

ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ *HELICOBACTER PYLORI* BẰNG PHÁC ĐỒ PALB Ở BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Huỳnh Thị Thảo và Thái Thị Hồng Nhung✉

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Viêm loét dạ dày tá tràng do *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) là bệnh lý tiêu hóa phổ biến, việc nhận diện đặc điểm nội soi và đánh giá hiệu quả phác đồ PALB có ý nghĩa trong tối ưu hóa điều trị. Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo dõi dọc được thực hiện trên 96 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* nhằm khảo sát đặc điểm nội soi và đánh giá kết quả diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ PALB tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh. Kết quả cho thấy nội soi ghi nhận tổn thương thường gặp là viêm trợt phẳng kèm viêm teo (38,5%) và viêm sung huyết kèm viêm teo (27,1%), loét chủ yếu nhiều ổ (95,8%) và kích thước 5 – 10 mm (65,6%). Sau điều trị, cải thiện lâm sàng chung đạt 81,2%, nổi bật là giảm đau bụng (96,9%). Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* đạt 67,7% với tác dụng phụ là mệt mỏi, buồn nôn và đau đầu. Đa số bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt (77,1%). Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* thành công ở nhóm tuân thủ tốt cao hơn rõ rệt so với nhóm tuân thủ kém (78,4% so với 31,8%), $p < 0,001$.

Từ khóa: Kết quả điều trị, *Helicobacter pylori*, phác đồ PALB, loét dạ dày tá tràng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) vẫn là một gánh nặng y tế đáng kể do liên quan chặt chẽ với cơ chế bệnh sinh của viêm dạ dày mạn tính, loét dạ dày tá tràng và ung thư dạ dày. Phân tích gộp toàn cầu gần đây cho thấy tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở người lớn đã giảm theo thời gian, tuy nhiên vẫn còn ở mức cao trong giai đoạn 2015 – 2022.¹ Tại Việt Nam, đồng thuận của Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam (VNAGE) cũng nhấn mạnh *H. pylori* là nhiễm khuẩn còn phổ biến, tỷ lệ đề kháng kháng sinh ngày càng gia tăng và gánh nặng bệnh lý dạ dày liên quan *H. pylori* vẫn đáng kể, đặt ra nhu cầu cập nhật chiến lược chẩn đoán và điều trị phù hợp với bối cảnh trong nước.²

Trong điều trị diệt trừ *H. pylori*, đề kháng

kháng sinh ngày càng là thách thức lớn đối với hiệu quả phác đồ. Đồng thuận Maastricht VI/Florence ghi nhận điều trị *H. pylori* đang bị thách thức bởi tình trạng kháng kháng sinh gia tăng và nhấn mạnh vai trò lựa chọn hợp lý phác đồ bậc một cũng như phác đồ cứu vãn.³ Hướng dẫn của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ năm 2024 ưu tiên phác đồ bốn thuốc có bismuth được tối ưu hóa, đồng thời khuyến cáo chỉ sử dụng các phác đồ chứa levofloxacin khi có bằng chứng vi khuẩn còn nhạy với kháng sinh này.⁴ Trong đồng thuận của VNAGE 2022/2023, phác đồ PALB (phác đồ bốn thuốc gồm thuốc ức chế bơm proton, amoxicillin, levofloxacin và bismuth) không được xem là lựa chọn ưu tiên đầu tiên áp dụng thường quy cho mọi trường hợp, mà chủ yếu được cân nhắc như lựa chọn thay thế bậc một hoặc lựa chọn bậc hai trong một số bối cảnh lâm sàng nhất định.² Do đó, khi đánh giá hiệu quả của phác đồ PALB, cần đặt kết quả trong đúng bối cảnh chỉ định điều trị và thực hành lâm sàng thực tế.

Tác giả liên hệ: Thái Thị Hồng Nhung

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: tthongnhung@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 06/03/2026

