

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI CỦA BỆNH NHÂN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY – THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN MỸ ĐỨC

Bùi Văn Thành<sup>1</sup>, Lê Công Định<sup>1</sup>,  
Dương Thị Bắc<sup>1</sup>, Lê Thị Thanh Hiền<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi, tính điểm GERD-Q của bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản tại Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 140 mắc GERD đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức từ tháng 4 năm 2025 đến tháng 9 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu  $52,8 \pm 15,2$ . Tỷ lệ nữ (64,3%) cao hơn tỷ lệ nam (35,7). BMI bình thường chiếm nhiều nhất (68,6%), thừa cân (22,1%). Thời gian mắc bệnh đa số dưới 3 năm. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ợ nóng/ợ trớ (100%), đau thượng vị (96,42%), nóng rát sau xương ức (69,28%). Các triệu chứng xuất hiện thành thạo hoặc từng đợt. Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất của nhóm nghiên cứu là: Đái tháo đường type 2 và hút thuốc. Điểm GERD – Q của đối tượng nghiên cứu đa số từ 7 trở lên, điểm trung bình là  $7,02 \pm 1,77$ . Tỷ lệ tổn thương thực quản phân loại theo Los-Angeles gặp nhiều nhất là độ A (82,42%), tổn thương độ B chiếm 17,16%, và độ D chiếm tỷ lệ 1,42%. Tổn thương kèm theo trên hình ảnh nội soi thường gặp nhất là viêm trợt dạ dày tá tràng, chiếm 95%. Có mối liên quan điểm GERD – Q  $\geq 7$  với các triệu chứng lâm sàng như Ợ nóng/ợ trớ, nóng rát sau xương ức, và các yếu tố nguy cơ như đái tháo đường type 2, hút thuốc lá. **Từ khóa:** Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, GERD.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS, PARACLINICAL FINDINGS, AND ENDOSCOPIC FEATURES OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AT MY DUC GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical characteristics, paraclinical findings, endoscopic features, and GERD-Q scores of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) at My Duc General Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 140 patients diagnosed with GERD and receiving treatment at My Duc General Hospital from April 2025 to September 2025. **Results:** The mean age of the study population was  $52.8 \pm 15.2$  years. Females accounted for a higher proportion (64.3%) compared to males (35.7%). Patients with normal BMI represented the largest group (68.6%), followed by overweight

individuals (22.1%). Most patients had a disease duration of less than 3 years. The most common clinical symptoms were heartburn/regurgitation (100%), epigastric pain (96.42%), and retrosternal burning sensation (69.28%). Symptoms typically occurred intermittently or in episodes. The most frequent risk factors were type 2 diabetes and smoking. Most participants had a GERD-Q score of 7 or higher, with a mean score of  $7.02 \pm 1.77$ . According to the Los Angeles classification, grade A esophagitis was most common (82.42%), followed by grade B (17.16%) and grade D (1.42%). The most prevalent associated endoscopic finding was gastroduodenal erosive inflammation (95%). A significant association was observed between a GERD-Q score  $\geq 7$  and clinical symptoms such as heartburn/regurgitation, retrosternal burning, as well as risk factors including type 2 diabetes and smoking.

**Keywords:** Gastroesophageal reflux disease; GERD

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày - thực quản (Gastroesophageal reflux disease - GERD) chỉ sự trào ngược của các chất chứa trong dạ dày vào thực quản qua lỗ tâm vị do sự thư giãn thoáng qua của cơ thắt dưới thực quản gây nên những triệu chứng khó chịu và/hoặc những biến chứng<sup>3</sup>. GERD gặp phổ biến ở các nước trên thế giới đặc biệt là các nước phương Tây, tỷ lệ bệnh nhân mắc GERD chiếm 8% - 33% năm 2014<sup>1</sup>. Tỷ lệ mắc cao nhất ở Nam Á và Đông Nam châu Âu (trên 25%) và thấp nhất ở Đông Nam Á, Canada và Pháp (dưới 10%)<sup>4</sup>, tại Việt Nam hiện tại vẫn chưa có một thống kê đầy đủ về tỷ lệ bệnh này trong dân số nói chung. GERD gặp ở mọi lứa tuổi, từ trẻ em tới người già, bệnh diễn biến âm thầm gây ra những biến chứng nặng nề như loét, hẹp thực quản, thực quản Barrett, ung thư thực quản, và tỷ lệ cao gây trầm cảm<sup>2</sup>. Để ngăn ngừa biến chứng nặng nề có thể xảy ra cần phải tiếp cận, theo dõi và quản lý bệnh thường xuyên. Tại Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức, người bệnh có triệu chứng được nội soi tiêu hoá chẩn đoán và điều trị, tuy nhiên có nhiều nguyên nhân không nội soi để chẩn đoán bệnh được. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi của bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản tại Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức" với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ, điểm GERD - Q ở người mắc bệnh trào ngược dạ dày – thực quản tại Bệnh

