

## ỨNG DỤNG BẢNG RSI, RFS TRONG CHẨN ĐOÁN TRÀO NGƯỢC HỌNG THANH QUẢN

### TÓM TẮT

Lê Thanh Bình<sup>1\*</sup>, Đỗ Thái Học<sup>1</sup>, Nguyễn Thùy Dung

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ trào ngược họng thanh quản ở người bệnh dựa vào bảng chỉ số RSI, RFS tại Bệnh viện Đa khoa Thái Ninh năm 2023

**Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang loạt ca bệnh trên 38 người bệnh được chẩn đoán trào ngược họng thanh quản dựa vào chỉ số RSI, RFS tại phòng khám Tai Mũi Họng Bệnh viện đa khoa Thái Ninh từ tháng 11/2022 đến hết tháng 10/2023

**Kết quả:** Trào ngược họng thanh quản, chiếm ưu thế ở lứa tuổi từ 41-50. Tỷ lệ nam: nữ  $\approx$  1:2. Triệu chứng cơ năng thường gặp là: cảm giác có dị vật trong họng (94,7%); ợ nóng ợ chua (86,8%); đắng hắng (84,2%); dịch nhầy nhiều trong họng (84,2%); khàn tiếng (78,9%); ho sau khi ăn hoặc nằm (65,8%). Triệu chứng thực thể hay gặp là: phì đại mép sau (100%); phù nề dây thanh (97,4%); phù nề thanh quản tỏa lan (94,7%); sung huyết (89,5%); xóa buồng thanh thất (78,9%). Điểm RSI trung bình là  $16,6 \pm 2,8$ ; điểm RFS trung bình là  $12,9 \pm 3,1$ . Nhóm lạm dụng giọng có mức độ khàn tiếng cao hơn nhóm không lạm dụng giọng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

### Kết luận:

RSI và RFS là các công cụ đơn giản, dễ áp dụng có giá trị trong sàng lọc và hỗ trợ định hướng chẩn đoán ban đầu LPR trong thực hành lâm sàng.

**Từ khóa:** Trào ngược họng thanh quản, chỉ số RSI, RFS.

### APPLICATION OF RSI AND RFS IN THE DIAGNOSIS OF LARYNGOPHARYNGEAL REFLUX

#### ABSTRACT

**Objective:** Assess LPR prevalence using RSI and RFS at Thai Ninh General Hospital in 2023.

**Methods:** A cross-sectional descriptive case series study was conducted among 38 patients diagnosed with LPR based on RSI and RFS at the Otorhinolaryngology Clinic, Thai Ninh General Hospital, from November 2022 to October 2023.

1. Bệnh viện đa khoa Thái Ninh

\*Tác giả liên hệ: Lê Thanh Bình

Email: lethanhbinh2013@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/12/2025

Ngày phản biện: 18/4/2026

Ngày duyệt bài: 26/4/2026

**Results:** LPR was most prevalent in the age group of 41–50 years, with a male-to-female ratio of approximately 1:2. Common functional symptoms include: sensation of something sticking in your throat or a lump in your throat (94.7%); heartburn, chest pain, indigestion, or stomach acid coming up (86.8%); clearing your throat (84.2%); excess throat mucous or postnasal drip (84.2%); hoarseness or a problem with your voice (78.9%); Coughing after you eat or after lying down (65.8%). Common physical findings include: posterior commissure (100%); vocal fold edema (97.4%); diffuse laryngeal edema (94.7%); hyperemia (89.5%); ventricular obliteration (78.9%). The mean RSI was  $16.6 \pm 2.8$ , and the mean RFS was  $12.9 \pm 3.1$ . The voice abuse group had a higher severity of hoarseness than the non-voice abuse group, and the difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** RSI and RFS are simple, practical tools that are valuable for screening and for supporting the initial diagnostic orientation of LPR in clinical practice.

