

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y khoa Vinh có thể lực và tình trạng dinh dưỡng ở mức trung bình trở lên, với sự khác biệt rõ rệt giữa nam và nữ; trong đó nam có thể lực tốt hơn, còn nữ dễ gặp tình trạng thiếu năng lượng trường diễn. Bên cạnh đó, sự đồng tồn tại của thiếu năng lượng và thừa cân – béo phì phản ánh gánh nặng kép dinh dưỡng ở sinh viên, đòi hỏi các giải pháp can thiệp phù hợp nhằm nâng cao sức khỏe, cải thiện thể lực và phòng ngừa các nguy cơ dinh dưỡng lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thiệt Sơn, Lê Gia Vinh và CS.** Một số đặc điểm hình thái của sinh viên Y Hà Nội, Hình thái học 1993; 3, 1, tr 19-22. doi:1993
2. **Trịnh Xuân Đan và CS.** Thực trạng sức khỏe, dinh dưỡng và sự phát triển của sinh viên vào trường Đại học Y Dược Thái Nguyên 2008. Tạp chí sinh lý học Việt Nam, 2009;13, 35-43.
3. **Thục TTK, Dương NTT.** So Sánh Chỉ Số Nhân Trắc Của Sinh Viên Trường Đại Học Điều Dưỡng

Nam Định Qua Hai Lần Đo Năm 2005 Và Năm 2016. Published online 2019.

4. **Lê Thị Quỳnh Như, Phạm Văn Phú.** Tình Trạng Dinh Dưỡng Của Sinh Viên Y Khoa Năm Thứ Ba Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch Năm 2020. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2020;16(6):65-71. Accessed June 8, 2024. <https://tapchidinhduongthucpham.org.vn/index.php/jfns/article/view/96>
5. **Nguyễn Quang Quyền.** Nhân Trắc Học và Ứng Dụng Nghiên Cứu Trên Người Việt Nam, Nhà Xuất Bản Y Học Hà Nội. 1974.
6. **Nguyễn Tường An.** Đánh giá về mặt nhân trắc học tình trạng thể lực, dinh dưỡng và phát triển người miền Trung từ 15 tuổi trở lên. Published online 2004.
7. **Body mass index (BMI).** Accessed April 18, 2024. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>
8. **Said MA, Alhumaid MM, Atta II, Al-Sababha KM, Abdelrahman MA, Alibrahim MS.** Lower fitness levels, higher fat-to-lean mass ratios, and lower cardiorespiratory endurance are more likely to affect the body mass index of Saudi children and adolescents. Front Public Health. 2022; 10:984469. doi:10.3389/fpubh.2022.984469

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ EBTT VÀ EBAT TRONG ĐIỀU TRỊ TIẾT TRỪ HELICOBACTER PYLORI

Lê Thanh Quỳnh Ngân¹, Nguyễn Thị Ngọc Bích¹, Huỳnh Hoài Phương¹, Đoàn Hoàng Long¹, Hoàng Đình Thành¹, Trần Quang Bình¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, tình trạng đề kháng kháng sinh của *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) ngày càng gia tăng trong dân số. Theo khuyến cáo của vùng Châu Á Thái Bình Dương, theo đồng thuận Maastricht V và đồng thuận Toronto 2016, ở những nước có tỉ lệ *H.pylori* kháng Clarithromycin và Metronidazole trên 15% có thể sử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth đầu tay và phác đồ thay thế lựa chọn là PPI-Bismuth-Tinidazole-Amoxicillin với Amoxicillin thay thế cho Tetracycline. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu về hiệu quả phác đồ 4 thuốc chứa Tinidazole thay Metronidazole và Amoxycillin thay Tetracycline trong phác đồ 4 thuốc khởi đầu điều trị *H.pylori*. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tỉ lệ tiết trừ thành công của 2 phác đồ EBTT (Esomeprazole-Bismuth-Tinidazole-Tetracycline) và EBAT (Esomeprazole-Bismuth-Tinidazole-Amoxycillin) trong điều trị tiết trừ *H.pylori*. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu ngẫu nhiên, có

