

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* VÀ HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH THEO TIÊU CHUẨN ROME IV

Võ Ngọc Đăng Thư¹, Lê Văn Nho² và Nguyễn Thanh Liêm^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng

Hội chứng ruột kích thích (Irritable Bowel Syndrome – IBS) là rối loạn chức năng tiêu hóa thường gặp, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống; tuy nhiên vai trò của nhiễm *Helicobacter pylori* trong cơ chế bệnh sinh IBS vẫn còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu bệnh – chứng được thực hiện trên 220 đối tượng có triệu chứng tiêu hóa được nội soi dạ dày và đại tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, gồm 110 bệnh nhân IBS và 110 đối tượng không IBS, nhằm xác định mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* và IBS theo tiêu chuẩn Rome IV. Tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* được xác định bằng urease test từ mẫu sinh thiết niêm mạc dạ dày. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* ở nhóm IBS là 61,4%, cao hơn nhóm không IBS (38,6%) ($p = 0,008$). Phân tích hồi quy logistic đa biến ghi nhận nhiễm *Helicobacter pylori* liên quan độc lập với IBS (OR hiệu chỉnh = 2,13; KTC 95%: 1,18 – 3,85; $p = 0,01$). Nhiễm *Helicobacter pylori* có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hội chứng ruột kích thích theo tiêu chuẩn Rome IV.

Từ khóa: Hội chứng ruột kích thích, *Helicobacter pylori*, ROME IV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ruột kích thích (Irritable Bowel Syndrome – IBS) là một rối loạn chức năng tiêu hóa thường gặp, đặc trưng bởi đau bụng tái diễn liên quan đến thay đổi thói quen đại tiện mà không ghi nhận tổn thương thực thể rõ ràng.¹ IBS gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, làm tăng sử dụng dịch vụ y tế và tạo ra chi phí y tế đáng kể cho hệ thống chăm sóc sức khỏe.² Theo nghiên cứu toàn cầu của Rome Foundation, tỷ lệ mắc IBS theo tiêu chuẩn Rome IV dao động từ 1,3% đến 7,6% giữa các quốc gia, phản ánh tính không đồng nhất về dịch tễ học của IBS trên phạm vi toàn cầu.² Tiêu chuẩn Rome IV được xây dựng nhằm chuẩn hóa chẩn đoán và nâng cao tính đặc hiệu trong nghiên cứu cũng

như thực hành lâm sàng đối với hội chứng ruột kích thích.³

Mặc dù được xếp vào nhóm rối loạn chức năng, cơ chế bệnh sinh của IBS vẫn chưa được hiểu đầy đủ và được cho là mang tính đa yếu tố.⁴ Các cơ chế được đề xuất bao gồm rối loạn điều hòa trục não – ruột, tăng nhạy cảm nội tạng, thay đổi nhu động ruột, mất cân bằng hệ vi sinh đường tiêu hóa và tình trạng viêm mức độ thấp tại niêm mạc ruột.^{4,5} Những bằng chứng gần đây cho thấy vai trò của yếu tố miễn dịch và vi sinh vật đường tiêu hóa trong việc khởi phát và duy trì triệu chứng IBS, gợi ý rằng bệnh có thể liên quan đến các biến đổi sinh học tinh vi hơn là chỉ đơn thuần rối loạn chức năng.^{5,6}

Helicobacter pylori là vi khuẩn Gram âm cư trú ở niêm mạc dạ dày, được xác định là yếu tố chính gây viêm dạ dày mạn tính, loét dạ dày-tá tràng và ung thư dạ dày.⁷ Bên cạnh các bệnh lý dạ dày – tá tràng, những năm gần đây ngày càng có nhiều nghiên cứu quan tâm đến vai trò tiềm tàng của nhiễm *H. pylori* trong các rối

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thanh Liêm

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: ntlieam@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 02/03/2026

