

# ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TỔN THƯƠNG HỆ TIÊU HÓA Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG

Nguyễn Thị Hồng<sup>1</sup>, Vũ Nguyệt Minh<sup>1,2</sup>, Hoàng Thị Phượng<sup>2</sup>, Đỗ Thị Thu Hiền<sup>2</sup>,  
Lê Hữu Doanh<sup>1,2</sup>, Phạm Đình Hòa<sup>1,2</sup>, Vũ Huy Lượng<sup>1,2\*</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tổn thương hệ tiêu hóa ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống và các yếu tố liên quan.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 128 bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2022 đến tháng 6/2023.

**Kết quả:** BMI trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là  $20,2 \pm 2,6$  kg/m<sup>2</sup> với tỷ lệ nhẹ cân/suy dinh dưỡng là 23,4%. 90,6% bệnh nhân có biểu hiện tổn thương hệ tiêu hóa. Tỷ lệ trào ngược dạ dày thực quản là 69,5% và nuốt nghẹn, nuốt khó là 57,8%. Nhóm xơ cứng bì hệ thống thể lan tỏa có tỷ lệ khó há miệng, hội chứng trào ngược điển hình, cảm giác no sớm và đau thượng vị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm xơ cứng bì hệ thống thể giới hạn. Có mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng tổn thương hệ tiêu hóa với thời gian mắc bệnh và thuốc điều trị ( $p < 0,05$ ). 30,5% bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa dưới, thường gặp nhất là mót rặn (17,2%) và táo bón (14,1%). Trên nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng, tổn thương thường gặp nhất là viêm dạ dày (100%), viêm thực quản trào ngược (27,3%), viêm loét hành tá tràng (9,1%) và nấm *Candida* thực quản (4,5%).

**Kết luận:** Triệu chứng tiêu hóa thường gặp nhất là hội chứng trào ngược dạ dày thực quản điển hình. Có mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng tổn thương hệ tiêu hóa với thể bệnh xơ cứng bì hệ thống, thời gian mắc bệnh và thuốc điều trị. Cần thiết phải kết hợp lâm sàng và nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng để chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời các tổn thương tiêu hóa ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống.

**Từ khóa:** Xơ cứng bì hệ thống, tổn thương hệ tiêu hóa, trào ngược dạ dày thực quản, nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì hệ thống (XCBHT) là một bệnh mô liên kết tự miễn, thường gặp thứ hai sau lupus ban đỏ hệ thống, căn nguyên chưa rõ, diễn biến mạn tính.<sup>1</sup> Trong xơ cứng bì hệ thống, ngoài tổn thương da còn có tổn thương của nhiều cơ quan nội tạng như phổi, thận, cơ

1: Trường Đại học Y Hà Nội

1: Bệnh viện Da liễu Trung ương

\*Tác giả liên hệ: [huyluong84@gmail.com](mailto:huyluong84@gmail.com)

Ngày nhận bài: 28/6/2023

Ngày phản biện: 10/7/2023

Ngày chấp nhận đăng: 15/7/2023

DOI: <https://doi.org/10.56320/tcdlhnv.40.98>



xương khớp... Hệ tiêu hóa là một trong những cơ quan bị ảnh hưởng nhiều nhất với biểu hiện lâm sàng đa dạng như khó nuốt, trào ngược, nóng rát sau xương ức, cảm giác no sớm, đau thượng vị...<sup>2</sup> Nếu không được điều trị, có thể dẫn đến các biến chứng nặng hơn như loét thực quản và dạ dày, Barrett thực quản, hẹp thực quản lành tính và ung thư biểu mô tuyến thực quản...