nhóm đối chứng. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân đến khám ở phòng khám tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, có chẩn đoán xác định nhiễm *H.pylori* (trên nội soi) từ 04/2022 đến 11/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 158 bệnh nhân, có 86 bệnh nhân được điều trị với phác đồ EBTT và 72 bệnh nhân được điều trị phác đồ EBAT. Tỷ lệ tiết trừ *H.pylori* thành công của phác đồ EBTT là 96,5% và EBAT là 83,6%. Tác dụng không mong muốn có thể gặp là tiêu phân đen (25,3%); đắng miệng (11,4%); tiêu lỏng (11,4%); buồn nôn, nôn (3,8%); mệt mỏi (2,5%). **Kết luận:** Tỷ lệ tiết trừ *H.pylori* thành công của phác đồ EBTT là 96,5% và EBAT là 83,6%. Tác dụng không mong muốn ở mức độ nhẹ. **Từ khóa:** *Helicobacter pylori*, tỷ lệ tiết trừ, Esomeprazole-Bismuth-Tinidazole-Tetracycline, Esomeprazole-Bismuth-Tinidazole-Amoxycillin.

SUMMARY

COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF EBTT AND EBAT REGIMEN FOR THE ERADICATION OF HELICOBACTER PYLORI

Background: Currently, antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) is increasing in the population. According to the recommendations of the Asia-Pacific region, according to the Maastricht V consensus and the 2016 Toronto consensus, in countries where the prevalence of *H.pylori* resistant to Clarithromycin and Metronidazole is above 15%, the

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Thành Phố Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Quỳnh Ngân
 Email: bsquynhngan@gmail.com
 Ngày nhận bài: 7.10.2025
 Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025
 Ngày duyệt bài: 10.12.2025

first 4-drug regimen with Bismuth can be used. and the alternative regimen of choice is PPI-Bismuth-Tinidazole-Amoxicillin with Amoxicillin as an alternative to Tetracycline. In Vietnam, there are currently no studies on the effectiveness of 4-drug regimens containing Tinidazole instead of Metronidazole and Amoxicillin instead of Tetracycline in the 4-drug regimen to initiate H.pylori treatment. **Objectives:** To determine the eradication rates of 2 regimens EBTT (Esomeprazole-Bismuth-Tinidazole-Tetracycline) and EBAT (Esomeprazole-Bismuth-Tinidazole-Amoxicillin) in the treatment of H.pylori. **Methods:** A prospective randomized controlled study. Patients were treated at gastroenterology clinic of Tam Anh General Hospital with a confirmed diagnosis of H.pylori infection (on endoscopy) from April 2022 to November 2022. **Results:** Of 158 patients, 86 patients were treated with EBTT regimen and 72 patients were treated with EBAT regimen. The eradication rate of H.pylori with EBTT regimen was 96.5% and EBAT was 83.6%. The most common adverse effects were black stool (25.3%); bitter mouth (11.4%); diarrhea (11.4%); nausea (3.8%); fatigue (2.5%). **Conclusion:** The eradication rate of H.pylori with EBTT regimen was 96.5% and EBAT was 83.6%. Adverse effects were mild. **Keywords:** Helicobacter pylori, the eradication rate, Esomeprazole-Bismuth-Tinidazole-Tetracycline, Esomeprazole-Bismuth-Tinidazole-Amoxicillin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Helicobacter pylori là nguyên nhân chủ yếu gây viêm dạ dày cấp hay mạn tính, loét dạ dày (70-90%), loét tá tràng (90- 95%), khó tiêu chức năng (20%), ung thư biểu mô tuyến dạ dày và gây u MALT (Mucosa – associated Lymphoid Tissue) thuộc nhóm 1 [1,3]. Ngoài ra, H.pylori liên quan đến các bệnh lý ngoài dạ dày như: thiếu máu thiếu sắt, xuất huyết giảm tiểu cầu, bệnh Henoch Schölein, bệnh lý tim mạch, bệnh lý thần kinh, bệnh lý tai mũi họng như viêm tai giữa, viêm mũi, viêm xoang, các bệnh lý tiêu hóa khác như viêm loét đại tràng, ung thư đại tràng, tiêu chảy mãn tính ở trẻ em [1,3,4].

