

## GUIDELINES ĐIỀU TRỊ *HELOCOBACTER PYLORI* Ở TRẺ EM VÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN THEO ESPGHAN/NASPGHAN 2016

### TỔNG QUAN

Nhiễm *Helicobacter pylori* mắc phải ở trẻ em và vẫn là nguyên nhân quan trọng gây bệnh loét dạ dày (PUD) và ung thư dạ dày. Tuy nhiên, so với người lớn thì trẻ em và trẻ vị thành niên ít phát triển các biến chứng của nhiễm trùng. Hơn thế nữa, nhiễm *H pylori* trong giai đoạn sớm liên quan đến lợi ích miễn dịch trong giai đoạn sau này.

### CÁC KHUYẾN CÁO CHUNG

1, Chúng tôi khuyến cáo mục tiêu chính khi đánh giá các triệu chứng tiêu hóa nên xác định dựa vào bệnh lý nền gây ra triệu chứng và không chỉ đơn độc dựa vào sự hiện diện của *H pylori*.

2a, Chúng tôi khuyến cáo trong quá trình nội soi ngoài sinh thiết cho RUT (rapid urease test) và chỉ nên cấy nếu khả năng là sẽ điều trị khi nhiễm trùng được xác nhận.

2b, Chúng tôi đề xuất nếu tình cờ phát hiện nhiễm *H pylori* khi nội soi, điều trị có thể được xem xét cẩn thận sau khi đã thảo luận kĩ về nguy cơ và lợi ích điều trị *H pylori* với bệnh nhân/gia đình.

2c, Chúng tôi khuyến cáo chống lại chiến lược "xét nghiệm và điều trị" nhiễm *H pylori* ở trẻ em.

3, Chúng tôi khuyến cáo xét nghiệm *H pylori* ở trẻ viêm loét dạ dày hoặc tá tràng. Nếu xác định nhiễm *H pylori*, nên khuyến điều trị và tuyệt trừ.

4, Chúng tôi khuyến cáo chống lại việc test *H pylori* ở trẻ đau bụng chức năng (FAP)

5a, Chúng tôi khuyến cáo chống lại việc test *H pylori* là một phần trong xét nghiệm ban đầu ở trẻ thiếu máu thiếu sắt.

5b, Chúng tôi đề xuất ở trẻ thiếu máu thiếu sắt (IDA) dai dẳng đã loại trừ các nguyên nhân khác, xem xét nội soi tiêu hóa test *H pylori*.

6, Chúng tôi đề xuất test *H pylori* không xâm lấn có thể được xem xét trong xét nghiệm tìm nguyên nhân gây ban xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (ITP) mạn tính.

7, Chúng tôi khuyến cáo chống lại việc test *H pylori* trong tìm các nguyên nhân gây tầm vóc thấp.

8, Chúng tôi khuyến cáo trước khi test *H pylori*, dùng PPI ít nhất 2 tuần và dùng kháng sinh ít nhất 4 tuần.

9a, Chúng tôi khuyến cáo chẩn đoán nhiễm *H pylori* dựa vào (a) mô bệnh học (histopathology) (viêm dạ dày dương tính với *H pylori*) kèm theo ít nhất 1 test dương tính dựa vào sinh thiết hoặc (b) cấy dương tính.

9b, Chúng tôi khuyến cáo chẩn đoán nhiễm *H pylori* trong nội soi tiêu hóa trên, lấy ít nhất 6 mẫu sinh thiết ở dạ dày.

10, Chúng tôi khuyến cáo chống lại việc dùng các xét nghiệm dựa vào kháng thể (IgG, IgA) trong huyết thanh, máu toàn phần, nước tiểu và tuyến nước bọt đối với *H pylori* trong bệnh cảnh lâm sàng.

11, Chúng tôi khuyến cáo làm kháng sinh đồ với các chủng *H pylori*, và điều trị tiệt trừ theo nó.

12, Chúng tôi khuyến cáo hiệu quả điều trị đầu tay được đánh giá theo các trung tâm khu vực/quốc gia.

13, Chúng tôi khuyến cáo các bác sĩ lâm sàng giải thích với bệnh nhân/gia đình về tầm quan trọng của tuân thủ điều trị thuốc diệt *H pylori*.

14, Chúng tôi khuyến cáo điều trị đầu tay cho *H pylori* được liệt kê trong bảng bên dưới.

