

V. KẾT LUẬN

Dạng đục thể thủy tinh chín trắng gây giảm thị lực nhanh và đáng kể ở các độ tuổi khác nhau. Ngoài ra, dạng đục này có độ sâu tiền phòng nông hơn bình thường. Đây là dạng đục thể thủy tinh khó, đi kèm nhiều nguy cơ biến chứng nguy hiểm trong phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsai LM, Afshari NA, Brasington CR, et al. 2022-2023 Basic and Clinical Science Course, Section 11: Lens and Cataract.; 2022.
2. Salah Eldin Abdalkader K, Salem Aldhabaa NH, Albialy HA. Corneal Endothelial Cell Changes after Phacoemulsification with and without Trypan Blue Anterior Capsule Staining. Egypt J Hosp Med. 2023;90:Page. Accessed October 3, 2024. <https://ejhm.journals.ekb.eg/>
3. Ermiş SS, Öztürk F, Inan ÜÜ. Comparing the efficacy and safety of phacoemulsification in white mature and other types of senile cataracts. Br J Ophthalmol. 2003;87(11):1356. doi:10.1136/BJO.87.11.1356
4. Gul A, Ahmed S, Ali S, Raza A. Phacoemulsification in Senile White Mature Cataracts. Original Article Pak J Ophthalmol. 35(4). doi:10.36351/pjo.v35i4.881
5. Foster PJ, Alsbirk PH, Baasanhu J, Munkhbayar D, Uranchimeg D, Johnson GJ. Anterior Chamber Depth in Mongolians: Variation With Age, Sex, and Method of Measurement. Am J Ophthalmol. 1997;124(1):53-60. doi:10.1016/S0002-9394(14)71644-7
6. Ucar F, Kadioğlu E, Seyrek L. The effects of trypan blue use on the corneal endothelium during cataract surgery in patients with pseudoexfoliation syndrome (PEX). Cutan Ocul Toxicol. 2021;40(4):332-337. doi:10.1080/15569527.2021.1958224
7. McCarey BE, Edelhauser HF, Lynn MJ. Review of corneal endothelial specular microscopy for FDA clinical trials of refractive procedures, surgical devices, and new intraocular drugs and solutions. Cornea. 2008;27(1):1-16. doi:10.1097/ICO.0B013E31815892DA
8. Abdelmotaal H, Abdelazeem K, Hussein MS, Omar AF, Ibrahim W. Safety of Trypan Blue Capsule Staining to Corneal Endothelium in Patients with Diabetic Retinopathy. J Ophthalmol. 2019;2019. doi:10.1155/2019/4018739

ĐẶC ĐIỂM THOÁT VỊ HOÀNH TRÊN BỆNH NHÂN CÓ BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Bùi Hoàng Nghĩa¹, Thái Doãn Kỳ²,
Trần Ngọc Ánh³, Dương Thị Tuyết²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và một số yếu tố nguy cơ thoát vị hoành ở bệnh nhân có bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến hành ở bệnh nhân GERD có và không có thoát vị hoành tại khoa Điều trị bệnh ống tiêu hóa Bệnh viện Trung ương quân đội 108 và khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đại học Y Hà Nội, từ tháng 09/2023 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** 175 bệnh nhân GERD thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Tỷ lệ thoát vị hoành ở bệnh nhân GERD là 22.3%, và đều là thoát vị type I (thoát vị trượt). Các triệu chứng lâm sàng của GERD có thoát vị hoành hay gặp là ợ chua và nóng rát sau xương ức (74.4%), vướng nghẹn ở cổ (35.9%), đau thượng vị (33.3%) và ho khan kéo dài (20.5%). Điểm GerdQ trung bình ở các bệnh nhân có thoát vị là 10.3 ± 1.82 . 92.3% bệnh nhân thoát vị hoành có viêm thực quản trên nội soi. Phân tích hồi qui đa biến cho thấy

tuổi, điểm GerdQ và thời gian mắc bệnh là các yếu tố nguy cơ của thoát vị hoành ở bệnh nhân GERD. **Kết luận:** Tỷ lệ thoát vị hoành ở bệnh nhân GERD là 22.3%; tuổi, điểm GerdQ và thời gian mắc bệnh có mối liên quan đến thoát vị hoành ở bệnh nhân GERD trong nghiên cứu của chúng tôi.

