

**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**

*Nguyễn Công Long<sup>1</sup>, Hoàng Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Lê Văn Anh<sup>1</sup>*

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Bước đầu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân (BN) viêm trực tràng (VTT) sau tia xạ được điều trị bằng phương pháp Argon plasma coagulation (APC). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 39 BN được chẩn đoán VTT mạn tính sau tia xạ được điều trị bằng phương pháp APC qua nội soi tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ 7/2015 - 7/2016. **Kết quả:** Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới (87,2%), tuổi trung bình  $59,95 \pm 12,32$  (25 - 85 tuổi), 100% BN vào viện do đại tiện ra máu, 97,4% BN thiếu máu, 87,2% BN có biểu hiện đau bụng, 82,1% có mót rặn. Tỷ lệ biến chứng sau điều trị bằng APC qua nội soi là 5,1%. **Kết luận:** VTT chảy máu sau tia xạ thường có triệu chứng đau bụng mức độ vừa, đại tiện ra máu nhiều, thiếu máu, với vị trí tổn thương ở cả trực tràng và đại tràng Sigma. Mức độ chảy máu càng cao, nồng độ Hb trung bình càng giảm. APC là phương pháp can thiệp cầm máu qua nội soi an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp.

\* *Từ khóa:* Viêm trực tràng chảy máu sau tia xạ; Phương pháp Argon plasma coagulation.

**SEVERAL CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF  
BLEEDING PROCTITIS PATIENTS AFTER RADIATION TREATED  
WITH ARGON PLASMA COAGULATION**

**Summary**

**Objectives:** To initially describe several clinical and subclinical characteristics in proctitis patients after radiation who received Argon plasma coagulation treatment. **Subjects and methods:** A descriptive, prospective study was conducted on 39 proctitis patients after radiation who received Argon plasma coagulation

---

<sup>1</sup>Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai

Người phản hồi: Nguyễn Công Long (nguyenconglongbvb@gmail.com)

Ngày nhận bài: 08/3/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 23/4/2022

treatment at the Gastroenterology and Hepatology Center, Bach Mai Hospital from July 2015 to July 2016. **Results:** The disease occurred predominantly in women (87.2%), the median age of the patients was  $59.95 \pm 12.32$  years (25 - 85 years old). All patients were admitted to the hospital because of bloody stools, 97.4% had anemia, 87.2% had abdominal pain, 82.1% had tenesmus. The complication rate after APC was 5.1%. **Conclusion:** Bleeding proctitis after radiation usually has moderate abdominal pain, bloody stools, anemia, with lesions in both rectum and sigmoid colon. The higher the bleeding, the lower the average Hb concentration. APC is the safe endoscopic hemostasis treatment with a low complication rate.

\* **Keywords:** Proctitis after radiation; Argon plasma coagulation

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm trực tràng sau tia xạ là một biến chứng được ghi nhận sau khi xạ trị cho các bệnh lý ác tính vùng khung chậu. Tia xạ gây ra quá trình chết theo chương trình (apoptosis) và sự chết tế bào thứ phát do tổn thương DNA, protein và lipid và thường ảnh hưởng đến các tế bào có sự tăng sinh nhanh chóng giống như các tế bào ung thư [1]. VTT sau tia xạ thường được chia thành cấp tính và mạn tính. VTT cấp tính sau tia xạ là một quá trình viêm chỉ liên quan đến lớp niêm mạc bề mặt [2], thường xảy ra ngay sau khi bắt đầu điều trị hoặc sau 3 tháng điều trị. VTT mạn tính sau tia xạ có thể bắt đầu sớm, nhưng các triệu chứng thường biểu hiện không rõ ràng từ vài tháng đến vài năm sau khi kết thúc điều trị (trung bình 8 - 12 tháng sau khi ngừng điều trị) [2]. Tỷ lệ mắc VTT mạn tính sau tia xạ khoảng từ 2 - 20% [3].

