

giá trị 3,16 cho giá trị dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản với độ nhạy 79,07%, độ đặc hiệu 68,75% và diện tích dưới đường cong là 0,738. Nghiên cứu của Kraja B cho rằng tại FIB-4 = 3,23 có khả năng dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản với độ nhạy 72%, độ đặc hiệu 58%, và AUC 0,66 [5]. Trong nghiên cứu của Hà Vũ trên bệnh nhân xơ gan nói chung thì điểm cắt dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản cao hơn – tại cut-off 7,065 cho độ nhạy 98,5%, độ đặc hiệu 71,1% [2]. Đối với SAAG, trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng khả năng dự đoán tối ưu hơn với giá trị điểm cắt là 1,9 có độ nhạy 88,37%, độ đặc hiệu 75,87% và AUC đến 0,902. Đối với điểm Child-Pugh-đây là một thang điểm (bao gồm cả lâm sàng và cận lâm sàng) đánh giá độ nặng của bệnh gan tuy nhiên giá trị tương quan và dự đoán giãn tĩnh mạch theo thống kê tính được không cao bằng SAAG và FIB-4. Nghiên cứu của Sayyed về SAAG và APRI ở bệnh nhân có bệnh gan mạn đã cho thấy rằng SAAG càng lớn phối hợp với APRI càng thấp là một chỉ số không xâm lấn hữu ích trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản với độ nhạy lên đến 94% (tính riêng độ nhạy của SAAG là 77,6% và APRI là 74,1%) từ đó có lợi cho xác định sớm bệnh nhân cần chuyển cho phòng nội soi [4]. Từ các nghiên cứu và các nhận định trên rút ra rằng việc sử dụng 2 thông số SAAG và FIB-4 hoặc sử dụng kết hợp cả hai có thể làm tăng độ tin cậy trong việc dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở những bệnh nhân xơ gan đặc biệt đối với nhóm có nguy cơ cao như xơ gan cổ chướng. Điều này

có thể vừa giúp làm giảm chi phí và sự khó chịu cho những bệnh nhân xơ gan cổ chướng vừa làm giảm gánh nặng cho các đơn vị nội soi.

V. KẾT LUẬN

Trong các thang điểm, điểm Child-Pugh đánh giá độ nặng của gan, tuy nhiên giá trị tương quan và dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản không cao. SAAG và FIB-4 là 2 thông số không xâm lấn với độ nhạy cao (lần lượt là 88,37% và 79,07%) để dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan cổ chướng và do đó có ích trong việc xác định bệnh nhân cần chuyển đến những cơ sở điều trị có thể can thiệp nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Murphy S.L, Xu J, Kochanek K.D, et al.** Mortality in the United States, 2017. NCHS Data Brief 2018, 328:1-8. 5
2. **Hà Vũ, Bùi Hữu Hoàng.** Giá trị của chỉ số APRI và FIB-4 trong tiên đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan. Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh 2015; 19(1):97-102. 3
3. **Vũ Bích Thảo, Trần Ngọc Ánh.** Giá trị chẩn đoán của độ chênh Albumin huyết thanh và dịch màng bụng trong chẩn đoán phân biệt cổ trướng do xơ gan với các nguyên nhân khác. Tạp chí Nghiên cứu Y học 2013; 82(2): 44-48.
4. **Sayyed J, Sharma D, Choudhary K, et al.** A Study on Correlation between SAAG and Platelet Count: Spleen Size Ratio for the Prediction of Esophageal Varices among Chronic Liver Disease Patients. Indian Journal of Basic and Applied Medical Research 2015, 7 (3): 502 - 508.
5. **Kraja B, Mone I, Akshija I, et al.** Predictors of esophageal varices and first variceal bleeding in liver cirrhosis patients. World J Gastroenterol 2017, 23 (26): 4806-4814.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG BỆNH LÝ TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN KHÁNG TRỊ VÀ NHU CẦU SỬ DỤNG ỨNG DỤNG ĐỘNG NHẢM HỖ TRỢ QUẢN LÝ BỆNH

