

## ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI ĐẠI TRÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG CỦA HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH THEO ROME IV

Trần Thị Khánh Tường\*, Trần Phạm Phương Thư\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi đại trực tràng, mô bệnh học (nếu có) trên nhóm bệnh nhân có và không có triệu chứng báo động theo ROME IV và xác định một số yếu tố nguy cơ trên nhóm bệnh nhân có tổn thương u tân sinh nguy cơ cao. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, ghi nhận triệu chứng lâm sàng và kết quả nội soi đại trực tràng của những bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi đã được nội soi và có triệu chứng của HCRKT theo ROME IV. **Kết quả:** Chúng tôi ghi nhận 265 ca được nội soi đến mức manh tràng, có 163 trường hợp (61,5%) có triệu chứng của HCRKT theo ROME IV. Kết quả nội soi đại trực tràng ghi nhận: 41,72% bệnh nhân không có tổn thương và 95 trường hợp có tổn thương (33,74% viêm/loét, 9,82% polyp tuyến và 3,68% trường hợp ung thư đại trực tràng). Trong nhóm bệnh nhân không có triệu chứng báo động, tỷ lệ tổn thương sau nội soi đại tràng thấp và không ghi nhận u tân sinh nguy cơ cao. Mô hình dự đoán nguy cơ tổn thương u tân sinh nguy cơ cao là gồm: (1) tuổi, tiêu máu và sụt cân (OR: 1,07, 10,47 và 7,74); (2) tiêu máu, sụt cân và điểm Asian - Pacific Colorectal Screening (OR: 7,47, 1,41 và 2). **Kết luận:** Trong nhóm bệnh nhân không có triệu chứng báo động, đa số không có tổn thương hoặc không có tổn thương u tân sinh nguy cơ cao. Tỷ lệ u tân sinh nguy cơ cao trong nhóm bệnh nhân HCRKT chiếm tỷ lệ thấp, nhưng tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng báo động và điểm APCS cao. Vì vậy, trước chẩn đoán HCRKT cần chú ý loại trừ những yếu tố nguy cơ này.

**Từ khóa:** Hội chứng ruột kích thích, triệu chứng báo động, thang điểm Asian - Pacific Colorectal Screening (APCS), u tân sinh nguy cơ cao.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF COLONOSCOPY RESULT AND PATHOLOGY IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME – LIKE SYMPTOMS ACCORDING TO ROME IV CRITERIA

**Objects:** Describe symptoms, colonoscopy results, pathology (if available) of the group of patients with or without alarm features according to ROME IV criteria and identify some risk factors in the group of patients with colorectal advanced neoplasms. **Subjects and methods:** Cross – sectional study, recording symptoms and colonoscopy results of patients 18 years and older underwent colonoscopy at with IBS-like symptoms. **Results:** We collected 265 cases

completed colorectal endoscopy: 163 patients (61,5%) have ROME IV IBS-like symptoms; 41,72% of them had normal colonoscopy result; 95 cases had lesion, include: 33,74% colitis, 9,82% adenoma and 3,68% colorectal cancer. In the group of patients not having any alarm features, the rate of anatomic abnormalities was low, and no colorectal advanced neoplasms was recorded. The predictive models for colorectal advanced neoplasms are: (1) age, rectal bleeding, weight loss (OR: 1,07, 10,47 and 7,74); (2) rectal bleeding, weight loss and APCS score (OR: 7,47, 1,41 and 2). **Conclusion:** In the group of patients with no alarm features, the majority has normal colonoscopy results. Rate of colorectal advanced neoplasms is low in IBS-like symptoms; but all of them have alarm features and high APCS score. Therefore, before diagnosing IBS, we suggest that attention should be paid to eliminate these risk factors.

