

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ BỐN THUỐC CÓ BISMUTH TRONG ĐIỀU TRỊ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG CÓ NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Việt Hà¹, Nguyễn Thị Hồng Nhân² và Phan Văn Nhã^{1, ✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Saint Paul

Phác đồ điều trị diệt *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) có Bismuth chưa được nghiên cứu nhiều ở trẻ em Việt Nam bị loét dạ dày tá tràng. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá hiệu quả điều trị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* ở trẻ em bằng phác đồ 4 thuốc gồm Esomeprazol; Amoxicillin; Metronidazol và Bismuth subcitrat. Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca bệnh gồm 61 trẻ được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* vào khám và điều trị tại khoa Nhi Tiêu hóa - Bệnh viện Đa khoa Saint Paul. Tuổi trung bình mắc bệnh của trẻ là $10,1 \pm 3,0$ tuổi, tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái là 3/1. Tỷ lệ trẻ có từ 2 ổ loét trở lên chiếm 34,5% và 72,1% trẻ có ổ loét có kích thước lớn. Sau 6 tuần điều trị, có sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng. Hiệu quả diệt trừ *H. pylori* của phác đồ là 80,3%, 87% trẻ liền sẹo hoàn toàn, 13,7% trẻ còn tồn tại ổ loét nhưng kích thước ổ loét thu nhỏ hơn. Nhóm trẻ diệt trừ *H. pylori* có tỷ lệ lành ổ loét cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn vi khuẩn. Kết luận: Phác đồ bốn thuốc có Bismuth điều trị diệt *H. pylori* có hiệu quả điều trị diệt trừ vi khuẩn và lành ổ loét tương đối cao.

Từ khóa: trẻ em, loét dạ dày tá tràng, *H. pylori*, Bismuth, phác đồ 4 thuốc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày tá tràng là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em với tỷ lệ dao động từ 2 - 8%. Nếu không được chẩn đoán, điều trị sớm và đúng cách bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như xuất huyết tiêu hóa, thủng tạng rỗng dẫn đến tử vong. Tỷ lệ chảy máu ổ loét được ước tính từ 0,5 đến 4,4 trên 100.000 trẻ.¹ Nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) được xem là nguyên nhân chính gây viêm, loét dạ dày tá tràng ở trẻ em. Điều trị diệt trừ *H. pylori* có vai trò quan trọng trong phòng ngừa các biến chứng này, tuy nhiên hiệu quả diệt *H. pylori* ngày càng gặp nhiều khó khăn do tỷ lệ kháng của vi khuẩn ngày càng cao.² Tại Việt Nam, tỷ lệ *H. pylori* kháng Clarithromycin, Metronidazol và

Amoxicillin lần lượt là 50,9%, 65,3% và 0,5%.³ Kháng Clarithromycin và Amoxicillin với tỷ lệ cao (95,3% và 50,5%) cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Tăng Lê Châu Ngọc tại Bệnh viện Nhi đồng 2.⁴ Theo khuyến cáo của Hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Châu Âu và Bắc Mỹ, ở các quốc gia có tỷ lệ kháng Clarithromycin, Metronidazol và Amoxicillin cao có thể sử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth để diệt *H. pylori*, ngăn chặn ổ loét tái phát và các biến chứng do loét dạ dày tá tràng gây ra.² Là quốc gia có tỷ lệ kháng thuốc cao nên sử dụng các phác đồ điều trị diệt *H. pylori* có Bismuth rất cần thiết, tuy nhiên hiệu quả của phác đồ 4 thuốc có Bismuth còn chưa được nghiên cứu nhiều trên trẻ em Việt Nam. Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* ở trẻ em bằng phác đồ 4 thuốc gồm Esomeprazol; Amoxicillin; Metronidazol và Bismuth subcitrat.

Tác giả liên hệ: Phan Văn Nhã,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phanvannha@hmu.edu.

