

có thể do phẫu thuật bóc tách làm tổn thương hoặc co kéo thần kinh XI. Đường đi của thần kinh XI ở vùng cổ tương đối dài làm cho thần kinh này dễ bị tổn thương trong quá trình bóc tách. Vị trí dễ tổn thương ở bờ sau cơ ức đòn chũm trong tam giác cổ sau.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn cao đến hạch cổ (14%) cho thấy sự cần thiết của phẫu thuật nội soi cắt thực quản với nạo hạch ba vùng đối với ung thư thực quản biểu mô gai. Tuy nhiên, cần cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ khi áp dụng quy trình kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-249.
2. Shao L, Ye T, Ma L, et al. Three-field versus two-field lymph node dissection for thoracic esophageal squamous cell carcinoma: a propensity score-matched comparison. Journal of Thoracic Disease. 2018;10(5):2924.
3. Koterazawa Y, Oshikiri T, Takiguchi G, et al. Prophylactic cervical lymph node dissection in

thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer increases postoperative complications and does not improve survival. Annals of Surgical Oncology. 2019;26:2899-2904.

4. Yajima S, Oshima Y, Shimada H. Neck dissection for thoracic esophageal squamous cell carcinoma. International Journal of Surgical Oncology. 2012;2012
5. Kitagawa Y, Uno T, Oyama T, et al. Esophageal cancer practice guidelines 2017 edited by the Japan esophageal society: part 2. Esophagus. Jan 2019;16(1):25-43. doi:10.1007/s10388-018-0642-8
6. Udagawa H, Ueno M, Shinohara H, et al. The importance of grouping of lymph node stations and rationale of three-field lymphadenectomy for thoracic esophageal cancer. Journal of surgical oncology. 2012;106(6):742-747.
7. Mine S, Watanabe M, Kumagai K, et al. Oesophagectomy with or without supraclavicular lymphadenectomy after neoadjuvant treatment for squamous cell carcinoma of the oesophagus. Journal of British Surgery. 2018;105(13):1793-1798.
8. Lee DH, Kim HR, Kim DK, Park S-I, Kim Y-H. Outcomes of cervical lymph node recurrence in patients with esophageal squamous cell carcinoma after esophagectomy with 2-field lymph node dissection. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2013;146(2):365-371.

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN LO ÂU, TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG TRÀO NGƯỢC DẠI DẰNG

Phạm Thị Hương Trà¹, Trần Thị Thu Trang^{2,3}, Đào Việt Hằng^{1,2,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn lo âu trầm cảm ở bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dai dẳng và bước đầu đánh giá một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 58 người bệnh có triệu chứng trào ngược dai dẳng (không đáp ứng với 8 tuần điều trị PPI) tại Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật từ 12/2022-07/2024. Rối loạn lo âu trầm cảm được đánh giá bằng thang điểm DASS-21. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 47,3±14,1, 63,8% là nữ, tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 triệu chứng GERD điển hình là 94,8%. Kết quả đo pH trở kháng 24 giờ ghi nhận tỷ lệ GERD bệnh lý, nóng rát chức năng và thực quản tăng nhạy cảm lần lượt là 27,6%, 53,5%, 18,9%. 51,7% và 25,9% bệnh nhân có tình trạng lo âu và trầm cảm. Tỷ lệ lo âu và trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân nữ so với nam

(p=0,013 và p=0,049). Nhóm nóng rát chức năng có tỷ lệ rối loạn lo âu cao nhất (67,7%), tiếp theo là nhóm GERD bệnh lý (37,5%) và thấp nhất ở nhóm thực quản tăng nhạy cảm (27,3%). Tỷ lệ trầm cảm cao nhất ở nhóm GERD bệnh lý (43,8%). Tuy nhiên, những sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). **Kết luận:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ lo âu, trầm cảm giữa các nhóm bệnh nhân chẩn đoán dựa trên kết quả đo pH trở kháng thực quản 24 giờ. **Từ khóa:** trào ngược dạ dày – thực quản, GERD, lo âu, trầm cảm, DASS-21

SUMMARY

ASSESSMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION DISORDERS IN PATIENTS WITH PERSISTENT REFLUX SYMPTOMS

Objective: To evaluate the proportion of anxiety and depression in patients with persistent reflux symptoms and to preliminarily evaluate some related factors. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 58 patients with persistent reflux symptoms (no response to 8 weeks of PPI therapy) at the Institute of Gastroenterology and Hepatology from December 2022 to July 2024. Anxiety and depression were assessed using the DASS-21 scale. **Results:** The mean age was 47.3±14.1, 63.8% were female. The proportion of patients with at least one typical

