

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THIÊN HẠNH, TỈNH ĐẮK LẮK, NĂM 2022

Triệu Thị Bích Hợp¹, Nguyễn Đức Vượng² và cộng sự

TÓM TẮT

Bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, chúng tôi đã khảo sát 250 bệnh nhân ngoại trú thực hiện nội soi đường tiêu hóa trên ở Bệnh viện Thiên Hạnh. **Kết luận:** 54,8% là nam giới, độ tuổi trung bình là 44,02 ± 13,4 tuổi. Dân tộc Kinh chiếm 83,6%. Trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên. 51,6% là nông dân và có 56,8% người ở nông thôn. Có 86,8% tình trạng hôn nhân đã có gia đình. Chỉ số khối cơ thể có 63,2% là thiếu cân. 43,2% chẩn đoán mắc GERD. Các yếu tố nguy cơ có liên quan đến GERD đều xuất hiện. 10 triệu chứng lâm sàng: đau vùng thượng vị (81,6%), ợ nóng (62,4%), đầy bụng (56,4%), đau ngực (không do tim) (36,8%), buồn nôn/nôn (33,2%), ợ trớ (26%), khó nuốt (20,4%), tiết nước bọt (14%), nuốt đau (6,4%) và khàn tiếng (2,8%). Hình ảnh nội soi có 73,6% tổn thương ở dạ dày, 37,6% tổn thương ở thực quản và 8% tổn thương ở tá tràng và chỉ có 24% là không có tổn thương. Hình ảnh tổn thương trên nội soi ở thực quản là viêm (98,9%) và loét (3,2%), ở dạ dày là viêm (98,9%) và loét (4,9%), ở tá tràng là loét (75%) và ung thư (10%). Có mối tương quan độ tuổi, giới tính và dân tộc với tổn thương ở thực quản, dạ dày ($p < 0,05$ đến $< 0,001$). Chỉ số khối cơ thể có tương quan với tổn thương ở dạ dày ($p < 0,01$). Có tương quan giữa ợ nóng, ợ trớ, khó nuốt, đau ngực (không do tim) và GERD ($p < 0,01$ đến $< 0,001$).

Từ khóa: GERD, Trào ngược dạ dày thực quản, Nội soi đường tiêu hóa trên, Thiên Hạnh, Đắk Lắk.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, ENDOSCOPIC AND RISK FACTORS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE FOR OUTPATIENT AT THIEN HANH HOSPITAL, DAK LAK PROVINCE, 2022

By using the cross-sectional descriptive study method, we surveyed 250 outpatients performing GI endoscopy at Thien Hanh Hospital. Conclusion: 54.8% are male, the mean age is 44.02 ± 13.4 years old. Kinh ethnic group account for 83.6%. Education level 2 and up. 51.6% are farmers and 56.8% are in rural areas. There are 86.8% of marital status married. BMI 63.2% are underweight. 43.2% diagnose with GERD. Risk factors associate with GERD are all present. 10 clinical symptoms: epigastric pain (81.6%), heartburn

(62.4%), bloating (56.4%), chest pain (non-cardiac) (36.8%), sadness vomiting/vomiting (33.2%), regurgitation (26%), dysphagia (20.4%), salivation (14%), painful swallowing (6.4%) and hoarseness (2.8%). Endoscopic images showed 73.6% lesions in the stomach, 37.6% lesions in the esophagus and 8% lesions in the duodenum and only 24% were no lesions. The endoscopic findings in the esophagus are inflammation (98.9%) and ulceration (3.2%), in the stomach it is inflammation (98.9%) and ulceration (4.9%), in the duodenum are ulcers (75%) and cancer (10%). There is a correlation between age, sex and ethnicity with lesions in the esophagus and stomach ($p < 0.05$ to < 0.001). BMI correlate with gastric lesions ($p < 0.01$). There is a correlation between heartburn, regurgitation, dysphagia, chest pain (non-cardiac) and GERD ($p < 0.01$ to < 0.001).

Keywords: GERD, Gastroesophageal reflux disease, Upper gastrointestinal endoscopy, Thien Hanh, Dak Lak.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày – thực quản (Gastroesophageal Reflux Disease: GERD) chỉ sự trào ngược của các chất chứa trong dạ dày vào thực quản qua lỗ tâm vị do sự co giãn thoáng qua của cơ thắt thực quản dưới. Đây là hiện tượng sinh lý, thường xảy ra ban đêm, đặc biệt là sau bữa ăn, tần suất thấp, không gây ra triệu chứng gì và cũng không gây viêm thực quản. Trào ngược trở thành bệnh lý khi đợt co giãn của cơ thắt thực quản dưới kéo dài, thường xuyên hơn gây nên những triệu chứng khó chịu và/hoặc những biến chứng [1, 2]. Ợ nóng và ợ trớ là những triệu chứng phổ biến nhất của GERD [3].

