

- 1318.2004.00596.x
4. **Parramore JB, Wei JP, Yeh KA.** Colorectal cancer in patients under forty: presentation and outcome. *Am Surg* 1998; 64: 563–8.
 5. **Rodriguez-Bigas MA, Mahoney MC, Weber TK, Petrelli NJ.** Colorectal cancer in patients aged 30 years or younger. *Surg Oncol.* 1996;5(4):189-194. doi:10.1016/S0960-7404(96)80043-0
 6. **Trần Vi Doanh (2005).** "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ di căn xa của ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K Hà Nội từ 2003 đến 2004", Luận văn Thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
 7. **Zhao L, Bao F, Yan J, et al.** Poor prognosis of young patients with colorectal cancer: a retrospective study. *Int J Colorectal Dis.* 2017;32(8):1147-1156. doi:10.1007/s00384-017-280
 8. **Cancer of the Colon and Rectum** - Cancer Stat Facts. SEER. Accessed September 28, 2021. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.htm>

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG CẢI THIỆN TRIỆU CHỨNG Ở BỆNH NHÂN MẤT HOÀN TOÀN NHU ĐỘNG THỰC QUẢN ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON KẾT HỢP PROKINETIC

Nguyễn Thị Minh Châu¹, Đào Việt Hằng^{1,2}, Đào Văn Long^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu theo dõi dọc được tiến hành nhằm đánh giá tình trạng cải thiện triệu chứng sau 1 tháng điều trị bằng thuốc ức chế bơm proton (PPI) có/không kết hợp với prokinetic trên bệnh nhân được chẩn đoán mất hoàn toàn nhu động thực quản bằng đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao (HRM). Kết quả có 50 bệnh nhân thu tuyển từ 9/2020 đến 6/2021 tại phòng khám đa khoa Hoàng Long, trong đó 12 bệnh nhân được điều trị đơn thuần PPI, 38 bệnh nhân điều trị kết hợp. Nhóm nghiên cứu gồm 58% nữ, tuổi trung bình là 48,4 ± 17,7 năm, Điểm GERDQ trung bình của 2 nhóm trước điều trị lần lượt là 5,83 ± 2,79 và 6,68 ± 2,42, điểm FSSG trung bình của 2 nhóm trước điều trị lần lượt là 10,17 ± 5,34 và 9,55 ± 5,08, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Sau 1 tháng điều trị, có sự cải thiện rõ rệt về điểm triệu chứng theo GERDQ, FSSG ở cả 2 nhóm. **Từ khóa:** mất hoàn toàn nhu động thực quản, đo áp lực và nhu động thực quản, thuốc ức chế bơm proton, prokinetic.

SUMMARY

EVALUATING SYMPTOM IMPROVEMENT IN PATIENTS WITH ABSENT CONTRACTILITY USING PROTON PUMP INHIBITORS COMBINED WITH PROKINETICS

A longitudinal study was conducted to compare the symptom improvement of patients diagnosed with absent contractility on high-resolution manometry after 1 month using proton pump inhibitors (PPIs) with or without prokinetics. This study included 50 patients between 9/2020 and 6/2021 at Hoang Long Clinic, of which 12 patients received PPI alone, 38 patients received PPI combined with prokinetic treatment. The

prevalence of female was 58% and the mean age was 48.4 ± 17.7 years. The mean baseline GerdQ score of 2 groups were 5.83 ± 2.79 and 6.68 ± 2.42, the mean baseline FSSG score of 2 groups were 10.17 ± 5.34 and 9.55 ± 5.08. There were no differences in GerdQ score and FSSG score before treatment between 2 groups. After treatment, there was a significant improvement in GerdQ, FSSG scores in both groups.

Keywords: absent contractility, high-resolution manometry, proton pump inhibitors, prokinetics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhu động thực quản không phải là một bệnh lý hiếm gặp của đường tiêu hóa. Tỷ lệ rối loạn nhu động thực quản dao động từ 27 – 53% ở các bệnh nhân có triệu chứng nuốt nghẹn và đau ngực không do bệnh lý tim mạch.⁵ Trong các dạng rối loạn nhu động thực quản tiên phát, mất hoàn toàn nhu động thực quản (MHTNĐTQ) chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ khoảng 4,5%.² Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Đào Việt Hằng trên các bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa trên, tỷ lệ MHTNĐTQ là 2,4%.¹

