

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

NGUYỄN CẢNH BÌNH

**NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG, NỘI SOI,
MÔ BỆNH HỌC VÀ CHỤP XẠ HÌNH TRONG
BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN**

Chuyên ngành nội tiêu hoá

Mã số: 62.72.20.01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Hà Nội, năm 2010

Công trình được hoàn thành tại:

Viện nghiên cứu khoa học Y - Dược lâm sàng 108

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Mai Hồng Bằng

PGS.TS. Trần Văn Hợp

Phản biện 1: PGS.TS. Phạm Thị Thu Hồ

Phản biện 2: PGS.TS. Nguyễn Văn Bằng

Phản biện 3: PGS.TS. Nguyễn Thị Bạch Tuyết

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước họp tại:

Viện nghiên cứu khoa học Y - Dược lâm sàng 108

Vào hồi...8...giờ...30...ngày...26...tháng...7...năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại:

Thư viện Quốc gia

Thư viện Bệnh viện TƯ'QĐ 108

DANH MỤC CÁC KÝ HIỆU, CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BTNDD-TQ	: Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản
CSTN	: Chỉ số trào ngược
CXHDD-TQ	: Chụp xạ hình dạ dày - thực quản
ĐNTQ-DD	: Đoạn nối thực quản - dạ dày
DSR	: Dị sản ruột
HP	: Helicobacter pylori
HTPX	: Hoạt tính phóng xạ
MBH	: Mô bệnh học
TNDD-TQ	: Trào ngược dạ dày - thực quản
TQB	: Thực quản Barrett
UTBMT	: Ung thư biểu mô tuyến
VTQ	: Viêm thực quản

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (BTNDD-TQ) là một bệnh lý phổ biến trên thế giới, ảnh hưởng không nhỏ tới chất lượng sống của người bệnh. Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, bao gồm các hội chứng tại thực quản và các hội chứng ngoài thực quản. Bệnh có thể gây ra các biến chứng ở thực quản (viêm, loét, hẹp, dị sản, loạn sản, ung thư). Nơi thường bị tổn thương là đoạn nối thực quản - dạ dày (ĐNTQ-DD). Một số phương pháp thường được lựa chọn để chẩn đoán bệnh: lâm sàng dựa vào các triệu chứng trào ngược điển hình (ợ nóng, ợ trớ), nội soi đánh giá trực tiếp hình ảnh tổn thương, mô bệnh học (MBH) chẩn đoán xác định các tổn thương nghi ngờ của nội soi. Đặc biệt, chụp xạ hình dạ dày - thực quản (CXHDD-TQ) vừa phát hiện trào ngược, vừa định lượng được dịch trào ngược, có thể bổ xung cho những hạn chế của nội soi và cả đo pH thực quản 24 giờ.

BTNDD-TQ đang là vấn đề thời sự của nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam. Để nghiên cứu chẩn đoán bệnh chính xác và có hệ thống hơn, tôi đã kết hợp các phương pháp lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và chụp xạ hình với **mục tiêu**:

*- Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học đoạn nối thực quản - dạ dày và tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* trong bệnh trào ngược dạ dày - thực quản.*

- Đánh giá kết quả phương pháp chụp xạ hình trong chẩn đoán bệnh trào ngược dạ dày - thực quản.

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Ý nghĩa của đề tài:

- Đề tài có tính thời sự vì BTNDD-TQ hiện nay có xu hướng ngày càng tăng ở châu Á, trong đó có Việt Nam. Bệnh đang được sự quan tâm của nhiều quốc gia, nhiều lĩnh vực và nhiều chuyên ngành. Việc

chẩn đoán bệnh chính xác sẽ góp phần điều trị hiệu quả, ngăn ngừa biến chứng xấu, giảm chi phí cho xã hội.

- Nghiên cứu một số phương pháp chẩn đoán BTNDD-TQ. Đặc biệt, CXHDD-TQ là kỹ thuật mới được đưa vào ứng dụng ở Việt Nam. Phương pháp này bước đầu cho kết quả tốt, vừa định tính, vừa định lượng được dịch trào ngược; có thể bổ sung cho những hạn chế của nội soi, thậm chí cả đo pH thực quản 24 giờ.

2. Cấu trúc của luận án

Luận án gồm 127 trang với các phần: Đặt vấn đề (2 trang), tổng quan (35 trang), đối tượng và phương pháp nghiên cứu (19 trang), kết quả nghiên cứu (28 trang), bàn luận (41 trang), kết luận (2 trang). Ngoài ra, luận án còn có các phần: Kiến nghị, 6 công trình NC, 187 tài liệu tham khảo, 34 bảng, 11 biểu đồ, 22 ảnh, 3 hình và các phụ lục.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Đại cương bệnh trào ngược dạ dày - thực quản:

Thuật ngữ “trào ngược dạ dày - thực quản” (TNDD-TQ) dùng để chỉ sự trào ngược một phần chất dịch từ trong dạ dày vào thực quản qua lỗ tâm vị. Bình thường đó là một hiện tượng sinh lý do sự thư giãn thoáng qua của cơ thắt dưới thực quản. Trào ngược trở thành bệnh lý khi nó xảy ra thường xuyên và kéo dài, gây nên các triệu chứng, được gọi là bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (BTNDD-TQ). Các nhà bệnh học đã định nghĩa BTNDD-TQ: *“Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản là tình trạng bệnh lý xảy ra khi có sự tăng trào ngược các chất chứa trong dạ dày lên thực quản, gây nên những triệu chứng khó chịu và (hoặc) những biến chứng”*.

BTNDD-TQ là một bệnh mạn tính, thường tiến triển chậm nhiều năm, tổn thương chủ yếu là viêm thực quản (VTQ).

1.2. *Helicobacter pylori* (HP) và sinh lý bệnh của TNDD-TQ.

Tác động của HP đối với BTNDD-TQ đang là vấn đề gây nhiều tranh cãi. Đa số ý kiến cho rằng vi khuẩn HP có vai trò bảo vệ, ngăn ngừa phát triển các triệu chứng và tổn thương VTQ trong BTNDD-TQ. Một số tác giả lại thấy HP có vai trò thúc đẩy sự trào ngược và làm tăng tỷ lệ các biến chứng. Có ý kiến lại cho rằng, tiệt trừ HP không gây ra TNDD-TQ ở những người lành và cũng không làm bùng phát các triệu chứng ở bệnh nhân bị BTNDD-TQ.