GERD có sinh lý bệnh với nhiều yếu tố liên quan đến chức năng dạ dày thực quản. Hình ảnh lâm sàng và bệnh lý của GERD gây ra bởi các yếu tố sau bao gồm tăng áp lực và sự liên kết chức năng giữa dạ dày và thực quản, dẫn đến bệnh lý trào ngược thành phần axit trong dạ dày. Ngoài ra, nhiều yếu tố nguy cơ di truyền và môi trường được báo cáo có thể liên quan đến sự phát triển của bệnh. Các yếu tố lối sống khác nhau như tiêu thụ nước ngọt, cà phê, trà, rượu, hút thuốc, chỉ số khối cơ thể (BMI), sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) và tư thế ngủ cũng được coi là có liên quan đến GERD [4]. GERD ước tính có tỷ lệ mắc cao trên toàn cầu và giữa các quần thể do sự khác biệt về các yếu tố nguy cơ. Tỷ lệ lưu hành GERD trên thế

¹Bệnh viện Thiên Hạnh.

²Bệnh viện Đại học Buôn Ma Thuột.

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Bích Hợp

Email: Drbichhop1904@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.3.2022

Ngày duyệt bài: 7.4.2022

gười được báo cáo trong phân tích tổng hợp được công bố gần đây của 96 nghiên cứu từ 37 quốc gia là 13,98% [4]. Tỷ lệ lưu hành GERD cao ở Bắc Mỹ (19,55%) và Châu Âu (14,12%) so với châu Á (12,92%), trong khi ở châu Á tỷ lệ này cũng khác nhau, cao nhất ở Iran (18,43%) và thấp nhất ở Trung Quốc (4,16%) [4]. Sử dụng bộ câu hỏi chẩn đoán GERD để xác định tình trạng mắc bệnh với tổng số điểm từ 8 trở lên [5, 6]. Các nghiên cứu trong nước và Quốc tế cho thấy GERD đang có xu hướng tăng dần lên trong đó có cả Việt Nam. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về GERD, nhưng ước tính tỷ lệ mắc bệnh khoảng 10-15% bệnh nhân được nội soi dạ dày thực quản [7]. Tại Đắk Lắk chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ mắc bệnh, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng hình ảnh nội soi của GERD nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng, nội soi và các yếu tố nguy cơ bệnh trào ngược dạ dày thực quản ở bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Thiện Hạnh, tỉnh Đắk Lắk, năm 2022" với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ mắc bệnh, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi GERD; (2) Các yếu tố nguy cơ và mối liên quan với GERD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ngoại trú đến khám bệnh và được chỉ định nội soi đường tiêu hóa trên.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, có triệu chứng đường tiêu hóa trên (ợ nóng, ợ trớ, đau bụng, đầy bụng, buồn nôn, nôn, nuốt đau, nuốt khó...), đã ngừng thuốc ức chế bơm proton ít nhất 2 tuần, ngừng Bismuth và kháng sinh ít nhất 4 tuần trước khi đến khám và có chỉ định nội soi tiêu hóa trên.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân nào có một trong các tiêu chuẩn sau sẽ không được nhận vào nghiên cứu: Có tiền sử phẫu thuật ở thực quản, dạ dày (cắt 2/3 dạ dày). Xuất huyết tiêu hóa trên trong vòng 24 giờ. Xơ gan có biến chứng giãn tĩnh mạch thực quản. Trong quá trình nội soi nếu bác sĩ không thực hiện được các quy trình để xác định các biến số trong nghiên cứu. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội soi bệnh viện Thiện Hạnh.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2022-28/02/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thu thập số liệu điều tra qua phỏng vấn và đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi của những bệnh nhân có chỉ định nội soi

đường tiêu hóa trên.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ.

$$n = \frac{Z^2 (1-\alpha/2) * p(1-p)}{d^2}$$

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- α : xác suất sai lầm loại I ($\alpha = 0,05$).

- Z: trị số từ phân phối chuẩn ($Z_{0,95} = 1,96$ với khoảng tin cậy 95%).

- p: Tỷ lệ bệnh nhân GERD. Ở đây, chúng tôi lấy giá trị $p=0,1398$ [4].

