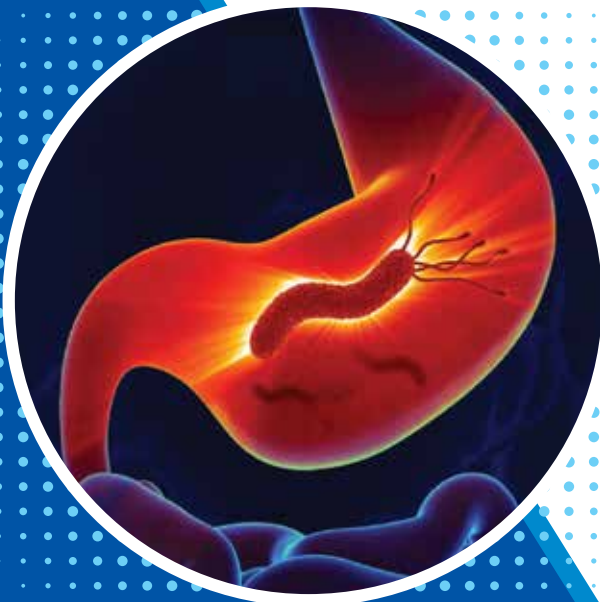




HỘI KHOA HỌC TIÊU HÓA VIỆT NAM
THE VIETNAM ASSOCIATION OF GASTROENTEROLOGY

ĐỒNG THUẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI*

(Bản cập nhật 2022)



Hà Nội, tháng 9/2022



HỘI KHOA HỌC TIÊU HÓA VIỆT NAM
THE VIETNAM ASSOCIATION OF GASTROENTEROLOGY

ĐỒNG THUẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI*

(Bản cập nhật 2022)

Hà Nội, tháng 9/2022

MỤC LỤC

HỘI ĐỒNG CHUYÊN GIA	04
LỜI GIỚI THIỆU	05
LỜI NÓI ĐẦU	06
CÁC THUẬT NGỮ ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG ĐỒNG THUẬN	07
CÁC TỪ VIẾT TẮT ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG ĐỒNG THUẬN	07
NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG ĐỒNG THUẬN	08
NỘI DUNG ĐỒNG THUẬN	09
• Chỉ định và chọn lựa xét nghiệm chẩn đoán nhiễm <i>H. pylori</i>	09
• Điều trị diệt trừ <i>H. pylori</i>	12
• Xét nghiệm sau điều trị diệt trừ <i>H. pylori</i>	16
• Phòng ngừa lây nhiễm và theo dõi sau diệt trừ <i>H. pylori</i>	16
KẾT LUẬN	18
PHỤ LỤC	19
• Bảng 1. Tóm tắt các khuyến cáo trong Đồng thuận	19
• Bảng 2. Các dấu hiệu báo động ở bệnh nhân có biểu hiện khó tiêu	26
• Bảng 3. Chỉ định xét nghiệm và diệt trừ <i>H. pylori</i>	27
• Bảng 4. Liều kháng sinh và PPI trong phác đồ diệt trừ <i>H. pylori</i>	28
• Biểu đồ 1. Chiến lược xét nghiệm chẩn đoán nhiễm <i>H. pylori</i>	29
• Biểu đồ 2. Chiến lược điều trị diệt trừ <i>H. pylori</i> và theo dõi sau điều trị	30
Các điểm đã được thảo luận nhưng không đủ đồng thuận để khuyến cáo	31

HỘI ĐỒNG CHUYÊN GIA

Chỉ đạo thực hiện:	GS.TS. Mai Hồng Bằng	BV TWQĐ 108
Trưởng ban soạn thảo:	PGS.TS. Quách Trọng Đức	ĐHY Dược TP HCM
Hội đồng chuyên gia:	GS.TS. Mai Hồng Bằng	BV TWQĐ 108
	GS.TS. Tạ Long	BV TWQĐ 108
	GS.TS. Đào Văn Long	ĐHY Hà Nội
	GS.TS. Trần Văn Huy	ĐHY Dược Huế
	BS.CKII. Trần Kiều Miên	ĐHY Dược TP HCM
	PGS.TS. Quách Trọng Đức	ĐHY Dược TP HCM
	TS.BS. Vũ Trường Khanh	BV Tâm Anh
	TS.BS. Hồ Đăng Quý Dũng	BV Chợ Rẫy
	PGS.TS. Vũ Văn Khiên	BV TWQĐ 108
	GS.TS. Trần Thiện Trung	ĐHY Dược TP HCM
	PGS.TS. Phạm Thị Thu Hồ	ĐHY Hà Nội
	PGS.TS. Trịnh Tuấn Dũng	BV Tâm Anh
	PGS.TS. Nguyễn Thúy Vinh	ĐH Quốc gia Hà Nội
	PGS.TS. Trần Việt Tú	Học viện Quân Y
	PGS.TS. Dương Hồng Thái	ĐH Thái Nguyên
	PGS.TS. Bùi Hữu Hoàng	ĐHY Dược TP HCM
	PGS.TS. Trần Thị Khánh Tường	ĐHY Phạm Ngọc Thạch
	PGS.TS. Nguyễn Thị Việt Hà	ĐHY Hà Nội
	PGS.TS. Nguyễn Tiến Thịnh	BV TWQĐ 108
	PGS.TS. Nguyễn Duy Thắng	Viện NC & ĐT Tiêu hóa gan mật
	PGS.TS. Nguyễn Cảnh Bình	BV TWQĐ 108
	PGS.TS. Phan Quốc Hoàn	BV TWQĐ 108
	TS.BS. Nguyễn Công Long	BV Bạch Mai
	TS.BS. Nguyễn Lâm Tùng	BV TWQĐ 108
	TS.BS. Đào Việt Hằng	ĐHY Hà Nội
	TS.BS. Thái Doãn Kỳ	BV TWQĐ 108
	TS.BS. Phan Trung Nam	ĐHY Dược Huế
	TS.BS. Lê Việt Nho	ĐH Đà Nẵng
	TS.BS. Lê Thành Lý	BV Chợ Rẫy
	TS.BS. Võ Hồng Minh Công	BV Nhân Dân Gia Định
	BS.CKII. Hồ Tấn Phát	BV Chợ Rẫy
	BS.CKII. Lê Đình Quang	ĐHY Dược TP HCM
Ban thư ký:	ThS. Cao Thị Hòa	Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam
	BS.CKI. Nguyễn Thị Nhã Đoan	ĐHY Dược TP HCM
	ThS. Lưu Ngọc Mai	ĐHY Dược TP HCM

