

GIÁ TRỊ CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI, CHỤP XQUANG BARYT THỰC QUẢN, ĐO ÁP LỰC VÀ NHU ĐỘNG THỰC QUẢN ĐỘ PHÂN GIẢI CAO TRONG CHẨN ĐOÁN CƠ THẮT TÂM VỊ

Đào Việt Hằng^{1,2,3}, Trần Thị Thu Trang^{1,4},
Nguyễn Thu Thương¹, Đào Văn Long^{1,3}

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 148 bệnh nhân nghi ngờ cơ thắt tâm vị (CTTV) từ 9/2020 đến 2/2023 tại Viện nghiên cứu và đào tạo tiêu hóa gan mật. Tuổi trung bình là $41,5 \pm 14,8$ với 37,9% là nam giới. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là nuốt khó (85,1%) và trào ngược (75,7%), tỷ lệ bệnh nhân có điểm Eckardt ≥ 6 là 60,0%. Trong 148 bệnh nhân, 140 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bởi bác sĩ lâm sàng dựa vào triệu chứng kết hợp các phương pháp thăm dò hình ảnh (nội soi/chụp baryt thực quản/đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao (HRM)). 81,8% bệnh nhân có hình ảnh CTTV trên nội soi với độ nhạy 82%, nhưng độ đặc hiệu chưa cao (57%). Kỹ thuật HRM cho thấy độ nhạy tốt hơn trong chẩn đoán CTTV so với các phương pháp truyền thống như chụp baryt thực quản và nội soi đường tiêu hóa (độ nhạy 87%, độ đặc hiệu 100%). Kết hợp các phương pháp chẩn đoán CTTV với triệu chứng lâm sàng sẽ giúp cải thiện độ đặc hiệu trong chẩn đoán.

Từ khóa: chụp baryt thực quản, cơ thắt tâm vị, đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao, nội soi.

SUMMARY

THE VALUE OF ENDOSCOPY, BARIUM ESOPHAGRAM AND HIGH RESOLUTION MANOMETRY METHODS IN DIAGNOSIS OF ACHALASIA

A cross-sectional study was conducted in 148 patients with suspected achalasia from 9/2020 to 2/2023 in the Institute of Gastroenterology and Hepatology. The mean age was 41.5 ± 14 , 37.9% of patients were male. The most common clinical symptoms were dysphagia (85.1%) and regurgitation (75.7%), the proportion of patients having Eckardt scores ≥ 6 was 60.0%. 140 out of 148 patients had a confirmed diagnosis of achalasia based on clinical symptoms combined with the diagnostic imaging methods (endoscopy/barium esophagram/high resolution manometry (HRM)). 81.8% of patients having achalasia findings in endoscopy with sensitivity

of 82% but specificity was not high (57%). The sensitivity of HRM was higher than the conventional methods such as barium esophagram and upper gastrointestinal endoscopy (87% sensitivity, 100% specificity). The combination between diagnostic methods and clinical symptoms would improve the specificity of diagnosis.

Keywords: barium esophagram, achalasia, high resolution manometry, endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ thắt tâm vị (CTTV) là một bệnh lý hiếm gặp, đặc trưng bởi tình trạng mất nhu động thực quản và giảm khả năng giãn của cơ thắt thực quản dưới (LES). Tỷ lệ mắc mới hàng năm ước tính khoảng 1,07 – 2,2/100.000 người và tỷ lệ hiện mắc chung là 10 – 15,7/100.000 người [1]. Bệnh nhân thường biểu hiện khó nuốt tăng dần với đồ ăn đặc sau đó đến đồ ăn lỏng, triệu chứng trào ngược, đau ngực, nóng rát sau xương ức và sút cân. Bệnh kéo dài gây ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân; do vậy, chẩn đoán CTTV đặc biệt ở giai đoạn sớm thực sự rất cần thiết.

