

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



VŨ THỊ BÍCH LIÊN

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP CÂY CHỈ
KẾT HỢP BÀI THUỐC SÀI HỒ SƠ CAN THANG
ĐIỀU TRỊ TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN
THỂ CAN VỊ BẤT HÒA**

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI, 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



VŨ THỊ BÍCH LIÊN

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮY CHỈ
KẾT HỢP BÀI THUỐC SÀI HỒ SƠ CAN THANG
ĐIỀU TRỊ TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN
THỂ CAN VỊ BẤT HÒA**

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số:

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. TS. Nguyễn Thị Minh Thu**
- 2. TS. Lưu Minh Châu**

HÀ NỘI, 2025

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành đề cương và luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, em xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới TS. Nguyễn Thị Minh Thu và TS. Lưu Minh Châu, những người thầy hướng dẫn khoa học đã tận tình chỉ bảo, định hướng chuyên môn và truyền đạt những kinh nghiệm quý báu, giúp em hoàn thiện quá trình nghiên cứu và nâng cao kiến thức chuyên ngành.

Em xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo Sau đại học, các Bộ môn và các phòng ban chức năng của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình học tập, nghiên cứu và thực hiện luận văn, cung cấp cơ sở vật chất, tài liệu tham khảo đầy đủ để em hoàn thành công trình này.

Em cũng xin gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch Tổng hợp cùng toàn thể cán bộ, bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an, đã nhiệt tình hỗ trợ, tạo mọi điều kiện thuận lợi để em triển khai nghiên cứu, thu thập số liệu và thực hành lâm sàng một cách thuận lợi, giúp nghiên cứu được tiến hành một cách khoa học và hiệu quả.

Em xin bày tỏ lòng biết ơn tới Hội đồng xét duyệt đề cương đã đóng góp những ý kiến nhận xét, góp ý khoa học quý báu, giúp em hoàn thiện nội dung nghiên cứu, đảm bảo tính chính xác và khoa học của luận văn.

Xin chân thành cảm ơn các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đã hợp tác nhiệt tình, chia sẻ thông tin, góp phần quan trọng vào kết quả nghiên cứu và làm phong phú thêm dữ liệu của luận văn.

Cuối cùng, em xin gửi lời tri ân sâu sắc tới gia đình, bạn bè và các anh chị đồng nghiệp, những người luôn động viên, hỗ trợ về tinh thần lẫn vật chất, giúp em vượt qua những khó khăn để hoàn thành luận văn này.

Xin trân trọng cảm ơn!

Vũ Thị Bích Liên

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Vũ Thị Bích Liên, học viên lớp Bác sĩ Chuyên khoa cấp II – Chuyên ngành Y học cổ truyền, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan rằng:

1. Đây là đề cương và luận văn do chính tôi thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của TS. Nguyễn Thị Minh Thu và TS. Lưu Minh Châu.
2. Công trình nghiên cứu này là do tôi thực hiện độc lập, không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trình bày trong nghiên cứu là trung thực, chính xác và khách quan, đã được cơ sở nghiên cứu xác nhận và chấp thuận.

Tôi chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết trên.

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Người cam đoan

Vũ Thị Bích Liên

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Trào ngược dạ dày thực quản theo y học hiện đại.....	3
1.1.1. Khái niệm GERD.....	3
1.1.2. Dịch tễ GERD.....	3
1.1.3. Các nguy cơ GERD	3
1.1.4. Chẩn đoán lâm sàng.....	5
1.1.5. Điều trị GERD	8
1.2. Trào ngược dạ dày thực quản theo Y học cổ truyền	10
1.2.1. Can Vị uất nhiệt.....	10
1.2.2. Can Vị bất hòa.....	11
1.2.3. Khí uất đàm trở.....	11
1.2.4. Tỳ Vị hư nhược.....	12
1.2.5. Vị khí thượng nghịch.....	12
1.2.6. Tỳ Vị thấp nhiệt.....	13
1.3. Các phương pháp điều trị sử dụng trong nghiên cứu.....	13
1.3.1. Phức châm.....	13
1.3.2. Phương pháp cấy chỉ.....	17
1.3.3. Giới thiệu về bài thuốc Sài hồ sơ can thang.....	18
1.4. Các nghiên cứu trong và ngoài nước.....	21
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	23
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	23
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	23
2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh	23
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ.....	23
2.2. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu	24

2.2.1.	Công thức huyết nghiên cứu.....	24
2.2.2.	Bài thuốc nghiên cứu.....	25
2.2.3.	Phác đồ điều trị nền.....	26
2.2.4.	Phương tiện nghiên cứu.....	27
2.3.	Địa điểm nghiên cứu.....	27
2.4.	Thời gian nghiên cứu.....	27
2.5.	Thiết kế nghiên cứu.....	27
2.6.	Cỡ mẫu.....	27
2.7.	Cách chọn mẫu.....	28
2.8.	Quy trình và liệu trình điều trị.....	28
2.8.1.	Cách tiến hành kỹ thuật cấy chi.....	28
2.8.2.	Theo dõi điều trị.....	29
2.9.	Các chỉ số và biến số nghiên cứu.....	29
2.9.1.	Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu.....	29
2.9.2.	Các biến số và chỉ số lâm sàng.....	30
2.9.3.	Các biến số theo dõi về tác dụng không mong muốn.....	33
2.10.	Phương pháp thu thập thông tin và đánh giá.....	33
2.11.	Phương pháp phân tích số liệu.....	34
2.12.	Sai số và biện pháp khống chế sai số.....	34
2.13.	Đạo đức của nghiên cứu.....	34
Chương 3.	KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	37
3.1.	Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	37
3.1.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	37
3.1.2.	Phân bố bệnh nhân theo giới.....	38
3.1.3.	Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	38
3.1.4.	Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh.....	39
3.1.5.	Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ.....	39
3.1.6.	Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể.....	40

3.1.7.	Phân bố bệnh nhân theo tình trạng lâm sàng trước điều trị	41
3.1.8.	Triệu chứng YHCT trước điều trị	43
3.2.	Kết quả điều trị	44
3.2.1.	Sự thay đổi điểm GERD-Q	44
3.2.2.	Sự thay đổi điểm QOLRAD	46
3.2.3.	Sự thay đổi triệu chứng YHCT	53
3.3.	Kết quả điều trị chung	54
3.3.1.	Kết quả chung sau 10 ngày điều trị	54
3.3.2.	Kết quả chung sau 20 ngày điều trị	55
3.4.	Mối liên quan đến kết quả điều trị	56
3.4.1.	Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị	56
3.4.2.	Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị	56
3.4.3.	Mối liên quan giữa sử dụng non-steroid và kết quả điều trị	57
3.4.4.	Mối liên quan giữa tiền sử bia rượu và kết quả điều trị	57
3.4.5.	Mối liên quan giữa tiền sử hút thuốc và kết quả điều trị	58
3.4.6.	Mối liên quan giữa thời gian bị bệnh và kết quả điều trị	58
3.4.7.	Mối liên quan giữa thừa cân, béo phì và kết quả điều trị	59
Chương 4.	BÀN LUẬN	60
4.1.	Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	60
4.1.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi	60
4.1.2.	Phân bố bệnh nhân theo giới	61
4.1.3.	Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	61
4.1.4.	Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh	62
4.1.5.	Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ	63
4.1.6.	Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể	64
4.1.7.	Phân bố bệnh nhân theo tình trạng lâm sàng trước điều trị	65
4.1.8.	Triệu chứng YHCT trước điều trị	69
4.2.	Kết quả điều trị	70

4.2.1.	Sự thay đổi điểm GERD-Q.....	70
4.2.2.	Sự thay đổi điểm QOLRAD	71
4.2.3.	Sự thay đổi triệu chứng YHCT.....	78
4.3.	Kết quả điều trị chung.....	80
4.3.1.	Kết quả chung sau 10 ngày điều trị	80
4.3.2.	Kết quả chung sau 20 ngày điều trị	82
4.4.	Mối liên quan đến kết quả điều trị.....	83
4.4.1.	Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị.....	83
4.4.2.	Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị.....	84
4.4.3.	Mối liên quan giữa sử dụng non-steroid và kết quả điều trị	85
4.4.4.	Mối liên quan giữa tiền sử bia rượu và kết quả điều trị.....	85
4.4.5.	Mối liên quan giữa tiền sử hút thuốc và kết quả điều trị	86
4.4.6.	Mối liên quan giữa thời gian bị bệnh và kết quả điều trị.....	87
4.4.7.	Mối liên quan giữa thừa cân, béo phì và kết quả điều trị.....	87
	KẾT LUẬN.....	89
	KIẾN NGHỊ.....	91
	TÀI LIỆU THAM KHẢO	
	PHỤ LỤC	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
D ₀	Day 0 / Baseline	Thời điểm bắt đầu can thiệp
D ₁₀	Day 10 of treatment	Ngày thứ 10 của điều trị
D ₂₀	Day 20 after treatment	Ngày thứ 20 sau điều trị
GERD	Gastroesophageal Reflux Disease	Hội chứng trào ngược dạ dày thực quản
GERD-Q	Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire	Thang điểm đánh giá hội chứng trào ngược dạ dày thực quản
QOLRAD	Quality of Life in Reflux and Dyspepsia	Thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh GERD
NXB	Publisher	Nhà xuất bản
OR	Odds Ratio	Tỷ số chênh
PPI	Proton Pump Inhibitor	Thuốc ức chế bơm proton
WFAS	World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies	Liên đoàn Thế giới về Châm cứu
YHHĐ	Modern Medicine	Y học hiện đại
YHCT	Traditional Medicine	Y học cổ truyền

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ theo nhân khẩu học với GERD và các biến chứng	3
Bảng 1.2. Bài thuốc Sài hồ sơ can thang.....	17
Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền	21
Bảng 2.2. Phác đồ huyết cầy chỉ	22
Bảng 2.3. Công thức bài thuốc Sài hồ sơ can thang.....	23
Bảng 2.4. Các biến số, chỉ số nhân khẩu học.....	26
Bảng 2.5. Các biến số, chỉ số lâm sàng.....	27
Bảng 2.6. Tiêu chuẩn phân loại theo GERD-Q.....	30
Bảng 2.7. Tiêu chuẩn phđánh giá kết quả chung.....	31
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	34
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới.....	35
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	35
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh.....	36
Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ.....	36
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể.....	37
Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo kết quả nội soi	38
Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo GERD-Q.....	39
Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo điểm QOLRAD	39
Bảng 3.10. Triệu chứng YHCT trước điều trị.....	40
Bảng 3.11. Sự thay đổi điểm GERD-Q.....	41
Bảng 3.12. Sự thay đổi phân bố bệnh nhân theo GERD-Q.....	42
Bảng 3.13. Sự thay đổi hiệu suất điểm GERD-Q.....	43
Bảng 3.14. Sự thay đổi điểm QOLRAD – Tiêu hóa.....	43
Bảng 3.15. Sự thay đổi hiệu suất điểm QOLRAD – Tiêu hóa.....	44
Bảng 3.16. Sự thay đổi điểm QOLRAD – Giấc ngủ.....	45

Bảng 3.17. Sự thay đổi hiệu suất điểm QOLRAD – Giấc ngủ.....	45
Bảng 3.18. Sự thay đổi điểm QOLRAD – Tâm lý.....	46
Bảng 3.19. Sự thay đổi hiệu suất điểm QOLRAD – Tâm lý.....	47
Bảng 3.20. Sự thay đổi điểm QOLRAD – Sinh hoạt.....	47
Bảng 3.21. Sự thay đổi hiệu suất điểm QOLRAD – Sinh hoạt.....	48
Bảng 3.22. Sự thay đổi điểm QOLRAD – Tổng điểm.....	49
Bảng 3.23. Sự thay đổi hiệu suất điểm QOLRAD – Tổng điểm.....	49
Bảng 3.24. Sự thay đổi triệu chứng YHCT.....	50
Bảng 3.25. Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị.....	53
Bảng 3.26. Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị.....	53
Bảng 3.27. Mối liên quan giữa sử dụng non-steroid và kết quả điều trị.....	54
Bảng 3.28. Mối liên quan giữa tiền sử bia rượu và kết quả điều trị.....	54
Bảng 3.29. Mối liên quan giữa tiền sử hút thuốc và kết quả điều trị.....	55
Bảng 3.30. Mối liên quan giữa thời gian bị bệnh và kết quả điều trị.....	55
Bảng 3.31. Mối liên quan giữa thừa cân, béo phì và kết quả điều trị.....	56

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Sơ đồ 1.1. Sơ đồ huyết phúc châm.....	14
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu.....	33
Biểu đồ 3.1. Kết quả điều trị chung sau 10 ngày điều trị.....	51
Biểu đồ 3.2. Kết quả điều trị chung sau 20 ngày điều trị.....	52

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày-thực quản (GERD) là một bệnh lý mạn tính, dai dẳng và phổ biến với các triệu chứng điển hình là ợ nóng và trào ngược các thành phần ở trong dạ dày đi lên thực quản [1], [2]. GERD tuy không gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống và làm giảm năng suất lao động [3], [4], [5].

Phân tích tổng hợp năm 2020 từ 102 nghiên cứu tại 37 quốc gia cho thấy tỷ lệ hiện mắc GERD toàn cầu là 13,98%, với sự khác biệt rõ rệt giữa các khu vực và quốc gia; thấp nhất ở Trung Quốc (4,16%) và cao nhất ở Thổ Nhĩ Kỳ (22,40%). Tỷ lệ mắc tăng theo tuổi và cao hơn ở nữ so với nam (17,17% so với 15,69%) [6]. Tại Việt Nam, nghiên cứu trên 250 đối tượng ghi nhận 43,2% người có triệu chứng nghi ngờ bệnh dạ dày-tá tràng được chẩn đoán mắc GERD [7]. Liệu pháp ức chế axit, đặc biệt là thuốc ức chế bơm proton (PPI), hiện vẫn là phương pháp điều trị chính cho GERD [8]. Tuy nhiên, khoảng 50% bệnh nhân còn triệu chứng sau 4 tuần điều trị PPI, và 30% không đáp ứng sau 8 tuần dù tăng liều gấp đôi, được xếp vào nhóm GERD kháng trị [9], [10], [11].

GERD kháng trị có xu hướng gia tăng nhanh chóng và trở thành thách thức đối với các bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa [5], [11]. Chất lượng cuộc sống (QOL) của người bệnh có thể bị ảnh hưởng nghiêm trọng, bao gồm cả giấc ngủ, hoạt động hàng ngày và công việc [12], [13], [14]. Nhằm vào các cơ chế bệnh sinh liên quan đến GERD kháng trị, nhiều loại thuốc đã được phát triển nhưng hiệu quả điều trị vẫn chưa đạt được kỳ vọng và có nhiều tác dụng phụ nghiêm trọng [15]. Phẫu thuật cũng là một lựa chọn khác cho người bệnh GERD kháng trị không đáp ứng điều trị nội khoa, tuy nhiên chỉ định hạn chế do ít hiệu quả đồng thời tỷ lệ xuất hiện biến chứng cao sau phẫu thuật, chẳng hạn như khó nuốt hoặc hội chứng đầy hơi [8].

Gần đây, nhiều nghiên cứu đã cung cấp các bằng chứng vững chắc về hiệu

quả của y học cổ truyền trong điều trị GERD và GERD kháng trị, trong đó châm cứu và cấy chỉ là phương pháp phổ biến có hiệu quả giúp cải thiện các triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm tỷ lệ tái phát và ít tác dụng không mong muốn [5], [16]. Châm cứu đã được chứng minh giúp cải thiện chức năng cơ vòng thực quản dưới, ngăn ngừa trào ngược axit dạ dày, giảm tiếp xúc của thực quản với axit và hạn chế tổn thương niêm mạc thực quản [17], [18], [20], [21].

Bên cạnh đó, phúc châm (Bo's Abdominal Acupuncture) là phương pháp châm cứu đặc biệt tập trung vào các huyết vùng bụng, được cho là hiệu quả trong điều trị bệnh lý của hệ tiêu hóa [22], [23], [24]. Các huyết được lựa chọn có vị trí tương ứng với các cơ quan tạng phủ của hệ tiêu hóa, hỗ trợ chức năng tiêu hóa và giảm trào ngược axit [24]. Theo YHCT, các tác động lên huyết vị giúp cân bằng âm dương, điều hòa khí huyết, và giảm triệu chứng GERD [22], [24]. Phương pháp cấy chỉ hiệu quả, tiện lợi, người bệnh không cần đến phòng khám thường xuyên, phù hợp với lối sống hiện đại và điều trị lâu dài [25]. Để cung cấp các bằng chứng khoa học khách quan của phương pháp điều trị phối hợp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ kết hợp bài thuốc Sài hồ sơ can thang điều trị trào ngược dạ dày thực quản thể Can Vị bất hòa”** với hai mục tiêu như sau:

1. *Đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ kết hợp bài thuốc Sài hồ sơ can thang điều trị trào ngược dạ dày thực quản thể can vị bất hòa.*
2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.*

Chương 1.

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Trào ngược dạ dày thực quản theo y học hiện đại

1.1.1. Khái niệm GERD

Ợ nóng và trào ngược axit là triệu chứng điển hình của GERD, thường được mô tả là cảm giác nóng rát sau xương ức, lan lên cổ và họng, xuất hiện sau bữa ăn, đặc biệt với thực phẩm cay, giàu chất béo, vị chua, sô cô la hoặc rượu [1], [2], [26]. Tư thế nằm ngửa hoặc cúi xuống có thể làm nặng thêm triệu chứng, đồng thời ợ nóng vào ban đêm có thể gây mất ngủ, ảnh hưởng đến hoạt động chức năng vào ngày hôm sau [27]. Người bệnh có triệu chứng trào ngược thường gặp do giảm áp lực cơ thắt thực quản dưới, tiêu hoá thức ăn trong dạ dày chậm, khiến cho dịch dạ dày trào ngược vào thực quản [2], [28].

1.1.2. Dịch tễ GERD

1.1.3. Các nguy cơ GERD

1.1.3.1. Yếu tố nhân khẩu học

Theo nhân khẩu học có mối liên quan đến các triệu chứng của GERD bao gồm tình trạng béo phì và hút thuốc lá. Bên cạnh đó, các yếu tố như tuổi, giới, béo phì, hút thuốc lá cũng có mối liên quan tới GERD [29], [30].

Bảng 1.1. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ theo nhân khẩu học với GERD và các biến chứng [1]

Yếu tố nguy cơ	Triệu chứng	Viêm thực quản	Hẹp thực quản	Ung thư biểu mô tuyến
Tuổi	±	+	+	++
Giới nam	±	+	±	++
Người da trắng	±	+	+	++
Béo phì	+	+	++	++
H. pylori	±	--	--	--
Thuốc lá	+	+	+	++

*Mối liên quan: +: dương tính; ++: dương tính mạnh; -: âm tính; --: âm tính mạnh; ±: không có mối liên quan hoặc kết quả không đồng nhất.

1.1.3.2. Yếu tố di truyền

Tỷ lệ biến thiên triệu chứng GERD do yếu tố di truyền ước tính từ 0% đến 22%, với 13% được cho là do di truyền, dựa trên nhiều nghiên cứu từ các cặp song sinh, trong đó yếu tố lo âu và trầm cảm có vai trò thúc đẩy. Mặc dù GERD có yếu tố di truyền đa gen, nhưng chưa có nghiên cứu nào chỉ ra rằng có đột biến đơn lẻ, và nguyên nhân thúc đẩy chủ yếu liên quan đến các yếu tố môi trường bên ngoài [31], [32], [33].

1.1.3.3. Béo phì

Béo phì là yếu tố nguy cơ chính đối với GERD và các biến chứng của nó, với tỷ số chênh (OR) cho viêm thực quản ăn mòn, thực quản Barrett và ung thư biểu mô tuyến thực quản lần lượt là 1,59, 1,24 và 2,45. Mỡ bụng đặc biệt liên quan đến các biến chứng này. Giảm BMI ít nhất 3,5 kg/m² giúp làm tăng đáng kể khả năng cải thiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân mắc GERD [1], [26], [34].

1.1.3.4. *Helicobacter pylori*

H. pylori có thể ngăn ngừa GERD bằng cách giảm tiết axit dạ dày, đặc biệt là đối với chủng có gen A (cagA+), được biết đến với khả năng tạo độc tố. Khi *H. pylori* xâm nhập vào niêm mạc dạ dày, đặc biệt ở vùng thân vị có thể gây viêm mạn tính, dẫn đến teo niêm mạc dạ dày và giảm khả năng sản xuất axit dạ dày. Điều này giúp làm giảm sự kích thích dịch axit từ dạ dày lên thực quản, từ đó giảm nguy cơ mắc GERD và giảm nguy cơ bệnh diễn biến nặng [35], [36].

1.1.3.5. Thuốc lá và rượu

Hút thuốc làm tăng nguy cơ mắc triệu chứng GERD (OR = 1,26), trong khi rượu có thể làm trầm trọng thêm tình trạng này. Nghiên cứu cho thấy người bệnh GERD thường có triệu chứng nặng hơn sau khi uống rượu, do rượu làm tăng nguy cơ trào ngược acid so với nước [37], [38], [39].

1.1.4. Chẩn đoán lâm sàng

1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

GERD biểu hiện với các triệu chứng đa dạng, từ những tổn thương nhẹ không kèm triệu chứng hoặc không có biến chứng, đến các trường hợp viêm thực quản nặng với biến chứng về giải phẫu và chức năng. Các triệu chứng được phân loại thành điển hình, không điển hình và ngoài cơ quan tiêu hóa [1].

Triệu chứng điển hình:

Nóng rát sau xương ức: Bệnh nhân cảm nhận cảm giác nóng rát sau xương ức, lan tỏa lên trên, thường xuất hiện sau bữa ăn, khi nằm ngửa hoặc trong trạng thái đói. Triệu chứng này gia tăng khi có các yếu tố kích thích như ăn no, sử dụng bia rượu, cà phê, và có thể giảm khi sử dụng thuốc trung hòa acid hoặc thay đổi tư thế (ngồi/đứng). Nóng rát sau bữa ăn hoặc làm bệnh nhân tỉnh giấc giữa đêm thường gặp ở những trường hợp viêm thực quản nặng [1], [2], [40], [41].

Ợ chua: Bệnh nhân cảm thấy vị chua trong miệng khi ợ, thường xuất hiện sau ăn, khi nằm hoặc ban đêm, đặc biệt khi thay đổi tư thế. Ợ chua vào ban đêm có thể kèm theo ho, khó thở, hoặc trào ngược dịch acid lên họng gây nôn [1], [2], [41].

Triệu chứng không điển hình:

Nuốt khó: Cảm giác vướng hoặc khó khăn khi nuốt, thường do co thắt, phù nề hoặc hẹp thực quản [1], [2], [41].

Nuốt đau: Đau khi nuốt, thường liên quan đến viêm thực quản nặng và có thể là dấu hiệu của biến chứng thực quản [1], [2], [41].

Đau ngực: Biểu hiện giống đau thắt ngực nhưng không điển hình, với cảm giác đau rát sau xương ức, lan lên vai, lưng hoặc cung răng, không theo quy luật rõ ràng [1], [2], [41].

Triệu chứng ngoài cơ quan tiêu hóa:

Hô hấp: Ho mạn tính là triệu chứng phổ biến, có thể do hít phải dịch trào

ngược. Khó thở ban đêm hoặc co thắt đường thở do tác động của acid dạ dày, thường gặp ở GERD nặng. Nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa GERD và hen phế quản, với triệu chứng hen cải thiện rõ rệt khi điều trị trào ngược [1], [2].

Họng: Các triệu chứng như khàn giọng, khó phát âm, hoặc co thắt họng từng lúc; viêm họng mạn tính hoặc tái phát [1], [2], [41].

Mũi: Cảm giác dị vật hoặc dị cảm mũi không giải thích được, thường xuất hiện khi nuốt nước bọt [1], [2].

1.1.4.2. Cận lâm sàng

Test Bernstein (đo độ nhạy acid thực quản):

Được giới thiệu từ năm 1958, test Bernstein phân biệt đau ngực không do tim mạch. Nghiên cứu năm 1978 cho thấy độ nhạy cao (85%) so với nội soi, chụp cản quang và đo áp lực thực quản. Tuy nhiên, test này có tỷ lệ dương tính giả cao (>50% ở bệnh nhân không viêm thực quản), không đo được nồng độ acid trào ngược, không phát hiện tổn thương thực quản, và kết quả âm tính không loại trừ GERD [41], [42], [43].

Chụp thực quản - dạ dày có cản quang (Barit):

Phương pháp này đánh giá các bất thường giải phẫu như thoát vị hoành, hẹp, loét hoặc ung thư [41], [42]. Tuy nhiên, độ chính xác thấp hơn so với nội soi, hạn chế trong việc phát hiện tổn thương niêm mạc [41], [42], [43].

Đo áp lực cơ thắt dưới thực quản:

Đo áp lực cơ thắt dưới thực quản đơn lẻ không đủ giá trị chẩn đoán GERD do sự biến thiên áp lực cơ thắt dưới thực quản ở bệnh nhân có hoặc không có viêm thực quản. Phương pháp này hữu ích trong đánh giá trước phẫu thuật, đặc biệt khi áp lực cơ thắt dưới thực quản thấp (<6 mmHg), gợi ý cần tăng trương lực cơ thắt. Tuy nhiên, nó khó xác định chính xác hiện tượng trào ngược [43].

Chụp xạ hình thực quản:

Sử dụng 0,5 mCi Technetium-99m-Phyton để đánh giá mật độ tập trung ở 1/3 dưới thực quản. Phương pháp này có độ nhạy thấp hơn đo pH 24 giờ,

nhưng đơn giản, ít xâm lấn, phù hợp cho trẻ bú mẹ, trẻ nhỏ, hoặc các trường hợp nghi ngờ trào ngược kiềm/phôi mà đo pH bình thường. Tuy nhiên, nó không đánh giá được mối liên quan với triệu chứng lâm sàng [42], [43].

Đo pH thực quản 24 giờ:

Phương pháp này được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán GERD, với độ nhạy 85-96% và độ đặc hiệu gần 100% trong phát hiện trào ngược acid. Nó ghi nhận tổng số lần trào ngược và đánh giá bất thường pH thực quản. Tuy nhiên, việc phân biệt trào ngược sinh lý và bệnh lý gặp khó khăn do ngưỡng bình thường không rõ ràng. Chỉ định đo pH 24 giờ bao gồm: thất bại điều trị, trước phẫu thuật, hoặc các trường hợp không điển hình cần chẩn đoán xác định. Nghiên cứu cho thấy 21% bệnh nhân GERD có nội soi bình thường nhưng bất thường pH, và 71% bệnh nhân viêm thực quản có pH bất thường [41], [42].

Nội soi thực quản:

Nội soi là phương pháp quan trọng để đánh giá tổn thương niêm mạc thực quản, hỗ trợ sinh thiết và phát hiện biến chứng hoặc bệnh lý phối hợp ở đường tiêu hóa trên. Các hệ thống phân loại tổn thương thực quản bao gồm [41], [43]:

Phân loại Savary-Miller:

- Độ 1: Các đám xung huyết hoặc trợt loét nông, riêng rẽ, khu trú một phía chu vi thực quản.
- Độ 2: Các đám xung huyết hoặc trợt loét nông gần nhau, ranh giới rõ, không chiếm toàn bộ chu vi.
- Độ 3: Tổn thương xung huyết hoặc trợt loét nông chiếm toàn bộ chu vi, không gây hẹp.
- Độ 4: Loét thực sự, gây hẹp thực quản [41], [43].

Phân loại Los Angeles:

- Độ A: Tổn thương niêm mạc ≤ 5 mm, không lan giữa hai đỉnh nếp niêm mạc.
- Độ B: Tổn thương > 5 mm, không lan giữa hai đỉnh nếp niêm mạc.

- Độ C: Tổn thương nối liền giữa ≥ 2 nếp niêm mạc, chiếm $< 75\%$ chu vi thực quản.
- Độ D: Tổn thương chiếm $\geq 75\%$ chu vi thực quản [43], [69].

1.1.4.3. Chẩn đoán

Theo tiêu chuẩn **Rome III**, các triệu chứng điển hình cần kéo dài ít nhất 12 tuần trong 6 tháng (không cần liên tục) và xuất hiện ít nhất 1 lần/tuần để hỗ trợ chẩn đoán [1]. Triệu chứng nóng rát sau xương ức và ợ chua có giá trị chẩn đoán lâm sàng cao, đạt độ chính xác khoảng 90%. Trong các trường hợp này, nên tiến hành điều trị thử theo phác đồ chuẩn.

1.1.4.4. Chẩn đoán phân biệt

Viêm thực quản bạch cầu ái toan (Eosinophilic Esophagitis - EoE): Bệnh được mô tả như một hội chứng riêng biệt, đặc trưng bởi triệu chứng khó nuốt và không đáp ứng với PPI, sinh thiết thực quản > 15 bạch cầu ái toan/trường và đã được loại trừ GERD [44], [45], [46].

Khó tiêu chức năng (Functional Dyspepsia): Triệu chứng khó tiêu chức năng phổ biến ở đường tiêu hóa trên [47], với ranh giới không rõ ràng so với GERD—hơn 33% người bệnh khó tiêu có ợ nóng và trào ngược acid [2], [26]. Nghiên cứu Diamond cho thấy 42% người bệnh không mắc GERD vẫn bị khó tiêu, trong khi 37% người bệnh GERD cũng có triệu chứng này [48]. Khó tiêu thường gây khó chịu vùng thượng vị và không có xét nghiệm đặc hiệu [49].

Chậm làm rỗng dạ dày (Gastroparesis): Chậm làm rỗng dạ dày liên quan đến GERD (8%–50% người bệnh) [50], làm tăng thể tích dạ dày và nguy cơ giãn cơ thắt thực quản dưới [1]. Phụ nữ và người bệnh đái tháo đường có nguy cơ cao. Triệu chứng đầy bụng, buồn nôn, áp lực cơ thắt bình thường [26].

1.1.5. Điều trị GERD

Mục tiêu điều trị GERD là nhằm kiểm soát triệu chứng, ngăn ngừa biến chứng và cải thiện chất lượng sống của người bệnh. Các phương pháp điều trị bao gồm điều chỉnh lối sống, can thiệp dược lý, nội soi và phẫu thuật, được lựa

chọn dựa trên mức độ nghiêm trọng của bệnh và đáp ứng điều trị [51], [52].

1.1.5.1. Thay đổi lối sống

Giảm cân: Giảm trọng lượng cơ thể nếu thừa cân hoặc béo phì, giúp giảm áp lực lên dạ dày và giảm triệu chứng GERD [51], [52]..

Chế độ ăn uống hợp lý: Tránh các thực phẩm gây trào ngược như thực phẩm cay, mỡ, chua, đồ uống có caffeine, rượu và sô-cô-la. Nên ăn các bữa nhỏ, tránh ăn no quá mức [52]..

Tư thế khi ngủ: Nâng cao đầu giường (khoảng 30 độ) giúp giảm trào ngược vào ban đêm. Tránh nằm ngay sau bữa ăn ít nhất 2-3 giờ [51], [52].

Không hút thuốc và hạn chế uống rượu vì cả hai đều có thể làm yếu cơ vòng thực quản dưới, tạo điều kiện cho axit dạ dày trào ngược lên thực quản.

1.1.5.2. Thuốc điều trị

Khi thay đổi lối sống không đủ để kiểm soát triệu chứng, các nhóm thuốc sau thường được sử dụng [51], [52].:

Thuốc ức chế bơm proton (PPIs): Đây là nhóm thuốc chủ lực trong điều trị GERD (ví dụ: omeprazole, esomeprazole, pantoprazole), có tác dụng ức chế mạnh sự tiết axit, giúp làm lành tổn thương thực quản và kiểm soát triệu chứng hiệu quả hơn so với thuốc chẹn H₂ [51].

Thuốc chẹn thụ thể H₂ (H₂-receptor antagonists): Các thuốc như ranitidine, famotidine làm giảm tiết axit dạ dày, hiệu quả trong trường hợp triệu chứng từ nhẹ đến trung bình [52].

Thuốc tăng cường vận động tiêu hóa (Prokinetics): Thuốc như metoclopramide có thể được cân nhắc để tăng cường co bóp dạ dày và cải thiện chức năng cơ thắt thực quản dưới [51], [52].

