

HELICOBACTER PYLORI TREATMENT RESULTS AMONGST CHILDREN WITH GASTRITIS AND PEPTIC ULCERS AT CHILDREN'S HOSPITAL 2 IN 2024

Ho Quoc Phap*, Vo Hang Khoa, Nguyen Thi Kim Ngan, Nguyen Vu Que Chi, Nguyen Thị Thu Thuy

Children's Hospital 2 -14 Ly Tu Trong, Sai Gon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 28/08/2025; Accepted: 25/09/2025

ABSTRACT

Objective: This cross-sectional study aimed to determine the antibiotic resistance rates of *H. pylori* and the eradication outcomes of first-line treatment regimens based on susceptibility testing in children at Children's Hospital 2 from January to December 2024.

Results: From January to December 2024, 136 patients were included in the study. The mean age of participants was 9.6 ± 2.4 years, with the largest age group being 6–10 years old (46.3%). Females represented 53% of the patients. A family history of *H. pylori* infection was reported in 57.4% of cases, indicating a risk of familial transmission. The nutritional status of the children showed that 53% were normal, 29.4% were underweight, and 17.6% were overweight or obese. Abdominal pain was the predominant symptom, present in 93.4% of the patients. Upper gastrointestinal endoscopy revealed inflammatory lesions in 81% of cases and ulcerative lesions in 26.5%. The resistance rates observed were high for clarithromycin (100%), Amoxicillin (77.9%), and metronidazole (69.8%). However, the resistance to levofloxacin and tetracycline was lower (31.6% and 2.2%, respectively). The overall eradication rate was 63.9%, and approximately 77.9% of patients experienced symptom improvement after treatment. A significant association was found between symptom improvement and successful eradication (OR = 5.31; $p < 0.001$).

Conclusion: This study revealed a relatively high resistance rate of *H. pylori* to clarithromycin and Amoxicillin. Therefore, selecting antibiotics based on susceptibility testing and personalizing treatment is crucial to improving eradication rates.

Keywords: Antibiotic resistance, peptic ulcer disease, *Helicobacter pylori*, Children's Hospital 2.

*Corresponding author

Email: drquocphap@gmail.com Phone: (+84) 902699099 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3332>

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ *HELICOBACTER PYLORI* Ở TRẺ VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 NĂM 2024

Hồ Quốc Pháp*, Võ Hoàng Khoa, Nguyễn Thị Kim Ngân, Nguyễn Vũ Quế Chi, Nguyễn Thị Thu Thủy

Bệnh viện Nhi Đồng 2 -14 Lý Tự Trọng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/08/2025; Ngày duyệt đăng: 25/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Nghiên cứu cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *H. pylori* theo từng loại kháng sinh và kết quả tiết trừ *H. pylori* theo kháng sinh đồ của phác đồ lần đầu ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Có 136 bệnh nhân nhiễm *H. pylori* tham gia vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình $9,6 \pm 2,4$ tuổi. Tỷ lệ nữ cao hơn nam giới (56% so với 44%). Có 57,4% trẻ có người thân từng nhiễm *H. pylori*. Về tình trạng dinh dưỡng, 29,4% nhẹ cân, 17,6% thừa cân, béo phì. Đau bụng là triệu chứng chủ yếu (93,4%). Tổn thương viêm chiếm 81%, loét chiếm 26,5%. Tỷ lệ kháng kháng sinh cao với clarithromycin (100%), Amoxicillin (77,9%) và metronidazole (69,8%). Tỷ lệ kháng với levofloxacin (31,6%) và tetracycline (2,2%) thấp hơn. Tỷ lệ điều trị tiết trừ thành công là 63,9%, với 77,9% bệnh nhi cải thiện triệu chứng sau điều trị.

Kết luận: Tỷ lệ kháng kháng sinh của *H. pylori* ở với clarithromycin và Amoxicillin cao trong nhóm bệnh nhi. Nghiên cứu khuyến nghị cần tăng cường điều trị dựa trên kháng sinh đồ để tăng hiệu quả tiết trừ bệnh ở nhóm bệnh nhi mắc *H. pylori*.