Ngày nhận: 24/09/2021

Ngày được chấp nhận: 25/10/2021

I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

61 trẻ từ 2 đến 15 tuổi được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* vào khám và điều trị tại khoa Nhi Tiêu hóa Bệnh viện Đa khoa Saint Paul từ 01/07/2019 đến 30/06/2020, được làm test nhanh urease khi nội soi và mô bệnh học. Tiêu chuẩn chẩn đoán loét dạ dày tá tràng dựa trên kết quả nội soi, chẩn đoán nhiễm *H. pylori* khi có 2 test dương tính: test urease dương tính và nhuộm Giemsa có vi khuẩn *H. pylori* trên tiêu bản mô bệnh học hoặc test thở C¹³ dương tính theo tiêu chuẩn của Hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Châu Âu và Bắc Mỹ.²

2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca bệnh, so sánh kết quả trước và sau điều trị. Cỡ mẫu lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện gồm tất cả các trẻ em đến khám và điều trị tại Khoa Nhi Tiêu hóa Bệnh viện Saint Paul được chẩn đoán là loét dạ dày tá tràng đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Thu thập số liệu bằng mẫu bệnh án nghiên cứu dựa vào phỏng vấn trực tiếp, khám lâm sàng, ghi nhận hình ảnh tổn thương trên nội soi, giải phẫu bệnh và điều

trị. Bệnh nhân được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* tham gia nghiên cứu được kê đơn điều trị bằng phác đồ bốn thuốc gồm Esomeprazol (Nexium - mups 40mg); Amoxicillin (Moxilen 500mg); Metronidazol (Flagyl 250mg) và Bismuth subcitrat (Trymo 120mg) trong 2 tuần, sau đó bệnh nhân được tái khám đánh giá đáp ứng lâm sàng và kê tiếp đơn Esomeprazol thêm 4 tuần với liều lượng khuyến cáo của Hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Châu Âu và Bắc Mỹ.² Sau 6 tuần điều trị, trẻ được ngừng thuốc trong 2 tuần rồi được tái khám đánh giá các triệu chứng lâm sàng và nội soi thực quản dạ dày tá tràng ống mềm lần 2 để đánh giá tổn thương trên nội soi. Đánh giá tình trạng nhiễm *H. pylori* dựa trên 2 xét nghiệm là test urease và mô bệnh học.

3. Xử lý số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng các phép thống kê mô tả cho biến định lượng và định tính.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành dưới sự tuân thủ về mặt y đức, được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu và đã được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội và sự đồng ý của Bệnh viện Đa khoa Saint Paul.

II. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, có 61 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Trong đó, có 45 trẻ trai bị loét dạ dày tá tràng chiếm 73,8%, tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái là 3/1. Nhóm tuổi > 10 gặp tỷ lệ loét cao nhất chiếm 62,3%. Tuổi trung bình của trẻ trong nghiên cứu là 10,1 ± 3,0 tuổi (2 - 15 tuổi).

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của trẻ bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori*

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	42	68,9
Xuất huyết tiêu hóa	33	54,1
Buồn nôn, nôn	30	49,2
Ợ hơi, ợ chua	29	47,5
Chán ăn	21	34,4

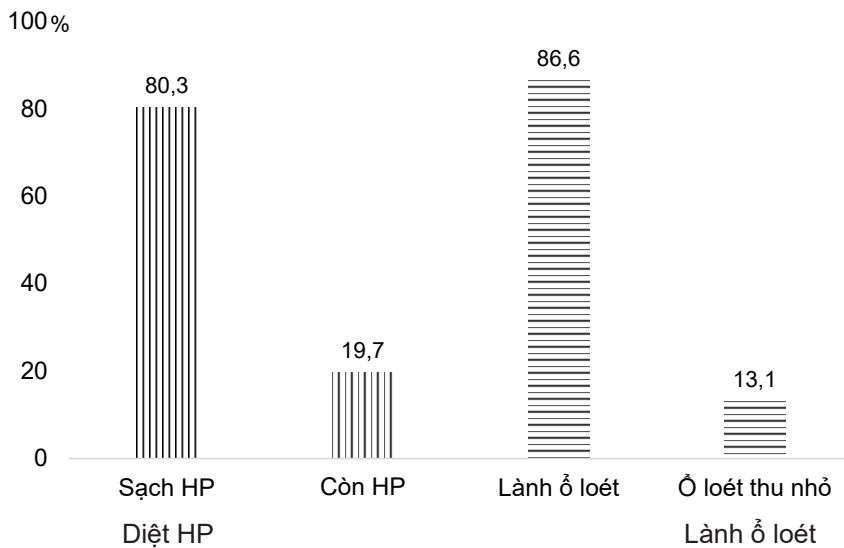
Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đầy bụng, khó tiêu	9	14,8
Thiếu máu	4	6,6

Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng (68,9%), xuất huyết tiêu hóa (54,1%), chỉ có 6,6% trẻ có biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng.

