

Nghiên cứu gốc

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ CỦA ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP NHĨ CHÂM TRÊN THANG ĐIỂM GERDQ Ở BỆNH NHÂN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Thị Quế Chi¹, Đoàn Văn Minh², Hoàng Thị Hồng Nhung¹, Trần Thanh Tuyền¹, Vũ Thị Ly Na^{1,3}

1. Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
2. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y dược Huế, Huế, Việt Nam
3. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: Vũ Thị Ly Na ✉ bslyna.vn@gmail.com

TÓM TẮT: Điện châm kết hợp nhĩ châm được xem là liệu pháp bổ trợ tiềm năng bên cạnh PPI trong điều trị GERD. Một nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng được tiến hành trên bệnh nhân GERD có điểm GerdQ ≥ 8 , phân ngẫu nhiên vào nhóm can thiệp (điện châm kết hợp nhĩ châm phối hợp Esomeprazole 40 mg/ngày) và nhóm chứng (Esomeprazole đơn thuần), theo dõi tại các thời điểm trước điều trị (ngày 0), sau 7 ngày và sau 14 ngày điều trị, nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng nền và hiệu quả điều trị qua thang điểm GerdQ cùng điểm 4GerdQ (bốn câu hỏi tiên đoán dương trong bộ GerdQ). Có 61 bệnh nhân hoàn tất nghiên cứu (30 nhóm chứng, 31 nhóm can thiệp), đặc điểm nền tương đồng giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Trước điều trị, điểm GerdQ trung vị đạt 10,0 điểm ở cả hai nhóm ($p = 0,447$); điểm 4GerdQ đều là 8,0 điểm ở cả hai nhóm ($p = 0,175$). Sau 14 ngày, điểm GerdQ giảm có ý nghĩa trong mỗi nhóm ($p < 0,001$), khác biệt liên nhóm cũng có ý nghĩa thống kê (6,0 so với 7,0 điểm; $p = 0,011$). Tương tự, điểm 4GerdQ ở nhóm can thiệp thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (4,0 điểm so với 5,0 điểm; $p = 0,008$), mức giảm so với trước điều trị cũng lớn hơn có ý nghĩa ($p = 0,040$). Qua đó cho thấy phối hợp điện châm và nhĩ châm cải thiện có ý nghĩa cả điểm GerdQ tổng và điểm 4GerdQ so với đơn trị PPI sau 14 ngày điều trị.

Từ khóa: trào ngược dạ dày thực quản; điện châm; nhĩ châm; GerdQ; 4GerdQ

ADJUNCTIVE EFFICACY OF ELECTROACUPUNCTURE COMBINED WITH AURICULAR ACUPUNCTURE ON THE GERDQ SCORE IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AT THONG NHAT HOSPITAL

Nguyễn Thị Quế Chi, Doan Van Minh, Hoang Thi Hong Nhung, Tran Thanh Tuyen, Vu Thi Ly Na

ABSTRACT: Electroacupuncture combined with auricular acupuncture is considered a potential adjunctive therapy alongside proton pump inhibitors (PPIs) in the treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD). A controlled clinical intervention study was conducted in GERD patients with a GerdQ score ≥ 8 , who were randomly allocated to an intervention group (electroacupuncture combined with auricular acupuncture plus Esomeprazole 40 mg/day) and a control group (Esomeprazole alone), with follow-up assessments at baseline (day 0), day 7, and day 14, to investigate baseline clinical characteristics and treatment efficacy using the GerdQ scale and the 4GerdQ score (the four positive-predictive questions within the GerdQ questionnaire). Sixty-one patients completed the study (30 in the control group, 31 in the intervention group), with comparable baseline characteristics between the two groups ($p > 0,05$). At baseline, the median GerdQ score was 10.0 in both groups ($p = 0,447$); the 4GerdQ score was 8.0 in both groups ($p = 0,175$). After 14 days, the GerdQ score decreased significantly within each group ($p < 0,001$), and the between-group difference at day 14 was also statistically significant (6.0 versus 7.0; $p = 0,011$). Likewise, the 4GerdQ score in the intervention group was significantly lower than in the control group (4.0 versus 5.0; $p = 0,008$), and the reduction from baseline was also significantly greater ($p = 0,040$). Combined electroacupuncture and auricular acupuncture significantly improved both the overall GerdQ score and the 4GerdQ score compared with PPI monotherapy after 14 days of treatment.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; electroacupuncture; auricular acupuncture; GerdQ; 4GerdQ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên phạm vi toàn cầu, bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) hiện được ước tính đã vượt mốc 1 tỷ người mắc, đưa GERD trở thành một trong những bệnh lý tiêu hóa phổ biến hàng đầu hiện nay [1]; tại Việt Nam, cứ khoảng bốn người bệnh có triệu chứng đường tiêu hóa trên đến khám thì có gần một trường hợp được xác định mắc GERD [2]. Thuốc ức chế bơm proton (PPI) vẫn là lựa chọn hàng đầu, song mức đáp ứng không đồng nhất khi có tới 10–40% người bệnh không đạt hiệu quả kiểm soát triệu chứng như mong đợi và phải duy trì điều trị dài ngày [3], đặt ra nhu cầu cấp thiết tìm kiếm giải pháp hỗ trợ an toàn và hiệu quả hơn.

