

- of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62(1):102-11. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779
5. **Mai Đỗ Phương Loan.** Mối liên quan giữa nồng độ albumin máu và mức độ viêm tụy cấp. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược TPHCM; 2019.
 6. **Rasch S, Pichlmeier EM, Phillip V, et al.** Prediction of Outcome in Acute Pancreatitis by the qSOFA and the New ERAP Score. Digestive diseases and sciences. 2021;67(4):1371-1378. doi:10.1007/s10620-021-06945-z
 7. **Zhang J, Shahbaz M, Fang R, et al.** Comparison of the BISAP scores for predicting the severity of acute pancreatitis in Chinese patients according to the latest Atlanta classification. Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences. 2014;21(9):689-694. doi:10.1002/jhbp.118
 8. **Jin D, Singh V, Suleiman S, Banks P, McNabb-Baltar J.** The Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) and Quick Sequential Organ Failure (qSOFA) Score At Presentation are Associated with Poor Outcomes in Acute Pancreatitis. Gastroenterology. 2017;152:S488. doi:10.1016/S0016-5085(17)31815-2
 9. **Browne GW, Pitchumoni CS.** Pathophysiology of pulmonary complications of acute pancreatitis. World J Gastroenterol. 2006;12(44):7087-7096. doi:10.3748/wjg.v12.i44.7087

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO GIÃN TĨNH MẠCH DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Hữu Việt Anh¹, Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa giãn tĩnh mạch dạ dày và nhận xét kết quả xử trí cấp cứu xuất huyết tiêu hóa vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiền cứu bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2021 tới tháng 8/2022. **Kết quả:** 101 bệnh nhân, nam giới chiếm 96%, độ tuổi trung bình 55,03±11,98 tuổi. Mức độ xơ gan Child - pugh A 14,9%, Child - pugh B chiếm 48,5%, Child - pugh C chiếm 36,6%. Mức độ mất máu nhẹ chiếm 12,9%, mức độ vừa chiếm 64,4%, nặng chiếm 22,8%. Kiểm soát được nguồn chảy máu thành công chiếm 95,1%, bệnh nhân ra viện chiếm: 73,3%, nặng xin về chiếm 16,8%, chuyển tuyến chiếm: 9,9%. Có 80 bệnh nhân truyền hồng cầu khối, 20 bệnh nhân truyền tiểu cầu và 31 bệnh nhân truyền huyết tương tươi. **Kết luận:** chẩn đoán sớm và can thiệp sớm nguồn chảy máu và điều trị các biến chứng khác của xơ gan như là hội chứng não gan, gan thận. Phối hợp đa chuyên khoa điều trị mang lại hiệu quả cao trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch dạ dày.

SUMMARY

RESEARCH FOR CLINICAL, PARACLINICAL AND MANAGEMENT OF GASTROINTESTINAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022

BLEEDING DUE TO GASTRIC VARICOSE VEINS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To evaluate the clinical and subclinical characteristics of gastrointestinal bleeding associated with gastric varices rupture and evaluate the results of emergency management of gastrointestinal bleeding due to ruptured gastric varices at Bach Mai Hospital. **Patients and methods of study:** prospective description of a patient with gastrointestinal bleeding due to ruptured gastric varices treated at Bach Mai hospital from 7/ 2021 to 8/ 2022. **Result:** 101 patients, male accounted for 96%, mean age 55.03 ± 11.98 years old. The degree of cirrhosis Child - pugh A 14.9%, Child - pugh B accounted for 48.5%, Child - pugh C accounted for 36.6%. Mild blood loss accounted for 12.9%, moderate level accounted for 64.4%, severe level accounted for 22.8%. Successful control of bleeding source accounted for 95.1%, discharged patients accounted for 73.3%, severe cases accounted for 16.8%, hospital transfer accounted for 9.9%. There were 80 patients receiving red blood cell transfusion, 20 patients receiving platelet transfusion and 31 patients receiving fresh plasma transfusion. **Conclusion:** early diagnosis and early intervention of bleeding source and treatment of other complications of cirrhosis such as encephalopathy, hepatorenal syndrome. Multi-specialty treatment is highly effective in treating gastrointestinal bleeding due to ruptured gastric varices.

