

**TÌNH HÌNH NHIỄM HELICOBACTER PYLORI, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH NỘI SOI Ở TRẺ VIÊM, LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG TỪ 6-15 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ**

*Trần Đức Long\*, Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Thị Thu Cúc*

*Trường Đại học Y dược Cần Thơ*

*\*Email: tdlong@ctump.edu.vn*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Viêm, loét dạ dày-tá tràng là bệnh lý ngày càng phổ biến ở trẻ em trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Vi khuẩn *Helicobacter pylori* được xem là nguyên nhân chính gây bệnh ở trẻ em cũng như ở người lớn. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Xác định tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori*, 2) Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi ở trẻ viêm loét dạ dày-tá tràng từ 6-15 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhi được chẩn đoán xác định viêm, loét dạ dày-tá tràng tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* ở trẻ viêm loét dạ dày, tá tràng là 36,7%. Triệu chứng đau bụng chiếm 91,7%. Tỷ lệ các triệu chứng khác của đường tiêu hóa như buồn nôn và nôn, ợ chua, nóng rát thượng vị và xuất huyết tiêu hóa lần lượt là 58,3%, 36,7%, 23,3%, 13,4%. Hình ảnh nội soi có viêm dạ dày chiếm 86,6% và loét hành tá tràng chiếm 13,4%. Trong nhóm viêm dạ dày, viêm dạ dày mức độ nặng chiếm 3,8%, mức độ trung bình chiếm 59,6% và mức độ nhẹ chiếm 36,5%. Theo phân loại Sydney, viêm dạ dày sung huyết chiếm 86,6%. Những bệnh nhi có triệu chứng ợ chua, nóng rát thượng vị có tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* cao hơn lần lượt là 3,3 lần và 4,5 lần so với trẻ không có triệu chứng. Những bệnh nhi có hình ảnh nội soi là viêm dạ dày sung huyết có tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* thấp hơn 6,8 lần so với trẻ không có hình ảnh này ( $p<0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* khá cao ở trẻ em viêm loét dạ dày-tá tràng. Triệu chứng lâm sàng của bệnh thường không đặc hiệu, trong đó, đau bụng là triệu chứng thường gặp. Hình ảnh nội soi chủ yếu là viêm sung huyết hang vị.

**Từ khóa:** *Helicobacter pylori*, Viêm, loét dạ dày-tá tràng

**ABSTRACT**

**PREVALENCE OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION, CLINICAL FEATURES AND ENDOSCOPY FINDINGS OF CHILDREN WITH GASTRITIS OR PEPTIC ULCERS**

*Tran Duc Long, Nguyen Trung Kien, Nguyen Thi Thu Cuc*

*Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

**Background:** Gastritis or peptic ulcer disease is more and more popular in children around the world. *H.Pylori* infection is considered the major cause of peptic ulcer in children as well as adults. **Objectives:** to determine the rate of *H.pylori* infection and describe clinical signs, endoscopy findings of children with gastritis, peptic ulcers. **Materials and Methods:** A cross sectional descriptive study was conducted on 60 children with gastritis or peptic ulcers, hospitalized at Can Tho children hospital. **Results:** the prevalence of *H.Pylori* infection was 36.7%. Abdominal pain, vomiting, eructation, heartburn and gastrointestinal bleeding accounted for 91.7%, 58.3%, 23.3%, 36.7%, 13.4%, respectively. Endoscopic findings: gastritis was 86.6% and duodenum ulcers was 13.4%. According to Sydney gastritis classifications, erythema was 86.6%. The patients who had vomiting and eructation had risk of *H.Pylori* infection at 3.3 and 4.5 times, respectively ( $p<0.05$ ). In addition, The paediatrics with erythema gastritis were rarely to get *H.Pylori* infection at 6.8 times ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** The prevalence of *H.Pylori* infection is rather high in children had Gastritis or peptic ulcer. The Clinical features were nonspecific and varied by age of children. The most of endoscopic findings of gastritis was erythema.