1.3. Triệu chứng lâm sàng BTNDD-TQ

1.3.1. Những triệu chứng tại thực quản

- Hội chứng trào ngược điển hình:
 - + **Ợ nóng:** Cảm giác nóng rát vùng thượng vị dưới mũi ức lan lên giữa ngực (vùng sau xương ức), đôi khi lan dọc lên phía cổ - miệng.
 - + **Ợ trớ:** Cảm nhận có luồng trào ngược dịch dạ dày lên thực quản vào miệng hay hạ hầu, có vị chua hoặc đắng hoặc vị thức ăn.
 - + Đau thượng vị, vướng họng, khó nuốt, nấc từng đợt.
- Hội chứng đau ngực do trào ngược
- Một số triệu chứng khác: buồn nôn - nôn, đầy bụng chập tiêu...
- Các triệu chứng biểu hiện biến chứng: gầy sút, khó nuốt...

1.3.2. Những triệu chứng ngoài thực quản do trào ngược lên cao

- Các triệu chứng về tai mũi họng: rối loạn cảm giác ở họng, khản tiếng, nuốt nghẹn, mũi dị cảm, viêm tai giữa, viêm xoang...
- Các triệu chứng về hô hấp: viêm thanh quản, ho, khó thở...

1.4. Biến chứng của BTNDD-TQ

* *Viêm thực quản trào ngược:* là biến chứng phổ biến nhất của tổn thương bệnh lý tại thực quản ở bệnh nhân bị BTNDD-TQ.

* *Thực quản Barrett (TQB):* Đa số các nhà khoa học đã đưa ra khái niệm: “TQB là tình trạng trong đó một phần bất kỳ của lớp tế

bào biểu mô bình thường của thực quản đoạn xa được thay thế bởi tế bào biểu mô trụ tủy ruột, có thể nhận diện qua nội soi và được xác định bởi mô bệnh học”. Biểu mô này được gọi là dị sản ruột chuyên biệt ở thực quản. Đó là tủy niêm mạc rất đặc biệt mà từ đó sẽ phát triển thành những ổ loạn sản, mầm mống của UTBMT.

* *Xuất huyết thực quản.*

* *Chít hẹp thực quản do trào ngược.*

* *Ung thư biểu mô tuyến thực quản.*

* *Các biến chứng khác ngoài thực quản:* hen, viêm phế quản mạn tính, xơ hóa phổi, viêm họng - thanh quản, viêm xoang ...

1.5. Các phương pháp chẩn đoán BTNDD-TQ

1.5.1. Dựa vào các triệu chứng lâm sàng: Một số công cụ được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán TNDD-TQ: bảng câu hỏi về ảnh hưởng của BTNDD-TQ (GERD Impact Scale - GIS), bảng GERD-Q.

1.5.2. Nội soi thực quản - dạ dày: xác định một số tổn thương:

* *Viêm thực quản:* Một số phương pháp phân loại được sử dụng để đánh giá độ VTQ trào ngược: Phân loại của Savary Miller (1977), chia thành 4 độ (I, II, III, IV). Phân loại của Hetzel (1988), chia thành 5 độ (0, I, II, III, IV). Được sử dụng nhiều nhất là Hệ thống phân loại **Los Angeles (1999)**, chia thành 4 độ (A,B,C,D).

* *Thực quản Barrett:* Trong nội soi có thể nhận diện tổn thương TQB, là những đám niêm mạc màu cam tương đối phẳng, ranh giới rõ, thường gặp ở thực quản đoạn xa và đầu gần ĐNTQ-DD.

* *Xác định dịch trào ngược ở thực quản, dạ dày:* dịch trong hoặc có dịch mật trào ngược.

* *Xác định một số tổn thương khác ở thực quản:* Thoát vị khe, rối loạn sự đóng mở tâm vị, loét, hẹp, ung thư...ở thực quản.

* *Xác định một số tổn thương ở dạ dày, tá tràng*: Viêm niêm mạc, loét, hẹp hoặc rối loạn sự đóng mở môn vị, khối u ...

* *Xác định HP*: bằng Urease-test với mảnh sinh thiết hang vị

1.5.3. Xét nghiệm mô bệnh học: Là **tiêu chuẩn vàng** để đánh giá và phân loại tổn thương: viêm, dị sản, loạn sản, ung thư, nhiễm HP.

* *Viêm niêm mạc*:

- VTQ được chia 4 độ theo Ismail Beigi: độ 0, độ I, độ II, độ III.

- Viêm ĐNTQ-DD dưới đường Z được đánh giá theo phân loại Sydney 1994:

+ Viêm mạn gồm 3 mức độ: nhẹ, vừa, nặng.

+ Viêm hoạt động gồm 3 mức độ: nhẹ, vừa, nặng.

* *Dị sản ruột (DSR)*: Được xác định bởi sự có mặt của các tế bào chén có chân chế tiết dịch. Có nhiều cách phân loại DSR như: DSR ruột non và DSR ruột già, DSR hoàn toàn và DSR không hoàn toàn. Nhưng thường chia làm 3 tít (theo hệ thống Sydney 1994): Tít I, Tít II, Tít III.

* *Loạn sản*: Đa số các nhà GPB chia loạn sản làm 2 độ: độ thấp và độ cao. Một số tác giả chia loạn sản thành 3 độ: nhẹ, vừa, nặng.

* *Nhiễm HP*: phân thành 4 độ: HP(-), HP(+), HP(++), HP(+++).

1.5.4. Chụp xạ hình dạ dày - thực quản

Chụp xạ hình dạ dày - thực quản (CXHDD-TQ) là một kỹ thuật sử dụng chất đánh dấu phóng xạ (dược chất phóng xạ) (Tc-99m) đưa qua đường miệng vào dạ dày, gammacamera sẽ ghi lại và định dạng hình ảnh bởi tia xạ được phát ra từ dược chất phóng xạ. Phương pháp này có ưu điểm vừa phát hiện trào ngược vừa định lượng được dịch trào ngược với độ nhạy từ 75 - 100%, áp dụng để chẩn đoán BTNDD-TQ trong những trường hợp triệu chứng không điển hình, nội soi không thấy tổn thương thực quản.

Bệnh nhân được uống một lượng dung dịch có pha chất đồng vị phóng xạ (Tc-99m) gắn vào chất mang xạ (Sulfur colloid hoặc Phytol), pha với nước cam hoặc HCL 0,1N. Sau đó được ghi hình bằng một gammacamera, sử dụng một đai ép bụng có gắn với một áp lực kế để tạo áp lực trong ổ bụng từ 0 - 20 - 40 - 60 - 80 - 100 mmHg với khoảng cách thời gian từ 5 - 10 phút. Phân vùng quan sát từ thực quản đến dạ dày. Ở người bình thường không thấy TNDD-TQ. Khi có sự trào ngược, hình ảnh hoạt tính phóng xạ (HTPX) có thể quan sát thấy ở thực quản và được gammacamera ghi hình.