Ngày được chấp nhận: 15/04/2026

Hiệu quả diệt trừ *H. pylori* của phác đồ PALB đã được ghi nhận qua một số nghiên cứu thực hành lâm sàng trong nước, với tỷ lệ dao động khoảng 73 – 92,8% giữa các cơ sở.^{5,6} Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh, phác đồ PALB hiện vẫn được áp dụng trong thực hành lâm sàng cho một số bệnh nhân nhiễm *H. pylori* theo chỉ định của bác sĩ điều trị. Tuy nhiên, dữ liệu thực tế tại địa phương về đặc điểm tổn thương nội soi và kết quả điều trị của phác đồ này còn hạn chế. Vì vậy, việc đánh giá kết quả điều trị của phác đồ PALB trong bối cảnh thực hành tại cơ sở nghiên cứu có ý nghĩa bổ sung dữ liệu thực tế, góp phần cung cấp thêm bằng chứng cho việc lựa chọn phác đồ phù hợp tại địa phương. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm nội soi và đánh giá kết quả điều trị *H. pylori* bằng phác đồ PALB ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh trong thời gian từ tháng 06/2025 đến tháng 01/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu, có triệu chứng lâm sàng gợi ý bệnh lý loét dạ dày tá tràng như đau hoặc nóng rát vùng thượng vị, buồn nôn, nôn, ợ hơi, ợ chua, đầy bụng, khó tiêu hoặc chán ăn. Chẩn đoán loét dạ dày tá tràng được xác định dựa trên hình ảnh loét qua nội soi. Chẩn đoán nhiễm *H. pylori* khi phương pháp xét nghiệm nhanh urease dương tính từ mẫu sinh thiết niêm mạc hang vị.²

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân dùng thuốc kháng thụ thể Histamin H2 hoặc thuốc ức chế bơm proton trong vòng 2 tuần, dùng kháng sinh hoặc

bismuth trong vòng 4 tuần trước khi nội soi thực hiện xét nghiệm chẩn đoán *H. pylori*; Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ở thực quản, dạ dày, tá tràng, hoặc có rối loạn đông cầm máu trước đó.²

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo dõi dọc.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó, với mức tin cậy 95%, chọn $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; chọn $p = 0,928$ là tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* thành công bằng phác đồ PALB ở bệnh nhân loét hành tá tràng theo nghiên cứu của Nguyễn Thành Chung (2024).⁶ d là sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,06$. Theo đó, cỡ mẫu tối thiểu tính được là 72 bệnh nhân. Sau khi dự trừ thêm 10% mất mẫu, cỡ mẫu cần thiết là 80 bệnh nhân.

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu nhận các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Trên thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 96 đối tượng thỏa tiêu chuẩn và đưa vào phân tích.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử nhiễm *H. pylori*, tiền sử gia đình có người thân sống chung nhiễm *H. pylori*, hút thuốc lá, uống rượu bia, triệu chứng lâm sàng (đau bụng [đau thượng vị, đau quanh rốn, cả hai], ợ hơi, đầy bụng, buồn nôn, nôn, chóng mặt).

Đặc điểm tổn thương niêm mạc dạ dày trên nội soi: dựa trên hệ thống Sydney, bao gồm viêm sung huyết, viêm trợt phẳng, viêm trợt nổi, viêm phì đại, hình ảnh gợi ý viêm teo, viêm trào ngược dịch mật và viêm xuất huyết. Đối với các trường hợp có hình ảnh gợi ý viêm teo trên nội soi, chúng tôi chỉ ghi nhận theo mô tả nội soi, không sử dụng biến này để kết luận mức độ

viêm mô học.²

Số lượng ổ loét: một ổ, nhiều ổ.

Kích thước ổ loét: < 5 mm, 5 - 10 mm, > 10 mm.

Kết quả tiết trừ bằng phác đồ PALB: Thành công, thất bại.² Việc kiểm tra lại tình trạng nhiễm *H. pylori* được tiến hành sau 4 tuần kể từ khi kết thúc điều trị bằng test hơi thở sử dụng đồng vị Carbon-13 (C13 urea breath test). Thành công khi test hơi thở sau điều trị âm tính với *H. pylori*.

Cải thiện triệu chứng sau điều trị bao gồm: cải thiện đau bụng, ợ hơi, đầy bụng, buồn nôn, nôn ói, chóng mặt.

Tác dụng phụ của phác đồ PALB: buồn nôn, nôn; đi ngoài phân đen; miệng có vị kim loại; chán ăn; mệt mỏi; táo bón; tiêu chảy; đau đầu, chóng mặt; nổi ban, dị ứng; đau khớp.

Đánh giá tuân thủ điều trị: được thực hiện dựa trên số lượng thuốc đã sử dụng so với số lượng thuốc được kê. Bệnh nhân được xem là tuân thủ tốt khi sử dụng $\geq 80\%$ tổng số thuốc được chỉ định. Tuân thủ từ 50% đến < 80% được xếp vào nhóm tuân thủ kém. Các trường hợp tuân thủ dưới 50% hoặc thiếu dữ liệu theo dõi sau điều trị không được đưa vào phân tích.

