



QUAN ĐIỂM Y HỌC CỔ TRUYỀN VỀ VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG: TỪ CƠ CHẾ BỆNH SINH ĐẾN ĐIỀU TRỊ

Hoàng Phi Phụng¹, Lê Chí Hòa¹, Đặng Tiến Đăng Khoa¹, Lê Minh Hoàng^{1*}

¹ Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Tác giả liên hệ: Lê Minh Hoàng; Email: lmhoang@ctump.edu.vn;

Thông tin bài báo: Tiếp nhận: 19.3.2026; Chỉnh sửa: 21.4.2026; Chấp nhận đăng: 05.5.2026;

Công bố online: 07.5.2026.

Mục tiêu: Hệ thống hóa các quan điểm của Y học cổ truyền về cơ chế bệnh sinh, phân loại thể lâm sàng và các phương pháp điều trị thông qua các bằng chứng nghiên cứu tổng hợp trong điều trị Viêm loét dạ dày – tá tràng. **Phương pháp:** Phân tích, tổng hợp y văn kinh điển, thông tin từ các kết quả nghiên cứu tổng quan hệ thống, phân tích gộp, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên dựa trên các cơ sở dữ liệu khoa học. **Kết quả:** Y học cổ truyền xếp Viêm loét dạ dày – tá tràng thuộc phạm vi chứng Vị quản thống, cơ chế bệnh sinh cốt lõi là sự mất cân bằng chức năng các tạng phủ, gây rối loạn khí cơ tại trung tiêu. Các thể lâm sàng chủ đạo bao gồm Can Vị bất hòa, Tỳ Vị hư nhược, Thấp nhiệt uất kết, Huyết ứ trở trệ và Vị âm hư. Nguyên tắc điều trị thông qua việc biện chứng nhằm đưa pháp trị cho việc sử dụng bài thuốc cổ phương kết hợp liệu pháp không dùng thuốc. Các dữ liệu tổng hợp định hướng cho sự kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại giúp thúc đẩy sự phục hồi niêm mạc và nâng cao hiệu quả điều trị. **Kết luận:** Tiếp cận bệnh theo hướng cá thể hóa trong điều trị tích hợp Đông – Tây y và định hướng sử dụng các phương pháp điều trị theo Y học cổ truyền nhằm tối ưu hóa hiệu quả lâm sàng, giảm tỷ lệ tái phát và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Viêm loét dạ dày tá tràng, Vị quản thống, Y học cổ truyền, cơ chế bệnh sinh, điều trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày – tá tràng (Peptic ulcer disease – PUD) là một bệnh lý tiêu hóa mạn tính phổ biến trên toàn cầu, ước tính ảnh hưởng đến khoảng 10% dân số thế giới [1]. Mỗi năm có gần 4 triệu trường hợp mắc mới được ghi nhận [2], với tỷ lệ mắc mới dao động từ 0,1% đến 0,2% [3]. Theo phân tích của Gánh nặng bệnh tật toàn cầu (Global Burden of Disease – GBD), năm 2019 có khoảng 8,09 triệu trường hợp viêm loét dạ dày – tá tràng trên toàn thế giới, tăng 25,82% so với năm 1990, với gánh nặng bệnh tật tương đương khoảng 6 triệu số năm sống điều chỉnh theo tàn tật (Disability-adjusted life years – DALYs) [4]. Mặc dù tỷ lệ tử vong và DALYs do bệnh có xu hướng giảm nhờ những tiến bộ trong điều trị [5], nhưng số ca

mắc tuyệt đối vẫn gia tăng do nhiều yếu tố như: già hóa dân số [4], sử dụng rộng rãi thuốc kháng viêm không steroid (Non-steroidal anti-inflammatory drugs – NSAIDs) [6] và tình trạng kháng kháng sinh trong điều trị *Helicobacter pylori* [7], cùng với các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá và uống rượu [8].

Theo Y học hiện đại, Viêm loét dạ dày – tá tràng thường biểu hiện bằng đau vùng thượng vị, khó tiêu, đầy hơi, chướng bụng hoặc nôn ói [9]. Cơ chế bệnh sinh chủ yếu liên quan đến sự mất cân bằng giữa các yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày (prostaglandin, mucin, oxit nitric và bicarbonate) và các yếu tố tấn công điển hình (acid, pepsin và *Helicobacter pylori*) [10, 11]. Khi sự cân bằng này bị phá vỡ, niêm mạc dạ dày – tá tràng bị tổn thương và hình thành ổ loét có thể xuyên qua lớp cơ niêm (3–5 mm), từ đó có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như xuất huyết tiêu hóa, thủng ổ loét và hẹp môn vị [12, 13]. Trong đó, xuất huyết tiêu hóa và thủng ổ loét là những biến chứng nặng, có thể đe dọa tính mạng, đặc biệt ở người cao tuổi và bệnh nhân có bệnh lý nền [14]. Hiện nay, điều trị PUD chủ yếu dựa vào các nhóm thuốc hóa dược như thuốc ức chế bơm proton (Proton pump inhibitors – PPI), thuốc kháng acid, thuốc kháng thụ thể histamin H₂ và các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày. Các thuốc này có vai trò kiểm soát triệu chứng, thúc đẩy liền ổ loét và giảm nguy cơ biến chứng. Tuy nhiên, việc sử dụng kéo dài các nhóm thuốc này cũng mang lại không ít các tác dụng không mong muốn như buồn nôn, táo bón, tiêu chảy, viêm dạ dày, tăng nguy cơ nhiễm trùng đường ruột, rối loạn nhịp tim và vú to ở nam giới [15, 16]. Bên cạnh đó, tình trạng kháng thuốc trong điều trị *Helicobacter pylori* cũng đặt ra thêm thách thức cho hiệu quả điều trị hiện nay [10]. Vì vậy, nhu cầu tìm kiếm các liệu pháp có nguồn gốc dược liệu nhằm hỗ trợ hoặc bổ sung cho điều trị hóa dược đang ngày càng được quan tâm, với kỳ vọng nâng cao hiệu quả, tính an toàn và chất lượng sống cho người bệnh [17, 18].

Theo quan niệm của Y học cổ truyền (YHCT), viêm loét dạ dày – tá tràng không được mô tả trực tiếp bằng bệnh danh tương ứng với Y học hiện đại mà thường được quy vào các phạm trù với tên gọi khác nhau dựa trên biểu hiện lâm sàng của bệnh [19]. Bệnh chủ yếu liên quan đến sự rối loạn công năng của các tạng Can, Tỳ và Vị [20]. Nguyên nhân gây bệnh thường được chia thành ba nhóm: nội nhân, ngoại nhân và bất nội ngoại nhân [20]. Bệnh có thể khởi phát do hàn tà xâm nhập, do tình chí bất toại làm Can khí uất kết, hoặc do ăn uống thất điều gây tổn thương chức năng kiện vận của Tỳ Vị. Các yếu tố này dẫn đến khí trệ, huyết ứ, gây đau vùng thượng vị và rối loạn chức năng Tỳ Vị. Trong điều trị, YHCT không chỉ hướng đến cải thiện triệu chứng mà còn chú trọng điều hòa công năng tạng phủ, sơ can lý khí, kiện tỳ hòa vị và hoạt huyết chỉ thống, với nhiều bài thuốc cổ phương được sử dụng rộng rãi như Sài hồ sơ can thang, Tiểu sài hồ thang, Hoàng kỳ kiến trung thang và Hóa can tiễn [19, 21, 22]. Bên cạnh các bài thuốc cổ phương được sử dụng lâu năm và mang lại hiệu quả cao, ngày nay các nghiên cứu đang dần tiến sâu hơn trong việc chứng minh và đánh giá riêng lẻ những dược liệu mang lại hiệu quả chống loét ưu việt không kém cạnh so với các nhóm thuốc Tây y hiện nay [23, 24].

Từ những cơ sở trên, việc hệ thống hóa các quan điểm của YHCT về viêm loét dạ dày – tá tràng từ cơ chế bệnh sinh đến các phương pháp điều trị có ý nghĩa cả về lý luận và thực tiễn. Đây không chỉ là cơ sở để

làm rõ bệnh danh tương ứng, nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, các thể lâm sàng và phương pháp điều trị theo YHCT, mà còn góp phần định hướng khai thác các giá trị của Y học cổ truyền trong hỗ trợ chăm sóc người bệnh viêm loét dạ dày – tá tràng. Đặc biệt, trước những thách thức của xã hội hiện đại, hạn chế về tác dụng phụ và kháng thuốc của hóa dược, việc phát triển các liệu pháp bổ trợ từ YHCT ngày càng trở nên cấp thiết trên phạm vi toàn cầu. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm tổng hợp có hệ thống các bằng chứng hiện có về quan điểm Y học cổ truyền về viêm loét dạ dày – tá tràng từ cơ chế bệnh sinh đến các phương pháp điều trị, đồng thời đối chiếu với các bằng chứng hiện đại liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các tài liệu y văn liên quan đến viêm loét dạ dày – tá tràng theo y học cổ truyền và y học hiện đại, bao gồm: Tài liệu giáo trình, sách chuyên khảo, bài báo khoa học (Các nghiên cứu tổng quan hệ thống, phân tích gộp và nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm đối chứng, các nghiên cứu thực nghiệm đã được công bố).

Tiêu chí lựa chọn

Tài liệu được chọn theo nguyên tắc PICOS [25]:

P: Bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng, loét dạ dày, loét tá tràng, nhiễm *H. pylori* và các tài liệu Y học cổ truyền có liên quan đến bệnh danh tương ứng.

I: Các nội dung/can thiệp Y học cổ truyền như biện chứng luận trị, thuốc cổ truyền, châm cứu, cứu ngải, cấy chỉ, xoa bóp bấm huyệt và điều trị kết hợp Đông – Tây y.

C: Điều trị chuẩn, giả dược, không can thiệp hoặc các nhóm so sánh phù hợp; không bắt buộc đối với tài liệu lý luận.

O: Các thông tin gồm: tác giả, năm công bố, loại nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu/ cỡ mẫu, can thiệp, nhóm chứng, kết quả chính, nội dung liên quan đến bệnh danh Y học cổ truyền, cơ chế bệnh sinh, thể lâm sàng, phương pháp điều trị và các ghi nhận về an toàn nếu có.

S: Tổng quan hệ thống, phân tích gộp, RCT, nghiên cứu quan sát, nghiên cứu thực nghiệm, giáo trình, sách chuyên khảo và hướng dẫn chuyên ngành.

Tiêu chí loại trừ

Tài liệu bị loại trừ nếu thuộc một trong các trường hợp sau:

- Tài liệu trùng lặp giữa các cơ sở dữ liệu;
- Không liên quan trực tiếp đến viêm loét dạ dày – tá tràng hoặc không có nội dung gắn với Y học cổ truyền;
- Chỉ có tóm tắt, không tiếp cận được toàn văn, hoặc thiếu thông tin cần thiết cho việc trích xuất và phân tích dữ liệu;
- Là bài bình luận ngắn, thư tòa soạn, ý kiến cá nhân hoặc các tài liệu không cung cấp thông tin phù hợp với mục tiêu nghiên cứu;
- Chỉ đề cập chung đến viêm dạ dày, rối loạn tiêu hóa chức năng hoặc các bệnh lý khác nhưng không có giá

trị liên hệ rõ ràng với chủ đề viêm loét dạ dày – tá tràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế tổng quan tài liệu.

Nguồn dữ liệu và chiến lược tìm kiếm

- Tài liệu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu điện tử gồm PubMed (bao gồm Medicine), Web of Science, Google Scholar và Cochrane Library, CNKI (China National Knowledge Infrastructure), tài liệu sách và giáo trình chuyên ngành Y học cổ truyền.

- Chiến lược tìm kiếm sử dụng các từ khóa tiếng Anh và tiếng Việt, kết hợp bằng toán tử Boolean AND/OR. Các từ khóa chính gồm: “peptic ulcer disease”, “gastric ulcer”, “*Helicobacter pylori*”, “traditional medicine”, “traditional Chinese medicine”, “herbal medicine”, “acupuncture”, “moxibustion”, “catgut embedding”, “acupressure massage”, “Vị quản thống”, “Vị thống”, “Tào tạp”, “Y học cổ truyền”, “châm cứu”, “cứu ngải”, “cấy chỉ”, “xoa bóp bấm huyệt”, “消化性溃疡”, “脾胃湿热证”, “血清胃泌素”, “幽门螺杆菌”, “慢性胃炎”. Tùy theo đặc điểm từng cơ sở dữ liệu, chiến lược tìm kiếm được điều chỉnh phù hợp để tăng độ nhạy và độ đặc hiệu.

