

## **IV. BÀN LUẬN**

### **4.1. Bàn luận về đặc điểm của mẫu nghiên cứu**

Trong số 183 ca (N=183) mà nghiên cứu thu thập được thì người bệnh có giới tính nữ chiếm 50,8% so với nam chiếm 49,2%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Ly (năm 2021) [8], vì vậy, có thể nói điếc đột ngột không phân biệt giới tính. Về độ tuổi, người bệnh đa số thuộc nhóm tuổi từ 41- 60 (51,3%), kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu [9] tại bệnh viện Đại học Y Dược (năm 2022) với tỷ lệ 44,1%. Về nơi ở, nghiên cứu ghi nhận đa số người bệnh ở ngoài TP.HCM, điều cũng có thể giải thích vì người bệnh ở các tỉnh thường đến các bệnh tuyến đầu ở TP. HCM để khám bệnh, chữa bệnh khi có các vấn đề về sức khoẻ. Về lí do nhập viện, nghiên cứu ghi nhận người bệnh gặp vấn đề nghe kém đột ngột là triệu chứng chính khiến người bệnh lo lắng mà đến các cơ sở y tế để kiểm tra và điều trị.

### **4.2. Bàn luận về đặc điểm lâm sàng của người bệnh điếc đột ngột**

#### **4.2.1. Bàn luận về thời gian khởi phát bệnh của người bệnh điếc đột ngột**

Nghiên cứu ghi nhận kể từ khi khởi phát bệnh, người bệnh đến khám nhiều nhất trong khoảng 4 – 7 ngày, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Magnano M [10] và cộng sự (năm 2015) với thời gian đến khám 4 – 7 ngày là 41%, điều này chứng tỏ phần lớn người bệnh chủ quan nghĩ các triệu chứng khởi phát như nghe kém, ù tai sẽ giảm bớt theo thời gian hoặc bệnh nhân không nhận ra bệnh điếc đột ngột. Chỉ khi sau 72 giờ, các triệu chứng không thuyên giảm hoặc nghe kém nặng hơn, người bệnh mới bắt đầu lo lắng mà đến khám bệnh.

### **4.2.2. Bàn luận về các triệu chứng đi kèm của người bệnh điếc đột ngột**

Nghiên cứu ghi nhận triệu chứng ù tai xuất hiện trong phần lớn trường hợp với tỷ lệ 82,5% số ca, còn tỷ lệ triệu chứng chóng mặt chỉ xuất hiện là 8,7%. Kết quả này tương đồng với tác giả Vũ Thị Ly [8] và cộng sự năm 2021 với tỷ lệ ù tai là 96,6% và chóng mặt là 14,5%. Theo tác giả Nguyễn Phương Nam [11] chóng mặt cũng là dấu hiệu tiên lượng xấu, làm giảm khả năng phục hồi thính lực cho bệnh nhân nên khi thăm khám lâm sàng, các Bác sĩ cũng cần phải chú ý đến.

### **4.2.3. Bàn luận về triệu chứng nghe kém lúc nhập viện của người bệnh điếc đột ngột**

Nghiên cứu ghi nhận trong 203 tai nghiên cứu, nghe kém bên trái chiếm tỷ lệ cao hơn so với bên phải. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của giả Yaowen Wang [12] và cộng sự năm 2016 cũng cho thấy điếc một bên tai chiếm đa số (89,4%). Nghiên cứu nhận thấy tình trạng điếc đột ngột xảy ra chủ yếu một bên, giữa hai bên thì thì bên tai trái nghe kém nhiều hơn bên tai phải, điều này chưa thể lí giải vì sao, có thể là sự ngẫu nhiên trong mẫu nghiên cứu với tỷ lệ chênh lệch hai bên tai không lớn.

### **4.3. Bàn luận về đặc điểm thính lực đồ lúc nhập viện của người bệnh điếc đột ngột**

#### **4.3.1. Bàn luận về mức độ nghe kém lúc nhập viện của người bệnh điếc đột ngột**

Nghiên cứu ghi nhận người bệnh nghe kém ở mức độ nặng chiếm tỷ lệ nhiều nhất, kết quả này khác với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu [9] và cộng sự năm 2022 cho kết quả điếc đặc chiếm tỷ lệ cao nhất (35,3%). Sự khác biệt này là do nhóm tuổi >60 tuổi của nghiên cứu này khá cao (38,2%), vì vậy, người bệnh đến khám và điều trị đa phần là người cao tuổi với mức độ thính giác suy giảm đáng kể.

