

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^{1*}, Lê Phú Cường², Phạm Long Đạo²,

Lê Nguyễn Uyên Chi³, Trần Viết Luân⁴

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Nam Sài Gòn,

²Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện FV

³Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường ĐHYD Tp HCM

⁴Bộ 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 liên hệ: 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 + 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+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).*

1. 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 hoá 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;

2. 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 ≥ 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.

2. 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 IBM), 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.

3. 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			
Tổng cộng		107	100,0

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	
Tổng	107	60,66	59,83	

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

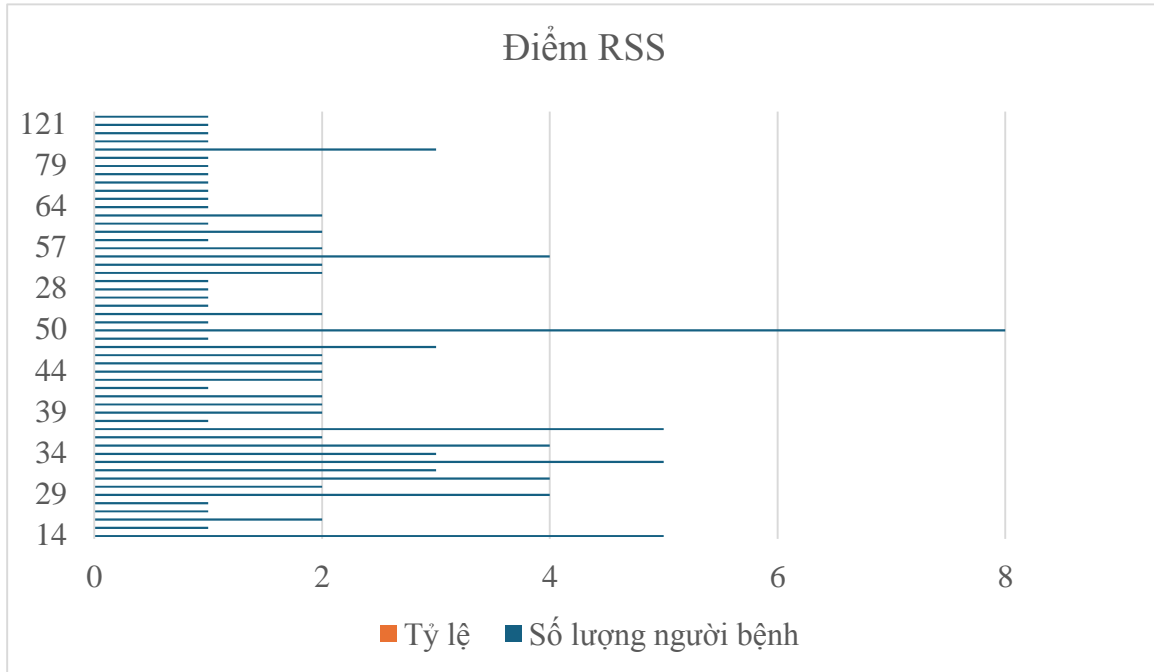
Hình 2 cho thấy điểm RSA dao động từ 6-44 trên thang điểm tối đa 72. Trong đó, điểm chủ yếu là các mức điểm từ 6 đến 22. Mức điểm > 14 có tất cả 66/107 người bệnh, chiếm tỷ lệ 61.7%.

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.

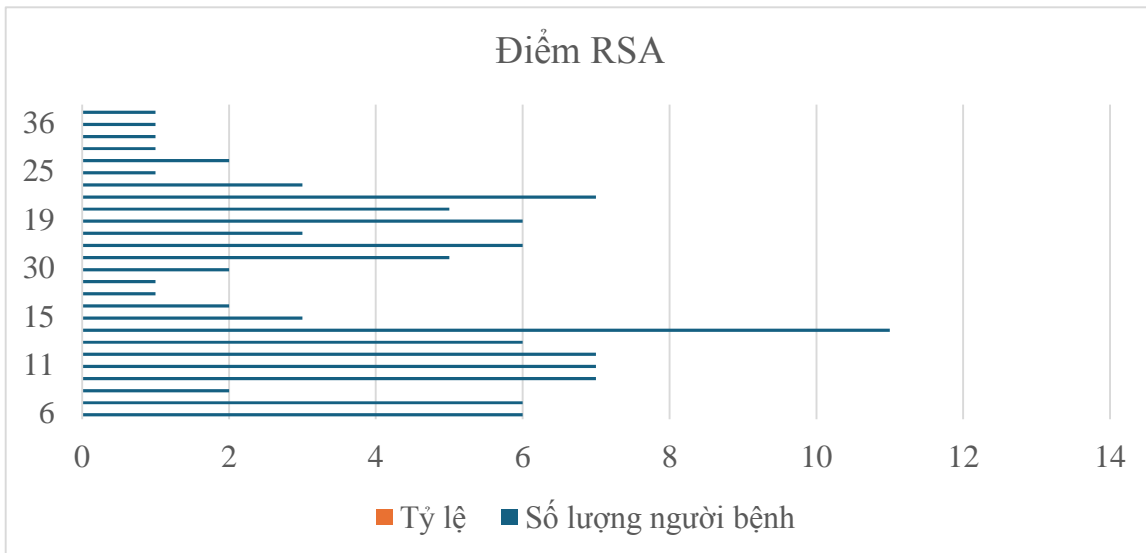
Bảng 4. Tương quan giữa độ tuổi của người bệnh và điểm RSA

