

nghiên cứu của tôi thì tỉ lệ này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$  (Bảng 3).

Theo nghiên cứu của Bùi Quang Tuyến (2010) [3] thì ở bệnh nhân phẫu thuật thoát vị đĩa đệm gặp tới 65% có dây chằng vàng, tác giả dẫn chứng với Irger (1971) gặp tới 85,7% có dây chằng vàng. Với phẫu thuật nội soi thì việc giải quyết vấn đề dây chằng vàng vẫn còn khá khó khăn, do đó những trường hợp thoát vị đĩa đệm có dây chằng vàng kết hợp thì xu hướng mổ mở vẫn được ưu tiên lựa chọn.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng gặp nhiều nhất ở L4-L5 và L5-S1, chủ yếu là thoái hóa đĩa đệm độ III. Phần lớn các bệnh nhân có hẹp khe đĩa đệm và mất đường cong sinh lí cột sống, có thể gặp phì đại dây chằng vàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hahne A. J., Ford J. J. (2006) Functional

restoration for a chronic lumbar disk extrusion with associated radiculopathy. *Phys Ther.* 86(12): 1668-1680.

2. Takano Hiromitsu (2020) Classification of Intervertebral Disc Degeneration in Low Back Pain Using Diffusional Kurtosis Imaging. *Open Journal of Radiology.* 10: 79-89.
3. Tuyến Bùi Quang (2010) Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống, Nhà xuất bản Y học.
4. Tiến N.L.B. (2013) Nghiên cứu ứng dụng ống nong trong phẫu thuật thoát vị đĩa đệm đơn tần cột sống thắt lưng cùng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.
5. Kulkarni A. G., Bassi A., Dhruv A. (2014) Microendoscopic lumbar discectomy: Technique and results of 188 cases. *Indian J Orthop.* 48(1): 81-87.
6. Dohrmann G. J., Mansour N. (2015) Long-Term Results of Various Operations for Lumbar Disc Herniation: Analysis of over 39,000 Patients. *Med Princ Pract.* 24(3): 285-290.
7. Hatem Hatem, K.Jbara Khalida, Hamdan Thamer (2005) Histological changes of ligamenta flava in lumbar disc herniation and spinal canal stenosis. *Basrah Journal of Surgery.* 11: 24-37.

# ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HỘI CHỨNG DE QUERVAIN VÀ VIÊM BAO GÂN GẤP NGÓN TAY TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN XUÂN LỘC TỪ THÁNG 12/2019 ĐẾN THÁNG 10/2020

Bùi Mạnh Tiến<sup>1</sup>, Lâm Văn Nút<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả phẫu thuật điều trị hội chứng de Quervain (viêm mòm trâm quay) và viêm bao gân gấp ngón tay (ngón tay lò xo) tại Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ tháng 12/2019 đến tháng 10/2020. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang tất cả các bệnh nhân nhập viện tại Khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ tháng 12/2019 đến tháng 10/2020, với chẩn đoán: hội chứng de Quervain hoặc viêm bao gân gấp ngón tay. **Kết quả:** Độ tuổi phẫu thuật thường gặp là 30-60 tuổi. Viêm bao gân cấp: nữ (77,7%), nam (22,2%); Viêm mòm trâm quay: nữ (81,8%), nam (18,2%). Tỷ lệ mắc viêm bao gân cấp thường gặp ở nhóm nghề nghiệp văn phòng (33,4%); viêm mòm trâm quay thường gặp ở công nhân (45,5%). 100% bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ phù hợp với chẩn đoán trước mổ. Cắt bỏ bao gân và màng hoạt dịch, cắt bỏ dây chằng A1 chiếm 77,8%. Có 55,5% bệnh nhân cắt toàn bộ dây chằng theo chiều ngang, gỡ

dính gân - cắt bỏ một phần các bao gân viêm. 100% bệnh nhân đáp ứng điều trị về cơ năng tốt. 100% ca phẫu thuật không có tai biến, biến chứng trong điều trị. **Kết luận:** Phẫu thuật hội chứng de Quervain và viêm bao gân gấp ngón tay không có tai biến, biến chứng trong điều trị. Bệnh nhân đáp ứng điều trị về cơ năng tốt. **Từ khóa:** đánh giá bước đầu, kết quả phẫu thuật, viêm bao gân cấp, viêm mòm trâm quay.

