

YẾU TỐ NGUY CƠ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CẤP DO VIÊM-LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

*Nguyễn Thị Thu Trang, Phan Quốc Hùng Nguyễn Ngọc Tuấn,
Nguyễn Thanh Sơn, Lâm Thị Huệ Hương Khoa Nội Bệnh viện An giang.*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa là một trong những cấp cứu nội khoa thường gặp trong loét dạ dày tá tràng (DD-TT). Mục đích của nghiên cứu này nhằm khảo sát các yếu tố nguy cơ gây xuất huyết ở bệnh nhân bị viêm-loét DD-TT và mô tả các sang thương viêm loét qua nội soi dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả và phân tích cắt ngang 149 bệnh nhân viêm-loét DD-TT có và không có biến chứng XHTH tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ 01/3/2010 đến 01/6/2010.

Kết quả: Trong phân tích đơn biến, tuổi; tiền sử viêm-loét DD-TT; tiền sử dùng kháng viêm không nhân steroid (NSAIDs), corticoide; hút thuốc lá; uống rượu bia; nhiễm *Helicobacter pylori* (Hp) là yếu tố nguy cơ XHTH. Trong phân tích đa biến, chỉ có: tuổi; tiền sử viêm-loét DD-TT; tiền sử dùng NSAIDs hoặc corticoid, hút thuốc lá; nhiễm Hp là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ XHTH.

Kết luận: *tuổi; tiền sử viêm-loét DD-TT; tiền sử dùng NSAIDs hoặc corticoid; hút thuốc lá; nhiễm Hp* là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ XHTH ở bệnh nhân bị viêm loét DD-TT.

ĐẶT VẤN ĐỀ & MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là một trong những cấp cứu nội khoa thường gặp, ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Tại Mỹ, hàng năm có khoảng 350.000 trường hợp XHTH nhập viện, tần suất 100/100.000 dân^[13]. Theo một số điều tra khác trên thế giới, tần suất XHTH từ khoảng 37 – 172/100.000 dân và tỷ lệ này có thể cao hơn ở các nước đang phát triển^[12]. Hiện nay với những hiểu biết khá tường tận về bệnh sinh của viêm-loét DD-TT và đa dạng của các loại thuốc tốt, đa số đều có thể điều trị đến lành bệnh hoàn toàn, giảm tỷ lệ điều trị ngoại khoa và biến chứng XHTH.

Năm 2009, XHTH đứng hàng thứ ba trong 10 bệnh hàng đầu và là nguyên nhân tử vong và nặng xin về ở Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang^[1], trong đó XHTH do viêm-loét DD-TT chiếm tỷ lệ không nhỏ mặc dù chưa có số liệu thống kê chính xác. Mục đích của nghiên cứu này nhằm khảo sát các yếu tố nguy cơ gây xuất huyết ở bệnh nhân bị viêm-loét DD-TT và mô tả các sang thương viêm loét qua nội soi dạ dày.

ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả và phân tích cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định viêm-loét DD-TT có và không có biến chứng XHTH tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ 01/3/2010 đến 01/6/2010.

Thu thập dữ liệu

Những bệnh nhân trong nghiên cứu được hỏi và ghi nhận các thông tin cần thiết theo bảng câu hỏi có sẵn về tuổi, giới tính, thói quen, tiền sử, tình trạng nhiễm Hp,....

Một số định nghĩa

Giới tính: Nam hay nữ.

Hút thuốc lá: có hoặc không. Người đã bỏ thuốc lá trên một năm được ghi nhận là không hút thuốc lá.

Uống rượu/bia: có hoặc không.

Tiền sử viêm-loét DD-TT, tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), suy thận mạn, xơ gan,: bệnh nhân đã được chẩn đoán trước đây (có toa thuốc, sổ khám bệnh hoặc giấy ra viện).

Tiền sử dùng kháng viêm nonsteroid (NSAIDs) và hoặc corticoide: có hoặc không.

