

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ VIÊM DẠ DÀY MẠN NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Thái Thị Kim Tươi¹, Nguyễn Chí Toàn¹, Giang Thị Thu Hồng¹,
Đinh Thị Thanh Loan¹ và Nguyễn Thị Thu Hương^{2*}

¹Trường Đại học Tây Đô

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

(*Email: huongsam@hotmail.com)

Ngày nhận: 01/10/2022

Ngày phản biện: 26/02/2023

Ngày duyệt đăng: 20/4/2023

TÓM TẮT

Viêm dạ dày mạn nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) có thể dẫn đến ung thư dạ dày. Các phác đồ điều trị viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori* được cập nhật với tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn. Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori* ở bệnh nhân ngoại trú và đánh giá hiệu quả điều trị cũng như sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2020. Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên hồi cứu thông tin thu thập từ 166 bệnh án ngoại trú và dùng thang đánh giá tuân thủ Morisky – 8 để đánh giá tuân thủ điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy phác đồ điều trị *H. pylori* bậc 1 được sử dụng cho tất cả bệnh nhân trong đó liệu pháp đầu tiên kết hợp 3 loại thuốc ức chế bơm proton (PPI) + Amoxicillin + Clarithromycin được sử dụng nhiều nhất (76,51%). Thuốc PPI được sử dụng nhiều nhất là Esomeprazol chiếm 66,27%. Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* sau điều trị đạt 88,55%. Mức độ tuân thủ điều trị tốt của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 66,27%. Tỷ lệ bệnh nhân không còn các triệu chứng lâm sàng của bệnh là 33,53%. Có mối liên hệ giữa mức độ tuân thủ và tỷ lệ diệt trừ *H. pylori*. Cần cập nhật liên tục các hướng dẫn điều trị, cải thiện khâu tư vấn và giáo dục sức khỏe.

Từ khóa: *Helicobacter pylori*, PPI, tuân thủ điều trị, viêm dạ dày mạn

Trích dẫn: Thái Thị Kim Tươi, Nguyễn Chí Toàn, Giang Thị Thu Hồng, Đinh Thị Thanh Loan và Nguyễn Thị Thu Hương, 2023. Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị viêm dạ dày mạn nhiễm *Helicobacter pylori* tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô. 17: 222-233.

*PGS.TS. Nguyễn Thị Thu Hương – Giảng viên Khoa Dược, Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn là một bệnh khá phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Trong đó, *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) được xem là tác nhân chủ yếu gây viêm dạ dày mạn ở người lớn, trẻ em và là nguyên nhân chính gây loét dạ dày-tá tràng dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng đến sức khỏe, chất lượng sống. Tổ chức Y tế thế giới xác định việc điều trị diệt trừ *H. pylori* là một trong các biện pháp chủ yếu ngăn ngừa ung thư dạ dày (International Agency for Research on Cancer - *Helicobacter pylori* Working Group, 2014). Tại Việt Nam, đã có nhiều đề tài về bệnh viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori* được thực hiện. Tuy nhiên, các đề tài này chủ yếu tập trung vào các khía cạnh y học của bệnh mà chưa có nhiều nghiên cứu về việc lựa chọn, sử dụng thuốc điều trị viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori*. Hiện nay, viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori* được điều trị nội khoa là chính. Xu hướng chung là loại trừ nguyên nhân gây bệnh, diệt vi khuẩn *H. pylori*, bình thường hóa chức năng của dạ dày, nâng cao khả năng miễn dịch sinh học của cơ thể và tăng cường quá trình tái tạo niêm mạc dạ dày (Chey et al., 2017). Vấn đề điều trị diệt trừ *H. pylori* không đơn giản là dùng một thuốc kháng sinh mà phác đồ điều trị viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori* có hiệu quả cần phải phối hợp ba thuốc và với những trường hợp thất bại trong điều trị diệt trừ *H. pylori* lần đầu phải dùng phác đồ điều trị bốn thuốc.

Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ là một trong những bệnh viện lớn với đội

ngũ bác sĩ chuyên sâu, luôn chú trọng đến nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Hiện nay, đối tượng bệnh nhân mắc viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori* đến khám tại bệnh viện ngày càng tăng. Tuy nhiên, chưa có đề tài phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori*. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu được tiến hành nhằm hai mục tiêu: Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori* tại bệnh viện và Đánh giá mối liên quan giữa mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân và hiệu quả diệt *H. pylori*.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả hồ sơ bệnh án ngoại trú và phiếu trả lời câu hỏi của bệnh nhân đến khám tại Phòng khám Nội tiêu hóa - Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, được bác sĩ chẩn đoán viêm dạ dày mạn có *H. pylori* từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2020 thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ như sau:

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Lâm sàng: có triệu chứng đường tiêu hóa trên như đau bụng hoặc nóng rát thượng vị, đầy bụng, chướng hơi, ợ hơi, ợ chua, mau no, chán ăn, buồn nôn và nôn ói.

- Nội soi: có tổn thương viêm dạ dày đơn thuần.

- Xét nghiệm urease nhanh (CLO test) dương tính.

- Có sức khỏe tâm thần bình thường, có khả năng giao tiếp và đối thoại trực tiếp bằng tiếng phổ thông và trình độ tối thiểu để hoàn thành phiếu trả lời câu hỏi.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đang điều trị các bệnh lý: tim mạch, hô hấp, gan, thận, bệnh ác tính hoặc có bệnh rối loạn đông máu trước đó.

- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đang có thai hoặc cho con bú, có tiền sử phẫu thuật ở thực quản, dạ dày, tá tràng, chống chỉ định nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu dữ liệu (Mục tiêu 1) và phiếu trả lời câu hỏi của bệnh nhân đến khám tại phòng khám Nội tiêu hóa (Mục tiêu 2).

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, thu được 166 hồ sơ bệnh án thỏa điều kiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

- Tỷ lệ bệnh nhân theo giới tính, tuổi.

+ Giới tính: nam, nữ.

+ Tuổi: chia thành các nhóm tuổi: từ 18-29, từ 30-39, từ 40-49, từ 50-59 và 60 tuổi trở lên.

- Đặc điểm về nghề nghiệp: cán bộ, nông dân, nội trợ, hưu trí-cao tuổi, khác.

- Thời gian mắc bệnh: chia thành 3 nhóm dưới 5 năm, từ 5-10 năm, từ 10 năm trở lên.

- Các triệu chứng xuất hiện ở bệnh nhân: đau bụng, đầy hơi, buồn nôn, nôn, ợ chua...

- Tiền sử điều trị *H. pylori*: trước và trong quá trình điều trị có thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán và kiểm tra hiệu quả điều trị:

+ Nội soi kiểm tra vi khuẩn *H. pylori*

+ Xét nghiệm urease nhanh (CLO test)

+ Xét nghiệm hơi thở

Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị viêm dạ dày mạn nhiễm H. pylori

- Phác đồ điều trị (Bộ Y tế, 2015):

+ Phác đồ điều trị vi khuẩn *H. pylori* bậc 1: liệu pháp trị liệu ba thuốc.

+ Phác đồ điều trị vi khuẩn *H. pylori* bậc 2: liệu pháp trị liệu bốn thuốc.

+ Phác đồ điều trị vi khuẩn *H. pylori* kế tiếp.

- Các nhóm thuốc hỗ trợ điều trị.

- Tương tác thuốc: tra cứu trên phần mềm Medscape và Drugs.com, và tính tỷ lệ % số lần cặp tương tác xuất hiện trong cỡ mẫu.

- Tần suất bệnh nhân gặp tác dụng không mong muốn của thuốc.

Tuân thủ điều trị và hiệu quả điều trị

- Thực trạng tuân thủ điều trị: tỷ lệ trả lời có/không cho mỗi câu hỏi trong thang

đánh giá tuân thủ Morisky – 8 (Morisky et al., 2008).

