

A STUDY ON THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AT LE VAN THINH HOSPITAL

Nguyen Hong Van^{1,2}, Nguyen Trong Thu², Huynh Giao², Nguyen Thanh Duc^{1*}

¹Hong Bang International University - 215 Dien Bien Phu, Gia Định ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

²Le Van Thinh Hospital - 130 Le Van Thinh, Binh Trung ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 25/12/2025

Revised: 03/01/2026; Accepted: 25/02/2026

ABSTRACT

Objective: To investigate clinical and paraclinical characteristics, treatment adherence rates, and related factors in patients with gastroesophageal reflux disease at Le Van Thinh Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 303 outpatients aged 18 and older diagnosed with gastroesophageal reflux disease. Data on demographics, clinical and paraclinical characteristics, and treatment adherence using the MMAS-8 scale were collected. Multivariate logistic regression analysis was used to identify factors associated with adherence.

Results: Females predominated (56.4%) with a mean age of 47.8 years. Clinically, heartburn accounted for 59.7% and regurgitation for 48.8%. Endoscopically, non-erosive reflux disease accounted for the majority (74.3%). The overall treatment adherence rate (medium and high) was 64%. 4 independent factors significantly reduced treatment adherence: increased total daily pill count (OR = 0.79; p = 0.002), presence of anxiety/depression (OR = 0.49; p = 0.028), concomitant other gastrointestinal diseases (OR = 0.48; p = 0.021), and presence of regurgitation symptoms (OR = 0.43; p = 0.015).

Conclusion: The majority of patients presented with typical clinical manifestations, although most cases were classified as non-erosive reflux disease. Treatment adherence was generally moderate. Optimizing pill burden and attending to mental health are necessary to improve treatment efficacy.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, GERD, treatment adherence, MMAS-8.

*Corresponding author

Email: ducnt@hiu.vn Phone: (+84) 913830789 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4421>

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY-THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Nguyễn Hồng Vân^{1,2}, Nguyễn Trọng Thu², Huỳnh Giao², Nguyễn Thành Đức^{1*}

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng - 215 Điện Biên Phủ, phường Gia Định, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh - 130 Lê Văn Thịnh, phường Bình Trưng, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 03/01/2026; Ngày duyệt đăng: 25/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở người bệnh trào ngược dạ dày-thực quản tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 303 người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán bệnh trào ngược dạ dày-thực quản và điều trị ngoại trú. Dữ liệu về nhân khẩu học, lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ tuân thủ điều trị theo thang đo MMAS-8 được thu thập. Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh nữ chiếm ưu thế (56,4%) với tuổi trung bình 47,8. Về lâm sàng, triệu chứng ợ nóng chiếm 59,7% và ợ trớ chiếm 48,8%. Trên nội soi, phần lớn là bệnh trào ngược không viêm (74,3%). Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung (trung bình và cao) là 64%. 4 yếu tố liên quan độc lập làm giảm tuân thủ điều trị gồm tổng số loại thuốc hằng ngày tăng (OR = 0,79; p = 0,002), kèm lo âu/trầm cảm (OR = 0,49; p = 0,028), mắc bệnh tiêu hóa khác đi kèm (OR = 0,48; p = 0,021) và có triệu chứng ợ trớ (OR = 0,43; p = 0,015).

Kết luận: Đa số người bệnh có biểu hiện lâm sàng điển hình nhưng phần lớn là bệnh trào ngược không viêm. Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở mức trung bình khá. Cần tối ưu hóa số lượng thuốc và quan tâm đến sức khỏe tâm thần để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Trào ngược dạ dày-thực quản, GERD, tuân thủ điều trị, MMAS-8.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày-thực quản là một trong những bệnh lý tiêu hóa phổ biến nhất, với tỷ lệ mắc chiếm khoảng 20% dân số toàn cầu và có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây. Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản (gastroesophageal reflux disease - GERD) là tình trạng trào ngược mạn tính dịch dạ dày lên thực quản, hầu họng hay đường hô hấp, gây nên các triệu chứng như ợ nóng, đau ngực, ho kéo dài và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống. Bệnh còn làm tăng gánh nặng chăm sóc y tế và nguy cơ biến chứng nặng như thực quản Barrett hay ung thư thực quản [1].