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

³Trường Đại học Dược Hà Nội

⁴Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

symptom was (94.8%). The rates of GERD, functional heartburn, and reflux hypersensitive were 27.6%, 53.5%, and 18.9%, respectively. 51.7% and 25.9% of patients reported anxiety and depression, respectively. The rates of anxiety and depression were statistically significantly higher in female patients than in male patients ($p=0.013$ and $p=0.049$). The functional heartburn group had the highest prevalence of anxiety disorder (67.7%), followed by the GERD group (37.5%) and the lowest in the reflux hypersensitive group (27.3%). The highest rate of depression was recorded in the GERD group (43.8%). However, this difference was not statistically significant ($p>0.05$).

Conclusion: There was no statistically significant difference in the prevalence of anxiety and depression among the patient groups diagnosed based on 24-hour pH-impedance monitoring.

Keywords: Gastroesophageal Reflux Disease, GERD, anxiety, depression, DASS-21

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (TNDDTQ, GERD) là bệnh lý phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo khuyến cáo của ESNM (2020) GERD kháng trị được định nghĩa là khi bệnh nhân đã sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI) liều tiêu chuẩn trong ít nhất 8 tuần nhưng không có đáp ứng. Cũng theo khuyến cáo này, khái niệm về GERD kháng trị và triệu chứng triệu chứng GERD dai dẳng cũng được phân biệt rõ ràng hơn với vai trò của đo áp lực thực quản và pH trở kháng 24 giờ [10]. Sự thất bại của liệu pháp PPI cũng đã được ghi nhận có thể liên quan đến một số yếu tố như không tuân thủ việc dùng thuốc, béo phì, kiểu gen và các rối loạn tâm lý như lo âu, trầm cảm. Trên thế giới, nghiên cứu của Nojkov báo cáo tỷ lệ mắc các rối loạn tâm lý là 41% và mức độ nặng của các rối loạn này có liên quan đến đáp ứng với điều trị PPI [8]. Các biểu hiện rối loạn lo âu, trầm cảm xảy ra ở 30% - 50% bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa dai dẳng, trong đó có GERD. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Hữu Bình cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh tiêu hóa chức năng là 14,6%, cao hơn nhóm bệnh tiêu hóa thực thể – viêm loét dạ dày là 4,5% [1]. Bởi vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ rối loạn lo âu trầm cảm theo thang điểm DASS-21 ở bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dai dẳng và bước đầu đánh giá một số yếu tố liên quan. Kết quả của nghiên cứu có thể giúp cung cấp thêm bằng chứng giúp bác sĩ tối ưu hoá lựa chọn điều trị cho nhóm đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đến

khám tại Phòng khám đa khoa Hoàng Long; và Viện nghiên cứu và đào tạo tiêu hoá, gan mật từ 01/12/2022 đến 30/07/2024 thoả mãn các tiêu chuẩn:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Từ 18 tuổi trở lên
- Có triệu chứng TNDDTQ bao gồm một trong các biểu hiện sau:

- Triệu chứng điển hình: trào ngược, nóng rát sau xương ức

- Triệu chứng nghi ngờ trào ngược ngoài thực quản (đau ngực, ho kéo dài, viêm rát họng kéo dài theo dõi do trào ngược) đã được loại trừ các nguyên nhân tim mạch, hô hấp, tai mũi họng.

- Đã điều trị PPI ít nhất 8 tuần không đáp ứng điều trị: bệnh nhân vẫn còn triệu chứng TNDDTQ với tần suất ít nhất 3 lần/tuần sau khi điều trị PPI liều chuẩn hoặc liều gấp đôi trong ít nhất 8 tuần. Liều PPI chuẩn được quy định trong nghiên cứu bao gồm: omeprazol 20 mg/ngày, lansoprazol 30 mg/ngày, pantoprazol 40mg/ngày, rabeprazol 20 mg/ngày, esomeprazol 40 mg/ngày.

- Có chỉ định đo pH - trở kháng thực quản 24 giờ "off PPI".

