

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ *HELICOBACTER PYLORI*

I. ĐỊNH NGHĨA

Helicobacter pylori (H. pylori) là xoắn khuẩn Gram âm, hiếu khí, kích thước từ 0,2 - 0,5µm, có nhiều chiên mao. Sống trong lớp nhầy trên bề mặt niêm mạc dạ dày. lây nhiễm qua đường ăn uống, nước bọt. Tiết ra men urease và nhiều yếu tố làm tổn thương niêm mạc dạ dày, phá hủy lớp màng nhầy. Hoạt động tốt trong môi trường acid.

II. CHẨN ĐOÁN

- Khuyến cáo xét nghiệm chẩn đoán H. Pylori đối với những bệnh nhân sau:
 - Có tiền sử bị loét dạ dày, trừ khi đã điều trị H. Pylori
 - Chứng khó tiêu cần nội soi đường tiêu hóa trên
 - Loét dạ dày đang hoạt động
 - Sau khi cắt bỏ ung thư dạ dày giai đoạn sớm
 - MALT lymphoma
- Cần nhắc xét nghiệm chẩn đoán H. Pylori đối với những bệnh nhân sau:
 - Bắt đầu sử dụng lâu dài các thuốc kháng viêm NSAIDs
 - Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn
 - Chứng khó tiêu không kèm các triệu chứng báo động (xuất huyết tiêu hóa, ói nhiều, đau bụng nhiều, khó nuốt, sụt cân...)
 - Đang điều trị với aspirin liều thấp, lâu dài
 - Thiếu máu thiếu sắt không rõ nguyên nhân
- Không có đủ bằng chứng để khuyến cáo xét nghiệm đối với những bệnh nhân sau:
 - Bệnh trào ngược dạ dày thực quản nhưng chưa từng có loét dạ dày trước đây
 - Nôn ghén nặng
 - Polyp dạ dày tăng sản
 - Tiền sử gia đình bị ung thư dạ dày
 - Viêm dạ dày dạng lympho

III. CẬN LÂM SÀNG GIÚP CHẨN ĐOÁN:

- Test nhanh urease: Độ nhạy (93-97%) và độ đặc hiệu (95-100%), được khuyến cáo nếu không xử dụng PPI trong vòng 2 tuần qua hoặc bismuth trong vòng 4 tuần. Có thể âm tính giả khi đang xuất huyết tiêu hóa trên.

- Test hơi thở (PY Test): Độ nhạy (85%) và độ đặc hiệu (79%), được khuyến cáo chẩn đoán H.pylori nếu không có triệu chứng báo động và để kiểm tra hiệu quả diệt trừ H.pylori.

- Xét nghiệm tìm kháng thể trong huyết thanh: Có độ nhạy (95-100%) và độ đặc hiệu (91-98%). Nhưng độ chính xác thấp hơn sau điều trị, tránh dùng đối với bệnh nhân đã điều trị H.pylori trước đây.
- Nuôi cấy vi khuẩn: Độ nhạy (70-80%) và độ đặc hiệu (100%) nhưng độ nhạy thấp, mắc tiền, khó thực hiện. Được khuyến cáo kèm với nội soi sau khi điều trị thất bại, dùng để đánh giá độ nhạy của cảm với kháng sinh.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Chỉ định điều trị tiệt trừ khi nhiễm H.pylori ở những bệnh nhân:
 - Loét dạ dày-tá tràng.
 - U MALT
 - Viêm dạ dày mạn thể teo.
 - Có người thân quan hệ huyết thống trực tiếp bị ung thư dạ dày (cha mẹ, anh chị em ruột).
 - Sau phẫu thuật điều trị K dạ dày.
 - Bệnh nhân mong muốn(sau khi đã được BS thảo luận và tư vấn kỹ).
 - Rối loạn tiêu hóa không do loét.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ *H.pylori*

- Vì tỉ lệ đề kháng Clarithromycin của H.pylori ở Việt Nam > 25 % nên chúng ta chỉ sử dụng những phác đồ không có Clarithromycin.