Quy trình sàng lọc: Các tài liệu được tập hợp từ các cơ sở dữ liệu nêu trên, sau đó loại bỏ bản trùng lặp. Hai bước sàng lọc tiếp theo gồm: sàng lọc theo tiêu đề hoặc tóm tắt và đánh giá toàn văn theo tiêu chí lựa chọn, loại trừ. Các nghiên cứu đủ điều kiện được đưa vào tổng hợp định tính.

Phân tầng mức độ bằng chứng dữ liệu: Mức độ các bằng chứng được phân tầng theo OCEBM (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011) về nội dung can thiệp điều trị [26] gồm 5 mức, cụ thể: mức I (nghiên cứu tổng quan hệ thống, phân tích gộp); mức II (các nghiên cứu về thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên - RCT); mức III (Nghiên cứu cohort không ngẫu nhiên); mức IV (Chuỗi ca bệnh; nghiên cứu bệnh chứng); mức V (giáo trình, sách chuyên khảo; ý kiến chuyên gia).

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng là các dữ liệu nghiên cứu đã được công bố, đảm bảo các yêu cầu về đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Viêm loét dạ dày – tá tràng trong quan điểm Y học cổ truyền

Theo Y học cổ truyền, Viêm loét dạ dày – tá tràng không có bệnh danh tương ứng theo Y học hiện đại, mà thường được quy nạp vào các phạm trù như Vị quản thống, Vị thống hoặc Tào tạp, tùy thuộc theo biểu hiện lâm sàng cụ thể của người bệnh [21, 27]. Trong đó, Vị quản thống và Vị thống chủ yếu mô tả về tình trạng đau vùng thượng vị hoặc vùng dạ dày, còn Tào tạp dùng để mô tả cảm giác nóng rát, cồn cào hoặc khó chịu ở dạ dày. Như vậy, trong Y học cổ truyền, việc nhận diện bệnh chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm

sàng và biện chứng luận trị, hơn là dựa vào một bệnh danh cố định theo Y học hiện đại. Các chứng bệnh thuộc phạm vi này đã được ghi nhận từ sớm trong Y thư cổ, trong đó bệnh danh Vị quản thống được đề cập trong Hoàng Đế Nội Kinh [28].

3.2. Nguyên nhân gây bệnh theo Y học cổ truyền

Theo Y học cổ truyền, nguyên nhân gây bệnh của các chứng thuộc phạm vi Vị quản thống có thể được chia thành ba nhóm chính là nội nhân, ngoại nhân và bất nội ngoại nhân.

+ Về nội nhân, nguyên nhân thường gặp là tình chí thất điều, tức tình trạng rối loạn cảm xúc hoặc căng thẳng tâm lý kéo dài.

+ Về ngoại nhân, bệnh có thể liên quan đến lục dâm, đặc biệt là hàn tà và thấp tà, có thể hiểu là các tác nhân ngoại cảnh mang tính lạnh và ẩm theo lý luận Y học cổ truyền.

+ Về bất nội ngoại nhân, ẩm thực bất tiết là những yếu tố quan trọng, bao gồm ăn uống không điều độ, quá no hoặc quá đói, dùng nhiều thức ăn cay nóng, béo ngọt hoặc sống lạnh trong thời gian dài. Ngoài ra, tiên thiên bất túc hoặc bệnh kéo dài làm tổn thương Tỳ Vị cũng là những yếu tố thuận lợi làm bệnh phát sinh, kéo dài hoặc tái phát [19, 27, 29].

3.3. Cơ chế bệnh sinh theo Y học cổ truyền liên hệ với cơ chế Y học hiện đại

Theo Y học cổ truyền, cơ chế bệnh sinh của các chứng thuộc phạm vi Vị quản thống được giải thích dựa trên nguyên tắc “bất thông tắc thống, bất vinh tắc thống”, tức triệu chứng đau chỉ xuất hiện khi khí huyết vận hành không thông suốt hoặc khi vùng Vị quản không được nuôi dưỡng đầy đủ. Về bản chất, bệnh thường liên quan đến sự mất điều hòa chức năng giữa Can – Tỳ – Vị, từ đó làm rối loạn khí cơ tại vùng trung tiêu, ảnh hưởng đến chức năng thăng giáng, vận hóa và hòa giáng của hệ tiêu hóa theo lý luận Y học cổ truyền [30-34].

Trên lâm sàng, sự hình thành của chứng Vị quản thống thường không do một cơ chế đơn độc mà là hậu quả của nhiều yếu tố bệnh sinh cùng tồn tại và tác động lẫn nhau. Khi một yếu tố chiếm ưu thế, biểu hiện bệnh có thể tương đối đơn giản; ngược lại, khi nhiều yếu tố phối hợp, bệnh cảnh thường trở nên phức tạp. Tuy nhiên, xét về cốt lõi bệnh cơ, sự phát sinh bệnh vẫn chủ yếu bắt nguồn từ mất cân bằng điều hòa giữa Can, Tỳ và Vị, làm khí cơ vùng trung tiêu bị rối loạn [21, 31].

Một trong những cơ chế thường gặp là Can khí phạm Vị. Cơ chế này thường liên quan đến tình chí bất toại, đặc biệt là lo âu, căng thẳng hoặc uất ức kéo dài, làm chức năng sơ tiết của Can bị rối loạn, từ đó ảnh hưởng đến sự điều đạt của khí cơ trung tiêu. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau tức vùng thượng vị, đầy chướng, ợ hơi hoặc khó tiêu [27, 29]. Nếu tình trạng uất kết kéo dài, Can khí có thể hóa hỏa, tạo thành Can Vị uất nhiệt, làm tổn thương tân dịch và niêm mạc vị quản. Dưới góc nhìn hiện đại, mô tả này có thể gợi ý sự tương đồng chức năng với mối liên hệ giữa stress tâm lý, rối loạn vận động dạ dày, tăng cảm thụ nội tạng và đáp ứng viêm niêm mạc. Ngoài ra, trong bối cảnh stress kéo dài, sự hoạt hóa trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận và tăng tiết cortisol có thể làm giảm tổng hợp prostaglandin bảo vệ, giảm tiết chất nhầy và bicarbonate, đồng thời làm chậm quá trình phục hồi biểu mô; song song đó, rối loạn điều hòa của trục ruột – não và hệ thần kinh tự chủ còn có thể ảnh hưởng đến vận động dạ dày, lưu lượng máu

niêm mạc và cảm nhận đau nội tạng [35-38].

Bên cạnh đó, Tỳ Vị hư hàn hoặc Tỳ Vị hư nhược là nền tảng bệnh sinh quan trọng, thường gặp ở người có thể trạng suy yếu, bệnh kéo dài hoặc sinh hoạt, ăn uống không điều độ. Khi Tỳ mất kiện vận, Vị mất hòa giáng, chức năng thu nạp và vận hóa bị ảnh hưởng, làm bệnh dễ kéo dài và khó hồi phục [39, 40]. Dưới góc nhìn hiện đại, trạng thái này có thể liên hệ với sự suy giảm chức năng bảo vệ của niêm mạc dạ dày, bao gồm giảm tiết chất nhầy, bicarbonate, giảm lưu lượng máu niêm mạc và giảm khả năng tái tạo biểu mô. Theo thuyết mất cân bằng giữa yếu tố tấn công và yếu tố bảo vệ, tổn thương loét xuất hiện khi các yếu tố gây hại như acid, pepsin hoặc các tác nhân viêm vượt quá khả năng phòng vệ sinh lý của niêm mạc dạ dày [41, 42]. Ngoài ra, stress oxy hóa có thể làm suy giảm chức năng ty thể, giảm tổng hợp năng lượng ATP và làm niêm mạc dễ bị tổn thương hơn, từ đó góp phần giải thích vì sao bệnh ở những người Tỳ Vị hư nhược thường kéo dài và khó hồi phục [43, 44].

Ngoài ra, các yếu tố thấp nhiệt, nhiệt độ, huyết ứ và hàn tà cũng tham gia quan trọng vào tiến trình bệnh sinh. Trong đó, thấp nhiệt và nhiệt độ thường gắn với bệnh cảnh nóng rát, kích thích, viêm hoặc tổn thương niêm mạc kéo dài; huyết ứ thường gặp khi bệnh tái phát lâu ngày, đau cố định, tổn thương khó lành; còn hàn tà, đặc biệt khi kết hợp với Tỳ Vị hư hàn, có thể làm khí cơ co trệ, đau tăng khi gặp lạnh hoặc sau khi dùng đồ sống lạnh [32-34, 45, 46]. Dưới góc nhìn hiện đại, các trạng thái này có thể gợi ý sự tương đồng chức năng với hoạt hóa các con đường tín hiệu viêm nội bào, làm gia tăng các cytokine tiền viêm như TNF- α , IL-1 β và IL-6, đồng thời thúc đẩy stress oxy hóa với sự gia tăng các loại oxy phản ứng (ROS), rối loạn vi tuần hoàn tại niêm mạc và chậm lành tổn thương [43, 47, 48]. Trong những trường hợp nặng hơn, sự hoạt hóa phức hợp NLRP3 inflammasome còn có thể góp phần kéo dài phản ứng viêm và làm chậm phục hồi hàng rào niêm mạc dạ dày [49, 50].

Trong bối cảnh hiện nay, vai trò của *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) cũng có thể được bàn luận dưới góc nhìn Y học cổ truyền. Một số tác giả cho rằng vi khuẩn này có thể được quy nạp vào phạm trù tà khí, thiên về tính “nhiệt” và “độc”, đặc biệt dễ lưu trú khi chính khí suy giảm và Tỳ Vị hư nhược [51-53]. Dưới góc nhìn hiện đại, *H. pylori* là một tác nhân quan trọng trong bệnh sinh viêm loét dạ dày – tá tràng do khả năng cư trú kéo dài trong lớp chất nhầy, tiết urease nhằm tạo vi môi trường kiềm cục bộ, từ đó tồn tại trong môi trường acid của dạ dày và duy trì tình trạng viêm mạn tính tại chỗ [54, 55]. Bên cạnh đó, các yếu tố độc lực như CagA và VacA có thể phá vỡ các liên kết chặt giữa các tế bào biểu mô, làm tăng tính thấm của hàng rào niêm mạc, kích thích sản xuất các cytokine tiền viêm và thúc đẩy giải phóng ROS, qua đó làm tổn thương niêm mạc ngày càng nặng hơn [56, 57]. Chính sự hiện diện kéo dài của *H. pylori* cũng liên quan đến mất cân bằng hệ vi sinh vật đường tiêu hóa, hoạt hóa đáp ứng miễn dịch tại chỗ và duy trì vòng xoắn viêm – stress oxy hóa – suy yếu hàng rào niêm mạc, dẫn đến góp phần làm bệnh tình dễ tái phát và khó lành [49, 58].

Từ góc nhìn tổng quát, cơ chế bệnh sinh của chứng Vị quản thống có thể được quy nạp theo hướng bản hư tiêu thực. Trong đó, Tỳ Vị hư nhược hoặc hư hàn là bản hư, còn các yếu tố như khí trệ, thấp nhiệt, nhiệt độ, hàn tà và huyết ứ là tiêu thực. Sự phối hợp giữa hư và thực làm bệnh kéo dài, tái phát và biểu hiện lâm sàng

trở nên đa dạng hơn. Vì vậy, nguyên tắc điều trị thường hướng đến điều hòa đồng thời cả gốc và ngọn, như kiện Tỳ hòa Vị, lý khí chỉ thống, thanh nhiệt hóa thấp và hoạt huyết hóa ứ [19]. Xét dưới góc nhìn hiện đại, các rối loạn được mô tả trong Y học cổ truyền có thể gợi ý sự tương đồng chức năng với các cơ chế như viêm niêm mạc có sự tham gia của các cytokine tiền viêm, stress oxy hóa với sự gia tăng các loại oxy phản ứng (ROS), mất cân bằng hệ vi sinh vật đường tiêu hóa, suy giảm hàng rào bảo vệ niêm mạc và rối loạn trục ruột – não [36, 43, 47, 54]. Tuy nhiên, các mối liên hệ này chủ yếu mang tính giả thuyết diễn giải, chưa đồng nghĩa với sự tương đương hoàn toàn về cơ chế sinh học khi được so sánh với Y học hiện đại.