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
Tổng	107	16.2	7,45

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

Triệu chứng LPR	Tỷ lệ biểu hiện	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	P
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
Thờ hển hển hoặc khò khè	4,6%	0,25	1,75	0,083
Đau ngực	3,7%	0,12	1,38	0,169
Tổng số điểm RSS		60,66	59,828	0,000

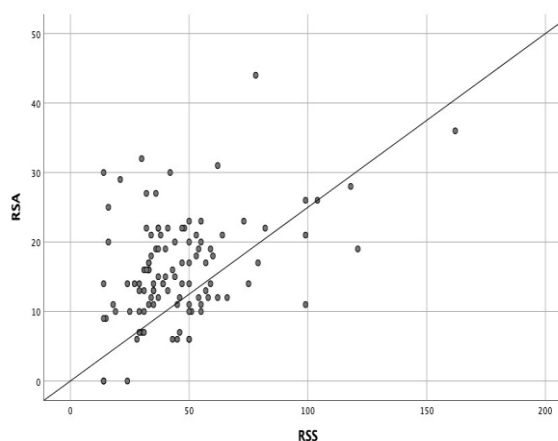
Bảng 5. Điểm trung bình của các dấu hiệu nội soi LPR theo bảng RSA

Mức độ biểu hiện dấu hiệu nội soi trào ngược họng thanh quản	Tỷ lệ biểu hiện	Giá trị tối đa	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	P
Ở khoang miệng					
Đỏ trợt trước ami đan	42,1	4	1,68	1,98	0,000
Phù +/- đỏ lưỡi gà	15,0	3	0,45	1,08	<0,001
Lưỡi trắng	19,6	2	0,39	0,80	<0,001
Ở khoang họng					
Họng, hạ họng đỏ	39,3	4	1,57	1,96	<0,001
Họng, hạ họng có hạt	75,7	3	2,27	1,29	<0,001
Phi đại amidan đáy lưỡi	33,6				
Thấy thung lũng khi đưa lưỡi ra		3	0,50	1,13	<0,001
Không thấy thung lũng		4	0,67	1,50	<0,001
Tiếp xúc giữa amidan đáy lưỡi và thanh nhiệt	28,0	4	1,12	1,81	<0,001
Dịch nhầy dính trên thành họng	40,2	4	1,61	1,97	<0,001
Ở thanh quản					
Thanh thiệt đỏ	17,8	3	0,87	1,42	<0,001
Băng thanh thất đỏ/ phù	19,6	2	0,39	0,80	<0,001
Giữa hai sụn phễu đỏ hoặc đỏ lan tỏa	14,0	4	0,56	1,40	<0,001
U hạt giữa hai sụn phễu	2,8	2	0,06	0,33	0,083
Phi đại mép sau	66,4	5	1,99	1,89	<0,001
Đỏ mặt sau sụn nhẫn	6,5	3	0,20	0,75	0,008
Mặt sau sụn nhẫn tiếp xúc với thành hạ họng (khi thanh môn mở)	12,1	4	0,49	1,31	<0,001
Dịch nhầy dính trong lòng thanh quản	25,2	3	0,76	1,31	<0,001
U hạt dây thanh/ sừng hóa/ loét	10,3	6	0,62	1,83	0,001
Tổng số người bệnh	107				

Kết quả ghi nhận điểm ở các dấu hiệu nội soi khá rõ ở hầu hết khoang miệng, họng và thanh quản. Tỷ lệ biểu hiện cao và độ nặng cao ở các dấu hiệu lần lượt ở ba vùng là: đỏ trụ trước amidan (42,1%), họng và hạ họng có hạt (75,7%), họng và hạ họng đỏ (39,3%), dịch nhầy dính trên thành họng (40,2%), và phì đại mép sau (66,4%).