- Ảnh hưởng của mức độ tuân thủ dùng thuốc đến hiệu quả điều trị.

- Hiệu quả điều trị dựa vào test thở sau khi dùng kháng sinh 4 tuần và sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng: đau bụng, nôn, biếng ăn, ợ hơi, đầy bụng.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Phần mềm thống kê SPSS 22.0 được sử dụng và phương pháp thống kê mô tả: tần suất và tỉ lệ phần trăm với các biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn với biến số định lượng, so sánh tỉ lệ dùng phép kiểm chi bình phương và mức ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu có 166 hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, số lượng bệnh nhân nữ là 52,41% nhiều hơn bệnh nhân nam là 47,59%, nhiều nhất ở độ tuổi khoảng từ 50 đến 59 tuổi (36,75%) và thời gian mắc bệnh phần lớn dưới 5 năm là 73,49%. Đau bụng thượng vị là triệu chứng phổ biến nhất nhất, gặp ở 67,47% và kèm theo đau bụng thượng vị thường là đau rối loạn tiêu hóa, khó tiêu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=166)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nữ	87	52,41
Nam	79	47,59
Tuổi		
18-29	9	5,42
30-39	29	17,47
40-49	52	31,32
50-59	61	36,75
≥60	15	9,04
Nghề nghiệp		
Nông dân	34	20,48
Nội trợ	22	13,25
Cán bộ	81	48,80
Hưu trí + Người già	15	9,04
Khác	14	8,43
Thời gian mắc bệnh		
<5	122	73,49
≥5-10	30	18,07
≥ 10	14	8,43

Tiền sử điều trị <i>H. pylori</i>		
Chưa điều trị	135	81,33
Từng điều trị thất bại	31	18,67
Triệu chứng lâm sàng		
Đau bụng thượng vị	112	67,47
Cảm giác nóng rát - xót thượng vị	97	58,43
Đầy bụng, khó tiêu	94	56,63
Ợ hơi	77	46,39
Ăn mau no	73	43,98
Bụng chướng hơi	71	42,77
Chán ăn	58	34,94
Ợ chua	57	34,34
Buồn nôn	56	33,73
Nôn ói	14	8,43

3.2. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc

Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân được chỉ định phác đồ điều trị vi

khuẩn *H. pylori* bậc 1: Liệu pháp trị liệu ba thuốc (Bảng 2).

Bảng 2. Phác đồ điều trị *H. pylori* (n=166)

Loại phác đồ		Thuốc phối hợp	Số lượng	Tỷ lệ %	
Phác đồ điều trị vi khuẩn <i>H. pylori</i> bậc 1: Liệu pháp trị liệu ba thuốc.	Liệu pháp đầu tiên	PPI + Amoxicillin + Clarithromycin	127	76,51	
		PPI + Amoxicillin + Metronidazol	8	4,82	
		PPI + Amoxicillin + Levofloxacin	31	18,67	
	Liệu pháp lần 2	PPI + Tetracylin + Bismuth+ Metronidazol	0	0	
		Liệu pháp lần 3	Levofloxacin+ Bismuth+ PPI+ Amoxicillin	0	0
Tổng			166	100	

Esomeprazol là thuốc sử dụng phối hợp phổ biến nhất với phác đồ diệt *H. pylori* (66,27%) do Esomeprazol là thuốc kháng acid mạnh và có hiệu quả cao khi kết hợp

kháng sinh trong phác đồ diệt *H. pylori*. Cụ thể tỷ lệ các thuốc PPI được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Tỷ lệ thuốc PPI được sử dụng

Hoạt chất	Liều lượng	Số lượng	Tỷ lệ %
Rabeprazol	20 mg x 2	50	30,12
Lansoprazol	30 mg x 2	6	3,61
Esomeprazol	20 mg x 2	110	66,27
Tổng		166	100

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 4 cho thấy hầu hết các bệnh nhân đều được chỉ định dùng kết hợp với thuốc hỗ trợ điều trị bệnh. Nhóm thuốc chống nôn, giảm đầy hơi sử dụng với tỷ lệ cao 59,64%, nhóm thuốc bảo vệ niêm mạc chiếm 54,22%.

