

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG DO H.PYLORI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Đinh Thị Thúy Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc của BN viêm loét dạ dày-tá tràng do H. Pylori và đánh giá hiệu quả phác đồ điều trị H. Pylori tại bệnh viện. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả được sử dụng để khảo sát tình hình sử dụng thuốc và hiệu quả điều trị của BN sau khi dùng phác đồ tiết trừ H. Pylori. **Kết quả:** Phác đồ được dùng nhiều nhất là PBMT chiếm 77,8%, thuốc dùng kèm chủ yếu là nhóm antacid 50,9%. ADE thường gặp là tiêu chảy (28,6%). Thời gian trung bình cho phác đồ điều trị là 14 ngày. Hiệu quả điều trị: số BN hết các triệu chứng lâm sàng là 78%, tỷ lệ tiết trừ H. Pylori so với số BN đi kiểm tra lại và làm test hơi thở là 94%. 3 yếu tố: giới tính ($p=0,005$, OR=2,968, CI 95% 1,557-15,812), mức độ TTDT ($p = 0,028$, OR = 11,971, 95% CI 1,311-109,283) và nghề nghiệp viên chức ($p = 0,049$, OR = 7,005, CI 95% 0,99-49,568) có liên quan với hiệu quả điều trị của bệnh nhân. **Kết luận:** Các thuốc sử dụng trong điều trị viêm loét dạ dày-tá tràng do H. Pylori hầu hết phù hợp với các hướng dẫn điều trị tham khảo. Giới tính, nghề nghiệp và mức độ TTDT là các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị.

Từ khóa: viêm loét dạ dày-tá tràng do H. Pylori, sử dụng thuốc, tuân thủ điều trị

SUMMARY

INVESTIGATION ON DRUG USE AND THERAPEUTIC OUTCOME IN OUTPATIENTS WITH HELICOBACTER PYLORI-ASSOCIATED PEPTIC ULCER DISEASE AT DONG NAI HOSPITAL

Objectives: This study aims to analyze the use of drugs treating Helicobacter pylori-associated peptic ulcer disease and evaluate the therapeutic outcome of regimen treating H.pylori. **Methods:** Retrospective, cross-sectional, descriptive of prescriptions and therapeutic outcome to outpatients with H.pylori diagnosis. **Results:** The most commonly used regimen is PBMT, accounting for 77,8%; the main concomitant drug is antacid 50,9%. The most common ADE was diarrhea (28,6%). The mean time for the treatment regimen was 14 days. Effective treatment: the number of patients who had no clinical symptoms was 78%, the rate of H. Pylori eradication compared to the number of patients who went for re-examination and breath test was 94%. 3 factors: gender ($p=0,005$, OR=2,968, 95% CI 1,557-15,812),

medication adherence ($p=0,028$, OR=11,971, 95% CI 1,311-109,283) and occupation ($p=0,049$, OR = 7,005, 95% CI 0,99-49,568) is related to the patient's treatment effect. **Conclusion:** The drugs used in the treatment of peptic ulcers caused by H. Pylori are mostly consistent with the reference guidelines. Gender, occupation and level of medication adherence are factors related to treatment effectiveness.

Keywords: Helicobacter pylori-associated peptic ulcer, the use of drug, medication adherence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn H. pylori là bệnh nhiễm khuẩn mãn tính phổ biến nhất trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến khoảng một nửa dân số thế giới. Viêm loét dạ dày dễ tái phát và có nhiều biến chứng nghiêm trọng như xuất huyết tiêu hóa, thủng dạ dày, ung thư dạ dày. Tổ chức Y tế Thế giới đã đánh giá việc điều trị H. Pylori là cần thiết, không chỉ ngăn chặn các biến chứng mà còn giảm nguy cơ ung thư dạ dày từ 36% đến 45% [1]. Nhưng việc điều trị bệnh có thể thất bại do phác đồ điều trị không thích hợp, vi khuẩn kháng thuốc, sự đa hình gen của vi khuẩn hay sự không tuân thủ trong việc sử dụng thuốc của BN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ngoại trú có VDDTT, đến khám và điều trị tiết trừ H. Pylori tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai từ ngày 01/12/2020 đến ngày 30/04/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân viêm dạ dày mạn từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định đang nhiễm H. Pylori và được chỉ định bằng phác đồ điều trị H. Pylori, đồng ý tham gia NC.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có chẩn đoán ung thư dạ dày, đang xuất huyết tiêu hóa. Bệnh nhân không tinh táo, suy giảm hay mất khả năng nhận thức, được đánh giá bằng MMSE < 17.