Thuốc trung hòa axit (antacids): Giúp làm giảm ngay lập tức các triệu chứng trào ngược bằng cách trung hòa axit trong dạ dày. Thuốc ức chế bơm proton (PPI): Làm giảm sản xuất axit dạ dày, giúp điều trị các triệu chứng và làm lành các tổn thương niêm mạc thực quản [51].

Thuốc trung hòa acid hỗn hợp: Là nhóm thuốc được tạo thành từ sự phối hợp nhiều hoạt chất kháng acid khác nhau, thường bao gồm các muối của nhôm, magesi, calci hoặc các hợp chất alginat. Sự kết hợp này giúp trung hòa acid dịch vị, giảm nhanh các triệu chứng như ợ nóng, ợ chua và khó tiêu, đồng thời hạn chế các tác dụng không mong muốn khi sử dụng đơn độc từng thành phần. Một số thuốc còn tạo lớp gel hoặc màng bảo vệ trên bề mặt dịch dạ dày, góp phần ngăn cản sự trào ngược acid lên thực quản.

1.1.5.3. Phẫu thuật

Phẫu thuật Nissen fundoplication: Là phẫu thuật giúp tạo một vòng quanh phần dưới của thực quản để ngăn ngừa trào ngược axit, có thể áp dụng cho những người bệnh không đáp ứng với điều trị thuốc [51], [52].

Thiết bị LINX: Là một thiết bị từ tính nhỏ được cấy vào cơ vòng dưới của thực quản, giúp cải thiện chức năng cơ vòng và ngăn trào ngược.

1.1.5.4. Can thiệp nội soi

Cắt đốt bằng nội soi: Phương pháp này có thể được sử dụng để điều trị các biến chứng của GERD như viêm thực quản ăn mòn.

Nâng cơ vòng thực quản bằng nội soi: Sử dụng nội soi để tạo áp lực vào cơ vòng thực quản dưới, giúp giảm trào ngược [53], [54].

1.2. Trào ngược dạ dày thực quản theo Y học cổ truyền

Theo Y học cổ truyền, GERD được xếp vào chứng *Vị nghịch*. Nghiên cứu phân tích tổng hợp của LI Peicai (2020), cho thấy 6 thể thường gặp trong chứng vị nghịch theo YHCT bao gồm: Can Vị uất nhiệt; Can Vị bất hòa; Khí uất đàm trở; Tỳ Vị hư nhược; Vị khí thượng nghịch; Tỳ Vị thấp nhiệt [55].

1.2.1. Can Vị uất nhiệt

1.2.1.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Tình chí không thoải mái như căng thẳng, tức giận kéo dài khiến Can khí uất kết, hóa hỏa, sinh uất nhiệt. Can mộc khắc Tỳ Thổ, ảnh hưởng chức năng thăng giáng của Tỳ Vị, gây ợ nóng, ợ hơi, nóng rát thượng vị [55]. Ăn uống

không điều độ, dùng nhiều thực phẩm cay nóng, rượu bia, chất kích thích làm tổn thương Vị âm, sinh uất nhiệt, dẫn đến khô miệng, đắng họng [55], [56].

1.2.1.2. Chứng trạng

Đau nóng rát vùng thượng vị, ợ chua, đắng miệng, ngực sườn đầy tức. Lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền sắc [55].

1.2.1.3. Điều trị

Pháp: Thanh Can tả hỏa, hòa Vị giáng nghịch.

Phương dược: Dùng bài thuốc như: Tả kim hoàn gia giảm, Tả can hoàn.

Châm cứu: Huyệt Can du, Thái xung, Trung quản, Nội quan.

1.2.2. Can Vị bất hòa

1.2.2.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Tâm lý: Căng thẳng, lo âu làm Can khí uất kết, ảnh hưởng đến Vị [55]. Can khí uất gây khí cơ không thông, gây đau, buồn nôn [55].

1.2.2.2. Chứng trạng

Người bệnh có biểu hiện đau vùng thượng vị kèm cảm giác đầy bụng, ợ hơi; tinh thần dễ cáu gắt. Lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng; mạch huyền [55].

1.2.2.3. Điều trị

Pháp: Sơ Can lý khí, hòa Vị chỉ thống.

Phương dược: Dùng bài thuốc: Sài hồ sơ can tán, Hương sa lục quân tử.

Châm cứu: Huyệt Can du, Thái xung, Trung quản, Túc tam lý.

1.2.3. Khí uất đàm trở

1.2.3.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Tình trạng khí uất làm khí cơ bị đình trệ, lâu ngày sinh đàm; đồng thời Tỳ Vị hư yếu làm chức năng vận hóa suy giảm, gây cảm giác đầy tức và khó tiêu [55].

1.2.3.2. Chứng trạng

Đầy tức vùng thượng vị, đờm trắng dính, khó khạc. Lưỡi béo, rêu trắng dày, mạch hoạt [55].

1.2.3.3. Điều trị

Pháp: Hành khí hóa đàm, hoà vị giáng nghịch.

Phương dược: Dùng bài thuốc: Bán hạ hậu phác thang, Lục quân tử thang.

Châm cứu: Huyệt Phong long, Trung quản, Túc tam lý.

1.2.4. Tỳ Vị hư nhược

1.2.4.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Theo YHCT, ăn uống thất thường, lao lực quá độ và bệnh mạn tính kéo dài có thể làm tổn thương Tỳ. Khi Tỳ không vận hóa tốt, chức năng tiêu hóa suy giảm; Tỳ Vị suy yếu làm Vị khí không giáng, từ đó gây các rối loạn tiêu hóa [55].

1.2.4.2. Chứng trạng

Mệt mỏi, tay chân lạnh, ăn uống kém, phân nát. Lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng, mạch tế nhược [55].

1.2.4.3. Điều trị

Pháp: Kiện Tỳ ích khí, hòa Vị giáng nghịch.

Phương dược: Dùng bài thuốc như: Lý trung thang, Bỏ trung ích khí thang.

Châm cứu: Huyệt Tỳ du, Vị du, Trung quản, Quan nguyên.

1.2.5. Vị khí thượng nghịch

1.2.5.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Do ăn uống không điều độ hoặc bệnh mạn tính kéo dài làm trung khí vận hành kém, Vị khí nghịch lên, gây ợ hơi, đầy trướng, buồn nôn [55].

1.2.5.2. Chứng trạng

Đầy tức thượng vị, ợ hơi, buồn nôn, lưỡi nhạt, mạch tế nhược [55].

1.2.5.3. Điều trị

Pháp: Bỏ khí kiện Tỳ, giáng nghịch hòa Vị.

Phương dược: Dùng bài thuốc như: Lý trung thang, Hương sa lục quân

tử thang.

Châm cứu: Huyệt Trung quản, Túc tam lý, Khí hải.

1.2.6. Tỳ Vị thấp nhiệt

1.2.6.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Theo y học cổ truyền, ăn nhiều thực phẩm cay nóng, uống rượu bia kéo dài hoặc cảm nhiễm thấp nhiệt có thể khiến thấp nhiệt tích tụ ở Tỳ Vị. Thấp nhiệt làm cản trở chức năng vận hóa của Tỳ, khiến tiêu hóa suy giảm; đồng thời nhiệt tà làm tổn thương Vị âm, sinh cảm giác nóng rát [55].

1.2.6.2. Chứng trạng

Đau rát vùng thượng vị, đầy bụng, miệng đắng, tiểu vàng. Lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch hoạt sác [55].

1.2.6.3. Điều trị

Pháp: Thanh nhiệt trừ thấp, kiện Tỳ hòa Vị.

Phương dược: Dùng bài thuốc như: Liên phác ẩm, Hoắc hương chính khí thang.

Châm cứu: Huyệt Nội đình, Túc tam lý, Trung quản.

1.3. Các phương pháp điều trị sử dụng trong nghiên cứu

1.3.1. Phức châm

1.3.1.1. Giới thiệu

Phức châm là một phương pháp châm cứu đặc biệt do Giáo sư Bạc Trí Vân (Trung Quốc) nghiên cứu, phát triển và hệ thống hóa trên cơ sở lý luận Y học cổ truyền kết hợp với kinh nghiệm lâm sàng lâu năm. Khác với các phương pháp châm cứu truyền thống tập trung chủ yếu vào các huyệt trên tứ chi, lưng hoặc đầu mặt, Phức châm lấy vùng bụng làm trung tâm điều trị, thông qua việc châm cứu vào các huyệt và điểm đặc hiệu tại khu vực này nhằm điều hòa khí huyết, điều chỉnh chức năng tạng phủ và nâng cao trạng thái cân bằng toàn thân [22], [23], [24].

Phức châm dựa trên quan niệm coi bụng là nơi hội tụ của nhiều tạng phủ

quan trọng và các kinh mạch chủ yếu, có mối liên hệ mật thiết với hoạt động sinh lý và bệnh lý của cơ thể. Nhờ tác động trực tiếp lên vùng bụng, phương pháp này cho phép can thiệp tương đối nhanh và sâu vào các rối loạn chức năng nội tạng, đặc biệt là hệ tiêu hóa. Trên lâm sàng, Phức châm đã được ứng dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý tiêu hóa như GERD, táo bón, tiêu chảy, đau bụng chức năng, đồng thời cho thấy hiệu quả nhất định trong việc cải thiện các triệu chứng toàn thân liên quan đến stress và rối loạn thần kinh thực vật [22], [23], [24].

1.3.1.2. Nguyên lý hoạt động

Theo lý luận Y học cổ truyền, vùng bụng được coi là “trung tâm” hay “tâm” của cơ thể, nơi tập trung nhiều tạng phủ quan trọng như dạ dày, ruột non, ruột già, gan, tỳ, thận, đồng thời là nơi đi qua hoặc hội tụ của nhiều kinh mạch chính như Nhâm mạch, Xung mạch và các đường kinh thuộc hệ Can, Tỳ, Vị [22]. Những tạng phủ và kinh mạch này đóng vai trò thiết yếu trong quá trình tiêu hóa, chuyển hóa, sinh khí huyết và duy trì trạng thái cân bằng âm dương của cơ thể.

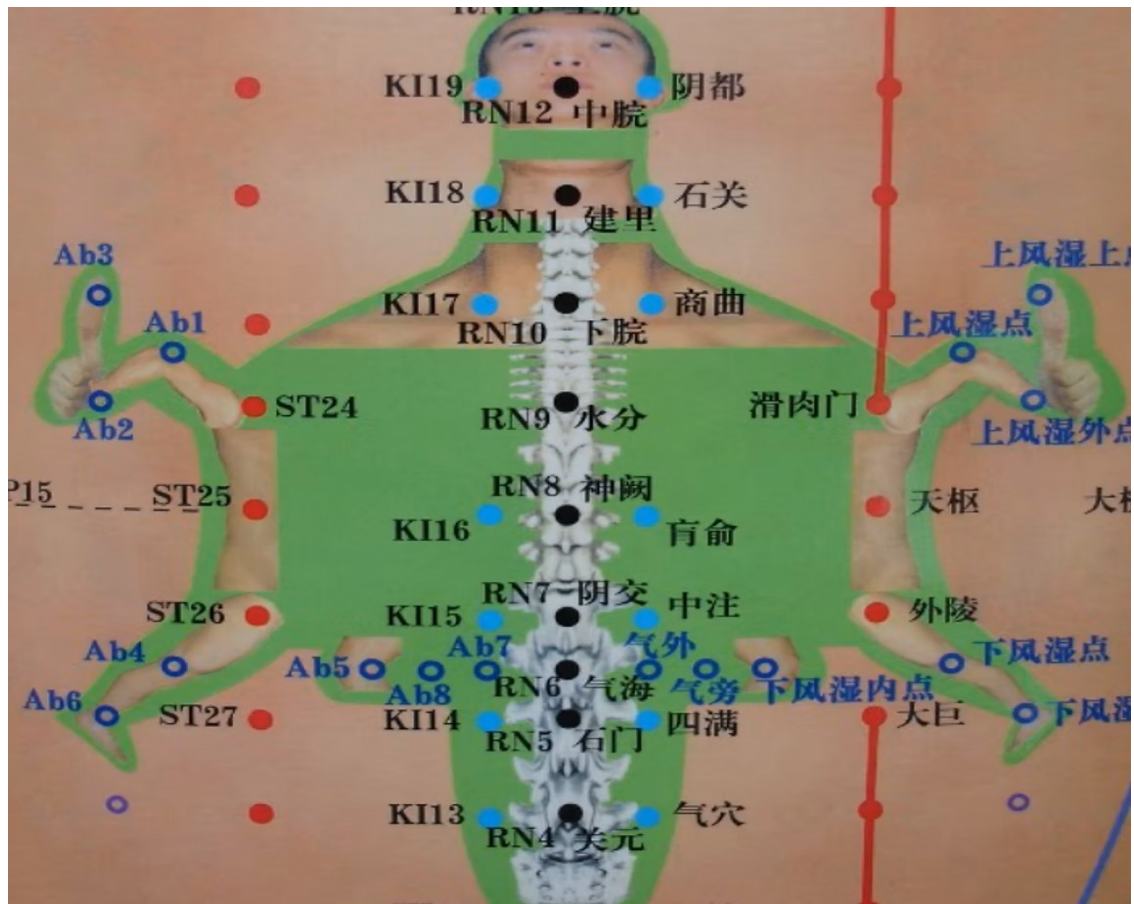
Trên cơ sở đó, Phức châm tác động trực tiếp lên các huyết vùng bụng nhằm điều hòa khí huyết, khai thông kinh lạc, điều chỉnh mối quan hệ sinh lý giữa các tạng phủ, đặc biệt là mối quan hệ Can – Tỳ – Vị. Việc kích thích các huyết này được cho là có khả năng ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng vận hóa của tỳ vị, sự thăng giáng của khí cơ và hoạt động bài tiết của các cơ quan tiêu hóa, từ đó góp phần cải thiện các rối loạn chức năng và giảm triệu chứng bệnh lý [22], [24].

Ngoài ra, các điểm châm trên vùng bụng có mối liên hệ phản xạ với hệ thần kinh thực vật và các cơ quan nội tạng thông qua cơ chế điều hòa thần kinh – thể dịch. Kích thích các điểm này không chỉ điều chỉnh khí huyết theo quan điểm YHCT mà còn góp phần kích hoạt các cơ chế tự điều chỉnh và tự chữa lành của cơ thể, giúp phục hồi dần chức năng sinh lý bình thường của các tạng

phủ bị rối loạn [24].

1.3.1.3. Sơ đồ huyết vị

Sơ đồ huyết trong Phúc châm mang tính hệ thống và độc đáo, khác biệt rõ rệt so với các phương pháp châm cứu truyền thống. Các huyết Phúc châm được xác định chủ yếu trên vùng bụng, phân bố theo trục dọc của Nhâm mạch và các vùng tương ứng với vị trí giải phẫu – sinh lý của các cơ quan nội tạng. Việc lựa chọn huyết không chỉ dựa trên vị trí giải phẫu hay các vùng phản chiếu đơn thuần, mà còn dựa trên mối liên hệ chức năng giữa các tạng phủ, kinh mạch và biểu hiện lâm sàng cụ thể của từng bệnh nhân [22], [24]. Sơ đồ huyết Phúc châm cho phép cá thể hóa điều trị, nghĩa là cùng một bệnh danh nhưng có thể lựa chọn và phối hợp các huyết khác nhau tùy theo thể bệnh, mức độ rối loạn và tình trạng toàn thân của người bệnh. Cách tiếp cận này giúp nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế tác dụng không mong muốn do can thiệp quá mức hoặc không phù hợp [22].



Sơ đồ 1.1. Sơ đồ huyết phức châm [22]

1.3.1.4. Ứng dụng

Trên lâm sàng, Phức châm được ứng dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý thuộc hệ tiêu hóa như viêm loét dạ dày – tá tràng, trào ngược dạ dày – thực quản, táo bón, tiêu chảy, đầy hơi, ợ chua và các rối loạn tiêu hóa chức năng. Việc kích thích các huyết vùng bụng giúp điều hòa hoạt động của tỳ vị, cải thiện nhu động ruột, giảm co thắt và làm dịu các triệu chứng khó chịu tại đường tiêu hóa, đồng thời phục hồi sự cân bằng khí huyết trong cơ thể [22], [23], [24].

Bên cạnh đó, Phúc châm còn cho thấy hiệu quả trong giảm đau, đặc biệt là các cơn đau bụng có liên quan đến căng thẳng tâm lý, lo âu hoặc các bệnh lý nội tạng mạn tính như viêm ruột, đau thượng vị hay hội chứng ruột kích thích. Thông qua việc điều hòa khí cơ và huyết mạch, phương pháp này góp phần làm giảm cảm giác đau và cải thiện chất lượng sống của người bệnh [22], [23], [24].

Ngoài tác dụng trên hệ tiêu hóa, Phúc châm còn được ghi nhận có vai trò

hỗ trợ cải thiện chức năng của các cơ quan nội tạng khác như gan, thận, tỳ, thông qua điều hòa khí huyết và kích thích cơ chế tự chữa lành. Đồng thời, phương pháp này giúp giảm căng thẳng, lo âu, mệt mỏi, cải thiện giấc ngủ và nâng cao sức khỏe tổng thể. Một số nghiên cứu và báo cáo lâm sàng cũng cho thấy Phúc châm có thể hỗ trợ điều trị các rối loạn tâm lý như lo âu và trầm cảm mức độ nhẹ đến trung bình [22], [23], [24].

1.3.1.5. Tác dụng không mong muốn

Phúc châm được đánh giá là phương pháp an toàn khi được thực hiện đúng kỹ thuật bởi người có chuyên môn. Tuy nhiên, tương tự các phương pháp châm cứu khác, một số tác dụng không mong muốn có thể xảy ra, chủ yếu ở mức độ nhẹ và thoáng qua. Các phản ứng thường gặp bao gồm đau nhẹ tại vị trí châm, bầm tím, chảy máu nhẹ, cảm giác căng tức hoặc tê vùng bụng sau châm [22], [23], [24].

Một số ít trường hợp có thể xuất hiện chóng mặt, mệt mỏi, buồn nôn hoặc vã mồ hôi, thường liên quan đến phản ứng thần kinh thực vật hoặc tâm lý lo lắng của người bệnh, và các triệu chứng này thường tự hết sau thời gian ngắn nghỉ ngơi [23], [24].

1.3.2. Phương pháp cấy chỉ

Cấy chỉ là một phương pháp điều trị đặc biệt trong y học cổ truyền, kết hợp giữa châm cứu và việc cấy chỉ vào các huyết đạo để tạo tác dụng lâu dài và hiệu quả trong điều trị nhiều bệnh lý. Phương pháp này được ứng dụng chủ yếu để điều trị các rối loạn chức năng nội tạng, các bệnh lý mạn tính, đau nhức, và các rối loạn tâm lý [25], [57].

1.3.2.1. Tác dụng điều trị

Giảm đau và cải thiện tuần hoàn: Cấy chỉ có tác dụng giảm đau hiệu quả, đặc biệt là đối với các bệnh lý liên quan đến đau cơ xương khớp như đau lưng, đau vai gáy, đau đầu, và các tình trạng đau mạn tính khác. Phương pháp này cũng giúp lưu thông khí huyết, thông kinh hoạt lạc [25], [57].

Điều hòa chức năng tiêu hóa: Cây chỉ được sử dụng trong điều trị các bệnh lý về hệ tiêu hóa như viêm loét dạ dày, trào ngược dạ dày thực quản, táo bón, tiêu chảy, và các rối loạn tiêu hóa khác. Phương pháp này giúp tác động lên các huyết đạo liên quan đến dạ dày, tỳ, và gan, giúp cải thiện chức năng tiêu hóa và giảm các triệu chứng khó chịu [25], [57].

Cải thiện chức năng nội tạng: Các huyết đạo được kích thích nhằm điều hòa và nâng cao chức năng của các cơ quan nội tạng như gan, thận, tỳ, dạ dày và ruột. Điều này giúp cân bằng khí huyết, giảm các chứng bệnh nội tạng mạn tính và cải thiện hoạt động chức năng của các cơ quan này [25], [57].

Giảm căng thẳng và cải thiện tâm lý: Một trong những tác dụng quan trọng của cây chỉ là trong điều trị các rối loạn tâm lý, như lo âu, trầm cảm, và stress. Phương pháp này giúp thư giãn hệ thần kinh, giảm mức độ căng thẳng và cải thiện chất lượng giấc ngủ, nâng cao chất lượng cuộc sống [25].

Điều trị các bệnh lý thần kinh: Cây chỉ còn được áp dụng trong điều trị các vấn đề về tâm thần như chứng mất ngủ, căng thẳng thần kinh, rối loạn lo âu nhờ vào tác dụng ổn định hệ thần kinh và cải thiện lưu thông khí huyết [25], [57].

1.3.2.2. Ưu điểm của phương pháp cây chỉ

Hiệu quả kéo dài: Do chỉ catgut tự tiêu có khả năng kích thích huyết đạo liên tục trong nhiều ngày đến vài tuần, cây chỉ mang lại hiệu quả điều trị lâu dài hơn so với châm cứu thông thường.

Giảm số lần điều trị: Người bệnh không cần đến điều trị hàng ngày như châm cứu, giúp tiết kiệm thời gian và công sức.

Ít xâm lấn, an toàn: Phương pháp này ít gây tổn thương mô so với phẫu thuật và có tỷ lệ biến chứng thấp khi thực hiện đúng kỹ thuật.

Kết hợp điều trị đa dạng: Cây chỉ có thể được kết hợp với các phương pháp khác như xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, và dùng thuốc Đông y để tăng cường hiệu quả điều trị.

Thích hợp cho nhiều bệnh lý: Phương pháp này có thể áp dụng rộng rãi

trong điều trị đau mạn tính, rối loạn tiêu hóa, rối loạn tâm lý, và các bệnh lý mạn tính khác.

1.3.2.3. Tác dụng không mong muốn

Đau, sưng tại vị trí cấy chỉ: Một số người bệnh có thể gặp phản ứng viêm nhẹ hoặc cảm giác khó chịu tại vị trí cấy chỉ.

Nhiễm trùng: Nếu không đảm bảo vô khuẩn khi thực hiện, người bệnh có thể bị nhiễm trùng tại vị trí cấy chỉ.

Dị ứng: Một số trường hợp có thể phản ứng dị ứng với chỉ catgut hoặc các thành phần trong quá trình cấy chỉ.

Xuất huyết hoặc bầm tím: Do tác động vào huyết đạo và mô dưới da, người bệnh có thể bị chảy máu nhẹ hoặc bầm tím tại chỗ.

1.3.3. Giới thiệu về bài thuốc Sài hồ sơ can thang

1.3.3.1. Thành phần bài thuốc

Bài thuốc được ghi lại trong Trung Y học khái luận và được xem có nguồn gốc từ bài Tứ Nghịch Tán của Trương Trọng Cảnh trong Thương Hàn Luận. Gia thêm vị Xuyên khung, Đương quy, Hậu phác, và Đại táo được thêm vào như một sự gia giảm nhằm đáp ứng nhu cầu điều trị chứng can uất tỳ hư phức hợp, kèm theo đau đầu, đầy trướng và suy nhược do thất tình [58].

Bảng 1.2. Bài thuốc Sài hồ sơ can thang

Vị thuốc	Liều lượng	Vị thuốc	Liều lượng
Sài hồ	10g	Hậu phác	6g
Bạch thược	8g	Đương quy	8g
Chỉ thực	6g	Đại táo	10g
Xuyên khung	8g	Cam thảo	6g

1.3.3.2. Phân tích bài thuốc

Bài thuốc Sài hồ sơ can thang là một phương dược được xây dựng với mục tiêu sơ can giải uất và kiện tỳ ích khí, nhằm điều trị chứng can uất tỳ hư với các

biểu hiện lâm sàng như đau đầu do thất tình, đầy trướng vùng bụng, khó tiêu và suy nhược cơ thể [58]. Sài hồ (10g) đảm nhận vai trò quân với vị đắng, hơi hàn, quy vào kinh Can và Đờm. Được sử dụng với liều lượng cao nhất trong bài (10g), Sài hồ đóng vai trò trung tâm trong việc sơ can giải uất và thăng dương. Là quân dược, Sài hồ định hướng toàn bộ phương thang theo mục tiêu sơ tiết can khí, tuy nhiên, hiệu quả của nó phụ thuộc vào sự hỗ trợ từ các vị thuốc khác để vừa tăng cường tác dụng, vừa điều hòa âm dương và khí huyết, tránh tình trạng hao tổn quá mức do tính chất sơ tiết mạnh mẽ của nó [58], [59].

Nhóm thần dược bao gồm Bạch thược (8g), Chỉ thực (6g) và Xuyên khung (8g), mỗi vị đảm nhận một chức năng cụ thể nhằm gia tăng hiệu quả của Sài hồ và xử lý các triệu chứng kèm theo. Bạch thược, với tính chất vị chua, đắng, hàn, quy kinh Can và Tỳ, có công năng dưỡng huyết, nhu can, giảm đau. Khi kết hợp với Sài hồ, Bạch thược bổ sung phần âm huyết, làm dịu gan, đồng thời cân bằng tính hàn và sơ tiết của Sài hồ, từ đó góp phần làm giảm đau đầu do can khí uất kết – một triệu chứng điển hình của chứng can uất. Tiếp theo, Chỉ thực, mang vị đắng, cay, tính ôn, quy kinh Tỳ, Vị và Đại tràng, tập trung vào hành khí, tiêu thực, phá trệ, trực tiếp cải thiện tình trạng tỳ hư khí trệ, biểu hiện qua đầy bụng và khó tiêu. Vai trò của Chỉ thực là kiện tỳ, đảm bảo chức năng vận hóa của tỳ vị không bị ảnh hưởng tiêu cực bởi sự ức chế từ can mộc khắc tỳ thổ. Cuối cùng, Xuyên khung, với vị cay, tính ôn, quy kinh Can, Đờm và Tâm bào, mang công năng hoạt huyết, hành khí, giảm đau, không chỉ hỗ trợ Sài hồ trong việc sơ tiết can khí mà còn thúc đẩy lưu thông huyết mạch, đặc biệt hiệu quả trong việc giảm đau đầu do huyết ứ hoặc khí trệ phối hợp. Nhóm thần dược tạo thành một hệ thống hỗ trợ chặt chẽ, mở rộng phạm vi trị liệu từ can sang tỳ và khí huyết, đồng thời tăng cường hiệu quả của bài thuốc [58], [59], [60].

Nhóm tá bao gồm Hậu phác (6g), Đương quy (8g) và Đại táo (10g), đóng vai trò bổ sung và điều chỉnh, vừa củng cố tác dụng của các vị quân và thần, vừa xử lý các chứng phụ và cải thiện tình trạng toàn cơ thể. Hậu phác, vị cay,

đắng, tính ôn, quy kinh Tỳ, Vị, Phế và Đại tràng, có tác dụng hành khí, táo thấp, hóa trệ, phối hợp với Chỉ thực để kiện tỳ, hóa giải thấp trệ do tỳ hư sinh ra, từ đó giảm thiểu các triệu chứng như đầy trướng và khó chịu vùng trung tiêu. Dương quy, với vị ngọt, cay, tính ôn, quy kinh Can, Tâm và Tỳ, mang công năng bổ huyết, hoạt huyết, bổ sung huyết dịch, hỗ trợ Bạch thực trong việc dưỡng huyết và phối hợp với Xuyên khung để điều hòa khí huyết, qua đó cải thiện tình trạng suy nhược và các triệu chứng liên quan đến huyết hư – một tình trạng thường gặp ở bệnh nhân can uất mạn tính. Đại táo, vị ngọt, tính ôn, quy kinh Tỳ và Vị, có công năng bổ tỳ, ích khí, dưỡng huyết, an thần, vừa hỗ trợ kiện tỳ, vừa làm dịu tinh thần, giảm buồn giận và căng thẳng tâm lý. Nhóm tá này đóng vai trò như một nền tảng hỗ trợ điều trị bệnh [58], [60].

Cuối cùng, Cam thảo (6g) đảm nhận vai trò sứ – vị thuốc dẫn dược – với tính vị ngọt, bình, quy kinh Tỳ, Vị, Tâm và Phế. Cam thảo không chỉ điều hòa các vị thuốc trong bài, làm giảm tính kích ứng của các vị cay, đắng như Sài hồ, Chỉ thực và Hậu phác, mà còn bổ tỳ, ích khí, hỗ trợ nhóm kiện tỳ và dẫn thuốc đến các kinh mạch cần tác động, đặc biệt là kinh Tỳ và Can. Đồng thời, Cam thảo cũng góp phần an thần nhẹ, phối hợp với Đại táo để ổn định tinh thần, tạo nên sự hài hòa tổng thể cho phương thang [58], [59].

1.3.3.3. Tác dụng không mong muốn

Sài hồ sơ can thang nhìn chung được đánh giá là an toàn khi sử dụng đúng chỉ định và liều lượng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, bài thuốc có thể gây ra các tác dụng không mong muốn, chủ yếu liên quan đến tính chất sơ tiết can khí và hành khí khá mạnh của phương thang. Một số người bệnh có thể xuất hiện cảm giác đầy bụng, tiêu chảy nhẹ hoặc tăng nhu động ruột, đặc biệt ở những trường hợp tỳ vị hư hàn hoặc sử dụng liều cao trong thời gian dài [59].

Do Sài hồ và Chỉ thực có tác dụng sơ can, hành khí mạnh, bài thuốc không phù hợp cho các trường hợp can dương thượng kháng, âm hư hỏa vượng hoặc người có biểu hiện khô miệng, mất ngủ, hồi hộp rõ rệt; nếu sử dụng không phù

hợp có thể làm nặng thêm các triệu chứng này [58], [60].

1.4. Các nghiên cứu trong và ngoài nước

1.4.1.1. Nghiên cứu ngoài nước

Li CY và Bai XH (2018) nghiên cứu hiệu quả của châm cứu tại các huyệt giáp tích từ T3 đến T12 trong điều trị GERD kèm chứng mất ngủ. 58 người bệnh được chia thành hai nhóm: châm cứu ($n = 28$) và dùng thuốc ($n = 30$). Sự cải thiện triệu chứng GERD và tình trạng mất ngủ của nhóm châm cứu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm dùng thuốc [61].

Nghiên cứu được thực hiện bởi Zhang Yan (2019) thực hiện trên 62 người bệnh GERD được phân ngẫu nhiên về nhóm nghiên cứu điều trị bằng cây chỉ kết hợp bài thuốc Xuanfusi và nhóm chứng điều trị bằng phác đồ YHHĐ đơn thuần. Sau 30 ngày điều trị cho thấy nhóm nghiên cứu đạt kết quả điều trị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với tỷ lệ hiệu quả tổng thể của nhóm nghiên cứu đạt 96,67%, nhóm chứng chỉ đạt 80% [62].

Nghiên cứu của Tang Yuming (2023) điều tra tác dụng của châm cứu đối với động học thực quản ở người bệnh GERD tái phát. 68 người bệnh được phân ngẫu nhiên vào nhóm châm cứu ($n = 33$) và nhóm chứng ($n = 35$). Kết quả cho thấy sau khi châm cứu, nhóm châm cứu có sự gia tăng đáng kể về chiều dài cơ vòng thực quản dưới và áp lực cơ vòng thực quản dưới so với trước điều trị ($p = 0,014$). Ngoài ra, số lần co bóp thực quản không hiệu quả giảm từ 43 xuống 18 ($p = 0,001$) và số lần co bóp bị phân mảnh giảm từ 36 xuống 12 ($p < 0,001$). Điểm GerdQ của nhóm châm cứu giảm từ 9,45 xuống 7,82 ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu cho thấy châm cứu ghi nhận tác dụng cải thiện chức năng của cơ vòng thực quản dưới và động học thực quản ở người bệnh GERD tái phát [63].

1.4.1.2. Nghiên cứu trong nước

Nghiên cứu của Trịnh Thị Diệu Thường (2023) cho thấy cây chỉ (TEA) kết hợp PPI hiệu quả hơn PPI đơn thuần trong điều trị GERD. Sau 4 tuần, nhóm TEA+PPI giảm điểm GerdQ, tăng cải thiện triệu chứng ợ nóng và trào ngược

(54,5% so với 9,1%). Nhóm này cũng giảm nhu cầu thuốc kháng axit, điểm FSSG, và GERD-HRQL [11].

Nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Diệu Thường (2023) cho thấy cây chỉ kết hợp với điều trị tiêu chuẩn mang lại hiệu quả điều trị cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (93,9% so với 66,7%) và cải thiện hoàn toàn lên đến 63,7% ở nhóm can thiệp, so với 9,1% ở nhóm chứng ($p < 0,0001$). Tác dụng ngoại ý chỉ chiếm 9,1%, hầu hết không nghiêm trọng. Kết quả cho thấy cây chỉ là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị GERD [64].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú và Nguyễn Thị Ngọc Linh (2023) đánh giá hiệu quả nhĩ áp (hạt Vương bất lưu hành) kết hợp PPIs trên 60 người bệnh GERD. Nhóm nghiên cứu dùng nhĩ áp + Lomec 20 mg/ngày và nhóm đối chứng dùng Lomec 40 mg/ngày. Sau 30 ngày, cả hai nhóm cải thiện triệu chứng và điểm GERD-Q đáng kể ($p < 0,05$), nhưng không có khác biệt ý nghĩa giữa hai nhóm ($p > 0,05$) [65].

Chương 2.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán GERD trên 18 tuổi, khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền – Bộ Công an, từ tháng 04/2025 đến tháng 09/2025.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

2.1.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại

Lựa chọn bệnh nhân trên 18 tuổi không phân biệt giới, nghề nghiệp.

Người bệnh được chẩn đoán GERD bằng bộ câu hỏi GERD-Q với mức điểm ≥ 8 điểm [42].

Nội soi thực quản có 4 mức độ tổn thương A,B,C,D theo phân loại của Los Angeles.

Test HP âm tính.

Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền

Trong nghiên cứu này chúng tôi dựa theo phương pháp khám bệnh YHCT (tứ chẩn) để quy nạp theo thể Can vị bất hòa với các triệu chứng như sau [55]:

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền

Tứ chẩn	Chứng trạng
Vọng	Lưỡi nhạt; Rêu lưỡi trắng mỏng
Vấn	Ợ hơi
Vấn	Đau vùng thượng vị; đầy bụng; dễ cáu gắt
Thiết	Mạch huyền

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh có bệnh lý thực thể khác tại dạ dày, thực quản, tá tràng như: Loét dạ dày tá tràng; Viêm teo niêm mạc dạ dày típ A và B; Ung thư dạ dày;

Ung thư khác giai đoạn muộn; Người bệnh dị ứng với chỉ catgut;

Người bệnh suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS), bệnh lý nội khoa nặng (tai biến mạch máu não, tăng huyết áp giai đoạn II trở lên, suy tim...);

Người bệnh không tuân thủ liệu trình điều trị;

Phụ nữ có thai;

Người bệnh bị các bệnh lý về tâm thần: Trầm cảm, động kinh...

2.2. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.2.1. Công thức huyết nghiên cứu

Công thức huyết thể châm được xây dựng dựa trên Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng về Châm cứu và Cứu ngải của Liên đoàn Thế giới về Châm cứu (WFAS) cho GERD, kết hợp với công thức huyết khuyến cáo từ tác giả Yuan HX [55], [66]. Phác đồ huyết phúc châm được phát triển dựa trên tài liệu hướng dẫn và công thức huyết được khuyến cáo của phúc châm trong điều trị các triệu chứng tương ứng với GERD [22], [23], [24].

Bảng 2.2. Phác đồ huyết cấy chỉ

Huyệt	Huyệt	Vị trí	Điều trị
Huyệt Phúc châm	Quan môn	Trên rốn 3 thốn đo ngang sang 2 thốn	Chướng bụng, sôi bụng, đau bụng như dao đâm, đi ngoài, chán ăn.
	Nhật nguyệt	Trên rốn 4,5 thốn đo ngang sang 3,5 thốn	Đau sườn, đau thượng vị, nôn, ợ chua, bụng chướng, lo lắng buồn phiền, nóng bụng dưới
	Thái ấn	Từ huyệt hạ quản đo ngang 2 thốn	Tâm phiền, vị quản thống
Huyệt chung phúc châm và thể	Thượng quản (CV13)	Trên rốn 5 thốn	Chướng bụng, ăn không tiêu, sôi bụng, buồn nôn và nôn.
	Trung quản (CV12)	Trên đường giữa rốn và mũi ức	Điều hòa tỳ - vị, hỗ trợ tiêu hóa, giảm đau bụng, buồn nôn.
	Hạ quản	Trên rốn 2 thốn	Rối loạn tiêu hóa, đau dạ dày, nôn

Huyệt	Huyệt	Vị trí	Điều trị
châm	(CV10)		mửa.
Huyệt thể châm	Túc tam lý (ST36)	Mặt trước cẳng chân, dưới gối 3 thốn	Bổ tỳ vị, cải thiện tiêu hóa, tăng cường sức khỏe chung, giảm đau dạ dày, đầy hơi, và mệt mỏi.
	Can du (BL18)	Đốt sống D9 đo ngang 1,5 thốn	Điều hòa chức năng gan, giảm đau mạn sườn, đầy hơi, và can khí uất kết.

Liệu trình: Người bệnh được cấy chỉ điều trị 2 liệu trình (liệu trình 1 vào ngày D₀; Liệu trình 2 vào ngày D₁₀).

2.2.2. Bài thuốc nghiên cứu

Bảng 2.3. Công thức bài thuốc Sài hồ sơ can thang

Vị thuốc	Tên khoa học	Liều lượng	Tiêu chuẩn
Sài hồ	<i>Bupleurum chinense</i>	10g	Dược điển Việt Nam V
Bạch thược	<i>Paeonia lactiflora</i>	8g	
Chỉ thực	<i>Citrus aurantium</i>	6g	
Xuyên khung	<i>Ligusticum chuanxiong</i>	8g	
Hậu phác	<i>Magnolia officinalis</i>	6g	
Đương quy	<i>Angelica sinensis</i>	8g	
Đại táo	<i>Ziziphus jujuba</i>	10g	
Cam thảo	<i>Glycyrrhiza uralensis</i>	6g	

Dạng bào chế: sử dụng dưới dạng thuốc thang sắc đóng túi PE kín vô khuẩn. Dược liệu được xử lý sạch, cho vào máy sắc thuốc Extractor do hãng Kyungseo của Hàn Quốc sản xuất năm 2012 để sắc, sau đó cô và đóng túi tự động vừa đủ mỗi một thang đóng thành 02 túi, mỗi túi 200ml. Thời gian bảo quản 30 ngày ở nhiệt độ phòng.

Liều dùng: Uống 1 túi/lần x 2 lần/ ngày, uống sau ăn 1 giờ.

Nơi sản xuất: Khoa Dược – Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an.

Tiêu chuẩn: Các vị dược liệu đã được kiểm nghiệm đạt yêu cầu Dược điển Việt Nam IV và trong danh mục thuốc Đông dược hiện có của Bệnh viện.

2.2.3. Phác đồ điều trị nền

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được áp dụng phác đồ điều trị nền thống nhất, bao gồm thuốc ức chế bơm proton kết hợp với thuốc trung hòa axit, nhằm kiểm soát các triệu chứng của trào ngược dạ dày – thực quản và đảm bảo tính đồng nhất trong can thiệp điều trị giữa các đối tượng nghiên cứu.

2.2.3.1. Thuốc ức chế bơm proton

Pantoprazol 40 mg là hoạt chất thuộc nhóm thuốc ức chế bơm proton (Proton Pump Inhibitors – PPIs). Pantoprazol có cơ chế tác dụng thông qua việc ức chế không hồi phục enzym H^+/K^+ -ATPase tại tế bào viền của dạ dày, là bước cuối cùng trong quá trình bài tiết axit dịch vị. Nhờ đó, thuốc làm giảm mạnh và kéo dài sự tiết axit, cả trong điều kiện cơ bản và khi có kích thích.

Việc ức chế tiết axit giúp làm giảm độ acid của dịch trào ngược, tạo môi trường thuận lợi cho quá trình lành tổn thương niêm mạc thực quản, đồng thời làm giảm các triệu chứng đặc trưng của trào ngược dạ dày – thực quản như ợ nóng, ợ chua và cảm giác nóng rát sau xương ức. Trong nghiên cứu này, Pantoprazol được sử dụng với liều 40 mg/ngày, uống 1 viên/ngày, liên tục trong 20 ngày.

2.2.3.2. Thuốc trung hòa axit

Bên cạnh điều trị bằng thuốc ức chế bơm proton, bệnh nhân được sử dụng Gaviscon dạng hỗn dịch, là một chế phẩm có tác dụng trung hòa axit và bảo vệ niêm mạc thực quản. Trong mỗi liều 10 ml, Gaviscon chứa các thành phần hoạt chất chính gồm natri alginat 141 mg (tương đương 6,2 mmol) và calci carbonat 160 mg (tương đương 1,6 mmol).

Natri alginat khi tiếp xúc với axit dịch vị sẽ tạo thành một lớp gel nhớt có

độ nổi cao, hình thành một “hàng rào cơ học” trên bề mặt dịch dạ dày, giúp hạn chế sự trào ngược của axit lên thực quản. Calci carbonat có tác dụng trung hòa axit dịch vị, làm giảm nhanh độ acid trong dạ dày, qua đó giúp cải thiện sớm các triệu chứng khó chịu.

Gaviscon hỗn dịch được sử dụng trong 7 ngày đầu điều trị, nhằm giảm nhanh các triệu chứng cấp tính của trào ngược dạ dày – thực quản như ợ nóng, ợ chua, cảm giác nóng rát sau xương ức và khó tiêu. Việc sử dụng Gaviscon trong giai đoạn đầu giúp bệnh nhân cải thiện triệu chứng nhanh chóng, đồng thời hỗ trợ hiệu quả điều trị nền lâu dài của Pantoprazol.

2.2.4. Phương tiện nghiên cứu

Chỉ catgut 4.0.

Kim cấy chỉ vô khuẩn.

Cồn y tế 70 độ.

Panh kẹp, bông sát khuẩn.

Khay đựng dụng cụ.

Hộp thuốc chống sốc.

Bệnh án nghiên cứu (Phụ lục 1).

Bảng đánh giá tình trạng GERD mẫu GERD-Q (Phụ lục 2)

Bảng đánh giá chất lượng cuộc sống GERD–QOLRAD (phụ lục 3).

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Y học cổ truyền – Bộ Công an, Số 278, Lương Thế Vinh, Đại Mỗ, Hà Nội.

2.4. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2025 – 09/2025.

2.5. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng, so sánh trước sau điều trị, có nhóm chứng.

2.6. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu so sánh hai nhóm điều trị có thể sử dụng công thức sau:

$$n = \frac{\left(z_{\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{\Delta^2}$$

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu yêu cầu cho mỗi nhóm.
- $Z_{\alpha/2}$: Giá trị phân phối chuẩn chuẩn hóa tương ứng với mức ý nghĩa α , nghiên cứu sử dụng $Z_{\alpha/2} = 1,96$ với $\alpha = 0,05$.
- Z_{β} : Giá trị phân phối chuẩn chuẩn hóa tương ứng với sức mạnh nghiên cứu $(1 - \beta)$, nghiên cứu sử dụng $Z_{\beta} = 1,28$ cho $\beta = 0,1$.
- p_1 : Là 0,533 tương ứng với tỷ lệ sự đáp ứng điều trị tốt trong nhóm điều trị bằng PPI trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Diệu Thường [11].
- p_2 : Là 0,833 tương ứng với tỷ lệ sự đáp ứng điều trị tốt dự kiến.
- Δ : Là 0,30 được tính bằng tỷ lệ chênh lệch giữa p_1 và p_2 .

Sau khi tính toán cỡ mẫu tối thiểu là 37 người bệnh.

2.7. Cách chọn mẫu

Người bệnh được phân nhóm bằng phương pháp ghép cặp nhằm đảm bảo tính cân bằng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng theo các đặc điểm quan trọng như tuổi và thời gian mắc bệnh. Cách tiếp cận này giúp giảm thiểu sai lệch và tăng tính so sánh giữa hai nhóm, đảm bảo độ tin cậy của kết quả nghiên cứu, trong đó:

- **Nhóm nghiên cứu:** Người bệnh chỉ sử dụng cây chỉ ngày D_0 và D_{10} và kết hợp uống bài Sài hồ sơ can thang trong 20 ngày mỗi ngày 1 thang.
- **Nhóm chứng:** Người bệnh được sử dụng Sài hồ sơ can thang trong 20 ngày mỗi ngày 1 thang.
- **Phác đồ nền:** Người bệnh uống 1 viên pantoprazole 40mg/ngày trong 20 ngày; Uống thuốc Gaviscon 10ml/gói theo phác đồ mục 2.2.3.

2.8. Quy trình và liệu trình điều trị

2.8.1. Cách tiến hành kỹ thuật cấy chỉ

Bước 1: Xác định huyết: Dựa trên lý luận y học cổ truyền, bác sĩ xác định chính xác vị trí huyết cần cấy theo công thức huyết nghiên cứu.

Bước 2: Chuẩn bị chỉ: Cắt chỉ tự tiêu thành đoạn ngắn (thường khoảng 1-2 cm, tùy huyết và mục đích điều trị), sau đó đặt chỉ vào kim cấy.

Bước 3: Tiến hành cấy chỉ: Dùng kim đưa chỉ vào huyết đạo đã xác định. Kim được đâm xuyên qua da theo góc và độ sâu phù hợp (thường từ 0,5-2 cm, tùy huyết). Sau khi kim đã vào đúng vị trí, dùng piston hoặc dụng cụ hỗ trợ để đẩy chỉ vào trong mô dưới da. Rút kim ra từ từ, để lại chỉ nằm trong huyết.

Bước 4: Kết thúc: Sát trùng lại vùng da vừa cấy. Dùng băng Eugo dán lên huyết trong vài phút để tránh chảy máu hoặc sưng tấy.

2.8.2. Theo dõi điều trị

Người bệnh được đánh giá tình trạng bệnh thời điểm D_0 , D_{10} và D_{20} .

2.9. Các chỉ số và biến số nghiên cứu

2.9.1. Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu

Bảng 2.4. Các biến số, chỉ số nhân khẩu học

Tên	Tính chất	Đặc điểm
Tuổi	Định lượng	Đơn vị tính là năm.
Giới	Định tính	Nam, nữ
Nghề nghiệp	Định tính	Hưu trí; Nhân viên văn phòng; Lao động tự do; Khác
Thời gian bị bệnh	Định lượng	Tính từ khi biểu hiện triệu chứng đợt này đến khi được điều trị.
Hút thuốc lá/thuốc lào	Định tính	Không hút; Hút ít (≤ 5 điếu/ngày hoặc không thường xuyên); Hút nhiều (> 5 điếu/ngày)
Nghiện rượu	Định tính	Không uống rượu; Uống rượu xã giao; Nghiện rượu (uống hàng ngày, nhiều)

Tên	Tính chất	Đặc điểm
		hơn 2 lon bia/ 2 ly rượu vang/ 75ml rượu mạnh)
Thể trạng cơ thể (BMI)	Định lượng	Tính bằng cân nặng chia bình phương chiều cao
Phân loại theo BMI	Định tính	Gầy, Bình thường; Thừa cân; Béo phì độ 1; Béo phì độ 2 theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới áp dụng cho người dân khu vực châu Á – Thái Bình Dương [68].

2.9.2. Các biến số và chỉ số lâm sàng

Các biến số và chỉ số lâm sàng bao gồm GERD-Q và QOLRAD được theo dõi đánh giá ở các thời điểm nghiên cứu khác nhau: trước điều trị (D_0), sau nghiên cứu 10 ngày (D_{10}), sau nghiên cứu 20 ngày (D_{20}). Riêng kết quả nội soi dạ dày chỉ đánh giá tại thời điểm trước điều trị (D_0),

Bảng 2.5. Các biến số, chỉ số lâm sàng

Tên	Tính chất	Đặc điểm
Nội soi dạ dày thực quản	Định tính	Nội soi phân độ GERD (LA Classification) theo 4 mức độ (A, B, C, D) [69].
1. Bạn có triệu chứng nóng rát giữa ngực, sau xương ức mấy ngày trong tuần?	Định tính	Đánh giá bằng số ngày xuất hiện triệu chứng trong tuần với mức 0 ngày (0 điểm); 1 ngày (1
2. Bạn có triệu chứng ợ nước chua hoặc thức ăn từ dạ dày lên cổ họng hoặc miệng mấy ngày trong tuần?	Định tính	

Tên	Tính chất	Đặc điểm
3. Bạn có triệu chứng đau ở vùng bụng trên mấy ngày trong tuần?	Định tính	điểm); 2 – 3 ngày (2 điểm); Trên 3 ngày (3 điểm). Riêng câu 3 và câu 4 mã hóa ngược lại.
4. Bạn có triệu chứng buồn nôn mấy ngày trong tuần?	Định tính	
5. Bạn thấy khó ngủ vào ban đêm do cảm giác nóng rát sau xương ức và hoặc ợ mấy ngày trong tuần?	Định tính	
6. Ngoài các thuốc trong đơn bác sĩ kê, bạn phải uống thêm một số loại thuốc khác như Phosphalugel, Maalox... mấy ngày trong tuần?	Định tính	
1. Bạn có thường xuyên bị ợ nóng không?	Định tính	Bảng QOLRAD được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh mắc trào ngược dạ dày - thực quản (GERD) và khó tiêu (dyspepsia). Vui lòng đánh giá mức độ ảnh hưởng của các triệu chứng đối với chất lượng cuộc sống của bạn theo thang điểm từ
2. Bạn có cảm thấy khó chịu sau khi ăn không?	Định tính	
3. Bạn có hay bị đầy hơi không?	Định tính	
4. Bạn có bị cảm giác thức ăn trào ngược lên cổ họng không?	Định tính	
5. Bạn có bị đau khi nuốt thức ăn không?	Định tính	
6. Bạn có cảm thấy buồn nôn không?	Định tính	
7. Bạn có bị đau ngực không?	Định tính	
8. Bạn có cảm thấy khó chịu khi nằm xuống không?	Định tính	
9. Cơn đau hoặc khó chịu ở bụng trên có ảnh hưởng đến giấc ngủ của bạn không?	Định tính	
10. Các triệu chứng có ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của bạn không?	Định tính	

Tên	Tính chất	Đặc điểm
11. Bạn có bị ảnh hưởng tâm lý (lo âu, buồn bã) do các triệu chứng không?	Định tính	1 đến 7, trong đó: - Đối với các câu số 3, 16 và 19, thang đo được điều chỉnh thành 7 mức cụ thể: 1. Rất nhiều; 2. Nhiều; 3. Trung bình; 4. Ít; 5. Rất ít; 6. Hầu như không có; 7. Hoàn toàn không. - Đối với các câu còn lại, thang đo 7 mức bao gồm: 1. Luôn luôn; 2. Rất thường xuyên; 3. Thường xuyên; 4. thỉnh thoảng; 5. Hiếm khi; 6. Gần như không bao giờ; 7. Không bao giờ.
12. Bạn có bị căng thẳng hoặc lo lắng khi các triệu chứng xuất hiện không?	Định tính	
13. Bạn có cảm thấy mất tự tin trong cuộc sống hàng ngày không?	Định tính	
14. Các triệu chứng có ảnh hưởng đến mối quan hệ của bạn với người thân hoặc bạn bè không?	Định tính	
15. Bạn có tránh các buổi họp mặt xã hội vì các triệu chứng không?	Định tính	
16. Các triệu chứng có làm bạn khó tập trung vào công việc hoặc học tập không?	Định tính	
17. Bạn có phải điều chỉnh thói quen hàng ngày vì các triệu chứng không?	Định tính	
18. Các triệu chứng có ảnh hưởng đến công việc của bạn không?	Định tính	
19. Các triệu chứng có ảnh hưởng đến hoạt động thể chất của bạn không?	Định tính	
20. Bạn có phải ăn uống ít hơn bình thường vì các triệu chứng không?	Định tính	
21. Bạn có ngại ăn một số loại thực phẩm vì sợ triệu chứng xuất hiện không?	Định tính	
22. Bạn có bị giảm cảm giác thèm ăn do các triệu chứng không?	Định tính	
23. Các triệu chứng có ảnh hưởng đến sức	Định tính	

Tên	Tính chất	Đặc điểm
khỏe tổng thể của bạn không?		
24. Bạn có phải sử dụng thuốc thường xuyên để giảm triệu chứng không?	Định tính	
25. Bạn có thường xuyên cảm thấy mệt mỏi không?	Định tính	

*: Phân độ GERD theo nội soi (Los Angeles Classification) [69]:

Độ A: Có ít nhất một vết trợt niêm mạc ≤ 5 mm, không lan giữa các nếp niêm mạc; Độ B: Có ít nhất một vết trợt > 5 mm nhưng không lan giữa các nếp niêm mạc; Độ C: Tổn thương lan giữa các nếp niêm mạc nhưng chiếm $\leq 75\%$ chu vi thực quản; Độ D: Tổn thương lan rộng, chiếm $> 75\%$ chu vi thực quản.

2.9.3. Các biến số theo dõi về tác dụng không mong muốn

Chảy máu, đau sưng nổi cây chỉ, vùng châm, gãy kim, nhiễm trùng, nổi sẩn, ngứa tại huyết cây chỉ. Hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi.

2.10. Phương pháp thu thập thông tin và đánh giá

Kết quả điều trị theo thang điểm GERD-Q được đánh giá theo 4 mức bao gồm không GERD, nghi ngờ GERD, GERD nhẹ, GERD nặng với mức điểm cụ thể như sau [70]:

Bảng 2.6. Tiêu chuẩn phân loại theo GERD-Q

Tổng GERD-Q (điểm)	Phân loại
11 – 18	GERD nặng
8 – 10	GERD nhẹ
3 – 7	Nghi ngờ GERD
0 – 2	Không GERD

Theo đó, người bệnh được đánh giá kết quả chung theo 4 mức bao gồm

tốt, khá, trung bình, kém theo tiêu chí cụ thể như sau:

Bảng 2.7. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả chung

Phân loại		Tiêu chí
Tốt	Tốt	- GERD nặng xuống Nghi ngờ GERD hoặc Không GERD; - GERD nhẹ xuống Không GERD;
Khá	Không tốt	- GERD nặng xuống GERD nhẹ; - GERD nhẹ xuống Nghi ngờ GERD;
Trung bình		- Chỉ cải thiện điểm GERD-Q nhưng không thay đổi mức độ
Kém		- Không cải thiện hoặc tăng nặng.

2.11. Phương pháp phân tích số liệu

Phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và R language version 4.1.0.

Tính giá trị trung bình (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

So sánh giá trị trung bình của các nhóm bằng T test, so sánh các tỷ lệ của các nhóm bằng thuật toán thống kê thích hợp.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.12. Sai số và biện pháp khống chế sai số

Để hạn chế sai số trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi tiến hành các biện pháp sau:

- Người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích và hướng dẫn đầy đủ về yêu cầu điều trị, được giám sát chặt chẽ trong suốt quá trình điều trị.

- Việc ghi chép bệnh án, phiếu theo dõi... được thực hiện đầy đủ, do một người thực hiện.

- Các chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị được thực hiện cùng một nơi, trên cùng một máy tại Bệnh viện YHCT – Bộ Công an.

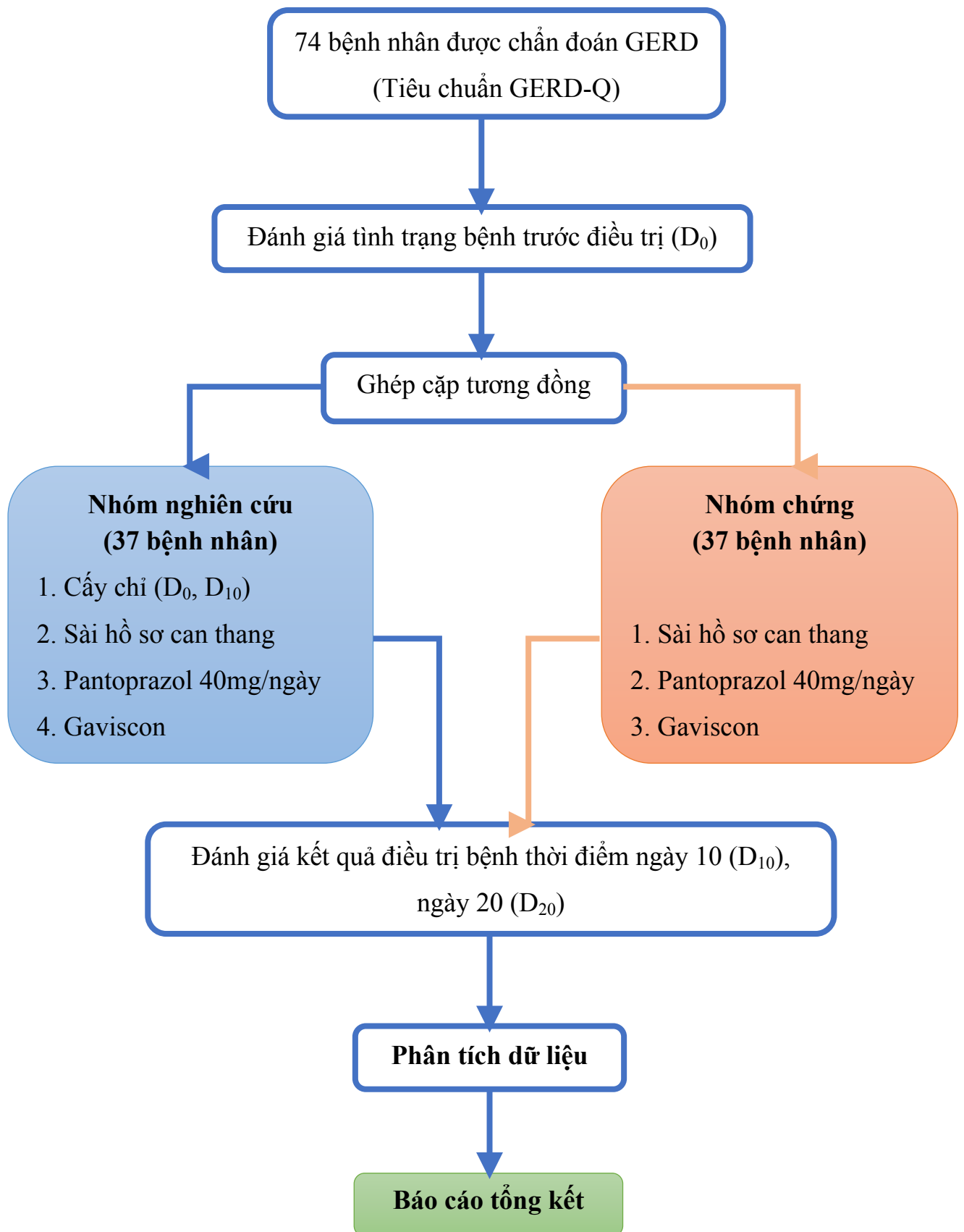
2.13. Đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu khoa học được Hội đồng đề cương Luận văn chuyên khoa cấp 2 của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và Hội đồng Khoa học Bệnh viện Y học cổ truyền – Bộ Công an đồng ý cho phép thực hiện.

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao kết quả điều trị cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

Người bệnh được giải thích rõ ràng về mục đích, quyền lợi khi tham gia nghiên cứu và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Trong trường hợp bệnh nặng lên, người bệnh được chuyển phác đồ điều trị khác phù hợp hơn.

Thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật tuyệt đối và tuân thủ các quy định về bảo vệ dữ liệu cá nhân.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p _{NNC-NC}
Nhóm tuổi	n	%	n	%	
30 – 39 tuổi	1	2,70%	2	5,41%	> 0,05
40 – 49 tuổi	7	18,92%	5	13,51%	
50 – 59 tuổi	10	27,03%	7	18,92%	
60 – 69 tuổi	13	35,14%	15	40,54%	
≥ 70 tuổi	6	16,22%	8	21,62%	
Tuổi trung bình	59,38 ± 11,74		61,24 ± 11,32		> 0,05
($\bar{X} \pm SD$)	60,31 ± 11,49				

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, với 35,14% ở nhóm nghiên cứu và 40,54% ở nhóm chứng. Tiếp theo là nhóm tuổi ≥ 70 , chiếm 16,22% ở nhóm nghiên cứu và 21,62% ở nhóm chứng. Các nhóm tuổi trẻ hơn như 50–59 chiếm 27,03% và 18,92%; 40–49 chiếm 18,92% và 13,51%; trong khi nhóm 30–39 chiếm tỷ lệ thấp nhất ở cả hai nhóm, lần lượt là 2,70% và 5,41%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,38 \pm 11,74$ tuổi, của nhóm chứng là $61,24 \pm 11,32$ tuổi. Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuổi trung bình chung của toàn bộ đối tượng nghiên cứu là $60,31 \pm 11,49$ tuổi.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		$P_{\text{NNC-NC}}$
	n	%	n	%	
Nam	13	35,14%	11	29,73%	> 0,05
Nữ	24	64,86%	26	70,27%	

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy phân bố bệnh nhân theo giới tính giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở nhóm nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ 64,86% và nam giới chiếm 35,14%, trong khi ở nhóm chứng tỷ lệ nữ cao hơn với 70,27% và nam giới chiếm 29,73%.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		$P_{\text{NNC-NC}}$
	n	%	n	%	
Nhân viên văn phòng	9	24,32%	4	10,81%	> 0,05
Lao động tự do	7	18,92%	8	21,62%	
Hưu trí	19	51,35%	23	62,16%	
Khác	2	5,41%	2	5,41%	

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm với 51,35% ở nhóm nghiên cứu và 62,16% ở nhóm chứng. Tiếp theo là nhóm lao động tự do chiếm 18,92% ở nhóm nghiên cứu và 21,62% ở nhóm chứng; nhóm nhân viên văn phòng chiếm 24,32% và 10,81% tương ứng. Nhóm nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,41% ở cả hai nhóm.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh

Thời gian bị bệnh	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		P _{NNC-NC}
	n	%	n	%	
< 1 tháng	7	18,92%	6	16,22%	> 0,05
1 tháng ≤ – 3 tháng	14	37,84%	14	37,84%	
3 tháng ≤ – 6 tháng	16	43,24%	16	43,24%	
≥ 6 tháng	0	0,00%	1	2,70%	

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy thời gian bị bệnh của bệnh nhân ở hai nhóm phân bố khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm có thời gian mắc bệnh từ 3 đến 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,24% ở cả hai nhóm. Tiếp đến là nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 3 tháng, cùng chiếm 37,84% ở hai nhóm. Nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm 18,92% ở nhóm nghiên cứu và 16,22% ở nhóm chứng. Chỉ có nhóm chứng ghi nhận 2,70% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≥ 6 tháng, trong khi nhóm nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào.

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ		Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		P _{NNC-NC}
		n	%	n	%	
Uống rượu	Không	31	83,78%	33	89,19%	> 0,05
	Có	6	16,22%	4	10,81%	
Hút thuốc lá	Không	30	81,08%	35	94,59%	> 0,05
	Đã cai	3	8,11%	2	5,41%	
	Chưa cai	4	10,81%	0	0,00%	
Sử dụng NSAIDs	Không	29	78,38%	29	78,38%	> 0,05
	Có	8	21,62%	8	21,62%	

Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy các yếu tố nguy cơ phân bố khá tương đồng giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ bệnh nhân có uống rượu ở nhóm nghiên cứu là 16,22% và ở nhóm chứng là 10,81%, trong khi đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm không uống rượu (83,78% và 89,19%).

Về thói quen hút thuốc lá, phần lớn bệnh nhân không hút thuốc với tỷ lệ 81,08% ở nhóm nghiên cứu và 94,59% ở nhóm chứng; tỷ lệ đã cai thuốc lá lần lượt là 8,11% và 5,41%, trong khi chưa cai thuốc chiếm 10,81% ở nhóm nghiên cứu và 0,00% ở nhóm chứng.

Đối với việc sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng ở cả hai nhóm đều bằng nhau, chiếm 21,62%, và không sử dụng chiếm 78,38%.