Bệnh nhân được tái khám sau 2 tuần để đánh giá cải thiện triệu chứng, tác dụng phụ và mức độ tuân thủ điều trị.

Phương pháp thu thập số liệu

Những bệnh nhân tham gia được nghiên cứu viên trực tiếp phỏng vấn, thăm khám lâm sàng, các thông tin về cận lâm sàng được ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án. Bệnh nhân được xác định nhiễm *H. pylori* khi xét nghiệm urease nhanh cho kết quả dương tính trên một mẫu sinh thiết niêm mạc hang vị, xét nghiệm được thực hiện bằng giấy thử HP Test Paper của hãng Lituo Biotechnology. Tiến hành điều trị phác đồ PALB tiết trừ *H. pylori* khi không có chống chỉ định. Bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ PALB trong 14 ngày, gồm PPI

liều chuẩn 2 lần/ngày trước các bữa ăn sáng và tối 30 phút; Amoxicillin 1000 mg 2 lần/ngày sau ăn sáng và tối; Levofloxacin 500 mg 1 lần/ngày vào cùng một thời điểm mỗi ngày; Bismuth 120 mg 4 lần/ngày sau các bữa ăn chính và trước khi ngủ.² Bệnh nhân được tái khám sau 2 tuần để đánh giá cải thiện triệu chứng, tác dụng phụ và mức độ tuân thủ điều trị. Việc kiểm tra lại tình trạng nhiễm *H. pylori* được tiến hành sau 4 tuần kể từ khi kết thúc điều trị bằng test hơi thở sử dụng đồng vị Carbon-13 (C13 urea breath test), bộ kit Urea 13C Breath test kit 75mg, hãng Richen-Force. Bệnh nhân ngưng PPI ít nhất 2 tuần và ngưng kháng sinh ít nhất 4 tuần trước thời điểm kiểm tra.

Phương pháp xử lý số liệu

Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm R phiên bản 4.5.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được kiểm tra phân phối bằng phép thử Shapiro–Wilk và được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn khi phân phối xấp xỉ chuẩn. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm được thực hiện bằng phép kiểm Chi-square hoặc phép kiểm chính xác Fisher khi thích hợp. Tất cả các phép kiểm đều là hai phía, với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt (số: 25.187. HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 06 năm 2025).

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu ghi nhận 96 trường hợp đến khám vì đau bụng (100%) và được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* điều trị với phác đồ PALB. Phần lớn đối tượng là nữ giới (64,6%) với độ tuổi trung bình là 41,1 \pm 14,2 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân loét dạ dày tá tràng trước điều trị

Đặc điểm (n = 96)	Tần số	Tỷ lệ	
Tiền sử có tiết trừ <i>H. pylori</i> trước đó	11	11,5	
Gia đình có người nhiễm <i>H. pylori</i>	46	47,9	
Hút thuốc lá	26	27,1	
Uống rượu bia	36	37,5	
<i>Đau bụng</i>	Thượng vị	28	29,2
	Quanh rốn	25	26,0
	Cả hai	43	44,8
Ợ hơi	77	80,2	
Đầy bụng	67	69,8	
Buồn nôn, nôn ói	53	55,2	
Chóng mặt	64	66,7	

Tiền sử đã tiết trừ *H. pylori* trước đó chiếm 11,5%. Về triệu chứng, ợ hơi (80,2%), đầy bụng (69,8%), chóng mặt (66,7%) và buồn nôn/nôn

ói (55,2%) khá thường gặp. Vị trí đau bụng gặp nhiều nhất là cả thượng vị và quanh rốn (44,8%), tiếp theo là thượng vị (29,2%).

