

BÀN LUẬN

Vệ sinh tay khi chăm sóc người bệnh là thực hành rất quan trọng để giảm tỷ lệ NKBV, muốn làm tốt điều này trước hết mỗi nhân viên y tế phải có nhận thức đúng đắn, kiến thức về VST. Qua nghiên cứu trên 840 nhân viên y tế, nữ chiếm 89,5%, khối Điều dưỡng trung cấp chiếm tỷ lệ chủ yếu 56,8%, chúng tôi thấy rằng những nhân viên y tế thuộc khối Điều dưỡng trung cấp nắm chắc kiến thức về VST có tỷ lệ cao nhất ($p < 0,05$), hàng năm bệnh viện đều tổ chức thi thực hành cho khối Điều dưỡng về vệ sinh tay, chính vì vậy những nhân viên này luôn được ôn luyện cả về kiến thức và thực hành. Đối với khối cán bộ sau Đại học và Đại học mới chỉ được tuyên truyền qua các tranh ảnh và tài liệu cấp phát xuống khoa nên tỷ lệ nắm vững các kiến thức chưa cao. Đối với những nhân viên làm công tác Hộ lý, họ thực sự chưa được ôn luyện và dự các buổi tuyên truyền mà chỉ đọc qua các tranh ảnh về VST có dán tại các điểm VST của khoa do đó nhận thức của khối này là thấp nhất ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi cao hơn so với các kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bông năm 2016 tại Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á [2].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy, khối cán bộ sau Đại học có tỷ lệ trả lời đúng câu số 1 cao nhất (71,6%), câu số 3 tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất (40,3%). Khối Đại học trả lời câu 4 đúng với tỷ lệ cao nhất là 69,4%, câu 3 có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất là 41,7%. Khối Điều dưỡng trung cấp, câu số 1 có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất là 92,7%, tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất là câu số 3 với 77,8%. Khối sơ cấp là các Hộ lý, tỷ lệ trả lời đúng cao nhất thuộc câu số 2 là 41,4% và thấp nhất thuộc câu số 4 là 20,7%. Đối với câu hỏi 1, khối Điều dưỡng trung cấp có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất là 92,7%, tiếp đến là khối cán bộ sau Đại học là 71,6%, khối Đại học là 63,3%, thấp nhất là khối Sơ cấp chỉ có 36,2% trả lời đúng câu hỏi. Đối với câu hỏi 2, khối Điều dưỡng trung cấp có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất là 79,5%, tiếp đến khối Đại học là 68,9%, khối cán bộ sau Đại học là 52,2%, khối Hộ lý trả lời đúng thấp nhất là 41,4%. Đối với câu hỏi 3, khối Điều dưỡng trung cấp có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất là 77,8%, tiếp đến khối Đại học là 41,7%, khối cán bộ sau Đại học là 40,3%, khối Hộ lý trả lời đúng thấp nhất là 23,3%. Đối với câu hỏi 4, khối Điều dưỡng trung cấp có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất là 84,5%, tiếp đến khối Đại học là 69,4%, khối cán bộ sau Đại học là 61,2%. Khối Hộ

lý trả lời đúng thấp nhất là 20,7%.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy, khối cán bộ sau Đại học có tỷ lệ trả lời đúng câu số 5 cao nhất là 85,1%, câu số 7 tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất (44,8%). Khối Đại học cũng trả lời câu 5 đúng với tỷ lệ cao nhất là 74,4%, câu 7 có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất là 45,6%. Khối Điều dưỡng trung cấp, câu số 6 có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất là 93,3%, tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất là câu số 7 với 83,4%. Khối sơ cấp là các Hộ lý, tỷ lệ trả lời đúng cao nhất thuộc câu số 5 là 44,0% và thấp nhất thuộc câu số 8 là 25,0%.

