

- mask airway in functional endoscopic sinus surgery: A retrospective study of 6661 patients. PLOS ONE. 2021;16(2):e0245521.
2. **Phạm Quang Minh, Trần Văn Quang.** Đánh giá hiệu quả thông khí của mask thanh quản Proseal trong gây mê cho phẫu thuật tán sỏi thận qua da. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 513(2):294–298.
 3. **Kamel WY, Haggag AM.** Safety and Limitation of the I-gel Laryngeal mask airway in the Lithotomy Position. An Observational study. Ain-Shams Journal of Anesthesiology. 2024;16(1):1–7.
 4. **Capdevila X, Jung B, Bernard N, et al.** Effects of pressure support ventilation mode on emergence time and intra-operative ventilatory function: a randomized controlled trial. PLoS One. 2014;9(12):e115139.
 5. **Hell J, Schelker G, Schumann S, et al.** Gastric insufflation with and without an inserted gastric tube in second-generation laryngeal mask airways: A randomized controlled cross-over trial. Journal of Clinical Anesthesia. 2024;99:111653.
 6. **Brochard L.** When ventilator and patient's end of inspiration don't coincide: what's the matter? Am J Respir Crit Care Med. 2002;166(1):2–3.
 7. **Moharana S, Jain D, Bhardwaj N, et al.** Pressure support ventilation-pro decreases propofol consumption and improves postoperative oxygenation index compared with pressure-controlled ventilation in children undergoing ambulatory surgery: a randomized controlled trial. Can J Anaesth. 2020;67(4):445–451.
 8. **Templeton TW, Hoke LK, Yaung J, et al.** Comparing 3 ventilation modalities by measuring several respiratory parameters using the ProSeal laryngeal mask airway in children. J Clin Anesth. 2016;34:272–278.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TRỰC TRÀNG DO XẠ TRỊ

Phạm Công Tiến^{1,2}, Nguyễn Thị Vân Hồng², Vũ Hải Hậu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi bệnh viêm trực tràng do xạ trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 68 bệnh nhân viêm trực tràng do xạ trị điều trị nội trú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Đại tiện phân máu là triệu chứng chính thường gặp (100%). Hemoglobin trung bình: $106,23 \pm 22,77$ g/l, thiếu máu thường ở mức độ nhẹ (62,26%). Vị trí tổn thương thường chủ yếu ở trực tràng, đại tràng sigma. Hình thái tổn thương hay gặp nhất là dị sản mạch (100%). Có mối tương quan giữa mức độ nặng của bệnh với mức độ tổn thương trên nội soi theo phân loại VRS với $p=0,046$. **Kết luận:** bệnh nhân viêm trực tràng do xạ trị thường nhập viện với biểu hiện đại tiện phân máu, thiếu máu chủ yếu ở mức độ nhẹ. Tổn thương thường trên nội soi thường ở cả trực tràng và đại tràng sigma, trong đó hình thái dị sản mạch hay gặp nhất. Có mối liên quan giữa phân loại trên nội soi theo VRS với mức độ nặng của bệnh theo SOMA-LENT. **Từ khóa:** Viêm trực tràng do xạ trị, nội soi đại tràng.

SUMMARY

SOME CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH RADIATION PROCTITIS

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Công Tiến

Email: phamtienbvbn@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

Objective: To investigate the clinical, paraclinical, and endoscopic characteristics of radiation-induced proctitis. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 68 patients with radiation-induced proctitis who were hospitalized and treated at Hanoi Medical University Hospital and Bach Mai Hospital from July 2022 to July 2025. **Results:** Hematochezia was the most common presenting symptom (100%). The average hemoglobin level was 106.23 ± 22.77 g/L, with anemia mostly at a mild level (62.26%). Lesions were primarily located in the rectum and sigmoid colon. The most common lesion morphology was angiodysplasia (100%). There was a correlation between disease severity and endoscopic lesion grading using the VRS classification, with $p = 0.046$. **Conclusion:** Patients with radiation-induced proctitis are typically hospitalized with symptoms of hematochezia, and anemia is generally mild. Endoscopic lesions commonly involve both the rectum and sigmoid colon, with angiodysplasia being the predominant morphology. A correlation was found between endoscopic VRS classification and disease severity according to the SOMA-LENT scale.