Phương pháp nghiên cứu. NC cắt ngang mô tả được sử dụng để khảo sát tình hình sử dụng thuốc và hiệu quả điều trị

Tiến trình nghiên cứu. Tiến hành thu thập tất cả thông tin nền, thông tin điều trị do bệnh lý VLDDTT.

Phần điều trị: Chẩn đoán của bác sĩ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm điều trị: số thuốc trong đơn, thông tin về nhóm thuốc, các loại phác đồ phối hợp thuốc, liều lượng, cách dùng, hiệu quả điều trị và ADE của thuốc.

Xử lý và trình bày số liệu. Các phép kiểm

¹Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thúy Hà

Email: dinhthuyha85@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 16.6.2023

thống kê được thực hiện với phần mềm SPSS 20. Biến phân loại: tần suất, tỷ lệ phần trăm. Biến liên tục: giá trị trung bình ± SD (phân phối chuẩn) hoặc trung vị ± khoảng tứ phân vị (không có phân phối chuẩn). Đánh giá các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị: phân tích hồi quy Binary logistic. Các thông số được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

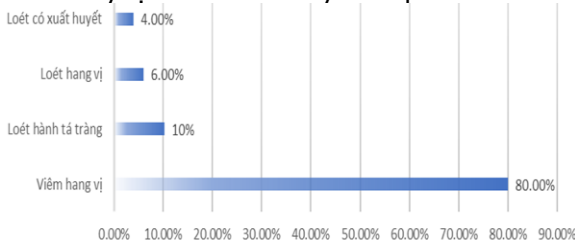
Tuổi trung vị (IQR) của BN trong mẫu NC là 53,5 (41-62), nữ giới chiếm đa số (63,4%). BN có trình độ học vấn cấp 2 là chủ yếu (51,4%), phần lớn làm viên chức (37%). Đa phần BN trong mẫu NC không mắc bệnh kèm (71,3%) và không có tiền sử bệnh VLDDTT do H. Pylori trước đó.

Trong các triệu chứng lâm sàng liên quan VLDDTT, đau vùng thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất (75,5%), tiếp đến đầy bụng (60,2%) và ít nhất là ợ hơi, ợ chua (28,7%). Để chẩn đoán H. Pylori hầu hết BN được cho làm xét nghiệm Clo-Test (90,7%), còn lại một số ít BN sử dụng test Ure hơi thở (9,3%).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN trong mẫu NC

Đặc điểm	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Triệu chứng						
Đau vùng thượng vị	64	39,3	99	60,7	163	75,5
Đầy bụng	44	33,8	86	66,2	130	60,2
Ợ chua, ợ hơi	17	27,4	45	72,6	62	28,7
Xét nghiệm chẩn đoán						
Clo test	70	35,7	126	64,3	196	90,7
Ure hơi thở	9	45	11	55	20	9,3

Vị trí tổn thương thường gặp nhất trong bệnh VLDDTT do H. Pylori là ở hang vị chiếm tỷ lệ 80%, loét hành tá tràng chiếm tỷ lệ thấp hơn 10% và tỷ lệ BN có xuất huyết thấp 4%.