**Keywords:** *Helicobacter pylori* infections, Gastritis or Peptic Ulcer disease

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm, loét dạ dày-tá tràng là bệnh lý ngày càng phổ biến ở trẻ em trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đó là hệ quả của quá trình mất cân bằng giữa các yếu tố tấn công và bảo vệ niêm mạc dạ dày và tá tràng. Vi khuẩn *Helicobacter pylori* là được xem nguyên nhân chính gây bệnh ở trẻ em cũng như người lớn. Năm 2014, theo báo cáo của tác giả Lê Thọ thì tỷ lệ nhiễm *Helicobacter Pylori* ở trẻ em Tây Nguyên là 40% [6].

Biểu hiện lâm sàng của viêm, loét dạ dày-tá tràng do *Helicobacter pylori* thường thay đổi theo lứa tuổi và không đặc hiệu, Nghiên cứu của Nguyễn Thị Út (2010) ghi nhận có đến 97,6% bệnh nhi có biểu hiện đau bụng và thường gặp nhất là đau bụng vùng quanh rốn chiếm 73,2 [8]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Chân và Nguyễn Gia Khánh ghi nhận trẻ đau bụng mạn tính có tổn thương niêm mạc dạ dày chiếm đến 66,7% chủ yếu là phù nề, sung huyết và nhóm bệnh nhân có nhiễm *H.Pylori* có tỉ lệ viêm dạ dày dạng nốt cao hơn nhóm không nhiễm *H.Pylori* [1].

Chính vì thế, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* và mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi ở trẻ viêm, loét dạ dày-tá tràng từ 6-15 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2018.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ viêm loét dạ dày, tá tràng điều trị tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ

#### \* Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Lâm sàng: bệnh nhi có 1 trong các triệu chứng gợi ý viêm, loét dạ dày-tá tràng, có chỉ định nội soi dạ dày-tá tràng như đau bụng tái diễn; nôn, buồn nôn, chướng bụng, khó tiêu nóng rát vùng thượng vị; xuất huyết tiêu hóa; thiếu máu chưa rõ nguyên nhân .

- Nội soi: có hình ảnh tổn thương viêm, loét dạ dày-tá tràng.

- Gia đình và bệnh nhi đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

#### \* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhi đã và đang dùng thuốc ức chế tiết acid và kháng sinh trong vòng 4 tuần.

- Đang mắc bệnh nội khoa nặng như suy gan, suy thận, suy hô hấp hay bệnh lý tim mạch nặng...

- Bệnh nhi có tiền sử phẫu thuật dạ dày, có tiền sử có dị ứng thuốc tiền mê.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ với p: tỷ lệ triệu chứng đau bụng, theo nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Việt Hà, là 94,1%. Chọn p=0,941.

$$n = \frac{(1,96)^2(0,941)(1-0,941)}{(0,06)^2} = 60$$

- Nội dung nghiên cứu:

+ **Tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* ở bệnh nhi:** Xác định nhiễm Hp bằng test Ureases và test Hp trong phân hoặc test Hp qua hơi thở, chia làm 2 nhóm : có nhiễm (khi bệnh nhi có Ureases test (+) và test phân hay test hơi thở (+)) và nhóm không nhiễm (khi các test âm tính).

+ **Đặc điểm lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ:** Gồm triệu chứng toàn thân (chóng mặt, biếng ăn và sụt cân) và các triệu chứng tại đường tiêu hóa (đau bụng, ợ chua, nôn, nóng rát thượng vị, xuất huyết tiêu hóa), Ghi nhận có/không?.

