Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 66, Special Issue 19, 362-368

# RESEARCH ON CLINICAL FEATURES, ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE QUESTIONNAIRE (GERDQ) IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Phan Thi Nhat Thanh*, Nguyen Thi Nhung, Pham Ba Dang, Tran Thi Phuong Nhi

*Hue Central Hospital - 16 Le Loi, Thuan Hoa Ward, Hue City, Vietnam*

Received: 09/09/2025
Revised: 10/10/2025; Accepted: 22/10/2025

## ABSTRACT

**Objectives:** To describe the clinical features, endoscopic imaging, and GERDq score in patients with gastroesophageal reflux disease. To compare the degree of esophageal damage by Los Angeles classification with the GERDq score.

**Material and methods:** A cross-sectional study was conducted on 110 patients who presented with GERD symptoms based on ACG 2022 who underwent endoscopy in the Outpatient Department of Hue Central Hospital.

**Result:** The mean age was 47.05 ± 14.10 years; 50.9% were female. The most common symptoms were epigastric pain (83.6%), heartburn (56.4%), and retrosternal burning (52.7%). 56.4% of patients had erosive esophagitis (LA ≥A), mostly grade A (77.4%). A GERDq cutoff score ≥8 had diagnostic value for erosive esophagitis (AUC 0.919; 95%CI: 0.873 - 0.962, p < 0.001) with 83.9% sensitivity (95% CI: 72,3% - 92%) and 100% specificity (95% CI: 92,6% - 100%); correspondingly, 100% of patients with scores ≥ 8 had lesions (LA ≥A). The impact score also correlated with lesion severity (p = 0.019).

**Conclusion:** Burning pain behind the sternum, heartburn, and epigastric pain are common symptoms in this cohort. Esophageal lesions in GERD are mostly mild. The GERDq score is useful to diagnose erosive gastroesophageal reflux disease in patients undergoing endoscopy.

*Keywords:* Gastroesophageal reflux disease, GERDq.

*Corresponding author
**Email:** nhatthanhmed.96@gmail.com **Phone**: (+84) 792351996 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3732

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ BỘ CÂU HỎI GERDQ Ở BỆNH NHÂN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Phan Thị Nhật Thanh*, Nguyễn Thị Nhung, Phạm Bá Đăng, Trần Thị Phương Nhi

*Bệnh viện Trung Ương Huế - 16 Lê Lợi, P. Thuận Hoá, Tp. Huế, Việt Nam*

Ngày nhận: 09/09/2025
Ngày sửa: 10/10/2025; Ngày đăng: 22/10/2025

## ABSTRACT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và điểm GERDq ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản. Đối chiếu mức độ tổn thương thực quản theo phân loại Los -Angeles với điểm GERDq.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 bệnh nhân có nhân triệu chứng GERD theo ACG 2022 đến khám và có chỉ định nội soi tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Trung Ương Huế.

**Kết quả:** Tuổi trung bình 47,05 ± 14,10; 50,9% là nữ. Triệu chứng thường gặp nhất là đau thượng vị (83,6%), ợ chua (56,4%) và nóng rát (52,7%). 56,4% bệnh nhân có viêm thực quản (LA ≥A), chủ yếu là độ A (77,4%). Điểm cắt GERDq ≥ 8 cho thấy giá trị chẩn đoán viêm thực quản (AUC 0,919; KTC 95% 0,873 - 0,962; p < 0,001) với độ nhạy 83,9% (KTC 95%: 72,3% - 92%) và và độ đặc hiệu 100% (KTC 95%: 92,6% - 100%), trong đó 100% bệnh nhân có điểm ≥ 8 đều có tổn thương (LA ≥A). Điểm tác động cũng liên quan với mức độ nặng của tổn thương (p = 0,019).

**Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp của GERD trong nghiên cứu là đau thượng vị, ợ chua và nóng rát sau xương ức. Tổn thương thực quản trong GERD phần lớn ở mức độ nhẹ. Thang điểm GERDq ≥ 8 phân biệt tốt nhóm có viêm thực quản (LA≥A) so với nhóm không tổn thương (LA=0) trong quần thể bệnh nhân có triệu chứng GERD được chỉ định nội soi.