Ngày được chấp nhận: 27/03/2026

loạn chức năng tiêu hóa, đặc biệt là IBS. Một số phân tích gộp gần đây ghi nhận nhiễm *H. pylori* có thể làm tăng nguy cơ mắc IBS, trong khi các nghiên cứu khác lại không cho thấy mối liên quan rõ ràng.⁸⁻¹⁰ Sự không nhất quán này có thể bắt nguồn từ khác biệt về thiết kế nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán IBS, phương pháp xác định nhiễm vi khuẩn và đặc điểm dân số nghiên cứu.⁸⁻¹⁰

Tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam, tỷ lệ nhiễm *H. pylori* vẫn còn cao. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa nhiễm *H. pylori* và IBS sử dụng tiêu chuẩn Rome IV còn hạn chế, đặc biệt trên quần thể bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa được chỉ định nội soi. Việc làm rõ mối liên quan này có ý nghĩa thực tiễn trong lâm sàng, góp phần định hướng tiếp cận chẩn đoán và quản lý bệnh nhân IBS trong bối cảnh tỷ lệ nhiễm *H. pylori* còn phổ biến.

Xuất phát từ những vấn đề trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* và hội chứng ruột kích thích theo tiêu chuẩn Rome IV tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa đến khám, được chỉ định nội soi dạ dày – tá tràng và nội soi đại trực tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh từ 16 tuổi trở lên.
- Có triệu chứng tiêu hóa, được nội soi dạ dày-tá tràng và nội soi đại trực tràng.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Nhóm bệnh (IBS): được chẩn đoán hội chứng ruột kích thích theo tiêu chuẩn Rome IV.
- Nhóm chứng (không IBS): không thỏa tiêu

chuẩn chẩn đoán IBS theo Rome IV.

Tiêu chuẩn chẩn đoán IBS (ROME IV)

- Chẩn đoán IBS khi có đau bụng tái phát trung bình ≥ 1 ngày/tuần trong 3 tháng gần đây, kèm theo ít nhất 2 trong các tiêu chuẩn sau¹:

- Liên quan đến đại tiện.
- Thay đổi tần suất đi tiêu.
- Thay đổi hình dạng phân.
- Các triệu chứng xuất hiện ít nhất 6 tháng trước thời điểm chẩn đoán.¹

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tổn thương thực thể tại đường tiêu hóa có thể giải thích triệu chứng bao gồm ung thư đường tiêu hóa, polyp đại tràng kích thước > 5 mm hoặc bệnh viêm ruột mạn tính (IBD).

- Tiền sử phẫu thuật tiêu hóa lớn.
- Bệnh lý ác tính hoặc bệnh nội khoa nặng ảnh hưởng đến đánh giá triệu chứng.
- Bệnh nhân dùng kháng sinh hoặc bismuth trong vòng 4 tuần; dùng thuốc kháng thụ thể H2 hoặc PPI trong vòng 2 tuần trước đó.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu bệnh chứng.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong giai đoạn năm 2024 – 2026.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Nghiên cứu bao gồm 220 đối tượng, gồm 110 bệnh nhân IBS và 110 đối tượng không IBS. Đối tượng được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2P_2(1-P_2)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1-P_2)^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu chung.

$Z_{1-\alpha/2}$: là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính

dựa trên xác suất sai lầm loại 1.

$Z_{1-\beta}$: là giá trị được tính dựa trên lực thống kê.

P1: tỷ lệ có yếu tố phơi nhiễm trong nhóm có bệnh.

P2: tỷ lệ có yếu tố phơi nhiễm trong nhóm không có bệnh.

Dựa trên nghiên cứu của Hadman AJ và cộng sự, P1 là 46,5% và P2 là 25,6%.¹¹ Với $\alpha = 0,05$ và lực thống kê 90%, cỡ mẫu tối thiểu tính được là 96,98 đối tượng mỗi nhóm. Sau khi cộng 10% dự phòng thiếu hụt số liệu, cỡ mẫu cần thiết là 107 đối tượng mỗi nhóm. Thực tế, nghiên cứu thu nhận 110 đối tượng trong mỗi nhóm.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: Tuổi (năm), nhóm tuổi (< 40/ \geq 40), giới tính (nam/nữ), hút thuốc lá (có/không), uống rượu bia (có/không), tiền sử gia đình có ung thư đường tiêu hóa (có/không), tiền sử sử dụng thuốc kháng viêm non-steroid (có/không), bệnh lý kèm theo (có/không).