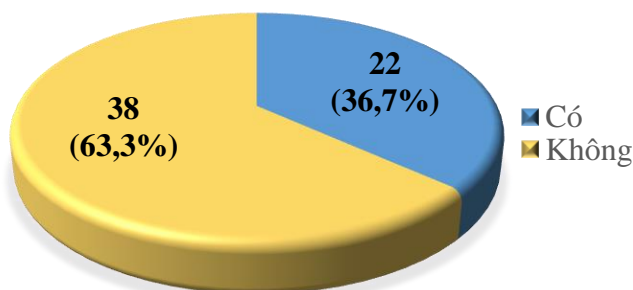
+ **Đặc điểm hình ảnh nội soi dạ dày-tá tràng:** Ghi nhận hình ảnh tổn thương viêm hay loét dạ dày- tá tràng, phân loại viêm dạ dày theo hệ thống Sydney, gồm 3 mức độ viêm dạ dày (nặng, trung bình, nhẹ).

- Phương pháp thu thập số liệu: khám lâm sàng thường qui, nội soi dạ dày- tá tràng tại bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ kết hợp làm test hơi thở, urease test và test phân.

- Số liệu được xử lí bằng phần mềm SPSS 18.0. Sử dụng phép kiểm  $\chi^2$  để khảo sát mối liên quan giữa các tỉ lệ (hiệu chỉnh theo Fisher's Exact). Giá trị  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori ở trẻ viêm, loét dạ dày tá tràng



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhiễm H.Pylori ở trẻ viêm, loét dạ dày-tá tràng

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* ở trẻ em viêm loét dạ dày-tá tràng là 22 trường hợp (chiếm 36,7%).

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi

##### 3.2.1. Lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm triệu chứng toàn thân

Triệu chứng	Có		Không	
	n	%	n	%
Chóng mặt	9	15	51	85
Biếng ăn	14	23,3	46	76,7
Sụt cân	6	10	54	90

Nhận xét: Trong nhóm triệu chứng toàn thân có 15% trẻ có triệu chứng chóng mặt, 23,3% trẻ ăn kém và 10% trẻ có triệu chứng sụt cân.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng tại đường tiêu hóa

Triệu chứng	Có		Không	
	n	%	n	%
Đau bụng	55	91,7	5	8,3
Ợ chua	22	36,7	38	63,3
Nôn ói	35	58,3	25	41,7
Nóng rát thượng vị	14	23,3	46	76,7
Xuất huyết tiêu hóa	8	13,4	52	86,6

Nhận xét: Trong triệu chứng tại đường tiêu hóa tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất 91,7% và thấp nhất là triệu chứng xuất huyết tiêu hóa 13,4%.

**3.2.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi dạ dày-tá tràng**

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương qua nội soi dạ dày-tá tràng

Tổn thương trên nội soi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm dạ dày	52	86,6
Loét hành tá tràng	8	13,4
<b>Tổng</b>	<b>60</b>	<b>60</b>

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đều có tổn thương viêm dạ dày trên nội soi (chiếm 86,6%, 52 trường hợp) và có 8 trường hợp bệnh nhân có loét tá tràng.

Bảng 3.4. Phân loại và mức độ tổn thương ở trẻ viêm dạ dày

Phân loại		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Loại tổn thương viêm dạ dày</b>	Viêm dạ dày sung huyết	45	86,6
	Viêm dạ dày trợt phẳng niêm mạc	1	2,0
	Viêm dạ dày trợt lõm	2	3,8
	Viêm dạ dày dạng nốt	2	3,8
	Viêm dạ dày trào ngược dịch mật	2	3,8
	<b>Tổng</b>	<b>52</b>	<b>100</b>
<b>Mức độ tổn thương</b>	Nặng	2	3,8
	Trung bình	31	59,6
	Nhẹ	19	36,5
	<b>Tổng</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Trong 52 bệnh nhân viêm dạ dày, đa số bệnh nhân tổn thương viêm dạ dày sung huyết (45 trường hợp, chiếm 86,6%) và có 31 trường hợp (chiếm 59,6%) có tổn thương mức độ vừa.

