

ALT bình thường, HBVDNA dưới ngưỡng, kết quả xét nghiệm HBsAg âm tính và AntiHBs dương tính 13,94UI. Bệnh nhân được tiếp tục theo dõi sau 6 tháng và 12 tháng kết quả HBsAg vẫn âm tính và AntiHBs dương tính. Bệnh nhân thứ hai là bệnh nhân nam, 9 tuổi, địa chỉ Liên Khê, Khoái Châu, Hưng Yên. Tiền sử gia đình có mẹ bị viêm gan virus B, bản thân bệnh nhân không có bệnh nền, đã được điều trị thuốc kháng virus Lamivudin theo phác đồ từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 02 năm 2018 thì được xác định thất bại điều trị, enzym gan không tăng nhưng HBVDNA tăng $1,26 \times 10^4$ copies/ml. Về lâm sàng và xét nghiệm không có gì đặc biệt, kết quả xét nghiệm huyết thanh HbeAg dương tính và AntiHBe âm tính, bệnh nhân được hội chẩn và chuyển thuốc kháng virus entecavir. Sau 6 tháng điều trị entecavir các chỉ số enzym gan bình thường, HBVDNA dưới ngưỡng phát hiện và có chuyển đổi huyết thanh HBeAg âm tính và AntiHBe dương tính. Sau 12 tháng điều trị thuốc kháng virus entecavir các xét nghiệm enzym gan bình thường, HBVDNA dưới ngưỡng và HBsAg âm tính, AntiHBs dương tính 2,49UI. Bệnh nhân tiếp tục được theo dõi sau khi mất HBsAg 6 tháng và 12 tháng đều âm tính. Như vậy mặc dù tỷ lệ mất HBsAg khi điều trị thuốc kháng virus ở trẻ em không cao, tuy nhiên vẫn có hy vọng mất HBsAg cho các bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết các bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính ở trẻ em có cải thiện lâm sàng rõ rệt sau 1 và 3 tháng điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân có hoạt độ AST bình thường sau 3, 6, 9, 12 tháng lần lượt là: 43,8%, 75%, 89,6% và 87,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có hoạt độ ALT bình thường sau 3, 6, 9, 12 tháng

lần lượt là: 33,3%, 64,6%, 85,4% và 85,4%. Đáp ứng huyết thanh: tỷ lệ chuyển đảo huyết thanh sau 06 tháng, 12 tháng lần lượt là 10,9% và 21,7%. Đáp ứng virus: bệnh nhân có tải lượng HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện sau 6, 12 tháng lần lượt là: 27,1% và 45,8%. Có 02/48 bệnh nhân đạt kết điểm lý tưởng mất HBsAg và xuất hiện AntiHBs sau điều trị 12 tháng với entecavir.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. (2015). Guidelines for the prevention care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection: Mar-15: World Health Organization.
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan virus B, Ban hành theo quyết định số 3310/QĐ- BYT ngày 29 tháng 07 năm 2019
3. Liver EAFTSOT. (2017). EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. Journal of hepatology. 67(2):370-398.
4. Chang K.C, Wu J.F, Hsu H.Y, et al. (2016). Entecavir Treatment in Children and Adolescents with Chronic Hepatitis B Virus Infection. Pediatrics and neonatology, 57(5):390-395. doi:10.1016/j.pedneo.2015.09.009.
5. Saadah O.I, Sindi H.H, Bin-Talib Y, et al. (2012). Entecavir treatment of children 2–16 years of age with chronic hepatitis B infection. Arab Journal of Gastroenterology. 13(2):41-44.
6. Jonas M.M, Chang M.H, Sokal E, et al. (2016). Randomized, controlled trial of entecavir versus placebo in children with hepatitis B envelope antigen-positive chronic hepatitis B. Hepatology. 63(2):377-387.
7. Lee K.J, Choe B-H, Choe JY, et al. (2018). A multicenter study of the antiviral efficacy of entecavir monotherapy compared to lamivudine monotherapy in children with nucleos (t) ide-naïve chronic hepatitis B. J Korean Med Sci. 33(8):e63.
8. Pawłowska M, Halota W, Smukalska E, et al. (2012). HBV DNA suppression during entecavir treatment in previously treated children with chronic hepatitis B. European journal of clinical microbiology & infectious diseases. 31(4):571-574.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY-THỰC QUẢN BẰNG BỘ CÂU HỎI QOLRAD

