

Trong 82 túi phình động mạch não chưa vỡ, có 2 túi phình hình thoi, còn lại là phình động mạch não hình túi (chiếm 97,56%). Có 70,72% ở vị trí động mạch cảnh trong, tỷ lệ gặp phình động mạch não nhiều thứ 2 sau động mạch cảnh trong là động mạch thông trước, động mạch thông sau, động mạch đốt sống với tỷ lệ 6,1%. Tỷ lệ phình động mạch ở vị trí động mạch não trước, não giữa và động mạch thân nền là 3,66%. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng, phình động mạch não chưa vỡ ở vị trí động mạch cảnh trong là phổ biến. Ujii và cộng sự báo cáo tỷ lệ 61.1% phình động mạch não ở động mạch cảnh trong [8]. Kei Harada báo cáo tỷ lệ này là 60.4% [5].

Phình động mạch não có kích thước nhỏ (<7mm) chiếm 85,37%, phình động mạch não khổng lồ chiếm 1,22%. Kích thước trung bình của phình động mạch não trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,56 \pm 3,66$ mm. Kích thước này nhỏ hơn trong nghiên cứu của UCAS tại Nhật Bản với kích thước trung bình là $5,7 \pm 3,7$ mm do các túi phình < 3mm không được đưa vào thống kê [9], tuy nhiên, UCAS cũng chỉ ra rằng, chủ yếu gặp các túi phình động mạch não kích thước nhỏ (74,5%) và phình động mạch khổng lồ gặp ít nhất với tỷ lệ 0,5%.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,7 \pm 14,9$ tuổi với tỷ lệ nữ nhiều hơn nam. Đa số phình động mạch não chưa vỡ được phát hiện ngẫu nhiên khi bệnh nhân vào viện vì triệu chứng của một bệnh lý khác (67,9%). Triệu chứng thường gặp nhất của phình động mạch não chưa vỡ là đau đầu với tính chất không đặc hiệu (29,5%). Vị trí

hay gặp nhất là động mạch cảnh trong với 70,72%, phình động mạch hình túi là chủ yếu (97,56%). Kích thước trung bình của túi phình là $4,56 \pm 3,66$ mm, túi phình có kích thước nhỏ chiếm đa số (85,37%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stehbens We (1963).** Aneurysms and anatomical variation of cerebral arteries. Arch Pathol, 45 -75.
2. **Makoto Sonobe, Tomosato Yamazaki, et al.** Small Unruptured Intracranial Aneurysm Verification Study. Stroke. 2010;41:1969-1977.
3. **David O. Wiebers (1998).** Unruptured Intracranial Aneurysms - Risk of Rupture and Risks of Surgical Intervention. N Engl J Med 1998; 339:1725-1733.
4. **Ronkainen A, Miettinen H, Karkola K, et al.** Risk of harboring an unruptured intracranial aneurysm. Stroke 1998; 29: 359-62.
5. **Harada, K., Fukuyama, K., Shirouzu, T. et al.** Prevalence of unruptured intracranial aneurysms in healthy asymptomatic Japanese adults: differences in gender and age. Acta Neurochir 155, 2037–2043 (2013)
6. **Iwamoto H, Kiyohara Y, Fujishima M, Kato I, Nakayama K, Sueishi K, Tsuneyoshi M (1999)** Prevalence of intracranial saccular aneurysms in a Japanese community based on a consecutive autopsy series during a 30-year observation period. The Hisayama study. Stroke 30:1390–1395.
7. **Igase K, Matsubara I, Igase M, Miyazaki H, Sadamoto K (2012).** Initial experience in evaluating the prevalence of unruptured intracranial aneurysms detected on 3-tesla MRI. Cerebrovasc Dis 33:348–353.
8. **Ujii H, Sato K, Onda H, Oikawa A, Kagawa M, Takakura K, Kobayashi N (1993)** Clinical analysis of incidentally discovered unruptured aneurysms. Stroke 24:1850–1856.
9. **The UCAS Japan Investigators (2012).** The Natural Course of Unruptured Cerebral Aneurysms in a Japanese Cohort. N Engl J Med 2012; 366:2474-2482.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG CÓ HELICOBACTER PYLORI ÂM TÍNH TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN HÀ ĐÔNG