**Keywords:** Irritable bowel syndrome, alarm feature, Asian - Pacific Colorectal Screening (APCS) score, colorectal advanced neoplasms.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ruột kích thích (HCRKT) là một rối loạn chức năng đường tiêu hoá chiếm tỷ lệ 11,2% theo nghiên cứu đa trung tâm của tác giả Lovell năm 2012 [7]. Những năm gần đây, tiêu chuẩn ROME thường được áp dụng để chẩn đoán HCRKT, trong đó tiêu chuẩn ROME IV đã có những thay đổi so với các tiêu chuẩn trước đây, bao gồm: đau bụng ít nhất 1 lần/tuần trong 3 tháng, mở rộng các triệu chứng báo động để dự đoán các tổn thương thực thể đường tiêu hoá. Patel và cộng sự năm 2015 ghi nhận tỷ lệ tổn thương thực thể đường tiêu hoá trên những bệnh nhân có triệu chứng của hội chứng ruột kích thích theo tiêu chuẩn ROME III kèm triệu chứng báo động là 27,7% cao hơn so với nhóm không có triệu chứng báo động và tỷ lệ ung thư đại trực tràng trong nghiên cứu là 2,7% [6]. Ngoài ra, thang điểm Asian Pacific Colorectal Scoring (APCS) được xây dựng dựa trên tuổi, giới tính, tiền căn gia đình và hút thuốc lá để tầm soát ung thư sớm đường tiêu hoá được Đồng thuận Châu Á Thái Bình Dương khuyến cáo năm 2016 [4].

Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào áp dụng tiêu chuẩn ROME IV, cũng như phối hợp tiêu chuẩn ROME IV với thang điểm APCS trong chẩn đoán HCRKT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau:

- *Khảo sát hình ảnh nội soi đại trực tràng và*

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phạm Phương Thư

Email: thutpp@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/6/2022

Ngày duyệt bài: 9/7/2022

mô bệnh học (nếu có) trên bệnh nhân có triệu chứng của HCRKT theo ROME IV có và không có triệu chứng báo động.

- Xác định một số yếu tố (triệu chứng báo động, thang điểm APCS) giúp dự đoán những tổn thương u tân sinh nguy cơ cao.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân ≥ 18 tuổi đã được nội soi đại trực tràng tại khoa Nội soi tiêu hóa Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 01/09/2018 đến 31/03/2019 và có triệu chứng của hội chứng ruột kích thích theo ROME IV; đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tiền căn: ung thư đại trực tràng, phẫu thuật đại trực tràng, cắt polyp đại trực tràng.

**2.2. Phương pháp thông kê:** Các dữ liệu sẽ được mã hóa và nhập vào phần mềm Excel 2016 sau đó được xử lý thống kê trên phần mềm thống kê R.

Mẫu nghiên cứu sẽ được phân tích theo hai nhóm chính là không có tổn thương hoặc tổn thương nguy cơ thấp và u tân sinh nguy cơ cao.

**Định nghĩa biến số:** - Triệu chứng của hội chứng ruột kích thích theo ROME IV:

- Triệu chứng báo động theo ROME IV:

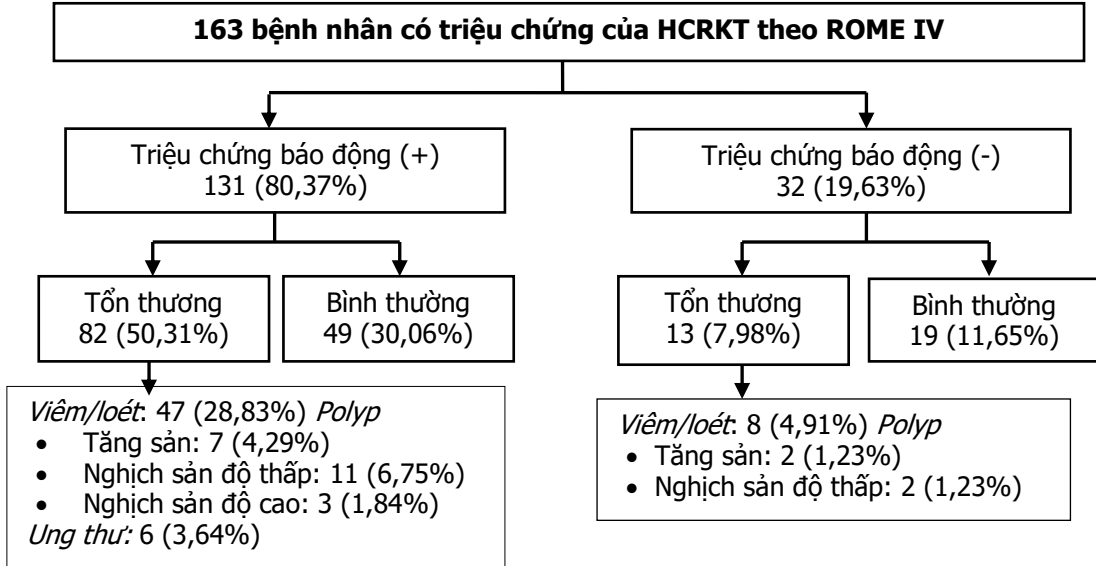
**Bảng 1. Thang điểm APCS (Asia – Pacific Colorectal Screening score) [4]**