Phương pháp điều trị bệnh VTT mạn tính sau tia xạ được chia thành không xâm lấn (như thuốc chống viêm, sucralfate, acid béo chuỗi ngắn...) và xâm lấn (như YAG lasers, APC hay phẫu thuật). Phương pháp APC sử dụng nguồn năng lượng tần số cao truyền đến mô thông qua khí argon đã được ion hóa mà không tiếp xúc trực tiếp [4]. Phương pháp này phù hợp để làm đông máu trên bề mặt bị chảy máu rộng, ưu điểm là chiều sâu của tia trên bề mặt tiếp xúc bị hạn chế (2 - 3 mm), làm giảm nguy cơ thủng, co hẹp hay rò ruột [5]. Các liệu trình điều trị đơn lẻ được báo cáo là giúp cải thiện đáng kể các triệu chứng [6], nhưng trung bình vẫn cần 2 - 3 lần điều trị để đạt được kết quả và sự cải thiện này kéo dài nhiều tháng sau khi liệu pháp kết thúc [7]. Hầu hết các biến chứng được báo cáo thường nhẹ, bao gồm chảy dịch nhày và co hẹp [2] nhưng một số các biến chứng đáng kể bao gồm loét lớn,

thủng và rò hậu môn - niệu đạo hoặc rò hậu môn - âm đạo là một câu hỏi lớn cho các nhà thực hành lâm sàng về tính an toàn của phương pháp điều trị xâm lấn này.

Để góp phần hỗ trợ các bác sĩ trong việc chẩn đoán VTT chảy máu sau tia xạ và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Mô tả 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) tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

BN  $\geq$  18 tuổi.

Từng có các tổn thương ác tính vùng khung chậu như ung thư trực tràng, tử cung, tiền liệt tuyến, hay ung thư bàng quang, tinh hoàn trước đó, đã được điều trị bằng xạ trị.

Tại thời điểm nghiên cứu, BN có các triệu chứng như đại tiện một hoặc nhiều lần trong ngày, phân lỏng lẫn máu đỏ, máu cục, kèm cảm giác buốt mót vùng hậu môn trực tràng, có kèm theo đau bụng hoặc thiếu máu, do đó được chẩn đoán là VTT chảy máu sau tia xạ.

BN đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN đã được can thiệp điều trị bằng APC trước đó, hoặc đang dùng các phương pháp điều trị khác như steroid, mesalamin, yag laser, formalin.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu.

- *Cỡ mẫu:* Chọn mẫu thuận tiện, 39 BN đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu đều được lấy vào nghiên cứu.

BN nghiên cứu được chẩn đoán VTT chảy máu sau tia xạ.

- *Địa điểm nghiên cứu:* Tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai.

- *Thời gian:* từ 7/2015 - 7/2016.

\* *Các biến và chỉ số nghiên cứu:*

- *Thông tin chung:* Tên, tuổi, giới tính, địa chỉ.

- *Triệu chứng lâm sàng:* Mức độ đau bụng, mức độ chảy máu.

- *Các chỉ số huyết học:* Công thức máu.

- *Hình ảnh nội soi, đánh giá mức độ chảy máu trên nội soi trước và sau điều trị.*

- *Biến chứng khi BN được can thiệp cầm máu bằng APC.*

- *Kỹ thuật APC được thực hiện bằng máy APC (Nhật Bản) ở chế độ hoạt động với cường độ dòng điện là 40 - 60W và lưu lượng khí argon 1,5 lít/phút, đốt các tổn thương cho đến khi tạm ngừng hoặc ngừng chảy máu.*

\* Các thang điểm đánh giá:

- Mức độ đau bụng được chia làm 3 mức: Nhẹ, vừa, đau dựa trên thước đo STADA, là thước đo mức độ đau dựa trên cảm nhận của BN, có thang điểm từ 0 - 10, trong đó 0 là không đau và 10 là đau tột độ, đau không thể chịu đựng được.

- Mức độ chảy máu trên lâm sàng được đánh giá theo tiêu chuẩn của Chutkan 8:

Độ 1: Máu dính vào giấy khi đi cầu hoặc lẫn vào phân; độ 2: Máu nhỏ giọt khi đi cầu; độ 3: Chảy máu dữ dội lẫn

cả máu cục; độ 4: Chảy máu nhiều cần phải truyền máu.

- Mô tả hình ảnh nội soi theo (OMED): Niêm mạc phù nề sung huyết; tổn thương dị sản mạch; ổ loét sâu đang chảy máu hoặc dễ chảy máu; hẹp lòng ruột và hoại tử.

- Chia mức độ nặng của bệnh thành 4 mức từ 1 - 4 theo đánh giá của Thomas Mc Garrity.