Keywords: Radiation proctitis, colonoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm trực tràng là một trong những biến chứng phổ biến nhất khi thực hiện xạ trị điều trị các bệnh lý khối u ác tính vùng chậu¹. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng viêm niêm mạc xảy ra sau những tổn thương cấp tính tại trực tràng². Tổn thương mạn tính do bức xạ có thể xuất hiện sau viêm trực tràng cấp tính hoặc khởi phát muộn (từ 9 đến 14 tháng sau xạ trị, thậm chí có thể xuất hiện sau 30 năm)³⁻⁵, được đặc trưng bởi tổn thương biểu mô ở trực tràng có liên quan

đến tình trạng viêm tối thiểu hoặc không viêm. Bệnh ngày càng có xu hướng gia tăng do sự phát triển của khoa học kỹ thuật, nhiều thể hệ máy gia tốc ra đời, việc điều trị bệnh lý ung thư ngày càng trở lên hiệu quả hơn, chỉ định cho xạ trị ngày càng mở rộng và nâng cao. Các nghiên cứu về xạ trị chiếu ngoài đã cho thấy tỷ lệ mắc bệnh viêm trực tràng do xạ trị dao động từ 2% đến 39%¹. Trong một nghiên cứu tỷ lệ mắc bệnh viêm trực tràng ở bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp xạ trị áp sát đơn thuần là 8% đến 13% và lên tới 21% khi sử dụng kết hợp với các phương pháp khác². Biểu hiện lâm sàng của bệnh rất đa dạng, các triệu chứng tiêu chảy, đau bụng thường gặp ở nhóm bệnh nhân viêm trực tràng cấp tính. Trong khi đại tiện ra máu, kích thích hậu môn, són phân thường xảy ra ở nhóm có tổn thương mạn tính do tia xạ gây ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa trên việc khai thác kỹ tiền sử, thăm khám lâm sàng kết hợp với nội soi ống mềm quan sát hình ảnh niêm mạc trực tràng, trong đó nội soi ống mềm được coi là công cụ quan trọng.

Hiện nay vấn đề điều trị bệnh viêm trực tràng do xạ trị vẫn còn nhiều tranh cãi do thiếu các nghiên cứu đa trung tâm có đối chứng ngẫu nhiên đánh giá hiệu quả các biện pháp điều trị. Hầu hết các dữ liệu về điều trị được lấy từ các báo cáo ca bệnh, các thử nghiệm lâm sàng nhỏ². Các biện pháp chính trong điều trị hiện nay bao gồm điều trị nội khoa sử dụng thuốc (dẫn xuất 5-aminosalicylic acid, Sucralfate, formalin, các acid béo chuỗi ngắn...), can thiệp qua nội soi (APC, điện đông lưỡng cực, heater probe) và điều trị ngoại khoa. Ở nước ta hiện vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về bệnh viêm trực tràng do xạ trị nên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu nhằm: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi bệnh viêm trực tràng do xạ trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân điều trị nội trú được chẩn đoán viêm trực tràng do xạ trị dựa trên khai thác có tiền sử xạ trị vùng chậu, có triệu chứng lâm sàng, triệu chứng nội soi và ≥ 16 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có hình

ảnh nội soi gợi ý đến một số bệnh khác như: Crohn, lao hay ung thư đại trực tràng hoặc viêm loét đại trực tràng chảy máu có nguyên nhân không do xạ trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 68 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và đáp ứng tiêu chuẩn loại trừ

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, kết quả chọn được 68 bệnh nhân.

Thời gian và địa điểm:

- Thời gian: tháng 7/2022 đến tháng 7/2025

- Địa điểm: Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Các biến và chỉ số nghiên cứu:

* Các tiêu chí đánh giá:

- Mức độ nặng trên nội soi được đánh giá theo hệ thống phân loại Vienna Rectoscopy Score (VRS)⁶, được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu trên thế giới, chia làm 5 độ dựa vào các 5 tiêu chí: Giãn mao mạch: mức 0, không có; mức 1, một mao mạch dẫn; mức 2, nhiều mao mạch dẫn không hợp nhất; mức 3, nhiều mao mạch dẫn hợp nhất. Niêm mạc sung huyết: mức 0, không có; mức 1, đỏ điểm niêm mạc kết hợp với niêm mạc phù nề; mức 2, đỏ lan tỏa không hợp nhất kết hợp với niêm mạc phù nề; mức 3, đỏ lan tỏa hợp nhất kết hợp với niêm mạc phù nề. Loét: mức 0, không có; mức 1, vi loét – nông, nhỏ hơn 1 cm²; mức 2, nông lớn hơn 1 cm²; mức 3, loét sâu; mức 4, rò, thủng. Hẹp: mức 0, không có; mức 1, hẹp trên 2/3 đường kính bình thường; mức 2, hẹp từ 1/3 đến 2/3 đường kính bình thường; mức 3, hẹp dưới 1/3 đường kính bình thường; mức 4, tắc hoàn toàn. Hoại tử: mức 0, không có; mức 1, có hoại tử. Mức độ nặng trên nội soi được đánh giá theo bảng sau

VRS	Xung huyết	Giãn mạch	Loét	Hẹp	Hoại tử
Độ 0	1	0	0	0	0
Độ 1	2	1	0	0	0
Độ 2	3	2	0	0	0
Độ 3	-	3	1	0	0
Độ 4	-	-	2	1	0
Độ 5	-	-	3	2	1

- Mức độ nặng của bệnh theo hệ thống phân loại SOMA LENT, bệnh nhân được phân loại mức độ nặng của bệnh khi có ít nhất 1 triệu chứng⁷

Triệu chứng	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Mót rặn	Thi thoảng	Từng đợt	Liên tục	Dai dẳng, khó điều trị
Đại tiện phân lỏng	Thi thoảng	Từng đợt	Liên tục	Dai dẳng, khó điều trị
Són phân	Thi thoảng	Từng đợt	Liên tục	Dai dẳng, khó điều trị
Tần suất đại tiện	2-3 lần/ngày	4-8 lần/ngày	>8 lần/ngày	Ỉa chảy không kiểm soát được

Đau bụng	Thi thoảng, đau ít	Đau từng cơn, dung nạp được	Đau liên tục, dữ dội	Đau dữ dội, khó kiểm soát
Đại tiện phân máu	Thi thoảng, dây máu	>2 lần/tuần, dây máu	Hằng ngày, dây máu	Xuất huyết nhiều
Loét trực tràng	≤ 1 cm ²	> 1 cm ²	Loét sâu	Thủng, rò
Hẹp trực tràng	< 2/3 chu vi	1/3 – 2/3	> 1/3 chu vi	Hẹp toàn bộ gây tắc nghẽn

* **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0 với giá trị p < 0,05 là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
<40	1	1.5
40-60	22	32.4
>60	45	66.2
Tổng	68	100
X±SD	62.97 ± 8.948	

Nhận xét: Hay gặp ở nhóm tuổi > 60 tuổi, chiếm tỉ lệ 66,2%

Bảng 3.2. Phân bố theo giới tính

Giới tính	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Nam	2	2.9
Nữ	66	97.1

Nhận xét: Nữ giới chiếm đa số.

Bảng 3.3. Phân bố theo chỉ số khối cơ thể BMI (kg/m²)

BMI	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
<18,5	3	4.4
18,5-22,9	48	70.6
23-24,9	10	14.7
≥25	7	10.3
X±SD	22,08 ± 2,68	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể bình thường.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.4. Phân bố các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Đau bụng	43	63.2
Mót rặn	5	7.4
Rối loạn phân	68	100
Sút cần	12	17.6
Thiếu máu	31	45.6

Nhận xét: - Triệu chứng rối loạn phân phổ biến nhất với tỉ lệ 100%

- Hơn nửa số bệnh nhân nghiên cứu có triệu chứng đau bụng chiếm tỉ lệ 63,2%

Bảng 3.5. Đặc điểm rối loạn phân

Đặc điểm	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Máu đỏ tươi	68	100
Lân máu cục	19	27,94

Phần nát	47	69,11
Phần lỏng	21	30,88
Táo bón	1	1,47

Nhận xét: Đại tiện phân máu đỏ tươi gặp ở tất cả các bệnh nhân với tỉ lệ 100%. Đại tiện phân nát, đại tiện phân lỏng cũng thường gặp với tỉ lệ lần lượt là 69,11%, 30,88% táo bón ít gặp

Bảng 3.6. Bảng phân bố vị trí đau bụng

Vị trí	Số lượng (n=43)	Tỷ lệ %
Quanh rốn	3	6,97
Hạ vị	23	53,48
Hố chậu trái	17	39,53

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đau bụng hạ vị (53,48%) hố chậu trái (39,53%)

Bảng 3.7. Bảng phân bố tính chất đau bụng

Tính chất	Số lượng (n=43)	Tỷ lệ %
Đau bụng dữ dội	0	0
Đau quặn từng cơn	14	32,56
Đau âm ỉ	29	67,44

Nhận xét: Đau bụng âm ỉ chiếm tỉ lệ cao nhất (67,44%)

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.8. Đặc điểm nồng độ kali máu

Kali máu (mmol/l)	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
<3	5	7.4
3 - 3,5	18	26.5
>3,5	45	66.2
X ± SD	2.58 ± 0.62	

Nhận xét: Nồng độ Kali máu trung bình là 2.58 ± 0.62, có 5 bệnh nhân có kali < 3 mmol/l

Bảng 3.9. Đặc điểm nồng độ Hemoglobin

Hemoglobin (g/dl)	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
>120	17	25
90 - 119	33	48,5
70 - 89	13	19,1
<70	5	7,4
X ± SD	106.23 ± 22.77	

Nhận xét: Nồng độ hemoglobin trung bình: 106.23 ± 22.77, tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu chiếm 75%

Bảng 3.10. Vị trí tổn thương trên nội soi

Vị trí	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Trực tràng	21	30,89
Trực tràng + đại tràng sigma	47	69,11

Nhận xét: Có 21 bệnh nhân chỉ tổn thương tại trực tràng, 47 bệnh nhân tổn thương tổn thương ở cả đại tràng sigma và trực tràng.

Bảng 3.11. Mức độ nặng trên nội soi

VRS	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Độ 1	4	5,9
Độ 2	17	25,0
Độ 3	33	48,5
Độ 4	9	13,2
Độ 5	5	7,4

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có tổn thương trên nội soi ở mức độ độ 3 (48,5%), mức độ 2 (25%)

3.3. Một số yếu tố liên quan

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương trên nội soi theo phân loại VRS với mức độ nặng của bệnh theo phân loại SOMA LENT

		SOMALENT			Tổng	p
		Độ 1	Độ 2	Độ 3		
VRS	Độ 1	n	3	1	0	4
		%	6.7%	5.6%	0.0%	5.9%
	Độ 2	n	11	6	0	17
		%	24.4%	33.3%	0.0%	25.0%
	Độ 3	n	24	8	1	33
		%	53.3%	44.4%	20.0%	48.5%
	Độ 4	n	6	2	1	9
		%	13.3%	11.1%	20.0%	13.2%
	Độ 5	n	1	1	3	5
		%	2.2%	5.6%	60.0%	7.4%
Tổng	n	45	18	5	68	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ nặng trên nội soi theo phân loại VRS ở các mức độ trên lâm sàng theo phân loại SOMALENT với p=,046

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 62.97 ± 8.95 tuổi, nữ giới chiếm đa số (97,1), hay gặp ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi (66,2%) và phần lớn có chỉ số BMI bình thường (70,6%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm rối loạn phân, đau bụng, thiếu máu, sút cân, mót rặn với tỉ lệ lần lượt là 100%; 63,2%; 45,6%; 17,6%; 7,4%. Hình thái rối loạn phân chính khiến người bệnh phải vào viện là đại tiện phân máu đỏ tươi, chiếm tỉ lệ 100%. Đại tiện phân nát, phân lẫn máu cục và phân lỏng cũng thường gặp với tỉ lệ lần lượt là 69,11%; 30,88%; 27,94%. Nghiên cứu cũng ghi nhận có 1 trường hợp táo bón, đánh giá trên nội soi ghi nhận bệnh nhân này có nhiều sẹo loét gây co kéo làm hẹp lòng đại trực tràng. Trong bệnh viêm trực tràng do xạ trị, thiếu máu lớp niêm mạc trực tràng và sự co thắt

tạng rỗng gây cảm giác kích thích, mót rặn và đau quặn thành cơn khi có sự tăng co thắt của trực tràng tại vùng niêm mạc thiếu máu nuôi dưỡng. Ngoài ra, một số bệnh nhân có thể đau liên tục do có những ổ loét sâu và rộng trong lòng trực tràng đại tràng sigma. Bệnh nhân trong nghiên cứu có tính chất đau đa phần là đau bụng âm ỉ (67,44%), đau quặn từng cơn cũng gặp ở một số bệnh nhân (32,56%) và không ghi nhận trường hợp nào đau bụng dữ dội. Vị trí đau đa phần ở bụng hạ vị (53,48%), hố chậu trái (39,53%), đau quanh rốn ghi nhận ít gặp hơn (chiếm 6,97%).

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số huyết sắc tố trung bình là $106,23 \pm 22,77$ g/l. Có 53/68 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 77,94% có tình trạng thiếu máu (huyết sắc tố < 120 g/l). Trong đó có 33/53 trường hợp thiếu máu nhẹ, 13/53 trường hợp thiếu máu vừa và có 5/53 trường hợp có thiếu máu nặng (huyết sắc tố < 70 g/l). Kết quả chỉ số huyết sắc tố trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Nguyễn Công Long: $97,31 \pm 28,05$ g/l. Thiếu máu là một biến chứng của bệnh nếu như tình trạng mất máu nhiều kéo dài không cải thiện sau điều trị. Ngoài ra, thiếu máu phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tình trạng dinh dưỡng, thời gian diễn biến bệnh, số lượng máu mỗi lần đi ngoài, số lần đại tiện trong ngày, mức độ tổn thương đại trực tràng trên nội soi. Chỉ số kali máu trung bình là $3,71 \pm 0,51$ mmol/l, hầu hết các bệnh nhân có chỉ số kali máu trong giới hạn bình thường, không có trường hợp nào có kali máu giảm nặng $\leq 2,5$ mmol/l. Có 1 trường hợp vào viện có tình trạng tăng kali máu (5,7 mmol/l) xảy ra ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 4, sau đó bệnh nhân được chỉ định thận nhân tạo cấp cứu.

Về đặc điểm nội soi, 69,11% bệnh nhân có tổn thương ở cả trực tràng và đại tràng sigma, 30,89% có tổn thương ở trực tràng, không ghi nhận trường hợp nào có tổn thương chỉ ở đại tràng Sigma. Điều này được cho là do trực tràng có vị trí nằm cố định trong tiểu khung nên gần vị trí xạ trị. Các hình thái tổn thương chiếm tỷ lệ cao lần lượt là dị sản mạch, niêm mạc phù nề xung huyết, loét, hoại tử, hẹp lòng đại tràng với 100%; 69,11%; 29,41%; 0% và 4,41%. Nghiên cứu của Hà Lương Duy Khánh (2014) cũng ghi nhận tỉ lệ dị sản mạch gặp ở 100% bệnh nhân trong nghiên cứu⁸, trong nghiên cứu của Nguyễn Công Long tỉ lệ này là 74,4%⁹. Như vậy có thể thấy hình thái tổn thương hay gặp nhất là dị sản mạch, điều này phù hợp với triệu chứng đại tiện phân máu khiến người bệnh phải vào viện. Trong một nghiên cứu cũng đã chỉ ra những bệnh nhân

có nhiều tĩnh mạch giãn sẽ có nguy cơ chảy máu đại trực tràng cao hơn so với nhóm không có giãn mạch ($p=0.05$)¹⁰.