**3.3. Mối liên quan giữa nhiễm *H.Pylori* với lâm sàng và hình ảnh nội soi**

Bảng 5. Mối liên quan giữa nhiễm *H.Pylori* với triệu chứng lâm sàng

Lâm sàng		Nhiễm <i>H.Pylori</i>		‘p $\chi^2$	OR (CI 95%)
		Có	Không		
<b>Đau bụng</b>	Có	19 (34,5%)	36 (65,5%)	0,2 1,2*	0,3 0,05-2,2
	Không	3 (60%)	2 (40%)		
	<b>Tổng</b>	22 (36,7%)	38 (63,3%)		
<b>Nôn ói</b>	Có	14 (40%)	21 (60%)	0,5 0,4	1,4 0,48-4,1
	Không	8 (32%)	17 (68%)		
	<b>Tổng</b>	22 (36,7%)	38 (63,3%)		
<b>Ợ chua</b>	Có	12 (54,5%)	10 (45,5%)	<b>0,02</b> 4,7	3,3 1,1-10,1
	Không	10 (26,3%)	28 (73,7%)		
	<b>Tổng</b>	22 (36,7%)	38 (63,3%)		
<b>Nóng rát thượng vị</b>	Có	9 (64,3%)	5 (35,7%)	<b>0,02</b> 5,99	4,5 1,2-16,2
	Không	13 (28,3%)	33 (71,7%)		
	<b>Tổng</b>	22 (36,7%)	38 (63,3%)		
<b>Xuất huyết tiêu hóa</b>	Có	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0,1 2,6*	3,4 0,7-16
	Không	17 (32,7%)	35 (67,3%)		
	<b>Tổng</b>	22 (36,7%)	38 (63,3%)		

(\*): hiệu chỉnh Fisher’s exact.

Nhận xét: Trong những bệnh nhi có ợ chua và nóng rát thượng vị tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* cao hơn lần lượt là 3,3 lần và 4,5 lần so với nhóm không có triệu chứng này. Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Bảng 6. Mối liên quan giữa nhiễm *H.Pylori* với hình ảnh nội soi

Hình ảnh nội soi		Nhiễm <i>H.Pylori</i>		‘p $\chi^2$	OR (CI 95%)
		Có	Không		
<b>Tổn thương</b>	Loét tá tràng	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0,12 2,65	3,4 0,7-16
	Viêm dạ dày	17 (32,7%)	35 (67,3%)		
	<b>Tổng</b>	22 (36,7%)	38 (63,3%)		
<b>Loại tổn thương viêm dạ dày</b>	Khác	5 (71,4%)	2 (28,6%)	<b>0,03</b> 5,5*	6,8 1,1-40,2
	Viêm sung huyết	12 (26,7%)	33 (73,3%)		
	<b>Tổng</b>	17 (32,7%)	35 (67,3%)		
<b>Mức độ viêm dạ dày</b>	Nặng-Trung bình	13 (39,4%)	20 (60,6%)	0,2 1,84*	2,4 0,6-8,9
	Nhẹ	4 (21,1%)	15 (78,9%)		
	<b>Tổng</b>	17 (32,7%)	35 (67,3%)		

(\*): hiệu chỉnh Fisher’s exact.

Nhận xét: Những bệnh nhi có nhiễm *H.Pylori* tổn thương niêm mạc dạ dày sung huyết thấp hơn 6,8 lần so với nhóm tổn thương khác như trợt phẳng, trợt lồi hay trào ngược dịch mật ( $p < 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Tỷ lệ nhiễm *H.Pylori*