Triệu chứng lâm sàng: vị trí đau bụng (thượng vị, hạ vị, quanh rốn, dọc khung đại tràng), đau bụng liên quan đến đại tiện (có/không), thay đổi tần suất đi ngoài (\geq 3 lần/ngày, < 3 lần/tuần, không thuộc hai nhóm trên), thay đổi hình dạng phân theo thang điểm Bristol (phân cứng, phân lỏng, phân cứng xen kẽ phân lỏng), các triệu chứng tiêu hóa trên (đầy bụng sau ăn, no sớm, nóng rát thượng vị, đau thượng vị).

Hội chứng ruột kích thích (IBS): được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME IV.¹

Chẩn đoán IBS theo các thể:

+ Thể tiêu chảy (IBS-D): có > 25% số lần đi ngoài liên quan đến BSFS 6 hoặc 7.

+ Thể táo bón (IBS-C): có > 25% số lần đi ngoài liên quan đến BSFS 1 hoặc 2.

+ Thể hỗn hợp (IBS-M): có > 25% số lần đi ngoài liên quan đến BSFS 1 hoặc 2 và > 25% số lần đi tiêu liên quan đến BSFS 6 hoặc 7.

Tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* (dương

tính/âm tính).

Kết quả nội soi đường tiêu hóa trên: viêm dạ dày/tá tràng, viêm trào ngược dạ dày – thực quản, loét, u hoặc polyp. Trong đó, các trường hợp polyp có kết quả sinh thiết xác định là tổn thương lành tính; các trường hợp u được xác định là u dưới niêm; các tổn thương loét có đặc điểm nội soi gợi ý nguy cơ ác tính thấp.

Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu được sàng lọc theo tiêu chuẩn chọn và loại trừ. Nghiên cứu bệnh–chứng không ghép cặp. Các đối tượng thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện và được khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng theo phiếu thu thập số liệu thống nhất. Chẩn đoán hội chứng ruột kích thích được xác định theo Rome IV criteria.

Tất cả đối tượng được nội soi dạ dày – tá tràng và nội soi đại trực tràng nhằm loại trừ tổn thương thực thể. Trong quá trình nội soi, một mẫu sinh thiết niêm mạc hang vị được lấy để thực hiện test urease nhanh bằng NK–PYLORI TEST (Công ty TNHH Dịch vụ và Thương mại Nam Khoa, TP. Hồ Chí Minh) nhằm xác định tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori*. Nghiên cứu không thực hiện thêm test thử ure.

Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn và so sánh bằng kiểm định t-test. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ (%) và so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test khi thích hợp. Mỗi liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* và hội chứng ruột kích thích được đánh giá bằng Odds ratio (OR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan độc lập với IBS. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 24.236.

HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/06/2024.

III. KẾT QUẢ**1. Đặc điểm chung của các đối tượng tham gia nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng tham gia nghiên cứu**

Đặc điểm)	IBS		Không IBS	p
	(n = 110)		(n = 110)	
Tuổi (năm), $\bar{x} \pm SD$	46,32 \pm 14,11		45,94 \pm 12,82	0,83
Nhóm tuổi, n (%)	≥ 40	79 (52,3)	72 (47,7)	0,31
	< 40	31 (44,9)	38 (55,1)	
Giới, n (%)	Nữ	71 (53,4)	62 (46,6)	0,22
	Nam	39 (44,8)	48 (55,2)	
Hút thuốc lá, n (%)	Có	15 (42,9)	20 (57,1)	0,36
	Không	95 (51,4)	90 (48,6)	
Uống rượu bia, n (%)	Có	30 (42,9)	40 (57,1)	0,15
	Không	80 (53,3)	70 (46,7)	
Tiền sử gia đình có ung thư đường tiêu hóa, n (%)	Có	12 (66,7)	6 (33,3)	0,14
	Không	98 (48,5)	104 (51,5)	
Tiền sử sử dụng NSAID, n (%)	Có	24 (58,5)	17 (41,5)	0,23
	Không	86 (48,0)	93 (52,0)	
Bệnh lý kèm theo, n (%)	Có	29 (46,8)	33 (53,2)	0,55
	Không	81 (51,3)	77 (48,7)	

