

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ ÁP LỰC CƠ THẤT THỰC QUẢN DƯỚI Ở BỆNH NHÂN CÓ RỐI LOẠN MẤT NHU ĐỘNG THỰC QUẢN HOÀN TOÀN

Đào Việt Hằng^{1,2,3✉}, Lưu Thị Minh Huệ¹, Nguyễn Thùy Linh¹

¹Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Đánh giá đặc điểm lâm sàng, kết quả nội soi và áp lực cơ thất thực quản dưới (LES) ở các bệnh nhân mất nhu động thực quản hoàn toàn (MNĐTQ) trên đo áp lực - nhu động thực quản độ phân giải cao (HRM). Nghiên cứu cắt ngang 67 ca MNĐTQ trên đo HRM tiến hành tại Viện nghiên cứu và đào tạo Tiêu hoá, Gan mật – Phòng khám đa khoa Hoàng Long từ tháng 3/2018 đến tháng 4/2019. MNĐTQ chiếm 2,4% trong tổng số ca đo HRM. Tỷ lệ nữ/nam bằng 1,6, tuổi trung bình là $43,2 \pm 14,8$. Triệu chứng lâm sàng thường gặp như trào ngược (74,6%), nuốt vướng/khó (32,8%), nóng rát (28,4%). Điểm FSSG ≥ 8 và GERDQ ≥ 8 có tỉ lệ lần lượt ở 80,6% và 44,8%. Tỷ lệ viêm thực quản trào ngược trên nội soi (VTQTN) là 46%. Áp lực LES khi nghỉ và IRP4s thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm VTQTN. Bệnh nhân có MNĐTQ có triệu chứng lâm sàng đa dạng, áp lực LES thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm VTQTN.

Từ khóa: Mất nhu động thực quản hoàn toàn, đo áp lực và nhu động thực quản.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất nhu động thực quản hoàn toàn (MNĐTQ) là một trong các dạng rối loạn nhu động thực quản mức độ nặng được chẩn đoán trên kĩ thuật đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao (HRM). Theo phân loại Chicago 3.0, MNĐTQ là rối loạn khi không có sự tăng áp lực tích hợp khi nghỉ trong 4 giây (IRP4s) của cơ thất thực quản dưới (LES) kèm theo 100% nhịp nuốt thất bại. MNĐTQ thường gặp trên các bệnh nhân mắc các bệnh mô liên kết hỗn hợp, đặc biệt là xơ cứng bì hệ thống, do tình trạng tăng các chất oxy hóa, lắng đọng collagen, tổn thương mạch máu, sản xuất tự kháng thể dẫn đến thoái hóa thần kinh, xơ hóa cơ và teo cơ tại thực quản (fibrosis and muscle

atrophy).¹ Trong một nghiên cứu trên hơn 200 bệnh nhân có rối loạn MNĐTQ, 81,6% bệnh nhân có các bệnh lí mô liên kết hệ thống, trong đó hơn 60% là xơ cứng bì hệ thống, khoảng 8,6% bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ), 9,6% bệnh nhân có các bệnh lí khác như tiền sử xạ trị vùng ngực, các bệnh lí thần kinh cơ như đái tháo đường type I, bệnh đa xơ cứng...² Tỷ lệ MNĐTQ trong các nghiên cứu trước đây ghi nhận ở 7,1% các bệnh nhân có triệu chứng nuốt khó không do tắc nghẽn,³ 7% ở các bệnh nhân có chẩn đoán TNDDTQ⁴ và 56% ở các bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống.³⁻⁵ Triệu chứng lâm sàng của MNĐTQ phong phú, không điển hình, có triệu chứng giống trào ngược dạ dày thực quản, đôi khi lại có triệu chứng giống cơ thất tâm vị như nuốt khó, nuốt vướng. Chụp X quang baryt thực quản và nội soi đường tiêu hóa trên có thể giúp phân biệt được các rối loạn trên, tuy nhiên cũng còn nhiều hạn chế đặc biệt trong các trường hợp thực quản giãn, ú đọng nhiều. HRM là phương pháp cho phép đánh giá được nhu động thực quản và áp lực LES, từ đó,

Tác giả liên hệ: Đào Việt Hằng.

Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hangdao.fsh@gmail.com

Ngày nhận: 24/08/2020

Ngày được chấp nhận: 10/09/2020

được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán phân biệt MNĐTQ và cơ thắt tâm vị. Hiện nay chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu cho rối loạn MNĐTQ, biện pháp chủ yếu là điều trị bệnh lý nền, kết hợp điều trị TNDDTQ nếu có trên các bệnh nhân có rối loạn MNĐTQ.⁶ Hiện nay tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu bước đầu đánh giá các rối loạn nhu động thực quản trong các bệnh lý như cơ thắt tâm vị và trào ngược dạ dày thực quản. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào báo cáo về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và các giá trị trên đo HRM trên các đối tượng bệnh nhân MNĐTQ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, kết quả nội soi, áp lực cơ thắt thực quản dưới ở các bệnh nhân có rối loạn mất nhu động thực quản hoàn toàn trên đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu trên nhóm đối tượng được chẩn đoán MNĐTQ trên đo HRM tại Viện nghiên cứu và đào tạo Tiêu hóa, Gan mật – Phòng khám Đa khoa Hoàng Long từ tháng 3/2018 đến tháng 4/2019.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu.

Quy trình nghiên cứu

Kĩ thuật HRM được chỉ định trên nhóm đối tượng sau: (1) bệnh nhân có rối loạn nuốt nghi ngờ rối loạn nhu động thực quản, (2) bệnh nhân TNDDTQ không đáp ứng với điều trị thuốc ức chế bơm proton (PPI), (3) bệnh nhân có các triệu chứng gợi ý trào ngược ngoài thực quản, (4) bệnh nhân trước và sau phẫu thuật cơ thắt

thực quản dưới, (5) bệnh nhân có bệnh lý hệ thống như xơ cứng bì, có triệu chứng tại thực quản, (6) xác định vị trí cơ thắt thực quản dưới để phục vụ đo pH-trở kháng thực quản 24 giờ.⁷

Kĩ thuật HRM được tiến hành trên hệ thống Solar GI, với catheter loại bơm nước 22 kênh. Trước khi tiến hành kĩ thuật, hệ thống bơm nước được khởi động, các vị trí nhận cảm áp lực trên catheter được chuẩn hóa về 0. Catheter được đặt qua đường mũi, trong tư thế ngồi. Kĩ thuật được tiến hành với tối thiểu 10 nhịp nuốt đơn (mỗi lần 5ml nước), và 2 lần nhịp nuốt nhanh liên tục (bơm 5 nhịp liên tiếp, mỗi nhịp 2ml nước).

Kết quả HRM được phân loại theo phân loại Chicago v3.0. MNĐTQ được xác định khi có chỉ số áp lực tích hợp nghỉ trong 4 giây của cơ thắt thực quản dưới (IRP4s) < 19mmHg kèm theo 100% nhịp nuốt thất bại. Nhịp nuốt thất bại khi có chỉ số DCI (Distal contractile integral) < 100 mmHg.cm.s.⁸

Đối tượng sau khi được chẩn đoán rối loạn MNĐTQ trên đo HRM theo phân loại Chicago v3.0 sẽ được phỏng vấn về triệu chứng lâm sàng, bộ câu hỏi FSSG, GERDQ; và được ghi nhận lại kết quả nội soi đường tiêu hoá trên và kết quả đo pH-trở kháng 24 giờ (nếu có). Catheter pH-trở kháng thực quản được tiến hành kiểm tra trước khi đo bằng cách nhúng đầu catheter vào từng dung dịch kiểm chuẩn (nước cất, dung dịch pH=4,01, pH=7,00) theo thứ tự hiển thị trên màn hình đo.

3. Xử lí số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lí bằng phần mềm SPSS version 22.0. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tỉ lệ (phần trăm), các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (tứ phân vị).

Sự khác biệt giữa các nhóm độc lập kiểm định bằng Chi-square test, Independent-sample T-test.

