

Tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori ở bệnh nhân đến nội soi thực quản dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

Nguyễn Thị Ngọc Huyền¹, Lê Đình Tuân¹, Nguyễn Tiến Sơn²
Vũ Thanh Bình¹, Đỗ Như Bình², Trần Thị Nương¹, Nguyễn Thị Hiền¹

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Học viện Quân y

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori (H. Pylori) và mối liên quan với hình ảnh tổn thương ở bệnh nhân được nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 272 BN được nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng có làm chẩn đoán H. Pylori bằng test urease tại phòng nội soi Tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy:

Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm H. Pylori là 40,8% (ở nam là 39,2%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nữ (42,1%)). Tỷ lệ nhiễm H. Pylori cao nhất ở độ tuổi 41 - 50 (27,0%), thấp nhất dưới 20 tuổi 6,3%, không khác biệt ở các nhóm tuổi.

Tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở bệnh nhân có viêm thực quản trào ngược độ A là 45,0%, độ B là 5,4%, độ C là 0,9%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở các nhóm tổn thương thực quản ($p > 0,05$). Tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở nhóm viêm loét (13,5%), loét dạ dày (27,9%), loét cấp (67,7%)

cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có loét (4,3%), không loét dạ dày (6,8%), không loét cấp (36,4%). Tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở nhóm tổn thương 2 vị trí của dạ dày 34,0%, 3 vị trí 77,8% và 4 vị trí 100%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Không khác biệt về tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở các nhóm tổn thương dạ dày: viêm phù nề, trợt phẳng, chấm chảy máu, viêm trào ngược.

Kết luận: Tỷ lệ nhiễm H. Pylori chung là 40,8%, không có sự khác biệt giữa nam và nữ, tỷ lệ nhiễm cao nhất ở độ tuổi 41 - 50 (27,0%), thấp nhất dưới 20 tuổi 6,3%. Có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm H. Pylori với các tổn thương viêm loét, loét dạ dày và số vùng tổn thương dạ dày.

Từ khóa: Helicobacter Pylori, test urease, viêm loét, loét dạ dày.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Helicobacter Pylori (H. Pylori) được coi là nguyên nhân chính dẫn đến viêm loét dạ dày hành tá tràng và là tác nhân quan trọng liên quan đến ung thư dạ dày, vì vậy, việc phát hiện và điều trị H.