Đào Việt Hằng^{1,2}, Trần Thị Ngọc Ánh², Nguyễn Mạnh Duy²

TÓM TẮT

Khảo sát được tiến hành từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2020 nhằm đánh giá thực trạng bệnh lý trào ngược dạ dày- thực quản (GERD) kháng trị trong thực hành lâm sàng và nhu cầu sử dụng ứng dụng di động

(ỨDDĐ) hỗ trợ quản lý bệnh. Có 101 bác sỹ đã tham gia nghiên cứu, trong đó 97% bác sỹ đã từng điều trị cho bệnh nhân trào ngược dạ dày- thực quản, 88% bác sỹ đã từng gặp bệnh nhân không đáp ứng điều trị. 71,7% các bác sỹ ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân không đáp ứng điều trị trong thực tế $\geq 10\%$. Phối hợp thêm thuốc, tăng liều hay thay đổi thuốc PPI là những xử trí phổ biến của các bác sỹ khi điều trị cho bệnh nhân GERD kháng trị. 100% bác sỹ đồng ý với việc xây dựng một ỨDDĐ quản lý bệnh trào ngược dạ dày-thực quản cho bệnh nhân. Tính năng các bác sỹ mong muốn xây dựng trong ỨDDĐ bao gồm hướng dẫn về chế độ ăn uống, sinh hoạt, cung cấp kiến thức về bệnh và là kênh tương tác giữa bác sỹ và bệnh nhân.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2021

Ngày duyệt bài: 1.2.2021

Từ khóa: trào ngược dạ dày thực quản (GERD), kháng trị, ứng dụng di động, thông tin y tế.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF REFRACTORY GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND THE DEMAND FOR BUILDING MOBILE APPLICATION TO SUPPORT FOR MANAGEMENT

The survey was conducted from 4/2020 to 8/2020 to assess the current situation of refractory gastroesophageal reflux disease (GERD) and the need of using a mobile application (app) to support patients in GERD management. 101 doctors mainly from the internal medicine department in hospitals participated in the study, 97% of them have ever treated patients having gastroesophageal reflux disease, 88% of doctors have ever met patients who had refractory GERD. 71,7% of doctors reported the rate of refractory GERD in clinical practice is $\geq 10\%$. 100% of doctors agreed to develop a mobile application for GERD management. Combining with other medications, increasing the dose or switching to another PPI are the most common strategies for refractory GERD patients. The features that the doctors recommended for the app are instructions on diet, daily activities, providing information about GERD, and building an interactive channel between doctors and patients.

Keywords: gastroesophageal reflux disease (GERD), refractory GERD, mobile application, health information.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) là tình trạng các chất trong dịch dạ dày trào ngược lên thực quản và gây ra các triệu chứng khó chịu có hoặc không kèm biến chứng. Nếu không được chẩn đoán và điều trị, bệnh có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng như viêm loét thực quản, Barrett thực quản, đồng thời tăng nguy cơ ung thư thực quản. Tỷ lệ mắc GERD chung trên toàn thế giới chiếm khoảng 13%, cao nhất ở Nam Á và Đông Nam châu Âu, và 7,4% ở khu vực Đông Nam Á [5].

GERD kháng trị được định nghĩa là khi bệnh nhân đã sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI) liều tiêu chuẩn trong 8 tuần nhưng không đáp ứng [6]. Nguyên nhân dẫn đến tình trạng GERD kháng trị bao gồm bệnh nhân không tuân thủ việc dùng thuốc, không có chế độ ăn uống sinh hoạt phù hợp hoặc do trào ngược dịch không acid hoặc có một số yếu tố nguy cơ khác kèm theo như thoát vị hoành, béo phì [6]. Một nguyên nhân phổ biến khiến bệnh nhân không tuân thủ điều trị được ghi nhận là do có sự thuyên giảm triệu chứng sau 1-2 tuần [7]. Do vậy việc đánh giá tình trạng không đáp ứng với điều trị GERD cần xem xét tới nhiều yếu tố như việc tuân thủ

