

- women with ductal carcinoma in situ treated by lumpectomy. Journal of the National Cancer Institute. Nov 19 2003;95(22):1692-702. doi:10.1093/jnci/djg097
4. **Kuzmiak CM, Sharpe RE, Jr., Lewin AA, et al.** ACR Appropriateness Criteria[®]; Imaging of Ductal Carcinoma in Situ (DCIS). Journal of the American College of Radiology. 2025;22(5):S274-S299. doi:10.1016/j.jacr.2025.02.027
 5. **Mohamed S, Elhamd EA, Attia NM.** Non-mass enhancement on breast MRI: Clues to a more confident diagnosis. Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. 2024/05/02 2024;55(1):87. doi:10.1186/s43055-024-01231-0
 6. **Grimm LJ, Rahbar H, Abdelmalak M, Hall AH, Ryser MD.** Ductal Carcinoma in Situ: State-of-the-Art Review. Radiology. Feb 2022;302(2):246-255. doi:10.1148/radiol.211839
 7. **Jansen SA, Paunesku T, Fan X, et al.** Ductal carcinoma in situ: X-ray fluorescence microscopy and dynamic contrast-enhanced MR imaging reveals gadolinium uptake within neoplastic mammary ducts in a murine model. Radiology. Nov 2009;253(2): 399-406. doi:10.1148/radiol.2533082026
 8. **Zhao S, Shao G, Chen P, et al.** Diagnostic performance of minimum apparent diffusion coefficient value in differentiating the invasive breast cancer and ductal carcinoma in situ. Journal of Cancer Research and Therapeutics. 2019;15(4)
 9. **Cheng L, Bai Y, Zhang J, et al.** Optimization of apparent diffusion coefficient measured by diffusion-weighted MRI for diagnosis of breast lesions presenting as mass and non-mass-like enhancement. Tumour biology: the journal of the International Society for Oncodevelopmental Biology and Medicine. Jun 2013;34(3):1537-45. doi:10.1007/s13277-013-0682-6
 10. **Park GE, Kim SH, Kim EJ, Kang BJ, Park MS.** Histogram analysis of volume-based apparent diffusion coefficient in breast cancer. Acta radiologica (Stockholm, Sweden: 1987). Nov 2017; 58(11): 1294-1302. doi:10.1177/0284185117694507

KHẢO SÁT HỘI CHỨNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 BẰNG BỘ CẦU HỎI GERD-Q

Soy Samon¹, Nguyễn Thị Vân Hồng¹, Vũ Hải Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm khảo sát tỷ lệ, triệu chứng lâm sàng và điểm GERD-Q ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và đánh giá mối liên quan giữa điểm GERD-Q với một số đặc điểm của bệnh đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, thực hiện trên 300 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiết – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025. Các thông tin được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp, thu thập thông tin trên hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân và điền vào bệnh án nghiên cứu. Các thông tin được nhập vào phần mềm Excel và được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. **Kết quả:** Triệu chứng GERD thường gặp của các là ợ nóng (46,7%), ợ trớ (42,3%) và khó ngủ vào ban đêm (59,7%). Các triệu chứng này xuất hiện trong khoảng 1-3 ngày/tuần. Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán GERD khi lấy ngưỡng cắt GERD-Q ≥ 8 điểm là 7,0%. Nhóm tuổi (≥ 65 và < 65) và bệnh lý suy tim kèm theo là những yếu tố có liên quan tới điểm GERD-Q (p lần lượt là 0,019 và 0,013). **Kết luận:** Tỷ lệ chẩn đoán GERD bằng bộ câu hỏi GERD-Q trong nghiên cứu của này khá thấp do các triệu chứng bị lu mờ trong bệnh cảnh của bệnh đái tháo đường típ 2. Cần khai thác kỹ các triệu chứng GERD trên nhóm bệnh nhân

này để có thái độ quản lý và điều trị phù hợp.