**Keywords:** Laryngopharyngeal reflux, Reflux Symptom Index (RSI), Reflux Finding Score (RFS).

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược họng thanh quản (Laryngopharyngeal reflux - LPR) là tình trạng dịch dạ dày tác động lên vùng họng - thanh quản gây tổn thương tại chỗ, kèm theo các triệu chứng khó chịu như ho kéo dài, khàn tiếng, khịt khạc. Theo phân loại của Hội nghị tiêu hóa Montreal 2006, LPR là biểu hiện ngoài thực quản của bệnh trào ngược dạ dày - thực quản [1]. Tuy nhiên, LPR khác trào ngược dạ dày thực quản (Gastroesophageal Reflux Disease – GERD) ở vị trí tổn thương và biểu hiện lâm sàng, do đó không thể sử dụng chung công cụ chẩn đoán. Hiện chẩn đoán LPR dựa vào khai thác triệu chứng, nội soi và đo pH 24 giờ. Trong đó, đo pH 24 giờ hai đầu dò được xem là đáng tin cậy nhất [2], nhưng hạn chế về tính khả thi và sự chấp nhận của người bệnh. Do đó, hướng dẫn của Hội Tai Mũi Họng – Phẫu thuật đầu cổ Mỹ khuyến cáo chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng cơ năng và dấu hiệu nội soi [2]. Để chuẩn hóa, Belafsky và cộng sự phát triển hai công cụ: Reflux Symptom Index (RSI) và Reflux Finding Score (RFS) [3], được đánh giá cao

nhờ tính đơn giản, chi phí thấp, và được ứng dụng rộng rãi trong chẩn đoán và theo dõi điều trị LPR [4, 5]. Tại Việt Nam, còn ít công trình nghiên cứu về trào ngược họng thanh quản. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “Ứng dụng bảng RSI, RFS trong chẩn đoán trào ngược họng thanh quản” với mục tiêu sau: Xác định tỷ lệ trào ngược họng thanh quản ở người bệnh dựa vào bảng chỉ số RSI, RFS tại Bệnh viện Đa khoa Thái Ninh năm 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Gồm 38 bệnh nhân, được chẩn đoán trào ngược họng thanh quản dựa vào chỉ số RSI, RFS tại phòng khám Tai Mũi Họng Bệnh viện đa khoa Thái Ninh từ tháng 11/2022 đến hết tháng 10/2023.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tuổi  $\geq 18$ , có biểu hiện trào ngược họng thanh quản ít nhất trong vòng 1 tháng trở lại đây.
- Người bệnh được hỏi bệnh, khai thác triệu chứng liên quan và thăm khám nội soi TMH.
- Đáp ứng điều kiện: RSI  $>13$  và RFS  $>7$ .
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

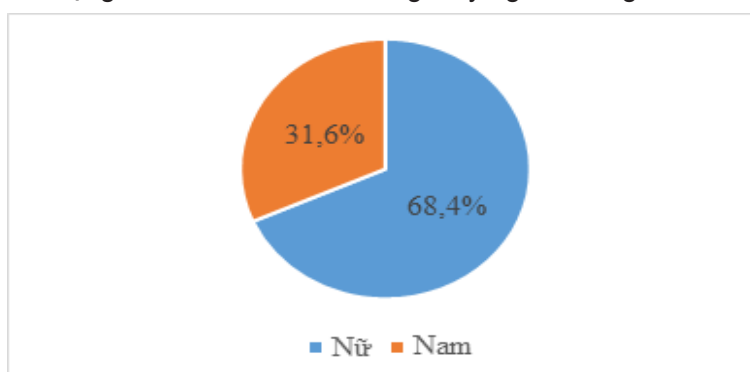
Bệnh nhân không có đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn trên, tiền sử ung thư họng thanh quản hoặc phẫu thuật đường tiêu hóa

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi (n=38)**

Tuổi	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
18 – 30	5	13,2
31 – 40	10	26,3
41 – 50	13	34,2
> 50	10	26,3
Tổng số (N)	38	100,0

Với lựa chọn người bệnh từ 18 tuổi trở lên: người bệnh trẻ tuổi nhất là 28, nhiều tuổi nhất là 58. Tuổi trung bình là 43. Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê.



**Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính (n=38)**

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang loạt ca bệnh

#### - Cỡ mẫu và chọn mẫu

**Cỡ mẫu:** 38 bệnh nhân

**Phương pháp chọn mẫu:** sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu

## 2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

**Bước 1:** Lập bệnh án mẫu: Thu thập số liệu liên quan những người bệnh nghi ngờ trào ngược họng thanh quản: Hỏi, đánh giá triệu chứng cơ năng theo bảng RSI; Khám nội soi TMH, tính điểm dấu hiệu thực thể theo bảng RFS.

**Bước 2:** Tất cả các người bệnh đáp ứng tiêu chí RSI $>13$  và RFS $>7$  -> được chẩn đoán là trào ngược họng thanh quản, nếu không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ thì sẽ được nhận vào nghiên cứu.

**Bước 3:** Tổng kết, xử lý số liệu, viết báo cáo đề tài.

## 2.4. Xử lý số liệu

Sử dụng chương trình phần mềm SPSS 16.0 trong đó các số liệu trên được mã hóa, nhập vào máy tính và xử lý, phân tích kết quả theo phương pháp thống kê Y học.

Nữ chiếm 26/38 người bệnh (68,4%) cao hơn nam giới (12/38 người bệnh , chiếm tỉ lệ 31,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 2. Triệu chứng cơ năng theo thang điểm RSI (n=38)**

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khàn tiếng hoặc có thay đổi về giọng nói	30	78,9
Đềng hắng	32	84,2
Nhiều dịch nhầy họng	32	84,2
Khó khăn khi nuốt thức ăn, dịch, thuốc	6	15,8
Ho sau khi ăn hoặc sau khi nằm	25	65,8
Cảm giác khó thở hoặc cơn tức thở	8	21,1
Ho khó chịu	11	28,9
Cảm giác có dị vật trong họng	36	94,7
Nóng rát ngực, ợ nóng, ợ chua	33	86,8

Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là cảm giác có dị vật trong họng, chiếm 94,7%. Thứ 2 là biểu hiện nóng rát ngực, ợ nóng ợ chua, chiếm tỉ lệ 86,8%. Tiếp theo là đềng hắng (84,2%); nhiều dịch nhầy trong họng (84,2%); khàn tiếng (78,9%); ho sau khi ăn hoặc nằm (65,8%).

**Bảng 3. Triệu chứng thực thể dựa vào bảng RFS (n=38)**

Hình ảnh trên nội soi	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Rãnh dây thanh giả	5	13,2
Xóa buồng thanh thất	30	78,9
Sung huyết	34	89,5
Phù nề dây thanh	37	97,4
Phù nề thanh quản tỏa lan	36	94,7
Phì đại mép sau	38	100,0
Tổ chức hạt	7	18,4
Dịch nhầy nhiều trong thanh quản	23	60,5

Kết quả bảng 3 cho thấy cả 38/38 người bệnh có dấu hiệu phì đại mép sau. Tiếp theo là dấu hiệu phù nề dây thanh, gặp ở 37/38 người bệnh (chiếm tỉ lệ 97,4%), dấu hiệu phù nề thanh quản tỏa lan gặp ở 36/38 người bệnh (94,7%), dấu hiệu sung huyết gặp ở 34/38 người bệnh (89,5%), dấu hiệu xóa buồng thanh thất gặp ở 30/38 người bệnh (78,9%). 5/38 người bệnh có dấu hiệu rãnh dây thanh giả, chiếm tỉ lệ 13,2%.