Bảng 2. Đặc điểm ổ loét dạ dày tá tràng trên nội soi trước điều trị

	Hình ảnh trên nội soi	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tính chất ổ loét	Ổ loét nông, kích thước < 1cm	17	27,3
	Ổ loét sâu, kích thước 1 - 2cm	41	67,2
	Ổ > 2cm, chiếm hết chu vi hành tá tràng	3	4,9
Số lượng ổ loét	1 ổ	40	65,4
	≥ 2 ổ	21	34,6

72,1% trẻ có ổ loét sâu trong đó 4,9% trẻ có ổ loét khổng lồ chiếm hết chu vi hành tá tràng, tỷ lệ trẻ có từ hai ổ loét trở lên chiếm 34,6%.



Biểu đồ 1. Hiệu quả điều trị diệt *H. pylori* và lành ổ loét

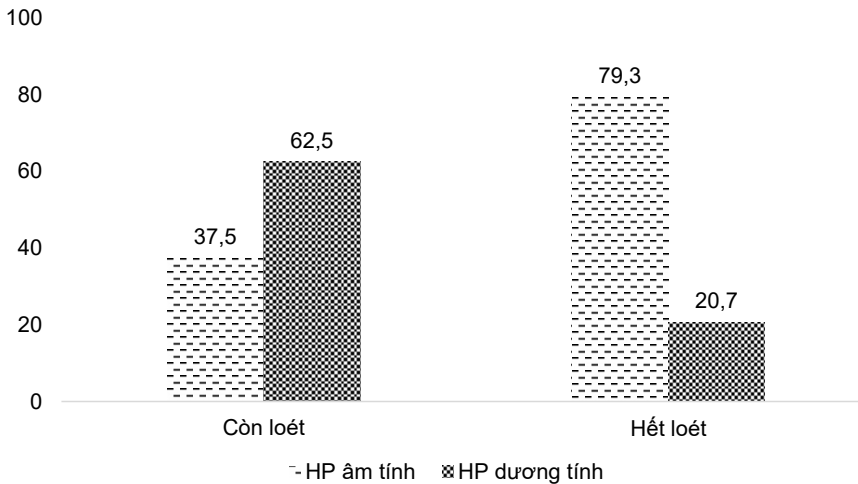
Kết quả cho thấy, 80,3% trẻ không còn *H. pylori* sau điều trị. Có 86,9% trẻ liền sẹo ổ loét, 13,1% trẻ còn ổ loét nhưng kích thước ổ loét thu nhỏ hơn.

Bảng 3. So sánh sự thay đổi các triệu chứng trước và sau điều trị

Triệu chứng	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Đau bụng	42	68,9	2	4,8
Buồn nôn, nôn	30	49,1	0	0

Triệu chứng	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Ợ hơi, chua	29	47,5	6	9,8
Đầy bụng	9	14,8	0	0
Xuất huyết tiêu hóa	33	54,1	0	0

Có sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng sau 6 tuần điều trị, $p < 0,05$. Bên cạnh đó, chúng tôi còn nhận thấy rằng 57,2% (35/61 trẻ) hết đau bụng trong thời gian một tuần sau dùng thuốc. Tỷ lệ trẻ hết đau bụng ở tuần thứ 2 và 3 tuần sau điều trị lần lượt là 35,7% và 7,1%. Thời gian hết đau bụng trung bình là 8 ngày (3 - 20 ngày).



Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa hiệu quả liền ổ loét và kết quả diệt trừ *H. pylori*

Hiệu quả lành loét chung của phác đồ 86,9%. Nhóm trẻ diệt trừ *H. pylori* có tỷ lệ lành ổ loét cao hơn nhóm còn vi khuẩn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, có 61 bệnh nhi loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Trong đó, có 45 trẻ trai bị loét dạ dày tá tràng chiếm 73,8%, tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái là 3/1. Tuổi trung bình của trẻ trong nghiên cứu là $10,1 \pm 3,0$ tuổi (2 - 15 tuổi). Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước. Tuổi trung bình mắc bệnh của trẻ trong nhóm nghiên cứu của Đặng Thúy Hà tại Bệnh viện Nhi Trung ương là $9,2 \pm 2,6$ tuổi.⁵ Trong một nghiên cứu của Ecevit. C.O tiến hành trên 902 trẻ, tuổi trung bình bị loét dạ dày tá tràng là

$10,85 \pm 4,25$ tuổi.⁶ Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Hernández và cộng sự khi nghiên cứu cho thấy, 69% trẻ nam bị viêm, loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* trong khi đó tỷ lệ này ở trẻ nữ là 31%.⁷ Nhiều giả thuyết được đưa ra để giải thích về tỷ lệ bị loét dạ dày tá tràng theo giới tính tuy nhiên các giả thuyết này đều chưa được chứng minh một cách rõ ràng.

Các triệu chứng hay gặp của trẻ bị loét dạ dày tá tràng nhiễm *H. pylori* là đau bụng, thiếu máu, đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa phải nhập viện. Kết quả từ bảng 1 cho thấy 68,9% trẻ có

biểu hiện đau bụng. Tỷ lệ trẻ có triệu chứng đau bụng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Thị Thu Thủy (84,8%)⁸ hay Tăng Lê Châu Ngọc (97,5%).⁴ 54,1% trẻ nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa trên với triệu chứng nôn ra máu và đi ngoài phân đen, kèm theo thiếu máu (6,6%) với triệu chứng da xanh niêm mạc nhợt và hoa mắt chóng mặt. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Phúc Thịnh, 71,6% trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có xuất huyết tiêu hóa trên với triệu chứng chính là đi ngoài phân đen (45,3%).⁹ Tỷ lệ trẻ có biểu hiện thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Trần Ngọc Huy với biểu hiện da niêm mạc nhợt và chóng mặt lần lượt là 87,7% và 57,9%.¹⁰

72,1% trẻ có ổ loét sâu trong đó 4,9% trẻ có ổ loét khổng lồ chiếm hết chu vi hành tá tràng, tỷ lệ trẻ có từ hai ổ loét trở lên chiếm 34,6% (bảng 2). Tỷ lệ trẻ có loét đa ổ và tổn thương loét nặng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đặng Thúy Hà với 47,1% bệnh nhân có từ 2 ổ loét trở lên, 61,2% bệnh nhân có ổ loét kích thước lớn và tổn thương trong loét tá tràng chủ yếu ở giai đoạn Forrest III với tỷ lệ 85,7%, các trường hợp nhập viện vì tình trạng xuất tiêu hoá khi tiến hành nội soi đều ở giai đoạn IIb.⁵ Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Đặng Thúy Hà tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương, nơi tiếp nhận nhiều bệnh nhân nặng hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Egbaria. R và cộng sự trong 169 trẻ loét dạ dày tá tràng có 30,2% loét sâu và 69,8% loét nông.¹¹ Tỷ lệ trẻ có ổ loét sâu và kích thước lớn trong nghiên cứu của chúng tôi cao đặt ra vấn đề cần giáo dục truyền thông trong chăm sóc trẻ của gia đình cũng như việc tiếp cận sớm để chẩn đoán tìm ra bệnh lý sớm cho trẻ, tránh diễn biến nặng nề hơn.