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương viêm trên nội soi

Đặc điểm (n = 96)	Tần số	Tỷ lệ	
<i>Tổn thương viêm trên nội soi</i>	Viêm sung huyết	13	13,5
	Viêm trợt phẳng	1	1,0
	Viêm sung huyết + trợt phẳng	13	13,5
	Viêm sung huyết + trợt nổi	1	1,0
	Viêm sung huyết + viêm teo	26	27,1
	Viêm trợt phẳng + trợt nổi	1	1,0
	Viêm trợt phẳng + viêm teo	37	38,5
	Viêm sung huyết + trợt phẳng + viêm teo	4	4,2
<i>Số lượng ổ loét</i>	Một ổ	4	4,2
	Nhiều ổ	92	95,8
<i>Kích thước ổ loét</i>	< 5 mm	6	6,3
	5 – 10 mm	63	65,6
	> 10 mm	27	28,1

Tổn thương viêm trên nội soi chủ yếu là các dạng phối hợp, gặp nhiều nhất là viêm trợt phẳng + viêm teo (38,5%) và viêm sung huyết + viêm teo (27,1%). Đa số bệnh nhân có nhiều

ổ loét (95,8%) và kích thước ổ loét thường gặp nhất là 5 – 10 mm (65,6%), tiếp theo là > 10 mm (28,1%).

Bảng 3. Kết quả cải thiện một số triệu chứng sau 2 tuần điều trị

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cải thiện triệu chứng đau bụng	93/96	96,9
Cải thiện triệu chứng ợ hơi	65/77	84,4
Cải thiện triệu chứng đầy bụng	33/67	49,3
Cải thiện triệu chứng buồn nôn, nôn ói	29/53	54,7
Cải thiện triệu chứng chóng mặt	54/64	84,4
Cải thiện triệu chứng lâm sàng chung	78/96	81,2

Sau điều trị, tỷ lệ cải thiện triệu chứng cao nhất là đau bụng (96,9%). Các triệu chứng cải thiện tốt tiếp theo gồm ợ hơi (84,4%) và chóng

mặt (84,4%). Mức cải thiện thấp hơn ghi nhận ở buồn nôn/nôn ói (54,7%) và đầy bụng (49,3%). Tỷ lệ cải thiện triệu chứng lâm sàng chung là 81,2%.

Bảng 4. Phân bố kết quả diệt trừ *H. pylori* theo mức độ tuân thủ điều trị

Đặc điểm	Thành công, n (%)	Thất bại, n (%)	Giá trị p
Tuân thủ điều trị tốt	58 (78,4)	16 (21,6)	< 0,001*
Tuân thủ điều trị kém	7 (31,8)	15 (68,2)	
Tổng	65 (67,7)	31 (32,3)	

*Chi-square test

Đa số bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, chiếm 77,1%. Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* thành công ở nhóm tuân thủ tốt cao hơn rõ rệt so với nhóm

tuân thủ kém (78,4% so với 31,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* thành công chung đạt 67,7%.

Bảng 5. Tác dụng phụ khi điều trị phác đồ PALB

Tác dụng phụ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Buồn nôn	65	67,7
Đi ngoài phân đen	1	1,0
Chán ăn	56	58,3
Mệt mỏi	81	84,4
Táo bón	11	11,5
Tiêu chảy	7	7,3
Đau đầu	30	31,3

Tác dụng phụ thường gặp nhất khi điều trị bằng phác đồ PALB là mệt mỏi (84,4%), tiếp theo là buồn nôn (67,7%) và đau đầu (31,3%). Các tác dụng phụ khác gặp với tỷ lệ thấp hơn gồm táo bón (11,5%), tiêu chảy (7,3%), đi ngoài phân đen (1,0%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 96 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có nhiễm *Helicobacter pylori* điều trị bằng phác đồ PALB tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh cho thấy các tổn thương viêm chủ yếu là dạng phối hợp, trong đó viêm trợt phẳng kèm viêm teo chiếm 38,5% và viêm sung huyết kèm viêm teo chiếm 27,1%. Phần lớn bệnh nhân có nhiều ổ loét (95,8%) và kích thước ổ loét thường gặp nhất là 5 – 10 mm (65,6%). Sau điều trị bằng phác đồ PALB, đa số bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt, trong đó cải thiện đau bụng đạt tỷ lệ cao nhất. Đa số bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, chiếm 77,1%. Tỷ lệ tiết trừ *H. pylori* thành công ở nhóm tuân thủ tốt cao hơn rõ rệt so với nhóm tuân thủ kém (78,4% so với 31,8%), $p < 0,001$. Tuy nhiên, tỷ lệ tiết trừ *H. pylori* chung chỉ đạt 67,7%, các tác dụng phụ chủ yếu là mệt mỏi, buồn nôn và đau đầu.