Từ khóa: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, GERD-Q, đái tháo đường típ 2

SUMMARY

ASSESSMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS USING THE GERD-Q QUESTIONNAIRE

Objective: To investigate the prevalence, clinical symptoms, and GERD-Q scores in patients with type 2 diabetes mellitus, and to evaluate the association between GERD-Q scores and certain characteristics of type 2 diabetes mellitus. **Subjects and Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 300 inpatients diagnosed with type 2 diabetes mellitus at the Department of Endocrinology, Hanoi Medical University Hospital, from September 2024 to June 2025. Data was collected through direct interviews, review of medical records, and documented in research case report forms. All data were entered into Microsoft Excel and analyzed using SPSS software version 26.0. **Results:** Common GERD symptoms included heartburn (46.7%), regurgitation (42.3%), and nighttime sleep disturbances (59.7%), typically occurring 1–3 days per week. The proportion of patients diagnosed with GERD using a GERD-Q cut-off ≥ 8 was 7.0%. Age group (≥ 65 vs. < 65 years) and concomitant heart failure were significantly associated with GERD-Q scores ($p = 0.019$ and $p = 0.013$, respectively). **Conclusion:** The prevalence of GERD diagnosed using the GERD-Q questionnaire in this study was relatively low, possibly due to symptom overshadowing within the clinical context of type 2

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Soy Samon

Email: samonsoy1@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

diabetes mellitus. A thorough assessment of GERD symptoms in this patient population is warranted to ensure appropriate management.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, GERD-Q, type 2 diabetes mellitus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (Gastroesophageal Reflux Disease – GERD) là một vấn đề sức khỏe đáng được chú ý và ngày càng phổ biến ở nhiều nơi trên thế giới với tỷ lệ hiện mắc dao động giữa các khu vực địa lý. Cơ chế gây ra GERD do suy giảm các cơ chế chống trào ngược bình thường (ví dụ như chức năng cơ thắt thực quản dưới, dây chằng hoành thực quản), thay đổi hoạt động sinh lý bình thường (như suy giảm nhu động thực quản, tăng áp lực trong dạ dày, tăng chênh lệch áp lực bụng-ngực) hoặc đôi khi do bài tiết acid dạ dày quá mức (hội chứng Zollinger-Ellison). Các yếu tố thuận lợi và nguy cơ của GERD bao gồm: chế độ ăn và lối sống (stress, lối sống tĩnh tại, thừa cân, béo phì, uống nước giải khát có gas, cà phê, uống rượu bia, hút thuốc...), sử dụng thuốc (thuốc ức chế kênh calci, kháng cholinergic, chống viêm không steroid, biphosphonate, kháng sinh, bổ sung kali...) hoặc mang thai. Ngoài ra, GERD còn liên quan đến các bệnh lý như đái tháo đường, béo phì, hội chứng chuyển hóa, các bệnh tim mạch, ngừng thở khi ngủ, các bệnh của đường tiêu hóa như hội chứng ruột kích thích.

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến trên toàn cầu.

Bệnh nhân (BN) ĐTĐ thường phải đối mặt với nhiều biến chứng khác nhau, trong đó có rối loạn vận động đường tiêu hóa. Cơ chế bệnh sinh của GERD trên bệnh nhân (BN) ĐTĐ là kết quả của yếu tố cộng gộp như: biến chứng thần kinh gây tổn thương thần kinh tự động; tăng đường máu do ĐTĐ không kiểm soát, béo phì... tất cả dẫn đến tình trạng trì trệ vận động đường tiêu hóa, giảm nhu động dạ dày thực quản, liệt dạ dày (gastroparesis), từ đó có thể dẫn đến các triệu chứng của GERD.

