

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY – THỰC QUẢN KHÁNG TRỊ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹

Nguyễn Huy Thông²

¹ Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

² Bệnh viện Đa khoa Bảo Sơn 2

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh trào ngược dạ dày – thực quản kháng trị được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán trào ngược dạ dày – thực quản kháng trị và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Các đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ và cận lâm sàng được ghi nhận và phân tích.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $34,71 \pm 8,93$ tuổi; nam chiếm 67,65%. BMI trung bình là $20,91 \pm 3,65$. Các yếu tố nguy cơ thường gặp gồm sử dụng thực phẩm chứa caffein, socola, chất béo (52,94%) và rượu bia (50%). Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là nóng rát sau xương ức và hôi miệng (94,12%), tiếp theo là đau thượng vị và trào ngược (82,35%). Thời gian mắc bệnh trung bình là $43,44 \pm 21,29$ tháng. Nội soi ghi nhận viêm thực quản độ A theo phân loại Los Angeles chiếm 64,70% và NERD chiếm 35,30%. Phân độ Hill chủ yếu ở Grade I và II.

Kết luận: Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản kháng trị thường gặp ở người trẻ, nam giới chiếm ưu thế. Triệu chứng lâm sàng điển hình là nóng rát sau xương ức và trào ngược; nội soi chủ yếu ghi nhận viêm thực quản độ nhẹ.

Từ khóa: trào ngược dạ dày thực quản, GERD kháng trị, phẫu thuật nội soi, nội soi thực quản – dạ dày.

*Tác giả chịu trách nhiệm:

Nguyễn Huy Thông

Bệnh viện Đa khoa Bảo Sơn 2

Email:

nguyenhuythong.hmu@gmail.com

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (Gastroesophageal Reflux Disease – GERD) là một trong những bệnh lý tiêu hóa thường gặp, với tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng trên

toàn thế giới và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [1,2]. Bệnh đặc trưng bởi sự trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản gây nên các triệu chứng điển hình như nóng rát sau xương ức, trào ngược, đau thượng vị và nhiều biểu

hiện ngoài thực quản khác [3]. Phần lớn bệnh nhân GERD có thể kiểm soát triệu chứng bằng điều trị nội khoa, đặc biệt là thuốc ức chế bơm proton (PPI). Tuy nhiên, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân vẫn còn triệu chứng dai dẳng hoặc tái phát dù đã được điều trị nội khoa tối ưu, được gọi là GERD kháng trị [4,5].

Đối với nhóm bệnh nhân này, phẫu thuật chống trào ngược bằng nội soi, đặc biệt là kỹ thuật khâu xếp nếp đáy vị kiểu Nissen, đã được chứng minh là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp cải thiện triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh [6,7]. Việc đánh giá đầy đủ các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân GERD kháng trị có vai trò quan trọng trong chỉ định phẫu thuật và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp theo các tiêu chuẩn chẩn đoán hiện đại [8,9]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu về đặc điểm của nhóm bệnh nhân này còn hạn chế.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân GERD kháng trị được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh trào ngược dạ dày – thực quản kháng trị và được chỉ định phẫu thuật nội soi xếp nếp đáy vị kiểu Nissen tại Khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán trào ngược dạ dày – thực quản kháng trị, còn triệu chứng mặc dù đã điều trị nội khoa đầy đủ.
- Có chỉ định phẫu thuật nội soi chống trào ngược.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và dữ liệu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý thực quản – dạ dày khác như ung thư thực quản, hẹp thực quản hoặc bệnh lý tiêu hóa nặng khác.
- Bệnh nhân không đầy đủ dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng phục vụ nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong giai đoạn từ tháng 01/2023 đến tháng 04/2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản kháng trị được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 34 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.5. Các biến số nghiên cứu

Các biến số được thu thập bao gồm:

Đặc điểm chung: tuổi, giới tính và chỉ số khối cơ thể (BMI).

Tiền sử bệnh và các yếu tố nguy cơ: tiền sử bệnh nội khoa và tiền sử phẫu thuật của người bệnh; các yếu tố nguy cơ được ghi nhận gồm hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, sử dụng thực phẩm chứa caffein, socola, chất béo và tình trạng thừa cân.

Đặc điểm lâm sàng: các triệu chứng được đánh giá bao gồm nóng rát sau xương ức, đau thượng vị, buồn nôn và nôn, trào ngược, nuốt khó và nuốt vướng, các triệu chứng hô hấp, hôi miệng và viêm hầu họng.