Từ khóa: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, GERD, điểm GerdQ, thoát vị hoành.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HIATAL HERNIA IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Objective: To describe characteristics, endoscopic images, and determine some risk factors of hiatal hernia in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). **Subjects and Methods:** A descriptive study was conducted on GERD patients with and without hiatal hernia at the Department of Gastroenterology, 108 Central Military Hospital, and the General Internal Medicine Department, Hanoi Medical University Hospital, from September 2023 to October 2024. **Results:** 175 patients met the selection criteria. The rate of hiatal hernia in GERD patients was 22.3%, all of them are type I (sliding). The common symptoms were regurgitation and heartburn (74.4%), sensation of a lump in the throat (35.9%), epigastric pain (33.3%), and persistent dry cough (20.5%). The mean GerdQ score in patients

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hoàng Nghĩa

Email: nghiawarm93@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

with a hernia was 10.3 ± 1.82 . 92.3% of patients with hiatal hernia had esophagitis on endoscopy. Multivariate regression analysis showed that age, GerdQ score, and disease duration are risk factors for hiatal hernia in GERD patients. **Conclusion:** The rate of hiatal hernia in GERD patients is 22.3%; age, GerdQ score, and disease duration are associated with hiatal hernia in GERD patients in our study.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, GERD, GerdQ score, hiatal hernia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hoành là hiện tượng các tạng trong ổ bụng nơi có áp lực cao di chuyển lên khoang ngực nơi có áp lực thấp. Hầu hết các thoát vị hoành là mắc phải và thường xảy ra ở người lớn tuổi. Đa phần thoát vị hoành không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng [1].

Thoát vị hoành đã được chứng minh là một yếu tố nguy cơ đối với GERD vì nó làm suy yếu vùng nối thực quản-dạ dày, dẫn đến: giảm áp lực cơ thắt thực quản dưới; tăng tần suất giãn cơ thắt thực quản dưới thoáng qua; và giảm khả năng làm sạch thực quản [2].

Các nghiên cứu về mối quan hệ giữa thoát vị hoành và GERD với viêm thực quản do GERD cho thấy tổn thương thoát vị hoành và viêm thực quản thường được phát hiện đồng thời trong quá trình nội soi tiêu hóa thoát vị hoành và viêm thực quản phổ biến hơn ở những bệnh nhân có triệu chứng của GERD, mức độ viêm thực quản ở người có thoát vị hoành thường nặng nề hơn so với người không có thoát vị hoành.

Nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi ở bệnh nhân GERD có thoát vị hoành. Xác định một số yếu tố nguy cơ của thoát vị hoành trên bệnh nhân GERD.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi từ 18 trở lên.
- Bệnh nhân có các triệu chứng điển hình của GERD:Ợ chua, ợ nóng, có luồng hơi đi ngược lên xương ức. Có kèm theo hay không biểu hiện ngoài thực quản của GERD.

- Điểm GerdQ ≥ 8 .

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tổn thương trào ngược dạ dày thực quản do nguyên nhân tắc nghẽn (hẹp môn vị, tắc ruột, u dạ dày...)
- U thực quản, loét thực quản đoạn cao, hẹp thực quản, giãn tĩnh mạch thực quản, nấm thực quản.