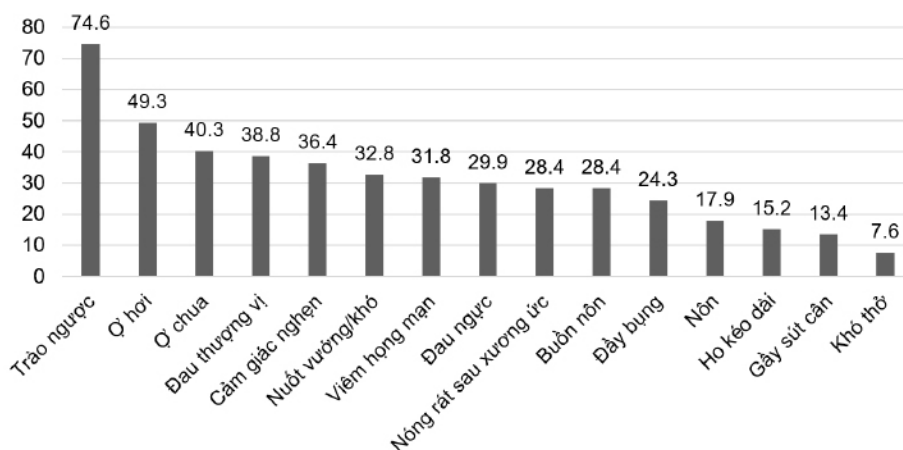
4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học – Viện Nghiên cứu Đinh Tiên Hoàng, mã số IRB-1909. Nghiên cứu thu thập thông tin hồi cứu. Các thông tin được lưu trữ theo mã số nghiên cứu. Cơ sở dữ liệu nghiên cứu không lưu trữ thông tin về danh tính hoặc số liệu nhạy cảm của bệnh nhân. Dữ liệu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 3/2018 đến tháng 4/2019, 2762

bệnh nhân được tiến hành đo HRM, trong đó 67 bệnh nhân (2,4%) được chẩn đoán MNĐTQ, gồm 26 nam và 41 nữ (tỉ lệ nữ/nam: 1,6). Tuổi trung bình là $43,2 \pm 14,8$, min – max: 18 – 77 (tuổi). Không ghi nhận bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu có tiền sử bệnh lí đái tháo đường, các bệnh lí mô liên kết hệ thống như xơ cứng bì. Các triệu chứng điển hình của trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ) là nóng rát sau xương ức và trào ngược gặp lần lượt ở 28,4% và 74,6%. Các triệu chứng dạ dày thực quản khác cũng xuất hiện với tỉ lệ tương đối cao như ợ hơi (49,3%), ợ chua (40,3%), cảm giác nghẹn ở cổ (36,4%), đau thượng vị (38,8%). Đặc điểm triệu chứng lâm sàng được trình bày chi tiết trong Biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng (%)

Các đặc điểm về điểm lâm sàng, kết quả nội soi, kết quả đo HRM và kết quả đo pH-trở kháng 24 giờ được trình bày trong Bảng 1. Nhóm nghiên cứu có điểm FSSG và GERDQ trung bình lần lượt là $15,27 \pm 8,6$ và $7,01 \pm 3,4$. Trong đó 80,6% (n = 54) bệnh nhân có điểm FSSG ≥ 8 và 44,8% (n = 30) bệnh nhân có điểm GERDQ ≥ 8 .

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và kết quả nội soi (N = 67)

Đặc điểm	Kết quả
Điểm GERDQ (TB \pm SD)	7,01 \pm 3,4
Điểm FSSG (TB \pm SD)	

Điểm FSSG tổng	15,27 ± 8,6
Điểm FSSG nhu động	7,57 ± 4,6
Điểm FSSG trào ngược	7,7 ± 5,4
Kết quả nội soi (n = 63)	
Barrett thực quản	3 (4,8%)
Viêm thực quản trào ngược	29 (46,0%)
Phân loại Los Angeles A/B/D	24/4/1 (82,8/13,8/3,4%)
Kết quả đo HRM	
Áp lực LES (nhịp nền) (mmHg)	11,3 ± 5,9
Áp lực LES (nhịp nuốt) (mmHg)	11,3 ± 7,0
IRP4s (mmHg)	4,5 ± 3,9
Kết quả đo pH-trở kháng 24 giờ (n = 6)	
AET (%)	12,7 (0,5 -88,0)
Tỉ lệ AET > 6	4 (66,7%)
Điểm DeMeester	49,7 (1,68 – 329,27)
Tỉ lệ DeMeester > 14,72	5 (83,3%)