Chẩn đoán CTTV thường dựa vào các triệu chứng lâm sàng (sử dụng bộ câu hỏi Eckardt) và các phương pháp thăm dò bao gồm chụp baryt thực quản, nội soi đường tiêu hóa trên và đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao (high resolution manometry, HRM) [1, 2]. Trong đó chụp baryt thực quản là phương pháp không xâm lấn, dễ thực hiện, phổ biến, phù hợp cho những đơn vị chưa triển khai được kỹ thuật HRM. Nội soi đường tiêu hóa trên được khuyến cáo ở hầu hết các bệnh nhân có triệu chứng gợi ý CTTV để loại trừ các bệnh lý khác, đặc biệt là ung thư thực quản hoặc các tổn thương đờ đầy gây hẹp. HRM được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán CTTV với đặc trưng là giảm khả năng giãn cơ thắt thực quản dưới thể hiện qua tăng chỉ số áp lực tích hợp khi nghỉ của LES trong 4 giây (IRP4s) [1, 2]. Phân loại Chicago 3.0 chia CTTV thành ba type trên HRM dựa trên hình thái nhu động thực quản, từ đó giúp xác định phương pháp điều trị và tiên lượng đáp ứng điều trị.

Tại Việt Nam, bệnh nhân chủ yếu được chẩn đoán từ kết hợp triệu chứng lâm sàng với nội soi và chụp baryt. HRM hiện mới bắt đầu triển khai

¹Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

và thực tế có một nhóm bệnh nhân IRP4s chưa đạt được ngưỡng chẩn đoán như phân loại Chicago 3.0 nhưng khi lâm sàng và 2 phương pháp còn lại điển hình, bệnh nhân vẫn được can thiệp bằng nong/POEM. Một số tác giả khác trên thế giới cũng đã báo cáo về nhóm bệnh nhân này. Trong thời gian gần đây, đã có các nghiên cứu bước đầu đánh giá kết quả chẩn đoán, phân loại CTTV và thay đổi áp lực LES sau điều trị CTTV bằng kỹ thuật HRM tuy nhiên cỡ mẫu còn thấp [3, 4]. Bởi vậy, nghiên cứu này được thực hiện đánh giá trên quần thể người bệnh nghi ngờ CTTV nhằm xác định giá trị của các phương pháp thăm dò trong chẩn đoán.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám tại Viện nghiên cứu và đào tạo tiêu hóa gan mật và Phòng khám đa khoa Hoàng Long từ 24/09/2020 đến 28/02/2023 thoả mãn tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng hoặc hình ảnh nội soi hoặc chụp baryt thực quản nghi ngờ CTTV. Trong đó:

- Lâm sàng: điểm Eckardt ≥ 6
- Trên nội soi: dây soi khó qua tâm vị, thực quản giãn rộng, ứ đọng thức ăn, nước [1, 2].
- Trên chụp Xquang baryt thực quản: hình ảnh hẹp thực quản đoạn tâm vị có hình dạng "mỏ chim" [1, 2].

- Và bệnh nhân được tiến hành đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao (HRM).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập các thông tin về nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, điểm Eckardt, kết quả nội soi đường tiêu hóa trên, chụp Xquang baryt thực quản và HRM.

Nhận định kết quả HRM:

Theo phân loại Chicago 3.0, CTTV được định nghĩa là tăng IRP4s kèm rối loạn nhu động thực quản với 3 type với tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể như sau [5]:

- Type I: 100% nhu động thất bại (DCI <100 mmHg). Nhịp đến sớm có DCI <450 mmHg ·s·cm cũng được coi là nhu động thất bại

- Type II: 100% nhu động thất bại, tăng áp lực toàn bộ lòng thực quản ở $\geq 20\%$ số nhịp nuốt. Không nên tính DCI.

- Type III: không có nhu động bình thường, nhịp đến sớm với DCI >450 mmHg·s·cm ở $\geq 20\%$ số nhịp nuốt. Có thể phối hợp với type II.

Trường hợp tăng IRP4s nhưng nhu động thực quản bình thường, không phải các kiểu hình nhu động của 3 type trên được gọi là tắc nghẽn vùng nối dạ dày thực quản (EGJ outflow obstruction).