LỜI GIỚI THIỆU

Quý đồng nghiệp thân mến,

Helicobacter pylori (*H. pylori*) đã được xác định là tác nhân chính gây viêm loét dạ dày-tá tràng và ung thư dạ dày. Việt Nam là quốc gia có tần suất nhiễm *H. pylori* và các bệnh tiêu hóa do *H. pylori* khá cao so với các nước trên thế giới. Bản Đồng thuận về xử trí nhiễm *H. pylori* lần thứ nhất của Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam ra đời năm 2012 đã thực sự giúp ích cho công tác khám chữa bệnh lâm sàng và xây dựng phác đồ điều trị tại các cơ sở y tế. Tuy nhiên, trong hơn 10 năm qua đã có nhiều thay đổi về mặt y học chứng cứ trong lĩnh vực nghiên cứu về *H. pylori* và các bệnh do *H. pylori* gây ra; đồng thời đã có những thay đổi rất lớn về các chiến lược điều trị nhằm đối phó với tình trạng đề kháng kháng sinh của *H. pylori* đang trở nên phổ biến và phức tạp. Vì vậy, Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam đã tổ chức thực hiện cập nhật lại Đồng thuận lần thứ 2 năm 2022. Đồng thuận lần này gồm có 27 khuyến cáo về 4 lĩnh vực: chỉ định và lựa chọn xét nghiệm chẩn đoán, chiến lược điều trị, kiểm tra hiệu quả diệt trừ sau điều trị và các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm và theo dõi sau điều trị. Tôi trân trọng giới thiệu đến Quý đồng nghiệp Bản Đồng thuận cập nhật này và rất mong đây sẽ là tài liệu hữu ích cho Quý đồng nghiệp trong công tác thực hành lâm sàng.

CHỦ TỊCH
HỘI KHOA HỌC TIÊU HÓA VIỆT NAM

GS. TS. BS. Mai Hồng Bằng

LỜI NÓI ĐẦU

Nhiễm khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) là một trong những nhiễm khuẩn phổ biến nhất ở người, chiếm trên 50% dân số thế giới và là nguyên nhân hàng đầu gây loét dạ dày - tá tràng (DD-TT) và ung thư dạ dày (UTDD). Hiện nay nhiễm khuẩn *H. pylori* được xem là một bệnh nhiễm trùng ngay cả khi bệnh chưa gây triệu chứng và biến chứng. Việt Nam là một trong những quốc gia có tỉ lệ nhiễm *H. pylori* và mắc các bệnh tiêu hóa do *H. pylori* cao hàng đầu ở khu vực Đông Nam Á. Ở Việt Nam, bản Đồng thuận đầu tiên về xử trí nhiễm khuẩn *H. pylori* ra đời vào năm 2012. Trong bản Đồng thuận trước, các khuyến cáo tập trung vào việc chẩn đoán và điều trị nhiễm *H. pylori*. Trong 10 năm qua, tình trạng đề kháng kháng sinh của *H. pylori* ngày càng gia tăng nhanh chóng, đồng thời UTDD, loại ung thư với phần lớn trường hợp có liên quan đến nhiễm *H. pylori*, hiện nay vẫn là một trong những ung thư thường gặp hàng đầu ở Việt Nam với đa số trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn trễ. Vì vậy, việc cập nhật lại Đồng thuận là một nhu cầu cấp bách nhằm hướng dẫn cho công tác phòng bệnh và khám chữa bệnh. Trong bản Đồng thuận lần này, bên cạnh việc sửa chữa và cập nhật các khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị diệt trừ *H. pylori* đã được đề cập trong phiên bản trước đây, Đồng thuận lần này còn bổ sung thêm các khuyến cáo về vấn đề theo dõi sau điều trị diệt trừ, cũng như phòng ngừa lây nhiễm và tái nhiễm *H. pylori* trong cộng đồng.

CÁC THUẬT NGỮ ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG ĐỒNG THUẬN

TIẾNG VIỆT	TIẾNG ANH
Dị sản ruột	Intestinal metaplasia
Diệt trừ	Eradication
Khó tiêu	Dyspepsia
Loạn sản	Dysplasia

CÁC TỪ VIẾT TẮT ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG ĐỒNG THUẬN

TỪ VIẾT TẮT	TỪ ĐẦY ĐỦ
UTDD	Ung thư dạ dày
<i>H. pylori</i>	<i>Helicobacter pylori</i>
DD-TT	Dạ dày – tá tràng
NSAID	Thuốc kháng viêm không steroid
PPI	Thuốc ức chế bơm proton
PTMB	Phác đồ 4 thuốc: PPI + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth
PALB	Phác đồ 4 thuốc: PPI, Amoxicillin, Levofloxacin và Bismuth

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG ĐỒNG THUẬN

Đồng thuận này được một chuyên gia của Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam soạn thảo, bao gồm các vấn đề trong 4 lĩnh vực: (1) Chỉ định và chọn lựa xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *H. pylori*; (2) Điều trị diệt trừ *H. pylori*; (3) Xét nghiệm kiểm tra sau điều trị diệt trừ *H. pylori* và (4) Phòng ngừa lây nhiễm và theo dõi sau điều trị diệt trừ *H. pylori*.

