

vừa. Khác với chúng tôi, Nguyễn Việt Thắng và Nguyễn Ngọc Ánh nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức và Nhi Trung ương cho thấy sự khác biệt với sự có mặt của những di chứng rất nặng và tử vong, do đây là những bệnh viện tuyến cuối, số lượng bệnh nhân nặng nhiều hơn [3,4].

V. KẾT LUẬN

Chấn thương sọ não hay gặp ở trẻ nam, nguyên nhân thường gặp là tai nạn giao thông. Lâm sàng mức độ nhẹ chiếm đa số nên kết quả điều trị thường ổn định, ít di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Vân** (2002), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng xử trí sớm máu tụ ngoài màng cứng cấp tính ở trẻ em do chấn thương sọ não kín, Luận án CKII, Đại học Y Hà Nội

2. **Phạm Ty** (2010), Chấn thương sọ não không có chỉ định phẫu thuật ở trẻ em, Y học Việt Nam tháng 5 - số 2/2010.
3. **Nguyễn Ngọc Ánh** (2006), Nghiên cứu một số đặc điểm của chấn thương sọ não do giao thông ở trẻ em điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương trong bốn năm 2002 - 2005, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, ĐHY Hà Nội.
4. **Nguyễn Việt Thắng** (2020), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị máu tụ trong sọ ở trẻ nhỏ do chấn thương sọ não, Luận văn thạc sĩ y học, ĐHY Hà Nội.
5. **Chaitanya K., Addanki A., Karambelkar R. et al.** (2018), Traumatic brain injury in Indian children, Childs Nerv Syst, 34(6), 1119-1123.
6. **Satpathy M.C., Dash D., Mishra S.S. et al.** (2016), Spectrum and outcome of traumatic brain injury in children <15 years: A tertiary level experience in India, International Journal of Critical Illness and Injury Science, 6(1), 16.

TỈ LỆ TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Lê Thị Kiều Hân¹, Trần Đức Sĩ¹, Nguyễn Như Vinh²,
Trần Văn Thi¹, Trần Thị Khánh Tường¹

TÓM TẮT

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) là một bệnh lý đồng mắc thường gặp và có liên quan đến tăng nguy cơ đợt cấp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ GERD ở bệnh nhân COPD và xác định các yếu tố liên quan đến xuất hiện GERD ở bệnh nhân COPD. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 209 bệnh nhân COPD từ 40 tuổi trở lên điều trị ngoại trú tại phòng khám hô hấp bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 02/2023 đến tháng 08/2023. Kết quả cho thấy tỉ lệ GERD ở bệnh nhân COPD là 32,50%. Bệnh nhân COPD có GERD có tuổi trung bình cao hơn (67,50 so với 64,54; p = 0,018). Có 4 yếu tố độc lập liên quan xuất hiện GERD ở bệnh nhân COPD gồm tuổi, tiền căn viêm loét dạ dày, đồng mắc đái tháo đường và đợt cấp thường xuyên với OR lần lượt là 1,07; 7,56; 2,43 và 2,52. Để kết luận, GERD hiện diện ở gần 1/3 bệnh nhân COPD. Nhận biết sớm về GERD và các yếu tố liên quan xuất hiện GERD trên bệnh nhân COPD sẽ giúp nhà lâm sàng quản lý tốt hơn những bệnh nhân mắc cả hai bệnh lý này.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, GERD.

SUMMARY

PREVALENCE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY DISEASE AND RELATED FACTORS

Gastroesophageal reflux disease is a common comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The objective of the study was to determine the rate of GERD in COPD patients, the clinical characteristics of COPD in patients with and without GERD, and to identify factors related to the occurrence of GERD in COPD patients. This is a cross-sectional study of 209 COPD patients aged 40 years and older at the respiratory outpatient clinic of Nguyen Tri Phuong hospital from February 2023 to August 2023. We found that the prevalence of GERD in COPD patients was 32,50%, COPD patients with GERD had a higher average age (67,50 vs. 64,54, p = 0,018). There are 4 independent factors related to the occurrence of GERD in COPD patients including age, history of peptic ulcers disease, diabetes mellitus and frequent exacerbations with ORs of 1,07; 7,56; 2,43 and 2,52 respectively. To conclude, nearly one-third of patients with COPD have GERD. Early awareness of GERD and factors associated with its occurrence in COPD patients will help clinicians better recognize and manage the coexistence of GERD and COPD.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, COPD, Gastroesophageal reflux disease, GERD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease- COPD) là một