Từ khóa: Đề kháng kháng sinh, viêm loét dạ dày tá tràng, *Helicobacter pylori*, bệnh viện Nhi Đồng 2.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Helicobacter pylori là tác nhân hàng đầu gây viêm dạ dày, loét dạ dày tá tràng và có liên quan đến ung thư dạ dày. Việc phát hiện vi khuẩn này lần đầu tiên vào năm 1982 đã làm thay đổi toàn diện bệnh lý của bệnh dạ dày tá tràng[4]. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* tại Việt Nam thuộc nhóm cao trên thế giới với khoảng 70% dân số nhiễm[3]. Tình trạng kháng kháng sinh của *H. pylori* ngày càng gia tăng. Ở trẻ em, theo nghiên cứu của Lê Thị Thúy Loan, tỷ lệ kháng clarithromycin (CLA), Amoxicillin (AMOX), metronidazole (MET), levofloxacin (LEV) và tetracycline (TET) lần lượt là 80,6%, 71,7%, 45,1%, 49,4% và 11,4%[7]. Trong khi đó, tại châu Âu, Nyssen OP và cộng sự ghi nhận tỷ lệ kháng CLA là 23%, MET là 32% và kháng kép là 13% trước điều trị[6]. Điều trị theo kháng sinh đồ được xem là chiến lược hiệu quả nhằm nâng cao tỷ lệ tiết trừ và hạn chế tình trạng kháng thuốc. Tuy nhiên, tại bệnh viện Nhi Đồng 2, tỷ lệ điều trị tiết trừ thành công *H. pylori* ở trẻ em vẫn chưa cao. Nghiên cứu năm 2018 ghi nhận tỷ lệ tiết trừ theo kháng sinh đồ đạt 60,8%[2], trong khi nghiên cứu năm 2019 của Bùi Thị Dung Nghi chỉ ghi nhận tỷ lệ 44,7%[1].

Trước thực trạng trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng đề kháng kháng sinh và kết quả điều trị *H. pylori* theo kháng sinh đồ của phác đồ lần đầu ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ em được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng có nội soi và kết quả cấy *H. pylori* (+) tại Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2024

2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả trẻ em được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng có nội soi dạ dày tá tràng và có kết quả cấy *H. pylori* (+), tại bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2024 và chưa được điều trị tiết trừ trước đây.

2.4. Xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các phép thống kê mô tả cho biến định lượng và định tính.

*Tác giả liên hệ

Email: drquocphap@gmail.com Điện thoại: (+84) 902699099 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3332>

2.5. Vấn đề y đức: Nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng Y Đức, bệnh viện Nhi Đồng 2.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	Tần số	Giá trị, %
Tuổi (năm)		
Trung bình		9,6 ±2,4
Nhỏ nhất- lớn nhất		3,9 - 16
Nam/nữ (%)		47/53
Tiền căn gia đình (bố mẹ, ông bà, anh chị em) ở chung nhiễm <i>H. pylori</i> (%)	78	57,4
Dinh dưỡng (%)		
Bình thường	75	53
Nhẹ cân	37	29,4
Thừa cân, béo phì	24	29,4
Triệu chứng lâm sàng (%)		
Đau bụng	127	93,4
Ói, buồn ói	87	63,9
Chán ăn	66	48,5
Ói máu	12	8,8
Tiêu phân đen	28	20,5
Loại tổn thương trên nội soi (%)		
Viêm dạng nốt	92	67,6
Viêm sung huyết, viêm xuất huyết, viêm trợt	18	13,3
Loét	36	26,5
Sẹo loét	12	8,8
Vị trí tổn thương (%)		
Phình vị	9	6,6
Hang vị	98	72,1
Thân vị	36	26,4
Hang vị và thân vị	36	26,4
Toàn bộ dạ dày	8	5,9
Hành tá tràng	46	33,8

Đặc điểm	Tần số	Giá trị, %
Hình ảnh trên giải phẫu bệnh		
<i>Helicobacter pylori</i>	124	91,2
Nang lympho	21	15,4
Thâm nhiễm bạch cầu đa nhân	116	85,3
Thâm nhiễm bạch cầu đơn nhân	126	92,6

Bảng 1 cho thấy độ tuổi trung bình của trẻ tham gia nghiên cứu là 9,6 ±2,4 tuổi. 57,4% có tiền căn có người trong gia đình thân thuộc nhiễm *H. Pylori*. Triệu chứng đau bụng là thường gặp nhất (93,4%) và tiêu phân đen (20,5%). Hình ảnh tổn thương thường gặp nhất là viêm dạng nốt (67,6%) và loét (26,4%). Vị trí tổn thương thường gặp nhất trên nội soi là hang vị (72,1%).

