

- 2023;5(2):82-90. doi:10.36628/ijhf.2022.0030
5. **Okoro RN, Nmeke C, Erah PO.** Utilization study of antidiabetes medicines at a tertiary care hospital in Nigeria. *Futur J Pharm Sci.* 2018;4(2): 109-115. doi:10.1016/j.fjps.2017. 11.004
6. **Bergman U, Popa C, Tomson Y, et al.** Drug utilization 90% – a simple method for assessing the quality of drug prescribing. *Eur J Clin Pharmacol.* 1998;54: 113-118. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:5565052>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG ĐẠI TRỰC TRÀNG SAU XẠ TRỊ BẰNG ARGON PLASMA COAGULATION (APC)

Phạm Như Hòa¹, Nguyễn Công Long^{1,2}, Kiều Văn Tuấn¹,
Nguyễn Trường Sơn^{1,2}, Đặng Quang Nam¹, Vũ Mạnh Hà¹,
Nguyễn Tiến Tùng¹, Nguyễn Thị Phương¹, Lê Diệu Hương¹,
Nguyễn Thanh Nam¹, Đào Văn Hảo¹, Nguyễn Mạnh Cường¹,
Nguyễn Đức Tú¹, Nguyễn Hoài Nam^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị cầm máu điện đông bằng khí argon (APC) ở bệnh nhân (BN) có tổn thương đại trực tràng sau xạ trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang, đối tượng là các BN có tổn thương viêm và loạn sản mạch đại trực tràng sau xạ trị ung thư vùng tiểu khung được điều trị bằng APC tại Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, Bệnh viện Bạch mai trong thời gian từ tháng 9/2018 đến tháng 10/2023, cỡ mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Nghiên cứu thu được 64 BN với tuổi trung bình là 62,7±10,7 (32 – 85), nữ giới chiếm đa số (90,6%). Thời gian xuất hiện triệu chứng sau xạ trị 3 năm với tỉ lệ 93,7%. Tất cả bệnh nhân có biểu hiện đi ngoài ra máu, tỉ lệ bệnh nhân phải truyền máu là 39,1%. 100% bệnh nhân có tổn thương ở trực tràng, điểm Zinicola trung bình là 3,5±1,1 (2 – 5), wacher ≥ 3 điểm chiếm 65,7%. 100% trường hợp thủ thuật tiến hành thành công, tỉ lệ tái phát sau 12 tháng là 34,4%. Tác dụng phụ gặp nhiều nhất là đau bụng với 20%, loét 15,4%, hẹp 6,2%. **Kết luận:** Tổn thương đại trực tràng sau xạ trị thường xuất hiện trong vòng 3 năm, các bệnh nhân đều có tổn thương ở trực tràng, APC là phương pháp cầm máu nội soi an toàn, hiệu quả. Hầu hết bệnh nhân không gặp tác dụng phụ nghiêm trọng sau điều trị. Tác dụng phụ gặp nhiều nhất là đau bụng, loét, hẹp.

Từ khóa: Viêm trực tràng sau tia xạ mãn tính (Chronic radiation proctitis), điện đông bằng khí argon (Argon Plasma Coagulation).

SUMMARY

EVALUATE THE EFFICACY OF ARGON PLASMA COAGULATION (APC) FOR BLEEDING CHRONIC RADIATION PROCTITIS (B-CRP)

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Nam

Email: namthbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

Objectives: Clinical and paraclinical findings of chronic radiation proctitis patients who received argon plasma coagulation and evaluate the efficacy of this technique. **Subjects and methods:** A cross – sectional descriptive study. We enrolled all the patients who had proctitis after receiving radiotherapy to treat pelvic cancer and were treated with the Argon Plasma Coagulation method at the Gastroenterology and Hepatology Center, Bach Mai Hospital from September 2018 to October 2023. **Results:** The mean age of the patients was 62,7±10,7 years (32 – 85 years old), the disease occurred predominantly in women (90,6%). The time for symptoms to appear after radiotherapy were 3 years with a rate of 93,7%. All patients were admitted to the hospital because rectal bleeding, the rate of patients requiring blood transfusion was 39,1%. 100% of patients had abnormal rectal mucosa, the mean Zinicola score was 3,5±1,1 (2-5), wacher score ≥ 3 accounts for 65,7%. The procedure was successful in 100% of cases, the recurrence rate after 12 months was 34,4%. The most side effects were abdominal pain 20%, ulcer 15,4%, and stenosis 6,2%. **Conclusion:** Chronic radiation proctitis usually occurs within 3 years after receiving radiotherapy, all patients had abnormal rectal mucosa. APC is the safe and effective endoscopic hemostasis treatment. The most side effects were abdominal pain, ulcer, stenosis.

