

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH CỦA TRẺ EM BỊ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG CÓ NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI*

Nguyễn Hữu Hiếu¹ và Nguyễn Thị Việt Hà², ✉

¹ Bệnh viện Bạch Mai

² Trường Đại học Y Hà Nội

Điều trị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* ở trẻ em ngày càng khó khăn do tình trạng kháng kháng sinh gia tăng. Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng kháng kháng sinh của trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori*. Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca bệnh gồm 151 trẻ được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* vào khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 06/2020 đến tháng 05/2021. Kết quả cho thấy tuổi trung bình mắc bệnh là $9,6 \pm 2,5$, tỷ lệ trẻ trai/gái là 4,6:1. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng (84,1%), thiếu máu (69,5%) và xuất huyết tiêu hóa (56,3%). Kết quả nội soi thấy loét tá tràng chiếm chủ yếu 93,4%. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* trên giải phẫu bệnh là 74,2%. 98,7% trẻ bị kháng với ít nhất 1 loại kháng sinh với tỷ lệ kháng với amoxicillin, clarithromycin, metronidazole, levofloxacin và tetracycline lần lượt là 88,7%; 96,7%; 30,5%; 9,9% và 0%. Đa kháng kháng sinh chiếm 90,7%, trong đó kháng đồng thời amoxicillin và clarithromycin chiếm 55,0%. Kết luận: Triệu chứng lâm sàng thường gặp của trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* là đau bụng, thiếu máu và xuất huyết tiêu hóa, loét hành tá tràng là vị trí hay gặp nhất. Tỷ lệ kháng kháng sinh cao gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* ở trẻ em.

Từ khóa: Kháng kháng sinh, loét dạ dày tá tràng, trẻ em, *Helicobacter pylori*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) được xem là nguyên nhân chính gây viêm, loét dạ dày tá tràng ở trẻ em.¹⁻³ Ở Việt Nam, *H. pylori* được tìm thấy trong trong loét tá tràng > 95% và loét dạ dày > 75%.⁴ Việc điều trị viêm loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* hiện nay cũng gặp nhiều khó khăn do *H. pylori* kháng với một số kháng sinh thường dùng với tỷ lệ cao. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Việt Hà trên trẻ em bị viêm loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Nhi Trung ương, tỷ lệ kháng thuốc tiên phát của *H. pylori* với clarithromycin, metronidazole và amoxicillin lần lượt là 50,9%, 65,3% và 0,5%.⁵

Nghiên cứu của Tăng Lê Châu Ngọc năm 2019 tại Bệnh viện Nhi đồng 2 cũng cho thấy kháng clarithromycin và amoxicillin chiếm tỷ lệ cao (95,3% và 50,5%).⁶ Hiệu quả của phác đồ điều trị viêm loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thời gian diễn biến bệnh, mức độ viêm loét dạ dày tá tràng, việc sử dụng kháng sinh trước khi được chẩn đoán, việc tuân thủ phác đồ...^{5,6} Trước thực trạng *H. pylori* kháng kháng sinh được dự đoán ngày càng tăng cao, các yếu tố liên quan cũng dần càng phức tạp, với mong muốn có thêm những bằng chứng để góp phần điều trị viêm loét dạ dày tá tràng được hiệu quả hơn, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng kháng kháng sinh của trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020 - 2021.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Việt Hà,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 22/07/2021

Ngày được chấp nhận: 03/08/2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

151 trẻ từ 2 đến 15 tuổi được chẩn đoán: loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* vào khám và điều trị tại phòng khám Tiêu hóa và khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương, từ tháng 06/2020 đến tháng hết tháng 05/2021. Tiêu chuẩn chẩn đoán loét dựa trên kết quả nội soi, tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm *H. pylori* dựa trên 2 kết quả là test nhanh urease (+) và nuôi cấy mảnh sinh thiết dạ dày có vi khuẩn *H. pylori* (+) theo tiêu chuẩn của Hội Tiêu hóa - Gan mật và Dinh dưỡng Châu Âu và Bắc Mỹ⁷.