Hình 1. Đặc điểm kết quả nội soi

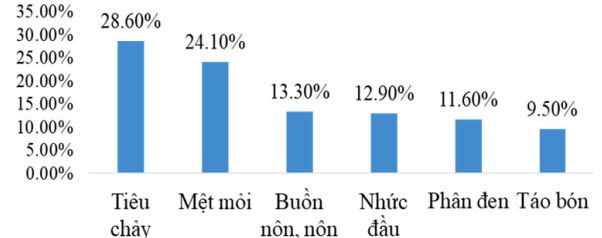
Phác đồ PBMT điều trị VLDDTT do H. Pylori chiếm tỷ lệ cao nhất (77,8%), phác đồ PAL và PAC cùng chiếm 8,3%, phác đồ PBMA chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,6%). Trong nhóm PPI chỉ có 2 thuốc được sử dụng là esomeprazol và

rabeprazol với tỉ lệ tương ứng (32,4% và 67,6%). Phác đồ PBMT có 100% metronidazol được thay thế bằng tinidazol.



Hình 2. Tỷ lệ phác đồ điều trị VLDDTT do H. Pylori

Tiêu chảy và mệt mỏi là các ADE thường gặp nhất (28,6%) và (24,1%), các ADE còn lại bao gồm buồn nôn, nôn (17,4%), nhức đầu (16,6%), phân đen (11,6%) và thấp nhất là táo bón (9,5%).



Hình 3. Tỷ lệ ADE trong phác đồ điều trị VLDDTT do H. Pylori

Ngoài việc sử dụng các nhóm thuốc chính để điều trị H. Pylori, BN còn được kê đơn các thuốc phối hợp khác với mục đích hỗ trợ điều trị triệu chứng. Kết quả được trình bày trong bảng 4.5. Thuốc antacid được bác sĩ chỉ định cho uống kèm chiếm tỷ lệ nhiều nhất 50,9%, tiếp theo là giảm co thắt 25%, tỉ lệ phối hợp thêm cả 2 thuốc trên cũng khá cao 17,6%.

Bảng 2. Các thuốc dùng kèm trong điều trị VLDDTT do H. Pylori

Thuốc dùng kèm	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Antacid	110	50,9
Giảm co thắt	54	25
Antacid và giảm co thắt	38	17,6
Thuốc điều trị bệnh kèm	14	6,5

Việc đánh giá hiệu quả điều trị H. Pylori phải được cho làm xét nghiệm nội soi kết hợp Clo-test hoặc test ure hơi thở. Trong NC của chúng tôi 210 BN đều tái khám và thử lại kết quả điều trị bằng test ure hơi thở và clo test.

Bảng 3. Hiệu quả điều trị VLDDTT do H. Pylori

Kết quả	PAC (N=31)	PAL (N=22)	PBMT (N=151)	PBMA (N=12)	P value
Am tính	30 (96,8%)	17 (77,3%)	145 (96%)	11 (91,7%)	0,006

Dương tính	1 (3,2%)	5 (22,7%)	6 (4%)	1 (8,3%)	
------------	----------	-----------	--------	----------	--

Kết quả cho thấy nhóm điều trị tiết trừ H. Pylori thành công có tỉ lệ sử dụng phác đồ bốn thuốc PBMT và PBMA cao hơn phác đồ ba thuốc PAC và PAL, mức độ tuân thủ tốt cao hơn không tuân thủ, đồng thời tỉ lệ xuất hiện ADE cũng nhiều hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Có thể thấy rằng các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị đó là: giới tính (0,005, OR = 2,968, 95% CI 1,557-15,812), mức độ TTĐT ($p = 0,028$, OR = 11,971, 95% CI 1,311-109,283).

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị

Yếu tố	p	OR	95% CI	
Nhóm Tuổi	0,238	0,915	0,789-1,060	
Giới tính	0,005	2,968	1,557-15,812 0,557-15,812	
Bệnh kèm	0,667	1,474	0,252-8,629	
	0,667	1,474	0,252-8,629	
ADE	0,077	0,208	0,037-1,184	
Học vấn	< Cấp 3	0,932	1,079	0,187-6,218
	≥ cấp 3	0,143	0,170	0,016-1,815
Nghề nghiệp	Nông dân	0,384		
	Nội trợ	0,088	7,460	0,740-75,176
	Công nhân	0,220	3,088	0,510-18,685
	Viên chức	0,249	7,005	0,99-49,568
	Nghề khác	0,131	3,440	0,691-17,119
Tuân thủ dùng thuốc	0,028	11,971	1,311-109,283 1,311-109,283	
Phác đồ	PAC	0,154		
	PAL	0,224	0,203	0,016-2,651
	PBMT	0,875	1,211	0,111-13,206
	PBMA	0,593	0,420	0,017-10,123