Trên thế giới, tỷ lệ mắc GERD trên quần thể người bệnh ĐTĐ khá cao, dao động từ 28,3% đến 48,7% tùy thuộc vào vùng địa lý và tiêu chuẩn chẩn đoán GERD.¹⁻⁸ Tại Việt Nam hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá mối tương quan giữa hai bệnh lý hay gặp này, do vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: “Khảo sát bệnh trào ngược dạ dày thực quản trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2” với bộ câu hỏi GERD-Q với 2 mục tiêu: (1) Khảo sát tỷ lệ, triệu chứng lâm sàng và điểm GERD-Q ở BN ĐTĐ típ 2; (2) Đánh giá mối liên quan giữa điểm GERD-Q với một số đặc điểm của bệnh ĐTĐ típ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 300 BN ĐTĐ típ 2 điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiết – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN mắc ĐTĐ típ 2; được đánh giá GERD theo bộ câu hỏi GERD-Q.

Bảng 2.1: Bộ câu hỏi GERD-Q

Câu hỏi		Không có	1 ngày	2-3 ngày	4-7 ngày
Trong vòng 7 ngày qua					
Câu hỏi về triệu chứng	1. Cảm giác nóng rát sau xương ức (giữa ngực) (ợ nóng)	0	1	2	3
	2. Cảm thấy chất lỏng hoặc thức ăn trong dạ dày ợ lên đến họng hoặc miệng (ợ trớ)	0	1	2	3
	3. Đau ở vùng thượng vị (khu vực dạ dày)	0	1	2	3
	4. Buồn nôn, nôn	0	1	2	3
Câu hỏi về mức độ tác động	5. Ngủ không ngon vì triệu chứng ợ nóng và/hoặc ợ trớ	0	1	2	3
	6. Phải dùng thêm thuốc (ví dụ như Gaviscon, Phosphalugel, Maalox ...) để điều trị ợ nóng và/hoặc ợ trớ	0	1	2	3
	Điểm về mức độ tác động				
	Tổng điểm				
Chẩn đoán GERD khi điểm GERD-Q ≥ 8 điểm					

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có những bất thường về thực quản (bất thường giải phẫu, đã phẫu thuật thực quản, các bệnh lý thực quản khác đi kèm); trào ngược dạ dày thực quản do các nguyên nhân thực thể (tắc ruột cao, u dạ dày, hẹp môn vị...); có bệnh lý nặng, cấp tính

kết hợp (đột cấp suy tim, chảy máu tiêu hóa cấp, suy thận tiến triển, tăng huyết áp cấp cứu, bồng đường tiêu hóa trên do acid, kiềm...); có loét dạ dày, hành tá tràng; có thai; hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Tất cả BN điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiết thỏa mãn toàn bộ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: Phòng văn trực tiếp, thu thập thông tin trên hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân và điền vào bệnh án nghiên cứu. Các thông tin thu thập được nhập vào phần mềm Excel.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Biến định tính được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định Shapiro-Wilk được sử dụng để kiểm định tính chuẩn của biến định lượng. Biến định lượng có phân bố chuẩn được mô tả bằng: Trung bình (TB) $\pm$ độ lệch chuẩn (SD), biến không có phân bố chuẩn được mô tả bằng: Trung vị [khoảng tứ

phân vị]. Sử dụng các test thống kê phù hợp để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm. Các kết quả có sự khác biệt khi $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu không làm thay đổi chẩn đoán và điều trị của người bệnh. Mọi thông tin của người bệnh được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

300 BN ĐTĐ típ 2 tham gia nghiên cứu có đặc điểm: Độ tuổi trung vị là 62, nhóm tuổi chiếm đa số là từ 60 đến 79 tuổi với số lượng $n=156$, chiếm 52,0%. Đa số BN là nam giới với số lượng $n=177$, chiếm 59,0% và có nghề nghiệp là nông dân ($n=257$, 85,7%). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung vị của đối tượng nghiên cứu là 22,2 kg/m², hầu hết BN có thể trạng trung bình với BMI nằm ở nhóm 18,5 đến 22,9 kg/m² ($n=146$, chiếm 48,7%).