Viêm-loét DD-TT: được xác định bằng nội soi.

XHTH cấp: ói ra máu và hoặc đi cầu ra máu, có thay đổi động học hematocrit, hemoglobin và hoặc nhìn thấy xuất huyết qua nội soi DD-TT.

Chẩn đoán nhiễm Hp dựa vào CLO-test hoặc huyết thanh chẩn đoán Hp.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng Excel 2003 và xử lý bằng Stata 8.0. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn. Các biến định tính được mô tả bằng tỷ lệ. Dùng t-test cho các biến định lượng khi các biến có phân phối chuẩn. Đối với các biến không có phân phối chuẩn, chúng tôi dùng phép biến đổi logarit trước khi thực hiện phép kiểm. Sử dụng phép kiểm χ^2 cho các biến phân loại. Dùng phân tích hồi quy logistic đơn và đa biến để xem xét mối tương quan giữa XHTH và các yếu tố nguy cơ. Kết quả thu được có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95%.

KẾT QUẢ

Từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2010, chúng tôi đã thu nhận và đưa vào nghiên cứu 149 bệnh nhân liên tiếp nhập viện vào khoa Nội, thỏa mãn tiêu chuẩn nhận bệnh. Có 83 bệnh nhân XHTH chiếm 55,7% dân số nghiên cứu. Một số đặc điểm của dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Không XHTH (N = 66)	XHTH (N = 83)	p
Giới tính (Nam)	35 (53,0%)	55 (66,3%)	0,101
Tuổi	54,5 \pm 17	63,3 \pm 18	0,004
Tiền sử viêm loét DD-TT	34 (51,5%)	80 (96,4%)	0,000
Đái tháo đường	11 (16,7%)	7 (8,4%)	0,126
Tăng huyết áp	18 (27,3%)	25(30,1%)	0,703
Suy thận mạn	1 (1,5%)	1(1,2%)	0,870
Xơ gan	5 (7,6%)	8 (9,6%)	0,658
Tiền sử dùng NSAIDs, Corticoide	24 (36,4%)	58 (69,9%)	0,000
Hút thuốc lá	8 (12,1%)	38 (45,8%)	0,000
Uống rượu bia	21 (31,8%)	46 (55,4%)	0,004
Nhiễm Hp	15 (22,7%)	47 (56,6%)	0,000

Qua bảng 1, chúng tôi nhận thấy hai nhóm gần như tương đương về bệnh lý và tiền sử bệnh tật. Kết quả nội soi DD-TT ghi nhận tổn thương ở nhóm XHTH theo thứ tự bao gồm: loét dạ dày 33 trường hợp (39,8%); viêm dạ dày 21 trường hợp (25,3%); loét tá tràng 15 trường hợp (18,1%); tổn thương phối hợp của DD-TT 13 trường hợp (15,6%); viêm tá tràng 01 trường hợp (1,2%). Các yếu tố nguy cơ XHTH được mô tả trong bảng 2.

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ XHTH (phân tích đơn biến)

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Tuổi	1,02	1,01 – 1,04	0,005
Tiền sử dùng NSAIDs, corticoide	4,06	1,93 – 8,56	0,000
Tiền sử viêm-loét DD-TT	25,04	6,97 – 133,56	0,000
Hút thuốc lá	6,12	2,46 – 16,53	0,000
Uống rượu bia	2,66	1,28 – 2,55	0,004
Nhiễm Hp	4,43	2,15 – 9,12	0,000

*Ghi chú: OR: odds ratio, KTC : khoảng tin cậy.

