

**NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA NỘI SOI CÓ DẢI ÁNH SÁNG HẸP  
TRONG CHẨN ĐOÁN TỒN THƯƠNG THỰC QUẢN  
DO TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN**

**Đào Trường Giang\*;  
Trần Việt Tú\*  
Dương Xuân Nhưong\*;  
Nguyễn Văn Huấn\*\***

**TÓM TẮT**

Nghiên cứu nhằm đánh giá giá trị của nội soi có dải ánh sáng hẹp trên 78 bệnh nhân (BN) bị trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ) từ 1 - 2009 đến 4 - 2011 tại Bệnh viện 103.

Kết quả: Nội soi có dải ánh sáng hẹp giúp phát hiện được nhiều trường hợp viêm thực quản (VTQ) hơn nội soi thường, đặc biệt VTQ độ A (48,1% so với 33,8%), độ nhạy và độ chính xác cao hơn. Trong chẩn đoán Barrett thực quản, phương pháp này giúp phát hiện được nhiều trường hợp hơn với độ nhạy 92,3%, độ đặc hiệu 96,1%, độ chính xác 94,8%.

\* Từ khóa: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản; Nội soi có dải ánh sáng hẹp.

**THE VALUE OF NARROW BAND IMAGING ENDOSCOPY SYSTEM IN DIAGNOSIS OF  
GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

**SUMMARY**

*The aim of this study is to analyse the role of narrow band imaging in 78 patients, who have gastroesophageal reflux disease (GERD) from January, 2009 to April, 2011 at 103 Hospital.*

*Results: Narrow band imaging (NBI) helps detecting more cases of esophagitis than conventional endoscopy does, especially in esophagitis grade A (48.1% vs 33.8%). NBI is more sensitive and more accuracy than conventional endoscopy. In diagnosing Barret's esophagus, NBI helps detecting more cases than conventional endoscopy with sensitivity 92.3%, specificity 96.1% and accuracy 94.8%.*

\* *Key words: Gastroesophageal reflux disease; Narrow band imaging.*

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh TNDDTQ là một bệnh phổ biến trên thế giới, gặp nhiều ở các nước phương Tây. Bệnh gây ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Hiện nay, có nhiều phương pháp chẩn

đoán bệnh TNDDTQ đã và đang cho kết quả tốt. Tuy nhiên, mỗi phương pháp đều có ưu, nhược điểm và không có phương pháp nào cung cấp một cách chính xác và đầy đủ thông tin để đánh giá toàn diện bệnh và các biến chứng của bệnh. Tuy nội soi thường quy được sử dụng khá rộng rãi tại nhiều bệnh viện

\* Bệnh viện 103

\*\* Bệnh viện 175

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh  
GS. TS. Lê Trung Hải

ở Việt Nam, với ưu điểm dễ tiến hành, cho kết quả nhanh chóng và khá chính xác, nhưng việc phát hiện tổn thương sớm còn hạn chế.

Dựa trên sự phát triển kỹ thuật ghi hình nội soi và chất lượng hình ảnh, nội soi có dải ánh sáng hẹp cho phép quan sát bất thường của bề mặt niêm mạc, đặc biệt là biến đổi về mạch máu trên bề mặt niêm mạc, đó là những biến đổi bất thường khi có loạn sản, dị sản hoặc ung thư. Ở Việt Nam, việc sử dụng nội soi có dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán các bệnh ở đường tiêu hóa còn chưa được áp dụng rộng rãi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: *Xác định giá trị của nội soi có dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán tổn thương thực quản do TNDDTQ.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

78 BN trên lâm sàng có hội chứng TNDDTQ theo tiêu chuẩn chẩn đoán Rome III: các triệu chứng trào ngược điển hình xuất hiện liên tục hoặc từng đợt trong 12 tuần với khởi phát triệu chứng ít nhất 6 tháng trước khi có chẩn đoán. Tuổi trung bình  $48,4 \pm 12,9$ , thấp nhất 22 tuổi, cao nhất 78 tuổi. Thời gian từ tháng 1 - 2009 đến 4 - 2011.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Tiến cứu, mô tả cắt ngang, có so sánh đối chiếu trên cùng 1 BN.

\* *Phương tiện nghiên cứu:* mẫu bệnh án, máy nội soi có dải ánh sáng hẹp, phương tiện làm mô bệnh học (MBH).

\* *Phương pháp tiến hành:* lựa chọn BN, thăm khám lâm sàng.

- Bước 1: nội soi thường, chẩn đoán:  
+ BN nhịn ăn trước soi 8 giờ, gây tê họng bằng lidocain 10%.

+ Chuẩn bị thực quản: rửa sạch bề mặt niêm mạc thực quản bằng nước, có thể sử dụng 10 - 20 ml N-acetylcysteine 50% bằng catheter làm sạch lớp nhày.