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ

Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024

bệnh lý hô hấp thường gặp và là gánh nặng y tế của các quốc gia có thu nhập thấp-trung bình như Việt Nam. Trong khi đó, bệnh trào ngược dạ dày thực quản (Gastroesophageal Reflux Disease- GERD) cũng là bệnh lý tiêu hóa thường gặp, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và khiến người bệnh tìm đến cơ sở y tế. Ngoài việc gây ra các triệu chứng tại thực quản như ợ nóng, ợ trở và các biến chứng viêm thực quản, thực quản Barret, ung thư biểu mô thực quản,...; dịch vị còn thể trào lên các đoạn gần hơn (thanh quản, hầu họng, miệng, đường thở) và làm xuất hiện hoặc làm nặng thêm các triệu chứng khàn tiếng, khò khè, ho và hen¹. GERD là nguyên nhân gây ho mạn tính phổ biến và có thể là yếu tố nguy cơ cho các bệnh lý hô hấp, bao gồm cả bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính¹.

Sự hiện diện các triệu chứng trào ngược ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn có tỷ lệ cao hơn so với dân số chung. Tuy nhiên, bằng chứng về mối liên quan nhân quả hay ảnh hưởng của bệnh trào ngược dạ dày thực quản chưa được sáng tỏ. Triệu chứng trào ngược điển hình và một số biểu hiện trào ngược ngoài thực quản gây suy giảm chất lượng cuộc sống, gia tăng triệu chứng hô hấp và đôi khi, ít được nhận thức hoặc nhầm lẫn bởi cả bác sĩ và bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính². Có thêm sự hiểu biết về tỷ lệ bệnh trào ngược dạ dày thực quản, ảnh hưởng của nó lên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các yếu tố gia tăng xuất hiện trào ngược trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, giúp các nhà thực hành lâm sàng có cơ sở tầm soát trào ngược và điều trị thuốc ức chế bơm proton, góp phần quản lý hiệu quả bệnh nhân có tình trạng đồng mắc trên.

Cho đến hiện tại, chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam được thực hiện nhằm khảo sát tần suất đồng mắc và mối liên quan giữa bệnh trào ngược dạ dày thực quản ở bệnh nhân bệnh phổi

tắc nghẽn mạn tính. Từ những luận điểm trên, chúng tôi đặt ra câu hỏi nghiên cứu cấp thiết và thực tiễn: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản có ảnh hưởng nào và yếu tố nào có thể làm tăng xuất hiện trào ngược dạ dày thực quản ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp? Chính vì thế, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "Tỷ lệ trào ngược dạ dày thực quản trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các yếu tố liên quan" để trả lời cho câu hỏi nêu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã tiến hành 1 nghiên cứu cắt ngang trong năm 2023 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Dân số chọn mẫu là những bệnh nhân COPD ngoài đợt cấp từ 40 tuổi trở lên, được chẩn đoán COPD không có đợt cấp trong 4 tuần và có đo chức năng hô hấp mới nhất trong vòng 6 tháng nay, kể cả ngày được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân được hỏi về triệu chứng trào ngược, đáp ứng với điều trị PPI, bảng câu hỏi GERDQ và thu thập kết quả NSTQDDTT trong vòng 1 năm gần đây (nếu có). Công thức tính cỡ mẫu dựa trên so sánh 2 trung bình của 2 nhóm đối tượng với yếu tố nghiên cứu chính là số đợt cấp của bệnh nhân. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 130 người. Nghiên cứu cũng ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và kết cục khác: mMRC, CAT, phân độ tắc nghẽn theo GOLD và phân nhóm ABE.