2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca bệnh, chọn cỡ mẫu thuận tiện các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu. Thu thập số liệu

bằng mẫu bệnh án nghiên cứu dựa vào phỏng vấn trực tiếp, khám các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi, giải phẫu bệnh. Mỗi bệnh nhân được sinh thiết 6 mảnh tại 2 vị trí là hang vị và thân vị để làm test nhanh urease, mô bệnh học, 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 2016⁸.

3. 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.

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 Đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương số 1836/BVNTW - VNCSKTE ngày 25/11/2020.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 151 bệnh nhân được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori*, được làm nuôi cấy và có kết quả kháng sinh đồ. Tuổi mắc bệnh trung bình là $9,6 \pm 2,5$ (3 - 14 tuổi), trong đó nhóm tuổi 6 - 10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (57,6%), gặp chủ yếu ở trẻ trai (82,1%), tỷ lệ trẻ trai/gái là 4,6:1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori*

	Đặc điểm lâm sàng	n	%
Đau bụng		127	84,1
Vị trí đau	Đau bụng thượng vị	65	43,0
	Đau bụng quanh rốn	61	40,4
	Đau khắp bụng	1	0,7
Tính chất cơn đau	Đau âm ỉ	41	27,2
	Đau theo cơn	86	56,9
Thời gian từ lúc đau tới khi chẩn đoán	Thời gian đau \leq 3 tháng	90	59,6
	Thời gian đau $>$ 3 tháng	37	24,5
Xuất huyết tiêu hóa	Nôn ra máu	4	2,7
	Đi ngoài phân đen	63	41,7
	Nôn ra máu + đi ngoài phân đen	18	11,9
	Chung	85	56,3

Đặc điểm lâm sàng	n	%
Thiếu máu	105	69,5
Buồn nôn, nôn	68	45,0
Ợ hơi, ợ chua	23	15,2
Mệt mỏi	18	11,9
Ngất	8	5,3

Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng (84,1%), thiếu máu (69,5%) và xuất huyết tiêu hóa (56,3%), trong đó vị trí đau bụng thường gặp nhất là vùng thượng vị, đau theo cơn với thời gian đau ≤ 3 tháng.

Bảng 2. Kết quả nội soi dạ dày tá tràng của trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori*

Hình ảnh tổn thương trên nội soi dạ dày tá tràng	n	%	
Vị trí ổ loét trên nội soi	Dạ dày	3	2,0
	Tá tràng	141	93,4
	Cả dạ dày và tá tràng	7	4,6
Số lượng ổ loét	1 ổ loét	68	45,0
	2 ổ loét	75	49,7
	≥ 3 ổ loét	8	5,3
Kích thước ổ loét	< 1 cm	61	40,4
	1 - 1,5 cm	49	32,4
	> 1,5 cm	41	27,2
Ổ loét lớn gây biến dạng	40	26,5	
Đang có tình trạng chảy máu trên nội soi	62	41,1	

Vị trí loét phần lớn ở tá tràng, trong đó hành tá tràng gặp tới 98,0%, thường gặp 1 - 2 ổ loét với kích thước hay gặp dưới 1 cm, tuy nhiên cũng gặp 26,5% ổ loét lớn gây biến dạng hành tá tràng và làm hẹp đường xuống tá tràng. Tỷ lệ trẻ đang có tình trạng chảy máu tại ổ loét trên nội soi chiếm 41,1%.

