

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG GIÃN THOÁNG QUÁ CỦA CƠ THẮT THỰC QUẢN DƯỚI Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Trịnh Văn Cương¹, Đào Việt Hằng^{2,3}

TOM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu chính là khảo sát tỷ lệ và đặc điểm giãn thoáng qua của cơ thắt thực quản dưới (TLESR) ở bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản bằng đo áp lực nhu động và thực quản độ phân giải cao (HRM); và đánh giá mối liên quan giữa TLESR với đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 100 bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản được đo HRM từ tháng 03/2025 đến tháng 06/2025 tại Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa - Gan mật và phòng khám đa khoa Hoàng Long. **Kết quả:** Có 44/100 bệnh nhân có TLESR với tổng 74 sự kiện được ghi nhận, thời gian trung bình là $20,1 \pm 5,4$ giây. Tỷ lệ TLESR kèm trào ngược là 60,8%. Trong khi TLESR gặp nhiều hơn ở nữ, thì viêm thực quản trào ngược trên nội soi lại có nguy cơ cao hơn ở nam ($OR=2,81, p<0,05$). Nhóm bệnh nhân có TLESR có tỷ lệ ợ hơi, ợ chua cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không có TLESR. Không có sự khác biệt về đặc điểm hình ảnh nội soi, các chỉ số trên đo HRM (áp lực LES, IRP 4s và rối loạn nhu động thực quản) giữa hai nhóm bệnh nhân trên. **Từ khóa:** Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, đo áp lực và nhu động độ phân giải cao (HRM), giãn cơ thắt thực quản dưới thoáng qua.

SUMMARY

EVALUATION OF TRANSIENT LOWER ESOPHAGEAL SPHINCTER RELAXATIONS IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Objectives: The aims of this study were to investigate the prevalence and characteristics of transient lower esophageal sphincter relaxation (TLESR) in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) symptoms using high-resolution manometry (HRM); and to assess the association between TLESR with clinical characteristics and endoscopic findings. **Methods:** A descriptive study was conducted among 100 patients with gastroesophageal reflux symptoms performed HRM from March 2025 to June 2025 at the Institute of Gastroenterology and Hepatology and Hoang Long Clinic. **Results:** TLESR was identified in 44 out of 100

patients (44%), with a total of 74 events recorded. The mean duration of TLESR events was 20.1 ± 5.4 seconds. The rate of TLESR associated with reflux episodes was 60.8%. While TLESRs were more significantly frequent in females, the prevalence of reflux esophagitis on endoscopy was higher in males ($OR=2.81, p<0.05$). Patients having TLESR had significantly higher prevalence of belching and regurgitation compared to those without TLESR. There were no significant differences in endoscopic findings, HRM results (LES pressure, IRP 4, and esophageal motility disorders) between 2 groups.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, HRM, Transient Lower Esophageal Sphincter Relaxations (TLESR).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (BTNDDTQ - GERD) là một bệnh rất phổ biến, có xu hướng tăng lên trên thế giới và tại Việt Nam. Bệnh có cơ chế bệnh sinh phức tạp bao gồm nhiều yếu tố như thoát vị hoành, áp lực cơ thắt thực quản dưới thấp, giãn cơ thắt thực quản dưới thoáng qua, sự chậm làm rỗng của dạ dày v.v.. Trong đó, giãn cơ thắt thực quản dưới thoáng qua (Transient lower esophageal sphincter relaxation – TLESR) là cơ chế gặp khá phổ biến ở bệnh nhân GERD¹. Hiện tượng này có thể xảy ra không liên quan tới quá trình nuốt, sinh lý ở cả người khỏe mạnh và đóng vai trò trong cơ chế bệnh sinh ở bệnh nhân GERD². Các nghiên cứu được thực hiện bằng đo áp lực và nhu động thực quản bình thường cho thấy tần suất các đợt trào ngược và TLESR là tương tự nhau ở bệnh nhân GERD và người khỏe mạnh^{1,3,4}. Tuy nhiên, tỷ lệ TLESR có kèm theo trào ngược acid ở bệnh nhân GERD (60-70%) cao hơn so với người bình thường (40-60%)⁵.

