

- trị tăng huyết áp ở người lớn, NXB Y học, trang 235-292.
2. **WHO** 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases.
  3. **Yancy, Clyde W., et al.** "2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines." *Circulation* 128.16 (2013): 1810-1852.
  4. **Heidenreich, Paul A., et al.** "Does age influence cardiac resynchronization therapy use and outcome?." *JACC: Heart Failure* 3.6 (2015): 497-504.
  5. **Molhoek, Sander G., et al.** "QRS duration and shortening to predict clinical response to cardiac resynchronization therapy in patients with end-stage heart failure." *Pacing and clinical electrophysiology* 27.3 (2004): 308-313.
  6. **Molhoek, Sander G., et al.** "QRS duration and shortening to predict clinical response to cardiac resynchronization therapy in patients with end-stage heart failure." *Pacing and clinical electrophysiology* 27.3 (2004): 308-313.
  7. **Lapidot, Daniel, et al.** "QRS Narrowing Following CRT Implantation: Predictors, Dynamics, and Association with Improved Long-Term Outcome." *Journal of Clinical Medicine* 11.5 (2022): 1279.
  8. **Solis, Jorge, et al.** "Mechanism of decrease in mitral regurgitation after cardiac resynchronization therapy: optimization of the force-balance relationship." *Circulation: Cardiovascular Imaging* 2.6 (2009): 444-450.
  9. **Galli, E., et al.** "Prognostic utility of the assessment of diastolic function in patients undergoing cardiac resynchronization therapy." *International Journal of Cardiology* 331 (2021): 144-151.
  10. **van Everdingen, Wouter M., et al.** "Comparison of strain imaging techniques in CRT candidates: CMR tagging, CMR feature tracking and speckle tracking echocardiography." *The international journal of cardiovascular imaging* 34.3 (2018): 443-456.

## ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CAN TỶ VỊ TRÊN NGƯỜI BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Nguyễn Trọng Tín<sup>1</sup>, Trịnh Thị Diệu Thường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu khảo sát các triệu chứng y học cổ truyền liên quan tạng phủ Can, Tỳ, Vị trên người bệnh trào ngược dạ dày – thực quản. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 384 người bệnh trào ngược dạ dày – thực quản tại phòng khám Tiêu hóa – Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2021 đến tháng 05/2022, khảo sát 40 triệu chứng y học cổ truyền dựa theo bảng câu hỏi PIGERD. **Kết quả:** Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới, độ tuổi trung bình tập trung ở lứa tuổi trung niên, thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1-18 tháng. Triệu chứng y học cổ truyền xuất hiện phổ biến nhất là mệt mỏi nặng nề (76,6%), ợ hơi (75,3%) và ăn vào dễ đầy bụng (72,9%). Các triệu chứng điển hình của trào ngược dạ dày – thực quản chiếm tỷ lệ khá cao như ợ chua (60,4%), ợ nóng (50,5%), nóng sau xương ức (45,3%). Bụng đau căng trướng (6,3%) và đau quặn (10,1%) chiếm tỷ lệ thấp nhất. Lưỡi đỏ (47,9%) và rêu lưỡi trắng mỏng (35,4%) là loại chất lưỡi và rêu lưỡi phổ biến nhất. Mạch huyền (44,3%) là mạch phổ biến nhất và mạch sắc (14,8%) là mạch ít xuất hiện nhất. **Kết luận:** Các triệu chứng y học cổ truyền xuất hiện rất đa dạng trong trào ngược dạ dày – thực quản, xoay quanh chủ yếu các tạng phủ Can, Tỳ, Vị. Các triệu chứng mạch và lưỡi xuất hiện rất phổ

biến và các triệu chứng y học cổ truyền có vai trò quan trọng trong chẩn đoán y học cổ truyền trong bệnh lý này.

