

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIẾN TRIỂN TỔN THƯƠNG THẬN Ở TRẺ EM MẮC BỆNH SCHÖNLEIN – HENOCH

Lương Thị Liên¹, Ngô Thị Huyền Trang¹, Nguyễn Thị Hà^{1,2},
Nguyễn Thị Dung², Nguyễn Văn Dương²,
Phạm Văn Dương^{1,2}, Trần Duy Mạnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá đúng và tiên lượng được tiến triển của tổn thương thận ở bệnh nhân Henoch – Schönlein purpura (HSP) là rất quan trọng, giúp bác sĩ đưa ra chiến lược theo dõi và điều trị phù hợp với từng bệnh nhân, tránh bỏ sót biến chứng của bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả được các yếu tố nguy cơ tiến triển tổn thương thận ở trẻ em mắc HSP. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 45 bệnh nhân được chẩn đoán lần đầu mắc HSP tại khoa Nhi, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 06/2024 đến tháng 05/2025, sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu. **Kết quả nghiên cứu:** Trong số 45 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu có 14 bệnh nhân xuất hiện tổn thương thận sau 6 tháng khởi phát chiếm 31,1%. Trong đó các yếu tố biểu hiện bệnh từ 3 cơ quan trở lên (thể phối hợp), thời gian nổi ban kéo dài (≥ 30 ngày), lúc khởi phát bệnh có xuất huyết tiêu hóa, có tỷ lệ protein/creatinin niệu bất thường hoặc xuất hiện hồng cầu trong nước tiểu là các yếu tố liên quan đến tiến triển tổn thương thận sau 6 tháng khởi phát. Khi đưa các yếu tố liên quan vào phân tích hồi quy tuyến tính đa biến thấy thời gian nổi ban là yếu tố độc lập có ý nghĩa thống kê liên quan tới tỷ lệ protein/creatinin niệu sau 6 tháng khởi phát. **Kết luận:** HSP có xu hướng không phải là bệnh tự giới hạn và có thể tiến triển thành tổn thương thận hoặc bệnh thận nặng ở một số bệnh nhân. Các bác sĩ lâm sàng nên đặc biệt lưu ý đối với những trẻ mắc HSP có các yếu tố nguy cơ này, do có khả năng cao phát triển thành tổn thương thận và bệnh thận nặng.

Từ khóa: Henoch – Schönlein, trẻ em, tổn thương thận, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

RISK FACTORS FOR RENAL INVOLVEMENT PROGRESSION IN CHILDREN WITH HENOCH-SCHONLEIN PURPURA

Background: Accurate assessment and prognosis of renal involvement progression in patients with Henoch–Schönlein Purpura (HSP) is essential, enabling clinicians to establish appropriate monitoring strategies and tailored treatment plans for each patient, and to avoid overlooking serious complications. **Objective:** To identify risk factors for

the progression of renal involvement in children with HSP. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 45 patients from June 2024 to May 2025. Data were analysed using SPSS version 20.0.

Results: Among the 45 patients enrolled in the study, 14 (31.1%) developed renal involvement within 6 months of disease onset. The risk factors significantly associated with progression included: initial involvement of three or more organ systems (combined type), prolonged purpura duration (≥ 30 days), gastrointestinal bleeding at disease onset, abnormal urinary protein/creatinine ratio, or presence of hematuria. Multivariate linear regression analysis showed that purpura duration was an independent factor significantly associated with the urinary protein/creatinine ratio after 6 months. **Conclusion:** HSP tends not to be a self-limiting disease and may progress to renal involvement or severe kidney disease in some patients. Clinicians should pay particular attention to children with HSP who present with these risk factors, as they are more likely to develop renal complications. **Keywords:** Henoch–Schönlein, children, renal involvement, risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Henoch - Schönlein purpura – HSP (hay còn gọi là bệnh viêm mạch dị ứng IgA) là bệnh tự miễn, cấp tính, thường tự giới hạn, đặc trưng bởi sự lắng đọng phức hợp miễn dịch IgA ở thành các mạch máu nhỏ gây phản ứng viêm, với biểu hiện chính là ban xuất huyết dạng sẩn không giảm tiểu cầu, đau khớp, đau bụng và tổn thương thận. HSP đã được biết đến từ lâu, được mô tả lần đầu vào năm đầu thế kỉ XIX bởi bác sĩ người Anh - William Heberden. Thường gặp ở trẻ em với tỷ lệ mắc mới từ 3 – 26,7/100000 trẻ, hơn 90% khởi phát dưới 10 tuổi, đặc biệt là trẻ trong độ tuổi từ 4 – 6 và trẻ nam gặp nhiều hơn trẻ nữ. Biểu hiện lâm sàng của HSP thường rầm rộ tuy nhiên bệnh khá lành tính và tự giới hạn.¹

