

do rối loạn miễn dịch nên việc dùng thuốc ức chế miễn dịch thường không có hiệu quả. Trường hợp trẻ tiểu protein kéo dài liên quan ĐBG đang được điều trị với ACEI/ARB nhưng chưa đủ thời gian đánh giá đáp ứng điều trị. Trẻ mắc hội chứng Alport (bất thường màng đáy mỏng do đột biến gen mã hóa collagen type IV) thường không đáp ứng với steroid, điều trị với ACEI/ARB làm giảm đạm niệu đáng kể, dùng CNI có thể làm giảm đạm niệu ở giai đoạn đầu nhưng sau đó tăng đạm niệu trở lại do tác dụng phụ xơ hóa cầu thận nên CNI không được khuyến cáo ở trẻ hội chứng Alport [5]. Do đó cần thêm nhiều thời gian để theo dõi đáp ứng và tác dụng phụ của thuốc ở những trẻ mang đột biến gen mã hóa collagen IV.

V. KẾT LUẬN

Đột biến gen thường gặp nhất ở trẻ bệnh cầu thận đơn gen là COL4A5, sang thương giải phẫu bệnh thường gặp nhất là XHCTCBTP. Cần cân nhắc điều trị thuốc ức chế miễn dịch ở nhóm trẻ với bệnh cầu thận đơn gen do đáp ứng điều trị kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Đêm, Nguyễn Thu Hương, Nguyễn Thị Quỳnh Hương** (2016), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hội

- chứng thận hư kháng thuốc steroid tại khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung Ương", Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, 32 (1), pp. 41-46.
2. **Gee H. Y., Saisawat P., Ashraf S., et al.** (2013), "ARHGDI mutations cause nephrotic syndrome via defective RHO GTPase signaling", J Clin Invest, 123 (8), pp. 3243-53.
3. **Lu L., Yap Y. C., Nguyen D. Q., et al.** (2022), "Multicenter study on the genetics of glomerular diseases among southeast and south Asians: Deciphering Diversities - Renal Asian Genetics Network (DRAGoN)", Clin Genet, 101 (5-6), pp. 541-551.
4. **Nagano C., Yamamura T., Horinouchi T., et al.** (2020), "Comprehensive genetic diagnosis of Japanese patients with severe proteinuria", Sci Rep, 10 (1), pp. 270.
5. **Nozu K., Nakanishi K., Abe Y., et al.** (2019), "A review of clinical characteristics and genetic backgrounds in Alport syndrome", Clin Exp Nephrol, 23 (2), pp. 158-168.
6. **Sadowski C. E., Lovric S., Ashraf S., et al.** (2014), "A single-gene cause in 29.5% of cases of steroid-resistant nephrotic syndrome", J Am Soc Nephrol, 26 (6), pp. 1279-89.
7. **Trautmann A., Vivarelli M., Samuel S., et al.** (2020), "IPNA clinical practice recommendations for the diagnosis and management of children with steroid-resistant nephrotic syndrome", Pediatric Nephrology, 35 (8), pp. 1529-1561.
8. **Wang F., Zhang Y., Mao J., et al.** (2017), "Spectrum of mutations in Chinese children with steroid-resistant nephrotic syndrome", Pediatric Nephrology, 32 (7), pp. 1181-1192.

KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG THỰC QUẢN BẰNG NỘI SOI ÁNH SÁNG DẢI TẦN HẸP (NBI) Ở BỆNH NHÂN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN TẠI THÁI NGUYÊN

Hà Toàn Thắng^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Huyền^{1,2,3}, Nguyễn Tiến Dũng^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi dải ánh sáng hẹp(NBI) ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản và so sánh giá trị nội soi dải ánh sáng hẹp với nội soi ánh sáng thường có đối chiếu mô bệnh học trong chẩn đoán tổn thương thực quản do trào ngược dạ dày thực quản. **Đối tượng:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích trên 79 bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023 tại Thái Nguyên. **Kết quả:** Nội soi

dải ánh sáng hẹp giúp phát hiện nhiều trường hợp viêm thực quản hơn nội soi thường, đặc biệt viêm thực quản độ A (67,7% so với 51,9%), độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cao hơn. Trong chẩn đoán Barrett thực quản, phương pháp này giúp phát hiện nhiều trường hợp hơn với độ nhạy 81,8%, độ đặc hiệu 94,1%, độ chính xác 92,4%. **Kết luận:** Nội soi dải ánh sáng hẹp nên sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán tổn thương thực quản ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản. **Từ khóa:** Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, nội soi ánh sáng dải tần hẹp(NBI)