Bản thảo các tuyên bố của Đồng thuận này cùng với các chứng cứ hỗ trợ được gửi cho tất cả các thành viên trong Hội đồng chuyên gia. Phương pháp Delphi được sử dụng để xây dựng đồng thuận. Tất cả các thành viên trong Hội đồng chuyên gia sẽ tham gia biểu quyết ẩn danh qua hệ thống biểu quyết trực tuyến. Trong quá trình biểu quyết, mỗi thành viên sẽ đánh giá mức độ chứng cứ và mức độ khuyến cáo của tất cả các tuyên bố dự thảo dựa trên hệ thống GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation). Các thành viên cũng có thể đề xuất thêm các tài liệu tham khảo quan trọng để đánh giá mức độ chứng cứ. Về mức độ đồng thuận, mỗi thành viên sẽ chọn một trong 6 mức độ sau đây: (1) hoàn toàn đồng ý, (2) đồng ý với một chút băn khoăn, (3) đồng ý nhưng còn nhiều điểm băn khoăn, (4) không đồng ý và có một chút băn khoăn, (5) không đồng ý với khá nhiều băn khoăn hoặc (6) rất không đồng ý. Đối với các phiếu bầu không phải ở mức 1 hoặc 2 thì thành viên biểu quyết cần nêu rõ lý do.

Sau vòng biểu quyết đầu tiên, Ban chỉ đạo xây dựng Đồng thuận sẽ tổng hợp kết quả, chỉnh sửa các khuyến cáo của Đồng thuận và bổ sung các chứng cứ khoa học (nếu có). Một khuyến cáo sẽ được Hội đồng chuyên gia thông qua nếu mức độ đồng thuận (được tính dựa trên tổng số phiếu đồng ý ở mức 1 và 2) đạt $\geq 80\%$. Các khuyến cáo chưa được thông qua sẽ được chỉnh sửa, đưa ra thảo luận và biểu quyết vòng hai. Kết quả vòng 2 cũng sẽ được tổng hợp và đánh giá tương tự như ở vòng đầu tiên. Các khuyến cáo đạt đồng thuận $\geq 80\%$ sau hai vòng biểu quyết được dùng để xây dựng bản Đồng thuận chính thức.

NỘI DUNG ĐỒNG THUẬN

I. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỌN LỰA XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN NHIỄM *H. PYLORI*

Khuyến cáo 1. Trong thực hành lâm sàng, chỉ nên làm xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *H. pylori* khi có ý định điều trị diệt trừ vi khuẩn.

- *Mức độ chứng cứ:* thấp
- *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
- *Mức độ đồng thuận:* 100%

Khuyến cáo 2. Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *H. pylori* được chỉ định trong các trường hợp sau đây:

- * **Loét DD-TT**
 - *Mức độ chứng cứ:* cao
 - *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
 - *Mức độ đồng thuận:* 100%
- * **Tiền sử loét DD-TT nhưng chưa từng được xét nghiệm để chẩn đoán tình trạng nhiễm *H. pylori***
 - *Mức độ chứng cứ:* cao
 - *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
 - *Mức độ đồng thuận:* 97%
- * **Khó tiêu**
 - *Mức độ chứng cứ:* cao
 - *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
 - *Mức độ đồng thuận:* 90,6%
- * **Có tổn thương tiền UTDD trên mô bệnh học (viêm dạ dày mạn teo, dị sản ruột hoặc loạn sản dạ dày)**
 - *Mức độ chứng cứ:* cao
 - *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
 - *Mức độ đồng thuận:* 97%

* Sau can thiệp nội soi điều trị UTDD sớm

- Mức độ chứng cứ: *cao*
- Mức độ khuyến cáo: *mạnh*
- Mức độ đồng thuận: *97%*

* MALT lymphoma độ thấp

- Mức độ chứng cứ: *cao*
- Mức độ khuyến cáo: *mạnh*
- Mức độ đồng thuận: *97%*

* Có cha mẹ hoặc anh chị em ruột bị UTDD

- Mức độ chứng cứ: *cao*
- Mức độ khuyến cáo: *mạnh*
- Mức độ đồng thuận: *93,6%*

* Mới bắt đầu sử dụng và dự kiến điều trị lâu dài với các thuốc thuộc nhóm kháng viêm không steroid

- Mức độ chứng cứ: *cao*
- Mức độ khuyến cáo: *yếu*
- Mức độ đồng thuận: *87,5%*

* Cần điều trị aspirin liều thấp lâu dài

- Mức độ chứng cứ: *thấp (ngừa loét DD-TT); cao (ngừa xuất huyết tiêu hóa tái phát do loét DD-TT)*
- Mức độ khuyến cáo: *yếu*
- Mức độ đồng thuận: *90,6%*

* Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản cần điều trị duy trì kéo dài bằng nhóm thuốc ức chế bơm proton

- Mức độ chứng cứ: *trung bình*
- Mức độ khuyến cáo: *yếu*
- Mức độ đồng thuận: *84,3%*