Cơ chế gây MHTNĐTQ được cho là do rối loạn thần kinh cơ tại thực quản, tuy nhiên nguyên nhân dẫn đến tình trạng này hiện chưa rõ ràng, thường gặp MHTNĐTQ trong các bệnh lý tự miễn hệ thống, bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (BTNDDTQ), đái tháo đường và các bệnh nhân sau phẫu thuật hoặc xạ trị vùng cổ ngực.⁶ Các bệnh nhân có rối loạn MHTNĐTQ không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu, chủ yếu biểu hiện là trào ngược. Do đó, không thể chẩn đoán được rối loạn MHTNĐTQ đơn thuần dựa vào tiếp cận các triệu chứng lâm sàng, mà cần kết hợp với các phương pháp thăm dò chức năng, trong đó quan trọng nhất là đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao (high-resolution manometry – HRM).

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: hangdao.fsh@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2021

Ngày duyệt bài: 27.10.2021

MHTNĐTQ là dạng rối loạn nhu động nặng, hiện chưa có bất kì điều trị đặc hiệu nào có thể phục hồi được nhu động thực quản, vì vậy gây nhiều khó khăn cho các bác sỹ lâm sàng. Lựa chọn thay đổi chế độ ăn, sử dụng thuốc hay phẫu thuật tùy thuộc vào từng bệnh cảnh lâm sàng và phải cá thể hóa trên từng bệnh nhân cụ thể.⁴ Với biểu hiện chủ yếu là trào ngược và cơ chế nền tảng là rối loạn nhu động thực quản mức độ nặng gây giảm khả năng tổng xuất dịch từ thực quản xuống dạ dày, nhóm thuốc ức chế bơm proton (PPI) được sử dụng để cải thiện triệu chứng. Tuy nhiên chưa có dữ liệu cụ thể về hiệu quả khi phối hợp cùng prokinetic ở nhóm đối tượng bệnh nhân này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu so sánh tình trạng cải thiện triệu chứng sau 1 tháng điều trị PPI có/không phối hợp cùng prokinetic.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Bệnh nhân đến khám tại phòng khám đa khoa Hoàng Long từ tháng 9/2020 đến tháng 6/2021 được chẩn đoán rối loạn mất hoàn toàn nhu động thực quản trên HRM và được theo dõi hiệu quả điều trị sau 1 tháng.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo dõi dọc.

Quy trình nghiên cứu:

- Nghiên cứu thông tin về triệu chứng lâm sàng, điểm GERDQ, điểm FSSG, kết quả đo HRM, kết quả nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng, phương pháp điều trị qua hồ sơ/bệnh án lưu trữ và phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi nghiên cứu tại phòng khám Hoàng Long. Dựa vào phương pháp điều trị, chia bệnh nhân thành 2 nhóm. Nhóm A bao gồm các bệnh nhân điều trị PPI đơn thuần và nhóm B bao gồm các bệnh nhân điều trị phối hợp PPI với prokinetic.

- Thuốc ức chế bơm proton được sử dụng trong nghiên cứu bao gồm Esomeprazole, Rabeprazole, Pantoprazole, Dexlansoprazole với liều chuẩn hoặc gấp đôi liều chuẩn. Liều chuẩn của Esomeprazole, Rabeprazole, Pantoprazole, Dexlansoprazole lần lượt là 40mg, 20mg, 40mg, 30mg và liều cao (gấp đôi liều chuẩn) lần lượt là 80mg, 40mg, 80mg, 60mg.³

- Prokinetic sử dụng trong nghiên cứu bao gồm: Mosapride, Itopride, Domperidone. Tất cả bệnh nhân trên 60 tuổi được ghi điện tâm đồ loại trừ các rối loạn nhịp tim trước khi sử dụng prokinetic.

- Đánh giá và so sánh mức độ cải thiện triệu chứng sau 1 tháng điều trị theo bảng điểm GERDQ, FSSG bằng phỏng vấn qua điện thoại

các bệnh nhân nhóm A và nhóm B.

3. Phân tích số liệu. Số liệu sau khi mã hóa được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tỉ lệ (phần trăm), các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn. Sự khác biệt giữa các nhóm độc lập kiểm định bằng Chi-square test, Independent-sample T-test, so sánh ghép cặp bằng paired-samples T-test.