#### 4.3.2. Bàn luận về phân loại hình dạng thính lực đồ theo tác giả Trần Bá Huy

Nghiên cứu ghi nhận trong 203 tai bệnh, hình dạng thính lực đồ chủ yếu đều thuộc dạng A, dạng C và dạng E, kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả tác giả Salvago P [13] và cộng sự năm 2017 cho kết quả dạng A (22,4%), dạng C (28,4%), dạng E (22,4%). Nhìn chung, ở các mẫu nghiên cứu khác nhau thì tỷ lệ các dạng thính lực đồ thường gặp cũng khác nhau nhưng chiếm đa số trong đó vẫn thường là các thính lực đồ dạng A, dạng C và dạng E.

#### 4.3.3. Bàn luận về đối chiếu hình dạng thính lực đồ với mức độ nghe kém của người bệnh điếc đột ngột

Nghiên cứu ghi nhận nghe kém mức độ nhẹ thường có thính lực đồ dạng A, mức độ nghe kém trung bình và trung bình – nặng có thính lực đồ chủ yếu dạng C và hầu hết bệnh nhân điếc đặc đều có hình dạng thính lực đồ E. Kết quả này cho thấy hình dạng thính lực đồ sẽ góp phần giúp cho việc chẩn đoán ban đầu về mức độ nghe kém của người bệnh, từ đó, có những biện pháp phát hiện và điều trị sớm bệnh lý điếc đột ngột.

### V. KẾT LUẬN

Bệnh điếc đột ngột thường gặp trong nhóm tuổi từ 40 đến 60 tuổi và tỷ lệ gặp ở hai giới là tương đương nhau (nam/nữ  $\approx$  1). Người bệnh đến khám và điều trị sau 3 ngày là chủ yếu, đặc biệt là người bệnh ở khu vực trong TPHCM. Người bệnh đến khám và điều trị chủ yếu nghe kém một bên tai (89,1%), trong đó tai trái nghe kém nhiều hơn. Bên cạnh triệu chứng nghe kém, người bệnh cũng xuất hiện triệu chứng ù tai (82,5%) và chóng mặt (8,7%) kèm theo. Hình dạng thính lực đồ lúc nhập viện dạng A chiếm tỷ lệ cao nhất với mức độ nghe kém là nhẹ chiếm đa số (45,5%).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] A de Kleyn, "Sudden complete or partial loss of function of the octavus-system in apparently normal persons," *Acta Oto-Laryngologica*, vol. 32, no. 5-6, pp. 407-429, 1944.
- [2] C Muller and Jeffrey Vrabec, "Sudden sensorineural hearing loss," *Grand Rounds, Department of Otolaryngology/Head and Neck Surgery, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX*, 2001.
- [3] Thomas H Alexander and Jeffrey P Harris, "Incidence of sudden sensorineural hearing loss," *Otology & Neurotology*, vol. 34, no. 9, pp. 1586-1589, 2013.
- [4] Chuan-Song Wu, Heng-Ching Lin, and Pin-Zhir Chao, "Sudden sensorineural hearing loss: evidence from Taiwan," *Audiology and Neurotology*, vol. 11, no. 3, pp. 151-156, 2006.
- [5] I Dallan *et al.*, "Long-term follow up of sudden sensorineural hearing loss patients treated with intratympanic steroids: audiological and quality of life evaluation," *The Journal of Laryngology & Otology*, vol. 128, no. 8, pp. 669-673, 2014.
- [6] John G Clark, "Uses and abuses of hearing loss classification," *Asha*, vol. 23, no. 7, pp. 493-500, 1981.
- [7] P Tran Ba Huy and E Sauvaget, "La surdit  brusque idiopathique n'est pas, aujourd'hui, une urgence sensorielle," in *Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervicofaciale*, 2007, vol. 124, no. 2: Elsevier, pp. 66-71.
- [8] Hồ Chí Thanh Vũ Thị Ly, Nguyễn Thế Trọng, Đỗ Hữu Thực, Đoàn Thị Thanh Hà,, "Đặc điểm lâm sàng và yếu tố tiên lượng ở bệnh

nhân điếc đột ngột," *Journal of 108-Clinical Medicine and Phamarcy*, 2021.

