

ỨNG DỤNG BẢNG ĐIỂM TRIỆU CHỨNG TRÀO NGƯỢC (RSS) VÀ BẢNG ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU TRÀO NGƯỢC (RSA) TRONG CHẨN ĐOÁN TRÀO NGƯỢC HỌNG THANH QUẢN

Lê Nguyễn Trọng Tín¹, Nguyễn Công Trung²

1. Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i70.234>

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo hội nghị thường niên tại Dubai năm 2023 của các chuyên gia Hiệp hội Tai mũi họng Thế giới (IFOS, International Federation of ORL Societies) đã đồng thuận đưa Bảng điểm triệu chứng trào ngược (RSS, The Reflux Symptom Score) và Bảng điểm đánh giá dấu hiệu trào ngược qua nội soi (RSA, Reflux Sign Assessment) trong chẩn đoán trào ngược họng thanh quản (LPR). Hiện ở Việt Nam mới chỉ có 02 công trình nghiên cứu ứng dụng các bảng này trong thực hành chẩn đoán LPR. **Mục tiêu:** Khảo sát ứng dụng bảng RSS và RSA trong thực hành lâm sàng chẩn đoán trào ngược họng thanh quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca tiền cứu 209 người bệnh tự đánh giá triệu chứng lâm sàng trong bảng RSS và được nội soi ống cứng để ghi điểm tại bảng RSA trong chẩn đoán trào ngược họng thanh quản tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn từ 01/10/2024 đến 30/4/2025. **Kết quả:** Trong 209 người bệnh tham gia nghiên cứu có: tỷ lệ nam:nữ là 1:1.09 (52.5% là nam giới); khoảng khảo sát độ tuổi từ 16 đến 91 tuổi, tuổi trung bình là 51.51 ± 15.70 , nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 31 đến 60 tuổi; chỉ số BMI trung bình 25.17 ± 3.38 kg/m², nhóm béo phì độ I chiếm tỷ lệ 39.71%, thừa cân chiếm 25.84%; có 27.27% có bệnh lý nền, trong đó bệnh viêm mũi dị ứng chiếm 7.66%, COPD chiếm 7.18%, GERD chiếm 6.70%. Người bệnh đến khám vì khàn tiếng chiếm 31.58%, đau họng chiếm 27.27% và thấp nhất là khó nuốt chiếm 4.31%. Điểm RSS dao động từ 30-131, điểm trung bình là 87.95 ± 26.23 . Các triệu chứng thường gặp nhất: ở tai mũi họng là cảm giác vướng họng (100%), tăng hắt và cảm giác có đàm trong họng hoặc chảy mũi sau (91.39%), khàn tiếng hoặc có vấn đề về giọng nói (88.04%); ở tiêu hóa/bụng là trào ngược dịch, thức ăn cứng (74.16%), hôi miệng (63.16%), nóng sau xương ức, cảm giác axit dạ dày trào lên (59.33%); ở hô hấp/ngực là ho sau ăn/khi nằm (71.29%), ho ban ngày (46.89%).

* Tác giả liên hệ: Lê Nguyễn Trọng Tín

ĐT: 0834235769

Email: lnttin.med@gmail.com

Nhận bài: 05/06/2025

Ngày nhận phản biện: 12/07/2025

Ngày nhận phản hồi: 17/7/2025

Ngày duyệt đăng: 22/07/2025

Điểm RSA dao động từ 14-52, điểm trung bình là 34.24 ± 9.65 . Các dấu hiệu nội soi thường gặp nhất: ở khoang miệng là đỏ trụ trước amidan (72.73%), lưỡi gà đỏ và/hoặc phù nề (64.59%); ở khoang họng là dịch nhầy trên thành họng (77.99%), thành sau họng miệng hoặc hạ họng đỏ (61.72%); ở thanh quản là dịch nhầy giữa hai dây thanh (83.73%), đỏ mép sau và vùng sau sụn nhẫn (86.12%). Tương quan giữa bảng điểm RSS và RSA là tương quan thuận mức độ mạnh (chỉ số r^2 là 0.5579). **Kết luận:** Bảng RSS và bảng RSA hiệu quả trong thực hành lâm sàng chẩn đoán trào ngược họng thanh quản (LPR), tránh bỏ sót bệnh và giúp cho bác sĩ lâm sàng có kế hoạch, chiến lược điều trị và trong tương lai có thể ứng dụng trong đánh giá đáp ứng điều trị cho người bệnh LPR.

