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[1,2], Lê Đình Tùng[1], Hoàng Bảo Long[2], Vũ Thị Vựng[2], Nguyễn Duy Thắng[2], Lưu Thị Minh Huế[2], Đỗ Nhật Phương[2,3], Nguyễn Vân Anh[3], Đào Văn Long[2,3,4], Đào Việt Hằng[2,4]

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 kĩ 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 quantatative 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 khò 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

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật*
[3]*Phòng khám Đa khoa Hoàng Long*
[4]*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

niêm mạc hầu - họng do dịch trào ngược axit và không axit, cũng như cơ chế của hệ thần kinh phó giao cảm khởi phát triệu chứng ho, húng hắng…[3]

Theo hướng dẫn của Trường môn Tiêu hóa Hoa Kỳ - ACG (2022), việc áp dụng cũng như tối ưu các phương tiện chẩn đoán như dựa trên lâm sàng, điều trị thử với PPI và các phương pháp thăm dò như nội soi, đo áp lực - nhu động thực quản (HRM) và đo pH - trở kháng thực quản hay phát hiện pepsin trong nước bọt có một số khác biệt giữa nhóm đối tượng có triệu chứng tại thực quản và có triệu chứng ngoài thực quản [4]. Tuy nhiên tại Việt Nam chưa có dữ liệu trên số lượng bệnh nhân lớn đánh giá đầy đủ vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm so sánh kết quả đo HRM, pH trở kháng 24 giờ và peptest của bệnh nhân có triệu chứng tại thực quản, ngoài thực quản và có cả 2 biểu hiện tại thực quản và ngoài thực quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi thu thập số liệu từ các bệnh nhân có triệu chứng trào ngược tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long, có đầy đủ phiếu thông tin cần thiết bao gồm các thông tin nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, điểm GerdQ, điểm FSSG, kết quả nội soi đường tiêu hóa trên, đo HRM, pH trở kháng 24 giờ và peptest (cả định tính và định lượng). Bệnh nhân thỏa mãn điều kiện ghi nhận có các triệu chứng tại thực quản (trào ngược và/hoặc nóng rát sau xương ức) và/hoặc các triệu chứng ngoài thực quản (ho kéo dài, viêm/rát họng kéo dài, cảm giác có khối ở cổ, khó thở, đau ngực). Mẫu nước bọt dùng cho kĩ thuật Peptest được thu thập tại hai thời điểm: sau bữa ăn tối trong vòng 1 tiếng (mẫu 1) và ngay sau khi tỉnh dậy buổi sáng (mẫu 2). Nhóm đối tượng được phân làm 3 nhóm dựa vào biểu hiện lâm sàng: (1) nhóm có triệu chứng tại thực quản, (2) nhóm có triệu chứng ngoài thực quản và (3) nhóm có cả 2 biểu hiện.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Phòng khám Đa khoa Hoàng Long và Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật.
- Thời gian: 12/2020 – 03/2023

Công cụ nghiên cứu. Hệ thống HRM trong nghiên cứu là hệ thống catheter 22 kênh bơm nước (Laborie, Hà Lan), kết quả phân tích theo phân loại Chicago 3.0, theo đó rối loạn giảm nhu động thực quản bao gồm các chẩn đoán mất nhu động thực quản hoàn toàn, nhu động thực quản không hiệu quả. Máy đo pH-trở kháng thực quản 24 giờ (Laborie, Hà Lan) sử dụng catheter 1 kênh pH và 6 thụ thể trở kháng (Z6 đến Z1 cách cơ thắt thực quản dưới lần lượt 3, 5, 7, 9, 15, 17cm). Trên nội soi dạ dày-thực quản, hình ảnh viêm thực quản trào ngược (VTQTN) được phân loại theo Los Angeles với 4 phân độ từ A – D [5]. Chẩn đoán GERD bệnh lý dựa theo đồng thuận Lyon 2018: thời gian niêm mạc thực quản tiếp xúc với axit bất thường trên đo pH-trở kháng thực quản 24 giờ (AET) > 6% (trong trường hợp thời gian niêm mạc thực quản tiếp xúc với axit bất thường nằm ở khoảng 4 – 6%, GERD bệnh lý sẽ được chẩn đoán nếu có các bằng chứng ủng hộ gồm: có sự liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và cơn trào ngược (SI, SAP tăng), số cơn trào ngược > 80, MNBI thấp, PSPW thấp); khi thời gian niêm mạc thực quản tiếp xúc với axit bất thường < 4%, bệnh nhân được chẩn đoán thực quản tăng nhạy cảm khi chỉ số SI, SAP tăng, ngược lại bệnh nhân sẽ được chẩn đoán nóng rát chức năng khi chỉ số SI, SAP bình thường [6].