Trên hình ảnh nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng, tỉ lệ bệnh nhân có hình ảnh viêm thực quản trào ngược (VTQTN) chiếm tỉ lệ 46%, trong đó theo phân loại Los Angeles chủ yếu VTQTN mức độ A (82,8%), chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân được chẩn đoán VTQTN mức độ D và không có trường hợp nào có VTQTN độ C.

Các giá trị áp lực LES khi nghỉ nhịp nền và IRP4s trung bình của nhóm nghiên cứu lần lượt là 11,3 ± 5,9 và 4,5 ± 3,9 mmHg. Có 47,8% bệnh nhân (n=32) có áp lực LES khi nghỉ < 10 mmHg và 65,7% bệnh nhân (n = 44) có IRP4s < 5mmHg. 6/67 bệnh nhân được chỉ định và tiến hành đo pH-trở kháng 24 giờ, trong đó 4 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán xác định TNDDTQ (AET >6%) theo đồng thuận Lyon (2018).

Bảng 2 so sánh điểm FSSG, GERDQ và

các giá trị trên đo HRM (áp lực khi nghỉ của LES, IRP4s) giữa hai nhóm VTQTN và không có VTQTN trên nội soi đường tiêu hóa trên. Tuy nhiên, điểm FSSG và GERDQ trung bình không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Áp lực khi nghỉ của LES và IRP4s có giá trị cao hơn ở nhóm không có VTQTN (p < 0,05).

Tỉ lệ VTQTN ở nhóm LES < 10mmHg và ≥ 10mmHg lần lượt là 58,6% và 35,5%. Tỉ lệ VTQTN ở nhóm IRP4s < 5mmHg và IRP4s ≥ 5mmHg lần lượt là 53,7% và 31,8%. Phân tích cho thấy tỉ lệ VTQTN không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có áp lực khi nghỉ của LES < 10mmHg và ≥ 10mmHg (p = 0,064), và giữa nhóm có IRP4s < 5mmHg và IRP4s ≥ 5mmHg (p = 0,097).

Bảng 2. Đặc điểm trên đo HRM và bảng điểm FSSG, GERDQ giữa hai nhóm VTQ và không VTQ (n = 63)

Đặc điểm	VTQTN (n=29)	Không VTQTN (n=34)	p
Áp lực nghỉ của LES	9,6 ± 3,7	13,3 ± 6,3	0,007
IRP4s	3,3 ± 2,2	5,9 ± 4,5	0,006
Điểm GERDQ	6,97 ± 2,75	7,09 ± 3,97	0,889
Điểm FSSG tổng	13,69 ± 6,85	16,56 ± 9,92	0,194

Giá trị p có ý nghĩa thống kê được biểu diễn bôi đậm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thu tuyển được 67 bệnh nhân trong đó có 26 nam và 41 nữ, tuổi trung bình là 43,2 ± 14,8 (năm). Không ghi nhận bệnh nhân nào có tiền sử các bệnh lý hệ thống như xơ cứng bì. Các nghiên cứu trước đây đều ghi nhận tỉ lệ cao bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống có các rối loạn về nhu động thực quản, đặc biệt là MNĐTQ. Trong nghiên cứu của Crowell (2017) có 56% bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống có MNĐTQ trên đo HRM.⁹ Nghiên cứu của Sobia và cộng sự (2018) trên 207 đối tượng được chẩn đoán MNĐTQ trên đo HRM, tỉ lệ bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống chiếm 63,7%, các bệnh lý mô liên kết hệ thống khác chiếm 17,9%, bệnh lý TNDDTQ chiếm 8,6%.² Xơ cứng bì hệ thống là một bệnh lý tự miễn hiếm gặp, tỉ lệ khoảng 7 – 489/1 triệu dân theo một nghiên cứu gộp đa quốc gia giai đoạn 1969 – 2006.¹⁰ Hiện chưa có số liệu công bố nào tại Việt Nam về tỉ lệ của bệnh xơ cứng bì trong cộng đồng, cũng như trong bệnh viện. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp bệnh nhân có bệnh lý hệ thống có thể do đối tượng chủ yếu của đơn vị nghiên cứu là các bệnh nhân ngoại trú đi khám chuyên khoa về tiêu hóa. Kỹ thuật HRM tại cơ sở nghiên cứu chủ yếu được chỉ định trên những bệnh