**Bảng 4. Tổng điểm RFS và yếu tố tác động (n=38)**

RFS	Nhóm tuổi	18-30	31-40	41-50	>50	Chung
	Mean ± SD	12,6±4,3	11,2±2,4	13,1±3,0	14,4±3,0	12,9±3,1

Điểm số RFS trung bình là 12,9±3,1. Chỉ số RFS có xu hướng tăng khi lớn tuổi.

**Bảng 5. Điểm RSI và một số yếu tố tác động (n=38)**

Yếu tố tác động		RSI	Mean ± SD	p
Nhóm tuổi	18-30 (n=5)		16,8±2,4	>0,05
	31-40 (n=10)		15,9±2,8	
	41-50 (n=13)		16,8±2,7	
	>50 (n=10)		17,0±3,5	
Giới	Nam (n=12)		17,1±3,3	>0,05
	Nữ (n=26)		16,4±2,7	
Lạm dụng giọng	Có (n=16)		16,3±1,9	>0,05
	Không (n=22)		16,8±3,4	
Chung			16,6±2,8	

Điểm RSI trung bình trước điều trị là 16,6±2,8. Khi đánh giá một số yếu tố tác động tới chỉ số RSI, không thấy có sự khác biệt của chỉ số RSI giữa các nhóm tuổi, 2 giới nam và nữ, giữa nhóm lạm dụng giọng và không lạm dụng giọng.

**Bảng 6. Liên quan giữa khàn tiếng và lạm dụng giọng nói (n=38)**

Yếu tố nguy cơ	Khàn tiếng	Trung bình	p
Lạm dụng giọng (n=16)		3,1±1,8	0,026
Không lạm dụng giọng (n=22)		1,8±1,5	

Mức độ khàn tiếng của nhóm lạm dụng giọng cao hơn nhóm không lạm dụng giọng, có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) và trào ngược họng thanh quản (LPR) cùng là bệnh lý trào ngược, song LPR có nhiều điểm khác biệt so với GERD. Phần lớn bệnh nhân LPR đơn thuần ít có biểu hiện ợ nóng, ợ chua (< 40%) - triệu chứng điển hình của GERD; tỉ lệ viêm thực quản cũng ít hơn. Biểu hiện của LPR chủ yếu biểu hiện bằng các triệu chứng ngoài thực quản, chủ yếu thường gặp các triệu chứng như khàn giọng, đau họng, khạc đờm và ho mạn tính, cảm giác có khối ở trong họng, đắng háng, nuốt vướng. Trong khi GERD thường biểu hiện bằng các triệu chứng điển hình tại thực quản như ợ nóng, trào ngược acid [1]. Các triệu chứng của LPR thường không điển hình, dễ bị bỏ sót và chẩn đoán nhầm, cần chẩn đoán phân biệt LPR với các nguyên nhân khác cũng gây ra triệu chứng tương tự. Do đó bệnh có thể được phát hiện ở nhiều nhóm tuổi khác nhau mà không tập trung vào một nhóm tuổi nhất định.

**Phân bố theo tuổi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 43 (28–58) và không có khác biệt giữa các nhóm tuổi ( $p > 0,05$ ). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nam – Kyung Yeo và cộng sự (2022) [6], nghiên cứu Alka Kapil, Souvagini Acharya và cộng sự (2023) [7], nghiên cứu của Zhi Liu, Chun Zhang và cộng sự (2025) [8]; cho thấy LPR xuất hiện ở lứa tuổi lao động, phù hợp bối cảnh bệnh lý mạn tính chịu ảnh hưởng lối sống.

