

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG 72 BỆNH NHÂN CÓ CHỈ ĐỊNH NỘI SOI RUỘT NON BÓNG KÉP VÀ VAI TRÒ CỦA KỸ THUẬT TRONG CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ

Đỗ Thiện Quảng^{1*}, Dương Văn Tú¹, Vũ Đức Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân có chỉ định thực hiện nội soi ruột non bóng kép và vai trò của kỹ thuật trong chẩn đoán, điều trị.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân có chỉ định và được thực hiện nội soi ruột non bóng kép trong chẩn đoán, điều trị, tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2015 đến tháng 3/2023.

Kết quả: Bệnh nhân trung bình $43 \pm 16,7$ tuổi, còn trong độ tuổi lao động là 80,5% bệnh nhân. Tỷ lệ giới tính bệnh nhân nam/nữ là 1,12/1. 44,4% bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh lý mạn tính. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là thiếu máu (77,2%), đau bụng (61,1%), đại tiện phân máu/phân đen (50,0%). 61,1% bệnh nhân nội soi hết toàn bộ ruột non. Tỷ lệ chẩn đoán bệnh lý ruột non đạt 47,2%. Đặc điểm tổn thương ở ruột non: viêm loét ruột non: 41,2%; u ruột non: 23,5%; chảy máu: 11,8%, dị vật thức ăn: 11,8%. Có 23,5% bệnh nhân can thiệp điều trị thành công qua nội soi ruột non bóng kép.

Kết luận: Nội soi ruột non bóng kép vừa giúp chẩn đoán bệnh chính xác, vừa giúp can thiệp điều trị hiệu quả các bệnh lý ruột non.

Từ khóa: Nội soi ruột non, bóng kép, bệnh lý ruột non.

ABSTRACT

Objectives: Remark the clinical characteristics of patients with indications for double-balloon small bowel intestine enteroscopy and the role of the technique in the diagnosis and treatment.

Subjects and methods: A prospective study and cross-sectional description of 72 patients with indications for and performed double-balloon small bowel intestine enteroscopy for diagnosis and treatment at the Gastroenterology Department of the Military Hospital 110 from January 2015 to March 2023.

Results: The average age of patients was 43 ± 16.7 years, with 80.5% still in the working-age group. The male-to-female ratio was 1.12/1. Approximately 44.4% of patients had a history of chronic diseases. The clinical symptoms included anemia (77.2%), abdominal pain (61.1%), and melena/hematochezia (50.0%). Complete small bowel intestine examination was performed in 61.1% of patients. The diagnostic rate for small bowel intestine diseases was 47.2%. Characteristics of lesions in the small intestine: inflammation/ulcers (41.2%), small bowel intestine tumors (23.5%), bleeding (11.8%), and foreign body ingestion (11.8%). Successful interventional treatment through double-balloon enteroscopy achieved in 23.5% of patients.

Conclusions: Double-balloon small bowel intestine enteroscopy not only helped accurately diagnose the disease, but also helped effectively intervene and treat small bowel intestine diseases.

Keywords: Small bowel intestine enteroscopy, double-balloon, small bowel intestine diseases.

Chịu trách nhiệm nội dung: Đỗ Thiện Quảng, Email: duongtu18795@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2023; mời phản biện khoa học: 7/2023; chấp nhận đăng: 07/9/2023.

¹Bệnh viện Quân y 110

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ruột non là bộ phận dài nhất và hẹp nhất của ống tiêu hóa. Phần lớn ruột non di động, chỉ một phần tá tràng được cố định vào thành bụng [1]. Bệnh lý ruột non ít gặp trong thực hành lâm sàng, song số người mắc bệnh đang có xu hướng gia tăng, với những diễn biến lâm sàng ngày càng

phong phú và phức tạp. Cấu tạo và đặc điểm giải phẫu phức tạp của ruột non khiến cho việc tiếp cận chẩn đoán bệnh lý ruột non gặp nhiều khó khăn. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng...) an toàn, chi phí thấp, có giá trị chẩn đoán cao trong việc phân tích hình ảnh nhưng lại không thể sinh thiết hỗ trợ chẩn