Phạm Thị Phương Thanh¹, Vũ Văn Khiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (TNDDTQ)

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Phương Thanh

Email: drthanh.hmu.0915@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022

bằng bộ câu hỏi QOLRAD. (2) Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh TNDDTQ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 323 người bệnh TNDDTQ đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 07-12/2021. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân TNDDTQ theo bộ câu hỏi QOLRAD. **Kết quả:** TNDDTQ ảnh hưởng nhiều nhất đến các lĩnh vực sau: Sức sống ($3,75 \pm 1,60$), ăn/uống ($4,59 \pm 1,46$), rối loạn giấc ngủ ($4,83 \pm 1,71$), cảm xúc ($5,43 \pm 1,43$), và thể chất/xã hội ($6,09 \pm 1,08$). Các yếu tố: tuổi với lĩnh vực rối loạn giấc ngủ, BMI với tình trạng ăn/uống, thời gian mắc

TNDDTQ với lĩnh vực sức sống, đặc điểm kinh tế và số bữa ăn trong ngày với hầu hết các lĩnh vực chất lượng cuộc sống liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Bộ câu hỏi QOLRAD có độ tin cậy và có ý nghĩa trong đánh giá tác động của TNDDTQ đến chất lượng cuộc sống sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân TNDDTQ.

Từ khoá: Trào ngược dạ dày thực quản, chất lượng cuộc sống, QOLRAD.

SUMMARY

ASSESSING QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GERD (GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE) USING QOLRAD QUESTIONNAIRE

Objective: To assess the quality of life of patients with gastroesophageal reflux disease by using the QOLRAD questionnaire. **Methods:** A cross-sectional study on 323 patients with gastroesophageal reflux disease in Hanoi Medical University Hospital from July to December 2021. All patients were assessed for quality of life according to the QOLRAD questionnaire. **Results:** The vitality domain ($3.75 \pm 1,60$) most affected by symptoms of GERD, next to the eating/drinking disorders ($4.59 \pm 1,46$), sleeping disorders ($4.83 \pm 1,71$), emotional distress ($5.43 \pm 1,43$) and physical/pocial function ($6.09 \pm 1,08$). Age group with the domain of sleep disturbance, BMI with the of eating/eating status, duration of GERD with the domain of vitality, economic characteristics and number of meals per day with most of the domain of quality of life involved were statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** The QOLRAD questionnaire is reliable and meaningful in assessing the impact of GERD on the quality of daily living of patients.

Keywords: GERD, quality of life, QOLRAD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày - thực quản (Gastroesophageal reflux disease: GERD) là một trong những bệnh phổ biến trên thế giới và không ngừng gia tăng ở các nước châu Á. Bệnh nhân có các biểu hiện tại tại thực quản (nóng rát sau xương ức, ợ nóng...) và/hoặc biểu hiện ngoài thực quản (nuốt khó, nuốt vướng, đau ngực, ho kéo dài, hen phế quản).¹ Những triệu chứng này làm giảm "chất lượng cuộc sống" (Quality of life: QOL).²

Nhiều thang đo chất lượng cuộc sống (CLCS) được xây dựng bởi các tác giả Anh, Pháp, Hoa Kỳ đã giúp đo lường CLCS của người bệnh TNDDTQ như SF-36, EQ-5D, PGWBI, GERD-HRQL, QOLRAD... Trong đó bộ câu hỏi QOLRAD (QOL questionnaire in reflux and dyspepsia) là một trong những thang đo hỗn hợp thường được sử dụng để đánh giá CLCS ở bệnh nhân bị TNDDTQ²

Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu trước đây về bệnh TNDDTQ nhưng chủ yếu tập trung vào dịch tễ học, chẩn đoán, điều trị hay kiến

thức của người bệnh về bệnh. Các nghiên cứu về CLCS của người bệnh TNDDTQ còn khá hạn chế đặc biệt là việc sử dụng thang đo QOLRAD. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) *Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân TNDDTQ bằng bộ câu hỏi QOLRAD.* (2) *Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến CLCS ở bệnh nhân TNDDTQ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân có triệu chứng TNDDTQ đến khám và được nội soi đường tiêu hóa trên tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi từ: 18 đến 80 tuổi đến khám, nội soi đường tiêu hóa trên.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có các bệnh lý sau: ung thực quản, ung thư dạ dày-tá tràng, tổn thương khác (loét, hẹp thực quản, viêm thực quản do thuốc...)

- Tiền sử phẫu thuật đường tiêu hóa trên.

- Có bệnh lý nặng kết hợp: Suy tim, bồng đường tiêu hóa trên do kiềm, acid...

- Có bệnh lý tâm thần kinh: Rối loạn lo âu, trầm cảm đang sử dụng thuốc.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, BMI, nơi sinh sống, đặc điểm kinh tế, trình độ học vấn.

- Điểm trung bình CLCS của bệnh nhân mắc TNDDTQ được đánh giá theo từng lĩnh vực thuộc bộ câu hỏi QOLRAD: Cảm xúc, Rối loạn giấc ngủ, Sức sống, Tình trạng ăn/uống, Chức năng vận động/ giao tiếp xã hội.

- Các yếu tố nguy cơ của bệnh TNDDTQ: Số bữa ăn trong ngày; Tình trạng hút thuốc lá; Uống/Làm dụng bia, rượu; Tỷ lệ bị TNDDTQ ≥ 5 năm; Đặc điểm tổn thương thực quản qua nội soi (theo phân loại Los Angeles); Tiền sử sử dụng thuốc: PPI, NSAID.

2.2.4. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Thu thập các thông tin về tên, tuổi, giới tính, tiền sử mắc TNDDTQ, kết quả nội soi tiêu hoá, tiền sử dùng thuốc NSAID và PPI.

Bước 2: Đánh giá triệu chứng TNDDTQ theo bộ câu hỏi GERD-Q và bệnh nhân tự trả lời trong 7 ngày sau khảo sát. Chẩn đoán TNDDTQ nếu điểm GERD Q ≥ 8 .

Bước 3: Đánh giá CLCS của người bệnh TNDDTQ theo bộ câu hỏi QOLRAD

Bộ câu hỏi QOLRAD có 25 câu hỏi, bao gồm 5 lĩnh vực: Cảm xúc (6 câu hỏi: 12, 14, 15, 17, 19, 22); Rối loạn giấc ngủ (5 câu hỏi: 8, 10, 11, 18, 21); Tình trạng ăn/uống (6 câu hỏi: 3, 5, 9, 13, 16, 20); Chức năng vận động và Chức năng giao tiếp xã hội (5 câu hỏi: 2, 6, 23, 24, 25); Sức sống (3 câu hỏi: 1, 4, 7). Mỗi câu hỏi được đo lường dựa trên thang 7 điểm: Luôn luôn/hường xuyên/rất nhiều lần/thỉnh thoảng/rất ít khi/hiếm khi/không bao giờ. Điểm trung bình từng lĩnh vực chia làm 2 mức độ Không tốt (≤ 4 điểm), tốt (> 4 điểm). Bộ câu hỏi QOLRAD được chứng minh qua nhiều nghiên cứu là một bộ câu hỏi có độ tin cậy cao được đo lường bằng hệ số Cronbach's α và cho kết quả $> 0,7$.³

Bước 4: Xử lý số liệu và kết luận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Gồm 323 bệnh nhân đã được chẩn đoán mắc TNDDTQ: 11 nam (34,4%) và 212 nữ (65,6%), tuổi trung bình: $46,63 \pm 14,41$ tuổi (18-80 tuổi)

