace element zinc and skin disorders. *Front Med*, 9, 1093868.
4. Read S.A., Obeid S., Ahlenstiel C. và cộng sự. (2019). The Role of Zinc in Antiviral Immunity. *Adv Nutr*, 10(4), 696–710.
5. Schmader K. (2001). Herpes zoster in older adults. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*, 32(10), 1481–1486.
6. Nguyễn Lan Anh (2020), Nghiên cứu một số thay đổi miễn dịch và hiệu quả hỗ trợ điều trị bệnh zona bằng kem lô hội AL-04, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.
7. Korkmaz S., Şirin F.B., Erturan I. và cộng sự. (2020). Coenzyme Q10, Zinc and MDA levels in verruca vulgaris. *Turk J Med Sci*, 50(5), 1387–1392.
8. Vũ Thu T., Vũ Thái H., Lê Huyền M. và cộng sự. (2023). Nồng độ kẽm huyết thanh của người bệnh trứng cá thông thường và mối liên quan với lâm sàng. *Tạp Chí Liều Học Việt Nam*, (41).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH

Nguyễn Thị Mộng Trinh¹, Đỗ Nguyệt Trang¹, Huỳnh Hoài Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số cận lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. **Đối tượng và Phương**

¹Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mộng Trinh

Email: ntmtrinh@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025

pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên nhập viện Bệnh viện đa khoa Trà Vinh (01/2024 đến tháng 06/2024). **Kết quả:** Tỷ lệ XHTHT không do TALTCM và do TALTCM lần lượt là 74,81% và 25,19%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $60,29 \pm 15,98$. Tỷ lệ nam trên nữ là 2/1. Tiền sử xơ gan, XHTHT, rượu, viêm gan, ung thư ở nhóm XHTHT do TALTCM chiếm tỷ lệ cao hơn ($p < 0,05$). Tiêu phân đen và nôn ra máu là biểu hiện của XHTHT thường gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 70,37% và 55,56%. Biểu hiện nôn ra máu chiếm cao nhất ở nhóm XHTHT do TALTCM (30,67%), ngược

lại tiêu phân đen cao nhất ở nhóm không do TALTCM (78,95%). Nguyên nhân của XHTHT do loét hành tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất (45,19%), kế đến dẫn tĩnh mạch thực quản (25,19%), viêm loét xuất huyết dạ dày (22,96%) và loét hang vị (6,67%). Chỉ số trung bình của bạch cầu, tiểu cầu, natri, creatinin thấp hơn, INR kéo dài, PT, aPTT dài, AST, ALT tăng, Albumin, Protein giảm hơn ở nhóm XHTHT do TALTCM ($p < 0,05$). **Kết luận:** XHTHT không do TALTCM vẫn là nguyên nhân phổ biến. Việc xác định các đặc điểm khác biệt giữa hai nhóm XHTHT không do và do TALTCM (về tuổi, giới tính, tiền sử bệnh, các chỉ số xét nghiệm) có thể hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong việc chẩn đoán, từ đó có hướng tiếp cận và điều trị phù hợp ban đầu. Việc kiểm soát tốt các yếu tố này có thể giúp giảm nguy cơ XHTHT. **Từ khóa:** Xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết tiêu hóa trên.