[9] Lê Việt Tùng Nguyễn Thị Thư, Phạm Thị Kim Chi, Trần Ngọc Hân, Trần Thị Kim Thoan, Bùi Bảo Phương, Trần Anh Tuấn, "Đánh giá hiệu quả điều trị điếc đột ngột tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM cơ sở 2," *Tạp chí Y Dược Thực hành 175*, no. 30, pp. 10-10, 2022.

[10] Mauro Magnano, Monica Orione, Paolo Boffano, and Giacomo Machetta, "Sudden hearing loss: a study of prognostic factors for hearing recovery," *Journal of Craniofacial Surgery*, vol. 26, no. 3, pp. e279-e282, 2015.

[11] Nguyễn Kim Phong Nguyễn Phương Nam, Võ Tá Khiêm, Chu Lan Anh, "Nguyễn Thành Lợi (2010),“,“," *Đánh giá hiệu quả của oxy cao áp trong điều trị điếc đột ngột*”, *Tạp chí Y học TPHCM, tập*, vol. 14, pp. 44-51.

[12] Yaowen Wang *et al.*, "The clinical analysis of bilateral successive sudden sensorineural hearing loss," *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, vol. 273, pp. 3679-3684, 2016.

[13] Pietro Salvago, Serena Rizzo, Antonino Bianco, and Francesco Martines, "Sudden sensorineural hearing loss: is there a relationship between routine haematological parameters and audiogram shapes?," *International journal of audiology*, vol. 56, no. 3, pp. 148-153, 2017.

# KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ DẤU HIỆU NỘI SOI Ở NGƯỜI BỆNH TRÀO NGƯỢC THANH QUẢN HỌNG BẰNG BẢNG ĐIỂM TRIỆU CHỨNG TRÀO NGƯỢC (RSS) VÀ BẢNG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU TRÀO NGƯỢC (RSA)

Nguyễn Trương Khương<sup>1\*</sup>, Lê Phú Cường<sup>2</sup>, Phạm Long Đạo<sup>2</sup>, Lê Nguyễn Uyên Chi<sup>3</sup>, Trần Việt Luân<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Nam Sài Gòn,

<sup>2</sup>Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện FV

<sup>3</sup>Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường ĐHYD Tp HCM

<sup>4</sup>Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v69i65.130>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Lechien và cộng sự đưa ra bảng điểm triệu chứng trào ngược (RSS) và bảng điểm đánh giá dấu hiệu trào ngược (RSA) từ năm 2017 để bổ sung những triệu chứng và dấu hiệu để chẩn đoán trào ngược thanh quản họng (LPR) mà bảng RSI và bảng RFS của Belfasky và cộng sự không đề cập đến từ năm 2002. Hiện ở Việt nam chưa có công trình nào nghiên cứu và áp dụng hai bảng này trong thực hành chẩn đoán trào ngược thanh quản họng.

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và dấu hiệu nội soi ở bệnh nhân trào ngược thanh quản họng bằng bảng RSS và bảng RSA

**Phương pháp:** Mô tả hàng loạt ca, mẫu thuận tiện gồm 107 ca. Người bệnh được yêu cầu tự đánh giá triệu chứng trong bảng RSS và được nội soi bằng ống mềm để ghi lại điểm RSA. Số liệu được xử lý bằng SPSS phiên bản 22.

**Kết quả:** Điểm RSS dao động từ 14-162, điểm trung bình là 60,66+59,83. Các triệu chứng thường gặp nhất: ở tai mũi họng là khô họng (63,5%), cảm giác vướng họng (31,8%), đau họng (28%), cảm giác có đờm trong họng hoặc chảy mũi sau (27,1%), khàn tiếng hoặc có vấn đề về giọng nói (23,4%); ở tiêu hóa/bụng là trào ngược dịch, thức ăn cứng (27,1%) hoặc khó tiêu (7,5%), căng bụng, chướng hơi (11,2%), hoặc hôi miệng (11,2%); ở hô hấp/ ngực là ho ban ngày (24,3%) và ho sau ăn/khi nằm (11,2%). Điểm RSA dao động từ 6-44, điểm trung bình là 16,2+7,45. Các dấu hiệu nội soi thường gặp nhất: ở thanh quản là phì đại mép sau (66,4%); ở khoang miệng là đờ trụ trước amidan (42,1%) và lưỡi trắng (16,9%); ở khoang họng là họng, hạ họng có hạt (75,7%), dịch nhầy dính trên thành họng, và họng (40,2%), hạ họng đỏ (39,3%). Tương quan giữa bảng điểm RSS và RSA là tương quan thuận mức độ vừa.

