

LOÉT DẠ DÀY Tá TRÀNG KHÔNG NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* Ở TRẺ EM: ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC VÀ BIẾN CHỨNG

Chu Thị Phương Mai^{1,2}, Trần Thị Huyền Trang^{3,4}, Đỗ Thị Minh Phương^{1,5}
Nguyễn Văn Tình⁵ và Nguyễn Thị Việt Hà^{1,5,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Hà Nội

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

⁴Trung tâm nghiên cứu Y học Việt - Đức

⁵Bệnh viện Nhi Trung ương

Loét dạ dày tá tràng không nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em ngày càng được ghi nhận, nhưng đặc điểm bệnh học và biến chứng chưa được mô tả đầy đủ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 127 trẻ loét dạ dày tá tràng không nhiễm *H. pylori* tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 10/2022 đến 9/2024. Tuổi trung bình $10,3 \pm 2,8$ năm; trẻ trai chiếm 68,5%. Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (83,5%) nhưng biểu hiện không điển hình. Loét chủ yếu ở hành tá tràng - tá tràng (89,8%), với tỷ lệ loét đa ổ (30,7%), loét không lõ (31,5%) và loét đáy sâu (53,5%). Giải phẫu bệnh cho thấy viêm mạn tính mức độ nhẹ - vừa chiếm đa số, hoạt động viêm nhẹ, và 27,6% có tăng bạch cầu ái toan. Biến chứng thường gặp nhất là thiếu máu, khoảng 30% cần truyền máu; gần một nửa có biến dạng tá tràng, 6 trường hợp phải phẫu thuật. Loét dạ dày tá tràng không nhiễm *H. pylori* ở trẻ em có đặc điểm bệnh học đa dạng, dễ biến chứng, đòi hỏi theo dõi chặt chẽ và điều trị thích hợp.

Từ khóa: Loét dạ dày tá tràng, trẻ em, *Helicobacter pylori*, âm tính.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày tá tràng là bệnh lý tiêu hóa thường gặp ở cả người lớn và trẻ em; trong đó *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) từ lâu đã được coi là nguyên nhân chính của bệnh, và diệt trừ *H. pylori* là chiến lược điều trị quan trọng giúp ngăn ngừa tái phát loét.¹ Tuy nhiên, trong những năm gần đây, loét không liên quan đến *H. pylori* được ghi nhận ở nhiều quốc gia.^{2,3} Một phân tích hệ thống cho thấy tỷ lệ loét âm tính với *H. pylori* thay đổi tùy khu vực và phương pháp chẩn đoán.⁴ Các yếu tố liên quan bao gồm: âm tính giả trong chẩn đoán

nhiễm *H. pylori*, lạm dụng NSAID, corticoid, thuốc kháng sinh kéo dài, hút thuốc lá, bệnh toàn thân, hoặc nguyên nhân chưa xác định (idiopathic ulcers).^{4,5} Đáng chú ý, so với loét do *H. pylori*, nhóm loét âm tính thường có tiên lượng xấu hơn: chậm liền sẹo, tái phát nhiều hơn và đáp ứng điều trị kém hơn.^{4,6}

Ở trẻ em, dữ liệu về loét dạ dày tá tràng không nhiễm *H. pylori* còn hạn chế. Elitsur và Lawrence (2001) báo cáo các trường hợp loét âm tính với *H. pylori* ở trẻ có đặc điểm lâm sàng không điển hình, thường gặp ở trẻ lớn và đôi khi liên quan đến yếu tố dị ứng hoặc rối loạn miễn dịch.⁷ Các bằng chứng hiện nay cho thấy giảm lưu hành *H. pylori* ở trẻ em tại một số khu vực. Do đó, tỷ lệ tương đối loét không do *H. pylori* có thể tăng lên tùy quần thể; tuy nhiên, mức độ khác biệt đáng kể giữa các quốc gia và

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Việt Hà

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 06/10/2025

Ngày được chấp nhận: 06/11/2025

bằng chứng chưa thống nhất.^{7,8} Tại Việt Nam, đa số nghiên cứu ở trẻ em về loét dạ dày tá tràng tập trung vào nhóm có nhiễm *H. pylori*, dữ liệu mô tả có hệ thống về nhóm không nhiễm *H. pylori* còn ít. Điều này gây khó khăn trong việc chẩn đoán, tiên lượng cũng như lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp.

Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, nội soi, giải phẫu bệnh và biến chứng của loét dạ dày tá tràng không nhiễm *H. pylori* ở trẻ em tại Việt Nam nhằm bổ sung bằng chứng phục vụ chẩn đoán, theo dõi và điều trị trong thực hành nhi khoa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: 2 - 17 tuổi.
- Trẻ được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng không nhiễm *H. pylori* đến khám và điều trị tại Phòng khám Tiêu hoá và Khoa Tiêu hoá, Bệnh viện Nhi Trung ương.
- Trẻ và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu và tái khám đúng hẹn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán loét dạ dày tá tràng

khi có tình trạng hoại tử bề mặt niêm mạc dạ dày, tá tràng với đường kính tối thiểu là 0,5cm xuyên qua lớp cơ niêm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán không nhiễm *H. pylori*

Nuôi cấy mảnh sinh thiết dạ dày, mô bệnh học không có vi khuẩn *H. pylori* và test nhanh urease âm tính.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ dùng kháng sinh hoặc bismuth trong vòng 4 tuần; dùng thuốc antacid, kháng thụ thể H_2

hoặc PPI trong vòng 2 tuần trước khi đến khám.

- Trẻ đã từng điều trị diệt *H. pylori*.
- Trẻ có tiền sử dị ứng với esomeprazol.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Chọn mẫu thuận tiện tất cả trẻ được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn không nhiễm *H. pylori*.

Địa điểm

Phòng khám Tiêu hóa và Khoa Tiêu hóa, Khoa Nội soi tiêu hóa, Khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Nhi Trung ương.

Thời gian

Từ 01/10/2022 đến 30/09/2024.

Một số tiêu chuẩn và biến số nghiên cứu

Đau bụng tái diễn: Ít nhất 3 đợt đau bụng trong ít nhất 3 tháng, và có ảnh hưởng tới khả năng thực hiện các hoạt động bình thường của trẻ.⁹

Đặc điểm giải phẫu bệnh mảnh sinh thiết dạ dày

- Mức độ viêm mạn tính: nhẹ, vừa, nặng.
- Mức độ hoạt động viêm: không hoạt động, nhẹ, vừa, mạnh.
- Tăng bạch cầu ái toan: đếm số lượng bạch cầu ái toan trên kính hiển vi với độ phóng đại cao (High powerful field - HPF) với các ngưỡng như sau¹⁰:

+ Dạ dày: ≥ 30 bạch cầu ái toan mỗi HPF trong 5 HPF.

+ Tá tràng: ≥ 50 bạch cầu ái toan mỗi HPF trong 5 HPF.

Đặc điểm hình ảnh nội soi dạ dày tá tràng

- Đặc điểm ổ loét

Bảng 1. Đặc điểm ổ loét

Vị trí	Dạ dày
	Dạ dày - hành tá tràng
	Hành tá tràng
	Tá tràng
Số lượng	1 ổ
	Đa ổ (≥ 2 ổ)
Kích thước	< 2cm
	Khổng lồ (≥ 2 cm)
Đáy ổ loét	Nông
	Sâu

- **Đánh giá tình trạng chảy máu tại ổ loét:**
theo phân loại Forrest.

- **Biến chứng**

+ Biến dạng môn vị.

+ Biến dạng tá tràng.

+ Giả túi thừa.

+ Thủng ổ loét.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Thống kê mô tả được sử dụng cho cả biến định lượng và định tính.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc trong nghiên cứu y sinh học, đã được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương (QĐ số 3012/BVNTW-HĐĐĐ cấp ngày 15 tháng 12 năm 2022) thông qua.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 10/2022 đến tháng 09/2024, có 127 trẻ loét dạ dày tá tràng không nhiễm *H. pylori* đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng của trẻ trong nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Tuổi		
Dưới 6 tuổi	7	5,5
Từ 6 đến dưới 10 tuổi	37	29,1
Từ 10 tuổi trở lên	83	65,4
Trung bình (năm)	10,3 $\pm$ 2,8	
Giới		
Trẻ trai	87	68,5
Trẻ gái	40	31,5
Triệu chứng đau bụng	106	83,5
Đau bụng tái diễn	59	46,5
Đau bụng thượng vị	54	42,5
Không xác định thời điểm	45	35,4
Tiền sử		
Dùng NSAID*	7	5,5

Đặc điểm	n	%
Dùng corticoid	19	15,0
Dùng kháng sinh trong 6 tháng	81	63,8
Viêm/loét dạ dày tá tràng	93	73,2
Nhiễm <i>H. pylori</i>	79	62,2
Gia đình loét dạ dày tá tràng	21	16,5

*NSAID: thuốc chống viêm không steroid (Non-steroidal anti-inflammatory drug)

Phần lớn trẻ ≥ 10 tuổi (65,4%), trẻ trai chiếm ưu thế (68,5%). Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (83,5%) nhưng không điển hình. Về

tiền sử, tỷ lệ sử dụng NSAIDs và corticoid không cao, lần lượt 5,5% và 15,0%.