SUMMARY

CLINICAL AND SELECT PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE AT TRA VINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To characterize the clinical and a subset of paraclinical attributes observed in individuals manifesting upper gastrointestinal hemorrhage at Tra Vinh General Hospital. **Patients and methods:** A descriptive, cross-sectional investigation was undertaken, enrolling patients admitted to Tra Vinh General Hospital due to upper gastrointestinal hemorrhage from January 2024 to June 2024. **Results:** Non-variceal upper GI bleed was 74.81%, variceal 25.19%. Mean age 60.29 ± 15.98 years; male: female 2:1. Cirrhosis, prior upper GI bleeding, alcohol, hepatitis, and malignancy were more common in variceal cases ($p < 0.05$). Melena and hematemesis were frequent presentations (70.37% and 55.56%, respectively). Hematemesis was higher in variceal (30.67%), melena in non-variceal (78.95%). Duodenal ulcer was the leading cause (45.19%), followed by esophageal varices (25.19%), erosive gastritis (22.96%), and an antral ulcer (6.67%). Variceal cases had lower mean WBC, platelets, Na, creatinine, albumin, and protein, but higher INR, PT, aPTT, AST, and ALT ($p < 0.05$). **Conclusion:** Non-variceal upper GI hemorrhage was a common cause. Identifying distinct features between non-variceal and variceal upper GI hemorrhage (age, sex, history, labs) can aid in diagnosis and initial management. Controlling these factors may reduce upper GI hemorrhage risk.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, upper gastrointestinal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa trên (XHTHT) là một cấp cứu nội khoa thường gặp, gây ra tỉ lệ bệnh tật, tử vong đáng kể trên toàn cầu và và chi phí y tế cao.^{1,3,4} Tỉ lệ mắc XHTHT dao động từ 84 đến 160 ca trên 100.000 người, tỉ lệ tử vong chung khoảng 2 – 15%, với tỉ lệ tử vong trung bình khoảng 10% được ghi nhận tại các khu vực như Bắc Mỹ, Châu Âu và Việt Nam.^{1,4} Tại Vương quốc

Anh, tổng chi phí nhập viện và điều trị hàng năm liên quan đến XHTHT cấp khoảng 207,6 triệu đô la Mỹ.⁶ Tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong đối với xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là khác nhau đáng kể giữa các quốc gia và khu vực. Các yếu tố nguy cơ đối với XHTH đã được xác định bao gồm tuổi già, giới nam, hút thuốc lá, sử dụng rượu và thuốc.⁵⁻⁷ Việc hiểu rõ hơn về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân XHTH tại các cơ sở y tế địa phương là rất quan trọng để tối ưu hóa chẩn đoán và điều trị, từ đó có chiến lược quản lý phù hợp. Tại Trà Vinh, hiện chưa có nghiên cứu khảo sát tỉ lệ và đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa hai nhóm bệnh nhân XHTHT trên do và không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTCM). Nghiên cứu này nhằm mục đích xác định tất cả các trường hợp XHTHT, tỉ lệ XHTHT do TALTCM và không do TALTCM cũng như một số đặc điểm khác biệt giữa hai nhóm. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Đặc điểm lâm sàng và một số cận lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 135 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên nhập viện Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên, nhập viện với biểu hiện của xuất huyết tiêu hóa và được chẩn đoán xác định là xuất huyết tiêu hóa trên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đầy đủ thông tin, xuất huyết tiêu hóa nội viện, rối loạn đông máu nặng, bệnh nặng cấp tính đi kèm.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiền cứu

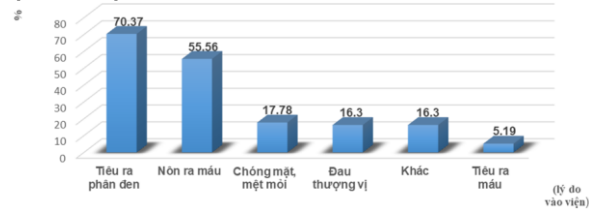
Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Mỗi bệnh nhân được thu thập các dữ liệu về đặc điểm nhân trắc, lý do vào viện, các bệnh đi kèm, các kết quả xét nghiệm sinh hóa, huyết học và kết quả nội soi.

Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập dữ liệu theo phiếu thu thập soạn sẵn dựa trên hồ sơ bệnh án nội khoa và loại bỏ những hồ sơ không thỏa tiêu chuẩn chọn vào. Các số liệu được cập nhật bằng phần mềm Excel, xử lý và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata 14.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức của Trường Đại học Trà Vinh theo Quyết định số 231/GCT-HĐĐĐ ngày 15/05/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi thu nhận 135 bệnh nhân XHTHT thoả tiêu chuẩn nghiên cứu. Tỉ số giới nam trên giới nữ là 2/1 với nam chiếm tỉ lệ 67% và nữ chiếm 33,33%, chủ yếu người lớn tuổi chiếm phần lớn trong nghiên cứu (47,41%).