***Từ khóa:*** Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, GERDq.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) gặp phổ biến ở các nước trên thế giới đặc biệt là các nước phương Tây, tỷ lệ GERD chiếm 15 - 20%. Ở các nước Châu Á tỷ lệ mắc ít hơn (khoảng 6 %) nhưng trong 10 năm trở lại đây, các nghiên cứu trong nước và ngoài nước cho thấy GERD đang có xu hướng tăng dần lên trong đó có cả Việt Nam [1]. Nếu không được phát hiện và điều trị sớm, GERD có thể gây ra các biến chứng như chảy máu, chít hẹp thực quản, thực quản Barret thậm chí là ung thư thực quản [2, 3]. Chẩn đoán xác định GERD dựa vào đo pH 24 giờ, nhưng đây là biện pháp xâm nhập gây khó chịu và không được áp dụng rộng rãi ở các cơ sở y tế. Chẩn đoán GERD thường dựa vào triệu chứng lâm sàng, các thang điểm đánh giá GERD và nội soi [3]. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho kết GERDq có giá trị trong chẩn đoán và theo dõi GERD [4, 5]. Qua việc nghiên cứu về triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi, GERDq ở GERD chúng ta có thể để đưa ra những giải pháp chẩn đoán chính xác để điều trị bệnh hiệu quả, nhằm làm giảm các triệu chứng cũng như ngăn ngừa các biến chứng nặng từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu đề tài này nhằm: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và điểm GERDq ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản. (2) Đối chiếu mức độ tổn thương thực quản theo phân loại Los - Angeles với điểm GERDq ở đối tượng nghiên cứu.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám, có triệu chứng của GERD theo ACG 2022 và làm nội soi đường tiêu hóa trên.

*Tác giả liên hệ
**Email:** nhatthanhmed.96@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 792351996 **Https**://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3732

- Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Khám bệnh – Bệnh viện Trung Ương Huế

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2024 đến tháng 11/2024.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có triệu chứng của GERD theo ACG 2022: nóng rát sau xương ức, ợ chua, đau vùng thượng vị, buồn nôn, nuốt khó, nuốt đau, đau ngực không do tim, ho kéo dài nhất là về đêm, khàn giọng....[6].

+ Bệnh nhân được nội soi TQDDTT và phân độ tổn thương thực quản (TTTQ) theo Los Angeles (LA) năm 1999 [7].

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế bơm proton Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật đường tiêu hóa trên. Bệnh nhân có u, loét, hẹp thực quản

+ Bệnh nhân đang xuất huyết tiêu hóa trên Bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện, kết quả n = 110

- Phương pháp thu thập số liệu: sử dụng bộ câu hỏi GERDq

- Phương pháp xử lý số liệu: các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm máy tính SPSS 27.

- Chẩn đoán dương tính (ca bệnh) trong phân tích ROC được định nghĩa là có bằng chứng viêm thực quản trên nội soi (phân độ Los Angeles ≥ A). Chẩn đoán âm tính (nhóm chứng) được định nghĩa là không có tổn thương thực quản trên nội soi (LA = 0). Đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic) được sử dụng để đánh giá giá trị chẩn đoán của thang điểm GERDq. Diện tích dưới đường cong (AUC) cùng khoảng tin cậy (KTC) 95% đã được tính. Độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp) được xác định tại điểm cắt tối ưu. Phép kiểm Fisher's exact được sử dụng để so sánh các tỷ lệ trong phân tích bảng chéo.

**Bảng 1. Bộ câu hỏi GERQq**

| Số ngày có triệu chứng trong tuần vừa qua | 0 ngày | 1 ngày | 2-3 ngày | 4-7 ngày |
|---|---|---|---|---|
| 1. Ông (bà) có thường xuyên có cảm giác nóng rát sau xương ức? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Ông (bà) có thường xuyên bị ợ chua. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Ông (bà) có thường xuyên bị đau vùng thượng vị? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Ông (bà) có thường xuyên bị buồn nôn/ nôn ? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Ông (bà) có thường xuyên bị khó ngủ bởi các triệu chứng ợ nóng và/hoặc ợ chua? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Ông (bà) có thường xuyên phải sử dụng thêm thuốc điều trị triệu chứng ợ nóng và/hoặc ợ chua (như zantac, maalox...) | 0 | 1 | 2 | 3 |