Keywords: Chronic radiation proctitis, Argon Plasma Coagulation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương trực tràng (TTT) là một biến chứng của xạ trị các bệnh lý ác tính vùng khung chậu. Tia xạ thúc đẩy quá trình chết theo chương trình (apoptosis) và sự chết tế bào thứ phát do tổn thương DNA, protein và lipid, hiệu ứng này ảnh hưởng mạnh đến các tế bào có sự tăng sinh nhanh chóng như các tế bào ung thư.¹ TTTT sau xạ trị thường được chia thành cấp tính và mạn tính. Tổn thương cấp tính biểu hiện quá trình viêm chỉ liên quan đến lớp niêm mạc bề mặt², thường xảy ra ngay sau và trong vòng 3 tháng sau xạ trị. TTTT mạn tính sau xạ trị có thể

bắt đầu sớm, nhưng các triệu chứng chảy máu thường chỉ biểu hiện rõ ràng sau vài tháng đến vài năm từ khi kết thúc điều trị (trung bình 8 - 12 tháng).² Nguyên nhân chảy máu là do sự hình thành các loạn sản mạch ở lớp niêm mạc đại trực tràng, các mao mạch máu giãn bất thường dễ chảy máu khi có va chạm cơ học, hậu quả dẫn đến tình trạng thiếu máu mạn tính. Tỷ lệ mắc TTTT mạn tính sau xạ trị khoảng từ 2 - 20% số BN.³ Can thiệp nội soi cầm máu là phương pháp điều trị chính cho thể TTTT sau xạ trị, trong đó kỹ thuật cầm máu điện đông không tiếp xúc bằng khí argon (APC - Argon Plasma Coagulation) hiện được khuyến cáo là phương pháp điều trị lựa chọn đầu tiên cho tổn thương CRP. Phương pháp này có ưu điểm có thể cầm máu lớp nông với diện tích lớn, không cần đầu dò tiếp xúc trực tiếp bề mặt niêm mạc nên hạn chế được năng lượng nhiệt truyền vào mô sâu và rộng, do đó ít gây tai biến.

Ở Việt Nam, kỹ thuật APC này cũng đã được thực hiện ở một số trung tâm nội soi, tuy nhiên theo dõi hiệu quả điều trị lâu dài cho BN mắc TTTT sau xạ trị thì chưa có nhiều báo cáo.⁴ Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả điều trị tổn thương đại trực tràng sau tia xạ bằng argon plasma coagulation (APC)" để xác định hiệu quả của kỹ thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả BN được chẩn đoán TTTT do xạ trị được điều trị cầm máu bằng phương pháp APC) qua nội soi tại Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, Bệnh viện Bạch mai trong thời gian từ tháng 9/2018 đến tháng 10/2023.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không có đầy đủ dữ liệu nghiên cứu trong hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Kết quả nghiên cứu thu được 64 BN.

2.3. Các biến nghiên cứu

- Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, hình ảnh nội soi và xét nghiệm

- Các thang điểm đánh giá:

+ **Thang điểm đánh giá mức độ chảy máu trực tràng trên lâm sàng:** 0, không có máu; 1, máu thấm trên giấy chùi; 2, chảy máu nhìn thấy, ngắt quãng; 3, chảy máu liên tục, nhiều; 4, chảy máu nhiều, cần truyền máu.

+ **Mức độ thiếu máu:** theo phân loại của WHO

+ **Vị trí tổn thương:** 1, trực tràng dưới, sát ống hậu môn; 2, trực tràng giữa; 3, trực tràng trên; 4, trực tràng + đại tràng sigma

+ **Đánh giá tổn thương trên nội soi theo thang điểm Zinicola⁵:** từ 2-5 điểm; 2 điểm: mức độ nhẹ (A), 3 điểm: mức độ trung bình (B), 4, 5 điểm: mức độ nặng (C).

