

Sức khỏe của người chăm sóc, cả về thể chất và tinh thần, cuối cùng sẽ ảnh hưởng đến việc chăm sóc bệnh nhân. Do đó, việc đánh giá phát hiện các rối loạn tâm lý của người chăm sóc trong quá trình đánh giá và theo dõi bệnh nhân Alzheimer là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các rối loạn tâm lý của người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn trung bình được đánh giá theo thang điểm DASS có tỷ lệ triệu chứng lo âu cao nhất, sau đó là trầm cảm và căng thẳng. Các rối loạn tâm lý này có thể làm tăng gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng cần nhận biết các rối loạn tâm lý ở người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer, từ đó có các biện pháp can thiệp các rối loạn tâm lý giúp giảm bớt gánh nặng cho người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang S.-S.** (2022). Depression among caregivers of patients with dementia: Associative factors and management approaches. *World J Psychiatry*, 12(1), 59–76.

2. **Seng B.K., Luo N., Ng W.Y. và cộng sự.** (2010). Validity and Reliability of the Zarit Burden Interview in Assessing Caregiving Burden. *Ann Acad Med Singapore*, 39(10), 758–763.
3. **Nguyễn Bích Ngọc** (2013), “Đánh giá gánh nặng của người chăm sóc cho bệnh nhân Alzheimer”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 5(151), 88-94.
4. **Nguyễn Thanh Bình** (2018). Đặc điểm lâm sàng và gánh nặng chăm sóc bệnh nhân giai đoạn nặng. *Tạp chí nghiên cứu y học*. 106(1). 148-155.
5. **Mohamed, S., Rosenheck, R., Lyketso, C. G., & Schneider, L. S.** (2010). Caregiver burden in Alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patient correlates. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18(10), 917–927.
6. **Vellone E., Piras G., và Sansoni J.** (2002). [Stress, anxiety, and depression among caregivers of patients with Alzheimer’s disease]. *Ann Ig*, 14(3), 223–232.
7. **Pinquart M. và Sörensen S.** (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(2), P112–P128.
8. **Nguyễn Ngọc Anh** (2022) Nhu cầu thông tin và căng thẳng tâm lý của người chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ tại huyện Thạch Thất – Thành phố Hà Nội, năm 2020-2021, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 520(1A).

TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ HELICOBACTER PYLORI THEO KHÁNG SINH ĐỒ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đào Ngọc Linh¹, Lê Văn Cơ¹, Trần Ngọc Ánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả tình trạng kháng kháng sinh và hiệu quả tiết trừ *H. pylori* theo kết quả kháng sinh đồ. Nghiên cứu hồi cứu mô tả gồm 86 ca nhiễm *H. pylori* thất bại với ít nhất 2 đợt điều trị trước, được nuôi cấy thành công làm kháng sinh đồ bằng phương pháp E-test và điều trị theo kháng sinh đồ từ tháng 8/2020 đến tháng 12/2022 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả cho thấy: tỉ lệ kháng ít nhất 1 loại kháng sinh là 97,7%, thay đổi với từng loại Clarithromycin (CLR), Amoxicilin (AMX), Levofloxacin (LVX), Tetracyclin (TE), Metronidazol (MTZ) lần lượt là 96,5%, 52,3%, 44,2%, 1% và 0%; tỉ lệ đa kháng là 73,3%, chủ yếu kháng kép AMX và CLR lên đến

52,3%, kháng kép MTZ và TE là thấp nhất ~1%). Phác đồ chủ yếu sử dụng là phác đồ 4 thuốc có Bismuth (PTMB) chiếm 57,0%. Tỉ lệ bệnh nhân theo dõi kiểm tra lại test hơi thở sau điều trị là 33 bệnh nhân (38,3%), thành công sau phác đồ đầu tiên theo thiết kế nghiên cứu (PP) là 75,76%, theo ý định điều trị (ITT) là 29,07%. Tuy nhiên bệnh nhân thất bại lần đầu sau khi được điều chỉnh thuốc theo kết quả kháng sinh đồ lần 2, tỉ lệ tiết trừ thành công theo PP là 96,55% và theo ITT là 32,56%. Kết luận: Bệnh nhân thất bại sau 2 phác đồ điều trị *H. pylori*, được chỉ định cấy tìm hiểu tỷ lệ kháng kháng sinh và sử dụng kháng sinh theo khuyến cáo của hội tiêu hóa Mỹ và Việt nam, cho kết quả khả quan với tỷ lệ diệt trừ đạt trên 90%.