Hiện nay, tình trạng đề kháng kháng sinh của H.pylori ngày càng gia tăng trong dân số [3]. Theo khuyến cáo của vùng Châu Á Thái Bình Dương, theo đồng thuận Maastricht V và đồng thuận Toronto 2016, ở những nước có tỉ lệ H.pylori kháng Clarithromycin và Metronidazole trên 15% có thể sử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth đầu tay và phác đồ thay thế lựa chọn là PPI-Bismuth-Tinidazole-Amoxicillin với Amoxicillin thay thế cho Tetracycline. Tại Việt Nam, chưa có báo cáo nào về hiệu quả phác đồ 4 thuốc chứa Tinidazole thay Metronidazole và Amoxicillin thay Tetracycline trong điều trị H.pylori. Do vậy, chúng tôi nghiên cứu về đánh giá hiệu quả của hai phác đồ EBTT và EBAT nhằm đóng góp thêm các dữ liệu tiết trừ H.pylori trong nước.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá tỉ lệ tiết trừ thành công của 2 phác đồ EBTT (Esomeprazole-Bismuth-Tinidazole-Tetracycline) và EBAT (Esomeprazole-Bismuth-Tinidazole-Amoxicillin) trong điều trị tiết trừ H.pylori.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám tại phòng khám tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Từ tháng 4/2022 đến tháng 11/2022.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân có chẩn đoán xác định nhiễm H.pylori trên nội soi dạ dày.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có thai, có các bệnh lý nội khoa đi kèm nặng, ung thư đang hóa/xạ trị, rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ, nghe nhìn kém làm ảnh hưởng độ chính xác của thông tin, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu ngẫu nhiên, có nhóm đối chứng.

Công thức ước lượng cỡ mẫu:

$$n = \frac{P1(100 - P1) + P2(100 - P2)}{(P2 - P1)^2} \cdot C(\alpha, \beta)$$

Với n: cỡ mẫu tối thiểu

Sai sót loại 1: $\alpha = 0,1$

Sai sót loại 2: $\beta = 0,2$ với power = 0,8

$C(\alpha, \beta) = 6.15$

$P1 = 86\%$; $P2 = 68\%$

$n = 65$ cho mỗi nhóm

Số mẫu thực tế thu thập được nhóm bệnh nhân điều trị EBTT là 86, nhóm bệnh nhân điều trị với EBAT là 72.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp tiến hành: Dữ liệu được thu thập tiến cứu từ khai thác trực tiếp bệnh sử, kết quả nội soi và theo dõi điều trị trong 2 tháng, phác đồ điều trị được chọn lựa ngẫu nhiên bằng phương pháp bốc thăm, nhóm thứ 1 thăm số 1 được tiết trừ bằng phác đồ EBTT, nhóm thứ 2 khi bốc trúng thăm số 2 sẽ được sử dụng phác đồ EBAT.

Hiệu quả điều trị được đánh giá dựa trên: Bệnh nhân được ngưng kháng sinh, Bismuth 4 tuần, PPI 2 tuần sau đó được test C13, phác đồ đạt hiệu quả khi kết quả test âm tính.

Quy trình tiến hành nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành thu thập dữ liệu về lâm sàng và cận lâm sàng theo phác đồ bệnh viện như sau

Thời điểm bắt đầu nghiên cứu: thu thập các thông tin về triệu chứng lâm sàng trước điều trị và các yếu tố liên quan, bệnh nhân được nội soi dạ dày đúng chỉ định có test H.pylori dương tính, tiến hành cho bệnh nhân bốc thăm phác đồ điều trị ngẫu nhiên EBTT hoặc EATT.

Theo dõi và đánh giá các tác dụng không

mong muốn xảy ra trong quá trình điều trị (đăng miệng, tiêu lỏng, tiêu phân đen, buồn nôn, mệt mỏi...).

Kết thúc nghiên cứu: ngưng kháng sinh, Bismuth ít nhất 4 tuần; PPI ít nhất 2 tuần; kiểm tra lại H.pylori bằng test C13.

Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Excel 2010 và phân tích thống kê bằng phần mềm R 3.5.2. Sử dụng thống kê mô tả để tính trung bình, trung vị và tỉ lệ; phép kiểm chi bình phương để khảo sát mối liên quan giữa hai biến định tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Bảng 1: Các đặc điểm của dân số nghiên cứu

Tuổi (TB±ĐLC)		43,8±13,7
Giới tính (Tỷ lệ %)	Nam	35,4%
	Nữ	64,6%
Đặc điểm lâm sàng (Tỷ lệ %)	Không triệu chứng	8,9%
	Đau thượng vị	63,9%
	Ợ hơi	24,7%
	Đầy hơi, chướng bụng	24,1%
	Nuốt nghẹn, nuốt vướng	10,8%
	Nóng thượng vị	13,9%
	Khó tiêu	12,7%
	Sụt cân	10,1%
	Ợ chua, ợ hơi	16%
	Chua miệng	10,1%
	Thay đổi tính chất phân	29,1%
	Thay đổi tính chất phân	29,1%
Nội soi thực quản dạ dày tá tràng (Tỷ lệ %)	Viêm sung huyết dạ dày	53,2%
	Loét dạ dày	7%
	Loét tá tràng	6,3%
	Viêm thực quản trào ngược	28,4%
	Viêm teo niêm mạc dạ dày	12,7%
	Thực quản Barrett	3,2%

Nhận xét: Tỉ lệ nhiễm H.pylori cao hơn ở giới nữ. Triệu chứng chính của nhiễm H.pylori là đau thượng vị (63,9%), thay đổi tính chất phân gồm tiêu lỏng, tiêu bón, tiêu phân sống (29%) . Tổn thương thường gặp nhất trên nội soi là viêm sung huyết dạ dày.

3.2. Đáp ứng điều trị của hai phác đồ EBTT và EBAT

Bảng 5: Mối liên quan giữa đáp ứng điều trị của phác đồ EBAT và các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng trước điều trị		Đáp ứng điều trị		OR (KTC 95%)	p
		Có	Không		
Tuổi		44,2 ± 13,8	38,8 ± 10	1,03 (0,98 – 1,09)	0,22
Giới	Nữ	37 (84,1)	7 (15,9)	1,02 (0,81 – 1,28)	1
	Nam	19 (82,6)	4 (17,4)	1	
BMI	Suy dinh dưỡng	31 (83,8)	6 (16,2)	1	1
	Bình thường	25 (83,3)	5 (16,7)	0,99 (0,8 – 1,23)	
Lần nhiễm	Lần 1	52 (85,3)	9 (14,7)	1	0,25
	Lần 2	4 (66,7)	2 (33,3)	0,78 (0,44 – 1,4)	

Bảng 2: So sánh đáp ứng điều trị giữa phác đồ EBTT và EBAT

Phác đồ	Đáp ứng điều trị n(%)		Tổng N(%)
	Có	Không	
EBTT	82 (96,5)	3 (3,5)	85 (100)
EATT	56 (83,6)	11 (16,4)	67 (100)
Chung	138 (90,8)	14 (9,2)	152 (100)

Tỷ lệ tiết trừ H.pylori thành công với phác đồ EBTT là 96,5%; với phác đồ EBAT là 83,6%. Sự khác biệt về đáp ứng điều trị giữa hai phác đồ có ý nghĩa thống kê với p = 0,014.

3.3. Tính an toàn của phác đồ EBTT và EATT. Trong thời gian nghiên cứu, không có bệnh nhân nào ngưng thuốc do tác dụng không mong muốn, không có bệnh nhân nào cần phải nhập viện hay tử vong. Đa số các tác dụng không mong muốn ở mức độ nhẹ và kết thúc khi bệnh nhân ngưng điều trị.

Bảng 3: So sánh các tác dụng không mong muốn giữa phác đồ EBTT và EATT

Phác đồ	Tác dụng không mong muốn n(%)	
	Có	Không
EBTT	30 (34,9)	56 (65,1)
EBAT	19 (26,4)	53 (73,6)
Chung	49 (31)	109 (69)

Tỷ lệ bệnh nhân gặp các tác dụng không mong muốn là 31%, nhóm sử dụng phác đồ EBAT có tỷ lệ các tác dụng không mong muốn thấp hơn so với EBTT.