3.4. Các thể lâm sàng thường gặp

Trong Y học cổ truyền, viêm loét dạ dày – tá tràng phần lớn được quy vào phạm vi chứng Vị quản thống và Tào tạp. Tùy theo mức độ bệnh, diễn tiến lâm sàng và các triệu chứng kèm theo, bệnh có thể kèm các biểu hiện như thổ huyết, tiện huyết, nập ngốc, quỵện bì, phạp lực hoặc hình thể tiêu suy. Trên thực tế lâm sàng, bệnh cảnh thường là sự phối hợp giữa các yếu tố thực chứng như uất nhiệt, thực tích, đàm thấp, huyết ứ, hàn ngưng với các yếu tố hư chứng như Tỳ Vị hư nhược, khí huyết bất túc hoặc Vị âm hư. Để thuận tiện cho trình bày, các thể lâm sàng thường gặp có thể hệ thống thành 6 thể chính như sau [19, 21, 27]:

Bảng 1. Các thể lâm sàng thường gặp trong Vị quản thống

Thể lâm sàng	Bệnh cơ	Triệu chứng chủ yếu	Lưỡi / mạch	Pháp trị
Can Vị bất hòa	Can mất sơ tiết, khí cơ uất trệ, phạm Vị làm trung tiêu mất điều đạt	Đau tức và trướng vùng thượng vị, dễ khởi phát hoặc nặng lên khi căng thẳng, buồn bực; tức trướng hai mạn sườn, ợ hơi, chán ăn, hay thở dài	Lưỡi hơi tối hoặc đỏ nhạt, rêu trắng mỏng; mạch huyền	Sơ can, hòa vị, lý khí chỉ thống
Can Vị uất nhiệt	Can khí uất lâu ngày hóa nhiệt, phạm Vị, gây vị quản nóng rất và khí nghịch	Cồn cào hoặc nóng rất thượng vị từng cơn, ợ chua, miệng đắng, tức ngực, đầy trướng dạ dày, buồn nôn; có thể đau tức mạn sườn; ở nữ có thể kèm căng tức ngực trước kỳ kinh	Chất lưỡi đỏ hoặc rìa lưỡi đỏ, rêu trắng vàng mỏng hoặc vàng mỏng; mạch huyền sắc hoặc huyền hoạt	Sơ can thanh nhiệt, hòa vị giáng nghịch
Thực tích	Ăn uống thất điều làm thức ăn đình trệ; Tỳ mất kiện vận sinh đàm thấp trở trệ trung	Đầy trướng thượng vị, ợ chua, ợ có mùi thức ăn, buồn nôn, chán ăn, sợ mùi thức ăn, hôi miệng; có thể nôn ra dịch trong, người nặng nề, mệt mỏi, buồn ngủ sau ăn	Rêu lưỡi dày nhớt, trắng hoặc trắng đục; mạch hoạt hoặc huyền hoạt	Tiêu thực, hóa đàm, táo thấp, hòa vị giáng nghịch

Thể lâm sàng	Bệnh cơ	Triệu chứng chủ yếu	Lưỡi / mạch	Pháp trị
Huyết ứ trở lạc	Bệnh kéo dài làm khí trệ huyết ứ, trở trệ lạc mạch vùng vị quản	Đau thượng vị dữ dội, đau cố định, đau như châm chích hoặc như dao đâm; nếu có xuất huyết có thể nôn máu hoặc đi tiêu phân đen tím, có cục máu	Chất lưỡi tím sẫm hoặc có điểm ứ huyết; mạch sáp hoặc huyền sáp	Hoạt huyết, hóa ứ, thông lạc, chỉ thống
Tỳ Vị hư nhược	Tỳ Vị hư yếu, kiện vận và hòa giáng suy giảm, trung tiêu mất ôn dưỡng	Đau âm ỉ hoặc hơi cồn cào vùng thượng vị, thường xuất hiện khi đói, giảm khi ăn ấm, nặng hơn sau ăn đồ sống lạnh; chán ăn, trướng bụng sau ăn, miệng nhạt, mệt mỏi, tay chân lạnh, sắc mặt trắng, phân lỏng	Chất lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng; mạch hư hoặc nhược	Kiện tỳ, ích khí, hòa vị chỉ thống
Vị âm hư	Bệnh lâu ngày làm hao tổn vị âm, tân dịch bất túc, vị mất nhu dưỡng	Khô miệng, khô họng, khó nuốt nhẹ, ợ chua, nấc cụt, nôn khan, nóng rát thượng vị, đói nhưng ăn không nhiều, đại tiện táo, phân khô	Chất lưỡi đỏ, ít rêu hoặc bong rêu; mạch tế sắc	Dưỡng âm ích vị, hòa trung chỉ thống

Ghi chú: Khí huyết lưỡng hư hoặc dinh huyết bất túc thường gặp ở người bệnh có xuất huyết kéo dài hoặc bệnh lâu ngày, với các biểu hiện như sắc mặt nhạt, môi nhạt, mệt mỏi, hồi hộp, hoa mắt, chóng mặt và ra mồ hôi tự nhiên, không do gắng sức. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng, nhóm biểu hiện này thường xuất hiện trên nền Tỳ Vị hư nhược hoặc sau biến chứng xuất huyết, do đó có thể xem là trạng thái hư tổn phối hợp hơn là một thể bệnh tách biệt hoàn toàn.

3.5. Các phương pháp điều trị theo y học cổ truyền

3.5.1. Các phương pháp điều trị không dùng thuốc

Các phương pháp điều trị không dùng thuốc trong Y học cổ truyền, đặc biệt là hào châm, điện châm, cứu ngải, cấy chỉ và xoa bóp bấm huyết, đã được ứng dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý mạn tính, trong đó có chứng Vị quản thống. Nhìn chung, các nhóm phương pháp này hướng tới mục tiêu điều hòa khí huyết, thông kinh hoạt lạc, hòa vị chỉ thống, kiện tỳ ích vị, qua đó hỗ trợ cải thiện triệu chứng lâm sàng và góp phần cải thiện tình trạng niêm mạc dạ dày [30, 39, 59, 60]. Trong số đó, hào châm và cứu ngải là hai phương pháp được nghiên cứu và ứng dụng phổ biến hơn cả, với cơ sở lý luận tương đối rõ trong Y học cổ truyền và ngày càng được khảo sát dưới góc nhìn Y học hiện đại. Một số nghiên cứu cho thấy các phương pháp này có thể tham gia điều hòa vận động dạ dày, phản ứng viêm, stress oxy hóa, điều hòa hormone tiêu hóa và hệ vi sinh đường ruột [59, 60]. Về nguyên tắc lựa chọn phương pháp, châm bằng kim hoặc điện châm

thường được xem là phù hợp hơn trong các thể thực chứng hoặc trong những trường hợp cần tăng tác dụng điều hòa chức năng và cải thiện triệu chứng nhanh, trong khi cứu ngải thường được vận dụng nhiều hơn ở các thể bệnh Tỳ vị hư hàn; ở những bệnh cảnh hư thực kiêm tạp, có thể phối hợp cả châm và cứu nhằm nâng cao hiệu quả điều trị [61]. Các huyết thường được sử dụng trong điều trị bệnh lý liên quan đến dạ dày bao gồm Trung quản (CV12), Túc tam lý (ST36), Nội quan (PC6) và một số huyết phối hợp như Vị du (BL21), Tỳ du (BL20), Thái xung (LR3), Phong long (ST40), Công tôn (SP4), Lương khâu (ST34) và Tam âm giao (SP6); việc lựa chọn huyết nhìn chung cần dựa trên nguyên tắc biện chứng luận trị, kết hợp giữa huyết cơ bản và huyết gia giảm theo từng hội chứng lâm sàng cụ thể [62-64]. Theo đồng thuận chuyên gia của Sun và cộng sự (2023), trong điều trị viêm loét dạ dày bằng châm cứu, mỗi lần điều trị thường lựa chọn khoảng 5–10 huyết, với tần suất 3 lần mỗi tuần trong 3 tuần đầu, sau đó giảm xuống 2 lần mỗi tuần trong 3 tuần tiếp theo, tổng thời gian của một liệu trình điều trị khoảng 6 tuần [65].

Bên cạnh hào châm, điện châm và cứu ngải, cấy chỉ cũng được xem là một hình thức tác động huyết kéo dài, có cơ chế gắn với lưu châm liên tục, nhờ đó có thể duy trì kích thích tại huyết trong thời gian dài hơn so với châm bằng kim thông thường [34, 66]. Về mặt sinh học, chỉ được cấy vào huyết tạo nên kích thích kéo dài tại chỗ, có thể góp phần cải thiện các triệu chứng như đau, ợ hơi và trào ngược [34, 66]; đồng thời, quá trình tự tiêu của chỉ có thể khởi phát các phản ứng sinh học cục bộ, hỗ trợ điều hòa miễn dịch tại niêm mạc, ức chế tiết acid, hạn chế hoạt động của vi khuẩn HP và thúc đẩy quá trình phục hồi tổn thương niêm mạc loét [67]. Vì vậy, cấy chỉ được xem là một lựa chọn hỗ trợ đáng chú ý trong các trường hợp mạn tính hoặc dễ tái phát, đặc biệt khi cần kéo dài hiệu quả kích thích huyết vị và hạn chế sự phụ thuộc vào thuốc [34, 66, 68]. Ở góc độ Y học cổ truyền, phương pháp này được cho là có tiềm năng hỗ trợ cả hai phương diện trị tiêu và trị bản, vừa góp phần giảm triệu chứng cơ năng, vừa hỗ trợ phục hồi miễn dịch niêm mạc và tái lập cân bằng chức năng tạng phủ [34, 67].

Ngoài ra, xoa bóp bấm huyết cũng là một phương pháp được sử dụng rộng rãi trong chăm sóc sức khỏe và điều trị bệnh, trong đó thầy thuốc sử dụng các thủ pháp bằng tay như đẩy, nắm, nâng và ấn tác động lên kinh lạc và huyết vị của cơ thể, qua đó có thể góp phần điều hòa chức năng tạng phủ, giảm đau và cải thiện các rối loạn cơ năng của hệ tiêu hóa [69]. Các thủ pháp xoa bóp điều hòa chức năng tạng phủ hiện được cho là có thể liên quan đến cơ chế phản xạ tạng – thân (viscerosomatic reflex), theo đó kích thích cơ học lên vùng thành bụng, cơ – cân và huyết vị có thể ảnh hưởng trở lại đến hoạt động của tạng phủ liên quan. Theo Wang Jun và cộng sự (2017), trên 60 bệnh nhân Vị quản thống thuộc ba thể bệnh thực tích, hàn ngưng và Can khí uất, nhóm điều trị được áp dụng các thủ pháp khác nhau tùy theo thể bệnh, bao gồm ấn các huyết trên Nhâm mạch, xoa xát bằng gốc bàn tay và động tác phân miết vùng hạ sườn, trong khi nhóm chứng được điều trị bằng thuốc Tây y theo phác đồ thông thường. Kết quả cho thấy tỷ lệ hiệu quả chung của nhóm điều trị đạt 93,33%, cao hơn rõ rệt so với 70,00% ở nhóm chứng [70].