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ BN có triệu chứng lâm sàng đau vùng thượng vị gặp nhiều nhất (75,5%) sau đó đến đầy bụng (60,2%) và ít nhất là ợ hơi, ợ chua (28,7%). Phần lớn BN gặp cả ba triệu chứng (chiếm tỷ lệ 27,2%). Kết quả này cao hơn NC của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ với tỷ lệ đau vùng thượng vị là 68,8%, ợ hơi (46,6%) và đầy bụng (55,7%) [2].

Vị trí tổn thương thường gặp nhất trong bệnh VLDDTT do H. Pylori là ở hang vị (80%), kết quả này thấp hơn so với NC của các tác giả tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ là 96% [2]. Có sự khác biệt này là do số BN trong NC được chỉ định nội soi là 100%, trong khi đó, tỷ lệ BN được chỉ định nội soi trong NC của chúng tôi chỉ là 75%. Theo "Đồng thuận về chẩn đoán và điều trị

nhiễm H. pylori ở Việt Nam" của Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam (2012): đối với BN có chỉ định làm xét nghiệm chẩn đoán nhiễm H. Pylori không kèm triệu chứng báo động, ưu tiên chọn lựa xét nghiệm hơi thở ure; các BN có kèm triệu chứng báo động nên được chỉ định nội soi dạ dày và xét nghiệm dựa trên mẫu mô sinh thiết. Trong NC của chúng tôi tất cả BN được chẩn đoán nhiễm H. Pylori bằng xét nghiệm test nội soi bất kể triệu chứng ban đầu, điều này cần được xem xét lại để việc chẩn đoán được chính xác nhất trên mỗi BN.

Tại BV đa khoa Đồng Nai hiện nay sử dụng chủ yếu phác đồ 4 thuốc PBMT chiếm tỷ lệ cao nhất để tiết trừ H. Pylori (77,8%). Kết quả này tương đồng với NC của tác giả Lê Thị Xuân Thảo (2017) tại BV đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh với phác đồ 4 thuốc 65%, phác đồ 3 thuốc chiếm tỷ lệ 35% [4]. Tuy nhiên số liệu trái ngược với NC Đào Thị Lan (2020) với phác đồ 3 thuốc chiếm 98,4% [3].

Có sự chuyển biến về phác đồ điều trị tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai là phù hợp theo các số liệu báo cáo về tình hình đề kháng của H. Pylori tại địa phương và khu vực miền nam. Đồng thời cũng phù hợp các khuyến cáo hiện nay về lựa chọn phác đồ điều trị H. Pylori. Theo NC của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ tại BV Thống Nhất Đồng Nai thì tỷ lệ H. Pylori đề kháng clarithromycin chung là 72,5%; tỷ lệ đề kháng clarithromycin ở BN có tiền sử điều trị thất bại là 94,3%, ở BN chưa điều trị là 66,1% [2]; trong khi đó tỷ lệ H. Pylori đề kháng với levofloxacin chung là 40,3%; ở BN chưa điều trị là 37,8% và ở BN có tiền sử điều trị thất bại là 48,6%. Tỷ lệ H. Pylori đề kháng kép với clarithromycin và levofloxacin chung là 30,7% [2]. Theo Maastricht V (2016) không khuyến cáo phác đồ nối tiếp và ở những khu vực kháng clarithromycin cao (> 15%), phác đồ 4 thuốc có bismuth hoặc không bismuth-phác đồ đồng thời (PPI, amoxicillin, clarithromycin và nitroimidazol) được khuyến khích. Thời gian điều trị các phác đồ tiết trừ H. Pylori trong NC là 14 ngày (100% BN) và 100% đơn thuốc có hướng dẫn cách dùng thuốc, đặc biệt là PPI và antacid. Theo phác đồ điều trị H. Pylori của ACG, thời gian sử dụng phác đồ điều trị là 10-14 ngày và Maastricht V thời gian điều trị là 14 ngày mới đảm bảo hiệu quả điều trị và tránh các phản ứng không mong muốn xảy ra trên BN.