nhân có các triệu chứng nghi ngờ rối loạn nhu động thực quản, trước và sau điều trị cơ thắt tâm vị, và xác định vị trí cơ thắt thực quản dưới trước đo tiến hành đo pH-trở kháng thực quản 24 giờ. Theo nghiên cứu của Sobia Laique và cộng sự (2019) trên 207 bệnh nhân được chẩn đoán MNĐTQ từ 2014 đến 2016 tại Cleveland (Mỹ), các tác giả đề xuất cây hướng dẫn chẩn đoán trên các bệnh nhân có rối loạn MNĐTQ. Đầu tiên là tiếp cận, khai thác tiền sử bệnh lý, tiền sử sử dụng thuốc và thăm khám các dấu hiệu lâm sàng. Khi bệnh nhân có các biểu hiện nghi ngờ bệnh lý hệ thống như dày cứng da, hội chứng Raynaud, yếu cơ, đau/viêm khớp..., cần tiến hành thêm các xét nghiệm như phát hiện/định lượng kháng thể kháng nhân (ANA), kháng thể kháng Scl-70,...² Điều này đồng thời cũng gợi mở một hướng nghiên cứu mới cần đánh giá chuyên sâu thêm về các rối loạn nhu động của đường tiêu hóa trên nhóm bệnh nhân mắc bệnh lý hệ thống, cũng như tiếp cận phát hiện chẩn đoán các bệnh lý hệ thống trên bệnh nhân có rối loạn MNĐTQ tại Việt Nam.

Rối loạn MNĐTQ là một trong những tình trạng dẫn đến và/hoặc làm nặng hơn tình trạng trào ngược dạ dày thực quản do sự giảm chức

năng thanh thải của thực quản với dịch trào ngược. Tỷ lệ nhíp nuốt thất bại là một yếu tố dự đoán cho chỉ số thời gian niêm mạc tiếp xúc với axit (AET) của thực quản cao.¹¹ Do đó, bệnh nhân có MNĐTQ với 100% nhíp nuốt thất bại có các triệu chứng nghĩ đến trào ngược dạ dày thực quản cần được tiếp cận triệu chứng lâm sàng và các kĩ thuật thăm dò để chẩn đoán chính xác và có phương pháp điều trị hợp lí. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng đến khám chủ yếu của bệnh nhân là các triệu chứng dạ dày-thực quản, trong đó tỉ lệ cao nhất là biểu hiện trào ngược (74,6%). FSSG và GERDQ là hai bộ câu hỏi thường dùng trên lâm sàng để đánh giá triệu chứng lâm sàng của TNDDTQ. Điểm FSSG ≥ 8 và GERDQ ≥ 8 là một trong các yếu tố giúp bác sĩ lâm sàng cân nhắc chẩn đoán TNDDTQ, đặc biệt trong các trường hợp không có các kĩ thuật thăm dò khác kèm theo. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, 80,6% bệnh nhân MNĐTQ có điểm FSSG ≥ 8 và 44,8% bệnh nhân MNĐTQ có điểm GERDQ ≥ 8 . Điều này cho thấy việc chẩn đoán TNDDTQ và MNĐTQ dựa trên triệu chứng lâm sàng và các bộ câu hỏi còn nhiều khó khăn. Các triệu chứng thường gặp trong bệnh lí co thắt tâm vị (achalasia) cũng gặp trong nhóm MNĐTQ như nuốt vướng, nuốt khó, nôn, gầy sút cân, trong đó triệu chứng nuốt vướng/nuốt khó gặp tỉ lệ cao (32,8%). Hình ảnh chụp baryt thực quản của MNĐTQ và co thắt tâm vị đôi khi khó phân biệt do thực quản giãn, ứ đọng nhiều. Một nghiên cứu trên 342 bệnh nhân TNDDTQ kháng trị cho thấy 10,8% bệnh nhân có chẩn đoán co thắt tâm vị, 2,7% bệnh nhân có chẩn đoán MNĐTQ trên đo HRM.¹² Do đó, khi tiếp cận nhóm bệnh nhân TNDDTQ, đặc biệt là TNDDTQ kháng trị, nên cân nhắc tìm kiếm, loại trừ các rối loạn nhu động thực quản nặng, trong

