

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NỘI SOI THỰC QUẢN – DẠ DÀY – TÁ TRÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÓM BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN 3, 4, 5 CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THẾ

Nghiêm Trung Dũng¹, Cao Thị Như²

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu đặc điểm hình ảnh nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng với một số yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3, 4, 5

Đối tượng và phương pháp: mô tả cắt ngang, hồi cứu dựa vào hồ sơ bệnh án của 204 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn 3,4,5 chưa thay thế thận, được nội soi tại Trung tâm Tiêu hoá gan mật và điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

Kết quả: Trào ngược dạ dày thực quản độ A là tổn thương gặp nhiều nhất trên nội soi thực quản (25%). Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tổn thương viêm mạn tính dạng phù nề xung huyết và trợt phẳng trên nội soi dạ dày, chiếm tỷ lệ 94,12% và 81,86%. Tổn thương thường gặp nhất trên nội soi hành tá tràng là loét hành tá tràng (24,51%). Nam giới có nguy cơ tổn thương thực quản trên nội soi cao hơn nữ giới. Tỷ lệ tổn thương các vị trí tâm phình vị, thân vị, môn vị và bờ cong nhỏ trên nội soi dạ dày ở giới nam giới cao hơn nữ giới và nhóm có thời gian

mắc bệnh trên 1 năm cao hơn nhóm còn lại. Nguy cơ tổn thương hành tá tràng của nhóm có thời gian mắc bệnh trên 1 năm cao hơn nhóm mắc bệnh dưới 1 năm.

Kết luận: Tổn thương phù nề xung huyết (94,12%) và trợt phẳng (81,16%) trên nội soi đường tiêu hóa trên gặp phổ biến ở các BN mắc BTMT giai đoạn 3, 4, 5.

Từ khóa: bệnh thận mạn tính, nội soi thực quản dạ dày tá tràng.

SUMMARY

ENDOSCOPIC IMAGING FEATURES OF THE OESOPHAGUS - STOMACH - DUODENUM AND SOME RELATED FACTORS IN THE GROUP OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE 3, 4, 5 WITHOUT REPLACEMENT THERAPY

Objective: Study the characteristics of esophagogastroduodenal endoscopic images with some related factors in the group of patients with chronic kidney disease stages 3, 4, 5

Methods: A cross-sectional, retrospective description based on the medical records of 204 patients with chronic kidney disease stage 3,4,5 who have not had a kidney transplant, endoscopically at the Gastroenterology and Hepatobiliary Center and treated as an inpatient at the hospital. Bach Mai Hospital from June 2021 to August 2022

Results: Gastroesophageal reflux disease grade A is the most common lesion on esophagoscopy (25%). Most of the patients in the study group had chronic inflammatory lesions in

¹Trung tâm Thận-Tiết niệu-Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn Nội tổng hợp, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

ĐT: 0966946555

Email: nghiemitrongdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 11/6/2023

the form of congestive edema and flat erosion on gastroscopy, accounting for 94.12% and 81.86%. The most common lesion on the endoscopic duodenal tube is a duodenal ulcer (24.51%). Men have a higher risk of esophageal injury on endoscopy than women. The rate of lesions at the center of the gastric aneurysm, body, pylorus, and small curvature on gastroscopy in men was higher than in women, and the group with disease duration over 1 year was higher than the other group. The risk of duodenal bulb injury of the group with a disease duration of more than 1 year is higher than the group with less than 1 year of disease.

Conclusion: Congestive edematous lesions (94.12%) and flat erosions (81.16%) on upper gastrointestinal endoscopy were common in patients with CKD stages 3, 4, and 5.

Keywords: chronic kidney disease, esophagogastroduodenoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn gây ra nhiều biến chứng ở các cơ quan khác nhau bao gồm đường tiêu hóa¹. Các tổn thương đường tiêu hóa với các triệu chứng lâm sàng khác nhau như khó tiêu, buồn nôn, chán ăn, đau bụng, ợ hơi và ợ chua... là các biểu hiện thường gặp². Nguyên nhân có thể do nồng độ urê cao, tăng nồng độ gastrin, giảm và/hoặc tăng tiết axit dạ dày, giảm nhu động đường tiêu hóa, lắng đọng amyloid và nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori*^{3,4}. Tình trạng sức khỏe tinh thần cũng là một yếu tố liên quan đến tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng tiêu hóa cao ở BN mắc bệnh thận mạn tính⁵. Những tổn thương đường tiêu hóa có thể xuất hiện sớm, mặc dù chưa có biểu hiện lâm sàng, đến khi có các triệu chứng lâm sàng rõ rệt thì bệnh đã ở mức độ nặng nhiều khi xuất hiện những biến chứng nguy hiểm như xuất huyết tiêu hóa, thủng ổ loét, có thể dẫn đến tử vong⁵. Tuy nhiên,