Keywords: Gastrointestinal bleeding due to gastric varices.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày là một biến chứng nặng nề của hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTC), do rất nhiều nguyên nhân khác nhau nhưng thường gặp nhất là do xơ gan. Xuất huyết do TALTC

chiếm khoảng 30% xuất huyết tiêu hóa nói chung, thường gặp do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) và tĩnh mạch dạ dày (TMDD).

Vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày mặc dù có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong thấp hơn giãn tĩnh mạch thực quản, nhưng có tỷ lệ tử vong cao hơn, có thể hơn 14-45%. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong việc chẩn đoán và điều trị, tuy nhiên tỷ lệ tử vong vẫn ở mức cao. Giãn tĩnh mạch dạ dày ít liên quan trực tiếp tới sức mức độ chênh áp lực tĩnh mạch gan, mà liên quan nhiều tới kích thước của tĩnh mạch và sức căng của thành mạch.

Việc quản lý bệnh xuất huyết tiêu hóa vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày được nêu ra trong hướng dẫn năm 2014 từ Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hoa Kỳ [6], Tuyên bố đồng thuận quốc tế năm 2015 (Baveno VI) [5], và hướng dẫn năm 2015 của Hiệp hội Tiêu hóa Anh [8]. Mục đích của điều trị của bệnh nhân xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày bao gồm: khôi phục và duy trì ổn định huyết động, khôi phục và duy trì oxy đầy đủ, kiểm soát chảy máu và ngăn ngừa các biến chứng.

Để đánh giá mối liên quan giữa mức độ nặng, tiên lượng tử vong giãn tĩnh mạch dạ dày và tiếp cận các phác đồ xử trí xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày còn nhiều hạn chế cần được nghiên cứu, nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa giãn tĩnh mạch dạ dày.

2. Nhận xét kết quả xử trí cấp cứu xuất huyết tiêu hóa vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: 101 bệnh nhân được chẩn đoán XHTH do vỡ giãn TMDD dựa vào: đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tại bệnh viện Bạch Mai từ 7/2021 đến tháng 8/2022.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Có tiền sử đặt shunt cửa - chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh (TIPS) hay phẫu thuật nối thông cửa chủ, loét dạ dày, tá tràng quan sát được qua nội soi, tăng áp lực tĩnh mạch cửa không do xơ gan, ung thư dạ dày, rối loạn đông máu nặng, các bệnh lý nặng phối hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu theo phương pháp: mô tả tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu được chọn cho nghiên cứu là phương pháp chọn cỡ mẫu thuận tiện.

- Phương pháp chọn mẫu là tất cả bệnh nhân vào Bệnh viện Bạch Mai đủ điều kiện tham gia nghiên cứu và tình nguyện tham gia nghiên cứu từ tháng 7/2021 đến tháng 8/2022.

- Nôn ra máu đỏ tươi hoặc máu cục số lượng nhiều, ồ ạt và đi ngoài phân đen có thể đi ngoài phân đỏ nếu chảy máu số lượng nhiều.

- Xuất huyết cấp: Nội soi có tia máu phụt ra, chảy rỉ từ giãn tĩnh mạch dạ dày.

- Máu ngừng chảy nhưng quan sát có cục máu đông trên thành giãn tĩnh mạch dạ dày hoặc nội soi có giãn tĩnh mạch dạ dày không xuất huyết nhưng có máu đọng ở dạ dày và không thấy bất cứ tổn thương nào khác có thể gây xuất huyết.

2.3. Thu thập số liệu và xử lý số liệu.

2.3.1. Công cụ thu thập số liệu

- Phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu của đối tượng.

- Bộ câu hỏi gồm có 4 phần:

+ Phần 1: Thông tin cá nhân.

+ Phần 2: Đặc điểm lâm sàng.

+ Phần 3: Đặc điểm cận lâm sàng.

+ Phần 4: Kết quả điều trị.