Định lượng dịch trào ngược là một việc rất có lợi để xác định mức độ của TNDD-TQ. Tỷ lệ giá trị được tính toán theo công thức:

$$R = \frac{Et - Eb}{Go} \times 100(\%)$$

Trong đó:

R: Chỉ số trào ngược (CSTN). Tính bằng %.

Et: Số đếm HTPX ở thực quản tại mức áp lực t.

Eb: Số đếm HTPX phông (vùng nền phổi).

Go: Số đếm HTPX ở dạ dày ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu.

* Kết quả chẩn đoán TNDD-TQ được đánh giá:

- Bình thường:

+ Chỉ số trào ngược <4% ở tất cả các mức áp lực ổ bụng.

+ Hoạt tính phóng xạ còn ở trong dạ dày, còn rất ít hoặc không còn HTPX trong thực quản.

+ Hoạt tính phóng xạ còn ở trong dạ dày nhưng không có sự trào ngược tại bất kỳ mức áp lực nào.

- Bất thường: Chỉ số trào ngược $\geq 4\%$ tại bất kỳ mức áp lực nào.

1.5.5. Một số phương pháp chẩn đoán khác

- Điều trị thử bằng thuốc chống tiết acid.

- Chụp X-quang dạ dày - thực quản có uống baryt.
- Thử nghiệm bơm truyền acid chlohydric vào trong thực quản.
- Siêu âm thực quản - dạ dày.
- Đo pH thực quản 24 giờ.
- Đo áp lực thực quản.
- Xác định trào ngược dịch mật.
- Đo trở kháng đa kênh nội ống thực quản.

* Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, nội soi và MBH trong BTNDD-TQ. Đặc biệt, có một nghiên cứu đánh giá phương pháp đo pH thực quản 24 giờ nhưng số bệnh nhân còn quá ít. Riêng chụp xạ hình chẩn đoán BTNDD-TQ cũng đã có một số nghiên cứu nhưng chưa có hệ thống.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

255 bệnh nhân trong số các bệnh nhân đến khám nội soi đường tiêu hóa trên tại Bệnh viện. Không phân biệt giới tính, nghề nghiệp.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tuổi đời từ 18 - 80, đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Có một trong các triệu chứng: ợ nóng, ợ trớ. Thời gian xuất hiện những triệu chứng trên 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.
- Không dùng kháng sinh từ 6 tháng trở lại đây.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Đã phẫu thuật ở đường tiêu hóa trên. Các tổn thương thực quản do hóa chất, cơ học. Xơ gan có suy chức năng gan nặng.
- Suy tim, tăng huyết áp độ II - III. Các rối loạn đông máu, chảy máu. Tình trạng sốc, rối loạn tâm thần. Có thai 3 tháng cuối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân được khám lâm sàng, nội soi, xét nghiệm Urease-test. Sinh thiết, xét nghiệm MBH và CXHDD-TQ cho những bệnh nhân đồng ý.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện TWQĐ 108, Viện Y học hàng không, Bệnh viện Bưu điện và trường Đại học Y Hà Nội.

2.2.3. Chỉ tiêu và các bước nghiên cứu

*** Thăm khám lâm sàng:**

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, BMI, tiền sử gia đình, thời gian bị bệnh, các thói quen hàng ngày.

- Triệu chứng lâm sàng: Các triệu chứng TNDD-TQ điển hình. Các triệu chứng tại thực quản và cơ quan tiêu hóa. Các triệu chứng ngoài thực quản liên quan đến trào ngược:

*** Nội soi và sinh thiết:** Tất cả bệnh nhân được nội soi và xét nghiệm Urease-test từ mảnh sinh thiết hang vị. Những trường hợp xét nghiệm MBH, sinh thiết 4 mảnh vùng ĐNTQ-DD (2 trên Z, 2 dưới Z). Nếu đường Z lên cao, cần xác định vị trí đường Z giải phẫu.

- Viêm thực quản: được phân thành 4 độ (đánh giá theo phân loại Los Angeles 1999): độ A, độ B, độ C, độ D.

- Hình ảnh nhận diện TQB tại thực quản: đoạn ngắn, đoạn dài.

- Các tổn thương khác: loét thực quản, xuất huyết thực quản, thoát vị khe, dịch dạ dày: trong hoặc vàng.

*** Xét nghiệm mô bệnh học:** tiêu bản được nhuộm HE và Giemsa.

- Viêm ĐNTQ-DD: trên đường Z, dưới đường Z

- Viêm trên đường Z chia làm 4 độ: độ 0, độ I, độ II, độ III.

- Viêm dưới đường Z phân thành 2 loại: mạn tính và hoạt động

+ Viêm mạn tính, có 3 mức độ: nhẹ, vừa, nặng.

+ Viêm hoạt động, có 3 mức độ: nhẹ, vừa, nặng.

- Dự sản ruột: xác định có hay không mà không phân loại các tốp DSR. DSR trên đường Z được chẩn đoán là TQB.

- Loạn sản: xác định có hay không mà không phân độ,

- Tìm HP: dưới kính hiển vi quang học phóng đại 1000 lần.

*** *Mối liên quan giữa HP và tổn thương ĐNTQ-DD***

*** *Chụp xạ hình dạ dày - thực quản***

- *Dược chất phóng xạ*: Nhân phóng xạ Tc99m, chất mang xạ Phyton, liều lượng 2mCi.

- *Tiến hành kỹ thuật*: Thời gian 130 phút.

Bệnh nhân uống 2mCi Tc99m-Phyton pha trong 150 ml nước vắt 2 quả cam và 1 quả chanh. Thu được mỗi 60 giây hình ảnh trong 10 phút tại mỗi áp lực trong đại bụng: 0, 20, 40, 60, 80 và 100 mmHg. Cho bệnh nhân lưu lại để kiểm tra lượng HTPX còn đọng lại trong thực quản trong 1 giờ. Tính toán dịch trào ngược tại mỗi mức áp lực, sử dụng số đếm HTPX từ mỗi vùng quan tâm. Xác định CSTN cao nhất tại bất cứ áp lực nào để đánh giá kết quả.

- CSTN < 4% tại tất cả các mức áp lực được coi là bình thường.

- CSTN \geq 4% tại bất kỳ mức áp lực nào được coi là TNDD-TQ. -

Phân mức độ trào ngược theo CSTN: < 4, 4 - 10, 11 - 20, > 20.

- Trào ngược tại các mức áp lực: 0, 20, 40, 60, 80, 100mmHg?

- Thời gian lượng HTPX được làm sạch ở thực quản: sau 0 - 15 phút, 16 - 30 phút, 31 - 60 phút, >60 phút.