Thời gian bệnh: thời gian mắc bệnh và thời gian điều trị nội khoa trước phẫu thuật.

Đặc điểm cận lâm sàng: hình ảnh nội soi thực quản – dạ dày được đánh giá theo phân loại Los Angeles, và tình trạng van tâm vị được đánh giá theo phân độ Hill.

2.6. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Các dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và kết quả cận lâm sàng của bệnh nhân. Số liệu được nhập và xử lý bằng các phương pháp thống kê mô tả, biểu diễn dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Thông tin và dữ liệu của người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị và không ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh. Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nội dung nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 04/2025, tại Khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, có 34 bệnh nhân được chẩn đoán trào ngược dạ dày – thực quản kháng trị và được điều trị

bằng phẫu thuật nội soi xếp nếp đáy vị kiểu Nissen đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu và thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 34)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 40 tuổi	26	76,47
40–50 tuổi	6	17,65
> 50 tuổi	2	5,88
Giới tính		
Nam	23	67,65
Nữ	11	32,35
Phân loại BMI		
Thiếu cân (BMI < 18,5)	9	26,47
Bình thường (BMI 18,5–22,9)	17	50,00
Thừa cân/béo phì (BMI > 23)	8	23,53
Tuổi trung bình $34,71 \pm 8,93$; nhỏ nhất 20, lớn nhất 65 tuổi.		
BMI trung bình $20,91 \pm 3,65$.		

Bệnh nhân chủ yếu ở nhóm dưới 40 tuổi (76,47%), nam giới chiếm ưu thế (67,65%). BMI trung bình trong giới hạn bình thường; tuy nhiên vẫn ghi nhận 23,53% bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì.

Bảng 2. Tiền sử bệnh, tiền sử phẫu thuật và yếu tố nguy cơ của bệnh nhân (

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử bệnh nội khoa		
Không có	32	94,12
Có 1 bệnh nội khoa	2	5,88
Tiền sử phẫu thuật bụng		
Chưa phẫu thuật	32	94,12
1 lần	2	5,88
Yếu tố nguy cơ		
Hút thuốc lá	10	29,41
Thừa cân (BMI > 23)	8	23,52

Rượu, bia	17	50,00
Caffein, socola, chất béo	18	52,94

Đa số bệnh nhân không có bệnh nội khoa kèm theo và chưa từng phẫu thuật trước đó (94,12%). Trong các yếu tố nguy cơ, sử dụng thực phẩm chứa caffein, socola, chất béo chiếm tỷ lệ cao nhất (52,94%), tiếp theo là rượu bia (50,00%).

Bảng 3. Phân bố số lượng yếu tố nguy cơ và đặc điểm triệu chứng lâm sàng (n = 34)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số yếu tố nguy cơ		
0	11	32,35
1	7	20,59
2	5	14,70
3	8	23,53
4	3	8,82
Triệu chứng lâm sàng		
Nóng rất sau xương ức	32	94,12
Đau thượng vị	28	82,35
Buồn nôn, nôn	26	76,47
Trào ngược	28	82,35
Nuốt khó, nuốt vướng	5	14,70
Triệu chứng hô hấp (ho, khó thở...)	12	35,29
Nuốt đau	5	14,70
Hôi miệng	32	94,12
Viêm hầu họng	17	50,00

Có 32,35% bệnh nhân không ghi nhận yếu tố nguy cơ nào, trong khi 47,05% bệnh nhân có từ 2 yếu tố nguy cơ trở lên. Về lâm sàng, nóng rất sau xương ức và hôi miệng là hai triệu chứng gặp nhiều nhất (94,12%), tiếp theo là đau thượng vị và trào ngược (82,35%).

Bảng 4. Thời gian mắc bệnh và thời gian điều trị nội khoa trước phẫu thuật

Thời gian	Thời gian mắc bệnh, n (%)	Thời gian điều trị nội khoa, n (%)
< 36 tháng	13 (38,24)	21 (61,77)
36–60 tháng	18 (52,94)	10 (29,41)
> 60 tháng	3 (8,82)	3 (8,82)
Tổng	34 (100)	34 (100)
Trung bình ± ĐLC (tháng)	43,44 ± 21,29	35,35 ± 19,87
Nhỏ nhất – lớn nhất (tháng)	20 – 120	12 – 100

Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 3 đến 5 năm (52,94%). Thời gian điều trị nội khoa trước phẫu thuật chủ yếu dưới 3 năm (61,77%), trung bình 35,35 tháng.