2.3.2. Xử lý số liệu: Xử trí số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0, với giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi có 101 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu

Bảng 1: Tóm tắt đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân		
Tuổi		55,03± 11,98
Giới	Nam	97 (96%)
	Nữ	4 (4%)
Nguyên nhân xơ gan	Viêm gan B	17(16,8%)
	Viêm gan C	10(9,9%)
	Do rượu	57(56,4%)
	Viêm gan B + Rượu	9(8,9%)
	Viêm gan C + Rượu	1(1%)
	Viêm gan B + Viêm gan C	1(1%)
	Khác	6(5,9%)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là nam giới (96%), nguyên nhân hàng đầu là do rượu 56,4%, rượu + virus (66,3%).

Bảng 2: Mức độ xơ gan, mức độ mất máu, đặc điểm nội soi.

Đặc điểm bệnh nhân		
Mức độ xơ gan	Child -pugh A	15 (14,9)
	Child -pugh B	49(48,5)
	Child -pugh C	37(36,6)

Mức độ mất máu	Nhẹ	13 (12,9)
	Vừa	65 (64,4)
	Nặng	23(22,8)
Vị trí giãn	GOV1	28 (27,7%)
	GOV2	42 (41,6%)
	IVG1	31 (30,7%)
	IVG2	0 (0%)
Kích thước giãn	Độ I	0
	Độ II	14 (13,9%)
	Độ III	87 (86,1%)

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu mức độ xơ gan chủ là Child – pugh B (48,5%), mất máu là mức độ vừa (64,4%) , vị trí giãn chủ yếu là ở GOV2 (42,6%) và IVG2 (30,7%) không có trường hợp nào ở IVG2. Mức độ giãn chủ yếu là giãn độ III (86,1%).

Bảng 3: Truyền các chế phẩm máu.

Chế phẩm máu	Số lượng bệnh nhân cần truyền	Thể tích trung bình (ml) X ± SD
Hồng cầu khối	80	1108,38±645,88
Tiểu cầu	20	347,0±141,31
Huyết tương tươi đông lạnh	31	667,74±456,94

Nhận xét: có 80 bệnh nhân truyền hồng cầu khối, 20 bệnh nhân truyền tiểu cầu và 31 bệnh nhân truyền huyết tương tươi.

Bảng 4: Các phương pháp can thiệp.

Phương pháp can thiệp	Nhóm nghiên cứu	
	n	%
Đặt nội khí quản	10	9,9
Ong thông Stengstaken – Blakemore	0	0
Thuốc giảm áp tĩnh mạch cửa	101	100
Kháng sinh dự phòng	101	100
Nội soi thắt vòng cao su	47	46,5
Nội soi tiêm xơ	41	40,6
PARTO	7	6,9
Nối thông cửa chủ(TIPS)	0	0

Nhận xét: Không có trường hợp nào đặt ống thông Stengstaken – Blakemore hay TIPS. 100% bệnh nhân kháng sinh dự phòng và thuốc giảm áp TM cửa. Nội soi thắt vòng cao su 47 (46,5%), nội soi tiêm xơ 41 (40,6%).

Bảng 5: Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Nhóm nghiên cứu	
	n	%
Thành công kiểm soát nguồn chảy máu	96	95,1
Thất bại kiểm soát nguồn chảy máu	5	4,9
Ra viện	74	73,3
Nặng xin về	17	16,8

Chuyển tuyến	10	9,9
--------------	----	-----

Nhận xét: Kết quả điều trị ra viện chiếm 73,3%, nặng xin về 16,8%, chuyển tuyến 9,9%.

Bảng 6. Đánh giá các yếu tố liên quan kết quả điều trị

Các yếu tố liên quan	p
Kiểm soát thành công nguồn chảy máu	< 0,01
Tái chảy máu	< 0,01
Vị trí chảy máu	< 0,05
Kích thước búi giãn	< 0,05
Thời gian kiểm soát nguồn chảy máu	< 0,01
Mức độ mất máu	> 0,05
Mức độ xơ gan	< 0,05
Biến chứng khác xơ gan	< 0,01