Nhìn chung, các nghiên cứu đã công bố gợi ý rằng các phương pháp không dùng thuốc tác động trên huyết có tiềm năng cải thiện triệu chứng, hỗ trợ phục hồi tổn thương niêm mạc và góp phần nâng cao hiệu quả

điều trị trong viêm loét dạ dày – tá tràng. Bên cạnh các phương pháp tác động trên huyết đã được sử dụng phổ biến, một số phương pháp điều trị không dùng thuốc khác như giác hơi và dán thuốc tại huyết cũng được ứng dụng trong thực hành lâm sàng nhằm cải thiện các triệu chứng như giảm đau vùng thượng vị của chứng Vị quản thống [69]. Các phương pháp này đều được vận dụng theo nguyên tắc biện chứng luận trị trong Y học cổ truyền, với việc lựa chọn huyết vị tùy theo thể bệnh cụ thể, chẳng hạn như thể Tỳ vị hư hàn. Một số tài liệu cho thấy các phương pháp này có thể góp phần cải thiện triệu chứng trong thời gian ngắn, đồng thời phản ánh ưu thế linh hoạt của cách tiếp cận điều trị cá thể hóa trong Y học cổ truyền [71].

Bảng 2. Các nghiên cứu về các phương pháp điều trị không dùng thuốc phổ biến trong điều trị Viêm loét dạ dày – tá tràng

Tác giả, năm [Tên tài liệu tham khảo]	Thiết kế nghiên cứu	Đối tượng/ cỡ mẫu	Can thiệp	Nhóm chứng	Kết quả chính	Mức độ bằng chứng
Chen và cộng sự (2011) [72]	Phân tích gộp (bao gồm các thử nghiệm ngẫu nhiên và có đối chứng)	10 nghiên cứu, 1.122 bệnh nhân	Các nghiên cứu gốc bao gồm nhiều can thiệp liên quan châm cứu, có thể gồm châm bằng kim đơn thuần, châm phối hợp điều trị khác và một số kỹ thuật tác động huyết khác; loại kỹ thuật không hoàn toàn đồng nhất giữa các nghiên cứu	Điều trị thường quy/Tây y	So với điều trị thường quy, các can thiệp tác động huyết làm tăng tổng tỷ lệ hiệu quả (RR = 1,10; 95%CI: 1,05– 1,16), tăng tỷ lệ âm tính Hp (RR = 1,12; 95%CI: 1,03–1,21), giảm tỷ lệ tái phát (OR = 0,42; 95%CI: 0,24–0,74), nhưng không làm tăng tỷ lệ lành loét qua nội soi có ý nghĩa thống kê (RR = 1,02; 95%CI: 0,97–1,08).	Mức I
Tian và cộng sự (2017)	Y Tổng quan hệ thống và phân tích	16 nghiên cứu, 1.570	Hào châm đơn thuần, hoặc hào châm kết hợp điều trị Tây y	Tây y đơn thuần	Hào châm đơn thuần không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với Tây y về tỷ lệ hiệu quả,	Mức I

Tác giả, năm [Tên tài liệu tham khảo]	Thiết kế nghiên cứu	Đối tượng/ cỡ mẫu	Can thiệp	Nhóm chứng	Kết quả chính	Mức độ bằng chứng
[73]	gộp về hào châm trong điều trị loét tiêu hóa	bệnh nhân loét tiêu hóa			lành loét và Hp âm tính, nhưng giảm tái phát (RR = 0,35; 95%CI: 0,14–0,84). Hào châm kết hợp Tây y tốt hơn Tây y đơn thuần về tỷ lệ hiệu quả (RR = 1,20), tỷ lệ lành loét (RR = 1,29) và giảm tái phát (RR = 0,27).	
Liang Ding, Yan Xiao, (2023) [74]	Tổng quan hệ thống và phân tích gộp các RCT	25 nghiên cứu, 2.233 bệnh nhân	Bao gồm châm bằng kim và các phác đồ phối hợp liên quan tác động huyết; một số nghiên cứu có phối hợp cứu, YHCT hoặc Tây y	Tây y đơn thuần	Meta-analysis cho thấy các can thiệp tác động huyết/phối hợp tăng tỷ lệ hiệu quả (OR = 4,17; 95%CI: 3,06–5,66), tăng tỷ lệ âm tính Hp (OR = 2,39; 95%CI: 1,73–3,30), giảm tác dụng không mong muốn (OR = 0,18; 95%CI: 0,12–0,35) và giảm tái phát (OR = 0,35; 95%CI: 0,17– 0,58) so với Tây y đơn thuần.	Mức I
Li Cuiying và cộng	Thử nghiệm lâm sàng	60 bệnh nhân ban đầu;	Hào châm theo lý thuyết “compatibility of the five	Hp dương tính:	Điểm triệu chứng cải thiện ở cả hai nhóm nhưng không khác biệt	Mức II

Tác giả, năm [Tên tài liệu tham khảo]	Thiết kế nghiên cứu	Đối tượng/ cỡ mẫu	Can thiệp	Nhóm chứng	Kết quả chính	Mức độ bằng chứng	
Sự (2017) [75]	ngẫu nhiên	phân tích 28 nhóm can thiệp và 29 nhóm chứng	meridians”, lần/ngày, ngày/tuần, tuần	1 5 4	omepraz ole + amoxicilli n + clarithro mycin; Hp âm tính: omepraz ole	giữa hai nhóm. Tỷ lệ liền loét qua nội soi, tổng hiệu quả và kháng Hp không khác biệt có ý nghĩa. Tuy nhiên, tỷ lệ chuyển âm Hp ở nhóm hào chậm thấp hơn nhóm chứng: 22,2% so với 52,6%.	
Niu Hong- Yue và cộng sự (2007) [76]	Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm có đối chứng	276 bệnh nhân loét tiêu hóa; 138 nhóm can thiệp, 138 nhóm chứng	Hào chậm sâu tại Trung quản (CV12) bằng kim dài, theo đôi 6 tuần	Cimetidin e	Nhóm hào chậm giảm đau nhanh hơn và cải thiện ăn uống tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,05$). Tuy nhiên, tổng tỷ lệ hiệu quả giữa hai nhóm tương đương (90,6% so với 88,4%) và hiệu quả nội soi không khác biệt có ý nghĩa thống kê	Mức II	
Nguyễn Hồng Thái, Phạm Hải Dương (2025)	Nghiên cứu mô tả trước –sau không đối chứng	40 bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng	Châm cứu theo phác đồ Bộ Y tế; tùy thể bệnh có thể dùng châm đơn thuần hoặc châm bổ và/hoặc cứu, kết hợp xoa bóp bấm huyệt;	Không có	Các triệu chứng lâm sàng cải thiện có ý nghĩa; VAS giảm từ $5,05 \pm 1,2$ xuống $1,73 \pm$ $1,01$ sau điều trị; hình ảnh nội soi có xu hướng cải thiện nhưng	Mức III	

Tác giả, năm [Tên tài liệu tham khảo]	Thiết kế nghiên cứu	Đối tượng/ cỡ mẫu	Can thiệp	Nhóm chứng	Kết quả chính	Mức độ bằng chứng
[77]			5 ngày/tuần trong 4 tuần.		chưa có ý nghĩa thống kê; một số triệu chứng YHCT cải thiện.	
Yi-Fang Liang và cs (2026)	Tổng quan hệ thống và phân tích	17 RCT, tổng cộng 1.632	Bao gồm hào châm + thuốc YHCT, ôn châm + thuốc YHCT, hoặc cấy chỉ tại huyệt + thuốc YHCT	Không châm cứu/tác động huyết + thuốc YHCT, hoặc Tây y, hoặc thuốc YHCT đơn thuần, hoặc phối hợp YHCT và Tây y.	Nhóm can thiệp phối hợp tăng hiệu quả điều trị (OR = 4,83; 95%CI: 3,36–6,93; p < 0,00001), tăng tiết trừ <i>H. pylori</i> (OR = 3,94; 95%CI: 2,35–6,60; p < 0,00001) và giảm tái phát (OR = 0,22; 95%CI: 0,13–0,38; p < 0,00001). Tuy nhiên đây là bằng chứng cho phác đồ phối hợp, không tách riêng hiệu quả của từng kỹ thuật.	Mức I
[78]	gộp các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng	bệnh nhân loét dạ dày				

3.5.2. Các phương pháp điều trị dùng thuốc

Trong những năm gần đây, việc kết hợp Y học cổ truyền với điều trị Y học hiện đại trong các bệnh lý dạ dày, đặc biệt là loét tiêu hóa và nhiễm *Helicobacter pylori*, ngày càng thu hút sự quan tâm của giới nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu lâm sàng, bao gồm thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng và các phân tích tổng hợp (tổng quan hệ thống, phân tích gộp, phân tích gộp mạng lưới), đã được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của các phương pháp điều trị này. Các bằng chứng hiện có cho thấy việc bổ sung điều trị các phương pháp theo Y học cổ truyền vào phác đồ điều trị chuẩn có thể cải thiện nhiều kết cục lâm sàng quan trọng, như tăng tỷ lệ lành loét, nâng cao hiệu quả diệt trừ *H. pylori*, cải thiện triệu chứng và giảm tỷ lệ tái phát, đồng thời không làm gia tăng đáng kể các biến cố bất lợi. Bảng 3 dưới đây tổng hợp một cách

hệ thống các nghiên cứu đạt tiêu chuẩn lựa chọn, bao gồm các thông tin cốt lõi: tác giả và năm công bố, thiết kế nghiên cứu, đặc điểm đối tượng và cỡ mẫu, phương pháp can thiệp, nhóm chứng, các chỉ số đánh giá chính, kết quả nổi bật cũng như mức độ bằng chứng. Việc tổng hợp này nhằm cung cấp cái nhìn toàn diện về hiệu quả điều trị của các can thiệp liên quan đến Y học cổ truyền trong bệnh lý loét tiêu hóa, đồng thời hỗ trợ việc đánh giá chất lượng và độ tin cậy của các bằng chứng hiện có.

Bảng 3. Các nghiên cứu về các phương pháp điều trị dùng thuốc trong điều trị Viêm loét dạ dày – tá tràng

Tác giả, năm	Thiết kế nghiên cứu	Đối tượng / Cỡ mẫu	Can thiệp	Nhóm chứng	Kết quả chính	Mức độ bằng chứng
Huang X và cộng sự., (2018) [79]	Tổng quan hệ thống và phân tích gộp các RCT	14 RCTs, tổng 1476 bệnh nhân loét tiêu hóa, ở 787 nhóm can thiệp, 689 ở nhóm chứng	Tứ quân tử gia giảm (modified SJZD), dùng ở phổi hợp điều chuẩn	Điều trị chống thông thường: cimetidine, ranitidine + sucralfate, các phác đồ chứa omeprazole/ pantoprazol e, kháng sinh	So với cimetidine, tăng diệt trừ <i>H. pylori</i> (RR 2,81; 95% CI 1,95–4,06) và giảm tái phát (RR 0,20; 95% CI 0,09–0,46); phác đồ omeprazole–amoxicillin–clarithromycin, tăng lành loét (RR 1,59; 95% CI 1,10–2,28), cải thiện triệu chứng (RR 1,26; 95% CI 1,09–1,47), tăng diệt trừ <i>H. pylori</i> (RR 1,33; 95% CI 1,03–1,73), giảm tái phát (RR 0,07; 95% CI 0,01–0,50). Không có biến cố bất lợi nghiêm trọng	Mức I
Shi Xiaoshua ng và cộng sự. (2019) [80]	Tổng quan hệ thống và phân tích gộp các RCT	8 RCTs, tổng 919 bệnh nhân loét dạ dày-tá tràng có <i>H. pylori</i>	Thuốc Y học cổ truyền + điều trị chuẩn	Điều trị đơn chuẩn	Phối hợp thuốc YHCT làm tăng tỷ lệ thanh thải <i>H. pylori</i> so với điều trị chuẩn đơn thuần (OR = 3,10; 95% CI: 2,21–4,36; I ² = 20%; p < 0,01) và giảm tác dụng bất lợi (OR = 0,28; 95% CI: 0,15–0,52; I ² = 0%; p < 0,01).	Mức I
Lin M và cộng sự.	Tổng quan	25 RCT, 2.555	Kangfuxin kết hợp điều	Điều trị nền bằng	Kangfuxin + rabeprazole làm tăng tỷ lệ lành loét (RR 1,34; 95% CI	Mức I