+ **Đánh giá tổn thương trên nội soi theo thang điểm Wachter⁶:** từ 0-5 điểm dựa vào đánh giá các tiêu chí loạn sản mạch, xung huyết niêm mạc, loét, hẹp, hoại tử

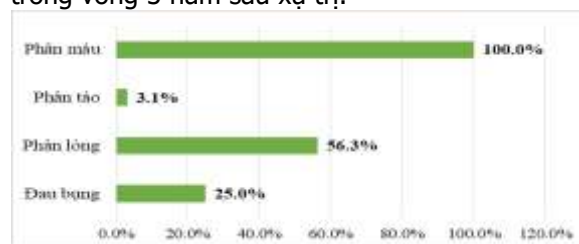
2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học phê duyệt và nghiệm thu theo quyết định số 7413/QĐ-BM của Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong số 64 BN trong nghiên cứu, tuổi trung bình là 62,7±10,7; thấp nhất 32 tuổi, cao nhất 85 tuổi, với nhóm tuổi từ 60-69 chiếm đa số trong nghiên cứu với 48,4%.

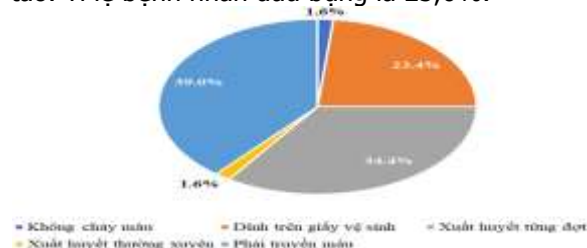
3.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

- **Thời gian xuất hiện triệu chứng:** Thời gian xuất hiện triệu chứng trung bình sau xạ trị là 528,7 ngày, ngắn nhất 14 ngày, dài nhất 3905 ngày, trong đó 93,7% xuất hiện triệu chứng trong vòng 3 năm sau xạ trị.



Biểu đồ 3.1. Phân bố triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

Nhận xét: Trong nghiên cứu 100% bệnh nhân có biểu hiện đi ngoài ra máu, tiếp theo là phân lỏng 56,3%, chỉ có 3,1% bệnh nhân phân táo. Tỷ lệ bệnh nhân đau bụng là 25,0%.



Biểu đồ 3.2. Phân bố mức độ chảy máu lâm sàng của bệnh nhân

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu chiếm cao nhất với 39,0%, tiếp theo là xuất huyết từng đợt 34,4%, chỉ có 1,6% bệnh nhân

xuất huyết thường xuyên.

- **Đặc điểm huyết học của BN trước can thiệp:** 40,6% BN thiếu máu mức độ vừa và 32,8% thiếu máu nhẹ. Có 17,2% bệnh nhân không thiếu máu. Huyết sắc tố trung bình là 90,6 g/dl, thấp nhất 41 g/dl, cao nhất 132 g/dl.

- **Vị trí tổn thương:** 100% bệnh nhân có tổn thương ở trực tràng, trong đó, 51,6% phổi hợp thêm tổn thương ở đại tràng sigma.

- **Phân bố mức độ loét trên nội soi:** Đa số bệnh nhân không loét với 64,1%. Trong 23 bệnh nhân có loét, tổn thương chủ yếu gặp độ 1 (10/23=43,5%).

- **Phân bố mức độ hẹp trên nội soi:** Đa số bệnh nhân không hẹp với 76,6%. Trong 15 bệnh nhân có hẹp, tổn thương chủ yếu gặp độ 3 (7/15=46,7%).

Bảng 3.1. Đặc điểm tổn thương loạn sản mạch trên nội soi

Đặc điểm loạn sản mạch		n	%
Mức độ	Đơn độc	9	14,1
	Lan tỏa	18	28,1
	Liên hợp thành vùng	28	43,8
	Liên hợp rộng	9	14,1
Phân bố	Đoạn thấp trực tràng	16	25,0
	Toàn bộ trực tràng	48	75,0
Diện tích bề mặt	<50%	35	54,7
	≥50%	29	45,3
Máu tươi trong trực tràng	Có	21	32,8
	Không	43	67,2
Tổng số		64	100

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu có tổn thương mức độ liên hợp thành vùng 43,8%, phân bố toàn bộ trực tràng 75,0%, diện tích bề mặt <50% 54,7%, và không có máu tươi 67,2%.

- **Phân bố mức độ nặng theo Zinicola:** Bệnh nhân chủ yếu có mức độ nặng với 48,4%, tiếp theo là vừa 28,2%, và nhẹ với 23,4%. Điểm trung bình là 3,5±1,1, thấp nhất là 2 điểm, cao nhất là 5 điểm.