+ Thực hiện theo quy trình nội soi thực quản: qua nội soi, sinh thiết vùng tổn thương làm xét nghiệm MBH, chú ý đoạn nối dạ dày - thực quản. Sau đó, rửa sạch lại thực quản bằng nước cất hoặc dung dịch acetylcystein và tiến hành nội soi dạ dày, đánh giá tổn thương ở dạ dày, quá trình rút ống soi ra đến thực quản, bật đèn soi có dải ánh sáng hẹp.

- Bước 2: nội soi có dải ánh sáng hẹp, sinh thiết:

+ Đầu tiên, kiểm tra toàn bộ đoạn nối dạ dày thực quản, tìm những tổn thương lớn. Tập trung vào quan sát 2 mục tiêu: bề mặt niêm mạc và mạch máu. Mỗi vùng bất thường phải lưu ý đến vị trí và sinh thiết riêng biệt để việc tìm hiểu mối liên quan sau này và đánh giá phạm vi loạn sản. Sau khi kiểm tra xong bằng nội soi có dải ánh sáng hẹp, đưa ra chẩn đoán có tham khảo ý kiến của 2 bác sỹ nội soi, sinh thiết dưới hướng dẫn của nội soi có dải ánh sáng hẹp như quá trình sinh thiết dưới hướng dẫn của nội soi thường.

+ Đưa tất cả mảnh sinh thiết vào dung dịch cố định, mã hóa đánh dấu, gửi làm giải phẫu MBH tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện 103.

\* *Các chỉ tiêu nghiên cứu:* chẩn đoán TNDDTQ theo tiêu chuẩn Rome III. Khi ợ nóng hoặc ợ trớ là triệu chứng nổi bật, có thể chẩn đoán trào ngược dạ dày với độ nhạy 89%, độ đặc hiệu 95%.

\* *Chẩn đoán VTQ theo phân loại Los Angeles (1999):*

- Độ A: có một hay nhiều tổn thương niêm mạc không dài > 5 mm, không lan rộng giữa 2 đỉnh của 2 nếp niêm mạc.

- Độ B: có một hoặc nhiều tổn thương niêm mạc dài > 5 mm, không lan rộng giữa 2 đỉnh của 2 nếp niêm mạc.

- Độ C: có một hoặc nhiều tổn thương niêm mạc nối liền giữa 2 đỉnh của 2 hoặc nhiều nếp niêm mạc, nhưng không xâm phạm > 75% chu vi thực quản.

- Độ D: có một hoặc nhiều tổn thương niêm mạc xâm phạm > 75% chu vi thực quản.

\* *Xác định Barrett thực quản theo các nhà nội soi Anh:*

- Độ 0: không thấy biểu mô trụ, không có dị sản ruột.

- Độ I: biểu mô trụ không chiếm hết chu vi của thực quản, MBH không thấy DSR.

- Độ II: biểu mô trụ không chiếm hết chu vi thực quản, MBH thấy dị sản ruột.

- Độ III: biểu mô trụ chiếm hết chu vi thực quản, MBH không thấy dị sản ruột.

- Độ IV: biểu mô trụ chiếm hết chu vi thực quản, MBH thấy dị sản ruột.

- Phân loại VTQ trên và dưới đường Z, phân loại dị sản ruột theo hệ thống Sydney cập nhật năm 1994.

\* *Xử lý số liệu:* bằng phần mềm SPSS 16.0.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Kết quả nội soi.

\* *Đặc điểm vận động thực quản qua nội soi thường:*

Bình thường: 27 BN (34,6%); tăng: 46 BN (59%); giảm: 5 BN (6,4%).

Tăng nhu động thực quản cộng với thoát vị khe là yếu tố thúc đẩy quá trình trào ngược, làm ứ đọng dịch trào ngược tại đoạn nối thực quản-dạ dày, gây tổn thương viêm và Barrett thực quản [5, 8]. 6,4% BN có nhu động thực quản giảm.

\* *Đặc điểm dịch trào ngược qua nội soi thường:*

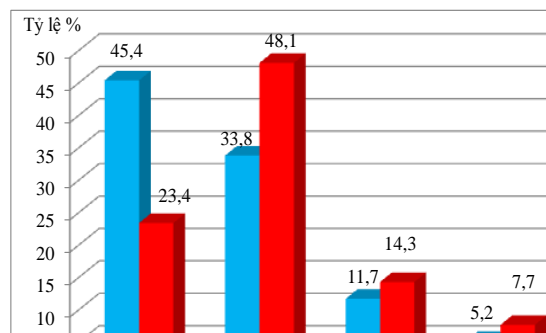
Không có: 2 BN (2,6%); có dịch trào ngược: 76 BN (97,4%); lẫn dịch mật: 6 BN (7,9%); lẫn thức ăn: 2 BN (2,6%).