đoán hay can thiệp điều trị. Từ năm 2000, đã áp dụng viên nang (capsule endoscopy) để chẩn đoán bệnh lý ruột non. Đây là kĩ thuật đơn giản, dễ sử dụng, an toàn, cho phép quan sát trực tiếp hình ảnh ruột non, nhưng vẫn không khắc phục được nhược điểm của phương pháp trên. Việc áp dụng viên nang (capsule endoscopy) đã mở đầu cho sự ra đời của kĩ thuật nội soi ruột non (NSRN). Năm 2001, NSRN bóng kếp ra đời đã khắc phục được những vấn đề đó và lan rộng khắp toàn cầu. Tại Việt Nam, từ năm 2011, một số bệnh viện lớn đầu ngành của cả nước đã thực hiện kĩ thuật NSRN bóng kếp trong chẩn đoán và can thiệp, như Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện E...

Năm 2014, Bệnh viện Quân y 110 được trang bị đầy đủ hệ thống NSRN bóng kếp và triển khai thành công kĩ thuật NSRN bóng kếp trong chẩn đoán và can thiệp điều trị bệnh nhân (BN), nhưng việc đánh giá, tổng kết kinh nghiệm trong thực hiện kĩ thuật chưa được nghiên cứu đầy đủ. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng các BN có chỉ định và được thực hiện kĩ thuật NSRN bóng kếp.
- Đánh giá vai trò kĩ thuật NSRN bóng kếp trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ruột non.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

72 BN có chỉ định và được thực hiện NSRN bóng kếp, điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2015 đến tháng 3/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN xuất huyết tiêu hóa chưa rõ nguyên nhân, đã thực hiện nội soi dạ dày và đại tràng không phát hiện nguồn chảy máu hoặc nghi ngờ nguồn chảy máu từ ruột non; BN thiếu máu chưa rõ nguyên nhân; BN có kết quả chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, nội soi dạ dày - đại tràng, chụp cắt lớp vi tính, X quang ổ bụng, MRI ổ bụng...) nghi ngờ tổn thương ruột non; BN tiêu chảy mạn tính, đau bụng mạn tính chưa rõ nguyên nhân hoặc nghi ngờ bệnh lý Crohn...

- Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ có thai; BN có chống chỉ định với gây mê; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Phương tiện nghiên cứu: hồ sơ bệnh án, máy NSRN bóng kếp (hãng Fujnon), các phương tiện đi kèm (kim sinh thiết, kẹp clip, thuốc gây mê...).
- Phương pháp tiến hành:
 - + Chuẩn bị: tất cả BN nghiên cứu đều được khám lâm sàng, chỉ định làm xét nghiệm đầy đủ... BN được giải thích thủ thuật, nhịn ăn trước 6 giờ,

dùng thuốc làm sạch lòng ruột non. Cho BN nằm tư thế nghiêng trái, chân trên co, chân dưới duỗi.

+ Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

+ Quy trình kĩ thuật NSRN bóng kếp qua đường miệng và đường hậu môn cho phép khảo sát toàn bộ niêm mạc ruột non. Cụ thể:

* NSRN bóng kếp qua đường miệng: bác sĩ đưa máy soi có bôi trơn Xylocaine jelly qua đường miệng. Khi máy soi vào tới đoạn II tá tràng, điều dưỡng phụ soi bắt đầu luồn overtube với kĩ thuật đẩy kéo dựa trên nguyên lý bóng ở phần đầu có tác dụng giữ chặt vào thành ống tiêu hóa, giúp máy soi đi vào vị trí sâu hơn mà không bị cuộn máy, bóng thứ hai giúp máy không bị kéo ra ngoài khi thao tác overtube. Quan sát niêm mạc dạ dày, hành tá tràng, tá tràng, ruột non và ra y lệnh chụp ảnh tổn thương, hoặc thực hiện các kĩ thuật sinh thiết, kẹp clip, cắt poly... Trước khi rút ống soi kết thúc kĩ thuật, kẹp clip đánh dấu.

* NSRN bóng kếp qua đường hậu môn: đưa máy qua đại tràng, qua van hồi manh tràng đến vị trí ruột non có kẹp clip, quan sát tổn thương ở niêm mạc ruột non.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh, một số biểu hiện lâm sàng.