Chẩn đoán GERD. Bệnh nhân được chẩn đoán GERD khi có từ một trong ba tiêu chuẩn sau:

- Có triệu chứng điển hình: ợ nóng và/ hoặc ợ trở > 2 lần/ tuần, và có đáp ứng với PPI trong vòng 2 tuần (giảm ≥ 50% tần suất có triệu chứng)
- GERDQ từ 8 điểm trở lên
- NSTQDDTT có GERD theo phân độ Los Angeles

Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận vào sẽ được giải thích hỏi ý kiến đồng thuận trước tiến hành phỏng vấn. Số liệu được mã hóa và quản lý bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm R.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

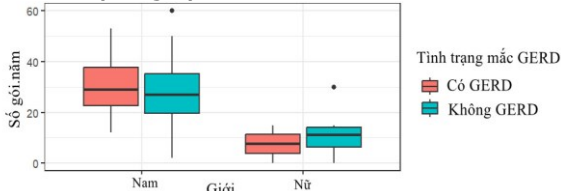
Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân COPD ngoài đợt cấp

Đặc điểm		N=209	Có GERD	Không GERD	Giá trị p
Tuổi	Mean (SD)	65,50 (8,25)	67,8 (8,84)	64,54 (7,60)	0,018 (a)
	Giới tính				0,115 (d)
	Nam (n, %)	179 (85,60%)	51 (78,50%)	113 (87,60%)	
	Nữ (n, %)	30 (14,40%)	14 (21,50%)	16 (12,40%)	
HTL	Có, vẫn hút	63 (30,10%)	17 (25,00%)	46 (32,60%)	0,047 (d)
	Có, đã bỏ	122 (58,40%)	38 (55,90%)	84 (59,60%)	
	Chưa từng	24 (11,50%)*	13 (19,10%)	11 (7,80%)	

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 65,50 tuổi. Nhóm bệnh nhân có GERD có tuổi

(a) Kiểm định t, (d) Kiểm định Chi bình phương trung bình cao hơn nhóm không có GERD. Về giới tính, nghiên cứu có 179 bệnh nhân nam

(85,60%) và 30 bệnh nhân nữ (14,40%) đã được chẩn đoán COPD, không có sự khác biệt về giới tính giữa hai nhóm có và không có GERD. Có 24 bệnh nhân trong nghiên cứu chưa từng hút thuốc lá, chiếm tỷ lệ 11,50% (đều là nữ). Tỷ lệ chưa từng hút thuốc cao hơn ở nhóm bệnh nhân có GERD (Bảng 1)



Biểu đồ 1. Số gói năm theo giới ở bệnh nhân COPD có và không có GERD

Nếu xét riêng ở nam, bệnh nhân có GERD hút thuốc lá nhiều hơn; trong khi ở nữ, bệnh nhân có GERD hút thuốc lá ít hơn nhóm không GERD (Biểu đồ 1).

3.2. Tỷ lệ mắc GERD

Bảng 2. Tỷ lệ GERD theo các tiêu chuẩn chẩn đoán

Tiêu chuẩn	N= 209	n (%)
GERDQ	≥ 8	66 (31,60%)
	< 8	143 (68,40%) ^a
Đáp ứng PPI	Có	21 (10,00%)
	Không	10 (4,80%) ^b
Không dùng PPI		178 (85,20%)
NSTQDDTT có	Có	20 (9,60%)
GERD	Không	20 (9,60%) ^c
Không có NSTQDDTT		169 (80,90%)
Thỏa ≥ 1 trong 3 tiêu chuẩn		68 (32,50%)

Chú thích: a: có 2/143 BN GERDQ(-) được chẩn đoán GERD theo tiêu chuẩn khác.

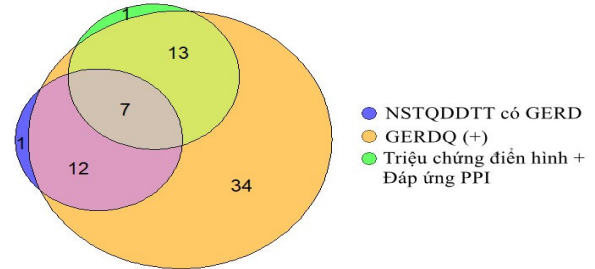
b: có 8/10 BN không đáp ứng PPI được chẩn đoán GERD theo tiêu chuẩn khác.