Hiện nay, HRM được coi là tiêu chuẩn vàng giúp chẩn đoán các bệnh lý về rối loạn vận động thực quản⁶, xác định các yếu tố nguy cơ của trào ngược và loại trừ các bệnh lý có triệu chứng tương tự. Nghiên cứu của Rohof và cộng sự⁷ đã chứng minh rằng HRM tốt hơn kỹ thuật đo áp lực nhu động thực quản truyền thống trong việc phát hiện TLESR. Nếu sử dụng loại catheter có trở kháng đa kênh (HRIM) cho phép phân tích đồng thời và chính xác hơn về các đợt trào ngược liên quan đến TLESR. Tuy nhiên, hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu đánh giá về hiện tượng này trên đối tượng trào ngược. Vì vậy,

¹Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025

chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát tỷ lệ và đặc điểm của TLESR ở bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản trên HRM, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa TLESR với đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm nghiên cứu: Viện nghiên cứu và đào tạo tiêu hóa gan mật và Phòng khám đa khoa Hoàng Long

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 07/2024 đến tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân (BN) \geq 18 tuổi có triệu chứng trào ngược dạ dày – thực quản điển hình (nóng rát sau xương ức và/hoặc trào ngược), được tiến hành nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng và đo HRM.

Tiêu chuẩn loại trừ: - BN có thắt tâm vị, tắc nghẽn đường ra thực quản, thực quản tăng co bóp, co thắt đoạn xa thực quản được chẩn đoán trên đo HRM theo phân loại Chicago 4.0⁸.

- BN không thực hiện được kỹ thuật HRM: Tiền sử mổ cắt thực quản, tổn thương thực quản do hóa chất, ung thư thực quản, giãn tĩnh mạch thực quản, bệnh nhân không hợp tác trong lúc tiến hành đo.

- Phụ nữ có thai.

- Sử dụng một số thuốc ảnh hưởng đến nhu động thực quản trong vòng 24 giờ như chẹn kênh canxi, prokinetic, opioid.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh và phỏng vấn các triệu chứng lâm sàng, bộ câu hỏi trào ngược dạ dày thực quản (GerdQ) và thu thập kết quả nội soi. Đo HRM được thực hiện bằng hệ thống catheter loại đặc có 36 vị trí cảm biến cách nhau 1cm và 18 đoạn trở kháng của Medtronic, với 10 nhịp nuốt đơn và 2 nhịp nuốt nhanh nhiều nhịp nước muối sinh lý pha loãng 0,45%. Sau đó, bản ghi được tiếp tục theo dõi trong vòng 15 phút khi bệnh nhân nằm nghỉ ngơi ở tư thế nằm ngửa.

Các tiêu chí đánh giá:

Lâm sàng: Bệnh nhân được thu thập triệu chứng lâm sàng tại thực quản, ngoài thực quản và đánh giá điểm GerdQ.

Thông số trên HRM: - TLESR được xác định theo các tiêu chí sau: không có nhịp nuốt trước 4 giây và sau 2 giây từ khi bắt đầu giãn cơ thắt

thực quản dưới (LES), ức chế cơ hoành (được xác định khi có sự sụt giảm ít nhất 50% áp lực) và thời gian giãn LES kéo dài trên 10 giây⁹.

- Phản ứng của cơ thắt thực quản trên (UES) trong quá trình TLESR được phân loại thành tăng áp lực, giảm áp lực và giãn. Tăng áp lực UES được định nghĩa là khi áp lực UES tăng \geq 10 mmHg so với áp lực ban đầu. Giảm áp lực UES khi áp lực UES giảm \geq 10 mmHg so với áp lực ban đầu. Giãn UES được xác định khi là áp lực UES giảm nhanh ít nhất 10 mmHg khi không kèm nuốt¹⁰.