Tác giả, năm	Thiết kế nghiên cứu	Đối tượng / Can thiệp cỡ mẫu	Can thiệp	Nhóm chứng	Kết quả chính	Mức độ bằng chứng
(2020) [81]	hệ thống và phân tích gộp RCT	bệnh nhân loét tiêu hóa; 1.281 nhóm can thiệp, 1.274 nhóm chứng	trị nền bằng rabeprazole	đơn thuần	1,25–1,44; $I^2 = 0\%$), tăng đáp ứng chung (RR 1,16; 95% CI 1,13–1,20; $I^2 = 42\%$), cải thiện triệu chứng (RR 1,14; 95% CI 1,08–1,21; $I^2 = 8\%$), giảm tái phát (RR 0,38; 95% CI 0,24–0,61; $I^2 = 0\%$), không làm tăng tác dụng bất lợi (RR 0,92; 95% CI 0,66–1,28; $I^2 = 0\%$)	
Bao Z và cộng sự (2022) [82]	Tổng quan hệ thống và phân tích gộp mạng lưới RCT	55 RCT, 6.187 bệnh nhân viêm dạ dày liên quan <i>H. pylori</i>	9 bài thuốc YHCT + liệu pháp chuẩn bốn thuốc	Liệu pháp chuẩn bốn thuốc đơn thuần (SQ)	về diệt trừ <i>H. pylori</i> , Bán hạ tả tâm thang (OR 1,628; 95% CI 1,157–2,147) và Liên phác ẩm (OR 1,516; 95% CI 1,017–2,056) tốt hơn SQ, trong khi Kinh hoa vị kháng kém hơn SQ (OR 0,654; 95% CI 0,385–0,950); về đáp ứng điều trị, Bán hạ tả tâm thang (OR 1,476; 95% CI 1,088–1,898), Hoắc phác hạ linh thang (OR 1,956; 95% CI 1,179–2,781) và Liên phác ẩm (OR 1,769; 95% CI 1,260–2,304) đều vượt trội hơn SQ; về an toàn, Bán hạ tả tâm thang, Hoàng kỳ kiến trung thang, Liên phác ẩm, Vị tồ hạt và Kinh hoa vị kháng giúp giảm tác dụng bất lợi. Theo xếp hạng NMA, Bán hạ tả tâm thang đứng đầu về diệt trừ <i>H. pylori</i> , Hương sa lục quân	Mức I

Tác giả, năm	Thiết kế nghiên cứu	Đối tượng / cỡ mẫu	Can thiệp	Nhóm chứng	Kết quả chính	Mức độ bằng chứng
					từ thang đứng đầu về đáp ứng điều trị và Hoàng kỳ kiến trung thang đứng đầu về an toàn.	
Jiang và cộng sự (2024) [83]	Z Tổng quan hệ thống và phân tích gộp mạng lưới RCT	36 RCT, 3.620 bệnh nhân tiêu dương tính <i>H. pylori</i> ; 1.830 nhóm can thiệp, 1.790 nhóm chứng	7 thuốc thành phẩm Y học cổ truyền phác đồ ba thuốc hoặc bốn thuốc	Phác đồ ba thuốc hoặc bốn thuốc (T/Q)	Weisu granule + T/Q làm tăng tỷ lệ lành loét hoàn toàn (RR 2,08; 95% CI 1,16–3,74), Weifuchun + T/Q làm tăng tỷ lệ hiệu quả (RR 1,13; 95% CI 1,02–1,25), Puyuanhewei + T/Q làm tăng tỷ lệ diệt trừ <i>H. pylori</i> (RR 1,46; 95% CI 1,04–2,04), trong khi Kangfuxin + T/Q và Weisu + T/Q giúp giảm tỷ lệ tái phát loét (RR 0,40; 95% CI 0,29–0,56 và RR 0,27; 95% CI 0,10–0,69). Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tác dụng bất lợi giữa các can thiệp. Xét đồng thời hiệu quả và an toàn theo phân tích cụm, Jianweiyuyang + T/Q là lựa chọn tối ưu nhất, tiếp theo là Kangfuxin + T/Q.	Mức I
Zhong và cộng sự (2025) [84]	M Tổng quan hệ thống và phân tích gộp mạng lưới	35 nghiên cứu, tổng 4667 bệnh nhân loét dạ dày liên quan	11 thuốc thành phẩm Y học cổ truyền thuốc Tây	Thuốc Tây đơn thuần (phác đồ ba thuốc hoặc bốn thuốc, PPI)	So với thuốc Tây đơn thuần, Wenweishu + thuốc Tây cải thiện hiệu quả lâm sàng (OR 7,53; 95% CI 2,62–21,60), Pingwei + thuốc Tây có xếp hạng cao nhất về diệt trừ <i>H. pylori</i> , Wenweishu + thuốc Tây giúp giảm tái phát loét (OR 0,21; 95% CI 0,08–0,59), và	Mức I

Tác giả, năm	Thiết kế nghiên cứu	Đối tượng / Can thiệp / cỡ mẫu	Nhóm chứng	Kết quả chính	Mức độ bằng chứng
	các RCT	<i>H. pylori</i>		Kangfuxin + thuốc Tây cho độ an toàn tốt nhất (OR 0,18; 95% CI 0,05–0,64).	
Liang Y-F và cộng sự (2026) [78]	Tổng quan hệ thống và phân tích gộp các RCT	17 RCTs, tổng 1632 bệnh nhân loét dạ dày	Châm cứu + thuốc YHCT thảo dược ± thuốc Tây nhưng không có châm cứu	Không châm cứu + thuốc thảo dược ± thuốc Tây nhưng không có châm cứu	Mức I
				Châm cứu + YHCT cải thiện hiệu quả điều trị (OR 4,83; 95% CI 3,36–6,93), tăng diệt trừ <i>H. pylori</i> (OR 3,94; 95% CI 2,35–6,60), giảm tái phát (OR 0,22; 95% CI 0,13–0,38) và giảm gastrin (MD chứng là -18,39; 95% CI -20,68 đến -16,11); chưa ghi nhận tăng tác dụng bất lợi.	
Zhang T và cộng sự (2022) [85]	Thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm, ngẫu nhiên, đối chứng thuốc dương tính	216 bệnh nhân viêm dạ dày teo có loét; Tam thất + Chiết bối trong 4 tuần	Thuốc YHCT phối hợp bột Tam thất + Chiết bối trong 4 tuần	Hỗn dịch nhôm hydroxyd + maginesi hydroxyd 3 lần/ngày trong 4 tuần	Mức II
				Không có khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm về cải thiện loét niêm mạc hoặc mô bệnh học sau điều trị ($p > 0,05$); tỷ lệ đáp ứng cải thiện loét: chứng 69,12%, test 1 (73,24%), test 2 (69,01%). Tuy vậy, nhóm YHCT cải thiện triệu chứng chính và tổng điểm triệu chứng tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,05$), đồng thời cải thiện một số miền điểm PRO tốt hơn. Không khác biệt có ý nghĩa về AEs/ADRs; không có biến cố	

Tác giả, kể năm	Thiết kế nghiên cứu	Đối tượng / Can thiệp cỡ mẫu	Nhóm chứng	Kết quả chính	Mức độ bằng chứng
		test 2: 70)		nghiêm trọng.	

3.6. Các nghiên cứu về phương pháp điều trị kết hợp đông – tây y

Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu thực nghiệm cũng cho thấy các dược liệu và hợp chất có nguồn gốc thực vật, đặc biệt là polyphenol, triterpenoid, proanthocyanidin và flavonoid, có khả năng bảo vệ niêm mạc dạ dày thông qua các cơ chế chống oxy hóa, chống viêm và điều hòa hàng rào niêm mạc. Một số hợp chất như gallic acid, chiết xuất *Byrsonima intermedia*, *Jasminum grandiflorum* và các flavonoid từ Cam thảo đã được chứng minh có thể giảm stress oxy hóa, giảm biểu hiện cytokine viêm, tăng sản xuất PGE₂ và NO, hoạt hóa trực tiếp hiệu Nrf2/HO-1, ức chế bơm proton H⁺/K⁺-ATPase và cải thiện hàng rào chất nhầy niêm mạc; trong một số trường hợp còn thể hiện tác dụng kháng HP. Những kết quả này cho thấy tiềm năng của các chế phẩm có nguồn gốc thực vật như liệu pháp hỗ trợ an toàn trong điều trị PUD [86-89].

Tuy nhiên, các tổng quan và khuyến cáo dựa trên bằng chứng gần đây cũng nhấn mạnh rằng, mặc dù liệu pháp kết hợp giữa Y học cổ truyền và điều trị chuẩn có thể cải thiện tỷ lệ lành loét, tăng hiệu quả diệt *Helicobacter pylori*, giảm tái phát và cải thiện triệu chứng lâm sàng, nhưng chất lượng bằng chứng hiện nay vẫn chưa đồng nhất. Nhiều thử nghiệm có cỡ mẫu nhỏ, nguy cơ sai lệch cao, thiếu mù và chủ yếu được thực hiện tại một quốc gia, do đó cần thêm các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm với thiết kế chặt chẽ hơn trước khi các phác đồ điều trị tích hợp này có thể được đưa vào khuyến cáo rộng rãi trong thực hành lâm sàng [83, 90].

4. BÀN LUẬN

4.1. Ý nghĩa của việc quy nạp PUD vào Vị quản thống

Một trong những giá trị học thuật quan trọng của bài tổng quan là làm rõ cơ sở để quy nạp Viêm loét dạ dày – tá tràng trong phạm vi chứng “Vị quản thống” theo Y học cổ truyền. Cách quy nạp này không dựa trên tổn thương giải phẫu bệnh tương ứng của Y học hiện đại, mà dựa trên hệ thống triệu chứng lâm sàng như đau vùng thượng vị, ợ hơi, ợ chua, khó tiêu, nôn ói và rối loạn đại tiện và dựa vào hệ thống lý luận biện chứng bệnh [21, 27]. Điều này cho thấy Y học cổ truyền tiếp cận bệnh theo mô hình hội chứng chức năng, trong đó bệnh danh được xác lập trên cơ sở biểu hiện tổng thể của người bệnh hơn là một cơ chế bệnh sinh đơn lẻ.

Từ góc độ thực hành, việc quy nạp PUD vào “Vị quản thống” có ý nghĩa ở chỗ giúp kết nối bệnh lý tiêu hóa hiện đại với hệ thống lý luận và phương pháp điều trị đã được tích lũy lâu dài trong Y học cổ truyền [19,

21, 91]. Nhờ đó, các nguyên tắc như sơ can, kiện tỳ, hòa vị, lý khí, hoạt huyết và hóa thấp có thể được vận dụng có hệ thống trong điều trị. Đồng thời, cách tiếp cận này cũng tạo nền tảng để khai thác các liệu pháp hỗ trợ từ Y học cổ truyền trong bối cảnh PUD vẫn còn là bệnh lý phổ biến, có nguy cơ tái phát cao và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố phổ biến hiện nay như *Helicobacter pylori*, NSAIDs, ảnh hưởng bởi lối sống sinh hoạt và stress [7, 8, 92].

Tuy nhiên, cũng cần nhấn mạnh rằng sự quy nạp này chỉ mang tính chất tương đối về mặt hội chứng học, không phải sự đồng nhất hoàn toàn giữa bệnh danh Y học cổ truyền và triệu chứng bệnh học của Y học hiện đại. Qua đó bài tổng quan trên mang đến góc nhìn mới trong sự tương quan giữa hai hệ thống lý luận vốn khác nhau về nền tảng nhận thức về cơ chế bệnh sinh cũng như các phương pháp trong điều trị [21, 27].