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nhiễm *H.Pylori* ở những trẻ em viêm, loét dạ dày-tá tràng là 36,7% (22/60 mẫu). Theo tác giả Nguyễn Hoài Chân cho thấy tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* ở trẻ có tổn thương dạ dày là 48,6% cao hơn so với chúng tôi [1]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ánh Xuân báo cáo năm 2016, ghi nhận tỉ lệ dương tính với *H.Pylori* ở trẻ em trong cộng đồng là 42,8% tại Điện Biên và 32,1% tại Trà Vinh [9]. Nghiên cứu của tác giả Shu X. và cộng sự tại Hàng Châu trên 12.796 trẻ ghi nhận tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* chung là 18,6% [14]. Như vậy, các nghiên cứu đều khẳng định rằng ở Việt Nam tỉ lệ nhiễm *H.Pylori* còn cao. Điều này có thể do Việt Nam là nước đang phát triển, kinh tế khó khăn và còn nhiều tập tục sinh hoạt truyền thống lâu đời của mỗi dân tộc phần nào cũng tác động đến tình trạng nhiễm của cộng đồng.

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi

#### 4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, 91,7% bệnh nhân có đau bụng và 8,3% không có triệu chứng đau bụng. Cho kết quả tương tự, trong nghiên cứu Nguyễn Thị Út ghi nhận đau bụng chiếm 96,9% [8]. Nghiên cứu tại bệnh viện Nhi đồng 2, cũng ghi nhận triệu chứng đau bụng chiếm tỉ lệ cao nhất 92,9% [7]. Như vậy có thể thấy rằng đau bụng là triệu chứng nổi bật và thường gặp ở tất cả các bệnh nhân viêm, loét dạ dày-tá tràng.

Về triệu chứng toàn thân, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận triệu chứng biếng ăn chiếm tỉ lệ 23% và có 10% bệnh nhi có sụt cân. Theo tác giả Nguyễn Cẩm Tú và Nguyễn Thị Út ghi nhận biếng ăn chiếm tỉ lệ lần lượt là 39,4% và 59,5% [7], [8]. Triệu chứng nôn trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ 58,3%. Tỷ lệ trẻ có triệu chứng nôn

trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Út là 46,9% [8]. Kết quả nghiên cứu của Bahremand trên trẻ Iran viêm dạ dày do *H.Pylori* tỉ lệ này chiếm 48% tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [11].

Triệu chứng ợ chua và nóng rát thượng vị trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 36,7 và 23,3%, Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Cẩm Tú ợ chua là 47,5% [7]. Nghiên cứu của Lê Thị Hương (2017) ợ chua, ợ hơi chiếm 48% cao hơn so với kết quả của chúng tôi [3]. Điều này có thể do trong nghiên cứu của 2 tác giả trên nghiên cứu trên những trẻ viêm dạ dày-tá tràng có *H.Pylori* (+) nên tỉ lệ ợ chua cao hơn so với kết quả của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 13,4% bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Cẩm Tú ghi nhận tiêu phân đen chiếm 20,2% ở trẻ viêm loét dạ dày-tá tràng và Nguyễn Thị Kim Loan báo cáo năm 2009 cho thấy tỉ lệ nôn ra máu là 19,1% và tiêu phân đen là 16,4% [4], [7]. Trong khi đó Nguyễn Phúc Thịnh báo cáo triệu chứng xuất huyết tiêu hóa 71,6% ở bệnh nhi loét dạ dày-tá tràng [5].

#### 4.2.2 Đặc điểm hình ảnh nội soi dạ dày-tá tràng

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 86,6% bệnh nhi có tổn thương viêm dạ dày và 13,4% tổn thương loét tá tràng. Kết quả này phù hợp với tác giả Nguyễn Cẩm Tú và cộng sự cho thấy tỉ lệ viêm dạ dày-tá tràng là 89,9% và có 10,1% có tổn thương loét trên nội soi. Nghiên cứu đa trung tâm của Koletzko trên trẻ em ở châu Âu cũng ghi nhận 5,8% bệnh nhân loét dạ dày-tá tràng [12].