Bảng 2. Đặc điểm đề kháng kháng sinh

Tình trạng kháng kháng sinh		Tần số	%
Kháng từng loại kháng sinh	AMOX	106	77,9
	CLA	136	100
	LEV	43	31,6
	MET	95	69,8
	TET	3	2,2
Kháng 2 kháng sinh	AMO – CLA	106	77,9
	AMO – MET	18	13,2
	CLA - MET	95	69,8
Kháng cả 3 kháng sinh trong nhóm phác đồ lần đầu	AMO - CLA – MET	18	13,2
Kháng 4 kháng sinh	AMO - CLA - MET - LEV	5	3,7

Bảng 2 cho thấy tất cả các ca ghi nhận kháng sinh đề kháng với CLA (100%), kháng với AMOX (77,9%) và rất thấp với TET (2,2%). Trong nhóm phác đồ lần đầu hay dùng, tỷ lệ kháng với AMO-CLA (77,9%), AMOX-MET (13,2%). Có 3,7% kháng cả 4 kháng sinh AMO - CLA – MET - LEV.

Bảng 3. Điều trị và kết quả

Điều trị và kết quả	Tần số	%
Phác đồ		
EAC	0	0
EAM Không Bismuth	5	3,7
EAM Có Bismuth	35	25,7
EAcasM	96	70,6
Xét nghiệm đánh giá sau điều trị		
Test hơi thở	45	33
Test Phân	30	22,1
Nội soi	61	44,9
Cải thiện triệu chứng lâm sàng		
Có	106	77,9
Không	30	22,1
Kết quả tiết trừ		
Thành công	87	63,9
Thất bại	49	36,1

Bảng 3 cho thấy phác đồ điều trị chủ yếu là EAM với AMOX liều cao (42,6%); phác đồ 4 thuốc EAMB (25,7%). 77,9% bệnh nhi cải thiện triệu chứng lâm sàng sau điều trị. Tỷ lệ tiết trừ thành công đạt 63,9%.

Bảng 4. Mối tương quan giữa các kết quả tiết trừ và các biến số

Đặc điểm	Thất bại (n,%)	Thành công (n,%)	OR(KTC 95%)	P
Kết quả tiết trừ theo loại kháng sinh				
MET- AMOX liều cao	32 (65,5)	64 (73,6)	0,38 (0,17-0,88)	0,031
MET- AMOX	17 (34,5)	23 (26,4)	0,29 (0,12-0,7)	0,0086
Cải thiện triệu chứng lâm sàng				
Có	29 (59,2)	77 (88,5)	5,31	<0,001
Không	20 (40,8)	10 (11,5)	(2,22-12,69)	

Bảng 4 cho thấy nhóm sử dụng AMOX liều cao có tỷ lệ thành công cao hơn AMOX liều chuẩn (73,6% so với 26,4%). Bệnh nhi có cải thiện triệu chứng lâm sàng có tỷ lệ tiết trừ thành công cao hơn rõ rệt (OR = 5,31, P < 0,001).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của bệnh nhi nhiễm *H. pylori* là $9,6 \pm 2,4$ tuổi, trong đó nhóm 6–10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,3%). Tỷ lệ nữ (53%) cao hơn so với nam (47%). Có đến 57,4% trẻ có người thân sống cùng từng nhiễm *H. pylori*, cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Thúy Loan (43%) và Bùi Thị Dung Nghi (36,8%)[1,7].

Về tình trạng dinh dưỡng, phần lớn bệnh nhi có thể trạng bình thường (53%), nhẹ cân chiếm 29,4%, trong khi thừa cân, béo phì chiếm 17,6%. Nghiên cứu của Lê Thị Thúy Loan (2024) cho kết quả tương tự, trong đó nhóm béo phì chiếm 33,8%[7]. Biểu hiện lâm sàng nổi bật là đau bụng (93,4%), tương tự trong các nghiên cứu của Lê Thị Thúy Loan (95,8%), Tăng Lê Châu Ngọc (97,5%) và Bùi Thị Dung Nghi (85,5%). Theo y văn, đau vùng thượng vị và xuất huyết tiêu hóa là hai triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ nhiễm *H. pylori*[1,2,7]. Nội soi dạ dày tá tràng cho thấy tổn thương viêm chiếm đa số (81%), kể đến là loét (26,5%) và sẹo loét (8,8%). Hình ảnh viêm dạng nốt là phổ biến nhất, tương tự với ghi nhận của Tăng Lê Châu Ngọc (viêm dạng nốt chiếm 69,9%)[2]. Một số tổn thương khác ít gặp gồm viêm sung huyết, trợt phẳng, xuất huyết niêm mạc và trào ngược dịch mật.