Các triệu chứng tiêu hóa làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân XCBHT, có thể gây ra trầm cảm, rối loạn giấc ngủ và đau. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm ở bệnh nhân XCBHT thể lan tỏa lên đến 80% và XCBHT thể giới hạn lên đến 90%. Tuy nhiên, ở bệnh nhân có tổn thương đường tiêu hóa nghiêm trọng, tỷ lệ sống sót sau 9 năm là 15%.<sup>3</sup> Chẩn đoán và điều trị sớm tổn thương hệ tiêu hóa giúp cải thiện tỷ lệ sống cho bệnh nhân XCBHT cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tổn thương hệ tiêu hóa ở bệnh nhân XCBHT và các yếu tố liên quan.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

128 bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống được quản lý tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là XCBHT theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013; tuổi  $\geq 18$ ; đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có phối hợp với các bệnh tự miễn khác như lupus ban đỏ hệ thống, viêm bì cơ hoặc viêm khớp dạng thấp (Overlap

syndromes); có các bệnh lý tiêu hóa không liên quan đến XCBHT như xơ gan, bệnh polyp gia đình, bệnh Crohn; bệnh đái tháo đường; bệnh nhân đã hoặc đang sử dụng nhóm thuốc biphosphanat.

### 2.2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu và chọn mẫu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 08/2022 đến tháng 06/2023 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, xét nghiệm nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng, chụp cắt lớp vi tính phổi độ phân giải cao, đo chức năng hô hấp, siêu âm tim được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai.

**Vật liệu nghiên cứu:** Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng Fujifilm, bệnh án nghiên cứu.

**Quy trình tiến hành nghiên cứu:** Bệnh nhân được tư vấn và lấy phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn được hỏi bệnh để thu thập các thông tin tên, tuổi, giới, thể bệnh XCBHT, thời gian mắc bệnh, thuốc điều trị XCBHT, triệu chứng cơ năng đường tiêu hóa, bệnh nhân có chỉ định nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng sẽ được nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.

### 2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa và xử lý theo chương trình SPSS 20.0. Dùng phép kiểm định Chi bình phương và Fisher exact để khảo sát tương quan giữa các biến định tính.

### 2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Bệnh nhân được tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu; thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ kín. Số liệu phân tích của bệnh nhân chỉ sử dụng cho nghiên cứu này, không dùng cho bất kỳ mục đích nào khác.

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

##### 3.1.1. Đặc điểm về tuổi và thời gian mắc bệnh

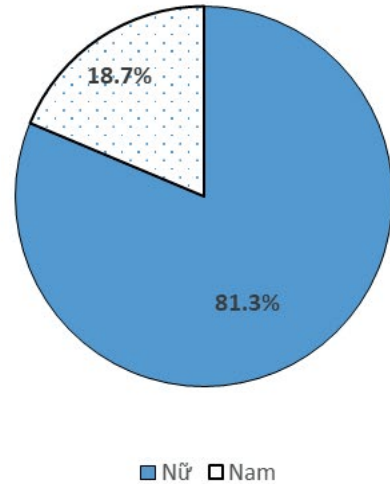
**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và thời gian mắc bệnh (n = 128)**

Đặc điểm	Tổng n (%)
Tuổi trung bình (năm)	52,2 ± 10,6
Tuổi dưới 30	2 (1,6%)
Tuổi từ 30 - 50	52 (40,6%)
Tuổi trên 50	74 (57,8%)
Thời gian mắc bệnh trung bình (tháng)	64,9 ± 59,4
Nhóm mắc bệnh ≤ 2 năm	42 (32,8%)
Nhóm mắc bệnh > 2 năm	86 (67,2%)
Nhóm đã điều trị XCBHT	77 (60,2%)
Nhóm chưa điều trị XCBHT	51 (39,8%)

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 52,2 ± 10,6; đa số bệnh nhân có tuổi trên 50 chiếm 57,8%; theo sau là độ tuổi từ 30 - 50 chiếm 40,6%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 64,9 ± 59,4 tháng, trong đó 67,2% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 2 năm và 32,8% có thời gian mắc bệnh ≤ 2 năm.

Trong 128 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 77 bệnh nhân đã được điều trị XCBHT, chiếm 60,2% và 51 bệnh nhân chưa được điều trị XCBHT, chiếm 39,8%.

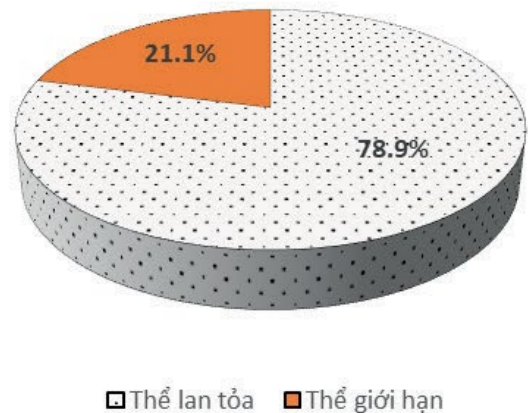
##### 3.1.2. Đặc điểm về giới



**Biểu đồ 1. Đặc điểm về giới**

Nữ giới chiếm chủ yếu trong các bệnh nhân nghiên cứu với tỷ lệ 81,3%, nam giới chiếm tỷ lệ 18,7%.