Ngày nhận bài: 28/10/2020

Ngày phản biện: 25/11/2020

Ngày chấp nhận đăng: 10/12/2020

Pylori có ý nghĩa quan trọng trong bệnh lý dạ dày tá tràng [2], [8]. Hiện nay, có nhiều phương pháp chẩn đoán nhiễm H. Pylori như: test kháng thể H. Pylori nhanh, sinh thiết dạ dày làm mô bệnh học tìm vi khuẩn, nội soi sinh thiết dạ dày làm test urease, dùng đồng vị cacbon phóng xạ qua test hơi thở [8]... Tuy nhiên, phương pháp chẩn đoán H. Pylori bằng nội soi ống mềm có sinh thiết dạ dày làm test urease khá phổ biến, kỹ thuật này thuận tiện vừa mô tả tổn thương đường tiêu hóa mà có thể chẩn đoán nhanh nhiễm H. Pylori với độ chính xác và độ đặc hiệu khá cao [5], [8]. Tổn thương dạ dày, tá tràng qua kỹ thuật nội soi bằng ống mềm được chẩn đoán thuận tiện, độ chính xác cao, đã được áp dụng vào Việt Nam từ lâu, hiện đang trở thành một trong những kỹ thuật hàng đầu trong chẩn đoán các bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng cũng như can thiệp điều trị trực tiếp các bệnh lý tại chỗ [2]. Ở Việt Nam có nhiều nghiên cứu đánh giá tình trạng nhiễm H. Pylori, và tổn thương thực quản, dạ dày, tá tràng qua kỹ thuật nội soi bằng ống mềm. Tại bệnh viện đại học Y Thái Bình mặc dù kỹ thuật nội soi tiêu hóa bằng ống mềm được áp dụng từ lâu để chẩn đoán bệnh lý tiêu hóa và nhiễm H. Pylori, tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề nhiễm H. Pylori ở các đối tượng đến khám bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát tỷ lệ nhiễm H. Pylori và mối liên quan với hình ảnh tổn thương ở bệnh nhân đến nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng tại phòng nội soi Tiêu hóa tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 272 bệnh nhân (BN) làm nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng có làm chẩn đoán H. Pylori bằng test urease tại phòng nội soi Tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Thời gian nghiên cứu: từ 01/2019 đến 08/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn
 - + BN được làm nội soi dạ dày tá tràng có làm chẩn đoán H. Pylori bằng test urease.
 - + BN đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ
 - BN có nội soi dạ dày tá tràng nhưng không làm test chẩn đoán nhiễm H. Pylori.
 - Những BN đã phẫu thuật dạ dày, cắt dạ dày, thủng dạ dày, đang chảy máu tiêu hóa.
 - BN đang dùng các kháng sinh, muối bismuth.
 - BN không hợp tác, không thu thập đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \left[Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p(1-p) \right] / d^2$$
 Trong đó: n: cỡ mẫu, chọn $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$, p: tỷ lệ nhiễm H. Pylori ước tính là 38,8% ($p = 0,388$) [6], d: độ chính xác chọn $d = 0,06$, thay số, tính được $n = 255$, kết quả thu được 272 BN. BN được lấy theo phương pháp tích lũy đến khi đủ cỡ mẫu.
 - Tất cả BN nghiên cứu được hỏi và thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, nội soi thực quản, dạ dày, sinh thiết làm xét nghiệm H. Pylori, theo mẫu nghiên cứu thống nhất.
 - Dụng cụ: máy soi dạ dày tá tràng kiểu Olympus CV 180, kim sinh thiết qua nội soi FB2TR (Olympus).
 - Các BN được tiến hành nội soi, sinh thiết 1 mảnh ở hang vị dạ dày xác định nhiễm H. Pylori bằng test urease, kỹ thuật thực hiện tại Phòng Nội soi Nội tiêu hóa - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.
 - Test urease: dung dịch ure - indol sử dụng làm test urease trong nghiên cứu được pha bởi Khoa Vi sinh - Bệnh viện Bạch Mai, thành phần gồm nước cất, muối NaCl 0,5%, K_2HPO_4 0,2%, đỏ phenol, carbamidium. Các mảng niêm mạc dạ dày sau khi sinh thiết được cho ngay vào dung dịch ure - indol chuyển màu từ vàng nhạt sang màu hồng cánh sen

là test dương tính, dung dịch vẫn giữ nguyên màu vàng sau 5 - 6 phút là test âm tính [2].

- Chẩn đoán viêm thực quản trào ngược qua nội soi theo phân loại của Los Angeles: gồm các mức độ A, B, C, D [5].

- Các hình thái tổn thương viêm dạ dày qua nội soi được phân loại dựa trên cơ sở hệ thống Sydney gồm các tổn thương cơ bản: viêm niêm mạc dạ dày phù nề, viêm trợt phẳng, viêm trợt lồi, chấm chảy máu, viêm trào ngược dịch mật dạ dày, viêm phì đại,

loét dạ dày, ung thư dạ dày [5].

Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

Tỷ lệ BN nữ (55,9%) cao hơn nam, độ tuổi 51 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (23,9%), tiếp đó là độ tuổi 41 - 50 chiếm 23,5%, thấp nhất là ≤ 20 tuổi (4,8%), tuổi trung bình là 46,24 ± 14,67 năm, tỷ lệ BN làm nông dân cao nhất (33,5%), viên chức 29,0%.