- **Phân bố điểm Wachter trên nội soi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi BN có Wachter ≥ 3 điểm chiếm 65,7%

3.3. Hiệu quả của phương pháp điều trị



Biểu đồ 3.5. Kết quả điều trị

Nhận xét: Kết quả thủ thuật can thiệp

người bệnh có tổn thương đại trực tràng được xạ trị bằng APC tỉ lệ thành công 100%. Sau 12 tháng theo dõi, có 42/64 người bệnh khỏi bệnh, chiếm tỉ lệ 65,6%.

3.4. Tác dụng không mong muốn của bệnh nhân sau điều trị. Tác dụng phụ gặp nhiều nhất là đau bụng với 20%, tiếp theo là loét với 15,4%, chỉ có 6,2% bệnh nhân có hẹp.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 64 BN trong nghiên cứu, tuổi trung bình là 62,7±10,7; thấp nhất 32 tuổi, cao nhất 85 tuổi, với nhóm tuổi từ 60-69 chiếm đa số trong nghiên cứu với 48,4%. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác vì bệnh lý ung thư cần xạ trị thường xuất hiện ở nhóm BN lớn tuổi, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Công Long và cộng sự (cs) là 59,95 ± 12,32 tuổi,⁴ hoặc Fernanda Machado và cs là 66,6 tuổi.⁷ 92,2% BN trong nghiên cứu là nữ giới, sau xạ trị ung thư cổ tử cung, số còn lại là nam giới sau mắc ung thư tiền liệt tuyến.

Biểu đồ 3.2 cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân phải truyền máu chiếm cao nhất với 39,0%, tiếp theo là xuất huyết từng đợt 34,4%, chỉ có 1,6% bệnh nhân xuất huyết thường xuyên. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Long và cộng sự tỉ lệ BN chảy máu cần truyền máu là 28%, xuất huyết từng đợt là 36% tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi.⁴ Đánh giá mức độ thiếu máu trên xét nghiệm, 40,6% BN thiếu máu mức độ vừa và 32,8% thiếu máu nhẹ. Có 17,2% bệnh nhân không thiếu máu. Huyết sắc tố trung bình là 90,6 g/dl, thấp nhất 41 g/dl, cao nhất 132 g/dl. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Long và cộng sự là 97,31 ± 28,05 g/l.⁴

Về đặc điểm tổn thương, 100% bệnh nhân có tổn thương ở trực tràng, trong đó, 51,6% phổi hợp thêm tổn thương ở đại tràng sigma. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Long và cộng sự 94,9% bệnh nhân có tổn thương ở trực tràng, chỉ có 5,1% tổn thương chỉ ở sigma.⁴ Như vậy có thể nói hầu như tất cả các bệnh nhân đều có tổn thương ở vùng trực tràng. Tổn thương đơn độc ở đại tràng sigma chiếm tỉ lệ rất thấp. Theo nghiên cứu của Sultania và cs, đa số BN có tổn thương mức độ trung bình và nặng (67,14%).⁸ Một nghiên cứu khác của Swan và cs cho thấy mức độ trung bình chiếm 46% và nặng là 20%.⁹ Các kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Về kết quả thực hiện thủ thuật, biểu đồ 3.5 cho thấy, 100% trường hợp thủ thuật tiến hành thành công. Kết quả theo dõi sau điều trị cụ thể như sau: 100% bệnh nhân sau điều trị đều can

thiệt cầm máu thành công. Sau 1 tháng có 7 bệnh nhân tái phát triệu chứng xuất huyết, sau 3 tháng có 19 bệnh nhân tái phát, sau 6 tháng có 21 bệnh nhân tái phát và sau 12 tháng có 22 bệnh nhân tái phát chiếm tỷ lệ 34,4%. Các BN tái phát đã được can thiệp lại và theo dõi xử trí tiếp cho đến khi cầm chảy máu hoàn toàn. Số lần can thiệp trung bình cho 1 BN là 1,67 lần, trong đó BN được can thiệp nhiều lần nhất là 3 lần. Các nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ kiểm soát chảy máu của lần can thiệp đầu tiên dao động từ 85,7% đến 98%.^{5,8}