- Xác định hình thái nhu động thực quản kết thúc TLESR được chia thành 03 loại, bao gồm: (1) PP - primary peristalsis: nhu động thực quản nguyên phát, được định nghĩa là sóng nhu động lan truyền đầy đủ từ UES đến LES liên quan đến nuốt; (2) FSC – full secondary contraction: co bóp thứ phát hoàn toàn, được định nghĩa là sóng nhu động hoàn toàn từ UES đến LES mà không có nuốt; (3) PSC - partial secondary contraction: co bóp thứ phát một phần, xác định khi có co bóp thực quản xuất hiện dưới mức UES¹¹.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kiểm định Chi-square, t-test và mô hình hồi quy logistic đơn biến được sử dụng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của Trường Đại Học Y Hà Nội. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Dữ liệu nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Từ tháng 3/2025 đến tháng 6/2025, nghiên cứu của chúng tôi thu tuyển được 100 bệnh nhân có độ tuổi trung bình $49,8 \pm 13,1$ với tỉ lệ nữ giới là 64%, BMI trung bình là $21,9 \pm 2,4$ kg/m²; trong đó có 44 BN có TLESR, chiếm tỉ lệ 44% và 56 BN không có TLESR. Nhóm có TLESR có tỷ lệ nữ giới cao hơn đáng kể (77,3% so với 53,6%, $p=0,014$). Các triệu chứng ợ hơi và ợ chua cũng phổ biến hơn ở nhóm có TLESR ($p<0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về các triệu chứng khác, điểm GerdQ, kết quả nội soi (viêm thực quản trào ngược, thoát vị hoành), các thông số HRM bao gồm áp lực LES, IRP 4s và giảm nhu động thực quản giữa hai nhóm (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi và HRM của các nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=100)	BN không có TLESR (n=56)	BN có TLESR (n=44)	P
Tuổi	49,8 + 13,1	51,4 ± 12,7	47,8 ± 13,4	0,176

Giới				
Nữ	64 (64)	30 (53,6)	34 (77,3)	0,014
Nam	36 (36)	26 (46,4)	10 (22,7)	
BMI (kg/m²)	21,9 ± 2,4	22,2 ± 2	21,5 ± 2,8	0,128
Triệu chứng lâm sàng				
Triệu chứng điển hình				
Nóng rát	59 (59)	35 (62,5)	24 (54,5)	0,422
Cảm giác trào ngược	98 (98)	55 (98,2)	43 (97,7)	1
Triệu chứng không điển hình				
Ợ hơi	53 (53)	22 (39,3)	31 (70,5)	0,002
Ợ chua	55 (55)	25 (44,6)	30 (68,2)	0,019
Đau thượng vị	54 (54)	33 (58,9)	21 (47,7)	0,265
Nôn	6 (6)	4 (7,1)	2 (4,5)	0,692
Buồn nôn	31 (31)	16 (28,6)	15 (34,1)	0,554
Triệu chứng ngoài thực quản (n=87)	87 (87)	50 (89,3)	37 (84,1)	0,443
Điểm GerdQ	8,4 ± 1,9	8,5 ± 2,03	8,3 ± 1,8	0,561
GerdQ ≥ 8	73 (73)	43 (76,8)	30 (68,2)	0,336
Kết quả nội soi				
VTQTN độ A	69 (69)	38 (67,9)	31 (70,5)	0,78
VTQTN độ B	2 (2)	2 (5,4)	0 (0)	0,502
Thoát vị hoành	8 (8)	5 (8,9)	3 (6,8)	1
Kết quả đo HRM				
Áp lực LES khi nghỉ (mmHg)	20,4 ± 10,8	19,4 ± 8,0	21,7 ± 13,5	0,291
Áp lực LES < 10 mmHg	12 (12)	6 (10,7)	6 (13,6)	0,655
IRP4s (mmHg)	6,6 ± 3,24	6,5 ± 3,2	6,7 ± 3,4	0,730
Giảm nhu động thực quản	38 (38)	24 (42,9)	14 (31,8)	0,259

BMI: chỉ số khối cơ thể; VTQTN: viêm thực quản trào ngược, IRP: áp lực giãn tích hợp. Số liệu biểu diễn dưới dạng n (%) hoặc trung bình ± độ lệch chuẩn

Đặc điểm của TLESR. Trong nhóm 44 bệnh nhân có TLESR, tổng cộng có 74 sự kiện TLESR được ghi nhận và phân tích trong thời gian theo dõi 15 phút, tần suất trung bình là 1,7 ± 1,2 (1-6) sự kiện. Thời gian trung bình của mỗi sự kiện TLESR là 20,1 ± 5,4 giây. Trong số các sự kiện TLESR này, 45 sự kiện (60,8%) có kèm theo trào ngược trên kênh trở kháng.

Phân tích phản ứng của UES trong quá trình TLESR cho thấy phần lớn các sự kiện (59/74) có tăng áp lực. Tỷ lệ giãn UES là 12,2%.