Sau khi phân tích đơn biến, các yếu tố có ý nghĩa thống kê được đưa vào phân tích đa biến được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Yếu tố nguy cơ XHTH (phân tích đa biến)

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Tuổi	1,03	1,01 – 1,06	0,040
Tiền sử dùng NSAIDs, corticoid	4,28	1,63 – 11,64	0,003
Tiền sử viêm-loét DD-TT	16,31	4,23 – 62,87	0,000
Hút thuốc lá	5,41	1,33 – 21,99	0,018
Uống rượu bia	1,99	0,58 – 6,91	0,274
Nhiễm Hp	2,56	1,00 – 6,95	0,051

*Ghi chú: OR: odds ratio, KTC : khoảng tin cậy.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, XHTH do viêm-loét DD-TT chiếm tỷ lệ khá cao (55,7%), tương tự mô hình bệnh tật hàng năm của bệnh viện và các kết quả của những nghiên cứu, điều tra dịch tễ khác^[1, 4, 12, 13]. Loét dạ dày, viêm dạ dày và loét tá tràng là nguyên nhân chính gây XHTH phù hợp với y văn và các nghiên cứu khác^[4, 12, 13].

Theo American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE)^[9], tuổi là yếu tố nguy cơ và là yếu tố tiên lượng trong XHTH. Nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm XHTH là $63,29 \pm 18$ tuổi (>60 tuổi) đây là đối tượng nguy cơ cao cần được quan tâm.

Ở nhóm XHTH, tiền sử viêm-loét DD-TT rất cao (96,36%), trong đó viêm-loét dạ dày là bệnh lý cần thời gian điều trị kéo dài từ 6 – 12 tuần, do đó cần nhấn mạnh cho bệnh nhân biết về liệu trình điều trị là rất quan trọng.

Helicobacter pylori đóng vai trò trong 75-85% trường hợp loét dạ dày và >90% trường hợp loét tá tràng đồng thời góp phần tăng nguy cơ XHTH ở những bệnh nhân loét DD-TT^[5, 7]. Nghiên cứu của nhóm chuyên gia Châu Âu về Hp công bố năm 2001 cho thấy tỷ lệ tái xuất huyết trong nhóm bệnh nhân nhiễm Hp khoảng 3,9% ở nhóm bệnh nhân được tiết trừ Hp so với 12,6% nếu chỉ được điều trị bằng kháng tiết đơn thuần^[5]. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ CLO-test (+) ở bệnh nhân XHTH rất thấp (6,02%), tuy nhiên huyết thanh chẩn đoán Hp(+) khá cao (56,63%). Nhiều nghiên cứu cho thấy trong trường hợp XHTH đang tiến triển thì tỷ lệ âm tính giả của CLO-test cao hơn trong điều kiện bình thường do tính chất đậm của máu trong dạ dày. Do đó, trong trường hợp XHTH mà xét nghiệm này âm tính cần làm thêm xét nghiệm chẩn đoán Hp khác. Trong điều kiện của bệnh viện An Giang chúng tôi nghĩ xét nghiệm huyết thanh học là phù hợp nhất. Một số tác giả Hồng Kông và Thái Lan cũng có quan điểm tương tự^[7, 8].

Corticoide và NSAIDs là những tác nhân gây tổn thương DD-TT và là yếu tố nguy cơ gây XHTH, đặc biệt ở những bệnh nhân có tiền sử viêm-loét DD-TT^[2, 9, 11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, corticoide và NSAIDs cũng là yếu tố nguy cơ độc lập gây XHTH.

Theo y văn và một số nghiên cứu^[2, 3, 6, 10], thuốc lá là một trong những yếu tố nguy cơ viêm-loét DD-TT, làm chậm lành ổ loét và tăng tỷ lệ tái phát ở bệnh nhân

loét DD-TT do thuốc lá làm tăng tiết acid, giảm sản xuất prostaglandin, bicarbonat, giảm lưu lượng máu đến niêm mạc DD-TT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thuốc lá cũng là yếu tố nguy cơ gây XHTH. Do đó cần phải giảm và ngưng thuốc lá, đồng thời phải điều trị tích cực, đủ liệu trình khi có viêm-loét DD-TT.