những tổn thương này thường hồi phục hoàn toàn nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng là phương pháp đánh giá các tổn thương đường tiêu hóa bằng cách đưa dây soi ống mềm quan miệng hoặc mũi. Đây được coi là phương pháp giá trị nhất trong chẩn đoán các bệnh lý đường tiêu hóa trên. Nội soi đường tiêu hóa trên ở BN bệnh thận mạn rất quan trọng để chẩn đoán, điều trị và ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *“Tìm hiểu đặc điểm hình ảnh nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng với một số yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3, 4, 5”*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 204 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn 3,4,5 chưa thay thế thận, được nội soi tại Trung tâm Tiêu hóa gan mật và điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu, Trung tâm Tiêu hóa Gan mật – Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2021 đến tháng 8/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bước 1. Chuẩn bị thu thập số liệu.

- Bước 2. Thu thập số liệu, chia làm 2 giai đoạn:

+ Giai đoạn 1: Những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và sàng lọc tiêu chuẩn

loại trừ. Tiến hành hỏi, khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất.

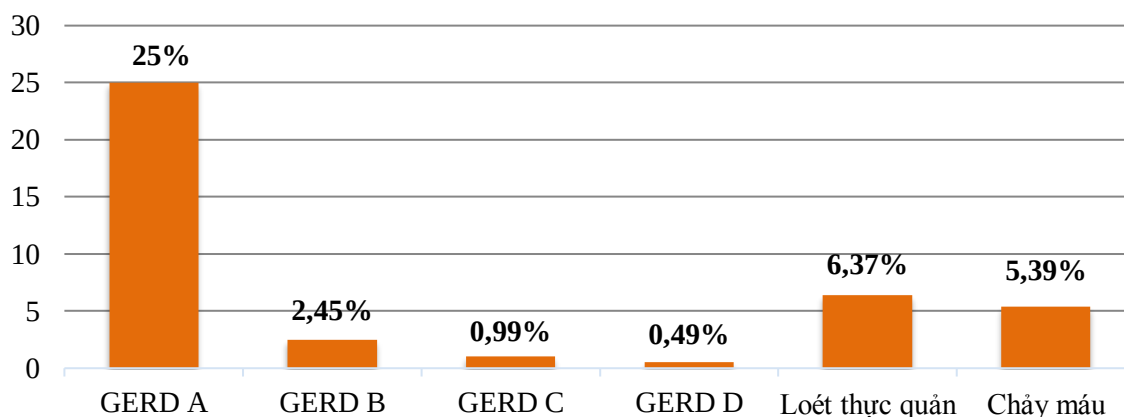
+ Giai đoạn 2: Đánh giá các chỉ số xét nghiệm và đánh giá kết quả: từ thu thập các

chỉ số nghiên cứu, tiến hành xử lý số liệu phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm thống kê spss 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

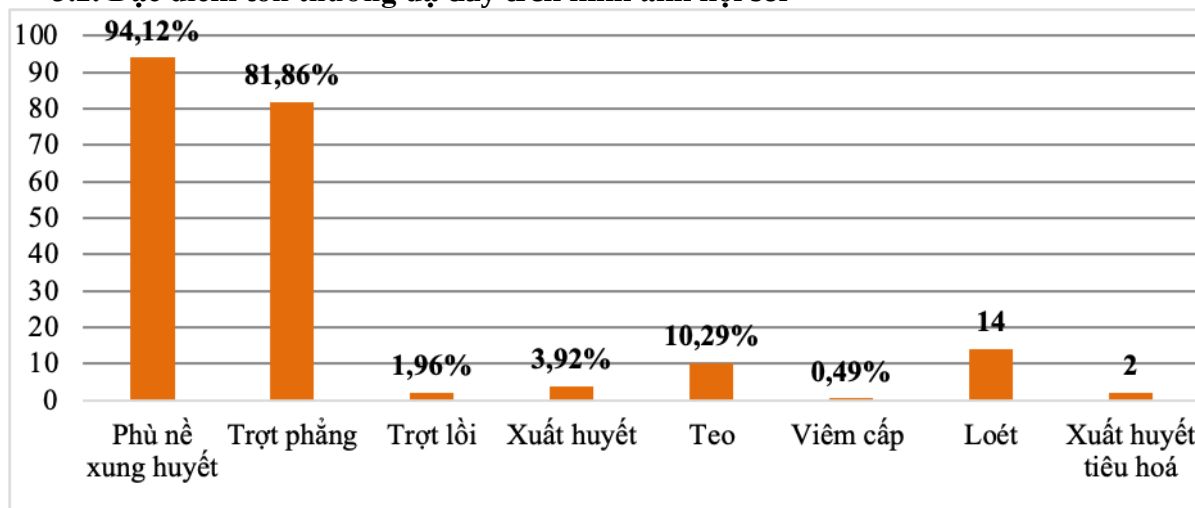
3.1. Đặc điểm tổn thương thực quản trên hình ảnh nội soi