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

SUMMARY

APPLICATION OF REFLUX SYMPTOM SCORE (RSS) AND REFLUX SIGN ASSESSMENT (RSA) IN DIAGNOSIS OF LARYNGOPHARYNGEAL REFLUX¹

Introduction: According to the 2023 Consensus in Dubai of experts from the International Federation of ORL Societies (IFOS), the Reflux Symptom Score (RSS) and the Reflux Sign Assessment (RSA) have been agreed upon for the diagnosis criteria of laryngopharyngeal reflux (LPR). Currently, in Vietnam, only two studies have applied these scales in the clinical diagnosis of LPR. **Objectives:** This study aims to investigate the application of the RSS and RSA scales in the clinical practice of diagnosing laryngopharyngeal reflux. **Materials and methods:** A descriptive study, based on the results of 209 patients who self-assessed their clinical symptoms using the RSS and underwent rigid laryngoscopy for RSA scoring in the diagnosis of laryngopharyngeal reflux at Saigon General Hospital from October 1st, 2024, to April 30th, 2025. **Results:** Among the 209 patients participating in the study: the male-to-female ratio was 1:1.09 (52.5% were male); the age range was from 16 to 91 years, with a mean age of 51.51 ± 15.70 years, and the most frequent age group was 46 to 60 years; the mean BMI was 25.17 ± 3.38 kg/m², with obesity class I accounting for 39.71% and overweight for 25.84%; 27.27% had underlying medical conditions, of which allergic rhinitis accounted for 7.66%, COPD for 7.18%, and GERD for 6.70%. The most common presenting symptom was hoarseness (31.58%), followed by sore throat (27.27%), and the least common was dysphagia (4.31%). The RSS scores ranged from 30 to 131, with a mean score of 87.95 ± 26.23 . The most frequent symptoms were: in the ear, nose, and throat disorders,

sensation of something sticking in the throat (100%), throat clearing and excess mucous in the throat or post nasal drip sensation (91.39%), and hoarseness or voice problems (88.04%); in the abdominal disorders, regurgitation of liquid or solid food or burps (74.16%), halitosis (63.16%), and heartburn, stomach acid coming (59.33%); in the chest/respiratory disorders, cough after eating or lying down (71.29%) and daytime cough (46.89%). The RSA scores ranged from 14 to 52, with a mean score of 34.24 ± 9.65 . The most frequent endoscopic signs were: in the oral cavity, anterior pillar erythema (72.73%) and uvula erythema or/and edema (64.59%); in the pharyngeal cavity, pharyngeal sticky mucus (77.99%) and posterior oro- or hypopharyngeal wall erythema (61.72%); in the larynx, endolaryngeal sticky mucus deposit (83.73%) and erythema of posterior commissure and retro-cricoid (86.12%). There was a strong positive correlation between the RSS and RSA scales ($r^2 = 0.5579$). **Conclusions:** The RSS and RSA scales are effective in the clinical practice of diagnosing laryngopharyngeal reflux (LPR), helping to avoid underdiagnosis and assisting clinicians in developing treatment plans and strategies, and may be applicable in the future for evaluating treatment response in LPR.

Key words: Reflux Symptom Score (RSS), Reflux Sign Assessment (RSA), pharynx, larynx, reflux, laryngopharyngeal reflux (LPR).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo đồng thuận năm 2023 của Hiệp hội Tai Mũi Họng Thế giới (IFOS, International Federation of Otolaryngology and Rhinology Societies) đã đưa ra định nghĩa trào ngược họng thanh quản (LPR, Laryngopharyngeal Reflux) là “một bệnh ở đường hô hấp tiêu hóa trên (upper aerodigestive tract) do tác động trực tiếp và/hoặc gián tiếp của trào ngược các chất từ dạ dày tá tràng, gây ra những thay đổi về hình thái và/hoặc thần kinh ở đường hô hấp tiêu hóa trên”. Tại lâm sàng, IFOS đồng thuận khuyến cáo sử dụng Bảng điểm triệu chứng trào ngược (RSS, The Reflux Symptom Score) và Bảng điểm đánh giá dấu hiệu trào ngược qua nội soi (RSA, Reflux Sign Assessment) trong chẩn đoán trào ngược họng thanh quản (LPR). Hiện ở Việt

Nam mới chỉ có 02 công trình nghiên cứu ứng dụng các bảng này trong thực hành chẩn đoán LPR.

Mục tiêu: Khảo sát ứng dụng bảng RSS và RSA trong thực hành lâm sàng chẩn đoán trào ngược họng thanh quản tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh từ 16 tuổi trở lên đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn từ 01/10/2024 đến 30/4/2025 đồng ý tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán lâm sàng LPR với RSS từ 13 điểm trở lên. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có tiền sử ung thư họng thanh quản, ung thư vòm họng, ung thư

khoang miệng hoặc phẫu thuật đường tiêu hóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca tiến cứu.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu: Tiến hành thăm khám tai mũi họng: hỏi bệnh sử - tiền sử người bệnh nghi ngờ LPR, khai thác triệu chứng lâm sàng và tính điểm RSS, mời người bệnh có điểm RSS trên 13 điểm tham gia nghiên cứu, nội soi tai mũi họng bằng ống cứng để thu thập các dấu hiệu nội soi và tính điểm RSA. Đảm bảo các quy định kiểm soát nhiễm khuẩn, quy trình kỹ thuật chuyên môn và an toàn người bệnh.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Quản lý, xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và STATA 17.0.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học:

Nghiên cứu được thông qua và được chấp thuận bởi Hội đồng Khoa học công nghệ của Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn theo Quyết định số 725/QĐ-BVĐKSG ngày 11/11/2024 và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng theo Quyết định số 36/PCT-HĐĐĐ-ĐT ngày 20/9/2024.

3. KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

Có tất cả 209 người bệnh từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán lâm sàng LPR có điểm RSS từ trên 13, thỏa tiêu chuẩn lựa chọn mẫu được khảo sát từ 01/10/2024 đến 30/4/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn.

3.1. Đặc điểm dịch tễ

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	109	52.15
	Nữ	100	47.85
	Tỷ lệ nam:nữ là 1:1.09		
Nhóm tuổi	Từ 16 đến 30 tuổi	22	10.53
	Từ 31 đến 45 tuổi	56	26.79
	Từ 46 đến 60 tuổi	58	27.75
	Từ 61 đến 75 tuổi	65	31.10
	Trên 75 tuổi trở lên	8	3.83
	Tuổi trung bình là 51.51 ±15.70 (min: 16 tuổi; max: 91 tuổi).		
BMI (theo phân loại của IDI & WPRO dành riêng cho người châu Á)	Gầy (BMI < 18.5)	7	3.35
	Bình thường (18.5≤BMI<23.0)	46	22.01
	Thừa cân (23.0≤BMI<25.0)	54	25.84
	Béo phì độ I (25.0≤BMI<30.0)	83	39.71
	Béo phì độ II (30.0≤BMI<40.0)	19	9.09
	BMI trung bình là 25.17 ± 3.38 kg/m ²		

Đặc điểm dịch tễ		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ %
	(min: 17.3 kg/m ² ; max: 38.3 kg/m ²)		
Thói quen sinh hoạt	Chưa ghi nhận bất thường	67	32.06
	Uống cà phê	24	11.48
	Uống rượu bia	9	4.31
	Hút thuốc lá	52	24.88
	Vận động ngay sau khi ăn	57	27.27
Bệnh lý nền mạn tính	Chưa ghi nhận bất thường	152	72.73
	Viêm mũi dị ứng	16	7.66
	COPD	15	7.18
	Hen	12	5.74
	GERD	14	6.70
Lý do khám bệnh	Cảm giác dính trong họng	16	7.66
	Cảm giác nhiều đàm trong họng/chảy mũi sau	19	9.09
	Khàn tiếng/ có vấn đề về giọng nói	66	31.58
	Đau họng	57	27.27
	Đau lúc nuốt	14	6.70
	Khó nuốt	9	4.31
	Tăng hắng	28	13.40

Tỷ lệ giới tính không có sự khác biệt đáng kể, tuy nhiên với tỷ lệ nam:nữ là 1:1.09 giống với tác giả N.T.Khuong (2024) với tỷ lệ là 1:1.10, nhưng tương đối thấp hơn so với một số nghiên cứu của các tác giả Patigaroo (2011) là 1:1.5, T.T.M.Thương (2016) là 1:1.95 và Đ.H.P.Thy (2018) là 1:1.93 cho thấy có xu hướng thay đổi về mức độ quan tâm đến sức khỏe của người bệnh nam và có thể gặp ở cả hai giới.

Về độ tuổi gặp nhiều ở nhóm tuổi từ trên 60 tuổi trở lên, là nhóm tuổi có ý thức đến vấn đề sức khỏe và quan tâm đến các triệu

chứng LPR; mặt khác nếu tính gộp nhóm tuổi từ 31 đến 60 tuổi cũng chiếm trên 50% có thể ghi nhận đến mức độ ảnh hưởng quan tâm LPR ảnh hưởng đến khả năng làm việc và chất lượng cuộc sống.

Với BMI trung bình là 25.17 kg/m² ghi nhận nhóm thừa cân, béo phì trên 50% chủ yếu sẽ gặp ở người bệnh LPR, người bệnh có BMI bình thường chiếm khoảng 1/5 và cũng có ghi nhận tỷ lệ người bệnh gầy (3.35%), nghiên cứu này của chúng tôi ngược với nghiên cứu của Đ.H.P.Thy (2018) N.T.Khuong (2024).

Mặc dù những thói quen uống cà phê, hút thuốc lá, vận động ngay sau ăn ở bệnh nhân GERD và có thể cả LPR được xem là có liên quan trong các nghiên cứu trước đây, nhưng tỷ lệ người bệnh có các thói quen này trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp, nên chưa thể đưa ra nhận định về mối liên quan giữa chúng với bệnh lý LPR. Vì thế cần có thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để có thể đưa ra kết luận. Ngoài ra, những phát hiện này còn gợi ý đến việc tồn tại một số yếu tố tiềm ẩn khác trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh và cần có những nghiên cứu sâu hơn trong tương lai.

Về tiền sử bệnh lý nền không có dữ liệu chuẩn để đối sánh nên chúng tôi không đưa ra đánh giá cụ thể cũng như kết quả chưa cho phép đưa ra bất kỳ nhận định chung nào về mối tương quan giữa tiền sử bệnh với bệnh lý trào ngược họng thanh quản. Những phát hiện này có thể là do đặc điểm dịch tễ mẫu khảo sát thuận tiện tại nơi thực hiện nghiên cứu.

