

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG QUA NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CÓ *HELICOBACTER PYLORI* DƯƠNG TÍNH

Nguyễn Thị Phi Loan¹, Huỳnh Hiếu Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét dạ dày-tá tràng có nhiễm *H. pylori* là bệnh lý gặp ở mọi lứa tuổi và có xuất độ mắc rất cao. Tuy vậy, bệnh thường biểu hiện mơ hồ, có thể không có triệu chứng, đa phần chỉ có hội chứng rối loạn tiêu hóa. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh tổn thương nội soi trong VLDD-TT có *H. pylori* dương tính. **Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến viêm loét đồng thời ở bệnh nhân VLDD-TT có *H. pylori* dương tính.** **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 bệnh nhân VLDD-TT có *H. pylori* dương tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 02/2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ ~ 1, phần lớn thuộc nhóm từ 50 tuổi trở lên (61,4%), tỷ lệ thừa cân béo phì chiếm 28,6%. Tỷ lệ hút thuốc lá là 27,1%, sử dụng corticoid và NSAID lần lượt là 20,0 và 37,1%. Về triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ các triệu chứng theo xuất độ thường gặp gồm đau thượng vị (82,9%) đầy bụng (48,6%), nóng rất thượng vị (44,3%), ợ chua (42,9%), ợ hơi (40%), chán ăn (38,6%), buồn nôn (34,3%), rối loạn tính chất phân (28,6%), nôn ói (25,7%), rối loạn đi tiêu (20,0%). Đa phần bệnh nhân chỉ biểu hiện hình ảnh trên nội soi là viêm dạ dày (n=68), trong đó viêm hang vị thường gặp nhất (92,6%). Viêm dạ dày và tá tràng chỉ có 2 trường hợp. Loét dạ dày có 16 trường hợp, trong đó 87,5% là loét hang vị và 12,5% là loét thân vị. Loét tá tràng có 3 trường hợp, trong đó 66,7% ở D1 và 33,3% ở D2. Chỉ có 1 trường hợp loét dạ dày tá tràng đồng thời. Về đặc điểm tổn thương, viêm kết hợp loét chiếm 25,7%, phần còn lại là tổn thương viêm đơn thuần. Mô tả qua phân loại Sydney, hầu hết chỉ biểu hiện với viêm sung huyết (62,9%), kể đến là viêm trợt phẳng (17,1%) và viêm trợt lồi (10,0%). Tuổi cao, hút thuốc lá, sử dụng corticoid, NSAID có liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm kết hợp loét ($p<0,05$). **Kết luận:** Bệnh nhân VLDD-TT có *H. pylori* dương tính chủ yếu là người trên 50 tuổi, với triệu chứng phổ biến nhất là đau thượng vị và các rối loạn tiêu hóa. Nội soi chủ yếu cho thấy viêm dạ dày, đặc biệt là viêm hang vị, dạng viêm sung huyết trong khi tỷ lệ loét dạ dày-tá tràng khá thấp. Người cao tuổi, có hút thuốc lá, sử dụng corticoid và NSAID cần được lưu ý do có liên quan với tổn thương viêm kết hợp loét.

Từ khóa: viêm loét dạ dày-tá tràng (VLDD-TT), *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, yếu tố liên quan.