* Thiếu máu thiếu sắt không giải thích được nguyên nhân

- Mức độ chứng cứ: *cao*
- Mức độ khuyến cáo: *yếu*
- Mức độ đồng thuận: *87,5%*

* Ban xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn

- Mức độ chứng cứ: *thấp*
- Mức độ khuyến cáo: *yếu*
- Mức độ đồng thuận: *90,6%*

* Bệnh nhân mong muốn được điều trị nhưng không thuộc các nhóm chỉ định kể trên (dù đã được thầy thuốc tư vấn kỹ là việc diệt trừ chưa thực sự cần thiết)

- Mức độ chứng cứ: *cao*
- Mức độ khuyến cáo: *yếu*
- Mức độ đồng thuận: *81,2%*

Khuyến cáo 3. Các bệnh nhân có triệu chứng khó tiêu nếu tuổi ≥ 35 (nữ) hoặc ≥ 40 (nam) và/hoặc có kèm triệu chứng báo động cần được nội soi tiêu hóa trên và chẩn đoán nhiễm *H. pylori* bằng các phương pháp xét nghiệm dựa trên mẫu mô sinh thiết.

- Mức độ chứng cứ: *trung bình*
- Mức độ khuyến cáo: *mạnh*
- Mức độ đồng thuận: *87,5%*

Khuyến cáo 4. Trong trường hợp bệnh nhân được nội soi tiêu hóa trên và có chỉ định xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *H. pylori*, xét nghiệm urease nhanh dựa trên mẫu mô sinh thiết được ưu tiên chọn lựa hàng đầu.

- Mức độ chứng cứ: *trung bình*
- Mức độ khuyến cáo: *mạnh*
- Mức độ đồng thuận: *100%*

Khuyến cáo 5. Trong các xét nghiệm chẩn đoán *H. pylori* không xâm lấn (không cần làm sinh thiết qua nội soi), xét nghiệm hơi thở được ưu tiên chọn lựa đầu tay.

- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 100%

Khuyến cáo 6. Trước khi làm xét nghiệm chẩn đoán *H. pylori*, cần xác định chắc chắn bệnh nhân không uống kháng sinh và Bismuth trong vòng 4 tuần, không uống PPI ít nhất 2 tuần trước khi làm xét nghiệm.

- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 93,7%

Khuyến cáo 7. Ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét DD-TT, xét nghiệm urease dựa trên mẫu mô sinh thiết và mô bệnh học có thể âm tính giả. Nếu các xét nghiệm này âm tính, tình trạng nhiễm *H. pylori* cần được kiểm tra thêm bằng một xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *H. pylori* khác có độ tin cậy cao sau khi bệnh nhân đã ổn định tình trạng xuất huyết.

- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 81,2%

II. ĐIỀU TRỊ DIỆT TRỪ *H. PYLORI*

Khuyến cáo 8. Một phác đồ diệt trừ *H. pylori* được đánh giá là có hiệu quả và được khuyến cáo chỉ khi đạt tỉ lệ diệt trừ thành công tối thiểu là 80% (theo ý định điều trị). Việc chọn lựa phác đồ điều trị của đồng thuận này dựa trên các cơ sở lý luận sau đây theo thứ tự ưu tiên: (1) kết quả của các thử nghiệm lâm sàng tại chỗ, (2) các nghiên cứu ở các vùng khác trên thế giới có chất lượng chứng cứ cao và (3) kinh nghiệm của các chuyên gia tham gia đồng thuận.

- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 96,8%

Khuyến cáo 9. Tình trạng kháng Clarithromycin và Metronidazole ngày càng phát triển cao. Kháng Amoxicillin và Levofloxacin ngày càng có chiều hướng gia tăng. Kháng Tetracycline ở mức thấp và ổn định.

- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 100%

Khuyến cáo 10. Không tuân thủ điều trị là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến diệt trừ *H. pylori* thất bại. Dành thời gian tư vấn, giải thích cách sử dụng và các tác dụng phụ của thuốc có thể giúp tăng tỉ lệ tuân thủ điều trị và diệt trừ *H. pylori* thành công.

- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 96,8%

Khuyến cáo 11. Khuyến bệnh nhân không hút thuốc lá và không uống rượu bia trong thời gian điều trị diệt trừ *H. pylori* để tránh làm giảm hiệu quả diệt trừ của phác đồ.

- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ khuyến cáo: yếu
- Mức độ đồng thuận: 93,7%

Khuyến cáo 12. Ước chế bài tiết acid tốt là một trong các yếu tố then chốt quyết định hiệu quả của phác đồ điều trị diệt trừ *H. pylori*.

- Mức độ chứng cứ: cao
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 96,8%

Khuyến cáo 13. Thời gian tối ưu của tất cả phác đồ điều trị diệt trừ *H. pylori* được khuyến cáo theo Đồng thuận này là 14 ngày. Không sử dụng phác đồ ngắn hơn 10 ngày.

- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 93,7%

Khuyến cáo 14. Chọn lựa phác đồ diệt trừ *H. pylori* lần đầu.

A - Phác đồ ưu tiên một là PPI + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth (PTMB).

- Mức độ chứng cứ: cao
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 100%

B - Phác đồ thay thế là PPI + Amoxicilline + Levofloxacin + Bismuth (PALB)

- Mức độ chứng cứ: thấp
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 84,4%

C - Không sử dụng phác đồ bộ 3 chứa Clarithromycin do tỉ lệ thất bại điều trị cao và làm tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh.

- Mức độ chứng cứ: cao
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 96,8%

Khuyến cáo 15. Chọn lựa phác đồ diệt trừ *H. pylori* lần thứ hai.