Bảng 1. Đặc điểm về nhiễm H. Pylori

Nhiễm H.Pylori	Nam (n = 120)	Nữ (n = 152)	Tổng (n = 272)	P
Có [n (%)]	47 (39,2)	64 (42,1)	111 (40,8)	> 0,05
Không [n (%)]	73 (60,8)	88 (57,9)	161 (59,2)	

Nhận xét: Tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nam là 39,2%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nữ (42,1%). Tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori chung là 40,8%.

Bảng 2. Đặc điểm về nhiễm H. Pylori ở các nhóm tuổi

Tuổi	Nhiễm H. Pylori (n = 111)	Không (n = 161)	p
≤ 20 [n = 13; (%)]	7 (6,3)	6 (3,7)	> 0,05
21 - 30 [n = 35; (%)]	12 (10,8)	23 (14,3)	
31 - 40 [n = 47; (%)]	23 (20,7)	24 (14,9)	
41 - 50 [n = 64; (%)]	30 (27,0)	34 (21,1)	
51 - 60 [n = 65; (%)]	22 (19,8)	43 (26,7)	
≥ 61 [n = 48; (%)]	17 (15,3)	31 (19,3)	

Nhận xét: tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori cao nhất ở độ tuổi 41 - 50 tuổi (27,0%), thấp nhất dưới 20 tuổi 6,3%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê so ở các nhóm tuổi (p > 0,05).

Bảng 3. Liên quan giữa viêm trào ngược dạ dày thực - quản và nhiễm H. Pylori

Viêm thực quản trào ngược		Nhiễm H. Pylori (n = 111)	Không (n = 161)	P
Có viêm thực quản trào ngược [n = 139; (%)]	Độ A (n = 124)	50 (45,0)	74 (46,0)	> 0,05
	Độ B (n = 14)	6 (5,4)	8 (5,0)	
	Độ C (n = 1)	1 (0,9)	0 (0,0)	
Không [n = 133; (%)]		54 (48,6)	79 (49,1)	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở BN có viêm thực quản trào ngược độ A là 45,0%, độ B là 5,4%, độ C là 0,9%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở các nhóm tổn thương thực quản ($p > 0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa tổn thương viêm dạ dày và nhiễm H. Pylori

Loại tổn thương		Nhiễm H. Pylori (n = 111)	Không (n = 161)	P
Phù nề xung huyết [n = 271; (%)]	Có	110 (99,1)	161 (100)	> 0,05
	Không	1 (0,9)	0 (0,0)	
Trợt phẳng [n = 251; (%)]	Có	103 (92,8)	156 (96,9)	> 0,05
	Không	8 (7,2)	5 (3,1)	
Trợt lõm [n = 22; (%)]	Có	15 (13,5)	7 (4,3)	< 0,01
	Không	96 (86,5)	154 (95,7)	
Chấm chảy máu [n = 4; (%)]	Có	2 (1,8)	2 (1,2)	> 0,05
	Không	109 (98,2)	159 (98,8)	
Viêm trào ngược dịch mật [n = 3; (%)]	Có	0 (0,0)	3 (1,9)	> 0,05
	Không	111 (100)	158 (98,1)	

Nhận xét: Tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nhóm viêm trợt lõm (13,5%) cao hơn so với nhóm không có trợt lõm (4,3%). Không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở các nhóm tổn thương dạ dày: viêm phù nề, trợt phẳng, chấm chảy máu, trào ngược.

Bảng 5. Liên quan giữa tổn thương loét dạ dày, ung thư dạ dày và nhiễm H. Pylori

Loại tổn thương		Nhiễm H. Pylori (n = 111)	Không (n = 161)	P
Loét dạ dày [n = 42; (%)]	Có	31 (27,9)	11 (6,8)	< 0,001
	Không	80 (72,1)	150 (93,2)	
Loét cấp [n = 25; (%)]	Có	21 (67,7)	4 (36,4)	< 0,05
	Không	10 (32,3)	7 (63,6)	
Liên sẹo đỏ [n = 5; (%)]	Có	4 (12,9)	1 (9,1)	> 0,05
	Không	27 (87,1)	10 (90,9)	
Liên sẹo trắng [n = 12; (%)]	Có	6 (19,4)	6 (54,5)	< 0,05
	Không	25 (80,6)	5 (45,5)	
Ung thư dạ dày [n = 2; (%)]	Có	2 (1,8)	0 (0,0)	> 0,05
	Không	109 (98,2)	161 (100)	

Nhận xét: - Tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nhóm loét dạ dày (27,9%), loét cấp (67,7%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không loét dạ dày (6,8%), không loét cấp (36,4%).