Dù các phương pháp chẩn đoán và điều trị đã được cải thiện, khoảng 40% người bệnh vẫn đáp ứng kém với điều trị GERD. Một nguyên nhân quan trọng là tình trạng không tuân thủ phác đồ, bao gồm sử dụng thuốc không đúng hướng dẫn, thay đổi lối sống chưa phù hợp hoặc không tái khám theo lịch [2]. Do đó, đánh giá mức độ tuân thủ điều trị có vai trò quan trọng trong nâng cao hiệu quả quản lý bệnh. Trong khi đó, các dữ liệu nghiên cứu tại Việt Nam về vấn đề này vẫn còn hạn chế.

Bệnh viện Lê Văn Thịnh là một trong những bệnh viện hạng I tại thành phố Hồ Chí Minh, tiếp nhận số lượng lớn người

bệnh đến khám và điều trị mỗi ngày. GERD thuộc nhóm 3 bệnh lý có lượt điều trị cao nhất tại bệnh viện giai đoạn 2018-2023, chiếm 3,6% tổng số lượt điều trị [3]. Điều này cho thấy nhu cầu nghiên cứu sâu hơn về thực trạng bệnh tại đây. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: (1) Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh GERD; (2) Xác định tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị ngoại trú; và (3) Xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh, thành phố Hồ Chí Minh; thời gian thu thập số liệu từ tháng 4-10 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán GERD và đang tái khám sau khi điều trị bằng thuốc đường uống.

*Tác giả liên hệ

Email: ducnt@hiu.vn Điện thoại: (+84) 913830789 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4421>

Tiêu chuẩn loại trừ: đã chẩn đoán ung thư thực quản/dạ dày; tiền căn phẫu thuật thực quản, dạ dày; có các vấn đề sức khỏe tâm thần kinh nặng hoặc không thể trả lời câu hỏi.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính dựa trên kết cục chính của nghiên cứu là tỷ lệ tuân thủ điều trị. Nghiên cứu sử dụng công thức ước tính một tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối, trong đó chọn $d = 0,05$ và $\alpha = 0,05$. Hiện chưa có nghiên cứu công bố tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc đường uống ở người bệnh GERD, do đó nghiên cứu sử dụng số liệu tham khảo từ nghiên cứu của Lê Thị Thanh Thủy và cộng sự (2017), với tỷ lệ tuân thủ điều trị trong viêm loét dạ dày-tá tràng là 73% [4]. Theo đó, nghiên cứu chọn $p = 0,73$, từ đó có được cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 303 người bệnh.

Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến độc lập: tuổi, giới, nơi cư trú, nghề nghiệp, học vấn, thu nhập, BMI, thói quen (hút thuốc, uống rượu, hoạt động thể lực), các đặc điểm lâm sàng (thời gian mắc bệnh, tiền sử gia đình, triệu chứng ợ nóng/ợ trớ, điểm GERD-Q dùng để sàng lọc, chẩn đoán ban đầu và theo dõi hiệu quả điều trị GERD, bệnh lý đi kèm) và cận lâm sàng (nội soi, tình trạng nhiễm *H. pylori*) và tổng các loại thuốc sử dụng hằng ngày.

- Biến phụ thuộc: mức độ tuân thủ điều trị được đánh giá bằng thang điểm MMAS-8 (công cụ gồm 8 câu hỏi dùng để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh). Thang điểm MMAS-8 đo lường hành vi dùng thuốc qua các khía cạnh như quên uống thuốc, ngưng thuốc khi thấy khỏe hơn hoặc khi gặp tác dụng phụ, trong đó: MMAS-8 < 6 điểm (không tuân thủ), MMAS-8 từ 6-8 điểm (tuân thủ trung bình), MMAS-8 ≥ 8 điểm (tuân thủ cao). Trong nghiên cứu này, nhóm tuân thủ bao gồm tuân thủ trung bình và cao.

2.6. Quy trình nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu viên thu thập dữ liệu gồm 5 điều dưỡng có ≥ 5 năm kinh nghiệm được tập huấn 1 tuần trước khi triển khai nhằm thống nhất quy trình. Thu thập số liệu gồm 3 bước: (1) Chọn mẫu ngẫu nhiên sau khi sàng lọc hồ sơ người bệnh tái khám đã chẩn đoán GERD và điều trị thuốc uống, áp dụng tiêu chí lựa chọn, loại trừ và lấy đồng thuận tham gia; (2) Thu thập các biến độc lập; (3) Thu thập biến phụ thuộc bằng cách người bệnh tự hoàn thành bộ câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Excel 365 và phân tích bằng phần mềm R phiên bản 4.4.3. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ (%). Biến định lượng được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