---

\* Tác giả chính: Nguyễn Trương Khương; ĐT: 0989041356; Email:bsnguyentruongkhuong@gmail.com.

Nhận bài: 18/7/2024 Ngày nhận phản biện: 29/09/2024

Ngày nhận phản hồi: 30/09/2024 Ngày duyệt đăng: 30/09/2024

**Kết luận:** Bảng RSS và bảng RSA hiệu quả trong chẩn đoán trào ngược thanh quản họng.

**Từ khóa:** bảng RSS, bảng RSA, trào ngược thanh quản họng.

## SURVEY ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND ENDOSCOPIC SIGNS IN PATIENTS WITH LARYNGOPHARYNGEAL REFLUX BY RSS AND RSA

### ABSTRACT

**Background:** The Reflux Symptom Score (RSS) and Reflux Sign Assessment (RSA) by Lechien et al., employed in 2017, to diagnose laryngopharyngeal reflux disease (LPR) with more added symptoms and signs that were not mentioned in the Reflux Symptom Index (RSI) and Reflux Finding Score (RFS) by Belfasky et al., which has been used since 2002. Currently, there is no research on the application of the RSS and RSA in the practice of diagnosing LPR in Vietnam.

**Objectives:** The study aims to evaluate clinical symptoms and endoscopic signs in LPR patients in Vietnam using the RSS and RSA scores.

**Method:** This is a descriptive research on a series of cases with a convenient sample being 107 LPR patients. Their clinical symptoms and endoscopic findings were recorded on the RSS and RSA, respectively. The data were processed with SPSS version 22.

**Result:** The patients' RSS scores ranged from 14- 162, and the mean was  $60.66 \pm 59.83$ . The most common symptoms include: throat dryness (63,5%), sensation of something sticking in the throat (31,8%), throat pain (28%), excess mucous in the throat or post nasal drip sensation (27,1%), and hoarseness or a voice problem (23,4%) (for ear nose and throat disorders); indigestion (7,5%), abdominal distension and/or flatus (11,2%), halitosis (11,2%), and nausea (for abdominal disorders); cough (daytime) (24,3%), and cough after eating/lying down (11,2%) (for respiratory/chest disorders). The patients' RSA scores ranged from 6-44, and the mean was  $16.2 \pm 7.45$ . The most common endoscopic signs are: posterior commissure hypertrophy (66,4%) (for the larynx); erythema of anterior pillar (42,1%), and coated tongue (16,9%) (for the oral cavity); for the larynx is vocal fold granuloma (75,7%), endolaryngeal sticky mucus (40,2%), and oro-hypopharyngeal erythema (39,3%). The correlation between the RSS and RSA records is a positive moderate one.

**Conclusions and recommendations:** The RSS and RSA are effective in the diagnosis of LPR.

**Keywords:** *Reflux Symptom Score (RSS), Reflux Sign Assessment (RSA), otolaryngology, laryngopharyngeal reflux (LPR).*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược thanh quản họng (Laryngopharyngeal Reflux, viết tắt là LPR) là một tình trạng thường gặp, có hoặc không liên quan với bệnh trào ngược dạ dày thực quản và được phân loại thành một bệnh lý riêng biệt và được định nghĩa là hiện tượng bị kích thích và viêm của cấu trúc vùng họng thanh quản do tiếp xúc với dịch tiết dạ dày. Bệnh có thể biểu hiện qua nhiều triệu chứng, bao gồm: khàn giọng, hắng giọng, ho kéo dài, cảm giác nuốt vướng, chảy mũi sau, khó nuốt và đau họng; tỷ lệ người bệnh bị bệnh LPR đến khám tại các khoa Tai Mũi Họng hàng ngày chiếm tỷ lệ 10-20%(1). LPR là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất liên quan đến viêm đường hô hấp trên và bệnh viêm thanh quản.