Về phân loại tổn thương của viêm dạ dày theo Sydney trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 86,6% bệnh nhi có tổn thương viêm dạ dày sung huyết, viêm dạ dày trợt lồi, dạng nốt và trào ngược dịch mật cùng chiếm 3,8% và thấp nhất là viêm dạ dày trợt phẳng. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Việt Hà trên những trẻ viêm dạ dày có nhiễm *H.Pylori* ghi nhận 79% bệnh nhân có phù nề niêm mạc, 67,2% có sung huyết niêm mạc và 38,7% có viêm hang vị lần sâu dạng hạt [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Hoài Chân ghi nhận có 35,7% phù nề sung huyết, 4,1% trợt niêm mạc và có đến 26,4% viêm dạ dày dạng nốt [1]. Hình ảnh viêm hang vị dạng nốt là hình ảnh đặc thù chỉ thấy trên viêm dạ dày mạn tính do *H.Pylori*. Hình ảnh này thường xuất hiện sớm sau khi nhiễm *H.Pylori*, tương ứng với hình ảnh tổn thương nang dạng lympho trên mô bệnh học. Về mức độ viêm dạ dày, trong 52 bệnh nhân viêm dạ dày trong nghiên cứu của chúng tôi có 31 trường hợp (chiếm 59,6%) có tổn thương mức độ vừa, 19 trường hợp (chiếm 36,5%) tổn thương mức độ nhẹ và chỉ 2 trường hợp (3,8%) tổn thương mức độ nặng. Theo Nguyễn Hoài Chân và cộng sự, trong 158 trẻ viêm dạ dày có 36,7% viêm mức độ nhẹ, 43% viêm mức độ vừa và 20,3% viêm nặng [1]. Vai trò của *H.Pylori* trong viêm dạ dày mạn tính các tác giả nhận thấy mức độ viêm dạ dày phụ thuộc vào mức độ nhiễm *H.Pylori* và tuổi của bệnh nhi mắc viêm dạ dày, độc lực của vi khuẩn và đáp ứng miễn dịch của vật chủ.

#### 4.3. Mối liên quan giữa nhiễm *H.Pylori* với lâm sàng và hình ảnh nội soi

##### 4.3.1. Mối liên quan giữa nhiễm *H.Pylori* với lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận trong những bệnh nhi có triệu chứng nôn và buồn nôn tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* cao hơn 1,4 lần; có triệu chứng đau bụng tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* thấp hơn 3 lần so với nhóm bệnh nhân không có triệu chứng này ( $p>0,05$ ). Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Chân và Nguyễn Gia Khánh trên bệnh nhân đau bụng tái diễn thì nhóm có nhiễm *H.Pylori* có tổn thương dạ dày-tá tràng cao hơn đáng kể so với nhóm không nhiễm *H.Pylori* ( $p<0,05$ ) [1]. Đau bụng tái diễn là biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất ở các trẻ bị viêm loét dạ dày-trá tràng tuy nhiên vai

trò của nhiễm *H.Pylori* và đau bụng tái diễn là vấn đề còn nhiều tranh cãi. Như nghiên cứu Ashorn tìm thấy mối liên quan giữa nhiễm *H.Pylori* và đau bụng tái diễn. Ngược lại một số tác giả lại không tìm thấy mối liên quan giữa nhiễm *H.Pylori* và đau bụng [10].

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận trong những bệnh nhi có triệu chứng ợ chua và nóng rát thượng vị tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* cao hơn lần lượt là 3,3 lần và 4,5 lần so với nhóm không có triệu chứng này ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ triệu chứng ợ hơi, ợ chua sẽ giảm có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau điều trị *H.Pylori*, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  [7]. Trong khi đó tác giả Nguyễn Thị Việt Hà ghi nhận đến 31,2% bệnh nhân nóng rát thượng vị khi có  $>50$  vi khuẩn *H.Pylori*/vi trường so với 12,2% bệnh nhân ở nhóm  $<25$  vi khuẩn *H.Pylori*/vi trường [2]. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận những bệnh nhi có triệu chứng của xuất huyết tiêu hóa sẽ có nguy cơ nhiễm *H.Pylori* cao gấp 3,4 lần. Theo báo cáo tác giả Nguyễn Thị Kim Loan và Trần Thị Thanh Tâm cho thấy việc nhiễm *H.Pylori* sẽ gây biến chứng xuất huyết tiêu hóa và thiếu máu thiếu sắt ngày càng nhiều ở trẻ em [4].