Tiêu chuẩn chẩn đoán CTTV: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định CTTV theo nhận định của bác sĩ lâm sàng kết hợp các tiêu chuẩn lâm sàng, chụp baryt thực quản và nội soi đường tiêu hóa trên. Các bệnh nhân còn lại được xếp vào nhóm không CTTV.

Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được nhập vào phần mềm Epidata và xử lý bằng phần mềm Python. Biến định tính được biểu diễn dưới dạng số đếm và tỷ lệ, biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) tùy theo phân bố của các giá trị. Sự khác biệt giữa các nhóm độc lập kiểm định bằng Chi-squared test và t-test/ANOVA.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Viện Nghiên cứu Y học Đỉnh Tiên Hoàng theo Quyết định số IRB-1909 ngày 01 tháng 02 năm 2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của bệnh nhân co thắt tâm vị.

Nghiên cứu thu tuyển được 148 bệnh nhân nghi ngờ CTTV. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $41,5 \pm 14,8$ với 36,5% là nam giới. Hai triệu chứng phổ biến nhất là nuốt khó (85,1%) và trào ngược (75,7%). Điểm Eckardt trung bình là $6,1 \pm 2,3$. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả chụp baryt thực quản với hình ảnh chậm lưu thông và mỏ chim lần lượt là 78,4% và 76,0%.

140 bệnh nhân được bác sĩ chẩn đoán cuối cùng CTTV dựa trên kết hợp triệu chứng lâm sàng và các phương pháp thăm dò (nội soi/Xquang baryt thực quản). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm lâm sàng, nội soi, và chụp baryt thực quản giữa nhóm CTTV và nhóm không CTTV ($p > 0,05$). Trên đo HRM, IRP4S và áp lực LES khi nghỉ ở nhóm CTTV cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không CTTV. Trong số 122 bệnh nhân có chẩn đoán CTTV trên HRM, tỷ lệ bệnh nhân type 1, 2, 3 lần lượt là 55,7%, 40,2%, và 4,1%.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân co thắt tâm vị

Đặc điểm	Chung (n=148)	CTTV (n= 140)	Không CTTV (n= 8)	p
Tuổi	41,5 ± 14,8	41,2 ± 15,1	46,0 ± 10,5	0,376
Giới, nam	54 (36,5)	53 (37,9)	1 (12,5)	0,284
BMI	19,2 ± 3,6	19,1 ± 3,6	21,0 ± 2,6	0,152

Phân loại BMI (%)				
Thiếu cân	56 (38,9)	55 (40,4)	1 (12,5)	0,276
Bình thường	78 (54,2)	72 (52,9)	6 (75,0)	
Thừa cân/béo phì	10 (6,9)	9 (6,6)	1 (12,5)	
Triệu chứng lâm sàng				
Trào ngược	112 (75,7)	106 (75,7)	6 (75,0)	1,000
Nóng rát sau xương ức	49 (33,1)	45 (32,1)	4 (50,0)	0,511
Đau ngực	62 (41,9)	59 (42,1)	3 (37,5)	1,000
Nuốt khó	126 (85,1)	120 (85,7)	6 (75,0)	0,751
Gầy sút	69 (46,6)	67 (47,9)	2 (25,0)	0,370
Điểm Eckardt	6,1 ± 2,3	6,1 ± 2,2	4,9 ± 2,9	0,131
Điểm Eckardt ≥6	87 (60,0)	84 (61,3)	3 (37,5)	0,334
VTQTN trên nội soi	15 (11,9)	15 (12,6)	0 (0,0)	0,689
Kết quả chụp baryt thực quản				
Chậm lưu thông	76 (78,4)	74 (78,7)	2 (66,7)	1,000
Thực quản mở chim	76 (76,0)	74 (77,1)	2 (50,0)	0,519
Bề rộng thực quản (cm)	3,8 [3,3-4,3]	3,8 [3,3-4,3]	3,6 [3,1-4,1]	0,595
Chiều cao cột baryt (cm) tại:				
- 1 phút	8,0 [5,0-9,3]	8,0 [5,0-9,3]	2,9 [2,9-2,9]	0,201
- 2 phút	0,0 [0,0-2,7]	0,0 [0,0-0,8]	2,7 [2,7-2,7]	0,429
- 3 phút	4,9 [2,5-7,9]	5,0 [2,5-7,9]	2,6 [2,6-2,6]	0,442
Đặc điểm HRM				
IRP4s	23,1 [17,2-31,4]	23,6 [17,7-31,8]	9,35 [5,7-12,7]	<0,001
Áp lực LES khi nghỉ	33,1 [23,8-46,0]	33,4 [24,3-46,3]	17,8 [17,2-31,4]	0,001
Chẩn đoán CTTV				
Trên nội soi	102 (79,7)	99 (81,8)	3 (42,9)	0,045
Trên HRM	122 (82,4)	122 (87,1)	0 (0,0)	<0,001