- Cả 2 BN ung thư dạ dày đều nhiễm H. Pylori, tuy nhiên, không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở các nhóm tổn thương ung thư dạ dày ($p > 0,05$).

Bảng 6. Liên quan giữa số vị trí tổn thương dạ dày và nhiễm H. Pylori

Số vị trí tổn thương dạ dày	Nhiễm H. Pylori (n = 111)	Không (n = 161)	P
2 vị trí [n = 253; (%)]	86 (34,0)	157 (62,1)	< 0,01
3 vị trí [n = 18; (%)]	14 (7,8)	4 (2,2)	
4 vị trí [n = 1; (%)]	1 (100)	0 (0,0)	

Nhận xét: Tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nhóm tổn thương 2 vị trí của dạ dày là 86,5%, 3 vị trí là 12,6% và 4 vị trí là 0,9%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

BÀN LUẬN

Từ khi được tìm ra cho đến nay trên thế giới cũng như ở trong nước đã có nhiều nghiên cứu về vai trò của H. Pylori trong bệnh lý dạ dày, tá tràng. H. Pylori có vai trò nguyên nhân chính gây nên viêm loét dạ dày tá tràng và có liên quan đến ung thư dạ dày [2]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori là 40,8%. Theo các tài liệu của tác giả nước ngoài khi nghiên cứu tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở BN thì kết quả cũng rất khác nhau. Tại Italia, tỷ lệ nhiễm H. Pylori là 74,0%, tại Hồng Kông thấy tỷ lệ nhiễm H. Pylori là 50,0% [10]. Tại Việt Nam cũng có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ nhiễm H. Pylori, nghiên cứu Lê Đình Tuấn [6] cho thấy tỷ lệ BN ĐTĐ tít 2 nhiễm H. Pylori là 38,8%, trong đó mức độ nhiễm H. Pylori nhẹ chiếm nhiều nhất (26,3%), mức độ vừa 10,0%, mức độ nặng 2,5%. Nguyễn Ngọc Chúc thấy tỷ lệ nhiễm H. Pylori trên BN có loét tá tràng là 87,9%, loét dạ dày 82,0% ở BN không có loét dạ dày tá tràng là 53,9% [1], Nguyễn Quang Vinh nghiên cứu ở BN ĐTĐ tít 2 tỷ lệ nhiễm chung là 36,9%, ở BN có viêm loét dạ dày mạn là 39,6% [7]. Như vậy, tỷ lệ nhiễm H. Pylori của chúng tôi khác với các tác giả, có sự khác biệt này có thể do trong mỗi nghiên cứu sử dụng các phương pháp chẩn đoán nhiễm H. Pylori khác nhau, có 2 phương pháp phổ biến

hiện nay đang sử dụng đó là test urease và mô bệnh học tuy nhiên giá trị của 2 phương pháp cũng khác nhau, đồng thời sự khác biệt địa dư, tập quán sinh hoạt cũng là những yếu tố quan trọng...