Bảng 3. Hình ảnh tổn thương trên kết quả mô bệnh học theo phân loại Sydney

Đặc điểm tổn thương trên mô bệnh học	n	%	
Mức độ viêm	Mạn tính nhẹ	8	5,3
	Mạn tính vừa	59	39,1
	Mạn tính mạnh	84	55,6

Đặc điểm tổn thương trên mô bệnh học		n	%
Mức độ hoạt động	Không hoạt động	3	2,0
	Hoạt động nhẹ	43	28,5
	Hoạt động vừa	102	67,5
	Hoạt động mạnh	3	2,0
Mức độ nhiễm <i>H. pylori</i>	<i>H. pylori</i> (-)	39	25,8
	<i>H. pylori</i> (+)	65	43,1
	<i>H. pylori</i> (++)	39	25,8
	<i>H. pylori</i> (+++)	8	5,3

Mức độ viêm mạn tính mạnh chiếm chủ yếu (55,6%), 67,5% trẻ có mức độ hoạt động của viêm là vừa và mạnh với tỷ lệ phát hiện thấy *H. pylori* trên tiêu bản sinh thiết dạ dày là 74,2%, mức độ hay gặp *H. pylori* (+) và (++)

Trong số 151 trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* có kết quả cấy dương tính và có kết quả kháng sinh đồ, chỉ có 2 trẻ không bị kháng kháng sinh, chỉ chiếm tỷ lệ 1,3% còn 149 trẻ bị kháng ít nhất 1 loại kháng sinh trở lên, chiếm 98,7%.

Bảng 4. Tình trạng kháng kháng sinh của trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori*

Tình trạng kháng kháng sinh		n	%
Kháng từng loại kháng sinh	AMO	134	88,7
	CLA	146	96,7
	LEV	15	9,9
	MET	46	30,5
	TET	0	0,0
Kháng chỉ 1 kháng sinh	AMO	1	0,7
	CLA	10	6,6
	MET	1	0,7
Kháng 2 kháng sinh	AMO - CLA	83	55,0
	AMO - MET	1	0,7
	CLA - MET	2	1,3
Kháng 3 kháng sinh	AMO - CLA - MET	36	23,8
	AMO - CLA - LEV	9	6,0
	CLA - LEV - MET	2	1,3
Kháng 4 kháng sinh	AMO - CLA - MET - LEV	4	2,6

CLA và AMO là 2 loại kháng sinh bị kháng nhiều nhất, TET không bị kháng. Phần lớn trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* kháng từ 2 kháng sinh trở lên (90,7%), trong đó kháng đồng

thời AMO - CLA và AMO - CLA - MET chiếm tỷ lệ cao (55,0% và 23,8%).

IV. BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian 12 tháng, từ tháng 06/ 2020 đến hết tháng 05/2021, chúng tôi thu thập được 151 trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* tại Bệnh viện Nhi trung ương đồng ý tham gia nghiên cứu. Tuổi mắc bệnh trung bình là $9,6 \pm 2,5$ tuổi, dao động từ 3 đến 14 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Hà Văn Thiệu năm 2021 tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, tuổi trung bình bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* là $9,3 \pm 2,8$ tuổi.⁹ 57,6% trẻ bị loét dạ dày tá tràng ở nhóm tuổi 6 - 10 tuổi tương tự như ghi nhận của Nguyễn Thị Út (54,9%)¹¹ và thấp hơn so với nghiên cứu của Tăng Lê Châu Ngọc (86,5%).⁶ Trẻ trai có xu hướng bị loét dạ dày tá tràng cao hơn trẻ gái, tỷ lệ trẻ trai/gái là 4,6:1 tương tự như ghi nhận của Nguyễn Phúc Thịnh,¹⁰ tỷ lệ trẻ trai/gái là 5,7:1. Các triệu chứng hay gặp của trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* là đau bụng, thiếu máu, đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa phải nhập viện. Đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm 84,1%, trong đó chủ yếu đau bụng vùng thượng vị (43,0%), đau theo cơn (56,9%) với thời gian đau dưới 3 tháng (59,6%). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như trong nghiên cứu của Võ Thị Thu Thủy, đau bụng chiếm 84,8%³ hay Tăng Lê Châu Ngọc là 97,5%, chủ yếu đau thượng vị (48,0%).⁶ Hầu hết các trẻ nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa trên (56,3%) với triệu chứng nôn ra máu và đi ngoài phân đen, kèm theo thiếu máu (69,5%) với triệu chứng da xanh niêm mạc nhợt và hoa mắt chóng mặt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự ghi nhận 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%), tỷ lệ thiếu máu chiếm 81,1%.¹⁰ Nghiên cứu của

Trần Ngọc Huy cũng cho thấy dấu hiệu thiếu máu như da niêm mạc nhợt và chóng mặt là 2 triệu chứng hay gặp trong biến chứng xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng ở trẻ em (87,7% và 57,9%).¹² Triệu chứng ngất chỉ có 8 trẻ nhưng thường kèm triệu chứng thiếu máu nặng là định hướng quan trọng hướng tới trẻ bị xuất huyết tiêu hóa cấp tính mức độ nặng.