## SUMMARY

### INITIAL EVALUATION OF SURGICAL RESULTS OF DE QUERVAIN'S SYNDROME AND FINGER FLEXIBLE TENDONITIS AT XUAN LOC DISTRICT MEDICAL CENTER FROM DECEMBER 2019 TO OCTOBER 2020

**Research objectives:** Evaluating the effectiveness of surgery to treat de Quervain syndrome (inflammation of the radial styloid) and finger flexor tenosynovitis (trigger finger) at Xuan Loc District Medical Center from December 2019 to October 2020. **Methods:** A retrospective cross-sectional study of all patients hospitalized in the Department of General Surgery at Xuan Loc District Medical Center from December 2019 to October 2020, with the diagnosis of de Quervain syndrome or finger flexor tendon bursitis. **Results:** The typical age for surgery was 30-60 years. For acute tenosynovitis: female (77.7%), male (22.2%); for radial styloid

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mạnh Tiến

Email: khoangoaixuanloc@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024

inflammation: female (81.8%), male (18.2%). The incidence of acute tenosynovitis was common among office workers (33.4%); radial styloid inflammation was common in manual laborers (45.5%). 100% of patients' postoperative diagnoses were consistent with their preoperative diagnoses. The removal of the tendon sheath and synovium, as well as the A1 ligament, accounted for 77.8%. 55.5% of patients underwent complete horizontal ligament release, along with the removal of tendon adhesions and partial excision of inflamed tendon sheaths. 100% of patients had a good functional response to treatment. 100% of surgeries had no complications or adverse effects during treatment. **Conclusion:** Surgery for de Quervain syndrome and finger flexor tenosynovitis had no complications or adverse effects during treatment. Patients had a good functional response to treatment.

**Keywords:** initial assessment, surgical results, acute tenosynovitis, radial styloid inflammation.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hội chứng de Quervain (viêm mòm trâm quay) và viêm bao gân gấp ngón tay (ngón tay lò xo) khá thường gặp trên lâm sàng. Các bệnh này ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và lao động của rất nhiều người. Các bệnh này diễn biến âm thầm với các dấu hiệu mơ hồ như đau nhẹ khi cử động, khó vận động trong các cử động khéo léo làm cho bệnh nhân chú quan. Chỉ đến khi các dấu hiệu lâm sàng nặng như xuất hiện các dấu hiệu "lục cục", dấu "lò xo" bệnh nhân (BN) mới tới bệnh viện khám. Theo các tài liệu y văn thế giới thì 02 bệnh này thường do cơ địa của BN nên có thể bị bệnh ở nhiều vị trí cùng lúc.

Việc điều trị sử dụng kỹ thuật không quá phức tạp, kết quả điều trị được BN cảm nhận được ngay, BN sau điều trị rất phấn khởi yên tâm. Qua quá trình điều trị, chúng tôi nhận thấy cần phải tổng kết công tác điều trị rút kinh nghiệm công việc để ngày càng làm việc tốt hơn. Việc tổng kết cần phải khoa học, khách quan sẽ làm cho các kết luận có giá trị thực tiễn cao. Ngoài các ý nghĩa trên chúng tôi cũng hi vọng hoàn thiện các kỹ thuật được áp dụng tại trung tâm y tế với điều kiện thực tế.

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

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các BN nhập viện tại Khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ tháng 12/2019 đến tháng 10/2020, với chẩn đoán ban đầu: Hội chứng de Quervain (viêm mòm trâm quay) hoặc viêm bao gân gấp ngón tay (ngón tay lò xo).