Trong một số nghiên cứu đi trước, tiêu biểu như Book (2002), T.T.M.Thương (2016) và Đ.H.P.Thy (2018) có 4 lý do chính là: vướng họng, khàn tiếng, đau họng, ho kéo dài. Tuy nhiên, nhìn chung, kết quả của chúng tôi cho thấy có sự tương đồng giữa với các nghiên cứu đi trước về các lý do điển hình liên quan đến tai mũi họng khiến cho người bệnh nghi ngờ LPR đi khám bệnh.

3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng theo Bảng điểm RSS

a. Kết quả về điểm triệu chứng của Bảng điểm RSS

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bảng điểm RSS có mức điểm thấp nhất 30 điểm, cao nhất là 131 điểm, trung bình 87.95 ± 26.23 điểm, kết quả này cao hơn của tác giả Min (2021) là 78.20 ± 64.95 và N.T.Khuong (2024) là 60.66 ± 59.83 và thấp hơn Lechien (2021) là 112.49 ± 78.41 . Sự khác biệt về giá trị điểm trung bình có thể là do đặc điểm của người bệnh ở Châu Âu và Châu Á có thể có sự khác biệt cũng như do đặc điểm của mẫu khảo sát. Kết quả ANOVA khảo sát của chúng tôi giữa điểm của bảng RSS với giới, tuổi, BMI, tiền sử bệnh lý nền đều có giá trị $p > 0.05$, ghi nhận không có sự khác biệt nhiều giữa các biến số này với điểm trung bình tổng thể của RSS.

Tại bảng 2, ghi nhận triệu chứng có tỷ lệ cao ở tai mũi họng là cảm giác vướng họng (100%), tăng hắng và cảm giác có đàm trong họng hoặc chảy mũi sau (91.39%), khàn tiếng hoặc có vấn đề về giọng nói (88.04%); ở tiêu hóa/bụng là trào ngược dịch, thức ăn cứng (74.16%), hôi miệng (63.16%), nóng sau xương ức, cảm giác axit dạ dày trào lên (59.33%); ở hô hấp/ngực là ho sau ăn/khi nằm (71.29%), ho ban ngày (46.89%).

Bảng 2. Kết quả về điểm của các triệu chứng LPR theo Bảng điểm RSS

Triệu chứng	Tỷ lệ % thể hiện	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Triệu chứng tai mũi họng				
1. Khàn tiếng hoặc có vấn đề về giọng nói	88.04%	5.92	4.53	0.004
2. Đau họng	84.69%	4.27	3.71	0.003
3. Đau lúc nuốt	73.68%	4.99	5.17	0.011
4. Khó nuốt (viên thuốc, chất lỏng, thức ăn cứng)	74.64%	2.39	2.06	0.002
5. Tăng hắng	91.39%	4.68	5.00	0.000
6. Cảm giác vướng họng	100.00%	9.36	5.96	0.000
7. Cảm giác nhiều đàm trong họng/ chảy mũi sau	91.39%	5.89	5.92	0.001
8. Đau hoặc đầy tai (ban ngày hoặc ban đêm)	67.46%	4.28	5.22	0.000
9. Cảm giác rát lưỡi	84.21%	3.92	2.64	0.000
Triệu chứng tiêu hóa/bụng				
1. Nóng sau xương ức, cảm giác axit dạ dày trào lên	59.33%	3.12	4.33	0.004
2. Trào ngược dịch, thức ăn cứng hoặc ợ	74.16%	6.58	6.38	0.000
3. Đau bụng	52.15%	2.39	2.78	0.000
4. Tiêu chảy	55.02%	1.88	1.97	0.003
5. Táo bón	56.46%	2.01	2.19	0.006
6. Khó tiêu	19.62%	4.13	4.84	0.021
7. Căng bụng và/hoặc chướng hơi	55.02%	2.07	5.06	0.011
8. Hôi miệng	63.16%	5.53	6.36	0.000
9. Buồn nôn	56.46%	3.04	3.40	0.021
Triệu chứng hô hấp/ngực				
1. Ho sau ăn hoặc khi nằm	71.29%	5.17	6.25	0.001
2. Ho (ban ngày)	46.89%	2.58	4.10	0.001
3. Thở hổn hển hoặc khó khè	44.02%	2.64	4.501	0.000
4. Đau ngực	35.41%	1.11	1.75	0.002
Tổng	-	87.95	26.23	-
		(min: 30; max: 131)		

So với bảng điểm RSI kinh điển (Reflux symptom index) hiện đang sử dụng tại Việt Nam và bên cạnh những triệu chứng phổ biến ghi nhận ở các nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi dựa vào bảng điểm RSS giúp phát hiện thêm các triệu chứng lâm sàng khác như đau họng, cảm giác rát lưỡi, đau hoặc đầy tai, hôi miệng, tiêu chảy, táo bón, khó tiêu,... giúp gợi ý nghi ngờ, gợi ý để thăm khám lâm sàng chẩn đoán LPR nhiều hơn cho các bác sĩ.

b. Kết quả về điểm chất lượng ảnh hưởng cuộc sống theo Bảng điểm RSS

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bảng điểm RSS về mức độ nặng và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống có mức điểm thấp nhất 18 điểm, cao nhất là 56 điểm, trung bình

39.15±10.82 điểm.