15, Chúng tôi khuyến cáo kết cục điều trị thuốc diệt *H pylori* được đánh giá ít nhất 4 tuần sau khi hoàn thành điều trị bằng cách sử dụng một trong các xét nghiệm sau. (a) Test C13-Urea trong hơi thở (C13-UBT) hoặc (b) Test kháng nguyên đơn dòng trong phân 2-bước.

16, Chúng tôi khuyến cáo khi điều trị *H pylori* thất bại, điều trị rescue nên được cá thể hóa dựa vào kháng sinh đồ, lứa tuổi của trẻ và các lựa chọn kháng sinh sẵn có.

## CÁC KHUYẾN CÁO CỤ THỂ

---

**Khuyến cáo 1:** Chúng tôi khuyến cáo mục đích chính của đánh giá lâm sàng các triệu chứng tiêu hóa là để xác định bệnh lý nền gây ra triệu chứng và không chỉ dựa vào sự hiện diện của nhiễm *H pylori*. *Agreement 100%*

*Practice Point:*

- Không có sự hiện diện của PUD – được hiểu là loét dạ dày hoặc tá tràng, tiệt trừ *H pylori* không kỳ vọng là sẽ cải thiện được triệu chứng.

**Khuyến cáo 2a:** Chúng tôi khuyến cáo trong nội soi tiêu hóa sinh thiết làm test RUT (rapid urease test) và chỉ cấy nếu như khả năng sẽ điều trị cho trẻ khi xác định có nhiễm. *Agreement 86%*

**Khuyến cáo 2b:** Chúng tôi đề xuất là nếu nhiễm *H pylori* phát hiện tình cờ qua nội soi, điều trị có thể xem xét sau khi đã thảo luận cẩn thận với bệnh nhân/gia đình. Khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp. *Agreement 86%*

*Practice Point:*

- Nếu nội soi có nốt sần hang vị (antral nodularity) mà không có tổn thương loét niêm mạc dạ dày hoặc tá tràng) được tìm thấy, sinh thiết cho RUT, chỉ cần để chẩn đoán nhiễm *H pylori* và định hướng điều trị nếu khả năng sẽ điều trị sau khi xác định có nhiễm.
- Điều trị diệt *H pylori* ở trẻ không có PUD (như mô tả bảng 1), bác sĩ nên giải thích nhiễm *H pylori* không gây ra các triệu chứng, và do đó điều trị *H pylori* không kỳ vọng là chữa khỏi các triệu chứng. Thảo luận với bố mẹ hoặc trẻ bao gồm nguy cơ phát triển biến chứng liên quan đến nhiễm trùng (PUD, ung thư dạ dày) giai đoạn sau nhiều hơn là các nguy cơ tiềm ẩn của điều trị (eg, điều trị thất bại, tác dụng phụ của kháng sinh như tiêu chảy, đau bụng co thắt, hoặc thay đổi hệ vi sinh đường ruột).

Kháng sinh nhạy	Điều trị đề xuất
Có kháng sinh đồ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nhạy CLA và MET</li> <li>• Kháng CLA, nhạy MET</li> <li>• Kháng MET, nhạy CLA</li> <li>• Kháng CLA và MET</li> </ul>	→ PPI-AMO-CLA 14d với liều chuẩn* → PPI-AMO-MET 14d hoặc bismuth-based <sup>†</sup> → PPI-AMO-CLA 14d hoặc bismuth-based <sup>†</sup> → PPI-AMO-MET 14d với liều cao amoxicillin hoặc bismuth-based <sup>†, *</sup>
Không biết	→ PPI-AMO-MET 14d hoặc bismuth-based <sup>†, *</sup>

AMO = amoxicillin; CLA = clarithromycin; MET = metronidazole; PPI = proton pump inhibitor.  
<sup>\*</sup>Hoặc điều trị tuần tự trong 10d (xem khuyến cáo 14).  
<sup>†</sup>Trong trường hợp dị ứng penicillin: nếu chủng nhạy CLA và MET, dùng phác đồ 3 thuốc theo liều chuẩn với MET thay cho AMO; nếu chủng kháng CLA, điều trị bismuth-based với tetracyclin thay cho AMO nếu trẻ trên 8 tuổi.  
<sup>\*</sup>Hoặc điều trị đồng thời (PPI-AMO-MET-CLA) trong 14d.