Đối với câu hỏi 5, Khối Điều dưỡng trung cấp có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất là 90,8%, tiếp đến là khối cán bộ sau Đại học là 85,1%, khối Đại học là 74,4%, thấp nhất là khối Sơ cấp chỉ có 44,0% trả lời đúng câu hỏi. Đối với câu hỏi 6, khối Điều dưỡng trung cấp có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất (93,3%), tiếp đến khối Đại học (56,7%), khối cán bộ sau Đại học (52,2%), khối Hộ lý trả lời đúng thấp nhất (27,6%). Đối với câu hỏi 7, khối Điều dưỡng trung cấp có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất là 83,4%, tiếp đến khối Đại học (45,6%), khối cán bộ sau Đại học (44,8%). Khối Hộ lý trả lời đúng thấp nhất (33,6%) ($p < 0,05$). Đối với câu hỏi 8, khối Điều dưỡng trung cấp có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất là 87,4%, tiếp đến khối cán bộ sau Đại học (68,7%), khối Đại học là 58,3%, Khối Hộ lý trả lời đúng thấp nhất là 25,0% ($p < 0,05$).

KẾT LUẬN

- Nhân viên y tế thuộc khối Điều dưỡng trung cấp có tỷ lệ nắm chắc kiến thức về VST cao nhất từ 77,8% - 93,3% ($p < 0,05$).

- Nhân viên y tế thuộc khối sau Đại học có tỷ lệ nắm chắc kiến thức về VST từ 40,3% - 85,1% và thuộc khối Đại học từ 45,6% - 74,4%.

- Đối với những nhân viên y tế làm công tác Hộ lý, tỷ lệ nắm kiến thức về VST là thấp nhất, chỉ đạt từ 20,7% - 44,0% ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Quân y - Bộ Quốc phòng (2016), "Hướng dẫn thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở khám chữa bệnh trong quân đội", NXB QĐND.

2. Nguyễn Thị Bông, Nguyễn Thị Kim Phượng (2016), "Nhận thức và thái độ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế năm 2016".

3. Thierry Crouzet (2014), "Clean Hands Save Lives", WHO Patient Safety Envoy, 5 Rue Férou, 75006 Paris (France).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA BARRETT THỰC QUẢN Ở NGƯỜI CAO TUỔI

HỒ THỊ KIM THANH, NGUYỄN VĂN TÂN
Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm: Hồ Thị Kim Thanh
Email: thanhhokim@yahoo.com
Ngày nhận: 15/6/2017

Ngày phản biện: 12/7/2017
Ngày duyệt bài: 25/7/2017
Ngày xuất bản: 20/8/2017

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của Barrett thực quản ở người cao tuổi. Điều tra cắt ngang 31 người bệnh cao tuổi được chẩn đoán Barrett thực quản bằng mô bệnh học, đối chiếu triệu chứng lâm sàng, nội soi dạ dày thực quản và kết quả mô bệnh học. Tuổi trung bình là $70,48 \pm 9,743$ tuổi. 35% có thời gian mắc bệnh trên 5 năm. Triệu chứng thường gặp nhất là nóng rát sau xương ức (93,5%), rối loạn nuốt, nuốt nghẹn (67,7%). Mức độ tổn thương (chiều dài, độ nặng) tăng dần theo tuổi. Bệnh nhân thừa cân, béo phì có xu hướng bị tổn thương Barrett thực quản nặng hơn. Đặc điểm nội soi là 83,9% tổn thương đoạn ngắn, Độ B gặp nhiều nhất 41,9%. 6,5% bệnh nhân có loạn sản độ thấp. Kết luận: người cao tuổi bị Barrett thực quản không có triệu chứng lâm sàng nào đặc biệt, những người nội soi có tổn thương đoạn dài cần được sinh thiết và giám sát chặt chẽ vì nguy cơ tiến triển thành dị sản và loạn sản, ung thư.

Từ khóa: Barrett thực quản, người cao tuổi.