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Mỹ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Thành

Email: bacsithanh91@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

viện đa khoa Mỹ Đức.

2. Nhận xét hình ảnh nội soi, mỗi liên quan tổn thương thực quản trên nội soi với triệu chứng lâm sàng và bảng GERD – Q ở các đối tượng nghiên cứu.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm 140 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc bệnh trào ngược dạ dày thực quản tại khoa khám Bệnh và khoa xét nghiệm - Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức từ 04/2025 đến 09/2025.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu:**

- Tuổi ≥ 18.
- Được chẩn đoán xác định GERD theo hội tiêu hoá Hoa Kỳ American College of Gastroenterology – ACG) năm 2022<sup>5</sup>.

**Bảng 1. Phân loại tổn thương thực quản theo Los - Angeles**

Độ	Tổn thương trên nội soi
A	Một hoặc nhiều vết loét ở niêm mạc nhưng không dài hơn 5 mm, không có vết loét nào lan rộng hơn đỉnh của các nếp xếp niêm mạc
B	Một hoặc nhiều vết loét niêm mạc dài hơn 5 mm, không có vết loét nào lan rộng hơn đỉnh của 2 nếp xếp niêm mạc
C	Vết loét niêm mạc lan rộng hơn đỉnh của 2 hoặc nhiều nếp xếp niêm mạc, nhưng chỉ khu trú dưới 75% chu vi niêm mạc thực quản
D	Vết loét niêm mạc lan rộng ít nhất 75% của chu vi niêm mạc thực quản

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có u thực quản, loét thực quản, hẹp thực quản, u dạ dày.
- Tổn thương dạ dày thực quản do nguyên nhân tắc nghẽn.
- Có các bất thường nhịp tim, bệnh lý cấp tính, tổn thương tiêu hóa do hoá chất,...

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

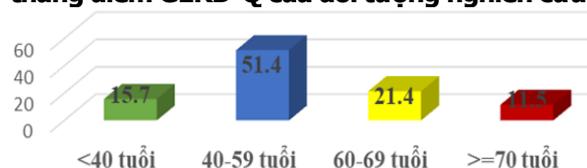
**2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu:** Theo chương trình SPSS 22.0.

**2.2.4. Hạn chế sai số:** Khai thác thông tin cụ thể tỉ mỉ dễ hiểu, hạn chế bỏ sót thông tin, bệnh nhân nội soi được thực hiện trên cùng một máy, kết quả được đọc bởi Bác sĩ có chứng chỉ chuyên khoa.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ và**

**thang điểm GERD-Q của đối tượng nghiên cứu**



**Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi**

**Nhận xét:** Nhóm bệnh nhân từ 40 - 59 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (51,4%) Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 52,8 ± 15,2 , trong đó nhóm bệnh nhân > 40 tuổi chiếm 84.3%

Đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là nữ giới ( 64.3%). BMI trung bình của bệnh nhân là 21,3 ± 2,5; với 68,6% bệnh nhân có BMI ở mức bình thường; 22,1% có BMI ở mức thừa cân/ béo phì.

**Bảng 2. Điểm GERD – Q của đối tượng nghiên cứu**

Điểm GERD – Q	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<6	15	10,8
6-8	80	57,1
>8	45	32,1
Điểm GERD TB ± 2SD (min – max): 7,02 ± 1,77 (3,0 – 12,0)		

**Nhận xét:** Điểm GERD trung bình của đối tượng nghiên cứu là 7,02 ± 1,77, với 30 bệnh nhân có điểm GERD = 7 (21,42%). Do đó, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy điểm GERD – Q ≥ 7 làm ngưỡng thống kê và sàng lọc ban đầu trong phân loại mức độ bệnh.