Phân tích yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị bằng hồi quy logistic đa biến. Mô hình đa biến sử dụng phương pháp lựa chọn từng bước (stepwise AIC) để xác định các yếu tố liên quan độc lập. Kết quả trình bày dưới dạng tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI). Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng (số 69/PCT-HĐĐĐ-SDH).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n = 303)

Đặc điểm		Giá trị
Giới tính	Nam	132 (43,6%)
	Nữ	171 (56,4%)
Tuổi trung bình		47,8 ± 15,7
Nơi ở	Thành thị	192 (63,4%)
	Nông thôn	111 (36,6%)
Nghề nghiệp	Chân tay	132 (43,6%)
	Trí óc	102 (33,7%)
	Không	69 (22,8%)
Trình độ học vấn	< Trung học phổ thông	97 (32,0%)
	Trung học phổ thông	61 (20,1%)
	Trung cấp	27 (8,9%)
	Cao đẳng, đại học	82 (27,1%)
	Sau đại học	36 (11,9%)
Thu nhập	< 7,5 triệu đồng/tháng	202 (66,7%)
	≥ 7,5 triệu đồng/tháng	101 (33,3%)
Hoạt động thể chất	Không	94 (31,0%)
	1 lần/tuần	64 (21,1%)
	2-3 lần/tuần	69 (22,8%)
	> 3 lần/tuần	76 (25,1%)
Hút thuốc lá		71 (23,4%)
Uống rượu bia		85 (28,1%)
BMI (kg/m ²)		22,1 ± 2,9

Mẫu nghiên cứu gồm chủ yếu là nữ (56,4%) với tuổi trung bình 47,8. Đa số người bệnh sinh sống tại thành thị (63,4%) và làm nghề lao động chân tay (43,6%). Trình độ học vấn phân bố tương đối đa dạng, trong đó nhóm dưới trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (32%). Về kinh tế - xã hội, phần lớn người bệnh có thu nhập dưới 7,5 triệu đồng/tháng (66,7%). Hoạt động thể chất nhìn chung còn hạn chế, với 31% không tập luyện. Tỷ lệ hút thuốc (23,4%) và sử dụng rượu bia (28,1%) ở mức vừa phải. Đa số người bệnh nằm trong ngưỡng BMI bình thường.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

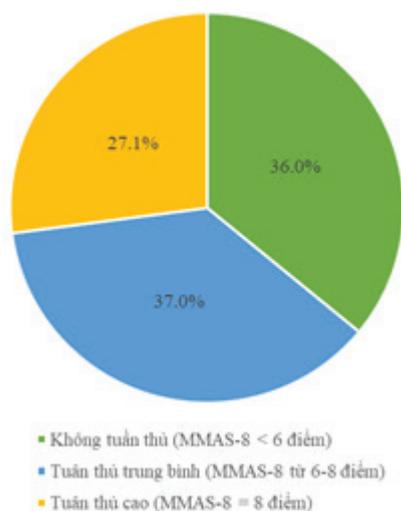
Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (n = 303)

Đặc điểm		Giá trị
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	93 (30,7%)
	1-5 năm	123 (40,6%)
	5-10 năm	61 (20,1%)
	> 10 năm	26 (8,6%)

Đặc điểm		Giá trị
Tiền sử gia đình		121 (39,9%)
Bệnh kèm	Lo âu, trầm cảm	101 (33,3%)
	Rối loạn giấc ngủ	128 (42,2%)
	COPD	15 (5,0%)
	Bệnh tiêu hóa khác	149 (49,2%)
	Bệnh lý khác	133 (43,9%)
Triệu chứng điển hình	Ợ nóng	181 (59,7%)
	Ợ trớ	148 (48,8%)
Điểm GERD-Q		8,5 ± 3,1
Kết quả nội soi	Bệnh trào ngược không viêm	225 (74,3%)
	LA A-B	64 (21,1%)
	LA C-D	11 (3,6%)
	Không có kết quả	3 (1,0%)
Tình trạng nhiễm H.pylori	Có	91 (30,0%)
	Không	209 (69,0%)
	Không có kết quả	3 (1,0%)
Số loại thuốc điều trị GERD		3,0 ± 1,4
Tổng số loại thuốc trong ngày		4,3 ± 2,1

Thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1-5 năm (40,6%), với 39,9% có tiền sử gia đình mắc GERD. Các bệnh kèm khá phổ biến, đặc biệt là rối loạn giấc ngủ (42,2%), bệnh tiêu hóa khác (49,2%) và lo âu, trầm cảm (33,3%). Triệu chứng điển hình gặp nhiều nhất là ợ nóng (59,7%) và ợ trớ (48,8%). Điểm GERD-Q trung bình 8,5 cho thấy mức độ triệu chứng từ nhẹ đến trung bình. Về cận lâm sàng, nội soi cho thấy bệnh trào ngược không viêm chiếm tỷ lệ lớn (74,3%), trong khi viêm thực quản (LA A-B và C-D) chỉ chiếm một phần nhỏ. Tỷ lệ nhiễm H. pylori là 30%. Số thuốc điều trị GERD trung bình là 3 loại và tổng số thuốc người bệnh sử dụng trong ngày khoảng 4 loại.

3.3. Tỷ lệ tuân thủ điều trị GERD



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị GERD (n = 303)

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị (bao gồm tuân thủ trung bình và cao) là 64%, trong khi tỷ lệ không tuân thủ chiếm 36%.

3.4. Các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị GERD

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị GERD (b = 303)

Biến số	Tham chiếu	Tuân thủ điều trị OR (95% CI)	p
Giới nữ	Nam	0,70 (0,35-1,38)	0,306
Tổng loại thuốc hằng ngày	Mỗi đơn vị	0,79 (0,67-0,92)	0,002
Thời gian mắc bệnh 1-5 năm	Dưới 1 năm	0,48 (0,23-1,00)	0,052
Thời gian mắc bệnh 5-10 năm	Dưới 1 năm	0,49 (0,19-1,23)	0,128
Thời gian mắc bệnh trên 10 năm	Dưới 1 năm	0,53 (0,17-1,67)	0,272
LA A-B	Bệnh trào ngược không viêm	1,75 (0,83-3,79)	0,145
LA C-D	Bệnh trào ngược không viêm	2,66 (0,61-13,54)	0,208
Tiền sử gia đình mắc GERD	Không	1,63 (0,89-3,04)	0,116
Hút thuốc lá	Không	0,44 (0,18-1,03)	0,060
Lo âu, trầm cảm	Không	0,49 (0,26-0,92)	0,028
Bệnh tiêu hóa khác	Không	0,48 (0,25-0,89)	0,021
Ợ trớ	Không	0,43 (0,21-0,84)	0,015

Để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, tất cả biến số được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Sau khi áp dụng phương pháp lựa chọn biến từng bước dựa trên chỉ số AIC, mô hình hồi quy tối ưu được xác lập. Kết quả cho thấy có 4 yếu tố liên quan độc lập đến sự tuân thủ điều trị ở người bệnh GERD. Cụ thể, tổng số thuốc phải dùng hằng ngày càng nhiều thì khả năng tuân thủ càng giảm (OR = 0,79; p = 0,002). Người mắc lo âu, trầm cảm có mức tuân thủ thấp hơn nhóm không mắc (OR = 0,49; p = 0,028). Tương tự, người có kèm bệnh tiêu hóa khác cũng cho thấy xu hướng tuân thủ kém hơn (OR = 0,48; p = 0,021). Ngoài ra, sự hiện diện của triệu chứng ợ trớ làm giảm đáng kể khả năng tuân thủ điều trị (OR = 0,43; p = 0,015).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Về đặc điểm nhân khẩu - xã hội, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nữ giới chiếm ưu thế nhẹ (56,4%), phù hợp xu hướng chung tại châu Á. Đa số người bệnh cư trú tại thành thị (63,4%), phản ánh ảnh hưởng của lối sống đô thị (ăn uống thất thường, stress, ít vận động) đến tỷ lệ mắc GERD. Hành vi nguy cơ như hút thuốc (23,4%) và uống rượu bia (28,1%) ở mức thấp, có thể do tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế trong mẫu nghiên cứu, cho thấy các yếu tố cơ học và lối sống có thể đóng vai trò quan trọng hơn trong bệnh sinh tại bối cảnh này [5].

Về lâm sàng, tỷ lệ người bệnh mô tả ợ nóng (59,7%) cao hơn so với các nghiên cứu trước đây, vốn thường ghi nhận

triệu chứng mơ hồ như đau thượng vị. Ngược lại, ợ trớ gần 50% là thách thức điều trị vì đáp ứng PPI kém hơn và liên quan đến cơ chế trào ngược thể tích thay vì nồng độ acid. Ngoài ra, tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm (33,3%) và rối loạn giấc ngủ (42,2%) khá cao, phù hợp mô hình trục não-ruột, trong đó stress và rối loạn khí sắc làm tăng nhạy cảm thực quản và nặng triệu chứng. Các trường hợp này thường đòi hỏi phối hợp liệu pháp tâm lý hoặc thuốc điều biến thần kinh theo khuyến cáo [6].