Thuốc	Cân nặng	Liều sáng, mg	Liều tối, mg
PPI <sup>*</sup>	15-24 kg	20	20
	25-24 kg	30	30
	>35 kg	40	40
Amoxicillin	15-24 kg	500	500
	25-34 kg	750	750
	>35 kg	1000	1000
Clarithromycin	15-24 kg	250	250
	25-34 kg	500	250
	>35 kg	500	500
Metronidazole	15-24 kg	250	250
	25-34 kg	500	250*
	>35 kg	600	500
Bismuth <sup>xx</sup>	<10 tuổi	262 QID	
	>10 tuổi	524 QID	

<sup>\*</sup>Liều các nhóm thuốc ức chế bơm proton không tương đương nhau. Xem thêm ở khuyến cáo 14.  
<sup>\*</sup>Nếu dùng hỗn hợp dịch uống của metronidazole, liều có thể được chia đôi mỗi 12 giờ.  
<sup>xx</sup>Bismuth ở Mỹ và Canada là dạng bismuth subsalicylate.

Cân nặng	Liều sáng, mg	Liều tối, mg
15-24 kg	750	750
24-34 kg	1000	1000
>35 kg	1500	1500

**Khuyến cáo 2c.** Chúng tôi khuyến cáo chống lại chiến lược “test and treat” *H pylori* ở trẻ em. Mức khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp. Agreement 100%.

*Practice Points:*

- Mục tiêu của đánh giá là phát hiện bệnh lý gây ra triệu chứng ở đứa trẻ. Vì các bằng chứng hiện tại cho thấy nhiễm *H pylori* không gây ra triệu chứng nếu không gây loét (PUD), thực hiện test không xâm lấn để phát hiện nhiễm và điều trị nếu test dương tính là điều không cần thiết.

**Khuyến cáo 3.** Chúng tôi khuyến cáo test *H pylori* được thực hiện ở trẻ viêm loét dạ dày hoặc tá tràng. Nếu xác định nhiễm *H pylori* nên điều trị và tiệt trừ. Khuyến cáo mạnh, mức bằng chứng cao. Agreement 100%.

*Practice Points:*

- Mặc dù nhiễm *H pylori* chỉ là một trong những nguyên nhân gây loét dạ dày hoặc tá tràng ở trẻ em, nhưng nó là nguyên nhân có thể chữa khỏi. Tiệt trừ nhiễm trùng ngăn ngừa loét tái phát. Nếu loét hoặc sẹo có thể nhìn thấy trong nội soi tiêu hóa trên, nên sinh thiết để phát hiện sự hiện diện của *H pylori*.
- PPI đơn trị liệu có thể tiếp tục sau khi đã điều trị tiệt trừ 2-4 tuần ở những bệnh nhân PUD.
- Tiệt trừ thành công *H pylori* liên quan đến chữa khỏi PUD và nguy cơ rất thấp bị tái phát. Do đó theo dõi điều trị ở những bệnh nhân 4-6 tuần sau khi ngưng kháng sinh và ít nhất 2 tuần sau khi ngưng PPI. Trong những trường hợp điều trị thất bại, bệnh nhân nên được điều trị rescue therapy như Bảng 4.

Initial antibiotic susceptibility	Past treatment regimen	Rescue treatment
1, Nhạy Clarithromycin & Metronidazole	Triple therapy sử dụng amoxicillin và clarithromycin Triple therapy sử dụng amoxicillin và metronidazole	Triple therapy sử dụng amoxicillin và metronidazole Triple therapy sử dụng amoxicillin và clarithromycin
2, Nhạy Clarithromycin & Metronidazole	Sequential therapy	Xem xét nội soi lần 2 và điều trị tailored treatment trong 14d; hoặc điều trị như phác đồ kháng cả hai thuốc (bảng 1)*
3, Kháng Clarithromycin	Triple therapy sử dụng metronidazole	Điều trị như phác đồ kháng 2 thuốc (bảng 1)*
4, Kháng Metronidazole	Triple therapy sử dụng clarithromycin	Xem xét nội soi lần 2 và tailored treatment trong 14d hoặc điều trị như phác đồ kháng 2 thuốc (bảng 1)*
5, Không rõ kháng sinh đồ	Triple therapy hoặc sequential therapy	Xem xét thực hiện nội soi lần 2 để đánh giá độ nhạy kháng sinh; hoặc điều trị như phác đồ kháng kép (bảng 1)*