Bảng 3. Đặc điểm ổ loét trên nội soi dạ dày tá tràng của trẻ trong nghiên cứu

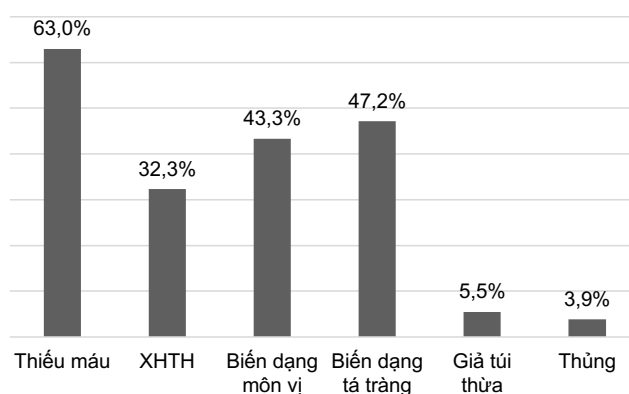
Đặc điểm		n	%
Vị trí	Dạ dày	12	9,4
	Dạ dày - hành tá tràng	1	0,8
	Hành tá tràng	58	45,7
	Tá tràng	56	44,1
Số lượng	1 ổ	88	69,3
	≥ 2 ổ	39	30,7
Kích thước	$< 2\text{cm}$	87	68,5
	$\geq 2\text{cm}$	40	31,5
Đáy	Nông	59	46,5
	Sâu	68	53,5
Tình trạng chảy máu ổ loét	IB	1	0,8
	IIA	2	1,6
	IIB	7	5,5
	IIC	3	2,4
	III	114	89,8

Ổ loét tập trung chủ yếu tại hành tá tràng và tá tràng (89,8%). Gần 1/3 số trẻ có loét đa ổ và ổ loét không lõ; hơn một nửa có loét đáy sâu.

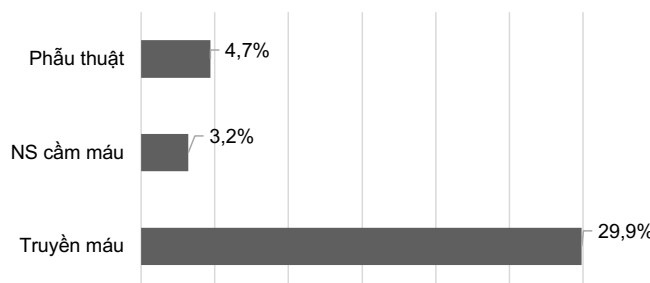
Bảng 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh mảnh sinh thiết dạ dày

Đặc điểm	n	%
Mức độ viêm mạn tính	Nhẹ	39 30,7
	Vừa	68 53,5
	Mạnh	20 15,7
Mức độ hoạt động	Không	20 15,7
	Nhẹ	79 62,2
	Vừa	25 19,7
	Mạnh	3 2,4
Tăng bạch cầu ái toan	35	27,6

Về đặc điểm giải phẫu bệnh mảnh sinh thiết dạ dày, chủ yếu trẻ có viêm mạn tính mức độ nhẹ - vừa, đa số có hoạt động viêm nhẹ; đáng chú ý, 27,6% có tăng bạch cầu ái toan.

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ xuất hiện một số biến chứng**

Thiếu máu là biến chứng thường gặp nhất (chiếm 63,0%). 1/3 số trẻ bị xuất huyết tiêu hóa. Gần một nửa số trường hợp có biến dạng tá tràng do loét. Năm trường hợp xảy ra thủng ổ loét.