Biểu đồ 1: Đặc điểm tổn thương thực quản trên hình ảnh nội soi (n=204)

Trào ngược dạ dày thực quản độ A (GERD A) là tổn thương gặp nhiều nhất trên nội soi thực quản, chiếm 25%.

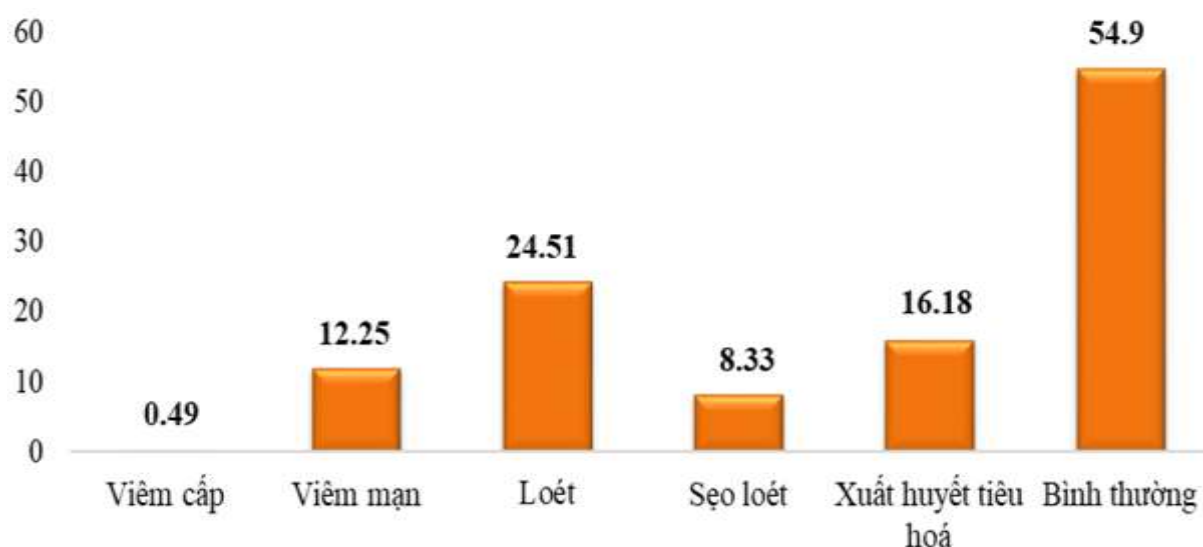
3.2. Đặc điểm tổn thương dạ dày trên hình ảnh nội soi



Biểu đồ 2: Tổn thương dạ dày trên hình ảnh nội soi (n=204)

Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tổn thương viêm mạn tính dạng phù nề xung huyết với trợt phẳng trên nội soi dạ dày, chiếm tỷ lệ 94,12% và 81,86%.

3.3. Đặc điểm tổn thương hành tá tràng trên hình ảnh nội soi



Biểu đồ 3: Tổn thương hành tá tràng trên hình ảnh nội soi

Tổn thương thường gặp nhất trên nội soi hành tá tràng là loét hành tá tràng (24,51%). Hiếm gặp các tổn thương viêm cấp hành tá tràng trên nội soi, chiếm 0,49%.