Tỷ lệ BN có xuất hiện ADE trong NC khá cao (69,5%). Tỷ lệ này cao hơn NC Nguyễn Hương Thảo (43,9%), Abbasinazari M (26,1%) và tương

đồng với NC Lê Thị Xuân Thảo (67%), Henry A (82%) [5], [6].

Trong các biến cố ADE, tỷ lệ xảy ra cao nhất là tiêu chảy (28,6%), tiếp đến mệt mỏi (24,1%), buồn nôn, nôn (13,3%), nhức đầu (12,9%) và cuối cùng là phân đen và táo bón với các tỷ lệ lần lượt là (11,6%) và (9,5%). Kết quả này tương đồng NC Đào Thị Lan (tiêu chảy 30,2%, mệt mỏi 23,6%, buồn nôn, nôn 18,6%) [3]. NC Abbasinazari M cho thấy các ADR được báo cáo nhiều nhất thuộc về rối loạn tiêu hóa (vi giác bất thường có tỷ lệ phổ biến nhất 36,6%) [6]. Thuốc PPI ức chế sự tiết acid làm cho pH dạ dày cao tạo điều kiện thuận lợi cho các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường ruột. Theo ghi nhận cảm giác BN bị buồn nôn và nôn là do mùi vị khó chịu của thuốc.

Tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* ở cả bốn phác đồ trong NC của chúng tôi khá cao. Có 151 BN âm tính khi sử dụng phác đồ PBMT chiếm 96%, phác đồ PAC tỷ lệ âm tính 91,7% còn với hai phác đồ PBMT và PAL tỷ lệ âm tính lần lượt là (91,7%) và (77,3%). Kết quả này tương đồng với NC Henry A cho thấy tỉ lệ diệt trừ thành công là 89,5% sau 10 ngày OAM và 85,7% sau 10 ngày OAM kết hợp các biện pháp tăng cường tuân thủ ($p = 0,54$) [7]; NC Fischbach với phác đồ 4 thuốc đã loại bỏ hơn 85% trường hợp nhiễm *H. Pylori*, trong khi liệu pháp 3 thuốc chỉ diệt trừ được 25-61% ($p < 0,001$) [6]. NC Al-Eidan FA có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp về tỉ lệ diệt trừ *H.pylori* (94,9% so với 73,7%, $p=0,02$) [8]. NC Chen, Y cũng có tỷ lệ diệt trừ *H. Pylori* khá cao (nhóm theo dõi và nhóm chứng là 94,7% (95% CI: 90% -99%) và 92,9% (95% CI: 87% -98%), theo thứ tự phân tích PP ($p = 0,601$) và 91,8% (95% CI: 86% -97%) và 81,6% (95% CI: 74% -89%) theo phân tích ITT ($p = 0,035$) [7].

Theo các khuyến cáo cần phải ngưng sử dụng thuốc kháng sinh ít nhất 4 tuần và ngưng thuốc PPI ít nhất 2 tuần mới cho BN thử lại test hơi thở, nhưng theo dõi tại bệnh viện có nhiều trường hợp BN chưa ngưng uống thuốc PPI trong đó có BN mới ngưng kháng sinh được 2 tuần mà đã cho thử lại *H. Pylori* điều này ít nhiều có ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm test hơi thở, do đó tỷ lệ diệt trừ được *H. Pylori* thực sự có thể thấp hơn con số ghi nhận được.

Trong NC của chúng tôi hiệu quả điều trị của phác đồ PAL chỉ có 77,3%. Do phần lớn BN được kê đơn phác đồ này đã có tiền sử điều trị *H. Pylori* nhiều lần và đã thất bại điều trị với các phác đồ trước đó. Hiệu quả điều trị không chỉ

phụ thuộc vào loại thuốc BN sử dụng mà còn liên quan nhiều yếu tố về tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ lối sống của BN.