##### 3.1.3. Đặc điểm về thể bệnh xơ cứng bì hệ thống



**Biểu đồ 2. Thể bệnh xơ cứng bì hệ thống**

Thể bệnh XCBHT chủ yếu là thể lan tỏa chiếm 78,9%, thể giới hạn chiếm tỷ lệ 21,1%.



### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tổn thương hệ tiêu hóa

#### 3.2.1. Tổn thương hệ tiêu hóa trên lâm sàng

**Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng**

Độ há miệng trung bình (cm)	4,0 ± 0,7
BMI trung bình (kg/m <sup>2</sup> )	20,2 ± 2,6
BMI < 18,5	30 (23,4%)
BMI từ 18,5 đến 22,9	82 (64,1%)
BMI > 22,9	16 (12,5%)

Mức độ há miệng trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 4,0 ± 0,7 cm. 64,1% bệnh nhân có BMI bình thường (18,5 - 22,9 kg/m<sup>2</sup>), 23,4% bệnh nhân nhẹ cân/suy dinh dưỡng (BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>) và 12,5% bệnh nhân thừa cân/béo phì (BMI > 22,9 kg/m<sup>2</sup>).

**Bảng 3. Tổn thương hệ tiêu hóa trên lâm sàng (n)**

Đặc điểm	Tổng n (%)
Triệu chứng tiêu hóa	116 (90,6%)
Khó há miệng	71 (55,5%)
Khô miệng	43 (33,6%)
Hội chứng trào ngược điển hình	89 (69,5%)
Nuốt nghẹn, nuốt khó	74 (57,8%)

#### 3.2.2. Tổn thương hệ tiêu hóa trên nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng

**Bảng 4. Tổn thương hệ tiêu hóa trên nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng (n = 66)**

Tổn thương hệ tiêu hóa trên nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng	Tổng n (%)
Viêm thực quản trào ngược	18 (27,3%)

Đặc điểm	Tổng n (%)
Ợ hơi, ợ chua	68 (53,1%)
Cảm giác no sớm	35 (27,3%)
Đau thượng vị	16 (12,5%)
Buồn nôn, nôn	10 (7,8%)
Đầy bụng, chướng bụng	29 (22,7%)
Viêm họng mạn	31 (24,2%)
Khàn giọng	34 (26,6%)
Triệu chứng tiêu hóa dưới	39 (30,5%)
Mót rặn	22 (17,2%)
Tiêu chảy	13 (10,2%)
Táo bón	18 (14,1%)
Phân mỡ	1 (0,8%)
Phân có máu	1 (0,8%)

90,6% bệnh nhân có biểu hiện tổn thương tiêu hóa. Các biểu hiện đường tiêu hóa trên thường gặp nhất là hội chứng trào ngược dạ dày thực quản điển hình, xuất hiện ở 69,5% bệnh nhân và nuốt nghẹn, nuốt khó ở 57,8% bệnh nhân. 30,5% bệnh nhân có biểu hiện tổn thương đường tiêu hóa dưới. Triệu chứng thường gặp nhất là mót rặn (17,2%) và táo bón (14,1%).

Tổn thương hệ tiêu hóa trên nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng		Tổng n (%)
Phân loại Los Angeles	Viêm thực quản trào ngược độ A	11 (16,7%)
	Viêm thực quản trào ngược độ B	4 (6,1%)
	Viêm thực quản trào ngược độ C	2 (3,0%)
	Viêm thực quản trào ngược độ D	1 (1,5%)
Loét thực quản		1 (1,5%)
Viêm, loét hành tá tràng		6 (9,1%)
Hẹp thực quản		1 (1,5%)
Barret thực quản		2 (3,0%)
Nấm <i>Candida</i> thực quản		3 (4,5%)
Viêm dạ dày		62 (100%)
Khác (polyp dạ dày, u nhú dạ dày, u máu thực quản, trào ngược dịch mật, rách Mallory Weiss thực quản)		14 (21,2%)

Trên nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng, 100% bệnh nhân có tổn thương viêm dạ dày, 27,3% có viêm thực quản trào ngược, 9,1% có viêm loét hành tá tràng và 4,5% có nấm *Candida* thực quản. Các tổn thương khác như polyp dạ dày, u nhú dạ dày, u máu thực quản, trào ngược dịch mật, rách Mallory Weiss thực quản chiếm 21,2%.