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học

		Nội dung	N (%)
Trình độ học vấn		Tốt nghiệp Tiểu học/THCS	99 (30,7)
		Tốt nghiệp THPT	83 (25,7)
		Cao đẳng/ Trung cấp	30 (9,3)
		Đại học/SĐH	111 (34,4)
Thu nhập		< 10 triệu / tháng	183 (56,7)
		≥ 10 triệu/ tháng	140 (43,3)
Uống rượu		Không	221 (68,4)
		Có	92 (28,5)
		Lạm dụng rượu	10 (3,1)
Hút thuốc		Không	282 (87,3)
		Có	41 (12,7)
Thời gian mắc bệnh		< 5 năm	236 (73,1)
		≥ 5 năm	87 (26,9)
Dùng PPI		Không	102 (31,6)
		Khi có triệu chứng	194 (59,8)
		Thường xuyên	27 (8,4)
TS dùng NSAIDs		Không	291 (90,1)
		Có	32 (9,9)
Số bữa ăn/ngày		≤ 3 bữa/ngày	70 (21,7)
		≥ 4 bữa/ngày	253 (78,3)

Nhận xét: Một số yếu tố nguy cơ: lạm dụng rượu (3,1%), hút thuốc lá (7,7%), mắc TNDDTQ < 5 năm (73,1%), đã sử dụng PPI (68,2%)

Bảng 2. Kết quả điểm GERD-Q

Q	Số ngày có triệu chứng/tuần qua	0 (%)	1 (%)	2-3 (%)	4-7 (%)
Q1	Ợ nóng	29,1	1,2	22,6	47,1
Q2	Ợ chua/ Trở thức ăn	52,6	1,5	19,5	26,3
Q3	Đau vùng giữa bụng trên	46,7	1,2	16,4	35,6
Q4	Buồn nôn	65,9	2,5	7,4	24,1
Q5	Khó thở về đêm do ợ nóng/trở	69,3	0	8,4	22,3
Q6	Cần uống thêm thuốc khác ngoài thuốc kê toa do ợ nóng/trở	83,3	0,3	7,7	8,7

Nhận xét: Với tần suất ảnh hưởng 4-7 ngày/tuần, triệu chứng ợ nóng (Q1), đau giữa bụng trên (Q3) xuất hiện với tỉ lệ lần lượt là 47,1% và 35,6% người bệnh; tiếp đến là ợ chua (Q2) chiếm 26,3% người bệnh, khó thở về đêm do triệu chứng (Q5) và phải uống thuốc ngoài để điều trị triệu chứng chiếm lần lượt 22,3% và 8,7% người bệnh.

3.2. Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân TNDDTQ bằng bộ câu hỏi QOLRAD

Bảng 3: Điểm trung bình CLCS theo từng lĩnh vực theo QOLRAD

Lĩnh vực	\bar{x}	SD	Min	Max
Cảm xúc	5,43	1,43	1,67	7,00
Rối loạn giấc ngủ	4,83	1,71	1,00	7,00
Ăn/uống	4,59	1,46	1,00	7,00
Thể chất/Xã hội	6,09	1,08	1,80	7,00
Sức sống	3,75	1,60	1,00	7,00

Nhận xét: Điểm trung bình CLCS từ 3,75 đến 5,43. Trong đó, lĩnh vực sức sống có điểm trung bình thấp nhất (3,75), lĩnh vực chức năng vận động/giao tiếp xã hội có điểm trung bình cao nhất (6,09). Độ lệch chuẩn cao nhất ở lĩnh vực rối loạn giấc ngủ (1,7).