Từ khóa: Kháng kháng sinh, *Helicobacter pylori*, tiết trừ.

SUMMARY

ANTIBIOTIC RESISTANCE AND THE EFFECTIVENESS OF HELICOBACTER PYLORI ERADICATION ESTABLISHED ON THE BASIS OF ANTIBIOGRAM IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Cơ

Email: bscpbve@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

The objective of the study was to describe the antibiotic resistance status and the effectiveness of *H. pylori* eradication based on the results of the antibiotic resistance of cultured bacteria. A retrospective descriptive study included 86 *H. pylori* infected patients who had failed with at least 2 previous courses of treatment, were successfully cultured for antibiotic biogram by E-test method and treated based on the antibiogram since August 2020 to December 2022 at Hanoi Medical University Hospital. The results showed that: the rate of resistance to at least one antibiotic was 97.7%, varying with each type of Clarithromycin (CLR), Amoxicillin (AMX), Levofloxacin (LVX), Tetracycline (TE), Metronidazol (MTZ) corresponding is 96.5%, 52.3%, 44.2%, 1% and 0%; the rate of multi-resistance is 73.3%, the rate of dual resistance to AMX and CLR is the highest, up to 52.3%, while dual resistance to MTZ and TE is the lowest (~1%). The main regimen used is bismuth-based quadruple therapy (PTMB) accounting for 57.0%. The patients who followed up and checked the Breath test after treatment was 33 patients (38.3%), the success after the first regimen was 75.76% by per-protocol analysis, and 29.07% by intention-to-treat analysis. However, the patients who failed the first time based on the antibiogram were adjusted for the second time, and the successful eradication rate was 96.55% by PP and 32.56% by ITT. Conclusions: The patient who failed after two *H. pylori* treatment therapies, was assigned to culture to find out the rate of antibiotic resistance and were used antibiotics as recommended by the American Gastroenterology Association and Vietnam had satisfactory results with an eradication rate of over 90%.

Keywords: antibiotic resistance, *Helicobacter pylori*, eradication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) đã được chứng minh là nguyên nhân là một nguyên nhân quan trọng gây ra các bệnh lý tiêu hóa như: viêm dạ dày mạn, loét dạ dày, u MALT – Mucosa associated lymphoid tissue và ung thư dạ dày^{1,2}. Gần đây, có những nghiên cứu chỉ ra rằng *H. pylori* còn có liên quan đến các bệnh lý khác ngoài đường tiêu hóa như xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, thiếu máu thiếu sắt và thiếu vitamin B12³. Việc điều trị *H. pylori* trong bệnh lý tiêu hóa được xác định là một nhiễm trùng, do đó, các thuốc diệt khuẩn đóng một vai trò quan trọng nhất. Tuy vậy, vấn đề diệt trừ *H. pylori* không đơn giản chỉ cần một kháng sinh mà cần sử dụng các phác đồ phối hợp kháng sinh kết hợp thuốc ức chế bơm proton. Trong những thập kỷ gần đây, sự tăng đột biến tình trạng kháng kháng sinh dẫn đến gia tăng sự khó khăn trong diệt trừ *H. pylori*⁴. Tỷ lệ kháng thuốc của *H. pylori* đối với kháng sinh ngày càng tăng ở hầu hết các khu vực trên thế giới^{4,5}. Tỷ lệ kháng Clarityromycin đã tăng từ 17,2% năm 2009⁴, cho