- Ung thư dạ dày, xuất huyết tiêu hóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Nghiên cứu được

tiến hành tại khoa Điều trị bệnh ống tiêu hóa Bệnh viện Trung ương quân đội 108 và khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đại học Y Hà Nội, từ tháng 09/2023 đến tháng 10/2024

Chọn mẫu thuận tiện. Các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích về nội dung nghiên cứu và mời tham gia nghiên cứu. Đánh giá kết quả:

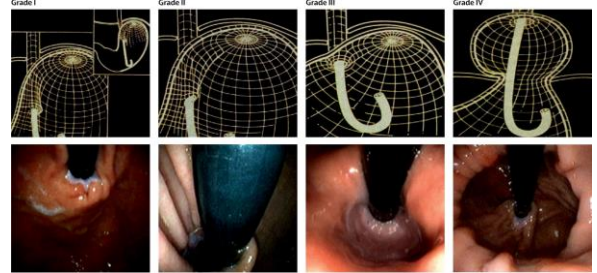
Bảng 1. Bảng điểm GerdQ

Số ngày có triệu chứng trong 1 tuần		0	1	2-3	4-7
		Điểm GerdQ			
1	Cảm giác nóng rát sau xương ức (ợ nóng)	0	1	2	3
2	Ợ chua (trở thức ăn)	0	1	2	3
3	Đau vùng thượng vị	3	2	1	0
4	Buồn nôn	3	2	1	0
5	Khó ngủ về đêm do ợ nóng/trở	0	1	2	3
6	Cần sử dụng thêm thuốc để kiểm soát triệu chứng	0	1	2	3

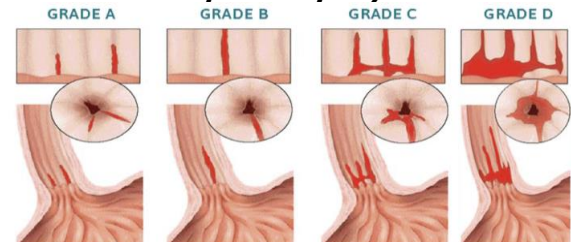
Thoát vị hoành: thoát vị hoành được chẩn đoán trên nội soi thực quản dạ dày, khi:

- Thấy hình ảnh thoát vị trên nội soi: Nhìn thẳng: khoảng cách giữa vùng nối thực quản-dạ dày và rãnh cơ hoành lớn hơn 2 cm (Kahrilas) [3] [4]. Soi ngược thấy hình ảnh (Theo Berthold Block): Tâm vị không đóng kín xung quanh ống nội soi; Giãn hình chuông qua tâm vị; Các nếp niêm mạc tỏa ra vào vùng thoát vị; Thoát vị di chuyển lên trên khi hít vào [5].

- Phân loại Hill độ IV: không còn nếp gấp van thực quản – dạ dày, vùng nối dạ dày thực quản mở và có thể thấy được biểu mô thực quản ở tư thế quặt ngược ống soi ở dạ dày [6].



Hình 1. Phân độ Hill đánh giá van vật thực quản – dạ dày



Hình 2. Phân độ viêm thực quản theo Los Angeles

Độ A	Một hoặc nhiều vết loét ở niêm mạc nhưng không dài hơn 5 mm, không có vết trượt nào lan rộng hơn đỉnh của các nếp xếp niêm mạc.
Độ B	Một hoặc nhiều vết loét niêm mạc dài hơn 5 mm, không có vết trượt nào lan rộng hơn đỉnh của 2 nếp xếp niêm mạc.
Độ C	Vết trượt niêm mạc lan rộng hơn đỉnh của 2 hoặc nhiều nếp xếp niêm mạc, nhưng chỉ khu trú dưới 75 % chu vi niêm mạc thực quản.
Độ D	Vết trượt niêm mạc lan rộng ít nhất 75% của chu vi niêm mạc thực quản.