Bảng 4. Đặc điểm đợt cấp, triệu chứng, mức độ tắc nghẽn và phân nhóm ABE ở bệnh nhân COPD ngoài đợt cấp có và không có GERD

Đặc điểm		Có GERD	Không GERD	Giá trị p
Số đợt cấp	Mean (SD)	1,18 (1,81)	0,65 (1,99)	<0,001 (b)
Số đợt cấp nhập viện	Mean (SD)	0,93 (1,42)	0,48 (1,29)	0,028 (b)
Đợt cấp thường xuyên	n (%)	29/68	29/141	0,001 (d)
(>2 đợt cấp hoặc ≥1 đợt cấp nhập viện)		(42,60%)	(20,60%)	
mMRC	Mean (SD)	1,93 (0,83)	1,61 (0,80)	0,01 (b)
CAT	Mean (SD)	18,60 (6,78)	14,30 (6,84)	<0,001 (a)
Mức độ tắc nghẽn GOLD 1	n (%)	4 (5,90%)	13 (9,20%)	0,589 (d)
GOLD 2		31 (45,60%)	62 (44,00%)	
GOLD 3		29 (42,1%)	52 (36,90%)	
GOLD 4		4 (5,90%)	14 (9,90%)	
Phân nhóm ABE A	n (%)	5 (7,40%)	39 (27,70%)	<0,001 (d)

c: có 10/20 BN NSTQDDTT không có GERD được chẩn đoán GERD theo tiêu chuẩn khác.

Tỷ lệ mắc GERD ở bệnh nhân COPD ngoài đợt cấp trong nghiên cứu là 32,50% (68/209 bệnh nhân), trong đó có 66 bệnh nhân có GERDQ (+), 21/29 bệnh nhân dùng PPI có đáp ứng giảm triệu chứng trào ngược, 20/40 bệnh nhân có NSTQDDTT có GERD (Bảng 2).



Biểu đồ 2. Chẩn đoán GERD theo một hoặc nhiều các tiêu chuẩn "Triệu chứng điển hình + Đáp ứng với điều trị PPI", "GERDQ (+)", "NSTQDDTT có GERD"

Có 7 trường hợp được chẩn đoán GERD thỏa cả 3 tiêu chuẩn, 25 bệnh nhân thỏa 2/3 tiêu chuẩn: 13 bệnh nhân có triệu chứng điển hình + đáp ứng với PPI và GERDQ (+); 12 bệnh nhân có GERDQ (+) và NSTQDDTT có GERD (Biểu đồ 2).

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng trào ngược của bệnh nhân COPD ngoài đợt cấp

Triệu chứng	n	%
Điển hình	Ợ nóng	62 29,70%
	Ợ trớ	63 30,10%
Ngoài thực quản	Ho mạn tính	44 21,10%
	Khàn tiếng	21 10,00%
	Tăng hắng	61 29,20%
	Vướng họng	65 31,10%

Triệu chứng trào ngược điển hình hiện diện ở gần 1/3 bệnh nhân COPD.

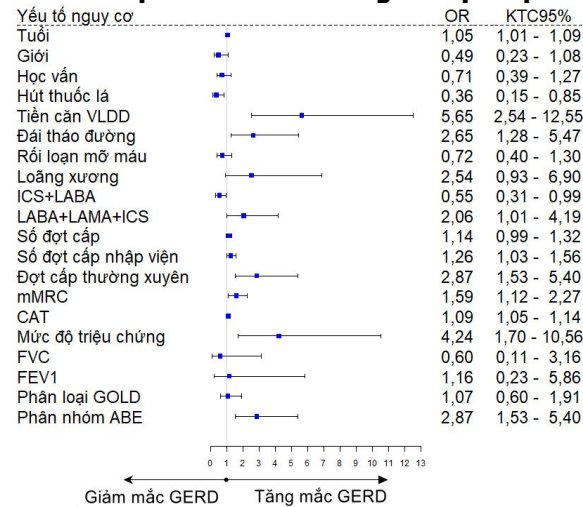
3.3. Đặc điểm lâm sàng COPD ngoài đợt cấp ở bệnh nhân có và không có GERD

B		34 (50,00%)	73 (51,80%)	
E (C+D)		29 (42,70%)	29 (20,50%)	

(a) Kiểm định t, (b) Kiểm định Mann-Whitney, (c) Kiểm định fisher, (d) Kiểm định Chi bình phương

Bệnh nhân COPD đồng mắc GERD có số đợt cấp trong vòng 12 tháng cao hơn nhóm không GERD, trong đó số đợt cấp nhập viện cao hơn có ý nghĩa là 0,93 so với 0,48 (p= 0,028). Bệnh nhân COPD có kèm GERD có tỉ lệ đợt cấp thường xuyên cao hơn, triệu chứng tắc nghẽn nhiều hơn và có phân nhóm E/ABE nhiều hơn nhóm không GERD. Không có sự khác biệt về mức độ tắc nghẽn theo phân loại GOLD giữa 2 nhóm.