Peptest (RDBiomed, UK) là kĩ thuật dựa trên cơ chế kháng nguyên – kháng thể dùng để phát hiện nhanh sự có mặt của pepsin trong mẫu nước bọt (định tính) và sau đó đưa vào máy để ghi nhận nồng độ pepsin trong các trường hợp mẫu dương tính (định lượng).

Phân tích số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS version 20.0. Sự khác biệt về tỉ lệ và trung bình giữa hai nhóm được kiểm định bằng Chi-square và one-way ANOVA. Mô hình hồi quy logistic đa biến sử dụng để phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố với triệu chứng ngoài thực quản. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu. Số liệu sử dụng trong nghiên cứu một phần thuộc đề tài cấp nhà nước của Viện nghiên cứu và đào tạo Tiêu hóa Gan mật (mã số ĐTDLCN.04/2020); đề tài đã được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Viện nghiên cứu Y học Đinh Tiên Hoàng (số IRB-1909 ngày 1/3/2020).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

136 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu, trong đó tỉ lệ nữ/nam ~ 1,3, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu chung là 43,0 ± 11,7, nhóm có cả 2 biểu hiện chiếm đa số (66,2%). Viêm/rát họng kéo dài và cảm giác có khối ở cổ là hai triệu chứng ngoài thực quản thường gặp nhất. Nhóm chỉ có biểu hiện ngoài thực quản có tỉ lệ triệu chứng ợ hơi thấp hơn, điểm GerdQ và FSSG trung bình thấp hơn có ý nghĩa so với hai nhóm có triệu chứng tại thực quản. Tỷ lệ các tổn thương trên hình ảnh nội soi không có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm.

Bảng 1: Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=136)	Nhóm triệu chứng tại TQ (n=27)	Nhóm triệu chứng ngoài TQ (n=19)	Nhóm có cả 2 biểu hiện (n=90)	p
Tuổi, TB ± ĐLC	43,0 ± 11,7	41,0 ± 10,6	44,0 ± 11,9	43,4 ± 12,0	0,60
Giới, n (%)					
Nam	58 (42,6)	12 (44,4)	13 (68,4)	33 (36,7)	0,04
Nữ	78 (57,4)	15 (55,6)	6 (31,6)	57 (63,3)	
BMI (kg/m^2), TB ± ĐLC	21,9 ± 2,5	21,2 ± 1,6	22,5 ± 2,8	21,9 ± 2,7	0,23
Triệu chứng điển hình, n (%)					
Trào ngược	106 (77,9)	25 (92,6)	-	81 (90,0)	-
Nóng rát	68 (50,0)	14 (51,9)	-	54 (60,0)	-
Triệu chứng không điển hình, n(%)					
Ợ hơi	88 (64,7)	18 (66,7)	7 (36,8)	63 (70,0)	0,02
Đầy bụng	60 (44,1)	10 (37,0)	6 (31,6)	44 (48,9)	0,27
Đau thượng vị	56 (41,2)	12 (44,4)	8 (42,1)	36 (40,0)	0,92
Nôn	12 (8,8)	3 (11,1)	0	9 (10,0)	0,34
Buồn nôn	25 (18,4)	6 (22,2)	3 (15,8)	16 (17,8)	0,83
Triệu chứng ngoài thực quản, n(%)					
Ho kéo dài	17 (12,5)	-	5 (26,3)	12 (13,3)	-
Viêm/rát họng kéo dài	49 (36,0)	-	8 (42,1)	41 (45,6)	-
Cảm giác có khối ở cổ	53 (39,0)	-	6 (31,6)	47 (52,2)	-
Khó thở	33 (24,3)	-	6 (31,6)	27 (30,0)	-
Đau ngực	39 (28,7)	-	5 (26,3)	34 (37,8)	-
Điểm lâm sàng, TB ± ĐLC					
GerdQ	7,7 ± 2,8	7,0 ± 2,4	5,5 ± 2,1	8,5 ± 2,8	<0,001
FSSG	11,7 ± 7,5	9,4 ± 5,9	7,3 ± 6,3	13,3 ± 7,6	0,001
Nội soi dạ dày-thực quản, n(%)					
VTQTN LA A – B	94 (69,1)	17 (63,0)	10 (52,7)	67 (74,4)	0,18
VTQTN LA C - D	0	0	0	0	-
Barrett thực quản	8 (5,9)	0	2 (10,5)	6 (6,7)	0,28
Thoát vị hoành	5 (3,7)	1 (3,7)	1 (5,3)	3 (3,3)	0,92