SUMMARY

RESULTS OF DIAGNOSIS OF ESOPHAGEAL LESIONS BY NARROW BAND IMAGING ENDOSCOPY(NBI) IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN THAI NGUYEN

Objectives: Describe clinical characteristic, narrow band imaging endoscopy (NBI) in patients with

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược

³Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Huyền

Email: huyen3995@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023

gastroesophageal reflux disease and compare the value of NBI and white light endoscopy with histopathological comparison in the diagnosis of injury esophageal due to gastroesophageal reflux. **Subject and methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted on 79 patients with gastroesophageal reflux disease from October 2022 to Jun 2023 in Thai Nguyen. **Results:** Narrow band imaging (NBI) helps detecting more cases of esophagitis than conventional endoscopy does, especially in grade A esophagitis (67,7% versus 51,9%), sensitivity, specificity, accuracy are higher. In diagnosing Barrett's esophagus, NBI helps detecting more cases than conventional endoscopy with sensitivity 81,8%, specificity 94,1% and accuracy 92,4%. **Conclusions:** Narrow band imaging endoscopy should be widely used in the diagnosis of esophageal lesions in patients with gastroesophageal reflux disease. **Keywords:** Gastroesophageal reflux disease, narrow band imaging endoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (BTNDDTQ) là một bệnh lý phổ biến trong đó có sự trào ngược của các chất trong dạ dày vào thực quản dẫn đến các triệu chứng hoặc biến chứng. Các triệu chứng điển hình của bệnh bao gồm ợ nóng và ợ trớ, ngoài ra còn có các biểu hiện ngoài thực quản bao gồm ho, đau họng, đau ngực không rõ nguyên nhân. BTNDDTQ làm tăng nguy cơ viêm thực quản, hẹp thực quản, Barrett thực quản và ung thư tuyến thực quản.

Trên thế giới với tỷ lệ lưu hành của BTNDDTQ khoảng 13,98%[8]. Bệnh có tính chất mạn tính và tỷ lệ lưu hành cao, bệnh đã tạo ra gánh nặng kinh tế đáng kể cho bệnh nhân và gia đình họ cũng như các dịch vụ y tế và xã hội. Do đó, việc chẩn đoán sớm, điều trị đúng bệnh trào ngược dạ dày thực quản là rất quan trọng.

Hiện nay, có nhiều phương pháp chẩn đoán bệnh BTNDDTQ, mỗi phương pháp đều có ưu, nhược điểm riêng, không có phương pháp nào cung cấp một cách chính xác và đầy đủ thông tin để đánh giá toàn diện bệnh và các biến chứng của bệnh

Hệ thống nội soi dải ánh sáng hẹp (NBI - Narrow Band Imaging) là một công nghệ hình ảnh mới. Với những tiện lợi sử dụng, NBI đang dần thay thế vai trò của nội soi nhuộm màu.

Tại Thái Nguyên tỷ lệ bệnh nhân đến khám và điều trị trào ngược dạ dày ngày càng tăng, nhiều bệnh viện trong khu vực được trang bị hệ thống nội soi ánh sáng dải tần hẹp giúp chẩn đoán chính xác và tầm soát nguy cơ ung thư thực quản trên những bệnh nhân BTNDDTQ. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài: "Kết quả chẩn đoán tổn thương thực quản bằng nội soi ánh

sáng dải tần hẹp (NBI) ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản tại Thái Nguyên" với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi dải ánh sáng hẹp (NBI) ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản tại Thái Nguyên.*

2. *So sánh giá trị nội soi dải ánh sáng hẹp với nội soi ánh sáng thường có đối chiếu mô bệnh học trong chẩn đoán tổn thương thực quản do trào ngược dạ dày thực quản.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân trên lâm sàng có hội chứng trào ngược dạ dày thực quản theo tiêu chuẩn chẩn đoán Rome III: các triệu chứng trào ngược điển hình xuất hiện liên tục hoặc từng đợt trong 12 tuần qua với khởi phát triệu chứng ít nhất đã từ 6 tháng trước khi có chẩn đoán và đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Tổn thương trào ngược do nguyên nhân tắc nghẽn (hẹp môn vị, tắc ruột...), do hóa chất, thuốc hoặc cơ học. Bệnh nhân có rối loạn đông máu. Phụ nữ có thai. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và khoa Nội soi và khám chữa bệnh tiêu hóa - Bệnh viện trường Đại học Y Dược từ tháng 10/2022 đến tháng 6/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu**