Nhận xét: Mức độ mất máu và kết quả điều trị không liên quan với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân. Tuổi trung bình mắc bệnh trong nhóm nghiên cứu là 55,03±11,98 tuổi. Kết quả tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thành Nam (2019) [4] độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 86 ± 10,98 tuổi và nghiên cứu của Fang Wagna và cộng sự, 56,8 ± 11,8 tuổi. Theo như kết quả của các nghiên cứu độ tuổi thường biểu hiện bệnh chiếm phần đa từ 49 – 59 tuổi, có thể đó là giai đoạn cơ thể con người có nhiều chuyển biến về sinh lý, miễn dịch, nội tiết... đánh dấu mốc già đi, cơ thể suy yếu và các bệnh mạn tính biểu hiện rõ hơn. Xơ gan là một quá trình bệnh mạn tính kéo dài hàng chục năm, thông thường bắt đầu từ lứa tuổi thanh thiếu niên và có thể mốc tuổi 40 – 59 là điểm bộc lộ rõ triệu chứng của xơ gan trong đó có biến chứng xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch. Tỷ lệ nam/nữ 96/4 và nhóm nguyên nhân hàng đầu là do rượu, cũng phản ánh thực trạng sử dụng rượu bia là nguyên nhân hàng đầu dẫn tới xơ gan.

4.2. Mức độ xơ gan và mức độ mất máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi Child – pugh A có 15 bệnh nhân chiếm 14,9%, Child - pugh B có 49 bệnh nhân chiếm 48,5%, Child – pugh C có 37 bệnh nhân chiếm 36,6%. Kết quả này tương đương với ghiên cứu Định Thi Thu Hương có 2 nhóm, nhóm I Child - pugh A/B/C lần lượt là: 20,0%/46,7%/33,3%, nhóm II Child - pugh A/B/C lần lượt là: 16,7%/53,3%/30% [1]. Nghiên cứu của Eun Jung Kang mức độ xơ gan Child - pugh A/B/C lần lượt là 33,1%/46,4%/20,5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ xơ gan có thể gặp ở tất cả các giai đoạn, vì vậy giãn TMDD có thể gặp ở tất cả các mức độ của xơ gan, vì vậy phát hiện giãn tĩnh mạch dạ dày

bằng nội soi rất quan trọng để có thể phát hiện sớm và dự phòng các biến chứng của xơ gan.

Đánh giá mức độ mất máu trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu mất máu mức độ vừa chiếm 64,4%. Có sự khác biệt so với nghiên cứu của Hoàng Nam mất máu mức độ nặng chiếm 48,84%, vừa chiếm 40,48%, nhẹ chiếm 9,3%, nghiên cứu của Đặng Quang Nam mất máu mức độ nặng chiếm 50%, vừa có 14,7% [3]. Điều này cho thấy XHTH do vỡ giãn TMDD là một biến chứng nặng nề của xơ gan. Và qua đây ta cũng thấy được qua nhiều năm thì bệnh nhân vào viện với thời gian sớm hơn và càng được kiểm soát nguồn chảy máu tốt hơn.

Theo phân loại của Sarin. Kết quả nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi 101 bệnh nhân cho thấy, tại vị trí GOV1 có 28 bệnh nhân chiếm 27,7%, vị trí GOV2 có 42 bệnh nhân chiếm 41,6%, IVG1 có 31 bệnh nhân chiếm 30,7%, không có bệnh nhân nào ở vị trí IVG2. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Đặng Chiêu Dương năm 2018 có 76 bệnh nhân vị trí GOV1 20 bệnh nhân chiếm 26,31%, GOV2 có 45 bệnh nhân chiếm 59,21%, 11 bệnh nhân tại IVG1 chiếm 14,7%. Kết quả có sự khác nhau có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, có thể do chọn mẫu và kích thước mẫu.

Trong nhóm nghiên cứu kích thước búi giãn chủ yếu là giãn độ III có 87/101 bệnh nhân chiếm 86,1%. Đánh giá mối liên quan giữa vị trí giãn và kích thước búi giãn không có mối liên quan với $p > 0,05$.