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm | | | Giá trị |
|---|---|---|---|
| Tuổi | | | 47,10 ± 14,11 |
| Giới tính | Nam | 54 | 49,1 |
| | Nữ | 56 | 50,9 |

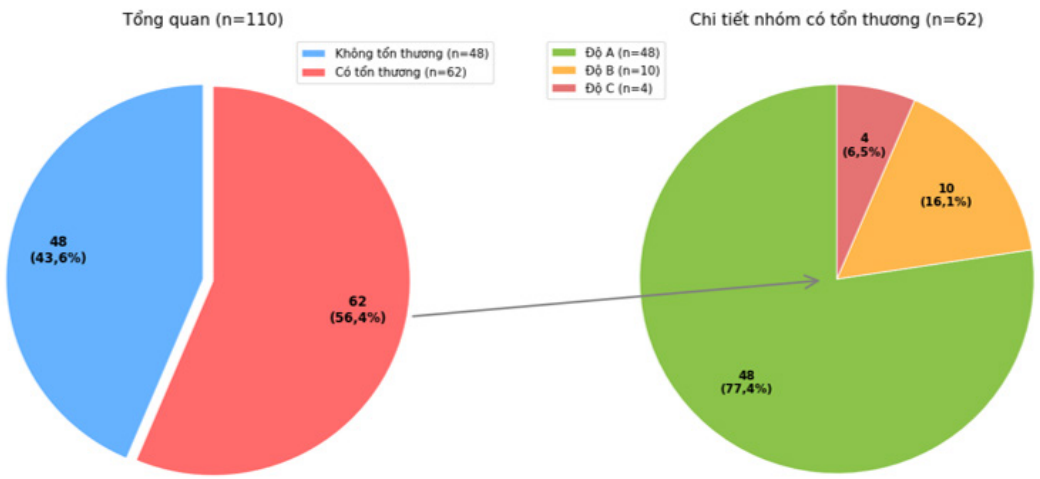
Nhận xét: Độ tuổi trung bình 47,10 ± 14,11; tỷ lệ bệnh nhân nữ là 50,9%; nam là 49,1%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi, điểm GERDq của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

| Lý do đến khám | N | Tỷ lệ |
|---|---|---|
| Nóng rát sau xương ức | 57 | 51,8 |
| Ợ chua | 62 | 56,4 |
| Đau vùng thượng vị | 92 | 83,6 |
| Buồn nôn | 60 | 54,5 |
| Nuốt khó | 17 | 15,5 |
| Nuốt đau | 3 | 2,7 |
| Đau ngực không do tim | 24 | 21,8 |
| Ho kéo dài nhất là về đêm | 11 | 10,0 |
| Khàn giọng | 2 | 1,8 |

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là: đau thượng vị 83,6%; ợ chua 56,4%; nóng rát sau xương ức 51,8%; buồn nôn 54,5%. Các triệu chứng ngoài đường tiêu hóa: đau ngực không do tim 21,8%; ho kéo dài về đêm 10,0%.




**Biểu đồ 1. Phân bố tổng thể và chi tiết mức độ tổn thương**

Nhận xét: Trong tổng số 110 bệnh nhân, 48 bệnh nhân (43,6%) không có TTTQ (LA = 0). 62 bệnh nhân (56,4%) có tổn thương (LA ≥ A). Trong số 62 bệnh nhân có viêm thực quản, tỷ lệ TTTQ qua nội soi mức độ A cao nhất chiếm 77,4%; độ B 16,1%; độ C 6,5%.

**Bảng 4. Phân bố điểm GERDq và giá trị chẩn đoán viêm thực quản (LA ≥ A)**

| Phân bố điểm GERDq | | |
|---|---|---|
| **Điểm** | **Số lượng (n)** | **Tỷ lệ (%)** |
| < 8 | 58 | 52,7 |
| ≥ 8 | 52 | 47,3 |
| Trung bình ± SD | 6,48 ± 3,82 | |

| Phân bố điểm GERDq | | |
|---|---|---|
| **Điểm** | **Số lượng (n)** | **Tỷ lệ (%)** |
| **Giá trị chẩn đoán** | | |
| Chỉ số | Giá trị | KTC 95% |
| AUC | 0,919 | 0,873 – 0,962 |
| Độ nhạy (điểm cắt ≥ 8) | 83,9% | 72,3% – 92% |
| Độ đặc hiệu (điểm cắt ≥ 8) | 100% | 92,6% – 100% |