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ngẫu nhiên đơn cho một tỷ lệ

$$n = Z^2(1-\alpha/2) \times p(1-p)/d^2$$

Trong đó: + Z(1- $\alpha/2$): Hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ thì Z(1- $\alpha/2$) = 1,96

+ p: Tỷ lệ ước tính dựa trên nghiên cứu trước đó (theo nghiên cứu của Đào Trường Giang[1], tỷ lệ tổn thương TQ trên nội soi là 0,76).

+ d: Sai số tuyệt đối chấp nhận được (chọn d = 0.1).

Vậy cỡ mẫu nghiên cứu (n) là: n=70

Trên thực tế chúng tôi chọn được 79 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Các bệnh nhân đến khám sẽ được phỏng vấn và ghi lại theo mẫu bệnh án nghiên cứu gồm: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh, hút thuốc lá, uống rượu, chế độ ăn nhiều gia vị, các triệu chứng lâm sàng tại thực quản như ợ nóng, ợ trớ, đau thượng vị,

buồn nôn, nôn, chập tiêu, đầy bụng, các triệu chứng ngoài thực quản như khó thở, khó khè, ho khan kéo dài, đau ngực không do tim, khan tiếng.

Bệnh nhân được đo chiều cao, cân nặng, tính BMI

Bệnh nhân sẽ được tiến hành nội soi thực quản dạ dày: trước tiên là nội soi thường phát hiện tổn thương, sau đó chuyển sang dải ảnh sáng hẹp, xác định tổn thương chụp lại và tiến hành sinh thiết làm mô bệnh học.

Nhận định kết quả: Xác định VTQ trên nội soi: phân loại viêm thực quản trên nội soi dựa theo hệ thống phân loại Los Angeles 1999:

- Độ A: có một hay nhiều tổn thương niêm mạc không dài quá 5mm, không lan rộng giữa 2 đỉnh của 2 nếp niêm mạc.

- Độ B: có một hoặc nhiều tổn thương niêm mạc dài quá 5mm, không lan rộng giữa 2 đỉnh của 2 nếp niêm mạc.

- Độ C: Có một hoặc nhiều tổn thương niêm mạc nối liền giữa 2 đỉnh của 2 hoặc nhiều nếp niêm mạc, nhưng không xâm phạm quá 75% chu vi thực quản.

- Độ D: có một hoặc nhiều tổn thương niêm mạc xâm phạm quá 75% chu vi thực quản.

Xác định tổn thương Barrett thực quản: Trên nội soi, hình ảnh Barrett thực quản là niêm mạc màu hồng đỏ lan lên trên đường Z, gồm có: Barrett đoạn dài (chiều dài tổn thương ≥ 3 cm), Barrett đoạn ngắn (chiều dài tổn thương < 3 cm)

Tổn thương mô học của viêm thực quản trào ngược chia làm 4 độ theo Ismail Beigi:

+ Độ 0: lớp tế bào đáy từ 15- 40% và lớp nhú từ 50- 60% chiều dày niêm mạc thực quản.

+ Độ I: lớp tế bào đáy từ 40- 60% và lớp nhú từ 60- 70% chiều dày niêm mạc thực quản.

+ Độ II: lớp tế bào đáy trên 60% và lớp nhú trên 70% chiều dày niêm mạc thực quản.

+ Độ III: tổn thương độ II kết hợp với sự xâm nhập của tế bào viêm vào lớp biểu mô gồm tế bào bạch cầu đa nhân trung tính, bạch cầu đa nhân ái toan, tế bào lympho hoặc loét.