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân được giải thích và tự nguyện chấp thuận tham gia nghiên cứu. Chỉ có thành viên nhóm nghiên cứu được truy cập vào hồ sơ nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu. Từ tháng 9/2020 – 6/2021, nghiên cứu thu tuyển được 50 đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn MHTNĐTQ. Tỉ lệ nam:nữ là 1:1,5, tuổi trung bình là $48,4 \pm 17,7$ (nhỏ nhất: 17 tuổi – lớn nhất: 90 tuổi), trong đó tuổi trung bình của nhóm A và nhóm B lần lượt là $50,7 \pm 4,8$ và $47,4 \pm 3,0$. Ở nhóm B, có 9 bệnh nhân (23,7%) trên 60 tuổi, tất cả các bệnh nhân này đều được ghi điện tâm đồ loại trừ rối loạn nhịp tim trước khi sử dụng prokinetic. Giá trị BMI trung bình của nhóm nghiên cứu, nhóm A, nhóm B lần lượt là $21,3 \pm 3,1$; $21,2 \pm 2,6$ và $21,3 \pm 3,3$ kg/m², tỉ lệ thừa cân, béo phì của nhóm nghiên cứu, nhóm A và nhóm B lần lượt chiếm 32%, 25% và 34,2% (BMI ≥ 23 kg/m²), tỉ lệ thiếu cân lần lượt chiếm 18%, 8,3% và 21,1% (BMI $< 18,5$ kg/m²). Tỉ lệ BTNDDTQ, đái tháo đường, xơ cứng bì của nhóm A lần lượt là 57,3%, 16,7%, 0%, của nhóm B lần lượt là 55,3%, 23,7%, 2,6%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình, BMI và tiền sử bệnh của 2 nhóm.

Bảng 1 trình bày đặc điểm triệu chứng lâm sàng, hình ảnh trên nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng và HRM của nhóm nghiên cứu. Các triệu chứng phổ biến của nhóm nghiên cứu bao gồm: ợ hơi (68%), cảm giác trào ngược (56%), cảm thấy khối ở cổ (50%), đầy bụng (42%), ợ chua (38%), đau thượng vị (34%), nóng rát sau xương ức (28%). Triệu chứng nuốt nghẹn và đau ngực gặp ở tỉ lệ thấp, chiếm 16%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ triệu chứng trào ngược điển hình, triệu chứng ngoài thực quản, điểm GERDQ, điểm FSSG, kết quả nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng giữa 2 nhóm. Trên đo HRM, áp lực tích hợp khi nghỉ IRP4s của nhóm A cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm B.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và HRM

	Nhóm A* (n=12)	Nhóm B* (n=38)	p
Triệu chứng trào ngược điển hình	10 (83,3%)	31 (81,6%)	0,63
Triệu chứng ngoài thực quản	9 (75%)	23 (60,5%)	0,49
GERDQ	5,83 ± 2,79	6,68 ± 2,42	0,31
FSSG tổng	10,17 ± 5,34	9,55 ± 5,08	0,72
FSSG trào ngược	3,92 ± 2,61	3,82 ± 2,76	0,91
FSSG nhu động	6,25 ± 4,35	5,74 ± 4,11	0,71
Viêm thực quản trào ngược (theo phân loại Los Angeles)	2 (16,7%)	18 (47,3%)	0,91
Độ A	2 (100%)	17 (44,7%)	
Độ B	0	0	
Độ C	0	1 (2,6%)	
Độ D	0	0	
Thoát vị hoành	0	1 (2,6%)	0,79
Barrett thực quản	0	2 (5,3%)	0,63
Áp lực LES, mmHg	14,47 ± 10,40	11,97 ± 8,31	0,40
IRP4s, mmHg	7,36 ± 3,81	4,88 ± 3,20	0,03
DCI, cm. mmHg.s	16,41 ± 22,76	20,92 ± 23,55	0,56

*Nhóm A, nhóm chỉ điều trị bằng PPI đơn thuần; **Nhóm B, nhóm điều trị phối hợp PPI và prokinetic. LES, cơ thắt thực quản dưới, IRP4s, áp lực tích hợp khi nghỉ trong 4 giây, DCI, độ mạnh cơ bóp thực quản.

Trong nhóm nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân điều trị bằng thuốc PPI đơn thuần, thuốc PPI phối hợp prokinetic lần lượt là 24%, 76%. Esomeprazole là loại PPI được sử dụng nhiều nhất, chiếm 88%, Pantoprazole, Rabeprazole, Dexlansoprazole được sử dụng với tỉ lệ thấp, chỉ chiếm 4% mỗi loại. Tỉ lệ điều trị PPI liều chuẩn, PPI gấp đôi liều chuẩn của nhóm A lần lượt là 41,7%, 58,3% và của nhóm B lần lượt là 78,9%,

21,1%. Tỉ lệ điều trị PPI gấp đôi liều chuẩn của nhóm A cao hơn nhóm B có ý nghĩa thống kê (p=0,03). Thời gian điều trị PPI của nhóm A, nhóm B đều có trung vị bằng 60 ngày, khoảng tứ phân vị lần lượt là 56-60 ngày, 42-60 ngày.