Số liệu được biểu diễn dưới dạng n (%) với biến định tính, TB ± ĐLC hoặc TV [TPV] với biến định lượng.

Giá trị chẩn đoán của các kỹ thuật. Giá trị của các kỹ thuật (đơn độc và kết hợp) trong chẩn đoán CTTV được trình bày tại bảng 2 thông qua các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính (PPV) và giá trị dự đoán âm tính (NPV). Trong đó, điểm Eckardt ≥6 có giá trị gợi ý chẩn

đoán CTTV với độ nhạy và độ đặc hiệu là 0,40 và 0,62. Các phương pháp thăm dò như nội soi đường tiêu hóa trên và HRM có độ nhạy chẩn đoán tương đối cao (0,82). Tuy nhiên, nội soi có độ đặc hiệu thấp hơn so với HRM (0,57 so với 1,00). Việc kết hợp các phương pháp đem lại hiệu quả hơn trong chẩn đoán. Khi sử dụng kết hợp các phương pháp lâm sàng, nội soi và HRM có độ đặc hiệu nhất trong chẩn đoán CTTV (1,00).

Bảng 2: Giá trị của các kỹ thuật trong chẩn đoán cơ thắt tâm vị

Chỉ số	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV
Lâm sàng (Eckardt ≥6)	0,40 (0,32-0,49)	0,62 (0,24-0,91)	0,95 (0,86-0,99)	0,06 (0,02-0,13)
Nội soi	0,82 (0,74-0,88)	0,57 (0,18-0,90)	0,97 (0,92-0,99)	0,15 (0,04-0,35)
HRM	0,87 (0,80-0,92)	1,00 (0,63-1,00)	1,00 (0,97-1,00)	0,31 (0,14-0,52)
Lâm sàng + Nội soi	0,32 (0,24-0,41)	1,00 (0,63-1,00)	1,00 (0,92-1,00)	0,08 (0,04-0,16)
Lâm sàng + HRM	0,37 (0,29-0,46)	1,00 (0,63-1,00)	1,00 (0,93-1,00)	0,08 (0,04-0,16)
Lâm sàng + Xquang	0,25 (0,17-0,33)	1,00 (0,54-1,00)	1,00 (0,88-1,00)	0,06 (0,06-0,13)
Nội soi + HRM	0,70 (0,62-0,78)	1,00 (0,63-1,00)	1,00 (0,96-1,00)	0,18 (0,08-0,33)
Nội soi + Xquang	0,65 (0,55-0,75)	0,67 (0,22-0,96)	0,97 (0,89-1,00)	0,11 (0,03-0,25)
HRM + Xquang	0,68 (0,59-0,77)	1,00 (0,63-1,00)	1,00 (0,95-1,00)	0,19 (0,08-0,33)

Số liệu được biểu diễn dưới dạng trung bình và CI 95%; PPV: giá trị chẩn đoán dương tính, NPV: giá trị chẩn đoán âm tính; (+) Kết hợp các kỹ thuật trong chẩn đoán CTTV

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá

giá trị chẩn đoán CTTV của các phương pháp thăm dò trên quần thể người Việt Nam. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa tuổi, giới và BMI ở hai nhóm CTTV và không CTTV ($p > 0,05$).