Bảng 3.1: Tần suất xuất hiện các triệu chứng GERD theo GERD-Q

Triệu chứng	Không có n (%)	1 ngày n (%)	2-3 ngày n (%)	4-7 ngày n (%)
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Ợ nóng	160 (53,3)	102 (34,0)	38 (12,7)	0 (0,0)
Ợ trớ	173 (57,7)	90 (30,0)	37 (12,3)	0 (0,0)
Đau thượng vị	229 (76,3)	65 (21,7)	6 (2,0)	0 (0,0)
Buồn nôn	229 (76,3)	57 (19,0)	14 (4,7)	0 (0,0)
Ngủ không ngon vì cảm giác nóng rát ợ nóng và/hoặc ợ trớ	121 (40,3)	74 (24,7)	105 (35,0)	0 (0,0)
Phải dùng thêm thuốc (ví dụ như Gaviscon, Phosphalugel, Maloox...) để điều trị ợ nóng và/hoặc ợ trớ	238 (79,3)	46 (15,3)	16 (5,3)	0 (0,0)

Triệu chứng GERD thường gặp là ợ nóng (46,7%), ợ trớ (42,3%) và khó ngủ vào ban đêm (59,7%), xuất hiện trong khoảng 1-3 ngày trước thời điểm phỏng vấn. Các triệu chứng khác như đau thượng vị, buồn nôn, phải dùng thêm thuốc để điều trị ợ nóng và hoặc ợ trớ ít gặp.

Bảng 3.2: Tổng điểm theo GERD-Q và tỷ lệ GERD theo tổng điểm GERD-Q

Tổng điểm GERD-Q	n	%
Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	2,0 [0,0; 5,0]	

≤ 4 điểm	222	74,0
5 - 7 điểm	57	19,0
≥ 8 điểm	21	7,0
Tổng	300	100

Trung vị của tổng điểm GERD-Q trong nghiên cứu này là 2 điểm. Nhóm BN có tổng điểm GERD-Q ≤ 4 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất với số lượng là 222 BN, chiếm 74,0%. Tỷ lệ BN được chẩn đoán GERD khi lấy ngưỡng cắt GERD-Q ≥ 8 điểm là 7,0% (21/300 BN).

Bảng 3.3: Môi tương quan giữa các đặc điểm lâm sàng với điểm GERD-Q

Đặc điểm		Tổng điểm GERD-Q		p
		<8 điểm	≥ 8 điểm	
Tuổi (năm)	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	61,0 [53,0; 69,5]	67,0 [55,0; 70,0]	0,249*
	< 65	166 (55,3%)	7 (2,3%)	0,019**
	≥ 65	113 (37,7%)	14 (4,7%)	
Giới	Nam	165 (55,0%)	12 (4,0%)	0,858**
	Nữ	114 (38,0%)	9 (3,0%)	
BMI (kg/m ²)	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	22,3 [20,3; 24,2]	21,0 [20,2; 25,2]	0,922*
	≥ 21	184 (61,3%)	10 (3,3%)	0,090**
	< 21	95 (31,7%)	11 (3,7%)	
Hút thuốc	Không	164 (54,7%)	14 (4,7%)	0,478**

	Có	115 (38,3%)	7 (2,3%)	
Uống rượu	Không	209 (69,7%)	17 (5,7%)	0,793***
	Có	70 (23,3%)	4 (1,3%)	
Tăng huyết áp	Không	125 (41,7%)	9 (3,0%)	0,863**
	Có	154 (51,3%)	12 (4,0%)	
Suy tim	Không	278 (92,7%)	19 (6,3%)	0,013***
	Có	1 (0,3%)	2 (0,7%)	
Rối loạn lipid máu	Không	138 (46,0%)	7 (2,3%)	0,154**
	Có	141 (47,0%)	14 (4,7%)	

*Mann-Whitney U test, **Test khi bình phương (X^2 test), ***Fisher's Exact Test

Nhóm tuổi (≥ 65 và < 65) và bệnh lý suy tim kèm theo là những yếu tố có liên quan tới điểm GERD-Q ($p < 0,05$). Chỉ số khối cơ thể BMI với ngưỡng cắt 21kg/m^2 và bệnh lý rối loạn lipid máu là những yếu tố có xu hướng liên quan với tổng điểm GERD-Q (giá trị p gần 0,05).