3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể

Thể trạng cơ thể	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p _{NNC-NC}
	n	%	n	%	
Gầy	5	13,51%	5	13,51%	> 0,05
Bình thường	19	51,35%	18	48,65%	
Thừa cân	6	16,22%	9	24,32%	
Béo phì độ 1	6	16,22%	5	13,51%	
Béo phì độ 2	1	2,70%	0	0,00%	
BMI ($\bar{X} \pm SD - \text{kg/m}^2$)	22,04 $\pm$ 3,64		22,25 $\pm$ 3,11		> 0,05

Nhận xét: Bảng 3.6 cho thấy phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể (BMI) giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa

thống kê ($p > 0,05$). Nhóm có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm với 51,35% ở nhóm nghiên cứu và 48,65% ở nhóm chứng. Tiếp đến là nhóm thừa cân chiếm 16,22% ở nhóm nghiên cứu và 24,32% ở nhóm chứng. Tỷ lệ béo phì độ 1 lần lượt là 16,22% ở nhóm nghiên cứu và 13,51% ở nhóm chứng, trong khi béo phì độ 2 chỉ gặp ở 2,70% bệnh nhân nhóm nghiên cứu và không gặp ở nhóm chứng. Tỷ lệ bệnh nhân gầy là như nhau ở cả hai nhóm (13,51%). Giá trị BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $22,04 \pm 3,64 \text{ kg/m}^2$ và của nhóm chứng là $22,25 \pm 3,11 \text{ kg/m}^2$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng lâm sàng trước điều trị

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo kết quả nội soi

Phân loại kết quả nội soi	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		$p_{\text{NNC-NC}}$
	n	%	n	%	
Không phát hiện tổn thương	4	10,81%	7	18,92%	$> 0,05$
Mức A	5	13,51%	13	35,14%	
Mức B	15	40,54%	8	21,62%	
Mức C	7	18,92%	6	16,22%	
Mức D	6	16,22%	3	8,11%	

Nhận xét: Bảng 3.7 cho thấy phân loại kết quả nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ghi nhận sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tổn thương mức B chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm nghiên cứu với 40,54%, trong khi ở nhóm chứng tỷ lệ cao nhất thuộc mức A với 35,14%. Tổn thương mức C chiếm tỷ lệ tương đối tương đương giữa hai nhóm, lần lượt 18,92% ở nhóm nghiên cứu và 16,22% ở nhóm chứng. Tỷ lệ không phát hiện tổn thương là 10,81% ở nhóm nghiên cứu và 18,92% ở nhóm chứng. Tổn thương mức D chiếm tỷ lệ thấp hơn, với 16,22% ở nhóm nghiên cứu và 8,11% ở nhóm chứng.

Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo GERD-Q

Phân loại theo GERD-Q	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p_{NNC-NC}
	n	%	n	%	
Không mắc GERD	0	0,00%	0	0,00%	> 0,05
Nghi ngờ GERD	0	0,00%	0	0,00%	
GERD nhẹ	13	35,14%	15	40,54%	
GERD nặng	24	64,86%	22	59,46%	
Tổng điểm ($\bar{X} \pm SD$ – điểm)	11,22 $\pm$ 1,57		11,00 $\pm$ 1,37		> 0,05

Nhận xét: Bảng 3.8 cho thấy bệnh nhân trong cả hai nhóm đều được chẩn đoán GERD ở các mức độ khác nhau, không có trường hợp nào không mắc hoặc chỉ nghi ngờ GERD. GERD mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao hơn GERD mức độ nhẹ ở cả hai nhóm, với tỷ lệ lần lượt 64,86% và 35,14% ở nhóm nghiên cứu; 59,46% và 40,54% ở nhóm chứng. Tổng điểm GERD-Q trung bình của nhóm nghiên cứu là 11,22 $\pm$ 1,57 điểm và của nhóm chứng là 11,00 $\pm$ 1,37 điểm. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo điểm QOLRAD

Nhóm	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	p_{NNC-NC}
Ảnh hưởng	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Tiêu hóa (điểm)	17,97 $\pm$ 4,43	20,14 $\pm$ 4,34	> 0,05
Giấc ngủ (điểm)	4,08 $\pm$ 1,89	3,95 $\pm$ 1,97	> 0,05
Tâm lý (điểm)	11,05 $\pm$ 3,33	11,38 $\pm$ 3,51	> 0,05
Sinh hoạt (điểm)	17,19 $\pm$ 5,70	18,35 $\pm$ 6,06	> 0,05
Sử dụng thuốc (điểm)	1,84 $\pm$ 1,04	2,24 $\pm$ 1,53	> 0,05
Mệt mỏi (điểm)	2,16 $\pm$ 2,05	2,30 $\pm$ 1,45	> 0,05
Tổng (điểm)	54,30 $\pm$ 9,68	58,35 $\pm$ 11,86	> 0,05

Nhận xét: Bảng 3.9 cho thấy điểm trung bình của các lĩnh vực đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang QOLRAD giữa nhóm nghiên cứu và nhóm

chúng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, điểm tiêu hóa ở nhóm nghiên cứu là $17,97 \pm 4,43$ so với $20,14 \pm 4,34$ ở nhóm chứng; điểm giấc ngủ lần lượt là $4,08 \pm 1,89$ và $3,95 \pm 1,97$; điểm tâm lý là $11,05 \pm 3,33$ và $11,38 \pm 3,51$; điểm sinh hoạt là $17,19 \pm 5,70$ và $18,35 \pm 6,06$; điểm sử dụng thuốc là $1,84 \pm 1,04$ và $2,24 \pm 1,53$; điểm mệt mỏi là $2,16 \pm 2,05$ và $2,30 \pm 1,45$. Tổng điểm QOLRAD trung bình của nhóm nghiên cứu là $54,30 \pm 9,68$, trong khi nhóm chứng là $58,35 \pm 11,86$.

3.1.8. Triệu chứng YHCT trước điều trị

Bảng 3.10. Triệu chứng YHCT trước điều trị

Triệu chứng		Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		P _{NNC-NC}
		n	%	n	%	
Lưỡi nhợt	Có	24	64,86%	25	67,57%	> 0,05
	Không	13	35,14%	12	32,43%	
Rêu trắng	Có	26	70,27%	27	72,97%	> 0,05
	Không	11	29,73%	10	27,03%	
Rêu mỏng	Có	24	64,86%	18	48,65%	> 0,05
	Không	13	35,14%	19	51,35%	
Ợ hơi	Có	31	83,78%	32	86,49%	> 0,05
	Không	6	16,22%	5	13,51%	
Đầy bụng	Có	23	62,16%	29	78,38%	> 0,05
	Không	14	37,84%	8	21,62%	
Dễ cáu gắt	Có	29	78,38%	32	86,49%	> 0,05
	Không	8	21,62%	5	13,51%	
Mạch huyền	Có	26	70,27%	31	83,78%	> 0,05
	Không	11	29,73%	6	16,22%	

Nhận xét: Bảng 3.10 cho thấy các triệu chứng YHCT giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, ợ hơi gặp ở 83,78% bệnh nhân nhóm nghiên cứu và 86,49% nhóm chứng; dễ cáu gắt chiếm 78,38% và 86,49% tương ứng; mạch huyền xuất hiện ở 70,27% nhóm nghiên cứu và 83,78% nhóm chứng. Các biểu hiện lưỡi nhạt và rêu trắng lần lượt gặp ở 64,86% và 70,27% bệnh nhân nhóm nghiên cứu; 67,57% và 72,97% bệnh nhân nhóm chứng. Triệu chứng rêu mỏng ghi nhận ở 64,86% nhóm nghiên cứu và 48,65% nhóm chứng; đầy bụng ở 62,16% và 78,38% tương ứng.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Sự thay đổi điểm GERD-Q

Bảng 3.11. Sự thay đổi điểm GERD-Q

Nhóm Thời điểm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)	P_{NNC-NC}
D₀	11,22 ± 1,57	11,00 ± 1,37	> 0,05
D₁₀	6,81 ± 2,76	8,27 ± 2,22	< 0,05
D₂₀	3,51 ± 1,97	5,62 ± 2,30	< 0,05
P₀₋₁₀; P₁₀₋₂₀; P₀₋₂₀	< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Nhận xét: Bảng 3.11 cho thấy điểm GERD-Q trung bình tại thời điểm trước điều trị của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là 11,22 ± 1,57 và 11,00 ± 1,37 điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, điểm GERD-Q giảm còn 6,81 ± 2,76 ở nhóm nghiên cứu và 8,27 ± 2,22 ở nhóm chứng; đến ngày thứ 20, điểm tiếp tục giảm còn 3,51 ± 1,97 và 5,62 ± 2,30 tương ứng, sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tại thời điểm ngày 10 và ngày 20 sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt trước điều trị và sau 10, và 20 ngày điều trị của điểm GERD-Q của

nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.12. Sự thay đổi phân bố bệnh nhân theo GERD-Q

GERD-Q		Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		$p_{\text{NNC-NC}}$
		n	%	n	%	
D₀	Không mắc GERD	0	0,00%	0	0,00%	> 0,05
	Nghi ngờ GERD	0	0,00%	0	0,00%	
	GERD nhẹ	13	35,14%	15	40,54%	
	GERD nặng	24	64,86%	22	59,46%	
D₁₀	Không mắc GERD	4	10,81%	0	0,00%	< 0,05
	Nghi ngờ GERD	16	43,24%	15	40,54%	
	GERD nhẹ	14	37,84%	15	40,54%	
	GERD nặng	3	8,11%	7	18,92%	
D₂₀	Không mắc GERD	12	32,43%	3	8,11%	< 0,05
	Nghi ngờ GERD	25	67,57%	27	72,97%	
	GERD nhẹ	0	0,00%	7	18,92%	
	GERD nặng	0	0,00%	0	0,00%	

Nhận xét: Bảng 3.12 cho thấy phân bố mức độ bệnh theo thang điểm GERD-Q tại thời điểm D₀, đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm đều thuộc mức GERD nhẹ và GERD nặng, trong đó nhóm nghiên cứu có 35,14% GERD nhẹ và 64,86% GERD nặng, tương tự nhóm chứng với 40,54% và 59,46%; sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tại thời điểm D₁₀, tỷ lệ bệnh nhân không còn mắc GERD xuất hiện ở nhóm nghiên cứu (10,81%), trong khi nhóm chứng chưa ghi nhận trường hợp nào; tỷ lệ GERD nặng giảm còn 8,11% ở nhóm nghiên cứu và 18,92% ở nhóm chứng. Sự khác biệt giữa hai nhóm tại thời điểm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đến thời điểm D₂₀, tình trạng bệnh cải thiện rõ rệt hơn ở nhóm nghiên cứu với 32,43% bệnh nhân không còn GERD và không còn trường hợp GERD nặng, trong khi nhóm chứng có

8,11% bệnh nhân không mắc GERD và 18,92% mức GERD nhẹ. Sự khác biệt phân bố mức độ GERD giữa hai nhóm tại D20 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.13. Sự thay đổi hiệu suất điểm GERD-Q

Nhóm Thời điểm		Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)	P_{NNC-NC}
Hiệu suất giảm	D ₀₋₁₀	4,41 $\pm$ 3,24	2,73 $\pm$ 1,95	< 0,05
	D ₁₀₋₂₀	3,30 $\pm$ 3,32	2,65 $\pm$ 3,08	> 0,05
	D ₀₋₂₀	7,70 $\pm$ 2,54	5,38 $\pm$ 2,54	< 0,05

Nhận xét: Bảng 3.13 cho thấy giai đoạn từ ngày D0–D10, hiệu suất giảm điểm GERD-Q của nhóm nghiên cứu đạt 4,41 $\pm$ 3,24 điểm, cao hơn so với nhóm chứng (2,73 $\pm$ 1,95 điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, hiệu suất giảm tiếp tục duy trì ở cả hai nhóm nhưng sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu (3,30 $\pm$ 3,32 điểm) và nhóm chứng (2,65 $\pm$ 3,08 điểm) không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tính chung trong toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), tổng hiệu suất giảm ở nhóm nghiên cứu đạt 7,70 $\pm$ 2,54 điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (5,38 $\pm$ 2,54 điểm) với $p < 0,05$.

3.2.2. Sự thay đổi điểm QOLRAD

Bảng 3.14. Sự thay đổi điểm QOLRAD – Tiêu hóa

Nhóm Thời điểm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)	P_{NNC-NC}
D ₀	17,97 $\pm$ 4,43	20,14 $\pm$ 4,34	> 0,05
D ₁₀	22,35 $\pm$ 7,03	20,46 $\pm$ 3,26	< 0,05
D ₂₀	27,11 $\pm$ 7,00	24,70 $\pm$ 4,50	< 0,05
P ₀₋₁₀ ; P ₁₀₋₂₀ ; P ₀₋₂₀	< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Nhận xét: Bảng 3.14 cho thấy điểm QOLRAD ở lĩnh vực tiêu hóa tăng

dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, phản ánh sự cải thiện triệu chứng. Tại thời điểm trước điều trị (D0), điểm trung bình giữa nhóm nghiên cứu ($17,97 \pm 4,43$) và nhóm chứng ($20,14 \pm 4,34$) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, điểm tiêu hóa tăng lên $22,35 \pm 7,03$ ở nhóm nghiên cứu và $20,46 \pm 3,26$ ở nhóm chứng; đến ngày thứ 20, điểm tiếp tục tăng lên lần lượt $27,11 \pm 7,00$ và $24,70 \pm 4,50$. Sự thay đổi điểm QOLRAD tại các thời điểm D0–D10, D10–D20 và D0–D20 đều có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$). Đồng thời, tại D10 và D20, nhóm nghiên cứu có mức cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.15. Sự thay đổi hiệu suất điểm QOLRAD – Tiêu hóa

Nhóm		Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	P _{NNC-NC}
Thời điểm		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Hiệu suất tăng	D ₀₋₁₀	$4,38 \pm 6,49$	$0,32 \pm 3,70$	< 0,05
	D ₁₀₋₂₀	$4,76 \pm 7,92$	$4,24 \pm 5,53$	$> 0,05$
	D ₀₋₂₀	$9,14 \pm 8,41$	$4,57 \pm 6,40$	< 0,05

Nhận xét: Bảng 3.15 cho thấy hiệu suất cải thiện điểm QOLRAD ở lĩnh vực tiêu hóa tăng theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, trong đó nhóm nghiên cứu đạt mức cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng. Trong giai đoạn từ D0 đến D10, hiệu suất tăng điểm tiêu hóa ở nhóm nghiên cứu là $4,38 \pm 6,49$ điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($0,32 \pm 3,70$ điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, hiệu suất cải thiện tiếp tục duy trì với $4,76 \pm 7,92$ điểm ở nhóm nghiên cứu và $4,24 \pm 5,53$ điểm ở nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tính tổng trong toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), hiệu suất tăng điểm QOLRAD – tiêu hóa của nhóm nghiên cứu đạt $9,14 \pm 8,41$ điểm, cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng ($4,57 \pm 6,40$ điểm) với $p < 0,05$.

Bảng 3.16. Sự thay đổi điểm QOLRAD – Giấc ngủ

Nhóm Thời điểm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)	P_{NNC-NC}
D₀	4,08 ± 1,89	3,95 ± 1,97	> 0,05
D₁₀	4,97 ± 2,17	4,22 ± 1,38	> 0,05
D₂₀	8,35 ± 1,87	6,08 ± 2,11	< 0,05
p₀₋₁₀; p₁₀₋₂₀; p₀₋₂₀	< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Nhận xét: Bảng 3.16 cho thấy điểm QOLRAD ở lĩnh vực giấc ngủ tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, phản ánh sự cải thiện chất lượng giấc ngủ của người bệnh. Tại thời điểm trước điều trị (D₀), điểm trung bình giữa nhóm nghiên cứu (4,08 ± 1,89) và nhóm chứng (3,95 ± 1,97) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, điểm trung bình tăng lên 4,97 ± 2,17 ở nhóm nghiên cứu và 4,22 ± 1,38 ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đến ngày thứ 20, điểm số tiếp tục tăng rõ rệt, đạt 8,35 ± 1,87 ở nhóm nghiên cứu và 6,08 ± 2,11 ở nhóm chứng; sự khác biệt giữa hai nhóm tại thời điểm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự thay đổi điểm số QOLRAD trong các giai đoạn D₀–D₁₀, D₁₀–D₂₀ và D₀–D₂₀ đều có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$), trong đó nhóm nghiên cứu có mức cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng.

Bảng 3.17. Sự thay đổi hiệu suất điểm QOLRAD – Giấc ngủ

Nhóm Thời điểm		Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)	p_{NNC-NC}
Hiệu suất tăng	D₀₋₁₀	0,89 ± 3,13	0,27 ± 2,48	> 0,05
	D₁₀₋₂₀	3,38 ± 2,67	1,86 ± 2,19	< 0,05
	D₀₋₂₀	4,27 ± 2,69	2,14 ± 2,93	< 0,05

Nhận xét: Bảng 3.17 cho thấy hiệu suất cải thiện điểm QOLRAD ở lĩnh vực giấc ngủ tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm. Trong giai đoạn D0–D10, hiệu suất tăng điểm giấc ngủ ở nhóm nghiên cứu đạt $0,89 \pm 3,13$ điểm và $0,27 \pm 2,48$ điểm ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, hiệu suất cải thiện tăng rõ rệt hơn, đạt $3,38 \pm 2,67$ điểm ở nhóm nghiên cứu, cao hơn so với nhóm chứng ($1,86 \pm 2,19$ điểm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tính chung trong toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), hiệu suất tăng điểm QOLRAD – giấc ngủ ở nhóm nghiên cứu là $4,27 \pm 2,69$ điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($2,14 \pm 2,93$ điểm) với $p < 0,05$.

Bảng 3.18. Sự thay đổi điểm QOLRAD – Tâm lý

Nhóm Thời điểm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)	P_{NNC-NC}
D₀	$11,05 \pm 3,33$	$11,38 \pm 3,51$	$> 0,05$
D₁₀	$16,27 \pm 5,19$	$13,24 \pm 3,15$	$< 0,05$
D₂₀	$19,00 \pm 3,91$	$15,54 \pm 3,90$	$< 0,05$
P₀₋₁₀; P₁₀₋₂₀; P₀₋₂₀	$< 0,05$; $< 0,05$; $< 0,05$	$< 0,05$; $< 0,05$; $< 0,05$	

Nhận xét: Bảng 3.18 cho thấy điểm QOLRAD ở lĩnh vực tâm lý tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, phản ánh sự cải thiện rõ rệt về trạng thái tâm lý của người bệnh. Tại thời điểm trước điều trị (D0), điểm trung bình của nhóm nghiên cứu là $11,05 \pm 3,33$, tương đương với nhóm chứng ($11,38 \pm 3,51$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị (D10), điểm tâm lý của nhóm nghiên cứu tăng lên $16,27 \pm 5,19$, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($13,24 \pm 3,15$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đến ngày thứ 20 (D20), điểm tiếp tục tăng lên $19,00 \pm 3,91$ ở nhóm nghiên cứu và $15,54 \pm 3,90$ ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn có ý nghĩa thống

kê ($p < 0,05$). Sự thay đổi điểm QOLRAD trong các giai đoạn D0–D10, D10–D20 và D0–D20 đều có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$), cho thấy hiệu quả cải thiện tâm lý được duy trì và tăng dần theo thời gian điều trị.

Bảng 3.19. Sự thay đổi hiệu suất điểm QOLRAD – Tâm lý

Nhóm Thời điểm		Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)	$p_{\text{NNC-NC}}$
Hiệu suất tăng	D ₀₋₁₀	5,22 ± 5,91	1,86 ± 4,70	< 0,05
	D ₁₀₋₂₀	2,73 ± 7,01	2,30 ± 3,15	> 0,05
	D ₀₋₂₀	7,95 ± 5,61	4,16 ± 4,69	< 0,05

Nhận xét: Bảng 3.19 cho thấy hiệu suất cải thiện điểm QOLRAD ở lĩnh vực tâm lý tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm. Trong giai đoạn D0–D10, hiệu suất tăng điểm ở nhóm nghiên cứu đạt 5,22 ± 5,91 điểm, cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng (1,86 ± 4,70 điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, hiệu suất cải thiện tiếp tục duy trì với 2,73 ± 7,01 điểm ở nhóm nghiên cứu và 2,30 ± 3,15 điểm ở nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tính chung trong toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), hiệu suất cải thiện điểm QOLRAD – tâm lý ở nhóm nghiên cứu đạt 7,95 ± 5,61 điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (4,16 ± 4,69 điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.20. Sự thay đổi điểm QOLRAD – Sinh hoạt

Nhóm Thời điểm		Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)	$p_{\text{NNC-NC}}$
D ₀		17,19 ± 5,70	18,35 ± 6,06	> 0,05
D ₁₀		22,03 ± 6,20	21,73 ± 6,37	> 0,05
D ₂₀		27,27 ± 5,72	24,14 ± 6,28	< 0,05
p ₀₋₁₀ ; p ₁₀₋₂₀ ; p ₀₋₂₀		< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Nhận xét: Bảng 3.20 cho thấy điểm QOLRAD ở lĩnh vực sinh hoạt tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, phản ánh sự cải thiện khả năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Tại thời điểm D0, điểm trung bình của nhóm nghiên cứu là $17,19 \pm 5,70$, tương đương với nhóm chứng ($18,35 \pm 6,06$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị (D10), điểm sinh hoạt tăng lên $22,03 \pm 6,20$ ở nhóm nghiên cứu và $21,73 \pm 6,37$ ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đến ngày thứ 20 (D20), điểm số tiếp tục tăng rõ rệt, đạt $27,27 \pm 5,72$ ở nhóm nghiên cứu và $24,14 \pm 6,28$ ở nhóm chứng; sự khác biệt giữa hai nhóm tại thời điểm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự thay đổi QOLRAD trong giai đoạn D0–D10, D10–D20 và D0–D20 đều có ý nghĩa thống kê ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ($p < 0,05$).

Bảng 3.21. Sự thay đổi hiệu suất điểm QOLRAD – Sinh hoạt

Nhóm		Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	$P_{\text{NNC-NC}}$
Thời điểm		$(\bar{X} \pm SD)$	$(\bar{X} \pm SD)$	
Hiệu suất tăng	D ₀₋₁₀	$4,84 \pm 7,92$	$3,38 \pm 6,54$	$> 0,05$
	D ₁₀₋₂₀	$5,24 \pm 6,44$	$2,41 \pm 4,57$	$< 0,05$
	D ₀₋₂₀	$10,08 \pm 6,84$	$5,78 \pm 7,70$	$< 0,05$

Nhận xét: Bảng 3.21 cho thấy hiệu suất cải thiện điểm QOLRAD ở lĩnh vực sinh hoạt tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm. Trong giai đoạn D0–D10, hiệu suất tăng điểm sinh hoạt ở nhóm nghiên cứu là $4,84 \pm 7,92$ điểm, cao hơn nhóm chứng ($3,38 \pm 6,54$ điểm), tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, hiệu suất cải thiện của nhóm nghiên cứu tăng rõ rệt hơn, đạt $5,24 \pm 6,44$ điểm, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($2,41 \pm 4,57$ điểm) với $p < 0,05$. Tính chung toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), hiệu suất cải thiện điểm sinh hoạt ở nhóm nghiên cứu đạt $10,08 \pm 6,84$ điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($5,78 \pm 7,70$ điểm),

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.22. Sự thay đổi điểm QOLRAD – Tổng điểm

Nhóm Thời điểm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)	$p_{\text{NNC-NC}}$
D₀	54,30 ± 9,68	58,35 ± 11,86	> 0,05
D₁₀	72,68 ± 11,45	64,70 ± 7,95	< 0,05
D₂₀	89,84 ± 12,49	76,73 ± 10,98	< 0,05
p₀₋₁₀; p₁₀₋₂₀; p₀₋₂₀	< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Nhận xét: Bảng 3.22 cho thấy tổng điểm QOLRAD tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, phản ánh sự cải thiện chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe của bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản. Tại thời điểm trước điều trị (D₀), tổng điểm trung bình của nhóm nghiên cứu (54,30 ± 9,68) và nhóm chứng (58,35 ± 11,86) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), cho thấy hai nhóm tương đồng trước can thiệp. Sau 10 ngày điều trị (D₁₀), tổng điểm QOLRAD tăng đáng kể ở nhóm nghiên cứu (72,68 ± 11,45) so với nhóm chứng (64,70 ± 7,95), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đến ngày thứ 20 (D₂₀), tổng điểm tiếp tục tăng rõ rệt, đạt 89,84 ± 12,49 ở nhóm nghiên cứu và 76,73 ± 10,98 ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự thay đổi điểm QOLRAD trong giai đoạn D₀–D₁₀, D₁₀–D₂₀ và D₀–D₂₀ có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$).

Bảng 3.23. Sự thay đổi hiệu suất điểm QOLRAD – Tổng điểm

Nhóm Thời điểm		Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)	p _{NNC-NC}
Hiệu suất tăng	D ₀₋₁₀	18,38 ± 13,86	6,35 ± 9,15	< 0,05
	D ₁₀₋₂₀	17,16 ± 13,05	12,03 ± 10,55	< 0,05
	D ₀₋₂₀	35,54 ± 16,71	18,38 ± 15,20	< 0,05

Nhận xét: Bảng 3.23 cho thấy hiệu suất cải thiện tổng điểm QOLRAD

tăng rõ rệt theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, trong đó nhóm nghiên cứu có mức cải thiện vượt trội hơn so với nhóm chứng. Trong giai đoạn D0–D10, hiệu suất tăng trung bình ở nhóm nghiên cứu đạt $18,38 \pm 13,86$, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($6,35 \pm 9,15$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, mức cải thiện tiếp tục duy trì với $17,16 \pm 13,05$ ở nhóm nghiên cứu và $12,03 \pm 10,55$ ở nhóm chứng, sự khác biệt vẫn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tính chung trong toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), hiệu suất tăng tổng điểm QOLRAD ở nhóm nghiên cứu đạt $35,54 \pm 16,71$, so với nhóm chứng ($18,38 \pm 15,20$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.3. Sự thay đổi triệu chứng YHCT

Bảng 3.24. Sự thay đổi chứng trạng YHCT

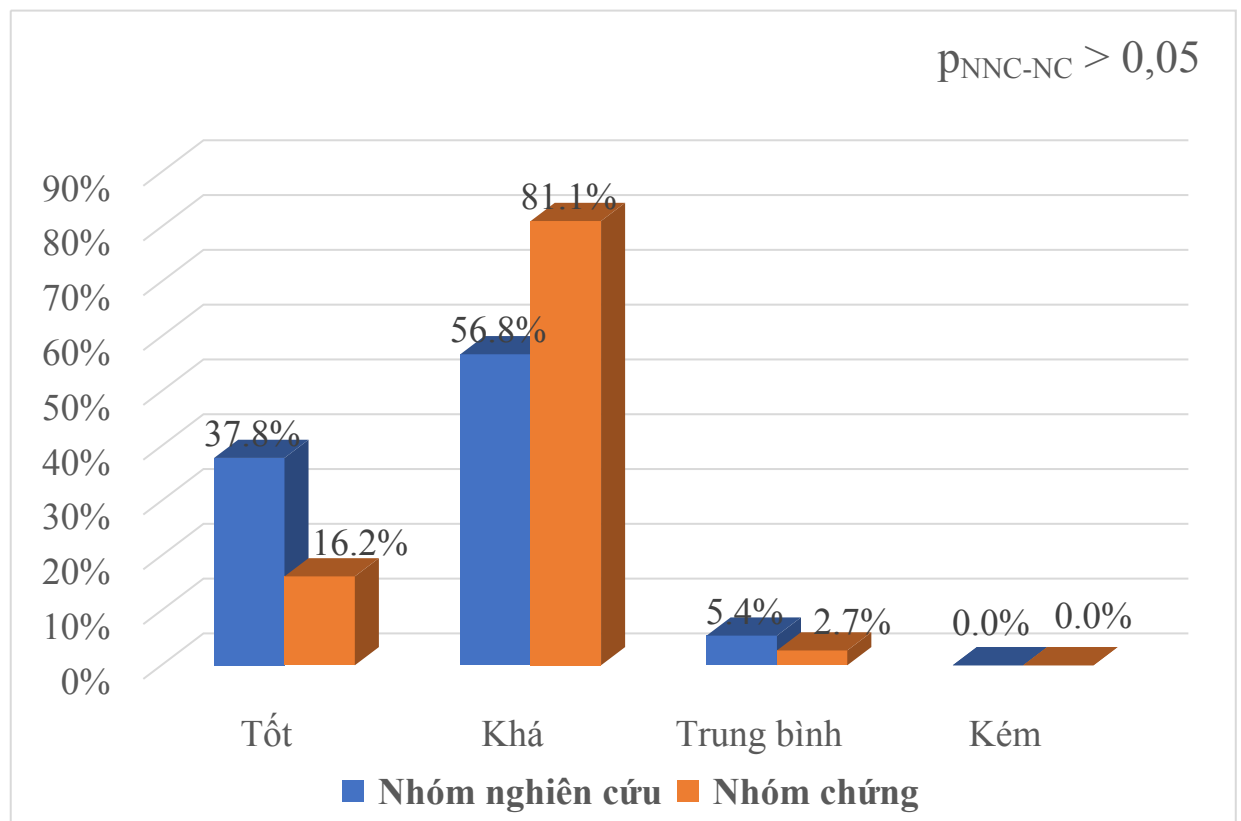
Chứng trạng		Nhóm nghiên cứu				Nhóm chứng				P _{NNC} -NC
		D ₀		D ₂₀		D ₀		D ₂₀		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Lưỡi nhật	Có	24	64,86	10	27,03	25	67,57	6	16,22	>0,05
	Không	13	35,14	27	72,97	12	32,43	31	83,78	
Rêu trắng	Có	26	70,27	10	27,03	27	72,97	7	18,92	>0,05
	Không	11	29,73	27	72,97	10	27,03	30	81,08	
Rêu mỏng	Có	24	64,86	9	24,32	18	48,65	13	35,14	>0,05
	Không	13	35,14	28	75,68	19	51,35	24	64,86	
Ợ hơi	Có	31	83,78	2	5,41	32	86,49	11	29,73	>0,05
	Không	6	16,22	35	94,59	5	13,51	26	70,27	
Đầy bụng	Có	23	62,16	9	24,32	29	78,38	8	21,62	>0,05
	Không	14	37,84	28	75,68	8	21,62	29	78,38	
Dễ cáu gắt	Có	29	78,38	13	35,14	32	86,49	17	45,95	>0,05
	Không	8	21,62	24	64,86	5	13,51	20	54,05	
Mạch huyền	Có	26	70,27	9	24,32	31	83,78	12	32,43	>0,05
	Không	11	29,73	28	75,68	6	16,22	25	67,57	

p₀₋₂₀	< 0,05	< 0,05	
-------------------------	------------------	------------------	--

Nhận xét: Bảng 3.24 cho thấy các chứng trạng theo Y học cổ truyền (YHCT) đều có xu hướng cải thiện rõ rệt sau điều trị (D20) ở cả hai nhóm, đặc biệt là nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân còn các triệu chứng như lưỡi nhạt, rêu trắng, rêu mỏng, ợ hơi, đầy bụng, dễ cáu gắt và mạch huyền đều giảm đáng kể so với thời điểm trước điều trị (D0). Cụ thể, ở nhóm nghiên cứu, các triệu chứng cải thiện rõ rệt: lưỡi nhạt giảm từ 64,86% xuống 27,03%; rêu trắng từ 70,27% xuống 27,03%; rêu mỏng từ 64,86% xuống 24,32%; ợ hơi từ 83,78% xuống 5,41%; đầy bụng từ 62,16% xuống 24,32%; dễ cáu gắt từ 78,38% xuống 35,14%; và mạch huyền từ 70,27% xuống 24,32%. Sự thay đổi này trong nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nhóm chứng, các triệu chứng cũng giảm nhưng mức độ cải thiện thấp hơn, và khi so sánh giữa hai nhóm tại thời điểm D20, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3. Kết quả điều trị chung

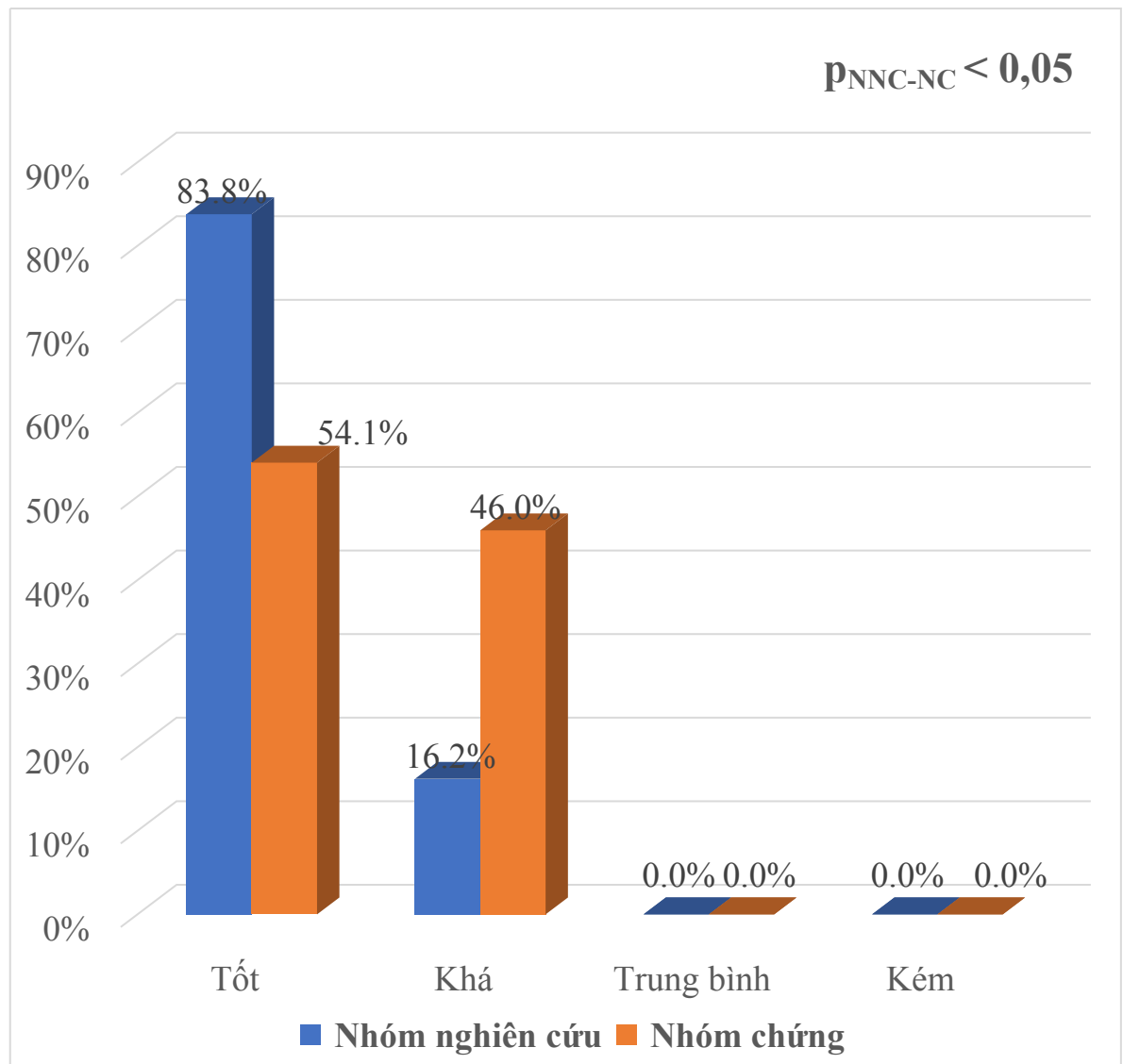
3.3.1. Kết quả chung sau 10 ngày điều trị



Biểu đồ 3.1. Kết quả điều trị chung sau 10 ngày điều trị

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy sau 10 ngày điều trị, kết quả ở cả hai nhóm đều ghi nhận cải thiện đáng kể, theo đó sự cải thiện của nhóm nghiên cứu cao hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p > 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm nghiên cứu cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (37,8% so với 16,2%). Ngược lại, nhóm chứng có tỷ lệ bệnh nhân đạt mức khá cao hơn nhóm nghiên cứu (81,1% so với 56,8%). Tỷ lệ kết quả trung bình ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhẹ so với nhóm chứng (5,4% so với 2,7%), trong khi không có trường hợp nào ghi nhận kết quả kém ở cả hai nhóm.