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã được chẩn đoán và đang điều trị các thuốc lo âu, trầm cảm trước khi có các triệu chứng trào ngược

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập các thông tin về: tiền sử bệnh lý, tiền sử dùng thuốc, triệu chứng lâm sàng, nội soi, bộ câu hỏi DASS 21, kết quả đo pH -trở kháng thực quản 24 giờ. Tất cả các thông tin được ghi nhận vào bệnh án nghiên cứu đã thiết kế sẵn.

Các tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu: Đánh giá triệu chứng GERD: Bộ câu hỏi GERDQ gồm 6 câu hỏi, với điểm GERDQ ≥ 8 là nghi ngờ GERD.

Đánh giá triệu chứng lo âu, trầm cảm: Bộ câu hỏi DASS-21 (Bảng 1)

Bảng 1. Thang điểm DASS-21 đánh giá mức độ lo âu, trầm cảm

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu
Bình thường	0 – 9	0 – 7
Nhẹ	10 – 13	8 – 9
Vừa	14 – 20	10 – 14
Nặng	21 – 27	15 – 19
Rất nặng	≥ 28	≥ 20

Đo pH trở kháng thực quản 24 giờ: theo đồng thuận Lyon 2024. Trong đó: thời gian thực quản tiếp xúc với acid bất thường (AET) $> 6\%$ được chẩn đoán là GERD; AET $< 4\%$ và

có/không có mối liên quan giữa triệu chứng và cơn trào ngược là thực quản tăng nhạy cảm, nóng rát chức năng [5].

Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Các biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Các biến định tính được mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Sử dụng kiểm định chi-square để đánh giá các yếu tố liên quan giữa các biến độc lập với biến phụ thuộc.

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến nghiên cứu và tự nguyện quyết định tham gia. Các số liệu và kết quả chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu, không cung cấp thông tin định danh cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Nghiên cứu thu tuyển được 58 bệnh nhân thỏa mãn với các đặc điểm được trình bày tại bảng 2. Tuổi trung bình là $47,3 \pm 14,1$, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam (63,8%). Tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 triệu chứng điển hình là (94,8%). Triệu chứng ngoài thực quản và một số triệu chứng không điển hình như đau ngực, ợ hơi, ợ chua và đầy bụng cũng được bệnh nhân báo cáo tương đối phổ biến (khoảng 45-50%). Hầu hết người bệnh không có tổn thương viêm trên nội soi dạ dày thực quản (60,3%). Trên kết quả đo pH trở kháng thực quản 24 giờ, chẩn đoán nóng rát chức năng chiếm tỷ lệ cao nhất (53,5%), theo sau đó là GERD bệnh lý (27,6%) và thấp nhất là thực quản tăng nhạy cảm (18,9%).

Bảng 2. Đặc điểm chung của bệnh nhân (N=58)

Đặc điểm	Kết quả, n (%)
Tuổi , Trung bình $\pm$ SD (min-max)	47,3 $\pm$ 14,1 (18-79)
Giới tính , Nữ	37 (63,8)
Nghề nghiệp	
Lao động chân tay	8 (13,8)
Lao động trí óc	34 (58,6)
Hưu trí	7 (12,1)
Khác	9 (15,5)
Tình trạng hôn nhân	
Chưa kết hôn	9 (15,5)
Kết hôn	49 (85,5)
Triệu chứng lâm sàng	
Triệu chứng điển hình	
Cảm giác trào ngược	49 (84,5)
Nóng rát sau xương ức	39 (67,2)
Triệu chứng ngoài thực quản	
Viêm rát họng	30 (51,7)
Ho kéo dài	18 (31,0)

Khó thở	10 (17,2)
Triệu chứng không điển hình	
Đau ngực	28 (48,3)
Ợ hơi	32 (55,2)
Ợ chua	30 (51,7)
Nôn	9 (15,5)
Buồn nôn	10 (17,2)
Đầy bụng	31 (53,4)
Nuốt vướng, nuốt khó	12 (20,7)
Cảm giác có khối ở cổ	15 (25,9)
Gầy sút cân	17 (29,3)
Thời gian xuất hiện triệu chứng TNDĐTQ	
< 3 tháng	14 (24,1)
3 - < 6 tháng	20 (34,5)
6 - < 9 tháng	18 (31,0)
9 - < 12 tháng	1 (1,8)
$\geq$ 12 tháng	5 (8,6)
Thời gian sử dụng PPI	
8 - < 12 tuần	46 (79,3)
12 - < 16 tuần	8 (13,8)
$\geq$ 16 tuần	4 (6,9)
Điểm GERDQ, trung vị (min-max)	
< 8 điểm	17 (29,3)
$\geq$ 8 điểm	41 (70,7)
Đặc điểm nội soi	
Không có tổn thương	35 (60,3)
Los Angeles độ A	19 (32,8)
Los Angeles độ B	2 (3,5)
Los Angeles độ C/D	0
Barret thực quản đoạn ngắn	2 (3,5)
Kết quả đo pH 24 giờ	
GERD bệnh lý	16 (27,5)
Thực quản tăng nhạy cảm	11 (19,0)
Nóng rát chức năng	31 (53,5)