Bảng 4: Các triệu chứng không mong muốn trong quá trình điều trị

Triệu chứng	n (%)
Tiêu phân đen	40 (25,3)
Đăng miệng	18 (11,4)
Đi tiêu nhiều lần	18 (11,4)
Buồn nôn, nôn	6 (3,8)
Mệt mỏi	4 (2,5)
Tăng tiết nước bọt	2 (1,3)
Ngứa, nổi mề đay	3 (1,9)
Cồn cào	2 (1,3)
Chướng hơi, sinh bụng	3 (1,9)

3.4. Mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của phác đồ điều trị tiết trừ H.pylori

Tác dụng phụ	Có	18 (94,7)	1 (5,3)	1,14 (0,93- 1,39)	0,31
	Không	37 (77)	11 (23)	1	

Nhận xét: Sự khác biệt về các đặc điểm lâm sàng và đáp ứng điều trị ở nhóm bệnh nhân điều trị với EBAT không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Nhiễm *H.pylori* là nguyên nhân của 90-95% trường hợp loét tá tràng, 70%-90% loét dạ dày, 60% viêm dạ dày, 80% ung thư dạ dày và 20% khó tiêu chức năng [4,5]. Đây là những bệnh lý thường gặp, do đó phát hiện nhiễm vi khuẩn và diệt trừ *H.pylori* là bước quan trọng trong việc điều trị bệnh [1,3].

Nghiên cứu trên 158 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ diệt trừ *H.pylori* thành công ở nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ EBTT là 96,5% và phác đồ EBAT là 83,6%. Theo đồng thuận về diệt trừ *H.pylori* của Hội tiêu hóa Việt Nam năm 2022, một phác đồ được xem là có hiệu quả nếu tỷ lệ tiêu diệt $\geq 80\%$ theo phân tích "intention-to-treat" (ITT). Tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* thành công của phác đồ EBTT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác đã được báo cáo như nghiên cứu của tác giả Theodore Rokkas và cộng sự [5]; do chúng tôi sử dụng PPI thế hệ thứ hai, liều cao 2 lần/ngày. Hiệu quả diệt trừ *H.pylori* phụ thuộc vào việc ức chế acid dạ dày đủ để kháng sinh hoạt động tốt. Nếu PPI liều thấp hoặc ít lần trong ngày, pH dạ dày thấp, *H.pylori* thường chuyển sang thể ngủ, giảm nhân đôi giảm chuyển hóa làm giới hạn hoạt động của kháng sinh thường chỉ có tác dụng vào giai đoạn vi khuẩn nhân đôi. Bên cạnh đó, CYP2C19 là enzyme ở gan chịu trách nhiệm chuyển hóa nhiều thuốc ức chế bơm proton (PPI, như omeprazole, lansoprazole, esomeprazole...), giúp điều chỉnh nồng độ thuốc trong huyết tương. Một số nghiên cứu về kiểu hình gen CYP2C19 ở Việt nam cho thấy kiểu hình chuyển hóa nhanh chiếm tỉ lệ cao (40%) trong dân số. Nếu bệnh nhân là người chuyển hóa nhanh (EM: rapid metabolizer) thì PPI bị đào thải nhanh, do đó nồng độ thuốc ức chế acid dạ dày có thể thấp hơn so với người chuyển hóa chậm (PM: poor metabolizer). Vì trong phác đồ diệt trừ *H. pylori*, PPI cần duy trì pH cao trong dạ dày đủ lâu để hỗ trợ hoạt động của kháng sinh (tăng khả năng sống của kháng sinh, làm giảm áp lực acid), nếu hiệu lực của PPI không đủ thì hiệu quả diệt trừ có thể giảm. Do đó, điều trị PPI liều cao hai lần một ngày là biện pháp cải thiện hiệu quả diệt trừ *H.Pylori* theo yếu tố kiểu hình gen của CYP2C19 và đã được Hội khoa học tiêu hóa Việt Nam

thông qua và đồng thuận trong phác đồ diệt trừ *Helicobacter pylori* năm 2022 [8].