Đặc điểm chung của hai nhóm nghiên cứu tương đối tương đồng. Tuổi trung bình của nhóm IBS và không IBS lần lượt là 46,32 \pm 14,11 và 45,94 \pm 12,82, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,83$). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhóm tuổi, giới, hút thuốc lá, uống rượu bia, tiền sử gia đình có ung thư tiêu hóa, tiền sử sử dụng NSAID và bệnh lý kèm theo giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Triệu chứng lâm sàng và kết quả nội soi tiêu hóa trên ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích.

Ở nhóm IBS, đau bụng quanh rốn gặp nhiều nhất (36,4%), đa số bệnh nhân có đau bụng thay đổi sau khi đi đại tiện (74,5%). Tăng tần suất đi tiêu (≥ 3 lần/ngày) chiếm 55,5%. Theo thang điểm Bristol, phân lỏng chiếm tỷ lệ cao nhất (54,5%). Các triệu chứng tiêu hóa trên thường gặp gồm đau thượng vị (25,5%), đầy bụng sau ăn (22,7%), no sớm (17,3%), nóng rát thượng vị (11,8).

Trong số 110 bệnh nhân IBS, thể tiêu chảy (IBS-D) chiếm tỷ lệ cao nhất 54,5%, tiếp theo là IBS-29,1% và IBS-M 16,4%.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh nhân IBS (n = 110)

Đặc điểm	n	%
<i>Vị trí đau bụng</i>		
Thượng vị	28	25,5
Hạ vị	35	31,8
Quanh rốn	40	36,4
Độc khung đại tràng	7	6,3
Đau bụng tăng/giảm sau khi đi đại tiện	82	74,5
<i>Thay đổi tần suất đi ngoài</i>		
≥ 3 lần/ngày	61	55,5
< 3 lần/tuần	35	31,8
Không thuộc hai nhóm trên	14	12,7
<i>Thay đổi hình dạng phân (Bristol stool form scale)</i>		
Phân cứng	32	29,1
Phân lỏng	60	54,5
Phân cứng xen kẽ phân lỏng	18	16,4
<i>Triệu chứng tiêu hóa trên*</i>		
Đầy bụng sau ăn	25	22,7
No sớm	19	17,3
Nóng rát thượng vị	13	11,8
Đau thượng vị	28	25,5

* Một bệnh nhân có thể có nhiều triệu chứng tiêu hóa trên

Bảng 3. Kết quả nội soi tiêu hóa trên ở nhóm bệnh nhân IBS (n = 110)

Tổn thương nội soi*	n	%
Viêm dạ dày/tá tràng	108	98,2
Viêm trào ngược dạ dày – thực quản	42	38,2
Loét, u, polyp	14	12,7

* Một bệnh nhân có thể có nhiều tổn thương nội soi

Ở nhóm bệnh nhân IBS, viêm dạ dày/tá tràng là tổn thương thường gặp nhất (98,2%). Viêm trào ngược dạ dày – thực quản gặp ở

38,2% bệnh nhân. Loét, u hoặc polyp được ghi nhận ở 12,7% trường hợp.

2. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* và hội chứng ruột kích thíchBảng 4. Mối liên quan giữa nhiễm *H. pylori* với hội chứng ruột kích thích

Tình trạng nhiễm <i>H. pylori</i>	IBS (n = 110)	Không IBS (n = 110)	OR (95% CI)	p
Dương tính	51 (61,4)	32 (38,6)	2,11 (1,21 – 3,68)	0,008
Âm tính	59 (43,1)	78 (56,9)	1 (tham chiếu)	

Trong nhóm *H. pylori* dương tính (n = 83), tỷ lệ mắc IBS chiếm 61,4%, cao hơn so với nhóm không IBS 38,6%. Ngược lại, ở nhóm *H. pylori* âm tính (n = 137), tỷ lệ IBS là 43,1% và không IBS là 56,9%. Phân tích cho thấy nhiễm

H. pylori có liên quan có ý nghĩa thống kê với IBS, với OR = 2,11 (KTC 95%: 1,21 – 3,68), p = 0,008, gợi ý người nhiễm *H. pylori* có odds mắc IBS cao khoảng 2,1 lần so với người không nhiễm.

Bảng 5. Mối liên quan giữa nhiễm *H. pylori* với các thể IBS

Tình trạng nhiễm <i>H. pylori</i>	IBS			Không IBS (n = 110)
	IBS-D (n = 60)	IBS-C (n = 32)	IBS-M (n = 18)	
Dương tính	31 (37,3)	14 (16,9)	6 (7,2)	32 (38,6)
Âm tính	29 (21,2)	18 (13,1)	12 (8,8)	78 (56,9)
OR (95% CI)	2,60 (1,36 - 5,00)	1,90 (0,84 - 4,26)	1,22 (0,42 - 3,53)	1 (tham chiếu)
p	0,004	0,12	0,71	

Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* khác nhau giữa các thể lâm sàng IBS khi so sánh với nhóm không IBS. Trong nhóm nhiễm *H. pylori*, thể IBS-D chiếm tỷ lệ cao nhất. Phân tích hồi quy logistic đa thức với nhóm không IBS làm nhóm tham

chiếu cho thấy nhiễm *H. pylori* liên quan có ý nghĩa với thể IBS-D (OR = 2,60; KTC 95%: 1,36 – 5,00; p = 0,004). Ngược lại, mối liên quan với IBS-C và IBS-M không đạt ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 6. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan với IBS

Yếu tố	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Nhiễm <i>H. pylori</i>	2,13	1,18 - 3,85	0,01
Giới nữ	1,11	0,38 - 3,23	0,85
≥ 40 tuổi	1,83	0,95 - 3,55	0,07
Hút thuốc lá	1,01	0,40 - 2,57	0,99
Uống rượu bia	0,58	0,19 - 1,77	0,34
Tiền sử gia đình có ung thư tiêu hóa	2,22	0,76 - 6,51	0,15
Tiền sử sử dụng NSAID	1,37	0,63 - 2,98	0,43
Bệnh lý kèm theo	0,63	0,32 - 1,24	0,18
Triệu chứng tiêu hóa trên	1,18	0,64 - 2,17	0,59

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy nhiễm *Helicobacter pylori* có liên quan độc lập với hội chứng ruột kích thích. Người nhiễm *H. pylori* có nguy cơ mắc IBS cao hơn 2,13 lần so với người không nhiễm (OR hiệu chỉnh = 2,13; KTC 95%: 1,18 – 3,85; $p = 0,01$). Các yếu tố khác bao gồm giới tính, nhóm tuổi, hút thuốc lá, uống rượu bia, tiền sử gia đình ung thư tiêu hóa, tiền sử sử dụng NSAID, bệnh lý kèm theo và triệu chứng tiêu hóa trên không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với IBS ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm nền tương đối cân bằng giữa hai nhóm giúp hạn chế ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu tiềm tàng. Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế ở cả hai nhóm, phù hợp với xu hướng dịch tễ IBS đã được ghi nhận trước đây.^{12,13} Tuy nhiên, trong phân tích hồi quy đa biến, giới tính không phải là yếu tố liên quan độc lập với IBS, cho thấy vai trò của các yếu tố sinh học khác có thể quan trọng hơn so với yếu tố nhân khẩu học đơn thuần.