Vị trí loét dạ dày tá tràng phần lớn ở vị trí tá tràng, chiếm 93,4% trong đó hành tá tràng gặp tới 98,0%, loét dạ dày đơn thuần chỉ 2,0%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác, như trong nghiên cứu của Nguyễn Phúc Thịnh, loét tá tràng chiếm 96,2%¹⁰ hay nghiên cứu của Trần Ngọc Huy, vị trí tổn thương chủ yếu của trẻ xuất huyết tiêu hóa là tá tràng, đặc biệt là hành tá tràng chiếm 94,7%, tổn thương ở dạ dày chỉ chiếm 5,3%.¹² Trong nghiên cứu của chúng tôi, thường gặp 1 - 2 ổ loét với kích thước hay gặp dưới 1 cm (40,4%), tuy nhiên cũng gặp 26,5% ổ loét lớn gây biến dạng, chính các ổ loét này khiến việc điều trị trở lên khó khăn và kéo dài hơn, hầu hết các trẻ đều phải sử dụng thuốc ức chế bơm proton kéo dài vài tháng ổ loét này mới liền sẹo, do đó cần sự kiên trì và tuân thủ điều trị thì việc điều trị mới thành công và tránh tái phát. Tỷ lệ trẻ loét dạ dày tá tràng có tình trạng chảy máu ổ loét trên nội soi chiếm 41,1%, thấp hơn tỷ lệ trẻ có triệu chứng trên lâm sàng (56,3%). Khi tiến hành làm giải phẫu bệnh, chúng tôi thấy rằng mức độ viêm dạ dày mạn tính vừa đến mạnh chiếm tới 94,7% trong đó viêm mạnh là 55,6%, với tỷ lệ nhiễm *H. pylori* trên giải phẫu bệnh là 74,2%, hay gặp *H. pylori* (+) và (++) . 25,8% trẻ kết quả nuôi cấy dương tính nhưng không phát hiện thấy *H. pylori* trên tiêu bản mô bệnh học, vì vậy tiêu chuẩn vàng chẩn đoán loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* là nuôi cấy *H. pylori* dương tính. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của

Nguyễn Thị Út, tổn thương trên giải phẫu bệnh chủ yếu là viêm dạ dày mạn tính mức độ vừa đến nặng chiếm 78,6%, tỷ lệ thấy *H. pylori* là 62,6% trong đó chủ yếu mức độ nhiễm *H. pylori* (+) và (++)¹¹

