

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ Ở NGƯỜI BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY-THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lưu Thị Thanh Phương^{1,2,✉}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 185 người bệnh đã được chẩn đoán trào ngược dạ dày-thực quản (GERD, mã K21), khám ngoại trú tại Trung tâm Tiêu hóa-Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ 7/2025 đến 6/2026, nhằm mô tả thực trạng rối loạn dạng cơ thể (RLDCT). Sàng lọc bằng SSD-12, chẩn đoán theo ICD-10 F45, kết hợp PHQ-9, GAD-7, PSS-10, EHAS, FSSG, GERD-HRQL. Tuổi trung bình $47,3 \pm 13,8$; nữ 56,8%; thời gian mắc GERD trung vị 2,0 năm; đáp ứng PPI kém 58,4%. Tỷ lệ RLDCT theo ICD-10 F45 đạt 45,9% (85/185; KTC 95% 38,9–53,1%); SSD-12 ≥ 16 đạt 41,6%. Trong nhóm RLDCT, F45.1 và F45.0 chiếm 69,4%. Nhóm RLDCT có trung bình $3,4 \pm 1,5$ hệ cơ quan có triệu chứng cơ thể thường xuyên, $70,6\% \geq 3$ hệ; gánh nặng tâm thần đồng mắc cao (GAD-7 10,8; PHQ-9 10,2; PSS-10 22,8; EHAS 38,0); GERD-HRQL $41,4 \pm 13,6$; đáp ứng PPI kém ở nhóm RLDCT 82,4%. Tỷ lệ RLDCT đạt gần một nửa quần thể GERD ngoại trú tuyến cuối, với ưu thế F45.1 và F45.0 cùng gánh nặng tâm thần đồng mắc cao gợi ý nhu cầu sàng lọc tâm lý trong quy trình khám tiêu hóa thường quy.

Từ khoá: Rối loạn dạng cơ thể, trào ngược dạ dày-thực quản, rối loạn tâm thần đồng mắc, SSD-12, ICD-10 F45, Bệnh viện Bạch Mai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, GERD là bệnh tiêu hóa mạn tính phổ biến. Khảo sát đa trung tâm của Quach và cộng sự báo cáo tỷ lệ GERD 26,2% (511/1947) trong bệnh nhân nội soi tiêu hóa trên. GERD gây gánh nặng dài hạn về điều trị và chất lượng cuộc sống.¹

Theo DSM-5 và ICD-10 (F45), rối loạn dạng cơ thể (RLDCT) được đặc trưng bởi triệu chứng cơ thể dai dẳng kèm gánh nặng nhận thức-cảm xúc-hành vi quá mức.^{2,3} Trên quy mô toàn cầu, phân tích gộp của Siig và cộng sự ghi nhận tỷ lệ RLDCT trong cộng đồng 4,6%.⁴

Trên quần thể GERD ngoại trú, Jiang và cộng sự phát hiện RLDCT là yếu tố liên quan đến triệu chứng nặng và giảm chất lượng cuộc

sống ở GERD (tỷ lệ RLDCT 30,14%).⁵ Tương tự, Peters và cộng sự ghi nhận RLDCT trong IBS 55,0% và UC 29,6%.⁶ Phân tích gộp của Zamani và cộng sự báo cáo tỷ lệ có triệu chứng lo âu 34,4% và trầm cảm 24,2% ở bệnh nhân GERD.⁷

Ở khía cạnh lâm sàng, nghiên cứu tiến cứu của Wang và cộng sự chỉ ra gánh nặng triệu chứng cơ thể (SSS-8 ≥ 12) là yếu tố dự báo PPI kháng trị ở GERD.⁸ Đồng thời, đồng thuận IWGCO của Armstrong và cộng sự về GERD kháng trị lưu ý đánh giá phối hợp tâm lý-cơ thể.⁹ Cập nhật AGA của Yadlapati và cộng sự khuyến cáo thuốc điều trị tâm thần và can thiệp hành vi (CBT) cho tăng nhạy cảm thực quản.¹⁰

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về GERD và về RLDCT được tiến hành riêng rẽ. Quach và Phan báo cáo tỷ lệ trầm cảm 47,9% ở 194 người bệnh GERD Việt Nam, OR nữ 3,94, với nguy cơ tăng dần theo thời gian mắc bệnh.¹¹ Nguyễn Việt Anh và cộng sự mô tả triệu chứng

Tác giả liên hệ: Lưu Thị Thanh Phương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dichthu@gmail.com

Ngày nhận: 13/06/2026

Ngày được chấp nhận: 27/06/2026

tiêu hóa ở 114 người bệnh rối loạn cơ thể hóa (F45.0) tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ hướng tiếp cận tâm thần học.¹² Theo tìm hiểu của chúng tôi, hiện chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam sử dụng đồng thời thang SSD-12, tiêu chuẩn ICD-10 F45 và bộ 6 thang đo phụ trợ (PHQ-9, GAD-7, PSS-10, EHAS, FSSG, GERD-HRQL) trên quần thể GERD ngoại trú.

Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng RLDCT ở người bệnh đã được chẩn đoán trào ngược dạ dày-thực quản tại Trung tâm Tiêu hóa-Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai (7/2025-10/2026), với 3 mục tiêu cụ thể: 1) Xác định tỷ lệ, phân bố và đặc điểm riêng từng thể F45 của RLDCT; 2) Mô tả triệu chứng cơ thể trên nhiều hệ cơ quan và gánh nặng tâm thần đồng mắc; 3) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trào ngược dạ dày-thực quản đi kèm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là 185 người bệnh đã được bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa chẩn đoán trào ngược dạ dày-thực quản (mã ICD-10 K21, gồm K21.0 và K21.9), ghi nhận trong hồ sơ bệnh án điện tử và đơn thuốc, đến khám và điều trị ngoại trú tại Trung tâm Tiêu hóa-Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ 7/2025 đến 6/2026, được tuyển chọn liên tiếp theo trình tự đến khám.