Tương quan giữa kết quả ở hai bảng RSS và RSA

Biểu đồ 3. Tương quan giữa bảng điểm RSS và bảng điểm RSA



Hệ số tương quan Pearson giữa bảng điểm RSS và bảng điểm RSA là $r = 0,389$. là tương quan tuyến tính thuận, mức độ tương quan vừa.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1 cho thấy không có sự khác biệt đáng kể với tỷ lệ nam nữ là 1:1.1. Điều này có thể là do mẫu khảo sát thuận tiện tại thời điểm tiến hành nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu đi ở người bệnh LPR cho thấy tỷ lệ nam

thấp hơn so với nữ giới: 1:1,5(7); 1:1,46(8); 1:1,95(9); và 1:1,93(10). Các lý giải được đưa ra: do tâm lý, cấu trúc mô học, mức độ nhạy cảm với dịch vị của phái nữ; hoặc do họ hay lo lắng, quan tâm đến sức khỏe... dẫn đến tần xuất đi khám bệnh của nữ nhiều hơn nam. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần tương đồng với tác giả nào...: 1,0:1,0(11); 1:1,17(12). Điều này cho thấy có xu hướng thay đổi về mức độ quan tâm đến sức khỏe của người bệnh nam và bệnh LPR có thể gặp ở cả hai giới ngày càng nhiều. Ngoài ra, còn có ảnh hưởng của việc chọn mẫu khảo sát thuận tiện tại thời điểm diễn ra nghiên cứu.

Về độ tuổi, kết quả khảo sát cho thấy độ tuổi 41-50 (34,6%) và độ tuổi >50 (34,6%) chiếm tới 2/3 số người bệnh LPR. Tuổi trung bình là 47,04+13,06. Kết quả tương đồng với các nghiên cứu đi trước: 46,3 + 12,02(13); 46,86 + 14,54(14); 43,29 + 11,48(10); 48,23 + 16,72(5). Có thể thấy, ở các độ tuổi này (trung niên) thường có nhiều bệnh lý và có ý thức đến sức khỏe và quan tâm đến các triệu chứng LPR khi gặp những ảnh hưởng đến khả năng làm việc và chất lượng cuộc sống.

Ngoài ra, chỉ số thấy BMI trung bình là 22. Có nhiều người bệnh LPR có cân nặng bình thường (54,2%) và gầy (39,2%); thừa cân và béo phì chiếm tỷ lệ không cao (6,5%). Như vậy, chỉ số BMI với bệnh lý LPR không có mối tương quan rõ ràng trong nghiên cứu này ở người Việt nam.

Biểu hiện triệu chứng lâm sàng LPR qua bảng RSS

Hình 1 cho thấy người bệnh có mức điểm thấp nhất là 14 và cao nhất là 162 so

với điểm tối đa là 550 (cho cả 25 triệu chứng ở ba nhóm). Bảng 2 cho thấy điểm trung bình tổng thể là 60,66 + 59,83, khá cao so với mức điểm tối thiểu >14. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Min và cộng sự ở Hàn Quốc có điểm trung bình là 78,20+64,95(15) trong khi Lechien và cộng sự(5) ở Bỉ có điểm trung bình cao hơn là 112,49+78,41. Khác biệt này có thể là do đặc điểm của người bệnh ở Châu Âu và Châu Á và đặc điểm của mẫu khảo sát. Ở bảng 2, điểm trung bình giữa các độ tuổi không chênh lệch nhiều và có tương quan với điểm trung bình tổng thể ($p = 0,595 > 0,05$), cho thấy bệnh lý LPR có thể gặp ở nhiều độ tuổi. Ngoài ra, điểm trung bình cao nhất là ở độ tuổi 18-30 là 74,75+115,72. Điều này chỉ ra rằng bệnh lý trào ngược thanh quản họng có xu hướng trẻ hóa.

Ngoài ra, chúng tôi khảo sát thêm sự khác biệt của bảng điểm RSI so với RSA trên các BN nghiên cứu có RSS >13. Kết quả: chỉ có 16,8% bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán LPR với RSI ≥ 13 . Như vậy, việc sử dụng bảng RSS sẽ nhạy hơn trong chẩn đoán LPR, tránh bỏ sót chẩn đoán.