Bảng 4: Mối liên quan giữa CLCS sống không tốt và các yếu tố nguy cơ theo lĩnh vực Cảm xúc, Rối loạn giấc ngủ của bộ câu hỏi QOLRAD

Yếu tố nguy cơ		Cảm xúc		Rối loạn giấc ngủ	
		OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Giới	Nam/ Nữ	1,06(0,63-1,78)	0,834	1,27(0,80-2,03)	0,307

Tuổi	≥ 60 tuổi/ < 60 tuổi	1,09(0,66-1,82)	0,722	1,53(0,97-2,42)	0,025
BMI	≥ 23/ < 23	0,80(0,45-1,43)	0,452	0,69(0,42-1,16)	0,166
Đặc điểm kinh tế	< 10 triệu/ ≥ 10 triệu	1,69 (1,01-2,83)	0,046	1,34(0,86-2,11)	0,198
Uống rượu/bia	Có/Không	1,07(0,62-1,86)	0,800	1,27(0,78-2,07)	0,340
	Lạm dụng rượu/Không	1,23(0,31-4,93)	0,767	0,65(0,16-2,57)	0,534
Hút thuốc lá	Có/Không	1,03(0,49-2,16)	0,936	1,42(0,74-2,75)	0,290
Thời gian mắc TNDDTQ	≥ 5 năm/ < 5 năm	0,85(0,48-1,51)	0,589	1,31(0,80-2,15)	0,287
KQ nội soi	LA A,B/ NERD	0,91(0,55-1,52)	0,729	0,94(0,59-1,48)	0,791
	LA C,D,Barret/NERD	0,67(0,07-6,15)	0,591	2,12(0,35-12,9)	0,651
TS dùng PPI	Có/Không	1,29(0,74-2,24)	0,373	1,07(0,66-1,73)	0,790
TS dùng NSAID	Có/ Không	1,79(0,84-3,84)	0,130	0,98(0,46-2,05)	0,947
Số bữa ăn/ngày	Ăn ≥ 4 bữa/ < 4 bữa	1,64(0,93-2,91)	0,087	2,47(1,44-4,25)	0,001

Nhận xét: Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê được tìm thấy tại các yếu tố nhóm tuổi, số bữa ăn/ngày với lĩnh vực rối loạn giấc ngủ, đặc điểm kinh tế với lĩnh vực cảm xúc.

Bảng 5: Môi liên quan giữa CLCS sống không tốt và các yếu tố nguy cơ theo lĩnh vực Ăn/uống, Thể chất/Xã hội và Sức sống của bộ câu hỏi QOLRAD

Yếu tố nguy cơ		Tình trạng ăn/uống		Chức năng vận động/ giao tiếp xã hội		Sức sống	
		OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Giới	Nam/ Nữ	0,71(0,44-1,14)	0,150	1,53(0,76-3,07)	0,227	1,01(0,62-1,64)	0,971
Tuổi	≥ 60 tuổi/ < 60 tuổi	1,28(0,81-2,01)	0,290	0,75(0,36-1,55)	0,428	1,17(0,72-1,87)	0,529
BMI	≥ 23/ < 23	2,08(1,28-3,82)	0,006	1,81(0,88-3,70)	0,101	0,97(0,58-1,63)	0,91
Đặc điểm kinh tế	< 10 triệu/ ≥ 10 triệu	1,89(1,20-2,99)	0,006	1,94(0,92-4,08)	0,076	1,74(1,09-2,76)	0,019
Uống rượu/bia	Có/Không	0,74(0,45-1,21)	0,228	1,07(0,50-2,27)	0,871	0,79(0,48-1,21)	0,353
	Lạm dụng/ Không	0,31(0,07-1,51)	0,129	0,87(0,11-7,17)	0,898	0,73(0,20-2,65)	0,625
Hút thuốc lá	Có/Không	1,25(0,65-2,42)	0,499	2,12(0,89-5,01)	0,111	1,15(0,57-2,32)	0,701
Thời gian mắc TNDDTQ	≥ 5 năm/ < 5 năm	1,37(0,84-2,25)	0,212	1,35(0,65-2,82)	0,423	1,94(1,11-3,38)	0,019
KQ nội soi	LA A,B/ NERD	0,73(0,50-1,15)	0,168	1,12 (0,56-2,23)	0,756	0,69(0,43-1,09)	0,113
	LA C,D,Barret/NERD	0,83(0,14-5,05)	0,602	1,13(1,07-1,18)	0,559	1,46(1,32-1,61)	0,326
TS dùng PPI	Có/Không	1,00(0,62-1,63)	0,992	0,91(0,43-1,93)	0,807	0,99(0,59-1,62)	0,956
TS dùng NSAID	Có/ Không	1,47(0,71-3,05)	0,303	1,50(0,54-4,17)	0,435	1,99(0,83-4,75)	0,117
Số bữa ăn/ngày	Ăn ≥ 4 bữa/ < 4 bữa	3,59(2,06-6,27)	0,000	3,27(1,60-6,69)	0,001	1,68(0,93-3,04)	0,085

