

này cho thấy mức độ stress oxy hóa trong tinh dịch tăng cao ở nhóm bệnh nhân bị đột biến một trong các gen trên.

## V. KẾT LUẬN

1. Tần số xuất hiện kiểu gen ở nhóm bệnh và nhóm chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $\chi^2$ : 14,35 NAT2 (481C>T) và 9,61 NAT2 (590G>A); 30,32 GSTP1 (313G>A) và 29,24 GSTP1 (341(C>T). Tỷ lệ xuất hiện kiểu gen dị hợp tử và đồng hợp đột biến ở nhóm bệnh là 51% NAT2 (481C>T), 46% NAT2 (590G>A) và 50% GSTP1 (313G>A); 34% GSTP1 (341C>T). Trong khi đó ở nhóm chứng là 25% NAT2 (481C>T), 24% NAT2 (590G>A) và 16% GSTP1 (313G>A); 4% GSTP1 (341C>T).

2. Có mối liên quan giữa các đột biến gen GSTP1 (341C>T (A114V), 313 G>A (I105V)) và NAT2 (481C>T (L161L), 590G>A (R197Q) với vô sinh nam. Các kiểu gen GA+AA (GSTP1 313G >A); CT+TT GSTP1 (341C>T) và CT+TT NAT2 (481C>T); GA+AA NAT2 (590G>A) có nguy cơ cao gây vô sinh nam với OR lần lượt là: 5,25 (95% CI: 2,71-10,19); 12,36 (95%CI = 4,19-36,49) và 3,12 (95%CI: 1,72-5,68); 2,34 (95%CI=1,27-4,31) và mối liên quan giữa đột biến các gen này với mức độ stress oxy hóa ( $p<0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ouerhani S., Ben Bahria I., Rouissi K., Cherni L. (2017). Distribution of xenobiotics metabolising enzyme genotypes in different Tunisian populations. Ann. Hum. Biol. 44(4): 366 - 372.
- Magalon H., Patin E., Austerlitz F. (2008). Population genetic diversity of the NAT2 gene supports a role of acetylation in human adaptation to farming in Central Asia. European Journal Human Genetic, 16(2), 243 - 251.
- Yarosh S.L., Kokhtenko E.V., Churnosov M.I. et al (2014). Synergism between the N-acetyltransferase 2 gene and oxidant exposure increases the risk of idiopathic male infertility. Report Biomed Online, 29(3), 362 - 369.
- Feng Z, Jing Z, Liu H, Liao S., (2015). Association of SPO11 and GST gene polymorphisms with idiopathic male infertility in ethnic Han Chinese. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 32(6). 866 - 870.
- Yarosh S.L., Kokhtenko E.V., Churnosov M.I. (2015). Joint effect of glutathione S-transferase genotypes and cigarette smoking on idiopathic male infertility. Adrologia, 47(9), 980 - 986.
- Brahem S., Mehdi M., Elghezai H. et al (2011). The effects of male aging on semen quality, sperm DNA fragmentation and chromosomal abnormalities in an infertile population. Journals of Assisted Reproduction and Genetics, 28(5), 425 - 432.
- Xiong D.K., Chen H.H., Ding X.P. (2015). Association of polymorphisms in glutathione S-transferase genes (GSTM1, GSTT1, GSTP1) with idiopathic azoospermia or oligospermia in Sichuan, China. Asian J Androl, 17(3), 481 - 486.

## ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ

Châu Chiêu Hòa\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dị vật thực quản là một cấp cứu trong Tai Mũi Họng, chẩn đoán và điều trị còn khá phức tạp. Bệnh rất phổ biến và diễn biến nguy hiểm đến tính mạng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá điều trị dị vật thực quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 90 trường hợp dị vật thực quản, các bệnh nhân được soi thực quản ống cứng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0. **Kết quả:** Xương cá (46,67%), xương gá cầm (16,67%), viên thuốc (12,22%), đồng xu (8,89%), kích thước trung bình là  $2,59 \pm 0,93$ cm. Triệu chứng nuốt vướng – nghẹn (91,11%), nuốt đau (90%), không ăn uống được