Bảng 3.4: Môi trường quan giữa các đặc điểm của ĐTD tip 2 với điểm GERD-Q

Đặc điểm		Tổng điểm GERD-Q		p
		<8 điểm	≥8 điểm	
Thời gian chẩn đoán ĐTĐ (tháng)	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	48,0 [4,0; 120,0]	60,0 [24,0; 132,0]	0,332*
	≤ 24	115 (38,3%)	6 (2,0%)	0,465**
	24 - 59	43 (14,3%)	4 (1,7%)	
	≥ 60	121 (40,3%)	11 (3,7%)	
HbA1c máu (%)	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	11,0 [9,6; 12,4]	11,1 [9,5; 12,2]	0,906*
	≤ 7	16 (5,3%)	1 (0,3%)	0,921**
	7 - 10	70 (23,3%)	6 (2,0%)	
	≥ 10	193 (64,4%)	14 (4,7%)	
Biến chứng do ĐTĐ	Không	135 (45,0%)	9 (3,0%)	0,625**
	Có	144 (48,0%)	12 (4,0%)	
Biến chứng mắt	Không	199 (66,3%)	14 (4,7%)	0,650**
	Có	80 (24,7%)	7 (2,3%)	
Biến chứng thận	Không	247 (82,3%)	19 (6,3%)	1,000***
	Có	32 (10,7%)	2 (0,7%)	
Biến chứng tim mạch	Không	221 (73,7%)	16 (5,3%)	0,743**
	Có	58 (19,3%)	5 (1,7%)	
Biến chứng thần kinh	Không	149 (49,7%)	13 (4,3%)	0,451**
	Có	130 (43,3%)	8 (2,7%)	
Nhóm thuốc ĐTĐ theo đường dùng	Chỉ dùng thuốc viên đường uống	119 (39,7%)	13 (4,3%)	0,087**
	Cần dùng Insulin đường tiêm	160 (53,3%)	8 (2,7%)	
Biguanide (Metformin)	Không	125 (41,6%)	7 (2,3%)	0,307**
	Có	154 (51,3%)	14 (4,7%)	
Sulfonylurea (SU)	Không	203 (67,7%)	14 (4,7%)	0,547**
	Có	76 (25,3%)	7 (2,3%)	
Thiazolidinedione (TZD)	Không	278 (92,7%)	21 (7,0%)	1,000***
	Có	1 (0,3%)	0 (0,0%)	
Ức chế DPP-4	Không	259 (86,3%)	19 (6,3%)	0,659**
	Có	20 (6,7%)	2 (0,7%)	
Ức chế SGLT-2	Không	267 (89,0%)	20 (6,7%)	1,000***
	Có	12 (4,0%)	1 (0,3%)	

*Mann-Whitney U test, **Test khi bình phương (X^2 test), ***Fisher's Exact Test

Tất cả các đặc điểm của bệnh lý ĐTD tip 2 trong nghiên cứu này đều không có tương quan với điểm GERD-Q ($p > 0,05$). Điều trị ĐTD tip 2 bằng cần sử dụng Insulin đường tiêm là yếu tố có xu hướng liên quan tới điểm GERD-Q (p gần 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, triệu chứng thường

gặp của GERD là ợ nóng (46,7%), ợ trớ (42,3%) và khó ngủ vào ban đêm (59,7%), xuất hiện trong khoảng 1-3 ngày/tuần. Kết quả này khá tương đồng so với nghiên cứu của Medhi và cộng sự (ợ trớ và ợ nóng là hai triệu chứng phổ biến nhất với 28,6 và 25,3%).⁶ Nghiên cứu của Notazira trên BN ĐTD tip 2 cao tuổi ở Indonesia cũng cho thấy ợ trớ là triệu chứng phổ biến nhất

