

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 võng, 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

an increase in Langerhans cells and reticular cells, along with the presence of melanophages infiltrating the paracortex and sinuses. Some follicles exhibited Castleman-like and hyperplastic changes. Immunohistochemistry demonstrated CD1a and S100 positive staining in histiocytic populations; CD30 positive in immunoblasts; and no evidence of monoclonal T- or B-cell proliferation with expression CD3 and CD20. A diagnosis of dermatopathic lymphadenopathy was established. This case highlights that DL commonly occurs in patients with chronic skin diseases and presents as persistent but self-limited peripheral lymphadenopathy. Close correlation among clinical findings, histopathology, and immunohistochemistry is essential to avoid misdiagnosis as lymphoma and to guide appropriate management.

Keywords: Dermatopathic lymphadenopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh hạch phản ứng do viêm da còn được biết đến với tên gọi khác như là bệnh Pautrier-Woringer, được 2 tác giả mô tả lần đầu vào năm 1932 dưới tên gọi lipomelanotic reticulosis ở những bệnh nhân bị đỏ da toàn thân (erythroderma) kèm sưng hạch bạch huyết lớn [1]. Năm 1942, Hurwitt đã đặt ra thuật ngữ dermatopathic lymphadenitis, vì người ta cho rằng thực thể này biểu hiện một đáp ứng miễn dịch thứ phát đối với tình trạng bệnh lý ảnh hưởng chủ yếu đến da [2]. Dermatopathic lymphadenopathy là một dạng hiếm gặp của tăng sản hạch bạch huyết lành tính, có liên quan đến hầu hết các bệnh lý da mạn tính, bao gồm pemphigus, vẩy nến, chàm, viêm da thần kinh [3] [4]. Biểu hiện thường gặp nhất là tình trạng nổi hạch không đau kèm theo sốt. Đây là một bệnh tự giới hạn, thường không cần điều trị đặc hiệu.

Trong những năm gần đây, đã có nhiều hiểu biết hơn về sinh lý miễn dịch liên quan đến các đặc điểm mô học của Dermatopathic lymphadenopathy [5]. Việc đánh giá các quần thể tế bào tua trình diện kháng nguyên (dendritic cells) trong da lành cũng như da viêm mạn tính, và trong các hạch bạch huyết dẫn lưu da, cho thấy rằng các tế bào Langerhans ở da cùng các loại tế bào tua khác di chuyển đến các vùng giàu tế bào T trong hạch bạch huyết vùng, nơi chúng trung gian cho đáp ứng miễn dịch thích hợp. Sự di chuyển này xảy ra để đáp ứng với kích thích kháng nguyên dai dẳng, kèm theo sự sản xuất cục bộ các cytokine, như yếu tố hoại tử u alpha (TNF- α), vốn làm giảm điều hòa các phân tử kết dính biểu mô, tạo thuận lợi cho quá trình di chuyển. Hơn nữa, sự tích tụ đặc trưng của các tế bào thực bào chứa melanin (melanophages) trong hạch bạch huyết ở bệnh Dermatopathic lymphadenopathy có thể là

kết quả, ít nhất trong một số trường hợp, của hiện tượng rối loạn giữ sắc tố (pigmentary incontinence) và tăng thực bào melanin tại vùng da viêm, với sự di chuyển tiếp theo của các melanophages qua hệ bạch mạch đến hạch bạch huyết [6].

Triệu chứng lâm sàng thường biểu hiện hạch ngoại vi to, kéo dài, thường không đau kèm theo biểu hiện bệnh da như ban đỏ, dát sần, dày da và có thể kèm sốt hoặc không. Chính điều này có thể gây nhầm lẫn với bệnh cảnh u lympho.