Bệnh nhân HSP đến khám và nhập viện với các biểu hiện lâm sàng rất đa dạng từ ban xuất huyết ngoài da, đến đau khớp, hạn chế vận động, các biểu hiện tại đường tiêu hóa như buồn nôn, nôn, đau bụng hay các biến đổi nước tiểu. Chẩn đoán HSP hiện nay chủ yếu dựa vào triệu chứng và diễn biến lâm sàng của bệnh, với triệu chứng điển hình là ban xuất huyết nổi gờ trên mặt da, xuất hiện 2 bên căng chần có thể kèm hoặc không kèm các triệu chứng ngoài da khác như đau bụng, đau khớp và tổn thương thận.¹

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Duy Mạnh

Email: tranduymanhhuu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

Tổn thương tại thận là đặc tính quan trọng của bệnh HSP, với tỷ lệ gặp từ 20 – 60%, đây là biến chứng mạn tính chính có thể ảnh hưởng tới tỷ lệ tử vong của bệnh.² Tổn thương thận hiếm khi xuất hiện trước tổn thương da, các tổn thương tại thận thường xuất hiện sau khởi phát bệnh từ 1 – 3 tháng. Biểu hiện tại thận trên bệnh nhân HSP giới hạn từ đái máu vi thể đơn độc thoáng qua đến viêm cầu thận tiến triển nhanh. Hầu hết bệnh nhân tiến triển bệnh thận trong 6 tuần đầu (91%) và 97% xuất hiện trong 6 tháng đầu. Trẻ bị HSP không có triệu chứng tại thận trong vòng 6 tháng từ lúc khởi phát bệnh ít có khả năng tiến triển thành các tổn thương thận lâu dài.³

Việc đánh giá đúng và tiên lượng được tiến triển của tổn thương thận ở bệnh nhân HSP là rất quan trọng, giúp các thầy thuốc đưa ra chiến lược theo dõi và thái độ điều trị phù hợp với từng bệnh nhân, tránh bỏ sót biến chứng của bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 45 bệnh nhân được chẩn đoán xác định HSP lần đầu tại khoa Nhi, bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 06/2024 đến tháng 05/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ được chẩn đoán HSP lần đầu theo tiêu chuẩn chẩn đoán EULAR/PRES/PRINTO (Ankara 2008).
- Tiêu chuẩn chính: Ban xuất huyết cùng lứa tuổi chiếm ưu thế ở chi dưới.
- Tiêu chuẩn phụ:

- ✓ Đau bụng: Đau lan tỏa khởi phát cấp tính được xác định qua hỏi bệnh và khám lâm sàng có thể bao gồm lồng ruột và xuất huyết tiêu hóa.
- ✓ Sinh thiết da có lắng đọng ưu thể IgA.
- ✓ Viêm khớp hoặc đau khớp: Sưng khớp hoặc đau khớp, hạn chế vận động.
- ✓ Tổn thương thận: Protein niệu > 0,3 g/24h hoặc protein niệu/creatinin niệu một mẫu > 30 mg/mmol (vào buổi sáng) hoặc hồng cầu niệu từ 2+, hoặc có trên 5 hồng cầu niệu trên một vi trường soi hoặc có trụ hồng cầu.

Bệnh nhân được chẩn đoán HSP khi có 1 tiêu chuẩn chính và ít nhất 1 trong 4 tiêu chuẩn phụ.

- Trẻ được khám và điều trị nội trú tại bệnh viện.
- Người bệnh và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ mắc HSP nhập viện vì các bệnh lý không liên quan đến HSP.
- Trẻ vào viện vì tái phát HSP.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu mô tả một loạt ca bệnh.
- Chọn mẫu thuận tiện: tất cả bệnh nhân

HSP được chẩn đoán xác định lần đầu tại khoa Nhi, bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ đều được mời tham gia nghiên cứu.

- Thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu, xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ những quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Đây là nghiên cứu quan sát mô tả không can thiệp vào quá trình chẩn đoán, điều trị của bệnh nhân, không làm tăng chi phí điều trị. Các thông tin đảm bảo chính xác được giữ bí mật. Bệnh nhân và người thân được giải thích rõ ràng về mục đích, lợi ích và nguy cơ của nghiên cứu đồng thời có quyền từ chối tham gia bất cứ lúc nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 45 bệnh nhân HSP được chẩn đoán lần đầu tại khoa Nhi, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, tất cả bệnh nhân được theo dõi tiến triển đến tháng thứ 6 thấy có 14 bệnh nhân xuất hiện tổn thương thận chiếm 31,1%.

Bảng 1. Tuổi và tổn thương thận sau 6 tháng

Phân loại tuổi		Tổn thương thận tại thời điểm 6 tháng		p
		Có	Không	
≤6 tuổi	n	4	10	1,000*
	%	28,6	71,4	
>6 tuổi	n	10	21	
	%	32,3	67,7	

*Fisher's exact test

Nhóm trẻ khởi phát bệnh sau 6 tuổi có tỷ lệ tổn thương thận sau 6 tháng khởi phát là 32,7%, cao hơn nhóm còn lại là 28,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 1,000 > 0,005$.

Bảng 2. Thể lâm sàng lúc vào viện và tổn thương thận sau 6 tháng

Thể lâm sàng lúc vào viện		Tổn thương thận tại thời điểm 6 tháng		p	OR (95% CI)
		Có	Không		
Phổi hợp	n	10	9	0,008	6,11 (1,52-24,66)
	%	52,6	47,4		
Đơn thuần	n	4	22		
	%	15,4	84,6		

Trẻ khởi phát bệnh với tổn thương từ 3 cơ quan trở lên (thể phổi hợp) có tỷ lệ tổn thương thận sau 6 tháng cao gấp 6,11 lần so với nhóm đơn thuần, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,008 < 0,05$.

Bảng 3. Thời gian nổi ban da và tổn thương thận sau 6 tháng

Thời gian nổi ban da		Tổn thương thận tại thời điểm 6 tháng		p	OR (95% CI)
		Có	Không		
≥30 ngày	n	6	3	0,017*	7,00 (1,42-34,43)
	%	66,7	33,3		
<30 ngày	n	8	28		
	%	22,2	77,8		

*Fisher's exact test

Thời gian tồn tại ban da kéo dài (≥ 30 ngày) có tỷ lệ tổn thương thận sau 6 tháng khởi phát cao gấp 7 lần so với nhóm còn lại, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,017 < 0,05$.

Bảng 4. Xuất huyết tiêu hóa và tổn thương thận sau 6 tháng

Xuất huyết tiêu hóa		Tổn thương thận tại thời điểm 6 tháng		p	OR (95% CI)
		Có	Không		
Có	n	3	0	0,026*	3,82 (2,29 – 6,34)
	%	100	0		
Không	n	11	31		
	%	26,2	73,8		

*Fisher's exact test

Nhóm bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa lúc khởi phát bệnh có tỷ lệ tiến triển thành tổn thương thận sau 6 tháng cao gấp 3,82 lần so với nhóm không có xuất huyết tiêu hóa, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,026 < 0,05$.

Bảng 7. Phân tích hồi quy đa biến với một số yếu tố có liên quan đến tổn thương thận sau 6 tháng khởi phát với biến phụ thuộc được chọn là "tỷ lệ protein/creatinin niệu sau 6 tháng"

Model	Unstandardized Coefficients		Unstandardized Coefficients	t	Sig	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	26.446	25.109		1.053	.299		
Tỷ lệ protein/creatinin niệu lúc vào viện	.009	.105	.014	.082	.935	.627	1.595
Thời gian nổi ban	.522	.250	.339	2.091	.043	.721	1.387
Xuất huyết tiêu hóa lúc khởi phát bệnh	-.435	10.198	-.006	-.043	.966	.971	1.030
Hồng cầu niệu lúc khởi phát bệnh	-10.397	6.241	-.273	-1.666	.104	.704	1.421
Thể lâm sàng lúc khởi phát bệnh	.073	6.023	.002	.012	.990	.710	1.409

Trong bảng trên, chỉ có yếu tố "Thời gian nổi ban" có giá trị $p = 0,043 < 0,05$. Như vậy đây là yếu tố độc lập có ý nghĩa thống kê liên quan thuận đến tỷ lệ protein/creatinin niệu sau 6 tháng khởi phát trong mô hình. Các yếu tố khác đều có $p > 0,05$ và do đó không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