+ Vai trò chẩn đoán và điều trị bệnh lý ruột non qua NSRN bóng kếp: tỉ lệ soi hết toàn bộ ruột non, khả năng chẩn đoán của NSRN bóng kếp (tỉ lệ giữa số BN tìm thấy tổn thương ruột non là nguyên nhân gây bệnh với tổng số BN đã được NSRN bóng kếp), đặc điểm tổn thương phát hiện trên NSRN, định hướng phương pháp điều trị tổn thương trên NSRN bóng kếp.

- Đạo đức: đề tài được hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 110 thông qua.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới tính

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
≤ 19 tuổi	4 (5,6%)	0	4 (5,6%)
Từ 20-39 tuổi	12 (16,7%)	14 (19,4%)	26 (36,1%)
Từ 40-59 tuổi	16 (22,2%)	16 (22,2%)	32 (44,4%)
≥ 60 tuổi	6 (8,3%)	4 (5,6%)	10 (13,9%)
Tổng	38 (52,8%)	34 (47,2%)	72 (100%)

- Tuổi trung bình của BN nghiên cứu là $43 \pm 16,7$ tuổi, trong đó, hay gặp BN từ 20-39 tuổi (36,1%) và từ 40-59 tuổi (44,4%). Như vậy, chủ yếu BN trong độ tuổi lao động (20-59 tuổi). Kết quả này tương đương các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (BN trung bình $40,5 \pm 17,1$ tuổi) [1]; Roushan N (55 BN NSRN bóng kếp có tuổi trung bình $47,2 \pm 17,3$ tuổi [5]). Các nghiên cứu trên đều cho thấy, đa số BN được thực hiện kĩ thuật đều trong độ tuổi lao động.

- BN nam (52,8%) tương đương BN nữ (47,2%). Tỷ lệ BN nam/nữ là 1,12/1; tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (tỷ lệ BN nam/nữ là 1/1) [1].

Bảng 2. Tiền sử bệnh (n = 72).

Tiền sử bệnh	Số BN	Tỷ lệ %
Phẫu thuật ổ bụng	10	13,9
Bệnh lí mạn tính	32	44,4
Xuất huyết tiêu hóa.	16	22,2
Sử dụng các thuốc kháng viêm không Steroid	16	22,2
Tiền sử khác	20	27,8

Kết quả nghiên cứu thấy 44,4% BN có tiền sử mắc bệnh mạn tính (gồm các bệnh lí về tiêu hóa, chủ yếu là bệnh lí dạ dày, hội chứng ruột kích thích, tiêu chảy mạn tính chưa được chẩn đoán xác định, lao ruột...), 22,2% BN có tiền sử xuất huyết tiêu hóa (được chẩn đoán lúc nhập viện/đi khám là xuất huyết tiêu hóa chưa rõ nguyên nhân), 27,8% BN có các tiền sử khác. Việc khai thác tiền sử phẫu thuật ổ bụng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh lí mạn tính hay tiền sử dùng thuốc trước đó liên quan đến quyết định BN có thể nội soi hay không, cũng như góp phần chẩn đoán bệnh lí ruột non và nguyên nhân gây bệnh.

Bảng 3. Một số biểu hiện lâm sàng (n = 72)

Biểu hiện lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ %
Thiếu máu	52	77,2
Đại tiện phân máu/phân đen	36	50,0
Đau bụng	44	61,1
Gầy sút cân	24	33,3
Rối loạn phân	30	41,7
Chướng bụng/đầy hơi	14	19,4
Sờ thấy khối ở bụng	2	2,8

Biểu hiện lâm sàng hay gặp là thiếu máu (72,2%), đau bụng (61,1%), đại tiện ra máu/phân đen (50,0%). Điều này là do có một tỷ lệ lớn BN vào viện vì lí do xuất huyết tiêu hóa chưa rõ nguyên nhân. Số ít BN được chẩn đoán u ruột non hoặc viêm ruột mạn tính có quá trình diễn biến bệnh dài

ngày cũng gây thiếu máu trên lâm sàng. Đau bụng là triệu chứng hay gặp sau triệu chứng thiếu máu, chủ yếu BN đau bụng âm ỉ liên tục, kéo dài, trong đó có 2 BN đau bụng từng cơn (bệnh cảnh bán tắc ruột) và NSRN bóng kếp tìm ra nguyên nhân là do bã thức ăn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (thiếu máu: 78,9%, đau bụng: 57,9% và đại tiện phân máu/phân đen: 47,4%) [1].