Phối hợp thêm y học cổ truyền (YHCT) vào phác đồ điều trị hiện đại đang dần trở thành xu hướng được áp dụng rộng rãi. YHCT tuy không có danh xưng riêng cho GERD nhưng biểu hiện lâm sàng của bệnh có nhiều điểm tương đồng với các chứng Ái khí, Thốn toan; Bản đồng thuận chuyên gia YHCT về GERD (2023) xếp bệnh vào phổ Thực – Hư, làm cơ sở lý luận biện chứng và định hướng gia giảm huyết vị theo thể bệnh trong nghiên cứu [4].

Một số nghiên cứu tổng quan và phân tích gộp cho thấy việc phối hợp giữa hai nền y học, nhất là thông qua các kỹ thuật châm cứu, có thể đem lại lợi ích rõ rệt trong việc làm dịu cảm giác nóng rát sau xương ức, hạn chế trào ngược và giúp duy trì kiểm soát bệnh ổn định hơn theo thời gian [6]; một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng gần đây cũng cho thấy châm cứu giúp hạn chế nhu cầu tăng liều PPI ở GERD kháng trị [5]. Trong số các kỹ thuật châm cứu hiện có, điện châm - phối hợp châm kim truyền thống với dòng kích thích điện tại các huyết vị phù hợp là kỹ thuật được nghiên cứu nhiều nhất [7] và đã có chỗ đứng nhất định trong thực hành lâm sàng, được các hiệp hội chuyên ngành khuyến cáo áp dụng [17]. Bên cạnh đó, nhĩ châm - một hình thức vi châm tác động lên các huyết vùng loa tai tuy thao tác đơn giản nhưng cũng được đánh giá mang lại hiệu quả hỗ trợ điều trị [6], [8]. Dù hiệu quả của từng kỹ thuật riêng lẻ đã được ghi nhận, số công trình khảo sát việc phối hợp đồng thời điện châm và nhĩ châm trên cùng một phác đồ vẫn còn khá khiêm tốn. Tại Việt Nam nói chung và tại Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh nói riêng, cho đến nay vẫn chưa ghi nhận

công trình nào đánh giá hiệu quả của sự kết hợp này.

Thang điểm GerdQ gồm 6 câu hỏi được khuyến cáo sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán và theo dõi đáp ứng điều trị GERD, trong đó 4 câu hỏi (tần suất ợ nóng, ợ trớ, rối loạn giấc ngủ do triệu chứng và nhu cầu dùng thêm thuốc kháng acid cắt cơn) mang giá trị tiên đoán dương, 2 câu hỏi còn lại (đau thượng vị, buồn nôn) mang giá trị tiên đoán âm và tính điểm ngược. Điểm số riêng của 4 câu hỏi tiên đoán dương - gọi tắt là điểm 4GerdQ trong nghiên cứu - không phải một thang đo độc lập mà là chỉ số thành phần trích xuất từ chính bộ câu hỏi GerdQ, được một số tác giả sử dụng nhằm tăng độ nhạy phát hiện biến đổi triệu chứng trào ngược đặc hiệu.