HSP là một bệnh viêm mạch hệ thống không tạo hạt phổ biến nhất ở trẻ em, bệnh thường tự giới hạn và kéo dài trung bình khoảng 4 tuần tuy

Bảng 5. Protein/creatinin niệu lúc vào viện và tổn thương thận sau 6 tháng

Protein/Creatinin niệu (mg/mmol)		Tổn thương thận tại thời điểm 6 tháng		p	OR (95% CI)
		Có	Không		
>20	n	9	8	0,014	5,17 (1,33-20,11)
	%	52,9	47,1		
≤20	n	5	23		
	%	17,9	82,1		

Tỷ lệ tổn thương thận sau 6 tháng ở nhóm có protein/creatinin niệu bất thường lúc vào viện cao hơn 5,17 lần so với nhóm bình thường, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014 < 0,05$.

Bảng 6. Hồng cầu niệu lúc khởi phát và tổn thương thận sau 6 tháng

Hồng cầu niệu		Tổn thương thận tại thời điểm 6 tháng		p	OR (95% CI)
		Có	Không		
≥1+	n	8	8	0,042	3,83 (1,01 – 14,49)
	%	50,0	50,0		
Âm tính	n	6	23		
	%	20,7	79,3		

Nhóm bệnh nhân xuất hiện hồng cầu trong nước tiểu lúc khởi phát bệnh có tỷ lệ tiến triển thành tổn thương thận cao gấp 3,83 lần so với nhóm không có hồng cầu niệu, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,042 < 0,05$.

vậy vẫn có nhiều biến chứng cấp và mạn tính. Biến chứng cấp tính chủ yếu xảy ra trên hệ tiêu hóa như lồng ruột, thủng ruột và xuất huyết tiêu hóa. Tổn thương thận là biến chứng mạn tính quan trọng nhất của bệnh, là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em vì thể xuất hiện tổn thương thận là yếu tố tiên lượng chính của bệnh. Việc phân tích các yếu tố nhằm tiên đoán nguy cơ tiến triển tổn thương thận là một vấn đề được các bác sĩ lâm sàng đặc biệt quan tâm¹.

Trong số 45 bệnh nhân được chẩn đoán HSP

trong nghiên cứu có 14 bệnh nhân tiến triển thành tổn thương thận sau 6 tháng theo dõi. Tuổi khởi phát sau 6 tuổi có tỷ lệ tiến triển tổn thương thận cao hơn so với nhóm còn lại (32,7% so với 28,6%). Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác khi đều thấy rằng tuổi khởi phát muộn hơn thì nguy cơ tiến triển tổn thương thận cao hơn. Trong nghiên cứu của Carucci và cộng sự⁴ thấy nhóm tổn thương thận có độ tuổi khởi phát trung bình là 6,2 cao hơn nhóm không có tổn thương thận là 5,5 ($p = 0,03$). Tương tự, Kim và cộng sự thấy độ tuổi trung bình của 2 nhóm này lần lượt là 7,3 và 6,2 ($p = 0,016$). Tabel và cộng sự thấy tuổi khởi phát ≥ 10 có liên quan tới tổn thương thận ($p < 0,01$)³.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy những bệnh nhân có tổn thương đa cơ quan (từ 3 cơ quan trở lên) có tỷ lệ tiến triển tổn thương thận cao hơn sau 6 tháng khởi phát so với nhóm còn lại. Điều này có thể giải thích là tổn thương nhiều cơ quan hơn là mức độ nặng của bệnh cao hơn dễ tiến triển thành các biến chứng nặng như tổn thương thận. Nghiên cứu của Çavuşoğlu và cộng sự cũng thấy những bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nặng như có triệu chứng khớp nặng hay hệ tiêu hóa nặng có liên quan tới tổn thương thận sau đó 1 tháng và 6 tháng⁵.

Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa triệu chứng đau bụng và tổn thương thận, tương tự như nghiên cứu của Zhao hay nghiên cứu của Rigante cùng cộng sự. Có thể vì khi trẻ đau bụng khiến phụ huynh chú ý nhiều hơn từ đó giúp trẻ được chẩn đoán và can thiệp sớm hơn, điều này có thể có lợi cho quá trình tiến triển của bệnh HSP. Nhưng chúng tôi cũng thấy rằng những bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa nặng như có xuất huyết tiêu hóa thì nguy cơ tiến triển thành tổn thương thận cao gấp 3,82 lần ($p = 0,026$) sau 6 tháng so với nhóm còn lại. Nhiều tác giả khác cũng đã chỉ ra rằng xuất huyết tiêu hóa có tương quan mạnh với tổn thương thận⁶.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy nhóm bệnh nhân ban da kéo dài có tỷ lệ tổn thương thận cao gấp 7 lần so với nhóm còn lại ($p = 0,017$), hơn nữa thời gian nổi ban còn là yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến tỷ lệ protein/creatinin niệu lúc 6 tháng, mỗi 1 ngày tồn tại ban da thì tỷ lệ protein/creatinin tăng thêm 0,522. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như của Ma hay của Chan và cộng sự^{7,8}. Chúng tôi khuyến cáo cần chú ý tầm soát tổn thương thận ở những bệnh nhân nổi ban kéo dài hoặc tái phát nhiều lần.

Trong xét nghiệm nước tiểu, chúng tôi thấy rằng nhóm bệnh nhân có chỉ số protein/creatinin niệu bất thường hay xuất hiện hồng cầu trong nước tiểu lúc khởi phát bệnh là có nguy cơ cao tiến triển tổn thương thận sau 6 tháng. Tuy nhiên theo tiêu chuẩn của EULAR xác định có tổn thương thận khi có tỷ lệ protein/creatinin niệu > 30 mg/mmol hoặc hồng cầu trong nước tiểu từ 2+, vì vậy chúng tôi khuyến cáo bác sĩ lâm sàng cần xét nghiệm nước tiểu thường xuyên hơn ở những bệnh nhân có kết quả nước tiểu bất thường lúc vào viện để tránh bỏ sót tổn thương thận¹.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố khởi phát bệnh từ 3 cơ quan trở lên, thời gian nổi ban kéo dài, lúc khởi phát bệnh có xuất huyết tiêu hóa, có tỷ lệ protein/creatinin niệu bất thường hoặc xuất hiện hồng cầu trong nước tiểu là các yếu tố liên quan đến tiến triển tổn thương thận sau 6 tháng khởi phát. HSP có thể không phải là bệnh tự giới hạn ở một số bệnh nhân, mà có thể tiến triển thành tổn thương thận hoặc bệnh thận nặng. Do đó, trẻ em mắc HSP có các yếu tố nguy cơ cần được theo dõi chặt chẽ tổn thương thận tránh bỏ sót.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ruperto N, Ozen S, Pistorio A, et al.** EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part I: Overall methodology and clinical characterisation. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(5): 790-797. doi:10.1136/ard.2009.116624
2. **Mao Y, Yin L, Huang H, Zhou Z, Chen T, Zhou W.** Henoch-Schönlein purpura in 535 Chinese children: clinical features and risk factors for renal involvement. *J Int Med Res.* 2014;42(4): 1043-1049. doi:10.1177/0300060514530879
3. **Tabel Y, Inanc FC, Dogan DG, Elmas AT.** Clinical features of children with Henoch-Schönlein purpura: risk factors associated with renal involvement. *Iran J Kidney Dis.* 2012;6(4):269-274.
4. **Carucci NS, La Barbera G, Peruzzi L, et al.** Time of Onset and Risk Factors of Renal Involvement in Children with Henoch-Schönlein Purpura: Retrospective Study. *Child Basel Switz.* 2022;9(9):1394. doi:10.3390/children9091394
5. **Çavuşoğlu D, Yıldırım Ü, Kanık MA, Helvacı M, Bakiler AR, Yavascan O.** The relationship between initial clinical findings and renal involvement of henoch schönlein purpura in pediatric patients. *Kocatepe Tıp Derg.* 2023; 24(4): 452-456. doi:10.18229/kocatepetip. 1180611
6. **Rigante D, Candelli M, Federico G, Bartolozzi F, Porri MG, Stabile A.** Predictive factors of renal involvement or relapsing disease in children with Henoch-Schönlein purpura. *Rheumatol Int.* 2005;25(1):45-48. doi:10.1007/s00296-004-0452-2

7. Chan H, Tang YL, Lv XH, et al. Risk Factors Associated with Renal Involvement in Childhood Henoch-Schönlein Purpura: A Meta-Analysis. PLoS One. 2016;11(11):e0167346. doi:10.1371/journal.pone.0167346
8. Ma DQ, Li Y, Han ZG, Zheng M, Xu N, Fan XJ. Analysis on kidney injury-related clinical risk factors and evaluation on the therapeutic effects of hemoperfusion in children with Henoch-Schönlein purpura. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2017;21(17):3894-3899.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN VỊ TRÍ LỖ THÙNG Ở BỆNH NHÂN THÙNG TẠNG RỒNG TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024 – 2025