Các đồng thuận diệt trừ *H.pylori* ở Việt Nam và thế giới đều nhấn mạnh "ức chế bài tiết acid tốt là yếu tố then chốt" cho thành công diệt *H.pylori*. Tỷ lệ diệt trừ thành công của EBTT cao hơn EBAT có thể do tình trạng xuất hiện các chủng *H.pylori* mang gen *pbp1A* đột biến kháng Amoxicillin tại Việt Nam [7,8]. Một nghiên cứu của tác giả Trần Thiện Trung trên 308 bệnh nhân vào năm 2022 cho thấy đột biến kháng Amoxicillin gia tăng lên đến 25,7% [8].

Metronidazole là kháng sinh thuộc nhóm nitroimidazole, được dùng rộng rãi cho nhiễm khuẩn kỵ khí, ký sinh trùng, và trong phác đồ điều trị *H. pylori*. Tuy nhiên nó có thể gây ra khá nhiều tác dụng phụ, từ nhẹ tới nghiêm trọng như buồn nôn, mất vị giác, đau đầu, vị kim loại, thậm chí một số trường hợp nôn ói, phát ban da, độc tính thần kinh, tăng men gan ở những đối tượng mẫn cảm. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tình trạng *H.pylori* kháng với Metronidazole đã lên tới 80%, vì vậy phải sử dụng liều Metronidazole lên tới 1500 - 2000mg làm tăng độc tính. Tinidazole cũng là một kháng sinh nitroimidazole tương tự, có phổ hoạt động gần với metronidazole, và được sử dụng thay thế trong nhiều trường hợp, ít tác dụng phụ hơn, dễ dung nạp hơn với liều thấp. Metronidazole là kháng sinh thuộc nhóm nitroimidazole, được dùng rộng rãi cho nhiễm khuẩn kỵ khí, ký sinh trùng, và trong phác đồ điều trị *H. pylori* [2]. Tuy nhiên nó có thể gây ra khá nhiều tác dụng phụ, từ nhẹ tới nghiêm trọng như buồn nôn, mất vị giác, đau đầu, vị kim loại, thậm chí một số trường hợp nôn ói, phát ban da, độc tính thần kinh, tăng men gan ở những đối tượng mẫn cảm. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tình trạng *H.pylori* kháng với Metronidazole đã lên tới 80%, vì vậy phải sử dụng liều Metronidazole lên tới 1500 - 2000mg làm tăng độc tính. Tinidazole cũng là một kháng sinh nitroimidazole tương tự, có phổ hoạt động gần với metronidazole, và được sử dụng thay thế trong nhiều trường hợp, ít tác dụng phụ hơn, dễ dung nạp hơn với liều thấp. Các triệu chứng không mong muốn có thể gặp là tiêu phân đen (25,3%), đắng miệng (11,4%), đi tiêu nhiều lần (11,4%), buồn nôn, nôn (3,8%). Các triệu chứng này ở mức độ nhẹ và không có tác dụng nào nghiêm trọng. Chúng tôi nhận thấy Tinidazole ở liều 1,5 gr/ngày hiệu quả, an toàn, ít tác dụng phụ và hoàn toàn có thể thay thế cho

Metronidazole trong phác đồ diệt trừ *H.pylori*

Như vậy, để điều trị *H.pylori* và các bệnh lý liên quan cần lựa chọn phác đồ phù hợp tùy vào tình trạng đề kháng kháng sinh tại địa phương đồng thời sử dụng ức chế bơm proton liều cao hai lần một ngày, mang lại hiệu quả diệt trừ cao và ngăn ngừa tình trạng kháng thuốc và *H.pylori* kháng trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 158 bệnh nhân ghi nhận tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* thành công ở nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ EBTT là 96,5% và phác đồ EBAT là 83,6%. Các tác dụng không mong muốn ở mức độ nhẹ. Như vậy, phác đồ EBTT và EBAT có hiệu quả trong diệt trừ *H.pylori*; sử dụng Tinidazole làm giảm các tác dụng không mong muốn đồng thời việc sử dụng Esomeprazole liều cao hai lần một ngày làm tăng cao hiệu quả diệt trừ *H.pylori* do ức chế acid tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eslick GD, Lim LL, Byles JE, Xia HH, Talley NJ. Association of *Helicobacter pylori* infection with gastric carcinoma: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 1999 Sep;94(9):2373–9.
2. Berrutti M, Pellicano R, Astegiano M, Smedile A, Saracco G, Morgando A, et al.