Biểu đồ 1 cho thấy phác đồ bốn thuốc có Bismuth trong nghiên cứu của chúng tôi có

hiệu quả diệt trừ *H. pylori* đạt 80,3%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hong. J và cộng sự nghiên cứu trên 118 trẻ được chẩn đoán nhiễm *H. pylori* cho thấy phác đồ 4 thuốc có Bismuth có hiệu quả diệt trừ vi khuẩn là 83,9%, cao hơn phác đồ ba thuốc (Omeprazol, Amoxicillin và Clarithromycin).¹² Hiệu quả diệt trừ *H. pylori* trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Ying Zhou (89,8%)¹³ và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Út (77,3%).¹⁴ Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về quần thể nghiên cứu và tình trạng kháng kháng sinh giữa các quốc gia và địa bàn nghiên cứu. Hiệu quả làm liền sẹo ổ loét dạ dày tá tràng được so sánh trước và sau 6 tuần điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng ổ loét được chữa lành ở 53 bệnh nhân (86,9%), còn 8 bệnh nhân (13,1%) ổ loét thu nhỏ sau điều trị và không ghi nhận bệnh nhân nào có ổ loét giữ nguyên sau điều trị.

Kết quả từ bảng 3 cho thấy, trước điều trị, phần lớn các triệu chứng hay gặp là đau bụng (68,9%), xuất huyết tiêu hóa (54,1%), nôn và buồn nôn (49,1%) và ợ hơi, ợ chua (47,5%). Các triệu chứng lâm sàng giảm đáng kể sau 6 tuần điều trị, với $p < 0,05$. Trong đó, 57,2% trẻ hết đau bụng trong thời gian một tuần sau dùng thuốc, tỷ lệ trẻ hết đau bụng ở tuần thứ 2 và 3 tuần sau điều trị lần lượt là 35,7% và 7,1%. Thời gian hết triệu chứng đau bụng trung bình là 8 ngày (3 - 20). Tuy nhiên, sau 6 tuần điều trị còn 2 bệnh nhân (4,8%) còn biểu hiện đau bụng và 6 bệnh nhân (9,8%) còn biểu hiện ợ hơi, ợ chua. Các bệnh nhân còn triệu chứng lâm sàng là các bệnh nhân có ổ loét lớn, các ổ loét đã thu nhỏ nhưng chưa lành hoàn toàn hoặc các bệnh nhân chưa diệt trừ vi khuẩn *H. pylori*.

Kết quả từ biểu đồ 2 cho thấy, nhóm trẻ diệt trừ *H. pylori* hiệu quả có tỷ lệ lành ổ loét cao hơn nhóm còn vi khuẩn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Vài trò của diệt trừ

H. pylori trong điều trị lành ổ loét dạ dày tá tràng đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trên cả trẻ em và người lớn. Trong một phân tích gộp dựa trên 52 thử nghiệm cho thấy rằng điều trị diệt trừ *H. pylori* hiệu quả giảm tái phát loét dạ dày tá tràng và chi phí điều trị. Với ổ loét tá tràng, liệu pháp điều trị diệt trừ *H. pylori* có hiệu quả lành ổ loét cao hơn có ý nghĩa thống kê với chỉ điều trị thuốc lành ổ loét hoặc không điều trị. Với các ổ loét dạ dày, điều trị diệt trừ *H. pylori* có hiệu quả lành ổ loét không khác biệt với điều trị thuốc lành ổ loét đơn thuần.¹¹

IV. KẾT LUẬN

Hiệu quả điều trị diệt *H. pylori* của phác đồ là 80,3%, 87% trẻ liền sẹo hoàn toàn, 13,7% trẻ còn tồn tại ổ loét nhưng kích thước ổ loét thu nhỏ hơn. Tỷ lệ lành ổ loét cao hơn ở nhóm diệt trừ *H. pylori* thành công. Cần thêm những nghiên cứu lớn hơn, theo dõi lâu dài hơn để đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sierra D, Wood M, Kolli S, Felipez LM. Pediatric Gastritis, Gastropathy, and Peptic Ulcer Disease. *Pediatr Rev.* 2018;39(11):542 - 549.
2. Jones NL, Koletzko S, Goodman K, et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the Management of Helicobacter pylori in Children and Adolescents (Update 2016). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(6):991 - 1003.
3. Nguyen TVH, Bengtsson C, Yin L, et al. Eradication of Helicobacter pylori in children in Vietnam in relation to antibiotic resistance. *Helicobacter.* 2012;17(4):319 - 325.
4. Tăng Lê Châu Ngọc, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Minh Ngọc. Đặc điểm đề kháng kháng sinh và đáp ứng điều trị trên trẻ em viêm dạ dày do *H. pylori* tại bệnh viện Nhi Đồng 2. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh.* 2019; 23(4): 110 - 119.