Ở nhóm triệu chứng tai mũi họng, triệu chứng gây khó chịu nhất từ mức 3 trở lên và có mức 5 chiếm tỷ lệ cao nhất là khàn tiếng hoặc có vấn đề về giọng nói, triệu chứng ít gây khó chịu nhất có tỷ lệ phần trăm ở mức 1 là cảm giác rát lưỡi. Ở nhóm triệu chứng tiêu hóa/bụng, triệu chứng gây khó chịu nhất từ mức 3 trở lên và có mức 5 chiếm tỷ lệ cao nhất là hôi miệng, ít gây khó chịu nhất ở mức 1 là trào ngược dịch, thức ăn cứng hoặc ợ. Cuối cùng ở nhóm triệu chứng hô hấp/ngực, triệu chứng gây khó chịu nhất từ mức 3 trở lên và có mức 5 chiếm tỷ lệ cao nhất là ho sau khi ăn hoặc nằm, ít gây khó chịu nhất ở mức 1 là đau ngực.

Bảng 3. Độ nặng triệu chứng lâm sàng, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống theo Bảng điểm RSS

Triệu chứng	Số lượng người bệnh	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	Tỷ lệ % ở mức 1	Tỷ lệ % ở mức 2	Tỷ lệ % ở mức 3	Tỷ lệ % ở mức 4	Tỷ lệ % ở mức 5
Tai mũi họng								
1. Khàn tiếng hoặc có vấn đề về giọng nói	184 (88.04%)	3.50	1.49	0.00	0.00	33.97	24.40	30.14
2. Đau họng	177 (84.69%)	2.74	1.49	2.87	22.01	18.18	35.89	5.74
3. Đau lúc nuốt	154 (73.68%)	2.19	1.60	8.61	4.31	33.97	23.92	0.96
4. Khó nuốt (viên thuốc, chất lỏng, thức ăn cứng)	156 (74.64%)	1.39	0.96	12.44	56.46	2.87	1.44	0.00
5. Tăng hắng	191 (91.39%)	2.56	1.06	0.48	31.58	47.85	8.61	2.87
6. Cảm giác vướng họng	209 (100%)	3.23	0.91	5.74	9.57	45.45	33.97	5.26
7. Cảm giác nhiều đàm trong họng/ chảy mũi sau	191	3.03	1.27	4.31	7.66	41.15	31.58	6.70

Triệu chứng	Số lượng người bệnh	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	Tỷ lệ % ở mức 1	Tỷ lệ % ở mức 2	Tỷ lệ % ở mức 3	Tỷ lệ % ở mức 4	Tỷ lệ % ở mức 5
	(91.39%)							
8. Đau hoặc đầy tại (ban ngày hoặc ban đêm)	176 (67.46%)	1.55	1.28	9.09	24.88	30.14	1.44	0.00
9. Cảm giác rát lưỡi	141 (84.21%)	1.55	0.78	14.35	67.94	1.44	0.00	0.00
Tiêu hóa/bụng								
1. Nóng sau xương ức, cảm giác axit dạ dày trào lên	124 (59.33%)	1.48	1.33	0.48	30.14	25.84	1.91	0.48
2. Trào ngược dịch, thức ăn cứng hoặc ợ	155 (74.16%)	2.48	1.68	4.31	11.48	14.35	42.58	1.34
3. Đau bụng	109 (52.15%)	1.07	1.07	1.91	45.93	3.83	0.48	0.00
4. Tiêu chảy	105 (55.02%)	1.07	0.99	1.44	52.63	0.00	0.00	0.00
5. Táo bón	118 (56.46%)	1.11	1.24	27.75	0.48	27.27	0.00	0.00
6. Khó tiêu	41 (19.62%)	0.51	1.13	2.39	5.74	8.13	1.91	0.96
7. Căng bụng và/hoặc chướng hơi	105 (55.02%)	1.11	1.27	26.32	2.87	23.44	1.44	0.48
8. Hôi miệng	132 (63.16%)	2.13	1.75	1.44	1.91	33.01	22.97	3.35
9. Buồn nôn	118 (56.46%)	1.09	1.00	0.96	53.11	0.48	0.00	0.00
Hô hấp/ngực								
1. Ho sau ăn hoặc khi nằm	149 (71.29%)	2.44	1.88	6.22	12.92	10.53	27.27	14.35
2. Ho (ban ngày)	98 (46.89%)	1.36	1.51	0.96	8.13	33.97	2.39	1.44
3. Thờ ờ hển hển hoặc khô khè	92 (44.02%)	1.15	1.52	5.74	12.44	13.88	7.66	2.39
4. Đau ngực	74 (35.41%)	0.41	0.61	27.75	6.70	0.00	0.00	0.00
Tổng	209	39.15	10.82	(min: 18; max: 56)				

Như vậy nhờ vào mục mức độ nặng và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống tại bảng điểm RSS giúp chúng ta có thể xây dựng kế hoạch điều trị tốt nhất cho người bệnh, định hướng giúp cải thiện các triệu chứng gây khó chịu cho người bệnh LPR, tập trung ưu tiên giải quyết các vấn đề triệu chứng lâm sàng của người bệnh có thứ tự hoặc phối hợp thăm khám hội chẩn thêm các chuyên khoa khác nếu cần.