A - Sử dụng phác đồ PPI + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth (PTMB), nếu trước đó chưa dùng phác đồ điều trị này.

- Mức độ chứng cứ: cao
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 100%

B - Sử dụng phác đồ PPI+Amoxicilline +Levofloxacin +Bismuth (PALB), nếu trước đó đã dùng phác đồ 4 thuốc có Bismuth thất bại.

- Mức độ chứng cứ: thấp
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 90,6%

Khuyến cáo 16. Chọn lựa phác đồ điều trị cứu vãn sau hai lần diệt trừ thất bại

A - Chọn lựa phác đồ PPI + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth nếu chưa từng dùng

- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 100%

B - Nếu đã từng điều trị phác đồ điều trị 4 thuốc chứa Bismuth, cần làm xét nghiệm đánh giá độ nhạy cảm với kháng sinh để chọn phác đồ phù hợp.

- Mức độ chứng cứ: thấp
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 84,3%

Khuyến cáo 17. Cần cân nhắc thận trọng khi quyết định sử dụng phác đồ diệt trừ *H. pylori* chứa Rifabutin do tình hình lao kháng thuốc tại Việt Nam còn phức tạp.

- Mức độ chứng cứ: rất thấp
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 87,5%

Khuyến cáo 18. Khi bệnh nhân đã tuân thủ tốt với các phác đồ thích hợp nhưng vẫn không điều trị diệt trừ *H. pylori* thành công, nên tạm ngừng điều trị một thời gian, tư vấn kỹ cho người bệnh về lợi ích, nguy cơ và

có kế hoạch theo dõi phù hợp cho đến khi có phác đồ điều trị diệt trừ *H. pylori* mới và hiệu quả.

- *Mức độ chứng cứ:* rất thấp
- *Mức độ khuyến cáo:* yếu
- *Mức độ đồng thuận:* 81,2%

III. XÉT NGHIỆM SAU ĐIỀU TRỊ DIỆT TRỪ *H. PYLORI*

Khuyến cáo 19. Cần làm xét nghiệm kiểm tra tình trạng nhiễm *H. pylori* cho tất cả bệnh nhân đã được điều trị diệt trừ.

- *Mức độ chứng cứ:* cao
- *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
- *Mức độ đồng thuận:* 96,8%

Khuyến cáo 20. Nên thực hiện nội soi tiêu hóa trên kết hợp xét nghiệm urease nhanh dựa trên mẫu mô sinh thiết đối với các trường hợp (1) loét dạ dày, (2) cần đánh giá các tổn thương nghi ngờ là ung thư, hoặc (3) cần đánh giá tổn thương tiền ung thư dạ dày về mức độ nặng và mức độ lan rộng.

- *Mức độ chứng cứ:* cao
- *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
- *Mức độ đồng thuận:* 96,8%

Khuyến cáo 21. Đối với các trường hợp đã điều trị diệt trừ *H. pylori* nhưng chưa thực sự cần thiết phải đánh giá lại bằng nội soi, nên chọn xét nghiệm hơi thở để kiểm tra hiệu quả diệt trừ.

- *Mức độ chứng cứ:* cao
- *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
- *Mức độ đồng thuận:* 100%

IV. PHÒNG NGỪA LÂY NHIỄM VÀ THEO DÕI SAU DIỆT TRỪ *H. PYLORI*

Khuyến cáo 22. *H. pylori* là vi khuẩn gây bệnh có khả năng lây truyền từ

người sang người, đặc biệt là giữa các thành viên trong cùng gia đình, thông qua đường miệng - miệng, phân - miệng và các thiết bị y tế bị nhiễm khuẩn.

- *Mức độ chứng cứ:* cao
- *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
- *Mức độ đồng thuận:* 100%

Khuyến cáo 23. Tái nhiễm và tái phát *H. pylori* là vấn đề quan trọng và thường gặp sau khi đã diệt trừ *H. pylori* thành công.

- *Mức độ chứng cứ:* thấp
- *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
- *Mức độ đồng thuận:* 90,6%

Khuyến cáo 24. Giáo dục và nâng cao ý thức người dân về nguồn lây và đường lây truyền *H. pylori* có thể giúp giảm nguy cơ lây nhiễm trong cộng đồng.

- *Mức độ chứng cứ:* trung bình
- *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
- *Mức độ đồng thuận:* 93,7%

Khuyến cáo 25. Đối với các trường hợp cần chẩn đoán nhiễm *H. pylori* bằng các xét nghiệm xâm lấn (dựa trên nội soi tiêu hóa trên), nên kết hợp đánh giá các tổn thương tiền ung thư dạ dày (bao gồm sự hiện diện, mức độ nặng và mức độ lan rộng của tổn thương).

- *Mức độ chứng cứ:* trung bình
- *Mức độ khuyến cáo:* mạnh
- *Mức độ đồng thuận:* 96,8%

Khuyến cáo 26. Các trường hợp có teo niêm mạc hoặc dị sản ruột ở dạ dày mức độ nặng hoặc lan rộng (ở cả thân vị và hang vị) hoặc dị sản ruột

típ không hoàn toàn cần được theo dõi định kỳ bằng nội soi ngay cả khi đã diệt trừ *H. pylori* thành công.

- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 100%

Khuyến cáo 27. Các trường hợp có loạn sản ở dạ dày khi sinh thiết ngẫu nhiên cần được đánh giá lại bằng phương tiện nội soi có chế độ hình ảnh tăng cường để xác lập chiến lược theo dõi và điều trị thích hợp.