\* 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.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

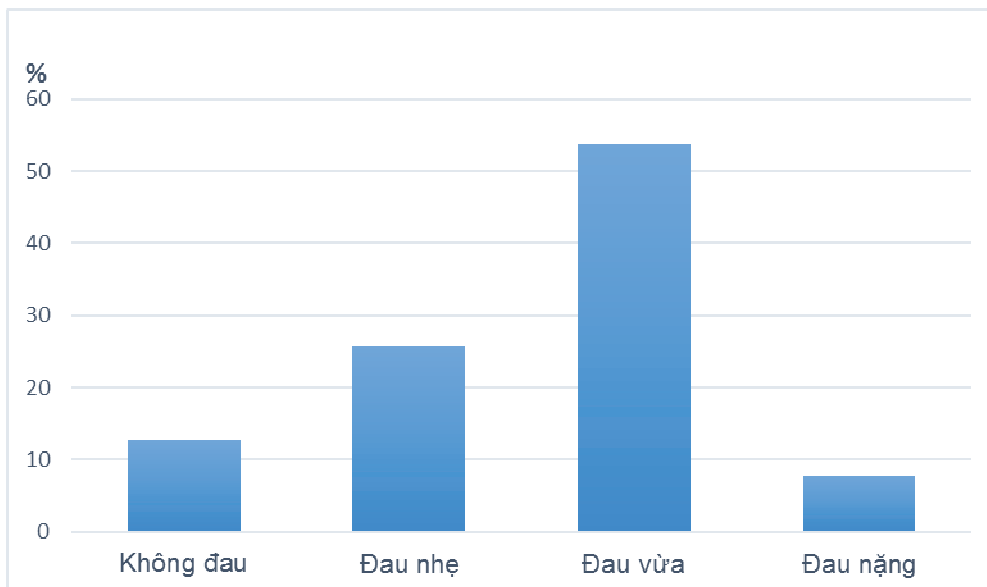
### 1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng nhóm BN nghiên cứu.

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ % (n = 39)
Giới tính	Nam	5	12,8
	Nữ	34	87,2
Tuổi trung bình (mean ± SD)		59,95 ± 12,32	
Triệu chứng	Đại tiện ra máu	39	100
	Đau bụng	34	87,2
	Mót rặn	32	82,1
	Thiếu máu	38	97,4
	Tiểu buốt	5	12,8
	Sụt cân	34	87,2

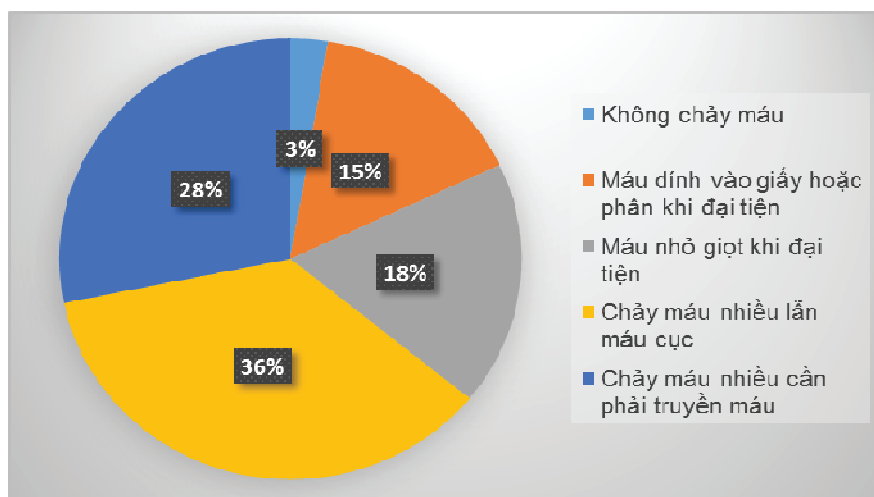
Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $59,95 \pm 12,32$ , nữ giới chiếm đa số (87,2%). 100% BN vào viện vì lý do đại tiện ra máu, 97,4% có biểu hiện thiếu

máu, 87,2% có đau bụng và gầy sút cân, 82,1% có triệu chứng mót rặn, chỉ có 12,8% có triệu chứng tiêu buốt.