**Từ khóa:** trào ngược dạ dày – thực quản, y học cổ truyền, PIGERD.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF TRADITIONAL MEDICINE SYMPTOMS OF LIVER, SPLEEN, STOMACH IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

**Objective:** This study investigated the symptoms of traditional medicine related to Liver, Spleen, and Stomach in patients with gastroesophageal reflux disease. **Method:** A cross-sectional study was performed on 384 patients with gastroesophageal reflux disease at the Gastroenterology clinic – University Medical Center Ho Chi Minh City from 11/2021 to 05/2022, to survey 40 traditional medicine symptoms based on the PIGERD questionnaire. **Results:** Females accounted for a higher proportion than males, the average age was concentrated in middle age, the duration of the disease was mainly from 1-18 months. The most common symptoms were severe fatigue (76.6%), belching (75.3%) and easy stomach bloating (72.9%). The typical symptoms of gastroesophageal reflux disease also accounted for a fairly high proportion such as burping up sour taste (60.4%), heartburn (50.5%), heat behind the sternum (45.3%). Symptoms of abdominal distension (6.3%) and cramping (10.1%) accounted for the lowest rate. Among the traditional medicine signs, red tongue (47.9%) and thin white tongue moss (35.4%) were the most common types of tongue and tongue moss.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Diệu Thường

Email: thuong.ttd@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2022

Ngày duyệt bài: 11.11.2022

The string-like pulse (44.3%) was the most common, and the rapid pulse (14.8%) was the least common. **Conclusion:** The symptoms of traditional medicine are very diverse, revolving mainly around the organs of the liver, spleen, and stomach. Pulse and tongue symptoms are very common, traditional medicine symptoms play an important role in the diagnosis of the clinical traditional medicine patterns in gastroesophageal reflux disease.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease, traditional medicine, PIGERD.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Trào ngược dạ dày – thực quản (GERD) là một trong những bệnh tiêu hóa ngày càng phổ biến, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, gây nhiều biến chứng nguy hiểm<sup>1</sup>. Hiện nay thuốc ức chế bơm proton là thuốc chính điều trị GERD nhưng vẫn có đến 40% người bệnh kháng trị<sup>2,3</sup>. Do đó, nhu cầu kết hợp Y học cổ truyền (YHCT) ngày càng tăng nhằm nâng cao hiệu quả hơn trong điều trị bệnh lý này.

Để có được tính thống nhất trên lâm sàng cũng như phục vụ cho nghiên cứu về bệnh học, ngày nay các tổ chức đã thực hiện nhiều công cụ chẩn đoán khác nhau nhằm phục vụ cho chẩn đoán YHCT<sup>4,5</sup>. Năm 2015, Đại học Kyung-Hee và Đại học Quốc gia Seoul đã thiết lập bảng câu hỏi chẩn đoán hội chứng lâm sàng YHCT trong bệnh lý GERD (PIGERD). Bảng câu hỏi PIGERD này được xây dựng dựa trên khảo sát 100 các y văn, thực hiện tham khảo ý kiến chuyên gia, qua đó đúc kết được 40 triệu chứng YHCT xuất hiện trong bệnh GERD xoay quanh rối loạn chức năng của các tạng phủ Can, Tỳ, Vị<sup>4</sup>.

Để hiểu rõ hơn về bệnh học YHCT xuất hiện trong bệnh lý GERD ở người Việt Nam, chúng tôi thực hiện khảo sát tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng y học cổ truyền dựa theo bảng câu hỏi PIGERD này.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh được bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa chẩn đoán GERD, đến khám tại phòng khám ngoại trú chuyên khoa Tiêu hóa – Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 11/2021 đến tháng 05/2022.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Cắt ngang phân tích. Các biến số thu thập bao gồm: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh và các triệu chứng YHCT trong bảng câu hỏi PIGERD<sup>4</sup>.

**Tiêu chuẩn chọn vào:** người bệnh trên 18 tuổi được chẩn đoán GERD bởi bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa tại phòng khám.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** người bệnh không đủ

sức khỏe hoặc khả năng nhận thức để hoàn thành bảng khảo sát.

**2.3. Xử lý số liệu.** Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 14.0. Các biến định lượng được tính theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, giá trị trung vị, Max, Min. Biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trước khi được tiến hành. Người bệnh tự nguyện đồng ý tham gia khảo sát, mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ 12/2021 đến 05/2022, khảo sát được 384 người bệnh GERD với tuổi trung bình 45,5±14,0 tuổi, tỷ lệ nam 32,3% và nữ là 67,7%. Thời gian mắc bệnh trung vị là 12 tháng.