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ tháng

12/2019 đến tháng 10/2020.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Tất cả các BN nhập viện tại Khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ tháng 12/2019 đến tháng 10/2020, với chẩn đoán ban đầu: Hội chứng de Quervain (viêm mòm trâm quay) hoặc viêm bao gân gấp ngón tay (ngón tay lò xo).

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu trọn.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các BN nhập viện tại Khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ tháng 12/2019 đến tháng 10/2020, với chẩn đoán ban đầu: Hội chứng de Quervain (viêm mòm trâm quay) hoặc viêm bao gân gấp ngón tay (ngón tay lò xo). BN đồng thuận tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Đối tượng nghiên cứu không hợp tác phỏng vấn, không có thông tin phản hồi.

**Các tham số nghiên cứu bao gồm:** Đánh giá hiệu quả công tác chẩn đoán và phẫu thuật, các yếu tố ảnh hưởng tới nguyên nhân gây bệnh.

**Đạo đức nghiên cứu:** Đề cương khoa học này được sự đồng ý, phê duyệt của Hội đồng khoa học kỹ thuật. Có sự đồng ý của BN và người nhà BN. Giải thích cụ thể, rõ ràng về mục đích, nội dung nghiên cứu cho đối tượng nghiên cứu trước khi tiến hành nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được đều được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho duy nhất mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đánh giá hiệu quả công tác chẩn đoán và phẫu thuật**

**Bảng 3.1. Công tác chẩn đoán**

Công tác chẩn đoán	Tần số	Tỷ lệ (%)
Trường hợp chẩn đoán trước mổ đúng	20	100
Trường hợp chẩn đoán trước mổ và có thêm bệnh lý được phát hiện trong mổ	0	0
Tổng	20	100

**Nhận xét:** 100% BN được chẩn đoán sau mổ phù hợp với chẩn đoán trước mổ.

**Bảng 3.2. Công tác phẫu thuật**

Công tác phẫu thuật	Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>Viêm bao gân gấp (n=9)</b>		
Cắt bỏ bao gân và màng hoạt dịch, cắt bỏ dây chằng A1	7	77,8%
Cắt dây chằng A1, cắt bỏ một phần bao hoạt dịch gân gấp ngón cái	1	11,1%
Cắt ngang toàn bộ dây chằng và một phần bao gân gấp dày dính	1	11,1%
<b>Viêm mòm trâm quay (n=11)</b>		
Cắt toàn bộ dây chằng theo chiều	6	55,5%

ngang, gỡ dính gân. Cắt bỏ một phần các bao gân viêm		
Cắt bỏ phần bao gân viêm dính, tách rời các sợi gân	1	9,1%
Cắt toàn bộ dây chằng theo chiều ngang, gỡ dính gân. Cắt bỏ u gân dạng ngón cái	3	27,3%
Cắt toàn bộ dây chằng đầu dưới xương quay thấy gân đuôi và dạng ngón cái dính, nổi cục gân. Gỡ dính gân	1	9,1%

**Nhận xét:** Trong 09 BN được can thiệp phẫu thuật cắt bỏ bao gân và màng hoạt dịch, cắt bỏ dây chằng A1 chiếm phần lớn (77,8%). Trong 11 BN được can thiệp phẫu thuật cắt toàn bộ dây chằng theo chiều ngang, gỡ dính gân - cắt bỏ một phần các bao gân viêm thường làm nhất với 55,5%.