TLESR được kết thúc bởi các hình thái vận động thực quản PP, FSC và PSC với tỷ lệ lần lượt là 44,6%, 4,1% và 51,4%; trong đó PSC là hình thái chính (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm TLESR trên HRM

Đặc điểm	Giá trị
Tổng số TLESR	74
Trung vị số TLESR trên 1 BN	1,7 ± 1,2
Thời gian (s)	20,1 ± 5,4
Kèm trào ngược	45 (60,8)
Tình trạng UES	

Tăng	59 (79,7)
Giảm	3 (4,1)
Giãn	9 (12,2)
Không thay đổi	3 (4,1)
Hình thái nhu động thực quản kết thúc TLESR	
PP	33 (44,6)
FSC	3 (4,1)
PSC	38 (51,4)

Số liệu biểu diễn dưới dạng n (%) hoặc trung bình ± độ lệch chuẩn

Mối liên quan của một số yếu tố với tình trạng bệnh nhân có điểm GerdQ ≥ 8 hoặc bệnh nhân có viêm thực quản trào ngược trên nội soi. Nghiên cứu sử dụng mô hình hồi quy đơn biến khảo sát mối liên quan giữa một số đặc điểm và điểm GerdQ, VTQTN trên nội soi. Kết quả chưa ghi nhận mối liên quan giữa các yếu tố: tuổi, giới, BMI, tình trạng có TLESR, áp lực LES thấp, tình trạng giảm nhu động thực quản với tình trạng bệnh nhân có điểm GerdQ ≥ 8. Nam giới có nguy cơ bị VTQTN trên nội soi cao hơn nữ giới (OR = 2,81, KTC 95%: 1,017 – 7,735, p=0,046). Các yếu tố khác chưa ghi nhận mối liên quan với tình trạng VTQTN trên nội soi.

Bảng 3: Mối liên quan của một số yếu tố với tình trạng bệnh nhân có điểm GerdQ ≥ 8 hoặc bệnh nhân có viêm thực quản trào ngược trên nội soi

Đặc điểm	GerdQ ≥ 8			VTQTN		
	OR	KTC 95%	p	OR	KTC 95%	p
Tuổi	1,015	0,981 – 1,051	0,381	0,979	0,947 – 1,014	0,234
Giới	1,063	0,425 – 2,658	0,895	2,805	1,017 – 7,735	0,046
BMI	1,013	0,842 – 1,217	0,893	1,023	0,855 – 1,225	0,801
Áp lực LES <10 mmHg	1,125	0,281 – 4,509	0,868	0,794	0,219 – 2,873	0,725
Giảm nhu động thực quản	0,561	0,229 – 1,375	0,206	1,237	0,502 – 3,048	0,644
Có TLESR	0,648	0,267 – 1,573	0,338	0,954	0,4 – 2,275	0,915
Có 1 trong 3 yếu tố	0,715	0,266 – 1,922	0,506	1,002	0,394 – 2,55	0,996
Có 2 trong 3 yếu tố	0,564	0,205 – 1,549	0,266	0,842	0,302 – 2,343	0,742
Có cả 3 yếu tố	0,174	0,015 – 1,998	0,16	1,426	1,253 – 1,624	0,554

OR: tỷ suất chênh, KTC: khoảng tin cậy, các yếu tố bao gồm: Có TLESR, áp lực LES < 10mmHg, giảm nhu động thực quản.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã được tiến hành trên 100 bệnh nhân có triệu chứng trào ngược điển hình, được tiến hành đo HRM và nội soi thực quản dạ dày. Kết quả cho thấy có 44 bệnh nhân có TLESR, chiếm tỷ lệ 44% và 56 bệnh nhân không có tình trạng này; không có sự khác biệt về tuổi và BMI giữa 2 nhóm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu lại có sự khác biệt đáng kể về phân bố giới tính với tỷ lệ nữ ở nhóm BN có TLESR cao hơn (77,3%) so với nhóm BN không có TLESR (53,6%). TLESR là cơ chế sinh lý có mặt ở cả người khỏe mạnh và bệnh nhân GERD².