SUMMARY

CLINICAL AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH *HELICOBACTER PYLORI*-POSITIVE PEPTIC ULCER DISEASE

Background: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)-associated peptic ulcer disease (PUD) occurs across all age groups and has a high prevalence. However, its clinical presentation is often vague, with many cases being asymptomatic or presenting only with non-specific gastrointestinal symptoms. **Objectives:** To describe the clinical characteristics and endoscopic findings of *H. pylori*-positive peptic ulcer disease, and to investigate several factors associated with concomitant ulcerative lesions in these patients. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 70 patients diagnosed with *H. pylori*-positive peptic ulcer disease at Can Tho Central General Hospital from June 2024 to February 2025. **Results:** The male/female ratio was approximately 1:1, with the majority of patients aged ≥ 50 years (61.4%). The prevalence of overweight and obesity was 28.6%. The proportions of patients who smoked, used corticosteroids, and used NSAIDs were 27.1%, 20.0%, and 37.1%, respectively. In terms of clinical symptoms, the most commonly reported were epigastric pain (82.9%), bloating (48.6%), epigastric burning (44.3%), acid regurgitation (42.9%), belching (40.0%), anorexia (38.6%), nausea (34.3%), altered stool characteristics (28.6%), vomiting (25.7%), and bowel habit changes (20.0%). Endoscopic findings predominantly revealed gastritis (n=68), most commonly antral gastritis (92.6%). Only two cases showed concurrent gastritis and duodenitis. Gastric ulcers were found in 16 patients, with 87.5% located in the antrum and 12.5% in the corpus. Duodenal ulcers were observed in three cases, 66.7% in the duodenal bulb (D1) and 33.3% in the second portion (D2). Only one case showed simultaneous gastric and duodenal ulcers. In terms of lesion characteristics, combined gastritis and ulcerative lesions accounted for 25.7%, while the remainder were cases of non-ulcerative gastritis. According to the Sydney classification, the majority of patients had erythematous gastritis (62.9%), followed by flat erosive gastritis (17.1%) and raised erosive gastritis (10.0%). Advanced age, smoking, corticosteroid use, and NSAID use were significantly associated with combined gastritis and ulcerative lesions ($p<0.05$). **Conclusion:** Most *H. pylori*-positive PUD patients were over 50 years old, with epigastric pain and various dyspeptic symptoms being the most prevalent. Endoscopy primarily revealed gastritis, particularly erythematous antral gastritis, while the prevalence of peptic ulcers remained relatively low. Elderly

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phi Loan

Email: loannnguyen090297@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 17.6.2025

individuals, smokers, and those using corticosteroids or NSAIDs should be closely monitored due to their significant association with combined ulcerative lesions.

Keywords: Peptic ulcer disease (PUD), *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), clinical characteristics, endoscopic findings, associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Helicobacter pylori (*H. pylori*) là vi khuẩn gram âm đã được khẳng định là nguyên nhân chủ yếu gây viêm dạ dày mạn, loét dạ dày-tá tràng (VLDD-TT) và đặc biệt là yếu tố nguy cơ quan trọng gây ung thư dạ dày. Bệnh VLDD-TT là một trong năm nguyên nhân hàng đầu khiến bệnh nhân phải đi khám và điều trị tại các cơ sở y tế theo ICD-10 [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn lên đến 63,7%, cao hơn so với nhiều quốc gia phát triển [2].

Viêm loét dạ dày-tá tràng do *H. pylori* là bệnh lý phức tạp, có biểu hiện lâm sàng đa dạng, từ không có triệu chứng đến các biểu hiện trầm trọng như xuất huyết tiêu hóa hoặc thủng dạ dày-tá tràng. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng *H. pylori* và việc sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) là hai yếu tố nguy cơ chính gây loét dạ dày-tá tràng, chiếm khoảng 90% các trường hợp [3].

Hệ thống phân loại Sydney được đề xuất tại Đại hội Tiêu hóa Thế giới lần thứ 9 tại Sydney, Australia vào năm 1990 và sau đó được sửa đổi vào năm 1994, đã trở thành công cụ quan trọng trong việc đánh giá tổn thương viêm dạ dày dựa trên các đặc điểm địa lý, hình thái học và nguyên nhân [4]. Việc sử dụng hệ thống này giúp các nhà lâm sàng và nội soi tiêu hóa có cái nhìn thống nhất, hệ thống hóa trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý dạ dày-tá tràng. Trên nền thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh tổn thương nội soi của bệnh nhân VLDD-TT có *H. pylori* dương tính, đồng thời tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng viêm loét đồng thời.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 06 năm 2024 đến tháng 02 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* qua nội soi đường tiêu hóa trên và test urease nhanh trên mẫu sinh thiết niêm mạc dạ dày tá tràng.

Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân hoặc thân nhân bệnh nhân đồng

ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang có biến chứng xuất huyết tiêu hóa.

Bệnh nhân đang mắc ung thư dạ dày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 70 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (TB $\pm$ ĐLC), giới tính (nam, nữ), chỉ số khối cơ thể (kg/m²) (≥ 23 , < 23), hút thuốc lá (có/không), sử dụng corticoid (có/không), sử dụng NSAID (có/không).

Đặc điểm lâm sàng: đau thượng vị (có/không), ợ hơi (có/không), ợ chua (có/không), buồn nôn (có/không), nôn ói (có/không), chán ăn (có/không), đầy bụng (có/không), rối loạn đi tiêu (có/không), rối loạn tính chất phân (có/không), nóng rát thượng vị (có/không).

Đặc điểm vị trí viêm qua nội soi: viêm da dày (hang vị/thân vị/phình vị), viêm tá tràng (D1, D2), viêm dạ dày kết hợp với viêm tá tràng (có/không).