3.4. Các yếu tố liên quan đến xuất hiện GERD ở bệnh nhân COPD ngoài đợt cấp



Biểu đồ 3. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan xuất hiện GERD ở bệnh nhân COPD

Bệnh nhân COPD tuổi càng cao có sự tăng nguy cơ mắc GERD có ý nghĩa với OR= 1,05 (KTC 95%: 1,01 - 1,09). Bệnh nhân có tiền căn viêm loét dạ dày, đồng mắc đái tháo đường và có đợt cấp thường xuyên sẽ làm tăng nguy cơ xuất hiện GERD gấp 5,65 lần; 2,65 lần và 2,87 lần. Một số yếu tố khác như hút thuốc lá, sử dụng thuốc dẫn phế quản ICS+LABA, LABA+LAMA+ICS, mức độ triệu chứng hô hấp theo mMRC và CAT, phân nhóm ABE liên quan tăng/ giảm xuất hiện GERD ở bệnh nhân COPD trong phân tích đơn biến.

Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố nguy cơ dự đoán mắc GERD ở bệnh nhân COPD ngoài đợt cấp

Yếu tố nguy cơ	OR thô (KTC 95%)	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	Giá trị p
Tuổi	1,05 [1,01-1,09]	1,07 [1,03-1,12]	0,002
Nam giới	0,49 [0,23- 6,62]	2,83 [0,24-32,97]	0,406

Hút thuốc lá	0,36 [0,15- 0,85]	0,10 [0,01-1,42]	0,089
Tiền căn VLDD	5,65 [2,54-2,55]	7,56 [3,02-18,88]	< 0,001
Đái tháo đường	2,65 [1,28-5,47]	2,43 [1,05-5,63]	0,039
ICS+ LABA	0,55 [0,31- 0,99]	0,66 [0,29-1,49]	0,316
LABA+LAMA+ ICS	2,06 [1,01-4,19]	0,86 [0,32-2,31]	0,768
Đợt cấp thường xuyên	2,87 [1,53-5,40]	2,52 [1,18-5,35]	0,017

Trong phân tích đa biến, mối liên quan giữa hút thuốc lá và nguy cơ mắc GERD trở nên không còn ý nghĩa khi thêm biến giới tính vào phân tích. Chỉ còn 4 yếu tố thực sự có liên quan đến xuất hiện GERD ở bệnh nhân COPD là: tuổi, tiền căn viêm loét dạ dày, đồng mắc đái tháo đường và đợt cấp thường xuyên.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ GERD ở bệnh nhân COPD ngoài đợt cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 32,50%. Kết quả này thấp hơn tỉ lệ 50,90% trong nghiên cứu của H. H. Kang³, có thể do tiêu chuẩn chẩn đoán GERD khác nhau và độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (65,50 so với 73,10)³. Đồng thời, bệnh nhân có GERD có tuổi trung bình cao hơn so với nhóm không GERD (p=0,018), tương đồng với nghiên cứu của Martinez, khẳng định tuổi là một yếu tố nguy cơ của cả COPD và GERD⁴.

Nghiên cứu của chúng tôi có 30 nữ (14,40%) và nam (85,60%). Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của Y.H. Lin cao hơn 35,00%⁵. Sự khác biệt có thể liên quan đến cỡ mẫu nghiên cứu và nguyên nhân về văn hóa là phụ nữ Việt Nam ít khi hút thuốc lá. Mặt khác, tồn tại quan niệm COPD là bệnh của nam giới, lớn tuổi, hút thuốc lá có thể dẫn đến việc chẩn đoán dưới mức COPD ở nữ giới. Bên cạnh đó, nghiên cứu không có sự khác biệt về giới ở bệnh nhân COPD có và không có GERD.