Các đặc điểm lâm sàng và nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với đặc điểm bệnh học của nhiễm *H. pylori* đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây. Theo phân tích dịch tễ học toàn cầu của Chen và cộng sự, nhiễm *H. pylori* là nguyên nhân chính của viêm dạ dày mạn tính và chiếm tỷ lệ cao trong các trường hợp loét dạ dày tá tràng.¹ Ngoài ra, đồng thuận của Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam cũng ghi nhận rằng bệnh nhân nhiễm *H. pylori* thường biểu hiện bằng các triệu chứng khó tiêu chức năng như đau thượng vị, đầy bụng, buồn nôn và ợ hơi. Đồng thời, nội soi có thể ghi nhận nhiều dạng tổn thương khác nhau từ viêm sung huyết, viêm trợt đến viêm

teo niêm mạc.² Những tổn thương viêm phối hợp được ghi nhận phổ biến trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tiến trình bệnh sinh của *H. pylori*. Trong đó, vi khuẩn kích hoạt phản ứng viêm mạn tính thông qua cơ chế tăng sản xuất cytokine tiền viêm như IL-1 β và TNF- α , gây phá hủy tuyến niêm mạc và dẫn đến biến đổi teo niêm mạc dạ dày theo thời gian.⁷

Về đặc điểm ổ loét, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân có nhiều ổ loét và kích thước ổ loét trung bình 5 – 10 mm. So với nghiên cứu của Nguyễn Thành Chung trên bệnh nhân loét hành tá tràng tại Nghệ An, trong đó 84,7% ổ loét có kích thước ≤ 1 cm và 15,3% > 1 cm, nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng ghi nhận tỷ lệ ổ loét lớn cao hơn.⁶ Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ trên bệnh nhân loét tá tràng có nhiễm *H. pylori* cũng cho thấy đa số bệnh nhân chỉ có 1 ổ loét (84,3%) và kích thước thường gặp nhất là 5 – 9 mm (65,0%), trong khi tỷ lệ ổ loét ≥ 15 mm chỉ chiếm 13,3%.⁸ So với hai nghiên cứu này, nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng ghi nhận tỷ lệ nhiều ổ loét và ổ loét kích thước lớn cao hơn. Sự khác biệt này có thể liên quan đến khác biệt về quần thể nghiên cứu, do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm loét dạ dày tá tràng ở nhiều vị trí, trong khi nghiên cứu của Nguyễn Thành Chung chỉ khảo sát loét hành tá tràng.⁶ Vì vậy, việc so sánh trực tiếp đặc điểm kích thước ổ loét giữa hai nghiên cứu cần được diễn giải thận trọng. Bên cạnh đó, sự xuất hiện nhiều ổ loét trên nền tổn thương viêm niêm mạc có thể được giải thích bởi cơ chế bệnh sinh của *H. pylori*.⁹ Vi khuẩn này bám vào lớp biểu mô dạ dày, kích hoạt phản ứng viêm mạn tính thông qua tăng sản xuất các cytokine tiền viêm và làm rối loạn điều hòa tiết gastrin và somatostatin. Hậu quả là tăng tiết acid dạ dày và suy giảm hàng rào bảo vệ niêm mạc, từ đó tạo điều kiện hình thành ổ loét ở nhiều vị trí khác nhau trong

dạ dày và tá tràng.⁹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị bằng phác đồ PALB, tỷ lệ cải thiện triệu chứng lâm sàng chung đạt 81,2%, trong đó cải thiện đau bụng đạt 96,9%, ợ hơi 84,4% và chóng mặt 84,4%. Kết quả này cho thấy điều trị tiết trừ *H. pylori* không chỉ có vai trò loại bỏ vi khuẩn mà còn góp phần cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng liên quan đến viêm niêm mạc dạ dày. Nhận định này phù hợp với một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trước đây trên 404 bệnh nhân khó tiêu chức năng nhiễm *H. pylori*, trong đó tỷ lệ bệnh nhân báo cáo cải thiện triệu chứng toàn thể sau điều trị tiết trừ đạt 78,1%, cao hơn đáng kể so với 67,5% ở nhóm chứng.¹⁰ Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, một số triệu chứng như đầy bụng (49,3%) và buồn nôn hoặc nôn (54,7%) cải thiện ở mức thấp hơn so với đau bụng. Điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Suguo Suzuki trước đây khi cho thấy một số triệu chứng tiêu hóa chức năng có thể tồn tại ngay cả sau khi tiết trừ *H. pylori* thành công.¹¹ Những triệu chứng này có thể liên quan đến rối loạn nhu động dạ dày hoặc rối loạn điều hòa trục não – ruột chứ không hoàn toàn phụ thuộc vào sự hiện diện của vi khuẩn.¹²