đến 2015, tỷ lệ này là 19.74%⁶. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Bình tỷ lệ kháng Clarithromycin là 33% ở năm 2013, đến năm 2018 tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ là 72,5%^{7,8}. Do vậy, việc điều trị *H. pylori* tại Việt Nam cũng đang đứng trước những thách thức. Theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị *Helicobacter pylori*” mới nhất của Hội tiêu hóa Việt Nam 2022 cũng đưa ra nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ như 1 bước điều trị cuối cùng trong điều trị *Helicobacter pylori*. Tuy vậy, việc áp dụng kháng sinh đồ trong mục đích điều trị *H. pylori* còn hạn chế do nhiều nguyên nhân về phương tiện kỹ thuật của cơ sở y tế, sự chấp nhận của bệnh nhân và kinh nghiệm lựa chọn điều trị của từng bác sĩ. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Tình trạng kháng kháng sinh và hiệu quả điều trị *Helicobacter pylori* theo kháng sinh đồ tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội” với mục tiêu: *Mô tả tình trạng kháng kháng sinh của Helicobacter pylori và hiệu quả diệt trừ của phác đồ theo kháng sinh đồ tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2020-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

+ 86 bệnh nhân trên 16 tuổi, tiền sử chẩn đoán nhiễm vi khuẩn *H. pylori*, thất bại với ít nhất 2 phác đồ điều trị, đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2020 đến tháng 12/2022.

+ BN được nội soi dạ dày sinh thiết để nuôi cấy vi khuẩn *H. pylori* thành công làm kháng sinh đồ bằng phương pháp E-Test, có nhận được phác đồ điều trị theo kết quả kháng sinh đồ bao gồm PPI và 2 kháng sinh nhạy cảm không có dị ứng.

+ Kết quả điều trị được đánh giá bằng test phát hiện *H. pylori* qua hơi thở.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và không có chống chỉ định sinh thiết dạ dày, không có tiền sử phẫu thuật dạ dày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp hồi cứu mô tả hàng loạt ca bệnh, chọn cỡ mẫu thuận tiện các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Thu thập số liệu bằng hồ sơ điện tử, phỏng vấn bằng mẫu bệnh án nghiên cứu.

Mỗi bệnh nhân được nội soi dạ dày sinh thiết nuôi cấy và làm kháng sinh đồ. Đánh giá kết quả kháng sinh đồ với vi khuẩn *H. pylori* bằng E - test theo tiêu chuẩn EUCAST Clinical Breakpoint 2016: xác định là kháng kháng sinh dựa vào nồng độ ức chế tối thiểu (MIC)

+ MIC của AMX > 0,0125 µg/ml, MIC của CLR > 0,5 µg/ml

+ MIC của LVX, TE > 1 µg/ml, MIC của MTZ > 8 µg/ml

Bệnh nhân được hẹn khám lại làm test thở sau ít nhất 4 tuần dùng kháng sinh và bismuth, tối đa 12 tuần sau phác đồ điều trị, và tối thiểu sau 3 tuần dùng PPI.

Tiêu chí nghiên cứu: Thành công: test H. pylori qua hơi thở âm tính, bệnh nhân đến khám đúng quy định theo hẹn. Thất bại là test H. pylori qua hơi thở dương tính sau điều trị (theo thiết kế nghiên cứu - PP) hoặc nhận được phác đồ nhưng không kiểm tra lại hay không tuân thủ điều trị (theo ý định điều trị - ITT)

2.3. Xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về nghiên cứu, lợi ích, trách nhiệm khi tham gia nghiên cứu.

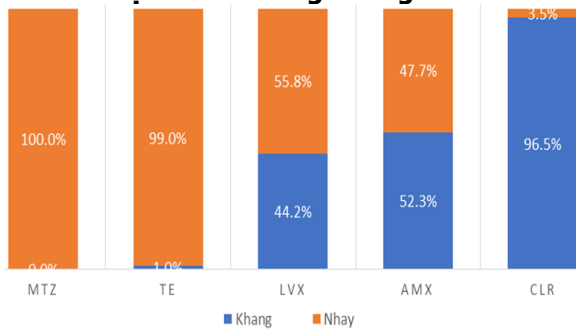
- Các thông tin thu thập được trong quá trình nghiên cứu chỉ dùng vào mục đích nghiên cứu, không tiết lộ thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu có quyền từ chối, không tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