#### 4.3.2. Mối liên quan giữa nhiễm *H.Pylori* với hình ảnh nội soi

Vai trò của *H.Pylori* trong viêm loét dạ dày-tá tràng đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu, Tác giả Malfertheiner (2007) cho thấy tỷ lệ loét tá tràng ở nhóm nhiễm *H.Pylori* cao hơn 15 lần so nhóm không nhiễm [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận những bệnh nhi có tổn thương trên nội soi là loét hành tá tràng tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* cao hơn 3,4 lần so với nhóm viêm dạ dày ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, chỉ có 8 trường hợp loét hành tá tràng, chính vì vậy cần phải thực hiện nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để mô tả mối liên quan này. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận những bệnh nhân có tổn thương viêm dạ dày sung huyết trên nội soi tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* thấp hơn 6,8 lần so với những tổn thương khác như viêm dạ dày trợt phẳng, trợt lồi hay trào ngược dịch mật. Tác giả Nguyễn Hoài Chân và cộng sự cũng đã báo cáo nhóm đau bụng tái diễn có *H.Pylori* (+) có tỷ lệ tổn thương hình hạt cao hơn nhóm *H.Pylori* (-) ( $p < 0,05$ ). Các tổn thương khác (trợt niêm mạc, chảy máu) không có sự khác biệt giữa 2 nhóm [1].

Về mức độ nặng của viêm dạ dày, chúng tôi cũng đã ghi nhận những bệnh nhi có nhiễm *H.Pylori* mức độ viêm dạ dày nặng-trung bình cao hơn 2,4 lần so với nhóm tổn thương dạ dày mức độ nhẹ ( $p > 0,05$ ). Tương tự, kết quả trong nghiên cứu Nguyễn Hoài Chân và cộng sự cho thấy, nhóm đau bụng tái diễn có nhiễm *H.Pylori* (+) thường gây tổn thương viêm vừa và nặng (79,5%), *H.Pylori* (-) chủ yếu gây tổn thương viêm nhẹ (52,5%),  $p < 0,02$  [1].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* ở trẻ viêm, loét dạ dày-tá tràng là 36,7%. Triệu chứng đau bụng ở bệnh nhi viêm loét dạ dày-tràng chiếm 91,7%. Tỷ lệ các triệu chứng khác đường tiêu hóa như nôn ói, ợ chua, nóng rát thượng vị và xuất huyết tiêu hóa lần lượt là 58,3%, 36,7%, 23,3%, 13,4%.

Hình ảnh nội soi viêm dạ dày chiếm 86,6% và loét hành tá tràng chiếm 13,4%. Trong đó, Viêm dạ dày mức độ nặng chỉ chiếm 3,8%, mức độ trung bình chiếm 59,6% và mức độ nhẹ chiếm 36,5%. Theo phân loại Sydney, viêm dạ dày sung huyết chiếm 86,6%, viêm trợt phẳng chiếm 2% và viêm dạ dày trợt lồi, viêm dạ dày dạng nốt hay viêm dạ dày trào ngược dịch mật cùng chiếm tỷ lệ là 3,8%.