**Biểu đồ 2. Một số phương pháp điều trị biến chứng**

Gần 1/3 số trẻ cần truyền máu. Ngoài ra, 5 trẻ phải phẫu thuật do thủng ổ loét và 1 trường hợp phẫu thuật do xuất huyết tiêu hóa nặng không kiểm soát được bằng nội soi.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 127 trẻ loét dạ dày tá tràng không nhiễm *H. pylori* đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Trẻ trai chiếm ưu thế rõ rệt (68,5%), cao gấp hai so với trẻ gái (31,5%), tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái là 2,2/1. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới, cho thấy loét dạ dày tá tràng ở trẻ em có xu hướng gặp nhiều hơn ở trẻ trai. Nguyễn Hữu Hiếu báo cáo tỷ lệ trai/gái là 4,7/1, còn Nguyễn Phúc Thịnh ghi nhận tỷ lệ này lên tới 5,7/1.^{11,12} Trên thế giới, tỷ lệ nam mắc LDDTT cũng được ghi nhận cao hơn nữ. Nghiên cứu của Vidovic và cộng sự cho thấy 74,8% trẻ LDDTT có biến chứng thủng ổ loét là trẻ trai.¹³ Một số giả thuyết được đưa ra nhằm lý giải sự khác biệt này, bao gồm: yếu tố sinh học như hormon giới tính có thể ảnh hưởng đến sự nhạy cảm của niêm mạc dạ dày tá tràng đối với acid; yếu tố hành vi, trong đó trẻ trai thường có thói quen ăn uống không điều độ, dễ tiếp xúc với các nguy cơ như stress, thức ăn nhanh.¹⁴

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của trẻ mắc loét dạ dày tá tràng là $10,3 \pm 2,8$ năm. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy LDDTT ở trẻ em thường gặp nhất ở nhóm tuổi học đường và lứa tuổi thiếu niên. Theo báo cáo của Jones và cộng sự, tỷ lệ mắc LDDTT ở trẻ em tăng dần theo tuổi, đặc biệt trong thập kỷ thứ hai của cuộc đời.¹⁴ Các nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận kết quả tương tự: Nguyễn Hữu Hiếu ghi nhận tuổi trung bình của trẻ là $11,0 \pm 2,9$ tuổi, trong khi Nguyễn Phúc Thịnh báo cáo tuổi trung bình $9,7 \pm 3,1$ tuổi.^{11,12} Điều này cho thấy

lứa tuổi thiếu niên là giai đoạn nguy cơ cao, có thể liên quan đến sự gia tăng tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ (thay đổi chế độ ăn uống, stress học tập).

Đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất (83,5%) nhưng biểu hiện không điển hình: chỉ 42,5% đau thượng vị và 35,4% không xác định được thời điểm xuất hiện. Đặc điểm này phù hợp với nhận định của Elitsur và Lawrence rằng loét không nhiễm *H. pylori* ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng mờ nhạt và dễ nhầm với đau bụng tái diễn chức năng.⁷

Về tiền sử, các yếu tố nguy cơ như sử dụng NSAIDs, corticoid và kháng sinh được ghi nhận với tỷ lệ lần lượt là 5,5%, 15,0% và 63,8%. Tỷ lệ dùng NSAIDs thấp hơn rõ rệt so với các nghiên cứu ở người lớn, trong đó loét âm tính với *H. pylori* thường gắn liền với thuốc NSAID hoặc corticoid.² Điều này cho thấy cơ chế bệnh sinh của loét không *H. pylori* ở trẻ em có thể khác biệt, ít liên quan đến thuốc mà có thể chịu ảnh hưởng của yếu tố niêm mạc, viêm mạn tính hoặc cơ địa miễn dịch. Nhiều trẻ có tiền sử viêm/loét dạ dày tá tràng (73,2%) và nhiễm *H. pylori* trước đó (62,2%), gợi ý khả năng tồn tại tổn thương niêm mạc sau nhiễm trùng, tạo điều kiện hình thành ổ loét mới ngay cả khi không còn vi khuẩn.

Trong nghiên cứu, 89,8% ổ loét nằm ở hành tá tràng và tá tràng, phù hợp với vị trí thường gặp của loét dạ dày tá tràng ở trẻ em. Tỷ lệ loét đa ổ chiếm 30,7%, loét khổng lồ ($\geq 2\text{cm}$) chiếm 31,5% và loét có đáy sâu chiếm 53,5%. Các đặc điểm này phản ánh mức độ tổn thương niêm mạc lan rộng và nặng, có ý nghĩa tiên lượng quan trọng. Theo Gisbert và Calvet (2009), loét *H. pylori* âm tính ở người lớn thường nhỏ, nông và đơn ổ;⁴ trong khi đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trẻ em có tỷ lệ loét lớn và sâu cao hơn. Những yếu tố này đã được chứng minh liên quan đến thời gian liền sẹo kéo dài,

nguy cơ tái phát và biến chứng cao hơn, khiến việc điều trị nhóm bệnh nhân này trở nên khó khăn hơn.^{4,5} Điều này cho thấy thách thức trong điều trị loét không nhiễm *H. pylori* ở trẻ em.