Đặc điểm vị trí loét qua nội soi: loét da dày (hang vị/thân vị/phình vị), loét tá tràng (D1, D2).

Đặc điểm tổn thương: viêm đơn thuần, viêm kết hợp với loét.

Đặc điểm tổn thương theo phân loại Sydney: viêm sung huyết, viêm trợt phẳng, viêm trợt lồi, viêm xuất huyết, viêm phì đại, viêm teo, viêm do trào ngược dịch mật.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ phần trăm.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (24.179.HV/PCT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 09/2023 đến tháng 06/2025, có tổng cộng 70 bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* tại Bệnh viện Đa khoa TW Cần Thơ tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu theo giới tính (N=70)

Đặc điểm chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 30 tuổi	8
	31 – 50 tuổi	19
	≥ 50 tuổi	43

	TB ± ĐLC	52,73 ± 15,49	
Giới	Nam	36	51,4
	Nữ	34	48,6
BMI	≤ 23	50	71,4
	> 23	20	28,6
Yếu tố nguy cơ	Hút thuốc lá	19	27,1
	Sử dụng corticoid	14	20
	Sử dụng NSAID	26	37,1

Nhận xét: Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ ~ 1, phần lớn thuộc nhóm từ 50 tuổi trở lên (61,4%), tỷ lệ thừa cân béo phì chiếm 25,6%. Tỷ lệ hút thuốc lá là 27,1%, sử dụng corticoid và NSAID lần lượt là 20,0 và 37,1%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau thượng vị	58	82,9
Ợ hơi	28	40,0
Ợ chua	30	42,9
Buồn nôn	24	34,3
Nôn ói	18	25,7
Chán ăn	27	38,6
Đầy bụng	34	48,6
Rối loạn đi tiêu	14	20,0
Rối loạn tính chất phân	20	28,6
Nóng rát thượng vị	31	44,3

Nhận xét: Về triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ các triệu chứng theo xuất độ thường gặp gồm đau thượng vị (82,9%) đầy bụng (48,6%), nóng rát thượng vị (44,3%), ợ chua (42,9%), ợ hơi (40%), chán ăn (38,6%), buồn nôn (34,3%), rối loạn tính chất phân (28,6%), nôn ói (25,7%), rối loạn đi tiêu (20,0%).

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh tổn thương và phân loại theo hệ thống Sydney qua nội soi

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí		
Viêm dạ dày (n=68)	Hang vị	63
	Thân vị	4
	Phình vị	1
Viêm tá tràng (n=4)	D1	3
	D2	1
Viêm dạ dày và tá tràng (n=2)		2
Loét dạ dày (n=16)	Hang vị	14
	Thân vị	2
Loét tá tràng (n=3)	D1	2
	D2	1
Loét dạ dày và tá tràng (n=1)		1
Đặc điểm tổn thương		
Viêm kết hợp loét (n=18)	18	25,7
Viêm đơn thuần (n=52)	52	74,3
Viêm dạ dày theo hệ thống Sydney		
Viêm sung huyết	44	62,9

Viêm trợt phẳng	12	17,1
Viêm trợt lõm	7	10,0
Viêm xuất huyết	2	2,9
Viêm phì đại	2	2,9
Viêm teo	0	0,0
Viêm do trào ngược	1	1,4
Tổng	68	100,0

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân chỉ biểu hiện hình ảnh trên nội soi là viêm dạ dày (n=68), trong đó viêm hang vị thường gặp nhất (92,6%). Viêm dạ dày và tá tràng chỉ có 2 trường hợp. Loét dạ dày có 16 trường hợp, trong đó 87,5% là loét hang vị và 12,5% là loét thân vị. Loét tá tràng có 3 trường hợp, trong đó 66,7% ở D1 và 33,3% ở D2. Chỉ có 1 trường hợp loét dạ dày tá tràng đồng thời. Về đặc điểm tổn thương, viêm kết hợp loét chiếm 25,7%, phần còn lại là tổn thương viêm đơn thuần. Mô tả qua phân loại Sydney, hầu hết chỉ biểu hiện với viêm sung huyết (62,9%), kể đến là viêm trợt phẳng (17,1%) và viêm trợt lõm (10,0%).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tổn thương viêm kết hợp loét