*** *Một số mối liên quan giữa chỉ số trào ngược và đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, MBH***

2.2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu trên cơ sở phần mềm thống kê SPSS 16.0 với WINDOW XP 2003. Phân tích thống kê bằng phương pháp tính tần suất, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 , tính giá trị p.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

* **Tuổi, phân bố theo nhóm tuổi và giới:** Tuổi trung bình $46,04 \pm 12,06$ (thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 79 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ gần bằng 4/1. Lứa tuổi 40-49 gặp nhiều nhất (29,0%).

* **Thời gian mắc bệnh:** Tỷ lệ cao nhất là thời gian 1 - <3 năm chiếm 32,9%. Những bệnh nhân mắc bệnh trên 5 năm chỉ có 18,0%.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng:

* **Những triệu chứng trào ngược điển hình:**Ợ nóng chiếm tỷ lệ cao (90,2%), ợ trớ chiếm tỷ lệ ít hơn (67,5%), ợ nóng và ợ trớ (57,6%). Cả 2 triệu chứng ợ nóng và ợ trớ có tần suất xuất hiện hàng ngày chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 54,9% và 29,4%.

* **Những triệu chứng tại thực quản và đường tiêu hóa:** Đau thượng vị chiếm tỷ lệ cao nhất (87,8%). Nuốt đau chiếm 9,0%. Các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ đáng kể (37,3 - 43,5%).

3.2. Hình ảnh nội soi, mô bệnh học

3.2.1. Hình ảnh nội soi thực quản và đoạn nối thực quản - dạ dày

* **Đặc điểm tổn thương thực quản, ĐNTQ-DD qua nội soi**

Bảng 3.9. Đặc điểm tổn thương thực quản, ĐNTQ-DD qua nội soi

Tổn thương thực quản (n=255)	n	%
Viêm thực quản	179	70,2
Thực quản Barrett	48	18,8
Loét thực quản	17	6,7
Xuất huyết thực quản	12	4,7
Thoát vị khe	41	16,1

VTQ chiếm 70,2%, ở các trường hợp này đều có viêm ĐNTQ-DD. Nhận diện TBQ 18,8%. Thoát vị khe 16,1%

* **Phân bố độ VTQ theo phân loại Los Angeles 1999:** VTQ độ B chiếm tỷ lệ cao nhất (49,2%), độ D chỉ chiếm 8,4%.

3.2.2. Tỷ lệ nhiễm HP ở hang vị phát hiện bởi Urease-test: chiếm 42,4%, gặp nhiều ở những bệnh nhân viêm hang vị xung huyết.

3.2.3. Hình ảnh mô bệnh học đoạn nối thực quản - dạ dày

* **Hình ảnh mô bệnh học tại đoạn nối thực quản - dạ dày**

Bảng 3.11. Hình ảnh mô bệnh học tại đoạn nối thực quản - dạ dày

MBH tại ĐNTQ-DD (n=214)	n	%
Viêm ĐNTQ-DD	181	84,6
Dị sản ruột	43	20,1
Loạn sản	11	5,1
Ung thư biểu mô tuyến	4	1,9
Helicobacter pylori	26	12,1

Viêm ĐNTQ-DD chiếm tỷ lệ cao (84,6%).

* **Phân bố vị trí tổn thương DSR, loạn sản, ung thư biểu mô tuyến và nhiễm HP tại ĐNTQ-DD**

Bảng 3.12. Phân bố vị trí tổn thương DSR, loạn sản, ung thư biểu mô tuyến và nhiễm HP tại ĐNTQ-DD

MBH ĐNTQ-DD (n=214)	Vị trí tổn thương						p
	Trên Z		Dưới Z		Trên+dưới Z		
	n	%	n	%	n	%	
Viêm ĐNTQ-QD	175	81,8	180	84,1	174	81,3	0,127
Dị sản ruột	25	11,7	29	13,6	11	5,1	0,372
Loạn sản	2	0,9	11	5,1	2	0,9	<0,001
UTBM	4	1,9	4	1,9	4	1,9	
HP (+)	4	1,9	25	11,7	3	1,4	<0,001

Tỷ lệ loạn sản và nhiễm HP ở dưới đường Z cao hơn ở trên đường Z (p < 0,001). Tỷ lệ TQB là 11,7%

3.2.4. Đối chiếu giữa thời gian bị bệnh và độ VTQ nội soi: VTQ độ C, D ở những bệnh nhân bị bệnh từ 3 năm trở lên (41,3%) cao hơn ở những bệnh nhân bị bệnh dưới 3 năm ($p < 0,01$).

3.2.5. Đối chiếu giữa triệu chứng điển hình với độ VTQ nội soi: Tỷ lệ VTQ ở nhóm có ợ nóng (71,7%) cao hơn ở nhóm không ợ nóng (56,0%) ($p < 0,05$). Không có mối liên quan giữa độ VTQ và triệu chứng ợ nóng, ợ trớ.

3.2.6. Đối chiếu một số hình ảnh nội soi và mô bệnh học

* **Trong chẩn đoán VTQ:** So với MBH, nội soi có độ nhạy (75,7%), độ đặc hiệu (60,6%), độ chính xác (73,4%).

* **Trong chẩn đoán TQB:** So với MBH, nội soi có độ nhạy (84,0%), độ đặc hiệu (87,8%), độ chính xác (87,4%).

3.2.7. Mối liên quan giữa HP với các tổn thương thực quản

3.2.7.1. Mối liên quan giữa HP ở hang vị và tổn thương thực quản

* **Liên quan giữa nhiễm HP ở hang vị và độ VTQ nội soi**

Bảng 3.19. Liên quan giữa nhiễm HP ở hang vị và độ VTQ nội soi

Viêm thực quản nội soi (n=255)		HP ở hang vị				Tổng	
		Âm tính		Dương tính			
		n	%	n	%	n	%
Không viêm		34	23,1	42	38,9	76	29,8
Viêm	Độ A	16	10,9	20	18,5	36	14,1
	Độ B	60	40,8	28	25,9	88	34,5
	Độ C	25	17,0	15	13,9	40	15,7
	Độ D	12	8,2	3	2,8	15	5,9
Tổng viêm		113	76,9	66	61,1	179	70,2
Tổng		147	100,0	108	100,0	255	100,0

$$\chi^2 = 15,214; p = 0,004.$$

Có mối liên quan giữa nhiễm HP ở hang vị với tỷ lệ VTQ và độ VTQ nội soi ($p < 0,05$).

*** Liên quan giữa nhiễm HP ở hàng vị và tổn thương MBH:**

Không có mối liên quan giữa nhiễm HP hàng vị và tỷ lệ viêm, DSR, loạn sản ở ĐNTQ-DD.