### 3.3. Các yếu tố liên quan đến tổn thương hệ tiêu hóa

#### 3.3.1. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng tổn thương hệ tiêu hóa với thể bệnh XCBHT

**Bảng 5. So sánh tổn thương tiêu hóa giữa nhóm XCBHT thể lan tỏa và XCBHT thể giới hạn**

	Thể lan tỏa n1 (%)	Thể giới hạn n2 (%)	p
Triệu chứng tiêu hóa	93 (92,1%)	23 (85,2%)	0,277
Khó há miệng	68 (67,3%)	3 (11,1%)	0,000
Khô miệng	35 (34,7%)	8 (29,6%)	0,623
Hội chứng trào ngược điển hình	75 (74,3%)	14 (51,9%)	0,025
Nuốt nghẹn, nuốt khó	58 (57,4%)	16 (59,3%)	0,864
Ợ hơi, ợ chua	55 (54,5%)	13 (48,1%)	0,560
Cảm giác no sớm	32 (31,7%)	3 (11,1%)	0,033
Đau thượng vị	16 (15,8%)	0 (0,0%)	0,023



	<b>Thể lan tỏa n1 (%)</b>	<b>Thể giới hạn n2 (%)</b>	<b>p</b>
Buồn nôn, nôn	9 (8,9%)	1 (3,7%)	0,687
Đầy bụng, chướng bụng	26 (25,7%)	3 (11,1%)	0,107
Viêm họng mạn	26 (25,7%)	5 (18,5%)	0,436
Khàn giọng	26 (25,7%)	8 (29,6%)	0,685
Triệu chứng tiêu hóa dưới	31 (30,7%)	8 (29,6%)	0,915
Mót rặn	16 (15,8%)	6 (22,2%)	0,406
Tiêu chảy	11 (10,9%)	2 (7,4%)	0,735
Táo bón	15 (14,9%)	3 (11,1%)	0,763

Nhóm XCBHT thể lan tỏa có tỷ lệ khó há miệng, hội chứng trào ngược điển hình, cảm giác no sớm và đau thượng vị cao hơn nhóm XCBHT thể giới hạn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Các triệu chứng tiêu hóa khác không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ).

### 3.3.2. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng tổn thương hệ tiêu hóa với thời gian mắc bệnh

**Bảng 6. So sánh tổn thương tiêu hóa giữa nhóm mắc bệnh  $\leq 2$  năm và trên 2 năm**

	<b>Thời gian mắc <math>\leq 2</math> năm n1 (%)</b>	<b>Thời gian mắc <math>&gt; 2</math> năm n2 (%)</b>	<b>p</b>
Triệu chứng tiêu hóa	36 (85,7%)	80 (93,0%)	0,206
Khó há miệng	25 (59,5%)	46 (53,5%)	0,519
Khô miệng	9 (21,4%)	34 (39,5%)	0,042
Hội chứng trào ngược điển hình	22 (52,4%)	67 (77,9%)	0,003
Nuốt nghẹn, nuốt khó	24 (57,1%)	50 (58,1%)	0,915
Ợ hơi, ợ chua	18 (42,9%)	50 (58,1%)	0,104
Cảm giác no sớm	15 (35,7%)	20 (23,3%)	0,138
Đau thượng vị	6 (14,3%)	10 (11,6%)	0,669
Buồn nôn, nôn	2 (4,8%)	8 (9,3%)	0,496