3.2. Đặc điểm rối loạn lo âu, trầm cảm

Tỷ lệ lo âu, trầm cảm trên nhóm bệnh nhân GERD có triệu chứng dai dẳng. Nghiên cứu ghi nhận có 30 bệnh nhân (51,7%) có triệu chứng lo âu. Trong đó, 22,4% có biểu hiện lo âu ở mức độ nhẹ và 20,7% ở mức độ trung bình. Chỉ có 5 trường hợp (8,7%) mức độ nặng và rất nặng. Phần lớn người bệnh không có triệu chứng trầm cảm (74,1%). Ở nhóm có triệu chứng trầm cảm, chủ yếu mức độ nhẹ (13,8%) và trung bình. Chỉ một người bệnh có trầm cảm rất nặng (Bảng 3).

Bảng 3. Tỷ lệ và mức độ nặng của rối loạn lo âu, trầm cảm theo thang DASS-21 (N=58)

Đặc điểm	Kết quả, n (%)
Lo âu	
Bình thường	28 (48,2)
Nhẹ	13 (22,4)

Trung bình	12 (20,7)
Nặng	3 (5,2)
Rất nặng	2 (3,5)
Trầm cảm	
Bình thường	43 (74,2)
Nhẹ	8 (13,8)
Trung bình	6 (10,3)
Nặng	0 (0)
Rất nặng	1 (1,7)

Tỷ lệ lo âu trầm cảm và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.
 Kết quả cho thấy đa số tỷ lệ lo âu, trầm cảm giữa các nhóm theo đặc điểm lâm sàng và nội soi của bệnh nhân khác biệt không có ý nghĩa

thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu chỉ ghi nhận tỷ lệ lo âu và trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nữ giới (với $p = 0,013$ và $p = 0,049$); bệnh nhân có triệu chứng đầy bụng có tỷ lệ trầm cảm thấp hơn nhóm không có triệu chứng ($p = 0,006$).

Trên kết quả đo pH trở kháng thực quản 24 giờ, nhóm nóng rát chức năng có tỷ lệ rối loạn lo âu cao nhất (67,7%), theo sau là nhóm GERD bệnh lý (37,5%) và thấp nhất ở nhóm thực quản tăng nhạy cảm (27,3%). Tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm ghi nhận cao nhất ở nhóm GERD bệnh lý (43,8%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,290 và 0,158.

Bảng 4. Mối liên quan giữa lo âu, trầm cảm và một số đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm	Lo âu (N=30)		Trầm cảm (N=15)	
	n (%)	p	n (%)	p
Tuổi				
<40 tuổi (n=17)	7 (41,2)	0,390	5 (29,4)	0,747
≥40 tuổi (n=41)	23 (56,1)		10 (24,4)	
Giới tính				
Nam (n=21)	6 (28,6)	0,013	2 (9,5)	0,049
Nữ (n=37)	24 (64,9)		13 (35,1)	
Nghề nghiệp				
Lao động chân tay (n=8)	4 (50,0)	0,135	1 (12,5)	0,791
Lao động trí óc (n=34)	14 (41,2)		9 (26,5)	
Hưu trí (n=7)	6 (85,7)		2 (28,6)	
Khác (n=9)	6 (66,7)		3 (33,3)	
Tình trạng hôn nhân				
Chưa kết hôn (n=9)	4 (44,4)	0,726	4 (44,4)	0,218
Kết hôn (n=49)	26 (53,1)		11 (22,4)	
Thời gian xuất hiện triệu chứng				
<6 tháng (n=34)	16 (47,1)	0,435	8 (23,5)	0,763
≥6 tháng (n=24)	14 (58,3)		7 (29,2)	
Thời gian dùng thuốc PPI				
<12 tuần (n=45)	23 (76,7)	1,000	11 (24,4)	0,724
≥12 tuần (n=13)	7 (23,3)		4 (30,8)	
Triệu chứng lâm sàng				
Nóng rát sau xương ức^a: Không (n=19)	11 (57,9)	0,583	3 (15,8)	0,340
Có (n=39)	19 (48,7)		12 (30,8)	
Cảm giác trào ngược^a: Không (n=9)	7 (77,8)	0,147	4 (44,4)	0,218
Có (n=49)	23 (46,9)		11 (84,5)	
TC ngoài thực quản^b: Không (n=18)	11 (61,1)	0,402	7 (38,9)	0,194
Có (n=40)	19 (47,5)		8 (20,0)	
Đầy bụng^c: Không (n=27)	17 (63,0)	0,124	12 (44,4)	0,006
Có (n=31)	13 (41,9)		3 (9,7)	
Ợ hơi/ợ chua^c: Không (n=14)	6 (42,9)	0,127	6 (42,9)	0,158
Có (n=44)	24 (55,6)		9 (20,5)	
Khác^c: Không (n=35)	20 (57,1)	0,754	8 (22,9)	0,476
Có (n=14)	9 (64,3)		5 (36,7)	
Gây sút cân: Không (n=41)	20 (48,8)	0,570	10 (24,4)	0,747
Có (n=17)	10 (58,8)		5 (29,4)	
Kết quả nội soi				
Không viêm thực quản (n=35)	15 (42,9)	0,114	7 (20,0)	0,235