Đặc điểm	Viêm kết hợp loét (N=18)	Viêm đơn thuần (N=52)	p
Tuổi	≥ 50	17 (94,4)	26 (50,0)
	31 – 50	1 (5,6)	18 (34,6)
	≤ 30	0 (0)	8 (15,4)
Giới	Nam	11 (61,1)	25 (48,1)
	Nữ	7 (38,9)	27 (51,9)
BMI > 23	8 (44,4)	12 (23,1)	0,084a
Tiền sử	Hút thuốc lá	9 (50,0)	10 (19,2)
	Sử dụng corticoid	8 (44,4)	6 (11,5)
	Sử dụng NSAID	13 (72,2)	13 (25,0)

^a Pearson Chi-Square, ^b Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tuổi cao, hút thuốc lá, sử dụng corticoid, NSAID có liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm kết hợp loét (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 70 bệnh nhân VLDD-TT có nhiễm H. Pylori đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025 cho thấy.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1, phản ánh sự phân bố tương đối đồng đều của nhiễm H. pylori giữa hai giới. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây về dịch tễ học của nhiễm H. pylori, cho thấy không có khác biệt đáng kể về tỷ lệ nhiễm giữa nam và nữ. Về phân bố tuổi, chúng tôi ghi nhận

độ tuổi trung bình là $52,73 \pm 15,49$. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Quang Triều và cộng sự với tuổi trung bình là $45,6 \pm 15,1$ [1], cũng như nghiên cứu của Bạch Thái Dương và cộng sự với tuổi trung bình $48,19 \pm 13,31$ [1]. Sự tương đồng này cho thấy bệnh lý VLDD-TT nhiễm *H. pylori* thường gặp ở người trung niên và cao tuổi tại Việt Nam. Tỷ lệ thừa cân béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,6%, cao hơn so với tỷ lệ chung trong cộng đồng. Điều này gợi ý mối liên quan giữa thừa cân béo phì và nguy cơ mắc VLDD-TT, có thể do thói quen ăn uống không lành mạnh và lối sống ít vận động. Các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá (27,1%), sử dụng corticoid (20,0%) và NSAID (37,1%) được ghi nhận với tỷ lệ tương đối cao trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này phù hợp với hiểu biết hiện tại về các yếu tố làm tăng nguy cơ VLDD-TT. Hút thuốc lá làm giảm khả năng bảo vệ của niêm mạc dạ dày và làm chậm quá trình lành vết loét. Corticoid và NSAID ức chế tổng hợp prostaglandin, làm giảm bài tiết mucin và bicarbonate, từ đó làm suy yếu hàng rào bảo vệ của niêm mạc dạ dày-tá tràng.

Về biểu hiện lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đau thượng vị là triệu chứng phổ biến nhất (82,9%), tiếp theo là đầy bụng (48,6%), nóng rát thượng vị (44,3%), ợ chua (42,9%) và ợ hơi (40%). Kết quả này tương đồng với ghi nhận trong nghiên cứu của Bạch Thái Dương và cộng sự, báo cáo đau bụng thượng vị chiếm 70,7%, đầy hơi và khó tiêu chiếm 65,5%, ợ hơi (56,9%), ợ chua (50,9%) [1]. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Thái Thị Hoà và Trần Văn Huy cũng ghi nhận đau thượng vị (78,3%), ợ hơi, ợ chua (90,4%) là các triệu chứng thường gặp nhất [5]. Các triệu chứng này phản ánh tình trạng viêm niêm mạc dạ dày-tá tràng và rối loạn vận động dạ dày do nhiễm *H. pylori*. Thật vậy, *H. pylori* gây viêm niêm mạc thông qua cơ chế trực tiếp (độc tố vi khuẩn) và gián tiếp (phản ứng viêm của cơ thể chủ). Đáng chú ý, tỷ lệ các triệu chứng rối loạn tính chất phân (28,6%) và rối loạn đi tiêu (20,0%) trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tác động của nhiễm *H. pylori* không chỉ giới hạn ở đường tiêu hóa trên. Theo Đồng thuận Maastricht VI/Florence, viêm dạ dày do *H. pylori* phải được loại trừ trước khi thiết lập chẩn đoán lâm sàng của chứng khó tiêu chức năng [6], điều này nhấn mạnh vai trò của *H. pylori* trong các rối loạn tiêu hóa không đặc hiệu.