Phạm Thị Huệ¹, Nguyễn Thị Thanh Tú¹

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

Mục tiêu: Nghiên cứu thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Loét dạ dày-tá tràng có Helicobacter Pylori âm tính tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thời gian thực hiện từ 8/2021 đến tháng 7/2022. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau thượng vị (100%), đầy bụng (75%), chán ăn (70,0%). Kích thước ổ loét trung bình là $3,7 \pm 2,1$ mm, 70% ổ loét

ở giai đoạn hoạt động. Thể tỷ vị hư hàn chiếm 52,5% và thể khí trệ chiếm 47,5%.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, Đặc điểm cận lâm sàng, Loét dạ dày tá tràng.

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER WITH NEGATIVE HELICOBACTER PYLORI TESTS AT HADONG TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

Objective: The study was performed to investigate the clinical and subclinical characteristics of gastric and duodenal ulcer with negative Helicobacter Pylori at Ha Dong Traditional Medicine Hospital. **Subjects and Method:** Prospective, Cross-sectional Descriptive Study on 40 patients with a convenience sampling method, execution time from 8/2021 to 7/2022. **Results:** The common clinical symptoms were epigastric pain (100%); bloating stomach (75%) and poor appetite (70%). The average size of the participating patients' ulcer was 3.7 ± 2.1 mm; 70% of patients whose ulcers were active stage. The percentage of the patients with spleen-stomach deficiency cold pattern and Qi stagnation pattern was 52,5% and 47,5%, respectively.

Keywords: Clinical characteristics, Subclinical characteristics, Gastric and duodenal ulcer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày tá tràng (LDDTT) là một bệnh khá phổ biến trong cộng đồng ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Theo Hội khoa học tiêu hóa Việt Nam, LDDTT chiếm khoảng 26% trong các bệnh về tiêu hóa [2]. Nguyên nhân gây LDDTT là do nhiễm Helicobacter Pylori (HP), loét do sử dụng thuốc giảm đau, chống viêm NSAID, aspirin và loét do stress [8]. Việc xác định được vi khuẩn HP là nguyên nhân chính gây LDDTT là một bước tiến mới trong việc điều trị nguyên nhân [5], [7]. Tuy nhiên, với LDDTT có HP âm tính (HP (-)) với tỷ lệ xuất hiện khoảng 10 – 20% số trường hợp, ngoài việc dùng thuốc thì cần xác định và loại bỏ các yếu tố nguy cơ gây loét. Trong những năm gần đây, với phương châm kết hợp y học hiện đại (YHHĐ) với y học cổ truyền (YHCT) trong khám, chữa bệnh, bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông ngày càng thu dung được nhiều bệnh nhân với diện bệnh đa dạng trong đó nhiều bệnh nhân LDDTT có HP âm tính. Để có cái nhìn tổng quan về mặt bệnh này, từ đó nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có Helicobacter Pylori âm tính tại bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** tuổi ≥ 18 , tự nguyện tham gia nghiên cứu, có các biểu hiện lâm sàng như đau bụng, ợ hơi, ợ chua, đầy bụng; Nội soi dạ dày tá tràng có ổ loét ở dạ dày và /hoặc hành tá tràng; Xét nghiệm HP dựa trên Clo test cho kết quả âm tính.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân LDDTT có HP (-) kèm theo các bệnh lý ung thư, LDDTT có biến chứng (xuất huyết tiêu hóa, hẹp môn vị).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện YHCT Hà Đông được chẩn đoán là LDDTT có HP (-) từ 8/2021 đến tháng 7/2022.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu

+ Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, tiền sử.