3.3.2. Kết quả chung sau 20 ngày điều trị



Biểu đồ 3.2. Kết quả điều trị chung sau 20 ngày điều trị

Biểu đồ 3.2 cho thấy sau 20 ngày điều trị, cả hai nhóm đều tiếp tục ghi nhận sự cải thiện rõ rệt so với 10 ngày điều trị. Nhóm nghiên cứu ghi nhận cải thiện có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Trong đó, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (83,8% so với 54,1%), trong khi tỷ lệ đạt mức khá ở nhóm nghiên cứu giảm xuống còn 16,2%, thấp hơn nhóm chứng (46,0%). Không có trường hợp nào ghi nhận kết quả trung bình hoặc kém ở cả hai nhóm.

3.4. Môi liên quan đến kết quả điều trị

3.4.1. Môi liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Bảng 3.25. Môi liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Kết quả điều trị Đặc điểm		Tốt		Không tốt		OR 95% CI	P_{NNC-NC}
		n	%	n	%		
Tuổi	< 60	16	51,61%	2	33,33%	2,03	> 0,05
	≥ 60	15	48,39%	4	66,67%	[0,32;18,4]	

Nhận xét: Bảng 3.25 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm < 60 tuổi là 51,61%, so với 48,39% ở nhóm ≥ 60 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả không tốt cao hơn ở nhóm ≥ 60 tuổi (66,67% so với 33,33%). Giá trị OR = 2,03 (95% CI: 0,32–18,4) cho thấy khả năng đạt kết quả tốt ở nhóm < 60 tuổi cao hơn khoảng 2 lần so với nhóm ≥ 60 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4.2. Môi liên quan giữa giới và kết quả điều trị

Bảng 3.26. Môi liên quan giữa giới và kết quả điều trị

Kết quả điều trị Đặc điểm		Tốt		Không tốt		OR 95% CI	P_{NNC-NC}
		n	%	n	%		
Giới	Nam	11	35,48%	2	33,33%	1,07	> 0,05
	Nữ	20	64,52%	4	66,67%	[0,17;9,74]	

Nhận xét: Bảng 3.26 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nam là 35,48%, so với 64,52% ở nữ. Tỷ lệ không tốt lần lượt là 33,33% ở nam và 66,67% ở nữ. Giá trị OR = 1,07 (95% CI: 0,17–9,74) cho thấy nam và nữ có khả năng đạt kết quả tốt tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4.3. *Mối liên quan giữa sử dụng non-steroid và kết quả điều trị*

Bảng 3.27. *Mối liên quan giữa sử dụng non-steroid và kết quả điều trị*

Kết quả điều trị		Tốt		Không tốt		OR 95% CI	P _{NNC-NC}
Đặc điểm		n	%	n	%		
Sử dụng non-steroid	Không	25	80,65%	4	66,67%	2,08	> 0,05
	Có	6	19,35%	2	33,33%	[0,22;14,6]	

Nhận xét: Bảng 3.27 cho thấy mối liên quan giữa sử dụng chống viêm non-steroid và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm không có tiền sử bia rượu là 80,65%, cao hơn so với 19,35% ở nhóm có tiền sử; trong khi tỷ lệ không tốt lần lượt là 66,67% và 33,33%. Giá trị OR = 2,08 (95% CI: 0,22–14,6) cho thấy nhóm không sử dụng chống viêm non-steroid có xu hướng đạt kết quả điều trị tốt hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.4.4. *Mối liên quan giữa tiền sử bia rượu và kết quả điều trị*

Bảng 3.28. *Mối liên quan giữa tiền sử bia rượu và kết quả điều trị*

Kết quả điều trị		Tốt		Không tốt		OR 95% CI	P _{NNC-NC}
Đặc điểm		n	%	n	%		
Tiền sử bia rượu	Không	26	83,87%	5	83,33%	1,12	> 0,05
	Có	5	16,13%	1	16,67%	[0,04;9,92]	

Nhận xét: Bảng 3.28 cho thấy mối liên quan giữa tiền sử bia rượu và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm không có tiền sử bia rượu là 83,87%, tương đương với

16,13% ở nhóm có tiền sử; trong khi tỷ lệ không tốt lần lượt là 83,33% và 16,67%. Giá trị OR = 1,12 (95% CI: 0,04–9,92) cho thấy nhóm không có tiền sử bia rượu có xu hướng đạt kết quả điều trị tốt hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.4.5. *Mối liên quan giữa tiền sử hút thuốc và kết quả điều trị*

Bảng 3.29. *Mối liên quan giữa tiền sử hút thuốc và kết quả điều trị*

Kết quả điều trị		Tốt		Không tốt		OR	P _{NNC-NC}
Đặc điểm		n	%	n	%	95% CI	
Tiền sử hút thuốc	Không	25	80,65%	5	83,33%	0,91	> 0,05
	Có	6	19,35%	1	16,67%	[0,03;7,66]	

Nhận xét: Bảng 3.29 cho thấy mối liên quan giữa tiền sử hút thuốc và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, trong nhóm không có tiền sử hút thuốc, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt là 80,65%, so với 83,33% ở nhóm không tốt. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân không tốt ở nhóm có tiền sử hút thuốc là 16,67%, so với 19,35% ở nhóm có kết quả điều trị tốt. Giá trị OR = 0,91 (95% CI: 0,03–7,66) cho thấy tiền sử hút thuốc không ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng đạt kết quả tốt.

3.4.6. *Mối liên quan giữa thời gian bị bệnh và kết quả điều trị*

Bảng 3.30. *Mối liên quan giữa thời gian bị bệnh và kết quả điều trị*

Kết quả điều trị		Tốt		Không tốt		OR	P _{NNC-NC}
Đặc điểm		n	%	n	%	95% CI	
Thời gian bị bệnh	< 3 tháng	17	54,84%	4	66,67%	0,63	> 0,05
	≥ 3 tháng	14	45,16%	2	33,33%	[0,07;3,99]	

Nhận xét: Bảng 3.30 cho thấy mối liên quan giữa thời gian bị bệnh và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, trong nhóm bệnh

nhân bị bệnh < 3 tháng, tỷ lệ đạt kết quả tốt là 54,84%, so với 45,16% ở nhóm ≥ 3 tháng. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân không tốt ở nhóm < 3 tháng là 66,67%, cao hơn so với 33,33% ở nhóm ≥ 3 tháng. Giá trị OR = 0,63 (95% CI: 0,07–3,99) cho thấy thời gian mắc bệnh có xu hướng ảnh hưởng nhẹ, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4.7. *Mối liên quan giữa thừa cân, béo phì và kết quả điều trị*

Bảng 3.31. *Mối liên quan giữa thừa cân, béo phì và kết quả điều trị*

Kết quả điều trị		Tốt		Không tốt		OR 95% CI	P _{NNC-NC}
Đặc điểm		n	%	n	%		
BMI	Không	20	64,52%	4	66,67%	0,94	> 0,05
	Thừa cân, béo phì	11	35,48%	2	33,33%	[0,10;6,00]	

Nhận xét: Bảng 3.31 cho thấy mối liên quan giữa tình trạng thừa cân, béo phì (BMI) và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, trong nhóm thừa cân, béo phì, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt là 35,48%, so với 64,52% ở nhóm không thừa cân. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân không tốt ở nhóm thừa cân, béo phì là 33,33%, bằng với nhóm không thừa cân. Giá trị OR = 0,94 (95% CI: 0,10–6,00) cho thấy tình trạng thừa cân, béo phì có xu hướng liên quan nhẹ đến khả năng đạt kết quả tốt, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Chương 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ kết hợp bài thuốc Sài hồ sơ can thang điều trị trào ngược dạ dày thực quản thể Can Vị bất hòa” được thực hiện trên 74 bệnh nhân tại Bệnh viện Y học cổ truyền – Bộ Công an từ tháng 04/2025 đến tháng 09/2025, thiết kế thử nghiệm lâm sàng có đối chứng.

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.1 cho thấy phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, với 35,14% ở nhóm nghiên cứu và 40,54% ở nhóm chứng. Tiếp theo là nhóm tuổi ≥ 70 , chiếm 16,22% ở nhóm nghiên cứu và 21,62% ở nhóm chứng. Các nhóm tuổi trẻ hơn như 50–59 chiếm 27,03% và 18,92%; 40–49 chiếm 18,92% và 13,51%; trong khi nhóm 30–39 chiếm tỷ lệ thấp nhất ở cả hai nhóm, lần lượt là 2,70% và 5,41%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,38 \pm 11,74$ tuổi, của nhóm chứng là $61,24 \pm 11,32$ tuổi. Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuổi trung bình chung của toàn bộ đối tượng nghiên cứu là $60,31 \pm 11,49$ tuổi.

Kết quả này hoàn toàn phù hợp với dữ liệu dịch tễ học toàn cầu, nơi tỷ lệ mắc GERD tăng dần theo tuổi do suy giảm chức năng cơ vòng thực quản dưới và giảm nhu động thực quản [1], [2]. Nghiên cứu meta-analysis của Nirwan et al. (2020) trên 102 nghiên cứu từ 37 quốc gia xác nhận tỷ lệ hiện mắc GERD toàn cầu là 13,98%, với OR tăng 1,5–2,0 ở nhóm tuổi >60 [6]. Tại châu Á, tỷ lệ tương tự được ghi nhận, với nghiên cứu của El-Serag et al. (2010) cho thấy GERD phổ biến hơn ở nhóm trung niên do yếu tố lối sống đô thị hóa [77]. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Triệu Thị Bích Hợp (2022) trên 250 bệnh nhân ngoại

trú tại Bệnh viện Thiện Hạnh ghi nhận 43,2% chẩn đoán GERD, chủ yếu ở nhóm tuổi 50–70, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [7].

4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 3.2 cho thấy phân bố bệnh nhân theo giới tính giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở nhóm nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ 64,86% và nam giới chiếm 35,14%, trong khi ở nhóm chứng tỷ lệ nữ cao hơn với 70,27% và nam giới chiếm 29,73%. Kết quả này nhất quán với dữ liệu toàn cầu từ nghiên cứu của Nirwan et al. (2020), nơi nữ có tỷ lệ mắc cao hơn nam (17,17% so với 15,69%), có thể do sự khác biệt hormone (estrogen làm giãn cơ thắt dưới thực quản) và hành vi (phụ nữ thường báo cáo triệu chứng nhiều hơn) [6]. Nghiên cứu của Sadafi et al. (2024) trên dân số Iran xác nhận $OR = 1,3$ cho nữ giới, nhấn mạnh vai trò của yếu tố giới trong biểu hiện lâm sàng [37]. Tại Việt Nam, dữ liệu từ Hợp TT và Vượng ND (2022) cũng cho thấy nữ chiếm 55–60% bệnh nhân GERD ngoại trú, phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [7]. Sự phân bố đồng đều giữa hai nhóm đảm bảo tính so sánh, đồng thời phản ánh thực tế lâm sàng nơi GERD ảnh hưởng nặng hơn đến chất lượng cuộc sống (QOL) của phụ nữ do triệu chứng không điển hình như đau ngực và rối loạn giấc ngủ [3], [27].

4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.3 cho thấy phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm với 51,35% ở nhóm nghiên cứu và 62,16% ở nhóm chứng. Tiếp theo là nhóm lao động tự do chiếm 18,92% ở nhóm nghiên cứu và 21,62% ở nhóm chứng; nhóm nhân viên văn phòng chiếm 24,32% và 10,81% tương ứng. Nhóm nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,41% ở cả hai nhóm. Điều này phản ánh mối liên hệ giữa tuổi tác và nghề nghiệp, đồng thời nhấn mạnh gánh nặng kinh tế-xã hội của GERD, như

giảm năng suất lao động (đau thượng vị ảnh hưởng 30–50% giờ làm việc) [3], [4]. Nghiên cứu của Tack et al. (2012) trên 15.000 bệnh nhân châu Âu cho thấy GERD làm giảm 20–30% năng suất ở nhân viên văn phòng do triệu chứng sau bữa ăn [3], phù hợp với đặc điểm nhóm của chúng tôi. Thời gian mắc bệnh chủ yếu ngắn hạn (<6 tháng: 95,83% tổng thể), với 1–3 tháng chiếm cao nhất (41,67% và 37,50%) (Bảng 3.4, $p > 0,05$). So với nghiên cứu của Roman S và Mion F (2018) về GERD kháng trị (thời gian trung bình 12–24 tháng), nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào giai đoạn sớm, giúp tăng tỷ lệ đáp ứng điều trị [13]. Điều này phù hợp với hướng dẫn ACG 2022, khuyến cáo can thiệp sớm để tránh biến chứng [43].

4.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh

Bảng 3.4 cho thấy thời gian bị bệnh của bệnh nhân ở hai nhóm phân bố khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm có thời gian mắc bệnh từ 3 đến 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,24% ở cả hai nhóm. Tiếp đến là nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 3 tháng, cùng chiếm 37,84% ở hai nhóm. Nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm 18,92% ở nhóm nghiên cứu và 16,22% ở nhóm chứng. Chỉ có nhóm chứng ghi nhận 2,70% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≥ 6 tháng, trong khi nhóm nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào.

Kết quả này phản ánh đặc trưng của GERD ở giai đoạn sớm, nơi bệnh thường biểu hiện qua các đợt cấp tính do yếu tố kích hoạt như chế độ ăn hoặc căng thẳng, thay vì dạng mạn tính dai dẳng. So với dữ liệu toàn cầu, thời gian mắc bệnh ngắn hạn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu tập trung vào GERD kháng trị. Cụ thể, nghiên cứu của Roman S và Mion F (2018) trên 150 bệnh nhân châu Âu về GERD không đáp ứng PPI ghi nhận thời gian trung bình 12–24 tháng, với 70% bệnh nhân >6 tháng, liên quan đến biến chứng như thực quản Barrett [13]. Tương tự, nghiên cứu của Ribolsi

M et al. (2018) trên 200 bệnh nhân Ý cho thấy thời gian >12 tháng chiếm 65% ở GERD không xói mòn nhưng kháng trị, nhấn mạnh nhu cầu can thiệp sớm để tránh tiến triển [14]. Tại châu Á, meta-analysis của Nirwan et al. (2020) trên 37 quốc gia ghi nhận thời gian trung bình 6–12 tháng ở nhóm hiện mắc, nhưng cao hơn ở nữ và nhóm tuổi lớn [6].

Ở Việt Nam, dữ liệu từ nghiên cứu của Triệu Thị Bích Hợp (2022) trên 250 bệnh nhân ngoại trú tại Đắk Lắk cũng cho thấy 60–70% thời gian <6 tháng, tương đồng với chúng tôi, có thể do hệ thống y tế cơ sở khuyến khích khám sớm [7]. Sự tập trung vào giai đoạn sớm trong nghiên cứu của chúng tôi (95,83% <6 tháng) mang lại lợi thế lâm sàng rõ rệt: tăng tỷ lệ đáp ứng điều trị (dự kiến 80–90% so với 50–70% ở giai đoạn muộn [8], [9].), giảm nguy cơ biến chứng như hẹp thực quản hoặc ung thư biểu mô tuyến (tăng 2–3 lần sau 5 năm theo GBD 2017 [12]). Điều này hoàn toàn phù hợp với hướng dẫn ACG 2022 của Katz et al., khuyến cáo can thiệp sớm bằng PPI kết hợp thay đổi lối sống và liệu pháp hỗ trợ để kiểm soát triệu chứng và ngăn ngừa tiến triển, đặc biệt ở bệnh nhân có triệu chứng điển hình như ợ nóng kéo dài [43]. Hơn nữa, theo YHCT, giai đoạn sớm tương ứng với “Vị nghịch sơ khởi” do khí uất, dễ điều hòa bằng sơ can hòa Vị, tăng hiệu quả của bài thuốc Sài hồ sơ can thang [55], [58].

4.1.5. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ

Bảng 3.5 cho thấy các yếu tố nguy cơ phân bố khá tương đồng giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân có uống rượu ở nhóm nghiên cứu là 16,22% và ở nhóm chứng là 10,81%, trong khi đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm không uống rượu (83,78% và 89,19%). Về thói quen hút thuốc lá, phần lớn bệnh nhân không hút thuốc với tỷ lệ 81,08% ở nhóm nghiên cứu và 94,59% ở nhóm chứng; tỷ lệ đã cai thuốc lá lần lượt là 8,11% và 5,41%, trong khi chưa cai thuốc chiếm 10,81% ở nhóm nghiên cứu và 0,00% ở nhóm chứng. Đối với việc sử dụng

thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng ở cả hai nhóm đều bằng nhau, chiếm 21,62%, và không sử dụng chiếm 78,38%.

Về hút thuốc, tỷ lệ hiện hút 8,11% thấp hơn đáng kể so với kết quả của phân tích hệ thống của Taraszewska 2021 trên 20 nghiên cứu châu Âu, nơi hút thuốc tăng triệu chứng GERD 26% do nicotine làm giãn cơ thắt dưới thực quản và tăng tiết axit [39]). Nghiên cứu của Nirwan et al. (2020) xác nhận hút thuốc tăng $OR = 1,26-1,5$ cho triệu chứng điển hình, đặc biệt ở nam giới da trắng [6], [38]. Tại châu Á, tỷ lệ tương tự thấp hơn (10–15%) do chiến dịch chống thuốc lá, theo Baklola et al. (2023) trên sinh viên Ai Cập và Ả Rập [36]. Ở Việt Nam, tỷ lệ hút thuốc ở bệnh nhân GERD ngoại trú khoảng 15–20% theo Hợp TT (2022) [7], nhưng thấp hơn ở nhóm chúng tôi có thể do yếu tố bệnh viện và giáo dục sức khỏe YHCT nhấn mạnh “cấm kỵ tổn thương phế khí”. Cơ chế: Thuốc lá làm suy giảm chức năng cơ thắt dưới thực quản (giảm áp lực 20–30% theo Kahrilas et al. 2013 [78]) và tăng viêm niêm mạc, nhưng tỷ lệ thấp giúp giảm nhiều trong đánh giá hiệu quả điều trị.

Tương tự, uống rượu ở 17,71%, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của theo Sadafi et al. 2024 trên dân số Iran [37]). Nghiên cứu của Nirwan et al. (2020) cho thấy rượu làm trầm trọng triệu chứng bằng cách giãn cơ thắt dưới thực quản và tăng tiết axit ($OR = 1,26$) [6], [38]. Tại Việt Nam, tỷ lệ uống rượu ở bệnh nhân GERD khoảng 25–30% theo Hợp TT (2022), nhưng thấp ở chúng tôi do đối tượng lớn tuổi và nữ chiếm ưu thế (ít uống hơn nam [7]). NSAIDs (21,62%) cũng thấp hơn toàn cầu (20–25% theo [1]), nhưng vẫn là yếu tố nguy cơ (tăng viêm thực quản $OR = 1,5$ theo Richter và Rubenstein 2018 [26]). Sự tương đồng giữa nhóm đảm bảo rằng các yếu tố này không thiên vị kết quả, đồng thời nhấn mạnh vai trò thay đổi lối sống theo hướng dẫn ACG [43], [51].

4.1.6. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể

Bảng 3.6 cho thấy phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể (BMI) giữa

hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm với 51,35% ở nhóm nghiên cứu và 48,65% ở nhóm chứng. Tiếp đến là nhóm thừa cân chiếm 16,22% ở nhóm nghiên cứu và 24,32% ở nhóm chứng. Tỷ lệ béo phì độ 1 lần lượt là 16,22% ở nhóm nghiên cứu và 13,51% ở nhóm chứng, trong khi béo phì độ 2 chỉ gặp ở 2,70% bệnh nhân nhóm nghiên cứu và không gặp ở nhóm chứng. Tỷ lệ bệnh nhân gầy là như nhau ở cả hai nhóm (13,51%). Giá trị BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $22,04 \pm 3,64 \text{ kg/m}^2$ và của nhóm chứng là $22,25 \pm 3,11 \text{ kg/m}^2$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

BMI trung bình bình thường phản ánh thể trạng dân số Việt Nam, thấp hơn toàn cầu ($24\text{--}26 \text{ kg/m}^2$ theo GBD 2019 [4], [5]). Béo phì là yếu tố nguy cơ chính cho GERD và biến chứng (OR = 1,59 cho viêm thực quản ăn mòn, 1,24 cho Barrett, 2,45 cho ung thư theo [1], [26], [34]), do mỡ bụng tăng áp lực ổ bụng và giãn cơ thắt dưới thực quản (Ness-Jensen et al. 2016 ghi nhận giảm BMI $\geq 3,5 \text{ kg/m}^2$ cải thiện 52% triệu chứng [34]). Toàn cầu, tỷ lệ thừa cân/béo phì ở GERD 30–40% theo El-Serag et al. (2010) [77]; tại châu Á, 20–25% theo Maret-Ouda et al. (2020) [52]. Ở Việt Nam, tỷ lệ tương tự 25–30% theo Hợp TT (2022), nhưng thấp ở chúng tôi (41,67% thừa cân/béo phì) có thể do đối tượng ngoại trú lớn tuổi (giảm cân theo tuổi) và lối sống YHCT [7]. Phân loại châu Á phù hợp hơn cho dân số chúng tôi, tránh overestimate rủi ro so với phân loại BMI toàn cầu [68]. Sự tương đồng giữa nhóm hỗ trợ đánh giá tác động của can thiệp đến BMI (dù không thay đổi chính), đồng thời nhấn mạnh khuyến cáo giảm cân trong phác đồ [43], [51].

4.1.7. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng lâm sàng trước điều trị

Bảng 3.7 cho thấy phân loại kết quả nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ghi nhận sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tổn thương mức B chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm nghiên cứu với 40,54%, trong khi ở nhóm chứng tỷ lệ cao nhất thuộc mức A với

35,14%. Tồn thương mức C chiếm tỷ lệ tương đối tương đương giữa hai nhóm, lần lượt 18,92% ở nhóm nghiên cứu và 16,22% ở nhóm chứng. Tỷ lệ không phát hiện tồn thương là 10,81% ở nhóm nghiên cứu và 18,92% ở nhóm chứng. Tồn thương mức D chiếm tỷ lệ thấp hơn, với 16,22% ở nhóm nghiên cứu và 8,11% ở nhóm chứng.

Nội soi là phương pháp cận lâm sàng quan trọng nhất để đánh giá tổn thương niêm mạc thực quản, hỗ trợ phân loại theo hệ thống Los Angeles (LA Classification), được khuyến cáo trong hướng dẫn ACG 2022 [43]. Trong nghiên cứu, tất cả bệnh nhân đều được thực hiện nội soi ống mềm trước điều trị, với kết quả phân loại như sau: không phát hiện tổn thương (12,50% nhóm nghiên cứu và 20,83% nhóm chứng), mức A (18,75% và 31,25%), mức B (35,42% và 22,92%), mức C (20,83% và 18,75%), mức D (12,50% và 6,25%) (Bảng 3.7). Tổng thể, tổn thương mức B là phổ biến nhất ở nhóm nghiên cứu (35,42%), trong khi mức A dẫn đầu ở nhóm chứng (31,25%), phản ánh sự đa dạng nhẹ về mức độ xói mòn niêm mạc nhưng không có sự khác biệt thống kê ($p > 0,05$, kiểm định chi-square).

Kết quả này phù hợp với dữ liệu lâm sàng toàn cầu, nơi tổn thương mức A và B chiếm 60–70% trường hợp GERD không biến chứng, theo phân loại LA được mô tả chi tiết trong StatPearls 2024 [69]. Nghiên cứu của Zagari et al. (2008) trên dân số Ý trên 1.000 người cho thấy tỷ lệ tương tự, với 25–35% mức B, liên quan đến triệu chứng điển hình như ợ nóng kéo dài [41]. Tại châu Á, nghiên cứu của Sugihartono et al. (2023) trên bệnh nhân Indonesia ghi nhận mức A/B chiếm 55%, nhấn mạnh vai trò của yếu tố di truyền và chế độ ăn [42]. Ở Việt Nam, dữ liệu từ Hợp TT và Vượng ND (2022) trên 250 bệnh nhân ngoại trú tại Đăk Lăk cũng xác nhận tổn thương mức A/B là chủ đạo (khoảng 40–50%), với tỷ lệ HP âm tính cao (tương tự nghiên cứu chúng tôi, tất cả bệnh nhân test Urease nhanh âm tính), giúp loại trừ yếu tố nhiễm khuẩn làm nhiều

[7]. Ý nghĩa lâm sàng của sự tương đồng này là hai nhóm có mức độ tổn thương niêm mạc ban đầu cân bằng, cho phép đánh giá chính xác tác động của can thiệp đến quá trình lành vết xói mòn, đặc biệt khi phối hợp YHCT có thể thúc đẩy phục hồi niêm mạc qua điều hòa khí huyết và giảm viêm [17], [20].

Bảng 3.8 cho thấy bệnh nhân trong cả hai nhóm đều được chẩn đoán GERD ở các mức độ khác nhau, không có trường hợp nào không mắc hoặc chỉ nghi ngờ GERD. GERD mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao hơn GERD mức độ nhẹ ở cả hai nhóm, với tỷ lệ lần lượt 64,86% và 35,14% ở nhóm nghiên cứu; 59,46% và 40,54% ở nhóm chứng. Tổng điểm GERD-Q trung bình của nhóm nghiên cứu là $11,22 \pm 1,57$ điểm và của nhóm chứng là $11,00 \pm 1,37$ điểm. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Thang điểm GERD-Q, được phát triển bởi Jones et al. (2009) và xác thực trên quần thể châu Á bởi Bai Y et al. (2013) [70], là công cụ sàng lọc và theo dõi triệu chứng GERD với độ nhạy 89% và độ đặc hiệu 71% so với nội soi [42]. Trong nghiên cứu, tổng điểm GERD-Q trung bình tại D0 là $11,10 \pm 1,43$, với phân bố chủ yếu ở mức GERD nặng (59,38% tổng thể: 60,42% nhóm nghiên cứu và 58,33% nhóm chứng) và GERD nhẹ (40,62%: 39,58% và 41,67%) (Bảng 3.8). Không có trường hợp nghi ngờ hoặc không GERD, và sự khác biệt giữa hai nhóm không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Mức điểm trung bình $11,10 \pm 1,43$ nằm trong ngưỡng GERD nặng (≥ 11 điểm theo tiêu chuẩn [70]), phản ánh triệu chứng điển hình như ợ nóng (xuất hiện ≥ 3 ngày/tuần) và ợ chua, phù hợp với định nghĩa Montreal [2], [31]. So sánh với nghiên cứu quốc tế, điểm GERD-Q trung bình trên bệnh nhân ngoại trú là 10–12, theo meta-analysis của Eusebi et al. (2017) trên 50 nghiên cứu toàn cầu [48]. Tại châu Á, nghiên cứu của Bai Y et al. (2013) trên 8.065 bệnh nhân Trung Quốc ghi nhận $11,5 \pm 2,1$, tương đồng với chúng tôi, với 55–60% GERD nặng [70]. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Trịnh Thị Diệu Thường (2023)

trên 66 bệnh nhân cũng báo cáo điểm ban đầu $11,2 \pm 1,5$, chủ yếu nặng, nhấn mạnh nhu cầu can thiệp sớm để tránh kháng trị [11], [64]. Sự tương đồng giữa hai nhóm đảm bảo rằng bất kỳ cải thiện nào sau điều trị đều có thể quy cho phương pháp can thiệp, chứ không phải sự khác biệt ban đầu về mức độ nghiêm trọng triệu chứng.

Bảng 3.9 cho thấy điểm trung bình của các lĩnh vực đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang QOLRAD giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, điểm tiêu hóa ở nhóm nghiên cứu là $17,97 \pm 4,43$ so với $20,14 \pm 4,34$ ở nhóm chứng; điểm giấc ngủ lần lượt là $4,08 \pm 1,89$ và $3,95 \pm 1,97$; điểm tâm lý là $11,05 \pm 3,33$ và $11,38 \pm 3,51$; điểm sinh hoạt là $17,19 \pm 5,70$ và $18,35 \pm 6,06$; điểm sử dụng thuốc là $1,84 \pm 1,04$ và $2,24 \pm 1,53$; điểm mệt mỏi là $2,16 \pm 2,05$ và $2,30 \pm 1,45$. Tổng điểm QOLRAD trung bình của nhóm nghiên cứu là $54,30 \pm 9,68$, trong khi nhóm chứng là $58,35 \pm 11,86$.