	Thời gian mắc $\leq 2$ năm n1 (%)	Thời gian mắc $> 2$ năm n2 (%)	p
Đầy bụng, chướng bụng	6 (14,3%)	23 (26,7%)	0,114
Viêm họng mạn	9 (21,4%)	22 (25,6%)	0,607
Khàn giọng	11 (26,2%)	23 (26,7%)	0,947
Triệu chứng tiêu hóa dưới	8 (19,0%)	31 (36,0%)	0,005
Mót rặn	5 (11,9%)	17 (19,8%)	0,268
Tiêu chảy	2 (4,8%)	11 (12,8%)	0,219
Táo bón	2 (4,8%)	16 (18,6%)	0,034

Nhóm mắc bệnh trên 2 năm có tỷ lệ khô miệng, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản điển hình, triệu chứng tiêu hóa dưới và táo bón cao hơn so với nhóm mắc bệnh  $\leq 2$  năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt về các triệu chứng tiêu hóa khác giữa nhóm mắc bệnh  $\leq 2$  năm và trên 2 năm ( $p > 0,05$ ).

### 3.3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng tổn thương hệ tiêu hóa với thuốc điều trị

**Bảng 7. So sánh tổn thương tiêu hóa giữa nhóm chưa điều trị và đã điều trị**

	Chưa điều trị n1 (%)	Đã điều trị n2 (%)	p
Triệu chứng tiêu hóa	44 (86,3%)	72 (93,5%)	0,219
Khó há miệng	28 (54,9%)	43 (55,8%)	0,916
Khô miệng	15 (29,4%)	28 (36,4%)	0,415
Hội chứng trào ngược điển hình	27 (52,9%)	62 (80,5%)	0,001
Nuốt nghẹn, nuốt khó	31 (60,8%)	43 (55,8%)	0,580
Ợ hơi, ợ chua	25 (49,0%)	43 (55,8%)	0,449
Cảm giác no sớm	15 (29,4%)	20 (26,0%)	0,669
Đau thượng vị	7 (13,7%)	9 (11,7%)	0,733
Buồn nôn, nôn	3 (5,9%)	7 (9,1%)	0,739



	Chưa điều trị n1 (%)	Đã điều trị n2 (%)	p
Đầy bụng, chướng bụng	9 (17,6%)	20 (26,0%)	0,271
Viêm họng mạn	11 (21,6%)	20 (26,0%)	0,569
Khàn giọng	14 (27,5%)	20 (26,0%)	0,853
Triệu chứng tiêu hóa dưới	13 (25,5%)	26 (33,8%)	0,319
Mót rặn	8 (15,7%)	14 (18,2%)	0,714
Tiêu chảy	5 (9,8%)	8 (10,4%)	0,914
Táo bón	5 (9,8%)	13 (14,1%)	0,259

Tỷ lệ hội chứng trào ngược điển hình của nhóm chưa điều trị và nhóm đã điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$ . Không có sự khác biệt về các triệu chứng tiêu hóa khác giữa nhóm chưa điều trị và nhóm đã điều trị ( $p > 0,05$ ).

#### 4. BÀN LUẬN

Trong tổng số 128 bệnh nhân XCBHT tham gia nghiên cứu, có 104 bệnh nhân nữ, chiếm 81,3%. Tuổi khởi phát bệnh trung bình là  $52,2 \pm 10,6$  tuổi. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh XCBHT và tương tự với kết quả của Walker và cộng sự năm 2007. Kết quả trong nghiên cứu của Walker và cộng sự cho thấy tuổi khởi phát trung bình của XCBHT là  $52,3 \pm 13,7$  tuổi, nữ chiếm 81,1%.<sup>4</sup>

Thể bệnh chủ yếu trong nghiên cứu là thể lan tỏa chiếm 78,9%. Kết quả này có sự khác biệt với các nghiên cứu trên thế giới.<sup>5,6</sup> Sự khác nhau này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, là tuyến cao nhất, bệnh nhân thường đến khám muộn khi có biểu hiện da nặng, vì vậy tỷ lệ thể lan tỏa cao hơn.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân XCBHT là 18 - 56% trong các nghiên cứu khác nhau.<sup>7,8</sup> Tổn thương hệ tiêu hóa góp phần gây suy dinh dưỡng ở bệnh nhân XCBHT. BMI trung bình của các bệnh

nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $20,2 \pm 2,6$  kg/m<sup>2</sup> với tỷ lệ nhẹ cân là 23,4%. Trong nghiên cứu của Lưu Phương Lan (2016), BMI trung bình là  $19,3 \pm 2,5$  kg/m<sup>2</sup> và tỷ lệ nhẹ cân là 40,6%.<sup>9</sup> Sự khác biệt về tỷ lệ nhẹ cân có thể do đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của Lưu Phương Lan là bệnh nhân điều trị nội trú, có mức độ bệnh nặng hơn dẫn đến tình trạng dinh dưỡng kém.