(67,78%). Thời gian hóc dị vật đến khi nhập viện trước 24 giờ (76,67%). X quang thực quản cổ nghiêng có hình ảnh dị vật là 68,89%. Có sự gia tăng công thức bạch cầu từ giai đoạn chưa viêm đến giai đoạn biến chứng, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính ( $p<0,001$ ). Sol lầy dị vật thành công 97,78%, tồn thương cơ thực quản là 2,22%. Đánh giá điều trị tốt (94,44%), không tốt (5,56%), xấu (0%). Kết quả điều trị thành công 100%. **Kết luận:** Nỗi soi thực quản ống cứng lây dài vì vậy cho kết quả tốt.

**Từ khóa:** Dị vật thực quản, nội soi ống cứng

### SUMMARY

THE CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATE THE RESULTS OF TREATMENT ESOPHAGEAL FOREIGN BODY AT CAN THO ENT HOSPITAL

**Background:** Esophageal foreign body is an emergency in ENT, the diagnosis and treatment are difficult. This disease's common and dangerous.

**Objectives:** Describe the clinical, paraclinical characteristics and evaluate the results of treatment esophageal foreign body. **Materials and Methods:**

\*BV Tai Mũi Họng Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Châu Chiêu Hòa

Email: chieuhoa72@yahoo.com

Ngày nhận bài: 30.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

This is a cross-sectional descriptive with 90 patient of esophageal foreign body, treatment by rigid esophagoscopy at Can Tho ENT Hospital. Data were analyzed by SPSS 18.0 software. **Results:** Fish bones (46,67%), poultry bones (16,67%), pills (12,22%), coins (8,89%), average size is  $2,59 \pm 0,93$  Cm. Difficult swallowing (91,11%), pain swallowing (90%), inability to eat (57,78%). Duration of illness was less than 24 hours (76,67%). X-ray confirmed the presence foreign body in esophagus (68,89%). Increases the number of white blood cells by disease stage, especially neutrophils ( $p < 0,001$ ). Removing foreign bodies success (97,78%), damaging muscle of esophagus (2,22%). Results of treatment: good (94,44%), not good (5,56%), bad (0%). All of cases were treatment successfully. **Conclusion:** Rigid esophagoscopy in treatment esophageal foreign body has shown good results.

**Key words:** Esophageal foreign body, rigid esophagoscopy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật thực quản là một cấp cứu thường gặp trong Tai Mũi Họng. Do dị vật ở sâu trong cổ, trong ngực nên rất phức tạp về mặt định bệnh, xử trí, đặc biệt có nhiều nguy hiểm trong diễn biến và có tính chất phổ biến [2], [5]. Tại Hoa Kỳ hàng năm 1500 – 1600 case tử vong do dị vật thực quản. Ở Việt nam ghi nhận của Trần Việt Hồng trong 4 năm (2010-2013) có 84 bệnh nhân dị vật thực quản [1]. Nguyên nhân do thói quen hay đưa vật vào miệng ở trẻ em, hàm răng già ở người già, nghiên rượu, ăn nhanh với, cười đùa trong khi ăn, yếu như động thực quản ở người già, bệnh lý hẹp thực quản, hội chứng Steak House [7]. Việc tiêu lượng bệnh tùy thuộc vào kích thước, hình thái, bản chất dị vật và thời gian bị hóc [6]. Hiện nay bệnh ngày càng phổ biến, tuy nhiên ít được nghiên cứu ở Cần Thơ. Xuất phát từ những vấn đề trên chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị dị vật thực quản tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ".

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng dị vật thực quản*

2. *Đánh giá kết quả điều trị dị vật thực quản*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

1. **Đối tượng:** Gồm 90 bệnh nhân được chẩn đoán dị vật thực quản được khám và điều trị tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ 6/2015 đến 6/2017.