Tổn thương mô bệnh học của niêm mạc thực quản Barrett: niêm mạc gồm mật độ các tế bào biểu mô không đồng đều với đặc trưng để chẩn đoán là dị sản ruột gồm các tế bào chén xen kẽ giữa các tế bào trụ chế nhầy

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm SPSS 25.0. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học: giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm, các test thống kê, kiểm định. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (n=79)	16-29	14	17,7
	30-39	11	13,9
	40-49	21	26,6
	50-59	21	26,6
	>60	12	15,2
Tuổi trung bình $45,77 \pm 15,56$, tuổi nhỏ nhất 19, tuổi lớn nhất 87			
Giới tính (n=79)	Nam	45	55,7
	Nữ	34	44,3
Yếu tố nguy cơ	Hút thuốc lá	16	20,3
	Uống rượu, bia	21	26,6
	Thừa cân, béo phì	4	5,1
	Chế độ ăn nhiều gia vị, dầu mỡ, cà phê	43	54,4

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $45,77 \pm 15,56$ tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh ở nam giới cao hơn ở nữ giới. Yếu tố nguy cơ gặp nhiều nhất ở bệnh nhân mắc BTNDDTQ là chế độ ăn nhiều gia vị, dầu mỡ, cà phê chiếm tỷ lệ 54,4%; uống rượu bia chiếm tỷ lệ 26,6%; hút thuốc lá chiếm 20,3%; thấp nhất là thừa cân, béo phì 5,1%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi NBI ở bệnh nhân có BTNDDTQ.

Bảng 3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng tại thực quản và đường tiêu hóa

Triệu chứng lâm sàng	Có		Không	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Ợ nóng	64	81,0	15	19,0
Ợ trở	67	84,8	12	15,2
Đau tức thượng vị	50	63,3	29	36,7
Nuốt vướng, nuốt nghẹn	12	15,2	67	84,8
Nuốt đau	15	19,0	64	81,0
Buồn nôn, nôn	31	39,2	48	60,8
Đầy bụng chập tiêu	24	30,4	55	69,6

Nhận xét: Triệu chứng gặp nhiều nhất là ợ trở, chiếm tỷ lệ 84,8%, tiếp đến là ợ nóng 81,0% và đau thượng vị 63,3%. Triệu chứng nuốt vướng, nuốt nghẹn gặp ít nhất, chiếm tỷ lệ 15,2%.

Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng ngoài thực quản

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau họng, khàn giọng	9	11,4
Ho khan kéo dài	10	12,7
Khó thở, khó khè	0	0
Đau ngực không do tim	4	5,1

Nhận xét: Các triệu chứng ngoài thực quản hay gặp là đau họng, khan giọng và ho khan kéo dài chiếm tỷ lệ 11,4% và 12,7%. Triệu chứng đau ngực không do tim ít gặp chiếm tỷ lệ 5,1%. Không có bệnh nhân nào gặp triệu chứng khó thở, khó khè.

Bảng 3.4. Viêm thực quản phát hiện qua nội soi dài ánh sáng hẹp so với nội soi ánh sáng thường (theo phân loại Los Angeles)

Viêm thực quản	Nội soi thường		Nội soi dài ánh sáng hẹp		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Không viêm	24	30,4	17	21,5	<0,05
Viêm độ A	41	51,9	42	67,7	
Viêm độ B	10	12,7	14	22,6	
Viêm độ C	4	5,1	6	9,7	
Viêm độ D	0	0	0	0	
Tổng	79	100	79	100	

Nhận xét: Nội soi dài ánh sáng hẹp phát hiện được nhiều trường hợp viêm thực quản độ A, độ B, độ C hơn so với nội soi thường (p < 0,05)

Bảng 3.5. Barrett thực quản phát hiện qua nội soi có dài ánh sáng hẹp so với nội soi thường

Barrett thực quản	Nội soi thường		Nội soi có dài ánh sáng hẹp		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Không Barrett	71	89,9	66	83,5	<0,05
Có Barrett	8	10,1	13	16,5	
Tổng	79	100	79	100	

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện Barrett thực quản qua nội soi dài ánh sáng hẹp cao hơn so với nội soi thường (p < 0,05)

Bảng 3.6. Giá trị của nội soi thường chẩn đoán viêm thực quản đôi chiếu với kết quả mô bệnh học

	MBH Không viêm	Viêm thực quản	Tổng
Nội soi thường Không viêm	10	14	24
Viêm thực quản	2	53	55
Tổng	12	67	79

Nhận xét: So với MBH, nội soi thường trong chẩn đoán tổn thương viêm thực quản có độ nhạy: 79,1%, độ đặc hiệu 83,3%, độ chính xác 79,7%.