Hiện nay, chẩn đoán LPR chủ yếu dựa vào việc hỏi bệnh sử, khám nội soi, và đo pH 24h. Trong đó, đo pH 24h được xem là công cụ chẩn đoán đáng tin cậy và khách quan. Tuy nhiên, với những nhược điểm như: không sẵn có ở các trung tâm, sai số âm tính giả, dương tính giả, chi phí cao, gây cảm giác khó chịu cho người bệnh, nên công cụ đo pH 24h không được khuyến cáo trong thực hành lâm sàng để chẩn đoán bệnh. Theo Tổ chức Tiêu hóa Thế giới, việc chẩn đoán LPR có thể dựa vào hỏi bệnh sử và các dấu hiệu ghi nhận qua thăm khám nội soi tai mũi họng(2). Năm 2002, Belafsky và cộng sự đã đưa ra Bảng chỉ số triệu chứng trào ngược (Reflux Symptom Index, viết tắt là RSI) và Bảng điểm dấu hiệu trào ngược (Reflux Finding Score, viết tắt là RFS), hai bảng này đã trở thành công cụ phổ biến trong chẩn đoán lâm sàng ở người bệnh bị trào ngược thanh quản họng(3)(4).

Tuy nhiên, qua thời gian sử dụng, hai bảng có một số hạn chế trong đánh giá triệu chứng và dấu hiệu của người bệnh LPR vì thiếu

đánh giá một số triệu chứng vùng họng miệng cũng như các triệu chứng về tiêu hóa và hô hấp liên quan đến LPR. từ năm 2017, Hiệp Hội Tai Mũi Họng Thanh quản Quốc tế kết hợp với nhóm chuyên gia đã phát triển Bảng điểm triệu chứng trào ngược (Reflux Symptom Score, viết tắt là RSS) và Bảng đánh giá dấu hiệu trào ngược (Reflux Sign Assessment, viết tắt là RSA) để mô tả các dấu hiệu và triệu chứng liên quan đến LPR bổ sung cho hai bảng RSI và RFS(5,6).

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và dấu hiệu nội soi ở người bệnh LPR bằng bảng RSS và bảng RSA với các mục tiêu cụ thể: (1) Mô tả triệu chứng lâm sàng ở người bệnh trào ngược thanh quản họng bằng bảng RSS; (2) Mô tả dấu hiệu nội soi ở người bệnh trào ngược thanh quản họng bằng bảng RSA;

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### *Đối tượng nghiên cứu*

Người bệnh đến khám tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện FV, được chẩn đoán lâm sàng LPR với điểm RSS >13 tính từ 01/11/2020-đến 01/10/2021).

### *Tiêu chuẩn chọn mẫu*

Người bệnh được chọn lựa theo mẫu thuận tiện, có các đặc điểm sau: (1) tuổi  $\geq 16$ , (2) có biểu hiện trào ngược thanh quản họng với RSS > 13, (3) được nội soi bằng ống mềm, và (4) đồng ý tham gia nghiên cứu.

### *Tiêu chuẩn loại trừ*

(2) có tiền sử ung thư họng thanh quản, ung thư vòm họng, ung thư khoang miệng hoặc phẫu thuật đường tiêu hóa, và (3) có bệnh viêm

mũi dị ứng, polyp mũi xoang, viêm mũi xoang mạn tính.

### Phương pháp nghiên cứu

#### Thiết kế nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, phương pháp chọn mẫu thuận tiện, với cỡ mẫu là 107 người bệnh. Các phương tiện nghiên cứu gồm: bệnh án mẫu, dụng cụ khám tai mũi họng thông thường, hệ thống máy nội soi ống mềm chẩn đoán Olympus. Trong đó, bệnh án mẫu bao gồm ba phần: thông tin chung, bảng điểm triệu chứng trào ngược (RSS) và Bảng đánh giá dấu hiệu trào ngược (RSA).

Giới thiệu ngắn gọn 2 bảng điểm: đánh giá bao nhiêu chỉ số, cách tính điểm... hay thêm hình 2 bảng của Lechien....

#### Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu gồm: đặc điểm dân số nghiên cứu (giới tính, tuổi, chỉ số BMI), điểm số RSS điểm số RSA (Bảng 1).

#### Thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu

Việc thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu được thực hiện theo 4 bước: (1) Hỏi bệnh sử người bệnh nghi ngờ LPR; (2) Khai thác triệu chứng lâm sàng và tính điểm RSS, mời người bệnh có điểm RSS > 13 tham gia nghiên cứu; (3) Nội soi người bệnh để thu thập các dấu hiệu nội soi và tính điểm RSA; (4) Thống kê, phân tích số liệu, mô tả và khai thác mối tương quan giữa hai bảng RSS và RSA.