\* Ở trẻ vị thành niên: xem xét levofloxacin hoặc tetracycline

- Uống thuốc ức chế tiết acid và kháng sinh làm giảm độ nhạy cho tất cả các test dựa vào sinh thiết trong nhiễm *H pylori*. Trước nội soi cần khai thác chính xác tiền sử dùng thuốc trong 4 tuần trước đó ở trẻ và người chăm sóc.
- Chảy máu đang hoạt động làm giảm độ nhạy của test sinh thiết.
- Nếu nghi ngờ test sinh thiết âm tính giả do uống thuốc hoặc chảy máu đang hoạt động, thực hiện test không xâm lấn có thể hữu ích trong việc xác định loét có thể liên quan đến nhiễm *H pylori*.
- Tiệt trừ *H pylori* thành công liên quan đến long-term cure PUD ở trẻ. Do đó theo dõi điều trị thành công sau 4-6 tuần sau ngừng điều trị và điều trị lại ở những trường hợp thất bại là bắt buộc ở những bệnh nhân này.

**Khuyến cáo 4.** Chúng tôi khuyến cáo chống lại test chẩn đoán nhiễm *H pylori* ở trẻ rối loạn đau bụng chức năng (functional abdominal pain disorders). Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng cao. Agreement 100%.

*Practice Points:*

- Trẻ đau bụng tái phát không có bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào khả năng là đau bụng chức năng không phụ thuộc tình trạng *H pylori*.
- Các dấu hiệu cảnh báo bao gồm đau  $\frac{1}{4}$  bụng trên hoặc bụng dưới bên phải, nuốt khó, nuốt đau, nôn ói dai dẳng, xuất huyết tiêu hóa, sụt cân không chủ ý, đường cong tăng trưởng đi xuống, dậy thì muộn, sốt không rõ nguyên nhân, và tiền sử gia đình có bệnh lý ruột viêm, bệnh celiac hoặc PUD.
- Các test không xâm lấn dương tính có thể làm cho trẻ đau bụng chức năng hoặc bố mẹ trẻ lo lắng, hậu quả là nội soi tiêu hóa trên. Do đó, test chẩn đoán nhiễm trùng không nên làm ở những trẻ này.

**Khuyến cáo 5a.** Chúng tôi khuyến cáo chống lại test chẩn đoán nhiễm *H pylori* là một phần trong xét nghiệm ban đầu ở trẻ thiếu máu thiếu sắt (IDA). Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng trung bình. Agreement 93%.

**Khuyến cáo 5b.** Chúng tôi đề xuất trẻ IDA dai dẳng sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác, xem xét nội soi tiêu hóa trên test *H pylori*. Khuyến cáo yếu. Mức bằng chứng thấp. Agreement 100%.

*Practice Points*

- Chẩn đoán IDA dựa vào cả tình trạng thiếu máu và thiếu sắt cùng hiện diện.
- Trẻ IDA nên được quản lý theo guidelines điều trị IDA dựa vào bệnh cảnh lâm sàng và độ tuổi của đứa trẻ.
- Test không xâm lấn *H pylori* không được khuyến cáo là một phần trong xét nghiệm ban đầu ở trẻ IDA.
- Nếu nội soi tiêu hóa trên là chỉ điểm lâm sàng trong quản lý IDA dai dẳng để bổ sung sắt, sinh thiết để chẩn đoán *H pylori* như khuyến cáo 9 có thể được xem xét.

- Nếu phát hiện nhiễm *H pylori* trong bệnh cảnh IDA dai dẳng, điều trị diệt trừ *H pylori* nên kết hợp với bổ sung sắt.
- Test không xâm lấn *H pylori* trong bệnh cảnh IDA dai dẳng không được khuyến cáo.

**Khuyến cáo 6.** Chúng tôi đề xuất test không xâm lấn chẩn đoán nhiễm *H pylori* có thể được xem xét khi tìm nguyên nhân gây ban xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính. Khuyến cáo yếu. Mức bằng chứng thấp. Agreement 93%.