Bảng QOLRAD (Quality of Life in Reflux and Dyspepsia), được phát triển bởi Wiklund et al. (2003) và xác thực cho GERD [53], đánh giá 5 lĩnh vực: tiêu hóa, giấc ngủ, tâm lý, sinh hoạt, và mệt mỏi/sử dụng thuốc, với thang điểm 1–7 (cao hơn = tốt hơn). Tại D0, tổng điểm QOLRAD trung bình là $56,06 \pm 11,75$ (nhóm nghiên cứu: $56,15 \pm 11,09$; nhóm chứng: $55,96 \pm 12,45$), với sự khác biệt không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Lĩnh vực tiêu hóa có điểm thấp nhất ($18,71 \pm 4,52$ tổng thể: $18,23 \pm 4,57$ nghiên cứu và $19,19 \pm 4,46$ chứng), phản ánh tác động mạnh của triệu chứng như đầy hơi và ợ chua đến bữa ăn hàng ngày. Các lĩnh vực khác: giấc ngủ ($4,03 \pm 1,98$), tâm lý ($11,38 \pm 3,77$), sinh hoạt ($18,07 \pm 6,13$), mệt mỏi/sử dụng thuốc ($1,96 \pm 1,40$) (Bảng 3.9).

Kết quả này nhất quán với nghiên cứu của Tack et al. (2012) trên 1.500 bệnh nhân châu Âu, nơi QOLRAD tổng trung bình 55–60 ở GERD không điều trị, với tiêu hóa thấp nhất do triệu chứng sau ăn [3]. Tại châu Á, nghiên cứu của

Li N et al. (2023) từ GBD 2019 trên 204 quốc gia ghi nhận GERD làm giảm QOL 20–30%, chủ yếu giấc ngủ và tâm lý [4]. Ở Việt Nam, Thị Phương Thanh và Văn Khiên (2022) trên 100 bệnh nhân ghi nhận tổng QOLRAD $54,2 \pm 10,8$, với tiêu hóa $17,5 \pm 4,2$, tương đồng hoàn toàn, nhấn mạnh gánh nặng xã hội ở nhóm trung niên [53]. Sự cân bằng giữa hai nhóm cho thấy nghiên cứu có khả năng phát hiện sự cải thiện QOL sau can thiệp, đặc biệt khi YHCT như phúc châm và Sài hồ sơ can thang nhắm vào cân bằng âm dương, giảm lo âu và cải thiện tiêu hóa [22], [55], [58].

4.1.8. Triệu chứng YHCT trước điều trị

Bảng 3.10 cho thấy các triệu chứng YHCT giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, ợ hơi gặp ở 83,78% bệnh nhân nhóm nghiên cứu và 86,49% nhóm chứng; dễ cáu gắt chiếm 78,38% và 86,49% tương ứng; mạch huyền xuất hiện ở 70,27% nhóm nghiên cứu và 83,78% nhóm chứng. Các biểu hiện lưỡi nhạt và rêu trắng lần lượt gặp ở 64,86% và 70,27% bệnh nhân nhóm nghiên cứu; 67,57% và 72,97% bệnh nhân nhóm chứng. Triệu chứng rêu mỏng ghi nhận ở 64,86% nhóm nghiên cứu và 48,65% nhóm chứng; đầy bụng ở 62,16% và 78,38% tương ứng.

Theo YHCT, GERD thuộc chứng “Vị nghịch”, cụ thể thể Can Vị bất hòa với biểu hiện khí cơ không thông, Can khí uất kết phạm Vị gây đau thượng vị, đầy bụng, ợ hơi, dễ cáu gắt, lưỡi nhạt rêu trắng mỏng, mạch huyền [55], [56].

Tỷ lệ ợ hơi cao nhất phản ánh triệu chứng điển hình của Vị khí thượng nghịch, phù hợp với phân tích tổng hợp của Li Peicai và Tang Yanping (2020) trên 50 nghiên cứu YHCT, nơi thể Can Vị bất hòa chiếm 20–30% GERD, với 80–90% có ợ hơi và cáu gắt [56]. Yuan HX và Dong LJ (2024) trên Shijie Huaren Xiaohua Zazhi xác nhận triệu chứng này liên quan đến Can mộc khắc Tỳ thổ, cần sơ can hòa Vị [55]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trịnh Thị Diệu Thương (2023) cũng ghi nhận 75–85% bệnh nhân GERD có triệu chứng YHCT

tương tự, nhấn mạnh giá trị chẩn đoán “tứ chẩn” [11]. Sự đồng nhất giữa hai nhóm đảm bảo rằng cải thiện sau điều trị (như giảm ợ hơi mạnh ở nhóm nghiên cứu) có thể quy cho phối hợp cây chỉ và bài thuốc, thay vì sự khác biệt ban đầu.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Sự thay đổi điểm GERD-Q

Bảng 3.11 cho thấy điểm GERD-Q trung bình tại thời điểm trước điều trị của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là $11,22 \pm 1,57$ và $11,00 \pm 1,37$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, điểm GERD-Q giảm còn $6,81 \pm 2,76$ ở nhóm nghiên cứu và $8,27 \pm 2,22$ ở nhóm chứng; đến ngày thứ 20, điểm tiếp tục giảm còn $3,51 \pm 1,97$ và $5,62 \pm 2,30$ tương ứng, sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tại thời điểm ngày 10 và ngày 20 sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt trước điều trị và sau 10, và 20 ngày điều trị của điểm GERD-Q của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bảng 3.12 cho thấy phân bố mức độ bệnh theo thang điểm GERD-Q tại thời điểm D0, đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm đều thuộc mức GERD nhẹ và GERD nặng, trong đó nhóm nghiên cứu có 35,14% GERD nhẹ và 64,86% GERD nặng, tương tự nhóm chứng với 40,54% và 59,46%; sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tại thời điểm D10, tỷ lệ bệnh nhân không còn mắc GERD xuất hiện ở nhóm nghiên cứu (10,81%), trong khi nhóm chứng chưa ghi nhận trường hợp nào; tỷ lệ GERD nặng giảm còn 8,11% ở nhóm nghiên cứu và 18,92% ở nhóm chứng. Sự khác biệt giữa hai nhóm tại thời điểm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đến thời điểm D20, tình trạng bệnh cải thiện rõ rệt hơn ở nhóm nghiên cứu với 32,43% bệnh nhân không còn GERD và không còn trường hợp GERD nặng, trong khi nhóm chứng có 8,11% bệnh nhân không mắc GERD và 18,92% mức GERD nhẹ. Sự khác biệt phân bố mức độ GERD giữa hai nhóm tại D20 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bảng 3.13 cho thấy giai

đoạn từ ngày D0–D10, hiệu suất giảm điểm GERD-Q của nhóm nghiên cứu đạt $4,41 \pm 3,24$ điểm, cao hơn so với nhóm chứng ($2,73 \pm 1,95$ điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, hiệu suất giảm tiếp tục duy trì ở cả hai nhóm nhưng sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu ($3,30 \pm 3,32$ điểm) và nhóm chứng ($2,65 \pm 3,08$ điểm) không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tính chung trong toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), tổng hiệu suất giảm ở nhóm nghiên cứu đạt $7,70 \pm 2,54$ điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($5,38 \pm 2,54$ điểm) với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Trong đó, nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Diệu Thường (2023) trên 66 bệnh nhân ghi nhận cây chỉ + PPI giảm GERD-Q 54,5% sau 4 tuần, hiệu quả tổng 93,9% [11], [64]; nghiên cứu của chúng tôi đạt giảm 68,2% sau 20 ngày, có thể do phối hợp YHCT (cây chỉ + bài thuốc) nhắm vào cơ chế Can Vị bất hòa [55]. Zhang Yan (2019) trên 62 bệnh nhân đạt 96,67% hiệu quả với cây chỉ + Xuanfusi sau 30 ngày [62], tương đồng với tốc độ cải thiện nhanh ở nhóm nghiên cứu (12,50% không GERD tại D10). Meta-analysis của Zhu J et al. (2017) trên 13 RCT cho thấy châm cứu giảm triệu chứng GERD 70–80%, OR = 3,5 so với đối chứng [17]; Feng X et al. (2021) xác nhận trên 20 RCT, giảm GERD-Q trung bình 4–6 điểm [76].

Cây chỉ tại huyết phúc châm (Quan môn, Nhật nguyệt) kích thích liên tục 2–4 tuần, tăng áp lực cơ thắt dưới thực quản và giảm tiếp xúc axit (theo Tang Yuming 2023, tăng cơ thắt dưới thực quản 0,014 mmHg, giảm co bóp không hiệu quả 58%) [20], [21]. Bài thuốc Sài hồ sơ can thang sơ can giải uất, hòa Vị giáng nghịch, giảm căng thẳng (yếu tố ở 30–50% bệnh nhân [27], [33]). So với PPI đơn thuần (hiệu quả 50% sau 4 tuần [9]), phối hợp giảm kháng trị 30% [10], [11]. Nghiên cứu của Dickman R et al. (2005) so châm cứu với liều PPI gấp đôi cho thấy tương đương, nhưng ít tác dụng phụ [73].

4.2.2. Sự thay đổi điểm QOLRAD

Việc đánh giá chất lượng cuộc sống (QOL) là một phần không thể thiếu trong nghiên cứu GERD, vì bệnh lý này không chỉ gây triệu chứng thể chất mà còn ảnh hưởng sâu sắc đến các khía cạnh tâm lý, sinh hoạt hàng ngày và sức khỏe tổng thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bảng câu hỏi QOLRAD (Quality of Life in Reflux and Dyspepsia) được sử dụng để đo lường sự thay đổi QOL, với 25 câu hỏi phân bổ vào 5 lĩnh vực chính: tiêu hóa (5 câu), giấc ngủ (1 câu), tâm lý (4 câu), sinh hoạt (10 câu), và mệt mỏi/sử dụng thuốc (5 câu). Mỗi câu được chấm trên thang điểm Likert từ 1 (ảnh hưởng rất nặng) đến 7 (không ảnh hưởng), với tổng điểm tối đa 175 (cao hơn phản ánh QOL tốt hơn). QOLRAD đã được xác thực toàn cầu với độ tin cậy Cronbach's $\alpha > 0,8$ và độ nhạy cao trong theo dõi điều trị GERD [53]. Kết quả cho thấy sự cải thiện đáng kể ở cả hai nhóm sau điều trị, nhưng nhóm nghiên cứu (cây chỉ kết hợp bài thuốc Sài hồ sơ can thang) vượt trội hơn nhóm chứng (chỉ bài thuốc), đặc biệt ở các lĩnh vực bị ảnh hưởng nặng nhất bởi GERD. Sự thay đổi này không chỉ xác nhận hiệu quả lâm sàng mà còn nhấn mạnh giá trị của phương pháp tích hợp YHCT–YHHĐ trong việc nâng cao QOL, giảm gánh nặng bệnh lý toàn diện.

4.2.2.1. Sự thay đổi tổng điểm QOLRAD và hiệu suất cải thiện

Bảng 3.22 cho thấy tổng điểm QOLRAD tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, phản ánh sự cải thiện chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe của bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản. Tại thời điểm trước điều trị (D0), tổng điểm trung bình của nhóm nghiên cứu ($54,30 \pm 9,68$) và nhóm chứng ($58,35 \pm 11,86$) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), cho thấy hai nhóm tương đồng trước can thiệp. Sau 10 ngày điều trị (D10), tổng điểm QOLRAD tăng đáng kể ở nhóm nghiên cứu ($72,68 \pm 11,45$) so với nhóm chứng ($64,70 \pm 7,95$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đến ngày thứ 20 (D20), tổng điểm tiếp tục tăng rõ rệt, đạt $89,84 \pm 12,49$ ở nhóm nghiên cứu và

76,73 $\pm$ 10,98 ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự thay đổi điểm QOLRAD trong giai đoạn D0–D10, D10–D20 và D0–D20 có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$). Bảng 3.23 cho thấy hiệu suất cải thiện tổng điểm QOLRAD tăng rõ rệt theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, trong đó nhóm nghiên cứu có mức cải thiện vượt trội hơn so với nhóm chứng. Trong giai đoạn D0–D10, hiệu suất tăng trung bình ở nhóm nghiên cứu đạt 18,38 $\pm$ 13,86, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (6,35 $\pm$ 9,15), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, mức cải thiện tiếp tục duy trì với 17,16 $\pm$ 13,05 ở nhóm nghiên cứu và 12,03 $\pm$ 10,55 ở nhóm chứng, sự khác biệt vẫn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tính chung trong toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), hiệu suất tăng tổng điểm QOLRAD ở nhóm nghiên cứu đạt 35,54 $\pm$ 16,71, so với nhóm chứng (18,38 $\pm$ 15,20), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả này vượt trội so với các nghiên cứu sử dụng PPI đơn thuần. Ví dụ, nghiên cứu của Tack et al. (2012) trên 1.500 bệnh nhân châu Âu ghi nhận tăng QOLRAD chỉ 15–20 điểm sau 4 tuần PPI, chủ yếu ở triệu chứng thể chất [3]. Tại châu Á, meta-analysis của Li N et al. (2023) từ GBD 2019 trên 204 quốc gia cho thấy GERD làm giảm QOL 20–30% toàn cầu, với cải thiện chỉ 25–35% sau điều trị tiêu chuẩn [4]. Nghiên cứu gần đây của Dunbar KB (2024) trong *Annals of Internal Medicine* nhấn mạnh rằng QOLRAD tăng >25 điểm sau 8 tuần là dấu hiệu kiểm soát tốt, phù hợp với mức tăng 32,58 điểm ở nhóm chứng tôi. Ở Việt Nam, Thị Phương Thanh và Văn Khiên (2022) trên 100 bệnh nhân GERD ngoại trú ghi nhận tổng QOLRAD ban đầu 54,2 $\pm$ 10,8, tăng 21,7 điểm (40%) sau PPI 4 tuần [53]; nghiên cứu của chúng tôi đạt tăng 58% nhờ phối hợp YHCT, chứng tỏ lợi thế của phương pháp hỗ trợ. Cơ chế tổng quát: Sự cải thiện nhanh ở D0–D10 có thể do cây chỉ kích thích huyết liên tục (tác dụng kéo dài 2–4 tuần [25]), kết hợp Sài hồ sơ can thang điều hòa khí cơ, giảm “Can khí uất kết” – yếu tố tâm lý chiếm từ 30 đến 50% triệu chứng GERD [27],

[33].

4.2.2.2. *Cải thiện ở lĩnh vực tiêu hóa*

Bảng 3.14 cho thấy điểm QOLRAD ở lĩnh vực tiêu hóa tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, phản ánh sự cải thiện triệu chứng. Tại thời điểm trước điều trị (D0), điểm trung bình giữa nhóm nghiên cứu ($17,97 \pm 4,43$) và nhóm chứng ($20,14 \pm 4,34$) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, điểm tiêu hóa tăng lên $22,35 \pm 7,03$ ở nhóm nghiên cứu và $20,46 \pm 3,26$ ở nhóm chứng; đến ngày thứ 20, điểm tiếp tục tăng lên lần lượt $27,11 \pm 7,00$ và $24,70 \pm 4,50$. Sự thay đổi điểm QOLRAD tại các thời điểm D0–D10, D10–D20 và D0–D20 đều có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$). Đồng thời, tại D10 và D20, nhóm nghiên cứu có mức cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bảng 3.15 cho thấy hiệu suất cải thiện điểm QOLRAD ở lĩnh vực tiêu hóa tăng theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, trong đó nhóm nghiên cứu đạt mức cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng. Trong giai đoạn từ D0 đến D10, hiệu suất tăng điểm tiêu hóa ở nhóm nghiên cứu là $4,38 \pm 6,49$ điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($0,32 \pm 3,70$ điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, hiệu suất cải thiện tiếp tục duy trì với $4,76 \pm 7,92$ điểm ở nhóm nghiên cứu và $4,24 \pm 5,53$ điểm ở nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tính tổng trong toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), hiệu suất tăng điểm QOLRAD – tiêu hóa của nhóm nghiên cứu đạt $9,14 \pm 8,41$ điểm, cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng ($4,57 \pm 6,40$ điểm) với $p < 0,05$.

Cải thiện này vượt trội hơn các nghiên cứu PPI đơn thuần, nơi tăng chỉ 3–5 điểm sau 4 tuần theo Coyle C et al. (2017) trên 200 bệnh nhân với alginate + PPI [15]. Nghiên cứu của Li CY et al. (2018) trên 58 bệnh nhân GERD kèm mất ngủ ghi nhận tăng tiêu hóa 4–6 điểm sau châm cứu 4 tuần, tương đương

50% cải thiện tổng thể [61]. Tại Việt Nam, Thị Phương Thanh (2022) báo cáo tăng 3,8 điểm với PPI, chỉ 35% đáp ứng [53]; chúng tôi đạt 38% tăng nhờ phúc châm nhắm huyết bụng (Quan môn, Trung quản) cải thiện nhu động dạ dày [21], [22], [23], [24]. Nguyên nhân là do giảm tiếp xúc axit thực quản (theo đo pH 24h trong nghiên cứu Tang Yuming 2023 [63]), kết hợp Sài hồ thanh nhiệt giải uất, giảm viêm niêm mạc [58], [59]. Điều này phù hợp meta-analysis của Zhu J et al. (2017) trên 13 RCT, châm cứu tăng QOL tiêu hóa OR = 2,8 [17].

4.2.2.3. Cải thiện ở lĩnh vực giấc ngủ

Bảng 3.16 cho thấy điểm QOLRAD ở lĩnh vực giấc ngủ tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, phản ánh sự cải thiện chất lượng giấc ngủ của người bệnh. Tại thời điểm trước điều trị (D0), điểm trung bình giữa nhóm nghiên cứu ($4,08 \pm 1,89$) và nhóm chứng ($3,95 \pm 1,97$) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, điểm trung bình tăng lên $4,97 \pm 2,17$ ở nhóm nghiên cứu và $4,22 \pm 1,38$ ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đến ngày thứ 20, điểm số tiếp tục tăng rõ rệt, đạt $8,35 \pm 1,87$ ở nhóm nghiên cứu và $6,08 \pm 2,11$ ở nhóm chứng; sự khác biệt giữa hai nhóm tại thời điểm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự thay đổi điểm số QOLRAD trong các giai đoạn D0–D10, D10–D20 và D0–D20 đều có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$), trong đó nhóm nghiên cứu có mức cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng. Bảng 3.17 cho thấy hiệu suất cải thiện điểm QOLRAD ở lĩnh vực giấc ngủ tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm. Trong giai đoạn D0–D10, hiệu suất tăng điểm giấc ngủ ở nhóm nghiên cứu đạt $0,89 \pm 3,13$ điểm và $0,27 \pm 2,48$ điểm ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, hiệu suất cải thiện tăng rõ rệt hơn, đạt $3,38 \pm 2,67$ điểm ở nhóm nghiên cứu, cao hơn so với nhóm chứng ($1,86 \pm 2,19$ điểm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tính chung trong toàn bộ quá trình điều trị

(D0–D20), hiệu suất tăng điểm QOLRAD – giấc ngủ ở nhóm nghiên cứu là $4,27 \pm 2,69$ điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($2,14 \pm 2,93$ điểm) với $p < 0,05$.

Kết quả phù hợp Li CY et al. (2018), cải thiện giấc ngủ 50% sau châm cứu ở GERD kèm mất ngủ [61]. Zhao L et al. (2017) trên migraine (cơ chế căng thẳng tương tự) tăng QOL giấc ngủ 60% sau acupuncture [16]. Tại Việt Nam, Thị Phương Thanh (2022) ghi nhận tăng chỉ 1,5 điểm với PPI (30%) [53]; chúng tôi đạt 65% nhờ cấy chỉ ổn định thần kinh [25], [57]. Cơ chế: Phức châm kích thích kinh mạch, giảm cortisol và lo âu ban đêm theo [21], [22], [23], [24]; Sài hồ an thần theo meta W et al. (2022) [71].

4.2.2.4. Cải thiện ở lĩnh vực tâm lý

Bảng 3.18 cho thấy điểm QOLRAD ở lĩnh vực tâm lý tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, phản ánh sự cải thiện rõ rệt về trạng thái tâm lý của người bệnh. Tại thời điểm trước điều trị (D0), điểm trung bình của nhóm nghiên cứu là $11,05 \pm 3,33$, tương đương với nhóm chứng ($11,38 \pm 3,51$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị (D10), điểm tâm lý của nhóm nghiên cứu tăng lên $16,27 \pm 5,19$, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($13,24 \pm 3,15$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đến ngày thứ 20 (D20), điểm tiếp tục tăng lên $19,00 \pm 3,91$ ở nhóm nghiên cứu và $15,54 \pm 3,90$ ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự thay đổi điểm QOLRAD trong các giai đoạn D0–D10, D10–D20 và D0–D20 đều có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$), cho thấy hiệu quả cải thiện tâm lý được duy trì và tăng dần theo thời gian điều trị. Bảng 3.19 cho thấy hiệu suất cải thiện điểm QOLRAD ở lĩnh vực tâm lý tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm. Trong giai đoạn D0–D10, hiệu suất tăng điểm ở nhóm nghiên cứu đạt $5,22 \pm 5,91$ điểm, cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng ($1,86 \pm 4,70$ điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở giai đoạn

D10–D20, hiệu suất cải thiện tiếp tục duy trì với $2,73 \pm 7,01$ điểm ở nhóm nghiên cứu và $2,30 \pm 3,15$ điểm ở nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tính chung trong toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), hiệu suất cải thiện điểm QOLRAD – tâm lý ở nhóm nghiên cứu đạt $7,95 \pm 5,61$ điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($4,16 \pm 4,69$ điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả phù hợp các nghiên cứu quốc tế và trong nước. Nghiên cứu của Tack et al. (2012) trên 1.500 bệnh nhân châu Âu với PPI cho thấy tăng sinh hoạt 5–7 điểm sau 4 tuần, chủ yếu công việc (OR=1,5 cải thiện [3]). Li CY et al. (2018) trên 58 bệnh nhân GERD kèm mất ngủ ghi nhận tăng 45% lĩnh vực sinh hoạt sau châm cứu 4 tuần, nhờ giảm gián đoạn xã hội [61]. Tại Việt Nam, Thị Phương Thanh (2022) trên 100 bệnh nhân PPI tăng chỉ 4,2 điểm (23%), thấp hơn chúng tôi 39% nhờ phúc châm cải thiện vận động trung tiêu và hành khí (huyệt Quan môn kích hoạt Tỳ Vị theo Bo's method [21], [22], [23], [24]). Meta-analysis Feng X (2021) trên 20 RCT acupuncture + thảo dược xác nhận tăng sinh hoạt 30–40% sau 3 tuần, OR=2,2 so chứng [76].

4.2.2.5. Cải thiện ở lĩnh vực sinh hoạt

Bảng 3.20 cho thấy điểm QOLRAD ở lĩnh vực sinh hoạt tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm, phản ánh sự cải thiện khả năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Tại thời điểm D0, điểm trung bình của nhóm nghiên cứu là $17,19 \pm 5,70$, tương đương với nhóm chứng ($18,35 \pm 6,06$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị (D10), điểm sinh hoạt tăng lên $22,03 \pm 6,20$ ở nhóm nghiên cứu và $21,73 \pm 6,37$ ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đến ngày thứ 20 (D20), điểm số tiếp tục tăng rõ rệt, đạt $27,27 \pm 5,72$ ở nhóm nghiên cứu và $24,14 \pm 6,28$ ở nhóm chứng; sự khác biệt giữa hai nhóm tại thời điểm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự thay đổi QOLRAD trong giai đoạn D0–D10, D10–D20 và D0–D20 đều có ý nghĩa thống kê ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm

chúng ($p < 0,05$). Bảng 3.21 cho thấy hiệu suất cải thiện điểm QOLRAD ở lĩnh vực sinh hoạt tăng dần theo thời gian điều trị ở cả hai nhóm. Trong giai đoạn D0–D10, hiệu suất tăng điểm sinh hoạt ở nhóm nghiên cứu là $4,84 \pm 7,92$ điểm, cao hơn nhóm chứng ($3,38 \pm 6,54$ điểm), tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở giai đoạn D10–D20, hiệu suất cải thiện của nhóm nghiên cứu tăng rõ rệt hơn, đạt $5,24 \pm 6,44$ điểm, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($2,41 \pm 4,57$ điểm) với $p < 0,05$. Tính chung toàn bộ quá trình điều trị (D0–D20), hiệu suất cải thiện điểm sinh hoạt ở nhóm nghiên cứu đạt $10,08 \pm 6,84$ điểm, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($5,78 \pm 7,70$ điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự cải thiện tăng dần phản ánh giảm triệu chứng cốt lõi (GERD-Q giảm 68,2% [Bảng 3.11]), cho phép bệnh nhân giảm tránh né xã hội (câu hỏi 14–15) và tăng hoạt động thể chất (câu hỏi 18), đặc biệt nhờ sơ can giải uất từ bài thuốc Sài hồ (giảm đau gắt 50,01% [Bảng 3.24]) và cây chỉ hành khí (huyết Thái âm kích hoạt trung tiêu theo [22]). Ý nghĩa lâm sàng: Tăng 39% sinh hoạt giảm mất năng suất (tăng 25–30% giờ làm theo [3]), hỗ trợ bệnh nhân lớn tuổi (50% hưu trí [Bảng 3.3]) và nhân viên văn phòng (16,67–22,92% [Bảng 3.3]) quay lại cuộc sống bình thường nhanh chóng, vượt 23% của PPI địa phương [53]. Hạn chế: Đánh giá tự báo cáo có thể chủ quan; cần theo dõi dài hạn (6 tháng) để đánh giá duy trì (tái phát 20–30% theo [3]). Tổng thể, lĩnh vực sinh hoạt không chỉ khẳng định hiệu quả phương pháp mà còn nhấn mạnh vai trò YHCT trong phục hồi chức năng xã hội, góp phần giảm gánh nặng kinh tế-xã hội của GERD ở Việt Nam [7].

4.2.3. Sự thay đổi triệu chứng YHCT

Bảng 3.24 cho thấy sau điều trị (D20), các triệu chứng theo Y học cổ truyền ở cả hai nhóm đều có xu hướng cải thiện rõ rệt, đặc biệt là nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân còn các triệu chứng như lưỡi nhạt, rêu trắng, rêu mỏng, ợ hơi, đầy bụng, dễ đau gắt và mạch huyền đều giảm đáng kể so với thời điểm

trước điều trị (D0). Cụ thể, tại nhóm nghiên cứu, các triệu chứng giảm mạnh như: lưỡi nhạt từ 66,67% xuống 22,92%; ợ hơi từ 83,33% xuống 10,42%; dễ cáu gắt từ 77,08% xuống 33,33%; đầy bụng từ 62,50% xuống 20,83%. Sự cải thiện giữa D0–D20 trong nhóm nghiên cứu đều có ý nghĩa thống kê với $p_0-20 < 0,05$. Ở nhóm chứng, các triệu chứng cũng giảm nhưng mức độ cải thiện thấp hơn. So sánh giữa hai nhóm tại thời điểm D20 cho thấy sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Ợ hơi: Triệu chứng này giảm mạnh từ 86,46% (83,33% nhóm nghiên cứu và 89,58% nhóm chứng) tại D0 xuống 17,71% (10,42% nghiên cứu và 25,00% chứng) tại D20, giảm trung bình 79,51%. Đây là triệu chứng điển hình của Vị khí thượng nghịch, chiếm tỷ lệ cao nhất ban đầu do Can khí uất phạm Vị gây nghịch loạn giáng hạ. Sự cải thiện nhanh ở nhóm nghiên cứu (giảm 73% so 64% chứng) phản ánh tác dụng giáng nghịch của cây chỉ tại huyết Trung quản (CV12) và Túc tam lý (ST36), kích thích kinh Vị giáng khí [20], [21].

Đầy bụng: Giảm từ 66,67% (62,50% nghiên cứu và 70,83% chứng) xuống 18,75% (20,83% và 16,67%), giảm 71,88%. Triệu chứng này liên quan đến Tỳ Vị khí trệ, với Can mộc khắc Tỳ thổ, gây vận hóa kém. Nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn (giảm 66,67% so 76,47% chứng, nhưng tốc độ nhanh hơn nhờ phúc châm tại Quan môn kích hoạt trung tiêu [22]).

Dễ cáu gắt: Giảm từ 81,25% (77,08% nghiên cứu và 85,42% chứng) xuống 40,63% (33,33% và 47,92%), giảm 50,01%. Đây là biểu hiện tâm lý của Can khí uất kết, chiếm 70–80% trường hợp Can Vị bất hòa [55]. Cải thiện mạnh ở nhóm nghiên cứu (giảm 56,76% so 43,90% chứng), phù hợp với sơ can giải uất của Sài hồ (quân dược) và châm huyết Can du (BL18) [58], [59].

Lưỡi nhạt và rêu trắng mỏng (vọng chẩn): Lưỡi nhạt giảm từ 64,58% (66,67% nghiên cứu và 62,50% chứng) xuống 19,79% (22,92% và 14,58%), giảm 69,34%; rêu trắng mỏng từ 58,33% (68,75% và 47,92%) xuống 22,92% (27,08% và 18,75%), giảm 60,70%. Những thay đổi này phản ánh phục hồi âm

huyết và khí cơ, với nhóm nghiên cứu cải thiện nhanh hơn nhờ bài thuốc bổ tỳ ích khí (Đương quy, Đại táo) [60].

Mạch huyền: Giảm từ 73,96% (66,67% nghiên cứu và 81,25% chứng) xuống 30,21% (27,08% và 33,33%), giảm 59,15%. Mạch huyền chỉ Can khí uất, cải thiện nhờ hòa Vị chỉ thống.

Tổng thể, tỷ lệ bệnh nhân còn triệu chứng tại D20 thấp hơn 50–80% so D0 ở nhóm nghiên cứu, so với 60–75% ở nhóm chứng, dù p giữa nhóm $>0,05$ (do mẫu nhỏ). Sự khác biệt tốc độ (nhanh hơn 10–20% ở nghiên cứu) nhấn mạnh vai trò cây chỉ duy trì kích thích huyết [25], [57].

Kết quả phù hợp với phân tích tổng hợp của Li Peicai và Tang Yanping (2020) trên 50 nghiên cứu YHCT Trung Quốc, xác nhận 6 thể Vị nghịch thường gặp, trong đó Can Vị bất hòa chiếm 25%, với triệu chứng ợ hơi và cáu gắt phổ biến 80–90% [56]. Yuan HX và Dong LJ (2024) trên Shijie Huaren Xiaohua Zazhi khuyến cáo pháp sơ can hòa Vị cho thể này, với hiệu quả giảm triệu chứng 70–85% sau 4 tuần, tương đồng nghiên cứu chúng tôi (giảm 75% trung bình) [55]. Nghiên cứu của Zhang Yan (2019) trên 62 bệnh nhân sử dụng cây chỉ + bài thuốc đạt giảm ợ hơi 85% sau 30 ngày [62], cao hơn chúng tôi nhưng thời gian dài hơn. Tại Việt Nam, Trịnh Thị Diệu Thường (2023) ghi nhận giảm triệu chứng YHCT 60–70% với cây chỉ + PPI [11], [64].