Về tình trạng hút thuốc lá, theo nghiên cứu đoàn hệ KOCOSS tại Hàn Quốc, đặc điểm của nhóm bệnh nhân COPD không hút thuốc lá thường là nữ, có BMI cao hơn, trình độ học vấn thấp hơn và có nhiều bệnh đồng mắc hơn (trong đó có GERD)⁶. Nhìn lại nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt về tình trạng hút thuốc lá ở 2 nhóm có và không có GERD. Cụ thể, tỷ lệ chưa

từng hút thuốc lá trong nhóm GERD cao hơn nhóm không có GERD, mặc dù theo y văn hút thuốc lá được công nhận là yếu tố nguy cơ mắc bệnh của cả COPD và GERD. Tuy nhiên, khi xét riêng tình trạng hút thuốc lá theo giới, ta vẫn thấy mối liên quan rằng số gói/năm hút thuốc lá ở nhóm bệnh nhân nam mắc GERD cao hơn nhóm nam không mắc GERD. Điều này chỉ ngược lại ở nhóm bệnh nhân nữ, số gói.năm thuốc lá ở nhóm GERD lại thấp hơn nhóm không GERD, có thể được giải thích bởi bệnh nhân nữ trong nhóm mắc GERD đa phần đều chưa từng hút thuốc lá.

Khác biệt về đặc điểm lâm sàng của COPD nổi bật nhất ở bệnh nhân có và không có GERD là tình trạng đợt cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ đợt cấp thường xuyên, tức có > 2 đợt cấp hoặc ≥ 1 đợt cấp nhập viện trong 12 tháng, nhiều hơn hẳn ở nhóm có GERD so với nhóm không có GERD (p=0,001). Tương tự đợt cấp, triệu chứng lâm sàng hô hấp (cả thang điểm mMRC và CAT) cũng cao hơn có ý nghĩa ở bệnh nhân có kèm GERD, cho thấy rằng GERD không chỉ tăng nguy cơ đợt cấp mà còn ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân COPD⁴.

Về các yếu tố liên quan đến xuất hiện GERD ở bệnh nhân COPD, tuổi, tiền căn viêm loét dạ dày, đồng mắc đái tháo đường và kiểu hình đợt cấp thường xuyên là 4 yếu tố độc lập sau cùng khi đã hiệu chỉnh với các yếu tố khác. Ngoài tuổi và đợt cấp đã đề cập trước đó, bản thân đái tháo đường đã là yếu tố yếu cơ gia tăng mắc GERD⁷. Mặt khác, GERD và viêm loét dạ dày đều thuộc nhóm bệnh lý tiêu hóa trên, có mối liên quan với nhau về gene và H.pylori là một nguyên nhân lớn gây viêm loét dạ dày. Theo tổng quan phân tích của Xie, có 3 nghiên cứu đoàn hệ cho kết quả điều trị tiết trừ H.pylori làm tăng xuất hiện Viêm thực quản trào ngược mới chẩn đoán lên 2,50 lần so với bệnh nhân không điều trị tiết trừ, trong thời gian theo dõi dài nhất là 102 tháng⁸. Giả thiết lý giải tiền căn viêm loét dạ dày là một yếu tố độc lập liên quan đến xuất hiện GERD ở COPD có thể do việc điều trị tiết trừ H.pylori dẫn đến tình trạng giảm nhu động thực quản, thực quản tăng tiếp xúc với acid và làm nặng lên tình trạng GERD.

Về điểm mạnh của nghiên cứu, cho đến hiện tại, nghiên cứu thu được những dữ liệu đầu tiên về GERD và COPD thực hiện trên dân số Việt Nam. Ngoài ra, chúng tôi xác định các yếu tố độc lập liên quan đến xuất hiện GERD trên bệnh nhân COPD, trong khi các nghiên cứu trước đó chỉ tập

trung về ảnh hưởng của GERD lên mức độ triệu chứng, đợt cấp của COPD. Bên cạnh đó, chúng tôi cập nhật sự thay đổi về đánh giá mức độ COPD theo hướng dẫn của mới của GOLD năm 2023.