Các thuốc khác như trị tổn thương niêm mạc, chống co thắt, vitamin và khoáng chất, an thần, sắt cũng được sử dụng để điều trị hỗ trợ tùy vào tình trạng của từng bệnh nhân.

Bảng 4. Tỷ lệ các nhóm thuốc điều trị hỗ trợ

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Số lượng	Tỷ lệ %
Bảo vệ niêm mạc	Magnesi trisilicat – Nhôm hydroxid. Attapulgit hoạt hóa + Hỗn hợp Magnesi - carbonat - Nhôm hydroxid, Sucralfat.	90	54,22
Tổn thương niêm mạc	Rebamipid	81	48,79
Chống nôn giảm đầy hơi	Simethicon, Levosulpirid, Domperidon, Itoprid hydrochlorid, Almagat, Biodiastas.	99	59,64
Chống co thắt	Trimebutin, Alverin citrat	78	46,99
Vitamin và khoáng chất	Vitamin C, Calcium, Magne B6, Vitamin D.	49	29,52
An thần	Sulpirid, Etifoxin, Diazepam	5	3,01
Sắt	Sắt sulfat, Sắt fumarat	6	3,61

Khi đánh giá tương tác thuốc, nghiên cứu ghi nhận các PPI như Omeprazol và Esomeprazol có tương tác với chế phẩm chứa sắt với tỷ lệ lần lượt 1,2% và 1,8%. Để tránh tương tác này nên sử dụng 2 nhóm thuốc cách xa nhau và giám sát hiệu quả điều trị của chế phẩm sắt khi có

dùng đồng thời với các thuốc PPI. Tương tác của Omeprazol với Diazepam có tỷ lệ là 0,6%. PPI có thể làm tăng nồng độ và tác dụng của Diazepam trong máu. Điều này có thể làm tăng nguy cơ bị các phản ứng phụ bao gồm buồn ngủ quá nhiều và khó thở.

Bảng 5. Tần suất các tác dụng phụ thường gặp

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mệt mỏi	85	51,20
Miệng vị kim loại	54	32,53
Buồn nôn	46	27,71
Khô miệng	38	22,89
Chóng mặt	35	21,08
Nhức đầu	34	20,48

Tác dụng phụ hay gặp là mệt mỏi, miệng vị kim loại, buồn nôn, khô miệng, chóng mặt, nhức đầu với tần suất gặp phải ở mức độ nhẹ là 68,67%, mức độ vừa là 13,25%, mức độ nặng là 0,6% và không có bệnh nhân nào gặp phải mức độ rất nặng (Bảng 5).

3.3. Tuân thủ điều trị và hiệu quả điều trị

Kết quả thể hiện ở Bảng 6 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân cho biết đã từng quên uống thuốc rất cao chiếm 55,42% nhưng trong

hai tuần gần đây nhất có 35 bệnh nhân (21,08%) quên sử dụng thuốc và chỉ có 2 bệnh nhân (1,2%) cho biết là chưa uống thuốc vào ngày trước ngày đến khám. Có 87 bệnh nhân (chiếm 52,41%) cảm thấy phiền phức với liệu trình sử dụng thuốc lâu dài. Có 56 bệnh nhân từng tự ý ngừng sử dụng thuốc trong một khoảng thời gian nào đó mà không có bất cứ thông báo nào cho bác sĩ điều trị. Có 26 bệnh nhân chiếm khoảng 15,66% mẫu nghiên cứu cho biết đã ngừng sử dụng thuốc khi bệnh đã được kiểm soát.