3.3. Đặc điểm dấu hiệu nội soi theo Bảng điểm RSA

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bảng điểm RSS có mức điểm thấp nhất 14 điểm, cao nhất là 52 điểm, trung bình 34.24 ± 9.65 điểm, kết quả này cao hơn của tác giả N.T.Khuong (2024) là 16.2 ± 7.45 và Lechien

(2021) là 25.95 ± 9.58 . Sự khác biệt về giá trị điểm trung bình có thể là do đặc điểm của người bệnh ở Châu Âu và Châu Á có thể có sự khác biệt cũng như do đặc điểm của mẫu khảo sát. Kết quả ANOVA khảo sát của chúng tôi giữa điểm của bảng RSS với giới, tuổi, BMI, tiền sử bệnh lý nền đều có giá trị $p > 0.05$, ghi nhận không có sự khác biệt nhiều giữa các biến số này với điểm trung bình tổng thể của RSS.

Tại bảng 4, ghi nhận dấu hiệu nội soi có tỷ lệ cao ở khoang miệng là đỏ trụ trước amidan (72.73%), lưỡi gà đỏ và/hoặc phù nề (64.59%); ở khoang họng là dịch nhầy trên thành họng (77.99%), thành sau họng miệng hoặc hạ họng đỏ (61.72%); ở thanh quản là dịch nhầy giữa hai dây thanh (83.73%), đỏ mép sau và vùng sau sụn nhẫn (86.12%).

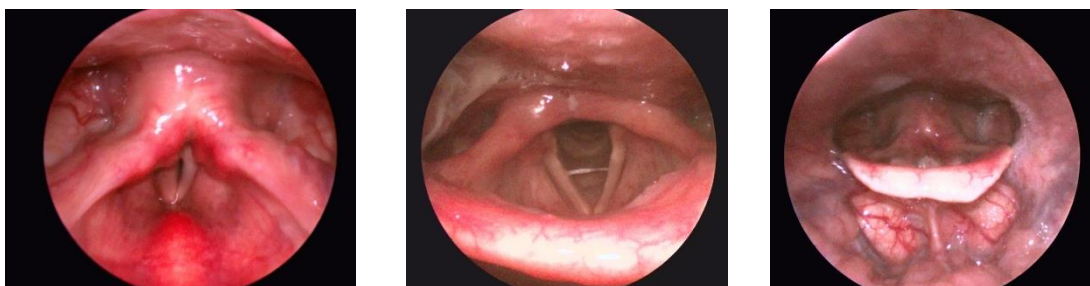
Bảng 4. Kết quả về điểm của các dấu hiệu qua nội soi theo Bảng điểm RSA

Dấu hiệu qua nội soi	Tỷ lệ % thể hiện	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Dấu hiệu tại khoang miệng				
1. Đỏ trụ trước ami đan	72.73	2.91	1.79	0.000
2. Phù +/- đỏ lưỡi gà	64.59	1.94	1.44	0.014
3. Lưỡi đóng bọt trắng	59.81	1.96	0.98	0.001
Dấu hiệu tại khoang họng				
1. Vòm mũi họng: đỏ +/- hạt viêm	55.98	1.12	0.99	0.000
2. Thành sau họng miệng hoặc hạ họng: đỏ	61.72	2.47	1.95	0.001
3. Thành sau họng miệng hoặc hạ họng: hạt viêm	48.33	1.45	1.50	0.003
4. Amidan đáy lưỡi phì đại	46.41	1.54	1.68	0.024
5. Tiếp xúc giữa lưỡi gà và amidan đáy lưỡi	32.54	1.30	1.88	0.011
6. Dịch nhầy dính trên thành họng	77.99	3.12	1.66	0.000
Dấu hiệu tại thanh quản				
1. Hạ thanh môn: đỏ +/- phù	78.47	0.78	0.41	0.000
2. Bề mặt thanh thất: đỏ +/- phù	40.19	0.80	0.98	0.000

Dấu hiệu qua nội soi	Tỷ lệ % thể hiện	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	p
3. Thanh thiệt: đỏ +/- phù	39.71	1.19	1.47	0.001
4. Đỏ mép sau và vùng sau sụn nhĩ	86.12	3.62	1.50	0.000
5. Mô hạt giữa hai sụn phổi	42.58	0.86	1.01	0.021
6. Phì đại mép sau	48.80	2.44	2.51	0.017
7. Đỏ sau sụn nhĩ	40.67	1.22	1.48	0.006
8. Phù sau hai sụn nhĩ (tiếp xúc phần sau sụn nhĩ và thành sau hạ họng trong lúc thở/mở thanh môn)	38.28	1.53	1.95	0.004
9. Dịch nhầy giữa hai dây thanh	83.73	2.51	1.11	0.001
10. Hai dây thanh đỏ	55.50	0.58	0.59	0.124
11. Phù bờ tự do hoặc toàn bộ dây thanh	50.24	0.50	0.50	0.012
12. Các tổn thương khác: u, hạt, polyp, phù Reinke, loét, sừng hóa,...	38.28	1.15	1.71	0.006
Tổng	-	87.95	26.23	-
		(min: 30; max: 131)		