Yếu tố nguy cơ	Đặc điểm	Điểm
Tuổi (năm)	< 50	0
	50 – 69	2
	≥ 70	3
Giới tính	Nữ	0
	Nam	1
Tiền căn gia đình ung thư đại trực tràng	Không	0
	Có	2
Hút thuốc lá	Không	0
	Đang và đã ngưng	1

Phân nhóm nguy cơ theo thang điểm APCS: trung bình 0 – 1 điểm, trung bình cao 2 – 3 điểm, cao 4 – 7 điểm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu, từ tháng 10/2018 đến tháng 03/2019, sau loại trừ những trường hợp đã được chẩn đoán ung thư đại trực tràng, phẫu thuật cắt đại tràng và cắt polyp đại tràng, chúng tôi đã ghi nhận được 265 ca nội soi đại trực tràng tại khoa nội soi tiêu hóa Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, trong đó có 163 trường hợp có triệu chứng của hội chứng ruột kích thích theo ROME IV.



**Sơ đồ 1: Kết quả nghiên cứu**

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân có triệu chứng của HCRKT theo ROME IV**

**Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu**

Tuổi	Trung bình < 50	53,17 ± 27,62 60 (36,81%)
------	-----------------	------------------------------

Giới	≥ 50	103 (63,19%)
	Nam	96 (58,9%)
Hút thuốc lá	Nữ	67 (41,1%)
	Không	95 (58,28%)
Đã ngưng	Đã ngưng	37 (22,7%)
	Đang hút	31 (19,02%)

Phân nhóm HCRKT	Tiêu chảy	57 (34,97%)
	Táo bón	37 (22,7%)
	Hỗn hợp	21 (12,88%)
	Không xác định	48 (29,45%)

Tuổi trung bình là  $53,17 \pm 27,62$ , bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm đa số (63,19%); tỷ số nam: nữ là 1,43:1.

80,37% bệnh nhân có ít nhất 1 triệu chứng báo động, trong đó tuổi khởi phát  $\geq 50$  (53,37%) là chiếm tỷ lệ cao nhất, kế đến là thay đổi thói quen đi tiêu chiếm tỷ lệ 48,85%, thấp nhất là u hoặc hạch ổ bụng 3,07%.

Nhóm bệnh nhân có nguy cơ trung bình – cao theo thang điểm APCS chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,47%; nhóm bệnh nhân có nguy cơ thấp chiếm tỷ lệ thấp nhất là 22,7%.

### 3.2. Đặc điểm nội soi, mô bệnh học

Số bệnh nhân không có tổn thương sau nội soi đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,72%. Vị trí tổn thương ghi nhận sau nội soi đại tràng chủ yếu ở trực tràng và đại tràng chậu hông. Polyp có kích thước  $> 1\text{cm}$  có 11/23 trường hợp, có  $\geq 2$  vị trí có polyp đại tràng là 9/23.

**Bảng 3: Kết quả nội soi đại trực tràng và mô bệnh học**

Tổn thương nội soi	Tỷ lệ sinh thiết	Kết quả mô bệnh học
--------------------	------------------	---------------------

Viêm/loét	12/55 (21,82%)	Nhẹ	7 (58,33%)
		Nặng	5 (41,67%)
Polyp	23/23 (100%)	Tăng sản	7 (30,44%)
		Nghịch sản độ thấp	13 (56,52%)
		Nghịch sản độ cao	3 (13,04%)
Nghi ung thư	6/6 (100%)	Carcinoma	6 (100%)

Tỷ lệ được sinh thiết ở nhóm có tổn thương viêm hoặc loét chiếm tỷ lệ thấp (21,82%); tổn thương viêm nặng chiếm tỷ lệ thấp hơn tổn thương viêm nhẹ (3,07% so với 4,29%).