Nhận xét: Có 47,3% bệnh nhân có điểm GERDq từ 8 trở lên. Điểm GERDq trung bình là 6,48 ± 3,82. Giá trị chẩn đoán viêm thực quản (LA ≥ A) của bộ câu hỏi GERDq với điểm cắt ≥ 8 có chỉ số AUC là 0,919

(KTC 95%: 0,873 - 0,962), độ nhạy 83,9% (KTC 95%: 72,3% - 92%) và độ đặc hiệu 100% (KTC 95%: 92,6% - 100%) (p < 0,001).

**3.3. Đối chiếu mức độ tổn thương thực quản theo phân loại LA với điểm GERDq ở đối tượng nghiên cứu.**

**Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm GERDq và kết quả nội soi (Phân loại LA)**

| Mức độ TTTQ | GERDq < 8 | GERDq ≥ 8 | Tổng | p* |
|---|---|---|---|---|
| | Số lượng (%) | Số lượng (%) | Số lượng (%) | |
| LA = 0 (Không TTTQ) | 48 (82,8%) | 0 (0%) | 48 (43,6%) | < 0,001 |
| LA = A | 10 (17,2%) | 38 (73,1%) | 48 (43,6%) | |
| LA = B | 0 (0%) | 10 (19,2%) | 10 (9,1%) | |
| LA = C | 0 (0%) | 4 (7,7%) | 4 (3,6%) | |
| Tổng (LA ≥ A) | 10 (17,2%) | 52 (100%) | 62 (56,4%) | |

** Phép kiểm định Fisher's exact test*

Nhận xét: Bảng trên cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa điểm GERDq và tình trạng viêm thực quản. Trong nhóm GERDq < 8 (n=58), có 48 bệnh nhân (82,8%) không có tổn thương (LA = 0) và 10 bệnh nhân (17,2%) có tổn thương (chỉ ở mức độ A). Ngược lại, trong nhóm GERDq ≥ 8 (n=52), 100% bệnh nhân đều có tổn thương (LA ≥ A), trong đó 73,1% ở mức độ A, 19,2% ở mức độ B và 7,7% ở mức độ C. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

**Bảng 6. Mối liên quan giữa điểm tác động (câu 5, 6) với mức độ nặng của tổn thương thực quản ở nhóm LA ≥ A (n=62)**

| Mức độ TTTQ | Tổng câu 5, 6 của GERDq < 3 | Tổng câu 5, 6 của GERDq ≥ 3 | p* |
|---|---|---|---|
| | Số lượng (%) | Số lượng (%) | |
| Độ A | 19 (100%) | 29 (67,4%) | 0,019 |
| Độ B | 0 (0%) | 10 (23,3%) | |
| Độ C | 0 (0%) | 4 (9,3%) | |
| Tổng | 19 (100%) | 43 (100%) | |

** Phép kiểm định Fisher's exact test*

Nhận xét: Khi phân tích riêng nhóm 62 bệnh nhân có viêm thực quản (LA ≥ A), có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm tác động và mức độ TTTQ theo phân loại LA (p = 0,019). Nhóm bệnh nhân có điểm tác động < 3 (n = 19) chỉ có TTTQ ở mức độ A. Nhóm bệnh nhân có điểm tác động ≥ 3 (n = 43) có sự phân bố tổn thương ở các mức độ nặng hơn: 67,4% mức độ A; 23,3% mức độ B và 9,3% mức độ C.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

Kết quả bảng 1 cho thấy độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 47,10 ± 14,11. Kết quả này tương tự Trần Quốc Khánh 47,66 ± 15,55; Jonasson C 47,4 ± 14,6 [5] [8]. Cả hai giới đều có thể mắc GERD trong đó nữ chiếm 50,9%; nam chiếm 49,1%. Nghiên cứu Trần Quốc Khánh cho tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 52,9%; 47,1% [8]; Ruigomez và cs tỷ lệ nam là 54,5% và nữ là 45,5% [9].