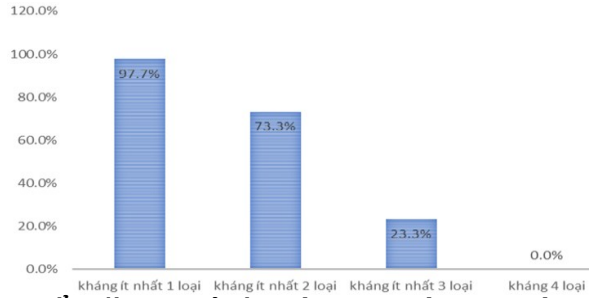
Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 86 bệnh nhân từng điều trị thất bại với ít nhất 2 phác đồ điều trị, được nội soi sinh thiết nuôi cấy thành công làm kháng sinh đồ, nhận phác đồ dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Tuổi bệnh nhân trung bình là 43,42 ± 11,26, trong đó nam là 20 bệnh nhân (23,3%), nữ là 66 bệnh nhân (76,7%). Bệnh nhân khám lại theo hẹn kiểm tra là 33 bệnh nhân (chiếm 38,3%)

3.1. Đặc điểm kháng kháng sinh



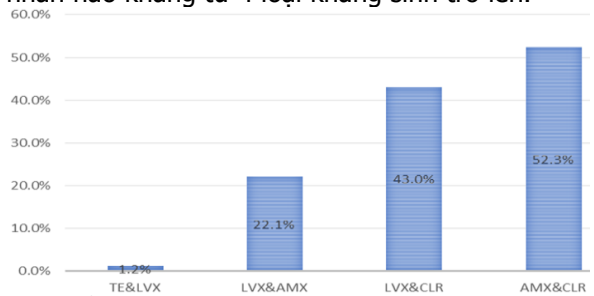
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ kháng kháng sinh từng loại

Nhận xét: Trong các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, H. pylori nuôi cấy kháng kháng sinh CLR là nhiều nhất 96,5%, ngược lại, H. pylori còn nhạy với kháng sinh MTZ và TE nhiều nhất, chiếm 100% và 99% bệnh nhân nghiên cứu.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ kháng 1, kháng 2, kháng 3, kháng 4 loại kháng sinh

Nhận xét: Tỷ lệ kháng ít nhất 1 kháng sinh lên đến 97,7%, đa kháng là 73,3%, và tỷ lệ kháng ít nhất 3 loại là 23,3%, không có bệnh nhân nào kháng từ 4 loại kháng sinh trở lên.



Biểu đồ 3.3. Tần số kháng kép các loại ngoài MTZ

Nhận xét: tần số kháng kép AMX và CLR chiếm cao nhất trong các bệnh nhân nghiên cứu là 45/ 86 bệnh nhân (52,3%), sau đó là kháng kép LVX và CLR 37.86 bệnh nhân (43,0%), thấp nhất là kháng kép TE và LVX (1,2%).

Bảng 3.1. Tỷ lệ kháng của 3 loại kháng sinh LVX, AMZ, CLR

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ %
Không kháng	2	2,3
Kháng 1 loại	21	24,4
Kháng 2 loại	44	51,2
Kháng 3 loại	19	21,1
Tổng	N = 86	100

Nhận xét: Tỷ lệ chủng H. pylori nuôi cấy được ở nhóm nghiên cứu kháng 3 loại là 21,1 %, và không kháng loại nào trong 3 thuốc trên chỉ là 2,3%