Có viêm thực quản (n=23)	15 (65,2)		8 (34,8)	
Chẩn đoán trên đo pH trở kháng 24 giờ				
GERD bệnh lý (n=16)	6 (37,5)	0,290	7 (43,8)	0,158
Thực quản tăng nhạy cảm (n=11)	3 (27,3)		2 (18,2)	
Nóng rát chức năng (n=31)	21 (67,7)		3 (19,4)	

^a Triệu chứng điển hình; ^b Có ít nhất 1 trong các triệu chứng: viêm họng, ho kéo dài, khó thở; ^c Có ít nhất 1 trong các triệu chứng: đau thượng vị, nuốt vướng, cảm giác có khối ở cổ

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 58 bệnh nhân có triệu chứng TNDDTQ dai dẳng (triệu chứng điển hình và/hoặc triệu chứng ngoài thực quản) và không đáp ứng với PPI trong 8 tuần. Tùy thuộc vào mục đích đánh giá, có thể cân nhắc thực hiện đo pH trở kháng 24 giờ khi ngừng dùng PPI trong 7 ngày - "off PPI" hoặc trong khi dùng PPI - "on PPI". Hội tiêu hoá Hoa Kỳ và Châu Âu (ESNM/ANMS) đều khuyến cáo nếu bệnh nhân đã được điều trị theo kinh nghiệm, chưa có các bằng chứng ủng hộ mạnh mẽ GERD nên cân nhắc thực hiện đo pH trở kháng "off PPI". Ngược lại, những bệnh nhân đã được chứng minh mắc GERD, đo pH - trở kháng thực quản 24 giờ "on PPI" là cần thiết để phân biệt GERD kháng trị với các rối loạn chức năng thực quản [9], [10]. Chúng tôi thu thập các bệnh nhân có chỉ định và có kết quả đo pH trở kháng thực quản 24 giờ "off PPI" do nhóm này vẫn còn dai dẳng các triệu chứng mặc dù đã được điều trị PPI, từ đó đánh giá xem có phải GERD bệnh lý không.

Theo kết quả đo pH trở kháng thực quản 24 giờ, chẩn đoán nóng rát chức năng chiếm tỷ lệ cao nhất (53,5%), GERD bệnh lý (27,6%) và thấp nhất là thực quản tăng nhạy cảm (18,9%). Tỷ lệ người bệnh không có tổn thương viêm trên nội soi (60,3%). Điều này cho thấy vai trò của phương pháp đo pH trở kháng 24 giờ giúp chẩn đoán và phân loại đúng, từ đó lựa chọn được phác đồ điều trị phù hợp, giảm thời gian điều trị, giảm biến chứng do bệnh kéo dài và giảm gánh nặng về tài chính. Nhóm GERD bệnh lý kháng trị có thể tối ưu điều trị ức chế bài tiết acid hoặc chỉ định phẫu thuật/can thiệp nội soi. Ngược lại, nhóm nóng rát chức năng là một trong những nguyên nhân phổ biến dẫn đến sự thất bại của điều trị với PPI, triệu chứng dai dẳng cần có cách tiếp cận điều trị khác.