Kết quả thống kê ở bảng 3 cho thấy độ nặng của các triệu chứng lâm sàng ở người bệnh LPR từ mức độ 1 đến 5, thể hiện mối tương quan cao với tần xuất của triệu chứng. Liên quan đến tai mũi họng, có tới 76% người bệnh có nhóm triệu chứng đi kèm, nhất là khô họng và ngứa họng, có biểu hiện nhiều từ mức độ 3 trở lên, mức độ 5 khá cao (37,4%). Gần 2/3 người bệnh có triệu chứng tăng hắng cũng từ mức độ 3 trở lên, trong đó

mức độ 5 cũng phổ biến (28%). Cảm giác nhiều đàm trong họng/chảy mũi sau cũng ghi nhận ở gần 1/3 người bệnh, cũng từ mức độ mức 3 trở lên. Đặc biệt với triệu chứng khác đi kèm là khô họng thì mức độ 4 và mức độ 5 khá cao (22,1% và 42,7%). Như vậy, các triệu chứng tai mũi họng liên quan đến bệnh lý LPR có biểu hiện khá rõ và ở mức độ từ trung bình đến nặng. Lý do rất rõ trong thực tế, nhiều người bệnh thường thấy biểu hiện bệnh nặng, khó chịu thì mới đi khám.

Kết quả cũng cho thấy biểu hiện các triệu chứng tiêu hóa/bụng tập trung nhiều từ mức độ 3 đến mức độ 5. Gần 27,1% người bệnh có trào ngược dịch, thức ăn cứng hoặc ở mức độ 3 và 5; hơn 21,2% có triệu chứng căng bụng và/hoặc chướng hơi ở mức độ 3; khoảng 11,2% có hôi miệng rõ ở mức độ 4 và mức độ 5; một tỷ lệ nhỏ (0,9% – 5%) có triệu chứng khác như nóng sau xương ức, cảm giác axit dạ dày trào lên, đau bụng, tiêu chảy, táo bón, buồn nôn và ở nhiều mức độ khác nhau từ 1 đến 5. Nhìn chung, tần xuất triệu chứng tiêu hóa/bụng ở người bệnh không cao nhưng biểu hiện bệnh lại ở mức độ trung bình đến nặng nếu có. Đối với các triệu chứng hô hấp/ngực, có hơn 24,3% biểu hiện ho ban ngày, tập trung ở mức độ 3 và mức độ 5; khoảng 11,2% ho sau ăn hoặc khi nằm từ mức độ 4 đến mức độ 5; còn các triệu chứng khác như thở hỗn hển hoặc khò khè, đau ngực, ho ban đêm, khó thở ít gặp hơn (1,9% – 3,8%) và ở mức độ từ nhẹ đến trung bình (1 – 3). Như vậy, triệu chứng ho là thường gặp nhất ở người bệnh và thường ở mức độ trung bình đến nặng.

Dấu hiệu nội soi của bệnh LPR qua bảng RSA

Kết quả ở hình 2 cho thấy mức điểm tối thiểu là 6 và cao nhất là 44 (điểm tổng cho cả ba nhóm dấu hiệu nội soi). Trong đó, 61,7% có điểm RSA >14. Như vậy, việc sử dụng bảng RSA giúp phát hiện dấu hiệu cho chẩn đoán LPR khá nhạy. Ở bảng 4, điểm trung bình tổng thể của người bệnh là $16,2 \pm 7,45$. Ở nghiên cứu của Lechien và cộng sự⁽⁶⁾ là $25,95 \pm 9,58$. Sự khác biệt này có thể là do đặc điểm mẫu khảo sát của người bệnh Châu Á và Châu Âu. Vì thế cần có thêm khảo sát có cỡ mẫu lớn hơn để có thể đưa ra thêm nhận định. Ngoài ra, bảng 3 cho thấy điểm trung bình giữa các độ tuổi không chênh lệch nhiều; điểm trung bình giữa các độ tuổi không chênh lệch nhiều và khác biệt so với điểm trung bình tổng thể ($p = 0,337 > 0,05$); điểm trung bình cao nhất nằm ở độ tuổi 41-50 ($17,89 \pm 8,09$) và > 50 ($15,81 \pm 7,78$). Kết quả hoàn toàn tương ứng với điểm RSS bên trên.