Nghiên cứu ghi nhận một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân IBS có các triệu chứng tiêu hóa trên như đau thượng vị, đầy bụng sau ăn hoặc no sớm. Điều này gợi ý khả năng tồn tại tình trạng chồng lấp giữa IBS và các rối loạn chức năng đường tiêu hóa trên, đặc biệt là khó tiêu chức năng, vốn đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây. Một số giả thuyết cho rằng sự chồng lấp này có thể liên quan đến các cơ chế bệnh sinh chung như rối loạn nhu động ống tiêu hóa, tăng nhạy cảm nội tạng và thay đổi trục não – ruột.

Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, các đối tượng đều có các tổn thương viêm nhẹ trên nội soi tiêu hóa trên nên không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán khó tiêu chức năng theo Rome IV. Vì vậy, nghiên cứu chỉ ghi nhận các triệu chứng tiêu hóa trên mà chưa đánh giá trực tiếp tình trạng chồng lấp giữa IBS và khó tiêu chức năng.

Ngoài ra, nhiễm *Helicobacter pylori* cũng được xem là yếu tố có thể góp phần vào các triệu chứng tiêu hóa trên thông qua cơ chế viêm niêm mạc và thay đổi môi trường vi sinh đường tiêu hóa. Những thay đổi này có thể làm phức tạp biểu hiện lâm sàng ở bệnh nhân IBS và gợi ý rằng *H. pylori* không chỉ liên quan đến các bệnh lý dạ dày mà còn có thể tham gia vào cơ chế bệnh sinh của các rối loạn chức năng tiêu hóa, bao gồm IBS.

Phân bố các thể lâm sàng của hội chứng ruột kích thích (IBS) có sự khác biệt giữa các quần thể; tuy nhiên, các nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn Rome IV tại một số quốc gia châu Á đã ghi nhận tỷ lệ tương đối cao của thể tiêu chảy ưu thế (IBS-D) so với các thể lâm sàng khác.² Sự khác biệt này có thể liên quan đến yếu tố chế độ ăn, hệ vi sinh đường ruột và đặc điểm di truyền của từng quần thể, đồng thời phản ánh tính không đồng nhất trong cơ chế bệnh sinh IBS. Các giả thuyết hiện nay cho rằng rối loạn vận động ruột, thay đổi hệ vi sinh và tình trạng viêm mức độ thấp có thể góp phần vào bệnh sinh IBS. Những cơ chế này có thể đóng vai trò nổi bật hơn ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng tiêu chảy ưu thế.

Trong nghiên cứu hiện tại, nhiễm *Helicobacter pylori* được ghi nhận có liên quan có ý nghĩa thống kê với hội chứng ruột kích thích theo tiêu chuẩn Rome IV. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở nhóm IBS cao hơn nhóm chứng và vẫn duy trì ý nghĩa sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu, cho thấy nhiễm *H. pylori* có thể là yếu tố liên quan độc lập với IBS. Kết quả này phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong các nghiên cứu gần đây, trong đó các phân tích gộp đều cho thấy nguy cơ IBS có xu hướng gia tăng ở nhóm nhiễm *H. pylori*, củng cố giả thuyết về vai trò của vi khuẩn này trong cơ chế bệnh sinh.^{8,9} Đặc biệt, nghiên cứu đoàn hệ quy mô quốc gia tại Đài Loan của Liang và cộng sự (2020) cho thấy nhiễm *H. pylori* làm tăng nguy cơ xuất hiện