Trong 40 triệu chứng YHCT của bảng câu hỏi PIGERD, triệu chứng có tỷ lệ xuất hiện cao nhất là người mệt mỏi nặng nề (76,6%), ợ hơi (75,3%) và ăn vào dễ đầy bụng (72,9%). Triệu chứng có tỷ lệ xuất hiện thấp nhất là bụng trên đau căng trướng (6,3%) và bụng trên đau quặn (10,2%).

**Bảng 1. Các kiểu đau thượng vị**

Triệu chứng	Số người	Tỷ lệ (%)
Bụng trên đau quặn	39	10,1%
Bụng trên đau căng trướng	24	6,3%
Bụng trên đau nóng rát	6	15,9%
Bụng trên đau kiểu cồn cào	110	28,7%
Bụng trên đau âm ỉ	51	13,3%
Bụng trên cảm giác buốt mơ hồ	65	16,9%

Trong các kiểu đau thượng vị, bụng trên đau kiểu cồn cào là kiểu đau có tỷ lệ cao nhất và bụng trên đau căng trướng là kiểu đau có tỷ lệ thấp nhất.

**Bảng 2. Các triệu chứng rối loạn nhu động dạ dày thực quản**

Triệu chứng	Số người	Tỷ lệ (%)
Ợ chua	232	60,4%
Ợ hơi	289	75,3%
Ợ nóng	194	50,5%
Buồn nôn	178	46,4%
Cảm giác nghẹn	253	65,9%
Bụng trên đầy nhện	223	58,1%
Nôn ra nước trong	159	41,4%
Nuốt vướng	46	12,0%
Cảm giác sôi bụng	259	67,5%

Các rối loạn nhu động dạ dày – thực quản đều chiếm tỷ lệ khá cao trong số người bệnh được khảo sát, trong đó ợ hơi có tỷ lệ xuất hiện cao nhất. Cảm giác nghẹn, ợ chua và cảm giác

sôi bụng cũng chiếm tỷ lệ khá cao. Nuốt vướng là triệu chứng ít xuất hiện nhất.

**Bảng 3. Các triệu chứng liên quan đến cảm giác ăn uống**

Triệu chứng	Số người	Tỷ lệ (%)
Ăn kém	198	51,6%
Ăn vào dễ đầy bụng	280	72,9%
Thích uống thức uống ấm nóng	181	47,2%
Ghét uống thức uống ấm nóng	150	39,1%
Thường xuyên cảm thấy đói	210	54,7%
Đói không muốn ăn	153	39,8%

Đa số những người bệnh được khảo sát đều có bất thường liên quan đến cảm giác ăn uống (93,8%). Ăn vào dễ đầy bụng chiếm tỷ lệ cao nhất, các triệu chứng còn lại đều có tỷ lệ tương đối cao và tương đương nhau.

**Bảng 4. Các triệu chứng tiểu tiện và đại tiện**

Triệu chứng	Số người	Tỷ lệ (%)
Tiểu tiện trong dài	70	18,2%
Tiểu vàng	109	28,4%
Đại tiện loãng	130	33,9%
Đại tiện khô cứng	126	32,8%

Đại tiện loãng và đại tiện khô cứng có tỷ lệ tương đương nhau. Triệu chứng tiểu vàng chiếm tỷ lệ cao hơn triệu chứng tiểu tiện trong dài.

**Bảng 5: Các dạng lưỡi bất thường**

Triệu chứng	Số người	Tỷ lệ (%)
Lưỡi đỏ	184	47,9%
Lưỡi nhạt	122	31,8%
Rêu lưỡi trắng mỏng	136	35,4%
Rêu lưỡi vàng nhầy	103	26,8%
Rêu lưỡi ít	95	24,7%

Đối với triệu chứng lưỡi, lưỡi đỏ có tỷ lệ cao hơn lưỡi nhạt. Rêu lưỡi trắng mỏng có tỷ lệ cao hơn rêu lưỡi vàng nhầy và rêu lưỡi ít.