Trong các nghiên cứu trên thế giới, tổn thương đường tiêu hóa gặp ở 50 - 60% thậm chí có thể lên tới 90% bệnh nhân XCBHT.<sup>2</sup> Tất cả các cơ quan tiêu hóa đều có thể bị ảnh hưởng: thực quản, dạ dày, ruột non, đại tràng, gan, tụy.<sup>10</sup> Trong đó, thực quản là cơ quan bị ảnh hưởng nhiều nhất.<sup>11</sup> Nguyên nhân là do sự thay đổi cấu trúc và chức năng thực quản ở bệnh nhân XCBHT, bao gồm giảm áp lực cơ thắt thực quản dưới, thoát vị hoành, giảm hoặc mất nhu động ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 90,6% bệnh nhân có biểu hiện tổn thương hệ tiêu hóa trên lâm sàng. Triệu chứng hay gặp nhất là hội chứng trào ngược điển hình (69,5%) và nuốt nghẹn, nuốt khó gặp ở 57,8% bệnh nhân. Kết



quả này phù hợp kết quả nghiên cứu của Walker và cộng sự (2007) với tỷ lệ tổn thương thực quản 68,2%, dạ dày 26,6%.<sup>4</sup> Nghiên cứu của Meier (2011) cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ các rối loạn thực quản 69,5%, triệu chứng dạ dày 27,1%.<sup>12</sup> Biểu hiện tổn thương đường tiêu hóa dưới gặp ở 30,5% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ này cao hơn kết quả trong nghiên cứu của Walker (2007) với 22,5% và nghiên cứu của Meier (2011) với 24,1% bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa dưới.<sup>4,12</sup>

Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng giúp đánh giá những thay đổi của niêm mạc đường tiêu hóa trên ở bệnh nhân XCBHT, qua đó có thể phát hiện sớm trào ngược dạ dày thực quản và các biến chứng của nó như viêm thực quản trào ngược, loét thực quản, Barrett thực quản, hẹp thực quản và các bệnh lý ác tính khác. Trong 66 bệnh nhân được nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng, tổn thương thường gặp nhất là viêm dạ dày (100%), tiếp theo là viêm thực quản trào ngược (27,3%), viêm loét hành tá tràng (9,1%) và nấm Candida thực quản (4,5%). Trong đó, đa số là viêm thực quản trào ngược độ A (16,7%), theo sau là viêm thực quản trào ngược độ B (6,1%) và thấp nhất là viêm thực quản trào ngược độ D (1,5%). Kết quả này phù hợp kết quả nghiên cứu của Lưu Phương Lan (2007) với 90% viêm dạ dày, 20% trào ngược dạ dày thực quản và 7,5% loét dạ dày, thực quản, hành tá tràng.<sup>9</sup> Nghiên cứu của M. Lahcene và cộng sự (2011) cho kết quả tương tự với 27,8% bệnh nhân có viêm thực quản trào ngược, trong đó 24,2% viêm thực quản nhẹ hoặc trung bình (độ A hoặc B), 3,6% có viêm thực quản nặng (độ C hoặc D), không phát hiện trường hợp ung thư biểu mô tuyến thực quản nào. Tỷ lệ hẹp thực quản hoặc Barrett thực quản trong nghiên cứu này là 9,8%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.<sup>13</sup>

XCBHT thể lan tỏa thường liên quan đến tổn thương nội tạng hơn so với thể giới hạn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm XCBHT thể lan tỏa có tỷ lệ khó há miệng, hội chứng trào ngược điển hình, cảm giác no sớm và đau thượng vị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm XCBHT thể giới hạn. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy rối loạn chức năng thực quản thường gặp hơn ở XCBHT thể lan tỏa. Kết quả của nhóm nghiên cứu về XCBHT ở châu Âu (EUSTAR) năm 2011 trên 7.655 bệnh nhân XCBHT cho thấy tỷ lệ triệu chứng thực quản và triệu chứng dạ dày của nhóm XCBHT thể lan tỏa cao hơn nhóm XCBHT thể giới hạn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.<sup>14</sup> Nghiên cứu của John Vischio và cộng sự năm 2012 cho thấy tỷ lệ rối loạn vận động thực quản trên chụp xạ hình thực quản ở nhóm XCBHT thể lan tỏa cao hơn nhóm XCBHT thể giới hạn ( $p < 0,01$ ).<sup>15</sup>