Biểu đồ 1. Lý do vào viện của bệnh nhân XHTHT

Nhận xét: Trong tổng số 135 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì tỉ lệ bệnh nhân vào viện vì đi tiêu phân đen chiếm tỉ lệ cao nhất (70,37%), tiếp đến là nôn ra máu (55,56%), các biểu hiện chóng mặt, đau thượng vị chiếm tỉ lệ thấp hơn và thấp nhất là tiêu ra máu với tỉ lệ là 5,19%.

Bảng 1. Tỉ lệ và nguyên nhân của XHTHT không do TALTCM và do TALTCM

Phân nhóm và nguyên nhân XHTHT	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
--------------------------------	------------	-----------

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	XHTHT n=135 (%)	XHTHT		p
		Do TALTCM n=34 (%)	Không do TALTCM n=101 (%)	
Tuổi	60,29±15,98	53,09±12,45	62,72±16,36	0,002*
Tuổi nhỏ nhất là 24 và cao nhất là 95; *Kiểm định T – test với phương sai đồng nhất				
Tiền căn	XHTHT		p	
	Do TALTCM n(%)	Không do TALTCM n(%)		
Xơ gan	32 (84,21)	6 (15,79)	<0,001	
Xuất huyết tiêu hóa trên	19 (51,35)	18 (48,65)	<0,001	
Tăng huyết áp	6 (11,54)	46 (88,46)	0,004	
Ung thư	5 (83,33)	1 (16,67)	0,004*	
Viêm gan	5 (62,5)	3 (37,5)	<0,001	
Nghiện rượu	12 (75,00)	4 (25,00)	0,024*	
Suy tim	0 (0)	11 (100)	0,065*	
Bệnh mạch vành mạn	1 (9,09)	10 (90,91)	0,290*	
Bệnh thận cấp/mạn tính	0 (0)	3 (100)	0,572*	
Viêm, loét dạ dày – tá tràng	14 (35,9)	25 (64,1)	0,068	
Đái tháo đường	6 (24,00)	19 (76,00)	0,880	
Thiếu máu	5 (15,15)	28 (84,85)	0,127	
Khác	7 (19,44)	29 (80,56)	0,354	

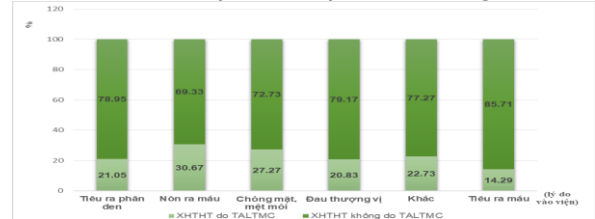
Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 60,29±15,98 tuổi, trong đó nhỏ nhất là 24 tuổi và cao nhất là 95 tuổi. Tiền căn xơ gan, XHTHT, rượu, viêm gan, ung thư gặp nhiều hơn ở nhóm XHTHT do TALTCM (p < 0,05).

Bảng 3. Đặc điểm một số cận lâm sàng ở bệnh nhân XHTHT do và không do TALTCM

Đặc điểm	Do TALTCM (TB±ĐLC)	Không do TALTCM (TB±ĐLC)	Giá trị kiểm định	p
Chỉ số huyết học				
RBC	3,16±0,77	3,36±1,01	1,0768	0,284*

XHTHT không do TALTCM	101	74,81
Loét hành tá tràng	61	45,19
Viêm loét xuất huyết dạ dày	31	22,96
Loét hang vị	9	6,67
XHTHT do TALTCM (dẫn tĩnh mạch thực quản)	34	25,19

Nhận xét: Tỉ lệ XHTHT không do và do TALTCM lần lượt là 74,81% và 25,19%. Nguyên nhân của XHTHT do loét hành tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất, kể đến dẫn tĩnh mạch thực quản, viêm loét xuất huyết dạ dày và loét hang vị.