Bảng 6. Bảng câu hỏi đánh giá mức độ tuân thủ dùng thuốc

Câu hỏi	Số lượng (n = 166)	Tỷ lệ (%)
1. Quên uống thuốc	92	55,42
2. Trong 2 tuần vừa qua, có lúc quên dùng thuốc	35	21,08
3. Giảm hoặc ngưng thuốc mà không báo cho bác sĩ	56	33,73
4. Quên mang thuốc khi đi xa	31	18,67
5. Chưa uống thuốc ngày hôm qua	2	1,20
6. Ngưng thuốc khi bệnh đã được kiểm soát	26	15,66
7. Cảm giác phiền khi phải điều trị dài ngày	87	52,41
8. Tần suất gặp khó khăn khi phải nhớ uống thuốc nhiều lần		
A. Không bao giờ/ hiếm khi	127	6,51
B. Một lần trong khoảng thời gian điều trị	3	1,81
C. Thỉnh thoảng	24	14,46
D. Thường xuyên	10	6,02
E. Luôn luôn	2	1,20

Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt chiếm 22,29% và tuân thủ mức độ kém là phần lớn với 66,27% so với tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ mức độ trung bình là 11,45%. Kết quả đánh giá được thể hiện ở Bảng 7.

Bảng 7. Mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân (n=166)

Mức độ tuân thủ	Tổng điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	0-1	110	66,27
Trung bình	2-3	37	22,29
Kém	4-8	19	11,44

Hiệu quả điều trị bệnh nhân không còn *H. pylori* chiếm tỉ lệ cao 88,55% và sự cải thiện triệu chứng lâm sàng được trình bày ở Bảng 8.

Bảng 8. Kết quả diệt *H. pylori* và sự cải thiện triệu chứng lâm sàng

	Số lượng (n=166)	Tỷ lệ %
Kết quả diệt <i>H. pylori</i>		
<i>H. pylori</i> (-)	147	88,55
<i>H. pylori</i> (+)	19	11,45
Sự cải thiện triệu chứng lâm sàng		
Khỏi	54	33,53
Đỡ	96	57,83
Không thay đổi	16	9,64

Nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan giữa mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân và hiệu quả diệt *H. pylori* đạt ý nghĩa thống kê với $p=0,032 (<0,05)$.

Bảng 9. Liên quan giữa kết quả diệt *H. pylori* theo mức độ tuân thủ dùng thuốc

Mức độ tuân thủ (n= 166)	Kết quả diệt <i>H. pylori</i>			
	<i>H. pylori</i> (-)		<i>H. pylori</i> (+)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ %
Cao (n=110)	102	69,39	8	42,10
Trung bình (n=37)	31	21,09	6	31,58
Kém (n=19)	14	9,52	5	26,32
Tổng	147	100	19	100
$p = 0,032 < 0,05$				

4. THẢO LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân nữ (52,41%) cao hơn bệnh nhân nam, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Chung et al., (2007) là 60,7%. Kết quả tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 52,36 cao hơn khi so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Chung và ctv., (2007) $40,5 \pm 9,9$ tuổi và Kalkan et al., (2016) là $43,5 \pm 13,2$ tuổi. Sự khác biệt này có thể do phân bố ngẫu nhiên dân số theo khu vực địa lý, phần khác là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tất cả đều là bệnh nhân có *H. pylori*.

Đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất, trong đó đa phần là đau thượng vị chiếm 67,47% và kèm theo đau thượng vị thường là đau rối loạn tiêu hóa, khó tiêu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Ngọc Quý Huệ (2018) với tỷ lệ 68,8%. Triệu chứng nôn ói ít gặp với 8,43%. Nghiên cứu của Chang et al. (2009) cho thấy: Khoảng 70% trường hợp viêm dạ dày tá tràng không có triệu chứng. Bệnh nhân viêm dạ dày tá tràng không có triệu chứng sau này có thể xuất hiện các biến chứng liên quan đến loét như xuất huyết hoặc loét. Do vậy, các bệnh nhân dù không có triệu chứng cũng không thể loại trừ nguy cơ có tổn thương dạ dày-tá tràng.