- **Barrett's thực quản:** Hình ảnh nội soi quan trọng nhất là đường ranh giới biểu mô trụ-

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Có thoát vị (n=39)	Không thoát vị (n=136)	Chung (n=175)	p
Tuổi (X±SD)		58.6 ± 13.9	48.2 ± 11.9	50.6 ± 13.1	<0.05
Giới (n, %)	Nam	25 (25.3)	74 (74.7)	99 (56.6)	>0.05
	Nữ	14 (18.4)	62 (81.6)	76 (43.3)	
Thời gian (n, %)	Dưới 1 năm	7 (6.5)	100 (93.5)	107 (61.1)	<0.05
	Từ 1 – 2 năm	29 (44.6)	36 (55.4)	65 (37.1)	
	≥ 2 năm	3 (100)	0 (0)	3 (1.7)	

Tuổi trung bình của các bệnh nhân có thoát vị hoành cao hơn so với các bệnh nhân không thoát vị ($p < 0.05$). Thời gian mắc GERD có liên quan đến tăng tỷ lệ thoát vị hoành. Không có sự khác biệt về giới giữa hai nhóm bệnh nhân.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, nội soi của thoát vị hoành trên bệnh nhân GERD.

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân thoát vị hoành

Đặc điểm (n, %)		Có thoát vị (n=39)	Không thoát vị (n=136)	Chung (n=175)	p
Diễn hình	Ợ chua	9 (23.1)	51 (37.5)	60 (34.3)	>0.05
	Nóng rát sau xương ức	1 (2.6)	16 (11.8)	17 (9.7)	>0.05
	Ợ chua và nóng rát sau xương ức	29 (74.4)	69 (50.7)	98 (56.0)	<0.05
Không diễn hình	Buồn nôn, nôn	4 (10.3)	9 (6.6)	13 (7.4)	>0.05
	Đau tức vùng thượng vị	13 (33.3)	49 (36.0)	62 (35.4)	>0.05
	Ho khan kéo dài	8 (20.5)	24 (17.6)	32 (18.3)	>0.05
	Khàn giọng	2 (5.1)	9 (6.6)	11 (6.3)	>0.05
	Cảm giác vướng, nghẹn ở cổ	14 (35.9)	46 (33.8)	60 (34.3)	>0.05
Điểm GerdQ	Từ 8 – 10 điểm	21 (53.8)	122 (89.7)	143 (81.7)	<0.05
	≥ 11 điểm	18 (46.2)	14 (10.3)	32 (18.3)	<0.05
	(X±SD)	10.3 ± 1.82	9.0 ± 1.22	9.3 ± 1.47	<0.05

Các triệu chứng cơ năng ít có sự khác biệt giữa bệnh nhân có và không có thoát vị hoành. Điểm GerdQ của bệnh nhân có thoát vị hoành cao hơn so với bệnh nhân không có thoát vị hoành ($p < 0.05$).

Bảng 4. Phân độ viêm thực quản và Barrett thực quản trên nội soi

Đặc điểm	Có thoát vị (n=39)	Không thoát vị (n=136)	Chung (n=175)	p
Không viêm	3 (7.7)	53 (39.0)	56 (32.0)	<0.05
Độ A	19 (48.7)	80 (58.8)	99 (56.6)	
Độ B	17 (43.6)	3 (2.2)	20 (11.4)	
Barrett's	3 (7.7)	0 (0)	3 (1.7)	<0.05

Tỷ lệ bệnh nhân thoát vị hoành có viêm thực quản là 92.3%, cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không có thoát vị hoành. Barrett thực quản gặp ở 7.7% bệnh nhân có thoát vị hoành, với các bệnh nhân không có thoát vị, không có trường hợp nào có Barrett thực quản trên nội soi.

3.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến thoát

vày (màu hồng cá hồi đặc trưng) lên cao so với chỗ nối thực quản dạ dày (đường Z).

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu tuyển được 175 bệnh nhân GERD, trong đó có 39 bệnh nhân có thoát vị hoành trên nội soi (22.3%).

vị hoành trên bệnh nhân GERD. Chúng tôi đã đưa các biến về đặc điểm lâm sàng có ảnh hưởng tới thoát vị hoành trong phân tích đơn biến (tuổi, ợ chua và nóng rát sau xương ức, điểm GerdQ và thời gian mắc bệnh) vào mô hình hồi qui đa biến, kết quả thu được như sau:

Bảng 5. Mô hình hồi qui đa biến

Biến độc lập	Hệ số	OR	95% CI
Mỗi 10 tuổi	0.568	1.76	1.19 – 2.63
Ợ chua và nóng rất sau xương ức	0.581	1.79	0.65 – 4.89
Điểm GerdQ ≥ 11	1.473	4.36	1.57 – 12.15
Thời gian mắc bệnh trên 1 năm	2.062	7.86	2.97 – 20.76
Hằng số	-6.21		

Qua phân tích hồi qui đa biến, thoát vị hoành có mối liên quan với tuổi, điểm GerdQ ≥ 11 và thời gian mắc bệnh. Phương trình dự đoán khả năng thoát vị:

$$P_i = 1 + e^{-6.21 + 0.568 \cdot \frac{\text{tuổi}}{10} + 1.473 \cdot \text{GERDQ} \geq 11 + 2.062 \cdot \text{Thời gian mắc bệnh}}$$

Trong đó: - P_i : xác suất xảy ra thoát vị hoành

- Tuổi: tuổi tính theo năm

- GerdQ ≥ 11 : nhận giá trị 1 khi điểm GerdQ từ 11 trở lên, 0 khi dưới 11.

- Thời gian mắc bệnh: nhận giá trị 1 mắc bệnh ≥ 1 năm, nhận giá trị 0 khi mắc bệnh < 1 năm.

Khả năng dự đoán đúng của mô hình là 86.8%.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) được thừa nhận là một bệnh do đa yếu tố và một số cơ chế dẫn đến trào ngược đã được mô tả, tuy nhiên sinh lý bệnh của GERD vẫn chưa được làm rõ đầy đủ. Thoát vị hoành là một yếu tố nguy cơ đã biết đối với GERD vì nó làm suy yếu vùng nối thực quản – dạ dày [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thoát vị hoành ở bệnh nhân GERD là 22.3%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả Lê Ngọc Thanh (27.1%), Truba (26.6%) [7] [8]. Tỷ lệ thoát vị hoành khá cao ở những bệnh nhân GERD cho thấy vai trò của của đánh giá hình thái và chức năng của chỗ nối thực quản – dạ dày, cũng như thay đổi quan điểm trong điều trị GERD.

Tuổi trung bình của bệnh nhân thoát vị hoành là 58.6 ± 13.9 , cao hơn so với bệnh nhân không có thoát vị (48.2 ± 11.9 , $p < 0.05$). Nam giới chiếm 64.1% bệnh nhân GERD có thoát vị hoành, tỷ lệ giới giữa 2 nhóm bệnh nhân không có sự khác biệt. Tuổi trung bình của các bệnh nhân GERD có thoát vị hoành trong nghiên cứu của Lê Ngọc Thanh là 41.75 ± 14.45 tuổi, nam chiếm 72.3%.

Theo tác giả Pilloto, tỷ lệ thoát vị ở các bệnh nhân GERD cũng tăng theo tuổi ($p = 0.05$) [9]. Trong một phân tích gộp của Menon và cs, nhóm tác giả đã đưa ra kết luận: độ tuổi trên 50 có nguy cơ mắc thoát vị hoành gấp 2.17 lần (95% CI: 1.35-3.51, $p = 0.001$), tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn 1.36 lần so với nữ (95% CI: 1.10-

1.68, $p = 0.005$) [10]. Tuy nhiên trong một phân tích hồi cứu của Alsahafi, tác giả lại chưa tìm thấy mối liên hệ giữa tuổi, giới và nguy cơ mắc thoát vị hoành.

Các triệu chứng cơ năng có GERD ở nhóm có và không có thoát vị ít có sự khác biệt. Tuy vậy, khi đánh giá bằng thang điểm GerdQ, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân GERD có thoát vị hoành có điểm GerdQ cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có thoát vị trên nội soi (10.3 ± 1.82 và 9.0 ± 1.47 , $p < 0.05$).