Tỷ lệ tiết trừ *H. pylori* thành công chung trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 67,7%, thấp hơn một số báo cáo gần đây tại Việt Nam về phác đồ PALB. Cụ thể, Huỳnh Hiếu Tâm và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tiết trừ 73,2% trên 71 bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng tại Cần Thơ, khá gần với kết quả của chúng tôi.⁵ Trong khi đó, Nguyễn Thành Chung báo cáo tỷ lệ tiết trừ 92,8% trên 111 bệnh nhân loét hành tá tràng tại Nghệ An.⁶ Nghiên cứu của Võ Duy Thông và cộng sự (2025) về PALB bậc hai cũng ghi nhận hiệu quả ở mức trung bình, với tỷ lệ tiết trừ 78,2% theo phân tích dự định điều trị có hiệu chỉnh.¹³ Sự khác biệt giữa các nghiên cứu này cho thấy hiệu quả của phác đồ PALB trong thực hành lâm sàng có thể thay đổi tùy theo quần

thể bệnh nhân, bối cảnh chỉ định điều trị và điều kiện tại từng cơ sở.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, chiếm 77,1%. Đáng chú ý, tỷ lệ tiết trừ thành công ở nhóm tuân thủ tốt cao hơn rõ rệt so với nhóm tuân thủ kém, lần lượt là 78,4% so với 31,8%, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này phù hợp với xu hướng ghi nhận trong nghiên cứu của Nguyễn Thành Chung, trong đó tỷ lệ tiết trừ ở nhóm tuân thủ tốt đạt 96,2% so với 42,9% ở nhóm tuân thủ kém.⁶ Như vậy, bên cạnh đặc điểm của phác đồ, mức độ tuân thủ điều trị có thể là một yếu tố quan trọng liên quan đến kết quả tiết trừ *H. pylori*.

Ngoài tuân thủ điều trị, hiệu quả tiết trừ chưa cao của PALB trong nghiên cứu này cũng có thể liên quan đến bối cảnh kháng levofloxacin tại Việt Nam. Một nghiên cứu tại khu vực Đông Nam Bộ ghi nhận tỷ lệ kháng levofloxacin của *H. pylori* là 40,5%, đồng kháng clarithromycin–levofloxacin là 30,7%, và tác giả khuyến nghị nên cân nhắc thử độ nhạy với levofloxacin trước khi lựa chọn các phác đồ thay thế.¹⁴ Một nghiên cứu phân tích kiểu gen gần đây tại Việt Nam cũng cho thấy tỷ lệ kháng levofloxacin ở mức 53,6%, đồng thời các đột biến *gyrA* được ghi nhận ở cả bệnh nhân chưa điều trị và đã thất bại điều trị trước đó.¹⁵ Những dữ liệu này gợi ý rằng tình trạng kháng levofloxacin có thể là một yếu tố góp phần làm giảm hiệu quả của các phác đồ chứa levofloxacin khi sử dụng theo kinh nghiệm. Về mặt bệnh học, sự kháng levofloxacin của *H. pylori* thường liên quan đến các đột biến trong gen *gyrA* và *gyrB* của vi khuẩn, làm thay đổi cấu trúc DNA gyrase và giảm khả năng gắn kết của kháng sinh, từ đó làm giảm hiệu quả của phác đồ điều trị ngay cả khi bệnh nhân tuân thủ điều trị đầy đủ.^{16,17} Đối với địa bàn Tây Ninh, hiện trong phạm vi tài liệu chúng tôi rà soát chưa ghi nhận được công bố riêng về tỷ lệ tiết trừ của phác đồ PALB hoặc