Tổn thương hệ tiêu hóa trong XCBHT tiến triển theo thời gian, trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân mắc bệnh trên 2 năm có tỷ lệ khô miệng, hội chứng trào ngược điển hình, triệu chứng tiêu hóa dưới và táo bón cao hơn so với nhóm mắc bệnh  $\leq 2$  năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tổn thương hệ tiêu hóa trong XCBHT còn do ảnh hưởng của thuốc điều trị. Corticoid toàn thân có thể gây viêm loét dạ dày tá tràng, thuốc ức chế miễn dịch như methotrexat, cyclophosphamid, azathioprin có thể gây nôn, buồn nôn, tiêu chảy, viêm, loét, xuất huyết tiêu hóa và nhiễm nấm thực quản... Thuốc chẹn kênh calci ảnh hưởng đến trương lực cơ thắt thực quản dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hội chứng trào ngược dạ dày thực quản điển hình ở nhóm bệnh nhân chưa điều trị thấp hơn so với nhóm bệnh nhân đã điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01$ . Không có sự khác biệt về các triệu chứng tiêu hóa khác giữa nhóm chưa điều trị và nhóm đã điều trị ( $p > 0,05$ ).



## 5. KẾT LUẬN

Triệu chứng tiêu hóa thường gặp nhất là hội chứng trào ngược dạ dày thực quản điển hình. Có mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng tổn thương hệ tiêu hóa với thể bệnh XCBHT, thời gian mắc bệnh và thuốc điều trị. Cần thiết phải kết hợp lâm sàng và nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng để chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời các tổn thương tiêu hóa ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goldsmith, L.A. Systemic sclerosis. In: Fitzpatrick's Dermatology General in Medicine. New York: McGrawHill; 2012:2, 1943-1953.

2. Bellando-Randone, S.; Guiducci, S.; Matucci-Cerinic, M. Patient Subgroups and Potential Risk Factors in Systemic Sclerosis: Is There a Possibility of an Early Diagnosis? Int. J. Clin. Rheumatol. 2010, 5 (5), 555-564.

3. Steen VD, Medsger TA., Jr. Severe Organ Involvement in Systemic Sclerosis with Diffuse Scleroderma. Arthritis Rheum 2000, 43, 2437-2444. DOI: 10.1002/1529-0131(200011)43:11<2437::AID-ANR10>3.0.CO;2-U.

4. Walker U.A, Tyndall A, Czirják L (2007). Clinical risk assessment of organ manifestations in systemic sclerosis: a report from the EULAR Scleroderma Trials And Research group database. Ann Rheum Dis, 66, 754-763. DOI: 10.1136/ard.2006.062901

5. Elhai M., C. Meune, J. Avouac et al (2012). Trends in mortality in patients with systemic sclerosis over 40 years: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Rheumatology (Oxford); 51(6): p. 1017-26. DOI: 10.1093/rheumatology/ker269.

6. Alhajeri H, Hudson M, Fritzler M (2015). 2013 American College of Rheumatology/European

League Against Rheumatism Classification Criteria for Systemic Sclerosis Outperform the 1980 Criteria: Data From the Canadian Scleroderma Research Group. Arthritis Care & Research, 67 (4), 582-587. DOI: 10.1002/acr.22451.

7. Baron, M.; Hudson, M.; Steele, R.; Canadian Scleroderma Research Group. Malnutrition Is Common in Systemic Sclerosis: Results from the Canadian Scleroderma Research Group Database. J. Rheumatol. 2009, 36 (12), 2737-2743. DOI: 10.3899/jrheum.090694.