Rượu bia cũng là yếu tố gây tổn thương dạ dày đã được chứng minh qua y văn và một số nghiên cứu^[2, 9]. Theo Maurice A Cerulli, uống 50gram rượu mỗi ngày làm tăng nguy cơ XHTH^[9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, uống rượu bia làm gia tăng tỷ lệ XHTH khi phân tích đơn biến nhưng khi đưa vào phân tích đa biến rượu bia không còn là yếu tố nguy cơ độc lập của XHTH nữa. Có thể trong nghiên cứu này, người hút thuốc lá hoặc có tiền sử viêm-loét dạ dày-tá tràng thường uống rượu bia.

Hạn chế của đề tài: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang với mẫu nghiên cứu nhỏ, lấy mẫu trong thời gian ngắn nên chưa đại diện được cho dân số chung. Hơn nữa, các biến số định tính (uống rượu, hút thuốc lá,...) khó định nghĩa chính xác nên có thể làm sai lệch kết quả nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Tuổi, hút thuốc lá; tiền sử viêm-loét DD-TT, tiền sử dùng NSAIDs hoặc corticoid và nhiễm *Helicobacter pylori* là các yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ XHTH ở bệnh nhân bị viêm loét DD-TT.

ĐỀ XUẤT

Từ kết quả nghiên cứu và dựa vào tình hình thực tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang chúng tôi có một vài đề xuất cho bệnh nhân viêm-loét DD-TT:

Ngưng thuốc lá ở bệnh nhân bị viêm loét DD-TT, điều trị tích cực đặc biệt chú ý những bệnh nhân lớn tuổi, có những bệnh lý phải dùng NSAIDs hoặc corticoide. Chẩn đoán tình trạng nhiễm Hp bằng CLO-test hoặc huyết thanh chẩn đoán nếu CLO-test âm tính. Ở thời điểm bệnh nhân xuất viện: cần giải thích kỹ để bệnh nhân hiểu và tuân thủ đúng liệu trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phòng Kế hoạch Tổng hợp. Số liệu tổng kết hoạt động của Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong 3 năm 2007-2008-2009.
2. Harrison's Principles of Internal Medicine 16th Ed. Mc-Graw's Hill 2005;11,737-741.
3. Hull DH. & Beale PJ. "Cigarette smoking and duodenal ulcer." *Gut* 1985.26(12): 1333-1337.
4. Ian M. Gralnek et al. "Management of acute bleeding from a peptic ulcer." *NEJM* 2008;359(9): 928-937.
5. Khorrami S., "Helicobacter pylori eradication and prevention of recurrent hemorrhage from peptic ulcer: a meta-analysis." *Abstract from Strasbourg Workshop 2001*.
6. Korman MG. & Hansky J. & Eaves ER. & Schmidt GT. "Influence of cigarette smoking on healing and relapse in duodenal ulcer disease." *Gastroenterology* 1983.85(4): 871-4.
7. Lai KC. & Lam SK. "The need of Helicobacter pylori eradication therapy in patients with peptic ulcer bleeding." *HKMJ* 1999;5:163-8.
8. Mahachai V. & Vilaichone RK & Kullavanijaya P. "Diagnosis method of Helicobacter pylori in bleeding peptic ulcer." *J Med Assoc Thai* 2002 58 Suppl(S103-8).
9. Maurice AC. "Upper Gastrointestinal Bleeding." *eMedicine Gastroenterology* Updated: Nov 20, 2009.
10. Shrestha S. "Gastric Ulcers." *eMedicine Gastroenterology*. Updated: Aug 24, 2009.
11. Sokić-Milutinović A. et al. "Role of Helicobacter pylori infection and use of NSAIDs in the etiopathogenesis of upper gastrointestinal bleeding." *Acta Chir Jugosl.* 2001;54(1):51-62.
12. Van Leerdam ME. "Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding." *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22(2):209-24.
13. Varma MK. "Gastrointestinal Bleeding, Upper." *eMedicine Radiology* Updated: Sep 10, 2008.