**Điều kiện入选:** Tiễn sứ nuốt dị vật,

**Bảng 1. Bản chất và vị trí dị vật thực quản**

Vị trí	Miệng thực quản		Đoạn cổ	Đoạn ngực	Tổng
	n	(%)			
Xương gà	2	2,22	3	3,33	2,22
Xương cá	12	13,33	25	27,78	5,56
Viên thuốc	2	2,22	5	5,56	4,44
					12,22

nuốt đau, nuốt vướng hay nuốt nghẹn, không ăn được, ho, có thể có tím tái, ngạt thở, sốt, ăn mảng cảnh đau; Có nội soi hạ họng và chụp X quang thực quản cổ thẳng nghiêng; Nội soi thực quản thấy dị vật trong lòng thực quản.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân trốn viên sau soi thực quản lấy di vật, không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh tâm thần, không giao tiếp được.

## 2. Phương pháp:

Chọn mẫu thuận tiện  
Vị trí dị vật được xác định cách CRT, đoạn thực quản cổ từ miếng TQ đến vị trí cách CRT 20cm, đoạn ngực từ vị trí cách CRT 20cm đến tâm vị. Đánh giá giai đoạn bệnh dựa vào lâm sàng. X quang cổ nghiêng, công thức máu nhằm đánh giá và tiên lượng bệnh.

Ông nội soi thực quản cứng Chevalier Jackson và kẹp forcep lấy di vật có chiều dài thích hợp. Phẫu thuật được thực hiện với gây tê hay gây mê.

Đánh giá điều trị: Tốt, không tốt, xấu.

+ Tốt: Soi lấy được xương, bệnh nhân ăn uống bình thường qua đường miệng, không khó chịu sau soi thực quản ống cứng.

+ Không tốt: Soi lấy được xương, bệnh nhân bị áp xe thực quản hoặc trong quá trình soi thực quản làm rách cơ hay thủng thực quản, bệnh nhân phải nuốt ăn qua ống xông dạ dày sau soi thực quản ống cứng.

+ Xấu: Soi lấy được xương nhưng bệnh nhân xuất hiện các biến chứng nặng sau soi thực quản ống cứng, phải chuyển khoa, chuyển viện hay tử vong; hoặc kết hợp phẫu thuật mở thực quản mới lấy di vật.

**Số liệu xử lý bằng phương pháp thống kê sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 18.0**

## III. KẾT QUẢ

Triệu chứng nuốt vướng – nghẹn chiếm tỉ lệ cao nhất 91,11%, nuốt đau (90%), không ăn uống được (57,78%), tăng tiết nước bọt (42,22%), quay cổ hạn chế (27,78%), nôn (23,33%), khó thở (17,78%), thấp nhất là ho (13,33%).

Triệu chứng thực thể chiếm tỉ lệ cao nhất là có điểm đau ở cổ (65,56%), ứ nước bọt ở xoang lỗ (58,89%), lọc cọc thanh quản cột sống mắt (8,89%), sưng mảng cảnh chiếm tỉ lệ 4,44%.

Bệnh nhân đến sớm trước 24h (76,67%), giai đoạn chưa viêm (74,44%), giai đoạn viêm nhiễm (22,22%), giai đoạn biến chứng (3,33%).

Đồng xu	4	4,44	4	4,44	0	0	8,89
Xương trắn - rắn	1	1,11	2	2,22	0	0	3,33
Xương vít	3	3,33	3	3,33	2	2,22	4,44
Răng già	0	0	2	2,22	2	2,22	2,22
Mè - Thịt vิต	0	0	1	1,11	1	1,11	3,33
Hạt - cây thuốc- tăm	0	0	3	3,33	0	0	2,22
Xương heo	0	0	2	2,22	0	0	16,67
<b>Tổng</b>	<b>24</b>	<b>26,67</b>	<b>50</b>	<b>55,56</b>	<b>16</b>	<b>17,78</b>	<b>100</b>
X ± SD (Cm)				18,54 ± 4,46			

**Bảng 2. Tỉ lệ dị vật thấy được trên X quang**

X quang	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Có dị vật	62	68,89
Không có dị vật	28	31,11
<b>Tổng</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Có dấu hiệu dày khoảng Henke 42,22%, mất chiều cong sinh lý cột sống cổ 17,78%, dấu hiệu mức khí dịch và lách khí quản có chung tỉ lệ là 3,33%. Các dị vật chủ yếu nằm khoảng C6-C7 (31,11%).