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm mẫu khảo sát

**Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu**

Giới tính		Số người bệnh	Tỷ lệ %
	Nữ		55
Nam		52	48,6
Độ tuổi	18 – 30	12	11,2
	31 – 40	21	19,6
	41 – 50	37	34,6
	> 50	37	34,6
	Tuổi trung bình: 47,04±13,06		
BMI	Gầy (BMI <18,5)	42	39,2
	Bình thường (18,5 ≤ BMI <23)	58	54,2
	Thừa cân (23 ≤ BMI <25)	5	4,7
	Béo phì (BMI ≥25)	2	1,8
	BMI trung bình: 22±2,3		
<b>Tổng cộng</b>		<b>107</b>	<b>100,0</b>

Tỷ lệ giới tính không có sự khác biệt đáng kể. Tỷ lệ người bệnh cao nhất thuộc 2 nhóm tuổi: 41-50 và > 50. Chỉ số khối 20 có tỷ lệ cao nhất. Chỉ số BMI trung bình là 22. Cân nặng bình thường và gầy chiếm tỷ lệ cao (54,2%).

### Triệu chứng lâm sàng trào ngược họng thanh quản dựa vào bảng điểm triệu chứng trào ngược

Điểm RSS của 107 người bệnh dao động từ 14-162. Trong đó, mức điểm 14, 33, 37 và 50 chiếm tỷ lệ hơi cao hơn so với các mức điểm còn lại (Hình 1).

**Bảng 2. Tương quan giữa độ tuổi của người bệnh và điểm trong bảng RSS**

Độ tuổi	Số người bệnh	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	p
18 – 30	12	74,75	115,72	0,595
31 – 40	21	60,76	29,64	
41 – 50	37	51,62	30,58	
> 50	37	65,08	69,67	
<b>Tổng</b>	<b>107</b>	<b>60,66</b>	<b>59,83</b>	

Điểm trung bình tổng thể là 60,66 + 59,83. Kết quả ANOVA cho giá trị  $p = 0,595 > 0,05$ , ghi nhận không có sự khác biệt nhiều giữa các độ tuổi so với điểm trung bình tổng thể. Nhóm có điểm trung bình là cao nhất là độ tuổi 18-30 và thấp nhất là độ tuổi 41-50.

Khi chúng tôi thử xét các triệu chứng lâm sàng LPR vào bảng RSI vốn được dùng ở một số nghiên cứu trước đây ở Việt Nam, thì kết quả lại cho thấy điểm RSI với 9 triệu chứng dao động từ 0 đến 17. Trong đó, số người bệnh có điểm RSI > 13 là 18/107 người bệnh (16,8%), trong khi với 107 người này thì đều xét với bảng RSS đều có điểm > 13 và được xem là có giá trị chẩn đoán LPR.

Các triệu chứng thường gặp có tỷ lệ cao là: khô họng (63,5%), tăng hắng (58,9%), cảm giác vướng họng (31,8%), đàm trong họng hoặc chảy mũi sau (27,1%), trào ngược dịch, thức ăn cứng hoặc ợ, ho (ban ngày), căng bụng và/hoặc chướng hơi, hôi miệng, và ho sau ăn hoặc khi nằm. Còn các triệu chứng có mức độ nặng nổi trội là: tăng hắng, cảm giác rát lưỡi, cảm giác nhiều đàm trong họng hoặc chảy mũi sau, cảm giác vướng họng, khàn tiếng hoặc có vấn đề về giọng, trào ngược dịch, thức ăn cứng hoặc ợ, hôi miệng, dịch nhầy dính trên thành họng, và ho (ban ngày) (24.3%).

### Dấu hiệu nội soi của bệnh LPR dựa vào bảng RSA

Hình 2 cho thấy điểm RSA dao động từ 6-44 trên thang điểm tối đa 72. Trong đó, điểm chủ yếu là các mức điểm từ 6 đến 22. Mức điểm > 14 có tất cả 66/107 người bệnh, chiếm tỷ lệ 61.7%.