**Bảng 3.3. Đáp ứng điều trị về cơ năng**

Triệu chứng	Khỏi	Giảm một phần	Không giảm
<b>Viêm bao gân gấp (n=9)</b>			
Đau dọc trục ngón tay	9	0	0
Khó khăn khi thực hiện các động tác đơn thuần	9	0	0
<b>Viêm móm trâm quay (n=11)</b>			
Đau mặt ngoài cổ tay	11	0	0
Tê ngón cái hoặc phù nề	11	0	0
Tiếng lục cục gân	11	0	0

**Nhận xét:** 100% BN đáp ứng điều trị về cơ năng. Kết quả điều trị rất tốt.

**Bảng 3.4. Chất lượng phẫu thuật**

Triệu chứng	Có	Không
<b>Viêm bao gân gấp (n=9)</b>		
Chảy máu	0	9
Phù nề	0	9
Nhiễm trùng	0	9
Sưng và cứng khớp	0	9
<b>Viêm móm trâm quay (n=11)</b>		
Chảy máu	0	11
Phù nề	0	11
Nhiễm trùng	0	11
Sưng và cứng khớp	0	11

**Nhận xét:** Không có tai biến, biến chứng trong quá trình điều trị.

**Bảng 3.5. Kết quả điều trị**

Kết quả	Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>Viêm bao gân gấp (n=9)</b>		
Khỏi bệnh	9	100
Cải thiện một phần	0	0
Thất bại điều trị	0	0
<b>Viêm móm trâm quay (n=11)</b>		
Khỏi bệnh	11	100
Cải thiện một phần	0	0
Thất bại điều trị	0	0

**Nhận xét:** Kết quả điều trị tốt.

### 3.2. Các yếu tố ảnh hưởng tới nguyên nhân gây bệnh

**Bảng 3.6. Yếu tố tuổi**

Tuổi	Tần suất	Tỷ lệ (%)
<b>Viêm bao gân gấp (n=9)</b>		
Dưới 30 tuổi	0	0%
Từ 30 đến 60 tuổi	8	88,9%
Trên 60 tuổi	1	11,1%
<b>Viêm móm trâm quay (n=11)</b>		
Dưới 30 tuổi	0	0%
Từ 30 đến 60 tuổi	11	100%
Trên 60 tuổi	0	0%

**Nhận xét:** Trong 20 BN, độ tuổi phẫu thuật là từ 30-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất.

**Bảng 3.7. Giới tính**

Giới tính	Tần suất	Tỷ lệ (%)
<b>Viêm bao gân gấp (n=9)</b>		
Nữ	7	77,8
Nam	2	22,2
<b>Viêm móm trâm quay (n=11)</b>		
Nữ	9	81,8
Nam	2	18,2

**Nhận xét:** Trong 9 BN viêm bao gân gấp có tỷ lệ nữ là 77,7% và nam là 22,2%. Trong 11 BN viêm móm trâm quay có tỷ lệ nữ là 81,8% và nam là 18,2%.

**Bảng 3.8. Nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Tần suất	Tỷ lệ (%)
<b>Viêm bao gân gấp (n=9)</b>		
Công nhân	2	22,2
Nông dân	2	22,2
Văn phòng	3	33,4
Nội trợ	1	11,1
Thợ thủ công	1	11,1
<b>Viêm móm trâm quay (n=11)</b>		
Công nhân	5	45,5
Nông dân	3	27,3
Văn phòng	0	0
Ở nhà	2	18,1
Phụ hồ	1	9,1

**Nhận xét:** Tỷ lệ mắc bệnh viêm bao gân gấp cao nhất thường gặp ở nhóm nghề nghiệp văn phòng (33,4%). Tỷ lệ mắc bệnh viêm móm trâm quay cao nhất thường gặp ở công nhân (45,5%).

## IV. BÀN LUẬN

Trong 20 bệnh nhân can thiệp phẫu thuật thì nữ chiếm 3,91 lần so với nam. Theo nghiên cứu tỷ lệ nữ/nam = 3,39; nữ gấp 4,46 lần so với nam sơ bộ đánh giá gặp bệnh nhân nữ nhiều hơn nam.

Độ tuổi trung bình là 30-60 tuổi do đây là độ tuổi lao động và diễn ra quá trình thoái hóa mạnh.

Nghề nghiệp: Công nhân chiếm đa số

(45,5%), tiếp theo là nông nhân (27,3%). Do Xuân Lộc đang phát triển công nghiệp nên công nhân có điều kiện quan tâm tới sức khỏe tốt hơn.