Tiêu chuẩn lựa chọn

(i) Tuổi từ 18 trở lên, có đủ năng lực nhận thức và biết đọc - viết tiếng Việt để hợp tác trong phỏng vấn và tự điền thang đo.

(ii) Đã được bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa chẩn đoán trào ngược dạ dày-thực quản (mã ICD-10 K21), ghi nhận trong hồ sơ bệnh án điện tử và đơn thuốc.

(iii) Đồng ý tham gia và ký bản cam kết tự

nguyện.

Tiêu chuẩn loại trừ

(i) Đang mắc rối loạn tâm thần nặng (tâm thần phân liệt, rối loạn loạn thần cấp, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn trầm cảm với các triệu chứng loạn thần, sa sút trí tuệ).

(ii) Rối loạn sử dụng chất trong 6 tháng gần nhất.

(iii) Mắc bệnh lý thực thể nặng (ung thư đường tiêu hóa, xơ gan mất bù, suy thận giai đoạn cuối, suy tim NYHA III-IV, bệnh tự miễn hệ thống đang hoạt động).

(iv) Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú.

(v) Không hợp tác hoàn thành bộ công cụ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ tương ứng với mức tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$).

$p = 0,30$ là tỷ lệ RLDCT ước tính ở người bệnh GERD, tham khảo nghiên cứu của Jiang và cộng sự.⁵

$d = 0,07$ là sai số tuyệt đối chấp nhận được, tương ứng độ chính xác ước lượng $\pm 7\%$.

Cỡ mẫu tính được tối thiểu $n = 165$ người bệnh. Nghiên cứu chọn mẫu toàn bộ liên tiếp trong giai đoạn và thực tế thu được 185 người bệnh, vượt cỡ mẫu tối thiểu (đã tính dự phòng mất mẫu).

Biến số nghiên cứu. Biến kết cục chính là chẩn đoán RLDCT theo ICD-10 (mã F45), do bác sĩ tâm thần chẩn đoán qua phỏng vấn lâm sàng. Tiêu chuẩn B của rối loạn triệu chứng cơ thể theo DSM-5, gồm ba biểu hiện quá mức về nhận thức, cảm xúc và hành vi, được lượng giá bằng thang SSD-12.

Năm thể F45 được phân loại theo ICD-10:

(i) F45.0 rối loạn cơ thể hóa.

(ii) F45.1 rối loạn dạng cơ thể không biệt định.

(iii) F45.2 rối loạn nghi bệnh.

(iv) F45.3 rối loạn chức năng thần kinh tự trị dạng cơ thể.

(v) F45.4 rối loạn đau dai dẳng dạng cơ thể.

Tỷ lệ sàng lọc dương tính được đánh giá bằng thang SSD-12 (ngưỡng ≥ 16 điểm).

Các nhóm biến mô tả gồm:

(i) Đặc điểm nhân khẩu-xã hội: tuổi, giới, khu vực sống, học vấn, nghề nghiệp nguy cơ, xung đột gia đình.

(ii) Đặc điểm bệnh lý GERD: thời gian mắc GERD; phân độ trên nội soi (GERD không viêm thực quản K21.9, viêm thực quản trào ngược K21.0 theo phân loại Los Angeles, hoặc chưa nội soi); biểu hiện ngoài thực quản theo Định nghĩa Montreal; đáp ứng triệu chứng với PPI; tái phát đợt cấp; điểm FSSG; điểm GERD-HRQL.

(iii) Đặc điểm nhóm RLDCT: triệu chứng cơ thể trên nhiều hệ cơ quan, yếu tố stress, niềm tin và hành vi bệnh tật, sử dụng dịch vụ y tế, gánh nặng tâm thần đồng mắc (điểm PHQ-9, GAD-7, PSS-10, EHAS).

Hai biến dẫn xuất phục vụ mô tả và so sánh giữa các thể F45 gồm: số hệ cơ quan có triệu chứng cơ thể thường xuyên (tần suất ≥ 2 trên thang 0 đến 3: 0 không có, 1 thỉnh thoảng, 2 thường xuyên, 3 luôn luôn) và số chuyên khoa đã khám.

Bộ công cụ thu thập số liệu gồm bệnh án nghiên cứu (ghi nhận thông tin nhân khẩu, tiền sử, lối sống và đặc điểm lâm sàng) và bộ thang đo tự điền do người bệnh hoàn thành tại phòng khám. Thang đo Tiêu chuẩn B của RLDCT (Somatic Symptom Disorder-12, SSD-12) gồm 12 mục với ngưỡng cắt ≥ 16 điểm theo Toussaint và cộng sự và Li và cộng sự.^{13,14} Ba thang tâm

thần chung gồm: PHQ-9 (9 mục, ngưỡng cắt ≥ 10 điểm cho trầm cảm), GAD-7 (7 mục, ngưỡng cắt ≥ 10 điểm cho lo âu lan tỏa) và PSS-10 (10 mục, ngưỡng cắt ≥ 20 điểm cho stress cảm nhận). Các thang đã được chuẩn hóa và sử dụng phổ biến trong y văn quốc tế. Thang Tăng cảnh giác và Lo âu thực quản (EHAS, 15 mục) theo Taft và cộng sự gồm hai tiểu thang (lo âu thực quản 9 mục và tăng cảnh giác thực quản 6 mục);¹⁵ ngưỡng > 21 điểm biểu thị mức triệu chứng cao theo Taft và cộng sự.¹⁶ Thang Tần suất triệu chứng GERD (FSSG, 12 mục) theo Kusano và cộng sự gồm hai tiểu thang (triệu chứng acid 7 mục và triệu chứng rối loạn nhu động 5 mục).¹⁷ Thang Chất lượng cuộc sống liên quan GERD (GERD-HRQL, 15 mục cộng câu 16 về mức độ hài lòng) theo Velanovich.¹⁸