Kết quả mô bệnh học cho thấy đa số trường hợp có viêm mạn tính mức độ nhẹ đến vừa (84,2%), hoạt động viêm nhẹ chiếm 62,2% và chỉ 15,7% có viêm mạnh. Hình thái này tương đồng với các mô tả trong y văn về loét không nhiễm *H. pylori*, khi phản ứng viêm thường nhẹ hơn so với loét do *H. pylori*.^{4,6} Đáng chú ý, 27,6% trẻ trong nghiên cứu có tình trạng tăng bạch cầu ái toan trên giải phẫu bệnh. Tăng bạch cầu ái toan được xem là dấu hiệu gợi ý vai trò của phản ứng miễn dịch hoặc dị ứng trong bệnh sinh loét *H. pylori* âm tính ở trẻ em. Koutri và Papadopoulou (2018) ghi nhận tình trạng viêm tăng bạch cầu ái toan có thể gây tổn thương niêm mạc và góp phần hình thành ổ loét thông qua cơ chế viêm dị ứng mạn tính.¹⁰ Như vậy, mô bệnh học trong nghiên cứu cho thấy phản ứng viêm mạn tính mức độ nhẹ, hoạt động thấp nhưng có yếu tố tăng bạch cầu ái toan, gợi ý cơ chế bệnh sinh phức tạp, không đơn thuần do acid mà có thể liên quan đến rối loạn miễn dịch hoặc cơ địa dị ứng. Điều này phù hợp với nhận định rằng loét không *H. pylori* ở trẻ em là một thực thể bệnh học riêng biệt, khác biệt về mô học so với loét do nhiễm khuẩn hoặc do thuốc.^{4,10}

Biến chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu là thiếu máu, với khoảng 30% bệnh nhân cần truyền máu. Gần 50% trẻ có biến dạng tá tràng sau loét và 6 trường hợp phải phẫu thuật, trong đó 5 trẻ do thủng ổ loét và 1 trẻ do xuất huyết tiêu hóa nặng không cầm được bằng nội soi. Tỷ lệ biến chứng cao này tương tự nhận định của Gisbert và Calvet (2009) rằng loét không nhiễm *H. pylori* thường có xu hướng tiến triển nặng, dễ biến chứng và liền sẹo chậm.⁴ Những tổn thương sâu, khổng lồ và đa ổ trong nghiên cứu cũng góp phần giải

thích tỷ lệ biến chứng cao. Theo Chung và cộng sự (2015), trong nhóm bệnh nhân loét *H. pylori* âm tính, yếu tố tiên lượng xấu bao gồm kích thước ổ loét $\geq 2\text{cm}$, loét sâu và tái phát nhiều lần.³ Những đặc điểm này đều hiện diện trong nhóm trẻ của chúng tôi, cho thấy loét không nhiễm *H. pylori* ở trẻ em. Những kết quả này nhấn mạnh rằng việc theo dõi sát, điều trị kéo dài bằng thuốc ức chế bơm proton và kiểm soát các yếu tố nguy cơ tái phát là cần thiết để hạn chế biến chứng, đặc biệt ở nhóm có loét sâu, khổng lồ hoặc đa ổ.

V. KẾT LUẬN

Loét dạ dày tá tràng không nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em thường gặp ở lứa tuổi ≥ 10 , biểu hiện đau bụng không điển hình và ít liên quan đến sử dụng thuốc. Tổn thương nội soi chủ yếu ở tá tràng, với tỷ lệ đáng kể loét đa ổ, khổng lồ và đáy sâu, liên quan đến nguy cơ biến chứng. Mô bệnh học chủ yếu viêm nhẹ - vừa, hoạt động nhẹ, song có tăng bạch cầu ái toan ở hơn 1/4 trường hợp. Biến chứng thường gặp là thiếu máu và biến dạng tá tràng, một số cần can thiệp phẫu thuật, đòi hỏi chẩn đoán và điều trị kịp thời.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi trân trọng cảm ơn Bệnh viện Nhi Trung ương, các trẻ và gia đình tham gia nghiên cứu đã hỗ trợ thu thập dữ liệu và tạo điều kiện thực hiện nghiên cứu.