- d: Sai số cho phép ($d = 0,05$).

Cỡ mẫu là $n = 185$ mẫu. Để giảm các sai lệch cho mẫu nghiên cứu, chúng tôi tăng thêm 30% số mẫu. Cỡ mẫu ước tính cần cho nghiên cứu là $n = 241$ mẫu. Thực tế chúng tôi đã thu thập được 250 mẫu trong thời gian nghiên cứu.

2.4.2. Kỹ thuật thu thập dữ liệu: Điều tra phỏng vấn và thu thập hình ảnh nội soi dựa trên bảng câu hỏi soạn sẵn. Hình ảnh nội soi của bệnh nhân được chụp và lưu lại. Tiêu chuẩn chẩn đoán GERD theo bộ câu hỏi GERD Questionnaire.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu. Số liệu được nhập, làm sạch dữ liệu và xử lý bằng Epi Data 3.1, Microsoft Excel 2010 và phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xác định tỷ lệ mắc bệnh, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi GERD (n=250)

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nội dung	Tần số (n=250)	Tỷ lệ (%)
Tuổi: 18-29	37	14,8
30-39	61	24,4
40-49	69	27,6
50-59	48	19,2
60-69	29	11,6
≥ 70	6	2,4
Độ tuổi trung bình là $44,02 \pm 13,4$ (Tối thiểu là 18 và tối đa là 85 tuổi)		
Giới tính: Nam	137	54,8
Nữ	113	45,2
Dân tộc: Kinh	209	83,6
E đê	11	4,4
Khác	30	12,0
Nghề nghiệp		
Nông dân	129	51,6
Buôn bán	32	12,8
Công chức, viên chức	23	9,2
Công nhân	7	2,8
Khác	59	23,6

Nơi sinh sống		
Nông thôn	142	56,8
Thành thị	108	43,2
Trình độ văn hóa		
Không biết đọc, biết viết	4	1,6
Cấp 1	30	12,0
Cấp 2	98	39,2
Cấp 3	68	27,2
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	50	20,0
Tình trạng hôn nhân		
Có gia đình	217	86,8
Độc thân	31	12,4
Ly dị	2	0,8
Chỉ số khối cơ thể (BMI)		
Thiếu cân	158	63,2
Bình thường	89	35,6
Thừa cân, béo phì	3	1,2

Theo bảng 1 cho thấy có 54,8% là nam giới cao hơn so với 45,2% là nữ giới. Độ tuổi trung bình là 44,02 ± 13,4. Dân tộc Kinh chiếm 83,6%. Trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 51,6%. Có 56,8% người ở nông thôn và 43,2% ở thành thị. Có 86,8% tình trạng hôn nhân đã có gia đình. Chỉ số khối cơ thể có 63,2% là thiếu cân và có 1,2% là thừa cân, béo phì.

Bảng 2. Tỷ lệ mắc GERD được chẩn đoán theo bộ câu hỏi (GERD Questionnaire ≥ 8 điểm)

Tổng điểm	Tần số (n=250)	Tỷ lệ (%)
0 – 7 điểm	142	56,8
8 - 18 điểm	108	43,2

Bảng 2 cho thấy với tổng điểm từ 8 điểm trở lên có 43,2% người được chẩn đoán mắc GERD.

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng (n=250)

Triệu chứng	Tần suất (n=250)	Tỷ lệ (%)
Đau vùng thượng vị	204	81,6
Ợ nóng	156	62,4
Đầy bụng	141	56,4
Đau ngực (không do tim)	92	36,8
Buồn nôn/nôn	83	33,2
Ợ trớ	65	26,0
Khó nuốt	51	20,4
Tiết nước bọt	35	14,0
Nuốt đau	16	6,4
Khàn tiếng	7	2,8

Bảng 3 cho thấy có 10 triệu chứng lâm sàng được ghi nhận. đau vùng thượng vị (81,6%), ợ nóng (62,4%), đầy bụng (56,4%), đau ngực (không do tim) (36,8%), buồn nôn/nôn (33,2%), ợ trớ (26%), khó nuốt (20,4%), tiết nước bọt (14%), nuốt đau (6,4%) và khàn tiếng (2,8%).