Chẩn đoán xác định bệnh lý này dựa trên xét nghiệm mô bệnh học thường quy hạch. Đặc điểm mô bệnh học điển hình là: Tăng sản vùng cận vỏ kèm sự tăng sinh các mô bào Langerhans, tế bào võng, đại thực bào ăn sắc tố cũng như không có sự tăng sinh đơn dòng.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 35 tuổi, có tiền sử viêm da cơ địa nhiều năm, đã được điều trị bằng corticosteroid bôi ngoài da nhưng tổn thương da chỉ đáp ứng một phần, không khỏi hoàn toàn. Gần đây, bệnh nhân xuất hiện tình trạng hạch cổ và hạch vùng cánh tay trong to lên kéo dài đến khám. Khám lâm sàng thấy toàn trạng bệnh nhân ổn định, không sốt hay gầy sút cân. Tổn thương da: Tổn thương da khô sần, bong vảy nhẹ trên nền da hồng đỏ (Hình 1)



Hình 1. Tổn thương da khô, sần, bong vảy nhẹ trên nền da hồng đỏ

Cận lâm sàng:

Siêu âm:

+ Nhiều hạch vùng ức đòn chũm 2 bên, trong đó hạch nhóm III bên trái kích thước lớn nhất 14x6mm, nhu mô không đồng nhất, còn rốn hạch, không có dấu hiệu hoại tử.

Trên xét nghiệm mô bệnh học hạch cổ nhóm III và hạch ống cánh tay cho thấy:

+ Sự quá sản vùng cận vỏ gồm hỗn hợp các loại tế bào: lymphocyte, tế bào võng và đại thực bào.

+ Sự xâm nhập của đại thực bào ăn sắc tố ở cận vỏ và trong các xoang.

+ Một số tâm nang có hình ảnh biến đổi dạng giống Castleman-like với mạch máu xuyên tâm, tâm nang teo và áo nang mở rộng, một số tâm nang có hiện tượng quá sản.

Hoá mô miễn dịch:

+ CD1a: Dương tính với với các tế bào võng

vùng cận vỏ.

+ S100: Dương tính với tế bào võng vùng cận vỏ.

+ CD30: Dương tính với nguyên bào miễn dịch tế bào B.

+ CD3 và CD20 không thấy tăng sinh đơn dòng tế bào B hay T.

Dựa trên kết quả mô bệnh học và hoá mô miễn dịch: phù hợp với bệnh lý dermatopathic lymphadenopathy.

III. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của Sofia Garces và cộng sự thì các trường hợp DL gặp chủ yếu ở bệnh nhân nữ, với độ tuổi trung bình là 49 tuổi [4]. Trường hợp chúng tôi là bệnh nhân nam, 35 tuổi. Cũng theo nghiên cứu trên, vị trí hạch to hay gặp nhất là hạch nách và hạch bẹn, trong khi đó hạch cổ tăng kích thước chỉ gặp ở 7% bệnh nhân. Kích thước trung bình của hạch từ 1-3.5cm (trung bình 1.8cm). Trường hợp của chúng tôi nhóm hạch cổ và hạch ống cánh tay to với kích thước lớn nhất 1.4cm.

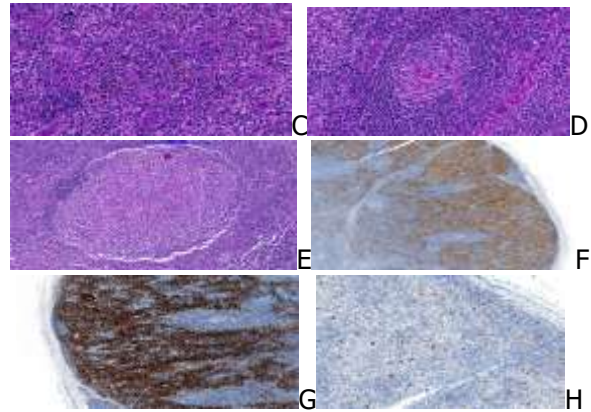
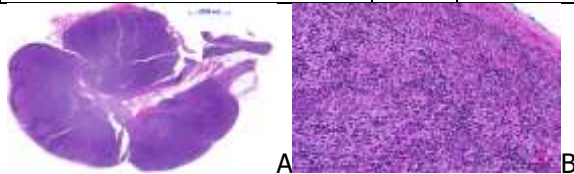
- Mô bệnh học:

+ Đặc trưng với sự tăng sản vùng cận vỏ kèm sự tăng sinh các mô bào Langerhans, tế bào võng, đại thực bào ăn sắc tố.