4.3. Phương pháp điều trị. Trong nghiên cứu có 80 bệnh nhân chiếm 79,2% được truyền hồng cầu khối, số lượng hồng cầu được truyền là: $1108,38 \pm 645,88$ ml ($4,43 \pm 2,58$ đơn vị). Có 20 bệnh nhân truyền tiểu cầu chiếm 19,8%, số lượng tiểu cầu được truyền $347,0 \pm 141,31$ ml. Có 31 bệnh nhân được truyền huyết tương tươi đông lạnh chiếm 30,7%, số lượng huyết tương tươi đông lạnh được truyền $667,74 \pm 456,94$ ml. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Jairath và cộng sự.

Số lượng hồng cầu cần truyền trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu Đặng Quang Nam $1377,8 \pm 728,5$ ml ($5,5 \pm 2,91$ đơn vị) [3], tương đương với nghiên cứu Jing Wang $4,5 \pm 3,32$ đơn vị, cao hơn nghiên cứu của Prachayakul $3,5 \pm 2,8$ đơn vị.

Số bệnh nhân được đặt nội khí quản có 10 bệnh nhân chiếm 9,9%. Trong số các bệnh nhân được chỉ định đặt nội khí quản có 1 bệnh nhân có chảy máu không kiểm soát được, 6 bệnh nhân có hội chứng não gan, 2 bệnh nhân có ung thư

gan và hội chứng não gan đi kèm, 1 bệnh nhân có hội chứng gan thận. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nào được đặt Stengstaken – Blakemore. Tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu khác có thể do vì hiện nay bệnh nhân được kiểm soát nguồn chảy máu bằng nội soi nhanh và tốt hơn với trước.

Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc giảm áp tĩnh mạch cửa chiếm 100%, có thể 2 nhóm thuốc bệnh nhân sử dụng chính là Octreotide và Terlipressin, tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu năm 2013 tại Hàn Quốc của Kim và cộng sự [7].

Có 47 bệnh nhân được nội soi thắt vòng cao su chiếm 46,5% tổng số bệnh nhân. Có 41 bệnh nhân được nội soi tiêm xơ bằng Histoacryl chiếm 40,5% tổng số bệnh nhân. Đánh giá mối liên quan vị trí giãn và phương pháp can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Phù hợp với nghiên cứu của Kim và cộng sự và khuyến cáo Banevo VI, Hiệp Hội Tiêu Hóa Anh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân can thiệp BRTO chiếm 6,9%. Có 2 bệnh nhân kiểm soát nguồn chảy máu bằng nội soi thất bại, 1 bệnh nhân tiêm xơ và 1 bệnh nhân nội soi thắt vòng cao su. Có 5 bệnh nhân làm PARTO dự phòng khi nội soi điểm chảy máu đã cầm. Tất cả các bệnh nhân đều không có tái chảy máu sớm trong thời gian nằm viện, không có những biến chứng của kỹ thuật trong thời gian nằm viện.

4.4. Kết quả điều trị và các yếu tố liên quan. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 96 bệnh nhân cầm máu thành công chiếm 95,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của Đinh Thị Thu Hương nhóm 1 là 96,7% và nhóm 2 là 76,7% [1]. Nghiên cứu của Hoàng Nam nhóm 1 tỉ lệ cầm máu 100% và nhóm 2 là 95,3% [2]. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 74 bệnh nhân ra viện chiếm 73,3%, nặng xin về có 17 bệnh nhân chiếm 16,8%, chuyển tuyến điều trị có 10 bệnh nhân chiếm 9,9%. Không có liên quan giữa kết quả điều trị với mức độ xuất huyết với $p > 0,05$.

Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị: Vị trí giãn, kích thước búi giãn, thời gian kiểm soát nguồn chảy máu từ lúc nhập viện, mức độ xuất huyết khi nhập viện, tái chảy máu, mối liên quan mức độ xơ gan. biến chứng xơ gan. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Moon Young Kim [7].