- Mức độ chứng cứ: thấp
- Mức độ khuyến cáo: mạnh
- Mức độ đồng thuận: 87,5%

KẾT LUẬN

Nhiễm *H. pylori* vẫn còn là một nhiễm trùng phổ biến ở Việt Nam với tình trạng đề kháng kháng sinh tăng nhanh và phức tạp. UTDD hiện vẫn là một trong những ung thư thường gặp nhất, có thể xuất hiện ngay cả sau khi diệt trừ *H. pylori* thành công và đa số vẫn còn được phát hiện ở giai đoạn muộn, Đồng thuận này cũng đưa ra các khuyến cáo về kế hoạch theo dõi sau điều trị diệt trừ *H. pylori*.

Ngoài chứng cứ y học được đúc kết từ các nghiên cứu trong nước, Đồng thuận này còn dựa trên nguồn y văn có mức độ chứng cứ cao từ các nghiên cứu trên thế giới, đặc biệt là các nghiên cứu có những đặc điểm tương đồng về mặt dân số nghiên cứu và kinh nghiệm của các chuyên gia. Những điểm lâm sàng quan trọng cần có thêm các chứng cứ tại chỗ để đưa ra khuyến cáo trong tương lai bao gồm: các nghiên cứu về phác đồ thứ ba, các biện pháp phòng ngừa tái nhiễm và kế hoạch theo dõi cụ thể cho các trường hợp có tổn thương tiền ung thư dạ dày sau khi điều trị diệt trừ *H. pylori*.

Hội đồng Chuyên gia hy vọng rằng Đồng thuận này sẽ là một công cụ hữu ích giúp hướng dẫn thực hành lâm sàng tại Việt Nam, đồng thời thúc đẩy các nghiên cứu đa trung tâm trong nước và các hợp tác nghiên cứu quốc tế.

PHỤ LỤC

Bảng 1. Tóm tắt các khuyến cáo trong Đồng thuận

Khuyến cáo	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyến cáo
Chỉ định và chọn lựa xét nghiệm chẩn đoán nhiễm <i>H. pylori</i>		
Khuyến cáo 1. Trong thực hành lâm sàng, chỉ nên làm xét nghiệm chẩn đoán <i>H. pylori</i> khi có ý định điều trị diệt trừ.	Thấp	Mạnh
Khuyến cáo 2. Xét nghiệm chẩn đoán <i>H. pylori</i> được chỉ định trong các trường hợp sau đây:		
• Loét dạ dày tá tràng	Cao	Mạnh
• Tiền sử loét dạ dày tá tràng nhưng chưa từng được xét nghiệm để chẩn đoán tình trạng nhiễm <i>H. pylori</i>	Cao	Mạnh
• Khó tiêu	Cao	Mạnh
• Có tổn thương tiền ung thư dạ dày trên mô bệnh học (viêm dạ dày mạn teo, dị sản ruột, loạn sản dạ dày)	Cao	Mạnh
• Sau can thiệp nội soi điều trị ung thư dạ dày sớm	Cao	Mạnh
• MALT lymphoma độ thấp	Cao	Mạnh
• Có cha mẹ hoặc anh chị em ruột bị ung thư dạ dày	Cao	Mạnh
• Mới bắt đầu sử dụng và dự kiến điều trị lâu dài với các thuốc thuộc nhóm kháng viêm không steroid	Cao	Yếu

	<ul style="list-style-type: none"> Cần điều trị aspirin liều thấp lâu dài 	Cao	Yếu
	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản cần điều trị duy trì kéo dài bằng nhóm thuốc ức chế bơm proton 	Trung bình	Yếu
	<ul style="list-style-type: none"> Thiếu máu thiếu sắt không giải thích được nguyên nhân 	Cao	Yếu
	<ul style="list-style-type: none"> Ban xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn 	Thấp	Yếu
	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh nhân mong muốn được điều trị nhưng không thuộc các nhóm chỉ định kể trên (dù đã được thầy thuốc tư vấn kỹ là việc diệt trừ chưa thực sự cần thiết) 	Cao	Yếu
Khuyến cáo 3.	Các bệnh nhân có triệu chứng khó tiêu nếu tuổi ≥ 35 (nữ) hoặc ≥ 40 (nam) và/hoặc có kèm triệu chứng báo động cần được nội soi tiêu hóa trên và chẩn đoán nhiễm <i>H. pylori</i> bằng các phương pháp xét nghiệm dựa trên mẫu mô sinh thiết.	Trung bình	Mạnh
Khuyến cáo 4.	Trong trường hợp bệnh nhân được nội soi tiêu hóa trên và có chỉ định xét nghiệm chẩn đoán nhiễm <i>H. pylori</i> , xét nghiệm urease nhanh dựa trên mẫu mô sinh thiết được ưu tiên chọn lựa hàng đầu.	Trung bình	Mạnh
Khuyến cáo 5.	Trong các xét nghiệm chẩn đoán <i>H. pylori</i> không xâm lấn (không cần làm sinh thiết qua nội soi), xét nghiệm hơi thở được ưu tiên chọn lựa đầu tay.	Trung bình	Mạnh