Bảng 4. Hình ảnh vị trí tổn thương qua nội soi đường tiêu hóa trên ở vị trí các cơ quan thực quản, dạ dày và tá tràng (n=250)

Nội dung	Tần số (n=250)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương đơn thuần		
Thực quản	94	37,6
Dạ dày	184	73,6
Tá tràng	20	8,0
Không có tổn thương	60	24,0
Tổn thương nhiều cơ quan		
Thực quản và dạ dày	88	35,2
Thực quản và tá tràng	8	3,2
Dạ dày và tá tràng	19	7,6
Thực quản, dạ dày và tá tràng	7	2,8

Bảng 4 cho thấy có 73,6% tổn thương ở dạ dày, 37,6% tổn thương ở thực quản và 8% tổn thương ở tá tràng và chỉ có 24% người là không có tổn thương. Có vị trí tổn thương đồng thời ở thực quản và dạ dày là 35,2%, dạ dày và tá tràng là 7,6% và 3,2% thực quản và tá tràng. Tổn thương đồng thời ở thực quản, dạ dày và tá tràng chiếm 2,8%.

Bảng 5. Hình ảnh tổn thương trên nội soi (n=250)

Hình ảnh	Tần số (n=250)	Tỷ lệ (%)
Thực quản		
Số có tổn thương	94	37,6
Hình ảnh tổn thương (n=94)		
Viêm	93	98,9
Loét	3	3,2
Xuất huyết	1	1,1
Barrett	0	0
Ung thư	0	0
Khác	1	1,1
Dạ dày		
Số có tổn thương	184	73,6
Hình ảnh tổn thương (n=184)		
Viêm	182	98,9
Loét	9	4,9
Xuất huyết	1	0,5
Di vật	1	0,5
Barrett	0	0
Ung thư	0	0
Hẹp môn vị	0	0
Khác	2	1,0
Tá tràng		
Số có tổn thương	20	55,0
Hình ảnh tổn thương (n=20)		
Viêm	11	4,4
Loét	15	75,0

Xuất huyết	1	5,0
Ung thư	2	10,0
Khác	3	15,0

Bảng 5 cho thấy hình ảnh tổn thương ở thực quản là viêm (98,9%) và loét (3,2%), ở dạ dày là viêm (98,9%) và loét (4,9%), ở tá tràng là loét (75%) và ung thư (10%).

3.2. Các yếu tố nguy cơ và mối liên quan với GERD

Bảng 6. Một số yếu tố nguy cơ (n=250)

Yếu tố nguy cơ	Tần suất (n=250)	Tỷ lệ (%)
Có tiền sử bệnh đường tiêu hóa	195	78,0
Có hút thuốc lá (quá khứ hoặc hiện tại)	58	23,2
Sử dụng thuốc kháng viêm non steroid	49	19,6
Sử dụng thuốc chẹn canxi/nitrate	10	4,0
Sử dụng nước ngọt	80	32,0
Sử dụng trà	85	34,0
Sử dụng thức ăn dầu mỡ (chiên, rán)	180	72,0
Sử dụng thức ăn dứa chua	85	34,0
Sử dụng bữa ăn cay nóng	148	59,2
Chẩn đoán dương tính HP* qua Clo test	49	19,6

(*) HP: Helicobacter Pylori; Theo bảng 6 cho thấy các yếu tố nguy cơ có liên quan đến GERD đều xuất hiện. Cao nhất có 78% người có tiền sử bệnh đường tiêu hóa, 72% sử dụng thức ăn dầu mỡ (chiên, rán) và 59,2% sử dụng bữa ăn cay nóng và thấp nhất là 4% người sử dụng thuốc chẹn canxi/nitrate. Có 19,6% được chẩn đoán dương tính với HP qua Clo test.

Bảng 7. Mối tương quan giữa đặc điểm mẫu nghiên cứu và vị trí tổn thương qua nội soi đường tiêu hóa trên

Đặc điểm	Vị trí tổn thương (n=250)					
	Thực quản (n=94)		Dạ dày (n=184)		Tá tràng (n=20)	
	Có tổn thương (%)	p*	Có tổn thương (%)	p*	Có tổn thương (%)	p*
Độ tuổi: 18-29	18,9	<0,01	56,8	<0,01	8,1	0,904
30-39	29,5		67,2		8,2	
40-49	37,7		71,0		5,8	
50-59	56,3		89,6		10,4	
60-69	44,8		86,2		10,3	
≥ 70	50,0		83,3		0,0	
Giới tính: Nam	48,9	<0,001	85,4	<0,001	10,9	0,058
Nữ	23,9		59,3		4,4	
Dân tộc: Kinh	41,6	<0,05	77,5	<0,01	9,1	0,336
É đê	18,2		63,6		3,3	
Khác	16,7		50,0		0,0	
Nghề nghiệp		0,514		0,672		0,859
Nông dân	39,5		73,6		7,8	
Buôn bán	25,0		65,6		6,3	
Công chức, viên chức	34,8		69,6		4,3	
Công nhân	28,6		85,7		14,3	
Khác	42,4	78,0	10,2			
Trình độ văn hóa		0,961		0,742		0,276
Không BĐ, biết viết	50,0		50,0		25,0	
Cấp 1	33,3		80,0		13,3	
Cấp 2	38,8		74,5		4,1	
Cấp 3	38,2		72,1		8,8	
Trung cấp/CĐ/ĐH	36,0	72,0	10,0			
Nơi cư trú		0,051		0,191		0,865
Nông thôn	32,4		70,4		7,7	
Thành thị	44,4	77,8	8,3			
Chỉ số khối cơ thể						