Công tác chẩn đoán: 100% (20/20) BN được chẩn đoán đúng trước mổ cho thấy công tác khám và chẩn đoán kỹ lưỡng toàn diện nên giảm thiểu tình trạng chẩn đoán sai, chỉ định phẫu thuật không cần thiết.

Công tác phẫu thuật: Có 09 BN viêm bao gân gấp được can thiệp phẫu thuật. Phương pháp cắt bỏ bao gân và màng hoạt dịch, cắt bỏ dây chằng A 1 chiếm 77,8% (7/9 trường hợp). Đây là các trường hợp phát hiện sớm, phẫu thuật kịp thời. Phương pháp cắt dây chằng A1, cắt bỏ một phần bao hoạt dịch gân gấp ngón cái chiếm 11,1% (1/9 trường hợp). Có sự viêm màng hoạt dịch kèm theo cần phải can thiệp tới bao gân. Phương pháp cắt ngang toàn bộ dây chằng và một phần bao gân gấp dày dính chiếm 11,1% (1/9 trường hợp). Do BN được phát hiện muộn vì thầy thuốc nhầm với các bệnh lý về khớp, BN không có điều kiện khám chữa bệnh tốt, tâm lý chủ quan của BN.

Có 11 BN viêm bao gân mòm trâm quay được can thiệp phẫu thuật. Phương pháp cắt toàn bộ dây chằng theo chiều ngang, gỡ dính gân - cắt bỏ một phần các bao gân viêm chiếm 55,5 % (6/11 trường hợp). Bệnh được phát hiện sớm. Các trường hợp tới muộn bị biến chứng phải sử dụng thêm các thủ thuật chuyên sâu gồm: Phương pháp cắt bỏ phần bao gân viêm dính, tách rời các sợi gân chiếm 9,1% (1/11 trường hợp); Phương pháp cắt toàn bộ dây chằng theo chiều ngang, gỡ dính gân - Cắt bỏ u gân dạng ngón cái chiếm 27.3% (3/11 trường hợp); Phương pháp cắt toàn bộ dây chằng đầu dưới xương quay thấy gân duỗi và dạng ngón cái dính, nổi cục gân - gỡ dính gân chiếm 9.1% (1/11 trường hợp). Với các kết quả trên chúng tôi nhận thấy quá trình phẫu thuật các bác sĩ đã giải quyết được tất cả các tổn thương liên quan hiệu quả.

Đáp ứng điều trị: Tất cả các triệu chứng cơ năng của BN trước phẫu thuật đã hết sau mổ. Điều này góp phần giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của BN và làm tăng niềm tin của BN với cơ sở điều trị.

Chất lượng phẫu thuật: Kết quả nghiên cứu cho ta thấy không xảy ra tai biến chứng trong và sau phẫu thuật. Chúng tôi đánh giá cao trình độ của phẫu thuật viên và công tác chăm sóc sau mổ.

Kết quả phẫu thuật: Tất cả các điều trên hoàn toàn phù hợp với kết quả về việc 100% bệnh nhân khỏi bệnh hoàn toàn.

## V. KẾT LUẬN

**5.1. Tính hiệu quả của phương pháp phẫu thuật.** Phẫu thuật hội chứng de Quervain (viêm mòm trâm quay) và viêm bao gân gấp (ngón tay lò xo) tại khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc được thực hiện không xảy ra tai biến chứng. Kết quả phẫu thuật rất tốt cả về cơ năng và thực thể.

**5.2. Các hạn chế trong việc phẫu thuật và điều trị.** Các yếu tố khách quan: Việc thực hiện đề tài mang tính khoa học, thiết thực với mục tiêu nghiên cứu rõ ràng. Có đề cương đầy đủ, các bước tiến hành thực hiện đúng tiến độ đề ra.