BMI: body mass index, GerdQ: Gastroesophageal reflux disease questionnaire, FSSG: frequency scale for the symtoms of Gastroesophageal reflux disease, VTQTN: viêm thực quản trào ngược, TQ: thực quản, TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn, (-) không có số liệu/không kiểm định

Trên đo HRM, tỷ lệ giảm trương lực UES, LES và tỷ lệ có rối loạn giảm nhu động thực quản nói chung lần lượt là 29,4%, 20,6% và 52,9%, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm bệnh nhân. Trên đo pH-trở kháng 24 giờ, 26,3% bệnh nhân chỉ có triệu chứng ngoài thực quản có chẩn đoán GERD bệnh lý, thấp hơn so với các nhóm có triệu chứng tại thực quản, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tổng số cơn trào ngược, số cơn trào ngược lên 1/3 trên thực quản (kênh Z1-2) cũng không khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm.

Tỷ lệ peptest dương tính đều cao ở cả ba nhóm, tuy nhiên cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm.

Bảng 2: Đặc điểm kết quả đo HRM, pH-trở kháng thực quản 24 giờ và Peptest

Đặc điểm	Chung (n=136)	Nhóm triệu chứng tại TQ (n=27)	Nhóm triệu chứng ngoài TQ (n=19)	Nhóm có cả 2 biểu hiện (n=90)	p
HRM					
Ap lực UES khi nghỉ (mmHg)	50,6 ± 29,5	54,9 ± 34,9	52,4 ±27,6	48,8 ± 28,3	0,62
Ap lực UES < 34 mmHg	40 (29,4)	6 (22,2)	4 (21,1)	30 (33,3)	0,37
Ap lực LES khi nghỉ (mmHg)	17,8 ± 9,8	18,3 ± 10,5	18,0 ± 9,2	17,6 ± 9,9	0,94
Ap lực LES < 10mmHg	28 (20,6)	5 (18,5)	1 (5,3)	22 (24,4)	0,16
IRP4s (mmHg)	5,8 ± 3,6	5,3 ± 3,6	5,8 ± 3,1	6,0 ± 3,8	0,67
Giảm nhu động thực quản	72 (52,9)	15 (55,6)	11 (57,9)	46 (51,1)	0,83