đó có MNĐTQ và co thắt tâm vị.

VTQTN gặp ở 46% bệnh nhân, trong đó chủ yếu là VTQTN độ A. Điều này tương đồng với các kết quả nghiên cứu trước đây trên các đối tượng nội soi dạ dày-thực quản, tỉ lệ VTQTN có thể gặp từ 36,9 -65% ở các bệnh nhân có các triệu chứng TNDDTQ, trong đó VTQTN độ A chiếm tỉ lệ cao.^{13,14} Giá trị điểm FSSG và GERDQ trung bình của nhóm nghiên cứu không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có VTQTN và không có VTQTN. Điều này cho thấy nhóm bệnh nhân có và không có tổn thương viêm thực quản trên nội soi không có sự khác biệt về tần suất và mức độ nặng của triệu chứng trên lâm sàng.

Áp lực cơ thắt thực quản dưới thấp kết hợp với MNĐTQ là một yếu tố dự đoán TNDDTQ có ý nghĩa.¹¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 47,8% bệnh nhân có áp lực khi nghỉ của LES < 10mmHg và 65,7% bệnh nhân có IRP4s < 5mmHg. Giá trị áp lực khi nghỉ của LES và IRP4s thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có VTQTN. Áp lực cơ thắt thực quản dưới thấp là một trong các yếu tố làm giảm chức năng hàng rào ngăn trào ngược của vùng nối dạ dày – thực quản, do đó có thể gây nên tình trạng trào ngược dạ dày thực quản, đặc biệt là trên các bệnh nhân có kèm tình trạng giảm/mất nhu động thực quản.¹⁵ Tình trạng trào ngược dạ dày thực quản kéo dài dẫn đến tiếp xúc niêm mạc thực quản với dịch axit gây viêm thực quản trào ngược, do đó có thể lí giải vì sao giá trị áp lực khi nghỉ của LES và IRP4s thấp hơn ở nhóm có VTQTN.

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá đặc điểm lâm sàng, kết quả nội soi và các đặc điểm trên đo HRM của các bệnh nhân có rối loạn MNĐTQ

là một nhóm rối loạn chức năng nặng, các dữ liệu lâm sàng còn hạn chế. Đo HRM còn là một phương pháp thăm dò tương đối mới tại Việt Nam, có nhiều ý nghĩa trong đánh giá các rối loạn nhu động thực quản, đặc biệt giúp chẩn đoán xác định và phân biệt một số rối loạn có biểu hiện lâm sàng, đặc điểm nội soi dạ dày-thực quản tương đối giống nhau như co thắt tâm vị, MNĐTQ, và bệnh lý TNDDTQ

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có rối loạn mất nhu động thực quản hoàn toàn có triệu chứng dạ dày-thực quản đa dạng trong đó gặp nhiều nhất là trào ngược. Tỷ lệ VTQTN chiếm gần 50% bệnh nhân MNĐTQ và áp lực LES thấp cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có tổn thương viêm trên nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kimmel JN, Carlson DA, Hinchcliff M, et al. The association between systemic sclerosis disease manifestations and esophageal high-resolution manometry parameters. *Neurogastroenterol Motil.* 2016;28(8):1157-1165.
2. Laique S, Singh T, Dornblaser D, et al. Clinical Characteristics and Associated Systemic Diseases in Patients With Esophageal "Absent Contractility"-A Clinical Algorithm. *J Clin Gastroenterol.* 2019;53(3):184-190.
3. Kamal A, Shakya S, Lopez R, Thota PN. Gender, medication use and other factors associated with esophageal motility disorders in non-obstructive dysphagia. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2018;6(3):177-183.
4. Ribolsi M, Gyawali CP, Savarino E, et al. Correlation between reflux burden,

peristaltic function, and mucosal integrity in GERD patients. *Neurogastroenterol Motil.* 2020;32(3):e13752.