**3.2. Nhận xét hình ảnh nội soi thực quản, mỗi liên quan tổn thương thực quản trên nội soi với triệu chứng lâm sàng và bảng GERD–Q ở các đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3. Môi liên quan giữa điểm GERD-Q với yếu tố nguy cơ**

Điểm GERD-Q	Điểm GERD-Q		OR [95%CI] p
	≥	<7	
YTNC	n (%)	n (%)	
ĐTĐ type 2	43 (86,0%)	7 (14,0%)	3,9 [1,4-10,8] p < 0,05
Tăng huyết áp	42 (66,7%)	21 (33,3%)	1,3 [0,6-2,7] p > 0,05
Hút thuốc lá	36 (85,7%)	6 (14,3%)	4,2 [1,3-13,1] p < 0,05
Lạm dụng rượu/bia	25 (64,1%)	14 (35,9%)	1,2 [0,5-2,9] p > 0,05
Sử dụng thuốc NSAID	17 (60,7%)	11 (39,3%)	1,0 [0,4-2,8] p > 0,05

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa điểm GERD - Q với các yếu tố nguy cơ: Đái tháo đường type 2 với OR = 3,9; 95%CI: [1,4-10,8]; p < 0,05 và hút thuốc lá với OR = 4,2; 95%CI: [1,3-13,1]; p <

0,05. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa điểm GERD - Q với các yếu tố: Tăng huyết áp, sử dụng thuốc NSAIDs, lạm dụng rượu/bia.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa điểm GERD-Q với các triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng	Điểm GERD-Q ≥7		Điểm GERD-Q <7		OR [95%CI] p
	n	%	n	%	
Ợ nóng/ợ trớ	115	82,1	25	17,9	3,6 [1,3-9,9] p < 0,05
Buồn nôn, nôn	32	60,4	21	39,6	1,2 [0,5-2,9] p > 0,05
Nóng rất sau xương ức	79	81,4	18	18,6	3,4 [1,2-9,1] p < 0,05
Đau ngực	90	66,7	45	33,3	1,6 [0,7-3,7] p > 0,05
Đau thượng vị	63	64,9	34	35,1	1,3 [0,6-2,8] p > 0,05
Nuốt nghẹn	60	69,8	26	30,2	1,7 [0,7-4,0] p > 0,05
Nuốt đau	20	57,1	15	42,9	0,8 [0,3-2,0] p > 0,05
Ho kéo dài	18	66,7	9	33,3	1,5 [0,5-4,5] p > 0,05
Viêm họng/khàn tiếng	6	60	4	40	0,9 [0,2-3,8] p > 0,05
Khó thở/hen suyễn	33	66	17	34	1,5 [0,6-3,6] p > 0,05

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa điểm GERD - Q với các triệu chứng: Ợ nóng/ợ trớ với OR = 3,6; 95%CI: [1,3-9,9]; p < 0,05 và nóng rất sau xương ức với OR = 3,4; 95%CI: [1,2-9,1]; p < 0,05. Chưa thấy mối liên quan giữa điểm GERD-Q với các triệu chứng lâm sàng khác.

**Bảng 5. Vị trí tổn thương thực quản trên bệnh nhân mắc GERD**

Vị trí tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1/3 trên thực quản	2	1,43
1/3 giữa thực quản	4	2,86
1/3 dưới thực quản	133	95
Toàn bộ thực quản	1	0,71
<b>Tổng</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tổn thương 1/3 dưới thực quản là vị trí hay gặp nhất ở bệnh nhân GERD, chiếm 95%. Tổn thương ít gặp nhất là toàn bộ thực quản (0,71%)

**Bảng 6. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương thực quản với điểm GERD-Q**

Điểm GERD-Q	Mức độ TTTQ	Độ A (n=115)	Độ B (n=24)	Độ C (n=2)	OR [95%CI] p
<6		25	1	0	-
≥6		90	23	2	3,1 [0,9-10,4] p > 0,05

≥7	70	22	2	5,6 [1,3-24,2] p < 0,05
≥8	50	19	2	7,9 [1,6-39,1] p < 0,05

**Nhận xét:** Trong các mốc điểm cutoff, bệnh nhân có điểm GERD - Q ≥ 7 có nguy cơ tổn thương thực quản nặng tăng dần trên nội soi gấp 5,6 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR = 5,6; 95%CI: [1,3-24,2]; p < 0,05.