2. Triệu chứng lâm sàng sau 1 tháng điều trị. Bảng 2 trình bày điểm GERDQ, FSSG trước và sau điều trị 1 tháng của 2 nhóm. Điểm GERDQ, FSSG cải thiện rõ rệt, đều giảm có ý nghĩa thống kê sau 1 tháng điều trị ở cả 2 nhóm. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm GERDQ, FSSG sau điều trị cũng như trước điều trị giữa 2 nhóm.

Bảng 2. Thang điểm GERDQ, FSSG sau điều trị

		Nhóm A (n=12)	Nhóm B (n=38)	p ₁ *	p ₂ **	p ₃ ***	p ₄ ****
GERDQ	Trước điều trị	5,83± 2,79	6,68± 2,42	0,31	0,67	0,001	<0,05
	Sau điều trị	3,25± 2,56	3,71± 3,41				
FSSG tổng	Trước điều trị	10,17± 5,34	9,55± 5,08	0,72	0,27	0,014	<0,05
	Sau điều trị	6,92± 3,18	5,24± 4,87				
FSSG trào ngược	Trước điều trị	3,92± 2,61	3,82± 2,76	0,91	0,67	0,002	<0,05
	Sau điều trị	2,33± 2,15	1,97± 2,65				
FSSG nhu động	Trước điều trị	6,25± 4,35	5,74 ± 4,87	0,71	0,18	0,114	<0,05
	Sau điều trị	4,58± 2,91	3,26± 2,96				

*p₁, so sánh giữa nhóm A và nhóm B trước điều trị; **p₂, so sánh giữa nhóm A và nhóm B sau điều trị; ***p₃, so sánh giữa trước và sau điều trị của nhóm A; ****p₄, so sánh giữa trước và sau điều trị của nhóm B.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi mô tả đặc điểm lâm sàng, kết quả đo HRM, kết quả nội soi và hiệu quả điều trị sau 1 tháng ở 50 bệnh nhân có chẩn đoán MHTNĐTQ trên đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao (HRM) nhằm

so sánh tình trạng cải thiện triệu chứng lâm sàng dựa trên thang điểm GERDQ, FSSG giữa nhóm điều trị đơn thuần PPI (nhóm A, bao gồm 12 bệnh nhân, chiếm 24%) và nhóm điều trị PPI phối hợp prokinetic (nhóm B, bao gồm 38 bệnh nhân, chiếm 76%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 48,4 ± 17,7, trong đó tuổi trung

bình của nhóm A và nhóm B lần lượt là $50,7 \pm 4,8$ và $47,4 \pm 3,0$.

Theo các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ bệnh xơ cứng bì gặp ở rối loạn mất hoàn toàn nhu động thực quản khá cao, lên tới 63,7%.⁶ Khác với các nghiên cứu này, bệnh xơ cứng bì trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp 1 bệnh nhân và tỉ lệ bệnh trào ngược dạ dày – thực quản gặp nhiều nhất chiếm 56%, nhóm A có 58,3%, nhóm B có 55,3%. Sự khác biệt này có thể do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là phòng khám chuyên khoa Tiêu hóa nên ít gặp các bệnh nhân có bệnh lí tự miễn hệ thống đã được quản lý và theo dõi chuyên khoa. Bên cạnh đó, mối liên quan giữa BTNDDTQ và các rối loạn giảm nhu động thực quản cũng đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu.⁸

Mất hoàn toàn nhu động thực quản không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu. Nuốt nghẹn và đau ngực được cho là các triệu chứng gợi ý có rối loạn nhu động thực quản mặc dù độ nhạy và độ đặc hiệu không cao. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng thường gặp nhất là các triệu chứng của trào ngược, còn triệu chứng nuốt nghẹn, đau ngực chiếm tỉ lệ thấp, đều là 16%. Triệu chứng BTNDDTQ ngoài thực quản gặp 64%, trong đó nhóm A có 75%, nhóm B có 60,5%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