Đối với triệu chứng mạch thì mạch huyền là mạch chiếm tỷ lệ xuất hiện cao nhất (44,3%), kế đến là mạch tế (38,5%) và mạch sắc là mạch chiếm tỷ lệ xuất hiện thấp nhất (14,8%).

Ngoài ra, trong bảng câu hỏi PIGERD còn có các triệu chứng khác như miệng khô (60,1%), miệng đắng (53,4%), nóng sau xương ức (45,3%), người mệt mỏi nặng nề (76,6%), tinh thần bực bội cáu gắt (42,5%), mất ngủ (55,5%), sắc mặt kém tươi (49,2%).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Các biến số nền.** Nữ giới chiếm khoảng 2/3 số người bệnh, có nét tương đồng với nghiên cứu của Quách Trọng Đức năm 2021

với tỷ lệ nam nữ là 1:3<sup>6</sup>. Độ tuổi trung bình là 45,5 ± 14,0, tập trung ở lứa tuổi trung niên. Thời gian mắc bệnh trong nhóm được khảo sát tập trung chủ yếu trong khoảng từ 1 tháng cho đến 18 tháng, cho thấy phần đông người bệnh đều điều trị khi bệnh vừa mới khởi phát.

**4.2. Triệu chứng đau thượng vị.** Trong các kiểu đau thượng vị, đau cồn cào (triệu chứng của Tỳ Vị thấp nhiệt) xuất hiện nhiều nhất và đau kiểu căng trướng (Can Vị bất hòa) xuất hiện ít nhất. Tuy các hội chứng bệnh của Can, Tỳ, Vị đều có thể gây tắc trở khí cơ trung tiêu gây đau, nhưng nhìn chung đau thượng vị qua khảo sát có tỷ lệ không quá cao chỉ với khoảng 53,1%<sup>7</sup>. Điều này có thể được giải thích rằng trường hợp khí cơ tắc trở gây ra đau ở các hội chứng Can, Tỳ, Vị sẽ biểu hiện nhiều ở các bệnh lý tiêu hóa khác như viêm dạ dày và triệu chứng đau này không phải là triệu chứng đặc trưng trong GERD.

**4.3. Các triệu chứng rối loạn nhu động dạ dày – thực quản.**Ợ hơi (75,3%) và ợ chua (60,4%) đều chiếm tỷ lệ khá cao. Khi tạng Can thừa Tỳ Vị sẽ làm Vị mất chức năng hòa giáng, làm khí nghịch lên gây ra ợ hơi, ợ chua, ợ nóng. Đây là những triệu chứng điển hình của GERD.

Buồn nôn cũng thỉnh thoảng xuất hiện ở người bệnh GERD với tỷ lệ đến 46,4%. Cơ chế sinh ra triệu chứng này theo YHCT cũng tương tự như các triệu chứng ợ hơi, ợ chua, ợ nóng và lại có thể kèm theo tình trạng thấp nhiệt đình động tại Trung tiêu gây ra<sup>8</sup>. Tuy nhiên các chuyên gia đánh giá triệu chứng này không cao do đây là triệu chứng không phải đặc trưng của bệnh lý GERD.

Cảm giác nghẹn đây tương đương với chứng "mai hạch khí" trong YHCT, là tình trạng cảm giác họng bị vướng, khặc không ra, nuốt không xuống, do khí cơ của Vị uất trệ vì Can khí không được sơ thông<sup>7</sup>. Cảm giác nghẹn có tỷ lệ khá cao (65,9%). Đây tuy không là triệu chứng đáng lưu tâm trong y học hiện đại nhưng lại khá quan trọng trong YHCT do nó cho thấy được tình trạng khí cơ uất trệ.