**Bảng 7. Tổn thương dạ dày – Tá tràng kèm theo trên nội soi**

Tổn thương	Số bệnh nhân (n=140)	Tỷ lệ (%)
Không có	2	1,42
Viêm trợt DD-TT	133	95
Loét DD-TT	3	2,16
Xuất huyết DD-TT	0	0
Polyp DD-TT	2	1,42

**Nhận xét:** Viêm trợt dạ dày và tá tràng là tổn thương thường hay gặp nhất trên nội soi chiếm 95%. Không có bệnh nhân nào xuất huyết dạ dày tá tràng khi nội soi.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu này cho thấy nữ giới gặp nhiều hơn nam giới (64,3% so với 35,6%), tuổi trung bình 52,8±15,2 tuổi (18–84 tuổi), cao hơn so với nhiều nghiên cứu trong nước trước đây. Chẳng hạn, nghiên cứu của Vũ Thị Thu Trang và cộng sự là 45,0±14,67<sup>6</sup>. Quách Trọng Đức là 42,5±12,0<sup>2</sup>. Sự khác biệt tuổi trung bình của nhóm chúng tôi có thể do tiêu chí chọn mẫu (chỉ bệnh nhân có triệu chứng điển hình và tổn thương thực quản trên nội soi) của chúng tôi.

Về yếu tố nguy cơ, kết quả cho thấy tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp (45,0%), tiếp theo là đái tháo đường type 2 (35,7%), hút thuốc lá (30,0%). Các yếu tố khác như tăng huyết áp, rượu bia, NSAIDs không cho thấy liên hệ rõ rệt trong mẫu của chúng tôi (p>0,05). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy chỉ có 22,1% bệnh nhân thừa cân/béo phì, nhưng nếu so với người phương tây, trung bình BMI của nhóm nghiên cứu là 21,3±2,5 – thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của GH Koek (BMI trung bình 25,8 ở nhóm có viêm thực quản)<sup>7</sup>. Điều này phù hợp với các báo cáo cho thấy người Châu Á nói chung có BMI thấp hơn người phương Tây.

Về triệu chứng lâm sàng, điểm nổi bật là tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng điển hình ợ nóng hoặc ợ trớ (100%), và hầu hết kèm đau thượng vị (96,4%). Các triệu chứng không điển hình và triệu chứng ngoài thực quản ít gặp hơn. Tần suất triệu chứng điển hình ở nhóm chúng tôi cao hơn đáng kể so với một số nghiên cứu trong

nước trước đây (Đoàn Thị Hoài: ợ nóng 87,7%<sup>8</sup>, đau thượng vị 92,0%; Vũ Thu Trang: ợ nóng 79,3%, đau thượng vị 50,7%). Phân tích mối liên quan cho thấy điểm GERD-Q  $\geq 7$  liên quan chặt chẽ với hai triệu chứng điển hình nhất: ợ nóng/ợ trớ (OR=3,6;  $p < 0,05$ ) và nóng rát sau xương ức (OR=3,4;  $p < 0,05$ ), trong khi các triệu chứng khác không có mối liên quan rõ rệt. Điều này khẳng định giá trị của bảng câu hỏi GERD-Q trong việc đánh giá mức độ nghiêm trọng của triệu chứng điển hình.

Phân tích điểm GERD-Q cũng cho thấy điểm trung bình của nhóm nghiên cứu là  $7,02 \pm 1,77$ , và đa số bệnh nhân có điểm  $\geq 7$  (chiếm 89,2%). Đây là ngưỡng mà chúng tôi chọn làm cutoff phân loại bệnh. Theo kết quả nội soi, 100% bệnh nhân có tổn thương viêm thực quản, trong đó 95% tổn thương tập trung ở 1/3 dưới thực quản. Phân bố mức độ tổn thương theo Los Angeles cho thấy: Độ A chiếm 81,42%, độ B 17,16%, chỉ 1,42% ở độ C, không có độ D. Tỷ lệ này tương tự với Quách Trọng Đức (A 81,9%, B 17,7%, C 0,4%) và Vũ Thị Thu Trang (A 74,2%, B 16,2%, C 5,8%, D 3,8%), nhưng khác biệt rõ với kết quả của Dương Minh Thắng (có nhiều ca độ B, C hơn do nghiên cứu chủ yếu trên người cao tuổi). Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân trong nghiên cứu còn ở giai đoạn nhẹ của GERD, điều này phù hợp với thời gian mắc bệnh ngắn (dưới 3 năm chiếm tỷ lệ lớn). Ngoài ra, phần lớn bệnh nhân (95%) có tổn thương phối hợp ở dạ dày – tá tràng (chủ yếu là viêm trợt, 95%), phản ánh ảnh hưởng toàn bộ hệ thống tiêu hoá trên bởi acid trào ngược.