5. Aggarwal N, Lopez R, Gabbard S, Wadhwa N, Devaki P, Thota PN. Spectrum of esophageal dysmotility in systemic sclerosis on high-resolution esophageal manometry as defined by Chicago classification. *Dis Esophagus.* 2017;30(12):1-6.

6. Schlottmann F, Patti MG. Primary Esophageal Motility Disorders: Beyond Achalasia. *Int J Mol Sci.* 2017;18(7).

7. Gyawali CP, Carlson DA, Chen JW, Patel A, Wong RJ, Yadlapati RH. ACG Clinical Guidelines: Clinical Use of Esophageal Physiologic Testing. *Am J Gastroenterol.* 2020;115(9):1412-1428.

8. Yadlapati R. High-resolution esophageal manometry: interpretation in clinical practice. *Curr Opin Gastroenterol.* 2017;33(4):301-309.

9. Crowell MD, Umar SB, Griffing WL, DiBaise JK, Lacy BE, Vela MF. Esophageal Motor Abnormalities in Patients With Scleroderma: Heterogeneity, Risk Factors, and Effects on Quality of Life. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017;15(2):207-213 e201.

10. Chiffot H, Fautrel B, Sordet C, Chatelus E, Sibilia J. Incidence and prevalence of systemic sclerosis: a systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum.* 2008;37(4):223-235.

11. Rengarajan A, Bolkhair A, Gor P, Wang D, Munigala S, Gyawali CP. Esophagogastric junction and esophageal body contraction metrics on high-resolution manometry predict esophageal acid burden. *Neurogastroenterol Motil.* 2018;30(5):e13267.

12. Wang F, Li P, Ji GZ, et al. An analysis of

342 patients with refractory gastroesophageal reflux disease symptoms using questionnaires, high-resolution manometry, and impedance-pH monitoring. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(5):e5906.

13. Ha NR, Lee HL, Lee OY, et al. Differences in clinical characteristics between patients with non-erosive reflux disease and erosive esophagitis in Korea. *J Korean Med*

Sci. 2010;25(9):1318-1322.

14. Johanson JF, Hwang C. Prevalence of erosive esophagitis (EE) in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). *Gastroenterology* 2001;120(5).

15. C.Mitre M, A.Katzka D. Pathophysiology of GERD: Lower esophageal sphincter defects. *Practical gastroenterology*. 2004;28(5):44-58.

Summary

CLINICAL SYMPTOMS, ENDOSCOPIC FINDINGS AND LOWER ESOPHAGEAL SPHINCTER PRESSURE IN PATIENTS WITH ABSENT CONTRACTILITY

The purpose of this study is to describe the clinical symptoms, upper gastrointestinal endoscopy findings (UGIE) and lower esophageal sphincter pressure (LES) in patients with absent contractility (AC) on high-resolution manometry (HRM). This cross-sectional study included 67 patients diagnosed with AC on HRM at the Institute of Gastroenterology and Hepatology – Hoang Long Clinic from March 2018 to April 2019. 2.4% of patients on HRM were diagnosed with AC. The female/male ratio was 1.6, the mean age was 43.2 ± 14.8 . Common symptoms were regurgitation (74.6%), heartburn (28.4%) and dysphagia (32.8%). 80.6% and 44.8% of the patients had a FSSG and GERDQ score ≥ 8 , respectively. On UGIE, 46% had reflux esophagitis, mostly Los Angeles grade A. Resting LES pressure and IRP4s were significantly lower in patients with esophagitis on endoscopy. Clinical symptoms of patients with absent contractility were various and nonspecific. Patients with esophagitis had lower LES pressure and IRP4s than those without esophagitis.

Keywords: absent contractility, high-resolution manometry.