-

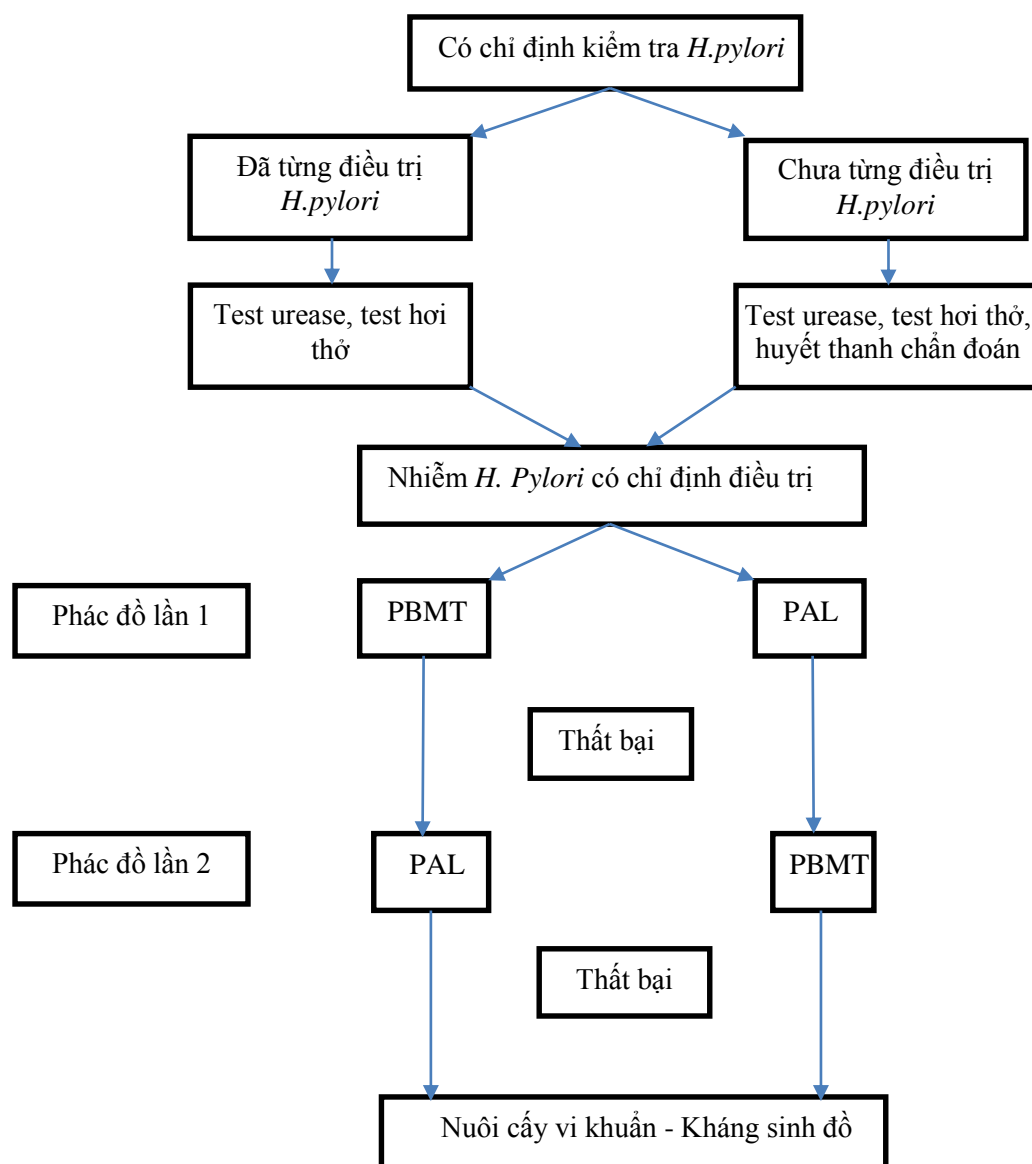
Phác đồ	Thuốc	Lần dùng/ngày	Số ngày điều trị
PBMT	PPI	2 lần	14 ngày
	Bismuth subcitrate (120-300mg) hoặc subsalicylate (300mg)	4 lần	
	Tetracycline (500mg)	4 lần	
	Metronidazole (250-500mg)	4 lần (250mg) 3 lần (500mg)	
	Hoặc Tinidazole (500mg)	4 lần	
PAL	PPI	2 lần	14 ngày
	Amoxicillin (500mg)	4 lần	

	Levofloxacin (500mg)	1 lần	
--	----------------------	-------	--

Ghi chú: PPI: Omeprazol 40mg, esomeprazol 40mg, pantoprazol 40mg, rabeprazol 20mg

*** Ngưng PPI ít nhất 2 tuần và Bismuth ít nhất 4 tuần trước khi kiểm tra hiệu quả diệt trừ *H.pylori*

LƯU ĐỒ HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ *HELICOBACTER PYLORI*



Chú thích: P: PPI, B: Bismuth, M: Metronidazole hoặc Tinidazole, T: Tetracycline A: Amoxicillin, L: Levofloxacin

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fallone CA, Chiba N, van Zanten SV, et al. The Toronto consensus for the treatment of *Helicobacter pylori* infection in adults. *Gastroenterology* 2016; 151:51-69.
2. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG clinical guideline: treatment of *Helicobacter pylori* Am J Gastroenterol 2017; 112:212-39
3. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* Gut 2015;64:1353-67.
4. Malfertheiner P et al. Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut* 2016 Oct 5