SUMMARY

CLINICAL, ENDOSCOPIC, HISTOPATHOLOGY FEATURES OF BARRETT'S ESOPHAGUS IN OLD PATIENTS

Barrett's esophagus is a serious complication of GERD. In Barrett's esophagus, normal tissue lining the esophagus changes to tissue that resembles the lining of the intestine. This study aims to describe clinical, endoscopy and histopathology imaging feature of Barrett's esophagus in old patients. We performed a cross-sectional study of 31 old patients with Barrett's esophagus proven by histopathology (when biopsy). Results showed that average age was 70.48 ± 9.74 . 35% patients had disease less than 5 years. Common symptoms were heatburn (93.5%), dysphasia (67.7%). Overweight, obesity were risk factors for Barrett's esophagus. 83.9% patients have short-segment BE, 41.9% grade B, 6.5% low-grade dysplasia. In conclusion: BE patients presenting with long-segment Barrett's or Barrett's ulceration have an increased risk of progressing to HGD/EAC and should be considered for more intense surveillance.

Keywords: Barrett's esophagus (BE), older patient.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Barrett thực quản là tình trạng biến đổi biểu mô vảy ở đoạn xa thực quản thành biểu mô trụ dạng ruột. Hiện tượng dị sản ruột này là do các tế bào dị sản giúp niêm mạc thực quản – dạ dày được bảo vệ trước tác động của acid dịch vị [1]. Điều này lý giải tại sao các triệu chứng của GERD có vẻ giảm trong một số bệnh nhân bị Barrett thực quản. Những tế bào ban đầu biến đổi dị sản rồi tiếp theo gọi là loạn sản, trong 2-5 năm đầu tiên thường là các loạn sản nhẹ. Đây là một biến chứng thường gặp của bệnh lý trào ngược dạ dày – thực quản. Barrett thực quản có rất nhiều nguy cơ trở thành ung thư thực quản. Bệnh xuất hiện ở khoảng 10% bệnh nhân mắc trào ngược dạ dày – thực quản và khoảng 10% trong số đó phát triển

thành ung thư [2, 3]. Barrett thực quản biến đổi không hồi phục vì vậy kiểm soát căn nguyên là điều quan trọng, nhất là kiểm soát bệnh lý trào ngược dạ dày – thực quản (GERD). Ung thư từ Barrett thực quản chủ yếu gặp ở người cao tuổi, nam giới mắc nhiều gấp 3 lần nữ giới, ở người lạm dụng rượu và hút thuốc. Để nghiên cứu rõ hơn đặc điểm Barrett ở bệnh nhân cao tuổi và nguy cơ biến chứng của bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đối chiếu hình ảnh nội soi, một số đặc điểm lâm sàng với kết quả mô bệnh học Barrett thực quản ở người cao tuổi.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Barrett thực quản qua mô bệnh học.
- Bệnh nhân ≥ 60 tuổi. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tiền sử phẫu thuật thực quản, dạ dày hoặc tá tràng.
- Rối loạn đông máu và chảy máu.
- Bệnh nhân đang dùng hóa trị hoặc hóa chất.
- Bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản, xuất huyết tiêu hóa.
- Xơ cứng bì toàn thể và co thắt TQ nguyên phát.

2. Phương pháp nghiên cứu: Dịch tễ học mô tả, cắt ngang.

Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS phiên bản 15.0.

3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các qui tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Các đối tượng nghiên cứu đồng thuận tham gia và có thể rút lui bất kỳ khi nào nếu không đồng ý. Thông tin về đối tượng cũng như kết quả nghiên cứu được bảo mật theo qui định.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 31 bệnh nhân được chẩn đoán xác định Barrett thực quản. Tuổi trung bình là: $70,48 \pm 9,743$. 35% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n = 31)	Tỷ lệ %
Nóng rát sau xương ức	29	93,5
Rối loạn nuốt, nuốt nghẹn	21	67,7
Đau thượng vị	15	48,4
Ợ hơi	13	41,9
Buồn nôn	12	38,7
Ợ chua	6	19,4

Nhận xét: Các bệnh nhân đều có ít nhất 3 triệu chứng. Triệu chứng thường gặp nhất là nóng rát sau xương ức, tiếp đến là rối loạn nuốt, nuốt nghẹn (67,7%).