3.2.7.2. Mối liên quan giữa HP ở ĐNTQ-DD và tổn thương thực quản

*** Liên quan giữa nhiễm HP tại ĐNTQ-DD với viêm ĐNTQ-DD MBH:**

Bảng 3.22. Liên quan giữa nhiễm HP tại ĐNTQ-DD với viêm ĐNTQ-DD MBH

MBH tổn thương ĐNTQ-DD (n=214)		HP ở ĐNTQ-DD		Tổng	p
		Âm tính (n=188)	Dương tính (n=26)		
Viêm ĐNTQ-DD	Không	33 (17,6%)	0 (0%)	33 (15,4%)	0,020
	Có viêm	155(82,4%)	26(100,0%)	181(84,6%)	
Viêm trên Z	Không	38 (20,2%)	1 (3,8%)	39 (18,2%)	0,043
	Có viêm	150(79,8%)	25 (96,2%)	175(81,8%)	
Viêm mạn tính dưới Z	Không	34 (18,1%)	0 (0%)	34 (15,9%)	0,018
	Có viêm	154(81,9%)	26(100,0%)	180(84,1%)	
Viêm hoạt động dưới Z	Không	95 (50,5%)	2 (7,7%)	97 (45,3%)	0,000
	Có viêm	93 (49,5%)	24 (92,3%)	117(54,7%)	

Tỷ lệ viêm ĐNTQ-DD nói chung ở nhóm HP(+) cao hơn ở nhóm HP(-) ($p < 0,05$).

*** Mối liên quan giữa nhiễm HP tại ĐNTQ-DD với DSR, loạn sản tại ĐNTQ-DD:**

Không có mối liên quan về tỷ lệ DSR và loạn sản giữa những người nhiễm và không nhiễm HP ở ĐNTQ-DD ($p > 0,05$).

3.3. Các chỉ số và hình ảnh chụp xạ hình dạ dày - thực quản

3.3.1. Phân bố CSTN

Có 104 bệnh nhân CXHDD-TQ, 30,8% trường hợp có CSTN <4. Trong số 72/104 (69,2%) có CSTN ≥ 4 , phần lớn có CSTN từ 4 - 10 và từ 11- 20 (28,8% và 29,8%), chỉ có 10,6% có CSTN >20.

3.3.2. Mức áp lực gây trào ngược

Trong 72 trường hợp CSTN ≥ 4 , có 37,5% trường hợp trào ngược tự nhiên khi chưa tăng áp lực trong đai thắt.

3.3.3. Thời gian làm sạch lượng HTPX đọng lại tại thực quản

Lượng HTPX được làm sạch có tỷ lệ cao nhất ở phút 31 - 60 (33,3%). Còn 31,9% lượng HTPX chỉ được làm sạch sau 60 phút.

3.3.4. Đối chiếu giữa CSTN và triệu chứng trào ngược điển hình

Bảng 3.26. Mối liên quan giữa CSTN và triệu chứng ợ nóng

CSTN (n=104)	Ợ nóng				Tổng	
	Không		Có			
	N	%	n	%	N	%
< 4	9	28,1	23	71,9	32	100,0
≥ 4	0	0,0	72	100,0	72	100,0
Tổng	9	8,7	95	91,3	104	100,0

$$\chi^2 = 22,168; p = 0,000.$$

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về CSTN giữa những người ợ nóng và không ợ nóng ($p < 0,001$).

3.3.5. Đối chiếu giữa CSTN và độ viêm thực quản nội soi

Tỷ lệ VTQ ở những người có CSTN ≥ 4 (81,9%) cao hơn ở những người có CSTN <4 (46,9%) ($p < 0,001$). Không có sự khác biệt về độ VTQ giữa những người có CSTN ≥ 4 và những người có CSTN <4 ($p > 0,05$).

3.3.6. Liên quan giữa CSTN và áp lực bắt đầu gây trào ngược

Bảng 3.29. Liên quan giữa CSTN và áp lực bắt đầu gây trào ngược

CSTN (n=72)	Áp lực bắt đầu gây trào ngược (mmHg)				Tổng
	0	20	40	≥60	
4-10	7 (23,3%)	3 (10,0%)	5 (16,7%)	15 (50,0%)	30 (100,0%)
11-20	11(35,5%)	14 (45,1%)	3 (9,7%)	3 (9,7%)	31 (100,0%)
>20	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	0 (0%)	11 (100,0%)
Tổng	27 (37,5%)	18 (25,0%)	9 (12,5%)	18 (25,0%)	72 (100,0%)

CSTN càng cao thì áp lực để gây nên trào ngược càng thấp.

3.3.7. Liên quan giữa CSTN và thời gian sạch HTPX ở thực quản

Bảng 3.30. Liên quan giữa CSTN và thời gian sạch lượng HTPX ở thực quản

CSTN (n=72)	Thời gian sạch lượng HTPX ở thực quản				Tổng
	0	20	40	≥60	
4-10	5 (16,7%)	5 (16,7%)	10 (33,3%)	10 (33,3%)	30 (100,0%)
11-20	6 (19,3%)	8 (25,8%)	10 (32,3%)	7 (22,6%)	31 (100,0%)
>20	0 (0%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)	11 (100,0%)
Tổng	11 (15,3%)	14 (19,4%)	24 (33,3%)	23 (32,0%)	72 (100,0%)

Thời gian sạch lượng HTPX ở thực quản ở nhóm có CSTN > 20 lâu hơn nhóm có CSTN 4 - 10.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi, phân bố theo nhóm tuổi và giới: Tuổi trung bình là $46,04 \pm 12,06$, nhóm tuổi từ 40 - 49 chiếm tỷ lệ cao nhất (29,0%), phù hợp với sự phát triển tự nhiên của BTNDD-TQ. Tỷ lệ bệnh nhân là nam giới cao hơn nữ giới, phù hợp với nhiều nghiên cứu đã công bố.

Thời gian mắc bệnh: Những bệnh nhân mắc bệnh trên 5 năm có tỷ lệ thấp (18,0%). Có thể triệu chứng trào ngược khởi phát tương đối sớm trong 5 năm đầu, nhất là sau 1 - <3 năm, sau đó các triệu chứng giảm dần, do bệnh nhân được điều trị có hiệu quả hoặc có thể các triệu chứng giảm một cách tự nhiên do cơ chế tự bảo vệ của cơ thể bằng cách chuyển dạng niêm mạc TQB(?).