**Bảng 3. Số lượng bạch cầu theo giai đoạn bệnh**

Giai đoạn	Chưa viêm nhiễm (X ± SD)	Viêm nhiễm (X ± SD)	Biến chứng (X ± SD)	p
Bạch cầu (10 <sup>9</sup> /L)	7,43 ± 0,99	12,58 ± 2,46	16,27 ± 2,83	p<0,001
Đa nhân (%)	67,12 ± 4,83	77 ± 2,29	80,67 ± 2,29	p<0,001
Lympho (%)	25,88 ± 4,83	18 ± 2,29	16,33 ± 2,08	p<0,001

Thời gian bệnh càng lâu thì thời gian nằm viện càng kéo dài, dị vật càng dài thì thời gian lấy lâu hơn (p<0,001).

**Bảng 4. Kết quả lấy dị vật bằng ống nội soi cứng**

Kết quả soi	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Lấy được dị vật	88	97,78
Rối xoắn dạ dày	2	2,22
<b>Tổng</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

**Bảng 5. Số lượng dị vật trên một bệnh nhân**

Số lượng dị vật/1 BN	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Một	87	96,67
Hai	3	3,33
<b>Tổng</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

**Bảng 6. Tỉ lệ biến chứng soi thực quản cứng lấy dị vật**

Biến chứng soi thực quản	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Rách xước niêm mạc	54	60
Rách cơ thực quản	2	2,22
Không biến chứng	34	37,78
<b>Tổng</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Đánh giá: tốt (94,44%), không tốt (5,56%), xấu (0%). Điều trị thành công 100%, không có trường hợp nào biến chứng nặng hay tử vong.

#### IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ nuốt khó và nuốt đau chiếm tỉ lệ cao nhất (hơn 90%), đồng thuận với các tác giả trong và ngoài nước [2], [3], [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp nuốt dị vật mè vít làm bệnh nhân có cảm giác căng tức trong thực quản, không nuốt thức ăn xuống được nữa, cả 2 trường hợp bệnh nhân đều mất

răng nhai với số lượng nhiều.

Đa số các dị vật có cạnh sắc nhọn nên khi ăn vùng cổ hoặc nuốt nước bọt dị vật sẽ tác động lên cấu trúc xung quanh tạo ra cảm giác đau tăng lên tại một điểm trên vùng cổ. Chúng tôi nhận thấy rằng khi bệnh nhân có triệu chứng này thì xác suất soi thực quản ống cứng có dị vật ở đoạn cổ là rất cao nên đây là một triệu chứng có giá trị trong chẩn đoán dị vật thực quản.

Trường hợp bệnh nhân đến sớm trước 24 giờ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn và kết quả đến muộn thì thấp hơn các tác giả trong nước như Nguyễn Tư Thể và Trần Phương Nam [2],[3]. Từ đó cho thấy rằng nhận thức về sự nguy hiểm của việc hóc dị vật thực quản ngày càng cao. Bệnh nhân nhập viện trong 24 giờ có tỉ lệ chưa viêm nhiễm cao, có 2 trường hợp bệnh nhập viện trong vòng 24 giờ có dấu hiệu viêm nhiễm, thời gian nhập viện từ 24-72 giờ sau hóc dị vật có tỉ lệ viêm nhiễm cao và có 2/16 trường hợp có biến chứng, các bệnh nhân nhập viện sau 72 giờ có 1/5 trường hợp biến chứng. Thời gian từ lúc hóc dị vật đến khi điều trị càng lâu thì càng dễ gây biến chứng (sau 48 giờ có 2/10 trường hợp biến chứng). Kết quả của chúng tôi cho thấy sau 24 giờ hóc dị vật biến chứng có thể xuất hiện, sự viêm nhiễm xảy ra chủ yếu trong 24-48 giờ. Do đó cần tuyên truyền cho mọi người hóc dị vật thực quản cần phải đến cơ sở chuyên khoa điều trị trong vòng 24 giờ.