Bảng 2. Liên quan giữa tổn thương Barrett thực quản theo độ dài, phân loại LA và nhóm tuổi

TT Barrett Tuổi	Đoạn ngắn		Đoạn dài		Độ A - B		Độ C - D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
60 - 74	22	100	0	0	19	86,4	3	13,6
≥ 75	4	44,4	5	55,6	0	0	9	100
Tổng	26	83,9	5	16,1	19	61,3	12	38,7

Nhận xét: Mức độ tổn thương (chiều dài, độ nặng) tăng dần theo tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Bảng 3. Liên quan giữa tổn thương Barrett thực quản theo độ dài, phân loại LA và chỉ số khối cơ thể

BMI	TT Barrett		Đoạn ngắn		Đoạn dài		Độ A - B		Độ C - D	
	n	%	n	n	%	%	n	%		
Gầy	5	100	0	0	3	60	2	40		
Bình thường	20	90,9	2	9,1	16	72,7	6	27,3		
Thừa cân, béo phì	1	25,0	3	75,0	0	0	4	100		
Tổng	26	83,9	5	16,1	19	61,3	12	38,7		

Nhận xét: Bệnh nhân thừa cân, béo phì có xu hướng bị tổn thương Barrett thực quản nặng hơn nhóm không thừa cân. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p = 0,002$).

Bảng 4. Đối chiếu tổn thương Barrett thực quản theo LA với mô bệnh học

TT Barrett	MBH	DSR hoàn toàn	DSR không hoàn toàn	Loạn sản độ thấp		Tổng	
Độ A - B	11	57,9%	8	42,1%	0	0%	19
Độ C - D	5	41,7%	5	41,7%	2	16,7%	12
Tổng	16	51,6%	13	41,9%	2	6,5%	31

Nhận xét: Trường hợp loạn sản độ thấp tương ứng trên hình ảnh nội soi có tổn thương độ D. Các trường hợp tổn thương mức độ A-B là thể chưa có loạn sản. Tất cả 26 trường hợp Barrett thực quản đoạn ngắn thì trên mô bệnh học đều là dị sản ruột. 2 trường hợp có loạn sản, trên hình ảnh nội soi đều là Barrett đoạn dài.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 31 bệnh nhân được chẩn đoán xác định Barrett thực quản. Tuổi trung bình là: $70,48 \pm 9,743$. 35% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là nóng rát sau xương ức (93,5%), rối loạn nuốt (67,7%) và đau thượng vị 48,4%. Những triệu chứng này có thể gặp trong các bệnh lý khác như viêm thực quản, trào ngược dạ dày – thực quản.

Tổn thương theo chu vi (Los Angeles) độ B cao nhất chiếm 41,9%; tiếp đến là độ C chiếm 22,6%; còn độ A và độ D lần lượt chiếm 19,4% và 16,1%. Kết quả cho thấy tuổi càng cao tổn thương Barrett càng nặng. Thừa cân béo phì cũng ảnh hưởng lớn đến sự hình thành Barrett thực quản, bệnh nhân có BMI ≥ 23 có tỷ lệ tổn thương nặng độ D và đoạn dài chiếm chủ yếu. Nghiên cứu không gặp trường hợp nào toàn bộ biểu mô vảy bị thay thế hoàn toàn bởi biểu mô tuyến cũng như không gặp trường hợp nào có mật độ hình đài chế nhầy chiếm quá 1% tổng số các tế bào biểu mô tuyến. Điều này chứng tỏ rằng bệnh nhân bị trào ngược dạ dày thực quản (GERD) thường gây bùng nổ niêm mạc thực quản mạn tính do môi trường pH thấp của dạ dày và hiện tượng trào ngược diễn ra thường xuyên. Để đối phó với tình trạng này, cơ thể đã sử dụng giải pháp chuyển đổi lớp biểu mô vảy thành biểu mô tuyến chế nhầy nhằm trung hòa bớt lượng