#### Practice Points

- Ở bệnh nhân ITP mạn tính và có giảm tiểu cầu, test không xâm lấn để chẩn đoán sự hiện diện của nhiễm trùng nên được thực hiện. Nếu test không xâm lấn dương tính có thể đưa ra quyết định dựa trên cá thể hóa và phụ thuộc vào mức tiểu cầu để xem có cần thiết nội soi tiêu hóa trên trước khi điều trị diệt trừ.

(cITP: giảm tiểu cầu  $< 100 \times 10^9/L$  trong ít nhất 12 tháng trước biểu hiện)

**Khuyến cáo 7.** Chúng tôi khuyến cáo chống lại việc dùng test chẩn đoán nhiễm *H pylori* trong tìm các nguyên nhân gây tằm vóc thấp. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng trung bình. Agreement 79%.

**Khuyến cáo 8.** Chúng tôi khuyến cáo trước khi test *H pylori*, ngừng PPIs ít nhất 2 tuần và ngừng kháng sinh ít nhất 4 tuần. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng thấp. Agreement 100%.

#### Practice Points

- Bố mẹ và người chăm sóc nên được hỏi về việc dùng thuốc trong 4 tuần trước khi test.
- Khoảng thời gian này áp dụng chủ yếu cho test chẩn đoán hoặc test loại trừ nhiễm trùng *H pylori* và để theo dõi điều trị thành công. Nó áp dụng cho cả test xâm lấn và không xâm lấn (UBT – urea breath test, kháng nguyên trong phân).
- Nếu không thể ngưng điều trị thuốc kháng acid trong 2 tuần vì triệu chứng tái phát, thay đổi sang nhóm đối kháng thụ thể  $H_2$  và ngưng thuốc 2 ngày trước test có thể cải thiện độ nhạy của test chẩn đoán.
- Kháng sinh có thể đàn áp sự phát triển của vi khuẩn và có thể gây kết quả âm tính giả trong tất cả các phương pháp chẩn đoán trừ huyết thanh học (không được khuyến cáo).

**Khuyến cáo 9a.** Chúng tôi khuyến cáo chẩn đoán nhiễm *H pylori* dựa vào: kết quả cấy dương tính hoặc viêm dạ dày *H pylori* trên mô bệnh học với ít nhất 1 test biopsy-based dương tính khác. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng cao. Agreement 100%.

**Khuyến cáo 9b.** Chúng tôi khuyến cáo lấy ít nhất 6 mẫu sinh thiết dạ dày để chẩn đoán nhiễm *H pylori* trong nội soi tiêu hóa trên. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng thấp. Agreement 93%.

#### Practice Points

- Nó được khuyến cáo là test ban đầu trong chẩn đoán nhiễm *H pylori* được thực hiện bằng cách dùng các phương pháp biopsy-based dạ dày xâm lấn bao gồm:
  - Cấy vi khuẩn dương tính HOẶC

- Viêm dạ dày *H pylori* trên mô học sử dụng phân loại Sydney với ít nhất 1 trong các test khác dương tính như RUT, hoặc molecular-based assays nếu có, bao gồm PCR hoặc fluorescent in situ hybridization.
- Chẩn đoán ban đầu nhiễm *H pylori* không nên dựa vào test không xâm lấn (ie, <sup>13</sup>C-UBT, test kháng nguyên *H pylori* trong phân) hoặc các phương pháp không xâm lấn khác. Tuy nhiên, test không xâm lấn dương tính hỗ trợ chẩn đoán trong những trường hợp mô bệnh học dương tính là test xâm lấn duy nhất sẵn có.
- Ít nhất 6 mảnh sinh thiết được lấy trong chẩn đoán nhiễm *H pylori*. Hai mảnh nên được lấy từ vùng hang vị (antrum) và 2 mảnh từ vùng corpus để đánh giá mô bệnh học theo cập nhật phân loại Sydney, ít nhất 1 mẫu từ antrum và 1 mẫu từ corpus để cấy (nếu có) và ít nhất 1 mảnh để dành cho các test chẩn đoán khác từ antrum (urease test nhanh, hoặc molecular-based assays).
- Trong xuất huyết tiêu hóa trên, có thể xuất hiện âm tính giả trong phương pháp test biopsy-based dạ dày, bao gồm mô bệnh học, cấy, hoặc RUT. Các phương pháp chẩn đoán phân tử có thể là test chính xác hơn trong bệnh cảnh này.