Tác dụng phụ gặp nhiều nhất là đau bụng với 20%, tiếp theo là loét với 15,4%, chỉ có 6,2% bệnh nhân có hẹp. Theo nghiên cứu của tác giả Sultania và cs, các tác dụng phụ hay gặp là đau bụng 21% và loét 14%.⁸ Tỷ lệ gặp loét sau can thiệp trong nghiên cứu của Weiner và cs là 22,9%.¹⁰ Theo Swan và cs, tỷ lệ tác dụng phụ gặp là đau bụng 26% hẹp trực tràng 2%.⁹ Tỷ lệ trên cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Chúng tôi không gặp tác dụng phụ nghiêm trọng như thủng đại trực tràng hay tử vong trong quá trình tiến hành thủ thuật cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 64 bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương đại trực tràng sau xạ trị và được điều trị cầm máu qua nội soi bằng APC, chúng tôi thấy đây là kỹ thuật hiệu quả với 100% người bệnh cầm máu tức thì, tỷ lệ tái phát sau 1 năm là 34,4%. Không gặp tác dụng phụ không mong muốn nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Xiao M, Whitnall MH.** Pharmacological countermeasures for the acute radiation syndrome. *Curr Mol Pharmacol.* Jan 2009;2(1): 122-33. doi:10.2174/1874467210902010122

2. **Denton A, Forbes A, Andreyev J, Maher EJ.** Non surgical interventions for late radiation proctitis in patients who have received radical radiotherapy to the pelvis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(1): Cd003455. doi:10.1002/14651858.Cd003455
3. **Tagkalidis PP, Tjandra JJ.** Chronic radiation proctitis. *ANZ J Surg.* Apr 2001;71(4):230-7. doi:10.1046/j.1440-1622.2001.02081.x
4. **Nguyễn Công Long, Hoàng Mạnh Hùng, Lê Văn Anh.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN VTT chảy máu sau tia xạ điều trị bằng phương pháp APC (Argon plasma coagulation). *Tạp chí Y Dược học Quân sự.* 2022;4:70-80.
5. **Zinicola R, Rutter MD, Falasco G, et al.** Haemorrhagic radiation proctitis: endoscopic severity may be useful to guide therapy. *Int J Colorectal Dis.* Sep 2003;18(5): 439-44. doi:10.1007/s00384-003-0487-y
6. **Wachter S, Gerstner N, Goldner G, Pötzi R, Wambersie A, Pötter R.** Endoscopic scoring of late rectal mucosal damage after conformal radiotherapy for prostatic carcinoma. *Radiother Oncol.* Jan 2000;54(1):11-9. doi:10.1016/s0167-8140(99)00173-5
7. **Góes F, Ribeiro R, Portugal M, Abreu G.** Argon Plasma Coagulation in Radiation-induced Proctitis. *Journal of Coloproctology.* 06/27 2022; 42doi:10.1055/s-0042-1750075
8. **Sultania S, Sarkar R, Das K, Dhali GK.** Argon plasma coagulation is an effective treatment for chronic radiation proctitis in gynaecological malignancy: an observational study. *Colorectal Dis.* Apr 2019;21(4): 465-471. doi:10.1111/codi.14541
9. **Swan MP, Moore GT, Sievert W, Devonshire DA.** Efficacy and safety of single-session argon plasma coagulation in the management of chronic radiation proctitis. *Gastrointest Endosc.* Jul 2010;72(1):150-4. doi:10.1016/j.gie.2010.01.065
10. **Weiner J, Schwartz D, Martinez M, Safdieh J, Aytaman A, Schreiber D.** Long-term results on the efficacy of argon plasma coagulation for patients with chronic radiation proctitis after conventionally fractionated, dose-escalated radiation therapy for prostate cancer. *Pract Radiat Oncol.* 2017 Jan - Feb 2017;7(1):e35-e42. doi:10.1016/j.prro.2016.07.009

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG NHIỄM CẤP PARVOVIRUS B19 Ở BỆNH NHÂN SỐT PHÁT BAN KHÔNG DO SỞI VÀ RUBELLA

Triệu Công Doanh^{1,2}, Lê Văn Nam¹, Ngô Thu Hằng¹,
Nguyễn Việt Phương¹, Đỗ Thị Hòa², Nguyễn Linh Toàn¹

TÓM TẮT

¹Học viện Quân y

²Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Công Doanh

Email: dr.tcdanhvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

Đặt vấn đề/Mục tiêu: Parvovirus B19 là một nguyên nhân quan trọng gây sốt phát ban, đặc biệt ở trẻ em. Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Human Parvovirus B19 cấp và mối liên quan với đặc điểm dịch tễ và một số biểu hiện cận lâm sàng ở bệnh nhân sốt phát ban không do sởi và rubella. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 195 bệnh nhân sốt phát ban có xét nghiệm sởi IgM và rubella IgM âm tính tại Bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình và Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An; phát hiện kháng thể B19-IgM và B19-