Trên hình ảnh nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng, viêm thực quản trào ngược gặp ở 40%, trong đó nhóm A và nhóm B gặp lần lượt là 16,7% và 47,4%, hầu hết đều tổn thương độ A. Các nghiên cứu trước đã chỉ ra rằng một số rối loạn nhu động gây nên giảm khả năng tổng xuất dịch từ thực quản xuống dạ dày, ứ đọng dịch axit ở thực quản, từ đó dẫn đến tổn thương viêm thực quản, ngược lại các tổn thương niêm mạc thực quản do trào ngược cũng dẫn đến các rối loạn về nhu động.^{7,8} Do đó, biểu hiện lâm sàng của MHTNĐTQ có thể do rối loạn nhu động, cũng có thể do tình trạng tiếp xúc axit bất thường do trào ngược dạ dày – thực quản. Chính vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị trào ngược dạ dày – thực quản bằng thuốc ức chế bơm proton có/không phối hợp prokinetic được chỉ định nhằm cải thiện triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân.

Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy không có phương pháp điều trị đặc hiệu đối với MHTNĐTQ. Cho đến nay, không có bất kì thuốc nào chứng minh có khả năng phục hồi nhu động thực quản. Thay đổi lối sống và chế độ ăn là vấn đề cốt lõi trong điều trị MHTNĐTQ.⁴ Trong

nghiên cứu này, các đối tượng nghiên cứu biểu hiện triệu chứng lâm sàng chủ yếu liên quan đến BTNDDTQ, vì vậy các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được điều trị triệu chứng bằng thuốc ức chế bơm proton đơn thuần hoặc kết hợp với prokinetic ở lần lượt 24% và 76% bệnh nhân. Esomeprazole, Rabeprazole, Pantoprazole và Dexlansoprazole là các loại PPI được sử dụng điều trị với liều chuẩn hoặc gấp đôi liều chuẩn, trong đó Esomeprazole được sử dụng ở đa số bệnh nhân. Ở nhóm A, có 58,3% bệnh nhân sử dụng PPI gấp đôi liều chuẩn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm B, có 21,1%. Về cơ chế, prokinetic có tác dụng làm tăng áp lực cơ thắt thực quản dưới, tăng làm rỗng dạ dày, tăng nhịp co bóp thứ phát để tổng xuất dịch trên thực quản. Để tối ưu hóa hiệu quả ức chế bài tiết axit và giảm triệu chứng trào ngược, sử dụng PPI ở liều cao hoặc phối hợp với prokinetic được cân nhắc. Điều này lí giải vì sao trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sử dụng PPI liều gấp đôi liều chuẩn cao hơn ở nhóm chỉ điều trị PPI đơn thuần.

Kết quả điều trị sau 1 tháng dựa trên sự thay đổi thang điểm GERDQ và FSSG ở nhóm A và nhóm B ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các thang điểm trước và sau điều trị giữa 2 nhóm. Tuy nhiên, trong từng nhóm, kết quả điều trị sau 1 tháng cho thấy có cải thiện rõ rệt về biểu hiện các triệu chứng lâm sàng. Điểm GERDQ và FSSG ở cả 2 nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị PPI có/không phối hợp prokinetic có hiệu quả cải thiện triệu chứng ở bệnh nhân rối loạn mất hoàn toàn nhu động thực quản trên HRM.

V. KẾT LUẬN

Điều trị PPI có/không phối hợp prokinetic giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng sau điều trị ở bệnh nhân mất hoàn toàn nhu động thực quản.

Lời cảm ơn. Nghiên cứu nằm trong đề tài cấp nhà nước của Bộ Khoa học và Công nghệ “Nghiên cứu đánh giá rối loạn vận động và bài tiết một số bệnh lý dạ dày, thực quản” mã số ĐTĐLCN.04/20 thực hiện tại Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đào Việt Hằng, Lưu Thị Minh Huệ, Nguyễn Thủy Linh.** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và áp lực cơ thắt thực quản dưới ở bệnh nhân có rối loạn mất nhu động thực quản hoàn toàn. Tạp chí nghiên cứu y học trường đại học Y Hà Nội. 2020; 133(9):131-138.
- FakhreYH, FakhreYaseri AM, Baradaran MA, Soltani A SK.** Relationship between esophageal