Biểu đồ 1. Mức độ đau bụng

Trong số 39 BN tham gia nghiên cứu, đa số BN (53,8%) đau bụng mức độ vừa, 25,6% BN đau bụng mức độ nhẹ, 7,7% đau bụng mức độ nặng và 12,8% BN không đau bụng.

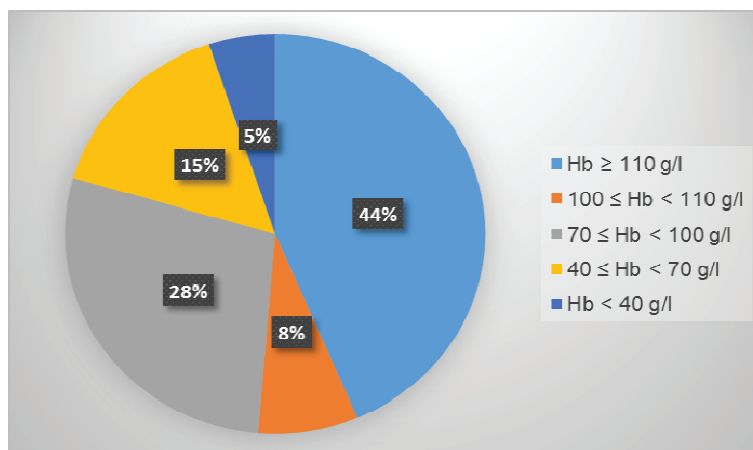


Biểu đồ 2: Mức độ chảy máu.

Đa số BN có chảy máu nhiều lần máu cục (14 BN chiếm 36%), 28% BN chảy máu nhiều cần phải truyền máu và chỉ có 1 BN (3%) không có chảy máu khi đi đại tiện.

## 2. Đặc điểm cận lâm sàng

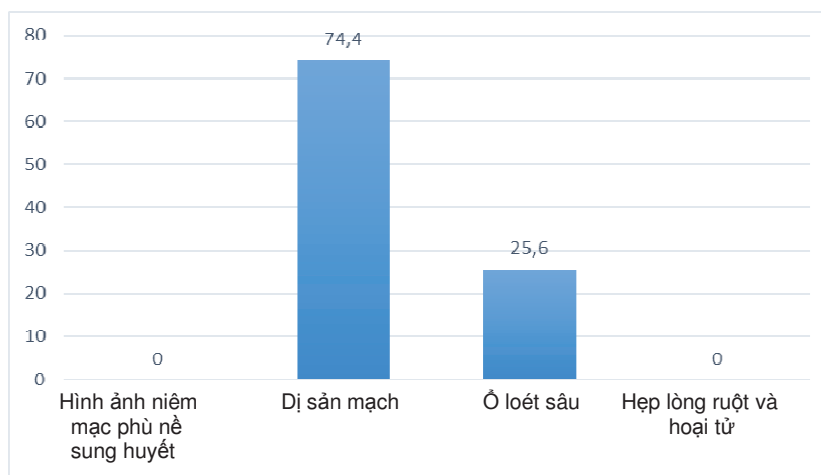
\* Đặc điểm huyết học của nhóm BN VTT chảy máu sau tia xạ:



Biểu đồ 3: Mức độ thiếu máu.