Khuyến cáo 6.	Trước khi làm xét nghiệm chẩn đoán <i>H. pylori</i> , cần xác định chắc chắn bệnh nhân không uống kháng sinh và Bismuth trong vòng 4 tuần, không uống PPI ít nhất 2 tuần trước khi làm xét nghiệm.	Trung bình	Mạnh
Khuyến cáo 7.	Ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét DD-TT, xét nghiệm urease dựa trên mẫu mô sinh thiết và mô bệnh học có thể âm tính giả. Nếu các xét nghiệm này âm tính, tình trạng nhiễm <i>H. pylori</i> cần được kiểm tra thêm bằng một xét nghiệm <i>H. pylori</i> khác có độ tin cậy cao sau khi bệnh nhân đã ổn định tình trạng xuất huyết.	Trung bình	Mạnh
Phác đồ điều trị diệt trừ <i>H. pylori</i>			
Khuyến cáo 8.	Một phác đồ diệt trừ <i>H. pylori</i> được đánh giá là có hiệu quả và được khuyến cáo chỉ khi đạt tỉ lệ diệt trừ thành công tối thiểu là 80% (theo ý định điều trị). Việc chọn lựa phác đồ điều trị của đồng thuận này dựa trên các cơ sở lý luận sau đây theo thứ tự ưu tiên: (1) kết quả của các thử nghiệm lâm sàng tại chỗ, (2) các nghiên cứu ở các vùng khác trên thế giới có chất lượng chứng cứ cao và (3) kinh nghiệm của các chuyên gia tham gia đồng thuận.	Trung bình	Mạnh

Khuyến cáo 9.	Tình trạng kháng Clarithromycin và Metronidazole nguyên phát rất cao. Kháng Amoxicillin và Levofloxacin nguyên phát đang có chiều hướng gia tăng. Kháng Tetracycline ở mức thấp và ổn định.	Trung bình	Mạnh
Khuyến cáo 10.	Không tuân thủ điều trị là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến diệt trừ <i>H. pylori</i> thất bại. Dành thời gian tư vấn, giải thích cách sử dụng và các tác dụng phụ của thuốc có thể giúp tăng tỉ lệ tuân thủ điều trị và diệt trừ <i>H. pylori</i> thành công.	Trung bình	Mạnh
Khuyến cáo 11.	Khuyến bệnh nhân không hút thuốc lá và không uống rượu bia trong thời gian điều trị diệt trừ <i>H. pylori</i> để tránh làm giảm hiệu quả diệt trừ của phác đồ.	Trung bình	Yếu
Khuyến cáo 12.	Ức chế bài tiết acid tốt là một trong các yếu tố then chốt quyết định hiệu quả của phác đồ điều trị <i>H. pylori</i> .	Cao	Mạnh
Khuyến cáo 13.	Thời gian tối ưu của tất cả phác đồ điều trị diệt trừ <i>H. pylori</i> được khuyến cáo theo Đồng thuận này là 14 ngày. Không sử dụng phác đồ ngắn hơn 10 ngày.	Trung bình	Mạnh

Khuyến cáo 14.	Chọn lựa phác đồ diệt trừ <i>H. pylori</i> lần đầu.		
	A. Phác đồ ưu tiên một là PPI + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth (PTMB)	Cao	Mạnh
	B. Phác đồ thay thế là PPI + Amoxicilline + Levofloxacin + Bismuth (PALB)	Thấp	Mạnh
	C. Không sử dụng phác đồ bộ 3 chứa Clarithromycin do tỉ lệ thất bại điều trị cao và làm tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh.	Cao	Mạnh
Khuyến cáo 15.	Chọn lựa phác đồ diệt trừ <i>H. pylori</i> lần thứ hai.		
	A. Sử dụng phác đồ PPI + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth (PTMB), nếu trước đó chưa dùng phác đồ điều trị này	Cao	Mạnh
	B. Sử dụng phác đồ PPI+Amoxicilline + Levofloxacin + Bismuth (PALB), nếu trước đó đã dùng phác đồ 4 thuốc có Bismuth thất bại.	Thấp	Mạnh
Khuyến cáo 16.	Chọn lựa phác đồ điều trị cứu vãn sau hai lần diệt trừ thất bại		
	A. Chọn lựa phác đồ PPI + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth nếu chưa từng dùng	Trung bình	Mạnh

B. Nếu đã từng điều trị phác đồ điều trị 4 thuốc chứa Bismuth, cần làm xét nghiệm đánh giá độ nhạy cảm với kháng sinh để chọn phác đồ phù hợp.	Thấp	Mạnh
Khuyến cáo 17. Cần cân nhắc thận trọng khi quyết định sử dụng phác đồ diệt trừ <i>H. pylori</i> chứa Rifabutin do tình hình lao kháng thuốc tại Việt Nam còn phức tạp.	Rất thấp	Mạnh
Khuyến cáo 18. Khi bệnh nhân đã tuân thủ tốt với các phác đồ thích hợp nhưng vẫn không điều trị diệt trừ <i>H. pylori</i> thành công, nên tạm ngừng điều trị một thời gian, tư vấn kỹ cho người bệnh về lợi ích, nguy cơ và có kế hoạch theo dõi phù hợp cho đến khi có phác đồ điều trị <i>H. pylori</i> mới và hiệu quả.	Rất thấp	Yếu
Xét nghiệm kiểm tra sau điều trị diệt trừ <i>H. pylori</i>		
Khuyến cáo 19. Cần làm xét nghiệm kiểm tra tình trạng <i>H. pylori</i> cho tất cả bệnh nhân đã được điều trị diệt trừ.	Cao	Mạnh
Khuyến cáo 20. Nên thực hiện nội soi tiêu hóa trên kết hợp xét nghiệm urease nhanh dựa trên mẫu mô sinh thiết đối với các trường hợp (1) loét dạ dày, (2) cần đánh giá các tổn thương nghi ngờ là ung thư, hoặc (3) cần đánh giá tổn thương tiền ung thư dạ dày về mức độ nặng và mức độ lan rộng.	Cao	Mạnh