Những bệnh nhi có triệu chứng ợ chua, nóng rát thượng vị tỷ lệ nhiễm *H.Pylori*

cao hơn lần lượt là 3,3 lần và 4,5 lần. Đồng thời, những bệnh nhi có tổn thương viêm dạ dày sung huyết tỷ lệ nhiễm *H.Pylori* thấp hơn 6,8 lần so với nhóm còn lại ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoài Chân, Nguyễn Gia Khánh và Phạm Thị Thu Hương (2012), "Nghiên cứu một số đặc điểm nội soi và tổn thương mô bệnh học ở trẻ em đau bụng tái diễn có hội chứng dạ dày - tá tràng", *Tạp chí Nhi khoa*, 5(3), tr. 20-25.
2. Nguyễn Thị Việt Hà và Phan Thị Thanh Bình (2013), "Tìm hiểu mối liên quan giữa số lượng vi khuẩn với biểu hiện lâm sàng, nội soi và mô bệnh học ở bệnh nhân Viêm, loét dạ dày-Tá tràng do *H.Pylori*", *Y học thực hành*, 859(2), tr.89-92.
3. Lê Thị Hương, Nguyễn Thị Việt Hà, Lê Thanh Hải (2017), "So sánh hiệu quả diệt *Helicobacter Pylori* của phác đồ trình tự và phác đồ cổ điển có Tetracyclin ở trẻ em trên 8 tuổi mắc viêm dạ dày", *Tạp chí nghiên cứu y học*, 108(3), tr.119-126.
4. Nguyễn Thị Kim Loan và Trần Thị Thanh Tâm (2008), "Đặc điểm xuất huyết tiêu hóa ở trẻ viêm, loét dạ dày-tá tràng có *Helicobacter Pylori* tại khoa tiêu hóa bệnh viện Nhi đồng 1 và 2", *Chuyên đề nhi khoa*.
5. Nguyễn Phúc Thịnh (2014), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của bệnh loét dạ dày-tá tràng do *Helicobacter Pylori* ở trẻ em tại Bệnh Viện Nhi đồng 1 từ 06/2013 đến 05/2014", Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Lê Thọ (2014), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học nhiễm Helicobacter pylori ở trẻ em vùng Tây Nguyên, Việt Nam*, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. Nguyễn Thị Cẩm Tú, Phạm Thị Ngọc Tuyết, Nguyễn Anh Tuấn (2011), "Viêm, loét dạ dày - tá tràng do *Helicobacter pylori* ở trẻ em: đặc điểm lâm sàng, nội soi và hiệu quả tiết trùng của phác đồ OAC", *Tạp chí Nhi khoa*, 4(1), tr. 14-22.
8. Nguyễn Thị Út (2016), "Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết quả của một số phác đồ điều trị viêm, loét dạ dày-tá tràng do *Helicobacter Pylori* kháng kháng sinh ở trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương", Luận án Tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
9. Nguyễn Thị Ánh Xuân (2016), "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm *H.Pylori* ở trẻ em và các thành viên hộ gia đình của hai dân tộc Thái và Khơ me", Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Ashorn M., Rago T., Kokkonen J. et al. (2004), "Symptomatic response to *Helicobacter pylori* eradication in children with recurrent abdominal pain: double blind randomized placebo-controlled trial", *Journal Clinical Gastroenterology*, 38(8), pp. 646-650.
11. Bahreman S, Nematollahi LR, Fourutan H et al. (2006), "Evaluation of triple and quadruple *Helicobacter pylori* eradication therapies in Iranian children: a randomized clinical trial", *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 18(5), pp. 511-514.
12. Koletzko S, Richy F, Bontems P. et al. (2006), "Prospective multicenter study on antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* strains obtained from children living in Europe", *Gut*, 55(12), pp. 1711-1716.
13. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C et al. (2007), "Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report", *Gut*, 56(6), pp. 772-781.
14. Shu X., Ping M., Yin G., et al (2017), "Investigation of *Helicobacter pylori* infection among symptomatic children in Hangzhou from 2007-2014: a retrospective study with 12,796 cases", *Peer J*, 5.

(Ngày nhận bài: 01/07/2019 - Ngày duyệt đăng: 18/08/2019)

---