Nhận xét: Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê được tìm thấy tại các yếu tố BMI với lĩnh vực tình trạng ăn/uống, thời gian mắc TNDDTQ với lĩnh vực sức sống, đặc điểm kinh tế và số bữa ăn trong ngày với hầu hết các lĩnh vực CLCS.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 323 người bệnh TNDDTQ có tuổi trung bình là 46,63 ± 14,41. Hầu hết bệnh nhân có thời gian mắc TNDDTQ <

5 năm chiếm 73,1% và tỉ lệ đã sử dụng PPI chiếm đến 68,4%. Với tần suất ảnh hưởng 4-7 ngày/tuần của các triệu chứng ợ nóng (Q1), đau giữa bụng trên (Q3) xuất hiện với tỉ lệ lần lượt là 47,1% và 35,6% người bệnh; tiếp đến là ợ chua (Q2) chiếm 26,3% người bệnh, khó thở về đêm do triệu chứng (Q5) và phải uống thuốc ngoài để điều trị triệu chứng chiếm lần lượt 22,3% và 8,7%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác đã công bố.¹

4.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân TNDDTQ đánh giá qua bộ câu hỏi QOLRAD. Kết quả nghiên cứu (Bảng 3) cho thấy: Lĩnh vực sức sống chịu ảnh hưởng nhiều nhất bởi triệu chứng của TNDDTQ với điểm trung bình là 3,75, tiếp đến theo thứ tự là lĩnh vực tình trạng ăn/uống (4,59), rối loạn giấc ngủ (4,83), lĩnh vực cảm xúc (5,43) và cuối cùng là thể chất/xã hội (6,09).

Nghiên cứu ProGERD⁵ của tác giả Nocon (2008) và cộng sự tại Đức cho thấy điểm trung bình thấp nhất lại thuộc về lĩnh vực tình trạng ăn/uống (4,7), tiếp đến là sức sống (4,4), cảm xúc và rối loạn giấc ngủ có điểm trung bình tương tự nhau (4,7), cuối cùng là thể chất/xã hội (5,5).

Bệnh nhân mắc TNDDTQ thường than phiền mệt mỏi, thiếu năng lượng cũng như gặp nhiều vấn đề về ăn/uống, trong khi đó giao tiếp xã hội cũng như hoạt động sinh hoạt thường ngày lại ít bị ảnh hưởng hơn.

4.3. Các yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân mắc TNDDTQ. Kết quả nghiên cứu (Bảng 4, 5) cho thấy giữa nam và nữ khi mắc TNDDTQ không có nhiều khác biệt về CLCS ở lĩnh vực cảm xúc, rối loạn giấc ngủ, sức sống. Nam giới có CLCS liên quan đến thể chất/xã hội kém hơn nữ giới gấp 1,5 lần, còn nữ giới khi mắc TNDDTQ gặp nhiều vấn đề về ăn uống gấp 2 lần nam giới, tuy nhiên mối liên quan giữa yếu tố giới tính và CLCS không có ý nghĩa thống kê ở cả 5 lĩnh vực của thang điểm. Nghiên cứu ProGERD (2009)⁵ cho biết nữ giới mắc TNDDTQ có CLCS suy giảm hơn so với nam giới ở lĩnh vực tình trạng ăn/uống gấp gần 3 lần ($p < 0,05$).