Các yếu tố chủ quan: Trong quá trình làm đề tài này chúng tôi nhận thấy thiếu phẫu thuật viên là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm giảm số lượng BN được mổ. Sự tuân thủ hướng dẫn của BN đối với những hướng dẫn điều trị góp phần quan trọng cho sự thành công.

## VI. KIẾN NGHỊ

Đẩy mạnh công tác tuyên truyền phổ biến kiến thức về hội chứng de Quervain (viêm mòm trâm quay) và viêm bao gân gấp (ngón tay lò xo) tới nhân viên y tế và người dân.

Xây dựng quy trình kỹ thuật phù hợp với điều kiện thực tế của đơn vị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Quyền (2002), Bài giảng Giải phẫu học tập I, trang 109, Nhà xuất bản y học chi nhánh TP. Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Đức Phúc (2007), Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản y học.
3. Lê Nhật Vũ, Nguyễn Văn Dương, Nguyễn Thành Tân (2021), Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh De Quervain, Tạp chí Y dược học Cần Thơ.
4. Gao Z. Y., H. Tao, H. Xu, et al. (2017), A novel classification of the anatomical variations of the first extensor compartment, *Medicine (Baltimore)*, 96 (35), pp. e7875.
5. Gu X. H., Z. P. Hong, X. J. Chen, et al. (2019), Tendoscopic versus open release for de Quervain's disease: earlier recovery with 7.21 year follow-up, *J Orthop Surg Res*, 14 (1), pp. 357.
6. Lapegue F., A. Andre, E. Pasquier Bernachot, et al. (2018), US-guided percutaneous release of the first extensor tendon compartment using a 21-gauge needle in de Quervain's disease: a prospective study of 35 cases, *Eur Radiol*, 28 (9), pp. 3977-3985.
7. Lee H. J., P. T. Kim, I. W. Aminata, et al. (2014), Surgical release of the first extensor compartment for refractory de Quervain's tenosynovitis: surgical findings and functional evaluation using DASH scores, *Clin Orthop Surg*, 6 (4), pp. 405-409.
8. Scheller A., R. Schuh, W. Honle, et al. (2009), Long-term results of surgical release of de Quervain's stenosing tenosynovitis, *Int Orthop*, 33 (5), pp. 1301-1303.

# KẾT QUẢ ĐO ÁP LỰC VÀ NHU ĐỘNG THỰC QUẢN ĐỘ PHÂN GIẢI CAO, ĐO PH TRỞ KHÁNG 24 GIỜ VÀ PEPTEST Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG TRÀO NGƯỢC TẠI VÀ NGOÀI THỰC QUẢN

Nguyễn Thùy Linh<sup>1,2</sup>, Lê Đình Tùng<sup>1</sup>, Hoàng Bảo Long<sup>2</sup>,  
Vũ Thị Vượng<sup>2</sup>, Nguyễn Duy Thắng<sup>2</sup>, Lưu Thị Minh Huệ<sup>2</sup>,  
Đỗ Nhật Phương<sup>2,3</sup>, Nguyễn Văn Anh<sup>3</sup>, Đào Văn Long<sup>2,3,4</sup>, Đào Việt Hằng<sup>2,4</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh đặc điểm trên đo áp lực - nhu động thực quản độ phân giải cao (HRM), pH trở kháng 24 giờ và Peptest của nhóm có triệu chứng trào ngược tại thực quản (TQ), ngoài TQ và nhóm có cả 2 biểu hiện. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên bệnh nhân có biểu hiện trào ngược và được đo các kỹ thuật nêu trên, từ đó phân thành ba nhóm: nhóm có triệu chứng tại TQ, nhóm có triệu chứng ngoài TQ và nhóm có cả 2 biểu hiện. **Kết quả:** 136 bệnh nhân được thu tuyển vào nghiên cứu. Điểm GerdQ và FSSG thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm chỉ có triệu chứng ngoài TQ. Không có sự khác biệt về tỉ lệ viêm thực quản trào ngược trên nội soi; đặc điểm áp lực các cơ thắt TQ và nhu động thực quản trên đo HRM giữa các nhóm. Thời gian niêm mạc thực quản tiếp xúc với axit (AET), tổng số cơn trào ngược, số cơn trào ngược dịch axit - axit yếu - không axit, số cơn trào ngược lên 1/3 trên TQ cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm. Không có sự khác biệt về tỉ lệ mẫu Peptest dương tính cũng như nồng độ pepsin trong nước bọt giữa các nhóm. **Kết luận:** Các đặc điểm trên đo HRM, đo pH-trở kháng thực quản và Peptest không có sự khác biệt giữa nhóm có triệu chứng tại TQ, ngoài TQ và nhóm có cả 2 biểu hiện. **Từ khóa:** đo áp lực và nhu động thực quản (HRM), đo pH - trở kháng thực quản, pepsin, trào ngược