**Khuyến cáo 10.** Chúng tôi khuyến cáo chống lại test dựa vào kháng thể (IgG, IgA) với *H pylori* trong huyết thanh, máu toàn phần, nước tiểu và nước bọt trong bệnh cảnh lâm sàng. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng cao. Agreement 86%.

#### Practice Points

- Các test dựa vào kháng thể này không được dùng để xác định sự hiện diện nhiễm *H pylori* đang hoạt động hoặc đánh giá sau điều trị ở trẻ em hay trẻ vị thành niên.

**Khuyến cáo 11.** Chúng tôi khuyến cáo nên làm kháng sinh đồ và điều trị tuyệt trừ chủng vi khuẩn *H pylori*. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng thấp. Agreement 86%.

#### Practice Points

- Test kháng sinh đồ của *H pylori* nên dựa vào phương pháp cấy mảnh sinh thiết (E-test hoặc agar dilution) hoặc kĩ thuật phân tử dựa vào sinh thiết (real-time PCR, fluorescent in situ hybridization).
- Vận chuyển mảnh sinh thiết trong môi trường chuyên dụng sẽ làm tăng tỉ lệ cấy thành công.
- Phương pháp phân tử phù hợp để phát hiện *H pylori* và kháng clarithromycin trong mảnh sinh thiết dạ dày hoặc dịch vị. Ở giai đoạn này các kĩ thuật không được khuyến cáo phát hiện kháng thuốc trong phân.
- Để tăng độ nhạy phát hiện chủng *H pylori* kháng thuốc ở trẻ có colonized các kiểu hình đề kháng khác nhau, khuyến cáo sinh thiết dạ dày để cấy và test molecular-based từ ít nhất 2 vị trí khác nhau (ie, hang vị và thân). Các mảnh sinh thiết có thể được gửi đến phòng xét nghiệm trong cùng một lọ.

**Khuyến cáo 12.** Chúng tôi khuyến cáo hiệu quả của điều trị đầu tay nên được đánh giá ở các trung tâm từng khu vực/từng quốc gia. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng thấp. Agreement 100%.

**Khuyến cáo 13.** Chúng tôi khuyến cáo các bác sĩ giải thích cho người nhà tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị để tăng tỉ lệ thành công. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng trung bình. Agreement 86%.

**Khuyến cáo 14.** Chúng tôi khuyến cáo điều trị đầu tay trong nhiễm *H pylori* như được phác thảo ở Bảng 1. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng trung bình-thấp với phác đồ đề xuất; thấp đối với thời gian. Agreement 100%.

### *Practice Points*

- Nếu chủng nhạy với clarithromycin (CLA) and metronidazole (MET), triple therapy (PPI, amoxicillin [AMO], CLA) trong 14 ngày được ưu tiên lựa chọn. So với sequential therapy, phác đồ này sẽ không tăng tỉ lệ kháng metronidazole. Trong trường hợp điều trị thất bại với PPI, AMO, và CLA, chuyển sang PPI, AMO và MET mà không cần test độ nhạy thêm.
- Sequential therapy trong 10 ngày (PPI với AMO trong 5 ngày, sau đó là PPI với CLA và MET trong 5 ngày với liều được ghi trong Bảng 2) có hiệu quả tương đương ở những bệnh nhân nhiễm các chủng nhạy. Tuy nhiên điểm bất lợi là đưa trẻ tiếp xúc với 3 kháng sinh khác nhau. Sequential therapy không nên dùng nếu chủng kháng với MET hoặc CLA, hoặc nếu chưa có kháng sinh đồ. Hầu hết các guideline ở người lớn gần đây khuyến cáo chống lại việc dùng sequential therapy là điều trị đầu tay hoặc secon-line.
- Liều của PPI và kháng sinh được tính theo cân nặng ở Bảng 2.
- Mức độ ức chế tiết acid cao hơn cải thiện tỉ lệ thành công nhóm điều trị amoxicillin và clarithromycin. Trẻ nhỏ hơn cần liều PPI cao hơn theo cân nặng so với trẻ vị thành niên và người lớn để đạt được hiệu quả ức chế tiết acid đủ.
- Liều dùng PPI (esomeprazole và omeprazole) theo bảng. PPIs nên được dùng trước bữa ăn ít nhất 15 phút.
- Đối với trẻ dưới 8 tuổi, bismuth quadruple therapy gồm bismuth, PPI, AMO, MET. Ở trẻ trên 8 tuổi, bismuth quadruple therapy gồm bismuth, PPI, MET, tetracycline.
- Việc dùng thêm các probiotics trong điều trị tiết trừ để giảm tác dụng phụ và/hoặc cải thiện tỉ lệ tiết trừ hiện tại chưa có bằng chứng rõ ràng.