Từ những cơ sở trên, nghiên cứu được triển khai nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân GERD trước can thiệp qua thang điểm GerdQ và 4GerdQ, đồng thời đánh giá hiệu quả cải thiện các chỉ số này khi áp dụng phác đồ kết hợp điện châm và nhĩ châm.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản (GERD) dựa trên thang điểm GerdQ với tổng điểm ≥ 8 , trong thời gian từ tháng 7/2025 đến tháng 6/2026

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân từ đủ 18 đến dưới 70 tuổi, được chẩn đoán xác định GERD dựa trên điểm GerdQ ≥ 8 , đồng thời được chẩn đoán theo Y học cổ truyền xếp vào thể bệnh thực chứng (Can khí phạm Vị, Tỳ Vị thấp nhiệt) hoặc hư chứng (Tỳ Vị hư nhược, Vị âm bất túc) dựa trên bộ công cụ PIGERD do nghiên cứu viên đã qua tập huấn thống nhất thực hiện; bệnh nhân tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đang mắc bệnh lý viêm nhiễm cấp tính hoặc bệnh mạn tính chưa kiểm soát ổn định; có bệnh lý tâm thần thực thể hoặc rối loạn nhận thức hành vi; có tổn thương da vùng dự kiến châm cứu; đang tham gia nghiên cứu can thiệp khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng, có nhóm chứng, so sánh trước - sau điều trị.

Cỡ mẫu: tính theo công thức so sánh hai giá trị trung bình cho nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng [9], dựa trên độ biến thiên điểm GerdQ trước - sau châm cứu đơn thuần trong nghiên cứu của Tang Yuming (giảm từ $9,45 \pm 2,44$ xuống $7,82 \pm 2,21$ điểm) [10]. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 29 bệnh nhân/nhóm; dự trừ mất mẫu 10%, cỡ mẫu mỗi nhóm là 32, tổng cộng 64 bệnh nhân. Vì chưa có dữ liệu công bố về hiệu quả của phác đồ phối hợp này, độ lệch chuẩn dùng để ước tính cỡ mẫu được tham chiếu từ một nghiên cứu thiết kế một nhóm (trước-sau), thay vì từ hiệu số giữa hai nhóm của một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. Cỡ mẫu tính được nên xem là một ước tính sơ bộ.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 7/2025 đến tháng 6/2026.

Quy trình can thiệp và đánh giá: Nghiên cứu được thiết kế can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, thời gian can thiệp 14 ngày. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được phân bổ ngẫu nhiên vào 2 nhóm: nhóm chứng ($n = 32$) dùng Esomeprazole 40 mg/ngày đơn thuần; nhóm can thiệp ($n = 32$) phối hợp Esomeprazole 40 mg/ngày với điện châm kết hợp nhĩ châm. Dây ngẫu nhiên được tạo bằng Excel (tỷ lệ 1:1) và niêm phong vào các phong bì đục, đánh số thứ tự liên tục; phong bì chỉ được mở tuần tự sau khi bệnh nhân đã đồng ý tham gia, nhờ đó người tuyển chọn không biết trước kết quả phân nhóm tại thời điểm mời tham gia.

Điện châm: Sử dụng kim châm cứu vô khuẩn dùng một lần, hiệu Khánh Phong (thép không gỉ, kích thước $0,30 \times 25$ mm), công thức huyệt dùng chung cho tất cả thể lâm sàng gồm Nội quan (PC6), Túc tam lý (ST36), Thái xung (LR3), Công tôn (SP4) — châm hai bên — phối hợp Trung quản (CV12) và Hạ quản (CV10). Gia giảm theo thể bệnh y học cổ truyền: Can khí phạm Vị châm tả thêm Hành gian (LR2); Tỳ Vị hư nhược châm bổ Giải khê (ST41); Tỳ Vị thấp nhiệt châm bổ Thái Bạch (SP3); Vị âm hư châm bổ Nội đình (ST44). Đặc khí được xác nhận qua cảm giác căng, tức, nặng tại vị trí châm do người bệnh báo cáo, kết hợp cảm nhận độ bám kim của người thực

hiện, trước khi mắc điện cực. Các cặp điện cực được mắc theo trục Nội quan–Túc tam lý, Thái xung–Công tôn, Trung quản–Hạ quản; tần số kích thích 60–100 Hz, cường độ theo ngưỡng chịu đựng, thời gian 30 phút/lần, thực hiện 5 lần/tuần (thứ Hai–thứ Sáu) trong 2 tuần, tổng cộng 10 lần. Thủ thuật do bác sĩ y học cổ truyền đã qua tập huấn thống nhất thực hiện.