Trong nghiên cứu của Lei, điểm GerdQ trung bình của những bệnh nhân có thoát vị hoành là 8.5 (4.0 – 11.0) cao hơn so với bệnh nhân không có thoát vị, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.780$). Qua phân tích 1740 bệnh nhân có các triệu chứng điển hình của trào ngược, Voulgaris đã đưa ra kết luận triệu chứng trào ngược chủ yếu được thúc đẩy bởi trào ngược axit và không phải là ảnh hưởng độc lập của thoát vị. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như của nhiều tác giả khác, thoát vị trượt (type I) là hay gặp nhất, ở type này đa số các bệnh nhân không có triệu chứng [4], chính vì vậy chúng tôi ít thấy có mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng của GERD với thoát vị hoành.

Trên nội soi dạ dày, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ có viêm thực quản ở các bệnh nhân có thoát vị hoành cao hơn so với bệnh nhân không có thoát vị (92.3% so với 61.0%, $p < 0.05$). Tỷ lệ Barrett thực quản ở các bệnh nhân có thoát vị hoành là 7.7%; ở nhóm bệnh nhân không có thoát vị, không có trường hợp nào có Barrett thực quản. Tỷ lệ viêm thực quản trên nội soi ở bệnh nhân GERD có thoát vị hoành trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Lê Ngọc Thanh (54.4%). Tỷ lệ viêm thực quản ở các bệnh nhân GERD nói chung trong nghiên cứu của tác giả này là 23.8%, thấp hơn so với chúng tôi (68%). Tỷ lệ bệnh nhân GERD có viêm thực quản trên nội soi theo phân loại Los Angeles trong nghiên cứu của Trần Quốc Khánh là 58.8%, phần lớn các trường hợp có tổn thương thực quản ở mức độ nhẹ (độ A, B) chiếm 47.9%.

Các nghiên cứu từ các nước phương Tây cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân (50% đến 94%) bị viêm thực quản do trào ngược có thoát vị khe thực quản đồng thời. Mối liên hệ giữa thoát vị khe thực quản và viêm thực quản do trào ngược, thực quản Barrett và ung thư tuyến thực quản chủ yếu là do sự phá vỡ của nhiều cơ chế chống trào ngược, dẫn đến việc tăng cường tiếp xúc với acid trong thực quản.

Khi đưa các biến số trên lâm sàng có liên quan đến thoát vị hoành ở bệnh nhân GERD vào

phân tích trong mô hình hồi qui đa biến, chúng tôi thu được kết quả các biến tuổi, điểm GerdQ và thời gian mắc bệnh có liên quan đến thoát vị hoành ở bệnh nhân GERD. Cụ thể, tăng mỗi 10 tuổi làm tăng nguy cơ thoát vị hoành lên 1.76 lần (95% CI: 1.19 – 2.63), bệnh nhân có điểm GerdQ ≥ 11 có nguy cơ thoát vị hoành gấp 4.36 lần so với bệnh nhân có điểm GerdQ < 11 (95% CI: 1.57 – 12.15), thời gian mắc bệnh trên 1 năm làm tăng nguy cơ thoát vị hoành lên 7.86 lần (95% CI: 2.97 – 20.76).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thoát vị hoành ở bệnh nhân GERD là 22.3%, và đều là thoát vị trượt (type I). Tỷ lệ viêm thực quản độ B cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm GERD có thoát vị. Các yếu tố nguy cơ của thoát vị hoành ở bệnh nhân GERD bao gồm tuổi, điểm GerdQ và thời gian mắc bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. SfaraD. L. Dumitrascu (2019), The management of hiatal hernia: an update on diagnosis and treatment, Med Pharm Rep, vol 92(4), p. 321-325.
2. F. Torresan, D. Mandolesi, A. Ioannou, et al. (2016), A new mechanism of gastroesophageal reflux in hiatal hernia documented by high-