3.4. Đặc điểm hình ảnh nội soi đường tiêu hóa trên và một số đặc điểm lâm sàng

Hình ảnh tổn thương thực quản dạ dày và một số yếu tố lâm sàng

Bảng 1: Mối liên quan giữa hình ảnh nội soi và một số đặc điểm lâm sàng

Yếu tố liên quan		Tổn thương thực quản				p	Vị trí tổn thương ở dạ dày (%)					p
		Có		Không			Tâm phình vị	Thân vị	Hang vị	Môn vị	Bờ cong nhỏ	
		N	%	N	%							
Giới	Nam	59	42,75	79	57,25	<0,05	26,81	29,71	100	8,7	14,49	>0,05
	Nữ	15	22,73	51	77,27		18,18	21,21	100	4,55	12,12	
Thời gian mắc bệnh	≤ 1 năm	43	35,83	77	64,17	>0,05	24,17	25,83	100	7,5	12,5	>0,05
	> 1 năm	31	36,90	53	63,10		23,81	28,57	100	7,14	15,48	
Thiếu máu	Có	68	37,16	115	62,84	>0,05	23,5	26,78	100	6,56	12,02	>0,05
	Không	6	28,57	15	71,43		28,57	28,57	100	14,29	28,57	

Nam giới có nguy cơ tổn thương thực quản trên nội soi cao hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ tổn thương các vị trí tâm phình vị, thân vị, môn vị và bờ cong nhỏ trên nội soi dạ dày ở giới nam giới cao hơn nữ giới và nhóm có

thời gian mắc bệnh trên 1 năm cao hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Hình ảnh tổn thương tá tràng và một số yếu tố lâm sàng

Bảng 2: Mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương tá tràng và một số yếu tố

Yếu tố liên quan		Tổn thương hành tá tràng				p	Tổn thương tá tràng				p
		Có		Không			Có		Không		
		Số NB	%	Số NB	%		Số NB	%	Số NB	%	
Giới	Nam	65	47,1	73	52,9	> 0,05	3	2,17	135	97,83	> 0,05
	Nữ	22	33,33	44	66,67		0	0	66	100	
Thời gian mắc bệnh	≤ 1 năm	43	35,83	77	64,17	< 0,05	1	0,83	119	99,17	> 0,05
	> 1 năm	44	52,38	40	47,62		2	2,38	82	97,62	
Thiếu máu	Có	81	44,26	102	55,74	> 0,05	3	1,64	180	98,36	> 0,05
	Không	6	28,57	15	71,43		0	0	21	100	

Nguy cơ tổn thương hành tá tràng của nhóm có thời gian mắc bệnh trên 1 năm cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Viêm thực quản trào ngược (GERD) là một trong những tổn thương của đường tiêu hoá do quá nhiều dịch acid, trong nghiên cứu của chúng tôi có 69/204 bệnh nhân (33,8%) có tổn thương viêm thực quản trào ngược trên nội soi, kết quả này tương tự như kết quả của tác giả Yoshiaki Kawaguchi (2009) nghiên cứu 156 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3 – 5 cho thấy tỷ lệ tổn thương GERD trên nội soi là 34,0%. Ngoài ra chúng tôi cũng nhận thấy các tổn thương ít gặp khác của thực quản trên nội soi: loét thực quản (6,37%) và chảy máu thực quản (5,39%). Khi đánh giá các hình thái tổn thương trên nội soi ở dạ dày, chúng tôi thấy rằng các hình thái tổn thương thường gặp là phù nề xung huyết (94,2%), trợt phẳng (81,8%), mặt khác không phát hiện trường hợp nào có tổn thương dạng phì đại và trào ngược dịch mật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của Đặng Thị Lan Anh (2018) cũng cho thấy hình thái tổn thương thường gặp nhất là phù nề xung huyết (89,7%)⁶. Xuất huyết tiêu hoá là một trong những rối loạn thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn, theo tác giả Chih-Chia Liang (2014) nghiên cứu 2968 bệnh nhân thận mạn giai đoạn 3-5 chưa lọc máu cho thấy nguy cơ xuất huyết tiêu hoá tăng lên ở

những khi mức lọc cầu thận giảm đi⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loét và xuất huyết tiêu hoá trên nội soi đường tiêu hoá trên giảm dần theo mức độ suy thận, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có sự khác biệt với các nghiên cứu trước đó có thể do cỡ mẫu của chúng tôi quá nhỏ so các tác giả Trung Quốc và chưa có sự theo dõi dọc các đối tượng nghiên cứu trong thời gian dài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ tổn thương thực quản và viêm thực quản trào ngược trên nội soi ở nam giới cao hơn nữ giới. Kết quả này cũng tương tự như Zhen Chen (2011) khi đánh giá sự ảnh hưởng của giới tính với tổn thương viêm thực quản trào ngược nam giới có tổn thương thực quản trên nội soi nhiều hơn nữ giới⁸. Nguyên nhân có thể được lý giải do nam giới có các yếu tố nguy cơ của trào ngược nhiều hơn nữ giới như hút thuốc lá, uống rượu. Tỷ lệ xuất hiện tổn thương loét và xuất huyết tiêu hoá trên nội soi của nam giới cao hơn nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), kết quả này cũng tương tự như kết quả của tác giả D.Marinescu (2016) tỷ lệ xuất huyết tiêu hoá trên ở bệnh nhân suy thận ở 2 giới là như nhau⁹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ tổn thương hành tá tràng của nhóm có thời gian mắc bệnh trên 1 năm