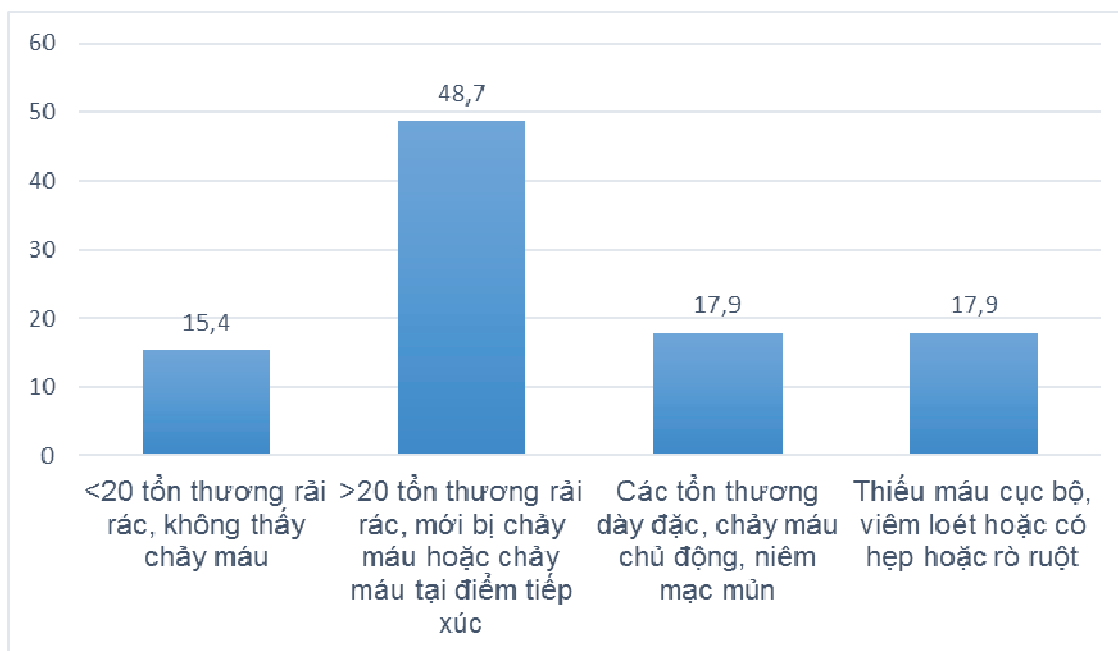
Trong nghiên cứu của chúng tôi, 39 BN có Hb ban đầu trung bình là  $97,31 \pm 28,05$  g/l. Trong đó, hơn một nửa số BN (52%) không thiếu máu hoặc chỉ thiếu máu nhẹ tại thời điểm ban đầu, 11 BN (28%) thiếu máu trung bình, 6 BN (15%) thiếu máu nặng và chỉ có 2 BN (5%) có thiếu máu rất nặng.

\* Đặc điểm trên nội soi của nhóm BN VTT chảy máu sau tia xạ:



Biểu đồ 4: Hình ảnh nội soi theo OMED.

Nghiên cứu trên 39 BN (74,4%) có dị sản mạch, 25,6% ô loét sâu trên nội soi, và không BN nào có hình ảnh niêm mạc phù nề sung huyết hay hẹp lòng ruột và hoại tử.



Biểu đồ 5: Mức độ chảy máu trên nội soi.

Trong số đối tượng nghiên cứu, 15,4% có dưới 20 tổn thương rải rác, không thấy chảy máu trên nội soi, 48,7% BN có trên 20 tổn thương rải rác, mới bị chảy máu hoặc chảy máu tại điểm tiếp xúc, 17,9% BN có các tổn thương dày đặc, chảy máu chủ động, niêm mạc mủn, 17,9% có thiếu máu cục bộ, viêm loét hoặc co hẹp hoặc rò ruột trên nội soi được đánh giá theo Thomas Mc Garrity.

Bảng 2: Vị trí tổn thương.

Vị trí tổn thương	n	Tỷ lệ %
Trực tràng	13	33,3
Đại tràng Sigma	2	5,1
Trực tràng và đại tràng Sigma	24	61,5
Tổng	39	100

Trong số 39 BN tham gia nghiên cứu, có tới 61,5% có tổn thương cả trực tràng và đại tràng Sigma, 33,3% có tổn thương ở trực tràng và chỉ 5,1% có tổn thương chỉ ở đại tràng Sigma.

**3. Mối liên quan giữa mức Hb trung bình với các mức độ chảy máu, đau bụng hay gây sụt cân**

Bảng 3: Mối liên quan giữa mức Hb trung bình với mức độ chảy máu, mức độ đau bụng và triệu chứng gầy, sụt cân.

Đặc điểm lâm sàng		n = 39	Nồng độ Hb (g/L) $\bar{x} \pm SD$	p
Mức độ chảy máu	0	1	137 ± 0	0,000
	1	6	117,5 ± 9,89	
	2	7	110,14 ± 17,16	
	3	14	104,78 ± 18,99	
	4	11	65 ± 23,47	
Mức độ đau bụng	0	5	116,4 ± 18,29	0,41
	1	10	97,6 ± 28,29	
	2	21	93,86 ± 29,58	
	3	3	88,67 ± 27,93	
Sụt cân	Có	34	96,44 ± 28,76	0,62
	Không	5	103,2 ± 24,46	

Mức độ chảy máu độ 0 (không chảy máu), có nồng độ Hb trung bình cao nhất là 137 ± 0 g/L, chảy máu mức độ 4 (chảy máu nhiều cần phải truyền máu) gặp ở 4 BN, với nồng độ Hb trung bình thấp nhất là 65 ± 23,47 g/L, p < 0,05, có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt thống kê về nồng độ

Hb trung bình giữa các phân nhóm mức độ đau bụng hoặc sụt cân.