ở nhóm GERD (76,5%), ợ nóng là triệu chứng phổ biến thứ hai với 52,9%.⁴

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ chẩn đoán GERD ở BN ĐTĐ tip 2 theo bộ câu hỏi GERD-Q với ngưỡng cắt ngang 8 điểm là 7,0% (21/300 BN). Tỷ lệ này thấp hơn khá nhiều so các nghiên cứu của Notariza và cộng sự (28,3%), AlTassan và cộng sự (44,9%), Mehdi và cộng sự (48,7%), Horikawa và cộng sự (29,0%).⁴⁻⁷ Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi vì chúng tôi đánh giá triệu chứng của GERD trên quần thể BN ĐTĐ tip 2 nhập viện điều trị nội trú, mức độ kiểm soát bệnh lý ĐTĐ tip 2 không tốt, biểu hiện qua nồng độ HbA1c trong máu rất cao, tỷ lệ BN phải điều trị bằng thuốc viên kết hợp và/hoặc Insulin cao, BN có nhiều biến chứng của bệnh ĐTĐ, đặc biệt là biến chứng thần kinh. Tình trạng tổn thương thần kinh do ĐTĐ có thể làm lu mờ các triệu chứng GERD điển hình, người bệnh có thể mắc GERD nhưng không cảm thấy ợ nóng, ợ trở rõ ràng, từ đó làm giảm tỷ lệ chẩn đoán GERD các triệu chứng lâm sàng bằng bộ câu hỏi (GERD-Q). Ngoài ra, một điểm khác cần lưu ý khi so sánh các kết quả là cách thức chẩn đoán GERD giữa các nghiên cứu là khác nhau, do vậy, tỷ lệ GERD không giống nhau. Các nghiên cứu thường sử dụng các bộ câu hỏi chuẩn hóa để chẩn đoán GERD dựa trên triệu chứng (ví dụ như GERD-Q và QUEST) sẽ có những hạn chế nhất định.

Khi phân tích các yếu tố nguy cơ độc lập cho GERD ở BN ĐTĐ, chúng tôi ghi nhận kết quả tuổi từ 65 trở lên và bệnh lý suy tim kèm theo là các yếu tố có liên quan với tỷ lệ mắc GERD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả này tương tự như kết quả của AlTassan và cộng sự và nghiên cứu của Natalini và cộng sự.^{1,5} Sự không nhất quán về đặc điểm tuổi và với GERD ở BN ĐTĐ có thể do nhiều yếu tố, bao gồm đặc điểm dân số (ví dụ tuổi trung bình của mẫu, thời gian mắc ĐTĐ), phương pháp nghiên cứu và các yếu tố gây nhiễu khác. Sự liên hệ giữa tuổi cao và GERD được giải thích bởi nhiều cơ chế bệnh sinh tiềm ẩn. Tuổi tác có thể làm giảm nhu động thực quản, suy yếu trương lực cơ thắt thực quản dưới, giảm tiết nước bọt và bicarbonate, suy yếu cơ hoành và tăng tỷ lệ thoát vị hoành. Mối liên quan giữa các bệnh lý kèm theo như bệnh tim mạch (tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, nhồi máu cơ tim, đột quỵ...), bệnh lý hô hấp (bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính...), bệnh lý chuyển hóa (rối loạn lipid máu...) với GERD cũng không có sự đồng nhất giữa các nghiên cứu với nhau.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng GERD thường gặp của các BN trong nghiên cứu là ợ nóng, ợ trở và khó ngủ vào ban đêm, xuất hiện trong khoảng 1-3 ngày/tuần. Tỷ lệ BN được chẩn đoán GERD khi lấy ngưỡng cắt GERD-Q ≥ 8 điểm là 7,0%. Nhóm tuổi (≥ 65 và < 65) và bệnh lý suy tim kèm theo là những yếu tố có liên quan tới điểm GERD-Q.