V. KẾT LUẬN

Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMDD chủ yếu gặp ở nam giới, nguyên nhân hàng đầu là do

rượu. Bệnh nhân cần được chẩn đoán sớm và kiểm soát nguồn chảy máu, điều trị các biến chứng khác của xơ gan như là hội chứng não gan, gan thận. Điều trị cần phối hợp đa chuyên khoa Hồi sức cấp cứu, Tiêu hóa, Chẩn đoán hình ảnh, Huyết học truyền máu để mang lại hiệu quả cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Thu Hương** (2010), Đánh giá tác dụng của terlipressin trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở bệnh nhân xơ gan, Luận Văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Hoàng Nam** (2011), Đánh giá kết quả điều trị, tác dụng phụ của Telipressin liều thấp trong xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở bệnh nhân xơ gan, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
3. **Đặng Quang Nam và Vũ Trường Khanh (last)** (2014), Đánh giá kết quả tiêm Histoacryl trong điều trị giãn tĩnh mạch phình vị ở bệnh nhân xơ gan,

- Luận Văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thành Nam** (2019), Nghiên cứu thang điểm AIMS65 trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa cao do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, Luận Văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 5. **de Franchis R. và Baveno VI Faculty** (2015). Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol*, **63**(3), 743–752.
 6. **Hwang J.H., Shergill A.K., Acosta R.D. và cộng sự.** (2014). The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. *Gastrointest Endosc*, **80**(2), 221–227.
 7. **Kim M.Y., Um S.H., Baik S.K. và cộng sự.** (2013). Clinical features and outcomes of gastric variceal bleeding: retrospective Korean multicenter data. *Clin Mol Hepatol*, **19**(1), 36–44.
 8. **Tripathi D., Stanley A.J., Hayes P.C. và cộng sự.** (2015). U.K. guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut*, **64**(11), 1680–1704.

TÁC ĐỘNG CỦA MẮC COVID-19 LÊN QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ XẠ TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỤ KHOA

Nguyễn Đăng Khoa¹, Trần Đặng Ngọc Linh^{1,2}, Nguyễn Hoàng Quý^{1,2}, Phan Thành Công¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mắc COVID-19 và tác động của mắc COVID-19 lên quá trình xạ trị của bệnh nhân ung thư phụ khoa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang bệnh nhân ung thư được điều trị tại Khoa Xạ trị Phụ khoa, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh tháng 6 năm 2021 tới tháng 6 năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân ung thư phụ khoa mắc COVID-19 là 67/2502 bệnh nhân chiếm 2,7% trong đó 10,4% bệnh nhân bỏ điều trị; 7,5% hoãn điều trị và 82,1% gián đoạn điều trị xạ trị. **Kết luận:** Mắc COVID-19 tác động tiêu cực tới quá trình xạ trị trên bệnh nhân ung thư phụ khoa. Cần theo dõi và đánh giá các ảnh hưởng khác do COVID-19 gây nên cho bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị.

Từ khóa: Ung thư; COVID-19; Xạ trị

SUMMARY

IMPACTS OF INFECTIONS WITH COVID-19 ON RADIATION TREATMENT IN GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Khoa

Email: khoanguyen28695@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022

Objects: To determine the incidence of infections with COVID-19 and the impact of COVID-19 on the radiation therapy of gynecological cancer patients. **Subjects and methods:** Retrospective and cross-sectional study of gynecological cancer patients treated at the Department of Radiation and Gynecology, Ho Chi Minh City Oncology Hospital from June 2021 to June 2022. **Result:** The rate of gynecological cancer patients infected with COVID-19 was 67/2502 patients, accounting for 2.7%, of which 10.4% dropped out of treatment; 7.5% treatment delay and 82.1% treatment interruption. **Conclusion:** Infections with COVID-19 has a negative impact on radiotherapy in gynecological cancer patients. It is necessary to follow up and evaluate other impacts of COVID-19 during treatment.

Keywords: Cancer; COVID-19; Radiation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phụ khoa bao gồm ung thư các cơ quan như: buồng trứng, nội mạc tử cung, cổ tử cung, âm hộ. Theo thống kê của GLOBOCAN 2020 tại Việt Nam, ung thư phụ khoa chiếm khoảng 6% tổng số các loại ung thư và 14% ung thư thường gặp ở nữ giới [1]. Trong thời gian quan, đại dịch COVID-19 diễn biến phức tạp, tác động tiêu cực đến việc điều trị của bệnh nhân ung thư. Nhiều quốc gia thực hiện các biện pháp để hạn chế lây nhiễm bệnh như cách ly xã hội, phong tỏa và điều trị tập trung các ca bệnh