Nhĩ châm: Sử dụng kim nhĩ hoàn (kích thước $0,25 \times 1,3$ mm) cài vào công thức huyệt tại Thần môn (F4), Tâm vị, Dạ dày (CO4) và Dưới vỏ (AT4), cài kim luân phiên hai bên tai — tuần 1 tai phải, tuần 2 tai trái — lưu kim liên tục 5 ngày mỗi tuần, nghỉ 2 ngày cuối tuần. Bệnh nhân được hướng dẫn giữ khô vùng tai và tái khám định kỳ để kiểm tra, phát hiện sớm phản ứng tại chỗ.

Cả hai nhóm đều được tư vấn thay đổi lối sống theo tờ thông tin chuẩn hóa, có kiểm tra tuân thủ định kỳ. Hiệu quả điều trị được đánh giá bằng bộ câu hỏi GerdQ (tổng điểm 6 câu) và điểm 4GerdQ (tổng điểm 4 câu tiên đoán dương) tại các thời điểm D0 (trước can thiệp), D7 và D14. Biến cố bất lợi được nghiên cứu viên chủ động theo dõi xuyên suốt can thiệp.

2.3. Phương pháp xử lý phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS Statistics. Biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) tùy phân phối; biến định tính trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các phép kiểm định phù hợp để so sánh giữa hai nhóm và theo thời gian theo dõi; mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$. So sánh giữa hai nhóm tại từng thời điểm dùng Mann-Whitney, nội nhóm qua ba thời điểm dùng Friedman. Đồng thời thực hiện ANCOVA so sánh điểm D14 giữa hai nhóm, hiệu chỉnh theo điểm D0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện Thống Nhất chấp thuận về các khía cạnh đạo đức và tính an toàn của đề tài nghiên cứu số 120/2025/CN-BVTN-HĐĐĐ ngày 21 tháng 7 năm 2025.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 7/2025 đến tháng 6/2026, nghiên cứu đã sàng lọc và tuyển chọn được 64 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, phân bổ ngẫu nhiên vào nhóm chứng (n=32) và nhóm can thiệp (n=32). Trong quá trình theo dõi, có 3 bệnh nhân ngưng tham gia (tỷ lệ mất mẫu 4,7%): 1 trường hợp ở nhóm can thiệp (mất liên lạc ngày thứ 8) và 2 trường hợp ở nhóm chứng (1 mất liên lạc ngày thứ 6, 1 không tuân thủ điều trị ngày thứ 10). Như vậy, 61 bệnh nhân hoàn tất nghiên cứu và được đưa vào phân tích số liệu, gồm 30 bệnh nhân nhóm chứng và 31 bệnh nhân nhóm can thiệp. Phân tích hiệu quả được thực hiện trên nhóm bệnh nhân đã hoàn tất đủ liệu trình; do tỷ lệ và phân bố mất mẫu giữa hai nhóm tương đương nhau (1/32 và 2/32), nguy cơ sai lệch được đánh giá là hạn chế.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm chứng (n=30)	Nhóm can thiệp (n=31)	p
Tuổi (Trung bình - Độ lệch chuẩn)	49,0 (11,8)	44,9 (14,3)	0,232*
Giới tính n (%)	Nam 12 (40,0%)	14 (45,2%)	0,684**
	Nữ 18 (60,0%)	17 (54,8%)	
Nghề nghiệp n (%)	Lao động trí óc 14 (46,7%)	13 (41,9%)	0,896**
	Lao động chân tay 7 (23,3%)	7 (22,6%)	
	Hưu trí 9 (30,0%)	11 (35,5%)	

*Independent Samples t-test **Chi-Square Test

Kết quả [Bảng 1] cho thấy hai nhóm nghiên cứu có đặc điểm nền tương đồng. Tuổi trung bình của nhóm chứng và nhóm can thiệp lần lượt là 49,0 ± 11,8 và 44,9 ± 14,3 tuổi (p=0,232). Nữ giới chiếm ưu thế ở cả hai nhóm (60,0% và 54,8%; p=0,684). Về nghề nghiệp, lao động trí óc chiếm tỷ lệ

cao nhất ở cả hai nhóm (46,7% và 41,9%), tiếp theo là hưu trí và lao động chân tay; sự khác biệt về cơ cấu nghề nghiệp giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p=0,896). Nhìn chung, không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê nào về các đặc điểm nền giữa hai nhóm (p>0,05), cho thấy tính tương đồng cần thiết để so sánh hiệu quả điều trị ở các bước tiếp theo.