CAM KẾT KHÔNG XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li R, Wang W, Ma Y, et al. Analysis of risk factors for ulcer recurrence and upper gastrointestinal bleeding in children with peptic ulcer treated with *Helicobacter pylori* eradication

therapy. *Transl Pediatr.* 2023; 12(4): 618-630. doi:10.21037/tp-23-155.

2. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *Lancet.* 2017; 390(10094): 613-624. doi:10.1016/S0140-6736(16)32404-7.

3. Chung WC, Jeon EJ, Kim DB, et al. Clinical characteristics of Helicobacter pylori-negative drug-negative peptic ulcer bleeding. *World J Gastroenterol.* 2015; 21(28): 8636-8643. doi:10.3748/wjg.v21.i28.8636.

4. Gisbert JP, Calvet X. Review article: Helicobacter pylori-negative duodenal ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009; 30(8): 791-815. doi:10.1111/j.1365-2036.2009.04105.x.

5. Iijima K, Kanno T, Koike T, et al. Helicobacter pylori-negative, non-steroidal anti-inflammatory drug: Negative idiopathic ulcers in Asia. *World J Gastroenterol.* 2014; 20(3): 706-713. doi:10.3748/wjg.v20.i3.706.

6. Chung CS, Chiang TH, Lee YC. A systematic approach for the diagnosis and treatment of idiopathic peptic ulcers. *Korean J Intern Med.* 2015; 30(5): 559-570. doi:10.3904/kjim.2015.30.5.559.

7. Elitsur Y, Lawrence Z. Non-Helicobacter pylori related duodenal ulcer disease in children. *Helicobacter.* 2001; 6(3): 239-243. doi:10.1046/j.1523-5378.2001.00034.x.

8. Yeh PJ, Chen CC, Chao HC, et al. The trends of pediatric duodenal ulcer and predictors of recurrence. *Journal of the Formosan Medical*

Association. 2024; 123(10): 1070-1077. doi:10.1016/j.jfma.2024.04.011.

9. Reust CE, Williams A. Recurrent Abdominal Pain in Children. *afp.* 2018; 97(12): 785-793.

10. Koutri E, Papadopoulou A. Eosinophilic Gastrointestinal Diseases in Childhood. *Ann Nutr Metab.* 2018; 73(Suppl. 4): 18-28. doi:10.1159/000493668.

11. Nguyễn Hữu Hiếu. *Tình trạng kháng kháng sinh và kết quả điều trị loét dạ dày tá tràng do Helicobacter pylori theo kháng sinh đồ ở trẻ em.* Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021. Accessed December 14, 2024. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/2364>.

12. Nguyễn Phúc Thịnh, Hoàng Lê Phúc, Nguyễn Việt Trường và cộng sự. 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 Thành phố Hồ Chí Minh.* 2014; 18(4): 41-47.

13. Vidović S, Borović S, Bašković M, et al. Perforated peptic ulcers in children: a systematic review. *BMC Pediatrics.* 2025; 25(1): 363. doi:10.1186/s12887-025-05725-2.

14. Jones NL, Koletzko S, Goodman K, et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the Management of Helicobacter pylori in Children and Adolescents (Update 2016). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2017; 64(6): 991-1003. doi:10.1097/MPG.0000000000001594.

Summary

NON-*HELICOBACTER PYLORI* PEPTIC ULCER IN CHILDREN: PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND COMPLICATIONS

Non-*Helicobacter pylori* peptic ulcer disease (PUD) in children has been increasingly recognized, but its clinicopathological characteristics and complications have not been fully described. We conducted a study on 127 children with *H. pylori*-negative PUD at the Vietnam National Children Hospital from October 2022 to September 2024. The mean age was 10.3 ± 2.8 years old, 68.5% were male. Abdominal pain was the most common symptom (83.5%), often presented with non-specific features. Ulcers were predominantly located in the duodenal bulb and duodenum (89.8%), with high rates of multiple ulcers (30.7%), giant ulcers (31.5%), and deep-base ulcers (53.5%). Histopathology revealed mainly mild to moderate chronic inflammation with mild activity, and eosinophilic infiltration was observed in 27.6% of cases. The most frequent complication was anemia, with about 30% of patients requiring blood transfusion; nearly half showed duodenal deformity, and six required surgery. *H. pylori*-negative PUD in children demonstrates heterogeneous pathological features and a high risk of complications, warranting close monitoring and appropriate long-term management.

Keywords: Peptic ulcer, pediatric, non-*Helicobacter pylori*.