cao hơn nhóm mắc bệnh ≤ 1 năm. Nghiên cứu này cũng chỉ ra nguy cơ xuất hiện loét và xuất huyết trên nội soi đường tiêu hoá trên của nhóm có thiếu máu cao hơn. Kết quả này tương tự như kết quả của tác giả Nguyễn Văn Cường (2015) nguy cơ tổn thương dạ dày tá tràng ở nhóm bệnh nhân thiếu máu cao gấp 8,2 lần ở nhóm không có bệnh nhân thiếu máu, và kết quả của tác giả Sood P (2012) nguy cơ loét và xuất huyết tiêu hoá ở nhóm bệnh nhân thiếu máu mạn tính cao gấp 3,17 lần (khoảng tin cậy 95%, 2,9-3,15) so với nhóm không thiếu máu¹⁰. Nguyên nhân có thể được cho do nồng độ ure máu cao, thiếu máu thứ phát ở bệnh nhân suy thận mạn làm gây nên rối loạn chức năng của tiêu cầu, thiếu máu cục bộ ở niêm mạc dạ dày – tá tràng do đó làm trầm trọng thêm tình trạng viêm, loét và xuất huyết tiêu hoá.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân mắc BTMT giai đoạn 3, 4, 5 thường gặp hình ảnh tổn thương phù nề xung huyết (94,12%) và trợt phẳng (81,16%) trên nội soi đường tiêu hóa trên. Ngoài ra, còn có một số BN BTMT bị loét hành tá tràng (24,51%). Do đó, nội soi đường tiêu hóa trên là một chỉ định cần thiết và cần làm thường qui ở BN mắc BTMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Habas.** Endoscopy indications in patients with chronic kidney diseases: A single-center experience in Libya. Accessed June 16, 2021
2. **Pakfetrat M, Malekmakan L, Roozbeh J, Tadayon T, Moini M, Goodarzian M.** Endoscopic findings in hemodialysis patients upon workup for kidney transplantation. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation. 2020;31(2):388. doi:10.4103/1319-2442.284013
3. **Chang SS, Hu HY.** Lower Helicobacter pylori infection rate in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients with peptic ulcer disease. J Chin Med Assoc. 2014;77(7):354-359. doi:10.1016/j.jcma.2014.04.004
4. **Chrysoula P, Fotios N, Konstantin T.** Severe gastric lesions due to Helicobacter pylori infection in two patients undergoing hemodialysis. Renal Failure. 2014;36(9):1471-1471. doi:10.3109/0886022X.2014.943671
5. **Strid H, Simrén M, Johansson A, Svedlund J, Samuelsson O, Björnsson ES.** The prevalence of gastrointestinal symptoms in patients with chronic renal failure is increased and associated with impaired psychological general well-being. Nephrology Dialysis Transplantation. 2002;17(8):1434-1439. doi:10.1093/ndt/17.8.1434
6. **Đặng Thị Lan Anh, Nguyễn Hữu Dũng.** Khảo sát biểu hiện lâm sàng và hình ảnh nội soi dạ dày tá tràng ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối. Tạp chí y học Việt Nam. 2018, 472:26-29.
7. **Liang CC, Wang SM, Kuo HL, et al.** Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients with CKD. CJASN. 2014;9(8):1354-1359. doi:10.2215/CJN.09260913
8. **Chen Z, Thompson SK, Jamieson GG, Devitt PG, Watson DI.** Effect of Sex on Symptoms Associated With Gastroesophageal Reflux. Archives of Surgery. 2011;146(10):1164-1169. doi:10.1001/archsurg.2011.248
9. **MARINESCU D, LAZAR M, ZAHARIE S, et al.** Upper Gastrointestinal Bleeding in Chronic Kidney Disease Patients. Curr Health Sci J. 2016;42(3):226-230. doi:10.12865/CHSJ.42.03.02
10. **Sood P, Kumar G, Nanchal R, et al.** Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease Predict a Higher Risk of Mortality in Patients with Primary Upper Gastrointestinal Bleeding. Am J Nephrol. 2012;35(3):216-224. doi:10.1159/000336107