Kết quả kháng sinh đồ cho thấy tỷ lệ đề kháng cao với clarithromycin (100%), Amoxicillin (77,9%) và metronidazole (69,8%), trong khi levofloxacin và tetracycline có tỷ lệ kháng thấp hơn (31,6% và 2,2%). Theo tác giả Nguyễn Cẩm Tú tỷ lệ kháng lần lượt với các kháng sinh trên là: 68,5%, 25,8%, 31,5%, 55,1% và 1,1%[3]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận kháng kép Amoxicillin – clarithromycin chiếm tỷ lệ cao nhất (77,9%). So với các nghiên cứu trước trong nước (Lê Thị Thúy Loan, Bùi Thị Dung Nghi, Tăng Lê Châu Ngọc), tỷ lệ kháng của chúng tôi cao hơn đáng kể[1,2,7]. Theo Zhou D (2020) tại Trung Quốc ghi nhận tỷ lệ kháng metronidazole là 78,1%, kháng clarithromycin 39,8% và không có chủng nào kháng Amoxicillin hoặc tetracycline[8]. Trong nghiên cứu đa trung tâm của Nyssen OP và cộng sự (2021) tại châu Âu trên hơn 30.000 bệnh nhi, tỷ lệ kháng trước điều trị là 23% đối với clarithromycin và 32% với metronidazole[6]. Về hiệu quả điều trị, 77,9% bệnh nhi cải thiện triệu chứng sau điều trị, Nhóm Amoxicillin liều cao có tỷ lệ thành công 73,6%, cao hơn nhiều so với 26,4% của nhóm sử dụng Amoxicillin liều chuẩn. Tỷ lệ tiết trừ thành công chung là 63,9%, thấp hơn so với Lê Thị Thúy Loan (83,1%) nhưng cao hơn nghiên cứu của Bùi Thị Dung Nghi (44,7%)[1,7]. Trong nhóm có cải thiện triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ tiết trừ đạt 88,5% so với 11,5% ở nhóm không cải thiện (OR = 5,31; p < 0,001), cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa đáp ứng lâm sàng và hiệu quả điều trị. Theo nghiên cứu của Chen MJ và cộng sự (2024) tại Trung Quốc, trong đó liệu pháp bốn thuốc có Bismuth trong 14 ngày cho hiệu quả tiết trừ cao hơn

so với phác đồ ba thuốc tiêu chuẩn[5]. Tương tự, Nyssen OP và cộng sự (2021) cũng ghi nhận rằng tỷ lệ tiết trừ trên 90% chỉ đạt được khi dùng phác đồ bốn thuốc có Bismuth trong 10 ngày hoặc phác đồ đồng thời kéo dài 14 ngày[6].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đề kháng của *H. pylori* ở với clarithromycin và Amoxicillin khá cao trong nghiên cứu này. Vì vậy, cần lựa chọn kháng sinh phù hợp theo kháng sinh đồ và cá thể hoá điều trị nhằm nâng cao tỷ lệ tiết trừ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bùi Thị Dung Nghi (2020). "Mô tả đặc điểm các yếu tố liên quan đến hiệu quả tiết trừ *Helicobacter pylori* ở trẻ em viêm loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Nhi đồng 2"; Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh.
- [2] Tăng Lê Châu Ngọc. (2018). "Đặc điểm đề kháng kháng sinh và đáp ứng điều trị trên trẻ viêm dạ dày do *Helicobacter pylori*"; Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
- [3] Nguyen TC, Le GKN, Pham DTH, et al. (2023). Antibiotic resistance and heteroresistance in *Helicobacter pylori* isolates from symptomatic Vietnamese children: A prospective multi-center study. *Helicobacter*; 28(5):13009.
- [4] Marshall BJ, Warren JR. (1984). "Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration". *Lancet*; 1 (8390):1311-5.
- [5] Miao, R., Chen, J., Gao, S. et al. (2024). A randomised controlled clinical study of standard triple therapy, bismuth-based quadruple therapy and sequential therapy for *Helicobacter pylori* infection in children. *BMC Pediatrics*; 24, 543.
- [6] Nyssen OP, Bordin D, Tepes B (2021). On behalf of the Hp-EuReg Investigators, et al European Registry on *Helicobacter pylori* management (Hp-EuReg): patterns and trends in first-line empirical eradication prescription and outcomes of 5 years and 21,533 patients *Gut*;70:40-54.
- [7] Thuy LLT, Nguyen LT, Vu HA, Nguyen NA, Nguyen TA (2024). Effect of MDR1 C3435T and CYP2C19 genetic polymorphisms on the outcome of *Helicobacter pylori* eradication treatment in children with gastritis and peptic ulcer, Vietnam. *BMC Pediatrics*; 19; 24(1):464.
- [8] Zhou D, Wang W, Gu L, Han M, Hao W, Huang J, Lin Q, Wang Y (2024). *Helicobacter pylori* antibiotic resistance profile in Chinese children with upper gastrointestinal symptoms and a literature review for developing personalized eradicating strategies. *Front Pharmacol*; 3(15):1392787.