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng qua nội soi dạ dày – thực quản (n = 34)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phân độ Los Angeles (1999)		
Độ A	22	64,70
Độ B, C, D	0	0
NERD	12	35,30
Phân độ Hill		
Grade I	18	52,94
Grade II	16	47,06
Grade III, IV	0	0

Nội soi cho thấy viêm thực quản độ A theo phân loại Los Angeles chiếm tỷ lệ cao nhất (64,70%), trong khi không ghi nhận trường hợp viêm thực quản nặng độ B, C hoặc D. Theo phân độ Hill, toàn bộ bệnh nhân chỉ ở Grade I hoặc II, trong đó Grade I chiếm 52,94%.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $34,71 \pm 8,93$, trong đó nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (76,47%) và nam giới chiếm ưu thế (67,65%). Kết quả này cho thấy bệnh trào ngược dạ dày – thực quản kháng trị có xu hướng gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân trẻ. Một số nghiên cứu dịch tễ học cũng ghi nhận GERD có xu hướng xuất hiện ngày càng sớm và tăng dần ở các quốc gia đang phát triển do thay đổi lối sống và chế độ ăn uống [2]. Ngoài ra, tỷ lệ nam giới cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự một số nghiên cứu trước đây về GERD kháng trị, có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc, sử dụng rượu bia và chế độ ăn nhiều chất kích thích [3].

Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu là $20,91 \pm 3,65$, trong đó 23,53% bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì. Mặc dù BMI trung bình nằm trong giới hạn bình thường, nhưng thừa cân vẫn được xem là một yếu tố nguy cơ quan trọng của GERD. Nhiều nghiên cứu cho thấy tình trạng tăng áp lực ổ bụng ở người thừa cân hoặc béo phì có thể làm giảm chức năng của cơ thắt thực quản dưới và làm tăng tần suất trào ngược [1,3].

Về các yếu tố nguy cơ, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sử dụng thực phẩm chứa caffein, socola, chất béo chiếm 52,94% và rượu bia chiếm 50%, đây là những yếu tố thường được nhắc đến trong cơ chế bệnh sinh của GERD. Các chất kích thích này có

thể làm giảm trương lực cơ thắt thực quản dưới và làm chậm quá trình làm rỗng dạ dày, từ đó làm tăng khả năng trào ngược dịch vị lên thực quản [3,4].

Các triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu khá điển hình cho GERD. Nóng rát sau xương ức và hôi miệng chiếm 94,12%, tiếp theo là đau thượng vị và trào ngược (82,35%). Đây là những triệu chứng thường gặp nhất của bệnh. Theo định nghĩa Montreal, nóng rát sau xương ức và trào ngược là hai triệu chứng đặc trưng nhất của GERD [1]. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận một số triệu chứng ngoài thực quản như ho, khó thở (35,29%) và viêm hầu họng (50%), điều này phù hợp với các báo cáo trước đây cho thấy GERD có thể gây ra nhiều biểu hiện ngoài đường tiêu hóa do hiện tượng vi hít hoặc kích thích phản xạ thần kinh phế vị [4].

Thời gian mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu là $43,44 \pm 21,29$ tháng, trong đó đa số bệnh nhân mắc bệnh từ 3–5 năm (52,94%). Điều này cho thấy nhiều bệnh nhân GERD thường được điều trị nội khoa kéo dài trước khi được chỉ định phẫu thuật. Thời gian điều trị nội khoa trung bình trong nghiên cứu là $35,35 \pm 19,87$ tháng, phản ánh thực tế rằng phẫu thuật thường được xem xét khi điều trị nội khoa không còn hiệu quả hoặc bệnh nhân vẫn còn triệu chứng kéo dài [5]. Theo các khuyến cáo hiện nay, phẫu thuật chống trào ngược được chỉ định ở những bệnh nhân GERD kháng trị với điều trị PPI hoặc có biến chứng liên quan đến trào ngược [7].

Về đặc điểm cận lâm sàng, nội soi thực quản – dạ dày trong nghiên cứu cho thấy viêm thực quản độ A theo phân loại Los Angeles chiếm 64,70%, trong khi 35,30% trường hợp thuộc nhóm NERD (Non-erosive

reflux disease). Không ghi nhận trường hợp viêm thực quản nặng độ C hoặc D. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân GERD kháng trị có tổn thương niêm mạc nhẹ hoặc thậm chí không có tổn thương niêm mạc trên nội soi [4,8].