**Phân bố theo giới:** Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nữ cao hơn nam (68,4% so với 31,6%;  $p < 0,05$ ) Kết quả này tương tự với nghiên cứu của AM Mallikarjunappa & Gitanjali Ajit Deshpande có 53,9% là nữ [3] Alka Kapil, cũng như nghiên cứu của Souvagini Acharya và cộng sự (nữ chiếm 57,03%) [7]; hay nghiên cứu của Nguyễn Hy Quang, Cao Minh Thành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy tỷ lệ trào ngược họng thanh quản ở nữ giới là 71,0%

cao hơn ở nam giới là 56,9% (khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,004$ ) [9]. kết quả này gợi ý khả năng khác biệt về tiếp xúc yếu tố nguy cơ, chăm sóc giọng nói, hoặc hành vi tìm kiếm chăm sóc y tế; khuynh hướng nữ trội đã được ghi nhận trong nhiều quần thể LPR/triệu chứng ngoại thực quản.

**Triệu chứng cơ năng:** Theo kết quả nghiên cứu trên cho thấy, triệu chứng nổi bật nhất là cảm giác có dị vật trong họng, chiếm tới 94,7% số bệnh nhân, theo sau là nóng rát ngược/ợ nóng/ợ chua (86,8%), đắng hắng và dịch nhầy họng (cùng 84,2%). Các triệu chứng khác như khàn tiếng (78,9%) và ho sau ăn hoặc nằm (65,8%) cũng phổ biến. Kết quả của nghiên cứu tương đồng với các biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất trong các bệnh nhân LPR trong y văn cũng như nghiên cứu quốc tế của của Alka Kapil, Souvagini Acharya và cộng sự [7], nghiên cứu của nghiên cứu của AM Mallikarjunappa & Gitanjali Ajit Deshpande [3]. Từ đó cho thấy, cảm giác có dị vật trong họng, đắng hắng và khàn tiếng là triệu chứng thường gặp nhất.

**Ứng dụng bảng RSI:** Trong nghiên cứu, điểm RSI trung bình trước điều trị là  $16,6 \pm 2,8$ , vượt ngưỡng chẩn đoán LPR ( $RSI > 13$ ). Kết quả này tương tự với kết quả của nghiên cứu của Alka Kapil, Souvagini Acharya và cộng sự [7]. Khi phân tích theo nhóm tuổi, giới tính và mức độ lạm dụng giọng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) phù hợp với nghiên cứu trước đó của nghiên cứu của AM Mallikarjunappa & Gitanjali Ajit Deshpande [3]. Điều này cho thấy điểm số RSI phản ánh mức độ triệu chứng tự báo cáo khá đồng nhất trong nhóm nghiên cứu và không bị ảnh hưởng bởi các đặc điểm nhân khẩu hay hành vi sử dụng giọng.

**Triệu chứng thực thể theo RFS:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100 % bệnh nhân có phì đại mép sau, kèm phù nề dây thanh (97,4%), phù nề thanh quản tỏa lan (94,7%), sung huyết (89,5%) và xóa buồng thanh thất (78,9%). Điểm RFS trung bình  $12,9 \pm 3,1$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lechien và cộng sự (2019) [10], cũng như nghiên cứu của AM Mallikarjunappa & Gitanjali Ajit Deshpande [3] cũng cho thấy phì đại mép sau và dịch nhầy nội thanh quản là phổ biến nhất ở LPR, với RFS trung bình  $\sim 10,65 \pm 2,38$  [10]. Kết quả của chúng tôi còn có xu hướng tăng theo tuổi, có thể do thời gian phơi nhiễm kéo dài dẫn tới biến đổi niêm mạc tích lũy. Bệnh nhân có cảm giác dị vật trong họng đi kèm phù nề thanh quản tỏa lan

với OR 35,0 và xóa buồng thanh thất với OR 4,1 cũng cố cho nhận định triệu chứng cảm giác dị vật trong họng là biểu hiện của phù nề/ứ đọng niêm dịch ở hạ họng-thanh quản.