Nghiên cứu ghi nhận 51,7% bệnh nhân có triệu chứng lo âu, tỷ lệ trầm cảm thấp hơn (25,9%). Kết quả này cao hơn so với tỷ lệ ghi nhận ở nhóm dân số chung ở nước ta (lo âu 2,8%, trầm cảm 2,6%) [3]. Kết quả cũng có sự tương đồng với hầu hết các nghiên cứu trên thế

giới báo cáo tỷ lệ mắc các rối loạn tâm lý cao hơn ở nhóm bệnh nhân không đáp ứng với PPI, và phù hợp với giả thiết các rối loạn lo âu trầm cảm là yếu tố làm tăng các triệu chứng có liên quan đến GERD [2], [7], [8].

Nghiên cứu cho thấy nữ giới có biểu hiện lo âu và trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nam giới ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với các báo cáo trước đây cho thấy tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm cao hơn ở phụ nữ trong cả dân số cũng như trong nhóm người bệnh GERD kháng trị. Nguyên nhân có thể do phụ nữ ở các nước đang phát triển như Việt Nam phải trải qua nhiều áp lực xã hội như phân biệt giới tính; sinh con, nuôi con nhỏ, công việc và nội trợ cũng như những thay đổi cơ bản về thể chất ở tuổi trung niên.

Theo kết quả đo pH 24 giờ, nhóm nóng rát chức năng có tỷ lệ rối loạn lo âu cao nhất, theo sau là nhóm GERD bệnh lý (37,5%) và thấp nhất ở nhóm thực quản tăng nhạy cảm (27,3%). Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm lại ghi nhận cao nhất ở nhóm GERD bệnh lý (43,8%). Mặc dù kết quả của chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê và cỡ mẫu còn khá nhỏ, tuy nhiên kết quả này cũng tương đồng với bằng chứng hiện nay về mối liên quan chặt chẽ giữa các rối loạn tâm lý và các rối loạn tiêu hoá chức năng. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ lo âu, trầm cảm cao hơn ở các bệnh nhân TNDDTQ không đáp ứng điều trị và nhóm nóng rát chức năng [4], [6]. Bên cạnh đó, các rối loạn tâm lý như lo âu, trầm cảm cũng đã được ghi nhận là những tình trạng khá phổ biến ở bệnh nhân mắc rối loạn tiêu hoá chức năng. Các bệnh nhân mắc kèm các rối loạn lo âu, trầm cảm cũng góp phần làm cho các bệnh lý tồi tệ hơn. Do đó, việc xác định các tình trạng rối loạn thần kinh như lo âu, trầm cảm là rất quan trọng trên nhóm bệnh nhân triệu chứng TNDDTQ dai dẳng, đáp ứng kém với các biện pháp điều trị chuẩn (PPI) là rất quan trọng, nhằm định hướng lựa chọn biện pháp điều trị hỗ trợ phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn lo âu, trầm cảm thường gặp ở người bệnh có triệu chứng trào ngược dai dẳng với tỷ lệ ghi nhận trong nghiên cứu này là 51,7% và 25,9%, chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình. Bệnh nhân nữ có tỷ lệ lo âu, trầm cảm cao hơn; tuy nhiên, không ghi nhận mối liên quan có ý