+ Triệu chứng lâm sàng:

✓ Triệu chứng lâm sàng theo YHHĐ: các triệu chứng đau, đầy bụng, ợ hơi, ợ chua, chán ăn.

✓ Triệu chứng lâm sàng theo YHCT: Vọng: chất lưỡi, rêu lưỡi; Văn: nghe tiếng nôn, ợ,...; Vấn: hỏi về thời gian bị bệnh, tính chất đau, đại tiểu tiện; Thiết: xem mạch, khám bụng.

+ Triệu chứng cận lâm sàng: Vị trí ổ loét, kích thước ổ loét, giai đoạn hoạt động của ổ loét.

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng đề cương luận văn Thạc sỹ trường Đại Học Y Hà Nội và Hội đồng khoa học của bệnh viện YHCT Hà Đông. Các số liệu được thu thập trung thực, thông tin nghiên cứu được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo một số đặc điểm chính

Đặc điểm	Số lượng (n = 40)	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	30 – 39	2	5,0
	40 – 49	6	15,0
	50 – 59	11	27,5
	≥ 60	21	52,5
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$) 62,1 \pm 13,2			
Giới	Nam	12	30
	Nữ	28	70
Thời gian bị bệnh	< 6 tháng	21	52,5
	6 – 12 tháng	8	20,0
	> 12 tháng	11	27,5

Thể bệnh theo YHCT	Thể khí trệ	19	47,5
	Thể tỳ vị hư hàn	21	52,5

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm đa số với 52,5%, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 62,1 ± 13,2 (tuổi). Phần lớn bệnh nhân là nữ giới với tỷ lệ là 70%. Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (52,5%). Bệnh nhân thuộc thể Tỳ vị hư hàn chiếm tỷ lệ 52,5%, thể Can khí phạm vị (khí trệ) chiếm 47,5%.

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử thói quen của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử thói quen	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc	11	27,5
Uống rượu, bia	13	32,5
Dùng cà phê, trà	6	15,0
Sử dụng thuốc NSAID	25	62,5
Căng thẳng, stress	13	32,5
Gia đình có người bị LDDTT	26	65,0

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tiền sử sử dụng thuốc NSAID (62,5%). Đa số bệnh nhân có tiền sử gia đình bị LDDTT (65%).

3.2. Các triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3. Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Thể bệnh		Tổng (n = 40)	
	Tỳ vị hư hàn (n=21)	Thể khí trệ (n=19)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau thượng vị	21	19	40	100
Ăn kém, chán ăn	16	12	28	70,0
Ợ hơi, Ợ chua	7	15	22	55,0
Buồn nôn, nôn	11	6	17	42,5
Đầy bụng, chậm tiêu	14	16	30	75,0
Đại tiện táo	0	13	13	35,0
Đại tiện nát	17	0	18	45,0
Đại tiện bình thường	4	6	10	25,0

Nhận xét: 100% bệnh nhân có biểu hiện đau thượng vị ở cả 2 thể, triệu chứng ăn kém, chán ăn gặp ở 76,2% bệnh nhân thuộc thể tỳ vị hư hàn, 63,2% thể khí trệ. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện đầy bụng chậm tiêu gặp nhiều ở cả hai thể.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.4. Vị trí và số lượng, kích thước của ổ loét trên nội soi

Cận lâm sàng	Số lượng ổ loét	Vị trí	
		Loét dạ dày (n = 27)	Loét hành tá tràng (n = 21)
		n	%
1 ổ loét	22	81,5	19
2 ổ loét	5	18,5	2
Tổng	27	100	21

Kích thước trung bình ổ loét (mm) (n=40) ($\bar{x} \pm SD$): 3,7 ± 2,1

Nhận xét: Có 27 bệnh nhân có ổ loét ở dạ dày, 21 bệnh nhân có ổ loét ở hành tá tràng. Đa số bệnh nhân có 1 ổ loét. Kích thước trung bình của ổ loét là 3,7 ± 2,1 (mm).