điều trị (uống đủ liều thuốc, theo hướng dẫn với từng loại thuốc), chế độ ăn uống, sinh hoạt hoặc các yếu tố nguy cơ kèm theo. Tối ưu hóa điều trị sẽ bắt đầu từ việc đánh giá các nguyên nhân này trước khi tăng liều hoặc phối hợp thuốc [6]. Có đến 45% bệnh nhân GERD không đáp ứng với điều trị và cần sự tư vấn hỗ trợ can thiệp của các bác sĩ [8]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, tỷ lệ bác sĩ trên bệnh nhân còn thấp với 0,76 bác sĩ/1000 dân vì vậy thời gian bệnh nhân được tư vấn về chế độ sinh hoạt, ăn uống trong quá trình uống thuốc có thể bị ảnh hưởng cũng như việc bác sĩ ghi nhận đầy đủ các yếu tố nguy cơ có thể gặp nhiều khó khăn [1].

Thực hiện quyết định về việc tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin vào y tế của Bộ Y tế, việc xây dựng ứng dụng di động (ỨDDĐ) trong y tế là một xu hướng mới, tiềm năng có thể hỗ trợ các bác sĩ trong việc tư vấn và theo dõi bệnh nhân trong quá trình điều trị [2]. Trên thế giới, đã có nhiều ỨDDĐ được xây dựng và phát triển nhằm hỗ trợ bệnh nhân đặc biệt nhóm bệnh nhân mắc các bệnh lý mạn tính cần theo dõi triệu chứng hoặc hỗ trợ tư vấn chế độ ăn uống sinh hoạt. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: *Đánh giá thực trạng bệnh lý GERD kháng trị trong thực hành lâm sàng và khảo sát nhu cầu sử dụng ỨDDĐ hỗ trợ quản lý bệnh GERD.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Khảo sát sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Bộ câu hỏi thiết kế trên nền tảng trực tuyến được gửi đến các bác sĩ ở các bệnh viện trên cả nước thông qua chia sẻ trực tuyến. Thời gian mở biểu mẫu thu thập số liệu trực tuyến từ 4/2020 đến 8/2020.

Biến số nghiên cứu: Bộ câu hỏi bao gồm 3 phần. Phần thông tin chung gồm các câu hỏi về đơn vị công tác, chuyên ngành và kinh nghiệm điều trị bệnh nhân GERD. Phần khảo sát thực trạng bệnh nhân GERD kháng trị gồm 4 câu hỏi liên quan đến tỷ lệ gặp bệnh nhân GERD kháng trị và các xử trí của các bác sĩ. Phần nhu cầu sử dụng ứng dụng ỨDDĐ bao gồm 2 câu hỏi về các tiêu chí xây dựng ứng dụng. Bộ câu hỏi được thiết kế bởi nhóm chuyên gia tiêu hóa tại Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, sau đó được Hội đồng khoa học Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan Mật thông qua.

Đối tượng nghiên cứu: Các bác sĩ làm việc trong chuyên ngành tiêu hóa, nội soi hoặc nội

khoa chung tại các bệnh viện trên cả nước đồng ý tham gia khảo sát.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được xuất ra và làm sạch bằng phần mềm Microsoft Excel, và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.

Đạo đức nghiên cứu: Các bác sĩ tham gia khảo sát được giải thích ý nghĩa, mục đích của khảo sát và tự nguyện đồng ý tham gia trả lời phiếu khảo sát trực tuyến. Các thông tin của người tham gia được bảo mật, chúng tôi không thu thập thông tin định danh đơn vị y tế, bác sĩ hoặc bệnh nhân (tên, địa chỉ, số điện thoại).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thông tin chung về các đối tượng tham gia khảo sát. Bảng 1 cho thấy tổng số có 101 bác sĩ tham gia khảo sát, trong đó chủ yếu là các bác sĩ khoa Nội tiêu hoá (55.4%), và các khoa nội chung (34.6%), chỉ có 10% là các bác sĩ chuyên khoa khác. Phần lớn các bác sĩ đến từ BV tuyến tỉnh trở lên ngoài ra có dưới 30% các bác sĩ đến từ bệnh viện tuyến huyện và đơn vị y tế tư nhân hoặc Viện nghiên cứu. Trong số bác sĩ tham gia khảo sát, có đến 96% bác sĩ đã từng điều trị cho bệnh nhân mắc triệu chứng trào ngược dạ dày-thực quản.