- clinical symptoms and manometry findings in patients with esophageal motility disorders: a cross-sectional study. *Med J Islam Repub Iran*. 2015; 29:271.
3. **Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al.** Deprescribing proton pump inhibitors. *Can Fam Physician*. 2017;63(5):354-364.
 4. **Gyawali CP, Sifrim D, Carlson DA, et al.** Ineffective esophageal motility: Concepts, future directions, and conclusions from the Stanford 2018 symposium. *Neurogastroenterol Motil*. 2019; 31(9):13584.
 5. **Katz PO, Dalton CB, Richter JE, Wu WC, Castell DO.** Esophageal testing of patients with noncardiac chest pain or dysphagia. Results of three years' experience with 1161 patients. *Ann Intern Med*. 1987; 106(4):593-597.
 6. **Laique SN, Singh T, Dornblaser D, et al.** Clinical Characteristics and Associated Systemic Diseases in Patients With Esophageal "Absent Contractility"—A Clinical Algorithm. *Journal of clinical gastroenterology*. 2019;53(3):184-190
 7. **Lin S, Li H, Fang X.** Esophageal Motor Dysfunctions in Gastroesophageal Reflux Disease and Therapeutic Perspectives. *J Neurogastroenterol Motil*. 2019;25(4):499-507.
 8. **Liu L, Li S, Zhu K, et al.** Relationship between esophageal motility and severity of gastroesophageal reflux disease according to the Los Angeles classification. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(19):15543.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HN VIỆT ĐỨC

Dương Đình Toàn^{1,2}, Võ Quốc Hưng², Nguyễn Trọng Tài²

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu trên 123 trẻ em, tuổi từ 6 tháng đến 12 tuổi (tuổi trung bình 4,34 tuổi) gãy kín thân xương đùi được điều trị bảo tồn bằng kéo nắn bó bột tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2019-2020. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy kín thân xương đùi trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn, thu thập thông tin theo bệnh án nghiên cứu, đánh giá kết quả lâm sàng và Xquang sau điều trị. **Kết quả:** Thời gian theo dõi sau 4-12 tháng điều trị, kết quả tốt và rất tốt đạt 87,8%, trung bình chiếm 12,2%. Có 4 trường hợp ngắn chỉ dưới 1 cm, không gặp trường hợp nào teo cơ cứng khớp cũng như khớp giả. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn đối với gãy thân xương đùi ở trẻ em vẫn mang lại hiệu quả cao, tránh được những tai biến biến chứng liên quan đến phẫu thuật.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CONSERVED TREATMENT OF CHILDREN FEMORAL SHAFT FRACTURES AT VIET DUC HOSPITAL

We conducted a retrospective and prospective study on 123 childrens with closed femoral shaft fractures, aged from 6 months to 12 years (mean age 4.34) who were treated conservatively with cast at Viet Duc Hospital from 2019-2020. **Objective:** to evaluate the results of conservative treatment of femoral shaft fractures in children at Viet Duc Hospital.

Research methods: Select patients according to selection criteria, collect information according to research medical records, evaluate clinical and radiological results after treatment. Results: Follow-up time after 4-12 months of treatment, good and excellent results were 87,8%, the fair was 12,2%. There were 4 cases of shortening of the limb below 1 cm, no cases of atrophy of the stiff joints as well as the pseudo-joints. **Conclusion:** Conservative treatment for femoral shaft fractures in children is still highly effective, avoiding complications related to surgery.

Key words: femoral shaft fracture, Conserved treatment; children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đùi chiếm 1,6% của tất cả các loại gãy xương ở trẻ em, trong đó gãy thân xương đùi chiếm 75%. Khác với gãy xương đùi ở người lớn, gãy xương đùi ở trẻ em có thời gian liền xương nhanh hơn, trong quá trình liền xương có giai đoạn phục hồi hình thể xương (Remodelling), hay còn gọi là quá trình tự bình chỉnh, giúp ổ gãy xương phục hồi hoàn toàn hình thể như ban đầu. Trẻ càng nhỏ khả năng phục hồi hình thể xương càng tốt. Đó là một trong những yếu tố thuận lợi cho việc điều trị bảo tồn gãy xương nói chung, gãy thân xương đùi nói riêng ở trẻ em, đặc biệt là trẻ chưa đến trường (dưới 6 tuổi). Hiện nay, quan điểm phẫu thuật đã có nhiều thay đổi so với trước đây theo xu hướng mở rộng chỉ định, tuy nhiên đối với gãy thân xương đùi trẻ em, các phương tiện kết hợp xương không giống như của người lớn, chú trọng những loại đinh nội tuỷ có tính đàn hồi. Mặt khác những biến chứng của phẫu thuật như tổn thương sụn tiếp, tiêu xương, viêm xương, nhiễm

¹Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.com

Ngày nhận bài: 17.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2021

Ngày duyệt bài: 28.10.2021