Thiếu cân	34,8	0,465	68,4	<0,01	7,6	0,813
Bình thường	42,7		84,3		9,0	
Thừa cân, béo phì	33,3		33,3		0,0	

*Chi Square Test; Bảng 7 cho thấy có mối tương quan độ tuổi, giới tính và dân tộc với có tổn thương ở thực quản, dạ dày ($p < 0,05$ đến $< 0,001$). Chỉ số khối cơ thể có tương quan với tổn thương ở dạ dày ($p < 0,01$).

Bảng 8. Mối tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán GERD

Triệu chứng lâm sàng	Chẩn đoán GERD (Tổng điểm ≥ 8)		p*
	Có (%)	Không (%)	
Ợ nóng	89 (82,4)	67 (47,2)	< 0,001
Ợ trớ	46 (42,6)	19 (13,4)	< 0,001
Đau vùng thượng vị	87 (80,6)	117 (82,4)	0,710
Đầy bụng	66 (61,1)	75 (52,8)	0,190
Khó nuốt	31 (28,7)	20 (14,1)	< 0,01
Nuốt đau	7 (6,5)	9 (6,3)	0,963
Buồn nôn/nôn	33 (30,6)	50 (35,2)	0,439
Tiết nước bọt	20 (18,5)	15 (10,6)	0,073
Khàn tiếng	4 (3,7)	3 (2,1)	0,450
Đau ngực (không do tim)	55 (50,9)	37 (26,1)	< 0,001

*Chi Square Test; Bảng 8 cho thấy sự tương quan giữa triệu chứng lâm sàng: ợ nóng, ợ trớ, khó nuốt, đau ngực (không do tim) và chẩn đoán GERD ($p < 0,01$ đến $< 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu có 54,8% là nam giới cao hơn là nữ giới (45,2%). Độ tuổi trung bình là $44,02 \pm 13,4$ tuổi, độ tuổi của chúng tôi tương đương Nguyễn Văn Vinh là $43,57 \pm 1,65$ tuổi [8]. Dân tộc Kinh chiếm 83,6%. Trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên, cao nhất ở trình độ trung học cơ sở là 39,2%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 51,6%. Có 56,8% người ở nông thôn và 43,2% ở thành thị. Có 86,8% tình trạng hôn nhân đã có gia đình. Chỉ số khối cơ thể có 63,2% là thiếu cân. Trong số người tham gia nghiên cứu thì có đến 63,2% là thiếu cân. Tần suất GERD thường ở những người thừa cân và béo phì, những phát hiện tương tự cũng được báo cáo bởi các nghiên cứu khác nhau [4, 9]. Những thay đổi sinh lý bệnh như bất thường cơ thắt thực quản dưới, rối loạn vận động thực quản và tăng áp lực trong dạ dày do béo phì là những lý do khiến tỷ lệ người có chỉ số khối cơ thể cao hơn phổ biến hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi lần đầu tiên xác định tỷ lệ mắc GERD cùng với các yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh tổn thương trên nội soi. Dựa trên kết quả của bộ câu hỏi chẩn đoán GERD với tổng điểm từ 8 điểm trở lên có 43,2% được chẩn đoán mắc GERD. GERD ước tính có tỷ lệ mắc cao trên toàn cầu và giữa các quần thể do sự khác biệt về các yếu tố nguy cơ. Tỷ lệ lưu hành GERD trên thế giới được báo cáo trong phân tích tổng hợp được công bố gần đây của 96 nghiên cứu từ 37 quốc gia là 13,98% [4].