Tỷ lệ chẩn đoán GERD bằng bộ câu hỏi GERD-Q trong nghiên cứu của này khá thấp có thể do các triệu chứng bị lu mờ trong bệnh cảnh của bệnh đái tháo đường tip 2. Do vậy cần khai thác kỹ các triệu chứng GERD trên nhóm bệnh nhân này để có thái độ điều trị quản lý và phù hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Natalini J, Palit A, Sankineni A, Friedenber FK.** Diabetes mellitus is an independent risk for gastroesophageal reflux disease among urban African Americans. *Dis Esophagus*. 2015;28(5): 405-411. doi:10.1111/dote.12213
2. **Sun XM, Tan JC, Zhu Y, Lin L.** Association between diabetes mellitus and gastroesophageal reflux disease: A meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2015;21(10): 3085-3092. doi:10.3748/wjg.v21.i10.3085
3. **Suwita C, Benny B, Mulyono D, et al.** Gastroesophageal reflux disease among type-2 diabetes mellitus patients in a rural area. *Medical Journal of Indonesia*. 2015;24. doi:10.13181/mji.v24i1.1164
4. **Notariza KR, Yusaryahya H, Karimah NS, Mansur AY, Adhiguna G, Tarigan TJ.** Gastroesophageal Reflux Disease among Elderly Type 2 Diabetes Mellitus in a Rural Area of Central Sulawesi: A Cross-sectional Study. *Diabetes Mellitus*. 2021;53(1).
5. **AlTassan FM, Al-Khowaiter SS, Alsubki HE, Alhamoud WA, Niazi AK, AlJarallah BM.** Prevalence of gastro-esophageal reflux in diabetic patients at a tertiary hospital in Central Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2020;41(2):151-156. doi:10.15537/smj.2020.2.24844
6. **Mehdi SM, Baig U, Iqbal MS.** Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease among Diabetic Patients at Sharif Medical City Hospital, Lahore, Pakistan. *AMJ*. 2023;10(2). doi:10.15850/amj.v10n2.2881
7. **Horikawa A, Ishii-Nozawa R, Ohguro M, et al.** Prevalence of GORD (gastro-oesophageal reflux disease) in Type 2 diabetes and a comparison of clinical profiles between diabetic patients with and without GORD. *Diabetic Medicine*. 2009;26(3): 228-233. doi:10.1111/j.1464-5491.2009.02671.x
8. **Kase H, Hattori Y, Sato N, Banba N, Kasai K.** Symptoms of gastroesophageal reflux in diabetes patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2008;79(2): e6-e7. doi:10.1016/j.diabres.2007.08.019

SO SÁNH GIÁ TRỊ COPENHAGEN VÀ CHỈ SỐ ROMA TRONG U BƯỒNG TRỨNG Ở PHỤ NỮ MÃN KINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quốc Tuấn¹, Nguyễn Hải Phương¹, Lê Quỳnh Thư²,
Nguyễn Phương Tú², Chu Quang Chiến², Lã Quế Lâm², Đặng Văn Tốt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của phụ nữ mãn kinh có u buồng trứng và so sánh giá trị chỉ số ROMA và Copenhagen (CPH-I) trong dự báo nguy cơ ác tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 211 bệnh nhân mãn kinh có u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (01/2023–01/2025). Các bệnh nhân được xét nghiệm CA-125, HE4 để tính chỉ số ROMA và CPH-I trước mổ. Kết quả mô bệnh học sau mổ được dùng làm tiêu chuẩn vàng đánh giá giá trị dự báo. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $64,2 \pm 8,7$; 55,4% không có triệu chứng. Có 10 ca (4,7%) là ung thư buồng trứng. Độ nhạy và đặc hiệu của ROMA lần lượt là 70,0% và 84,5%; của CPH-I là 70,0% và 79,6%. AUC của ROMA và CPH-I tương ứng là 0,749 và 0,733. **Kết luận:** Cả hai chỉ số đều hỗ trợ hiệu quả trong đánh giá nguy cơ ác tính u buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh. ROMA có độ đặc hiệu cao hơn, phù hợp triển khai tại tuyến chuyên khoa; CPH-I đơn giản, phù hợp với cơ sở tuyến đầu.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng, ROMA, Copenhagen Index, phụ nữ mãn kinh.