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4, 5) cũng cho thấy lĩnh vực rối loạn giấc ngủ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với yếu tố nhóm tuổi. Nhóm ≥ 60 tuổi bị rối loạn giấc ngủ nhiều hơn 1,5 lần so với nhóm < 60 tuổi ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Sawaya (2012)⁶ và cộng sự tại Hoa Kỳ đã phân tích ảnh hưởng của tuổi tác lên CLCS. Nghiên cứu đã chỉ ra mối tương quan nghịch biến có ý nghĩa thống kê giữa biến tuổi và điểm trung bình CLCS, cho thấy ở các bệnh nhân

mắc TNDDTQ, tuổi càng cao CLCS càng giảm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4, 5), nhóm có BMI ≥ 23 bị ảnh hưởng về CLCS ở lĩnh vực tình trạng ăn/uống gấp 2,08 lần so với nhóm có BMI < 23 . Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Ponce (2009)⁵, nhóm bệnh nhân béo phì có CLCS suy giảm ở cả 5 lĩnh vực so với nhóm bệnh nhân có cân nặng bình thường.

Về đặc điểm kinh tế, trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4, 5) cho thấy nhóm có thu nhập bình quân/ tháng ở mức < 10 triệu đồng có CLCS bị ảnh hưởng không tốt ở các lĩnh vực cảm xúc (OR = 1,69), tình trạng ăn/uống (OR = 1,89), sức sống (OR = 1,74) so với nhóm có thu nhập bình quân/ tháng ở mức ≥ 10 triệu đồng ($p < 0,05$).

Về vấn đề sử dụng thuốc lá và sử dụng rượu/bia, nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4, 5) có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Ponce (2009)⁷ khi cho rằng việc sử dụng thuốc lá và rượu bia ở bệnh nhân mắc TNDDTQ không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc suy giảm CLCS.

Về thời gian mắc TNDDTQ, nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4, 5) cho thấy nhóm có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có CLCS ảnh hưởng không tốt ở lĩnh vực sức sống gấp gần 2 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh < 5 năm ($p < 0,05$). Tuy nhiên ở nghiên cứu ProGERD (2009)⁵, thời gian mắc TNDDTQ không liên quan nhiều đến CLCS. Tại Đức, công tác chăm sóc ban đầu và theo dõi điều trị có hệ thống đóng vai trò quan trọng liên quan đến CLCS cũng như hiệu quả điều trị.

Khi phân tích về mối liên quan giữa kết quả nội soi và sự suy giảm CLCS, nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4, 5) cho thấy nhóm có viêm trào ngược thực quản độ C, D và Barrett thực quản có CLCS ở lĩnh vực sức sống suy giảm gấp 1,5 lần so với nhóm không có viêm thực quản (mối liên quan có ý nghĩa thống kê). Trái ngược với kết quả trên, nghiên cứu của Kahrilas (2014)⁸ tại Chicago, Hoa Kỳ lại cho thấy điểm trung bình CLCS của nhóm không có viêm thực quản thấp hơn so với nhóm bệnh nhân có viêm thực quản. Do vậy, để đánh giá khách quan về vấn đề này cần nghiên cứu số lượng nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Bộ câu hỏi QOLRAD có độ tin cậy và có ý nghĩa trong việc đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân mắc trào ngược dạ dày thực quản