Hiệu quả điều trị của giới tính nữ cao hơn giới tính nam ($p=0,005$, $OR=2,968$, CI 95% 1,557-15,812). Kết quả này tương đồng NC tác giả Đào Thị Lan (2020) với $p=0,044$, $OR=4,539$, CI 95 % 1,039-19,842 [3]. Điều này có thể được giải thích do trong NC số BN nữ nhiều hơn nam và một phần nữ giới luôn cẩn thận, quan tâm chăm sóc và chú ý đến sức khỏe của mình nên với việc dùng thuốc khá phức tạp ở bệnh lý này nữ giới sẽ tuân thủ tốt hơn nam, khi đó kết quả điều trị sẽ diễn tiến tốt hơn.

Những BN có mức độ TTĐT tốt có hiệu quả điều trị cao hơn gấp 11,971 lần so với những BN không TTĐT ($p = 0,028$, $OR = 11,971$, 95% CI 1,311-109,283). Điều này tương đồng với NC Đặng Ngọc Quý Huệ với BN tuân thủ tốt có hiệu quả điều trị cao gấp 10,1 lần BN không tuân thủ [2]. NC Lefbre tuân thủ tốt chiếm 63% BN có kết quả xét nghiệm âm tính. Theo NC của tác giả Al-Eidan FA thì BN tuân thủ dùng thuốc chiếm 92,1% ($p < 0,001$) trong tổng số BN có kết quả điều trị âm tính với *H. Pylori* [8] và theo tác giả Shakya Shrestha S thì mức độ tuân thủ tương quan có ý nghĩa thống kê với hiệu quả điều trị $p < 0,05$ làm giảm các triệu chứng ở BN tham gia vào NC. Theo Chen, Y thì tỷ lệ diệt trừ HP của nhóm tuân thủ tốt cũng cao hơn so với nhóm còn lại [7].

V. KẾT LUẬN

Sử dụng thuốc trong điều trị thoái hóa khớp hầu hết phù hợp với các hướng dẫn điều trị tham khảo. Tuổi, trình độ học vấn và phác đồ điều trị là các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Sào Trung (2005). Viêm loét dạ dày tá tràng và tình trạng nhiễm *H. pylori*, Y học Tp.Hồ Chí Minh, tập 9(2), tr74-79.
2. Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy, Nguyễn Sĩ Tuấn, và cs (2014). Đánh giá *H. pylori* đề kháng với Clarithromycin và Levofloxacin bằng Epsilometer test tại Đồng Nai, năm 2013. Y học thực hành, 903(1), tr.89-93.
3. Đào Thị Lan (2020). Khảo sát tình hình sử dụng thuốc và sự tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân viêm loét dạ dày-tá tràng do *H.pylori* tại bệnh viện Đa khoa khu vực Định Quán.
4. Lê Thị Xuân Thảo (2016). Tuân thủ điều trị diệt trừ *H. pylori* ở BN viêm loét dạ dày tá tràng. Hội nghị khoa học kỹ thuật ĐHYD, lần thứ 34.
5. Henry A, Batey RG (1999). Enhancing compliance not a prerequisite for effective eradication of *Helicobacter pylori*: the HelP Study. Am J Gastroenterol. 94(3):811-5.

6. **Fischbach, L.A., van Zanten, S.V. and Dickason, J.** (2004). Meta-analysis: the efficacy, adverse events, and adherence related to first-line anti-Helicobacter pylori quadruple therapies. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 20: 1071-1082.
7. **Chen, Y., Yuan, H., Ye, H., Shi, Z., Deng, X., Zhang, X. and Hou, X.** (2021). Application of a semi-automatic, intensive follow-up for improving

efficacy and adherence of Helicobacter pylori eradication therapy: A randomized controlled trial. *MicrobiologyOpen*, 10: e1172

8. **Al-Eidan FA, McElnay JC, Scott MG, McConnell JB** (2002). Management of Helicobacter pylori eradication-the influence of structured counselling and follow-up. *Br J Clin Pharmacol*. 53(2):163-71.