Ngoài ra, đánh giá van tâm vị theo phân loại Hill cho thấy tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ ở Grade I và II, trong đó Grade I chiếm 52,94%. Phân độ Hill phản ánh chức năng của van tâm vị và được sử dụng để đánh giá mức độ bất thường của van chống trào ngược trong nội soi tiêu hóa trên, như đã được mô tả bởi Hill và cộng sự [10].

Nhìn chung, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các báo cáo trước đây về bệnh trào ngược dạ dày – thực quản kháng trị. Việc nhận diện đầy đủ các đặc điểm này có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị và chỉ định phẫu thuật chống trào ngược cho bệnh nhân.

Nghiên cứu còn hạn chế về cỡ mẫu nhỏ và được thực hiện tại một trung tâm, do đó cần có các nghiên cứu với quy mô lớn hơn để khẳng định kết quả.

5. KẾT LUẬN

Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản kháng trị trong nghiên cứu chủ yếu gặp ở người trẻ, nam giới chiếm ưu thế. Các yếu tố nguy cơ thường gặp là sử dụng thực phẩm chứa caffein, socola, chất béo và rượu bia. Triệu chứng lâm sàng điển hình gồm nóng rát sau xương ức, trào ngược và đau thượng vị. Nội soi chủ yếu ghi nhận viêm thực quản độ A theo phân loại Los Angeles hoặc NERD và phân độ Hill ở mức I–II. Những đặc điểm này có ý nghĩa trong đánh giá và lựa chọn

chỉ định phẫu thuật nội soi xếp nếp đáy vị kiểu Nissen trong điều trị GERD kháng trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(8):1900-1920.
2. Eusebi LH, Ratnakumaran R, Yuan Y, et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut*. 2018;67(3):430-440. doi:10.1136/gutjnl-2016-313589.
3. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(1):27-56. doi:10.14309/ajg.0000000000001538.
4. Savarino E, Bredenoord AJ, Fox M, et al. Expert consensus document: advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017;14(11):665-676.
5. Rettura F, Bronzini F, Campigotto M, et al. Refractory gastroesophageal reflux disease: a management update. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:765061. doi:10.3389/fmed.2021.765061.
6. Spechler SJ, Hunter JG, Jones KM, et al. Randomized trial of medical versus surgical treatment for refractory heartburn. *N Engl J Med*. 2019;381(16):1513-1523.
7. Markar SR, Andreou A, et al. UEG and EAES rapid guideline: update systematic review, network meta-analysis, and evidence-informed European recommendations on surgical management of gastroesophageal reflux disease. *United European Gastroenterol J*. 2022. doi:10.1002/ueg2.12318

8. Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon consensus. *Gut*. 2018;67(7):1351-1362.
9. Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon Consensus 2.0. *Gut*. 2023. doi:10.1136/gutjnl-2023-330093.
10. Hill LD, Kozarek RA, Kraemer SJ, et al. The gastroesophageal flap valve: in vitro and in vivo observations. *Gastrointest Endosc*. 1996;44(5):541-547.

ABSTRACT

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF REFRACTORY GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE TREATED WITH LAPAROSCOPIC SURGERY AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with refractory gastroesophageal reflux disease (GERD) treated with laparoscopic surgery at Can Tho City General Hospital.

Participants and methods: A cross-sectional descriptive study of 34 patients diagnosed with refractory GERD and treated with laparoscopic Nissen fundoplication at the Department of General Surgery, Can Tho City General Hospital, from January 2023 to April 2025. Clinical features, risk factors, and paraclinical findings were recorded and analyzed.

Results: The mean age was 34.71 ± 8.93 years; male patients accounted for 67.65%. Mean BMI was 20.91 ± 3.65 . Common risk factors included consumption of caffeine-, chocolate- and fat-containing foods (52.94%) and alcohol (50%). The most common clinical symptoms were retrosternal burning and halitosis (94.12%), followed by epigastric pain and regurgitation (82.35%). Mean disease duration was 43.44 ± 21.29 months. Endoscopy revealed Los Angeles grade A esophagitis in 64.70% of patients and non-erosive reflux disease (NERD) in 35.30%. The Hill classification predominated at Grades I and II.

Conclusion: Refractory GERD frequently occurs in younger adults with a male predominance. Typical clinical symptoms are retrosternal burning and regurgitation; endoscopy mainly reveals mild esophagitis.

Keywords: *gastroesophageal reflux disease, refractory GERD, laparoscopic surgery, esophagogastroduodenoscopy, Nissen fundoplication.*