3.2. Phân bố thể bệnh Y học cổ truyền

Bảng 2. Phân bố thể bệnh Y học cổ truyền

Thể bệnh YHCT	Nhóm chứng n (%)	Nhóm can thiệp n (%)	p*
Thực chứng – Can khí phạm Vị	12 (70,6)	16 (84,2)	0,434
Thực chứng – Tỳ Vị thấp nhiệt	5 (29,4)	3 (15,8)	
Hư chứng – Tỳ Vị hư nhược	8 (61,5)	9 (75,0)	0,673
Hư chứng – Vị âm bất túc	5 (38,5)	3 (25,0)	

*Fisher's Exact Test

Phân bố thể bệnh Thực/Hư tương đồng giữa hai nhóm (p>0,05), đảm bảo tính so sánh được khi đánh giá hiệu quả điều trị.

3.3. Hiệu quả điều trị theo điểm GerdQ, 4GerdQ

Bảng 3. Diễn tiến điểm GerdQ và 4GerdQ theo thời gian giữa hai nhóm

Thang điểm	Thời điểm	Nhóm chứng (n=30) Trung vị (25-75%)	Nhóm can thiệp (n=31) Trung vị (25-75%)	p*
GerdQ	D0	10,0 (9,0-11,0)	10,0 (9,0-11,0)	0,447
	D7	9,0 (9,0-10,0)	9,0 (8,0-10,0)	0,760
	D14	7,0 (6,8-8,0)	6,0 (6,0-7,0)	0,011
	p qua 3 thời điểm**	<0,001	<0,001	-

	Mức giảm D7-D0	1,0 (0,0-1,3)	0,0 (0,0-1,0)	0,093
	Mức giảm D14-D0	2,5 (2,0-3,0)	3,0 (2,0-4,0)	0,053
4GerdQ	D0	8,0 (8,0-9,0)	8,0 (7,0-9,0)	0,175
	D7	7,0 (6,8-8,0)	7,0 (6,0-8,0)	0,820
	D14	5,0 (4,8-6,0)	4,0 (4,0-5,0)	0,008
	p qua 3 thời điểm**	<0,001	<0,001	-
	Mức giảm D7-D0	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,172
	Mức giảm D14-D0	3,0 (1,8-4,0)	3,0 (3,0-4,0)	0,040

*Mann-Whitney Test; **Friedman Test

Tại D0, điểm GerdQ và 4GerdQ tương đồng giữa hai nhóm ($p=0,447$ và $p=0,175$), phản ánh mức độ nặng triệu chứng ban đầu như nhau. Diễn tiến theo thời gian [Bảng 3] cho thấy cả hai chỉ số giảm dần có ý nghĩa thống kê trong nội bộ mỗi nhóm ($p<0,001$). Tại D14, nhóm can thiệp có điểm thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ở cả GerdQ (6,0 so với 7,0 điểm; $p=0,011$) và 4GerdQ (4,0 so với 5,0 điểm; $p=0,008$). Mức giảm từ D0 đến D14 ở nhóm can thiệp cũng lớn hơn nhóm chứng, đạt ý nghĩa thống kê với 4GerdQ ($p=0,040$) nhưng chưa đạt ngưỡng ý nghĩa với GerdQ ($p=0,053$).

Bảng 4. Phân tích ANCOVA so sánh điểm GerdQ, 4GerdQ tại D14 giữa hai nhóm, hiệu chỉnh theo điểm D0

Chỉ số (D14)	Hệ số hồi quy*	95% CI	p
GerdQ	-0,62	-1,08 đến -0,15	0,010
4GerdQ	-0,59	-1,06 đến -0,12	0,015

Sau khi hiệu chỉnh theo điểm nền D0 (hệ số âm thể hiện nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng), khác biệt liên nhóm tại D14 có ý nghĩa thống kê ở cả hai thang đo [Bảng 4], nhất quán với mô hình hồi quy hỗn hợp đo lường lặp lại (tương tác nhóm $\times$ thời gian: $p=0,034$ với GerdQ; $p=0,036$ với 4GerdQ).