Trong nhóm 44 bệnh nhân có TLESR, chúng tôi đã ghi nhận và phân tích 74 sự kiện TLESR với thời gian trung bình là $20,1 \pm 5,4$ giây và tần suất trung bình là 1,7 (1-6) trong 15 phút (tương đương 6,8 sự kiện/giờ). Thời gian và tần suất này tương tự như các báo cáo trước đây về tình trạng TLESR ở bệnh nhân GERD^{1,4}. Tỷ lệ TLESR kèm trào ngược trong nghiên cứu là 60,8%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phản ứng của UES diễn ra trong TLESR chủ yếu là tăng áp lực với tỷ lệ 59/74 sự kiện. Tỷ lệ này là 75,8% trong nghiên cứu của Kim và cộng sự năm 2013, hay ở một nghiên cứu khác của Babaei và cộng sự¹⁰ tỷ lệ UES tăng ở tư thế nằm ngửa là 82%. Trong TLESR, phản ứng tăng áp lực của UES thường liên quan đến trào ngược dịch lỏng ở tư thế nằm ngửa và là một cơ chế bảo vệ giúp ngăn ngừa chất trào ngược lên họng và vào đường hô hấp¹⁰.

Các hình thái nhu động thực quản kết thúc của TLESR (PP, FSC, PSC) trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ lần lượt là: 44,6%, 4,1% và 51,4%; trong đó PSC – cơ co thắt thứ phát một phần là sự kiện kết thúc TLESR phổ biến nhất. Trong nghiên cứu của Kuribayashi và cộng sự tỷ

lệ của PP, FSC, PSC là 22%, 14% và 64%. TLESR là cơ chế quan trọng gây trào ngược dạ dày thực quản, do đó các nhu động thực quản kết thúc của TLESR có vai trò đối với việc loại bỏ dịch trào ngược khỏi thực quản.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự hiện diện của TLESR có liên quan với triệu chứng ợ hơi và ợ chua do tỷ lệ ợ hơi, ợ chua ở nhóm có TLESR (70,5% và 68,2%) cao hơn so với nhóm không có TLESR (39,3% và 44,6%). Tuy nhiên, không có sự khác biệt về các triệu chứng khác (nóng rát, đau ngực, nôn), điểm GerdQ, kết quả nội soi (VTNTQ độ A/B, thoát vị hoành), kết quả đo HRM giữa 2 nhóm. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu cho thấy TLESR là cơ chế bệnh sinh thường gặp trong GERD, tuy nhiên sự hiện diện đơn thuần của TLESR không liên quan đến mức độ nặng của triệu chứng lâm sàng cũng như tổn thương trên nội soi^{1,3}.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, TLESR phổ biến hơn đáng kể ở BN nữ (77,3% trong nhóm TLESR là nữ), nhưng tình trạng VTQTN trên nội soi lại có nguy cơ cao hơn ở BN nam. Nghiên cứu tổng hợp sự khác biệt về giới tính trong GERD của Kim và cộng sự¹⁴ cũng cho thấy nam giới mắc các bệnh lý như VTQTN, Barrett và ung thư thực quản cao hơn so với nữ giới.

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên về TLESR tại Việt Nam ở bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản trên hệ thống HRM sử dụng catheter đặc. Nghiên cứu có một số điểm hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, chưa theo dõi TLESR sau ăn và đối chiếu với kết quả đo pH trở kháng 24 giờ. Do vậy cần tiến hành thêm các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và đối chiếu thêm các phương pháp thăm dò khác.