Nuốt vướng thì chiếm tỷ lệ khá thấp với chỉ 12,0% nhưng đây là dấu hiệu báo động trong bệnh lý GERD, cho thấy phần hình thể của phủ Vị bị biến đổi. Xét theo cơ chế bệnh sinh, sau một thời gian ngoại cảm, hoặc nội thương lâu ngày tác động, hình thể của phủ Vị sẽ bị tổn thương, gây ra chứng Ế cách (nuốt vướng)<sup>7</sup>. Điều cho thấy có một tỷ lệ nhất định người bệnh kéo dài với mức độ bệnh nặng nề.

**4.4. Triệu chứng liên quan ăn uống.** Trong 384 người bệnh được khảo sát, hầu hết

đều có bất thường ăn uống, cho thấy GERD gây ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống. Triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là ăn vào dễ đầy bụng (72,9%) với cơ chế Tỳ suy giảm chức năng chủ vận hóa thủy cốc. Vì triệu chứng này xuất hiện ở nhiều bệnh lý YHHĐ như viêm dạ dày, viêm gan mạn, khó tiêu chức năng,... chứ không chỉ đặc trưng riêng cho GERD nên triệu chứng này được chuyên gia đánh giá không cao dù khá phổ biến trong những người được khảo sát.

Ăn kém cũng là triệu chứng phổ biến và đây là triệu chứng liên quan đến cả ba tạng phủ Can, Tỳ, Vị. Thường xuyên thấy đói cũng là triệu chứng khó chịu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và xuất hiện khá phổ biến (54,7%). Triệu chứng này lại có thể kèm theo các biểu hiện ăn uống khác như thường xuyên cảm thấy đói nhưng lại không muốn ăn, thường xuyên cảm thấy đói nhưng lại ăn vào dễ đầy bụng. Đó là do thấp nhiệt nung nấu ở Trung tiêu tạo cảm giác cồn cào mau đói, ngay cả khi người bệnh vừa mới ăn xong nhưng do chức năng vận của Tỳ Vị lại suy giảm nên dễ đầy bụng và không muốn ăn<sup>7</sup>.

#### 4.5. Triệu chứng tiểu tiện và đại tiện.

Tiểu tiện và đại tiện theo y học hiện đại không có liên quan đến cơ chế bệnh sinh của GERD. Tuy vậy theo cơ chế của YHCT, một số triệu chứng tiểu tiện và đại tiện sẽ gợi ý hội chứng bệnh mà người bệnh đang có. Như ở đây, tiểu tiện trong dài là do chức năng Tỳ chủ vận hóa thủy thấp bị suy giảm, do đó thủy thấp không được thăng để tốt mà bị giáng xuống Bàng quang gây ra còn tiểu vàng là biểu hiện của nhiệt tà khi được thải ra ngoài theo đường tiểu. Qua đó cho thấy việc chẩn đoán hội chứng lâm sàng YHCT vốn không chỉ khu trú quanh bất thường bệnh lý của một hệ cơ quan mà còn xét đến biểu hiện lâm sàng của toàn thân<sup>8</sup>.

Đối với đại tiện lỏng và đại tiện khô cứng đều được chuyên gia đánh giá rất cao vì phản ánh chức năng của Tỳ Vị. Nếu Tỳ vận kém thì đại tiện lỏng, còn nếu tân dịch khô kiệt trong Vị âm hư thì sẽ gây ra đại tiện khô cứng<sup>7</sup>. Đặc biệt, một số người bệnh vừa có đại tiện lỏng lại vừa có đại tiện khô cứng, cho thấy tình trạng khí hư và âm hư chứng hỗn hợp xuống hiện trên người bệnh.

**4.6. Triệu chứng lưỡi.** Trên lâm sàng tình trạng lưỡi dơ rất thường gặp trong bệnh lý GERD. Trong YHCT, tình trạng lưỡi dơ chính là do rêu lưỡi bao phủ nhiều. Qua khảo sát thấy có đến 62,2% người bệnh xuất hiện rêu trắng mỏng hoặc vàng nhầy. Rêu vàng nhầy là đặc trưng của

thấp nhiệt, chiếm đến 26,8% trong khi đó rêu trắng mỏng thì lại có thể do Tỳ Vị hư nhược hoặc do Can Vị bất hòa gây ra, do đó chiếm tỷ lệ cao hơn là 35,4%. Qua đó cho thấy lưỡi dơ chiếm tỷ lệ khá cao ở những người bệnh GERD do cả ba tạng phủ Can, Tỳ, Vị đều có thể xuất hiện tình trạng này. Tuy vậy lưỡi dơ không phải luôn có ở những người bệnh GERD, cụ thể rêu lưỡi ít cũng chiếm tỷ lệ không nhỏ (24,7%) và là biểu hiện của tình trạng Vị âm bất túc<sup>7,8</sup>.