5. Đặng Thúy Hà, Nguyễn Thị Việt Hà, Đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của loét dạ dày tá tràng ở trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương. *Tạp chí Y học thực hành,* 2019; 9(1110):19 - 21

6. Ecevit ÇÖ, Özgenç F, Yüksekaya HA, Ünal F, Arıkan Ç, Yağcı RV. Peptic ulcer disease in children: an uncommon disorder with subtle symptomatology. *Turk J Gastroenterol Off J Turk Soc Gastroenterol.* 2012;23(6):666 - 669.

7. Hernández C, Serrano C, Einisman H, et al. Peptic ulcer disease in Helicobacter pylori - infected children: clinical findings and mucosal immune response. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;59(6):773 - 778.

8. Võ Thị Thu Thủy. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, biến chứng và tỷ lệ nhiễm *H. pylori* của bệnh loét dạ dày tá tràng ở trẻ em. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2009; 356(1,2): 598 - 604.

9. Nguyễn Phúc Thịnh, Hoàng Lê Phúc, Nguyễn Việt Trường. Loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 1 TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh.* 2014; 18(4): 41 - 47.

10. Trần Ngọc Huy, Hà Văn Thiệu, Nguyễn Minh Ngọc. Đặc điểm biến chứng thường gặp ở loét dạ dày tá tràng ở trẻ em. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh.* 2018; 22(3): 179 - 185.

11. Egbaria R, Levine A, Tamir A, Shaoul R. Peptic ulcers and erosions are common in Israeli children undergoing upper endoscopy. *Helicobacter.* 2008;13(1):62 - 68.

12. Hong J, Yang HR. Efficacy of Proton Pump Inhibitor - based Triple Therapy and Bismuth - based Quadruple Therapy for Helicobacter pylori Eradication in Korean Children. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2012;15(4):237 - 242.

13. Zhou Y, Ye Z, Wang Y, et al. Comparison of four different regimens against Helicobacter pylori as a first - line treatment:

A prospective, cross - sectional, comparative, open trial in Chinese children. *Helicobacter*. 2020;25(2):e12679. doi:10.1111/hel.12679

14. Nguyễn Thị Út, Lê Thanh Hải, cộng sự. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng viêm loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* kháng kháng sinh ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp Chí Nghiên cứu*

Y học. 2016;101(3):71 - 80.

15. Ford AC, Delaney BC, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy in *Helicobacter pylori* positive peptic ulcer disease: systematic review and economic analysis. *Am J Gastroenterol*. 2004;99(9):1833 - 1855. doi:10.1111/j.1572 - 0241.2004.40014.x

Summary

EVALUATION OF QUADRUPLE THERAPY REGIMEN WITH BISMUTH FOR ERADICATION OF HELICOBACTER PYLORI - INDUCED GASTRODUODENAL ULCERS IN CHILDREN

Quadruple therapy regimen with Bismuth for eradication of *H. pylori* Vietnamese children has been studied sparsely. The aim of the present study was to evaluate the efficacy of a bismuth-regimen comprised of Esomeprazol, Amoxicillin, Metronidazol and Bismuth subcitrat for *H. pylori* eradication and ulcer healing in 61 children at the Department of Pediatric Gastroenterology, Saint Paul Hospital. The mean age was 10.1 ± 3.0 years old, the boy/girl ratio was 3/1. The prevalence of children with at least 2 ulcers and deep ulcers accounted for 34.5% and 78%, respectively. There was a significant improvement in clinical symptoms, $p < 0.05$. The rates of *H. pylori* eradication and peptic ulcer healing completely was 80.3% and 87%, respectively. 13.7% of the children still had an ulcer with smaller size. Significant differences for healing ulcer rate were found by successful *H. pylori* eradication group. Quadruple therapy regimen with bismuth gave relatively high rates of *H. pylori* eradication and peptic ulcer healing.

Keywords: children, peptic ulcer, *H. pylori*, Bismuth, quadruple regimen