Dị vật là xương chiếm đa số, có đa hình dạng như thẳng, nhiều cạnh sắc bén. Dị vật dẹt bao gồm đồng xu và lon đèn. Dị vật là viên thuốc có

2 dạng là 3 cạnh và hình 4 cạnh, các cạnh sắc bén, 11 trường hợp viên thuốc đều là thuốc nguyên vò (thuốc hạ sốt và thuốc kháng histamine). Dị vật là răng giả không có mỏm kim loại 3 trường hợp và 1 trường hợp có móng. Trong các loại dị vật hữu cơ thì xương cá chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%) kết quả này phù hợp với các kết quả của Nguyễn Tư Thế, Trần Minh Trường, Trần Việt Hồng và Trần Phương Nam [1], [2], [3], [4]. Kết quả của chúng tôi cho thấy dị vật ở trẻ em chủ yếu là đồng xu còn ở người lớn thì dị vật chủ yếu là xương. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp dị vật pin.

Chúng tôi ghi nhận kích thước trung bình của dị vật ở thực quản là  $2,59 \pm 0,93$  cm, kết quả của các tác giả nước ngoài như Kyong Hee là  $26,2 \pm 16,7$  mm, Kim là  $2,51 \pm 0,81$  cm. Sự khác biệt do thói quen chế biến thức ăn của từng quốc gia khác nhau.

X quang cổ thẳng nghiêng thấy dị vật là 68,89%. Kết quả phụ thuộc vào bản chất của dị vật, như xương, đồng xu, viên thuốc bao chì, vỏ tôm cua... thì có thể cho hình ảnh cảm quan rõ trên X quang. Với X quang thực quản cổ nghiêng, dù có hình ảnh dị vật trên phim hay không thì chúng ta cũng nên soi thực quản kiểm tra. Dấu hiệu cần chú ý là đau khi nuốt, có khi bệnh nhân kháng định chắc chắn rằng họ hóc dị vật. Trường hợp dị vật nằm ngay dưới sụn nhẫn có thể bỏ sót khi có kèm theo hình ảnh vôi hóa sụn nhẫn, hoặc có thể nhầm lẫn hình ảnh vôi hóa sụn nhẫn là dị vật [5]. Khi chụp X quang phát hiện dị vật trong lồng thực quản mà soi không phát hiện dị vật thì rất cần thiết chụp X quang lại lần nữa để tránh bỏ sót chẩn đoán.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy có sự gia tăng công thức bạch cầu, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính từ giai đoạn chưa viêm đến giai đoạn biến chứng ( $p < 0,001$ ). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp bệnh nhân có công thức bạch cầu trên  $20 \times 10^9/L$ , khi chúng tôi tiếp nhận có dấu hiệu nhiễm trùng, sốt cao, tần suất bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao trên 75%. Sự gia tăng số lượng bạch cầu cho thấy rằng xét nghiệm công thức bạch cầu cũng có giá trị về mặt chẩn đoán cũng như tiên lượng bệnh và nếu không điều trị kịp thời có thể gây nhiều biến chứng.

Kết quả soi thực quản lấy được dị vật thành công (97,78%), dị vật rơi vào dạ dày (2,22%). Dị vật thực quản theo đường tự nhiên hóc vào thực quản, do đó tốt nhất chúng ta lấy ra qua đường tự nhiên (miệng), tuy nhiên với những trường hợp dị vật tròn, nhẵn gây khó khăn cho phẫu thuật viên khi kẹp gấp làm trót hay vô tình

đẩy dị vật lọt vào dạ dày. Do đó đối với các trường hợp dị vật vô tình rơi vào dạ dày cần phải được theo dõi sát ít nhất 48 giờ, đảm bảo dị vật đi qua đường tiêu hóa.