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nam là 39,2%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nữ (42,1%), tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori cao nhất ở độ tuổi 41 - 50 (27,0%), thấp nhất dưới 20 tuổi 6,3%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các nhóm tuổi ($p > 0,05$). Theo Nguyễn Trọng Trình [4] thấy tỷ lệ BN có nhiễm H. Pylori ở nam (57,6%) cao hơn tỷ lệ BN có nhiễm H. Pylori ở nữ (38,2%), nhóm BN có nhiễm H. Pylori thì có 89,8% BN có độ tuổi lớn hơn 40, còn ở nhóm không nhiễm H. Pylori thì có 82,3% BN có độ tuổi lớn hơn 40. Trong một nghiên cứu tại Anh, tỷ lệ nam giới nhiễm H. Pylori cũng cao hơn tỷ lệ nữ giới nhiễm H. Pylori với 40,9% ở nam và 29,1% ở nữ. Tại Úc tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở nam giới là 35% còn ở nữ giới là 28%. Một nghiên cứu khác tại Phần Lan lại thấy rằng tỷ lệ nữ giới nhiễm H. Pylori cao hơn ở nam giới với tỷ lệ lần lượt là 52% và 47% [2].

Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy, tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở BN có viêm thực quản trào ngược độ A là 45,0%, độ B là 5,4%, độ C là 0,9%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở các nhóm tổn thương thực quản ($p > 0,05$). Liên quan giữa nhiễm H. Pylori và bệnh trào ngược dạ dày thực quản vẫn còn là một vấn đề có nhiều bàn cãi. Choi Ju, từ Trung tâm Ung thư Quốc gia tại Goyang và các đồng nghiệp khảo sát 10102

ca nhân từ một nghiên cứu đoàn hệ, trong đó 4.007 người được theo dõi sau thời gian trung bình là 2 năm. Nhìn chung, 490 người trong số 10.102 người tham gia ban đầu đã bị viêm thực quản trào ngược, 76,1% trong số đó là viêm thực quản cấp thuộc tít A, 22,7% tít B, và 1,2% có tít C, trong số 4.971 BN có nhiễm H. Pylori, tỷ lệ của viêm thực quản trào ngược là 6,4%, so với 3,3% trong số những người không có nhiễm H. Pylori. Trong một phân tích đa biến cho thấy nhiễm H. Pylori có tương quan nghịch với bệnh viêm thực quản trào ngược (OR = 0,42) [9]. Nguyễn Trọng Trinh [4] cho thấy với những BN có hình ảnh trào ngược dịch mật thì có tới 72% số BN có nhiễm H. Pylori ($p < 0,05$ và 95% CI=1,32-9,03).

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nhóm viêm loét (13,5%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có loét (4,3%), không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở các nhóm tổn thương dạ dày: viêm phù nề, loét phẳng, chấm chảy máu, viêm trào ngược ($p > 0,05$). Tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nhóm tổn thương 2 vị trí của dạ dày là 34,0%, 3 vị trí là 77,8% và 4 vị trí là 100%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Trinh [4] cho thấy tỷ lệ nhiễm H. Pylori trên BN có hình ảnh tổn thương hang vị dạ dày là 57%, tỷ lệ này cao nhất ở hình ảnh tổn thương toàn bộ dạ dày là 80%, trong 67 BN có hình ảnh phù nề, xung huyết thì có 27 BN có nhiễm H. Pylori và 40 BN không nhiễm H. Pylori ($p < 0,05$, 95%CI= 0,22-0,96), tỷ lệ BN có nhiễm H. Pylori và không nhiễm H. Pylori trên hình ảnh nội soi có loét phẳng là 66,3% và 33,7%, ($p < 0,05$ và 95% CI=5,39-51,77), hình ảnh nội soi không có loét có tỷ lệ nhiễm H. Pylori là 41,6% ($p < 0,05$ và 95% CI=2,19-28,91). BN có hình ảnh nội soi viêm teo có tỷ lệ nhiễm H. Pylori là 65,5% và không có viêm teo thì tỷ lệ nhiễm H. Pylori là 43,5%, ($p < 0,05$ và 95% CI=1,04-5,89). Tuy nhiên, đa số các

nghiên cứu gần đây cho thấy vị trí tổn thương dạ dày không có tương quan với vấn đề nhiễm hay không nhiễm vi khuẩn H. Pylori [2], [8].