100% polyp được sinh thiết, tỷ lệ polyp tuyến là 69,57%, đa số là nghịch sản độ thấp (56,52%).

Trong 3 trường hợp nghịch sản độ cao, bệnh nhân đều trên 50 tuổi, vị trí tổn thương chủ yếu ở đại tràng chậu hông, thuộc nhóm nguy cơ cao theo thang điểm APCS; 2 trường hợp có polyp kích thước  $\geq 1\text{cm}$ .

Trong 6 trường hợp ung thư, có 4/6 bệnh nhân trên 50 tuổi, vị trí tổn thương chủ yếu ở trực tràng và đại tràng chậu hông, chỉ có 3/6 trường hợp có nhóm nguy cơ cao theo thang điểm APCS; nhưng các trường hợp đều có nhiều hơn 3 triệu chứng báo động.

### 3.3. Yếu tố nguy cơ

**Bảng 4. Một số yếu tố nguy cơ của u tân sinh nguy cơ cao**

Triệu chứng báo động	Không tổn thương hoặc tổn thương nguy cơ thấp (n = 154)	U tân sinh nguy cơ cao (n = 9)	p
Tuổi	$52,63 \pm 28,1$	$62,44 \pm 23,88$	0,041
Nam	89 (57,79%)	7 (77,78%)	0,31
Nữ	65 (42,21%)	2 (22,22%)	
Hút thuốc lá: Không	91 (59,09%)	4 (44,45%)	0,56
Đã ngưng	34 (22,08%)	3 (33,33%)	
Đang	29 (18,83%)	2 (22,22%)	
Thay đổi thói quen đi tiêu	72 (46,75%)	6 (66,67%)	0,313
Tiêu máu	41 (26,62%)	6 (66,67%)	0,018
Tiền căn gia đình bị bệnh ruột viêm	1 (0,65%)	0 (0%)	1
Tiền căn gia đình bị ung thư đại trực tràng	7 (4,55%)	0 (0%)	1
Sụt cân	23 (14,94%)	4 (44,44%)	0,042
U vùng bụng	5 (3,25%)	0 (0%)	1
Thiếu máu	8 (5,19%)	1 (11,11%)	0,408

Tuổi, tiêu máu và sụt cân cũng có tỉ lệ cao ở nhóm tổn thương nguy cơ cao; sự khác biệt giữa ba yếu tố trên có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5. Tỷ lệ bệnh theo thang điểm APCS**

	Không tổn thương hoặc tổn thương nguy cơ thấp (n = 154)	U tân sinh nguy cơ cao (n = 9)	p
Điểm APCS	0,06	2,37	$< 0,001$
Nhóm nguy cơ thấp	36 (97,3%)	1 (2,7%)	0,047
Nhóm nguy cơ trung bình – cao	77 (97,47%)	2 (2,53%)	
Nhóm nguy cơ cao	41 (87,23%)	6 (12,77%)	

Nhóm tổn thương nguy cơ cao có điểm APCS cao hơn (2,37 so với 0.06,  $p < 0,001$ ). Đa số thuộc nhóm nguy cơ cao theo phân độ APCS chiếm tỷ lệ 66,67%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 6. Hồi qui đơn biến giữa một số yếu tố nguy cơ và u tân sinh nguy cơ cao**

	OR	p	KTC 95%
Tuổi	1,06	0,045	1 – 1,12
Nam	2,56	0,219	0,51–12,71
Thay đổi thói quen đi tiêu	2,28	0,256	0,55 – 9,45
Tiêu máu	5,51	0,019	1,32 – 23,06
Sụt cân	4,56	0,032	1,14 – 18,25
Thiếu máu	2,28	0,462	0,25 – 20,53
Điểm APCS	1,85	0,038	1,03 – 3,32
Nhóm nguy cơ trung bình – cao	0,94	0,957	0,08 – 10,65
Nhóm nguy cơ cao	5,27	0,132	0,61 – 45,86

Khi tăng thêm 1 tuổi hay tăng 1 điểm theo thang điểm APCS thì tăng nguy cơ có tổn thương nghịch sản độ cao hoặc ung thư với OR lần lượt là 1,06 (1 – 1,12,  $p = 0,045$ ) và 1,85 (1,03 -3,32,  $p = 0,038$ ); tỷ số chênh trong nhóm có tổn thương nguy cơ cao so với nhóm có tổn thương nguy cơ thấp khi có triệu chứng tiêu máu hoặc sụt cân lần lượt là 5,51 và 4,56 với  $p < 0,05$ .