Về triệu chứng lâm sàng, 85,7% bệnh nhân có biểu hiện nuốt khó. Kết quả này tương tự với

các nghiên cứu khác trên thế giới của Jeon Han Ho tại Hàn Quốc (100%) [6] và PJ Howard tại Scotland (100% nuốt khó với đồ ăn rắn và 97% nuốt khó với đồ ăn lỏng) [7]. Nuốt khó là triệu chứng điển hình của CTTV. Giai đoạn đầu bệnh thường biểu hiện nuốt khó với đồ ăn rắn hoặc nuốt khó khi nuốt nhanh, giai đoạn nặng hơn sẽ thấy nuốt khó cả đồ ăn lỏng, cả khi nuốt chậm. Trào ngược cũng là một triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân CTTV được ghi nhận với tỷ lệ 75,7%. Kết quả cũng có sự tương đồng với các nghiên cứu của Ming Yue Li (70%), Rozman (75%) và Mayank Jain (79,6%) [8-10]. Giai đoạn đầu của bệnh các triệu chứng thường không điển hình nên có thể bị chẩn đoán nhầm hoặc bỏ sót dẫn đến các triệu chứng kéo dài dai dẳng. Khi bệnh tiến triển, tình trạng trào ngược nặng khiến kém vận chuyển thức ăn gây ra tình trạng đau ngực và gầy sút cân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau ngực và gầy sút cân chiếm tỷ lệ lần lượt 42,1% và 47,9%.

Eckardt là bảng điểm lâm sàng được sử dụng rộng rãi và thường được kết hợp trong quá trình theo dõi bệnh nhân. Trung bình điểm Eckardt trong nghiên cứu này là $6,1 \pm 2,3$, cao hơn so với nghiên cứu tại Hàn Quốc (trung vị là 5) [11] nhưng lại tương đồng với nghiên cứu của Mayank Jain (dao động từ 6 – 6,5), Lê Xuân Đán ($6,47 \pm 2,31$), Trần Xuân Hưng ($6,5 \pm 0,7$), thấp hơn trong nghiên cứu của Thái Văn Thuật ($7,0 \pm 1,4$ ở nhóm can thiệp POEM và $8,3 \pm 2,1$ ở nhóm can thiệp nong bóng) [9, 12-14]. Nghiên cứu cho thấy điểm Eckardt ≥ 6 có giá trị gợi ý chẩn đoán CTTV với độ nhạy thấp 40% và độ đặc hiệu trung bình 62%. Như vậy, triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghi ngờ CTTV có thể nhầm lẫn với các bệnh lý khác, đặc biệt là giai đoạn sớm.

Nội soi dạ dày – thực quản là thăm dò thường dùng trên thực hành lâm sàng để đánh giá triệu chứng tắc nghẽn. Các đặc điểm hướng tới theo dõi CTTV trên nội soi như tâm vị đóng chặt, đèn soi qua vướng, thực quản giãn, ứ đọng dịch và thức ăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 82% bệnh nhân có chẩn đoán theo dõi CTTV trên nội soi, với độ nhạy cao 82% nhưng độ đặc hiệu tương đối thấp 57%. Tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, nội soi đường tiêu hóa có thể hướng tới chẩn đoán CTTV trong 30-50% các trường hợp, tuy nhiên chẩn đoán CTTV có thể bị bỏ sót trên nội soi, đặc biệt trong giai đoạn sớm của bệnh [1]. Bởi vậy, khuyến cáo sử dụng nội soi ở các bệnh nhân có triệu chứng gợi ý để loại trừ các bệnh lý thực thể như các nguyên nhân tắc nghẽn cơ học hay bệnh lý ác tính vùng thực

quản, tâm vị [1, 2].