Helicobacter pylori eradication: metronidazole or tinidazole? Data from Turin, Italy. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2008 Dec;54(4):355–8.

3. Brito BB, Silva FAF, Soares AS, Pereira VA, Santos MLC, Sampaio MM, et al. Pathogenesis and clinical management of *Helicobacter pylori* gastric infection. *World J Gastroenterol*. 2019 Oct 7;25(37):5578–89.
4. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon ATR, Bazzoli F, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut*. 2012 May;61(5):646–64.
5. Rokkas T, Gisbert JP, Malfertheiner P, Niv Y, Gasbarrini A, Leja M, et al. Comparative Effectiveness of Multiple Different First-Line Treatment Regimens for *Helicobacter pylori* Infection: A Network Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2021 Aug;161(2):495–507.e4.
6. Siurala M, Varis K, Wiljasalo M. Studies of patients with atrophic gastritis: a 10–15-year follow-up. *Scand J Gastroenterol*. 1966;1(1):40–8.
7. Wang D, Guo Q, Yuan Y, Gong Y. The antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* to five antibiotics and influencing factors in an area of China with a high risk of gastric cancer. *BMC Microbiol*. 2019 Jul 4;19(1):152.
8. Tran TT, Nguyen AT, Quach DT, Pham DTH, Cao NM, Nguyen UTH, et al. Emergence of amoxicillin resistance and identification of novel mutations of the *pbp1A* gene in *Helicobacter pylori* in Vietnam. *BMC Microbiol*. 2022 Feb 3;22:41.

BỆNH HẠCH PHẢN ỨNG DO VIÊM DA: CẠM BẦY CHẨN ĐOÁN U LYMPHO ÁC TÍNH

Nguyễn Viết Trung¹, Bùi Thị Kim Dung¹,
Giang Bảo Hoàn¹, Lê Quang Vinh¹

TÓM TẮT

Bệnh hạch phản ứng do viêm da (DL) là bệnh tăng sản hạch lympho liên quan bệnh da mạn, dễ nhầm với u lympho. Chúng tôi xin trình bày bệnh án của bệnh nhân nam 35 tuổi, tiền sử viêm da cơ địa kéo dài, xuất hiện hạch cổ và vùng cánh tay to không đau. Siêu âm ghi nhận nhiều hạch ức-đòn-chũm hai bên, lớn nhất 14×6 mm, còn rốn hạch. Xét nghiệm mô bệnh học hạch cho thấy tổn thương tăng sản vùng cận vỏ với tăng các mô bào Langerhans/tế bào vồng, hiện diện melanophages xâm nhập cận vỏ và trong xoang; một số nang có biến đổi kiểu Castleman và quá sản. Hóa mô miễn dịch: CD1a và S100 dương tính ở quần thể mô bào; CD30 dương tính với nguyên bào miễn dịch; không ghi nhận tăng sinh đơn dòng tế bào

T/B thông qua sự bộc lộ dấu ấn CD3/CD20. Chẩn đoán DL được xác lập. Trường hợp này nhấn mạnh DL thường gặp ở bệnh nhân có bệnh da mạn tính, biểu hiện hạch ngoại vi kéo dài nhưng tự giới hạn; việc phối hợp chặt chẽ lâm sàng – mô bệnh học – hóa mô miễn dịch là chìa khóa để tránh chẩn đoán nhầm u lympho và định hướng xử trí phù hợp.

Từ khóa: bệnh hạch phản ứng do viêm da.

SUMMARY

DERMATOPATHIC LYMPHADENOPATHY: DIAGNOSTIC PITFALLS OF MALIGNANT LYMPHOMA

Dermatopathic lymphadenopathy (DL) – a benign lymph node hyperplasia associated with chronic skin disease that can be easily mistaken for lymphoma. Case report: A 35-year-old male patient with a long history of atopic dermatitis presented with painless enlargement of cervical and axillary lymph nodes. Ultrasound revealed multiple bilateral jugulo-subclavian lymph nodes, the largest measuring 14×6 mm, with preserved fatty hilum. Lymph node histopathology showed paracortical hyperplasia with

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Vinh

Email: v.vinh12@vinmec.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025