pH-trở kháng thực quản 24 giờ					
AET (%)	6,8 ± 13,8	3,6 ± 4,9	4,0 ± 8,5	8,4 ± 13,8	0,18
Tổng số cơn trào ngược	66,0 ± 36,5	69,6 ± 36,9	74,0 ± 44,7	63,3 ± 34,5	0,44
Số cơn trào ngược acid	39,5 ± 22,5	43,3 ± 22,9	36,0 ± 21,7	39,1 ± 22,6	0,54
Số cơn trào ngược acid yếu	25,7 ± 28,2	24,7 ± 24,0	37,6 ± 48,4	23,4 ± 23,0	0,13
Số cơn trào ngược không acid	0,8 ± 2,1	1,6 ± 2,7	0,4 ± 1,4	0,7 ± 1,9	0,08
Số cơn trào ngược Z1-Z2	8,8 ± 9,6	10,5 ± 11,0	7,6 ± 7,1	8,5 ± 9,7	0,56
Số cơn trào ngược Z5-Z6	66,0 ± 36,5	69,6 ± 36,9	73,9 ± 44,7	63,3 ± 34,5	0,44
MNBI (Ω)	2025,7 ± 827,6	2246,4 ± 676,7	2122,2 ± 843,5	1939,0 ± 858,4	0,21
PSPW (%)	31,3 ± 12,8	27,3 ± 11,9	30,9 ± 11,4	32,7 ± 13,2	0,17
Chẩn đoán GERD bệnh lý TQ tăng nhạy cảm Nóng rát chức năng	 40 (29,4) 32 (23,5) 64 (47,1)	 8 (29,6) 5 (18,5) 14 (51,9)	 5 (26,3) 4 (21,1) 10 (52,6)	 27 (30,0) 23 (25,6) 40 (44,4)	 0,92
Peptest					
Tỉ lệ dương tính mâu 1 (n=134)	121 (90,3)	22 (81,5)	19 (100)	80 (90,9)	0,11
Nồng độ pepsin trong mẫu 1	94,7 ± 68,8	93,4 ± 52,1	84,1 ± 56,4	97,5 ± 75,5	0,75
Tỉ lệ dương tính mẫu 2 (n=132)	108 (81,8)	19 (73,1)	14 (77,8)	75 (85,2)	0,33
Nồng độ pepsin trong mẫu 2	84,4 ± 73,2	87,7 ± 58,3	62,8 ± 46,2	87,6 ± 80,3	0,50

UES: cơ thắt thực quản trên, LES: cơ thắt thực quản dưới, AET: thời gian niêm mạc thực quản tiếp xúc với axit bất thường. MNBI: trở kháng nền về đêm, PSPW: sóng nhu động thứ phát do nuốt sau trào ngược, TQ: thực quản. Số liệu biểu diễn dưới dang n (%) hoặc trung bình ± độ lệch chuẩn.

Trong nhóm GERD bệnh lý (n = 40), số bệnh nhân thuộc nhóm chỉ có triệu chứng tại thực quản, nhóm chỉ có triệu chứng ngoài thực quản và nhóm có cả 2 biểu hiện lần lượt là 8, 5 và 27 bệnh nhân. Điểm GerdQ thấp nhất ở nhóm có triệu chứng ngoài TQ và cao nhất ở nhóm có cả 2 biểu hiện, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,02). Ngoài ra không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ viêm thực quản trào ngược trên nội soi cũng như đặc điểm cơ thắt thực quản trên, cơ thắt thực quản dưới và đặc điểm giảm nhu động thực quản giữa 03 nhóm nhỏ dưới đây (Bảng 3).

Bảng 3: So sánh theo các nhóm triệu chứng ở bệnh nhân chẩn đoán GERD bệnh lý trên đo pH trở kháng 24 giờ

Đặc điểm	**GERD bệnh lý (n=40)**			**p**
	Nhóm triệu chứng tại TQ (n=8)	**Nhóm triệu chứng ngoài TQ (n=5)**	**Nhóm có cả 2 biểu hiện (n=27)**	
Điểm GerdQ, FSSG				
Điểm GerdQ	7,5 ± 2,9	5,0 ± 2,5	8,7 ± 2,6	0,02
Điểm FSSG	12,0 ± 6,8	8,0 ± 7,7	13,7 ± 8,4	0,34
Tỉ lệ GerdQ ≥ 8	4 (50,0)	1 (20,0)	17 (63,0)	0,19
Tỉ lệ FSSG ≥ 8	6 (75,0)	2 (40,0)	20 (74,1)	0,29
Nội soi dạ dày – thực quản				
VTQTN LA A – B	7 (87,5)	2 (40,0)	20 (74,1)	0,40
Barrett thực quản	0 (0)	1 (20,0)	2 (7,4)	0,41
HRM				
Áp lực UES khi nghỉ (mmHg)	63,4 ± 53,3	57,0 ± 45,3	39,9 ±14,9	0,13
Áp lực UES < 34 mmHg	2 (25,0)	2 (40,0)	10 (37,0)	0,80
Áp lực LES khi nghỉ (mmHg)	14,1 ± 8,4	18,0 ± 4,5	14,3 ±7,7	0,58
Áp lực LES < 10mmHg	3 (37,5)	0 (0,0)	8 (29,6)	0,31
IRP4s (mmHg)	4,1 ± 2,3	5,4 ± 3,1	4,7 ± 3,5	0,79
Giảm nhu động thực quản	6 (75,0)	3 (60,0)	15 (55,6)	0,62