3.2. Vai trò của NSRN bóng kếp

- Tỷ lệ BN nội soi hết toàn bộ ruột non (n = 72):

+ Soi hết toàn bộ ruột non: 44 BN (61,1%).

+ Soi không hết ruột non: 28 BN (38,9%).

Tất cả các BN nghiên cứu đều được nội soi qua cả 2 đường (đường miệng và đường hậu môn), trong đó có 44 BN (61,1%) nội soi hết toàn bộ ruột non. Không trường hợp nào nội soi hết ruột non chỉ qua 1 đường. Thông thường, BN được NSRN qua đường miệng trước, khi đạt đến điểm xa nhất của ruột non mà đầu ống soi chạm tới, chúng tôi sẽ đánh dấu vị trí đó bằng 1 clip. Ở lần soi tiếp theo qua đường hậu môn, nếu gặp clip của lần soi trước chứng tỏ toàn bộ chiều dài ruột non đã được khảo sát (đánh giá là soi hết toàn bộ ruột non). Các trường hợp không soi hết được do ảnh hưởng của nhiều yếu tố, như tiền sử phẫu thuật bụng gây dính ruột, tổn thương ruột non gây tắc hoặc hẹp lòng ruột, hoặc do yếu tố chủ quan (gây mê hoặc kĩ thuật soi). Các yếu tố chủ quan này sẽ được chúng tôi rút kinh nghiệm, khắc phục trong những ca tiếp theo (cả về gây mê và thực hiện kĩ thuật soi).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (58,6% BN nội soi hết toàn bộ ruột non và không trường hợp nào nội soi hết ruột non qua 1 đường) [1].

- Khả năng chẩn đoán bệnh lí ruột non qua NSRN bóng kếp (n = 72):

+ Phát hiện tổn thương: 34 BN (47,2%).

+ Không phát hiện tổn thương: 38 BN (52,8%).

Kết quả nghiên cứu thấy có 34 BN (47,2%) phát hiện tổn thương ruột non qua NSRN. Khả năng chẩn đoán bệnh lí ruột non qua NSRN bóng kếp của chúng tôi đạt tỷ lệ 47,2%. Nghiên cứu của Seong R.J (2011) cho thấy khả năng chẩn đoán bệnh lí ruột non của kĩ thuật NSRN bóng kếp đạt 40-60% [6]; tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

Trong số trường hợp phát hiện tổn thương ruột non thì có 4 trường hợp có tổn thương ruột non không gây bệnh cảnh xuất huyết tiêu hóa (gồm u mỡ và tổn thương viêm xung huyết ruột non nhưng không có tổn thương loét, loét).

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương trên NSRN

Đặc điểm tổn thương	Số BN	Tỉ lệ %
U ruột non	8	23,5
Viêm loét ruột non	14	41,2
Túi thừa ruột non	2	5,9
Nhiễm kí sinh trùng (giun móc)	2	5,9
Chảy máu	4	11,8
Dị vật ruột non	4	11,8
Tổng	34	100

Kết quả nghiên cứu thấy 34 BN (47,2%) có tổn thương ruột non được phát hiện qua nội soi, 38 BN (52,8%) không nội soi hết toàn bộ ruột non hay không phát hiện thấy tổn thương ruột non. Trong số BN có tổn thương qua NSRN bóng kép thấy chủ yếu BN viêm loét ruột non (41,2%) và u ruột non (23,5%). Đặc biệt, có 4 BN (11,8%) chảy máu và 4 BN (11,8%) dị vật thức ăn.

Nghiên cứu của Kiều Văn Tuấn và Nguyễn Thị Hương Giang cho biết rằng, các tổn thương ở ruột non rất đa dạng, phong phú và nhiều khi chẩn đoán cũng gặp nhiều khó [2], [1].