Chụp Xquang baryt thực quản nhằm đánh giá hình dạng vùng thực quản và vùng tâm vị. Đối với bệnh CTTV, các đặc điểm nghi ngờ trên chụp baryt thực quản bao gồm: thực quản giãn, thực quản lưu thông chậm, ứ đọng thuốc cản quang và tâm vị hình mỏ chim. Nghiên cứu của chúng tôi có 78,4% bệnh nhân có chậm lưu thông thuốc, 76% bệnh nhân có hình ảnh thực quản hình mỏ chim. Đường kính thực quản trung vị trong nghiên cứu là 3,8cm và có khoảng 80% bệnh nhân có hình ảnh nghi ngờ CTTV trên chụp baryt thực quản. Mặc dù có độ đặc hiệu thấp nhưng phương pháp này có đặc điểm dễ thực hiện, không xâm lấn với giá thành rẻ nên được khuyến cáo các hướng dẫn hiện nay khuyến cáo sử dụng khi các đơn vị không có HRM và áp dụng để đánh giá hình thái thực quản trước khi phẫu thuật [1, 2].

HRM hiện nay được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán CTTV [3]. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các chỉ số IRP4s và áp lực khi nghỉ LES ở hai nhóm CTTV và không CTTV ($p < 0,05$). Độ nhạy và độ đặc hiệu của HRM cao, lần lượt là 87% và 100%. HRM không chỉ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán CTTV, mà còn là phương pháp thăm dò cho phép phân loại CTTV thành 3 type. Ba type này có đáp ứng khác nhau với các phương pháp điều trị, trong đó, type 3 có tiên lượng kém với tỷ lệ tái phát cao, do vậy việc chẩn đoán và phân type bằng kỹ thuật HRM trước khi quyết định điều trị có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và theo dõi bệnh [1].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi mở rộng tiêu chuẩn chẩn đoán bằng cách kết hợp đặc điểm lâm sàng và một phương pháp thăm dò điển hình (nội soi/Xquang baryt thực quản/HRM) hoặc kết hợp các phương pháp thăm dò. Kết quả cho thấy khi kết hợp lâm sàng và một phương pháp thăm dò điển hình, mặc dù độ nhạy thấp (khoảng 30%) nhưng độ đặc hiệu cao 100%. Hiện trên thế giới các khuyến cáo vẫn cho phép sử dụng chụp baryt trong điều kiện cơ sở không có HRM tuy nhiên không khuyến cáo chỉ sử dụng nội soi đơn thuần do khả năng bỏ sót lên tới 30-40% [1]. Khi kết hợp phương pháp nội soi và chụp baryt thực quản trong chẩn đoán CTTV, độ đặc hiệu tăng lên so với khi dùng nội soi đơn độc (67% so với 57%). Vì vậy ở các tuyến cơ sở có thể sử dụng kết hợp 2 phương pháp trong chẩn đoán CTTV khi chưa triển khai được kỹ thuật đo HRM. Chỉ khi chúng tôi kết hợp chụp Xquang - HRM và nội soi – HRM, kết quả mang lại đáng

mong đợi và có độ tin cậy cao. Cả hai trường hợp đều có độ đặc hiệu lên tới 100% và độ nhạy lần lượt là 68%, 70%. Do đó, không nên áp dụng riêng lẻ các kỹ thuật nội soi hay chụp Xquang baryt thực quản trong chẩn đoán, loại trừ CTTV.