Trần Kim Cúc¹, Phạm Thị Kim Mỹ², La Văn Phú¹, Huỳnh Minh Phú¹,
Võ Huỳnh Nhu², Phạm Việt Mỹ³, Nguyễn Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thủng tạng rỗng (TTR) là một tình trạng tổn thương là một trong những cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất. Nếu chẩn đoán càng muộn thì nguy cơ tử vong càng cao. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm, chính xác ở bệnh nhân (BN) TTR là rất cần thiết để ra kế hoạch điều trị kịp thời và hợp lý. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh và giá trị của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa dây trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân TTR tại Thành phố Cần Thơ năm 2024 – 2025. **Kết quả:** 85 BN TTR với 52,9% là nam giới và 47,1% là nữ giới, tuổi trung bình là 62,04±15,89 tuổi. Đặc điểm chụp CLVT: 95,3% BN có khí ở trong phúc mạc, 52,9% khí ở khoang sau phúc mạc, 50,6% dày thành ống tiêu hóa, 89,4% BN có thâm nhiễm khu trú quanh nơi tổn thương, 98,8% BN có dịch tự do trong ổ bụng và 58,8% BN có hình ảnh mất liên tục thành ống tiêu hóa. Chụp CLVT trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân TTR theo diện tích dưới đường cong ROC là tốt (95,3%), $p < 0,001$, với độ nhạy là 94,4%, và độ đặc hiệu là 88,1%. **Kết luận:** chụp CLVT có thể giúp chẩn đoán xác định vị trí lỗ thủng trong TTR.

Từ khóa: thủng tạng rỗng, chụp cắt lớp vi tính

SUMMARY

RESEARCH ON THE CHARACTERISTICS AND VALUE OF MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSING PERFORATION SITES IN PATIENTS WITH HOLLOW VISCUS PERFORATION IN CAN THO CITY IN 2024 – 2025

Background: Hollow viscus perforation represents one of the most common surgical abdominal emergencies. Delayed diagnosis

significantly increases the risk of mortality. Therefore, early and accurate diagnosis is essential to ensure timely and appropriate treatment planning. **Objectives:** To describe the characteristics and evaluate the diagnostic value of multi-slice computed tomography in identifying the perforation site in patients with hollow viscus perforation in Can Tho City in 2024–2025. **Results:** A total of 85 patients with hollow viscus perforation were included in the study, with 52.9% male and 47.1% female. The mean age was 62.04 ± 15.89 years. Computed tomography findings revealed that 95.3% of patients had intraperitoneal free air, 52.9% had retroperitoneal air, 50.6% showed bowel wall thickening, 89.4% exhibited localized inflammatory infiltration around the site of injury, 98.8% had free intraperitoneal fluid, and 58.8% demonstrated discontinuity of the gastrointestinal wall. The diagnostic performance of multi-slice computed tomography in localizing the perforation site was high, with an area under the ROC curve of 95.3% ($p < 0.001$), a sensitivity of 94.4%, and a specificity of 88.1%. **Conclusion:** Computed tomography can aid in accurately identifying the perforation site in cases of hollow viscus perforation.

Keywords: Hollow viscus perforation, computed tomography scan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng tạng rỗng là một tình trạng tổn thương, ảnh hưởng đến các lớp của đường tiêu hóa (bao gồm thực quản, dạ dày, ruột non và đại tràng) dẫn đến sự tràn khí và chất lỏng từ ống tiêu hóa vào bụng hoặc trung thất. Nếu chẩn đoán càng muộn thì nguy cơ tử vong càng cao, theo một nghiên cứu ở Ấn Độ, tỷ lệ tử vong dao động từ 29-45% ở nhóm nguy cơ trung bình và cao, nên rất nguy hiểm [7]. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm, chính xác ở bệnh nhân TTR là rất cần thiết để ra kế hoạch điều trị kịp thời và hợp lý.

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán TTR. Đặc biệt chụp cắt lớp vi tính cho phép xác định khí tự do trong ổ bụng dù lượng khí có thể rất ít, chỉ một vài bóng khí [5]. Hơn thế nữa, CLVT có thể cho thấy nguyên nhân

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kim Cúc

Email: trankimcuc.cantho@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025