3.2. Hiệu quả điều trị tiết trừ H.pylori theo kết quả kháng sinh đồ

Bảng 3.2. Phác đồ sử dụng sau khi có kháng sinh đồ

Phác đồ	Tần suất	Tỷ lệ %
PTMB	49	57,0
PAMB	18	20,9
PTLB	5	5,8
PALB	4	4,7
PATB	3	3,5

PLMB	3	3,5
PTLMB	2	2,3
PATM	1	1,2
PATMB	1	1,2
Tổng	86	100

Nhận xét: Phác đồ được lựa chọn nhiều nhất sau khi có kết quả nuôi cấy làm kháng sinh đồ H. pylori là phác đồ PTMB, chiếm tỷ lệ 57,0%, sau đó là PAMB chiếm 18%. Ngoài ra, các phác đồ chưa có trong hướng dẫn điều trị hiện nay như PTLB, PATMB, PTLMB cũng được áp dụng.

Bảng 3.3. Tỷ lệ tiết trừ H. pylori

Đặc điểm	Theo PP		Theo ITT	
	Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
Thành công	25	75,76	25	29,07
Thất bại	08	24,24	61	70,93
Tổng	33	100	86	100

Nhận xét: Tỷ lệ thành công là 75,76% theo PP với lần đầu điều trị theo kháng sinh đồ và 29,07% theo ITT.

Bảng 3.4. Tỷ lệ tiết trừ H. pylori sau khi điều chỉnh

Đặc điểm	Theo PP		Theo ITT	
	Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
Thành công	28	96,55	28	32,56
Thất bại	1	3,45	58	67,44
Tổng	29	100	86	100

Nhận xét: Sau khi điều chỉnh lại phác đồ điều trị lần 2 theo kháng sinh đồ, có 4 bệnh nhân không khám lại theo hẹn, 4 bệnh nhân đến khám lại theo hẹn tỷ lệ thành công theo PP là 96,55%, theo ITT là 32,56%.

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 8/2020 đến tháng 12/2022, theo nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 86 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Số lượng bệnh nhân thu được ít hơn theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Chi từ 2017 đến 2020⁹. Điều này là do tác giả thực hiện nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân thất bại với ít nhất 1 phác đồ điều trị, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên đối tượng đã thất bại với ít nhất 2 phác đồ điều trị. Hơn nữa, giai đoạn 2020 -2022 là giai đoạn dịch Covid-19 diễn ra, số lượng bệnh nhân đi khám hạn chế hơn, hóa chất xét nghiệm được cung cấp có giai đoạn bị gián đoạn nên số lượng nuôi cấy cũng giảm theo.

Trong nhóm bệnh nhân chúng tôi gặp chủ yếu là nữ, ở các độ tuổi khác nhau vì nuôi cấy vi khuẩn H. pylori là kỹ thuật không phổ biến ở nhiều bệnh viện hiện nay, bệnh nhân đến được chỉ định là sau khi đã điều trị thất bại với các phác đồ khác trước đó. Trong tất cả các mẫu