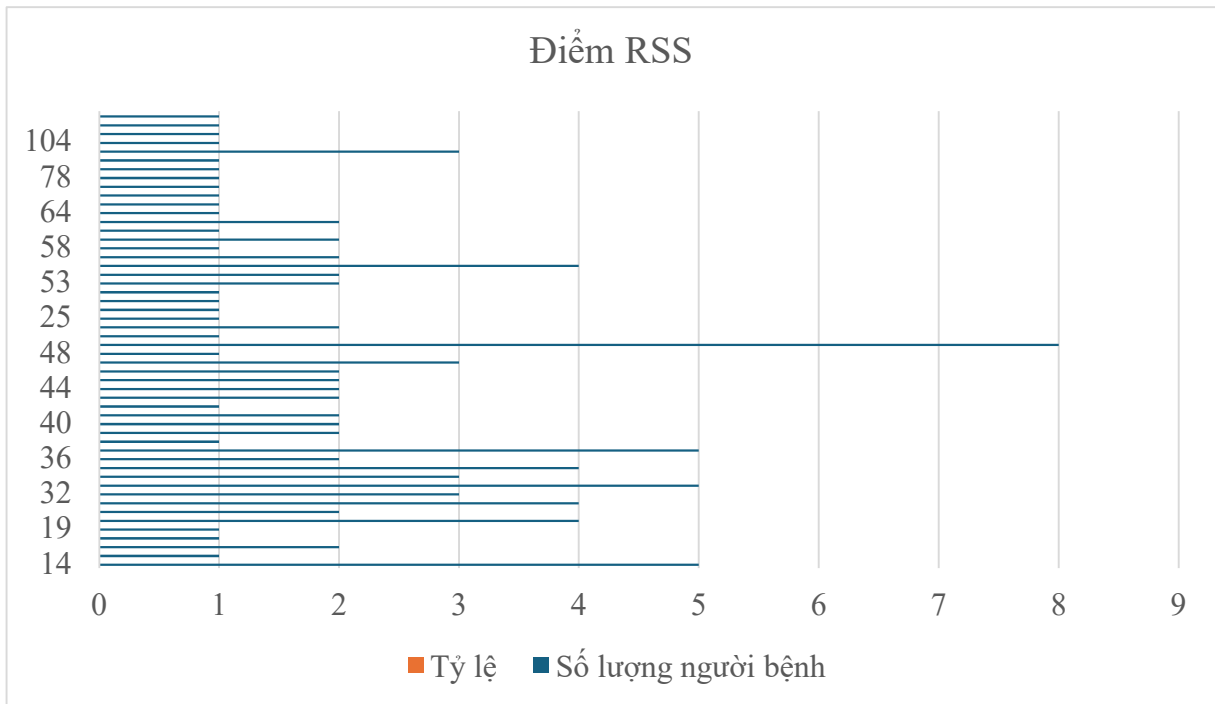
Điểm trung bình cao nhất thuộc độ tuổi 41-50 và độ tuổi > 50. Kết quả ANOVA cho giá trị  $p = 0,337 > 0,05$ , ghi nhận không có sự khác biệt giữa các độ tuổi so với điểm trung bình tổng thể.