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi, điểm GERDq của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi các triệu chứng lâm sàng thường gặp là: đau thượng vị 83,6%; ợ chua 56,4%; nóng rát sau xương ức 51,8%; buồn nôn 54,5%; các triệu chứng ít gặp nuốt khó 15,5%; nuốt đau 2,7%. So sánh với nghiên cứu của Phạm Thị Thảo cho thấy đau thượng vị 73,6%; ợ chua 58,1%; nóng rát sau xương ức 44,9% [10]. Các nghiên cứu cho thấy các triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân GERD rất đa dạng và khác nhau theo từng nghiên cứu. Nhưng triệu chứng phổ biến vẫn là nóng rát sau xương ức, ợ chua và đau thượng vị dao động từ trên 50,0% trở lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đau ngực không do tim chiếm 21,8%. Kết quả này tương tự Võ Thị Nga tỷ lệ đau ngực 22% [11]. Các triệu chứng ngoài thực quản chiếm tỷ lệ thấp như ho kéo dài về đêm 10,0%; khàn giọng chỉ 1,8%. Nghiên cứu Phạm Thị Thảo cho kết quả tương tự ho kéo dài 16,6%; khàn giọng 1,3% [10].

Nội soi TQDDTT là xét nghiệm khách quan được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá niêm mạc thực quản. Nội soi cho thấy được trực tiếp niêm mạc thực quản, xác định vị trí và hình thái của tổn thương, chẩn đoán các biến chứng của GERD [3]. Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ TTTQ qua nội soi mức độ A cao nhất chiếm 77,4%; mức độ B 16,1%; mức độ C 6,5%; không có tổn thương mức độ D. Tỷ lệ TTTQ trong nghiên cứu Phạm Thị Thảo mức độ A là 76,4%, mức độ B là 19,5% và mức độ C và D thì không đáng kể [10]. Nghiên cứu Wang, M 76,58% tổn thương mức độ A; 14,12% mức độ B; 5,95% mức độ C và 3,35% tổn thương mức độ D [12].

Trong nghiên cứu này có 47,3% bệnh nhân có điểm GERDq ≥ 8; 52,7% bệnh nhân có điểm GERDq < 8. Điểm GERDq trung bình của đối tượng nghiên cứu là 6,48 ± 3,82. Nghiên cứu Phạm Thị Thảo điểm trung bình GERDq là 8,14 ± 3,5. 53% bệnh nhân có GERDq ≥ 8 điểm, còn số lượng bệnh nhân có GERDq < 8

chiếm 47% [10]. Nghiên cứu của Zavala- Gonzáles có điểm trung bình GERDq là 8 ± 3, tỷ lệ GERDq ≥ 8 chiếm 48% [13].

Kết quả ở Bảng 4 cho thấy GERDq có giá trị chẩn đoán viêm thực quản với điểm cắt ≥ 8 có AUC là 0,919 (KTC 95%: 0,873 – 0,962), độ nhạy 83,9% (KTC 95%: 72,3% - 92%) và độ đặc hiệu 100% (KTC 95%: 92,6% - 100%) với p < 0,001. So sánh với nghiên cứu của Gong E. J và cs cho kết quả giá trị GERDq là 8 có độ nhạy 64,9% và độ đặc hiệu 71,4% AUC là 0,741 để chẩn đoán GERD [14]. Một nghiên cứu ở Malaysia của Vadivelu S và cs cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của điểm cắt GERDq ≥ 8 lần lượt là 90,2 và 77,4% để chẩn đoán GERD [15].

**4.3. Đối chiếu mức độ tổn thương thực quản theo phân loại Los -Angeles với điểm GERDq ở đối tượng nghiên cứu.**

***Mối liên quan giữa GERDq và tổn thương thực quản theo Los Angheles***

Kết quả phân tích Bảng 4 cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê rõ rệt giữa điểm GERDq và kết quả nội soi theo phân loại Los Angeles (p < 0,001). Sự phân bố TTTQ ở hai nhóm là khác biệt. Trong nhóm GERDq < 8 (n=58), 82,8% (n=48) bệnh nhân không có TTTQ (LA=0) và 17,2% (n=10) có TTTQ ở mức độ A. Ngược lại, ở nhóm GERDq ≥ 8 (n=52), 100% bệnh nhân đều có TTTQ (LA ≥ A), tương ứng với độ đặc hiệu 100% của điểm cắt này trong nghiên cứu. Phân bố tổn thương trong nhóm này bao gồm 73,1% (n=38) ở mức độ A, 19,2% (n=10) ở mức độ B, và 7,7% (n=4) ở mức độ C. Mặc dù ghi nhận xu hướng các mức độ tổn thương nặng hơn (độ B và C) chỉ xuất hiện ở nhóm GERDq ≥ 8, số lượng bệnh nhân trong các phân nhóm này còn hạn chế. Do đó, cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định mối liên quan giữa điểm GERDq cao và mức độ nặng của tổn thương.