VTQTN: viêm thực quản trào ngược, UES: cơ thắt thực quản trên, LES: cơ thắt thực quản dưới. TQ: thực quản. Số liệu biểu diễn dưới dang n (%) hoặc trung bình ± độ lệch chuẩn.

Bảng 4 phân tích một số yếu tố liên quan đến biểu hiện triệu chứng ngoài thực quản, tuy nhiên nghiên cứu cũng chưa ghi nhận mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới, BMI, đặc điểm cơ thắt thực quản trên và một số đặc điểm trên đo pH-trở kháng thực quản, và đặc điểm

peptest với sự biểu hiện của triệu chứng ngoài thực quản trên lâm sàng.

Bảng 4: Mối liên quan giữa một số yếu tố với biểu hiện triệu chứng ngoài thực quản

Yếu tố	Hệ số hồi quy	p
Tuổi (năm)	0,003	0,921
Giới (Nam)	0,073	0,903
BMI (kg/m^2)	0,110	0,355
Điểm GerdQ	0,177	0,057
Áp lực trung bình UES (mmHg)	-0,009	0,301
Ap lực trung bình LES (mmHg)	-0,003	0,907
Rối loạn giảm nhu động thực quản	-0,161	0,750
AET (%)	0,059	0,116
Tổng số cơn trào ngược	0,002	0,838
Tổng số cơn trào ngược lên Z1-Z2	-0,040	0,254
Peptest dương tính trong mẫu 1	1,153	0,171
Peptest dương tính trong mẫu 2	0,134	0,093

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành so sánh đặc điểm trên đo HRM, pH - trở kháng thực quản 24 giờ và Peptest giữa nhóm có triệu chứng trào ngược tại thực quản, ngoài thực quản và triệu chứng cả tại và ngoài thực quản. Kết quả cho thấy các đặc điểm về lâm sàng, tổn thương trên nội soi cũng như các đặc điểm đo HRM, pH-trở kháng và Peptest không có sự khác biệt giữa các nhóm lâm sàng.

Niêm mạc vùng hầu họng-thanh quản nhạy cảm hơn nhiều so với thực quản, do đó dịch trào ngược chứa axit, pepsin, muối mật…có thể gây viêm và các tổn thương mạn tính khác tại đường hô hấp, chính những tổn thương này tiếp tục gây nên các biểu hiện ngoài thực quản ngay cả khi không có cơn trào ngược [7]. Ngay cả khi áp dụng phương pháp đo pH thực quản chỉ phát hiện được trào ngược ở 40% bệnh nhân có các rối loạn thanh quản [7, 8]. Do vậy, việc chẩn đoán GERD ở nhóm bệnh nhân có các biểu hiện ngoài thực quản nghi ngờ do trào ngược nhưng không có các triệu chứng điển hình của GERD tương đối khó và thường cần phối hợp các chuyên khoa để loại trừ các nguyên nhân khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm chỉ có triệu chứng ngoài thực quản có điểm GerdQ và FSSG thấp hơn so với nhóm có triệu chứng tại thực quản. Điều này có thể dễ dàng giải thích do các bảng điểm lâm sàng này chủ yếu tập trung vào các triệu chứng tại thực quản và một số các triệu chứng tiêu hóa không điển hình khác như ợ hơi, buồn nôn, nôn... Nghiên cứu trước đây cho thấy tỉ lệ triệu chứng ngoài thực quản cao hơn ở nhóm GERD có tổn thương VTQTN trên nội soi so với nhóm không có tổn thương [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ VTQTN lại thấp nhất ở nhóm chỉ có triệu chứng ngoài thực quản, tuy nhiên sự khác biệt ghi nhận không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu cũng không ghi nhận sự khác biệt về các chỉ số về cơ thắt thực quản trên, dưới, tỷ lệ có rối loạn giảm nhu động thực quản, chỉ số MNBI (gián tiếp phản ánh tính toàn vẹn niêm mạc thực quản), chỉ số PSPW (phản ánh đáp ứng sóng nhu động thứ phát sau cơn trào ngược) đều không có sự khác biệt giữa nhóm tại thực quản và nhóm ngoài thực quản và cũng không ghi nhận mối liên quan trên mô hình phân tích hồi quy.