Bảng 1. Bảng thông tin chung về bác sĩ tham gia khảo sát.

Thông tin chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tổng	101	100
Giới tính:		
Nam	61	60,4
Nữ	40	39,6
Đơn vị công tác		
Bệnh viện hạng đặc biệt hoặc tuyến trung ương	37	36,6
Bệnh viện tuyến tỉnh	31	30,7
Bệnh viện huyện	15	14,9
Đơn vị y tế tư nhân (bệnh viện, phòng khám)	14	13,9
Viện nghiên cứu	2	2,0
Khác	2	1,98
Khoa công tác		
Nội chung hoặc các chuyên khoa khác hệ nội	35	34,6
Nội tiêu hóa	56	55,4
Khác	10	10,0
Đã điều trị bệnh nhân GERD		
Có	97	96,0
Không	4	4,0

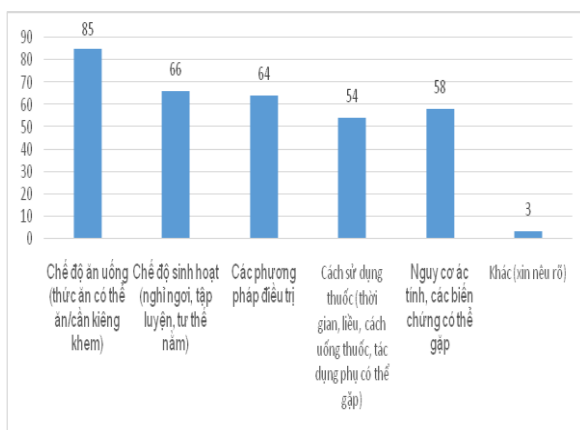
3.2 Trải nghiệm của các bác sĩ khi điều trị và tư vấn cho các bệnh nhân có bệnh lý trào ngược dạ dày- thực quản. Kết quả bảng

2 cho thấy trong số 101 bác sĩ tham gia khảo sát có đến 88 bác sĩ đã từng gặp bệnh nhân không đáp ứng điều trị. Theo nhận định của các bác sĩ, tỷ lệ bệnh nhân không đáp ứng điều trị chiếm 10-30% tổng số bệnh nhân GERD mà họ đã từng tham gia điều trị. Trên 70% tổng số các bác sĩ nhận định nguyên nhân chính dẫn đến không đáp ứng điều trị là do bệnh nhân không tuân thủ hướng dẫn chế độ ăn uống, sinh hoạt và hướng dẫn uống thuốc. Lựa chọn cách xử trí được nhiều bác sĩ lựa chọn nhất khi gặp bệnh nhân không đáp ứng điều trị là phối hợp thêm thuốc, tăng liều hoặc chuyển loại PPI.

Bảng 2. Thực trạng bệnh nhân được điều trị bởi bác sĩ.

Thông tin chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đã từng gặp bệnh nhân không đáp ứng điều trị		
Có	88	88
Không	12	12
Tỷ lệ nhóm không đáp ứng điều trị		
Dưới 10%	26	28,3
10%-30%	50	54,4
30%-50%	12	13,0
Trên 50%	4	4,3
Nguyên nhân dẫn đến không đáp ứng điều trị		
Không tuân thủ hướng dẫn chế độ ăn uống, sinh hoạt	86	86,0
Không tuân thủ hướng dẫn uống thuốc (thời gian, liều lượng)	69	69,0
Tự ý sử dụng thêm các thuốc khác	39	39,0
Mức độ tổn thương nặng	25	25,0
Trào ngược dịch mật	26	26,0
Có tình trạng thoát vị hoành kèm theo	37	37,0
Yếu tố tâm lí	4	4,0
Xử trí cho bệnh nhân trào ngược không đáp ứng điều trị		
Tăng liều PPI	41	41,4
Chuyển sang loại PPI khác	44	44,4
Phối hợp thêm thuốc (antacid, prokinetic v.v...)	69	69,7
Chuyển cho bác sĩ chuyên khoa	23	23,2
Làm thêm các thăm dò khác (vd đo pH trở kháng 24 giờ)	22	22,2
Cân nhắc chỉ định ngoại khoa	5	5,1
Khác	8	8,1