**4.7. Triệu chứng mạch.** Trong bảng câu hỏi PIGERD, triệu chứng mạch bao gồm chỉ ba loại mạch gồm mạch huyền, mạch tế và mạch sắc. Do ba loại mạch này nói về ba khía cạnh khác nhau, do đó chúng không loại trừ nhau mà lại có thể tổ hợp thành nhiều trường hợp khác nhau. Hầu hết những người bệnh được khảo sát đều có bất thường về ba loại mạch trên, chỉ khoảng 15,1% là không có bất thường. Điều này cho thấy biểu hiện mạch là một dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán YHCT.

Trong 384 người bệnh được khảo sát, mạch huyền và mạch tế chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 36,5% và 32,3%. Mạch huyền là mạch đặc trưng cho khí uất, liên quan nhiều đến tạng Can, mạch tế là mạch gợi ý đến khí hư, tương ứng với tình trạng Tỳ hư<sup>8</sup>. Trong khi đó mạch sắc, là mạch đặc trưng cho nội nhiệt (âm hư) hoặc ngoại nhiệt (nhiệt tà), qua khảo sát lại cho thấy tỷ lệ khá thấp với 16,2%<sup>8</sup>. Điều này có thể được giải thích rằng ở những người âm hư hoặc thấp nhiệt, rất có thể khi nặng nề và rầm rộ thì mới biểu hiện ra mạch sắc, nếu bệnh chỉ sơ khởi, còn nhẹ thì chỉ có thể biểu hiện qua các dấu chứng khác.

**4.8. Các triệu chứng khác.** Ngoài các triệu chứng kể trên, các triệu chứng như miệng khô và miệng đắng cũng là hai triệu chứng khá thường gặp. Xét về cơ chế bệnh sinh, hai triệu chứng này đều liên quan đến Can, Tỳ và Vị do đó tỷ lệ xuất hiện của chúng trong khảo sát là khá cao là 60,2% và 53,4%.

Cảm giác nóng sau xương ức, biểu hiện tình trạng acid trào ngược, chiếm đến 45,3%. Ở nóng là của hội chứng Can Vị bất hòa, thuộc thực chứng, triệu chứng biểu hiện rầm rộ rõ ràng, trong khi nóng sau xương ức thì là tình trạng hư chứng với biểu hiện mơ hồ hơn, do đó được các chuyên gia xếp vào triệu chứng của Vị âm hư tổn. Cả hai đều là triệu chứng quan trọng trong GERD.

Đối với triệu chứng người mệt mỏi nặng nề, bảng câu hỏi PIGERD xếp vào hội chứng Tỳ Vị thấp nhiệt do tính chất của thấp tà là nặng nề. Đây cũng là triệu chứng được rất nhiều người bệnh GERD than phiền ảnh hưởng chất lượng

cuộc sống với tỷ lệ lên đến 76,6%. Về mặt tinh thần, triệu chứng bức bối cáu gắt và mất ngủ cũng thường được người bệnh than phiền với tỷ lệ lần lượt là 42,5% và 55,5%. Điều này cho thấy bệnh lý GERD ảnh hưởng đến cả thể chất lẫn tinh thần.

## V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 384 người bệnh GERD, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới. Độ tuổi trung bình tập trung ở lứa tuổi trung niên, thời gian mắc bệnh chủ yếu trong khoảng từ 1 tháng cho đến 18 tháng.