8. Krause, L.; Becker, M. O.; Brueckner, C. S.; Bellinghausen, C.-J.; Becker, C.; Schneider, U.; Haeupl, T.; Hanke, K.; Hensel-Wiegel, K.; Ebert, H.; Ziemer, S.; Ladner, U.-M.; Pirlich, M.; Burmester, G. R.; Riemekasten, G. Nutritional Status as Marker for Disease Activity and Severity Predicting Mortality in Patients with Systemic Sclerosis. Ann. Rheum. Dis. 2010, 69 (11), 1951-1957. DOI: 10.1136/ard.2009.123273.

9. Lan Lưu Phương. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chức năng thông khí phổi trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.

10. Harrison E, Herrick A.L, McLaughlin J.T. Malnutrition in Systemic Sclerosis. 51, 1747-1756.

11. Baron M, Bernier P, Côté L.F. Screening and Management for Malnutrition and Related Gastro-Intestinal Disorders in Systemic Sclerosis: Recommendations of a North American Expert Panel. Clin Exp Rheumatol 28 (58), S42-S46.

12. Meier F.M.P, Frommer K.W, Dinser R (2012). Update on the profile of the EUSTAR cohort: an analysis of the EULAR Scleroderma Trials and Research group database. Ann Rheum Dis, 71, 1355-1360. DOI: 10.1136/annrheumdis-2011-200742.

13. Lahcene, M.; Oumnia, N.; Matougui, N.; Boudjella, M.; Tebaibia, A.; Touchene, B. Esophageal Involvement in Scleroderma: Clinical, Endoscopic,

and Manometric Features. *ISRN Rheumatol.* 2011, 2011, 325826. DOI: 10.5402/2011/325826.

14. Meier FMP, Frommer KW, Dinser R, et al. Update on the profile of the EUSTAR cohort: an analysis of the EULAR Scleroderma Trials and Research group database. *Ann Rheum*

*Dis.* 2012;71(8):1355-1360. doi:10.1136/annrheumdis-2011-200742.

15. Vischio J, Saeed F, Karimedдини M, et al. Progression of Esophageal Dysmotility in Systemic Sclerosis. *J Rheumatol.* 2012;39(5):986-991. doi:10.3899/jrheum.110923.

## SUMMARY

*Original research*

### CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES OF GASTROINTESTINAL INVOLVEMENT IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS

Nguyen Thi Hong<sup>1</sup>, Vu Nguyet Minh<sup>1,2</sup>, Hoang Thi Phuong<sup>2</sup>, Do Thi Thu Hien<sup>2</sup>,  
Le Huu Doanh<sup>1,2</sup>, Pham Dinh Hoa<sup>1,2</sup>, Vu Huy Luong<sup>1,2\*</sup>

#### ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate clinical, endoscopic characteristics in patients with systemic sclerosis at the National Hospital of Dermatology and Venereology.

**Materials and methods:** This cross-sectional descriptive study was carried out among 128 patients with systemic sclerosis attending National Hospital of Dermatology and Venereology from 8/2022 to 6/2023.

**Results:** 23.4% of patients were underweight, the average BMI was  $20.2 \pm 2.6$  kg/m<sup>2</sup>. 90.6% of patients experienced gastrointestinal symptoms, most commonly typical reflux syndrome (69.5%), and dysphagia (57.8%). There is a relationship between the gastrointestinal manifestations of systemic sclerosis and the disease subtypes, the duration of the disease. The incidence of typical reflux syndrome in the group of untreated patients was less than in the group of treated patients, the difference was statistically significant with  $p = 0.001$ . 30.5% of patients presented with lower gastrointestinal symptoms, most commonly tenesmus (17.2%) and constipation (14.1%). On gastroesophageal endoscopy, the most common lesion was gastritis (100%), followed by reflux esophagitis (27.3%), duodenal ulcer (9.1%) and esophageal candidiasis (4.5%).

**Conclusions:** Gastrointestinal impairment is very frequent and affects the quality of life in patients with systemic sclerosis. The most common symptom is typical reflux syndrome. Gastroesophageal endoscopy is crucial for early diagnosis of gastrointestinal involvement in patients with systemic sclerosis.

**Keywords:** *Systemic sclerosis, gastrointestinal involvement, gastroesophageal reflux disease, gastroesophageal endoscopy.*

1: Hanoi Medical University

2: National Hospital of Dermatology and Venereology

\* Correspondence email: Huyluong84@gmail.com