Nghiên cứu Phạm Hà Giang cho thấy nhóm bệnh nhân có GERD < 8; 35,3% bệnh nhân có TTTQ; 52,9% tổn thương mức độ A, B; nhóm có GERDq ≥ 8 20,4% không có TTTQ, 61,4% có tổn thương mức độ A, B; 7,9% bệnh nhân tổn thương mức độ C, D; tuy nhiên mối liên quan giữa điểm GERDq và hình ảnh tổn thương trên nội soi không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 [16]. Nghiên cứu Trần Quốc Khánh thấy rằng điểm GERDq < 8 87,5% tổn thương mức độ A. GERDq ≥ 8 47,6% không có TTTQ; 47,1% tổn thương mức độ A, B; 2,95% tổn thương mức độ C, D. Khi đánh giá TTTQ trên nội soi sự khác biệt về mức độ nặng giữa hai nhóm GERDq < 8 và GERDq ≥ 8 có ý nghĩa thống kê với p < 0.05. Điều này cho thấy những bệnh nhân có điểm GERDq cao thì nguy cơ TTTQ mức độ nặng càng cao [8].

***Mối liên quan giữa điểm tác động với mức độ tổn thương thực quản***

Kết quả ở Bảng 5 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm tác động và mức độ TTTQ theo phân loại LA (p = 0,019) trong nhóm 62 bệnh nhân có viêm thực quản. Nhóm bệnh nhân có điểm tác động < 3 (n = 19) chỉ có tổn thương mức độ A. Nhóm bệnh nhân có điểm tác động ≥ 3 (n = 43), có sự phân bố tổn thương ở các mức độ khác nhau: 67,4% mức độ A; 23,3% mức độ B và 9,3% mức độ C.

Nghiên cứu của Trần Quốc Khánh cho rằng có mối liên quan giữa điểm tác động và mức độ nặng của TTTQ trên nội soi (p < 0,05). Nhóm có điểm tác động < 3 phần lớn nội soi không thấy TTTQ chiếm 78%; 22% ghi nhận tổn thương ở mức độ A, B. Trong khi đó nhóm có điểm tác động ≥ 3 có 68,2% tổn thương mức độ A, B; 6,8% tổn thương mức độ C, D; biến chứng loét thực quản, baret thực quản chiếm 18,2%. Sự khác biệt của hai nhóm này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Điều này gợi ý rằng các trường hợp có điểm tác động ≥ 3 có TTTQ, đặc biệt có TTTQ nặng và có biến chứng [8]. Nghiên cứu Phạm Hà Giang nhóm có điểm tác động ≥ 3 hình ảnh nội soi có TTTQ mức độ A, B chiếm 34,6%; mức độ C, D chiếm 6,9%; trong khi đó điểm tác động < 3 chỉ có tổn thương mức độ A, B. Mối liên quan giữa điểm tác động và TTTQ trên nội soi có ý nghĩa thống kê với p < 0,005 [16].

**4.4. Hạn chế của nghiên cứu**

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện (n=110) tại một trung tâm duy nhất, do đó khả năng ngoại suy kết quả cho cộng đồng chung còn hạn chế.

Thứ hai, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán GERD là đo pH 24 giờ, tuy nhiên nghiên cứu này sử dụng nội soi làm chuẩn đối chiếu. Nội soi chỉ phát hiện được GERD có viêm loét (ERD) và bỏ sót nhóm GERD không viêm loét (NERD). Do đó, giá trị chẩn đoán của GERDq được báo cáo ở đây là giá trị trong việc phát hiện ERD (LA ≥ A), không phải chẩn đoán GERD nói chung.