nghiên cứu, tỉ lệ kháng CLR là thường gặp nhất, lên đến 96,5%, kết quả tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Chi (tỉ lệ này là 94%), và của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ (tỉ lệ này là 94,3% ở những bệnh nhân đã từng điều trị thất bại và 66,1 % ở những bệnh nhân chưa từng điều trị)^{8,10}. Sau đó là kháng AMX, LVX, TE và MTZ chiếm lần lượt là 52,3%, 44,2 %, 1%, 0%. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều nhạy với MTZ, cao hơn các tác giả trước đây. Do vậy, tỉ lệ kháng kép MTZ và các kháng sinh khác phụ thuộc vào tỉ lệ kháng của các kháng sinh còn lại, do vậy, tỉ lệ kháng kép MTZ và TE là thấp nhất, khi mà kết quả kháng TE là 1%. TE còn nhạy với tỉ lệ 99%, tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Chi là 99 %, cao hơn tác giả I Ting Wu ở Đài Loan là 0%¹¹. Tuy vậy, trên lâm sàng lại thiếu bằng chứng về tỉ lệ tiết trừ thành công cao của phác đồ 3 thuốc có MTZ. Một số bệnh nhân trong nghiên cứu nhận phác đồ PTMB theo kháng sinh đồ lần 1 thất bại với MTZ thay bằng Tinidazole khi điều chỉnh lại thì lại tiết trừ được. Chỉ có 02 bệnh nhân không kháng kháng sinh nào, 84 bệnh nhân kháng ít nhất 1 loại kháng sinh chiếm 97,7%, đa kháng chiếm 73,3%. Với 4 kháng sinh trừ MTZ, thì tỉ lệ kháng kép của AMX và CLR là cao nhất 52,3%. Khai thác lại tiền sử điều trị, việc thất bại trên các bệnh nhân còn nhạy kháng sinh điều trị có thể do sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, điều trị diệt trừ H.pylori có những tác dụng phụ làm BN khó chịu như nôn buồn nôn, ỉa lỏng, quên thuốc, quên liều hay dùng thuốc khi triệu chứng thuyên giảm hoặc không đỡ triệu chứng.

Trong số 86 bệnh nhân được nuôi cấy vi khuẩn H. pylori thành công và nhận phác đồ điều trị theo kháng sinh đồ, tỉ lệ sử dụng phác đồ PTMB là cao nhất chiếm 57,0%. Tỷ lệ này phù hợp với tình trạng nhạy cảm kháng sinh của nghiên cứu. Có 33 bệnh nhân quay lại kiểm tra theo hẹn làm test hơi thở sau phác đồ đầu tiên dựa vào kết quả kháng sinh đồ, chiếm 38,3%. Trong số đó tỉ lệ thành công là 75,76 % sau phác đồ đầu tiên dựa vào kháng sinh đồ, tỉ lệ này tương đương so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Chi 74,6%(theo PP)¹⁰. Các bệnh nhân không tuân thủ theo protocol được đánh giá theo ITT, thường là do bệnh nhân thấy triệu chứng đỡ, do tin vào điều trị theo kháng sinh đồ là thành công, cộng thêm thời điểm dịch Covid nên không quay lại theo hẹn được, hoặc có bệnh nhân quay lại nhưng vật tư y tế bị tạm hết nên không kiểm tra được sau điều trị. Do vậy theo ITT, tỉ lệ thành công chỉ là 29,07 %. Tuy nhiên,

khí khai thác tiếp 08 bệnh nhân thất bại lần đầu theo kháng sinh đồ, được nhận phác đồ điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ, tư vấn dùng thuốc, có 04 bệnh nhân quay lại theo hẹn kiểm tra test hơi thở và có 3 bệnh nhân có kết quả âm tính, do vậy theo PP, tỉ lệ thành công là 96,55%, và theo ITT là 32,56%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Chi sau 2 đợt điều trị tỉ lệ thành công là 96,6%.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng kháng kháng sinh điều trị của H. pylori ngày càng gia tăng đặt ra thách thức trong vấn đề điều trị, đặc biệt trên các bệnh nhân từng thất bại. Nghiên cứu của chúng tôi trên 86 bệnh nhân được nuôi cấy thành công vi khuẩn H. pylori làm kháng sinh đồ và nhận phác đồ điều trị, có tỉ lệ kháng kháng sinh CLR, AMX, LVX, TE, MTZ lần lượt là 96,5%, 52,3%, 44,2%, 1% và 0%. Hầu hết kháng ít nhất 1 loại kháng sinh 97,7% và tỉ lệ đa kháng khá cao, trong đó tỉ lệ kháng kép AMX và CLR là cao nhất là 52,3% và kháng kép MTZ và TE thấp nhất là 1%. Do vậy phác đồ chủ yếu là PTMB, chiếm 57,0%. Có 33 bệnh nhân quay lại bệnh viện kiểm tra sau điều trị lần đầu đúng hẹn, tỉ lệ thành công theo PP là 75,76%, theo ITT 29,07%. Tuy nhiên sau khi điều chỉnh lại phác đồ tỉ lệ thành công theo PP là 96,55%, theo ITT là 32,56%. Do vậy, việc sử dụng kỹ thuật đánh giá tính nhạy cảm kháng sinh trong điều trị của H. pylori trong thực hành lâm sàng theo Đồng thuận chẩn đoán và điều trị nhiễm H. pylori 2022 của Hội khoa học Tiêu hóa Việt Nam là phù hợp với tình hình kháng kháng sinh hiện nay, tuy vậy trong thực hành lâm sàng ở Việt Nam cần có thêm các nghiên cứu để tăng