Đặc điểm nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần bệnh nhân biểu hiện viêm dạ dày, trong đó viêm hang vị thường gặp

nhất (94,1%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bạch Thái Dương ghi nhận viêm dạ dày chiếm 94,0%, với vị trí tổn thương chủ yếu là hang vị (87,2%) [1]. Điều này phù hợp với đặc tính của *H. pylori*, có xu hướng định cư chủ yếu ở vùng hang vị dạ dày, nơi có pH ít acid hơn so với vùng thân vị. Loét dạ dày được ghi nhận trong 16 trường hợp, chủ yếu ở vùng hang vị (87,5%). Loét tá tràng chỉ có 3 trường hợp, và chỉ có 1 trường hợp loét dạ dày-tá tràng đồng thời. Theo phân loại Sydney, hầu hết các trường hợp biểu hiện với viêm sung huyết (62,9%), kể đến là viêm trợt phẳng (17,1%) và viêm trợt lõm (10,0%). Kết quả này tương đồng với ghi nhận của nghiên cứu tác giả Thái Thị Hoà và Trần Văn Huy, cho thấy viêm sung huyết, viêm dạ dày trợt phẳng, viêm dạ dày trợt lõm và viêm dạ dày trào ngược là các dạng tổn thương thường gặp nhất [5]. Những phát hiện này phản ánh các giai đoạn khác nhau của quá trình viêm do *H. pylori* gây ra. Viêm sung huyết là giai đoạn đầu của viêm niêm mạc, trong khi viêm trợt đại diện cho tổn thương niêm mạc nghiêm trọng hơn, có thể tiến triển thành loét nếu không được điều trị kịp thời.

Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định một số yếu tố có liên quan đến viêm kết hợp loét, bao gồm tuổi cao, hút thuốc lá, sử dụng corticoid và NSAID ($p < 0,05$). Những phát hiện này phù hợp với hiểu biết hiện tại về cơ chế bệnh sinh của viêm loét dạ dày-tá tràng. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ quan trọng của VLDD-TT, có thể do nhiều cơ chế, bao gồm sự suy giảm khả năng bảo vệ của niêm mạc dạ dày theo tuổi tác, sự suy giảm khả năng tái tạo tế bào biểu mô, và sự tích lũy các tổn thương niêm mạc theo thời gian. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ đã được biết rõ của VLDD-TT. Cơ chế được giải thích qua việc nicotine kích thích bài tiết gastrin và ức chế tổng hợp prostaglandin bảo vệ niêm mạc. Nghiên cứu của S. Yuan và cs trên 24 bệnh lý tiêu hóa xác nhận mối quan hệ nhân quả giữa hút thuốc và nguy cơ VLDD-TT ($HR = 1,8-2,5$), đặc biệt ở nhóm có *H. pylori* dương tính [7]. Khi kết hợp với nhiễm *H. pylori*, hút thuốc lá làm tăng đáng kể nguy cơ viêm loét và chậm quá trình lành vết loét. Sử dụng corticoid và NSAID là yếu tố nguy cơ quan trọng của VLDD-TT, đặc biệt khi kết hợp với nhiễm *H. pylori*. Thật vậy, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Bảo và Huỳnh Hiếu Tâm trên nhóm bệnh nhân VLDD-TT có biến chứng xuất huyết tiêu hóa cho thấy có đến 62,7% bệnh nhân đang sử dụng các thuốc NSAID và 11,8% có tiền sử nhiễm *H. pylori* trước đó [8]. Cả corticoid và NSAID đều ức chế enzyme cyclooxygenase (COX), làm giảm tổng hợp

prostaglandin, từ đó làm suy yếu hàng rào bảo vệ của niêm mạc dạ dày-tá tràng. H. pylori cũng làm giảm lớp mucin bảo vệ niêm mạc, và khi kết hợp với tác dụng của corticoid và NSAID, nguy cơ viêm loét tăng lên đáng kể.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân VLDD-TT có H. pylori dương tính chủ yếu là người trên 50 tuổi, với triệu chứng phổ biến nhất là đau thượng vị và các rối loạn tiêu hóa. Nội soi chủ yếu cho thấy viêm dạ dày, đặc biệt là viêm hang vị, dạng viêm sung huyết trong khi tỷ lệ loét dạ dày-tá tràng khá thấp. Người cao tuổi, có hút thuốc lá, sử dụng corticoid và NSAID cần được lưu ý do có liên quan với tổn thương viêm kết hợp loét.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bạch Thái Dương, Trần Thị Nữ, Nguyễn Tiến Đạt, Nguyễn Phúc Khang, Dương Nhật Huy và cộng sự.** Khảo sát hình ảnh nội soi và tình hình nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023. (56), 37-44. doi:https://doi.org/10.58490/ctump.2023i56.497.
2. **Phạm Hồng Khánh, Trần Thị Huyền Trang, Nguyễn Quang Duật, Vũ Văn Khiên.** Tần suất và các yếu tố độc lực của Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021. 505(2), 65-68. doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v50i2.1092.
3. **Hunt R. H., Bazzoli F.** Review article: should NSAID/low-dose aspirin takers be tested routinely

for H. pylori infection and treated if positive? Implications for primary risk of ulcer and ulcer relapse after initial healing. Aliment Pharmacol Ther. 2004. 19 Suppl 19-16. doi:10.1111/j.0953-0673.2004.01830.x.