Biểu đồ 2. Lý do vào viện của bệnh nhân XHTHT do và không do TALTCM

Nhận xét: Bệnh nhân XHTHT do TALTCM và không do TALTCM vào viện với biểu hiện tiêu phân đen chiếm tỉ lệ lần lượt là 21,05% và 78,85%, nôn ra máu chiếm tỉ lệ lần lượt là 30,67% và 69,33%.

WBC	7,24±4,18	10,50±6,10	3,4779	<0,001**
PLT	111±53,21	240,84±94,41	9,9140	<0,001**
HGB	8,77±2,41	9,24±2,78	0,8662	0,388*
HCT	26,68±6,75	28±8,66	0,8124	0,418*
MCV	85,48±13,16	84,79±10,39	-0,3111	0,756*
MCH	28,06±5,53	27,78±4,13	-0,2669	0,791**
MCHC	32,64±2,06	32,69±1,75	0,1293	0,897*
Chỉ số sinh hóa				
Glucose	6,99±4,22	7,19±4,83	0,2106	0,834*
Creatinin	78,41±16,71	101,62±71,48	3,0272	<0,001**
Na ⁺	137,20±4,21	138,82±3,70	2,1339	0,035*
K ⁺	4,07±0,71	4,08±0,65	0,0619	0,951*
Cl ⁻	101,21±4,53	102,08±4,35	1,0040	0,317*
Ca ²⁺	1,14±0,14	1,18±0,23	1,1472	0,254**

*Kiểm định T – test với phương sai đồng nhất;

**Kiểm định T – test với phương sai không đồng nhất
(2020)¹ với tuổi trung bình là 59,51±14,36 tuổi.

Nhận xét: Chỉ số trung bình của bạch cầu, tiểu cầu, natri, creatinin thấp hơn, trong khi chỉ số INR kéo dài, PT, aPTT dài, AST, ALT tăng, Albumin, Protein giảm hơn ở nhóm XHTHT do TALTCM với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận được 135 bệnh nhân XHTHT thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong đó, XHTHT do và không do TALTCM chiếm tỉ lệ lần lượt là 25,19% và 74,81%. Tỉ lệ XHTHT không do TALTCM chiếm tỉ lệ cao hơn so với XHTHT do TALTCM, điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu của các tác giả ở trong và ngoài nước về XHTHT.^{1,4,8} Trong nghiên cứu của Trương Xuân Long (2022)² tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế cho thấy XHTHT do TALTCM chiếm 39,8% và XHTHT không do TALTCM chiếm tỉ lệ 60,2%. Trong nghiên cứu của tác giả C.Pinto (2020)³ tại Bệnh viện Clínica Universidad de Chile, tỉ lệ XHTHT do và không do TALTCM lần lượt là 28% và 72%. Tương tự, nghiên cứu của tác giả I. Rațiu (2022)⁴ với XHTHT do TALTCM là 33,6% và không do TALTCM là 66,4%.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 60,29±15,98. Độ tuổi trung bình ở nhóm XHTHT do TALTCM (53,09±12,45) thấp hơn so với nhóm không do TALTCM (62,72±16,36) với $p < 0,05$. Nhìn chung, tuổi trung bình mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi trong khoảng 60 tuổi cho thấy bệnh có khuynh hướng tăng cao ở người cao tuổi.^{3,4} Điều này tương đồng với nghiên cứu của C.Pinto (2020)³ và I. Rațiu (2022)⁴. So với một số nghiên cứu khác thì độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một chút so với nghiên cứu của tác giả Trương Xuân Long (2022)² là 55,6 ± 17,9 tuổi với tuổi nhỏ nhất là 9 và tuổi lớn nhất là 95 và nghiên cứu của tác giả Trần Thị Ngọc Lan