- resolution impedance manometry: a case report, Ann Gastroenterol, vol 29(4), p. 548-550.
3. P. J. Kahrilas, H. C. Kim, J. E. Pandolfino (2008), Approaches to the diagnosis and grading of hiatal hernia, Best Pract Res Clin Gastroenterol, vol 22(4), p. 601-16.
4. Giovanni Guglielmo Laracca, Andrea Spota, Silvana Perretta (2020), Optimal workup for a hiatal hernia, Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery, vol 6.
5. B. Block (2011), Endoscopy of the Upper GI Tract: A Training Manual, Thieme.
6. L. D. Hill, R. A. Kozarek, S. J. Kraemer, et al. (1996), The gastroesophageal flap valve: in vitro and in vivo observations, Gastrointest Endosc, vol 44(5), p. 541-7.
7. Lê Ngọc Thanh (2015), Nghiên cứu mối liên quan giữa thoát vị hoành và trào ngược dạ dày thực quản, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. Olga Truba, Joanna Zuchowska, Elżbieta M. Grabczak, et al. (2023), Does hiatal hernia impact gastro-oesophageal reflux-related chronic cough?, ERJ Open Research, vol 9(2), p. 00669-2022.
9. Alberto Pilotto, Marilisa Franceschi, Gioacchino Leandro, et al. (2006), Clinical features of reflux esophagitis in older people: a study of 840 consecutive patients, Journal of the American Geriatrics Society, vol 54(10), p. 1537-1542.
10. Shyam Menon, Nigel Trudgill (2011), Risk factors in the aetiology of hiatus hernia: a meta-analysis, European Journal of Gastroenterology & Hepatology, vol 23(2), p. 133-138.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRUNG HẠN ĐIỀU TRỊ DỊ DẠNG ĐỘNG - TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN BẰNG KỸ THUẬT THUYỀN TẮC DÙNG CÒN TUYỆT ĐỐI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lâm Văn Nút¹, Nguyễn Hữu Thao²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị dạng động - tĩnh mạch (AVM) ngoại biên là bệnh lý hiếm gặp và phức tạp, đòi hỏi phương pháp điều trị tối ưu và lâu dài. Thuyên tắc bằng còn tuyệt đối qua can thiệp nội mạch đã chứng minh hiệu quả trong điều trị AVM. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu về kết quả trung hạn của phương pháp này còn hạn chế. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả trung hạn điều trị bệnh nhân AVM được thuyên tắc bằng còn tuyệt đối qua can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca được thực hiện từ tháng 5/2019 đến tháng 5/2022 tại Khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trong giai đoạn nghiên cứu, 34 bệnh nhân được

điều trị với tổng cộng 54 lần can thiệp. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $31,5 \pm 12,2$, với 15 nam và 19 nữ. Đa số bệnh nhân được thuyên tắc một lần (58,8%), nhưng cũng có bệnh nhân cần từ 2 đến 3 lần thuyên tắc với tỷ lệ lần lượt là 23,5% và 17,6%. Tất cả các bệnh nhân đều được tiếp cận qua đường nội động mạch, trong đó 55,9% trường hợp sử dụng kỹ thuật nội mạch đơn thuần và 44,1% kết hợp giữa nội mạch và đâm kim trực tiếp vào ổ dị dạng. Theo dõi trung hạn $16,2 \pm 0,3$ tháng trên 32 bệnh nhân, mất dấu 2 trường hợp. Kết quả trung hạn ghi nhận 50% bệnh nhân khỏi bệnh, 31,3% bệnh nhân cải thiện rõ rệt triệu chứng, 12,5% không thay đổi, và 6,2% có triệu chứng tăng nặng. Phân độ lâm sàng Schobinger cho thấy có sự cải thiện rõ rệt sau điều trị: 50% bệnh nhân không còn triệu chứng, trong khi các phân độ khác (I, II, III) cũng giảm đáng kể so với trước mổ ($p = 0,006$). Các yếu tố như phân độ lâm sàng Schobinger và kích thước ổ dị dạng ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị ($p < 0,05$). Không có biến chứng nghiêm trọng hoặc tử vong được ghi nhận. **Kết luận:** Thuyên tắc bằng còn tuyệt đối là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị AVM, với kết quả trung hạn khả quan. Nghiên cứu này khẳng định

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: Nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024