4. **Memon Ghulam Rasool, Maria Gul, Memon Anila Faisal, Siyal Abdul Rahim.** Analysis of Helicobacter pylori gastritis according to Sydney classification. JMMC. 2019. 10(2), 42-45. doi:https://doi.org/10.62118/jmmc.v10i2.106.
5. **Thái Thị Hoài, Trần Văn Huy.** Đánh giá sự biến đổi lâm sàng, nội soi và mô bệnh học ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn nhiễm Helicobacter pylori sau điều trị bằng phác đồ RACM. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2016. 3212-19. doi:DOI: 10.34071/jmp.2016.2.2.
6. **Fadieienko G., Nikiforova Y.V.** Maastricht VI/Florence Consensus for the treatment of Helicobacter pylori infection: updated recommendations for cancer prevention opportunities. Modern Gastroenterology. 2023. 2((130)), 14-25. doi:http://dx.doi.org/10.30978/MG-2023-2-14.
7. **Yuan S., Chen J., Ruan X., Sun Y., Zhang K., et al.** Smoking, alcohol consumption, and 24 gastrointestinal diseases: Mendelian randomization analysis. Elife. 2023. 12doi:10.7554/eLife.84051.
8. **Nguyễn Thế Bảo, Huỳnh Hiếu Tâm, Ngô Đại Dương, Trần Công Đăng, Võ Đức Tính và cộng sự.** Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố và kết cục điều trị ngắn hạn thất bại bằng thuốc Nexium liều cao truyền tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày – tá tràng phân loại Forrest IIB. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024. 540(3), 264-268. doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v540i3.10506.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM BỤNG TRONG XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ CỦA ỐNG THÔNG TĨNH MẠCH RỖN Ở TRẺ SƠ SINH

Nguyễn Thị Thu Diệu¹, Nguyễn Đình Tuyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ống thông tĩnh mạch rốn (ỐTTMR) là đường truyền trung tâm phổ biến tại khoa Sơ sinh để truyền dịch, thuốc và các sản phẩm máu cho trẻ sơ sinh. Tuy nhiên đặt sai vị trí có thể gây ra nhiều biến chứng ở gan như huyết khối tĩnh mạch cửa, hoại tử gan, tụ dịch tụ máu trong gan,... Hiện nay, Xquang (XQ) ngực bụng thẳng được sử dụng để kiểm tra vị trí ống thông tĩnh mạch rốn, tuy nhiên, phương pháp xâm lấn này bất tiện cho trẻ và nhân viên y tế, và không thể theo dõi sự di chuyển của ống thông sau khi đặt. Siêu âm (SÂ) là phương tiện dễ dàng, không

gây hại, vừa giúp kiểm tra vị trí và phát hiện các biến chứng, vừa theo dõi sự di lệch của ống thông. Tuy nhiên, việc sử dụng siêu âm để xác định vị trí của ống thông tĩnh mạch rốn chưa phổ biến ở Việt Nam. **Mục tiêu:** Xác định vị trí của ống thông tĩnh mạch rốn trên siêu âm bụng so sánh với Xquang ngực bụng thẳng. **Phương pháp nghiên cứu** Mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu gồm 77 trẻ sơ sinh được đặt ống thông tĩnh mạch rốn tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024. **Kết quả:** Có sự khác biệt khi xác định vị trí củaỐTTMR bằng 2 phương pháp XQ và SÂ (p<0,001). SÂ phát hiện 6 trường hợp sai vị tríỐTTMR trong khi trên XQ lại kết luận đúng vị trí. 44,2% trường hợpỐTTMR có biến chứng tại gan, chủ yếu xảy ra khiỐTTMR ở vị trí ngoại biên. **Kết luận:** Siêu âm bụng xác định khá chính xác vị trí củaỐTTMR, Xquang ngực bụng thẳng xác định ít chính xác vị trí củaỐTTMR. Cần ứng dụng rộng rãi siêu âm trong xác định vị trí của ống thông tĩnh mạch rốn.

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinhhtuyen889@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025