4.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng trào ngược điển hình:Ợ nóng gặp ở đa số bệnh nhân (90,2%) và là một trong 2 triệu chứng chính để lựa chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu. Katelaris P. cho rằng, “Triệu chứng ợ nóng thường gặp trên phần lớn bệnh nhân (75%) nên được xem là triệu chứng quan trọng, thậm chí hơn cả nội soi. Nhiều thầy thuốc coi ợ nóng là dấu hiệu chính (như tiêu chuẩn vàng) về lâm sàng của BTNDD-TQ. Ợ trở là triệu chứng không phải chỉ có ở BTNDD-TQ mà còn là biểu hiện của một số bệnh khác.

Triệu chứng tại thực quản và đường tiêu hóa: Đau thượng vị chiếm tỷ lệ cao nhất (87,8%). Có ý kiến cho rằng, “Đau nóng rát khu trú ở thượng vị trên thường là biểu hiện duy nhất của BTNDD-TQ và có giá trị gần như nóng rát sau xương ức”.

4.2. Hình ảnh nội soi và MBH

4.2.1. Hình ảnh nội soi thực quản và ĐNTQ-DD

Viêm thực quản phát hiện qua nội soi : Kết quả của tôi thấy, có 179/255 (70,2%) bệnh nhân có hình ảnh nội soi VTQ, tất cả trong số các bệnh nhân này đều viêm ĐNTQ-DD. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Voutilainen M. và cs cho thấy, tỷ lệ VTQ trong BTNDD-TQ là 75%.

Trong các độ VTQ thì VTQ độ B chiếm tỷ lệ cao nhất (49,2%), độ D là ít gặp hơn (8,4%). Kết quả của tôi phù hợp với kết quả của

Dương M Thắng, Katelaris P. và Mai H Bàng, chủ yếu VTQ độ B, có lẽ do VTQ trong BTNDD-TQ là mạn tính và ít tiến triển, nên tổn thương có xu hướng vượt nhanh qua độ A và dừng lại ở độ B.

Thực quản Barrett nhận diện qua nội soi: Tổn thương nhận diện TQB qua nội soi chiếm 18,8%, trong đó chủ yếu là TQB đoạn ngắn (16,9%), Kết quả này phù hợp với báo cáo của nhiều tác giả ngoài nước cho thấy, TQB ở những bệnh nhân có BTNDD-TQ ở người Việt Nam cũng có tỷ lệ và hình thái tương đương với người phương tây.

4.2.2. Tỷ lệ nhiễm HP hang vị dạ dày:

Hang vị là nơi đã được xác định có tỷ lệ gặp HP cao nhất ở dạ dày. Tỷ lệ HP(+) trong nghiên cứu chiếm 42,4%, tỷ lệ này tương đương với công bố của một số tác giả. Nhiễm HP trong BTNDD-TQ hầu hết có tỷ lệ thấp hơn ở các bệnh nhân khác và điều này là một minh chứng cho vai trò bảo vệ của HP trong BTNDD-TQ.

4.2.3. Hình ảnh mô bệnh học ĐNTQ-DD

Hình thái viêm ĐNTQ-DD: Tổn thương viêm ĐNTQ-DD trên MBH trong nghiên cứu là 84,6%, hầu hết là viêm cả trên và dưới đường Z. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước: Tạ Long và cộng sự, Bowrey D.J. và cs, Oberg S. thấy tỷ lệ viêm ĐNTQ-DD trên MBH trong BTNDD-TQ (79 - 96%).

Dị sản, loạn sản và ung thư tại ĐNTQ-DD: Tỷ lệ DSR là 20,1%. Tổn thương DSR gặp ở trên đường Z (thực quản Barrett) (11,7%). Tỷ lệ này phù hợp với kết quả của một số tác giả đã công bố (18-23% DSR) và (9,1-13% TQB). Các bệnh nhân có DSR phần lớn trước đây có thời kỳ biểu hiện triệu chứng của BTNDD-TQ nặng, nhưng nay các triệu chứng trở nên nhẹ hơn.

Nhiễm HP lại ĐNTQ-DD: Chiếm tỷ lệ 12,1%, tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ nhiễm HP tại ĐNTQ-DD của **Lembo T.** và cs (13%) khi cùng nghiên cứu trên các bệnh nhân bị BTNDD-TQ. HP thường gặp ở dưới đường Z. Tuy HP hiện diện trên đường Z (1,9%), nhưng không thấy chúng ở biểu mô vảy mà chỉ thấy ở biểu mô trụ dị sản.

4.2.4. Đối chiếu giữa thời gian bị bệnh và độ VTQ nội soi

Nghiên cứu của tôi thấy rằng mức độ VTQ tăng lên theo thời gian bị bệnh ($p < 0,01$). Một số nghiên cứu cho thấy VTQ trong BTNDD-TQ thường nặng lên theo thời gian, đồng nghĩa với sự tăng dần tỷ lệ các biến chứng.

4.2.5. Đối chiếu giữa triệu chứng điển hình với độ VTQ nội soi

Tỷ lệ VTQ nói chung ở nhóm ợ nóng (71,7%) cao hơn so với nhóm không ợ nóng (56,0%). Điều này cho thấy, triệu chứng ợ nóng có thể là một dấu hiệu của tổn thương thực quản trong BTNDD-TQ, là triệu chứng có giá trị trong chẩn đoán BTNDD-TQ. Tuy nhiên, chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa các độ VTQ ở những người có hoặc không có ợ nóng và cả có hoặc không có ợ trở ($p > 0,05$).

4.2.6. Đối chiếu một số hình ảnh nội soi và mô bệnh học

Đối chiếu hình ảnh nội soi và mô bệnh học trong chẩn đoán VTQ: Nghiên cứu của tôi thấy, nội soi xác định VTQ có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 75,7% và 60,6%, độ chính xác là 72,4%. **Galmiche** và cs cho thấy nội soi xác định VTQ có độ nhạy 79%, độ đặc hiệu 94% Kết quả này tương tự với kết quả của tôi về độ nhạy, nhưng độ đặc hiệu cao hơn. Có thể, ở phương tây tỷ lệ nhiễm HP thấp, do đó tình trạng viêm thâm nhiễm bạch cầu ít hơn.

Đối chiếu giữa hình ảnh nội soi và mô bệnh học trong chẩn đoán TQB: Nội soi là phương pháp duy nhất để phát hiện nghi ngờ TQB. Kết quả của tôi cho thấy, nội soi chẩn đoán TQB có độ nhạy

84,0%, độ đặc hiệu 87,8% và độ chính xác 87,4%. Kết quả này phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu đã báo cáo. Tuy nhiên, các kết quả còn phụ thuộc phần nào vào kinh nghiệm của người soi.