Theo phương pháp Bayesian Model Average, chúng tôi xây dựng được 2 mô hình dự đoán tổn thương u tân sinh nguy cơ cao với tỷ lệ dự đoán trong nghiên cứu là 14,6% và 10,6%.

**Bảng 7. Mô hình hồi qui đa biến của u tân sinh nguy cơ cao**

Mô hình 1	OR	p	KTC 95%
Tuổi	1,07	0,025	1,01 – 1,14
Tiêu máu	10,47	0,007	1,88 – 58,16
Sụt cân	7,74	0,015	1,5 – 39,97
Mô hình 2			
Tiêu máu	7,47	0,013	1,53 – 36,54
Sụt cân	1,41	0,018	1,41 – 35,42
Điểm APCS	2	0,036	1,05 – 3,81

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân có triệu chứng của HCRKT theo ROME IV

Hội chứng ruột kích thích thường xảy ra ở bệnh nhân trẻ. Nội soi đại trực tràng được thực hiện để tầm soát tổn thương đường tiêu hoá ở nhóm trên 50 tuổi, có triệu chứng báo động hoặc nhóm trẻ hơn được chẩn đoán HCRKT nhưng không đáp ứng điều trị. Vì vậy, đối tượng nghiên cứu trong nhóm bệnh nhân  $\geq 50$  tuổi chiếm phần lớn 63,19% và tuổi trung bình là 53,17 ±

27,62. So sánh với một số nghiên cứu có thiết kế tương tự theo ROME III, tuổi trung bình cũng khá cao như: Quách Trọng Đức là 48,9 ± 11,9 [2]; Patel là 42,4 [6]. Do đó, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả chủ yếu ở nhóm 40 – 70 tuổi, cao hơn so với tuổi được nhắc đến trong các y văn về HCRKT.

##### 4.2. Đặc điểm nội soi, mô bệnh học

- Trong trường hợp có tổn thương trên nội soi đại trực tràng, bệnh nhân bị viêm hoặc loét đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất 33,74%. Theo Patel tỷ lệ viêm loét đại tràng 6,1%, Crohn 8,6% [6] và nghiên cứu mới đây của tác giả Paudel năm 2018 khi khảo sát trên 140 bệnh nhân thỏa HCRKT cũng theo tiêu chuẩn ROME IV cho thấy tổn thương sau nội soi đại trực tràng là 27,85% trong đó viêm loét chiếm tỷ lệ cao nhất 7,14% [5]. Như vậy, viêm loét đại trực tràng là tổn thương thường gặp trên những bệnh nhân có triệu chứng HCRKT. Trên bệnh nhân có viêm loét đại trực tràng chỉ có 21,82% được sinh thiết đánh giá mô bệnh học do đó là những tổn thương viêm nhẹ. Tổn thương viêm mức độ nhẹ trên mô bệnh học cũng chiếm đa số (7/12 trường hợp). Chính vì tổn thương viêm nhẹ, bệnh nhân có thể chỉ bị những biểu hiện rối loạn tiêu hoá dưới mạn tính và có ít hoặc không có triệu chứng báo động đi kèm, dễ chẩn đoán nhầm với HCRKT.

- Đa số bệnh nhân có polyp đại trực tràng thường không có triệu chứng nhưng nếu polyp lớn thì bệnh nhân có thể thay đổi thói quen đi tiêu hoặc tiêu ra máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ polyp tuyến là 9,82% (16/163), chủ yếu ở đại tràng trái, tỷ lệ polyp cao hơn ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng báo động. Khi so sánh với các nghiên cứu khác, đa số các polyp cũng thường gặp ở đại tràng trái với các tỷ lệ khác nhau như: nghiên cứu của tác giả Quách Trọng Đức là 6,68% (27/404) [2]. Qua đó, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ polyp đại trực tràng trong nhóm bệnh nhân có triệu chứng của HCRKT dao động khoảng 5 – 15%. Vì vậy, cần chú ý những triệu chứng báo động trên nhóm bệnh nhân này để có thể chẩn đoán và can thiệp sớm qua nội soi.