Với đặc điểm 81,33% bệnh nhân viêm dạ dày mạn có *H. pylori* chưa được điều trị và 18,67% bệnh nhân đã từng điều trị tiết trừ thất bại trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Ngọc Quý Huệ (2018) có 75,0% bệnh

nhân chưa được điều trị và 25,0% bệnh nhân đã từng điều trị thất bại. Những số liệu trên cho thấy việc cần thiết của tăng cường tư vấn và giáo dục kiến thức về bệnh lý để giúp bệnh nhân được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và triệt để.

Trong nghiên cứu này, toàn bộ bệnh nhân có test *H. pylori* dương tính đều được điều trị với phác đồ bậc 1 có phối hợp PPI với kháng sinh. Trong đó, phác đồ Clarithromycin + Amoxicilin + PPI được sử dụng phổ biến nhất chiếm 76,51%. Phác đồ Clarithromycin + Amoxicilin + PPI là phác đồ được lựa chọn rộng rãi nhất trên thế giới cũng như ở Việt Nam trong suốt một thập kỉ qua (còn được gọi là phác đồ chuẩn) đã đạt hiệu quả tiết trừ từ 80-90% (Hoàng Trọng Thăng và Phan Thị Minh Hương, 2007). Tuy nhiên gần đây hiệu quả của phác đồ này đã giảm xuống do sự xuất hiện kháng Clarithromycin ngày càng gia tăng. Trên thế giới, giai đoạn 2009-2014, tổng hợp của Ghotaslou et al. (2015) cho thấy tỷ lệ *H. pylori* đề kháng Clarithromycin chung là 19,74% ở ngưỡng đề kháng tối đa 20% khi chọn lựa phác đồ kinh nghiệm lần đầu để điều trị tiết trừ *H. pylori* theo hướng dẫn Maastricht IV. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Đặng Ngọc Quý Huệ (2018) ghi nhận tỷ lệ *H. pylori* đề kháng clarithromycin chung là 72,5%. Tỷ lệ đề kháng Clarithromycin ở bệnh nhân có tiền sử điều trị thất bại là 94,3% cao hơn ở bệnh nhân chưa điều trị là 66,1%, $p < 0,005$. Do đó, để đem lại hiệu quả điều trị, cần phải đánh giá được tình trạng kháng thuốc của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này, nhóm ức chế bơm proton có ba dược chất được sử dụng là Esomeprazol, Lansoprazol, Rabeprazol. Esomeprazol được sử dụng nhiều nhất chiếm 66,27%, Rabeprazol chiếm 30,12%, Lansoprazol chiếm 3,61%. Thuốc ức chế bơm proton có tác dụng chọn lọc trên tế bào thành dạ dày nên thuốc tác dụng nhanh và hiệu quả hơn các thuốc khác. Fallone et al., (2016) đã thực hiện một nghiên cứu cho thấy phối hợp Amoxicillin và Clarithromycin thì tỷ lệ diệt *H. pylori* là 26%, khi thêm Omeprazol tỉ lệ này là 95%. Dùng Metronidazol và Clarithromycin thì tỷ lệ diệt *H. pylori* là 72%, khi thêm Omeprazol tỉ lệ này là 91%, tỷ lệ làm lành vết loét có thể đạt 95% sau 8 tuần điều trị và rất ít ảnh hưởng đến khối lượng dịch vị, sự bài tiết pepsin, yếu tố nội dạ dày và sự co bóp dạ dày.