Trong 40 triệu chứng YHCT sử dụng trong bảng câu hỏi PIGERD, các triệu chứng xuất hiện phổ biến nhất gồm người mệt mỏi nặng nề (76,6%), ợ hơi (75,3%) và ăn vào dễ đầy bụng (72,9%). Các triệu chứng điển hình của GERD cũng chiếm tỷ lệ khá cao như ợ chua (60,4%), ợ nóng (50,5%), nóng sau xương ức (45,3%). Bụng đau căng trướng (6,3%) và đau quặn (10,1%) chiếm tỷ lệ thấp nhất. Xét về các triệu chứng thực thể YHCT, lưỡi đỏ (47,9%) và rêu lưỡi trắng mỏng (35,4%) là loại chất lưỡi và rêu lưỡi phổ biến nhất, bất thường về mạch chiếm tỷ lệ khá cao trong đó mạch huyền (44,3%) là mạch phổ biến nhất và mạch sắc (14,8%) là mạch ít xuất hiện nhất. Các triệu chứng của lưỡi

và mạch có thể tổ hợp với nhau thành nhiều loại hình lưỡi và mạch khác nhau.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. B. El-Serag, S. Sweet, C. C. Winchester, J. Dent.** Update on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014;63(6): 871-80.
2. **D. Jeong.** A Review of Diagnosis of GERD. *Korean J Gastroenterol*. 2017;69(2): 96-101.
3. **Philip O. Katz, Lauren B. Gerson, Marcelo F. Vela.** Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Official journal of the American College of Gastroenterology ACG*. 2013;108(3).
4. **Han G, Leem J, Lee N, Kim J, Park J, Lee J.** Development of a standard tool for pattern identification of gastroesophageal reflux disease (GERD). *J Korean Orient Intern Med*. 2015;122-152.
5. **China Association of Chinese Medicine.** Opinions on consensus of gastroesophageal reflux disease by TCM diagnosis and treatment. *J Tradit Chin Med*. 2010;51(9): 844-847.
6. **D. T. Quach, Q. T. T. Pham và cộng sự.** Clinical characteristics and risk factors of gastroesophageal reflux disease in Vietnamese patients with upper gastrointestinal symptoms undergoing esophagogastroduodenoscopy. *JGH Open*. 2021;5(5): 580-584.
7. **Nguyễn Thiên Quyên, Đào Trọng Cường.** Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông Y. Nhà xuất bản Hồng Đức; 2013.
8. **Trần Quốc Bảo.** Lý luận cơ bản Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học; 2008.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BONG VỔNG MẠC NGUYÊN PHÁT BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT DỊCH KÍNH QUA PARS PLANA PHỐI HỢP ĐAI CÙNG MẠC

Ngô Thị Huyền<sup>1</sup>, Hồ Xuân Hải<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai cùng mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 38 mắt của 38 bệnh nhân bong võng mạc nguyên phát được điều trị tại bệnh viện Mắt Trung Ương từ 6/2021 đến 6/2022. **Kết quả:** 38 mắt bị bệnh của 38 bệnh nhân gồm 21 nam (55,3%). Các mốc thời gian theo dõi là 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật. Tỷ lệ thành công giải

phẫu (võng mạc áp tốt) sau phẫu thuật lần đầu 94,7% (36/38 mắt), sau phẫu thuật bổ sung là 100%. Kết quả thị lực cải thiện đáng kể tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật: 63,2% mắt đạt thị lực trên 20/200, 21,1% mắt đạt thị lực từ 20/400-20/200, chỉ 15,8% có thị lực dưới 20/400. **Kết luận:** Cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai cùng mạc điều trị bong võng mạc nguyên phát cho tỷ lệ áp võng mạc cao và sự phục hồi thị lực đáng kể sau phẫu thuật.

**Từ khóa:** Bong võng mạc nguyên phát, cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai cùng mạc.

### SUMMARY

#### TREATMENT RESULTS OF PARS PLANA VITRECTOMY COMBINED SCLERAL BUCKLE FOR PATIENTS WITH RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT

**Objectives:** To evaluate treatment results of pars plana vitrectomy combined and scleral buckle for patients with rhegmatogenous detachment. **Methods:**

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Huyền

Email: lepetitsoleil95@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022

Ngày duyệt bài: 1.11.2022