Tỷ lệ mẫu Peptest dương tính và nồng độ pepsin nước bọt trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm. Peptest là một kĩ thuật mới được ứng dụng và nghiên cứu trong những năm gần đây dựa trên cơ chế phát hiện pepsin trong nước bọt – một chất bình thường chỉ có trong dịch dạ dày, do đó việc tăng nồng độ pepsin trong ngước bọt có thể là một dấu ấn trong chẩn đoán GERD [10]. Tuy nhiên ngưỡng pepsin trong chẩn đoán cũng như giá trị của kĩ thuật trong chẩn đoán GERD và trào ngược họng thanh quản (LPR) còn tương đối khác biệt giữa các nghiên cứu, do đó trong khuyến cáo mới nhất của Trường môn Tiêu hóa Hoa Kỳ - ACG (2022) kĩ thuật này chưa được khuyến cáo để đánh giá với các bệnh nhân có trào ngược ngoài thực quản [4].

Mặc dù là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam có thể áp dụng được nhiều phương pháp chẩn đoán GERD từ bộ câu hỏi lâm sàng, nội soi dạ dày-thực quản, đo pH-trở kháng thực quản 24 giờ, đo HRM và Peptest, nghiên cứu còn một số điểm hạn chế. Số lượng bệnh nhân trong nhóm chỉ có triệu chứng tại thực quản và ngoài thực quản còn hạn chế, mẫu nước bọt chỉ lấy tại hai thời điểm cố định theo quy trình nghiên cứu, do đó có thể không liên quan đến cơn trào ngược của bệnh nhân, đặc biệt với các bệnh nhân có biểu hiện số cơn trào ngược trong ngày/tuần ít.

V. KẾT LUẬN

Các đặc điểm trên đo HRM, đo pH-trở kháng thực quản và Peptest không có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân có triệu chứng trào ngược tại thực quản, nhóm có triệu chứng ngoài thực quản và nhóm có 2 biểu hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goh, K.L., et al.,** Consensus statements and recommendations on the management of mild-to-moderate gastroesophageal reflux disease in the

Southeast Asian region. JGH Open, 2021. 5(8): p. 855-863.
2. **Davis, T.A. and C.P. Gyawali,** Refractory Gastroesophageal Reflux Disease: Diagnosis and Management. J Neurogastroenterol Motil, 2024. 30(1): p. 17-28.
3. **Cui, N., et al.,** Laryngopharyngeal reflux disease: Updated examination of mechanisms, pathophysiology, treatment, and association with gastroesophageal reflux disease. World J Gastroenterol, 2024. 30(16): p. 2209-2219.
4. **Katz, P.O., et al.,** ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol, 2022. 117(1): p. 27-56.
5. **Armstrong, D.,** Endoscopic evaluation of gastro-esophageal reflux disease. Yale J Biol Med, 1999. 72(2-3): p. 93-100.
6. **Gyawali, C.P., et al.,** Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. Gut, 2018. 67(7): p. 1351-1362.
7. **Ates, F. and M.F. Vaezi,** Approach to the patient with presumed extraoesophageal GERD. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2013. 27(3): p. 415-31.
8. **Zelenik, K., et al.,** There is no correlation between signs of reflux laryngitis and reflux oesophagitis in patients with gastro-oesophageal reflux disease symptoms. Acta Otorhinolaryngol Ital, 2017. 37(5): p. 401-405.
9. **Jaspersen, D., et al.,** Prevalence of extra-oesophageal manifestations in gastro-oesophageal reflux disease: an analysis based on the ProGERD Study. Aliment Pharmacol Ther, 2003. 17(12): p. 1515-20.
10. **Dy, F., et al.,** Salivary Pepsin Lacks Sensitivity as a Diagnostic Tool to Evaluate Extraesophageal Reflux Disease. J Pediatr, 2016. 177: p. 53-58.