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người lớn tuổi có xu hướng mắc XHTHT nhiều hơn. Điều này có thể lý giải là do người già thường mắc nhiều bệnh lý đi kèm, đặc biệt tỉ lệ người cao tuổi mắc các bệnh lý tim mạch, mạch máu não hay thiếu máu cục bộ, sử dụng nhiều loại thuốc như thuốc chống huyết khối (aspirin, clopidogrel), kháng viêm giảm đau, sức khỏe tổng thể của người già thường suy giảm làm cho cơ thể dễ bị tổn thương hơn, các cơ quan trong cơ thể, bao gồm cả hệ tiêu hóa dần bị lão hóa, dẫn đến việc dễ bị tổn thương và chảy máu làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa.^{7,8}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giới nam gặp nhiều hơn giới nữ với tỉ lệ lần lượt là 66,67% và 33,33%. Tỉ lệ nam/nữ là 2/1. Điều này cũng tương tự như y văn và như nhiều nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Tỉ lệ giới tính ở nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trương Xuân Long (2022) 8, tỉ lệ ở nam và nữ lần lượt là 71,8% và 28,2%, nam giới gấp 2,5 lần nữ giới; Trần Thị Ngọc Lan (2020)¹ với tỉ số nam trên nữ là 2,07/1 và tác giả I.Rațiu (2022)⁴, tỉ lệ ở nam và nữ lần lượt là 60,4% và 36,6%.

Hầu hết bệnh nhân nhập viện với tình trạng đi tiêu phân đen ở cả hai nhóm nhưng tỉ lệ cao hơn ở nhóm XHTHT không do TALTCM, trong khi nôn ra máu có tỉ lệ cao hơn ở nhóm bị giãn tĩnh mạch.^{1,3,4} Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu phân đen và nôn ra máu là biểu hiện của XHTHT thường gặp nhất chiếm tỉ lệ lần lượt là 70,37% và 55,56%. Biểu hiện nôn ra máu chiếm cao nhất ở nhóm XHTHT do TALTCM (30,67%), ngược lại tiêu phân đen cao nhất ở nhóm không do TALTCM (78,95%). Kết quả của các nghiên cứu khác cũng cho thấy biểu hiện nhập viện của XHTHT chủ yếu là các triệu chứng nôn ra máu và

hoặc đi cầu phân đen. Trong nghiên cứu của I. Rațiu (2022)⁴, tiêu phân đen trong nhóm XHTHT không do TALTMC chiếm ưu thế (50,2%); nhóm XHTHT do TALTMC biểu hiện nôn ra máu chiếm ưu thế (8,4%), biểu hiện tiêu phân đen và nôn ra máu chiếm 32%. Trong nghiên cứu của C.Pinto (2020)³, biểu hiện tiêu phân đen trong nhóm XHTHT không do TALTMC chiếm ưu thế (77,8%); nhóm XHTHT do TALTMC biểu hiện nôn ra máu chiếm ưu thế (79,7%).

Về nguyên nhân của XHTHT, loét hành tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất (45,19%), kể đến dẫn tĩnh mạch thực quản (25,19%), viêm loét dạ dày (22,96%) và loét hang vị (6,67%). Điều này cũng tương tự các y văn và các nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng như trên thế giới.¹⁻⁴