+ Ngoài ra có thể gặp các đặc điểm khác như: sự có mặt của các lympho bào bất thường với màng nhân dạng não, đại thực bào ăn sắc tố, xâm nhập bạch cầu ái toan và nguyên bào miễn dịch vùng cận vỏ, biến đổi dạng Castleman-like, quá sản nang lympho, xơ hoá dưới vỏ. Trường hợp của chúng tôi có một số đặc điểm mô bệnh học được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Bảng so sánh các đặc điểm mô bệnh học trường hợp của chúng tôi và đối chiếu y văn

Đặc điểm mô bệnh học	Có	Không
Quá sản vùng cận vỏ	x	
Lympho bào bất thường		x
Đại thực bào ăn sắc tố	x	
Xâm nhập bạch cầu ái toan vùng cận vỏ		x
Xâm nhập nguyên bào miễn dịch vùng cận vỏ	x	
Castleman-like change	x	
Quá sản nang lympho	x	
Xơ hoá dưới vỏ		x



Hình 2: Một số đặc điểm mô bệnh học của bệnh hạch phản ứng do viêm da

A. Quá sản vùng cận vỏ, B. Quá sản các tế bào võng, đại thực bào Langerhans ở vùng cận vỏ, C. Xâm nhập đại thực bào ăn sắc tố vùng cận vỏ, D. Biến đổi dạng Castleman-like, E. Tâm nang quá sản, F. Các tế bào võng và đại thực bào Langerhans cận vỏ dương tính với CD1a, G. Các tế bào võng và đại thực bào Langerhans cận vỏ dương tính với S100, H. Các nguyên bào miễn dịch vùng cận vỏ dương tính với CD30.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh hạch phản ứng do viêm da là một tình trạng bệnh lý hiếm gặp và khó chẩn đoán. Do đó sự phối hợp giữa đặc điểm lâm sàng, tiền sử bệnh da mạn tính, mô bệnh học và hoá mô miễn dịch là cần thiết để thiết lập chẩn đoán chính xác và để loại trừ u lympho ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. So-called Lipomelanotic reticulosis of Pautrier-Woringer JAMA Dermatology JAMA Network. Accessed August 17, 2025. <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/524064>
2. Hurwitt E. Dermatopathic Lymphadenitis. J Invest Dermatol. 1942;5(4):197-204. doi:10.1038/jid.1942.30
3. Acipayam C, Kupeli S, Sezgin G, et al. Dermatopathic lymphadenitis associated with human papilloma virus infection and verruca vulgaris. J Pediatr Hematol Oncol. 2014;36(4):e231-233. doi:10.1097/MPH.0b013e3182913e44
4. Garces S, Yin CC, Miranda RN, et al. Clinical, histopathologic, and immunoarchitectural features of dermatopathic lymphadenopathy: an update. Mod Pathol. 2020;33(6):1104-1121. doi:10.1038/s41379-019-0440-4
5. Angel CE, Chen CJ, Horlacher OC, et al. Distinctive localization of antigen-presenting cells in human lymph nodes. Blood. 2009;113(6):1257-1267. doi:10.1182/blood-2008-06-165266
6. Geissmann F, Dieu-Nosjean MC, Dezutter C, et al. Accumulation of immature Langerhans cells in human lymph nodes draining chronically inflamed skin. J Exp Med. 2002;196(4):417-430. doi:10.1084/jem.20020018

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MỘT SỐ THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC GÒ CÔNG TÂY

Trần Văn Đạt¹, Nguyễn Lê Ngọc Giàu¹, Nguyễn Văn Đối¹,
Nguyễn Vũ Trường Giang², Bùi Thị Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: việc quản lý bệnh đái tháo đường tại tuyến y tế cơ sở là một trong những giải pháp mang lại nhiều lợi ích và hiệu quả điều trị cho người bệnh. **Mục tiêu:** đánh giá hiệu quả, chi phí-hiệu quả của phác đồ phối hợp metformin và glimepiride so với metformin đơn thuần trong điều trị đái tháo đường typ 2 tại Trung tâm Y tế khu vực Gò Công Tây. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 người bệnh được chuẩn đoán mắc đái tháo đường typ 2 tại Trung tâm Y tế khu vực Gò Công Tây, chia thành 2 nhóm: nhóm phối hợp bao gồm 31 người bệnh điều trị bằng phác đồ metformin 1000 mg kết hợp glimepiride 2 mg và nhóm đơn trị bao gồm 31 người bệnh chỉ sử dụng metformin 1000 mg. **Kết quả nghiên cứu:** Giá trị glucose huyết trung bình sau 3 đợt điều trị ở nhóm phối hợp metformin và glimepiride là $7,80 \pm 2,15$ mmol/L, thấp hơn so với nhóm metformin đơn trị ($8,23 \pm 1,95$ mmol/L). Mức độ giảm glucose huyết trung bình sau 3 đợt điều trị ở nhóm phối hợp là $0,69 \pm 1,01$ mmol/L, cao hơn so với nhóm metformin đơn trị ($0,55 \pm 0,49$ mmol/L). Phác đồ phối hợp chiếm ưu thế hơn về chi phí-hiệu quả so với phác đồ đơn trị với giá trị ICER = -126.275 đ/mmole/L giảm glucose huyết. **Kết luận:** phác đồ phối hợp metformin và glimepiride chiếm ưu thế hơn so với metformin đơn thuần trong điều trị ĐTĐ type 2. Điều này gợi ý về việc sử dụng phác đồ phối hợp có thể tối ưu hóa phân bổ nguồn lực y tế và cung cấp thêm bằng chứng thực tế về đánh giá công nghệ y tế.