Tỷ lệ lưu hành GERD cao ở Bắc Mỹ (19,55%) và Châu Âu (14,12%) so với châu Á (12,92%), trong khi ở châu Á tỷ lệ này cũng khác nhau, cao nhất ở Iran (18,43%) và thấp nhất ở Trung Quốc (4,16%) [4]. Sử dụng bộ câu hỏi chẩn đoán GERD để xác định tình trạng mắc bệnh với tổng số điểm từ 8 trở lên [5, 6]. Tỷ lệ mắc GERD của chúng tôi cao hơn tỷ lệ lưu hành GERD trên thế giới là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đã được sàng lọc trên những người có chỉ định nội soi đường tiêu hóa trên.

Có 10 triệu chứng lâm sàng: đau vùng thượng vị (81,6%), ợ nóng (62,4%), đầy bụng (56,4%), đau ngực (không do tim) (36,8%), buồn nôn/nôn (33,2%), ợ trớ (26%), khó nuốt (20,4%), tiết nước bọt (14%), nuốt đau (6,4%) và khàn tiếng (2,8%). Trong 10 triệu chứng lâm sàng này chúng tôi cũng có triệu chứng ợ nóng (62,4%) và ợ trớ (26%) và cũng phù hợp là ợ nóng và ợ trớ là những triệu chứng phổ biến nhất của GERD [3]. Ợ nóng có hoặc không có ợ trớ thường là đủ để nghi ngờ mắc GERD, đặc biệt khi các triệu chứng này tệ hơn sau khi ăn hoặc khi nằm nghiêng [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như Nguyễn Văn Vinh về đặc điểm lâm sàng nhưng một số triệu chứng có tỷ lệ khác nhau [8].

Hình ảnh nội soi có 73,6% tổn thương ở dạ dày, 37,6% tổn thương ở thực quản, 8% tổn thương ở tá tràng và chỉ có 24% là không có tổn thương. Tỷ lệ tổn thương ở thực quản chúng tôi cao hơn Nguyễn Văn Vinh (6,34%) nhưng thấp hơn ở dạ dày (93,2%) và tương đương ở tá

tràng (8,4%); không có tổn thương của chúng tôi cao hơn Nguyễn Văn Vinh nhiều (1%) [8]. Có vị trí tổn thương đồng thời ở thực quản và dạ dày là 35,2%, dạ dày và tá tràng là 7,6% và 3,2% thực quản và tá tràng. Tổn thương đồng thời ở thực quản, dạ dày và tá tràng chiếm 2,8%. Đặc điểm lâm sàng hình ảnh tổn thương trên nội soi đường tiêu hóa trên ở thực quản là viêm (98,9%) và loét (3,2%). Tỷ lệ viêm của chúng tôi cao hơn so với Nguyễn Văn Vinh (60,5%) [8]. Chúng ta biết khi axit dạ dày liên tục tiếp xúc với niêm mạc thực quản, nó gây ra viêm, có thể bao gồm xói mòn hoặc loét. Viêm thực quản có thể gây ra các triệu chứng như ợ nóng, đau ngực, khó nuốt hoặc chảy máu. Ở dạ dày là viêm (98,9%) và loét (4,9%), ở tá tràng là loét (75%) và ung thư (10%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố nguy cơ có liên quan đến GERD ở người đều xuất hiện. Cao nhất có 78% người có tiền sử bệnh đường tiêu hóa, 72% sử dụng thức ăn dầu mỡ (chiên, rán) và 59,2% sử dụng bữa ăn cay nóng và thấp nhất là 4% người sử dụng thuốc chẹn canxi/nitrate. Các yếu tố lối sống khác nhau như tiêu thụ nước ngọt, cà phê, trà, rượu, hút thuốc, chỉ số khối cơ thể (BMI), sử dụng thuốc chống viêm không steroid và tư thế ngủ cũng được coi là có liên quan đến GERD [4]. Điều này cũng tương tự như nghiên cứu của Muhammad Fawad Rasool, Rimsha Sarwar, Muhammad Subhan Arshad et al là GERD có liên quan đến người có tiền sử bệnh đường tiêu hóa, các yếu tố nguy cơ [5]. Có 19,6% được chẩn đoán dương tính với HP qua Clo test và tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn nhiều so với Nguyễn Văn Vinh là 35,6% [8].

Có mối tương quan độ tuổi, giới tính và dân tộc với có tổn thương ở thực quản, dạ dày ($p < 0,05$ đến $< 0,001$). Chỉ số khối cơ thể có tương quan với tổn thương ở dạ dày ($p < 0,01$). Sự tương quan giữa triệu chứng lâm sàng: ợ nóng, ợ trớ, khó nuốt, đau ngực (không do tim) và chẩn đoán GERD ($p < 0,01$ đến $< 0,001$).