Tuy nhiên, nghiên cứu này vẫn còn tồn tại một vài hạn chế. Đầu tiên, tiêu chuẩn chẩn đoán GERD của nghiên cứu không phải là đo pH monitoring- chuẩn vàng chẩn đoán GERD. Thứ hai, thiết kế nghiên cứu cắt ngang chưa thể giúp xác định mối liên quan nhân quả giữa GERD và COPD. Vì thế, cần có thêm các nghiên cứu có thể tiếp cận phương pháp đo pH monitoring để chẩn đoán GERD chính xác hơn và được thiết kế tốt hơn như nghiên cứu đoàn hệ, có cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm, để xác định rõ mối liên quan nhân quả giữa GERD và COPD.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy GERD hiện diện ở gần 1/3 bệnh nhân COPD và có mối liên quan với sự gia tăng đợt cấp, đợt cấp nhập viện và mức độ triệu chứng hô hấp nhiều hơn ở bệnh nhân COPD không mắc GERD. Các yếu tố độc lập liên quan đến xuất hiện GERD ở bệnh nhân COPD là: tuổi, tiền căn viêm loét dạ dày, đồng mắc đái tháo đường và đợt cấp thường xuyên. Nhận biết GERD và các yếu tố liên quan xuất hiện GERD trên bệnh nhân COPD sẽ giúp nhà lâm sàng quản lý tốt hơn những bệnh nhân mắc cả hai bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen JW, Vela MF, Peterson KA, Carlson DA.** AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Extraesophageal Gastroesophageal Reflux Disease: Expert Review. Clin Gastroenterol Hepatol. Jun 2023;21(6):1414-1421 e3. doi:10.1016/j.cgh.2023.01.040.
2. **Chen J, Yuan S, Fu T, et al.** Gastrointestinal Consequences of Type 2 Diabetes Mellitus and Impaired Glycemic Homeostasis: A Mendelian Randomization Study. Diabetes Care. Apr 1 2023;46(4):828-835. doi:10.2337/dc22-1385.
3. **Choi JY, Kim JW, Kim YH, et al.** Clinical Characteristics of Non-Smoking Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: Findings from the KOCOSS Cohort. COPD. 2022;19(1):174-181. doi:10.1080/15412555.2022.2053088.
4. **Kang HH, Seo M, Lee J, Ha SY, Oh JH, Lee SH.** Reflux esophagitis in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Medicine (Baltimore). Aug 27 2021;100(34): e27091. doi: 10.1097/MD.00000000000027091
5. **Lin YH, Tsai CL, Chien LN, Chiou HY, Jeng C.** Newly diagnosed gastroesophageal reflux disease increased the risk of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease during the first year following diagnosis--a nationwide population-based cohort study. Int J Clin Pract. Mar 2015;69(3):350-7. doi:10.1111/ijcp.12501

6. **Martinez CH, Okajima Y, Murray S, et al.** Impact of self-reported gastroesophageal reflux disease in subjects from COPDGene cohort. *Respir Res.* Jun 3 2014;15:62. doi:10.1186/1465-9921-15-62.
7. **Wang X, Wright Z, Wang J, Roy S, Fass R, Song G.** Elucidating the Link: Chronic Obstructive Pulmonary Disease and the Complex Interplay of Gastroesophageal Reflux Disease and Reflux-Related Complications. *Medicina (Kaunas).* Jul 8 2023;59(7)doi:10.3390/medicina59071270.
8. **Xie T, Cui X, Zheng H, Chen D, He L, Jiang B.** Meta-analysis: eradication of *Helicobacter pylori* infection is associated with the development of endoscopic gastroesophageal reflux disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* Oct 2013;25(10):1195-205. doi: 10.1097/MEG.0b013e328363e2c7.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐOẠN ĐẠI TRỰC TRÀNG VỚI PHƯƠNG PHÁP KHÂU MŨI TÚI MỖM TRỰC TRÀNG