Biểu hiện ngoài thực quản được ghi nhận theo Định nghĩa Montreal, gồm ho mạn tính, viêm thanh quản mạn, khàn tiếng, hen phế quản và mòn răng; biến tổng hợp có ít nhất một biểu hiện ngoài thực quản được tính kèm.¹⁹ Đáp ứng với PPI được đánh giá qua mức cải thiện triệu chứng do người bệnh tự ước lượng trên thang 0 đến 100% sau ít nhất 8 tuần dùng PPI; đáp ứng kém được định nghĩa thao tác là mức cải thiện dưới 50%, phản ánh khái niệm GERD đáp ứng kém với PPI trong hướng dẫn hiện hành của ACG và AGA.^{10,20}

Quy trình: Người bệnh được khám lâm sàng và nội soi tiêu hóa trên (khi có chỉ định) tại phòng khám Tiêu hóa; kết quả nội soi và chẩn đoán GERD được trích xuất từ hồ sơ bệnh án điện tử. Người bệnh tự điền bộ bảy thang đo (SSD-12, GAD-7, PHQ-9, PSS-10, EHAS, FSSG, GERD-HRQL), sau đó được bác sĩ tâm thần phỏng vấn lâm sàng để chẩn đoán RLDCT theo ICD-10 F45 (Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai). Đặc điểm nhân khẩu, tiền sử, lối sống được thu thập qua bệnh án nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Dữ liệu xử lý bằng phần mềm

SPSS 26 và R 4.3. Thống kê mô tả trình bày dưới dạng n (%), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (Q1–Q3). So sánh giữa các nhóm dùng kiểm định t-Student, Mann–Whitney, χ^2 hoặc Fisher exact. So sánh giữa các thể F45 dùng kiểm định Kruskal–Wallis cho biến liên tục và Fisher exact (Monte Carlo, n_sim = 10.000) cho biến phân loại; post-hoc Dunn với hiệu chỉnh Bonferroni. Ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Bệnh viện Bạch Mai phê duyệt theo Quyết định số 182/BM-HĐĐĐ ngày 04/11/2025. Người bệnh ký bản đồng thuận sau khi được giải thích đầy đủ. Dữ liệu được mã hóa giấu danh và lưu trữ bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 185)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhân khẩu – xã hội	< 40 tuổi	58	31,4
	40 – 49 tuổi	44	23,8
	50 – 59 tuổi	45	24,3
	≥ 60 tuổi	38	20,5
	Tuổi trung bình (TB $\pm$ ĐLC)	47,3 $\pm$ 13,8	
	Giới nữ	105	56,8
	Khu vực thành thị	126	68,1
	Học vấn thấp ($\leq$ tiểu học)	32	17,3
	Nghề nguy cơ (văn phòng/ca kíp)	95	51,4
	Xung đột gia đình	55	29,7
Đặc điểm GERD	Thời gian mắc GERD (năm), trung vị (Q1–Q3)	2,0 (1,0 – 3,0)	
	GERD không có viêm thực quản (K21.9)	126	68,1
	GERD có viêm thực quản (K21.0)	39	21,1
	Không thực hiện nội soi	20	10,8
	Biểu hiện ngoài thực quản (theo Montreal)	80	43,2
	Đáp ứng PPI kém (< 50%)	108	58,4
	Tái phát ≥ 3 đợt/12 tháng	116	62,7

TB $\pm$ ĐLC: trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; Q1–Q3: khoảng tứ phân vị; PPI: thuốc ức chế bơm proton. Biểu hiện ngoài thực quản theo Định nghĩa Montreal (ho mạn, viêm thanh quản mạn, khàn tiếng, hen phế quản, mòn răng). Đáp ứng PPI kém: cải thiện triệu chứng < 50% sau ≥ 8 tuần điều trị

Quần thể ưu thế nhóm dưới 60 tuổi và nữ giới; trên nội soi, thể không có viêm thực quản chiếm ưu thế rõ so với thể có viêm thực quản.

Mẫu mang đặc trưng quần thể trào ngược

dạ dày-thực quản ngoại trú tuyến cuối: ưu thế thể không có viêm thực quản, đáp ứng PPI kém ở hơn một nửa (58,4%) và tái phát thường xuyên ở gần hai phần ba.

Bảng 2. Tỷ lệ và phân bố các thể rối loạn dạng cơ thể

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Tỷ lệ sàng lọc và chẩn đoán (n = 185)</i>	SSD-12 $\geq$ 16 điểm	77	41,6
	Chẩn đoán ICD-10 F45	85	45,9
	F45.0 Rối loạn cơ thể hóa	29	34,1
	F45.1 Rối loạn dạng cơ thể không biệt định	30	35,3
<i>Phân bố các thể F45 (n = 85)</i>	F45.2 Rối loạn nghi bệnh	8	9,4
	F45.3 Rối loạn chức năng thần kinh tự trị dạng cơ thể	2	2,4
	F45.4 Rối loạn đau dai dẳng dạng cơ thể	16	18,8

ICD-10 F45: phân loại rối loạn dạng cơ thể; KTC 95%: khoảng tin cậy 95%

Tỷ lệ RLDCT theo ICD-10 F45 đạt 45,9% (85/185; KTC 95%: 38,9 – 53,1%); sàng lọc dương tính SSD-12 $\geq$ 16 điểm đạt 41,6%.
Phân bố các thể tập trung ở F45.1 và F45.0 (gần 70%), kể đến F45.4, còn F45.2 và F45.3 ít gặp.

Bảng 3. Đặc điểm chung của nhóm rối loạn dạng cơ thể (n = 85)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Triệu chứng cơ thể trên nhiều hệ cơ quan (thường xuyên, tần suất $\geq$ 2/3)</i>	Số hệ cơ quan có triệu chứng cơ thể thường xuyên, TB $\pm$ ĐLC	3,4 $\pm$ 1,5	
	$\geq$ 3 hệ cơ quan (thường xuyên)	60	70,6
	Triệu chứng tiêu hóa	76	89,4
	Triệu chứng tim mạch	64	75,3
	Triệu chứng cơ-xương-khớp/đau	47	55,3
	Triệu chứng thần kinh	41	48,2
	Triệu chứng hô hấp	25	29,4
	Triệu chứng da	19	22,4
	Triệu chứng tiết niệu-sinh dục	13	15,3
<i>Thời điểm xuất hiện triệu chứng cơ thể so với triệu chứng GERD</i>	Sau khi xuất hiện triệu chứng GERD	34	40,0
	Đồng thời	17	20,0
	Trước khi xuất hiện triệu chứng GERD	16	18,8
	Không xác định	18	21,2
<i>Yếu tố stress liên quan</i>	Có $\geq$ 1 stress	73	85,9
	Stress công việc	43	50,6
	Stress gia đình	31	36,5
	Stress tài chính	28	32,9

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Niềm tin bệnh tật và nhận thức sai lệch</i>	Quy tất cả triệu chứng do GERD	39	45,9
	Khó phân biệt GERD với stress	26	30,6
	Chịu ảnh hưởng truyền thông/MXH	25	29,4
	Có người thân mắc bệnh nặng	22	25,9
	Tin tưởng mắc bệnh nặng	16	18,8
	Gia đình có triệu chứng tương tự	14	16,5
<i>Hành vi kiểm tra cơ thể và tìm kiếm</i>	Tìm kiếm thông tin bệnh lặp lại	51	60,0
	Chú ý quá mức thay đổi cơ thể	45	52,9
	Tìm kiếm sự trấn an	43	50,6
	Đã khám ≥ 3 bác sĩ	37	43,5
	Tập trung vào xét nghiệm bất thường	28	32,9
	Hành vi né tránh hoạt động	24	28,2
	Thảm họa hóa triệu chứng	23	27,1
	Tự kiểm tra cơ thể, lần/ngày, TB $\pm$ ĐLC	5,6 $\pm$ 2,9	
	Thời gian tìm kiếm trên mạng, phút/ngày, TB $\pm$ ĐLC	44,1 $\pm$ 22,5	
	Thời gian lo lắng triệu chứng, giờ/ngày, TB $\pm$ ĐLC	4,4 $\pm$ 1,9	
<i>Sử dụng dịch vụ y tế và gánh nặng kinh tế</i>	Lượt khám bác sĩ/6 tháng, TB $\pm$ ĐLC	6,0 $\pm$ 2,5	
	Lượt cấp cứu/6 tháng, TB $\pm$ ĐLC	0,8 $\pm$ 0,9	
	Số lần nhập viện/6 tháng, TB $\pm$ ĐLC	0,9 $\pm$ 0,8	
	Số xét nghiệm/6 tháng, TB $\pm$ ĐLC	3,5 $\pm$ 1,8	
	Chi phí GERD/thu nhập hộ (%), TB $\pm$ ĐLC	19,9 $\pm$ 5,0	
<i>Gánh nặng tâm thần</i>	SSD-12, TB $\pm$ ĐLC	22,7 $\pm$ 8,7	
	GAD-7, TB $\pm$ ĐLC	10,8 $\pm$ 4,7	
	PHQ-9, TB $\pm$ ĐLC	10,2 $\pm$ 6,3	
	PSS-10, TB $\pm$ ĐLC	22,8 $\pm$ 6,9	
	EHAS, TB $\pm$ ĐLC	38,0 $\pm$ 8,9	
	Có triệu chứng lo âu hoặc trầm cảm	64	75,3

TB $\pm$ ĐLC: trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; số hệ cơ quan = số hệ có ≥ 1 triệu chứng cơ thể thường xuyên

Nhóm RLDCT có triệu chứng cơ thể ở trung bình 3,4 hệ cơ quan, đa số từ ba hệ trở lên và ưu thế hệ tiêu hóa.

Thời điểm xuất hiện triệu chứng cơ thể cân đối hai chiều so với triệu chứng GERD (xuất hiện sau gần tương đương xuất hiện trước

hoặc đồng thời).

Trên nền đa số có ít nhất một yếu tố stress, hành vi tìm kiếm thông tin bệnh lặp lại phổ biến hơn khoảng gấp đôi so với thảm họa hóa triệu chứng.

Nhóm sử dụng dịch vụ y tế nhiều và chi phí điều trị GERD chiếm gần 20% thu nhập hộ gia

đình.

Tổng thể, nhóm mang kiểu hình cơ thể hóa lan tỏa trên nhiều hệ cơ quan kèm gánh nặng tâm thần đồng mức cao: đa số có triệu chứng lo âu hoặc trầm cảm và cả bốn thang tâm thần đồng mức ở mức có ý nghĩa lâm sàng.

Bảng 4. Đặc điểm riêng của từng thể rối loạn dạng cơ thể (n = 85)

Đặc điểm	F45.0 (n = 29)	F45.1 (n = 30)	F45.2 (n = 8)	F45.3 (n = 2)*	F45.4 (n = 16)	p
<i>Đặc điểm RLDCT chung</i>						
Số hệ cơ quan có triệu chứng cơ thể thường xuyên, TB ± ĐLC	3,5 ± 1,2	2,6 ± 1,0	4,5 ± 2,5	4,5 ± 3,5	3,7 ± 1,7	0,008
Số chuyên khoa đã khám, TB ± ĐLC	2,9 ± 1,1	2,9 ± 1,1	3,5 ± 1,2	4,0 ± 1,4	3,2 ± 1,3	0,578
<i>Thang đo RLDCT và tâm thần (TB ± ĐLC)</i>						
SSD-12	21,9 ± 7,0	18,6 ± 5,2	35,4 ± 13,0	28,0 ± 17,0	24,7 ± 7,3	0,002
GAD-7	10,3 ± 5,0	9,6 ± 3,7	14,5 ± 5,8	18,5 ± 3,5	11,1 ± 4,1	0,107
PHQ-9	9,1 ± 6,9	9,4 ± 5,2	14,4 ± 6,0	20,0 ± 8,5	10,1 ± 5,9	0,220
EHAS	38,4 ± 9,6	34,2 ± 5,6	46,2 ± 10,5	52,0 ± 9,9	38,4 ± 7,8	0,012
FSSG	28,7 ± 6,9	22,8 ± 6,5	25,5 ± 5,2	29,5 ± 0,7	27,5 ± 8,2	0,012
GERD-HRQL	47,3 ± 13,2	34,3 ± 12,6	42,8 ± 7,8	44,5 ± 10,6	43,2 ± 14,1	0,003
<i>Đặc điểm GERD</i>						
Thời gian mắc GERD (năm), TB ± ĐLC	3,2 ± 1,8	2,3 ± 1,3	3,0 ± 0,9	5,0 ± 0,7	3,1 ± 1,3	0,041
GERD không có viêm thực quản (K21.9), n (%)	18 (62,1)	22 (73,3)	7 (87,5)	2 (100,0)	9 (56,2)	0,357
Mức cải thiện triệu chứng GERD sau điều trị PPI (%), TB ± ĐLC	17,2 ± 17,3	36,3 ± 31,3	13,8 ± 10,6	10,0 ± 0,0	25,0 ± 26,3	0,019
Đáp ứng PPI kém (cải thiện < 50%), n (%)	26 (89,7)	20 (66,7)	8 (100,0)	2 (100,0)	14 (87,5)	0,046

Giá trị là TB ± ĐLC, trừ dòng ghi n (%). Kiểm định Kruskal–Wallis cho biến liên tục (so 4 thể chính, loại F45.3 do n = 2); Fisher exact cho biến phân loại; hậu kiểm Dunn hiệu chỉnh Bonferroni. *F45.3 (n = 2): chỉ mô tả, không phân tích thống kê riêng. *p < 0,05

Bốn trong sáu thang khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể F45 (SSD-12, EHAS, FSSG, GERD-HRQL), trong khi GAD-7 và PHQ-9 không khác biệt.

Hậu kiểm cho thấy F45.2 cao hơn F45.1 trên SSD-12 và EHAS, F45.0 cao hơn F45.1 trên FSSG và GERD-HRQL; F45.1 có điểm

thấp nhất trên các thang chính và tỷ lệ đáp ứng PPI kém thấp nhất.

Giữa các thể hình thành ba kiểu hình: F45.1 gánh nặng thấp nhất, đáp ứng điều trị tốt hơn; F45.0 gánh nặng GERD cao nhất; F45.2 và F45.3 gánh nặng tâm thần cao nhất nhưng cỡ nhỏ (riêng F45.3 chỉ mô tả).

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng và sàng lọc thang đo (n = 185, n = 85)

	Đặc điểm	Toàn mẫu (n = 185)		Nhóm RLDCT (n = 85)	
		n	%	n	%
<i>Phân độ nội soi chi tiết</i>	GERD không có viêm thực quản (K21.9)	126	68,1	58	68,2
	Viêm thực quản trào ngược không phân độ	10	5,4	4	4,7
	Los Angeles A	23	12,4	10	11,8
	Los Angeles B	4	2,2	4	4,7
	Los Angeles C	2	1,1	2	2,4
	Không thực hiện nội soi	20	10,8	7	8,2
<i>Thang đo GERD</i>	FSSG tổng, TB ± ĐLC	21,8 ± 7,8		26,1 ± 7,2	
	Tiểu thang FSSG triệu chứng acid, TB ± ĐLC	13,7 ± 5,3		16,0 ± 5,4	
	Tiểu thang FSSG rối loạn nhu động, TB ± ĐLC	8,1 ± 4,4		10,2 ± 3,9	
	GERD-HRQL tổng, TB ± ĐLC	34,5 ± 14,0		41,4 ± 13,6	
<i>Trắc nghiệm tâm lý (sàng lọc dương tính)</i>	SSD-12 ≥ 16 điểm	77	41,6	67	78,8
	GAD-7 ≥ 10 điểm	54	29,2	46	54,1
	PHQ-9 ≥ 10 điểm	58	31,4	48	56,5
	PSS-10 ≥ 20 điểm	84	45,4	56	65,9
	EHAS > 21 điểm	126	68,1	84	98,8

TB ± ĐLC: trung bình ± độ lệch chuẩn; LA: phân độ viêm thực quản Los Angeles

Phân bố phân độ nội soi tương đương giữa toàn mẫu và nhóm RLDCT trên mọi mức: ưu thế thể không có viêm thực quản, viêm thực quản chủ yếu ở mức nhẹ (Los Angeles A), các mức nặng hơn (Los Angeles B, C) đều hiếm.

So với toàn mẫu, nhóm RLDCT có điểm các thang GERD cao hơn và tỷ lệ dương tính năm thang sàng lọc tâm thần (gồm SSD-12) đều cao hơn, gần gấp đôi ở SSD-12, GAD-7 và PHQ-9.

Nhóm không gắn với một kiểu tổn thương

nội soi đặc trưng nhưng mang gánh nặng thang đo GERD và tâm thần cao hơn trên mọi thang, cao nhất ở EHAS và SSD-12.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ RLDCT đạt gần một nửa quần thể trào ngược dạ dày-thực quản ngoại trú tuyến cuối, cao hơn nhiều lần tỷ lệ trong cộng đồng (khoảng 4,6%)⁴ và cao hơn báo cáo trên người bệnh GERD ngoại trú tại Trung Quốc (30,14%)⁵ mức này nằm trong dải các bệnh tiêu hóa khác khi chẩn đoán bằng phỏng vấn, như hội chứng ruột kích thích (55,0%) và viêm loét đại tràng (29,6%).⁶ Tỷ lệ sàng lọc dương tính theo SSD-12 và tỷ lệ chẩn đoán theo ICD-10 F45 trong nghiên cứu gần nhau, gợi ý độ chồng lấp khái niệm giữa hai hệ qua khung triệu chứng cơ thể dai dẳng, dù hai hệ định nghĩa khác nhau²¹: ICD-10 F45 dựa trên triệu chứng cơ thể không giải thích được về mặt y học, còn SSD-12 đo các biểu hiện nhận thức, cảm xúc và hành vi theo Tiêu chí B của rối loạn triệu chứng cơ thể.^{13,14} Mức cao này có thể lý giải qua khung sinh học, tâm lý và xã hội của rối loạn tương tác não-ruột: nền sinh học là quá cảm trào ngược và tăng nhạy cảm thực quản theo Fass và cộng sự, lớp tâm thần là gánh nặng lo âu và trầm cảm thường gặp ở GERD, và lớp xã hội-văn hóa nằm trong khung triệu chứng cơ thể dai dẳng của Löwe và cộng sự.^{7,22,21}

Hai thể F45.1 và F45.0 chiếm ưu thế, tương đồng với mô tả của Nguyễn Việt Anh và cộng sự trên người bệnh rối loạn cơ thể hóa tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai và của Dương Minh Tâm và cộng sự về triệu chứng vận động và cảm giác.^{12,23} Giữa các thể, thang SSD-12 và EHAS phân biệt rõ trong khi GAD-7 và PHQ-9 thì không; điểm cao nhất tập trung ở F45.2 và F45.3, song hai nhóm này cỡ nhỏ (lần lượt 8 và 2 người bệnh) nên kết quả chỉ mang tính mô tả, gợi ý. Do SSD-12 đo Tiêu chí B của rối loạn triệu chứng cơ thể và

EHAS đo tăng cảnh giác và lo âu thực quản, hai thang đặc hiệu này phát hiện được nhóm gánh nặng tâm thần cao mà các thang lo âu, trầm cảm chung bỏ sót, một giá trị thực hành của bộ công cụ.¹³⁻¹⁵ Khác biệt về đáp ứng điều trị giữa các thể phù hợp với khung cơ chế chức năng: theo Yadlapati và cộng sự và Armstrong và cộng sự, tình trạng quá cảm thực quản, tăng cảnh giác và các yếu tố hành vi khuếch đại tín hiệu cảm giác và làm giảm đáp ứng với thuốc ức chế bơm proton ngay cả khi acid đã được kiểm soát;^{9,10} yếu tố tâm thần cũng dự báo trào ngược kháng trị trong nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu của Wang và cộng sự.⁸ Phù hợp khung này, thể F45.1, nhóm có gánh nặng tâm thần thấp nhất, đạt mức cải thiện triệu chứng sau điều trị PPI cao nhất (36,3%) và tỷ lệ đáp ứng PPI kém thấp nhất (66,7%) trong năm thể, phù hợp tiếp cận cá thể hóa trong đánh giá và quản lý GERD của Yadlapati và cộng sự;¹⁰ ngược lại, F45.2 và F45.3 với điểm EHAS cao tương ứng kiểu hình tăng cảnh giác và quá cảm thực quản kèm thành phần hành vi, đặc trưng bởi khuếch đại nhận cảm triệu chứng và đáp ứng kém với ức chế acid đơn thuần, cần phối hợp thuốc điều trị tâm thần và can thiệp hành vi. Ưu thế gần tương đương của F45.1 và F45.0 trong mẫu khác với các nghiên cứu tuyển người bệnh từ chuyên khoa tâm thần, vốn tập trung thể rối loạn cơ thể hóa kinh điển F45.0, như mô tả của Nguyễn Việt Anh và cộng sự tại Viện Sức khỏe Tâm thần;¹² điều này gợi ý phân bố các thể F45 phụ thuộc dòng tuyển chọn và bối cảnh lâm sàng, phù hợp ghi nhận tần suất rối loạn triệu chứng cơ thể khác nhau giữa cộng đồng và các cơ sở chuyên khoa.²⁴

Nhóm RLDCT biểu hiện cơ thể hóa lan tỏa trên nhiều hệ cơ quan, không khu trú ở hệ tiêu hóa, phù hợp khung triệu chứng cơ thể dai dẳng của Löwe và cộng sự.^{21,24} Gánh nặng tâm thần đồng mắc ở mức cao trên cả bốn thang, vượt dải lo âu (34,4%) và trầm cảm (24,2%) trong

phân tích gộp của Zamani và cộng sự;⁷ gánh nặng triệu chứng cơ thể (thang SSS-8) tương quan mạnh với chất lượng cuộc sống GERD (hệ số tương quan $r > 0,7$) trong nghiên cứu của Wang và cộng sự.⁸ Tại Việt Nam, Quach và Phan ghi nhận tỷ lệ trầm cảm 47,9% trên 194 người bệnh GERD, với thời gian trào ngược kéo dài là yếu tố nguy cơ chính.¹¹

Bên cạnh triệu chứng cơ thể, nhóm RLDCT bộc lộ kiểu hình niềm tin và hành vi bệnh tật đặc trưng: phần lớn quy các triệu chứng cho trào ngược, kèm hành vi tìm kiếm thông tin bệnh lập lại, tìm kiếm sự trấn an, đi khám nhiều bác sĩ và thăm hóa triệu chứng. Các đặc điểm này tương ứng với Tiêu chí B của rối loạn triệu chứng cơ thể theo DSM-5, gồm suy nghĩ, cảm xúc và hành vi quá mức liên quan đến triệu chứng, vốn được lượng giá bằng thang SSD-12 và nằm trong khung triệu chứng cơ thể dai dẳng.^{2,13,21} Kiểu hình hành vi này đi kèm việc sử dụng dịch vụ y tế nhiều hơn và gánh nặng chi phí cao, với chi phí điều trị GERD vượt ngưỡng chi tiêu y tế thảm họa theo Tổ chức Y tế Thế giới.

Phân độ nội soi tương đồng giữa toàn mẫu và nhóm RLDCT cho thấy rối loạn này không gắn với một kiểu tổn thương nội soi đặc trưng, phù hợp bản chất triệu chứng cơ thể dai dẳng không phụ thuộc tổn thương thực thể.²¹ Ưu thế thể không có viêm thực quản trong mẫu (cao hơn tỷ lệ không viêm thực quản 47,4% mà Quach và cộng sự ghi nhận trên người bệnh GERD Việt Nam), cùng gánh nặng triệu chứng và suy giảm chất lượng cuộc sống cao trên nền tổn thương nhẹ, thể hiện sự không tương xứng giữa triệu chứng và tổn thương;¹ điều này tương đồng với Jiang và cộng sự, khi nhóm rối loạn triệu chứng cơ thể có gánh nặng cao dù gánh nặng trào ngược khách quan nhẹ hơn trên đo pH-trở kháng.⁵ Theo Đồng thuận Lyon 2.0 của Gyawali và cộng sự, phổ này bao gồm cả quá cảm trào ngược và ợ nóng chức năng

được xác định dựa trên thời gian phơi nhiễm acid, gợi ý một thành phần chức năng trong quần thể nghiên cứu.²⁵ Điểm các thang GERD (FSSG và GERD-HRQL) đều cao hơn ở nhóm RLDCT, cho thấy rối loạn này liên quan với mức suy giảm chất lượng cuộc sống GERD nặng hơn;^{17,18} phối hợp EHAS với SSD-12 có khả năng sàng lọc RLDCT trong quần thể GERD ngoại trú.¹⁵

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, chẩn đoán GERD do bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa đưa ra trong thực hành lâm sàng thường quy (dựa trên triệu chứng điển hình và/hoặc nội soi khi có chỉ định) và được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án (mã K21), không được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn Lyon 2.0;²⁵ tại thời điểm nghiên cứu, cơ sở chưa triển khai đo pH-trở kháng thực quản 24 giờ, do đó quần thể có thể bao gồm cả bệnh trào ngược không viêm thực quản và một tỷ lệ tăng nhạy cảm thực quản hoặc ợ nóng chức năng. Thứ hai, đáp ứng PPI được đo bằng mức cải thiện triệu chứng do người bệnh tự ước lượng, không theo định nghĩa kháng trị chuẩn của ACG (triệu chứng dai dẳng dù dùng PPI liều đôi 8 tuần) và không phân biệt liều một lần mỗi ngày với liều đôi.²⁰ Thứ ba, một số phân nhóm thể F45 có cỡ mẫu nhỏ, đặc biệt F45.2 và F45.3, nên các so sánh giữa các thể chỉ mang tính mô tả và gợi ý. Thứ tư, phần lớn biến số dựa trên bộ thang đo tự điền và thông tin tự báo cáo nên chịu ảnh hưởng của sai số nhớ lại và sai số chuẩn mực xã hội. Thứ năm, thiết kế cắt ngang không cho phép kết luận quan hệ nhân quả giữa RLDCT và GERD. Thứ sáu, nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm tuyến cuối nên khả năng khái quát hóa ra cộng đồng còn hạn chế.

Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam phối hợp đồng thời thang SSD-12, tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10 F45 và bộ thang đo phụ trợ trên quần thể GERD ngoại trú. Tỷ lệ RLDCT đạt

gần một nửa quần thể GERD ngoại trú tuyến cuối cho thấy giá trị của việc lồng ghép sàng lọc tâm thần vào quy trình khám tiêu hóa, đặc biệt ở người bệnh đáp ứng PPI kém; phối hợp SSD-12 và EHAS giúp nhận diện các thể F45 có gánh nặng tâm thần cao mà các thang lo âu, trầm cảm chung không phân biệt. Hướng nghiên cứu tiếp theo gồm đoàn hệ theo dõi dọc để đánh giá mối quan hệ thời gian giữa RLDCT và GERD, và thử nghiệm can thiệp nhận thức-hành vi trên quần thể GERD Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Trên 185 người bệnh đã được chẩn đoán GERD (mã K21), khám ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ RLDCT theo ICD-10 F45 đạt 45,9%, với F45.1 và F45.0 chiếm ưu thế (69,4% nhóm RLDCT). Nhóm RLDCT có triệu chứng cơ thể trên nhiều hệ cơ quan (trung bình 3,4 hệ có triệu chứng thường xuyên; 70,6% ≥ 3 hệ), gánh nặng tâm thần đồng mắc cao (75,3% có triệu chứng lo âu hoặc trầm cảm) và tỷ lệ đáp ứng PPI kém 82,4%. Bốn thang đo SSD-12, EHAS, FSSG và GERD-HRQL phân biệt giữa các thể F45 có ý nghĩa thống kê, trong đó F45.0 nổi bật về gánh nặng GERD; các thể ít gặp F45.2 và F45.3 có điểm tâm thần cao nhất nhưng cỡ mẫu nhỏ nên chỉ mang tính gợi ý.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai, Trung tâm Tiêu hóa-Gan mật và Viện Sức khỏe Tâm thần đã tạo điều kiện cho nghiên cứu. Chúng tôi cảm ơn 185 người bệnh đã đồng ý tham gia nghiên cứu và cung cấp thông tin đầy đủ cho bộ công cụ thu thập số liệu. Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu; nghiên cứu không nhận tài trợ từ bất kỳ tổ chức hoặc quỹ nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quach DT, Pham QTT, Tran TLT, 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):580-584. doi:10.1002/jgh3.12534

2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

3. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.

4. Siig EJP, Hvidtfelt Lykke VM, Mantilla Herrera AM, et al. The prevalence and estimated burden of somatoform disorders: a systematic review and meta-analysis of their epidemiology. *Lancet Psychiatry*. 2025;12(12):883-892. doi:10.1016/S2215-0366(25)00272-X

5. Jiang Y, et al. Somatic symptom disorder in gastroesophageal reflux disease: a key factor contributing to severe symptoms and impaired quality of life. *Front Med (Lausanne)*. 2026;13:1762738. doi:10.3389/fmed.2026.1762738

6. Peters L, Matysiak A, Hübener S, et al. Somatic symptom disorder in patients with irritable bowel syndrome or ulcerative colitis – Cross-sectional baseline findings from the SOMA.GUT-RCT. *J Psychosom Res*. 2025;198:112395. doi:10.1016/j.jpsychores.2025.112395

7. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Chan WW, Talley NJ. Association between anxiety/depression and gastroesophageal reflux: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2023;118(12):2133-2143. doi:10.14309/ajg.0000000000002411

8. Wang HM, Huang PY, Yang SC, et

- al. Correlation between psychosomatic assessment, heart rate variability, and refractory GERD: a prospective study in patients with acid reflux esophagitis. *Life (Basel)*. 2023;13(9):1862. doi:10.3390/life13091862
9. Armstrong D, Hungin AP, Kahrilas PJ, et al; on behalf of IWGCO. Management of patients with refractory reflux-like symptoms despite proton pump inhibitor therapy: evidence-based consensus statements. *Aliment Pharmacol Ther*. 2025;61(4):636-650. doi:10.1111/apt.18420
10. Yadlapati R, Gyawali CP, Pandolfino JE, CGIT GERD Consensus Conference Participants. AGA clinical practice update on the personalized approach to the evaluation and management of GERD: expert review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022;20(5):984-994.e1. doi:10.1016/j.cgh.2022.01.025
11. Quach DT, Phan BT. A long duration of reflux symptoms is the predominant risk factor for depression in Vietnamese patients with gastroesophageal reflux disease. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022;18:2589-2596. doi:10.2147/NDT.S381854
12. Nguyễn Việt Anh, Vũ Thy Cẩm, Trần Nguyễn Ngọc. Đặc điểm triệu chứng ống tiêu hóa ở người bệnh rối loạn cơ thể hóa tại Viện Sức khỏe Tâm thần. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2026;201(4):392-398. doi:10.52852/tcncyh.v201i4.5112
13. Toussaint A, Murray AM, Voigt K, et al. Development and validation of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12). *Psychosom Med*. 2016;78(1):5-12. doi:10.1097/PSY.0000000000000240
14. Li T, Wei J, Fritzsche K, et al. Validation of the Chinese Version of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale for Detecting DSM-5 Somatic Symptom Disorders: A Multicenter Study. *Psychosom Med*. 2020;82(3):337-344. doi:10.1097/PSY.0000000000000786
15. Taft TH, Triggs JR, Carlson DA, et al. Validation of the oesophageal hypervigilance and anxiety scale for chronic oesophageal disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;47(9):1270-1277. doi:10.1111/apt.14605
16. Taft TH, Carlson DA, Simons M, et al. Esophageal Hypervigilance and Symptom-Specific Anxiety in Patients with Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology*. 2021;161(4):1133-1144. doi:10.1053/j.gastro.2021.06.023
17. Kusano M, Shimoyama Y, Sugimoto S, et al. Development and evaluation of FSSG: frequency scale for the symptoms of GERD. *J Gastroenterol*. 2004;39(9):888-891. doi:10.1007/s00535-004-1417-7
18. Velanovich V. Comparison of generic (SF-36) vs. disease-specific (GERD-HRQL) quality-of-life scales for gastroesophageal reflux disease. *J Gastrointest Surg*. 1998;2(2):141-145. doi:10.1016/S1091-255X(98)80004-8
19. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(8):1900-1920. doi:10.1111/j.1572-0241.2006.00630.x
20. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. 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
21. Löwe B, Toussaint A, Rosmalen JGM, et al. Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. *Lancet*. 2024;403(10444):2649-2662. doi:10.1016/S0140-6736(24)00623-8
22. Fass R, Boeckxstaens GE, El-Serag H, Rosen R, Sifrim D, Vaezi MF. Gastroesophageal reflux disease. *Nat Rev Dis*

Primers. 2021;7(1):55. doi:10.1038/s41572-021-00287-w

23. Dương Minh Tâm, Trần Nguyễn Ngọc. Đặc điểm các triệu chứng vận động và cảm giác ở người bệnh rối loạn cơ thể hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;513(2). doi:10.51298/vmj.v513i2.2443

24. Löwe B, Levenson J, Depping M, et al.

Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychol Med*. 2022;52(4):632-648. doi:10.1017/S0033291721004177

25. Gyawali CP, Yadlapati R, Fass R, et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. *Gut*. 2024;73(2):361-371. doi:10.1136/gutjnl-2023-330616

Summary

PREVALENCE OF SOMATOFORM DISORDER AMONG PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AT BACH MAI HOSPITAL

Somatoform disorder is increasingly recognized as a comorbidity in gastroesophageal reflux disease (GERD), yet such evidence remains limited in Viet Nam. As such, this cross-sectional study on 185 outpatients diagnosed with GERD (ICD-10 K21) at Bach Mai Hospital from July 2025 to October 2026 was conducted to describe somatoform disorder prevalence and its characteristics. Screening was performed with SSD-12, diagnosis with ICD-10 F45, combined with PHQ-9, GAD-7, PSS-10, EHAS, FSSG, and GERD-HRQL. Mean age was 47.3 ± 13.8 years old; female patients represented 56.8%; median GERD duration was 2.0 years; overall poor PPI response was 58.4%. Somatoform disorder prevalence by ICD-10 F45 was 45.9% (85/185; 95% CI: 38.9 – 53.1%); SSD-12 ≥ 16 was 41.6%. Within the somatoform disorder group, F45.1 and F45.0 accounted for 69.4%. The somatoform disorder group had on average 3.4 ± 1.5 organ systems with frequent somatic symptoms, 70.6% with ≥ 3 systems; high psychiatric comorbidity burden (GAD-7 10.8; PHQ-9 10.2; PSS-10 22.8; EHAS 38.0); GERD-HRQL 41.4 ± 13.6 ; poor PPI response 82.4%. Somatoform disorder reached nearly half of the tertiary outpatient GERD population, with predominance of F45.1 and F45.0 and high psychiatric comorbidity burden suggesting the need for mental health screening in routine gastrointestinal examinations.

Keywords: Somatoform disorder, gastroesophageal reflux disease, psychiatric comorbidity, SSD-12, ICD-10 F45, Bach Mai Hospital.