3.4. Biến cố bất lợi

Không ghi nhận tác dụng không mong muốn liên quan Esomeprazole. Ở nhóm can thiệp, có 1/31 trường hợp (3,2%) đau nhẹ tại chỗ cài kim nhĩ châm, tự hồi phục, không ảnh hưởng việc tham gia nghiên cứu. Không ghi nhận vệt thâm, chảy máu, dị ứng/nhiễm trùng hay sự cố kỹ thuật nào khác.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 61 bệnh nhân GERD được phân ngẫu nhiên vào nhóm chứng ($n=30$) và nhóm can thiệp ($n=31$). Kết quả so sánh ban đầu cho thấy sự đồng đều về tuổi, giới tính, nghề nghiệp giữa hai nhóm ($p>0,05$). Sự cân bằng này bảo đảm tính khách quan cần thiết để đánh giá hiệu quả điều trị.

Độ tuổi trung bình của nhóm chứng ($49,0\pm 11,8$) và nhóm can thiệp ($44,9\pm 14,3$) tương đồng với các khảo sát dịch tễ GERD tại Việt Nam khi sử dụng cùng thang điểm triệu chứng [2]. Nữ giới chiếm tỷ lệ chủ yếu ở cả hai nhóm; đây là đặc điểm phổ biến ở các nghiên cứu tuyển bệnh dựa vào triệu chứng cơ năng thay vì tổn thương trên nội soi [2].

Về nghề nghiệp, nhóm lao động trí óc chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này phù hợp với các ghi nhận trong y văn về mối liên quan giữa áp lực tâm lý, thói quen sinh hoạt và nguy cơ bùng phát GERD ở người trưởng thành [11]. Ngoài ra, việc phân loại thể bệnh Thực/Hư trong nghiên cứu dựa trên công cụ khảo sát chứng hậu GERD theo Y học cổ truyền đã được chuẩn hóa tại Việt Nam [12], tạo cơ sở thực tiễn vững chắc cho việc chọn và gia giảm huyết vị trong phác đồ can thiệp.

4.2. Đặc điểm lâm sàng GERD trước nghiên cứu

Tại thời điểm D0, gánh nặng triệu chứng ban đầu giữa hai nhóm là tương đồng, thể hiện qua điểm trung vị GerdQ (10,0 điểm; $p=0,447$) và 4GerdQ (8,0 điểm ở cả hai nhóm; $p=0,175$).

Nghiên cứu lựa chọn tiêu chuẩn đầu vào là GerdQ điểm theo khuyến cáo của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG, 2022) [13], nhằm tuyển chọn nhóm bệnh nhân có

triệu chứng rõ, phù hợp để đánh giá hiệu quả của phác đồ can thiệp. Đáng lưu ý, điểm 4GerdQ chỉ tập trung vào 4 câu hỏi tiên đoán dương mà bỏ qua 2 câu hỏi tính điểm ngược (tiền đoán âm). Thiết kế này giúp chỉ số 4GerdQ nhạy hơn với những thay đổi triệu chứng nhỏ, khắc phục được hạn chế về độ nhạy của điểm GerdQ tổng như Hurr (2022) từng phân tích [14]. GerdQ là công cụ sàng lọc dựa trên triệu chứng, độ nhạy/đặc hiệu ở mức trung bình; chẩn đoán chỉ dựa vào ngưỡng này mà không phối hợp nội soi hay đo pH có thể hạn chế giá trị ngoại suy của kết quả.

4.3. Hiệu quả điều trị theo điểm GerdQ, 4GerdQ

Điểm GerdQ và 4GerdQ đều giảm có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm qua các mốc thời gian ($p < 0,001$); tại D14, nhóm can thiệp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ở cả hai thang đo (GerdQ: 6,0 so với 7,0 điểm, $p = 0,011$; 4GerdQ: 4,0 so với 5,0 điểm, $p = 0,008$), cho thấy hiệu quả hỗ trợ tương đối nhất quán của phác đồ điện châm kết hợp nhĩ châm, dù nền điều trị chuẩn Esomeprazole 40 mg/ngày đã kiểm soát tốt phần lớn triệu chứng từ tuần đầu [3]. Việc 4GerdQ chỉ trích xuất 4 câu hỏi tiên đoán dương giúp loại bỏ ảnh hưởng của 2 câu hỏi tính điểm ngược, có thể lý giải vì sao chỉ số này nhạy hơn GerdQ tổng khi so sánh mức giảm so với D0 ($p = 0,053$ với GerdQ so với $p = 0,040$ với 4GerdQ) [14].