Về cận lâm sàng, nội soi cho thấy bệnh trào ngược không viêm chiếm tỷ lệ áp đảo (74,3%), trong khi GERD chỉ 24,7% và hầu hết ở mức độ nhẹ (LA A-B: 21,1%). Điều này phù hợp với “nghịch lý châu Á”, khi triệu chứng GERD có xu hướng tăng nhưng tổn thương thực thể qua nội soi thường nhẹ hơn so với phương Tây. Cơ chế chủ yếu liên quan đến tăng nhạy cảm thực quản khiến người bệnh có triệu chứng rõ dù nội soi bình thường. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* (30%) thấp hơn tỷ lệ cộng đồng, củng cố giả thuyết mối liên hệ nghịch giữa *H. pylori* và GERD [7].

4.2. Tỷ lệ tuân thủ điều trị

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ tuân thủ điều trị GERD phân bố chủ yếu ở nhóm trung bình (37%), tiếp theo là nhóm không tuân thủ (36%) và chỉ 27,1% đạt tuân thủ cao. Mặc dù nhiều người bệnh đạt tuân thủ cao trong điều trị, cấu trúc phân bố này tương đồng với xu hướng thế giới, nơi nhóm tuân thủ trung bình luôn chiếm ưu thế [8]. Điều này phản ánh đặc điểm bệnh sinh của GERD khi triệu chứng khó chịu thúc đẩy người bệnh duy trì điều trị ở mức vừa phải, nhưng khi triệu chứng giảm, động lực dùng thuốc giảm theo, đặc biệt với PPI cần uống đúng thời điểm để đạt hiệu quả tối ưu. Y văn quốc tế ghi nhận hơn 50% bệnh nhân có đơn PPI nhưng không dùng đúng chỉ định, cho thấy vấn đề tuân thủ là thách thức phổ biến [9].

Nhìn chung, phân bố tuân thủ trong nghiên cứu này phản ánh thực tế lâm sàng GERD rằng bệnh nhân không bỏ điều trị nhưng hiếm khi duy trì kỷ luật dùng thuốc nghiêm ngặt. Điều này nhấn mạnh vai trò của tư vấn cá thể hóa, tối ưu thời điểm uống thuốc và can thiệp hành vi để cải thiện kiểm soát triệu chứng và hiệu quả điều trị lâu dài.

4.3. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

Nghiên cứu cho thấy mỗi đơn vị tăng thêm của tổng số thuốc hằng ngày làm giảm khả năng tuân thủ khoảng 21% (OR = 0,79), minh chứng rõ ràng cho gánh nặng viên thuốc. Phác đồ GERD thường không chỉ có một PPI mà còn phối hợp thuốc điều hòa vận động, kháng acid/alginat, thuốc bảo vệ niêm mạc và thuốc điều trị bệnh kèm, làm phức tạp lịch dùng thuốc và tăng nguy cơ quên, nhầm hoặc bỏ bớt thuốc, đặc biệt ở người cao tuổi.

Lo âu/trầm cảm làm giảm một nửa khả năng tuân thủ (OR = 0,49), phù hợp với mô hình trục não-ruột và các nghiên cứu cho thấy rối loạn khí sắc vừa làm nặng triệu chứng GERD, vừa làm giảm động lực tự chăm sóc và tuân thủ điều trị. Người bệnh dễ thảm họa hóa triệu chứng, thất vọng khi thuốc không cắt nhanh triệu chứng, hoặc mất năng lượng và hứng thú với việc uống thuốc đều đặn [10].

Sự hiện diện của các bệnh tiêu hóa khác cũng liên quan đáng kể đến giảm tuân thủ (OR = 0,48). Tình trạng chồng

lấp triệu chứng có thể khiến người bệnh khó phân biệt biểu hiện của từng bệnh, dễ kết luận sai rằng PPI không hiệu quả khi các triệu chứng không thuộc GERD vẫn tồn tại. Đồng thời, điều trị hội chứng chướng lấp thường làm tăng số loại thuốc, làm trầm trọng thêm gánh nặng điều trị [11].