V. KẾT LUẬN

Mẫu nghiên cứu có 54,8% là nam giới cao hơn là nữ giới (45,2%). Độ tuổi trung bình là $44,02 \pm 13,4$ tuổi. Dân tộc Kinh chiếm 83,6%. Trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 51,6% và có 56,8% người ở nông thôn. Có 86,8% tình trạng hôn nhân đã có gia đình. Chỉ số khối cơ thể có 63,2% là thiếu cân và có 1,2% là thừa cân, béo phì.

Có 43,2% được chẩn đoán mắc GERD với tổng điểm từ 8 điểm trở lên. Hình ảnh nội soi

đường tiêu hóa trên có 73,6% tổn thương ở dạ dày, 37,6% tổn thương ở thực quản và 8% tổn thương ở tá tràng và chỉ có 24% là không có tổn thương. 35,2% tổn thương đồng thời ở thực quản và dạ dày, 7,6% ở dạ dày và tá tràng và 3,2% ở thực quản và tá tràng. Tổn thương đồng thời ở thực quản, dạ dày và tá tràng chiếm 2,8%. Đặc điểm lâm sàng hình ảnh tổn thương trên nội soi đường tiêu hóa trên ở thực quản là viêm (98,9%) và loét (3,2%), ở dạ dày là viêm (98,9%) và loét (4,9%), ở tá tràng là loét (75%) và ung thư (10%).

Các yếu tố nguy cơ có liên quan đến GERD đều xuất hiện. Cao nhất có 78% người có tiền sử bệnh đường tiêu hóa, 72% sử dụng thức ăn dầu mỡ (chiên, rán) và 59,2% sử dụng bữa ăn cay nóng và thấp nhất là 4% người sử dụng thuốc chẹn canxi/nitrate. Có 19,6% được chẩn đoán dương tính với HP qua Clo test. 10 triệu chứng lâm sàng được ghi nhận. đau vùng thượng vị (81,6%), ợ nóng (62,4%), đầy bụng (56,4%), đau ngực (không do tim) (36,8%), buồn nôn/nôn (33,2%), ợ trớ (26%), khó nuốt (20,4%), tiết nước bọt (14%), nuốt đau (6,4%) và khàn tiếng (2,8%).

Có mối tương quan độ tuổi, giới tính và dân tộc với tổn thương ở thực quản, dạ dày ($p < 0,05$ đến $< 0,001$). Chỉ số khối cơ thể có tương quan với tổn thương ở dạ dày ($p < 0,01$). Có tương quan giữa triệu chứng lâm sàng: ợ nóng, ợ trớ, khó nuốt, đau ngực (không do tim) và chẩn đoán GERD ($p < 0,01$ đến $< 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mark Fox (2006)**, Gastroesophageal reflux disease. *BMJ*. 332, 88-93.
2. **Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R**. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *ACG*. 2006;101(8):1900–1920. Accessed on 25 3 2022.
3. **Estores DS**. Symptom predictability in gastroesophageal reflux disease and role of proton pump inhibitor test. *Gastroenterol Clin*. 2014;43(1):27–38. doi:10.1016/j.gtc.2013.11.002. Accessed on 25 3 2022.
4. **Nirwan JS, Hasan SS, Conway BR, Ghori MU**. Global prevalence and risk factors of gastro-oesophageal reflux disease (GORD): systematic review with meta-analysis. *Sci Rep*. 2020;10(1):1–14. doi:10.1038/s41598-020-62795-1. Accessed on 25 3 2022.
5. **Muhammad Fawad Rasool, Rimsha Sarwar, Muhammad Subhan Arshad et al**. Assessing the Frequency and Risk Factors Associated with Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in Southern Punjab, Pakistan. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34803413/>. Accessed on 25 3 2022.

6. **Domenico Della Casa, Guido Missale, Renzo Cestari, GerdQ:** Tool for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease in primary care. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20461953/>. Accessed on 26 3 2022.
7. **Nguyễn Duy Thăng.** Bệnh trào ngược dạ dày thực quản. Nhà xuất bản Y học, 2019. Trang 40.
8. **Nguyễn Văn Vinh.** Nghiên cứu hình ảnh nội soi đường tiêu hóa trên và đặc điểm lâm sàng bệnh trào ngược dạ dày thực quản tại Bệnh viện quân y 121.
9. **Halawani H, Banoon S.** Prevalence and determinants of gastroesophageal reflux disease and the risk factors among adult patients attending Al-Iskan primary health care center in Makkah, 2020. *Cureus*. 2020;12(9):e10535. Accessed on 28 3 2022
10. **Dent J, Armstrong D, Delaney B, Moayyedi P, Talley NJ, Vakil N.** Symptom evaluation in reflux disease: workshop background, processes, terminology, recommendations, and discussion outputs. *Gut* 2004;53 Suppl 4:iv1-24. Accessed on 28 3 2022.

NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN MẬT ĐỘ XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN CƯỜNG GIÁP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Ngô Đức Kỳ¹, Phạm Đức Quang¹, Nguyễn Thị Hoài Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhân xét mật độ xương (MĐX) và tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân cường giáp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 71 đối tượng, tuổi từ 20 – 50 tuổi. Trong đó, có 35 bệnh nhân bị cường giáp và 36 bệnh nhân bình thường làm nhóm chứng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2021. **Kết quả:** MĐX trung bình (T-Score) ở tất cả vị trí (cổ xương đùi và cột sống thắt lưng) ở bệnh nhân cường giáp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Tỷ lệ rối loạn MĐX ở nhóm cường giáp là 48,6% và tỷ lệ loãng xương là 35,5%. Tỷ lệ rối loạn MĐX ở nhóm cường giáp có thời gian mắc bệnh ≥ 6 tháng (70,6%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có thời gian mắc bệnh < 6 tháng (27,8%) với $p < 0,05$. **Kết luận:** Cường giáp có ảnh hưởng tiêu cực đến mật độ xương, làm giảm mật độ xương và tăng nguy cơ loãng xương. Trong đó, thời gian mắc bệnh càng dài là một yếu tố nguy cơ cao của rối loạn mật độ xương ở bệnh nhân cường giáp.

Từ khóa: Mật độ xương, cường giáp, loãng xương

SUMMARY

RESEARCH ON BONE DENSITY DISORDERS IN HYPERTHYROID PATIENTS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: To evaluate bone density (BMD) and osteoporosis in patients with hyperthyroidism. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. All 71 participants, aged from 20 to 50 years old. In which, there were 35 patients with hyperthyroidism and 36 control group at Nghe An General Friendship Hospital from September 2020 to September 2021. **Results:** The mean bone density (T-Score) at all sites (femur neck and lumbar spine) in hyperthyroid patients was

statistically significantly lower than in the control group ($p < 0.05$). The rate of bone density disorder in the hyperthyroid group was 48.6% and the rate of osteoporosis was 35.5%. The rate of bone density disorder in the hyperthyroid group with disease duration 6 months (70.6%) was statistically significantly higher than in the group with disease duration < 6 months (27.8%) with $p < 0.05$. **Conclusion:** Hyperthyroidism has a negative effect on bone density, reducing bone density and increasing the risk of osteoporosis. In particular, the longer the disease duration is a high risk factor of bone density disorders in patients with hyperthyroidism.

Keywords: Bone mineral density, hyperthyroidism, osteoporosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng tuyến giáp là một rối loạn nội tiết hàng đầu xảy ra trên toàn thế giới với tỷ lệ phổ biến ước tính khoảng 3-4%[1]. Con đường sinh lý bệnh kết nối chức năng tuyến giáp với sức khỏe của xương đã được nghiên cứu rộng rãi và ngày nay, người ta tin rằng sự trao đổi chéo giữa hormon tuyến giáp và mô xương được thực hiện thông qua các thụ thể nằm trong mô xương [2]. Một số nghiên cứu đã được công bố trong hai thập kỷ qua nhấn mạnh ảnh hưởng của chức năng tuyến giáp đến MĐX. Một số nghiên cứu đã được công bố cho thấy cường giáp quá mức có thể gây ra những ảnh hưởng tiêu cực đến mô xương dẫn đến tình trạng mất xương và loãng xương [3, 4].

Ở người trưởng thành khỏe mạnh, cường giáp làm thay đổi quá trình tái tạo xương, làm giảm khoảng thời gian hình thành xương mới gần 50% và cũng làm giảm quá trình tiêu xương, làm tăng nguy cơ phát triển bệnh loãng xương cuối cùng dẫn đến bệnh gãy xương. Nghiên cứu của Basset và Williams [5] đã quan sát thấy rằng bộ xương cực kỳ nhạy cảm với những thay đổi của chức

¹Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Kỳ

Email: ngoduckyna@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.3.2022

Ngày duyệt bài: 7.4.2022