H. Pylori có vai trò chủ yếu trong nguyên nhân sinh bệnh viêm loét dạ dày - hành tá tràng và còn được xếp vào nhóm I các tác nhân gây ung thư dạ dày. H. Pylori gây bệnh chủ yếu thông qua 3 cơ chế [2], [5]: thay đổi sinh lý dạ dày (tăng tiết acid HCL, tăng hoạt hóa pepsinogen thành pepsin), nhiễm độc trực tiếp từ các sản phẩm của vi khuẩn như amoniac, cytotoxin, endocytotoxin... các phản ứng viêm với sự giải phóng nhiều sản phẩm độc tố khác nhau. H. Pylori được tìm thấy ở 95-100% BN loét hành tá tràng, ở 60-80% BN loét dạ dày, ngay cả khi loét hành tá tràng đã liền sẹo, H. Pylori vẫn còn tìm thấy trong 63%, tuy nhiên, tỷ lệ mới mắc loét hành tá tràng chỉ chiếm 1% trong những trường hợp nhiễm H. Pylori, chỉ 10-15% cá thể nhiễm H. pylori xuất hiện loét hành tá tràng trong một thời điểm nào đó trong cuộc đời họ [5]. Do đó, tuy H. Pylori là nguyên nhân chính nhưng vẫn còn có các yếu tố bệnh sinh khác đóng vai trò hoặc độc lập hoặc liên kết H. Pylori gây loét hành tá tràng. Với ổ loét chảy máu, H. Pylori là một yếu tố “hỗ trợ” quan trọng cho những tác nhân tấn công vào ổ loét gây chảy máu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nhóm loét dạ dày (27,9%), loét cấp (67,7%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không loét dạ dày (6,8%), không loét cấp (36,4%). Cả 2 BN ung thư dạ dày đều nhiễm H. Pylori, tuy nhiên, không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở các nhóm tổn thương ung thư dạ dày ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Trinh [4] cũng cho thấy tỷ lệ BN có nhiễm H. Pylori ở nhóm có thể loét hoạt động nhẹ thấp hơn ở nhóm có thể hoạt động vừa đến nặng: có 30,2% BN ở thể hoạt động nhẹ có nhiễm H. Pylori và 79,7% BN ở thể hoạt động vừa đến nặng có nhiễm H. Pylori. Phạm Tấn Tài và cs cho thấy,

có sự khác biệt tỷ lệ nhiễm H. Pylori giữa người bị loét loét dạ dày, tá tràng và người không viêm loét nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,06$), không có sự khác biệt tỷ lệ nhiễm H. Pylori giữa người bị loét dạ dày, tá tràng và người bị viêm loét dạ dày, tá tràng ($p=0,508$) [3].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 272 BN đến nội soi ở phòng nội soi Tiêu hóa Bệnh viện Đại học Y Thái Bình chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori là 40,8%, tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nam là 39,2%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nữ (42,1%). Tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori cao nhất ở độ tuổi 41 - 50 (27,0%), thấp nhất dưới 20 tuổi 6,3%, không khác biệt ở các nhóm tuổi.
- Tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở BN có viêm thực quản

trào ngược độ A là 45,0%, độ B là 5,4%, độ C là 0,9%, không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở các nhóm tổn thương thực quản ($p > 0,05$).

- Tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nhóm viêm trợt lồi (13,5%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có trợt lồi (4,3%).

- Tỷ lệ BN nhiễm H. Pylori ở nhóm loét dạ dày (27,9%), loét cấp (67,7%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không loét dạ dày (6,8%), không loét cấp (36,4%), cả 2 BN ung thư dạ dày đều nhiễm H. Pylori.

- Tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở nhóm tổn thương 2 vị trí của dạ dày 34,0%, 3 vị trí 77,8% và 4 vị trí 100%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

- Không khác biệt về tỷ lệ nhiễm H. Pylori ở các nhóm tổn thương dạ dày: viêm phù nề, trợt phẳng, chấm chảy máu, viêm trào ngược ($p > 0,05$).