tình trạng kháng levofloxacin của *H. pylori* tại địa phương. Vì vậy, kết quả của nghiên cứu này trước hết có giá trị như dữ liệu thực tế ban đầu tại cơ sở nghiên cứu, đồng thời cho thấy cần có thêm các nghiên cứu tại Tây Ninh và khu vực lân cận để làm rõ hơn đặc điểm kháng thuốc và vị trí phù hợp của phác đồ PALB trong thực hành lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tác dụng phụ thường gặp nhất là mệt mỏi (84,4%), buồn nôn (67,7%) và đau đầu (31,3%). Phần lớn các tác dụng phụ này ở mức độ nhẹ và không dẫn đến ngừng điều trị. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trước đây về phác đồ PALB. Nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm và cộng sự ghi nhận các tác dụng phụ thường gặp của phác đồ này bao gồm chán ăn (11,3%), phân đen (8,5%), vị đắng miệng (4,2%) và đau đầu (2,8%), và hầu hết đều ở mức độ nhẹ. Các tác dụng phụ này chủ yếu liên quan đến đặc điểm dược lý của các kháng sinh trong phác đồ điều trị.⁵ Tuy nhiên, đa số các tác dụng phụ này có tính chất thoáng qua và ít ảnh hưởng đến việc hoàn thành liệu trình điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc không có nhóm chứng, do đó chưa thể so sánh trực tiếp hiệu quả của phác đồ PALB với các phác đồ điều trị khác. Thứ hai, cỡ mẫu nghiên cứu còn tương đối nhỏ, được thực hiện tại một trung tâm duy nhất và sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, do đó khả năng khái quát kết quả cho quần thể rộng hơn còn hạn chế. Thứ ba, một số đặc điểm tổn thương niêm mạc dạ dày như hình ảnh gợi ý viêm teo chỉ được ghi nhận dựa trên mô tả nội soi mà chưa được đối chiếu mô bệnh học, vì vậy cần diễn giải thận trọng. Ngoài ra, nghiên cứu chưa đánh giá tình trạng kháng kháng sinh của *H. pylori*, đặc biệt là kháng levofloxacin, trong khi đây là yếu tố có thể ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả diệt trừ

vi khuẩn. Bên cạnh đó, quần thể nghiên cứu không hoàn toàn đồng nhất về tiền sử điều trị *H. pylori* trước đó, do một tỷ lệ bệnh nhân đã từng được diệt trừ *H. pylori*, trong khi số còn lại chưa có tiền sử điều trị. Sự không đồng nhất này có thể ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị và kết quả diệt trừ, nên cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả nghiên cứu. Cuối cùng, thời gian theo dõi sau điều trị còn ngắn và chưa đánh giá được nguy cơ tái nhiễm hoặc tái phát lâu dài. Các nghiên cứu trong tương lai cần được thiết kế với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm, có đánh giá kháng kháng sinh và sử dụng các phương pháp đánh giá chuẩn hóa hơn để cung cấp bằng chứng mạnh hơn về hiệu quả của phác đồ PALB.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ PALB trong nghiên cứu này đạt tỷ lệ diệt trừ *Helicobacter pylori* 67,7% và giúp cải thiện rõ các triệu chứng lâm sàng, đặc biệt là đau bụng, trong khi các triệu chứng như đầy bụng và buồn nôn hoặc nôn cải thiện hạn chế hơn. Đa số bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, chiếm 77,1% và tỷ lệ diệt trừ thành công ở nhóm này cao hơn so với nhóm tuân thủ kém. Các tác dụng không mong muốn được ghi nhận khá thường gặp nhưng chủ yếu ở mức độ nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen YC, Malferttheiner P, Yu HT, et al. Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection and Incidence of Gastric Cancer Between 1980 and 2022. *Gastroenterology*. Apr 2024;166(4):605-619. doi:10.1053/j.gastro.2023.12.022
2. Quach DT, Mai BH, Tran MK, et al. Vietnam Association of Gastroenterology (VNAGE) consensus on the management of *Helicobacter pylori* infection. *Frontiers in medicine*. 2022;9:1065045. doi:10.3389/fmed.2022.1065045

3. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. Aug 8 2022;doi:10.1136/gutjnl-2022-327745
4. Chey WD, Howden CW, Moss SF, et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. *The American journal of gastroenterology*. Sep 1 2024;119(9):1730-1753. doi:10.14309/ajg.0000000000002968
5. Huỳnh Hiếu Tâm, Trần Đình Trí, Nguyễn Thị Phi Loan. Kết quả điều trị Helicobacter pylori bằng phác đồ PALB ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 11/17 2025;555(3)doi:10.51298/vmj.v555i3.16100
6. Nguyễn Thành Chung. Đánh giá hiệu quả phác đồ PALB ở bệnh nhân loét hành tá tràng có nhiễm *H. pylori* tại Phòng khám Nội Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 01/07 2025;66. doi:10.52163/yhc.v66i1.1917
7. Shirani M, Shariati S, Bazdar M, et al. The immunopathogenesis of Helicobacter pylori-induced gastric cancer: a narrative review. *Frontiers in microbiology*. 2024;15:1395403. doi:10.3389/fmicb.2024.1395403
8. Nguyễn Thanh Liêm, Nguyễn Bá Vượng, Đinh Thị Phương Liên, và cs. Hiệu quả điều trị loét tá tràng có nhiễm Helicobacter pylori. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;522(1):230-234. doi:10.51298/vmj.v522i1.4267
9. Ali A, AlHussaini KI. Helicobacter pylori: A Contemporary Perspective on Pathogenesis, Diagnosis and Treatment Strategies. *Microorganisms*. Jan 22 2024;12(1) doi:10.3390/microorganisms12010222
10. Mazzoleni LE, Sander GB, Francesconi CF, et al. Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia: HEROES trial. *Archives of internal medicine*. Nov 28 2011;171(21):1929-36. doi:10.1001/archinternmed.2011.533
11. Suzuki S, Kanno T, Koike T, et al. Epidemiology of dyspepsia and esophagogastroduodenoscopic findings in the era of Helicobacter pylori eradication. *World journal of gastroenterology*. Oct 7 2025;31(37):110942. doi:10.3748/wjg.v31.i37.110942
12. Pasricha PJ, Talley NJ. Functional Dyspepsia. 2026;394(2):166-176. doi:doi:10.1056/NEJMcp2501860
13. Vo TD, Ngan TT, Trinh TTT. Diminishing Efficacy of Second-Line Levofloxacin-Based Quadruple Therapy in Helicobacter pylori Eradication: A Prospective Real-World Study in Vietnam Amid Rising Antibiotic Resistance. *Antibiotics (Basel, Switzerland)*. Aug 14 2025;14(8)doi:10.3390/antibiotics14080826
14. Dang NQH, Ha TMT, Nguyen ST, et al. High rates of clarithromycin and levofloxacin resistance of Helicobacter pylori in patients with chronic gastritis in the south east area of Vietnam. *J Glob Antimicrob Resist*. Sep 2020;22:620-624. doi:10.1016/j.jgar.2020.06.007
15. Tran VH, Nguyen TMN, Le PTQ, et al. Current status of Helicobacter pylori resistance to clarithromycin and levofloxacin in Vietnam: Results from molecular analysis of gastric biopsy specimens. *J Glob Antimicrob Resist*. Mar 2024;36:76-82. doi:10.1016/j.jgar.2023.12.026
16. Hong TC, El-Omar EM, Kuo YT, et al. Primary antibiotic resistance of Helicobacter pylori in the Asia-Pacific region between 1990 and 2022: an updated systematic review and meta-analysis. *The lancet Gastroenterology & hepatology*. Jan 2024;9(1):56-67. doi:10.1016/s2468-1253(23)00281-9
17. Francesco VD, Zullo A, Hassan C, et al. Mechanisms of Helicobacter pylori antibiotic resistance: An updated appraisal. *World journal of gastrointestinal pathophysiology*. Jun 15 2011;2(3):35-41. doi:10.4291/wjgp.v2.i3.35

Summary

ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF *HELICOBACTER PYLORI* ERADICATION WITH THE PALB REGIMEN IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL PEPTIC ULCER DISEASE

Helicobacter pylori (*H. pylori*) – associated gastroduodenal peptic ulcer disease is a common gastrointestinal disorder, and characterization of endoscopic findings together with evaluation of the effectiveness of the PALB regimen is clinically meaningful for treatment optimization. A cross-sectional descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 96 patients with gastroduodenal peptic ulcer disease and *H. pylori* infection to investigate endoscopic characteristics and assess the outcomes of *H. pylori* eradication with the PALB regimen at Tay Ninh General Hospital. The results showed that the most common endoscopic lesions were flat erosive gastritis with atrophy (38.5%) and erythematous gastritis with atrophy (27.1%). Ulcers were predominantly multiple (95.8%) and most commonly measured 5 – 10 mm (65.6%). After treatment, the overall clinical improvement rate was 81.2%, with the most marked improvement observed in abdominal pain (96.9%). The overall *H. pylori* eradication rate was 67.7%, and the most frequently reported adverse effects were fatigue, nausea, and headache. Most patients demonstrated good treatment adherence (77.1%). The eradication success rate was significantly higher in the good-adherence group than in the poor-adherence group (78.4% vs 31.8%, $p < 0.001$).

Keywords: Treatment outcomes, *Helicobacter pylori*, PALB regimen, gastroduodenal peptic ulcer disease.