Mức giảm GerdQ so với D0 giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa khi so sánh bằng kiểm định Mann-Whitney ($p = 0,053$). Tuy nhiên, phân tích ANCOVA hiệu chỉnh theo điểm nền cho thấy khác biệt liên nhóm có ý nghĩa thống kê tại D14 ở cả GerdQ và 4GerdQ [Bảng 4]. Mô hình hồi quy hỗn hợp đo lường lặp lại cho kết quả tương tự. Song, mức cải thiện ước tính khoảng 0,6 điểm là khiêm tốn so với biên độ thang điểm. Riêng 4GerdQ là chỉ số thăm dò trích xuất từ GerdQ, cần được xác nhận thêm bằng các thang đo đã chuẩn hóa.

Nhận định này tương đồng với phân tích gộp tuần tự của Yin J (2025), cho thấy bằng chứng về hiệu quả châm cứu trên triệu chứng GERD ngày càng được củng cố, kể cả khi phối hợp PPI [15]. Về cơ chế, các huyết chủ đạo như Túc tam lý (ST36) và Nội quan (PC6) liên quan đến dây thần kinh phế vị; điện châm các huyết này giúp hoạt hóa trục phế vị-thượng thận, điều

hòa phản ứng viêm và hệ thần kinh tự chủ [16]. Kết quả phù hợp với khuyến cáo của WFAS (2024) về phối hợp chấm cứu như liệu pháp hỗ trợ bên cạnh PPI chuẩn [17], và với báo cáo của Dickman và cộng sự về lợi ích tương đương hoặc vượt trội so với tăng gấp đôi liều PPI ở bệnh nhân kháng trị [18].

Kết quả cũng có thể đối chiếu với nghiên cứu của Lâm Nguyễn Thùy An và cộng sự (2025) trên 66 bệnh nhân thể Can khí phạm Vị, dùng cấy chỉ kết hợp nhĩ châm trong 4 tuần (MD GerdQ -2,15; 95%CI -2,69 đến -1,62) [19]. Mức cải thiện trong nghiên cứu hiện tại khiêm tốn hơn, có thể do khảo sát trên cả bốn thể bệnh thay vì một thể bệnh duy nhất và thời gian can thiệp ngắn hơn (2 tuần so với 4 tuần). Điểm chung là cả hai đều phối hợp nhĩ châm và dùng công cụ PIGERD để biện chứng, củng cố vai trò của nhĩ châm trong phác đồ điều trị GERD.4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu còn một số hạn chế: cỡ mẫu chưa hiệu chỉnh theo tiền sử dùng PPI, thiết kế không làm mù, và thời gian theo dõi ngắn làm giảm khả năng khái quát hóa. Cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế mù đôi và theo dõi dài hạn để xác nhận lại kết quả.

5. KẾT LUẬN

Phối hợp điện châm và nhĩ châm trên nền PPI cải thiện có ý nghĩa thống kê điểm GerdQ và 4GerdQ so với đơn trị PPI sau 14 ngày, được xác nhận nhất quán qua nhiều phương pháp thống kê (mức cải thiện thêm ~0,6 điểm; 95%CI 0,1-1,1). Đây là một lợi ích bổ trợ khiêm tốn nhưng có ý nghĩa, cho thấy tiềm năng ứng dụng lâm sàng, cần xác nhận thêm qua nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế chặt chẽ hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Wang R, Li Z, Liu S, Zhang D. Global, regional, and national burden of 10 digestive diseases in 204 countries and territories from 1990 to 2019. *Front Public Health*. 2023;11:1061453. doi: 10.3389/fpubh.2023.1061453.
- [2] Quach DT, Pham QTT, Tran TLT, Vu NTH, Le QD, Nguyen DTN, et al. Clinical characteristics and risk factors of gastroesophageal reflux disease in Vietnamese patients with upper gastrointestinal symptoms undergoing esophagogastroduodenoscopy. *JGH open*. 2021;5(5):580-4. doi: 10.1002/jgh3.12536.