V. KẾT LUẬN

Trên các bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản, tỷ lệ bệnh nhân có TLESR là 44%, gặp nhiều hơn ở nữ và có liên quan đến triệu chứng ợ hơi, ợ chua.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mittal RK, Holloway RH, Penagini R, Blackshaw LA, Dent J.** Transient lower esophageal sphincter relaxation. *Gastroenterology*. 1995;109(2):601-610. doi:10.1016/0016-5085(95)90351-8
- De Giorgi F, Palmiero M, Esposito I, Mosca F, Cuomo R.** Pathophysiology of gastro-oesophageal reflux disease. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2006;26(5):241-246.
- Iwakiri K, Hayashi Y, Kotoyori M, et al.** Transient lower esophageal sphincter relaxations (TLESRs) are the major mechanism of gastroesophageal reflux but are not the cause of reflux disease. *Dig Dis Sci*. 2005;50(6):1072-1077. doi:10.1007/s10620-005-2707-5
- Sifrim D, Holloway R.** Transient lower esophageal sphincter relaxations: how many or how harmful? *Am J Gastroenterol*. 2001;96(9):2529-2532. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.04095.x
- Iwakiri K, Hoshino S, Kawami N.** Transient lower esophageal sphincter relaxation. *Nihon Rinsho*. 2016;74(8):1343-1348.
- Fox MR, Bredenoord AJ.** Oesophageal high-resolution manometry: moving from research into clinical practice. *Gut*. 2008;57(3):405-423. doi:10.1136/gut.2007.127993
- Rohof WOA, Boeckxstaens GEE, Hirsch DP.** High-resolution esophageal pressure topography is superior to conventional sleeve manometry for the detection of transient lower esophageal sphincter relaxations associated with a reflux event. *Neurogastroenterol Motil*. 2011;23(5):427-432, e173. doi:10.1111/j.1365-2982.2010.01654.x
- Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, et al.** Esophageal motility disorders on high resolution manometry: Chicago classification version 4.0©. *Neurogastroenterol Motil*. 2021;33(1):e14058. doi:10.1111/nmo.14058
- Roman S, Holloway R, Keller J, et al.** Validation of criteria for the definition of transient lower esophageal sphincter relaxations using high-resolution manometry. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29(2). doi:10.1111/nmo.12920
- Babaei A, Bhargava V, Mittal RK.** Upper esophageal sphincter during transient lower esophageal sphincter relaxation: effects of reflux content and posture. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2010;298(5):G601-G607. doi:10.1152/ajpgi.00486.2009

KHẢO SÁT NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Loan¹, Hoàng Thị Thu Hà², Nguyễn Đỗ Thị Ngọc Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nguyên nhân của bệnh viêm màng bồ đào trước tại Bệnh viện Mắt Trung Ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Mắt trung ương từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 6 năm 2025. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm để xác định nguyên nhân. Dữ liệu được thu thập bao gồm: tuổi, giới tính, đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân gây bệnh. **Kết quả:** 43 bệnh nhân với 54 mắt thỏa mãn tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình là $46,14 \pm 14,725$ tuổi (dao động từ 14 đến 69 tuổi) với 22 nam (51,2%). Thị lực chính kính dao động từ 0-2,0 logMAR với trung bình là $0,462 \pm 0,523$ logMAR. 18 mắt (33,3%) có tăng nhãn áp, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa viêm màng bồ đào trước do virus và tăng nhãn áp ($p < 0,05$). 32 bệnh nhân (74,4%) bị viêm màng bồ đào trước 1 bên mắt. Tỷ lệ viêm màng bồ đào nhiễm trùng (53,5%) nhiều hơn không nhiễm trùng (46,5%). Viêm màng bồ đào trước do cytomegalo virus (CMV) (32,6%) là nguyên nhân nhiễm trùng phổ biến nhất, sau đó là herpes

simplex virus (HSV) (9,3%) và varicella zoster virus (VZV) (4,7%). Viêm màng bồ đào trước vô căn (39,5%) gặp nhiều nhất ở nhóm không nhiễm trùng. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy viêm màng bồ đào trước nhiễm trùng là thường gặp với tác nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là CMV. **Từ khóa:** Viêm màng bồ đào trước nhiễm trùng, virus, tăng nhãn áp, PCR thủy dịch

SUMMARY

ETIOLOGY OF ANTERIOR UVEITIS AT NATIONAL INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY

Purpose: To determine the etiological distribution and clinical characteristics of anterior uveitis at the National Institute of Ophthalmology. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at the National Institute of Ophthalmology from September 2023 to June 2025. All patients underwent comprehensive clinical examinations and laboratory tests to determine the etiology. Collected data included age, sex, medical history, clinical features, and underlying causes. **Results:** A total of 43 patients (54 eyes) met the inclusion criteria. The mean age was 46.14 ± 14.73 years (range: 14 to 69), with 22 males (51.2%). Best-corrected visual acuity ranged from 0 to 2.0 logMAR, with a mean of 0.462 ± 0.523 logMAR. Eighteen eyes (33.3%) had elevated intraocular pressure (IOP), and there was a statistically significant association between viral anterior uveitis and elevated IOP ($p < 0.05$). 32 patients (74.4%) had unilateral anterior uveitis. Infectious anterior uveitis accounted for 53.5%, which

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Loan

Email: hoangloan111998@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025