**4. Tỷ lệ biến chứng sau khi thực hiện phương pháp APC**

Có 37/39 (94,9%) BN được can thiệp bằng APC là không có biến chứng, chỉ 2 BN (5,1%) có biến chứng trong quá trình thực hiện thủ thuật.



### BÀN LUẬN

VTT sau tia xạ là một biến chứng được ghi nhận sau khi xạ trị cho các bệnh lý ác tính vùng khung chậu. Tỷ lệ mắc VTT mạn tính sau tia xạ khoảng từ 2 - 20%. Các triệu chứng thường gây khó chịu và làm giảm chất lượng cuộc sống của BN như đau bụng, đại tiện ra máu, mót rặn, tiêu buốt hay gầy sút cân. APC cũng là một phương pháp mới được áp dụng gần đây trong điều trị và đã được chứng minh có hiệu quả và an toàn trong hầu hết các nghiên cứu. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá về một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và hiệu quả của APC trong điều trị ở các BN VTT sau tia xạ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gồm 39 BN, tuổi trung bình  $59,95 \pm 12,32$ , đa số là nữ giới (87,2%), tương tự nghiên cứu của Đào Văn Long và Hà Lương Duy Khánh (2014). Đại tiện ra máu và thiếu máu là những lý do chính khiến BN phải đi khám. Các triệu chứng này kéo dài dai dẳng, đã điều trị nội khoa nhiều đợt nhưng không đỡ. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, 100% BN phải vào viện vì đại tiện ra máu, 97,4% có thiếu máu. Trong đó, 36% có chảy máu nhiều lần máu cục, 28% chảy máu nhiều cần phải truyền máu. Có thể do trong bệnh lý VTT sau tia xạ, tổn thương chủ yếu ở trực tràng và đại tràng Sigma,

hiếm khi có tổn thương ở đoạn cao; vì vậy, đại tiện phân máu đỏ tươi là triệu chứng điển hình [5]. Hầu hết BN đều có triệu chứng đau bụng, có đến 53,8% đau mức độ vừa, 25,6% đau nhẹ và 7,7% đau mức độ nặng. Tính chất đau bụng tùy từng BN, phần lớn đều đau bụng âm ỉ, có thể đau quặn trước khi đi đại tiện, đại tiện đỡ đau, đau thường ở hạ vị và hố chậu trái. 97,4% BN thiếu máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức Hb ban đầu trung bình là  $97,31 \pm 28,05$  g/L, 43,6% số BN có mức Hb ban đầu  $\geq 110$  g/L, 28,2% thiếu máu mức độ trung bình, 7,7% thiếu máu nhẹ, 15,4% thiếu máu nặng và chỉ có 5,1% có thiếu máu rất nặng. Thiếu máu trong VTT sau tia xạ thường là thiếu máu mạn tính, do mất máu rỉ rả, tình trạng thiếu máu phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thời gian bị bệnh, số lượng máu mất mỗi lần đại tiện, số lần đại tiện trong ngày. Trên hình ảnh nội soi, 33,3% BN có tổn thương ở trực tràng, 5,1% ở đại tràng sigma và 61,5% có tổn thương ở cả trực tràng và đại tràng Sigma mà không có hình ảnh tổn thương ở các đoạn khác của đường tiêu hóa, có thể do trực tràng nằm cố định trong tiểu khung, nên gần vị trí xạ trị; vì vậy, trực tràng và đại tràng Sigma là những bộ phận bị ảnh hưởng bởi quá trình điều trị tia xạ vùng khung chậu.