**Bảng 4.** Tương quan giữa độ tuổi của người bệnh và điểm RSA

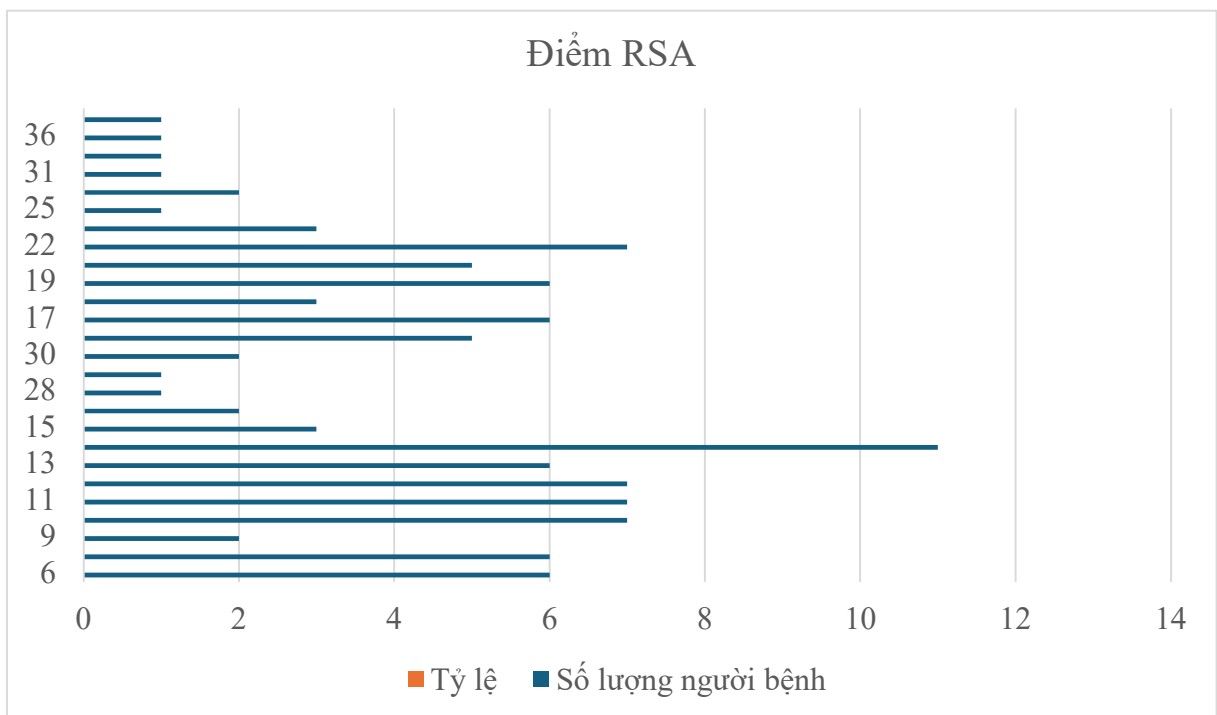
Độ tuổi	Số người bệnh	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
18 – 30	12	14.08	5,99
31 – 40	21	15.1	6,16
41 – 50	37	17.89	8,09
> 50	37	15.81	7,78
<b>Tổng</b>	<b>107</b>	<b>16.2</b>	<b>7,45</b>



**Hình 1.** Thống kê chi tiết điểm về triệu chứng lâm sàng LPR theo bảng RSS



**Hình 2.** Thống kê chi tiết điểm về dấu hiệu nội soi LPR theo bảng RSA



**Bảng 3. Kết quả về điểm của các triệu chứng LPR trong bảng RSS**

<b>Triệu chứng LPR</b>	<b>Tỷ lệ biểu hiện</b>	<b>Điểm trung bình</b>	<b>Độ lệch chuẩn</b>	<b>P</b>
Khàn tiếng hoặc có vấn đề về giọng nói	23,4%	3,06	4,36	0,000
Đau họng	28%	2,62	5,32	0,000
Đau lúc nuốt	7,5%	0,66	2,49	0,014
Khó nuốt (viên thuốc, chất lỏng, hoặc thức ăn cứng)	4,7%	0,37	1,70	0,092
Tăng hắng	58,9%	8,21	9,24	0,000
Cảm giác vướng họng	31,8%	3,35	5,69	0,000
Cảm giác nhiều đàm trong họng hoặc chảy mũi sau	27,1%	4,64	5,64	0,000
Đau hoặc đầy tai (ban ngày hoặc ban đêm)	0%	0,78	2,38	0,019
Cảm giác rát lưỡi	7,5%	10,36	10,83	0,000
Các triệu chứng khác (khô họng 63,5%, khạc đàm 1,9%, nghẹn 3,7%, ngứa họng 6,6%)	75,7%	-	-	-
Nóng sau xương ức, cảm giác axit dạ dày trào lên	4,7%	0,38	1,86	0,066
Trào ngược dịch, thức ăn cứng hoặc ợ	27,1%	2,74	4,99	0,000
Đau bụng	1,9%	0,17	1,42	0,158
Tiêu chảy	1,9%	0,11	1,27	0,207
Táo bón	1,9%	0,10	1,20	0,235
Khó tiêu	7,5%	0,64	2,60	0,011
Căng bụng và/ hoặc chướng hơi	11,2%	0,76	2,88	0,005
Hôi miệng	11,2%	1,72	3,17	0,002
Buồn nôn	2,8%	0,29	1,74	0,086
Ho sau ăn hoặc khi nằm	11,2%	1,12	2,82	0,006
Ho (ban ngày)	24,3%	2,72	4,25	0,000
Thở hổn hển hoặc khò khè	4,6%	0,25	1,75	0,083
Đau ngực	3,7%	0,12	1,38	0,169
<b>Tổng số điểm RSS</b>		<b>60,66</b>	<b>59,828</b>	<b>0,000</b>