- [3] Savarino V, Dulbecco P, de Bortoli N, Ottonello A, Savarino E. The appropriate use of proton pump inhibitors (PPIs): Need for a re-appraisal. *Eur J Intern Med.* 2017;37:19-24. doi: 10.1016/j.ejim.2016.10.007.
- [4] 中国, 日本, 韩国. 传统中医学诊断和治疗胃食管反流病(2023). 2023;64(18):1935-44. doi: 10.13288/j.11-2166/r.2023.18.019. [Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease (2023)].
- [5] Ghadiani Z, Gorjizadeh N, Azadvari M, Sharifi A, Jamali R. Acupuncture provides a safe strategy to minimize proton pump inhibitor dose in resistant gastroesophageal reflux disease: randomized controlled trial. *Dis Esophagus.* 2026;39(1):doag001. doi: 10.1093/dote/doag001.
- [6] Zhu J, Guo Y, Liu S, Su X, Li Y, Yang Y, et al. Acupuncture for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Acupunct Med.* 2017;35(5):316-23. doi: 10.1136/acupmed-2016-011205.
- [7] Han G, Leem J, Lee H, Lee J. Electroacupuncture to treat gastroesophageal reflux disease: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2016;17(1):246. doi: 10.1186/s13063-016-1371-8.
- [8] Huang Y, Liu J, Lv C, Sun C, Meng M, Lowe S, et al. Integrative effects of transcutaneous auricular vagus nerve stimulation on esophageal motility and pharyngeal symptoms via vagal mechanisms in patients with laryngopharyngeal reflux disease. *Front Neurosci.* 2024;18:1287809. doi: 10.3389/fnins.2024.1287809.
- [9] Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian J Psychol Med.* 2013;35(2):121-6. doi: 10.4103/0253-7176.116232.
- [10] Yuming T, Yuping Z, Yihan L, Ying Z, Jia H, Hanbing S, et al. Acupuncture Improved the Function of the Lower Esophageal Sphincter and Esophageal Motility in Chinese Patients with Refractory Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms: A Randomized Trial. *Gastroenterol Res Pract.* 2023;2023:4645715. doi: 10.1155/2023/4645715.
- [11] Quach DT, Luu MN, Nguyen PV, Vo UP-P, Vo CH-M. Dietary and lifestyle factors associated with troublesome gastroesophageal reflux symptoms in Vietnamese adults. *Front Nutr.* 2023;10:1280511. doi: 10.3389/fnut.2023.1280511.
- [12] Nguyen TT, Trinh DTT. The traditional medicine patterns in GERD patients at University Medical Center HCMC: a cross-sectional survey. *MedPharmRes.* 2023;7(4):82-6. doi: 10.32895/UMP.MPR.7.4.10.
- [13] Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol.* 2022;117(1):27-56. doi: 10.14309/ajg.0000000000001538.
- [14] Hurr TJ. The six-question Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ) cannot accurately quantify reflux and reflux-associated symptoms frequency. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2022;10:goac043. doi: 10.1093/gastro/goac043.
- [15] Yin J, Yin M, Liu T, Qin S. Does Manual Acupuncture Improve Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms? A Trial Sequential Meta-Analysis. *Complement Med Res.* 2025;32(3):233-43. doi: 10.1159/000544956.
- [16] Liu S, Wang Z, Su Y, Qi L, Yang W, Fu M, et al. A neuroanatomical basis for electroacupuncture to drive the vagal-adrenal axis. *Nature.* 2021;598(7882):641-5. doi: 10.1038/s41586-021-04001-4.
- [17] Zhang X-p, Zhou J, Pan W-b, Huang X, Chen R-h, Liu Z-w, et al. World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies (WFAS) Clinical Practice Guideline on Acupuncture and Moxibustion: Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) recommendation summaries. *World J Acupunct Moxibustion.* 2024;34(3):197-203. doi: 10.1016/j.wjam.2024.03.008.
- [18] Dickman R, Schiff E, Holland A, Wright C, Sarela SR, Han B, et al. Clinical trial: acupuncture vs. doubling the proton pump inhibitor dose in refractory heartburn. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26(10):1333-44. doi: 10.1111/j.1365-2036.2007.03520.x.
- [19] Nguyen Lam TA, Tran AH, Pham Bui MM, Trinh DTT. Enhancing gastroesophageal reflux disease treatment using thread-embedding and auricular acupuncture: a randomized controlled trial in patients with the Liver Qi Invading Stomach pattern. *Eur J Integr Med.* 2025;78:102532. doi: 10.1016/j.eujim.2025.102532.