74,4% BN có tổn thương dị sản mạch trên nội soi, 25,6% có ổ loét sâu và không có BN nào có hẹp lòng ruột và hoại tử. Đa phần BN (48,7%) có chảy máu mức độ 2 trên nội soi, 15,4% độ 1, 17,9% độ 3 và 4. Việc phân loại mức độ chảy máu trên nội soi của Thomas Mc Garrity có giá trị tiên lượng. Với những trường hợp chảy máu mức độ 2, 3, ngoài việc điều trị nội khoa, có thể cần phải can thiệp cầm máu qua nội soi (ví dụ sử dụng phương pháp laser argon). Về kết quả sau khi điều trị bằng APC, 94,9% không có bất kỳ biến chứng gì, chỉ có 2/39 BN (5,1%) có biến chứng khi làm thủ thuật. Theo Peng (2018) [9] trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống thấy rằng có đến 33 nghiên cứu BN chảy máu trực tràng đã ghi nhận tỷ lệ cầm máu lên đến 100% sau khi can thiệp APC trong điều trị [10, 11]. Hơn nữa, Sato và CS (2011) đã báo cáo trong thời gian theo dõi trung bình 34,6 tháng, chỉ có 4 BN (6,3%) có chảy máu trực tràng tái phát nhẹ, có đến 93,8% BN vẫn thuyên giảm kéo dài [12].

Phân tích mối tương quan hệ giữa nồng độ Hb với mức độ chảy máu cho thấy, với chảy máu mức độ 0 (không chảy máu) có nồng độ Hb trung bình là  $137 \pm 0$  g/L, chảy máu độ 4 (chảy máu

nhiều cần phải truyền máu) có mức nồng độ Hb trung bình là  $65 \pm 23,47$  g/L. Chúng tôi nhận thấy, mức độ chảy máu càng nặng, nồng độ Hb trung bình càng giảm, với  $p = 0,000$ , có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra, không có sự khác biệt thống kê về nồng độ Hb trung bình giữa các phân nhóm mức độ đau bụng hoặc sụt cân.

### KẾT LUẬN

VTT chảy máu sau tia xạ thường có các triệu chứng đau bụng mức độ vừa, đại tiện ra máu nhiều, thiếu máu, với vị trí tổn thương ở cả trực tràng và đại tràng Sigma. Mức độ chảy máu càng cao, nồng độ Hb trung bình càng giảm. APC là phương pháp can thiệp cầm máu qua nội soi an toàn với ít biến chứng kèm theo.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xiao M., Whitnall M.H. (2009). Pharmacological countermeasures for the acute radiation syndrome. *Current molecular pharmacology*; 2(1):122-133.
2. Denton A.S., Andreyev J.J., Forbes A., Maher J. (2002). Non surgical interventions for late radiation proctitis in patients who have received radical radiotherapy to the pelvis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; (1).

3. Tagkalidis P.P., Tjandra J.J (2001). Chronic radiation proctitis. *ANZ journal of surgery*; 71(4):230-237.
4. Tjandra J.J., Sengupta S. (2001). Argon plasma coagulation is an effective treatment for refractory hemorrhagic radiation proctitis. *Diseases of the colon & rectum*; 44(12):1759-1765.
5. Long, HLDKĐV (2014). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh VTT và đại tràng Sigma do xạ trị: Thạc sĩ, Nội khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Swan M.P., Moore G.T., Sievert W., Devonshire D.A (2010). Efficacy and safety of single-session argon plasma coagulation in the management of chronic radiation proctitis. *Gastrointestinal endoscopy*; 72(1):150-154.
7. Higuera C., Arribas M., Gomez R., Villoria A., Moreno M., Gonzalez B. (2004). Efficacy and safety of argon plasma coagulation for the treatment of hemorrhagic radiation proctitis. *Rev Esp Enferm Dig*; 96(119):758-764.
8. Álvaro-Villegas J.C., Sobrino-Cossio S., Tenorio-Téllez L.C., et al (2011). Argon plasma coagulation and hyperbaric oxygen therapy in chronic radiation proctopathy, effectiveness and impact on tissue toxicity. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*; 103(11):576.
9. Peng Y., Wang H., Feng J., et al. (2018). Efficacy and safety of argon plasma coagulation for hemorrhagic chronic radiation proctopathy: A systematic review. *Gastroenterology Research and Practice*.
10. Fantin A.C., Binek J., Suter W.R., Meyenberger C (1999). Argon beam coagulation for treatment of symptomatic radiation-induced proctitis. *Gastrointestinal endoscopy*; 49(4): 515-518.