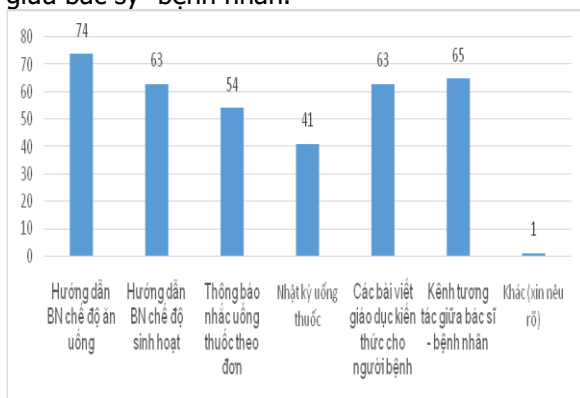
Hình 1 thể hiện các câu hỏi các bác sĩ chuyên khoa nhận được nhiều nhất từ bệnh nhân là chế độ ăn uống (85%), chế độ sinh hoạt (66%) và phương pháp điều trị (64%).



Hình 1. Câu hỏi thường gặp từ bệnh nhân.

3.3 Các tiêu chí được các bác sĩ đề xuất nhằm xây dựng ứng dụng.

Hình 2 cho thấy hướng dẫn về chế độ ăn uống, sinh hoạt, cung cấp thông tin về kiến thức cho người bệnh được bác sĩ gợi ý nhiều nhất. Ngoài ra, các bác sĩ cũng gợi ý xây dựng một chức năng của ứng dụng như kênh tương tác giữa bác sĩ- bệnh nhân.



Hình 2. Tính năng bác sĩ mong muốn ở ứng dụng

IV. BÀN LUẬN

Sự phát triển của công nghệ thông tin đã hỗ trợ cho bệnh nhân cũng như các bác sĩ trên thế giới trong quá trình điều trị và quản lý bệnh lý mạn tính. Khảo sát được thực hiện đã mô tả thực trạng bệnh nhân GERD không đáp ứng điều trị ở Việt Nam và đánh giá nhu cầu sử dụng ỨDDĐ quản lý GERD và gợi ý các tiêu chí cho xây dựng ứng dụng.

Khảo sát của chúng tôi cũng ghi nhận đa số các bác sĩ nội tiêu hoá tham gia trả lời đều đã gặp từng các bệnh nhân GERD không đáp ứng điều trị với 71,7% bác sĩ ghi nhận tỷ lệ này $\geq 10\%$ trong đó 54,4% bác sĩ lựa chọn tỉ lệ gặp trong thực tế là 10-30%. Tỷ lệ này gần tương tự với một nghiên cứu tổng quan trước đây thu

thập kết quả của 19 nghiên cứu cho thấy 45% bệnh nhân GERD không đáp ứng điều trị[8]. Theo khuyến cáo của Hội Tiêu hoá Hoa Kỳ đối với bệnh nhân GERD kháng trị cần phải tối ưu hóa điều trị bằng cách chuyển thuốc, phối hợp thuốc, tăng liều điều trị. Tuy nhiên, điều quan trọng là cần xác định bệnh nhân có thật sự tuân thủ điều trị. Khảo sát của chúng tôi cho thấy nguyên nhân của GERD kháng trị ở các bệnh nhân các bác sĩ tìm thấy khi thăm khám bệnh nhân có sự tham gia của các yếu tố liên quan đến tuân thủ và ăn uống sinh hoạt và do không tuân thủ chế độ ăn uống, sinh hoạt, và uống thuốc không đúng theo hướng dẫn (thời gian, liều lượng). Những nguyên nhân này đã được trình bày tương tự ở một nghiên cứu đã được tiến hành tại Mỹ[9]. Bên cạnh đó, câu hỏi bác sĩ gặp nhiều nhất từ bệnh nhân cũng là về chế độ ăn uống, sinh hoạt và phương pháp điều trị. Tuy nhiên, trên thực tế các bác sĩ lại lựa chọn ngay việc điều chỉnh thuốc, cụ thể là phối hợp thêm thuốc, tăng liều PPI hoặc thay đổi thuốc. Hiện nay, ở Việt Nam cũng đã có nhiều dữ liệu liên quan đến các thăm dò trong GERD kháng trị như đo pH trở kháng 24 giờ, đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao để loại trừ một số bệnh lý rối loạn nhu động thực quản có triệu chứng tương tự[3, 4]. Kết quả cho thấy trong số các bệnh nhân kháng trị chỉ có 56,7% các trường hợp thật sự là GERD bệnh lý[4]. Điều này cho thấy có khoảng cách trong việc xử trí trong thực hành lâm sàng cả về khía cạnh chẩn đoán và tối ưu hóa điều trị.