**Liên quan giữa khàn tiếng và lạm dụng giọng nói:** Từ nghiên cứu trên cho thấy rằng, nhóm đối tượng lạm dụng giọng nói có điểm số trung bình cao hơn nhóm không lạm dụng giọng nói, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của AM Mallikarjunappa & Gitanjali Ajit Deshpande [3]. Lạm dụng giọng nói kéo dài gây viêm, sưng phù nề dây thanh, khiến vùng họng-thanh quản nhạy cảm hơn với axit từ dạ dày trào ngược lên. Khi tình trạng trào ngược xảy ra đồng thời, niêm mạc thanh quản vốn nhạy cảm sẽ dễ bị kích thích hơn, từ đó làm tăng điểm RFS [11]. Điều này củng cố cho lập luận thang RFS có giá trị trong sàng lọc bệnh nhân LPR tại các cơ sở điều trị.

Điều này khẳng định rằng mức khàn càng nặng thì phù nề càng từ vừa đến nặng, phản ánh tác động trực tiếp của viêm-phù lên rung động nếp thanh. Điều này củng cố cho lập luận thang RSI có tương quan với RFS, và cả hai công cụ đều có độ chính xác chấp nhận được trên lâm sàng.

## V. KẾT LUẬN

RSI và RFS là các công cụ đơn giản, dễ áp dụng có giá trị trong sàng lọc và hỗ trợ định hướng chẩn đoán ban đầu LPR trong thực hành lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al (2006). The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* 101(8), 1900-1920.
2. James A Koufman, Jonathan E Aviv, Roy R Casiano, et al (2002). Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *J Otolaryngology—Head Neck Surgery.* 127(1), 32-35.
3. Mallikarjunappa AM và Gitanjali Ajit Deshpande (2022). Comparison of reflux symptom index (RSI) with reflux finding score (RFS) and its effectiveness in diagnosis of laryngopharyngeal reflux disease (LPRD). *Indian Journal of Otolaryngology Head Neck Surgery.* 74(Suppl 2), 1809-1813.

4. **Walter Habermann, Christoph Schmid, Kurt Neumann, et al (2012)**. Reflux symptom index and reflux finding score in otolaryngologic practice. *J Voice*. 26(3), e123-e127.
5. **Suhail Amin Patigaroo, SF Hashmi, Syed Abrar Hasan, et al (2011)**. Clinical manifestations and role of proton pump inhibitors in the management of laryngopharyngeal reflux, *J Indian Journal of Otolaryngology Head Neck Surgery*. 63(2).182-189.
6. **Nam-Kyung Yeo, Seung Jin Park và Tae Hoon An (2022)**. Laryngopharyngeal reflux in chronic rhinosinusitis patients and the role of endoscopic sinus surgery, *J Auris Nasus Larynx*. 49(4), 663-669.
7. **Alka Kapil, Souvagini Acharya, Kamalini Bepari, et al (2023)**. Clinical evaluation of laryngopharyngeal reflux and its response to proton pump inhibitors, *J Indian Journal of Otolaryngology Head Neck Surgery*. 75(2), 409-415.
8. **Zhi Liu, Chun Zhang, Xiaoyu Wang, et al (2025)**. Characteristics of laryngopharyngeal reflux in patients of different genders and ages, *J Journal of Voice*. 39(3), 764-769.
9. **Nguyễn Hy Quang, Cao Minh Thành (2024)**. Đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ trào ngược họng thanh quản ở người bệnh viêm mũi xoang mạn. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 183(10), 19-26.
10. **Jérôme R Lechien, Mohamad Khalife, Kathy Huet, et al(2019)**. Perceptual, aerodynamic, and acoustic characteristics of voice changes in patients with laryngopharyngeal reflux disease. *J Ear, Nose Throat Journal*. 98(6), E44-E50.
11. **Anuja Suda, Abhik Sikdar, Sameer Nivsarkar, et al (2024)**. Reflux Symptom Index (RSI), video-laryngostroboscopy and voice analysis: a triad of non-invasive tools to study treatment outcomes of laryngopharyngeal reflux disease (LPRD). *J Indian Journal of Otolaryngology Head Neck Surgery*. 76(1), 250-261.