ngĩa giữa tình trạng lo âu, trầm cảm với các đặc điểm khác về nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán theo kết quả đo pH trở kháng 24 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bình Trần Hữu** (2004), Nghiên cứu rối loạn trầm cảm ở những người có bệnh lý dạ dày - ruột thực thể và chức năng Luận văn tiến sĩ.
2. **van der Velden A.W., de Wit N.J., et al.** (2008), "Maintenance Treatment for GERD: Residual Symptoms Are Associated with Psychological Distress", *Digestion*, 77(3-4), pp. 207-213.
3. **Vuong Duong Anh, Van Ginneken Ewout, et al.** (2011), "Mental health in Vietnam: Burden of disease and availability of services", *Asian Journal of Psychiatry*, 4(1), pp. 65-70.
4. **El-Serag H., Becher A., et al.** (2010), "Systematic review: persistent reflux symptoms on proton pump inhibitor therapy in primary care and community studies", *Aliment Pharmacol Ther*, 32(6), pp. 720-37.
5. **Gyawali C. P., Yadlapati R., et al.** (2024), "Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0", *Gut*, 73(2), pp. 361-371.
6. **Lee Y. S., Jang B. H., et al.** (2018), "Comorbid risks of psychological disorders and gastroesophageal reflux disorder using the national health insurance service-National Sample Cohort: A STROBE-compliant article", *Medicine (Baltimore)*, 97(18), pp. e0153.
7. **Mizyed I., Fass S. S., et al.** (2009), "Review article: gastro-oesophageal reflux disease and psychological comorbidity", *Aliment Pharmacol Ther*, 29(4), pp. 351-8.
8. **Nojkov B., Rubenstein J. H., et al.** (2008), "The influence of co-morbid IBS and psychological distress on outcomes and quality of life following PPI therapy in patients with gastro-oesophageal reflux disease", *Aliment Pharmacol Ther*, 27(6), pp. 473-82.
9. **Yadlapati R., Gyawali C. P., et al.** (2022), "AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review", *Clin Gastroenterol Hepatol*, 20(5), pp. 984-994.e1.
10. **Zerbib F., Bredenoord A. J., et al.** (2021), "ESNM/ANMS consensus paper: Diagnosis and management of refractory gastro-esophageal reflux disease", *Neurogastroenterol Motil*, 33(4), pp. e14075.

CHUẨN HÓA THANG ĐO SERVPERF TRONG ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG VỀ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ Y TẾ TẠI VIỆT NAM

Lê Hoàng Vĩnh¹, Vũ Đức Định¹, Trần Thị Thu Thùy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: đánh giá chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân đã trở thành một trong những tiêu chí quan trọng. Mục tiêu nghiên cứu: kiểm định tính giá trị và độ tin cậy của thang đo SERVPERF trong bối cảnh dịch vụ y tế tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 243 bệnh nhân sử dụng dịch vụ ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc. Phương pháp nghiên cứu định lượng được áp dụng, trong đó sử dụng bảng câu hỏi SERVPERF để thu thập dữ liệu. Các phương pháp phân tích thống kê như kiểm định độ tin cậy Cronbach's Alpha, phân tích nhân tố khám phá (EFA) và phân tích hồi quy được sử dụng để kiểm định tính giá trị và độ tin cậy của thang đo. **Kết quả:** Thang đo "yếu tố đảm bảo" có hệ số Cronbach's Alpha cao nhất (0.93), tiếp theo là "yếu tố hữu hình" (0.86), "yếu tố đáp ứng" (0.84), "yếu tố tin cậy" (0.85) và "yếu tố đồng cảm" (0.78). Phân tích nhân tố khám phá (EFA) xác nhận rằng ba nhân tố chính ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân gồm: "yếu tố hình hữu hình và đảm bảo" ($\alpha = 0.95$), "yếu tố đáp ứng và đồng cảm" ($\alpha = 0.89$) và "yếu tố tin cậy" ($\alpha = 0.92$).

Kết luận: nghiên cứu đã chứng minh rằng SERVPERF là một mô hình phù hợp trong việc đánh giá sự hài lòng về chất lượng dịch vụ y tế tại Việt Nam. **Từ khóa:** sự hài lòng của bệnh nhân, chất lượng dịch vụ y tế, SERVPERF, bệnh viện, thang đo chuẩn hóa.

SUMMARY

STANDARDIZING THE SERVPERF SCALE IN ASSESSING SATISFACTION WITH THE QUALITY OF HEALTHCARE SERVICES IN VIETNAM

Problem statement: Service quality assessment and patient satisfaction have become one of the important criteria. **Research objective:** to test the validity and reliability of the SERVPERF scale in the context of health services in Vietnam. **Research subjects and methods:** The study was conducted on 243 patients using outpatient services at Vinmec Phu Quoc International General Hospital. Quantitative research methods were applied, in which the SERVPERF questionnaire was used to collect data. Statistical analysis methods such as Cronbach's Alpha reliability testing, exploratory factor analysis (EFA) were used to test the validity and reliability of the scale. **Results:** The "Assurance" scale had the highest Cronbach's Alpha coefficient (0.93), followed by "Tangibility" (0.86), "Responsiveness" (0.84), "Reliability" (0.85) and "Empathy" (0.78). Exploratory factor analysis (EFA) confirmed that the three main factors affecting patient satisfaction were: "Tangibility

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Vĩnh

Email: vinhhoangle.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025