Bảng 3.7. Giá trị của nội soi có dài ánh sáng hẹp chẩn đoán viêm thực quản đôi chiếu với kết quả mô bệnh học

	MBH Không viêm	Viêm thực quản	Tổng
NS NBI Không viêm	11	6	17

Viêm thực quản	1	61	62
Tổng	12	67	79

Nhận xét: So với MBH, nội soi ánh sáng sai hẹp trong chẩn đoán tổn thương viêm thực quản có độ nhạy 91,0%, độ đặc hiệu 91,6%, độ chính xác 91,1%.

Bảng 3.8. Giá trị của nội soi có dài ánh sáng hẹp trong chẩn đoán Barrett thực quản đôi chiếu với kết quả mô bệnh học

Barrett thực quản trên nội soi NBI	Kết quả mô bệnh học		Tổng
	Không dị sản ruột	Có dị sản ruột	
Không Barrett	64	2	66
Có Barrett	4	9	13
Tổng	68	11	79

Nhận xét: So với mô bệnh học, nội soi có dài ánh sáng hẹp chẩn đoán Barrett TQ có: độ nhạy 81,8%, độ đặc hiệu 94,1%, độ chính xác 92,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân mắc BTNDDTQ là 45,77±15,56, tuổi thấp nhất là 19, cao nhất là 87 nhóm tuổi từ 40-59 gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 53,2%. Như vậy độ tuổi trung bình và gặp phổ biến của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu trong độ tuổi lao động. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Chung Kim Houy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 45,41±13,6, thấp nhất là 19 và cao nhất là 78 [2]. Kết quả của chúng tôi khác với Lý Hải Yến tuổi trung bình 51,95± 15,94, [4]. Ahmed Elsheaita và cộng sự, độ tuổi trung bình là 47,7±13,6, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 75 tuổi [7].

Giới tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm ưu thế với tỷ lệ 55,7% cao hơn nữ 44,3%. Kết quả này tương tự như Nguyễn Văn Nam bệnh nhân nam chiếm 72,8%, bệnh nhân nữ 27,2% [5]; Ahmed Elsheaita và cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ tương ứng là 60% và 40% [7]. Kết quả của chúng tôi khác Thạch Hoàng Sơn tỷ lệ bệnh nhân nữ 60%, bệnh nhân nam 40% [6].

Yếu tố nguy cơ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố nguy cơ chế độ ăn nhiều gia vị, dầu mỡ, cà phê chiếm nhiều nhất 54,4%; thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,1% có thể do đặc điểm của người Việt Nam khác với các nước khác trên thế giới; hút thuốc lá và uống rượu bia chiếm tỷ lệ lần lượt là 20,3% và 26,6%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với

Nguyễn Văn Nam yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất là chế độ ăn nhiều gia vị, dầu mỡ 46,9%; hút thuốc là 20,9%; uống rượu bia 17,3%[5]. Lý Hải Yến, tỷ lệ yếu tố nguy cơ sử dụng rượu bia và hút thuốc lá lần lượt 30%, 21,67%, tỷ lệ uống cà phê 13,33% ở nam và 20% ở nữ[4]. Béo phì, hút thuốc lá và uống rượu đều có thể làm giảm áp lực cơ thắt thực quản dưới, tạo điều kiện cho trào ngược.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi NBI ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng tại thực quản: Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng ợ nóng, ợ trớ, đau thượng vị chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 81,0%, 84,8%, 63,3%. Các triệu chứng khác: nuốt vướng, nuốt nghẹn, nuốt đau, buồn nôn. nôn và đầy bụng chậm tiêu gặp với tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 15,2%, 19%, 39,2%, 30,4%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Lê Thoại Dung và cộng sự, triệu chứng ợ chua chiếm 69,8%, đau thượng vị 78,4%; nuốt khó chiếm tỷ lệ thấp hơn 17,3%[3]. Lý Hải Yến, các triệu chứng ợ nóng, ợ chua, đau thượng vị gặp nhiều hơn các triệu chứng khác với tỷ lệ lần lượt là 71,67%, 88,33%, 40%[4].

Triệu chứng ngoài thực quản liên quan đến trào ngược rất phong phú và đa dạng, chủ yếu là ho khan kéo dài (12,7%).