Mảnh sinh thiết hang vị và thân vị của 151 trẻ em bị loét dạ dày tá tràng được phát hiện thấy có khuẩn qua nuôi cấy, được làm kháng sinh đồ bằng E - test để đánh giá tình trạng kháng kháng sinh. Chỉ có 2 trẻ không bị kháng một loại kháng sinh nào, còn lại 149 trẻ (chiếm 98,7%) kháng ít nhất 1 loại kháng sinh trở lên, trong đó kháng đa kháng sinh chiếm tới 90,7%. Tỷ lệ *H. pylori* kháng CLA cao nhất, chiếm tới 96,7%, sau đó là AMO là 88,7%, tỷ lệ kháng MET và LEV lần lượt là 30,5% và 9,9%. Tất cả trẻ trong nghiên cứu nhạy cảm với TET. Điều này có thể lý giải do TET có cơ chế đề kháng kháng sinh đặc biệt và chỉ được chỉ định cho trẻ từ 8 tuổi trở lên do tác dụng phụ lên sự phát triển xương và răng của trẻ nên ít được sử dụng rộng rãi. Trong khi đó, CLA và AMO được sử dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý khác nhau như bệnh lý hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu... và có thể không cần kê đơn nên sự lạm dụng kháng sinh đã dẫn đến tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Hà Văn Thiệu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trên 76 trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori*, tỷ lệ kháng CLA cao nhất 92,1% sau đó là AMO chiếm 50,0%, của MET, LEV và TET lần lượt là 14,5%, 31,6% và 0%.⁹ Theo nghiên cứu của Nguyễn Phúc Thịnh năm 2014, tỷ lệ kháng kháng sinh ở trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* sau khi điều trị thất bại ở phác đồ đầu tiên với CLA, AMO, MET, LEV và TET lần lượt là 87,5%, 29,2%, 66,7%, 25,0% và 29,2%.¹⁰ Một nghiên cứu tổng hợp của Vũ Văn Khiên và cộng sự cho thấy tỷ lệ kháng tiên phát của *H. pylori* tại Việt Nam từ năm 2011 đến 2016 của AMO, CLA, MET, LEV

và TET lần lượt là 14,5%, 34,1%, 69,4%, 27,9% và 17,9%.¹³ Nhìn chung, tỷ lệ đề kháng với các loại kháng sinh của *H. pylori* có sự khác nhau giữa các nghiên cứu trên trẻ em Việt Nam, nhưng điểm tương đồng là tỷ lệ kháng CLA chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là AMO và MET, các kháng sinh được sử dụng đầu tay trong điều trị diệt *H. pylori*.¹⁴ Tỷ lệ kháng kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với Nguyễn Thị Việt Hà cho thấy sự gia tăng kháng thuốc của *H. pylori* theo thời gian.⁵

Có tới 90,7% trẻ có kháng từ 2 loại kháng sinh trở lên, trong đó kháng đồng thời AMO - CLA chiếm tỷ lệ cao nhất, 55,0%, kháng đồng thời 3 kháng sinh thường dùng là AMO - CLA - MET cũng chiếm tới 23,8%, cá biệt có 4 trẻ chiếm 2,6% kháng đồng thời cả 4 loại kháng sinh là AMO - CLA - MET - LEV. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hà Văn Thiệu, 81,5% trẻ kháng từ 2 loại kháng sinh trở lên, trong đó kháng đồng thời AMO - CLA chiếm cao nhất là 44,7% sau đó kháng CLA - MET là 13,2%, kháng đồng thời AMO - CLA - MET chiếm 9,2% và có 3 trường hợp kháng cả 4 kháng sinh AMO - CLA - MET - LEV.⁹ Tác giả Vũ Văn Khiên cũng cho thấy 47,4% *H. pylori* đa kháng kháng sinh, trong đó kháng đồng thời CLA - MET chiếm cao nhất 24,3%.¹³ Vấn đề đa kháng kháng sinh khiến việc gia tăng thất bại trong điều trị diệt *H. pylori* cũng như đặt ra khó khăn với các bác sĩ khi lựa chọn kháng sinh điều trị cho trẻ, nhất là các trẻ dưới 8 tuổi.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* là đau bụng, thiếu máu và xuất huyết tiêu hóa. Vị trí loét trên nội soi hay gặp ở hành tá tràng. Tỷ lệ kháng kháng sinh ở trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* cao ở mức báo động, tỷ lệ kháng với 3 loại kháng sinh được chỉ định điều trị diệt *H. pylori* cho trẻ em là AMO,