Ngoài ra, khi so sánh thêm 89 người bệnh có điểm RSI <13 như đã nêu trên thì phát hiện 49,3% lại có điểm RSA >14. Điều đó cho thấy một số người bệnh không được chẩn đoán không có LPR qua bảng RSI có khả năng vẫn được chẩn đoán có LPR bằng bảng điểm RSA.

Bảng 6 cho thấy một số dấu hiệu nội soi nội trội: ở khoang miệng, đồ trụ trước amidan (42,1%), lưỡi trắng (19,6%); ở họng, họng và hạ họng có hạt (75,7%), dịch nhầy dính trên thành họng (40,2%), và họng và hạ họng đỏ (39,3%); ở vòm mũi họng, đồ +/- hạt viêm (28%), tiếp xúc giữa amidan đáy lưỡi và thanh thiệt (28%), phì đại amidan đáy lưỡi (33,6%); ở thanh quản, phì đại mép sau chiếm (66,4%), dịch nhầy dính trong lòng thanh quản (25,2%), và băng thanh thất đỏ/phù (19,6%). Kết quả cũng cho thấy các

giá trị điểm trung bình và độ lệch chuẩn có ý nghĩa thống kê. Đặc biệt, các dấu hiệu ở khoang miệng và họng như đồ trụ trước amidan; họng, hạ họng đỏ; họng, hạ họng có hạt; phì đại mép sau; tiếp xúc giữa amidan đáy lưỡi và thanh thiệt; dịch nhầy dính trên thành họng... có điểm trung bình cao so với các dấu hiệu khác và được ghi nhận ở mức điểm từ 3 đến 6 bên cạnh các dấu hiệu nội soi điển hình ghi nhận ở vùng thanh quản.

Các kết quả trên một lần nữa khẳng định cho việc áp dụng bảng RSA giúp phát hiện ra tất cả các dấu hiệu nội soi của bệnh LPR ở thanh quản như đã tìm thấy trong các nghiên cứu trước đây sử dụng bảng RFS. Ngoài ra, có thể thấy mối liên quan của bệnh LPR trong tiến triển của các bệnh mũi, tai giữa và thanh quản được xác định trong nhiều nghiên cứu trong những thập kỷ qua⁽⁶⁾. Vì thế, việc chọn bảng RSA thay thế RFS là một khuyến nghị hoàn toàn phù hợp.

Có thể thấy, sau khi có kết quả về triệu chứng lâm sàng với tổng điểm >13 ở bảng RSS, kết quả về dấu hiệu nội soi trào ngược thể hiện rất rõ ở người bệnh qua bảng RSA. Như vậy, kết quả đánh giá dựa vào bảng RSA giúp bác sĩ tai mũi họng có thêm được một công cụ để khẳng định thêm độ chính xác của các chẩn đoán triệu chứng lâm sàng ban đầu được đo bằng bảng RSS.

Mối tương quan giữa bảng điểm RSS và bảng điểm RSA

Kết quả ở hình 2 cho thấy sự tương quan tuyến tính thuận giữa 2 bảng điểm RSS và RSA với hệ số tương quan là 0,389 ở mức độ vừa. Có thể kết luận: Nếu người bệnh có tổng điểm triệu chứng lâm sàng RSS càng cao thì tổng điểm dấu hiệu nội soi RSA càng cao và ngược lại. Nghiên cứu của chúng tôi giúp khẳng định thêm nhận định của Lechien và cộng sự^(5,6). Lechien và cộng

sự^(5,6) là những người tiên phong trong việc ứng dụng bảng RSS và RSA trong đánh giá LPR, nghiên cứu của họ cho đến thời điểm này xác nhận độ chuẩn xác kết hợp qua đánh giá mối tương quan giữa RSS và RSA.

KẾT LUẬN

Đặc điểm mẫu khảo sát

- Tỷ lệ giới tính không có sự khác biệt đáng kể (1:1,1). Độ tuổi trung niên thường đến thăm khám nhiều hơn so với các độ tuổi khác.

- Tỷ lệ người bệnh có BMI trong giới hạn bình thường chiếm đa số. Đặc biệt, kết quả còn ghi nhận ở nhiều người gầy (chiếm 2/5 người bệnh).

Đặc điểm lâm sàng qua bảng điểm triệu chứng trào ngược (RSS)

- Điểm RSS của người bệnh từ 14 – 162, điểm trung bình là 60,66 + 59,83.