Nội soi thực quản ống cứng là phương pháp an toàn và hữu hiệu, việc chẩn đoán đúng và nội soi thực quản ống cứng kịp thời giúp tránh khỏi các biến chứng nghiêm trọng của dị vật thực quản gây ra. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả soi gấp dị vật thực quản là độ sắc nhọn của dị vật và thời gian mắc dị vật ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân hóc cùng lúc 2 xương chiêm 3,33% thấp hơn kết quả của Trần Phương Nam (6,2%) [2]. Nguyên nhân hóc cùng lúc 2 xương là do cầu thà trong ăn uống, không nhai kỹ khi ăn, nuốt vội.

Chúng tôi ghi nhận biến chứng xước niêm mạc là 60%. Những bệnh nhân hóc dị vật như xương động vật, răng giả, viên thuốc còn nguyên vỏ bọc đều là những dị vật có cạnh sắc nhọn, dễ gây tổn thương thành thực quản trong quá trình lấy ra, niêm mạc có thể xước, rách do dụng cụ soi gấp, dị vật quá to, cứng. Đây chính là lí do hình ảnh xước niêm mạc sau soi thực quản có tần suất cao. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào thủng thực quản, biến chứng rách niêm mạc thực quản thấp (2,22%). Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều ăn uống bình thường sau khi xuất viện. Theo kinh nghiệm của các phẫu thuật viên đối với dị vật sắc nhọn, nhiều góc cạnh, dị vật kích thước to chúng ta cần kéo nhẹ nhàng dị vật vào lồng ống soi đưa ra ngoài không làm tổn thương cấu trúc xung quanh, từ đó giảm biến chứng phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về dị vật thực quản cho kết quả tốt chiếm 94,44%, kết quả không tốt chiếm 5,56%, không có trường hợp nào có biến chứng nặng phải chuyển khoa, chuyển viện hay tử vong. Có 5,56% chúng tôi đánh giá không tốt do bệnh nhân sau khi soi phải ăn qua xông dạ dày, triệu chứng đau vẫn còn nhiều, thời gian điều trị kéo dài. Tuy nhiên kết quả khi xuất viện của nghiên cứu thì tất cả trường hợp khỏi hoàn toàn, ăn uống bình thường, triệu chứng lâm sàng không còn đáng kể.

## V. KẾT LUẬN

Dị vật thực quản là một tình trạng nguy hiểm cho mọi giới, mọi lứa tuổi đòi hỏi phải can thiệp điều trị nhanh chóng. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở từng giai đoạn có ý nghĩa chẩn đoán và báo hiệu mức độ nguy hiểm. Phương pháp điều trị tối ưu là lấy dị vật ra khỏi lồng thực quản càng sớm càng tốt, đồng thời

hạn chế chấn thương cho bệnh nhân. Dị vật đáng chú ý nhất là xương cá. Điều trị dị vật thực quản bằng soi ống cứng vẫn đang là kỹ thuật an toàn và tin cậy nhất. Trong tương lai nội soi ống cứng vẫn còn là phương tiện điều trị dị vật thực quản chủ đạo trong ngành Tai Mũi Họng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Việt Hồng và cộng sự (2013)**, "Nhận xét tình hình di vật thực quản và kết quả điều trị tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định". *Kỷ yếu Hội Nghị Khoa Học Tai Mũi Họng toàn quốc lần thứ 16*, Tr. 171-178.
- Trần Phượng Nam (2006)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị dị vật thực quản tại bệnh viện Trung Ương Huế*. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Dược Huế.

- Nguyễn Tư Thế (2005)**, "Đánh giá dịch tễ và đặc điểm lâm sàng dị vật đường ăn vào khám và điều trị tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Trung Ương Huế", *Tạp chí khoa học Đại Học Huế*, 29, Tr. 5-12.
- Trần Minh Trường (2009)**, "Đánh giá lâm sàng và kết quả lấy di vật thực quản bằng ống soi cứng tại bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí y học thực hành*, 5(622), Tr. 116-118.
- Võ Tân (2006)**, "Soi thực quản", *Dị vật thực quản*, *Tai Mũi Họng thực hành*, Nhà Xuất Bản Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, Tr. 184-195, 227-236.
- Ambe, P, et al. (2012)**, "Swallowed Foreign Bodies in Adults", *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(50), pp. 869-875.
- Cobanoğlu, U, et al. (2014)**, "Esophageal Foreign Bodies", *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(2), pp. 234-239.