Trong khảo sát của chúng tôi, 100% bác sĩ tham gia trả lời đã đồng ý với ý tưởng xây dựng ỨDDĐ hỗ trợ bệnh nhân GERD nhằm đảm bảo điều trị hiệu quả. Hiện nay, trên thế giới, nhiều ỨDDĐ về quản lý GERD cũng đã được phát triển và đưa vào sử dụng như Heartburn, Refluxlog, Reflux Tracker, GERD Relief Aid ở Mỹ và các nước châu Âu. Các ứng dụng này cũng nhận được nhiều phản hồi tích cực của bác sĩ và bệnh nhân do tập trung vào một số khía cạnh như theo dõi triệu chứng trong quá trình điều trị, đánh giá chất lượng cuộc sống, tư vấn về chế độ ăn uống và sinh hoạt. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có dữ liệu về nhu cầu xây dựng ỨDDĐ về quản lý GERD của bác sĩ điều trị để có tiền đề cụ thể xây dựng các chức năng phù hợp. Khảo sát của chúng tôi cho thấy các hướng dẫn chế độ ăn uống và sinh hoạt cho bệnh nhân mắc GERD đồng thời cung cấp các bài viết và thông tin về bệnh là những chức năng được các bác sĩ gợi ý nhiều nhất để xây dựng ỨDDĐ. Những gợi ý này

phù hợp với kết quả về những câu hỏi mà các bác sỹ thường gặp ở các bệnh nhân GERD. Ngoài ra, các bác sỹ cũng kỳ vọng đây sẽ là một kênh tương tác giữa bác sỹ và bệnh nhân từ đó đảm bảo bệnh nhân được tối ưu hóa trong tư vấn và theo dõi điều trị.

Đây là khảo sát bước đầu với số lượng bác sỹ tham gia còn hạn chế. Tuy nhiên, khảo sát cũng đã cung cấp cái nhìn ban đầu về thực trạng và nhu cầu sử dụng UDDĐ nhằm hỗ trợ quản lý dạ dày-thực quản, là tiền đề cho các nghiên cứu tiếp theo nhằm làm rõ hơn nhu cầu thực tế trong sử dụng ứng dụng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ các bác sỹ từng điều trị cho bệnh nhân GERD chiếm đến 98% tổng số bác sỹ tham gia khảo sát, 88% bác sỹ đã từng gặp bệnh nhân GERD kháng trị. 100% bác sỹ đồng ý xây dựng một UDDĐ để hỗ trợ quản lý GERD. Bên cạnh đó, ứng dụng hỗ trợ quản lý trào ngược dạ dày-thực quản sẽ là một hướng đi đầy hứa hẹn giúp nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức Y tế thế giới**, Tổng quan quốc gia về Nhân lực y tế Việt Nam 2018.
2. **Bộ Y Tế**. Ứng dụng công nghệ thông tin hướng tới xây dựng nền y tế thông minh. 2019; Available from: https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/_asset_publisher/7ng11fEWgASC/

content/ung-dung-cong-nghe-thong-tin-huong-toi-xay-dung-nen-y-te-thong-minh.