Tổng số tác dụng phụ của nghiên cứu là 292 biến cố xảy ra trong tổng số 166 bệnh án khảo sát. Tác dụng phụ hay gặp nhất ở mức độ nhẹ (68,67%). Tỷ lệ tương tác thuốc được ghi nhận ở mức độ thấp. Kết quả này thấp hơn của O'Connor et al. (2009) ghi nhận 401 biến cố (gồm 385 sự cố nhẹ và vừa, 16 sự cố nặng) xảy ra trên 130 bệnh nhân trong tổng số 177 người tham gia điều trị bằng phác đồ 4 thuốc Esomeprazol, Bismuth, Metronidazol và Tetracyclin. Như vậy, việc phối hợp sử dụng thuốc tại bệnh viện là khá tốt, ít các tác động xấu từ thuốc tới bệnh nhân.

Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* sau điều trị khá cao chiếm 88,55%. Tuy nhiên có 11,45% bệnh nhân vẫn còn *H. pylori* sau điều trị.

Tỷ lệ bệnh nhân không còn các triệu chứng lâm sàng của bệnh là 33,53%. Bệnh nhân giảm các triệu chứng là 57,83%.

Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt chiếm phần lớn với 66,27%. Bệnh nhân tuân thủ ở mức trung bình 22,29% và tuân thủ kém có 11,44%. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc tốt và trung bình trong mẫu nghiên cứu khá cao 88,56%. Tỷ lệ này cũng khá tương đồng với tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt 97,0% trong quá trình điều trị tiệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ 4 thuốc Esomeprazol, Bismuth, Metronidazol và Tetracyclin trong 10 ngày của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ (2018).

Nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan giữa mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân và hiệu quả diệt *H. pylori* đạt ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo O'Connor et al. (2009), hiệu quả điều trị tiệt trừ *H. pylori* phụ thuộc vào các nhóm yếu tố có liên quan đến bệnh nhân, đến chủng *H. pylori* và sự tác động của nhà lâm sàng lên người bệnh. Tuân thủ điều trị bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố bao gồm yếu tố chủ quan như tính cách và triệu chứng lâm sàng của người bệnh; các yếu tố khách quan như số liệu hằng ngày và tính phức tạp của phác đồ, tác dụng phụ và độ dài liệu trình điều trị, bác sĩ có tư vấn và cung cấp thông tin đầy đủ cho người bệnh hay không và những ích lợi mà phác đồ mang đến cho bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Phác đồ điều trị *H. pylori* bậc 1 kết hợp 3 loại thuốc ức chế bơm proton (PPI) + Amoxicillin + Clarithromycin được sử dụng cho bệnh nhân viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori* là hợp lý và an toàn. Esomeprazol được sử dụng nhiều nhất trong phác đồ là một PPI ít gây tương tác thuốc, tác dụng phụ. Có mối liên hệ giữa mức độ tuân thủ và tỷ lệ diệt trừ *H. pylori*. Nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt có tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* sau điều trị khá cao. Tỷ lệ bệnh nhân không còn các triệu chứng lâm sàng của bệnh là 33,53% và giảm các triệu chứng lâm sàng là 57,83%. Cần tăng cường phối hợp giữa bác sĩ điều trị, dược sĩ và bệnh nhân trong việc điều trị. Ngoài ra cần có các giải pháp giúp cải thiện hơn kiến thức và mức độ tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, 2015. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, tr. 178-180.
2. Chang Wei-Lun, Sheu Bor-Shyang, Cheng Hsiu-Chi, Yang Yao-Jong, Yang Hsiao-Bai, Wu Jiunn-Jong, 2009. Resistance to metronidazole, clarithromycin and levofloxacin of *Helicobacter pylori* before and after clarithromycin-based therapy in Taiwan. *J Gastroenterol Hepatol*, 24(7), pp.1230-1235.
3. Chey, W. D., Leontiadis, G. I., Howden, C. W., Moss, S. F., 2017. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *Am J Gastroenterol*, 112(2), pp.212-239.
4. Đặng Ngọc Quý Huệ, 2018. Nghiên cứu tỷ lệ kháng clarithromycin, levofloxacin của *Helicobacter pylori* bằng epsilometer và hiệu quả của phác đồ ebmt ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. Luận án Tiến sỹ. Đại học Y Hà Nội.
5. Fallone Carlo A, Naoki Chiba, Sander Veldhuyzen van Zanten, Lori Fischbach, Javier P Gisbert, Richard H Hunt, Nicola L Jones, Craig Render, Grigorios I Leontiadis, Paul Moayyedi, John K Marshall, 2016. The Toronto Consensus for the Treatment of *Helicobacter pylori* Infection in Adults. *Gastroenterology*, 151(1), pp.51-69.
6. Ghotaslou Reza, Leylabadlo Hamed Ebrahimzadeh, and Asl Yalda Mohammadzadeh, 2015. Prevalence of antibiotic resistance in *Helicobacter pylori*: A recent literature review. *World J Methodol*. 5(3), pp.164-174.
7. Hoàng Trọng Thăng và Phan Thị Minh Hương, 2007. Nghiên cứu hiệu quả liệu pháp kết hợp Esomeprazole + Clarithromycine + Amoxicillin trong điều trị loét dạ dày-tá tràng có nhiễm *Helicobacter pylori*. *Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam* 5, tr.279-283.
8. International Agency for Research on Cancer - *Helicobacter pylori* Working Group, 2014. *Helicobacter pylori* Eradication as a Strategy for Preventing Gastric Cancer. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC Working Group Reports, No 8).