4.2.7. Mối liên quan giữa HP với các tổn thương thực quản

Mối liên quan giữa nhiễm HP ở hang vị và độ VTQ nội soi: Tỷ lệ VTQ ở nhóm HP(-) cao hơn ở nhóm HP(+) ($p < 0,05$). Tỷ lệ VTQ độ B, C, D ở nhóm có HP(-) đều cao hơn ở nhóm có HP(+) ($p < 0,01$). Kết quả của tôi phù hợp với công bố của Koike T. và một số tác giả khác. Như vậy, liệu HP ở hang vị có vai trò gì đó trong việc bảo vệ niêm mạc thực quản trước các yếu tố tấn công mạnh có trong dịch trào ngược?

Mối liên quan giữa nhiễm HP ở ĐNTQ-DD với viêm ĐNTQ-DD MBH: Tỷ lệ viêm ĐNTQ-DD ở nhóm có HP(+) cao hơn tỷ lệ viêm ĐNTQ-DD ở nhóm có HP(-) ($p < 0,05$), tuy nhiên tác động rõ nét nhất là tình trạng viêm hoạt động dưới đường Z. Điều này cho thấy HP ở ĐNTQ-DD có thể đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh của VTQ ở bệnh nhân có TNDD-TQ.

Mối liên quan giữa nhiễm HP tại ĐNTQ-DD với DSR, loạn sản tại ĐNTQ-DD: Chưa có bằng chứng về sự khác nhau của tỷ lệ DSR, loạn sản giữa những bệnh nhân có HP(-) và những bệnh nhân có HP(+). Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Chang C.Y. và cs, nhiễm HP trong DSR là 22,2%, trong khi đó tỷ lệ nhiễm HP nói chung là 29,3%. Öberg S. và cs cũng cho rằng không có sự khác nhau về tỷ lệ nhiễm HP giữa những người có và không có DSR tại ĐNTQ-DD. Một số tác giả lại đưa ra những ý kiến ngược lại là có mối liên quan giữa nhiễm HP và DSR tại ĐNTQ-DD, tuy nhiên chưa đủ tính thuyết phục. Vì vậy, tôi đồng ý HP không có vai trò trong sự phát sinh, phát triển DSR và loạn sản ở bệnh nhân bị BTNDD-TQ.

4.3. Các chỉ số và hình ảnh chụp xạ hình dạ dày - thực quản

4.3.1. Chỉ số trào ngược

Trong số 69,2% có CSTN từ 4 trở lên, đa số bệnh nhân trào ngược có CSTN ≤ 20 , nghĩa là trào ngược chủ yếu ở mức độ nhẹ hoặc vừa. Ở những bệnh nhân có CSTN > 20 , thường gặp ở người cao tuổi, những người có bệnh dạ dày nặng. Có lẽ, ở những bệnh nhân này có sự suy giảm hàng rào chống trào ngược.

4.3.2. Mức áp lực bắt đầu gây trào ngược

Có 37,5% trường hợp trào ngược tự nhiên khi chưa tăng áp lực trong đai thắt. Những trường hợp này có thể được chẩn đoán chắc chắn TNDD-TQ không cần phải bàn cãi, bệnh nhân có thể bị các cơn trào ngược vào bất cứ thời điểm nào trong ngày, có thể đó là những trường hợp bị suy yếu trương lực CTDTQ nặng.

4.3.3. Thời gian làm sạch lượng HTPX đọng lại tại thực quản

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian HTPX đọng lại ở thực quản ở những bệnh nhân bị BTNDD-TQ khá lâu, nghĩa là thực quản chịu sự tiếp xúc với acid, pepsin và dịch mật trong khoảng thời gian tương đối dài, tổn thương niêm mạc là tất yếu sẽ xảy ra. Tuy nhiên, trong thực tế còn có nhiều tác động khác có thể làm thay đổi thời gian làm sạch dịch trào ngược, vì vậy kết quả này chỉ tương đối.

4.3.4. Đối chiếu giữa CSTN với triệu chứng trào ngược điển hình

Tất cả những trường hợp CSTN ≥ 4 đều có ợ nóng. Các trường hợp không ợ nóng đều có CSTN < 4 . Như vậy, độ đặc hiệu của chụp xạ hình đối với triệu chứng ợ nóng là rất cao và có sự khác nhau có ý nghĩa giữa CSTN ở những người ợ nóng và không ợ nóng ($p < 0,01$). Khi nghiên cứu liên quan giữa CSTN với tần số ợ nóng, thấy CSTN tăng khi tần số ợ nóng tăng. Ợ trớ gặp tỷ lệ khá cao ở bệnh nhân có CSTN ≥ 4 , tuy nhiên độ nhạy không bằng triệu chứng ợ nóng.

4.3.5. Đối chiếu giữa CSTN và độ VTQ nội soi

Những bệnh nhân có CSTN ≥ 4 có tỷ lệ VTQ cao hơn so với những bệnh nhân có CSTN < 4 ($p < 0,001$). Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa CSTN và độ VTQ nội soi, có những bệnh nhân có CSTN ≥ 4 và ợ nóng hàng ngày song chỉ VTQ độ A, ngược lại có những bệnh nhân ợ nóng hàng tháng và CSTN < 4 lại có VTQ độ B-C. Do vậy, sự kết hợp lâm sàng, nội soi và xạ hình sẽ được gắn kết chặt chẽ và bổ sung cho nhau để chẩn đoán toàn diện BTNDD-TQ.

4.3.6. Liên quan giữa CSTN và áp lực bắt đầu gây trào ngược

Ở nhóm có CSTN > 20 có 81,8% trào ngược khi chưa tăng áp lực, không có trường hợp nào trào ngược ở mức áp lực ≥ 60 mmHg. Kết quả này cho thấy, những bệnh nhân có CSTN càng cao thì áp lực để gây nên trào ngược càng thấp và ngược lại. Nghĩa là, ở những bệnh nhân có CSTN cao dễ xảy ra trào ngược, nhất là sau khi ăn, khi nằm ngủ và khi tăng hoạt động thể lực.

4.3.7. Liên quan giữa CSTN và thời gian sạch lượng HTPX ở thực quản

Những bệnh nhân có CSTN > 20 có tỷ lệ thời gian đọng HTPX kéo dài cao hơn ở những bệnh nhân có CSTN từ 4 - 20, hay nói một cách khác là CSTN càng cao thì thời gian đọng HTPX càng kéo dài. Có thể nói rằng, dịch trào ngược dễ lên thực quản qua cơ thắt dưới thực quản bao nhiêu thì chúng lại tồn tại trong thực quản lâu bấy nhiêu. Có lẽ, ở những bệnh nhân này có thời gian làm rộng dạ dày kéo dài, hoặc rối loạn nhu động thanh thải của thực quản, hoặc dịch trào ngược có thể lên xuống dễ dàng làm cho một lượng dịch trào ngược tồn tại rất lâu ở thực quản. Khi thời gian đọng dịch trào ngược kéo dài sẽ làm tăng thời gian tiếp xúc của niêm mạc thực quản với acid, pepsin và dịch mật gây tổn thương niêm mạc.