3. **Đặng Thị Lôn, et al.**, Hình thái vùng nổi dạ dày - thực quản và áp lực cơ thắt thực quản dưới bằng kỹ thuật HRM ở bệnh nhân có thoát vị hoành trượt trên nội soi. Tạp chí Y Dược học Lâm sàng 108 2020. **15**(2).
4. **Đào Việt Hằng and Hoàng Bảo Long**, Bước đầu đánh giá kết quả đo pH-trở kháng 24 giờ ở bệnh nhân trào ngược dạ dày-thực quản kháng trị. Tạp chí nghiên cứu Y học, 2019. **119**(3): p. 33-40.
5. **Vakil, N., et al.**, The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol, 2006. **101**(8): p. 1900-20; quiz 1943.
6. **Fock, K.M., et al.**, Asia-Pacific consensus on the management of gastro-oesophageal reflux disease: an update focusing on refractory reflux disease and Barrett's oesophagus. Gut, 2016. **65**(9): p. 1402-15.
7. **Mermelstein, J., A. Chait Mermelstein, and M.M. Chait**, Proton pump inhibitor-refractory gastroesophageal reflux disease: challenges and solutions. Clin Exp Gastroenterol, 2018. **11**: p. 119-134.
8. **El-Serag, H., A. Becher, and R. Jones**, **Systematic review**: persistent reflux symptoms on proton pump inhibitor therapy in primary care and community studies. Aliment Pharmacol Ther, 2010. **32**(6): p. 720-37.
9. **Mermelstein, J., A.C. Mermelstein, and M.M. Chait**, Proton pump inhibitors for the treatment of patients with erosive esophagitis and gastroesophageal reflux disease: current evidence and safety of dexlansoprazole. Clin Exp Gastroenterol, 2016. **9**: p. 163-72.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐO NHÃN ÁP BẰNG VỚI MỘT SỐ LOẠI NHÃN ÁP KẾ

Đỗ Tấn¹, Phạm Thị Thu Thủy², Hoàng Thị Lành³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả đo nhãn áp (NA) bằng nhãn áp kế (NAK) Maclakov, NAK Goldmann và NAK không tiếp xúc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 702 mắt của 352 bệnh nhân khám và điều trị tại khoa Glôcôm Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 11/2017 đến tháng 8/2018. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 56,06 ± 16,88 (khoảng, 15 đến 90). Nhóm tuổi từ 60 - ≤ 80 có tỷ lệ

cao nhất chiếm 42,3 %. Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn (55,4%). Trong số bệnh nhân nghiên cứu, glôcôm chiếm tỷ lệ cao nhất 42,5%. Với kết quả đo của cả ba loại NAK, các mắt nhóm glôcôm có NA trung bình cao nhất, các mắt bong võng mạc có NA trung bình thấp nhất. Với NAK Maclakov, nhóm có NA trong khoảng từ 16 đến 21mmHg chiếm tỷ lệ cao nhất (74,1%), các mắt có NA rất cao ≥ 32mmHg có tỷ lệ thấp nhất 2,6%. Chênh lệch chỉ số NA của NAK Maclakov và NAK Goldmann với từng mức NA là: NA thấp < 16 mmHg: 2,397 ± 1,248mmHg; Bình thường 16 - 21mmHg: 2,604 ± 1,563 mmHg; Bình thường cao 22 - 25mmHg: 1,100 ± 3,460mmHg; Cao 26 - 31 mmHg: -2,043 ± 3,989 mmHg; Rất cao ≥ 32 mmHg: -3,611 ± 4,667 mmHg. Chênh lệch chỉ số NA của NAK Maclakov và NAK không tiếp xúc với từng mức NA là: NA thấp < 16mmHg: 3,687 ± 2,741mmHg; Bình thường 16-21mmHg: 2,270 ± 3,070mmHg; Bình thường cao 22 - 25mmHg: -0,536 ± 4,960 mmHg; Cao 26 - 31mmHg: -3,207 ± 5,932mmHg; Rất cao ≥ 32 mmHg: -3,883 ± 4,913 mmHg. **Kết luận:** Kết quả

¹Bệnh Viện Mắt Trung Ương

²Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh Viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2021

Ngày duyệt bài: 2.2.2021