V. KẾT LUẬN

Cả 3 phương pháp thăm dò đều mang lại hiệu quả và giá trị riêng biệt. Kỹ thuật HRM cho thấy độ nhạy tốt hơn trong chẩn đoán CTTV so với các phương pháp truyền thống như Xquang baryt thực quản và nội soi đường tiêu hóa. Lựa chọn các phương pháp chẩn đoán CTTV kết hợp với triệu chứng lâm sàng sẽ giúp cải thiện độ đặc hiệu trong chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Oude Nijhuis, R.A.B., et al.,** European guidelines on achalasia: United European Gastroenterology and European Society of Neurogastroenterology and Motility recommendations. *United European Gastroenterol J*, 2020. 8(1): p. 13-33.
2. **Vaezi, M.F., et al.,** ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Achalasia. *Am J Gastroenterol*, 2020. 115(9): p. 1393-1411.
3. **Việt Hằng Đào, B.L., & Văn Long Đào.,** "Bước đầu đánh giá kết quả chẩn đoán và phân loại cơ thắt tâm vị bằng kỹ thuật đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, 2019. 14(3).
4. **Thuy, L.N., et al.,** Evaluation of clinical characteristics and lower esophageal sphincter pressure on high resolution manometry in achalasia patients after treatment. *Vietnam Journal of Science, Technology and Engineering*, 2021. 63(1): p. 42-46.
5. **Kahrilas, P.J., et al.,** The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0. *Neurogastroenterol Motil*, 2015. 27(2): p. 160-74.
6. **Jeon, H.H., et al.,** Clinical Characteristics of Patients with Untreated Achalasia. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 2017. 23(3): p. 378-384.
7. **Howard, P.J., et al.,** Five year prospective study of the incidence, clinical features, and diagnosis of achalasia in Edinburgh. *Gut*, 1992. 33(8): p. 1011-5.
8. **Li, M.Y., et al.,** Pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, and treatment progress of achalasia of cardia. *World J Clin Cases*, 2023. 11(8): p. 1741-1752.
9. **Jain, M., et al.,** Retrospective study on symptoms and treatment modalities used and short-term follow up of achalasia cardia in Indian setting. *JGH Open*, 2020. 4(5): p. 856-859.
10. **Rozman, R.W., Jr. and E. Achkar,** Features distinguishing secondary achalasia from primary achalasia. *Am J Gastroenterol*, 1990. 85(10): p. 1327-30.

HIỆU QUẢ CỦA BÀI THUỐC THANH THƯỢNG PHÒNG PHÒNG THANG TRONG ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ BỆNH TRỨNG CÁ THÔNG THƯỜNG

Đào Thị Minh Châu¹, Tạ Văn Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng hỗ trợ bệnh trứng cá thông thường bằng bài thuốc thanh thượng phòng phòng thang. **Phương pháp:** 60 bệnh nhân trứng cá thông thường mức độ vừa được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm. Cả hai nhóm đều điều trị tại chỗ bằng thuốc bôi Adapalene 0,1%, nhóm nghiên cứu uống thuốc sắc Thanh thượng phòng phòng thang ngày uống 2 lần trong 60 ngày, nhóm đối chứng uống Erythromycin 500mg x 2 viên/ ngày trong 60 ngày. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, có đối chứng, so sánh trước – sau can thiệp. **Kết quả:** Tổng tỉ lệ hiệu quả điều trị ở nhóm nghiên cứu là 86,67% cao hơn ở nhóm đối chứng là 70%, số lượng tổn thương mụn viêm ở nhóm nghiên cứu cũng giảm tốt hơn so với nhóm đối chứng ở thời

điểm kết thúc điều trị, chỉ số khuyết tật trứng cá CADI ở cả hai nhóm đều giảm theo thời gian và không khác nhau giữa hai nhóm. **Kết luận:** bài thuốc Thanh thượng phòng phòng thang có tác dụng cải thiện số lượng tổn thương trứng cá, có thể được sử dụng như một loại thuốc thay thế trong những trường hợp bệnh nhân trứng cá mức độ vừa không tuân thủ điều trị bằng kháng sinh.

Từ khoá: Bệnh trứng cá thông thường, bài thuốc Thanh thượng phòng phòng thang, Erythromycin

SUMMARY

EFFICACY OF THE QING SHANG FANG FENG DECOCTION IN SUPPORTIVE TREATMENT OF ACNE VULGARIS

Objectives: To explore clinical efficacy of the Qing shang fang feng decoction on acne vulgaris. **Methods:** 60 cases were divided into the study group and control group equally. The control group received oral Erythromycin and Adapalene 0.1% for 60 days; the study group received the Qing shang fang feng decoction and Adapalene 0.1% for 60 days. **Results:** In the study group, the total efficiency was 86.67%,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Minh Châu

Email: daothiminhchau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024