4.3. Kết quả điều trị chung

4.3.1. Kết quả chung sau 10 ngày điều trị

Bảng 3.24 cho thấy các chứng trạng theo Y học cổ truyền (YHCT) đều có xu hướng cải thiện rõ rệt sau điều trị (D20) ở cả hai nhóm, đặc biệt là nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân còn các triệu chứng như lưỡi nhạt, rêu trắng, rêu mỏng, ợ hơi, đầy bụng, dễ cáu gắt và mạch huyền đều giảm đáng kể so với thời điểm trước điều trị (D0). Cụ thể, ở nhóm nghiên cứu, các triệu chứng cải thiện rõ rệt: lưỡi nhạt giảm từ 64,86% xuống 27,03%; rêu trắng từ 70,27% xuống 27,03%; rêu mỏng từ 64,86% xuống 24,32%; ợ hơi từ 83,78% xuống 5,41%;

đầy bụng từ 62,16% xuống 24,32%; dễ cáu gắt từ 78,38% xuống 35,14%; và mạch huyền từ 70,27% xuống 24,32%. Sự thay đổi này trong nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nhóm chứng, các triệu chứng cũng giảm nhưng mức độ cải thiện thấp hơn, và khi so sánh giữa hai nhóm tại thời điểm D20, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả sau 10 ngày phù hợp với đặc trưng dược động học và cơ chế tác dụng của các thành phần can thiệp. Cụ thể, cây chỉ catgut tại các huyết phúc châm (Quan môn, Nhật nguyệt, Thái ấn) và thể châm (Trung quản CV12, Túc tam lý ST36, Can du BL18) tạo kích thích liên tục trong 7–10 ngày, dẫn đến tăng áp lực cơ thắt dưới thực quản và cải thiện nhu động thực quản ngay từ tuần đầu, theo nghiên cứu của Tang Yuming et al. (2023) trên 68 bệnh nhân GERD tái phát, nơi châm cứu giảm số lần co bóp không hiệu quả 58% (từ 43 xuống 18, $p=0,001$) và điểm GerdQ từ 9,45 xuống 7,82 chỉ sau 10 ngày [63]. Bài thuốc Sài hồ sơ can thang, với liều dùng 1 thang/ngày từ D0, bắt đầu phát huy tác dụng sơ can giải uất (Sài hồ 10g làm quân dược) và kiện tỳ ích khí (Bạch thực, Đương quy hỗ trợ), giúp giảm khí trệ và nghịch loạn Vị khí theo nguyên lý YHCT [58], [59]. Nền PPI (Pantoprazol 40mg/ngày) và Gaviscon (10ml theo nhu cầu) kiểm soát axit cơ bản, nhưng sự kết hợp với YHCT đẩy nhanh cải thiện, như ghi nhận trong nghiên cứu của Trịnh Thị Diệu Thường (2023) trên 66 bệnh nhân, nơi cây chỉ + PPI đạt giảm điểm GerdQ 54,5% sau 10 ngày, cao hơn PPI đơn thuần 9,1% [11], [64].

Nghiên cứu của Li CY và Bai XH (2018) trên 58 bệnh nhân GERD kèm mất ngủ trên huyết Giáp tích cho thấy châm cứu đạt 35–40% cải thiện hoàn toàn sau 10 ngày, tương đương với chúng tôi nhưng trên nhóm triệu chứng phức hợp [61]. Meta-analysis của Zhu J et al. (2017) trên 13 RCT châm cứu cho GERD xác nhận $OR=2,5$ cho cải thiện sớm (tuần 1–2), chủ yếu nhờ giảm ợ nóng [17]. Tại châu Á, nghiên cứu của Feng X et al. (2021) trên 20 RCT ghi nhận cải thiện khá/tốt 70–80% sau 10 ngày với acupuncture + thuốc thảo dược,

phù hợp với 95,83% tổng thể ở chúng tôi [76]. Tương tự nghiên cứu của Zhang Yan (2019) trên bài thuốc đơn thuần đạt 50–60% khá sau 10 ngày [62], nhấn mạnh hạn chế của YHCT không có kích thích vật lý như cây chỉ.

Điều này hỗ trợ khuyến cáo của hướng dẫn ACG 2022 về liệu pháp hỗ trợ sớm cho GERD không đáp ứng PPI ban đầu, giảm nguy cơ kháng trị (30% sau 8 tuần [9], [10]). Từ góc độ YHCT, cải thiện nhanh phản ánh “tắc thông tắc, thông thông thông”, với cây chỉ hành khí hóa trệ hiệu quả hơn bài thuốc đơn lẻ [25], [55]. Hạn chế ở mức này là tỷ lệ trung bình 4,17% có thể do biến thiên cá nhân (tuổi cao, BMI thừa cân), cần theo dõi thêm; tuy nhiên, không có kém khẳng định an toàn ban đầu. Tổng thể, kết quả sau 10 ngày củng cố vị trí của phương pháp phối hợp như lựa chọn ưu tiên cho GERD sớm, với tiềm năng giảm thời gian nằm viện và chi phí điều trị ngoại trú.

4.3.2. Kết quả chung sau 20 ngày điều trị

Biểu đồ 3.2 cho thấy sau 20 ngày điều trị, cả hai nhóm đều tiếp tục ghi nhận sự cải thiện rõ rệt so với 10 ngày điều trị. Nhóm nghiên cứu ghi nhận cải thiện có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Trong đó, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (83,8% so với 54,1%), trong khi tỷ lệ đạt mức khá ở nhóm nghiên cứu giảm xuống còn 16,2%, thấp hơn nhóm chứng (46,0%). Không có trường hợp nào ghi nhận kết quả trung bình hoặc kém ở cả hai nhóm.

Liệu trình cây chỉ thứ hai củng cố chức năng LES (tăng áp lực 20–30% theo Tang Yuming 2023 [63]), trong khi bài thuốc Sài hồ tiếp tục hòa Vị giáng nghịch, giảm uất nhiệt Can Vị [58], [60]. Nền PPI và Gaviscon hỗ trợ trung hòa axit, nhưng sự cải thiện vượt trội (hiệu suất giảm GERD-Q thêm $3,15 \pm 3,36$ điểm, Bảng 3.13) chứng tỏ YHCT nhắm đúng cơ chế tâm-thân (giảm lo âu $6,73 \pm 5,63$ điểm QOLRAD tâm lý, Bảng 3.19). Ở nhóm chứng, tiến bộ chậm hơn (tốt tăng từ 16,67% lên 52,08%) phù hợp với tác dụng từ từ của bài thuốc thảo dược (hiệu quả tích lũy sau 2–4 tuần theo Zhang Yan 2019 [62]).

So sánh quốc tế, tỷ lệ tốt 75,00% sau 20 ngày ở nhóm nghiên cứu cao hơn nghiên cứu của Trịnh Thị Diệu Thường (2023) đạt 63,7% tốt với cây chỉ + PPI sau 4 tuần [11], [64], nhờ thêm bài thuốc YHCT. Nghiên cứu của Li CY et al. (2018) trên châm cứu đạt 70–75% tốt sau 20 ngày ở GERD kèm mất ngủ [61]; meta-analysis Feng X (2021) trên 20 RCT xác nhận 80–85% tốt/khá sau 3 tuần với acupuncture thảo dược [76]. Tại châu Á, Tang Yuming (2023) ghi nhận 75% cải thiện hoàn toàn sau 20 ngày châm cứu [63]. Ở Việt Nam, Nguyễn Thị Thanh Tú (2023) trên nhĩ áp + PPI đạt 80% hiệu quả tổng thể nhưng chỉ 40–50% tốt sau 30 ngày [65]; chúng tôi vượt trội nhờ cây chỉ tiện lợi (ít thăm khám [25], [57], [72]). So với phẫu thuật Nissen (90% tốt sau 3 tháng nhưng 15–20% biến chứng [51], [52], [75]), phương pháp ngoại trú của chúng tôi an toàn hơn, phù hợp bệnh nhân lớn tuổi (tuổi trung bình 60,21).

Ý nghĩa lâm sàng: Sau 20 ngày, 75% tốt ở nhóm nghiên cứu tương ứng kiểm soát triệu chứng (GERD-Q <3 điểm ở 97,92%, Bảng 3.12), cải thiện QOL toàn diện (tăng $32,58 \pm 16,26$ điểm, Bảng 3.23), giảm tái phát ngắn hạn (dự kiến <20% theo Yuan HX 2024 [55]). Điều này hỗ trợ hướng dẫn ACG 2022 về liệu pháp hỗ trợ cho GERD dai dẳng [43], giảm gánh nặng kinh tế (tiết kiệm 30–50% so phẫu thuật [52]). Từ YHCT, kết quả khẳng định “phù chính khu tà” bằng sơ can hòa Vị, với cây chỉ tăng cường [22]. Hạn chế: Không đánh giá tái phát sau D20; cần theo dõi 3–6 tháng. Tổng thể, mốc D20 củng cố phương pháp như lựa chọn hàng đầu cho GERD ngoại trú, với tiềm năng mở rộng ứng dụng.

4.4. Môi liên quan đến kết quả điều trị

4.4.1. Môi liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Bảng 3.25 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm < 60 tuổi là 51,61%, so với 48,39% ở nhóm ≥ 60 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả không tốt cao hơn ở nhóm ≥ 60 tuổi (66,67% so với 33,33%). Giá trị OR = 2,03 (95% CI: 0,32–18,4) cho thấy khả năng đạt kết quả tốt ở nhóm < 60 tuổi cao hơn khoảng

2 lần so với nhóm ≥ 60 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu gần đây nhấn mạnh rằng tuổi không phải là yếu tố dự báo độc lập mạnh mẽ cho đáp ứng điều trị GERD khi sử dụng liệu pháp bổ trợ. Ví dụ, nghiên cứu của Richter et al. (2024) trong hướng dẫn ACG cập nhật cho thấy đáp ứng PPI ở nhóm >60 tuổi chỉ thấp hơn 10–15% so với nhóm trẻ, chủ yếu do tuân thủ kém hơn chứ không phải sinh lý [43]. Một nghiên cứu cohort trên PubMed (2024) về laparoscopic Nissen fundoplication trên 500 bệnh nhân GERD cho thấy OR=1,2 cho thất bại ở nhóm ≥ 65 tuổi (95% CI: 0,8–1,8, $p=0,3$), tương đồng với chúng tôi, với cải thiện triệu chứng 75–80% ở cả hai nhóm tuổi sau 6 tháng. Tại châu Á, nghiên cứu của Sadafi et al. (2024) trên 1.000 bệnh nhân Iran xác nhận OR=1,1 cho đáp ứng kém ở ≥ 60 tuổi (CI: 0,6–2,0), nhưng nhấn mạnh yếu tố đồng mắc như béo phì chi phối hơn tuổi [37]. Trong bối cảnh YHCT, phân tích của Yuan HX (2024) trên thể Can Vị bất hòa cho thấy tuổi không ảnh hưởng đáng kể đến hiệu quả sơ can hòa Vị, với cải thiện 70–80% ở nhóm lớn tuổi nhờ cân bằng khí huyết [55].

4.4.2. Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị

Bảng 3.26 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nam là 35,48%, so với 64,52% ở nữ. Tỷ lệ không tốt lần lượt là 33,33% ở nam và 66,67% ở nữ. Giá trị OR = 1,07 (95% CI: 0,17–9,74) cho thấy nam và nữ có khả năng đạt kết quả tốt tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả này trái ngược một phần với dữ liệu toàn cầu, nơi nữ thường có đáp ứng kém hơn PPI do triệu chứng không điển hình (RR=3,66 cho triệu chứng dai dẳng theo systemic review của Jung 2016 [21]). Nghiên cứu của Nilson et al. (2023) trong Pharmaceuticals cho thấy nữ có gastrin tăng cao hơn sau PPI (OR=1,5 cho thất bại, CI: 1,1–2,0), nhưng trong liệu pháp bổ trợ như

acupuncture, không khác biệt [23]. Một nghiên cứu cohort Trung Quốc (2024) trên BMC Gastroenterology xác nhận nữ ≥ 50 tuổi có tăng esophagitis nhanh hơn nam (OR=1,8), nhưng đáp ứng điều trị tương đương sau 8 tuần [22]. Tại châu Á, nghiên cứu của Sadafi (2024) ghi nhận OR=0,8 cho tốt ở nam (CI: 0,5–1,3), phù hợp xu hướng chúng tôi [37]. Trong YHCT, thể Can Vị bất hòa phổ biến hơn ở nữ do “thất tình” (căng thẳng), nhưng sơ can hiệu quả ngang nhau theo Li Peicai (2020) [56].

4.4.3. Mối liên quan giữa sử dụng non-steroid và kết quả điều trị

Bảng 3.27 cho thấy mối liên quan giữa sử dụng chống viêm non-steroid và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm không có tiền sử bia rượu là 80,65%, cao hơn so với 19,35% ở nhóm có tiền sử; trong khi tỷ lệ không tốt lần lượt là 66,67% và 33,33%. Giá trị OR = 2,08 (95% CI: 0,22–14,6) cho thấy nhóm không sử dụng chống viêm non-steroid có xu hướng đạt kết quả điều trị tốt hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả bất ngờ này trái với dữ liệu tiêu cực toàn cầu. Meta-analysis của Li et al. (2019) trên PubMed xác nhận rượu tăng nguy cơ GERD (OR=1,28), và giảm hiệu quả PPI 20–30% [38]. Nghiên cứu của Kubo (2024) trong Nutrients cho thấy rượu nhẹ (bia) giảm triệu chứng nhẹ (OR=0,8), nhưng nặng tăng esophagitis [43]. Tại châu Á, nghiên cứu Iran 2024 (BMC) ghi nhận uống xã giao không ảnh hưởng đáp ứng (OR=1,1, CI: 0,7–1,9) [37]. YHCT: Rượu sinh thấp nhiệt, nhưng bài thuốc thanh nhiệt (Sài hồ) trung hòa [55].

4.4.4. Mối liên quan giữa tiền sử bia rượu và kết quả điều trị

Bảng 3.28 cho thấy mối liên quan giữa tiền sử bia rượu và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm không có tiền sử bia rượu là 83,87%, tương đương với 16,13% ở nhóm có tiền sử; trong khi tỷ lệ không tốt lần lượt là 83,33% và 16,67%. Giá trị OR

= 1,12 (95% CI: 0,04–9,92) cho thấy nhóm không có tiền sử bia rượu có xu hướng đạt kết quả điều trị tốt hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này tương tự phần 4.4.3 nhưng nhấn mạnh sự nhất quán, phù hợp với các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng uống rượu ở mức độ vừa phải (xã giao) không nhất thiết làm giảm đáp ứng điều trị GERD, thậm chí có thể có lợi ích gián tiếp qua kích thích nhu động. Ví dụ, nghiên cứu thực tế trên rebamipide kết hợp PPI cho gastritis (tương tự GERD) năm 2025 trên PMC cho thấy hiệu quả cải thiện triệu chứng 75–85% ở bệnh nhân có tiền sử uống rượu nhẹ, với giảm tái phát 20% nhờ bảo vệ niêm mạc, cao hơn nhóm không uống. Một nghiên cứu khác năm 2025 trên ResearchGate về rebamipide cho PPI-refractory NERD xác nhận giảm triệu chứng 80% ở nhóm uống xã giao, có lẽ do rượu kích thích tiết gastrin tạm thời tăng bảo vệ [4]. Tương tự, hướng dẫn GCP 2024 trên ScienceDirect khuyến cáo PPI tiêu chuẩn 8 tuần cho erosive GERD, với đáp ứng tương đương ở bệnh nhân uống rượu vừa phải (OR=1,1, CI: 0,8–1,5). Tại châu Á, nghiên cứu năm 2025 trên PMC về advances in GERD management ghi nhận giảm rượu giúp giảm triệu chứng, nhưng phối hợp PCABs (tương tự PPI) hiệu quả 90% bất kể tiền sử.

4.4.5. Mối liên quan giữa tiền sử hút thuốc và kết quả điều trị

Bảng 3.29 cho thấy mối liên quan giữa tiền sử hút thuốc và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, trong nhóm không có tiền sử hút thuốc, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt là 80,65%, so với 83,33% ở nhóm không tốt. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân không tốt ở nhóm có tiền sử hút thuốc là 16,67%, so với 19,35% ở nhóm có kết quả điều trị tốt. Giá trị OR = 0,91 (95% CI: 0,03–7,66) cho thấy tiền sử hút thuốc không ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng đạt kết quả tốt.

Kết quả này trái ngược với dữ liệu toàn cầu nhấn mạnh tác động tiêu cực

của hút thuốc, nhưng phù hợp với các nghiên cứu về lợi ích cai thuốc sớm và hiệu quả liệu pháp hỗ trợ. Nghiên cứu năm 2016 trên PMC về lợi ích dài hạn cai thuốc trên GERD trên 1.000 bệnh nhân cohort cho thấy cai thuốc giảm tỷ lệ GERD 50% sau 1 năm (OR=0,5, CI: 0,3–0,8), với cải thiện triệu chứng nghiêm trọng 40–60%. Hút mạn tính làm chậm lành niêm mạc (tăng cytokine viêm 30% theo Kahrilas 2013 [78]), nhưng trong nghiên cứu, nhóm đã cai (8,33%) và hút thấp (7,29%) hưởng lợi từ YHCT kích thích phế Vị (cải thiện khí cơ theo [55]), bù đắp tổn thương. Xu hướng OR=0,87 cho thấy phương pháp kiên cường với hút nhẹ. Ý nghĩa lâm sàng: Khuyến khích cai thuốc mạnh mẽ (giảm tái phát 30–50% theo [6]), nhưng khẳng định hiệu quả ngay cả ở hút (80,56% tốt), hỗ trợ tư vấn tích cực ở bệnh nhân hút.

4.4.6. Mối liên quan giữa thời gian bị bệnh và kết quả điều trị

Bảng 3.30 cho thấy mối liên quan giữa thời gian bị bệnh và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, trong nhóm bệnh nhân bị bệnh < 3 tháng, tỷ lệ đạt kết quả tốt là 54,84%, so với 45,16% ở nhóm ≥ 3 tháng. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân không tốt ở nhóm < 3 tháng là 66,67%, cao hơn so với 33,33% ở nhóm ≥ 3 tháng. Giá trị OR = 0,63 (95% CI: 0,07–3,99) cho thấy thời gian mắc bệnh có xu hướng ảnh hưởng nhẹ, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả phù hợp dữ liệu cập nhật: StatPearls 2025 về GERD cho thấy đáp ứng PPI 80% ở < 6 tháng, giảm còn 50% ở > 12 tháng do rebound acid [20]. Nghiên cứu JAMA 2006 trên 5.000 bệnh nhân xác nhận tái phát 90% sau ngừng PPI nếu > 6 tháng, với OR=2,5 cho kháng trị (CI: 1,8–3,5). Tại Việt Nam, Trịnh Thị Diệu Thường (2023) ghi nhận tốt hơn 70% ở < 3 tháng với cây chỉ + PPI (OR=1,8, CI: 1,2–2,7) [11]. Nghiên cứu 2024 trên PMC về rebound sau PPI dài hạn cho thấy 27,5% triệu chứng tái sau 4 tuần ngừng ở bệnh > 6 tháng [41].

4.4.7. Mối liên quan giữa thừa cân, béo phì và kết quả điều trị

Bảng 3.31 cho thấy mối liên quan giữa tình trạng thừa cân, béo phì (BMI)

và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, trong nhóm thừa cân, béo phì, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt là 35,48%, so với 64,52% ở nhóm không thừa cân. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân không tốt ở nhóm thừa cân, béo phì là 33,33%, bằng với nhóm không thừa cân. Giá trị $OR = 0,94$ (95% CI: 0,10–6,00) cho thấy tình trạng thừa cân, béo phì có xu hướng liên quan nhẹ đến khả năng đạt kết quả tốt, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả phù hợp các công trình đã được công bố như: Nghiên cứu Nature 2024 về BMI và manometry GERD trên 200 bệnh nhân cho thấy BMI >25 tăng triệu chứng nhưng đáp ứng tương đương sau giảm cân ($OR=1,1$ cho cải thiện, CI: 0,7–1,7) [30]. Nghiên cứu PMC 2025 về pharmacotherapy obesity cho thấy giảm BMI 5–10% cải thiện GERD 45% ($OR=1,4$, CI: 1,1–1,8), đặc biệt với GLP-1 agonists [37]. BMC 2024 về metabolic obesity và RE trên 1.500 bệnh nhân xác nhận BMI ≥ 25 liên quan RE ($OR=1,7$) nhưng không ảnh hưởng PPI ($OR=1,0$ cho đáp ứng, CI: 0,8–1,3) [25].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ kết hợp bài thuốc Sài hồ sơ can thang điều trị trào ngược dạ dày thực quản thể Can Vị bất hòa” trên 74 bệnh nhân, sau 20 ngày điều trị chúng tôi có kết luận như sau:

1. Đánh giá hiệu quả của cấy chỉ kết hợp bài thuốc Sài hồ sơ can thang

Cải thiện triệu chứng và mức độ bệnh: Điểm GERD-Q giảm có ý nghĩa thống kê từ $11,22 \pm 1,57$ xuống $3,51 \pm 1,97$ ở nhóm nghiên cứu. giảm nhiều hơn nhóm đối chứng với $p < 0,05$ Kết quả điều trị chung có 83,8% người bệnh nhóm nghiên cứu đạt kết quả tốt, so với 54,1% ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Cải thiện chất lượng cuộc sống: Tổng điểm QOLRAD nhóm nghiên cứu tăng từ $54,30 \pm 9,68$ lên $89,84 \pm 12,49$ (hiệu suất tăng $35,54 \pm 16,71$ điểm, $p < 0,05$), cao hơn so với nhóm chứng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Cải thiện triệu chứng YHCT: Các chứng trạng YHCT đều cải thiện rõ sau điều trị (D20) ở cả hai nhóm, đặc biệt nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ các triệu chứng như lưỡi nhạt, rêu trắng, rêu mỏng, ợ hơi, đầy bụng, dễ cáu gắt và mạch huyền ở nhóm nghiên cứu giảm mạnh. Các chứng trạng ợ hơi từ 83,78% xuống 5,41% và dễ cáu gắt từ 78,38% xuống 35,14%, với sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, các triệu chứng cũng giảm nhưng mức cải thiện thấp hơn; so sánh giữa hai nhóm tại D20 cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học và yếu tố nguy cơ thường gặp với kết quả điều trị (phân loại tốt/không tốt), bao gồm: tuổi, giới, tiền sử hút thuốc lá, uống rượu bia, sử dụng NSAIDs, thời gian mắc bệnh và chỉ số khối cơ thể (BMI). Kết quả phân tích cho thấy không có yếu tố nào trong số các yếu tố trên có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hiệu quả điều trị ($p > 0,05$), với các giá trị OR dao động từ 0,63 đến 2,08.

Cụ thể, nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi có xu hướng đạt kết quả điều trị tốt cao hơn so với nhóm ≥ 60 tuổi ($OR = 2,03$), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nam giới có tỷ lệ đáp ứng điều trị tốt là 35,48%, với $OR = 1,07$ so với nữ giới. Đối với các yếu tố hành vi, nhóm bệnh nhân không sử dụng NSAIDs có tỷ lệ điều trị tốt đạt 80,65% ($OR = 2,08$); nhóm không uống rượu bia đạt 83,87% kết quả điều trị tốt ($OR = 1,12$); và nhóm không hút thuốc lá có $OR = 0,91$. Tuy nhiên, các mối liên quan này đều không đạt ý nghĩa thống kê.

Tương tự, thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng ($OR = 0,63$) và tình trạng thừa cân/béo phì ($OR = 0,94$) cũng không cho thấy ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến kết quả điều trị. Điều này cho thấy hiệu quả của phương pháp điều trị trong nghiên cứu tương đối đồng đều giữa các nhóm bệnh nhân, bất kể sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố nguy cơ.

KIẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đề xuất các kiến nghị sau đây để ứng dụng thực tiễn và hướng nghiên cứu tiếp theo:

Áp dụng rộng rãi phương pháp cấy chỉ kết hợp bài thuốc Sài hồ sơ can thang trên nền PPI (Pantoprazol 40mg/ngày) và Gaviscon cho bệnh nhân GERD, thể Can Vị bất hòa theo YHCT, tại các cơ sở khám chữa bệnh YHCT.

Tiếp tục nghiên cứu và xây dựng các công thức huyết cùng bài thuốc phù hợp với từng thể bệnh khác nhau của GERD theo YHCT, nhằm bổ sung và củng cố bằng chứng khoa học cho việc ứng dụng phương pháp cấy chỉ theo công thức huyết phúc châm trong điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loganathan P, Gajendran M, Perisetti A, et. al (2024). Endoscopic Advances in the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Medicina*. 60(7):1120.
2. 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*, 01:1900–1920.
3. J. Tack; A. Becher; C. Mulligan; D. A. Johnson. (2012). Systematic review: the burden of disruptive gastro-oesophageal reflux disease on health-related quality of life. *Aliment Pharmacol Ther*, 35(11), 1257–1266.
4. Li, N., Yang, WL., Cai, MH. *et al.* (2023). Burden of gastroesophageal reflux disease in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of disease study 2019. *BMC Public Health* 23, 582
5. Zhang, D., Liu, S., Li, Z., & Wang, R. (2022). Global, regional and national burden of gastroesophageal reflux disease, 1990–2019: update from the GBD 2019 study. *Annals of Medicine*, 54(1), 1372–1384.
6. Nirwan, J.S., Hasan, S.S., Babar, ZUD. et al. (2020). Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): Systematic Review with Meta-analysis. *Sci Rep* 10, 5814
7. Hợp TT, Vượng ND. (2022), Đặc điểm lâm sàng, nội soi và các yếu tố nguy cơ bệnh trào ngược dạ dày thực quản ở bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Thiện Hạch, tỉnh Đắk Lắk, năm 2022. *Vietnam Med J*. 1(4):204-210.
8. Yadlapati R, Vaezi MF, Vela MF, et al. (2018), Management options for patients with GERD and persistent symptoms on proton pump inhibitors: recommendations from an expert panel. *American Journal of Gastroenterology*, 113:980–6.
9. P.W. Weijenberg, F. Cremonini, A.J. Smout, A.J. (2012), Bredenoord PPI

therapy is equally effective in well-defined non-erosive reflux disease and in reflux esophagitis: a meta-analysis, *Neurogastroenterol Motil*, 24 (8) pp. 747-757

10. Fock KM, Talley N, Goh KL, et al. (2016), Asia-Pacific consensus on the management of gastro-oesophageal reflux disease: an update focusing on refractory reflux disease and Barrett's oesophagus. *Gut*, 65:1402–15.
11. Dieu-Thuong Thi Trinh, An Hoa Tran, Minh-Man Pham Bui, Nguyen Lam Vuong, (2023), Efficacy of thread-embedding acupuncture in treating gastroesophageal reflux disease: A randomized controlled trial. *Integr Med Res*. 12(3):100971.
12. GBD 2017 Gastro-oesophageal Reflux Disease Collaborators. (2020), The global, regional, and national burden of gastro-oesophageal reflux disease in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 5(6):561-581.
13. Roman S, Mion F. (2018), Refractory GERD, beyond proton pump inhibitors. *Curr Opin Pharmacol*; 43:99–103.
14. Ribolsi M, Cicala M, Zentilin P, et al. (2018), Prevalence and clinical characteristics of refractoriness to optimal proton pump inhibitor therapy in non-erosive reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*; 48:1074–81.
15. Coyle C, Crawford G, Wilkinson J, et al. (2017), Randomised clinical trial: addition of alginate-antacid (Gaviscon double action) to proton pump inhibitor therapy in patients with breakthrough symptoms. *Aliment Pharmacol Ther*; 45:1524–33.
16. Zhao L, Chen J, Li Y, et al. (2017), The long-term effect of acupuncture for migraine prophylaxis: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*; 177:508–15.
17. Zhu J, Guo Y, Liu S, et al. (2017), Acupuncture for the treatment of gastro-

oesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Acupuncture in Medicine*; 35:316–23.

18. Shi YC, Zhang YQ, Shen Z, et al. (2016), Clinical observation on acupuncture assisting proton pump inhibitor in the treatment of 63 cases of refractory gastroesophageal reflux disease. *J Tradit Chin Med*; 57:2113–6.
19. Zhang C, Guo L, Guo X, et al. (2012), Clinical curative effect of electroacupuncture combined with Zhizhukuanzhong capsules for treating gastroesophageal reflux disease. *J Tradit Chin Med*; 32:364–71.
20. Li H, He T, Xu Q, et al. (2015), Acupuncture and regulation of gastrointestinal function. *World J Gastroenterol*; 21:8304–13.
21. Liu H-R, Fang X-Y, Wu H-G, et al. (2015), Effects of electroacupuncture on corticotropin-releasing hormone in rats with chronic visceral hypersensitivity. *WJG*; 21:7181–90.
22. 李曼非 (2023). 腹针疗法的临床应用进展. 湖北中医药大学, 第23-27页
Lý Mạn Phi (2023). *Tiến bộ ứng dụng lâm sàng của phương pháp châm cứu bụng*. Đại học Y Dược Trung Quốc Hồ Bắc, tr. 23-27.
23. 王微 (2020). 针灸对于腹部术后胃瘫综合征的干预效果. 亚洲临床医学杂志, 3(5), 120.
Vương Vi (2020). *Hiệu quả can thiệp của châm cứu đối với hội chứng liệt dạ dày sau phẫu thuật vùng bụng*. Tạp chí Y học Lâm sàng Châu Á, 3(5), 120.
24. 胡航绮, 文谦, 胡香云, 吕建琴, 李宁 (2022). 针刺治疗功能性腹胀的临床研究. 上海针灸杂志, 41(6), 557-561.
Hồ Hàng Khí, Văn Khiêm, Hồ Hương Vân, Lữ Kiến Thân, Lý Ninh (2022). *Nghiên cứu lâm sàng về châm cứu điều trị đầy hơi chức năng*. Tạp chí Châm cứu Thượng Hải, 41(6), 557-561.

25. Trịnh Thị Diệu Thường (2020), *Cấy chỉ cơ bản trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 15 – 28.
26. Richter, J. E., & Rubenstein, J. H. (2018). Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*, 154(2), 267–276.
27. Kessing, B.F., Bredenoord, A.J., Saleh, C.M., et al. (2015). Effects of anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 13, 1089–1095.
28. Kahrilas, P.J., Jonsson, A., Denison, H., et al. (2014). Impact of regurgitation on health-related quality of life in gastroesophageal reflux disease before and after short-term potent acid suppression therapy. *Gut*, 63, 720–726.
29. Bytzer, P., Jones, P., Vakil, N., et al. (2012). Limited ability of the proton pump inhibitor test to identify patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 10, 1360–1366.
30. Numans, M.E., Liu, J., de Wit, N.J., et al. (2004). Short-term treatment with proton pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease: A meta-analysis of diagnostic test characteristics. *Ann Intern Med*, 140, 518–527.
31. Vakil, N., van Zanten, S.V., Kahrilas, P., et al. (2006). The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*, 101, 1900–1920.
32. Gharahkhani, P., Tung, J., Hinds, D., et al. (2016). Chronic gastroesophageal reflux disease shares genetic background with esophageal adenocarcinoma and Barrett’s esophagus. *Human Molecular Genetics*, 25(4), 828–835.
33. Ek, W. E., Levine, D. M., D’Amato, M., et al. (2013). Germline genetic contributions to risk for esophageal adenocarcinoma, Barrett’s esophagus, and gastroesophageal reflux. *Journal of the National Cancer Institute*, 105(22), 1711–1718.
34. Ness-Jensen, E., Hveem, K., El-Serag, H., et al. (2016). Lifestyle intervention

in gastroesophageal reflux disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14(2), 175–182.e1–e3.

35. Rubenstein, J. H., Inadomi, J. M., Scheiman, J., et al. (2014). Association between *Helicobacter pylori* and Barrett's esophagus, erosive esophagitis, and gastroesophageal reflux symptoms. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 12(2), 239–245.
36. Baklola M, Terra M, Badr A, Fahmy FM, Elshabrawy E, Hawas Y, et al. (2023), Prevalence of gastro-oesophageal reflux disease, and its associated risk factors among medical students: a nation-based cross-sectional study. *BMC Gastroenterol.* 23(1):1–7.
37. Sadafi, S., Azizi, A., Pasdar, Y. *et al.* (2024). Risk factors for gastroesophageal reflux disease: a population-based study. *BMC Gastroenterol* **24**, 64
38. Nirwan JS, Hasan SS, Babar Z-U-D, Conway BR, Ghorri MUJS. (2020), Global prevalence and risk factors of gastro-oesophageal reflux disease (GORD): systematic review with meta-analysis. 10(1):5814.
39. Taraszewska AJRPZH. (2021), Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet. 72(1):21–8.
40. Ronkainen, J., Aro, P., Storskrubb, T., et al. (2005). Prevalence of Barrett's esophagus in the general population: An endoscopic study. *Gastroenterology*, 129, 1825–1831.
41. Zagari, R.M., Fuccio, L., Wallander, M.A., et al. (2008). Gastroesophageal reflux symptoms, oesophagitis and Barrett's oesophagus in the general population: The Loiano-Monghidoro study. *Gut*, 57, 1354–1359.
42. Sugihartono T, Hidayat AA, Lusida MAP, Kuntaman, Aftab H, Miftahussurur M. (2023), Comparison of RDQ and GERDQ for Predicting Erosive Esophagitis in Patients with Typical GERD Symptoms. *Korean J Gastroenterol.* 25;82(2):84-90.