76 BN (97,4%) có dịch trào ngược qua hình ảnh nội soi, trong đó 6 BN (7,9%) có trào ngược dịch mật. Nghiên cứu của Mai Hồng Bằng và CS, 66,7% BN có dịch trào ngược, nghiên cứu của Nguyễn Cảnh Bình là 41,7% [1].

\* *Tổn thương thực quản qua nội soi có dải ánh sáng hẹp:*

VTQ: 59 BN (76,6%); Barret thực quản: 26 BN (33,4%); loét thực quản: 4 BN (5,1%).

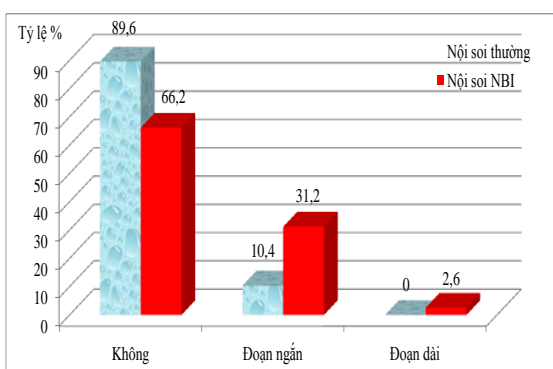
Không BN nào có xuất huyết thực quản, nám thực quản, polyp thực quản, ung thư thực quản.



*Biểu đồ 1: Đặc điểm tổn thương VTQ qua nội soi thường so với nội soi có dải ánh sáng hẹp.*

Nội soi có dải ánh sáng hẹp phát hiện được nhiều trường hợp VTQ hơn so với nội soi thường, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt thể hiện rõ nhất

ở trường hợp VTQ độ A, khi mà nội soi thường thường bỏ sót tổn thương thì nội soi có dải ánh sáng hẹp “bắt” được nhiều tổn thương hơn (48,1% so với 33,8%,  $p < 0,05$ ). Ở VTQ độ B, C, D, giữa 2 phương pháp không có sự khác biệt, do các tổn thương này đã khá rõ ràng. Nguyễn Cảnh Bình (2008) [1] cũng cho thấy nội soi thường có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối cao, lần lượt là 75,7% và 60,6%, độ chính xác 72,4%, giá trị dự báo dương tính 91,3%.



**Biểu đồ 2:** Đặc điểm tổn thương Barrett thực quản qua nội soi thường so với nội soi có dải ánh sáng hẹp.

Tỷ lệ Barrett thực quản phát hiện qua nội soi có dải ánh sáng hẹp cao hơn nội soi thường ( $p < 0,05$ ). Như vậy, nội soi thường bỏ sót tổn thương Barrett thực quản, phát hiện được ít trường hợp Barrett thực quản hơn so với nội soi có dải ánh sáng hẹp. Nội soi có dải ánh sáng hẹp cho phép tăng cường hình ảnh niêm mạc và mạch máu, giúp quan sát được các tổn thương kém rõ ràng trên nội soi thường. Nghiên cứu của Nguyễn Cảnh Bình (2008) [1], chỉ có 18,8% BN có Barrett thực quản phát hiện qua nội soi thường. Tỷ lệ chẩn đoán chính xác Barrett thực quản của nội soi có dải ánh sáng hẹp được lý giải là do biểu mô lát tầng

của thực quản có ít mạch máu và phản xạ hầu hết ánh sáng khi quan sát qua ống kính, vì thế nó cho màu xanh-xanh dưới nội soi có dải ánh sáng hẹp. Mặt khác, niêm mạc dạ dày có nhiều mạch máu, cho màu nâu-nâu. Tại đoạn nối thực quản-dạ dày sẽ có sự tương phản lớn giữa màu trắng và màu nâu. Sự mở rộng của niêm mạc Barrett thực quản sẽ được phát hiện dễ dàng hơn dưới nội soi có dải ánh sáng hẹp so với nội soi thường [7].

**Bảng 1:** Giá trị của nội soi thường chẩn đoán VTQ so với kết quả MBH.

CHẨN ĐOÁN VTQ NỘI SOI THƯỜNG	KẾT QUẢ MBH				TỔNG
	Không viêm		Có viêm		
	n	%	n	%	
Không viêm	26	74,3	9	25,7	35
Có viêm	4	9,5	38	90,5	42
Tổng	30		47		77

Nội soi thường cho độ nhạy 80,9%, độ đặc hiệu 86,7%, độ chính xác 83,1%, giá trị dự báo dương tính 90,5%.