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of Gastroesophageal reflux

- disease: A Global Evidence-Based Consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006;101(8): 1900-1920.
2. **Wiklund I.** Review of the Quality of Life and Burden of Illness in Gastroesophageal Reflux Disease. *Dig Dis.* 2004;22(2): 108-114.
 3. **Kulich KR, Madisch A, Pacini F, et al.** Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) and Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QOLRAD) questionnaire in dyspepsia: A six-country study. *Health Qual Life Outcomes.* 2008;6(1):12.
 4. **Pace F, Negrini C, Wiklund I, et al.** ITALIAN ONE INVESTIGATORS STUDY GROUP. Quality of life in acute and maintenance treatment of non-erosive and mild erosive gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22(4):349-356.
 5. **Nocon M, Labenz J, Jaspersen D, et al.** Health-related quality of life in patients with gastro-oesophageal reflux disease under routine care: 5-year follow-up results of the ProGERD study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29(6):662-668.
 6. **Sawaya RA, Macgill A, Parkman HP, et al.** Use of the Montreal global definition as an assessment of quality of life in reflux disease. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus.* 2012;25(6):477-483.
 7. **Ponce J, Beltrán B, Ponce M, et al.** Impact of gastroesophageal reflux disease on the quality of life of Spanish patients: the relevance of the biometric factors and the severity of symptoms: *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2009;21(6):620-629.
 8. **Kahrilas PJ, Jonsson A, Denison H, et al.** Impact of regurgitation on health-related quality of life in gastro-oesophageal reflux disease before and after short-term potent acid suppression therapy. *Gut.* 2014;63(5):720-726.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Bùi Đặng Minh Trí¹, Bùi Tùng Hiệp¹, Trần Văn Kha², Nguyễn Vương Vũ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại bệnh viện Thống Nhất. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiên cứu trên 72 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là trên 1 tháng, thường gặp là từ 6- 12 tháng, khởi phát bệnh đột ngột, liên quan đến các yếu tố chấn thương chiếm tỉ lệ cao. Đau lan theo rễ dây thần kinh chi phối, đau bên trái gặp nhiều hơn so với đau bên phải. Tính chất đau tăng khi vận động, ho, hắt hơi. Chủ yếu là dị cảm và giảm cảm giác chân giảm hoặc mất phản xạ gối, phản xạ gót hoặc rối loạn cả phản xạ gối và gót, goámsức cơ theo rễ dây thần kinh chi phối. Tỷ lệ teo cơ là 27,5 %. Bệnh nhân có hội chứng cột sống thắt lưng và hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng chiếm tỷ lệ cao. **Kết luận:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là trên 1 tháng, khởi phát bệnh đột ngột, liên quan đến các yếu tố chấn thương chiếm tỉ lệ cao. Bệnh nhân có hội chứng cột sống thắt lưng và hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng chiếm tỷ lệ cao.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LUMBAR DISC HERNIATION AT THONG NHAT HOSPITAL

Objectives: Describing clinical and paraclinical characteristics of patients with lumbar disc herniation at Thong Nhat hospital. **Subjects and methods:** A prospective descriptive study on 72 patients diagnosed with lumbar disc herniation and treated at Thong Nhat Hospital. **Results:** Among patients, the majority of patients had a disease duration of more than 1 month, usually 6-12 months, sudden onset of the disease, related to traumatic factors with high rate. Pain spreads along the nerve roots, pain on the left side was more common than pain on the right side. The nature of pain increased as movement, coughing, and sneezing. Mainly paresthesia and loss of foot sensation, decreased or lost knee reflex, heel reflex or disorder of both knee and heel reflex, loss of muscle strength along the nerve roots. The rate of muscle atrophy was 27.5%. Patients with lumbar spinal syndrome and nerve root syndrome accounted for the high percentage. **Conclusion:** Among patients, the majority of patients had a disease duration of more than 1 month, sudden onset of the disease, and high proportion of traumatic factors related to the disease. Patients with lumbar spinal syndrome and nerve root syndrome accounted for the high percentage.

Keywords: clinical characteristics, lumbar disc herniation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm tại vị trí cột sống thắt lưng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp đau thắt lưng (chiếm 63-73%) và là nguyên nhân của khoảng 72% trường hợp đau thần kinh tọa [1].

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Học viên Quân y

³Trung tâm Y tế Huyện Trảng Bom, Tỉnh Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đặng Minh Trí

Email: drtribui1@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2022

Ngày phản biên khoa học: 16.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022