IBS, trong khi điều trị tiết trừ có thể làm giảm nguy cơ này.¹⁴ Ngoài ra, nghiên cứu bệnh–chứng của Hamad và cộng sự (2023) cũng ghi nhận mức độ liên quan tương tự so với nghiên cứu hiện tại, góp phần củng cố bằng chứng về vai trò tiềm tàng của *H. pylori* trong cơ chế bệnh sinh IBS.¹⁰ Đáng chú ý, sự tương đồng về mức độ liên quan giữa các nghiên cứu cho thấy kích thước hiệu quả tương đối nhất quán, qua đó làm tăng độ tin cậy của mối liên quan quan sát được giữa nhiễm *H. pylori* và IBS. Tổng hợp các bằng chứng hiện có cho thấy mối liên quan này nhiều khả năng không phải là ngẫu nhiên, mà phản ánh một liên hệ có cơ sở sinh học được ghi nhận tương đối nhất quán qua nhiều thiết kế nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên, một số nghiên cứu chưa ghi nhận sự đồng thuận, điển hình là phân tích gộp của Kim và cộng sự (2020) không cho thấy mối liên quan rõ ràng giữa *H. pylori* và IBS.¹⁰ Sự không nhất quán này có thể liên quan đến khác biệt về thiết kế nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán IBS, phương pháp xác định nhiễm *H. pylori* và đặc điểm dân số nghiên cứu. Việc sử dụng tiêu chuẩn Rome IV trong nghiên cứu hiện tại với tính đặc hiệu cao hơn có thể góp phần làm rõ hơn mối liên quan giữa *H. pylori* và IBS.

Mối liên quan giữa *H. pylori* và IBS có thể được lý giải thông qua nhiều cơ chế sinh học. Nhiễm *H. pylori* gây viêm niêm mạc dạ dày mạn tính, kích hoạt các cytokine tiền viêm và làm thay đổi đáp ứng miễn dịch tại chỗ. Tình trạng viêm mức độ thấp này có thể ảnh hưởng đến trục não – ruột (gut–brain axis), dẫn đến tăng cảm giác đau nội tạng và rối loạn nhu động ruột – hai cơ chế trung tâm trong bệnh sinh IBS. Ngoài ra, nhiễm *H. pylori* có thể gây thay đổi pH dạ dày và môi trường tiêu hóa, gián tiếp ảnh hưởng đến hệ vi sinh đường ruột, tạo ra tình trạng mất cân bằng hệ vi khuẩn (dysbiosis). Nhiều nghiên cứu gần đây cho rằng dysbiosis đóng vai trò quan trọng trong sự xuất hiện và

duy trì triệu chứng IBS, đặc biệt ở thể IBS-D.

Xu hướng phân bố nhiễm *Helicobacter pylori* giữa các thể lâm sàng của hội chứng ruột kích thích cho thấy khả năng vi khuẩn này có thể liên quan đến một số kiểu hình bệnh nhất định, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có biểu hiện tiêu chảy ưu thế. Kết quả này phù hợp với phân tích dưới nhóm của Wang C và cộng sự (2023), trong đó xu hướng tăng nguy cơ ở IBS-D được ghi nhận nhưng chưa đủ bằng chứng để khẳng định sự khác biệt rõ ràng giữa các thể bệnh. Điều này gợi ý rằng vai trò của *H. pylori* có thể liên quan đến cơ chế bệnh sinh chung của IBS hơn là ảnh hưởng đặc hiệu lên từng kiểu hình lâm sàng riêng biệt. Bên cạnh đó, sự khác biệt giữa các thể bệnh có thể khó được xác định rõ do số lượng mẫu không đồng đều giữa các phân nhóm, điều này có thể làm giảm công suất thống kê khi so sánh.

Những phát hiện này góp phần bổ sung bằng chứng từ quần thể châu Á và gợi ý rằng nhiễm *H. pylori* có thể là một yếu tố sinh học liên quan đến IBS. Tuy nhiên, nghiên cứu này vẫn có một số hạn chế. Thiết kế bệnh–chứng không cho phép xác định quan hệ nhân quả, và việc chọn mẫu tại một trung tâm có thể hạn chế tính khái quát của kết quả. Ngoài ra, nghiên cứu chưa đánh giá tác động của điều trị tiết trừ *H. pylori* lên diễn tiến triệu chứng IBS, do đó cần thêm các nghiên cứu tiền cứu và nghiên cứu can thiệp để xác định rõ hơn vai trò nhân quả và giá trị lâm sàng của chiến lược tiết trừ *H. pylori* ở bệnh nhân IBS.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận nhiễm *Helicobacter pylori* có liên quan có ý nghĩa thống kê với hội chứng ruột kích thích theo tiêu chuẩn Rome IV, đồng thời là yếu tố liên quan độc lập sau khi hiệu chỉnh các biến nhiễu. Khi phân tích theo thể lâm sàng, mối liên quan này chủ yếu được ghi nhận ở thể IBS-D, trong khi chưa thấy sự