9. Kalkan Ismail Hakki, Sapmaz Ferdane, Güliter Sefa, Atasoy Pınar, 2016. Severe gastritis decreases success rate of *Helicobacter pylori* eradication, Wien Klin Wochenschr, 128(9-10), pp. 329-334.

10. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H, 2008. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control. Journal of Hypertension, 10(5), pp. 348-354.

11. Nguyễn Quang Chung, Tạ Long, Trịnh Tuấn Dũng, 2007. Hình ảnh nội soi, mô bệnh học của viêm dạ dày mạn có nhiễm *Helicobacter pylori*. Tạp chí Khoa học tiêu hóa Việt Nam, II (7), tr. 389-394.

12. O'Connor John P. Anthony, Taneike Ikue, O'Morain Colm, 2009. Improving compliance with *Helicobacter pylori* eradication therapy: when and how? Therap Adv Gastroenterol, 2(5), pp. 273-279.

SITUATION OF PRESCRIBED DRUGS TO TREAT *HELICOBACTER PYLORI*-INDUCED CHRONIC GASTRITIS AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Thai Thi Kim Tươi¹, Nguyen Chi Toan¹, Giang Thi Thu Hong¹,
Dinh Thi Thanh Loan¹ and Nguyen Thi Thu Huong^{2*}

¹Tay Do University

²Hong Bang International University

(*Email: huongsam@hotmail.com)

ABSTRACT

Helicobacter pylori (*H. pylori*) chronic gastritis can lead to gastric cancer. Treatment guidelines for *H. pylori* have been updated based on the antimicrobial resistance of *H. pylori*. The study was conducted to analyze the situation of drug use to treat *Helicobacter pylori*-induced chronic gastritis in outpatients, and evaluate the therapeutic outcome as well as medication adherence in investigation samples at Can Tho City General Hospital in 2020. A cross-sectional descriptive study analyzed 166 outpatients' medical records, and the 8-item Morisky Medication Adherence Scale was applied to investigate medical adherence. The results showed that the first-line *H. pylori* treatment regimen was used in which the first combination of 3 drugs PPI + Amoxicillin + Clarithromycin was the highest applied prescription (76,51%). The most used PPI drug was Esomeprazol, accounting for 66,27%. The ratio of *H. pylori* eradication after treatment was 88,55%. The level of good medical adherence was recorded at 66,27%. The rate of patients without clinical symptoms of the disease was 33,53%. Our results indicated a relationship between the degree of treatment adherence and the ratio of *H. pylori* eradication. Treatment guidelines need to be continuously updated, and health education and counseling improved.

Keywords: Adherence, chronic gastritis, *Helicobacter pylori*, PPI