cường mức độ chứng cứ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kusters JG, van Vliet AHM, Kuipers EJ.** Pathogenesis of Helicobacter pylori Infection. Clin Microbiol Rev. 2006;19(3):449-490.
2. **Jr Warren W, B. Mashall M.** Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. Lancet (London, England). 1983;1(8336). Accessed April 15, 2022.
3. **Pellicano R, Franceschi F, Saracco G, Fagoonee S, Roccarina D, Gasbarrini A.** Helicobacters and Extragastric Diseases. Helicobacter. 2009;14:58-68.
4. **De Francesco V, Giorgio F, Hassan C, et al.** Worldwide H. pylori antibiotic resistance: a systematic review. J Gastrointest Liver Dis. 2010;19(4):409-414.
5. **Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al.** Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017;66(1):6-30.
6. **Ghotaslou R, Leylabadlo HE, Asl YM.** Prevalence of antibiotic resistance in Helicobacter pylori: A recent literature review. World Journal of Methodology. 2015;5(3):164.
7. **Binh TT, Shiota S, Nguyen LT, et al.** The Incidence of Primary Antibiotic Resistance of Helicobacter pylori in Vietnam. Journal of Clinical Gastroenterology. 2013;47(3):233-238.
8. **Đặng Ngọc Quý Huệ.** Nghiên cứu tỷ lệ kháng Clarithromycin, Levofloxacin của Helicobacter pylori bằng Epsilometer và hiệu quả của phác đồ EBMT ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. 2018.
9. **Nguyễn Thị Chi, Trần Ngọc Anh, Trần Duy Hưng.** Tình hình kháng kháng sinh của Helicobacter pylori tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2017-2019. Tạp chí Y học thực hành. 2020;1133:92-96.
10. **Nguyễn Thị Chi, Trần Ngọc Anh.** Nghiên cứu kháng kháng sinh và đánh giá hiệu quả điều trị diệt trừ Helicobacter pylori theo kháng sinh đồ. Luận văn chuyên khoa cấp 2. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020. Accessed June 8, 2023.

TÌNH TRẠNG BỆNH VÙNG QUANH RĂNG TRÊN NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG ĐA, HÀ NỘI

Vũ Lê Phương¹, Trần Thị Ngọc Anh¹, Lê Hưng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm khảo sát tình trạng bệnh vùng quanh răng trên người bệnh nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện đa khoa Đồng Đa Hà Nội từ tháng 2/2022-

9/2022. Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 110 người bệnh nhiễm HIV/AIDS độ tuổi từ 18 đang điều trị ngoại trú tại Khoa truyền nhiễm dựa vào bảng câu hỏi, bệnh án và khám lâm sàng nhằm ghi nhận tình trạng viêm lợi và viêm quanh răng của nhóm người bệnh trên. Kết quả: tỷ lệ bệnh vùng quanh răng ghi nhận là 78,18%; có sự tương đồng giữa nhóm bệnh nhân nam và nhóm bệnh nhân nữ. Tỷ lệ bệnh viêm quanh răng tăng trên bệnh nhân có thời gian có điều trị thuốc kháng vi rút ARV tăng và với bệnh nhân có số lượng tế bào T CD4+ giảm.

Từ khóa: bệnh vùng quanh răng, viêm quanh răng, HIV/AIDS.

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Lê Phương

Email: vulephuong0205@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023