Một phát hiện quan trọng có tính ứng dụng lâm sàng là điểm cắt GERD-Q  $\geq 7$  tương quan mạnh với tổn thương thực quản. Cụ thể, bệnh nhân có GERD-Q  $\geq 7$  có nguy cơ tổn thương thực quản nặng trên nội soi tăng gấp 5,6 lần so với  $< 7$  ( $p < 0,05$ ). Điều này cho thấy bảng điểm GERD-Q không chỉ đánh giá triệu chứng mà còn có khả năng dự báo mức độ tổn thương giải phẫu. Trong điều kiện phòng khám không có sẵn nội soi, bệnh nhân có điểm GERD-Q cao ( $\geq 7$ ) nên được ưu tiên thăm khám thêm và điều trị tích cực. Kết hợp các yếu tố nguy cơ (như đái tháo đường, hút thuốc) và triệu chứng lâm sàng điển hình, bác sĩ có thể sử dụng GERD-Q như công cụ sàng lọc hiệu quả, theo đề xuất trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như ở Việt Nam.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân GERD tại Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức chủ yếu ở tuổi trung niên, nữ giới chiếm đa số và biểu hiện nổi bật

bằng các triệu chứng điển hình như ợ nóng, ợ trớ và đau thượng vị. Điểm GERD-Q trung bình cao và liên quan chặt chẽ với mức độ tổn thương niêm mạc thực quản, đặc biệt ở nhóm có điểm  $\geq 7$ . Hai yếu tố nguy cơ quan trọng nhất là đái tháo đường type 2 và hút thuốc lá, có mối liên hệ có ý nghĩa với mức độ nặng của bệnh. Nội soi cho thấy đa số tổn thương thuộc mức độ nhẹ nhưng phần lớn bệnh nhân có tổn thương niêm mạc dạ dày–tá tràng đi kèm.

Từ các kết quả trên, khuyến nghị sử dụng bảng câu hỏi GERD-Q làm công cụ sàng lọc hiệu quả tại tuyến cơ sở, đặc biệt áp dụng điểm cắt  $\geq 7$  để nhận diện bệnh nhân nguy cơ cao cần nội soi sớm. Đồng thời, cần tăng cường can thiệp thay đổi lối sống, đặc biệt là ngừng hút thuốc và kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường. Việc chỉ định nội soi tiêu hóa trên cần được thực hiện hợp lý ở các trường hợp triệu chứng kéo dài hoặc nghi ngờ tổn thương nặng. Các nghiên cứu quy mô lớn hơn được đề xuất nhằm hoàn thiện chiến lược quản lý GERD trong thực hành lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **El-Serag Hashem B, Stephen Sweet, C Winchester Christopher, et al** (2014), "Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review", *Gut*, 63 (6), 871-880.
2. **Quach D. T, Phan B. T** (2022), "A Long Duration of Reflux Symptoms is the Predominant Risk Factor for Depression in Vietnamese Patients with Gastroesophageal Reflux Disease", *Neuropsychiatr Dis Treat*, 18 2141-2150.
3. **Fox Mark, Ian Forgacs** (2006), "Gastro-oesophageal reflux disease", *Bmj*, 332 (7533), 88-93.
4. **Eusebi Leonardo H, Raguprakash Ratnakumaran, Yuhong Yuan, et al** (2018), "Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis", *Gut*, 67 (3), 430-440.
5. **Katz P. O, Dunbar K. B, Schnoll-Sussman F. H, et al** (2022), "ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease", *Am J Gastroenterol*, 117 (1), 27-56.
6. **Vũ Thị Thu Trang, Phạm Văn Linh** (2021), "Đổi chiều đặc điểm lâm sàng với tổn thương thực quản qua nội soi ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 515 (Tháng 6 - Số đặc biệt), Tr 249 - 254.
7. **GH Koek et al** (2004), Determining factor in the etiology of esophagitis and Barrett's esophagus, Bile reflux in GERD: Pathophysiological mechanism, clinical relevance and therapeutic implications, 144 - 163.
8. **Đoàn Thị Hoài** (2006), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học và đo pH thực quản liên tục 24h trong hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.