acid của dịch vị. Barrett thực quản được coi như là một trạng thái tiền ung thư, nguy cơ bị ung thư cao gấp 20 - 40 lần so với người bình thường [2]. Những nghiên cứu trên các nhóm bệnh nhân Barrett thực quản thấy rằng: Ung thư biểu mô tuyến phát triển bởi sự biến đổi tế bào cấu trúc niêm mạc theo sau những di chứng dị sản ruột, loạn sản độ thấp, loạn sản độ cao và ung thư. Tỷ lệ loạn sản phụ thuộc nhiều vào chiều dài của Barrett thực quản: tỷ lệ này là 8,5% ở đoạn ngắn và 15 – 25% ở đoạn dài. Sự phát triển của niêm mạc không loạn sản hướng tới ung thư phải mất tối thiểu 4 năm. Trong số 31 bệnh nhân Barrett thực quản ở nghiên cứu này có 2 trường hợp loạn sản (chiếm 6,5%). Tỷ lệ này là khá thấp so với các tác giả nước ngoài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 26 bệnh nhân có Barrett thực quản đoạn ngắn thì trên mô bệnh học đều là dị sản ruột. 2 trường hợp loạn sản độ thấp, trên nội soi đều là Barrett thực quản đoạn dài và cũng đều có tổn thương độ C-D theo LA. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p = 0,002$). 2 trường hợp này có hình ảnh nội soi tổn thương rất điển hình: vùng tổn thương lan rộng, màu đỏ da cam, có trợt bề mặt. Chúng tôi thấy rằng, tại các mảnh sinh thiết vùng trung tâm tổn thương khó thấy loạn sản có thể do phản ứng viêm và tái tạo che lấp hoặc các tế bào biểu mô chia tác động của phản ứng viêm nên khó nhận định chính xác đây là tổn thương loạn sản hay tổn thương do phản ứng. Bởi vậy để không bỏ sót các trường hợp có tổn thương loạn sản, cần sinh thiết nhiều mảnh, ở nhiều vùng khác nhau của tổn thương, không tập trung ở vùng có loét hay đang có phản ứng viêm mạnh. Tuy nhiên, khi chẩn đoán mô bệnh học có loạn sản, cần phải kiểm tra lại sau 3 tháng điều trị thuốc chống tiết acid liều gấp đôi bình thường để điều trị tổn thương viêm gây ra bởi sự trào ngược.

KẾT LUẬN

Đặc điểm Barrett thực quản ở nhóm bệnh nhân cao tuổi là: nam gặp nhiều hơn nữ, (1,38/1); Triệu chứng thường gặp là nóng rát sau xương ức (93,5%), rối loạn nuốt 67,7%, ợ hơi 58,1%. Đặc điểm nội soi có 83,9% tổn thương đoạn ngắn, Độ B gặp nhiều nhất 41,9%. Mô bệnh học có dị sản ruột hoàn toàn chiếm 51,6% và loạn sản độ thấp là 6,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hirst NG, Gordon LG, Whiteman DC, Watson DI, Barendregt JJ (2011). *Is endoscopic surveillance for non-dysplastic Barrett's esophagus cost-effective? Review of economic evaluations, J Gastroenterol Hepatol.*; 26(2): 247–254.
2. Hvid-Jensen F, Pedersen L, Drewes AM, Sorensen HT, Funch-Jensen P (2011). *Incidence of adenocarcinoma among patients with Barrett's esophagus. N Engl J Med.*; 365(15): 1375–1383.
3. Spechler SJ, Sharma P, Souza RF, Inadomi JM, Shaheen NJ (2011). *American Gastroenterological Association medical position statement on the management of Barrett's esophagus. Gastroenterology*; 140(3): 1084–1091.