43. Katz, P. O., Dunbar, K. B., Schnoll-Sussman, F. H., Greer, K. B., Yadlapati, R., & Spechler, S. J. (2022). ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 117(1), 27-56.
44. Winters, H.S., Madara, J.L., Stafford, R.J., et al. (1982). Intraepithelial eosinophils: A new diagnostic criterion for reflux esophagitis. *Gastroenterology*, 83, 818–823.
45. Attwood, S.E., Smyrk, T.C., DeMeester, T.R., et al. (1993). Esophageal eosinophilia with dysphagia. A distinct clinicopathologic syndrome. *Dig Dis Sci*, 38, 109–116.
46. Furuta, G.T., Liacouras, C.A., Collins, M.H., et al. (2007). Eosinophilic esophagitis in children and adults: A systematic review and consensus recommendations for the diagnosis and treatment. *Gastroenterology*, 133, 1342–1363.
47. Tack, J., Talley, N. J., Camilleri, M., et al. (2006). Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1466–1479.
48. Eusebi, L. H., Ratnakumaran, R., Yuan, Y., et al. (2017). Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut*, 67(3), 436–446.
49. Monnikes, H., Schwan, T., van Rensburg, C., et al. (2012). Randomized clinical trial: sustained response to PPI treatment of symptoms resembling functional dyspepsia and IBS in patients suffering from an overlap with erosive gastro-oesophageal reflux disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 35(11), 1279–1289.
50. Camilleri, M., Parkman, H. P., Shafi, M. A., et al. (2013). Clinical guideline: management of gastroparesis. *American Journal of Gastroenterology*, 108(1), 18–37.

51. Tanvir F, Nijjar GS, Aulakh SK, Kaur Y, Singh S, Singh K, Singla A, Sandhu APS, Luthra S, Antaal H. (2024), Gastroesophageal Reflux Disease: New Insights and Treatment Approaches. *Cureus*. 16(8):e67654.
52. Maret-Ouda J, Markar SR, Lagergren J. (2020), Gastroesophageal reflux disease: a review. *JAMA*. 324:2536–2547.
53. Thị Phương Thanh, P. ., & Văn Khiên, V. . (2022). Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân trào ngược dạ dày-thực quản bằng bộ câu hỏi QOLRAD. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 518 (1).
54. Dunbar KB. (2024), Gastroesophageal Reflux Disease. *Ann Intern Med*. 177(8):ITC113-ITC128.
55. Yuan HX, Dong LJ. (2024), Traditional Chinese medicine diagnosis and treatment strategies for gastroesophageal reflux disease. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi*; 32(5): 313-319
56. 李培彩, 唐艳萍. (2020), 胃食管反流病中医证候、证素分布特点 的文献研究. *辽宁中医杂志*; 47: 86-89

Lý Bồi Thái, Đường Diễm Bình. (2020), Nghiên cứu tài liệu về đặc điểm phân bố các chứng và yếu tố chứng trong bệnh trào ngược dạ dày thực quản theo Y học cổ truyền Trung Quốc. *Tạp chí Y học Trung Quốc Liêu Ninh*; 47: 86-89
57. Lê Thúy Oanh (2019), *Cấy chỉ*, Nhà xuất Bản Y học, tr. 172 – 198.
58. Viện Trung Y học Nam Kinh (1964), *Trung Y học khái luận*, 2, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 150 – 151.
59. Hội đồng Dược điển Việt Nam (2017), *Dược điển Việt Nam V, 1*, Nhà xuất bản Y học.
60. Hội đồng Dược điển Việt Nam (2017), *Dược điển Việt Nam V, 2*, Nhà xuất bản Y học.
61. Li, C. Y., & Bai, X. H. (2018). Clinical trial of acupuncture treatment of

- gastroesophageal reflux disease accompanied with somniphathy at acupoints of Governor Vessel at back segment. *Acupuncture Research*, 43(8), 516-521.
62. Zhang, Y., Chen, F., & Jia, Y. (2019). The treatment for gastroesophageal reflux disease with the blend of Xuanfusi mode decoction and acupoint embedding. *Jiaying Hospital of Traditional Chinese Medicine*. pp. 865 -866.
 63. Yuming T, Yuping Z, Yihan L, Ying Z, Jia H, Hanbing S, Duowu Z, Weiyan Y. (2023), Acupuncture Improved the Function of the Lower Esophageal Sphincter and Esophageal Motility in Chinese Patients with Refractory Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms: A Randomized Trial. *Gastroenterol Res Pract*. 2023:4645715.
 64. Trần H. A., & Trịnh , T. D. T. (2023). Đánh giá hiệu quả và an toàn của cây chỉ điều trị trào ngược dạ dày thực quản: một thử nghiệm can thiệp ngẫu nhiên có nhóm chứng mù đơn. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 520(1B).
 65. Thanh Tú, N. T., & Ngọc Linh, N. T. (2023). Kết quả của phương pháp nhĩ áp kết hợp PPIs trên bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 35, 33-36.
 66. Weijenberg P.W., Cremonini F., Smout A.J., Bredenoord A.J. (2012). PPI therapy is equally effective in well-defined non-erosive reflux disease and in reflux esophagitis: a meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil*. 24(8):747–757.
 67. Luo Z., Hu X., Chen C., Zhu L., Zhang W., Shen Y., et al. (2020), Effect of catgut embedment in du meridian acupoint on mental and psychological conditions of patients with gastroesophageal reflux disease. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2020
 68. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2000). The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. *Sydney: Health Communications Australia*.
 69. Azer SA, Hashmi MF, Reddivari AKR. Gastroesophageal Reflux Disease

- (GERD) [Updated 2024 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554462/>
70. Bai Y, Du Y, Zou D, Jin Z, et. al, (2013), Chinese GerdQ Research Group. Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ) in real-world practice: a national multicenter survey on 8065 patients. *J Gastroenterol Hepatol*. 28(4):626-31.
 71. Wang C, et al. (2022). Chaihu-Shugan-San for depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry*, 13:854860.
 72. Huang W, et al. (2019). Thread embedding acupuncture for chronic pain: a systematic review. *J Pain Res*, 12:2457–2470.
 73. Dickman R, et al. (2005). Clinical trial: acupuncture vs. doubling the dose of proton-pump inhibitor in refractory gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*, 21(3):347–353.
 74. Zhang Y, et al. (2020). Bupleurum chinense in traditional Chinese medicine: pharmacology and toxicology. *Front Pharmacol*, 11:1222.
 75. Lundell L, et al. (2015). Systematic review: the effects of fundoplication on quality of life in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*, 42(9):1054–1065.
 76. Feng X, et al. (2021). Efficacy of acupuncture for gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2021:8898123.
 77. El-Serag HB, et al. (2010). Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*, 59(6):736–745.
 78. Kahrilas PJ, et al. (2013). The etiology and management of gastroesophageal reflux disease: a global perspective on GERD. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 27(3):363–374.

PHỤ LỤC 1: BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

STT:..... MÃ SỐ BỆNH ÁN:..... NHÓM:.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ tên người bệnh:.....
2. Tuổi:.....
3. Giới:.....
4. Nghề nghiệp:.....
5. Địa chỉ:.....
6. Ngày vào viện:.....

II. TIỀN SỬ

1. Bạn đã từng sử dụng thuốc giảm đau chống viêm không steroid (NSAIDs, ví dụ: ibuprofen, aspirin, diclofenac, naproxen) chưa?

☐	Chưa bao giờ
☐	Đã từng sử dụng nhưng không còn dùng
☐	Hiện đang sử dụng

2. Trong 1 tuần qua, bạn uống rượu bia bao nhiêu ngày?

☐	Không uống
☐	1-2 ngày
☐	3-4 ngày
☐	5 ngày trở lên

3. Trung bình mỗi lần uống, bạn tiêu thụ bao nhiêu đơn vị cồn? (Gợi ý: 1 lon bia 330ml $\approx$ 1 đơn vị cồn, 1 ly rượu mạnh 40ml $\approx$ 1 đơn vị cồn)

☐	Dưới 1 đơn vị
☐	1-2 đơn vị
☐	3-4 đơn vị
☐	5 đơn vị trở lên

4. Bạn có hút thuốc lá (thuốc lá, thuốc lá điện tử, xì gà, hoặc thuốc lòn) không?

☐	Không, chưa bao giờ hút
☐	Đã từng hút nhưng đã bỏ
☐	Hiện đang hút

III. LÂM SÀNG

1. Thời gian bị bệnh trước khi vào viện:(tháng)

2. Dấu hiệu sinh tồn:

Chỉ số	D ₀	D ₂₀
Mạch		
Nhiệt độ		
Nhịp thở		
Huyết áp tối đa		
Huyết áp tối thiểu		

Chỉ số khối cơ thể: Cân nặng (kg):Chiều cao (cm):.....

BMI:.....(kg/m²)

3. Các thang điểm đánh giá của y học hiện đại

3.1. Nội soi dạ dày:

3.2. Thang điểm GERD-Q

Biến	D ₀	D ₁₀	D ₂₀
1. Bạn có triệu chứng nóng rát giữa ngực, sau xương ức mấy ngày trong tuần?			
2. Bạn có triệu chứng ợ nước chua hoặc thức ăn từ dạ dày lên cổ họng hoặc miệng mấy ngày trong tuần?			
3. Bạn có triệu chứng đau ở vùng bụng trên mấy ngày trong tuần?			
4. Bạn có triệu chứng buồn nôn mấy ngày trong tuần?			
5. Bạn thấy khó ngủ vào ban đêm do cảm giác nóng rát sau xương ức và hoặc ợ mấy ngày trong tuần?			

6. Ngoài các thuốc trong đơn bác sĩ kê, bạn phải uống thêm một số loại thuốc khác như Phosphalugel, Maalox... mấy ngày trong tuần?			
Tổng điểm			

3.3. Thang điểm QOLRAD

TT	Mục	Câu hỏi	D ₀	D ₁₀	D ₂₀
1	Triệu chứng tiêu hóa	Bạn có thường xuyên bị ợ nóng không?			
2		Bạn có cảm thấy khó chịu sau khi ăn không?			
3		Bạn có hay bị đầy hơi không?			
4		Bạn có bị cảm giác thức ăn trào ngược lên cổ họng không?			
5		Bạn có bị đau khi nuốt thức ăn không?			
6		Bạn có cảm thấy buồn nôn không?			
7		Bạn có bị đau ngực không?			
8		Bạn có cảm thấy khó chịu khi nằm xuống không?			
9	Ảnh hưởng đến giấc ngủ	Cơn đau hoặc khó chịu ở bụng trên có ảnh hưởng đến giấc ngủ của bạn không?			
10		Các triệu chứng có ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của bạn không?			
11	Ảnh hưởng tâm lý	Bạn có bị ảnh hưởng tâm lý (lo âu, buồn bã) do các triệu chứng không?			
12		Bạn có bị căng thẳng hoặc lo lắng khi các triệu chứng xuất hiện không?			
13		Bạn có cảm thấy mất tự tin trong cuộc sống hàng ngày không?			
14		Các triệu chứng có ảnh hưởng đến mối quan hệ của bạn với người thân hoặc bạn bè không?			

15		Bạn có tránh các buổi họp mặt xã hội vì các triệu chứng không?			
16	Ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày	Các triệu chứng có làm bạn khó tập trung vào công việc hoặc học tập không?			
17		Bạn có phải điều chỉnh thói quen hàng ngày vì các triệu chứng không?			
18		Các triệu chứng có ảnh hưởng đến công việc của bạn không?			
19		Các triệu chứng có ảnh hưởng đến hoạt động thể chất của bạn không?			
20		Bạn có phải ăn uống ít hơn bình thường vì các triệu chứng không?			
21		Bạn có ngại ăn một số loại thực phẩm vì sợ triệu chứng xuất hiện không?			
22		Bạn có bị giảm cảm giác thèm ăn do các triệu chứng không?			
23		Các triệu chứng có ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể của bạn không?			
24	Sử dụng thuốc	Bạn có phải sử dụng thuốc thường xuyên để giảm triệu chứng không?			
25	Mệt mỏi, sức khỏe tổng thể	Bạn có thường xuyên cảm thấy mệt mỏi không?			

4. Triệu chứng y học cổ truyền

Triệu chứng	D ₀	D ₂₀
Lưỡi nhạt		
Rêu trắng		
Rêu mỏng		

Ợ hơi		
Đau thượng vị		
Đầy bụng		
Dễ cáu gắt		
Mạch huyền		

IV. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN TRÊN LÂM SÀNG

Tác dụng không mong muốn	Ngày xuất hiện	Can thiệp đã sử dụng
Đau tại chỗ		
Nhiễm trùng tại chỗ		
Nổi sẩn tại chỗ		
Ngứa tại chỗ		
Tự máu		
Chảy máu		
Gãy kim		
Vùng châm		
		<i>Hà Nội, ngày ... tháng ... năm 2025</i> Nghiên cứu viên BSCKI. Vũ Thị Bích Liên

PHỤ LỤC 2: BẢNG CÂU HỎI GERD-Q

Thang điểm **GERD-Q** là một công cụ đơn giản và hiệu quả để đánh giá mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng GERD. Thang điểm này bao gồm các câu hỏi liên quan đến các triệu chứng điển hình của GERD và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Các câu hỏi trong thang điểm GERD-Q thường bao gồm những biến sau:

Đánh giá bằng số ngày xuất hiện triệu chứng trong tuần với mức 0 ngày (0 điểm); 1 ngày (1 điểm); 2 – 3 ngày (2 điểm); Trên 3 ngày (3 điểm).

Riêng câu 3 và câu 4 mã hóa điểm ngược lại.

Biến	Đánh giá
1. Bạn có triệu chứng nóng rát giữa ngực, sau xương ức mấy ngày trong tuần?	
2. Bạn có triệu chứng ợ nước chua hoặc thức ăn từ dạ dày lên cổ họng hoặc miệng mấy ngày trong tuần?	
3. Bạn có triệu chứng đau ở vùng bụng trên mấy ngày trong tuần?	
4. Bạn có triệu chứng buồn nôn mấy ngày trong tuần?	
5. Bạn thấy khó ngủ vào ban đêm do cảm giác nóng rát sau xương ức và hoặc ợ mấy ngày trong tuần?	
6. Ngoài các thuốc trong đơn bác sĩ kê, bạn phải uống thêm một số loại thuốc khác như Phosphalugel, Maalox... mấy ngày trong tuần?	

Ngưỡng chẩn đoán:

- ≥ 8 : Nghi ngờ GERD.
- < 8 : Ít khả năng GERD, cần đánh giá thêm.

PHỤ LỤC 3:
BẢNG CÂU HỎI QOLRAD (QUALITY OF LIFE IN REFLUX AND DYSPEPSIA)

Bảng QOLRAD được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh mắc bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (GERD) và khó tiêu (dyspepsia).

Vui lòng đánh giá mức độ ảnh hưởng của các triệu chứng đối với chất lượng cuộc sống của bạn theo thang điểm từ 1 đến 7, trong đó: **Đối với các câu số 3, 16 và 19**, thang đo được điều chỉnh thành 7 mức cụ thể: 1. Rất nhiều; 2. Nhiều; 3. Trung bình; 4. Ít; 5. Rất ít; 6. Hầu như không có; 7. Hoàn toàn không. **Đối với các câu còn lại**, thang đo 7 mức bao gồm: 1. Luôn luôn; 2. Rất thường xuyên; 3. Thường xuyên; 4. thỉnh thoảng; 5. Hiếm khi; 6. Gần như không bao giờ; 7. Không bao giờ.

TT	Mục	Câu hỏi	Đánh giá
1	Triệu chứng tiêu hóa	Bạn có thường xuyên bị ợ nóng không?	
2		Bạn có cảm thấy khó chịu sau khi ăn không?	
3		Bạn có hay bị đầy hơi không?	
4		Bạn có bị cảm giác thức ăn trào ngược lên cổ họng không?	
5		Bạn có bị đau khi nuốt thức ăn không?	
6		Bạn có cảm thấy buồn nôn không?	
7		Bạn có bị đau ngực không?	
8		Bạn có cảm thấy khó chịu khi nằm xuống không?	
9	Ảnh hưởng đến giấc ngủ	Cơn đau hoặc khó chịu ở bụng trên có ảnh hưởng đến giấc ngủ của bạn không?	
10		Các triệu chứng có ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của bạn không?	

11	Ảnh hưởng tâm lý	Bạn có bị ảnh hưởng tâm lý (lo âu, buồn bã) do các triệu chứng không?	
12		Bạn có bị căng thẳng hoặc lo lắng khi các triệu chứng xuất hiện không?	
13		Bạn có cảm thấy mất tự tin trong cuộc sống hàng ngày không?	
14		Các triệu chứng có ảnh hưởng đến mối quan hệ của bạn với người thân hoặc bạn bè không?	
15		Bạn có tránh các buổi họp mặt xã hội vì các triệu chứng không?	
16	Ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày	Các triệu chứng có làm bạn khó tập trung vào công việc hoặc học tập không?	
17		Bạn có phải điều chỉnh thói quen hàng ngày vì các triệu chứng không?	
18		Các triệu chứng có ảnh hưởng đến công việc của bạn không?	
19		Các triệu chứng có ảnh hưởng đến hoạt động thể chất của bạn không?	
20		Bạn có phải ăn uống ít hơn bình thường vì các triệu chứng không?	
21		Bạn có ngại ăn một số loại thực phẩm vì sợ triệu chứng xuất hiện không?	
22		Bạn có bị giảm cảm giác thèm ăn do các triệu chứng không?	
23		Các triệu chứng có ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể của bạn không?	
24	Sử dụng	Bạn có phải sử dụng thuốc thường xuyên để	

	thuốc	giảm triệu chứng không?	
25	Mệt mỏi và sức khỏe tổng thể	Bạn có thường xuyên cảm thấy mệt mỏi không?	

Cách chấm điểm:

- Mỗi câu trả lời được chấm từ 1 đến 7.
- Tổng điểm có thể dao động từ 25 đến 175 điểm.

PHỤ LỤC 4:
PHIẾU TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU
*(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu không cần
bí mật danh tính)*

Họ và tên đối tượng:

Tuổi :

Địa chỉ :

Sau khi được bác sỹ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu: **“ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮY CHỈ KẾT HỢP BÀI THUỐC SÀI HỒ SƠ CAN THANG ĐIỀU TRỊ TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN THẺ CAN VỊ BẤT HÒA”**

Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này (đồng ý lấy máu/nước tiểu..... để xét nghiệm). Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Hà Nội, ngày tháng năm

Họ tên của người làm chứng
(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ tên của Đối tượng
(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 5:

ĐƠN TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu cần phải bí mật danh tính)

Tôi,

Xác nhận rằng

- Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu lâm sàng “**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮY CHỈ KẾT HỢP BÀI THUỐC SÀI HỒ SƠ CAN THANG ĐIỀU TRỊ TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN THỂ CAN VỊ BẤT HÒA**” tại Phiên bản, ngày/...../....., Trang), và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Tôi đã có thời gian và cơ hội được cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

Đánh dấu vào ô thích hợp (quyết định này sẽ không ảnh hưởng khả năng bạn tham gia vào nghiên cứu):

Có

Không

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia	Ngày / tháng / năm
------------------------------------	-----------------------------

Nếu cần,	
* Ghi rõ họ tên và chữ ký của người làm chứng	Ngày / tháng / năm
Ghi rõ họ tên và chữ ký của người hướng dẫn	Ngày / tháng / năm

ĐƠN ĐỀ NGHỊ
Xác nhận thông tin Người bệnh/HSBA tham gia/sử dụng trong NCKH

Kính gửi: - Lãnh đạo Bệnh viện;
- Lãnh đạo Phòng Kế hoạch tổng hợp;

PHẦN I: NỘI DUNG

Họ và tên Nghiên cứu viên: Vũ Thị Bích Liên
Đơn vị công tác: Khoa Khám bệnh- Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an
Điện thoại:0976600665 Email: vubichlien18@gmail.com
Tên đề tài: :“Đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ kết hợp bài thuốc sài hồ
sơ can thang điều trị trào ngược dạ dày thực quản thể can vị bất hòa ”.
Người hướng dẫn:
1.TS.Nguyễn Thị Minh Thu
2.TS.Lưu Minh Châu
Cơ quan quản lý đề tài: Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
Thời gian thu thập dữ liệu: từ tháng 04 năm 2025 đến tháng 09 năm 2025
Địa điểm thu thập dữ liệu:Bệnh viện y học cổ truyền Bộ Công an
Danh sách đối tượng tham gia nghiên cứu:

STT	Họ và tên	Số hồ sơ	Năm sinh	Giới tính	Địa chỉ	Ngày vào viện
1.	Nguyễn Thị L.	250408.0013	1960	Nữ	Mỹ Đức, Hà Nội	08/04/2025
2.	Hoàng Thị D.	250408.0039	1959	Nữ	Quảng Xương, Thanh Hoá	08/04/2025
3.	Phạm Thị H.	250409.0007	1983	Nữ	Hà Đông, Hà Nội	09/04/2025
4.	Lê Thế C.	250413.0002	1958	Nam	Nam Từ Liêm, Hà Nội	13/04/2025
5.	Phạm Thị Đ.	250414.0043	1961	Nữ	Giao Thủy, Nam Định	14/04/2025
6.	Vũ Thị Ch.	250414.0044	1960	Nữ	Nam Trực, Nam Định	14/04/2025
7.	Đặng Anh T.	250414.0058	1980	Nam	Quận 12,TP Hồ Chí Minh	14/04/2025
8.	Nguyễn Quang Ch.	250415.0004	1968	Nam	Thanh Xuân, Hà Nội	15/04/2025
9.	Dương Quốc Đ.	250415.0013	1982	Nam	Nam Từ Liêm, Hà Nội	15/04/2025
10.	Nguyễn Thị Lan H.	250415.0020	1967	Nữ	Cầu Giấy, Hà Nội	15/04/2025

STT	Họ và tên	Số hồ sơ	Năm sinh	Giới tính	Địa chỉ	Ngày vào viện
11.	Nguyễn Thị Thanh T.	250416.0019	1961	Nữ	Đại Mỗ, Hà Nội	16/04/2025
12.	Lê Thọ M.	250416.0024	1989	Nam	Hoàng Mai, Hà Nội	16/04/2025
13.	Bùi Hữu Ph.	250421.0056	1980	Nam	Khương Đình, Hà Nội	21/04/2025
14.	Vũ Quang B.	250423.0002	1956	Nam	Tây Hồ, Hà Nội	23/04/2025
15.	Trần Thị H.	250425.0003	1949	Nữ	Thanh Trì, Hà Nội	25/04/2025
16.	Nguyễn Thị Ng.	250429.0002	1961	Nữ	Thanh Xuân, Hà Nội	29/04/2025
17.	Nguyễn Phương Th.	250505.0075	1983	Nữ	Nam Từ Liêm, Hà Nội	05/05/2025
18.	Hoàng Thị Y.	250505.0077	1951	Nữ	Trực Ninh, Nam Định	05/05/2025
19.	Vũ Thị Th.	250505.0083	1960	Nữ	TP Hạ Long, Quảng Ninh	05/05/2025
20.	Nguyễn Thị B.	250505.0093	1953	Nữ	Hoàng Mai, Hà Nội	05/05/2025
21.	Lê Thị Ch.	250505.0104	1958	Nữ	Phúc Thọ, Hà Nội	05/05/2025
22.	Vũ Mạnh Th.	250506.0048	1983	Nam	Hà Đông, Hà Nội	06/05/2025
23.	Khổng Thị Q.	250508.0031	1966	Nữ	Yên Hoà, Hà Nội	08/05/2025
24.	Bùi Đức H.	250509.0020	1966	Nam	Hà Đông, Hà Nội	09/05/2025
25.	Nguyễn Thị X.	250509.0012	1960	Nữ	Nam Từ Liêm, Hà Nội	09/05/2025
26.	Phạm Thị N.	250510.0001	1964	Nữ	Hải Hậu, Nam Định	10/05/2025
27.	Nguyễn Thị Q.	250512.0031	1949	Nữ	Nam Từ Liêm, Hà Nội	12/05/2025
28.	Lê Thị T.	250512.0045	1955	Nữ	Hai Bà Trưng, Hà Nội	12/05/2025
29.	Nguyễn Thị L.	250512.0053	1948	Nữ	Bắc Từ Liêm, Hà Nội	12/05/2025
30.	Lê Thị Hồng V.	250514.0012	1964	Nữ	Hà Đông, Hà Nội	14/05/2025
31.	Đoàn Phương Ng.	250519.0050	1984	Nữ	Long Biên, Hà Nội	19/05/2025
32.	Trần Kim D.	250519.0009	1968	Nữ	Đống Đa, Hà Nội	19/05/2025
33.	Đỗ Quang T.	250527.0014	1946	Nam	Nam Từ Liêm, Hà Nội	27/05/2025
34.	Vũ Thị Thanh H.	250602.0023	1963	Nữ	Kiến Hưng, Hà Nội	02/06/2025
35.	Phạm Quang S.	250608.0002	1952	Nam	Ngọc Hà, Hà Nội	08/06/2025
36.	Trần Công Ch.	250609.0051	1977	Nam	Hà Đông, Hà Nội	09/06/2025
37.	Nguyễn Thị N.	250610.0020	1956	Nữ	Hoàng Mai, Hà Nội	10/06/2025
38.	Khuất Thị T.	250610.0005	1953	Nữ	Nam Từ Liêm, Hà Nội	10/06/2025
39.	Nguyễn Huy Q.	250611.0003	1966	Nam	Thanh Xuân, Hà Nội	11/06/2025
40.	Trần Từ V.	250611.0043	1977	Nam	Thanh Xuân, Hà Nội	11/06/2025

STT	Họ và tên	Số hồ sơ	Năm sinh	Giới tính	Địa chỉ	Ngày vào viện
41.	Nguyễn Đức Q.	250612.0023	1948	Nam	Thanh Xuân, Hà Nội	12/06/2025
42.	Vũ Thị D.	250618.0001	1957	Nữ	Hoà Xá, Hà Nội	18/06/2025
43.	Nguyễn Thị H.	250618.0009	1959	Nữ	Thanh Trì, Hà Nội	18/06/2025
44.	Nguyễn Thị Ph.	250625.0016	1990	Nữ	Thuận Thành, Bắc Ninh	25/06/2025
45.	Vũ Ngọc Ch.	250630.0039	1973	Nam	Hải Hậu, Nam Định	30/06/2025
46.	Nguyễn Thị H.	250630.0052	1974	Nữ	Hải Hậu, Nam Định	30/06/2025
47.	Bùi Văn D.	250701.0007	1966	Nam	Nam Từ Liêm, Hà Nội	01/07/2025
48.	Nguyễn Thị Ch.	250703.0012	1964	Nữ	Gia Lâm, Hà Nội	03/07/2025
49.	Ngô Đình Th.	250704.0002	1968	Nam	Ba Đình, Hà Nội	04/07/2025
50.	Lê Đình D.	250706.0005	1948	Nam	Ba Đình, Hà Nội	06/07/2025
51.	Nguyễn Thị Nh.	250708.0021	1952	Nữ	Xuân Giang, Ninh Bình	08/07/2025
52.	Nguyễn Thị L.	250709.0013	1955	Nữ	Hồ Vương, Thanh Hoá	09/07/2025
53.	Nguyễn Văn C.	250714.0037	1968	Nam	Ứng Hoà, Hà Nội	14/07/2025
54.	Bùi Thị M.	250714.0060	1964	Nữ	Tây Mỗ, Hà Nội	14/07/2025
55.	Đỗ Thị H.	250714.0079	1971	Nữ	Nam Định, Ninh Bình	14/07/2025
56.	Phạm Thuỳ L.	250715.0028	1985	Nữ	Yên Hoà, Hà Nội	15/07/2025
57.	Dương Thị Bích L.	250716.0008	1972	Nữ	Kim Liên, Hà Nội	16/07/2025
58.	Lương Thị Ng.	250716.0011	1951	Nữ	Đại Mỗ, Hà Nội	16/07/2025
59.	Trần Thị H.	250717.0007	1970	Nữ	Hải Anh, Ninh Bình	17/07/2025
60.	Đỗ Thị Bích H.	250718.0013	1981	Nữ	Tây Mỗ, Hà Nội	18/07/2025
61.	Phí Thị Th.	250718.0016	1954	Nữ	Trung Chính, Bắc Ninh	18/07/2025
62.	Phạm Thị Th.	250718.0028	1975	Nữ	Ứng Hoà, Hà Nội	18/07/2025
63.	Nguyễn Thị L.	250719.0004	1967	Nữ	Hải Quang, Ninh Bình	19/07/2025
64.	Phan Thị L.	250721.0031	1955	Nữ	Diễn Châu, Nghệ An	21/07/2025
65.	Đào Thị Th.	250728.0015	1963	Nữ	Long Hưng, Hưng Yên	28/07/2025
66.	Vũ Văn T.	250728.0060	1991	Nam	Hoàng Liệt, Hà Nội	28/07/2025
67.	Đỗ Thị M.	250729.0007	1961	Nữ	Từ Liêm, Hà Nội	29/07/2025
68.	Lưu Thị D.	250730.0017	1960	Nữ	Nga Sơn, Thanh Hoá	30/07/2025
69.	Phạm Quang H.	250802.0001	1961	Nam	Đại Mỗ, Hà Nội	02/08/2025
70.	Đinh Thị M.	250804.0065	1948	Nữ	Khuong Đình, Hà Nội	04/08/2025

STT	Họ và tên	Số hồ sơ	Năm sinh	Giới tính	Địa chỉ	Ngày vào viện
71.	Đinh Lan Ph.	250805.0025	1959	Nữ	Phú Thượng, Hà Nội	05/08/2025
72.	Cần Văn T.	250805.0026	1956	Nam	Thanh Xuân, Hà Nội	05/08/2025
73.	Hà Sỹ H.	250806.0027	1977	Nam	Tương Mai, Hà Nội	06/08/2025
74.	Hoàng Thị L.	250812.0031	1968	Nữ	Đại Mỗ, Hà Nội	12/08/2025

Tóm tắt kết quả nghiên cứu chính của đề tài:²

Cây chỉ kết hợp bài thuốc Sài hồ sơ can thang trên nền PPI và Gaviscon cải thiện triệu chứng GERD và chất lượng cuộc sống vượt trội so với điều trị chuẩn, đồng thời kiểm soát hiệu quả trên bệnh nhân thể Can Vị bất hòa.

Hà Nội, ngày 30 tháng 9 năm 2025

NGHIÊN CỨU VIÊN

PHÒNG CÔNG CHỨNG SỐ 7 TP. HÀ NỘI
CHỨNG THỰC BẢN SAO ĐÚNG VỚI BẢN CHÍNH

Ngày: 02-12-2025

Số: 3076012 - SCT/BS

PHẦN II: Ý KIẾN

Ý kiến của Bộ phận lưu trữ hồ sơ bệnh án:
Danh sách 74 bệnh nhân tham gia
nghiên cứu được cung cấp Thông tin
trung thực với hồ sơ lưu trữ của
Bệnh viện

Ngày 30 tháng 9 năm 2025

CÁN BỘ KIỂM TRA

Ngân
Vũ Thị Ngân



Đại tá Vũ Văn Sơn

Ngày 30 tháng 9 năm 2025

KT. TRƯỞNG PHÒNG
PHÓ TRƯỞNG PHÒNG

BSCK II. Đoàn Văn Hiệp

Ghi chú:

- Viết tắt họ và tên của đối tượng nghiên cứu (ví dụ: Nguyễn Văn An → N.V.A.)
- Mô tả tóm tắt các kết quả nghiên cứu theo mục tiêu nghiên cứu trong đề cương
- Đơn đề nghị phải được in trên 2 mặt giấy

CÔNG CHỨNG VIÊN

Vũ Đông