NHẬN XÉT THAY ĐỔI LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở NGƯỜI BỆNH PARKINSON CÓ TRẦM CẢM ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP SỐC ĐIỆN CÓ GÂY Mê

Nhữ Đình Sơn¹, Nguyễn Đức Thuận¹, Hoàng Thị Dung¹,
Lê Văn Quân¹, Cao Tiến Đức¹, Nguyễn Tất Định¹,
Huỳnh Ngọc Lăng¹, Trần Minh Anh¹, Trịnh Văn Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét thay đổi lâm sàng, nồng độ dopamin, serotonin và các chất chuyển hoá trong huyết tương và dịch não tủy ở người bệnh mắc Parkinson có trầm cảm được điều trị bằng phương pháp sốc điện có gây mê. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 30 người bệnh có tuổi trung bình là 59,6±11,44 (nam 10, nữ: 20) được chẩn đoán mắc bệnh Parkinson có trầm cảm điều trị nội khoa đáp ứng kém. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng bệnh Parkinson của Hội Ngăn hàng não thuộc Hội bệnh Parkinson Vương Quốc Anh. Chẩn đoán trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10. Mức độ trầm cảm được xác định theo thang điểm BECK. Máy sốc điện là máy Spectrum, 5000q 12031 do Mỹ sản xuất, thuốc gây mê được dùng là Propofol 1% 200mg/20ml. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi trước và sau sốc điện. Xét nghiệm nồng độ dopamin, serotonin 5-HIAA, DOPAC bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao. Sốc điện theo quy trình sốc điện có gây mê. **Kết quả:** Sau điều trị mức độ rối loạn vận động theo thang UPDRS giảm có ý nghĩa, tỷ lệ bệnh nhân hết triệu chứng trầm cảm là 46,7%, trầm cảm nhẹ: 46,7%, trầm cảm vừa: 6,6%, không có trầm cảm nặng. Điểm trầm cảm trung bình (thang BECK) sau điều trị là 14,6 ± 3,8, so với trước điều trị (24,2 ± 6,3) p<0,001. Sau điều trị, nồng độ 5-HIAA; Serotonin; Dopamin; DOPAC trong huyết tương và dịch não tủy đều tăng (p<0.001). Không gặp các tai biến, biến chứng trong quá trình sốc điện. **Kết luận:** Sốc điện có gây mê có cải thiện rõ các triệu chứng vận động, trầm cảm và nồng độ dopamin, serotonin cùng các chất chuyển hoá của chúng ở

người bệnh mắc Parkinson có trầm cảm, chưa thấy tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.

Từ khóa: Parkinson, trầm cảm, sốc điện

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHANGES IN PARKINSON'S DISEASE PATIENTS WITH DEPRESSION TREATED WITH MODIFIED ELECTROCONVULSIVE THERAPY

Objective: To evaluate the clinical and biochemical changes in dopamine, serotonin, and their metabolites in serum and cerebrospinal fluid in Parkinson's disease patients with depression treated with modified electroconvulsive therapy. **Subjects and methods:** 30 patients with Parkinson's disease and comorbid depression, with an average age of 59.6±11.44 (10 males, 20 females) who were poorly responsive to internal medicine treatment, were included. These patients have been diagnosed with Parkinson's disease according to the UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Diagnostic Criteria. The diagnosis of depression was made according to the diagnostic criteria of ICD-10. The level of depression was determined according to the BECK Depression Inventory Scale. The electric shock machine is the Spectrum 5000q 12031 model manufactured in the United States. The anesthetic used is 1% Propofol with a concentration of 200mg/20ml. The study was conducted as a prospective observational trial, with pre- and post-electroconvulsive follow-up. The dopamine, serotonin 5-HIAA, and DOPAC levels were measured using high-performance liquid chromatography. The electroconvulsive therapy was performed according to the standard modified electroconvulsive procedure. **Results:** The degree of motor dysfunction, as assessed by the UPDRS scale, significantly improved after treatment. The rate of patients with remission of depression symptoms was 46.7%, mild depression was 46.7%, moderate depression was 6.6%, and there were no severe

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm nội dung: Nhữ Đình Sơn

Email: nhudinhson103@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2023

Ngày duyệt bài: 14.6.2023