Bảng 3.5. Giai đoạn hoạt động của ổ loét trên thể lâm sàng YHCT

Thể bệnh	Tỳ vị hư hàn (n = 21)		Thể khí trệ (n = 19)		Tổng (n = 40)	
	n	%	n	%	n	%
Giai đoạn hoạt động	12	57,1	16	84,2	28	70,0
Giai đoạn lành ổ loét	7	33,3	3	15,8	10	25,0
Giai đoạn liền sẹo	2	9,6	0	0	2	5,0

Nhận xét: 70% đối tượng tham gia nghiên cứu có ổ loét ở giai đoạn hoạt động. Trong đó, thể Tỳ vị hư hàn chiếm 57,1%; thể khí trệ chiếm 84,2%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy các độ tuổi mắc bệnh tập trung nhiều ở nhóm tuổi trên 60 (52,5%), độ tuổi trung bình là 62,1 tuổi. Độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng

tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Chen TS và cộng sự khi nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của bệnh LDDTT có HP (-) độ tuổi mắc bệnh trung bình là 60,3 tuổi [6]. Ở tuổi cao, bệnh nhân thường có nguy cơ mắc các bệnh mạn tính nhiều hơn trong đó thông thường là các bệnh về cơ xương khớp. Vì vậy, nguy cơ loét do sử dụng các thuốc chống viêm hoặc loét do stress

cao hơn các đối tượng trẻ. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, đa phần đối tượng nghiên cứu là nữ giới. Kết quả này tương đồng với tác giả Đào Nguyễn Khải và cộng sự khi nghiên cứu nguyên nhân, mức độ và hình ảnh nội soi ở 150 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng, với tỷ lệ nữ/nam là 1,9 [3]. Trong nhiều nghiên cứu về LDDTT có HP (-) tỷ lệ nữ thường lớn hơn nam. Có thể do đặc điểm nữ giới sau tuổi trung niên thường mắc các bệnh về thoái hóa khớp, viêm khớp nhiều hơn nam giới, khả năng dùng các thuốc chống viêm sẽ cao hơn, đồng thời cũng hay lo lắng về bệnh tật hơn nam giới. Và đây cũng là những yếu tố nguy cơ làm phụ nữ dễ mắc bệnh hơn nam giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mắc bệnh LDDTT dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất. Đa số bệnh nhân có tiền sử sử dụng thuốc giảm đau NSAID (62,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đào Nguyễn Khải năm 2018 với tỷ lệ 61,8%. Do sử dụng NSAID/aspirin là nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh LDDTT có HP (-) [3]. Bên cạnh đó, theo nghiên cứu của Young Kwang Shim (2016) khi nghiên cứu về NSAID và bệnh LDDTT cho thấy tỷ lệ mắc bệnh loét dạ dày tá tràng đang gia tăng ở nhóm dân số già, chủ yếu là do việc sử dụng ngày càng nhiều NSAID để giảm đau và viêm. Bệnh loét và biến chứng của loét dạ dày – tá tràng xảy ra khoảng trên 25% bệnh nhân sử dụng các thuốc nhóm kháng viêm Non-Steroid. Cơ chế là do các thuốc NSAID ức chế tổng hợp prostaglandin và sự phát triển các tế bào niêm mạc dạ dày [8].