SUMMARY

COMPARATIVE DIAGNOSTIC VALUE OF ROMA AND COPENHAGEN INDEX IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH OVARIAN TUMORS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of postmenopausal women with ovarian tumors and to compare the diagnostic performance of the Risk of Ovarian Malignancy Algorithm (ROMA) and the Copenhagen Index (CPH-I) in predicting malignancy. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 211 postmenopausal women with ovarian tumors who underwent surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2023 to January 2025. Serum CA-125 and HE4 levels were measured preoperatively to calculate ROMA and CPH-I. Final histopathological results were used as the gold standard to assess diagnostic performance. **Results:** The mean age was 64.2 ± 8.7 years; 55.4% of patients were asymptomatic. There were 10 cases (4.7%) of ovarian cancer. ROMA showed a sensitivity

and specificity of 70.0% and 84.5%, respectively, while CPH-I showed 70.0% and 79.6%. The areas under the ROC curve (AUC) for ROMA and CPH-I were 0.749 and 0.733, respectively. **Conclusion:** Both ROMA and CPH-I demonstrated reasonable accuracy in predicting malignancy in postmenopausal women with ovarian tumors. ROMA, with higher specificity, is more suitable for use in specialized centers, whereas the simpler CPH-I may be appropriate for primary healthcare settings. **Keywords:** Ovarian cancer, ROMA, Copenhagen Index, postmenopausal women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những bệnh ung thư phụ khoa nghiêm trọng, với tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn cầu. Theo thống kê của GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) năm 2022, ung thư buồng trứng đứng thứ 8 trong tổng 15 loại ung thư thường gặp ở phụ nữ với số ca mới mắc là 324.603 ca bệnh với 206.956 ca bệnh tử vong. Ước tính tới năm 2045, số lượng bệnh nhân mắc ung thư buồng trứng có thể tăng 46,9% với tỷ lệ tử vong tăng 58,9% [1]. Tại Việt Nam, số ca mới mắc được ghi nhận là 1534 với 1003 ca bệnh tử vong và ung thư buồng trứng là một trong số 10 loại ung thư gây tử vong nhiều nhất ở phụ nữ [1].

U buồng trứng lành tính thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, trong khi ung thư buồng trứng lại chủ yếu xuất hiện ở giai đoạn mãn kinh, với độ tuổi chẩn đoán trung bình khoảng 63 tuổi. Đáng lưu ý, tiên lượng bệnh có xu hướng xấu hơn khi được phát hiện ở độ tuổi cao. Mặc dù giai đoạn mãn kinh đi kèm với sự suy giảm mạnh của hormone sinh dục, nguy cơ ung thư ở phụ nữ sau mãn kinh vẫn tăng lên, chủ yếu do sự tích lũy tổn thương DNA theo thời gian và tác động của liệu pháp hormone thay thế [2]. Khác với một số ung thư phụ khoa khác như ung thư cổ tử cung hay ung thư vú, vốn đã có chiến lược sàng lọc hiệu quả, ung thư buồng trứng đến nay vẫn chưa có công cụ tầm soát hữu hiệu. Nguyên nhân một phần đến từ đặc điểm giải phẫu, do buồng trứng nằm sâu trong chậu hông, khó tiếp cận hơn các cơ quan khác như tuyến vú, cổ tử cung hay niêm mạc tử cung, khiến việc phát hiện tổn thương sớm gặp nhiều thách thức. Bên cạnh đó, các triệu chứng lâm sàng của ung thư buồng trứng thường mơ hồ, không đặc hiệu và dễ bị bỏ qua. Hệ quả là phần lớn các trường hợp ung thư buồng trứng được

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: BSNT Đặng Văn Tốt

Email: dangvantothmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025