khác biệt có ý nghĩa ở IBS-C và IBS-M. Kết quả nghiên cứu góp phần bổ sung bằng chứng về vai trò tiềm tàng của *H. pylori* trong bệnh sinh IBS, đồng thời gợi ý cần có thêm các nghiên cứu quy mô lớn và thiết kế tiền cứu để làm rõ mối liên quan này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1393-1407.e5. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031
2. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of the Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160(1):99-114.e3. doi:10.1053/j.gastro.2020.04.014
3. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-functional gastrointestinal disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257-1261. doi:10.1053/j.gastro.2016.03.035
4. Enck P, Aziz Q, Barbara G, et al. Irritable bowel syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16014. doi:10.1038/nrdp.2016.14
5. Shaikh SD, Sun N, Canakis A, et al. Irritable bowel syndrome and the gut microbiome: a comprehensive review. *J Clin Med*. 2023;12(7):2558. doi:10.3390/jcm12072558
6. Nagamine T. The role of the gut microbiota in individuals with irritable bowel syndrome: a scoping review. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(11):1895.
7. Reyes VE. *Helicobacter pylori* and its role in gastric cancer. *Microorganisms*. 2023;11(5):1312. doi:10.3390/microorganisms11051312
8. Wang C, Yin Y, Wang L, et al. Association between *Helicobacter pylori* infection and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Postgrad Med J*. 2023;99(1169):166-175. doi:10.1136/postgradmedj-2021-141127
9. Wang Z, Liu Y, Peng Y, et al. *Helicobacter pylori* infection-a risk factor for irritable bowel syndrome? An updated systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(8):1035. doi:10.3390/medicina58081035
10. Kim YA, Cho YJ, Kwak SG. The association between *Helicobacter pylori* infection and irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2524. doi:10.3390/ijerph17072524
11. Hamad AJ, Alnaji EK, Almohana SJ, et al. Association between *Helicobacter pylori* infection and irritable bowel syndrome. *Wiad Lek*. 2023;76(2):406-414. doi:10.36740/WLek202302123
12. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;10(7):712-721. doi:10.1016/j.cgh.2012.02.029
13. Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(8):473-486. doi:10.1038/s41575-020-0286-8
14. Liang CM, Hsu CH, Chung CH, et al. Risk for irritable bowel syndrome in patients with *Helicobacter pylori* infection: a nationwide population-based cohort study in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3737. doi:10.3390/ijerph17103737

Summary

ASSOCIATION BETWEEN *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME ACCORDING TO THE ROME IV CRITERIA

Irritable bowel syndrome (IBS) is a common functional gastrointestinal disorder that significantly affects patients' quality of life; however, the role of *Helicobacter pylori* infection in the pathogenesis of IBS remains controversial. A case-control study was conducted on 220 patients with gastrointestinal symptoms who underwent upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital, including 110 patients with IBS and 110 non-IBS controls, to determine the association between *Helicobacter pylori* infection and IBS according to Rome IV criteria. *Helicobacter pylori* infection was identified using the urease test from gastric mucosal biopsy specimens. The prevalence of *Helicobacter pylori* infection was higher in the IBS group than in the non-IBS group (61.4% vs. 38.6%, $p = 0.008$). Multivariate logistic regression analysis showed that *Helicobacter pylori* infection was independently associated with IBS (adjusted OR = 2.13; 95% CI: 1.18 – 3.85; $p = 0.01$). *Helicobacter pylori* infection was significantly associated with irritable bowel syndrome according to Rome IV criteria.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, *Helicobacter pylori*, ROME IV.