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có tiền sử gia đình mắc bệnh lý loét dạ dày tá tràng (chiếm 65,0%). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Lí Kiến Cường (62,5%). Bệnh LDDTT được chứng minh là có liên quan đến di truyền gen, lối sống của bệnh nhân [1]. Tỷ lệ bệnh nhân có thói quen sử dụng rượu bia chiếm 32,5%, trong đó có đến 10/12 bệnh nhân nam thường xuyên uống rượu bia. Uống quá nhiều rượu là một trong các yếu tố nguy cơ làm xuất hiện các triệu chứng của LDDTT. Có 32,5% bệnh nhân đã từng gặp phải các vấn đề về tâm lý, căng thẳng, stress kéo dài, nhiều nghiên cứu chỉ ra sức khỏe tâm thần có liên quan đến việc gia tăng tỷ lệ mắc LDDTT. Có 15,0% số bệnh nhân tham gia nghiên cứu đã từng uống trà hay cà phê. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy không có mối liên quan giữa việc uống cà phê với bệnh LDDTT. LDDTT có nhiều nguyên nhân cũng như yếu tố nguy cơ gây bệnh như vi khuẩn, cơ địa, gia đình, do thuốc và hóa chất, do yếu tố thần kinh...[8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% có triệu chứng đau, đa số có biểu hiện ăn kém, chán ăn và đầy bụng, khó tiêu. Đây cũng là những triệu chứng chính ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và là nguyên nhân khiến người bệnh đến viện khám và điều trị. Trong 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 85% số bệnh nhân có 1 ổ loét, 15% có 2 ổ loét. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Bá Tuyền (2013), tỷ lệ LDDTT có 1 ổ loét là 81% [4]. Do đa số bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh không lâu nên kích thước trung bình của ổ loét thường nhỏ ($3,7 \pm 2,1$ (mm)). Đa số các bệnh nhân tham gia nghiên cứu có ổ loét ở giai đoạn hoạt động. Khi ổ loét ở giai đoạn hoạt động thường gây các triệu chứng lâm sàng như đau bụng, đầy bụng... Đây cũng chính là các triệu chứng khiến người bệnh phải đến viện khám và điều trị.

V. KẾT LUẬN

Bệnh thường gặp ở phụ nữ, trên 60 tuổi, thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ cao. Đa số bệnh nhân có tiền sử sử dụng NSAID (62,5%), tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc LDDTT chiếm 65%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau thượng vị (100%); đầy bụng (75%), chán ăn (70%). Kích thước ổ loét trung bình là $3,7 \pm 2,1$ mm, ổ loét chủ yếu ở giai đoạn hoạt động (70%). Tỷ lệ bệnh nhân ở thể Tỳ vị hư hàn chiếm 52,5%, thể Khí trệ chiếm 47,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lí Kiến Cường, Lí Vũ Cường, Lí Vũ Quân.** Ôn đờm thang điều trị 48 trường hợp loét dạ dày HP âm tính. Trung Y Sơn Tây. 2022:15-16.
2. **Nguyễn Xuân Huyền.** Bệnh Loét Dạ Dày Tá Trạng. Nhà xuất bản Y học; 2003.
3. **Đào Nguyễn Khải, Khiên VV, Hồ PTT.** Nguyên nhân, mức độ và hình ảnh nội soi ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có biến chứng chảy máu tiêu hóa. J 108-Clin Med Pharmacy. Published online 2018:31-37.
4. **Phạm Bá Tuyền.** Nghiên cứu tác dụng của HPmax trong điều trị loét hành tá tràng có Helicobacter pylori. Published online 2013.
5. **Trường Đại học Y Hà Nội.** Bệnh học nội khoa tập 2. Nhà xuất bản Y học; 2012:24-31. 3
6. **Chen TS, Chang FY.** Clinical characteristics of Helicobacter pylori-negative duodenal ulcer disease. Hepatogastroenterology. 2008;55(86-87):1615-1618.
7. **Malik TF, Gnanapandithan K, Singh K.** Peptic Ulcer Disease. StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Accessed July 25, 2022.
8. **Young Kwang Shim, Kim N.** Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug and Aspirin-induced Peptic Ulcer Disease. Korean J Gastroenterol Taehan Sohwagi Hakhoe Chi. 2016;67(6):300-312. doi:10.4166/kjg.2016.67.6.300.