## SUMMARY

### THE RESULTS OF HIGH - RESOLUTION ESOPHAGEAL MANOMETRY, 24-HOUR pH-MONITORING AND PEPTEST IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL AND EXTRAESOPHAGEAL REFLUX SYMPTOMS

**Aim:** To compare the characteristics of high-resolution manometry (HRM), 24-hour pH -impedance monitoring (pH-I) and Peptest between patients with esophageal symptoms, extraesophageal symptoms and those having both. **Methods:** We conducted a cross-sectional study among patients having reflux

symptoms and indicated with above-mentioned techniques. Patients were then classified into 3 groups: "esophageal symptoms", "extraesophageal symptoms" and "combined symptoms" groups. **Results:** 136 patients were eligible, in which 27 patients had esophageal symptoms, 19 patients had extraesophageal symptoms and 90 patients had combined esophageal and extraesophageal symptoms. GerdQ and FSSG scores were significantly lower in patients only having extraesophageal symptoms. There were no significant differences in the prevalence of reflux esophagitis on endoscopy, esophageal sphincter pressures and motility disorders within groups. Acid exposure time (AET), total and acid - weakly acid - non acid reflux events, number of refluxes coming up to the upper third of esophagus also had no significances within groups. There was no difference in the quantitative and qualitative results of Peptest within groups. **Conclusion:** The characteristics on HRM, pH-I, and Peptest were not significantly different between patients with esophageal symptoms, extraesophageal symptoms and those having both.

**Keywords:** high-resolution manometry (HRM), 24-hour pH-impedance monitoring, pepsin, GERD.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày - thực quản (GERD) là bệnh khá thường gặp trong thực hành lâm sàng với tỉ lệ trong dân số chung khoảng 8-33%, tỉ lệ bệnh có xu hướng thấp hơn ở khu vực châu Á - Thái Bình Dương so với các nước châu Âu [1]. Theo phân loại Montreal, GERD có thể bao gồm các hội chứng tại thực quản và các hội chứng ngoài thực quản. Triệu chứng tại thực quản điển hình của GERD là trào ngược và nóng rát sau xương ức, tuy nhiên chỉ khoảng 1/3 người trưởng thành mắc GERD là có ghi nhận các biểu hiện này hàng tuần. Nhóm bệnh nhân có triệu chứng điển hình có xu hướng đáp ứng với liệu pháp ức chế bơm proton (PPI) tốt hơn so với nhóm có triệu chứng ngoài thực quản như khó khè, ho, húng hắng, viêm họng...[2]

Cơ chế bệnh sinh của các triệu chứng ngoài thực quản nghi ngờ do GERD ngoài các cơ chế chung dẫn đến khởi phát hoặc làm nặng hơn GERD như giảm trương lực cơ thắt thực quản dưới, giảm nhu động thực quản, thay đổi tính toàn vẹn niêm mạc thực quản... thì còn có thêm vai trò của cơ thắt thực quản trên, tổn thương

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

<sup>3</sup>Phòng khám Đa khoa Hoàng Long

<sup>4</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024