Bảng 5. Định hướng phương pháp điều trị tổn thương trên NSRN bóng kép (n = 34)

Đặc điểm tổn thương	Số BN	Phương pháp điều trị
Polyp ruột non	4	Cắt polyp qua nội soi
Viêm loét ruột non	14	Điều trị nội khoa
U ruột non (GIST)	4	Phẫu thuật
Nhiễm kí sinh trùng (giun móc)	2	Điều trị nội khoa
Chảy máu	4	Kẹp Clip qua nội soi
Túi thừa ruột non	2	Phẫu thuật
Dị vật ruột non (bã thức ăn)	4	Phẫu thuật

Dựa trên kết quả nội soi, chúng tôi đã đưa ra kế hoạch điều trị, cụ thể: 10 BN (29,4%) phẫu thuật, trong đó, có 4 trường hợp u ruột non (3 trường hợp u GIST ruột non được phẫu thuật và 1 trường hợp u mỡ ruột non không can thiệp phẫu thuật); 8 BN (23,5%) điều trị thành công, không tái biến qua NSRN (cắt polyp ruột non, kẹp clip cho BN chảy máu ruột non). NSRN bóng kép không chỉ giúp chẩn đoán bệnh, sinh thiết mà còn có tác dụng can thiệp điều trị qua nội soi.

Kiều Văn Tuấn thống kê 622 BN có can thiệp điều trị qua nội soi ruột non, kết quả 100% BN can thiệp điều trị thành công và không có biến chứng

sau điều trị [2]. Nghiên cứu của Phạm Hữu Tùng cho thấy 100% BN can thiệp điều trị bệnh lí ruột non qua NSRN bóng kép thành công [4].

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 72 BN có chỉ định và được thực hiện NSRN bóng kép, điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2015 đến tháng 3/2023, kết luận:

- Tuổi trung bình của BN là 43 ± 16,7 tuổi, trong đó, 80,5% BN trong độ tuổi lao động (từ 20-59 tuổi). Tỉ lệ BN nam/nữ: 1,12/1.

- 44,4% BN có tiền sử mắc bệnh lí mạn tính (chủ yếu là các bệnh lí tiêu hóa). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là thiếu máu (77,2%), đau bụng (61,1%) và đại tiện phân máu/phân đen (50,0%).

- 61,1% BN nội soi hết toàn bộ ruột non. Tỉ lệ chẩn đoán bệnh lí ruột non qua NSRN bóng kép đạt 47,2%.

- Đặc điểm tổn thương ở ruột non: viêm loét ruột non: 41,2%; u ruột non: 23,5%; chảy máu: 11,8% và dị vật thức ăn: 11,8%

- 23,5% BN điều trị can thiệp thành công và không để lại tái biến, biến chứng qua NSRN.

NSRN bóng kép không chỉ giúp chẩn đoán bệnh, sinh thiết bệnh phẩm mà còn giúp điều trị can thiệp qua nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hương Giang và cs (2014), *Nghiên cứu ứng dụng kĩ thuật nội soi ruột non bóng kép trong thăm dò ruột non*, Luận văn tiến sĩ Đại học Y Hà Nội.
2. Kiều Văn Tuấn, Trần Việt Hùng và cs (2012), “Vai trò của nội soi ruột non bóng đơn trong chẩn đoán và điều trị bệnh lí ruột non”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 12-2012, tr. 98-102.
3. Đỗ Xuân Hợp (1977), *Mạch máu của dạ dày*, Giải phẫu bụng, Nhà xuất bản Y học, tr130-131.
4. Phạm Hữu Tùng, Hồ Đăng Quý Dũng và Trần Đình Trí (2012), “Hiệu quả bước đầu của nội soi ruột non trong chẩn đoán và điều trị xuất huyết ở ruột non tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, *Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam*, 7 (26): 1757-1761.
5. Roushan N, et al (2014), “Double-balloon Enteroscopy: The results of a new experience in Iran”, *Med J Islam Repub Iran*. 28: p.19.
6. Jeon S.R and Kim J.O (2013), “Deep Enteroscopy: Which Technique Will Survive?”. *Clin Endosc*. 46 (5): p. 480-5. □