**Khuyến cáo 15a.** Chúng tôi khuyến cáo đánh giá kết cục điều trị *H pylori* ít nhất 4 tuần sau khi hoàn thành điều trị. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng trung bình. Agreement 100%.

**Khuyến cáo 15b.** Chúng tôi khuyến cáo một trong các test sau nên được dùng để xác định liệu là điều trị *H pylori* thành công:

(1) 13C-UBT

(2) Test kháng nguyên *H pylori* đơn dòng trong phân 2 bước. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng cao. Agreement 93%.

#### Practice Points

- Giảm triệu chứng không phải là chỉ điểm điều trị thành công. Do đó, tất cả trẻ được điều trị *H pylori* nên được đánh giá điều trị với các test đáng tin cậy.
- Nội soi và test sinh thiết xác định triệt trừ hiếm khi cần thiết ở bệnh nhân nhi PUD không biến chứng. Viêm loét dạ dày và tá tràng nguy cơ thấp tái phát khi điều trị tuyệt trừ (clearance of the infection).
- 13C-UBT có thể cho kết quả dương tính giả ở trẻ dưới 6 tuổi vì thể tích phân bố thấp hơn và tỉ lệ sản xuất CO<sub>2</sub> khác nhau. Kết quả dương tính giả cũng có thể do kỹ thuật khó thực hiện ở trẻ nhỏ vì chúng thường không thích nuốt các chất và uống các sinh vật sản sinh urease. 13C-UBT không được khuyến cáo ở trẻ em.
- Test kháng nguyên đơn dòng 2 bước trong phân:
- Test kháng nguyên đa dòng trong phân có độ chính xác thấp hơn so với 13C-UBT và test kháng nguyên đơn dòng, nhưng nó có thể là lựa chọn trong tình huống khi 2 test kia không có.

**Khuyến cáo 16.** Chúng tôi khuyến cáo khi điều trị *H pylori* thất bại, rescue therapy nên được cá thể hóa dựa vào kháng sinh đồ, tuổi của đứa trẻ, và các lựa chọn kháng sinh có sẵn. Khuyến cáo mạnh. Mức bằng chứng thấp. Agreement 93%.

#### **Bảng 5. Các điểm chính trong guidelines mới**

##### Các khuyến cáo mới

##### 1, Ai cần test *H pylori*

- Test *H pylori* trong nội soi chỉ nên được thực hiện nếu có ý định điều trị
- Test *H pylori* không được khuyến cáo là xét nghiệm ban đầu trong IDP
- Khuyến cáo yếu: xem xét test không xâm lấn trong bệnh cảnh ITP mạn tính
- Khuyến cáo chống lại việc test trong bệnh cảnh tằm vốc thấp

Loại bỏ khuyến cáo test trong bệnh cảnh có tiền sử gia đình ung thư dạ dày hoặc MALT

##### 2, Cách test *H pylori*

- 6 mảnh sinh thiết cho (a) mô bệnh học (viêm dạ dày dương tính *H pylori*) + ít nhất 1 test sinh thiết dương tính hoặc (b) cây dương tính.

##### 3, Ai cần điều trị *H pylori*

- Nếu *H pylori* phát hiện tình cờ qua nội soi, điều trị có thể được xem xét sau khi đã thảo luận cẩn thận về nguy cơ và lợi ích điều trị

- Khuyến cáo yếu: trên những bệnh nhân ITP mạn tính

#### 4, Cách điều trị

- Đánh giá hiệu quả điều trị đầu tay theo trung tâm từng quốc gia/khu vực
- Sự khác biệt các khuyến cáo điều trị đầu tay và liều (xem Bảng 1 và lưu đồ). Tailored treatment dựa vào kháng sinh đồ khi có.
- Thời gian điều trị 14 ngày
- PPI liều cao, đặc biệt ở trẻ nhỏ, với liều từ 1.5 đến 2.5 mg/kg
- Khuyến cáo bác sĩ giải thích tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị