

niên để làm rõ quá trình phát triển và ổn định các chỉ số hình thái học theo tuổi.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wilson LAB, Lynch JT, Menard JM, Galvin CR, Smith PN.** Sex differences in patellar facet shape among healthy and osteoarthritic cohorts. *Osteoarthritis Cartilage.* Nov 2024;32(11):1433-1442. doi:10.1016/j.joca.2024.06.018
2. **Ortug A, Ormeci T, Yuzbasioglu N, Albay S, Seker M.** Evaluation of normal tibial tubercle to trochlear groove distance in adult Turkish population. *Niger J Clin Pract.* Nov 2018;21(11):1403-1407. doi:10.4103/njcp.njcp\_11\_18
3. **Pineda T, Cance N, Dan MJ, Putman S, Demey G, Dejour DH.** Tibial Tuberosity-Trochlear Groove Ratio Adjusts for Sex Differences and Improves Accuracy in Assessing Patellofemoral Instability. *Orthop J Sports Med.* Jun 2025;13(6):23259671251344227. doi:10.1177/23259671251344227
4. **Balcarek P, Jung K, Frosch KH, Sturmer KM.** Value of the tibial tuberosity-trochlear groove distance in patellar instability in the young athlete. *Am J Sports Med.* Aug 2011;39(8):1756-61. doi:10.1177/0363546511404883
5. **Frings J, Dust T, Krause M, et al.** Dynamic Mediolateral Patellar Translation Is a Sex- and Size-Independent Parameter of Adult Proximal Patellar Tracking Using Dynamic 3 Tesla Magnetic Resonance Imaging. *Arthroscopy.* May 2022; 38(5): 1571-1580. doi:10.1016/j.arthro. 2021.10.014
6. **Barbosa RM, da Silva MV, Macedo CS, Santos CP.** Imaging evaluation of patellofemoral joint instability: a review. *Knee Surg Relat Res.* Mar 13 2023;35(1):7. doi:10.1186/s43019-023-00180-8
7. **Qiu L, Li J, Sheng B, et al.** Patellar shape is associated with femoral trochlear morphology in individuals with mature skeletal development. *BMC Musculoskelet Disord.* Jan 17 2022;23(1):56. doi:10.1186/s12891-022-05000-w
8. **Hoàng Văn Tài và Hoàng Đức Thái.** Khoảng cách từ lồi củ chày tới rãnh rỗng rọc đùi trên CT-Scan ở người Việt Nam. Luận án thạc sỹ y học. Đại học Y Dược TP.HCM; 2020.
9. **Lí Z, Liu G, Tian R, et al.** The patellofemoral morphology and the normal predicted value of tibial tuberosity-trochlear groove distance in the Chinese population. *BMC Musculoskelet Disord.* Jun 23 2021;22(1):575. doi:10.1186/s12891-021-04454-8
10. **Jibri Z, Jamieson P, Rakhra KS, Sampaio ML, Dervin G.** Patellar maltracking: an update on the diagnosis and treatment strategies. *Insights Imaging.* Jun 14 2019;10(1):65. doi:10.1186/s13244-019-0755-1

## ĐẶC ĐIỂM SỰ SẮP XẾP CÁC TĨNH MẠCH GÓP TRÊN NỘI SOI VÀ TÌNH TRẠNG NHIỄM HELICOBACTER PYLORI Ở BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Nguyễn Quang Mạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hiền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả sự sắp xếp các tĩnh mạch góp trên nội soi và tình trạng nhiễm helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 144 bệnh nhân có bệnh lý dạ dày đến khám tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ nam giới chiếm 57,6%, nhóm tuổi 50–59 phổ biến nhất (26,4%), đa số là người Kinh (92,4%), và triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (93,1%). Dấu hiệu nội soi ghi nhận RAC dương tính 48,6%, IRAC dương tính 27,1%; phù nề và xung huyết chiếm 95,1%, trong khi viêm teo và phì đại ít gặp (4,2% và 2,1%). Tỷ lệ CLO test dương tính là 29,2%. RAC âm tính và IRAC dương tính có liên quan chặt chẽ với nhiễm Helicobacter pylori ( $p < 0,001$ ). RAC có giá trị chẩn đoán cao với AUROC = 0,994 ( $p = 0,000$ ), độ nhạy 94,1% và đặc hiệu 94,7%, đặc biệt ở nhóm  $\geq 60$  tuổi. Chỉ số đồng thuận

Cohen's Kappa ở mức trung bình (0,3–0,6), trong đó RAC cho thấy độ tái lập cao hơn IRAC (0,37 so với 0,21). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy dấu hiệu RAC và IRAC trên nội soi có giá trị chẩn đoán đáng tin cậy đối với tình trạng nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng. RAC âm tính và IRAC dương tính liên quan chặt chẽ với nhiễm khuẩn ( $p < 0,001$ ), trong khi RAC có độ nhạy, độ đặc hiệu và mức độ đồng thuận cao hơn. Các dấu hiệu nội soi này có thể được sử dụng như công cụ hỗ trợ hữu ích, đơn giản và chi phí thấp trong dự đoán nhiễm H. pylori.

**Từ khóa:** Viêm loét dạ dày, Viêm loét tá tràng, tĩnh mạch góp, Helicobacter

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF THE ARRANGEMENT OF COLLECTING VENULES ON ENDOSCOPY AND HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCER DISEASE

**Objective:** To describe the arrangement of collecting venules on endoscopy and the status of Helicobacter pylori infection in patients with peptic ulcer disease. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 144 patients with gastric diseases examined at Thai Nguyen National Hospital from August 2024 to August

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền

Email: hiennguyentn92@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

2025. **Results:** Male patients accounted for 57.6%, with the 50–59 age group being the most common (26.4%). The majority were of Kinh ethnicity (92.4%), and abdominal pain was the most frequent presenting symptom (93.1%). Endoscopic findings revealed positive RAC (Regular Arrangement of Collecting Venules) in 48.6% and positive IRAC (Irregular RAC) in 27.1%. Edema and hyperemia were the most frequent findings (95.1%), while atrophy and hypertrophy were less common (4.2% and 2.1%, respectively). The rate of positive CLO test was 29.2%. Negative RAC and positive IRAC were significantly associated with *H. pylori* infection ( $p < 0.001$ ). RAC showed an excellent diagnostic performance with AUROC = 0.994 ( $p = 0.000$ ), sensitivity 94.1%, and specificity 94.7%, especially in patients aged  $\geq 60$  years. Cohen's Kappa index indicated moderate agreement (0.3–0.6), with RAC demonstrating higher reproducibility than IRAC (0.37 vs. 0.21). **Conclusion:** Endoscopic signs of RAC and IRAC are reliable indicators for predicting *Helicobacter pylori* infection in patients with peptic ulcer disease. Negative RAC and positive IRAC were strongly associated with infection ( $p < 0.001$ ), while RAC exhibited superior sensitivity, specificity, and interobserver agreement. These endoscopic features can serve as simple, low-cost, and useful adjunctive tools for predicting *H. pylori* infection in clinical practice. **Keywords:** Peptic ulcer, Duodenal ulcer, Collecting venules, *Helicobacter pylori*.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày – tá tràng (VLTĐT) là bệnh lý tiêu hóa mạn tính phổ biến, có tỷ lệ mắc cao trên toàn thế giới và vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây xuất huyết tiêu hóa cấp cứu [1]. Trong cơ chế bệnh sinh, nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) được xác định là yếu tố căn nguyên chủ yếu, đóng vai trò trung tâm trong khởi phát và duy trì tình trạng viêm mạn tính niêm mạc dạ dày, dẫn đến loét, teo niêm mạc và tăng nguy cơ ung thư [2]. Vi khuẩn này gây tổn thương niêm mạc thông qua việc kích hoạt phản ứng viêm, tăng sản xuất cytokine và làm rối loạn vi tuần hoàn, từ đó ảnh hưởng đến cấu trúc vi mạch dưới niêm mạc [2]. Nội soi tiêu hoá hiện là phương pháp tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và theo dõi VLTĐT. Ngoài việc xác định vị trí, kích thước và mức độ loét, nội soi còn cho phép quan sát chi tiết bề mặt niêm mạc và mô hình mạch máu. Một trong những đặc điểm hình thái đáng chú ý là sự sắp xếp của các tĩnh mạch góp ở niêm mạc dạ dày. Ở người bình thường, các tĩnh mạch góp có hình sao đều đặn, hướng hội tụ về trung tâm, rõ nét trên nền niêm mạc sáng. Khi niêm mạc bị viêm, đặc biệt trong nhiễm *H. pylori*, hình ảnh này thay đổi đáng kể: các tĩnh mạch góp có thể mờ, thưa hoặc biến mất hoàn toàn do xung huyết, phù nề hoặc tân sinh mạch bất thường. Yagi và cộng sự lần đầu tiên mô tả

mẫu hình "Regular Arrangement of Collecting Venules" (RAC) trên nội soi phóng đại và chứng minh rằng sự hiện diện của RAC có độ đặc hiệu cao trong dự đoán niêm mạc dạ dày không nhiễm *H. pylori* [3]. Nhiều nghiên cứu sau đó tiếp tục khẳng định giá trị của RAC trong việc dự đoán tình trạng nhiễm *H. pylori* và mức độ viêm niêm mạc [4]. Tuy nhiên, phần lớn các công trình này chỉ tập trung trên đối tượng viêm dạ dày mạn tính hoặc trong tầm soát ung thư dạ dày sớm. Nhóm bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng – nơi niêm mạc đã bị tổn thương rõ rệt – lại ít được nghiên cứu về đặc điểm hình thái các tĩnh mạch góp và mối liên hệ với tình trạng nhiễm *H. pylori*. Hơn nữa, các nghiên cứu trước chủ yếu ghi nhận sự có mặt hay mất RAC mà chưa có mô tả chi tiết về kiểu sắp xếp, mật độ, hướng hội tụ hay phân bố của các tĩnh mạch góp trong bối cảnh loét. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Mô tả sự sắp xếp các tĩnh mạch góp trên nội soi và tình trạng nhiễm *helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** 144 bệnh nhân có bệnh lý dạ dày đến khám tại phòng khám Nội - Khoa Khám bệnh và khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có bệnh lý dạ dày, được nội soi dạ dày tá tràng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân còn thức ăn, máu trong dạ dày gây khó khăn khi quan sát niêm mạc; sử dụng PPI hay kháng sinh trong vòng 4 tuần trước khi nội soi; mắc các bệnh nội khoa nặng.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 08/2024 – 09/2025 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, không xác suất, có 144 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

**Công cụ thu thập số liệu:** Thu thập số liệu dựa vào bệnh án nghiên cứu.

**Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu; Hình ảnh nội soi dạ dày – tá tràng (Nếu thấy các tiểu tĩnh mạch góp dạng chấm đỏ hình sao xuất hiện đều đặn và đồng nhất trên niêm mạc thì dấu hiệu RAC (+), còn khi các chấm nhỏ này không xuất hiện hoặc

phân bố không đều thì dấu hiệu RAC (-) hay IRAC (+), IRAC (-) khi không có sự xuất hiện của các chấm nhỏ này hoặc các chấm nhỏ xuất hiện đều đặn). Kết quả CLO test; Mối liên quan giữa các dấu hiệu nội soi và kết quả CLO test; Giá trị tiên lượng của RAC, IRAC được phân loại theo các nhóm tuổi; Mức độ đồng thuận giữa kết quả nội soi và kết quả CLO test.

**Xử lý số liệu:** Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Excel; Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích số liệu theo mục tiêu nghiên cứu.

**Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức của trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số 57,6%, nữ 42,4%. Nhóm tuổi 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (26,4%), chủ yếu là người dân tộc Kinh (92,4%) và lý do đến khám phổ biến nhất là đau bụng (93,1%).



**Biểu đồ 3.1. Hình ảnh nội soi dạ dày – tá tràng (n=144)**

**Bảng 3.3. Giá trị tiên lượng của RAC, IRAC được phân loại theo các nhóm tuổi (n=144)**

Nhóm tuổi	Dấu hiệu	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu	PPV (%)	NPV (%)	AUROC
<60	RAC	66,7	83,6	68,8	85,4	0,781
≥ 60	RAC	94,1	94,7	94,1	94,7	0,944
< 60	IRAC	42,6	59,4	48,8	53,2	0,50
≥ 60	IRAC	36,1	61,9	52,0	46,2	0,481

**Nhận xét:** Giá trị của RAC cho thấy hiệu quả chẩn đoán vượt trội ở cả hai nhóm tuổi, đặc biệt là nhóm ≥ 60 tuổi. (AUROC = 0,994; p=0,000) có độ nhạy 94,1% và độ đặc hiệu 94,7%.

**Bảng 3.4. Mức độ đồng thuận giữa kết quả nội soi và kết quả CLO test (n=144)**

Chỉ tiêu	Mức độ đồng thuận giữa kết quả nội soi và test HP			
	% đồng ý	K value (95% CI)	Mức độ đồng thuận	p-value
RAC	67,6	0,37 (0,21 – 0,4)	Trung bình	<0,001
IRAC	54,2	0,21 (0,20 – 0,25)	Kém -Trung bình	<0,001

**Nhận xét:** Kiểm định Cohen’s Kappa chỉ số đồng thuận nằm trong khoảng 0,3-0,6 mức độ trung bình. Dấu hiệu RAC có mức độ đồng thuận cao hơn IRAC với tình trạng nhiễm HP (Kappa 0,37 so với 0,21).

**Nhận xét:** Dấu hiệu RAC dương tính chiếm 48,6%, IRAC dương tính 27,1%. Phù nề và xung huyết là hình ảnh thường gặp nhất (95,1%), trong khi viêm teo (4,2%) và phi đại (2,1%) ít gặp. Tỷ lệ trào ngược dịch mật là 15,3%, dị sản ruột 6,3%.

**Bảng 3.1. Kết quả CLO test của đối tượng nghiên cứu (n=144)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ	
Kết quả CLO test	Âm tính	102	70,8
	Dương tính	42	29,2

**Nhận xét:** Kết quả CLO test dương tính chiếm 29,2%.

**Bảng 3.2. Mối liên quan giữa các dấu hiệu nội soi và kết quả CLO test (n=144)**

Dấu hiệu nội soi	CLO test dương tính (n=42)	CLO test âm tính (n=102)	p
RAC (+)	8 (19,0%)	62 (60,8%)	<0,001
IRAC (+)	25 (59,5%)	14 (13,7%)	<0,001
Phù nề, xung huyết	42 (100%)	95 (93,1%)	0,08
Trợt phẳng	23 (54,8%)	25 (24,5%)	0,002
Trợt lõm	11 (26,2%)	11 (10,8%)	0,03
Viêm teo	5 (11,9%)	1 (1,0%)	0,02
Trào ngược dịch mật	9 (21,4%)	13 (12,7%)	0,18

**Nhận xét:** Dấu hiệu RAC âm tính và IRAC dương tính có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng nhiễm H. pylori (p < 0,001). Các hình ảnh trợt phẳng, trợt lõm và viêm teo cũng gặp nhiều hơn ở nhóm CLO test dương tính (p<0,05). Không có sự khác biệt rõ về tình trạng phù nề niêm mạc và trào ngược dịch mật giữa hai nhóm.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu này, dấu hiệu RAC dương tính được ghi nhận ở 48,6% bệnh nhân, trong khi IRAC (Irregular RAC) dương tính chiếm 27,1%. Tỷ lệ RAC dương tính thấp hơn so với

các nghiên cứu trên quần thể bình thường không nhiễm *H. pylori*, nơi RAC thường xuất hiện từ 70–90% [3]. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi đặc thù mẫu nghiên cứu là nhóm bệnh nhân VLTĐT, trong đó phần lớn có viêm loét dạ dày và tổn thương niêm mạc. Viêm mạn tính do *H. pylori* gây phù nề, xung huyết, phá vỡ cấu trúc vi mạch dưới niêm mạc, dẫn đến mất hoặc biến dạng mô hình RAC [5]. Tỷ lệ RAC dương tính 27,1% cho thấy một phần bệnh nhân có hình ảnh mạch máu vẫn còn nhận diện được nhưng mất tính đối xứng và đều đặn. Theo Yagi và cộng sự, hình ảnh IRAC hoặc RAC mờ không đều phản ánh tình trạng viêm mạn tính hoạt động hoặc giai đoạn bán cấp sau diệt khuẩn [3]. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng ở Việt Nam, nơi nhiều bệnh nhân VLTĐT đã từng sử dụng thuốc ức chế acid hoặc kháng sinh không theo phác đồ, làm thay đổi hình ảnh niêm mạc nhưng chưa loại trừ hoàn toàn nhiễm khuẩn. Về mặt mô học, phản ứng viêm kéo dài do *H. pylori* dẫn đến phù nề và xung huyết niêm mạc, thể hiện qua hình ảnh nội soi trong 95,1% trường hợp của chúng tôi. Đây là những dấu hiệu điển hình của viêm loét dạ dày, phù hợp với nhận xét của Anagnostopoulos và Yao thấy tăng tưới máu và xung huyết là đặc trưng của giai đoạn viêm có vi khuẩn hoạt động [6]. Ngược lại, các biểu hiện viêm teo (4,2%) và phì đại (2,1%) ít gặp hơn. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu ở quần thể người Nhật hoặc Hàn Quốc, nơi bệnh nhân có thời gian nhiễm *H. pylori* kéo dài hơn, dẫn đến biến đổi teo niêm mạc rõ rệt [7]. Điều này cho thấy bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu ở giai đoạn viêm loét dạ dày hoặc bán cấp, chưa tiến triển đến viêm teo mạn tính. Bên cạnh đó, trào ngược dịch mật được ghi nhận ở 15,3% bệnh nhân. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Tatsuta cho thấy 10–20% bệnh nhân loét dạ dày có hiện tượng trào ngược mật. Dịch mật làm thay đổi pH niêm mạc và gây tổn thương hàng rào bảo vệ, góp phần làm biến đổi hình ảnh nội soi và có thể ảnh hưởng đến quá trình phục hồi sau diệt khuẩn. Tỷ lệ dị sản ruột (6,3%) trong nghiên cứu cũng tương đồng với báo cáo của Uemura trong đó 5–10% bệnh nhân nhiễm *H. pylori* lâu năm phát triển dị sản ruột. Mặc dù tỷ lệ này không cao, sự xuất hiện của dị sản ruột cho thấy một phần bệnh nhân đã bước vào giai đoạn viêm teo mạn tính, có nguy cơ tiến triển ung thư biểu mô tuyến dạ dày nếu không được theo dõi và điều trị tích cực.

Tỷ lệ CLO test dương tính là 29,2%, thấp hơn so với nhiều báo cáo trong và ngoài nước, nơi tỷ lệ dương tính dao động từ 40–70% ở bệnh

nhân viêm loét dạ dày – tá tràng [3],[7]. Sự khác biệt này có thể do nhiều yếu tố ảnh hưởng đến độ nhạy của CLO test, bao gồm vị trí và số lượng mẫu sinh thiết, mật độ vi khuẩn *H. pylori*, và đặc biệt là việc sử dụng thuốc ức chế bơm proton hoặc kháng sinh trước nội soi. Ngoài ra, mức độ viêm hoặc hoại tử tại ổ loét có thể làm giảm số lượng vi khuẩn sống, dẫn đến kết quả âm tính giả. CLO test là xét nghiệm nhanh, đơn giản và có độ đặc hiệu cao (trên 95%), nhưng độ nhạy giảm đáng kể trong trường hợp viêm teo hoặc viêm mạn tính kéo dài. Kết quả 29,2% của chúng tôi có thể phản ánh tỷ lệ nhiễm *H. pylori* đang giảm dần trong cộng đồng do cải thiện điều kiện vệ sinh và việc sử dụng kháng sinh rộng rãi. Tuy nhiên, tỷ lệ này cũng gợi ý cần kết hợp thêm các phương pháp khác (mô bệnh học, test hơi thở, kháng nguyên phân) để tăng độ chính xác trong chẩn đoán *H. pylori*.

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy dấu hiệu RAC âm tính và IRAC dương tính có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng nhiễm *H. pylori*, với ý nghĩa thống kê cao ( $p < 0,001$ ). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy hình ảnh RAC là đặc trưng của niêm mạc dạ dày bình thường, không nhiễm *H. pylori*, trong khi sự mất RAC hoặc xuất hiện IRAC phản ánh tình trạng viêm loét dạ dày do nhiễm khuẩn [3],[4]. Cơ chế bệnh sinh được giải thích là phản ứng viêm mạn tính do *H. pylori* gây ra làm phù nề, xung huyết và thâm nhiễm tế bào viêm, dẫn đến biến dạng hoặc mất cấu trúc vi mạch dưới niêm mạc, khiến các tĩnh mạch góp không còn sắp xếp đều đặn như bình thường [6]. Theo Yagi, RAC có độ đặc hiệu trên 90% trong dự đoán niêm mạc không nhiễm *H. pylori* [3]. Nghiên cứu của Anagnostopoulos và Yao cũng ghi nhận mất RAC và IRAC dương tính là dấu hiệu nội soi có giá trị dự báo mạnh tình trạng nhiễm khuẩn [4],[6]. Phát hiện của chúng tôi củng cố thêm bằng chứng rằng quan sát mô hình vi mạch (RAC/IRAC) trong nội soi thường quy có thể được sử dụng như một chỉ điểm gián tiếp, không xâm lấn để dự đoán tình trạng nhiễm *H. pylori*. Điều này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, giúp nội soi viên định hướng lấy mẫu sinh thiết chính xác, giảm chi phí xét nghiệm và hỗ trợ theo dõi hiệu quả điều trị tiệt trừ.

Trong nghiên cứu này, kiểm định Cohen's Kappa cho thấy chỉ số đồng thuận giữa các đặc điểm nội soi (RAC, IRAC) và tình trạng nhiễm *H. pylori* nằm trong khoảng 0,3–0,6, tương ứng với mức độ đồng thuận trung bình. Đáng chú ý, dấu hiệu RAC có mức độ đồng thuận cao hơn IRAC ( $Kappa = 0,37$  so với 0,21), cho thấy RAC là dấu

hiệu nội soi ổn định và có độ tin cậy cao hơn trong dự đoán tình trạng *H. pylori*. Theo phân loại của Landis và Koch (1977), hệ số Kappa từ 0,21–0,40 thể hiện sự đồng thuận “khá”, và 0,41–0,60 là “trung bình đến tốt” [1]. Do đó, kết quả của chúng tôi chứng minh rằng RAC – dù là dấu hiệu quan sát chủ quan – vẫn có giá trị thống nhất đáng kể giữa các người đọc nội soi, trong khi IRAC có độ biến thiên lớn hơn do khó phân định ranh giới giữa “mất RAC” và “mất đều RAC” [2]. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận kết quả tương tự. Yagi báo cáo Kappa = 0,43 cho RAC khi so sánh với kết quả mô bệnh học, chứng minh mức độ tái lập chẩn đoán tốt [3]. Trong khi đó, Anagnostopoulos và Yao nhận thấy các mô hình vi mạch không điển hình (như IRAC hoặc mất RAC hoàn toàn) có độ đồng thuận thấp hơn do phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ nội soi [4],[8]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi củng cố giá trị thực hành của RAC như một chỉ điểm nội soi đơn giản, có tính tái lập tốt và độ đồng thuận cao, giúp tăng khả năng nhận diện tình trạng *H. pylori* trong nội soi thường quy. Trong khi đó, IRAC tuy cũng liên quan đến nhiễm khuẩn, nhưng cần được đánh giá cẩn trọng hơn hoặc kết hợp với các kỹ thuật hỗ trợ như NBI hoặc nội soi phóng đại để tăng độ tin cậy chẩn đoán.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy dấu hiệu RAC và IRAC trên nội soi có giá trị chẩn đoán đáng tin cậy đối với tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng. RAC âm tính và IRAC dương tính liên quan chặt chẽ với nhiễm khuẩn ( $p < 0,001$ ), trong khi RAC có độ nhạy, độ

đặc hiệu và mức độ đồng thuận cao hơn. Các dấu hiệu nội soi này có thể được sử dụng như công cụ hỗ trợ hữu ích, đơn giản và chi phí thấp trong dự đoán nhiễm *H. pylori*.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Marshall and J. R. Warren**, "Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration," (in ENG), *The Lancet*, vol. 323, no. 8390, pp. 1311-1315, 1984.
2. **N. Uemura et al.**, "Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer," (in eng), *New England journal of medicine*, vol. 345, no. 11, pp. 784-789, 2021.
3. **K. Yagi, Y. Aruga, A. Nakamura, and A. Sekine**, "Regular arrangement of collecting venules (RAC): a characteristic endoscopic feature of Helicobacter pylori-negative normal stomach and its relationship with esophago-gastric adenocarcinoma," (in eng), *Journal of gastroenterology*, vol. 40, no. 5, p. 443, 2005.
4. **G. Anagnostopoulos et al.**, "High-resolution magnification endoscopy can reliably identify normal gastric mucosa, Helicobacter pylori-associated gastritis, and gastric atrophy," (in eng), *Endoscopy*, vol. 39, no. 03, pp. 202-207, 2017.
5. **M. J. Blaser and J. C. Atherton**, "Helicobacter pylori persistence: biology and disease," (in eng), *The Journal of clinical investigation*, vol. 113, no. 3, pp. 321-333, 2024.
6. **K. Yao, G. Anagnostopoulos, and K. Ragunath**, "Magnifying endoscopy for diagnosing and delineating early gastric cancer," (in eng), *Endoscopy*, vol. 41, no. 05, pp. 462-467, 2019.
7. **M. Miftahussurur, Y. Yamaoka, and D. Y. J. E. r. i. m. m. Graham**, "Helicobacter pylori as an oncogenic pathogen, revisited," vol. 19, p. e4, 2017.
8. **M. La**, "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults," (in eng), *Clin Infect Dis.*, vol. 44, pp. S27-S72, 2019.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Văn Thương<sup>1</sup>, Đinh Văn Chiến<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Hương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng đang được thực hiện ngày càng phổ biến tại các bệnh viện trong cả nước. Nghiên cứu nhằm đánh

giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại tràng. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu tất cả bệnh nhân ung thư đại tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2025 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Kết quả:** Gồm 152 bệnh nhân, gồm 89 nam, 63 nữ, tuổi trung bình  $65,2 \pm 13,89$  (tuổi nhỏ nhất 24, lớn nhất 96). ASA 1 chiếm đa số với tỷ lệ 81,6%. Vị trí ung thư ở đại tràng phải chiếm nhiều nhất với 53,9%, đại tràng sigma 23,0%, đại tràng trái 14,5%, đại tràng ngang 8,6%. Ung thư giai đoạn I chiếm 11,8%, giai đoạn IIa chiếm 13,2%, giai đoạn IIb chiếm 39,5%; giai đoạn IIIa chiếm 28,3%; giai đoạn IIIb chiếm 7,2%. Biến chứng

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025