Các giá trị điểm trung bình và độ lệch chuẩn đều cho thấy kết quả có ý nghĩa thống kê. Đặc biệt, các dấu hiệu ở khoang miệng và họng như đỏ trụ trước amidan; họng, hạ họng đỏ; họng, hạ họng có hạt; phì đại mép sau; tiếp xúc giữa amidan đáy lưỡi và thanh nhiệt; 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

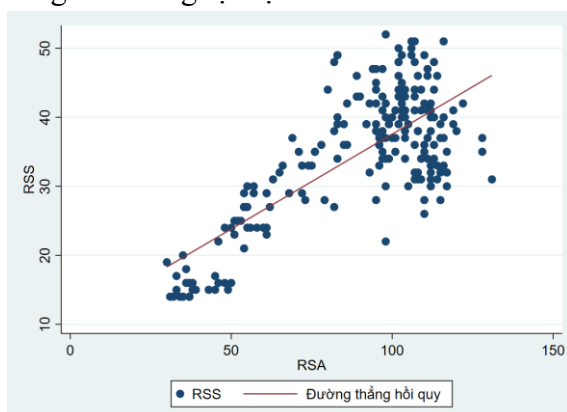
ở vùng thanh quản. Các kết quả trên một lần nữa khẳng định cho việc áp dụng bảng RSA giúp phát hiện ra tất cả các dấu hiệu nội soi của bệnh LPR ở thanh quản như đã tìm thấy trong các nghiên cứu trước đây sử dụng bảng RFS (Reflux Finding Score). Ngoài ra, có thể thấy mối liên quan của bệnh LPR trong tiến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



Hình 1. Một số hình ảnh dấu hiệu nội soi LPR.

3.4. Tương quan giữa Bảng điểm RSS và Bảng điểm RSA

Tại nghiên cứu của chúng tôi phân tích hệ số tương quan Pearson giữa bảng điểm RSS và bảng điểm RSA $r^2 = 0.5579$, là tương quan tuyến tính thuận, mức độ mạnh: Nếu người bệnh có tổng điểm triệu chứng lâm sàng tại bảng điểm RSS càng cao thì tổng điểm dấu hiệu nội soi tại bảng điểm RSA càng cao và ngược lại.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa bảng điểm RSS và bảng điểm RSA với hệ số $r^2 = 0.5579$

Như vậy với nghiên cứu của chúng tôi tiếp tục sau nghiên cứu của tác giả N.T.Khương (2024) đã giúp khẳng định thêm đến thời điểm hiện tại việc ứng dụng bảng điểm RSS và bảng điểm RSA trong chẩn đoán LPR là có hiệu quả trong lâm sàng.

4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 209 trường hợp từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán LPR có điểm RSS từ trên 13 điểm trở lên tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn từ 01/10/2024 đến 30/4/2025, chúng tôi rút ra những kết luận sau: Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, cả hai giới, chủ yếu nhóm

tuổi từ 31 đến 60 tuổi, tỷ lệ BMI gặp ở nhóm béo phì độ I và thừa cân, kết quả cũng ghi nhận ở người gầy. Điểm RSS dao động từ 30-131, điểm trung bình là $87,95 \pm 26,23$. Điểm RSA dao động từ 14-52, điểm trung bình là $34,24 \pm 9,65$. Tương quan giữa bảng điểm RSS và RSA là tương quan thuận mức độ mạnh (chỉ số r^2 là 0.5579). Bảng RSS và bảng RSA hiệu quả trong thực hành lâm sàng chẩn đoán trào ngược họng thanh quản (LPR), tránh bỏ sót bệnh và giúp cho bác sĩ lâm sàng có kế hoạch, chiến lược điều trị và trong tương lai có thể ứng dụng trong đánh giá đáp ứng điều trị cho người bệnh LPR.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. N. Jamal, & Wang, M. B. , "Laryngopharyngeal Reflux Disease: Integrative Approaches," Springer, 2019.
2. R. Hunt et al., "World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease," (in eng), J Clin Gastroenterol, vol. 51, no. 6, pp. 467-478, Jul 2017, doi: 10.1097/mcg.0000000000000854.
3. P. C. Belafsky, G. N. Postma, and J. A. Koufman, "The validity and reliability of the reflux finding score (RFS)," (in eng), Laryngoscope, vol. 111, no. 8, pp. 1313-7, Aug 2001, doi: 10.1097/00005537-200108000-00001.
4. P. C. Belafsky, G. N. Postma, and J. A. Koufman, "Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI)," (in eng), J