- Ung thư đại trực tràng cũng có thể có triệu chứng giống HCRKT như đau bụng, tiêu lỏng thường gặp ở đại tràng phải hay táo bón ở đại tràng trái và có triệu chứng báo động đi kèm. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp ung thư, chiếm tỷ lệ là 3,68%, 50% ở trực tràng và 50% ở đại tràng chậu hông. Như vậy, nghiên

cứu của chúng tôi và các tác giả cho thấy tỷ lệ ung thư đại trực tràng < 5% trên những bệnh nhân có triệu chứng của HCRKT. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của tác giả Quách Trọng Đức, Patel và chúng tôi ghi nhận tất cả những bệnh nhân này đều có triệu chứng báo động.

- Theo ROME IV, triệu chứng báo động như tiêu máu, sụt cân, thiếu máu... chưa thấy tăng hiệu quả để dự đoán tổn thương nhưng nếu bệnh nhân không có triệu chứng báo động sẽ giảm nguy cơ mắc những tổn thương thực thể trên nội soi đại trực tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân không có tổn thương trên nhóm bệnh nhân không có triệu chứng báo động cao hơn so với nhóm có triệu chứng báo động (59,38% so với 37,4%) và không có tổn thương u tân sinh nguy cơ cao trong nhóm này; đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Patel [6]. Do đó, triệu chứng báo động nên được đánh giá trước khi chẩn đoán HCRKT để tránh bỏ sót tổn thương.

#### 4.3. Yếu tố nguy cơ

- Số bệnh nhân có triệu chứng báo động là 80,37% và tất cả các bệnh nhân bị u tân sinh nguy cơ cao đều có triệu chứng báo động. Khi phân tích hồi qui đơn biến, một số yếu tố liên quan đến nguy cơ u tân sinh nguy cơ cao như: tuổi, tiêu máu, sụt cân. Whitehead và cộng sự (2006) ghi nhận 575 bệnh nhân HCRKT theo ROME II trong đó tỷ lệ ung thư là 1% (6/575), tuổi  $\geq 50$ , sụt cân, tiền căn gia đình là có ý nghĩa dự đoán tổn thương sau nội soi với độ nhạy > 50% [8]. Sự khác biệt tỷ lệ triệu chứng báo động trong các nghiên cứu là do chúng tôi và các tác giả sử dụng những tiêu chuẩn ROME khác nhau. Trong đó, ROME IV có nhiều triệu chứng báo động hơn so với trước đây. Các triệu chứng báo động: tuổi khởi phát  $\geq 50$ , tiêu máu, sụt cân và tiền căn gia đình thường được ghi nhận, đóng vai trò quan trọng trong dự đoán tổn thương sau nội soi đại trực tràng.

- Theo khuyến cáo tầm soát ung thư đại trực tràng của Đồng thuận vùng Châu Á Thái Bình Dương năm 2014, thang điểm APCS có lợi trong việc xác định nhóm nguy cơ cao của các u tân sinh đại trực tràng. Nếu bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao cần làm thêm xét nghiệm như xét nghiệm phân hoặc nội soi tiêu hóa dưới [4]. Trước đó, năm 2011, Yeoh đã tiến hành xây dựng và đánh giá thang điểm này trên 1892 bệnh nhân, ghi nhận tỷ lệ u tân sinh nguy cơ cao là 3%. Bệnh nhân được phân thành 3 nhóm nguy cơ trung bình là 559 (29,5%), nhóm nguy cơ trung bình - cao là 966 (51,1%) và nhóm