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nội khoa đi kèm như xơ gan, XHTHT và THA chiếm tỉ lệ cao nhất. Tiền căn xơ gan, XHTHT, rượu, viêm gan, ung thư ở nhóm XHTHT do TALTMC chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhóm không do TALTMC với $p < 0,05$. Ngoài ra còn gặp nhiều bệnh khác như đái tháo đường, bệnh mạch vành, suy tim,... nhưng không ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Điều này cho thấy nhóm bệnh đồng mắc, thói quen sinh hoạt gợi ý đến nguyên nhân hay nhóm XHTHT.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các chỉ số trong xét nghiệm huyết học và sinh hoá liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Hằng số sinh học lâm sàng có nhiều khả năng là bình thường ở nhóm XHTHT không do TALTMC. Chỉ số trung bình của bạch cầu, tiểu cầu, natri, creatinin thấp hơn, INR kéo dài, PT, aPTT dài, AST, ALT tăng, Albumin, Protein giảm hơn ở nhóm XHTHT do TALTMC với $p < 0,05$. Các chỉ số huyết học còn lại không có ý nghĩa thống kê. Chỉ số bạch cầu ghi nhận ở bệnh nhân XHTHT là $9,68 \pm 5,84$ và chỉ số tiểu cầu là $208,14 \pm 102,71$ và creatinin trung bình là $95,78 \pm 63,12$ và Na^+ là $138,42 \pm 3,88$. Kết quả trên tương tự nghiên cứu của C.Pinto (2020)³, creatinin thấp hơn ở nhóm XHTHT do TALTMC so với nhóm không do TALTMC ($p = 0,037$), trái ngược với nghiên cứu của I. Rațiu (2022)⁴. Trong khi các chỉ số khác như AST, ALT cao hơn và tiểu cầu, bạch cầu trong nghiên cứu của I. Rațiu (2022)⁴ thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm XHTHT do TALTMC. Kết quả trên chỉ ra sự thay đổi các chỉ số bạch cầu, tiểu cầu, INR, PT, aPTT, AST, ALT, natri là phù hợp. Đặc điểm này phụ thuộc vào dân số nghiên cứu, nhóm XHTHT do TALTMC và không do tăng ALTMC, các yếu tố nguy cơ, thay đổi về chức năng gan và bệnh đồng mắc. Ngoài ra, nhóm

XHTHT do TALTMC có tình trạng thiếu máu cao hơn so với nhóm XHTHT không do TALTMC, tuy nhiên sự khác biệt không ý nghĩa thống kê.

Sự khác nhau về một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác có thể lý giải được là do kết quả nghiên cứu sẽ phụ thuộc địa điểm nghiên cứu, đặc điểm dân số nghiên cứu, nguyên nhân của XHTHT, thói quen sinh hoạt, phương pháp thu thập số liệu và cỡ mẫu nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

XHTHT không do TALTMC vẫn là nhóm nguyên nhân phổ biến. Việc xác định các đặc điểm khác nhau giữa hai nhóm XHTHT không do TALTMC và do TALTMC (về tuổi, giới tính, tiền sử bệnh, các chỉ số xét nghiệm) có thể hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong việc chẩn đoán, từ đó có hướng tiếp cận và điều trị phù hợp ban đầu. Việc kiểm soát tốt các yếu tố này có thể giúp giảm nguy cơ XHTHT. Dữ liệu trong nghiên cứu có thể là cơ sở để thực hiện các nghiên cứu sâu hơn về hiệu quả của các phương pháp điều trị, tiên lượng bệnh cũng như các yếu tố khác ảnh hưởng đến kết quả điều trị trên bệnh nhân XHTHT không do TALTMC và do TALTMC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Ngọc Lan, Hồ Tấn Phát, Phạm Thị Triều Quyên, Trần Văn Huy** (2020). Nghiên cứu so sánh thang điểm pned với các thang điểm gb, aims65 trong phân tầng nguy cơ các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên. Tạp chí Y Dược học, 101.
2. **Trương Xuân Long và cộng sự** (2022), "Nghiên cứu áp dụng một số kỹ thuật mới trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, số 4, trang 72 - 81.
3. **Pinto C, Parra P, Magna J, et al.** Variceal and non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Analysis of 249 hospitalized patients. Rev Med Chil. 2020;148(3):288-294.
4. **Rațiu I, Lupușoru R, Popescu A, et al.** Acute gastrointestinal bleeding: A comparison between variceal and nonvariceal gastrointestinal bleeding. Medicine (Baltimore). 2022;101(45): e31543.
5. **Savdam SS, Molnar M, Vora P.** The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. World J Gastrointest Surg. 2023;15(4):723-739.
6. **Vora P, P.A., Peltonen M, Brobert G, Salomaa V.** Thirty-Year Incidence and Mortality Trends in Upper and Lower Gastrointestinal Bleeding in Finland. JAMA Netw Open. 2020. 3(10).
7. **Wilkins T, W.B., Carpenter M.** Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2020. 101(5): p. 294-300.
8. **Wuerth BA, Rockey DC.** Changing Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Last Decade: A Nationwide Analysis. Dig Dis Sci. 2018;63(5):1286-1293.