**Bảng 2:** Giá trị của nội soi có dải ánh sáng hẹp chẩn đoán VTQ so với kết quả MBH.

CHẨN ĐOÁN VTQ NỘI SOI CÓ DẢI ÁNH SÁNG HẸP	KẾT QUẢ MBH		TỔNG
	Không viêm	Có viêm	
Không viêm	16	2	18
Có viêm	5	54	59
Tổng	21	56	77

Nội soi có dải ánh sáng hẹp chẩn đoán VTQ có độ nhạy 96,4%, độ đặc hiệu 76,2%, độ chính xác 90,9%, giá trị dự báo dương tính 91,5%.

**Bảng 3:** Giá trị của nội soi có dải ánh sáng hẹp chẩn đoán Barrett thực quản so sánh với kết quả MBH.

CHẨN ĐOÁN BARRETT THỰC QUẢN NỘI SOI CÓ DẢI ÁNH SÁNG HẸP	KẾT QUẢ MBH		TỔNG
	Không dị sản ruột	Có dị sản ruột	
Không Barrett	49	2	51
Có Barrett	2	24	26
Tổng	51	26	77

Trong chẩn đoán Barrett thực quản, nội soi có dải ánh sáng hẹp cho độ nhạy 92,3%, độ đặc hiệu 96,1%, độ chính xác 94,8%, giá trị dự báo dương tính 92,3%. Tỷ lệ này khá cao khi so sánh với nội soi thường. Nội soi có dải ánh sáng hẹp còn định hướng cho sinh thiết chẩn đoán được thêm 6 trường hợp loạn sản mức độ nhẹ theo kết quả MBH.

### KẾT LUẬN

Nội soi có dải ánh sáng hẹp phát hiện được nhiều trường hợp VTQ hơn nội soi thường, thể hiện rõ nhất ở VTQ độ A (48,1% so với 33,8%), ở VTQ độ B, C, D không có sự khác biệt giữa 2 phương pháp. Khi so sánh với kết quả MBH: nội soi thường cho độ nhạy 80,9%, độ đặc hiệu 86,7%, độ chính xác 83,1%, giá trị dự báo dương tính 90,5%. Nội soi có dải ánh sáng hẹp cho độ nhạy 96,4%, độ đặc hiệu 76,2%, độ chính xác 90,9%, giá trị dự báo dương tính 91,5%.

Trong chẩn đoán Barrett thực quản, nội soi có dải ánh sáng hẹp phát hiện được nhiều trường hợp hơn (31,2% so với 10,4% với Barret thực quản đoạn ngắn), nội soi thường còn bỏ sót 2 trường hợp Barret thực quản đoạn dài. Khi so sánh với kết quả MBH, nội soi có dải ánh sáng hẹp cho độ nhạy

92,3%, độ đặc hiệu 96,1%, độ chính xác 94,8%, giá trị dự báo dương tính 92,3%.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cảnh Bình, Mai Hồng Bằng và CS. Nghiên cứu phương pháp nội soi, chụp xạ hình TNDDTQ ở BN có hội chứng TNDDTQ. Hội nghị khoa học Tiêu hóa Đông Nam Á lần thứ 7 kết hợp Hội nghị khoa học Tiêu hóa Việt Nam lần thứ 14. Số đặc biệt, tóm tắt báo cáo. 2008, 3 (17), tr.832.

2. Đoàn Thị Hoài. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi-MBH và đo pH thực quản liên tục 24 giờ trong hội chứng TNDDTQ. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2006.

3. Đào Văn Long. Các tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị TNDDTQ, vai trò của các PPI. Hội thảo khoa học. Hà Nội. 12 - 2007.

4. Phạm Thị Minh. Bước đầu đánh giá phương pháp nội soi thông thường và nội soi có dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán ung thư dạ dày. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2008.

5. Sleisenger and Fordtran's. Gastrointestinal and Liver disease 8<sup>th</sup> edition.

6. Sharma P, Bansal A, Mathur S et al. The utility of a novel narrow band imaging endoscopy system in patients with Barrett's esophagus. Gastrointest Endosc. 2006, 64, pp.167-175.

7. Kara MA, Ennahachi M, Fockens P et al. Detection and classification of the mucosal and vascular patterns (mucosal morphology) in Barrett's esophagus by using narrow band imaging. Gastrointest Endosc. 2006, 64, pp.155-166.

8. Sampliner RE. Updated guidelines for the diagnosis, surveillance, and therapy of Barrett's esophagus. Am J Gastroenterol. 2002, 97 (8), pp.1888-1895.

*Ngày nhận bài: 9/3/2012*

*Ngày giao phản biện: 1/6/2012*

*Ngày giao bản thảo in: 31/8/2012*