## SO SÁNH KHẢ NĂNG PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG CỦA CÁC HỆ THỐNG PHÂN LOẠI THỊ TRƯỜNG VỚI HỆ PHÂN LOẠI DDLS TRONG BỆNH GLÔCÔM

Bùi Thị Vân Anh\*, Hoàng Thanh Tùng\*\*

**Objective:** To compare visual field staging classifications to DDLS in primary open angle glaucoma (POAG). **Patients and Methods:** Cross-section study on 55 patients (90 eyes) examined and treated in Vietnam National Institute of Ophthalmology from 9/2016 – 9/2017. **Results:** 38 patients were at the middle age and female was predominant with more than 50%. Mean visual field indexes were -11.49 dB (MD), 5.85 dB (PSD), 74.2% (VFI). Compared to DDLS, all systems had slight agreement ( $K < 0.2$ ). The disagreement percentage was highest in eGSS (70%) then followed by mGSS (50%) and HPA (48.9%).

**Conclusion:** mGSS and HPA tend to show the stronger agreement with DDLS classifications than eGSS. mGSS should be used in clinical practice.

**Keywords:** categorical classification system, glaucoma, compared, agreement

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quingley năm 2012 nhận thấy rằng tổn thương khoảng 25-30% tế bào hạch võng mạc thì tổn thương thị trường mới bắt đầu xuất hiện. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại cho thấy rất nhiều trường hợp có tổn thương trên thị trường nhưng lớp sợi tế bào hạch không có tổn thương. Mặc dù hàng loạt các mô hình định lượng về sự tương ứng giữa tổn thương chức năng - cấu trúc đã được đề xuất như mô hình của Hood - Karrdon, của Harwerth và cộng sự, của Drasdo và cộng sự và mô hình Hockey - Stick nhưng mối quan hệ này vẫn còn là một chủ đề nghiên cứu tiềm năng. Cho tới nay việc đếm số lượng hay xác định chính xác mức độ tổn thương tế bào hạch võng mạc nhằm giúp đánh giá mức độ tổn thương thực thể vẫn là lĩnh vực

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh các hệ thống phân loại giải đoán tổn thương thị trường với hệ thống phân loại tổn thương đầu dây thần kinh thị giác DDLS trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát (GGMNP). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 55 bệnh nhân (90 mắt) đến khám và điều trị tại Bệnh viện mắt Trung Ương từ 9/2016 – 9/2017.

**Kết quả:** 38% các đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc lứa tuổi trung niên và chủ yếu là nữ với số lượng chiếm trên 50%. Trong 90 mắt được khám trên 55 bệnh nhân, các chỉ số trung bình của thị trường lần lượt là MD -11.49 dB, PSD 5.85 dB, VFI 74.2%. So với DDLS, cả 3 phân loại đều có mức đồng nhất thấp ( $K < 0.2$ ). Tỉ lệ bất đồng với DDLS cao nhất ở eGSS (70%), sau đó là mGSS (50%) và HPA (48.9%). Kết luận: mGSS và HPA có xu hướng cho kết quả phân loại gần với các phân loại chuẩn nhiều hơn so với eGSS. Nên sử dụng phân loại mGSS cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học.

**Từ khóa:** phân loại thị trường, glôcôm, so sánh, đồng nhất

## SUMMARY

**COMPARING THE FUNCTIONAL STAGING SYSTEMS TO DDLS CLASSIFICATION SYSTEMS IN OPEN ANGLE PRIMARY GLAUCOMA**

\*Bệnh viện Mắt Trung ương

\*\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chủ trách nhiệm chính: Bùi Thị Vân Anh

Email: buivananh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2017

Ngày duyệt bài: 30.12.2017