- Voice, vol. 16, no. 2, pp. 274-7, Jun 2002, doi: 10.1016/s0892-1997(02)00097-8.
5. J. R. Lechien et al., "Validity and reliability of the reflux symptom score," (in eng), *Laryngoscope*, vol. 130, no. 3, pp. E98-e107, Mar 2020, doi: 10.1002/lary.28017.
6. J. R. Lechien et al., "Validity and Reliability of the Reflux Sign Assessment," (in eng), *Ann Otol Rhinol Laryngol*, vol. 129, no. 4, pp. 313-325, Apr 2020, doi: 10.1177/0003489419888947.
7. J. A. Koufman, J. E. Aviv, R. R. Casiano, and G. Y. Shaw, "Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery," (in eng), *Otolaryngol Head Neck Surg*, vol. 127, no. 1, pp. 32-5, Jul 2002, doi: 10.1067/mhn.2002.125760.
8. J. Galli, S. Scarano, S. Agostino, N. Quaranta, G. Cammarota, and F. Ottaviani, "Pharyngolaryngeal reflux in outpatient clinical practice: personal experience," (in eng), *Acta Otorhinolaryngol Ital*, vol. 23, no. 1, pp. 38-42, Feb 2003.
9. N. P. Connor, K. L. Palazzi-Churas, S. B. Cohen, G. E. Levenson, and D. M. Bless, "Symptoms of extraesophageal reflux in a community-dwelling sample," (in eng), *J Voice*, vol. 21, no. 2, pp. 189-202, Mar 2007, doi: 10.1016/j.jvoice.2005.10.006.
10. W. Habermann, C. Schmid, K. Neumann, T. Devaney, and H. F. Hammer, "Reflux symptom index and reflux finding score in otolaryngologic practice," (in eng), *J Voice*, vol. 26, no. 3, pp. e123-7, May 2012, doi: 10.1016/j.jvoice.2011.02.004.
11. H. S. Nunes, J. A. Pinto, A. R. Zavanela, A. F. Cavallini, G. S. Freitas, and F. E. Garcia, "Comparison between the Reflux Finding Score and the Reflux Symptom Index in the Practice of Otorhinolaryngology," (in eng), *Int Arch Otorhinolaryngol*, vol. 20, no. 3, pp. 218-21, Jul 2016, doi: 10.1055/s-0036-1579557.
12. V. P. Bhargava A., Saxena S., Shakeel M., Srivastava A., and Agarwal E, "Role of Reflux symptom index and reflex finding score in evaluation of treatment outcome in patient with laryngopharyngeal reflux," *International Journal of Phonosurgery Laryngology*, vol. 7, no. 2, pp. 39-43, 2017.
13. H. K. Min et al., "Translation and validation of the Korean Version of the Reflux Symptom Score," (in eng), *J Voice*, vol. 38, no. 2, pp. 545.e1-545.e8, Mar 2024, doi: 10.1016/j.jvoice.2021.08.026.
14. L. X. Quang, "Biểu hiện bệnh lý tai - mũi - họng ở bệnh trào ngược dạ dày - thực quản," *Tạp chí Y học Thực hành*, vol.

- 671-672, pp. 286-288, 2009.
15. Phạm Thị Bích Đào, "Mô tả hình thái và các mức độ tổn thương sụn phễu với mức độ của bệnh trào ngược dạ dày thực quản," *Tạp chí nghiên cứu Y học*, vol. 91, no. 5, pp. 52-57, 2014.
 16. H. P. Thảo, "Ứng dụng bảng RSI, RFS trong chẩn đoán và điều trị trào ngược hợng thanh quản," *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại Học Y Hà Nội*, Hà Nội, 2014.
 17. T. T. M. Thương, "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 Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh*, 2016.
 18. Đ. H. P. Thy, "Liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và tổn thương vùng hợng thanh quản qua nội soi ở bệnh nhân trào ngược hợng - thanh quản," *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, vol. 23, no. 6, pp. 111-6, 2018.
 19. N. L. T. T. Nguyễn Thị Hồng Loan, Đặng Thanh Hiền và cộng sự "Đánh giá trào ngược hợng thanh quản và rối loạn nuốt bằng thang điểm RSI, RFS và bảng câu hỏi EAT-10 ở bệnh nhân khàn tiếng," *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, vol. 25, no. 1, pp. 266-272, 2021.
 20. P. T. C. Trịnh Thị Vân, "Ứng dụng bảng RSS-12, sRSA trong chẩn đoán và điều trị bệnh trào ngược hợng thanh quản," *VMJ*, vol. 530, no. 1B, pp. 146-149, 2023.
 21. S. Y. Kim, "The Definition of Obesity," (in eng), *Korean J Fam Med*, vol. 37, no. 6, p. 309, Nov 2016, doi: 10.4082/kjfm.2016.37.6.309.
 22. N.T.Khuong, "Khảo sát đặc điểm lâm sàng và dấu hiệu nội soi ở người bệnh trào ngược thanh quản hợng bằng bảng điểm triệu chứng trào ngược (RSS) và bảng điểm đánh giá dấu hiệu trào ngược (RSA)", *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, vol. 69, no. 3, pp.26-38, 2024.