CLA, MET rất cao, đặc biệt là CLA chiếm tới 96,7%. Đáng ngại hơn là tỷ lệ đa kháng kháng sinh đang chiếm ưu thế trong các kết quả nuôi cấy *H. pylori* ở các trẻ bị loét dạ dày tá tràng. Kháng sinh TET chưa bị kháng thuốc tuy nhiên cần cân nhắc kỹ khi sử dụng TET trong điều trị do các tác dụng không mong muốn của thuốc gây ra. Việc điều trị bằng phác đồ đầu tay cho tỷ lệ diệt *H. pylori* thành công không cao, do đó việc điều trị theo kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ mở ra cơ hội điều trị diệt *H. pylori* thành công cao hơn và tránh nguy cơ gây kháng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Eusebi Z. Epidemiology of *H. pylori* infection. *Helicobacter*. 2014;19(1):1 - 5.
- Nguyễn Gia Khánh, Nguyễn Văn Bằng. Nhiễm *H. pylori* ở trẻ em, đặc điểm lâm sàng, điều trị. *Tạp chí Nhi khoa*. 2009;3(3&4):21 - 28.
- 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.
- Nguyễn Thị Việt Hà, Phan Thị Hiền, Trần Văn Quang. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm, loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* ở trẻ em. *Tạp chí Nhi khoa*. 2010;3(3&4):204 - 210.
- Nguyen TVH, Bengtsson C, Nguyen GK, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* in children in Vietnam in relation to antibiotic resistance. *Helicobacter*. 2012;17(4):319 - 325.
- 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.
- Nicola Jones SK, Karen G. Joint ESPGHAN/ NASPGHAN Guidelines for the Management of *H. pylori* in Children and Adolescents (Update 2016). *JPGN*. 2017;64:991 - 1003.
- Sinéad MS, Deirdre MN. Antimicrobial susceptibility testing for *Helicobacter pylori* in times of increasing antibiotic resistance. *World J Gastroenterol*. 2016;20(29):9912 - 9921.
- Thieu HV, Duc NM, Nghi BT et al. Antimicrobial Resistance and the Successful Eradication of *H. pylori* - Induced Gastroduodenal Ulcers in Vietnamese Children. *Med Arch*. 2021;75(2):112 - 115.
- 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.
- Nguyễn Thị Út, Lê Thanh Hải và 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.
- 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.
- Khien VV, Thang DM, Hai TM et al. Management of Antibiotic - Resistant *H. pylori* Infection: Perspectives from Vietnam. *Gut and Liver*. 2019;13(5):483 - 497.
- Camelia Q, Son TP, Kieu TT et al. Antimicrobial susceptibility and clarithromycin resistance patterns of *H. pylori* clinical isolates in Vietnam. *F1000 Research*. 2016;5:671 - 681.

Summary

CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF *HELICOBACTER PYLORI* - INDUCED GASTRODUODENAL ULCERS IN CHILDREN

Treatment of gastroduodenal ulcers with *H. pylori* infection in children is increasingly difficult due to increasing antibiotic resistance. The objective of the study was to describe the clinical, laboratory characteristics and antibiotic resistant of *H.pylori* - induced gastroduodenal ulcers in children. A prospective study described a case series including 151 children diagnosed with gastroduodenal ulcers with *H.pylori* infection who were examined and treated at the Vietnam National Children's Hospital from June 2020 to May 2021. The results showed that the mean age of the disease was 9.6 ± 2.5 , the ratio of male and female was 4.6:1. Common clinical symptoms were abdominal pain (84,1%), anemia (69.5%) and gastrointestinal bleeding (56,3%). Endoscopic results showed that duodenum ulcer accounted for 93.4%. The rate of *H.pylori* infection was 74.2%. 98.7% of children were resistant to at least 1 antibiotic with the rate of resistance to amoxicillin, clarithromycin, metronidazole, levofloxacin and tetracycline respectively 88.7%; 96.7%; 30.5%; 9.9% and 0%. Multiantibiotic resistance accounted for 90.7%, of which concurrent resistance to amoxicillin and clarithromycin accounted for 55.0%. Conclusion: Common clinical symptoms of children with gastroduodenal ulcers with *H.pylori* infection were abdominal pain, anemia, and gastrointestinal bleeding with most of case was duodenal ulcer. The high rate of antibiotic resistance affects the treatment results of gastroduodenal ulcers with *H.pylori* infection in children.

Keywords: Antibiotic resistance, gastroduodenal ulcers, children, *Helicobacter pylori*