- Các triệu chứng thường gặp nhất: ở tai mũi họng thường là 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%), và đặc biệt là triệu chứng khô họng (63,5%); ở tiêu hóa/bụng và hô hấp/ngực là trào ngược dịch, thức ăn cứng hoặc (27,1%), căng bụng, chướng hơi, hoặc hôi miệng (11,2%); ở hô hấp/ ngực là ho ban ngày (24,3%) và ho sau ăn hoặc khi nằm (11,2%).

Dấu hiệu nội soi qua bảng đánh giá dấu hiệu trào ngược (RSA)

- Điểm RSA của người bệnh 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 nếp sau (66,4%); ở khoang miệng là đồ trụ trước amidan (42,1%) và lưỡi trắng (19,6%); ở khoang họng là họng, hạ họng có hạt (75,7%), dịch nhầy dính trên thành họng (40,2%), và họng, hạ họng đỏ (39,3%).

Tương quan giữa bảng điểm triệu chứng trào ngược (RSS) và bảng dấu hiệu trào ngược (RSA)

- Tương quan giữa bảng điểm RSS và RSA là tương quan thuận mức độ vừa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jamal, N., & Wang, M. B. (Eds.) (2019). *Laryngopharyngeal Reflux Disease: Integrative Approaches*. Springer.
2. Hunt, R., Armstrong, D., Katelaris, P., Afihene, M., Bane, A., Bhatia, S., ... & LeMair, A. (2017). World gastroenterology organisation global guidelines: GERD global perspective on gastroesophageal reflux disease. *Journal of clinical gastroenterology*, 51(6):467-478.
3. Belafsky, P. C., Postma, G. N., & Koufman, J. A. (2002). Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *Journal of Voice*, 16(2):274-277.
4. Belafsky, P. C., Postma, G. N., & Koufman, J. A. (2001). The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *The Laryngoscope*, 111(8):1313-1317.
5. Lechien, J. R., Bobin, F., Muls, V., Thill, M. P., Horoi, M., Ostermann, K., ... & Saussez, S. (2020). Validity and reliability of the reflux symptom

- score. *The Laryngoscope*, 130(3):e98-e107.
6. Lechien, J. R., Rodriguez Ruiz, A., Dequanter, D., Bobin, F., Mouawad, F., Muls, V., ... & Saussez, S. (2020). Validity and reliability of the reflux sign assessment. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 129(4):313-325.
 7. Patigaroo, S. A., Hashmi, S. F., Hasan, S. A., Ajmal, M. R., & Mehfooz, N. (2011). Clinical manifestations and role of proton pump inhibitors in the management of laryngopharyngeal reflux. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 63(2):182-189.
 8. Habermann, W., Schmid, C., Neumann, K., DeVaney, T., & Hammer, H. F. (2012). Reflux symptom index and reflux finding score in otolaryngologic practice. *Journal of voice*, 26(3):e123-e127.
 9. Tống Thị Minh Thương (2016). Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh trào ngược dạ dày - thực quản có biểu hiện ở vùng hầu họng. *Luận văn Thạc sĩ. Đại học Y Dược TP.HCM*.
 10. Đặng Huỳnh Phương Thy (2018). Liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và tổn thương vùng họng thanh quản qua nội soi ở bệnh nhân trào ngược họng - thanh quản. *Tạp chí Y học TPHCM*, 23(6): 111-6.
 11. Alam, K. H., & Vlastarakos, P. V. (2014). Diagnosis and management of laryngo-pharyngeal reflux. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 66(3): 227-231.
 12. Joshi, A. A, Chiplunkar, B. G., Bradoo, R. A., & Shah, K. D. (2015). Posterior Commissure Hypertrophy as Diagnostic and Prognostic Indicator for Laryngopharyngeal Reflux. *International Journal of Phonosurgery and Laryngology*, 5(2):57-60.
 13. Naiboglu, B., Durmus, R., Tek, A., Toros, S. Z., & Egeli, E. (2011). Do the laryngopharyngeal symptoms and signs ameliorate by empiric treatment in patients with suspected laryngopharyngeal reflux?. *Auris Nasus Larynx*, 38(5):622-627.
 14. Spantideas, N., Drosou, E., Bougea, A., & Assimakopoulos, D. (2015). Laryngopharyngeal reflux disease in the Greek general population, prevalence and risk factors. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*, 15(1):1-7.
 15. Min, H. K., Jeon, S. Y., Lechien, J. R., Park, J. M., Park, H., Yu, J. W.,... & Ko, S. G. (2021). Translation and validation of the Korean Version of the Reflux Symptom Score. *Journal of Voice*.