KẾT LUẬN

5.1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học đoạn nối thực quản - dạ dày và tỷ lệ nhiễm HP trong bệnh trào ngược dạ dày - thực quản

5.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình là $46,04 \pm 12,06$, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ gần 4 lần.

Triệu chứng hay gặp: ợ nóng (90,2%), đau thượng vị (87,8%), ợ trớ (67,5%), đau ngực không do tim (37,3%).

5.1.2. Hình ảnh nội soi thực quản và đoạn nối thực quản - dạ dày

Viêm thực quản chiếm tỷ lệ 70,2%, cao nhất là viêm thực quản độ B (49,2%). Các trường hợp viêm thực quản đều có viêm ĐNTQ-DD.

Tổn thương nhận diện thực quản Barrett chiếm tỷ lệ 18,8%, thực quản Barrett đoạn ngắn (16,8%), thực quản Barrett đoạn dài (2,0%).

Các tổn thương khác chiếm tỷ lệ thấp: thoát vị khe (16,1%), loét (6,7%), xuất huyết (4,7%).

5.1.3. Hình ảnh mô bệnh học đoạn nối thực quản - dạ dày

Viêm ĐNTQ-DD chiếm tỷ lệ 84,6%. Viêm trên đường Z (81,8%), chủ yếu là độ 0 và độ I. Viêm dưới đường Z (84,1%), trong đó viêm mạn tính (84,1%), viêm hoạt động (54,7%).

Dị sản ruột chiếm tỷ lệ 20,1%, gặp ở trên đường Z (11,7%) ít hơn ở dưới đường Z (13,6%). Tỷ lệ thực quản Barrett là 11,7%

Loạn sản chiếm tỷ lệ 5,1%, gặp ở trên đường Z (0,9%) ít hơn ở dưới đường Z (5,1%). UTBMT chiếm tỷ lệ thấp (1,9%).

5.1.4. Một số mối liên quan giữa lâm sàng, nội soi và mô bệnh học

Tỷ lệ viêm thực quản độ C-D gặp ở những bệnh nhân bị bệnh từ 3 năm trở lên (41,3%) cao hơn ở những bệnh nhân bị bệnh dưới 3 năm (23,1%).

Tỷ lệ viêm thực quản ở nhóm ợ nóng (71,7%) cao hơn ở nhóm không ợ nóng (56,0%).

Độ nhạy và độ đặc hiệu của nội soi chẩn đoán viêm thực quản là 75,7% và 60,6%, chẩn đoán thực quản Barrett là 84,0% và 87,8%.

5.1.5. Tình trạng nhiễm HP

Nhiễm HP ở hàng vị chiếm tỷ lệ 42,4%. Tỷ lệ viêm thực quản ở những bệnh nhân có HP(+) (61,1%) thấp hơn ở những bệnh nhân có HP(-) (76,9%).

Nhiễm HP tại ĐNTQ-DD chiếm tỷ lệ 12,1%, gặp ở trên đường Z (1,9%) ít hơn dưới đường Z (11,7%). Tất cả những trường hợp HP(+) đều có viêm ĐNTQ-DD. Không thấy mối liên quan giữa nhiễm HP với dị sản ruột và loạn sản ở ĐNTQ-DD.

5.2. Kết quả phương pháp chụp xạ hình trong chẩn đoán trào ngược dạ dày - thực quản

CSTN ≥ 4 chiếm 69,2%, phần lớn là CSTN từ 11 - 20 (58,6%).

CSTN càng cao thì mức áp lực bất đầu gây trào ngược càng thấp.

CSTN càng cao thì thời gian làm sạch lượng hoạt tính phóng xạ đọng lại ở thực quản càng kéo dài.

Các bệnh nhân có CSTN ≥ 4 đều có ợ nóng. Những bệnh nhân không ợ nóng đều có CSTN < 4 . Tần số ợ nóng càng nhiều thì CSTN càng cao.

Tỷ lệ viêm thực quản ở những bệnh nhân có CSTN ≥ 4 (81,9%) cao hơn ở những bệnh nhân có CSTN < 4 (46,9%).

Độ viêm thực quản không liên quan với CSTN.

NHỮNG CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Nguyễn Cảnh Bình**, Nguyễn Văn Thịnh, Trần Văn Hợp, Mai Hồng Bằng (2008), “Nghiên cứu tổn thương bệnh lý tại đoạn nối thực quản - dạ dày trong bệnh trào ngược dạ dày - thực quản qua hình ảnh nội soi bằng ánh sáng trắng, ánh sáng giải hẹp và mô bệnh học”. *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, 3(9), tr. 530-535.
2. **Nguyễn Cảnh Bình**, Mai Hồng Bằng, Lê Ngọc Hà và cs (2008), “Nghiên cứu phương pháp nội soi, chụp xạ hình trào ngược dạ dày - thực quản ở bệnh nhân có hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản”, *Hội nghị KH tiêu hóa đông nam Á lần thứ 7 kết hợp hội nghị KH tiêu hóa Việt Nam lần thứ 14*, Tóm tắt báo cáo, 3 (13), tr. 832-833.
3. **Nguyễn Cảnh Bình**, Mai Hồng Bằng, Trần Văn Hợp, Trịnh Tuấn Dũng, Nguyễn Thị Thanh Thủy, Nguyễn Văn Thịnh, Nguyễn Quang Chung (2009), “Đị sản ruột và Helicobacter Pylori tại đoạn nối thực quản - dạ dày trong hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản”, *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, 4(17), tr.1120-1125.
4. **Nguyễn Cảnh Bình**, Mai Hồng Bằng (2010), “Helicobacter pylori và tổn thương đoạn nối thực quản - dạ dày trong bệnh trào ngược dạ dày - thực quản”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, 5(2), tr. 38-43.
5. **Nguyễn Cảnh Bình**, Mai Hồng Bằng (2010), “Giá trị phương pháp chụp xạ hình trong chẩn đoán bệnh trào ngược dạ dày - thực quản”, *Tạp chí Y học thực hành*, 5(715), tr. 75-78.
6. **Nguyễn Cảnh Bình**, Mai Hồng Bằng (2010), “Viêm thực quản và Helicobacter pylori ở hàng vị trong bệnh trào ngược dạ dày - thực quản”, *Tạp chí Y học thực hành*, 5(717), tr. 64-67.