Đánh giá mức độ nặng trên nội soi chúng tôi dựa vào hệ thống phân loại Vienna Rectoscopy Score (VRS) kết quả có 4 bệnh nhân ở mức độ 1, 17 bệnh nhân ở mức độ 2, 33 bệnh nhân ở mức độ 3, 9 bệnh nhân ở mức độ 4 và 5 bệnh nhân ở mức độ 5. Như vậy có thể thấy trên hình ảnh nội soi bệnh nhân thường mắc viêm trực tràng do xạ trị mức độ 2 và mức độ 3. Để đánh giá mức độ nặng của bệnh chúng tôi áp dụng bảng phân loại SOMA LENT kết quả ghi nhận có 45 bệnh nhân mắc bệnh mức độ 1, 18 bệnh nhân mắc bệnh mức độ 2 và 5 bệnh nhân mắc bệnh mức độ 3, không có bệnh nhân nào mắc bệnh mức độ 4. Như vậy có thể thấy các trường hợp viêm trực tràng sau xạ trị thường mắc bệnh ở mức độ 1, mức độ 2. Khi đánh giá mối tương quan giữa mức độ nặng của bệnh với mức độ tổn thương trên nội soi chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,046$.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm trực tràng do xạ trị thường nhập viện với biểu hiện đại tiện phân máu, thiếu máu chủ yếu ở mức độ nhẹ. Tổn thương thường trên nội soi thường ở cả trực tràng và đại tràng sigma, trong đó hình thái dị sản mạch hay gặp nhất. Có mối liên quan giữa phân loại trên nội soi theo VRS với mức độ nặng của bệnh theo SOME-LENT

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kennedy GD, Heise CP. Radiation colitis and proctitis. Clin Colon Rectal Surg. 2007;20(1):64-72. doi:10.1055/s-2007-970202

- Dahiya DS, Kichloo A, Tuma F, Albosta M, Wani F. Radiation Proctitis and Management Strategies. Clin Endosc. 2022;55(1):22-32. doi:10.5946/ce.2020.288
- Gilinsky NH, Burns DG, Barbezat GO, Levin W, Myers HS, Marks IN. The natural history of radiation-induced proctosigmoiditis: an analysis of 88 patients. Q J Med. 1983;52(205):40-53.
- Schultheiss TE, Lee WR, Hunt MA, Hanlon AL, Peter RS, Hanks GE. Late GI and GU complications in the treatment of prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1997;37(1):3-11. doi:10.1016/s0360-3016(96)00468-3
- Lucarotti ME, Mountford RA, Bartolo DC. Surgical management of intestinal radiation injury. Dis Colon Rectum. 1991;34(10):865-869. doi:10.1007/BF02049698
- 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. 2000;54(1): 11-19. doi:10.1016/s0167-8140(99)00173-5
- Mendenhall WM, McKibben BT, Hoppe BS, Nichols RC, Henderson RH, Mendenhall NP. Management of radiation proctitis. Am J Clin Oncol. 2014;37(5): 517-523. doi:10.1097/COC.0b013e318271b1aa
- Hà Lương Duy Khánh, Đào Văn Long. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng Bệnh VTT và Đại Tr tràng Sigma Do Xạ Trị. Thạc sĩ, Nội khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.; 2014.
- Nguyễn Công Long, Hoàng Mạnh Hùng, Lê Văn Anh. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm trực tràng chảy máu sau tia xạ được điều trị bằng argon plasma coagulation. Published online 2022.
- O'Brien PC, Hamilton CS, Denham JW, Gourlay R, Franklin CIV. Spontaneous improvement in late rectal mucosal changes after radiotherapy for prostate cancer. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics. 2004;58(1): 75-80. doi:10.1016/S0360-3016(03)01445-7

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI DÂN TỘC KHMER TẠI HUYỆN CHÂU THÀNH, TỈNH TRÀ VINH

Trần Quốc Cường¹, Bùi Bảo Duy², Đoàn Văn Hậu³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành, tỉnh

Trà Vinh đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào được công bố. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 400 người cao tuổi dân tộc Khmer. Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế bám sát theo mục tiêu nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành năm 2024 là 58,5%, trong đó đã được chẩn đoán là 85%, mới phát hiện là 15%. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nam là 49,57%, ở nữ là 50,43%. **Kết luận:** Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi dân tộc Khmer huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh cao, cần quan tâm điều trị, cải thiện các yếu tố nguy cơ và

¹Trường Đại học Cửu Long, Vĩnh Long

²Trung tâm Y tế khu vực Châu Thành A, Vĩnh Long

³Trường Đại học Trà Vinh, Vĩnh Long

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Cường

Email: tranquoccuong@mku.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025