nguy cơ cao là 367 (19,4%) có tỷ lệ u tân sinh trong từng nhóm lần lượt là 1,3%, 3,2% và 5,2%; nguy cơ ung thư đại trực tràng, tăng nguy cơ lên 2,6 lần của nhóm nguy cơ trung bình cao và 4,3 lần ở nhóm nguy cơ cao so với nhóm nguy cơ trung bình [4]. Tại Việt Nam, Quách Trọng Đức (2018), đã đánh giá thang điểm này ghi nhận tỷ lệ 3 nhóm bệnh là: nguy cơ trung bình là 136 (33,7%), nguy cơ trung bình cao là 196 (48,5%), nguy cơ cao là 72 (17,8%) thì tỷ lệ u tân sinh nguy cơ cao cũng tăng dần theo nhóm nguy cơ là 1,5%, 7,7% và 15,3%; nguy cơ ung thư đại trực tràng trên nhóm nguy cơ trung bình cao và nguy cơ cao là 5,6 và 12,1 lần [2]. Nhóm u tân sinh nguy cơ cao có điểm APCS cao hơn (2,37 so với 0,06,  $p < 0,001$ ), nếu bệnh nhân tăng thêm 1 điểm thì tăng nguy cơ bị ung thư hoặc polyp đại trực tràng với OR là 1,85 ( $p = 0,038$ ). 6/9 bệnh nhân có u tân sinh nguy cơ cao đều thuộc nhóm nguy cơ cao theo phân độ APCS, nguy cơ mắc bệnh trong nhóm này là 12,77% cao hơn rất nhiều so với nhóm có nguy cơ trung bình là 2,7%. Những bệnh nhân có điểm APCS càng cao cũng cho thấy tăng nguy cơ mắc u tân sinh nguy cơ cao.

- Sau khi tiến hành phân tích hồi qui đơn biến, chúng tôi đã tiến hành phân tích đa biến bằng phương pháp phân tích Bayesian Model Average để tìm mô hình tối ưu. Qua đó, chúng tôi ghi nhận có 2 mô hình với tỷ lệ dự tổn thương nguy cơ cao: (1) tuổi, tiêu máu và sụt cân; (2) tiêu máu, sụt cân và điểm APCS. Có một số nghiên cứu có đánh giá mô hình tổn thương như Hammer gồm: tuổi  $\geq 50$  và tiêu máu làm tăng nguy cơ bị u tân sinh nguy cơ cao với OR là 2,65 và 2,7 nhưng nếu bệnh nhân là nữ sẽ giảm 40% nguy cơ mắc bệnh [3]. Năm 2015, Ruco và cộng sự đã đánh giá lại mô hình của Kaminski trên nhóm bệnh nhân ở Bắc Mỹ thì chỉ ghi nhận thang điểm bao gồm tuổi, hút thuốc lá  $\geq 20$  gói-năm, BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> với tỉ lệ dự đoán dương từ 1- 8 điểm là 3,6 - 5,88% [1]. Dựa trên những mô hình trên, chúng tôi ghi nhận tuổi  $\geq 50$  là yếu tố nguy cơ quan trọng của u tân sinh nguy cơ cao vì nó xuất hiện ở tất cả các mô hình dự đoán.

#### V. KẾT LUẬN

Trong quy trình chẩn đoán hội chứng ruột kích thích, cần chú trọng hơn đến một số triệu chứng báo động như tuổi, tiêu máu, sụt cân và điểm APCS. Qua đó, chỉ định nội soi đại trực tràng tầm soát các tổn thương, giúp chẩn đoán sớm, giảm chi phí điều trị và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arlinda Ruco, et al (2015)**, "Evaluation of a clinical risk index for advanced colorectal neoplasia among a North American population of screening age", *BMC gastroenterology*, 15 pp. 162-162.
2. **Duc Trong Quach, et al (2018)**, "Asia-Pacific Colorectal Screening score: A useful tool to stratify risk for colorectal advanced neoplasms in Vietnamese patients with irritable bowel syndrome", *J Gastroenterol Hepatol*, 33 (1), pp. 150-155.
3. **J. Hammer, et al (2004)**, "Diagnostic yield of alarm features in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia", *Gut*, 53 (5), pp. 666-672.
4. **Khay-Guan Yeoh, et al (2011)**, "The Asia-Pacific Colorectal Screening score: a validated tool that stratifies risk for colorectal advanced neoplasia in asymptomatic Asian subjects", *Gut*, 60 (9), pp. 1236.
5. **Mukesh Sharma Paudel, et al (2018)**, "Prevalence of Organic Colonic Lesions by Colonoscopy in Patients Fulfilling ROME IV Criteria of Irritable Bowel Syndrome", *JNMA J Nepal Med Assoc*, 56 (209), pp. 487-492.
6. **Purav Patel, et al (2015)**, "Prevalence of organic disease at colonoscopy in patients with symptoms compatible with irritable bowel syndrome: cross-sectional survey", *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 50 (7), pp. 816-823.
7. **Rebecca M. Lovell, Alexander C. Ford (2012)**, "Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis", *Clin Gastroenterol Hepatol*, 10 (7), pp. 712-721.e4.
8. **W. E. Whitehead, et al (2006)**, "Utility of red flag symptom exclusions in the diagnosis of irritable bowel syndrome", *Aliment Pharmacol Ther*, 24 (1), pp. 137-46.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN CHẨN THƯƠNG GAN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Quang Huy\*, Đặng Khải Toàn\*

## TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 140 bệnh nhân chấn thương gan được cấp cứu và điều trị bảo tồn không phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2020. Điều trị bảo tồn chấn thương gan trong nghiên cứu của chúng tôi là phương pháp điều trị an toàn với tỷ lệ thành công là 96,4%, không có trường hợp nào tử vong. Tỷ lệ bảo tồn thành công đối với vỡ gan độ II là 100%, độ III thành công đạt tỷ lệ 96,5% và ở độ IV là 91,1%. Kết quả điều trị bảo tồn: Tốt chiếm tỷ lệ 95,7%; 01 trường hợp kết quả trung bình do biến chứng rò mật phải đặt dẫn lưu ổ bụng và sau đó phải can thiệp ERCP dẫn lưu dịch mật (0,7%); 05 trường hợp kết quả xấu phải chuyển mổ (3,6%).

**Từ khóa:** Chấn thương gan, điều trị bảo tồn.

## SUMMARY

### RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF LIVER INJURY AT 115 PEOPLE'S HOSPITAL

Through a study of 140 patients with liver injury who received emergency care and non-surgical conservative treatment at 115 People's Hospital from January 2016 to December 2020. Conservative treatment of liver injury in our study is a safe treatment with a success rate of 96.4%, with no deaths. The rate of successful preservation for grade II liver rupture is 100%, success rate for grade III is 96.5% and in grade IV is 91.1%. Result of conservative treatment: Good accounted for 95.7%;

\*Bệnh viện Nhân dân 115, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 21/6/2022

Ngày duyệt bài: 10/7/2022

01 case with average results due to complications of biliary fistula requiring abdominal drainage and then ERCP intervention to drain bile (0.7%); 05 cases of bad results required surgery (3.6%).

**Keywords:** Liver injury, conservative treatment.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, chấn thương sẽ là nguyên nhân đứng hàng đầu hoặc hàng thứ hai trở thành gánh nặng tử vong hằng năm trên toàn thế giới. Trong chấn thương bụng kín thì chấn thương gan là một trong những chấn thương thường gặp đứng hàng thứ hai sau chấn thương lách (chiếm 15%–20%) [1].

Trước đây chấn thương gan chủ yếu được can thiệp bằng phẫu thuật để kiểm soát chảy máu và ngăn ngừa các biến chứng đường mật. Tuy nhiên tỷ lệ tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật còn khá cao đôi khi phẫu thuật còn làm nặng thêm tình trạng bệnh. Theo Michael Bartels và David J. Gillet [2] tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật chấn thương gan trên 85%, không những vậy thời gian nằm viện còn kéo dài và gia tăng chi phí điều trị.

Trong những thập niên gần đây quan điểm điều trị chấn thương gan đã bắt đầu có sự thay đổi [2], các nghiên cứu cho thấy khoảng 50% – 80% các trường hợp chấn thương gan ngừng chảy máu một cách tự nhiên [3]. Vì vậy, điều trị không phẫu thuật chấn thương gan trong chấn thương bụng kín ngày càng được chỉ định rộng rãi. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy 71% - 94% bệnh nhân chấn thương gan có thể được