4.2. Ý nghĩa và hệ thống lý luận của cơ chế bệnh sinh Vị quản thống theo Y học cổ truyền

Dữ liệu tổng hợp trong bài cho thấy cơ chế bệnh sinh chủ yếu xoay quanh các tạng phủ Can – Tỳ – Vị trong lý giải PUD theo Y học cổ truyền. Theo đó, sự mất điều hòa giữa Can, Tỳ và Vị dẫn đến rối loạn khí cơ ở trung tiêu, tạo nên các biểu hiện như Can Vị bất hòa, Khí trệ, Thấp nhiệt, Huyết ứ, Hư hàn hoặc Âm hư [31-34]. Những thông tin tổng hợp từ bài tổng quan mang đến giá trị vì không chỉ giải thích đặc thù về triệu chứng bệnh chủ yếu như đau vùng thượng vị theo nguyên lý “bất thông tắc thống, bất vinh tắc thống”, mà cho thấy góc nhìn về sự đa dạng của biểu hiện lâm sàng phức tạp trên từng nhóm bệnh nhân [30, 31]. Qua đó, khái niệm “bản hư tiêu thực” đặc biệt có ý nghĩa trong việc giải thích rõ hơn về nguồn gốc phát sinh bệnh. Diễn hình trong bài tổng này tổng hợp các thông tin từ nhiều nguồn nghiên cứu đã cho thấy kết quả thể lâm sàng Tỳ Vị hư nhược dường như được xem là gốc bệnh, trong khi các yếu tố căn nguyên khác bao gồm Thấp nhiệt, Khí trệ và Huyết ứ là phần ngọn biểu hiện rõ trên lâm sàng [19, 52]. Do đó, góc nhìn từ bài phân tích này khá tương đồng với thực tế lâm sàng của PUD hiện nay. Đó là tình trạng người bệnh phải đối mặt với các yếu tố gây bệnh kéo dài dẫn đến suy giảm hàng rào bảo vệ niêm mạc, cùng các yếu tố tấn công và thúc đẩy sự tổn thương như viêm, tăng tiết acid, nhiễm *H. pylori* hay rối loạn vận động tiêu hóa [10, 11]. Hơn nữa, hệ thống bệnh lý xoay quanh trục Can – Tỳ – Vị là cơ sở lý luận then chốt giải thích sự đa dạng về các thể lâm sàng trong Y học cổ truyền đối với cùng một bệnh danh theo Y học hiện đại. Về mặt trị liệu, quan điểm này cung cấp một cái nhìn đa chiều thay vì cách tiếp cận đơn lẻ; từ đó cho phép phân tích sự tương tác phức tạp giữa trạng thái tạng phủ, khí huyết và tà khí từ đó xác lập được phương pháp điều trị tối ưu [21, 31]. Trên cơ sở biện chứng luận trị, chiến lược này vừa giải quyết các triệu chứng cấp tính (tiêu), đồng thời phục hồi và điều chỉnh rối loạn chức năng cốt lõi của người bệnh (bản).

4.3. Ý nghĩa của biện chứng luận trị trong cá thể hóa điều trị

Dựa trên các dữ liệu tổng hợp về điện châm, châm cứu, cấy chỉ, xoa bóp và các liệu pháp dùng thuốc, có thể nhận thấy biện chứng luận trị đóng vai trò là nguyên tắc định hướng quan trọng trong điều trị PUD theo Y học cổ truyền [39, 52, 69, 85]. Đặc trưng của nguyên tắc này có thể mang lại khả năng tối ưu hóa lộ trình điều trị theo từng cá thể, thay vì áp dụng các phác đồ rập khuôn. Trong nhóm phương pháp không dùng

thuốc, việc lựa chọn giữa châm, cứu hay phối hợp châm kèm cứu ngài thường được cân nhắc dựa trên sự phân biệt giữa các trạng thái hư, thực hoặc hư thực kèm tạp của bệnh cảnh [39, 65]. Tương tự, cây chỉ được ứng dụng như một phương thức lưu châm kéo dài, phù hợp hơn với các tình trạng mạn tính cần duy trì kích thích huyết vị liên tục cũng như mang lại hiệu quả và sự tiện lợi cao hơn so với các phương pháp châm thông thường [34,66]. Đối với các liệu pháp dùng thuốc, sự lựa chọn bài thuốc dựa theo pháp trị trong y văn có thể cho thấy tính tương thích cao với các thể bệnh lâm sàng. Chẳng hạn, thể Tỳ vị thấp nhiệt thường hướng đến phép thanh nhiệt hóa thấp; trong khi thể Tỳ vị hư hàn lại ưu tiên kiện tỳ ích khí, ôn trung hòa vị; và thể Hàn nhiệt tắc tụ hướng tới tân khai khổ giáng để điều hòa vị khí [52]. Nghiên cứu của Zhang T và cộng sự đã minh chứng thêm cho sự đa dạng này khi chỉ ra rằng, cùng một tổn thương niêm mạc dạ dày nhưng phác đồ sẽ được tinh chỉnh chuyên biệt cho các thể như Can khí uất trệ, Tỳ vị thấp nhiệt, Tỳ vị hư hàn hay Vị âm hư [85]. Có thể nói, biện chứng luận trị phản ánh sự nhìn nhận về tính không đồng nhất của bệnh nhân PUD trên thực tế. Dù cùng biểu hiện triệu chứng đau thượng vị, nhưng sự khác biệt về cơ địa, diễn tiến và trạng thái tạng phủ đòi hỏi những can thiệp điều trị khác nhau. Cách tiếp cận này có những nét tương đồng nhất định với xu hướng y học cá thể hóa hiện nay, mặc dù tồn tại sự khác biệt về hệ quy chiếu. Bên cạnh đó, kết quả từ các nghiên cứu khai phá dữ liệu về sự phối ngũ thuốc cho thấy việc tập trung vào các trục điều trị ổn định như kiện tỳ bổ khí, thanh nhiệt giải độc, lý khí hòa vị và hoạt huyết hóa ứ. Điều này gợi mở rằng, biện chứng luận trị trong lâm sàng vốn vận hành dựa trên những quy luật y lý hệ thống và có tính kế thừa cao.

4.4. Mức độ tương thích giữa Y học cổ truyền và một số cơ chế theo Y học hiện đại

Một điểm đáng chú ý của bài tổng quan là nhiều dữ liệu đã gợi mở khả năng đối chiếu giữa lý luận Y học cổ truyền và một số cơ chế sinh học hiện đại, đặc biệt trong lĩnh vực bảo vệ niêm mạc, điều hòa viêm, chống oxy hóa và phục hồi tổn thương niêm mạc dạ dày. Một số hợp chất có nguồn gốc thực vật được ghi nhận có thể làm giảm stress oxy hóa, giảm biểu hiện cytokine viêm, tăng PGE₂ và NO, hoạt hóa trục Nrf2/HO-1, ức chế H⁺/K⁺-ATPase và cải thiện hàng rào chất nhầy niêm mạc; trong một số trường hợp còn có tác dụng kháng *Helicobacter pylori*. Những phát hiện này phần nào làm tăng tính thuyết phục sinh học cho việc sử dụng dược liệu và chế phẩm Y học cổ truyền như liệu pháp bổ trợ trong PUD [86-89].

Tương tự, ở mức lâm sàng, nhiều nghiên cứu được tổng hợp trong bài cho thấy khi phối hợp Y học cổ truyền với phác đồ điều trị chuẩn, có thể ghi nhận cải thiện về tỷ lệ diệt trừ *Helicobacter pylori*, mức độ lành loét, triệu chứng lâm sàng và tác dụng không mong muốn [82, 83]. Một số chế phẩm mới được phát triển và sử dụng trong điều trị PUD như Jianweiyuyang hay Kangfuxin còn được ghi nhận về tiềm năng hỗ trợ tái tạo niêm mạc và phục hồi biểu mô dạ dày [93-95]. Tuy vậy, mức độ tương thích giữa Y học cổ truyền và Y học hiện đại trong bài tổng quan này còn mang tính khái quát do hiện nay vẫn chưa tìm thấy các cơ sở nghiên cứu mang tính đồng nhất rõ ràng trong việc làm rõ cơ chế ở các thể lâm sàng theo Y học cổ truyền như Can Vị bất hòa, Tỳ vị hư hàn, Thấp nhiệt hay Huyết ứ tương ứng trong sinh học theo y học hiện

đại ở mức mô học, sinh hóa và phân tử [27, 31].

4.5. Hạn chế của bằng chứng hiện có

Dù kết quả phối hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại trong điều trị Viêm loét dạ dày - tá tràng cho thấy những tín hiệu tích cực, nhưng khi đánh giá thông qua các kết quả đã công bố thì các bằng chứng hiện tại vẫn còn nhiều điểm hạn chế cần được xem xét một cách thận trọng.

Nguy cơ sai lệch và thiếu làm mù: Chất lượng phương pháp luận của phần lớn các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT) hiện nay ở mức thấp. Các phân tích gộp quy mô lớn cho thấy tỷ lệ áp dụng kỹ thuật làm mù là rất ít. Cụ thể như trong nghiên cứu của Zhong và cộng sự (cs) (2025) với 35 RCTs (4.667 bệnh nhân) nhưng chỉ có 1 nghiên cứu mô tả phương pháp làm mù và che giấu phân bổ [84]. Một phân tích khác của Bao và cs (2022) trên 55 RCTs (6.187 bệnh nhân) ghi nhận có tới 39 nghiên cứu không làm mù bệnh nhân và chỉ 3 nghiên cứu làm mù người đánh giá kết quả [82]. Sự thiếu sót này xuất phát từ đặc thù của thuốc sắc YHCT (mùi, vị, màu sắc khó tạo giả dược), nhưng hệ quả là làm tăng nguy cơ sai lệch đánh giá, để phóng đại hiệu quả trên các chỉ số mang tính chủ quan.

Cỡ mẫu nhỏ, thiếu theo dõi dài hạn và sai lệch tính đại diện: Phần lớn các RCT bộc lộ khiếm khuyết về thiết kế khi chỉ có cỡ mẫu nhỏ, tiến hành tại một địa điểm và thiếu quá trình theo dõi dài hạn để đánh giá tỷ lệ tái phát [81, 84]. Hơn nữa, tính đại diện của dữ liệu bị giới hạn nghiêm trọng khi 100% các nghiên cứu trong nhiều tổng quan hệ thống lớn (như nghiên cứu của Jiang và cs (2024) với 36 RCTs gồm 3.620 bệnh nhân, hay nghiên cứu của Zhong và cs (2025) có 35 RCTs gồm 4.667 bệnh nhân) đều được thực hiện tại Trung Quốc [83, 84]. Điều này gây ra sai lệch lớn về mặt chủng tộc và khu vực địa lý.

Tính không đồng nhất cao giữa các nghiên cứu: Dữ liệu tổng hợp có sự phân tán lớn (chỉ số không đồng nhất ở một số đánh giá có thể lên tới 96%). Nguyên nhân bắt nguồn từ sự khác biệt trong phác đồ Tây y nền tảng ở nhóm chứng (thuốc PPI, kháng sinh), thời gian điều trị (thường dao động từ 2 đến 8 tuần) [83], tiêu chuẩn đánh giá triệu chứng không thống nhất, cũng như tỷ lệ kháng kháng sinh của *H. pylori* tại từng địa phương [80].

Vấn đề chuẩn hóa bài thuốc: Có sự mâu thuẫn nội tại giữa biện chứng luận trị của YHCT và tiêu chuẩn Y học chứng cứ. Việc thầy thuốc gia giảm vị thuốc và liều lượng theo từng cá thể làm giảm tính lặp lại của nghiên cứu [83]. Để khắc phục hạn chế này, các nghiên cứu trong tương lai cần tập trung đánh giá trên các chế phẩm thuốc thành phẩm đã được chuẩn hóa về quy trình bào chế nhằm cung cấp bằng chứng có độ tin cậy cao hơn [83, 84].

5. KẾT LUẬN

Viêm loét dạ dày – tá tràng có cơ chế bệnh sinh phức tạp nhưng chủ yếu do *H. pylori*, NSAIDs và lối sống ảnh hưởng, được YHCT quy thuộc phạm vi chứng "Vị quản thống". Bệnh sinh bắt nguồn từ rối loạn công năng Can - Tỳ - Vị, thể hiện đặc điểm "bản hư tiêu thực" (gốc ở Tỳ Vị hư; ngọn là thấp nhiệt, khí trệ, huyết ứ). Dựa trên nguyên tắc biện chứng luận trị, YHCT điều trị toàn diện thông qua các phương pháp không

dùng thuốc (châm cứu, cấy chỉ, xoa bóp...) giúp hỗ trợ thông kinh hoạt lạc, kết hợp hệ thống bài thuốc cổ phương giúp kiện tỳ, hóa thấp, lý khí và hoạt huyết. Đặc biệt, trong bối cảnh *Helicobacter pylori*, việc gia tăng kháng thuốc và các phương pháp điều trị Tây y còn những khía cạnh hạn chế bởi tác dụng phụ, qua đó việc phối hợp Đông - Tây y mang lại những lợi ích song hành, tối ưu hóa tỷ lệ diệt trừ vi khuẩn, đẩy nhanh phục hồi niêm mạc và hạn chế các nguy cơ tái phát. Những kết quả được trình bày bài tổng quan khẳng định giá trị cốt lõi, thiết thực của Y học cổ truyền trong chiến lược điều trị tích hợp. Trong tương lai, các thử nghiệm lâm sàng quy mô lớn với thiết kế chặt chẽ sẽ mang lại bước tiến lớn nhằm mục tiêu sáng tỏ cơ chế sinh học, tiến tới sự hoàn thiện hơn bởi việc kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại trong quản lý và điều trị các bệnh lý liên quan đến đường tiêu hóa nói chung và bệnh lý Viêm loét dạ dày – tá tràng nói riêng.

6. KHUYẾN NGHỊ

Từ các dữ liệu tổng quan, khuyến nghị cần triển khai thêm các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đa trung tâm, cỡ mẫu lớn với thiết kế làm mù phù hợp nhằm củng cố mức độ bằng chứng cho các phương pháp Y học cổ truyền trong điều trị Viêm loét dạ dày – tá tràng. Các nghiên cứu tiếp theo cần tập trung vào việc chuẩn hóa quy trình can thiệp dựa trên biện chứng luận trị, đồng thời thống nhất các tiêu chí đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng khách quan. Việc minh bạch hóa các báo cáo về nguy cơ sai lệch và biến cố bất lợi là yêu cầu tiên quyết để chuyển đổi các dữ liệu hiện có thành bằng chứng có độ tin cậy cao, phục vụ cho việc xây dựng các hướng dẫn thực hành lâm sàng tích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ren J, Jin X, Li J, Li R, Gao Y, Zhang J, et al. The global burden of peptic ulcer disease in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *International Journal of Epidemiology*. 2022;51(5):1666-76.
2. Abbasi-Kangevari M, Ahmadi N, Fattahi N, Rezaei N, Malekpour MR, Ghamari SH, et al. Quality of care of peptic ulcer disease worldwide: A systematic analysis for the global burden of disease study 1990-2019. *PLoS One*. 2022;17(8):e0271284.
3. Hao W, Zheng C, Wang Z, Ma H. Global burden and risk factors of peptic ulcer disease between 1990 and 2021: An analysis from the global burden of disease study 2021. *PLOS ONE*. 2025;20(7):e0325821.
4. Xie X, Ren K, Zhou Z, Dang C, Zhang H. The global, regional and national burden of peptic ulcer disease from 1990 to 2019: a population-based study. *BMC Gastroenterol*. 2022;22(1):58.
5. Almadi MA, Lu Y, Alali AA, Barkun AN. Peptic ulcer disease. *The Lancet*. 2024;404(10447):68-81.
6. Ko KA, Lee DK. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug-Induced Peptic Ulcer Disease. *Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res*. 2025;25(1):34-41.
7. Schulz C, Liou J-M, Alborae M, Bornschein J, Nunez CC, Coelho LG, et al. *Helicobacter pylori* antibiotic resistance: a global challenge in search of solutions. *Gut*. 2025;74(10):1561-70.
8. Liu Y, Xiao Z, Ye K, Xu L, Zhang Y. Smoking, alcohol consumption, diabetes, body mass index, and peptic ulcer risk: A two-sample Mendelian randomization study. *Front Genet*. 2022;13:992080.

9. Rodrigues A, Cançado M, Costa F, Castro I, Pereira R, Rodrigues K, et al. Clinical presentation and diagnosis of peptic ulcer disease. *International Health Sciences Review*. 2026;2:01-5.
10. Badapanda SS, Kaur A, Jain D, Bhatia D. Epidemiology, Pathogenesis, and Induction of Peptic Ulcer: A Comprehensive Review. *New Emirates Medical Journal*. 2024;5.
11. Singh L, Chatterjee S, Kar S. A comprehensive review of peptic ulcer disease: epidemiology, experimental models, and mechanistic insights. *Journal of Applied Pharmaceutical Research*. 2025;13:39-54.
12. Kaur B, Verma P, Singh D, Singh D, Bala K. Peptic Ulcers: Understanding Etiology, Pathophysiology, Diagnosis, Treatment of Peptic Ulcers. *International Journal of Pharmaceutical Research and Applications*. 2025;10:1172-84.
13. Srivastav Y, Kumar V, Srivastava Y, Kumar. Peptic Ulcer Disease (PUD), Diagnosis, and Current Medication-Based Management Options: Schematic Overview. *Journal of Advances in Medical and Pharmaceutical Sciences*. 2023;25:14-27.
14. Babar M, Raza M, Nadir MA, Fida A, Fayyaz I, Ahmad E, et al. Trends and disparities in peptic ulcer disease-related mortality in the United States from 1999 to 2020: A cross-sectional study. *Medicine*. 2025;104(40):e42129.
15. Palle S, Kanakalatha A, Kavitha CN. Gastroprotective and antiulcer effects of *Celastrus paniculatus* seed oil against several gastric ulcer models in rats. *Journal of dietary supplements*. 2018;15(4):373-85.
16. Begg M, Tarhuni M, M NF, Gonzalez NA, Sanivarapu RR, Osman U, et al. Comparing the Safety and Efficacy of Proton Pump Inhibitors and Histamine-2 Receptor Antagonists in the Management of Patients With Peptic Ulcer Disease: A Systematic Review. *Cureus*. 2023;15(8):e44341.
17. Gong H, Zhao N, Zhu C, Luo L, Liu S. Treatment of gastric ulcer, traditional Chinese medicine may be a better choice. *Journal of Ethnopharmacology*. 2024;324:117793.
18. Shipa SJ, Khandokar L, Bari MS, Qais N, Rashid MA, Haque MA, et al. An insight into the anti-ulcerogenic potentials of medicinal herbs and their bioactive metabolites. *Journal of Ethnopharmacology*. 2022;293:115245.
19. Nguyễn Thị Bay, Lê Thị Lan Hương. *Bệnh học và điều trị Nội khoa kết hợp Đông Tây y tập 2*. Nhà xuất bản Y học: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.; 2022.
20. *Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội*. Vị quản thống, *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (sách đào tạo sau đại học)*. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội; 2016.
21. Lê Minh Hoàng, Châu Nhị Vân. *Nội khoa Y học cổ truyền (đào tạo Sau đại học)*. Nhà xuất bản Y học: Khoa Y học Cổ Truyền; 2021.
22. Li M, Dan W, Zhang H, Yun Y, He Q. Xiao Chai Hu Tang for Peptic Ulcers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021;2021:6693677.
23. Shahrajabian MH, Sun W. Considering the importance of medicinal plants and natural products and their mechanisms of action for treatment of gastrointestinal disorders. *Military Medical Science Letters*. 2025.
24. Vishwakarma M, Patel A, Jain D. A review of current research on traditional medicines for the treatment of Gastrointestinal and biliary disorders. *Current Traditional Medicine*. 2024;10(3):129-48.
25. Amir-Behghadami M, Janati A. Population, Intervention, Comparison, Outcomes and Study (PICOS)

- design as a framework to formulate eligibility criteria in systematic reviews. *Emerg Med J*. 2020;37(6):387.
26. Group OLoEW. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence-Traduction française. 2012.
27. Bob Flaws PS. The treatment of modern Western medical diseases with Chinese medicine: A textbook & clinical manual 2ed: Blue Poppy Enterprises, Inc.; 2005.
28. Vũ Thị Thúy Linh. Nghiên cứu độc tính cấp, bán trường diễn và tác dụng chống loét dạ dày của cao chiết cây trai hoa trần (*murdannia nudiflora* (L.) Brenan) trên thực nghiệm. Đại học Y Dược Hà Nội. 2023.
29. Cao J, Zhang Z, Liu X, Zhou Y, Li J, Wang X, et al. Research on the effect of *Rosa roxburghii* root in alleviating spleen and stomach damp-heat gastric ulcer by regulating the imbalance of oral-gut axis microbiota. *Frontiers in Microbiology*. 2025;16:1701829.
30. 赵孟军, 唐梅文. 中医药治疗胃脘痛的研究进展. *传统医学*. 2025;14:3000.
31. 伍建新, 甘海苹, 吴红彦, 甘培尚. 中医药辨证分型治疗胃脘痛研究进展. *亚太传统医药*. 2017;13(8):84-5.
32. 李咏梅, 吴杞. 穴位埋线配合益气活血法治疗消化性溃疡 36 例临床观察. *湖南中医药导报*. 2002;8(5).
33. 蒋谷芬, 朱莹, 袁伟建. 穴位埋线治疗溃疡性结肠炎 50 例临床观察及护理. *湖南中医药导报*. 2004;10(5).
34. Yi X, Wang L, He Q, A R, Le Y. Acupoint catgut embedding for the treatment of peptic ulcers: A protocol for systematic review and meta analysis. *Medicine*. 2021;100(16):e25562.
35. Levenstein S, Rosenstock S, Jacobsen RK, Jorgensen T. Psychological Stress Increases Risk for Peptic Ulcer, Regardless of *Helicobacter pylori* Infection or Use of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2015;13(3):498-506.e1.
36. Smith SM, Vale WW. The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2006;8(4):383-95.
37. Glavin GB. Dopamine and gastroprotection. The brain-gut axis. *Dig Dis Sci*. 1991;36(12):1670-2.
38. Nội BmMd-SlbdhYH. Sinh lý bệnh học. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2012.
39. Wang X, Wu H, Ji G. Gastritis Treated by Chinese Medicine. In: Roesler BM, editor. *Gastritis - New Approaches and Treatments*. London: IntechOpen; 2019.
40. Zhang P-P, Li L, Qu H-Y, Chen G-Y, Xie M-Z, Chen Y-K. Traditional Chinese medicine in the treatment of *Helicobacter pylori*-related gastritis: the mechanisms of signalling pathway regulations. *World Journal of Gastroenterology*. 2025;31(3):96582.
41. Rashina O, Churnosov M. Multi- Factor etiopathogenesis of gastric and duodenal peptic ulcer disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021.
42. Fulga S, Pelin A, Ghiciuc C, Lupuşoru E. Particularities of Experimental Models Used to Induce Gastric Ulcer. *ARS Medica Tomitana*. 2019;25:179-84.
43. Vona R, Pallotta L, Cappelletti M, Severi C, Matarrese P. The Impact of Oxidative Stress in Human Pathology: Focus on Gastrointestinal Disorders. *Antioxidants*. 2021;10.
44. Smirnova O, Sinyakov A, Titova N. State of lipid peroxidation and antioxidant defense in chronic gastritis associated with *Helicobacter pylori*-infection in middle-aged males. *Russian Journal of Infection and Immunity*. 2020.
45. 阮博文, 周晓玲, 李裕珍, 潘益巧, 王月明, 钟镇康, et al. Hp 相关性慢性胃炎中医证型分布及血清胃泌素-17 水平的相关性分析. *中国中西医结合消化杂志*. 2021;29(3):166-9.

- 46.周慧敏, 吕文亮, 高清华, 周燕萍, 王阶, 李天望, et al. 慢性胃炎脾胃湿热证与血清胃泌素及幽门螺杆菌感染的相关性. 世界华人消化杂志. 2010;18(8):845-7.
- 47.Jasna D, Dražen Sv. Oxidative Stress Pathway Driven by Inflammation in Gastric Mucosa. 2011.
- 48.Verma S, Kumar V. Attenuation of gastric mucosal damage by artesunate in rat: Modulation of oxidative stress and NFκB mediated signaling. Chemico-biological interactions. 2016;257:46-53.
- 49.Kumar S, Dhiman M. *Helicobacter pylori* secretary Proteins-Induced oxidative stress and its role in NLRP3 inflammasome activation. Cellular immunology. 2024;399-400:104811.
- 50.Li X, Zhang Z, Han Y, Zhang M. NLRP3 inflammasome and pyroptosis: implications in inflammation and multisystem disorders. PeerJ. 2025;13.
- 51.Fan J, Li M, Liao J. Probiotics combined with triple therapy in the treatment of *Helicobacter pylori* infection in children. J Modern Clin Med. 2016;42(2):114-6.
- 52.Li RJ, Dai YY, Qin C, Huang GR, Qin YC, Huang YY, et al. Application of traditional Chinese medicine in treatment of *Helicobacter pylori* infection. World J Clin Cases. 2021;9(35):10781-91.
- 53.张强, 吕文良, 张小平. 姚乃礼治疗幽门螺杆菌相关性胃炎用药规律与经验探讨. 广州中医药大学学报. 2021.
- 54.Majumdar D, Looi S. *Helicobacter pylori* infection and peptic ulcers. Medicine. 2024.
- 55.Lu Q, Wang J, Tang Y, Li W, Li C. Phytochemical analysis of dried ginger extract and its inhibitory effect and mechanism on *Helicobacter pylori* and associated ureases. Food & function. 2025.
- 56.Nhung TiTHn, Hòa NTi, Ngân NTM, Thi HTM. Nghiên cứu tỷ lệ mang gene *cagE* của vi khuẩn *Helicobacter pylori* và mối liên quan với bệnh lý dạ dày-tá tràng. Tạp chí Y Dược Huế. 2023;13(5):17-22.
- 57.Yi M, Chen S, Yi X, Zhang F, Zhou X, Zeng M, et al. *Helicobacter pylori* infection process: from the molecular world to clinical treatment. Frontiers in Microbiology. 2025;16:1541140.
- 58.Siva T, Vidyadhari A, Prasad TS, Divya M, Sree B, Pavani T, et al. To study the *Helicobacter pylori* infection in peptic ulcer. World Journal of Advanced Research and Reviews. 2024.
- 59.Wen J, Chen X, Yang Y, Liu J, Li E, Liu J, et al. Acupuncture Medical Therapy and its Underlying Mechanisms: A Systematic Review. Am J Chin Med. 2021;49(1):1-23.
- 60.He J, Wang H, Che C, Wang A, Nie R, Tan J, et al. Research Progress on the Efficacy and Mechanism of Acupuncture in Treating Chronic Gastritis. Diseases. 2025;13(11).
- 61.Wang Q, Wang J, Sha Z. Effect of Moxibustion in the treatment of spleen-stomach deficiency cold type epigastric pain and related nursing measures. Chinese Journal of Integrative Nursing. 2024;10:8-13.
- 62.Moon H, Ryu Y, Lee I-S, Chae Y. Acupuncture treatment for functional gastrointestinal disorders: Identification of major acupoints using network analysis. Integrative Medicine Research. 2023;12(3):100970.
- 63.He M, Lim XY, Li J, Li L, Zhang T. Mechanisms of acupuncture at Zusanli (ST36) and its combinational acupoints for stress gastric ulcer based on the correlation between Zang-fu and acupoints. Journal of Integrative Medicine. 2025;23(1):1-11.
- 64.Ma C, Liu L, Du X, Cui W, Wang X. Study on the Rule of Acupoint Selection in Acupuncture and Moxibustion Treatment of Stomachache. Journal of Clinical and Nursing Research. 2021;5:90-2.
- 65.Sun L-q, Luo F-l, Chen S, Zheng Q-h, Wang L, Hou Y-j, et al. Acupuncture as an adjunctive therapy for

- gastric ulcer: A modified Delphi consensus study. *Complementary Therapies in Medicine*. 2023;79:102997.
- 66.马红学. 穴位埋线治疗消化性溃疡 30 例疗效观察. *山西中医学院学报*. 2010;11(2).
- 67.王志兴, 鲁新华. 穴位埋线法治疗消化性溃疡 43 例观察. *中医药学刊*. 2001;19(5).
- 68.黄丽芬, 李聿晶, 马鸿杰. 消化性溃疡的中西医治疗进展. *中医学*. 2025;14(4).
- 69.于楠, 刘明军. 中医外治法治疗胃脘痛的临床研究进展. *中国民间疗法*. 2024;32(21):123-6.
- 70.王军, 王礼. 推拿治疗胃脘痛的临床价值分析. *内蒙古中医药*. 2017;36(8):123-4.
- 71.Qiulu N. Recent Situation of Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Stomach Pain with Deficiency and Cold of Spleen and Stomach. *Journal of Biosciences and Medicines*. 2024;12:60-8.
- 72.Chen C, Cui H-F, Yan X-K, Wang F-C. A meta-analysis of randomized controlled trials assessing efficacy and safety of acupuncture and moxibustion in the treatment of peptic ulcer. *World Chinese Journal of Digestology*. 2011;19:2399-404.
- 73.Tian Y, Yan Y-N, Guan H-Y, Ma J-J, Wang Z-Y, Ma H-F, et al. Systematic Evaluation and Meta-analysis on Acupuncture for Peptic Ulcer. *Zhen Ci Yan Jiu*. 2017;42(3):275-82.
- 74.Ding L, Xiao Y. Meta-analysis of acupuncture and moxibustion in the treatment of peptic ulcer. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2023;50(3).
- 75.Li C, Li J, Pan S, Zhang X, Li Y. Clinical observation of peptic ulcer treated with acupuncture based on theory of "the compatibility of the five meridians" in Huxiang. *Zhongguo Zhen jiu= Chinese Acupuncture & Moxibustion*. 2017;37(8):799-804.
- 76.Niu HY, Yang M, Qiang BQ, Guo QJ, Yang ZG. Multicentral randomized controlled trials of acupuncture at Zhongwan (CV 12) for treatment of peptic ulcer. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2007;27(2):89-92.
- 77.Nguyễn HT, Phạm HD. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bằng phương pháp châm cứu kết hợp xoa bóp bấm huyệt ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2024–2025. *Tạp chí Khoa học Sức khỏe*. 2025;3(2).
- 78.Liang YF, Qu WW, Zhu MD, Liu GF, Zheng X, Jiang Q, et al. The efficacy of acupuncture combined with Chinese herbal medicine in the treatment of gastric ulcer: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2026;105(11):e47743.
- 79.Huang X, Sun X, Yu X, Qian H. Efficacy and safety of Sijunzi Decoction for peptic ulcers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Traditional Chinese Medical Sciences*. 2018;5(3):237-54.
- 80.Shi X, Li X, Tang X, Shi X, Ma X, Yin X, et al. Effect of Chinese Herbal Medicines on *Helicobacter pylori*-associated gastroduodenal ulcers: a systematic review and Meta-analysis. *J Tradit Chin Med*. 2019;39(4):459-65.
- 81.Lin M, Zhang S, Zhang M, Shi J, Zhang C, Luo R, et al. Therapeutic efficacy and safety of Kangfuxin in combination with rabeprazole in the treatment of peptic ulcer: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2020;99(48):e23103.
- 82.Bao Z, Wu G, Du J, Ye Y, Zheng Y, Wang Y, et al. The comparative efficacy and safety of 9 traditional Chinese medicines combined with standard quadruple therapy for *Helicobacter pylori*-associated gastritis: a systematic review and network meta-analysis. *Ann Transl Med*. 2022;10(24):1349.
- 83.Jiang Z, Deng B, Zhang Y, Li Y, Yu Z, Deng H, et al. Efficacy and safety of seven Chinese patent medicines combined with conventional triple/quadruple therapy for *Helicobacter pylori*-positive peptic

- ulcers: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ open*. 2024;14(4):e074188.
84. Zhong M, Sun Q, Ren B, Yu C, Zhou S, Gao Q, et al. A comparison of the efficacy and safety of Chinese patent medicine combined with Western medicine for *Helicobacter pylori*-related gastric ulcer: A systematic review and network meta-analysis. *Medicine*. 2025;104(6):e41137.
85. Zhang T, Zhang B, Xu J, Ren S, Huang S, Shi Z, et al. Chinese herbal compound prescriptions combined with Chinese medicine powder based on traditional Chinese medicine syndrome differentiation for treatment of chronic atrophic gastritis with erosion: a multi-center, randomized, positive-controlled clinical trial. *Chinese Medicine*. 2022;17(1):142.
86. Santos RC, Kushima H, Rodrigues CM, Sannomiya M, Rocha LR, Bauab TM, et al. *Byrsonima intermedia* A. Juss.: gastric and duodenal anti-ulcer, antimicrobial and antidiarrheal effects in experimental rodent models. *J Ethnopharmacol*. 2012;140(2):203-12.
87. Chen H, Li Y, Wang J, Zheng T, Wu C, Cui M, et al. Plant Polyphenols Attenuate DSS-induced Ulcerative Colitis in Mice via Antioxidation, Anti-inflammation and Microbiota Regulation. *International Journal of Molecular Sciences*. 2023;24(13):10828.
88. Zhou D, Yang Q, Tian T, Chang Y, Li Y, Duan LR, et al. Gastroprotective effect of gallic acid against ethanol-induced gastric ulcer in rats: Involvement of the Nrf2/HO-1 signaling and anti-apoptosis role. *Biomed Pharmacother*. 2020;126:110075.
89. Tang J, Zhang M, Wang J, Zhang H, Wang Z, Lei Z, et al. Hydroxytyrosol Ameliorates Colon Inflammation: Mechanistic Insights into Anti-Inflammatory Effects, Inhibition of the TLR4/NF- κ B Signaling Pathway, Gut Microbiota Modulation, and Liver Protection. *Foods*. 2025;14(7).
90. Wan R, Zeng X, Zhang Y, Wang H, Sun L, Chen S, et al. Potential benefit with acupuncture in functional gastrointestinal disorders: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med*. 2025;93:103230.
91. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại tập 12020.
92. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *The Lancet*. 2017;390(10094):613-24.
93. Dai XP, Li JB, Liu ZQ, Ding X, Huang CH, Zhou B. Effect of Jianweiyuyang granule on gastric ulcer recurrence and expression of VEGF mRNA in the healing process of gastric ulcer in rats. *World J Gastroenterol*. 2005;11(35):5480-4.
94. 肖克云, 张晶娜, 王斌, 段银祥, 余万鑫, 李玥, et al. 美洲大蠊提取物 Ento-A 对大鼠急性胃炎胃黏膜的保护作用. *中国现代应用药学*. 2020;37(5):564-8.
95. Fu S, Chen J, Zhang C, Shi J, Nie X, Hu Y, et al. Gastroprotective Effects of *Periplaneta americana* L. Extract Against Ethanol-Induced Gastric Ulcer in Mice by Suppressing Apoptosis-Related Pathways. *Front Pharmacol*. 2021;12:798421.

TRADITIONAL MEDICINE PERSPECTIVE ON PEPTIC ULCER DISEASE: FROM PATHOGENESIS TO TREATMENT

Hoang Phi Phung¹, Le Chi Hoa¹, Dang Tien Dang Khoa¹, Le Minh Hoang^{1*}

¹Faculty of Traditional Medicine, Can Tho University of Medicine and Pharmacy

*Corresponding author: Le Minh Hoang; Email: lmhoang@ctump.edu.vn;

Objective: To systematize Traditional Medicine's perspectives on the pathogenesis, clinical forms classification, and treatment methods through synthesized research evidence in the treatment of Peptic Ulcer Disease. **Methods:** Analyzing and synthesizing classic medical literature, and information from systematic reviews, meta-analyses, and randomized clinical trials based on scientific databases. **Results:** Traditional Medicine classifies Peptic Ulcer Disease under the scope of "Epigastric pain" syndrome. The core pathogenesis is the functional imbalance of visceral organs (*Zang-fu*), causing a disorder of the Qi mechanism in the middle energizer (*Middle Jiao*). The main clinical forms include Liver-Stomach disharmony, Spleen-Stomach deficiency, Damp-Heat stagnation, Blood stasis, and Stomach Yin deficiency. The treatment principle relies on syndrome differentiation to determine therapeutic methods for utilizing classic herbal formulas combined with non-pharmacological therapies. The synthesized data orient the combination of Traditional Medicine and Modern Medicine, helping to promote mucosal healing and improve treatment efficacy. **Conclusion:** An individualized approach in integrated Eastern-Western medicine treatment and orienting the use of Traditional Medicine therapies aim to optimize clinical efficacy, reduce recurrence rates, and improve the quality of life for patients.

Keywords: Peptic ulcer disease, Epigastric pain, Traditional medicine, Pathogenesis, Treatment.