Thứ ba, tiêu chuẩn chọn bệnh là các bệnh nhân có triệu chứng GERD theo ACG 2022 và tất cả đều có chỉ định nội soi. Điều này dẫn đến tỷ lệ viêm thực quản (LA ≥ A) trong mẫu nghiên cứu cao (56,4%). Quần thể này không đại diện cho các bệnh nhân GERD tại tuyến y tế cơ sở hay trong cộng đồng. Việc lựa chọn một quần thể bệnh nhân đặc thù đã có chỉ định nội soi có thể đã góp phần làm tăng giá trị AUC (0,919) của thang điểm GERDq.

## 5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 110 bệnh có nhân triệu chứng GERD theo ACG 2022 đến khám tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Trung Ương Huế, chúng tôi rút ra kết luận: Triệu chứng lâm sàng thường gặp của GERD trong nghiên cứu là đau thượng vị, ợ chua và nóng rát sau

xương ức. Tổn thương thực quản trong GERD phần lớn ở mức độ nhẹ. GERDq ≥ 8 phân biệt tốt nhóm có viêm thực quản (LA≥A) so với nhóm không tổn thương (LA=0) trong quần thể bệnh nhân có triệu chứng GERD được chỉ định nội soi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


[1] Kellerman R, Kintanar T. Gastroesophageal reflux disease. Primary care. 2017; 44(4):561-573.

[2] Block B, Schascha G, Schmidt H. Pathological Findings Esophagus. Endoscopy of the upper GI tract. 2004; 72-78.

[3] Yamada T. Gastrointestinal diseases. Textbook of gastroenterology, fifthed. 2009; 772-795.

[4] Jones R, Junghard O, Dent J, Vakil N, Halling K, Wernersson B. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care. Alimentary pharmacology & therapeutics. 2009;30(10):1030-1038.

[5] Jonasson C, Wernersson B, Hoff DAL, Hatlebakk JG. Validation of the GerdQ questionnaire for the diagnosis of gastro-oesophageal reflux disease. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2013;37(5):564-572.

[6] Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Official journal of the American College of Gastroenterology. 2022;117(1):27-56.

[7] Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. Gut. 1999;45(2):172-180.

[8] Trần Quốc Khánh, Nguyễn Thị Tâm. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô hình học bệnh trào ngược dạ dày - thực quản tại Bệnh viện 199, Tạp chí y học Việt Nam. 2003; 532(1b):291-295.

[9] Ruigomez A, Rodríguez LG, Wallander MA, Johansson S, Dent J. Endoscopic findings in a cohort of newly diagnosed gastroesophageal reflux disease patients registered in a UK primary care database. Diseases of the Esophagus. 2007;20(6):504-509.

[10] Lý Hải Yến, Vũ Minh Hoàn, Nguyễn Thị Thanh Tú. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản. Tạp chí y học Việt Nam. 2001;508(1):77-80.

[11] Triệu Thị Bích Hợp, Nguyễn Đức Vượng. 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 Hạnh, tỉnh Đắk lắk, năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;513(1):204-209

[12] Phạm Thị Thảo, Nguyễn Đắc Hanh, Trần Thị Trang và cộng sự. Khảo sát bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021. Tạp chí Y học cộng đồng. 2023:64(7);1-6.

[13] Võ Thị Nga. Khảo sát bộ câu hỏi Carlsson Dent và thang điểm GERDq ở bệnh nhân viêm thực quản trào ngược. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y dược Huế. 2022.

[14] Gong EJ, Jung KW, Min YW, Hong KS, Jung HK, Son HJ et al. Validation of the Korean version of the gastroesophageal reflux disease questionnaire for the diagnosis of gastroesophageal reflux disease. Journal of Neurogastroenterology and Motility. 2019:25(1);91.

[15] Vadivelu S, Ma Z. F, Ong E.W, Hassan N, Nik Hassan NFH, Syed Abdul Aziz SHet al (2019). Clinical validity and reliability of the Malay language translations of gastroesophageal reflux disease questionnaire and quality of life in reflux and dyspepsia questionnaire in a primary care setting. Digestive Diseases. 2019:37(2);100-107.

[16] Phạm Thị Hà Giang, Ngô Thị Thanh Quýt, Hoàng Thị Quỳnh. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi dạ dày thực quản trên bệnh nhân người cao tuổi có bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản tại Bệnh viện Thống Nhất. Tạp Chí Khoa Học Trường Đại Học Quốc Tế Hồng Bàng. 2022; 360-368