ĐẶC ĐIỂM CHÊNH LỆCH CHIỀU DÀI CHI DƯỚI VÀ CHỨC NĂNG KHỚP HÁNG Ở NGƯỜI BỆNH SAU MỔ THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN HAI BÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đỗ Văn Minh[1,2], Nguyễn Huy Phương[1,2], Trần Xuân Lộc[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm chênh lệch chiều dài chi dưới ở người bệnh sau mổ thay khớp háng toàn phần hai bên. 2. Đánh giá chức chức năng khớp háng người bệnh sau mổ thay khớp háng toàn phần hai bên tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả 83 người bệnh, gồm 71 nam và 12 nữ, có độ tuổi trung bình 51,7 ± 13,3 tuổi, trong đó có 71 người bệnh bị hoại tử chỏm xương đùi và 12 người bệnh bị thoái hóa khớp háng hai bên, được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần lần lượt từng bên một tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 1 năm 2024. Kết quả phẫu thuật được đánh giá sau mổ ít nhất 6 tháng. Chênh lệch chiều dài chi dưới được đánh giá trên lâm sàng và X quang khung chậu tư thế thẳng tiêu chuẩn. Chức năng khớp háng người bệnh được đánh giá bằng thang điểm Oxford Hip Sccore (OHS). **Kết quả nghiên cứu**: 34/49 (40,9) người bệnh có cảm nhận chênh lệch chiều dài chi dưới sau mổ. Chênh lệch chiều dai chi dưới đo trên lâm sàng là 9,15 ±6,47 mm (0-20), X quang là 6,05 ± 3,77mm (0-19). Điểm OHS trung bình sau mổ là 45,98 ±2,69 (38- 48). Không có sự liên quan giữa mức độ chênh lệch chiều dài chi dưới và điểm OHS. **Kết luận:** Người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần hai bên có mức độ chênh lệch chiều dài chi dưới không nhiều và chức năng khớp háng tốt.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần, chênh lệch chiều dài chi dưới, chức năng khớp háng.

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện Bưu điện
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Minh
Email: minhdovan@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 13.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024
Ngày duyệt bài: 25.11.2024

SUMMARY

CHARACTERISTIC OF LOWER LIMB LENGTH DISCREPANCY AND HIP FUNCTION FOLLOWING BILATERAL TOTAL HIP ARTHROPLASTY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: 1. To describe the characteristics of leg length discrepancy in patients after bilateral total hip arthroplasty. 2. To evaluate the patient's hip function after bilateral total hip arthroplasty at Hanoi Medical University Hospital. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study involving 64 patients, including 71 men and 12 women, with an average age of 51.7 ± 13.3 years, of which 71 patients have avascular osteonecrosis of the femoral head and 12 patients with bilateral hip osteoarthritis underwent total hip arthroplasty one by one at Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to January 2024. The surgical outcomes were evaluated for at least six months after surgery. Leg length discrepancy was assessed clinically and radiographically. The Oxford Hip Score (OHS) was used to evaluate patients' hip function. **Results:** 34/49 (40.9) patients felt a difference in lower limb length after surgery. The difference in lower limb length measured clinically is 9.15 ± 6.47 mm (0-20), X-ray is 6.05 ± 3.77mm (0-19). The average OHS after surgery was 45.98 ±2.69 (38- 48). There is no relation between leg length discrepancy and OHS. **Conclusion:** Patients following bilateral total hip