Triệu chứng ợ trớ có OR thấp nhất (0,43), là yếu tố tiên lượng mạnh nhất của không tuân thủ. PPI kiểm soát tốt acid và ợ nóng nhưng hầu như không tác động lên số lần trào ngược thể tích, trong khi người bệnh lại kỳ vọng thuốc làm biến mất hoàn toàn cảm giác trào ngược [12]. Khi ợ trớ kéo dài bất chấp điều trị PPI, người bệnh có thể dễ đánh giá thuốc không có tác dụng và bỏ thuốc. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giải thích cơ chế tác dụng của thuốc, quản lý kỳ vọng và cá thể hóa phác đồ ở nhóm người bệnh có ợ trớ chiếm ưu thế.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh có biểu hiện lâm sàng điển hình (ợ nóng, ợ trớ) nhưng hình ảnh nội soi chủ yếu là bệnh trào ngược không viêm. Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung đạt 64%, phản ánh mức độ tuân thủ ở mức trung bình khá. Các yếu tố chính ảnh hưởng đến tuân thủ bao gồm số lượng thuốc dùng hằng ngày, kèm rối loạn lo âu, trầm cảm, bệnh lý tiêu hóa khác và tình trạng ợ trớ. Do đó, cần tối ưu hóa đơn thuốc và quan tâm đến sức khỏe tâm thần để cải thiện tuân thủ điều trị để nâng cao hiệu quả điều trị.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Boulton K.H.A, Dettmar P.W. A narrative review of the prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Ann of Esophagus*, 2021, 5. doi: 10.21037/aoe-20-80.
- [2] Wiesner A, Zwolińska-Wcisto M, Paško P. Effect of food and dosing regimen on safety and efficacy of proton pump inhibitors therapy - A literature review. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18 (7): 3527. doi: 10.3390/ijerph18073527.
- [3] Hoàng Thy Nhac Vũ, Trần Văn Khanh. Đặc điểm mô hình bệnh tật Bệnh viện Lê Văn Thịnh giai đoạn 2018-2023. *Tạp chí Y học cộng đồng*, 2024, 65 (CĐ6): 24-33. doi: 10.52163/yhc.v65iCĐ6.1349.
- [4] Lê Thị Thanh Thủy, Lê Thị Xuân Thảo. Tuân thủ điều trị tiệt trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm loét dạ dày-tá tràng. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 2017, 21 (2): 251-258.
- [5] Xie F, Yang B, Yan Z et al. Global temporal trends and projections of gastroesophageal reflux disease prevalence: Age-period-cohort analysis 2021. *PLoS One*, 2025, 20 (11): e0334396. doi: 10.1371/journal.pone.0334396.
- [6] Quach D.T, Phan B.T. A long duration of reflux symptoms is the predominant risk factor for depression in Vietnamese patients with gastroesophageal reflux disease. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2022, 18: 2141-2150. doi: 10.2147/NDT.S381892.
- [7] Wang H, Qu Y, Lin Y et al. *Helicobacter pylori* infection and eradication in relation to gastroesophageal reflux disease. *J Gastroenterol Hepatol*, 2025, 40 (10): 2391-2401. doi: 10.1111/jgh.70009.

- [8] Kishor R, Kumari S et al. An assessment of treatment compliance using the Morisky scale-8 tool in adult hypertensive patients of Eastern India. *J Family Med Prim Care*, 2024, 13 (3): 924-931. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1416_23.
- [9] Puig-Moltó M, Lumbreras B, López-Pintor E. Improving proton-pump inhibitor adherence intervention between primary care and community pharmacies: A pre-post intervention study. *Patient Prefer Adherence*, 2024, 18: 2569-2580. doi: 10.2147/PPA.S485307.
- [10] He M, Wang Q et al. Association between psychosocial disorders and gastroesophageal reflux disease: A systematic review and meta-analysis. *J Neurogastroenterol Motil*, 2022, 28 (2): 212-221. doi: 10.5056/jnm21044.
- [11] Cassell B, Gyawali C.P et al. Beliefs about GI medications and adherence to pharmacotherapy in functional GI disorder outpatients. *Am J Gastroenterol*, 2015, 110 (10): 1382-1387. doi: 10.1038/ajg.2015.132.
- [12] Mermelstein J, Chait Mermelstein A, Chait M.M. Proton pump inhibitor-refractory gastroesophageal reflux disease: challenges and solutions. *Clin Exp Gastroenterol*, 2018, 11: 119-134. doi: 10.2147/CEG.S121056.