ABSTRACT

The rate of helicobacter pylori infection in patients undergoing oesophagogastroduodenoscopy at the thai binh medical university hospital

Objectives: To investigate the prevalence of Helicobacter Pylori infection (H. Pylori) and association with lesion imaging in patients undergoing oesophagogastroduodenoscopy (OGD).

Methodology: A cross-sectional and descriptive study on 272 patients who were undergone OGD and taken urease test (for establishing the diagnosis of H. Pylori infection) at the Gastrointestinal endoscopy department at the Thai Binh medical university hospital.

Results: Our study illustrated that:

The percentage of patients infected with H. Pylori was 40.8% in overall, and the prevalence of H. Pylori infection in men (39.2%) did not differ significantly from that of women (40%). Patients aged 41-50 witnessed the highest rate (27.0%) and patients aged under 20 have the lowest rate (6.3%) of H. Pylori infection. There was no significant difference in H. Pylori infection rates among age groups. The rate of H. Pylori infection in patients with gastroesophageal reflux disease grade A was 45.0%, grade B was 5.4%, and grade C was 0.9%; there was no statistically significant difference in the rate of H. Pylori infection among different grades of gastroesophageal reflux disease ($p > 0.05$). The prevalence of H. Pylori infection in the group of raised erosive gastritis (13.5%), gastric ulcers (27.9%), and acute ulcers (67.7%) were statistically higher than those without either raised erosive gastritis (4.3%) or stomach ulcers (6.8%) or acute ulcers (36.4%). Patients with lesions at more than 2 sites had an HP infection rate of 34.0% in the group with only

2 lesions, 77.8% in the group with 3 lesions and 100% in the group with 4 lesions and the difference between groups was significant ($p < 0.01$). There was no difference in the rate of H. Pylori infection among groups stratified by stomach lesions: exudative gastritis, flat erosive gastritis, bleeding spots, and enterogastric reflux gastritis.

Conclusions: the overall H. Pylori infection rate was 40.8%, there was no difference between men and women. Regarding the age group, the highest prevalence was seen among patients aged 41-50, and the lowest prevalence among patients under 20. There is a relationship between the prevalence of H. Pylori infection with raised erosive gastritis, gastric ulcers, and the number of sites with gastric lesions.

Keywords: Helicobacter Pylori, urease test, raised erosive gastritis, gastric ulcer.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Chức (2004), “Nghiên cứu tỷ lệ viêm dạ dày, viêm hành tá tràng mạn tính, nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân loét tá tràng và mối liên quan của chúng”, luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Tạ Long (2003). *Bệnh lý dạ dày-tá tràng và vi khuẩn Helicobacter Pylori*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 98-99.
3. Phan Tấn Tài và Huỳnh Chí Hùng (2017), “Tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori trên bệnh nhân nội soi dạ dày tá tràng tại BVĐK Phú Tân” https://bvag.com.vn/wp-content/uploads/2013/01/k2_attachments_.pdf].
4. Nguyễn Trọng Trình (2015), “Áp dụng tiêu chuẩn Sydney cải tiến trong phân loại viêm dạ dày mạn tính”, luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Thiện Trung (2008). *Bệnh dạ dày - tá tràng và nhiễm Helicobacter Pylori*, Nhà xuất bản Y học, chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, 179-199.
6. Lê Đình Tuấn (2013), “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học đường tiêu hóa trên ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2”, luận văn Thạc sĩ Y học, HV Quân Y.
7. Nguyễn Quang Vinh (2009), “Nhận xét đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học dạ dày của bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đống Đa”, luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. Anderson J. (2000), “H. Pylori infection: review of the guideline for diagnosis and treatment geriatrics” *Cur Gastroenterol.* 55(6), 44-48.
9. Liam Davenport (2010). Helicobacter pylori infection decreases reflux esophagitis risk. *Am J Gastroenterol* July 6(2), pp: 120-128.
10. Lin H.J., Lo W.C., Lee F.Y. et al (1998), “A prospective randomized comparative trial showing that omeprazole prevents rebleeding in patients with bleeding peptic ulcer after successful endoscopic therapy”, *Arch Intern Med.*