Từ khóa: Chi phí - hiệu quả, metformin, glimepiride, đái tháo đường typ 2.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF DRUGS IN THE TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES AT GO CONG TAY REGIONAL MEDICAL CENTER

Background: The management of diabetes mellitus at the primary healthcare level is one of the strategies that bring significant benefits and treatment effectiveness for patients. **Objective:** To evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of the combined regimen of metformin and glimepiride compared to metformin monotherapy in the treatment of type 2 diabetes mellitus at Go Cong Tay Regional Health Center. **Subjects and Methods:** A cross-sectional

descriptive study was conducted on 62 patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus at Go Cong Tay Regional Health Center, divided into two groups: the combination group, consisting of 31 patients treated with a regimen of metformin 1000 mg combined with glimepiride 2 mg, and the monotherapy group, consisting of 31 patients treated with metformin 1000 mg alone. **Results:** The mean plasma glucose level after three treatment cycles in the combination group (metformin plus glimepiride) was 7.80 ± 2.15 mmol/L, which was lower than that in the metformin monotherapy group (8.23 ± 1.95 mmol/L). The mean reduction in plasma glucose after three treatment cycles in the combination group was 0.69 ± 1.01 mmol/L, higher than that in the monotherapy group (0.55 ± 0.49 mmol/L). The combination regimen was dominant in terms of cost-effectiveness compared with the monotherapy regimen, with an ICER value of -126,275 VND per mmole/L of glucose reduction. **Conclusion:** The combination of metformin and glimepiride was more effective and cost-effective than metformin monotherapy in the treatment of type 2 diabetes mellitus. This finding suggests that the combined regimen may optimize the allocation of healthcare resources and provide additional real-world evidence for health technology assessment.

Keywords: Cost-effectiveness, metformin, glimepiride, type 2 diabetes mellitus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới (IDF), năm 2015 có khoảng 415 triệu người (20–79 tuổi) mắc đái tháo đường (ĐTĐ), dự kiến tăng lên 642 triệu người vào năm 2040. Cùng với thay đổi lối sống, chế độ dinh dưỡng không hợp lý và ít vận động, ĐTĐ typ 2 ngày càng phổ biến, thậm chí xuất hiện ở trẻ em, trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng. Bệnh gây nhiều biến chứng nguy hiểm như tim mạch, mù lòa, suy thận và cắt cụt chi. Tuy nhiên, khoảng 70% trường hợp ĐTĐ typ 2 có thể phòng ngừa hoặc làm chậm tiến triển nhờ duy trì lối sống lành mạnh và luyện tập thường xuyên [1]. Năm 2019, trên toàn cầu có khoảng 463 triệu người (20–79 tuổi) mắc đái tháo đường, dự kiến tăng lên 700 triệu vào năm 2045. Bệnh gây gánh nặng lớn về sức khỏe và kinh tế, với 1,6 triệu ca tử vong năm 2016 và chi phí điều trị ước tính 760 tỷ USD năm 2019 (chiếm 10% chi tiêu y tế). Tính mạn tính và nhu cầu chăm sóc suốt đời khiến đái tháo đường trở thành thách thức lớn cho hệ thống y tế và kinh tế [2], [3]. Theo IDF,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trung tâm y tế khu vực Gò Công Tây

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Ngọc Giàu

Email: nngiau@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025