Ân Thái Hoàng Anh¹, Lý Hữu Phú², Hồ Y Bằng³, Đặng Tâm^{1,4}, Nguyễn Quốc Vinh⁴, Trần Phùng Dũng Tiến⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xì rò miệng nổi là biến chứng nặng trong phẫu thuật cắt đoạn đại – trực tràng điều trị ung thư trực tràng. Nhiều nghiên cứu cho thấy xì rò làm giảm hiệu quả điều trị và để lại nhiều di chứng nặng cho người bệnh. Mặc dù đã có nhiều cải tiến trong kỹ thuật mổ, trang thiết bị, máy khâu nội, nhưng tỉ lệ xì rò vẫn còn khá cao 6-11%. Nhiều phẫu thuật viên cho rằng “tai chó” của phương pháp hai máy bấm là một yếu tố nguy cơ góp phần gây ra biến chứng xì rò miệng nổi và họ đề xuất thực hiện phương pháp khâu túi mỡ trực tràng. Vài nghiên cứu ngoài nước cho thấy tỉ lệ xì rò miệng nổi giảm. Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu về phương pháp khâu túi mỡ trực tràng này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại – trực tràng thực hiện miệng nổi đơn máy bấm và khâu 2 túi mỡ trực tràng trong điều trị ung thư đại – trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca PTNS cắt trước và cắt trước thấp, thực hiện khâu 2 túi mỡ trực tràng và dùng 1 máy khâu nối vòng điều trị ung thư đại trực tràng tại khoa Ngoại tổng quát bệnh viện Triều An từ tháng 1/2011 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** 38TH được PTNS cắt đoạn đại – trực tràng bằng phương pháp đơn máy bấm và khâu 2 túi mỡ, tuổi trung bình 64,87 ± 11,44, nam mắc bệnh nhiều hơn nữ (60,5%). 16TH (42,1%) ung thư trực tràng cao được PTNS cắt trước, 12TH (31,6%) ung thư trực tràng giữa và 10TH (26,3%) ung thư trực tràng dưới được PTNS cắt trước thấp với thời gian PT trung bình lần lượt là 214,4 ± 44,2 phút và 250,0 ± 48,6 phút, lượng máu mất trung bình 126,58 ± 52,72 ml, OTH phải truyền máu, không có tai biến biến chứng trong mổ. Biến chứng sau mổ như: xì miệng nổi, áp xe tồn lưu, rò âm đạo trực

tràng, chảy máu sau mổ 0%, tử vong 0%. **Kết luận:** Kỹ thuật khâu túi mỡ trực tràng trong PTNS cắt đoạn đại – trực tràng điều trị ung thư cho kết quả an toàn, hiệu quả ở các trung tâm phẫu thuật lớn, PTV nhiều kinh nghiệm với rất ít tai biến biến chứng.

Từ khóa: Ung thư đại – trực tràng, phẫu thuật nội soi cắt trước, phẫu thuật nội soi cắt trước thấp, phương pháp khâu túi mỡ trực tràng.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC COLORECTAL RESECTION SURGERY USING PURSESTRING SUTURE PLACEMENT ON THE RECTAL STUMP: A RETROSPECTIVE STUDY

Objectives: Anastomotic leakage is a serious complication in colorectal resection surgery for rectal cancer treatment. Many studies have shown that leakage reduces the effectiveness of treatment and leave many serious sequelae for patients. Although there have been many improvements in surgical techniques, equipment and stapling devices, the leakage rate is still quite high at 6 – 11%. Many surgeons believe that the “dog ears” in two-stapler method contribute to the risk of anastomotic leakage complications, and they recommend implementing the pursestring suture placement method on the rectal stump. Several international studies have reported a decreased rate of anastomotic leakage. In Vietnam, there is currently limited research on the method of pursestring suture placement on the rectal stump. **Methods:** A retrospective study of laparoscopic anterior resection and laparoscopic low anterior resection with a single-stapler anastomosis and the placement of two pursestring sutures on the rectal stump for the treatment of rectal cancer. **Results:** 38 patients underwent laparoscopic colorectal resection with a single-stapler anastomosis and the placement of two pursestring sutures on the rectal stump, with an average age of 64,87 ± 11,44 years, men have the disease more often than women (60,5%). 16 patients (42,1%) with high rectal cancer underwent laparoscopic anterior resection, 12 patients (31,6%) with middle rectal cancer and 10 patients (26,3%) with low rectal cancer underwent laparoscopic low anterior resection. The average operative time were 214,4 ± 44,2 minutes and 250,0 ± 48,6 minutes

¹Bệnh viện Triều An

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Trà Vinh

⁴Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Hữu Phú

Email: phu.lh@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024