Hình ảnh nội soi: Nội soi NBI phát hiện được nhiều tổn thương hơn so với nội soi thường tương ứng độ A (67,7% nội soi dải ánh sáng hẹp cao hơn 51,9% với nội soi thường), độ B (22,6% nội soi ánh sáng dải hẹp cao hơn 12,7% với nội soi thường), độ C (9,7% với nội soi dải hẹp cao hơn 5,1% với nội soi thường)($p < 0,05$). Kết quả chúng tôi tương đồng với Nguyễn Văn Nam, nội soi dải ánh sáng hẹp phát hiện được nhiều trường hợp viêm thực quản độ A hơn so với nội soi thường (50,6% so với 38,3%) với $p < 0,05$ [5]. Như vậy có thể thấy nội soi dải ánh sáng hẹp giúp phát hiện tổn thương viêm thực quản tốt hơn nội soi thường.

4.3. So sánh giá trị nội soi dải ánh sáng hẹp với nội soi thường có đôi chiều mô bệnh học trong chẩn đoán tổn thương thực quản do trào ngược dạ dày thực quản.

Trong chẩn đoán viêm thực quản, nội soi thường có độ nhạy 79,1%, độ đặc hiệu 83,3%, độ chính xác 79,7%, và giá trị dự báo dương tính là 96,4%. Trong khi đó nội soi có dải ánh sáng hẹp có độ nhạy 91,0%, độ đặc hiệu 91,6%, độ chính xác 91,1%, giá trị dự báo dương tính là 98,3%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Nguyễn

Văn Nam trong chẩn đoán viêm thực quản nội soi thường và nội soi dải ánh sáng hẹp có độ nhạy, độ đặc hiệu độ chính xác và giá trị dự báo dương tính lần lượt là 78,1%, 70,6%, 76,5%, 90,9% và 90,6%, 76,5%, 87,6%, 93,5% [5].

Trong chẩn đoán Barrett thực quản nội soi dải ánh sáng hẹp có độ nhạy 81,8%, độ đặc hiệu là 94,1%, độ chính xác là 92,4%, đây là một tỷ lệ khá cao khi so sánh với nội soi thường. Kết quả này tương đồng với Ahmed Elsheaita nội soi dải tần hẹp trong chẩn đoán Barrett thực quản có độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 76,5%, 100%[7]; Nguyễn Văn Nam trong chẩn đoán Barrett thực quản, nội soi dải ánh sáng hẹp có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là: 84,6%, 94,1%, 92,6%[5].

V. KẾT LUẬN

Nội soi dải ánh sáng hẹp nên sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán tổn thương thực quản ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Trường Giang, Trần Việt Tú và cộng sự** (2012), "Nghiên cứu giá trị của nội soi có dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán tổn thương thực quản do trào ngược dạ dày thực quản", Tạp chí y dược quân sự(7), tr. 57-63.
2. **Chung Kimhouy** (2009), Nghiên cứu hình ảnh nội soi thực quản bằng ánh sáng dải hẹp(NBI) ở bệnh nhân có hội chứng trào ngược dạ dày-thực quản, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Thoại Dung, Nguyễn Thị Hải Yến, Kha Hữu Nhân** (2020), "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bằng thuốcesomeprazol ở bệnh nhân trào ngược dạ dày-thực quản tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ(28), tr. 30-36.
4. **Lý Hải Yến, Vũ Minh Hoàn, Nguyễn Thị Thanh Tú** (2022), "Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản", Tạp chí Y học Việt Nam. 508(1), tr.77-80.
5. **Nguyễn Văn Nam** (2022), So sánh kết quả nội soi dải ánh sáng hẹp với nội soi ánh sáng thường trong chẩn đoán tổn thương thực quản ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược- Đại học Thái Nguyên.
6. **Thạch Hoàng Sơn, Quách Trọng Đức** (2019), "Tần suất và các đặc điểm của triệu chứng ngoài thực quản ở bệnh nhân trào ngược dạ dày-thực quản", Y học TP. Hồ Chí Minh. 23(1), tr. 93-98.
7. **Elsheaita, A, et al** (2020), "Seattle protocol vs narrow band imaging guided biopsy in screening of Barrett's esophagus in gastroesophageal reflux disease patients", Medicine (Baltimore). 99(8), pp. e19261.
8. **Nirwan, J. S, et al** (2020), "Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): Systematic Review with Meta-analysis", Sci Rep. 10(1), pp. 5814.