Khuyến cáo 21. Đối với các trường hợp đã điều trị <i>H. pylori</i> nhưng chưa thực sự cần thiết phải đánh giá lại bằng nội soi, nên chọn xét nghiệm hơi thở để kiểm tra hiệu quả diệt trừ.	Cao	Mạnh
Phòng ngừa tái nhiễm và theo dõi sau diệt trừ <i>H. pylori</i>		
Khuyến cáo 22. <i>H. pylori</i> là vi khuẩn gây bệnh có khả năng lây truyền từ người sang người, đặc biệt là giữa các thành viên trong cùng gia đình, thông qua đường miệng - miệng, phân - miệng và các thiết bị y tế bị nhiễm khuẩn.	Cao	Mạnh
Khuyến cáo 23. Tái nhiễm và tái phát <i>H. pylori</i> là vấn đề quan trọng và thường gặp sau khi đã diệt trừ <i>H. pylori</i> thành công.	Thấp	Mạnh
Khuyến cáo 24. Giáo dục và nâng cao ý thức người dân về nguồn lây và đường lây truyền <i>H. pylori</i> có thể giúp giảm nguy cơ lây nhiễm trong cộng đồng.	Trung bình	Mạnh
Khuyến cáo 25. Đối với các trường hợp cần chẩn đoán nhiễm <i>H. pylori</i> bằng các xét nghiệm xâm lấn (dựa trên nội soi tiêu hóa trên), nên kết hợp đánh giá các tổn thương tiền ung thư dạ dày (bao gồm sự hiện diện, mức độ nặng và mức độ lan rộng của tổn thương).	Trung bình	Mạnh

Khuyến cáo 26. Các trường hợp có teo niêm mạc hoặc dị sản ruột ở dạ dày mức độ nặng hoặc lan rộng (ở cả thân vị và hang vị) hoặc dị sản ruột tít không hoàn toàn cần được theo dõi định kỳ bằng nội soi ngay cả khi đã diệt trừ <i>H. pylori</i> thành công.	Trung bình	Mạnh
Khuyến cáo 27. Các trường hợp có loạn sản ở dạ dày khi sinh thiết ngẫu nhiên cần được đánh giá lại bằng phương tiện nội soi có chế độ hình ảnh tăng cường để xác lập chiến lược theo dõi và điều trị thích hợp.	Thấp	Mạnh

Bảng 2. Các dấu hiệu báo động ở bệnh nhân có biểu hiện khó tiêu

Các dấu hiệu báo động
• Nuốt nghẹn
• Thiếu máu
• Sụt cân không chủ ý
• Biểu hiện nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa trên
• Nôn kéo dài hoặc nôn ra thức ăn cũ
• Khối u vùng bụng trên
• Khó tiêu mới khởi phát ở tuổi ≥ 40 (nam) và ≥ 35 (nữ)
• Không đáp ứng hoặc tái phát triệu chứng sau điều trị thử 2 – 4 tuần

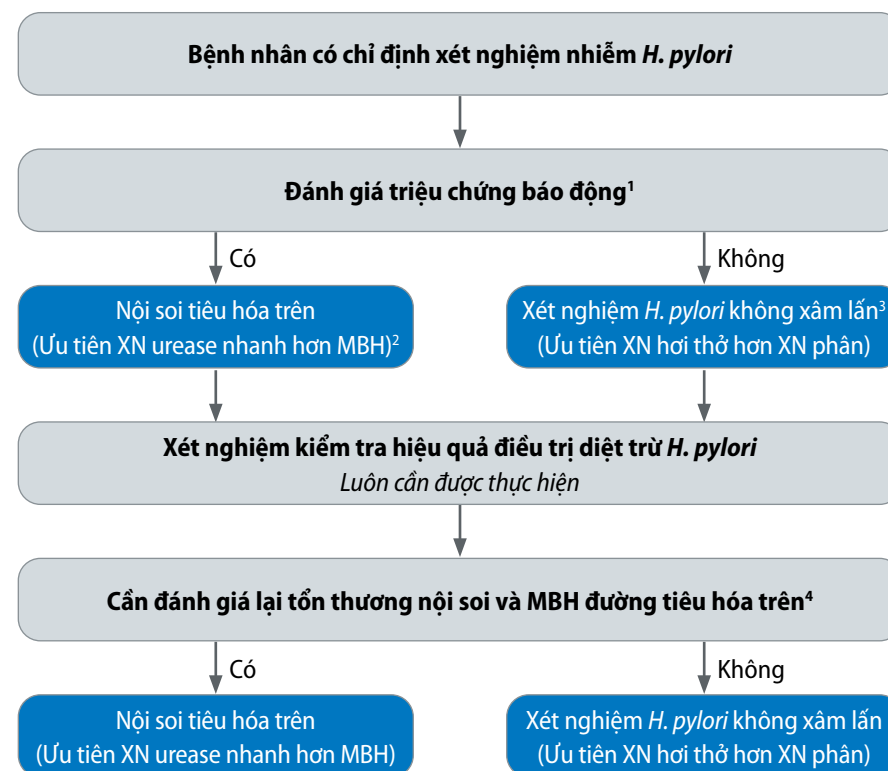
Bảng 3. Chỉ định xét nghiệm và diệt trừ *H. pylori*

Chỉ định xét nghiệm và diệt trừ <i>H. pylori</i>
• Loét dạ dày – tá tràng
• Tiền sử loét DD-TT nhưng chưa từng được xét nghiệm để chẩn đoán tình trạng nhiễm <i>H. pylori</i>
• Khó tiêu chưa được thăm dò
• Viêm dạ dày mạn teo, dị sản ruột hoặc loạn sản ở dạ dày
• Sau can thiệp qua nội soi điều trị ung thư dạ dày sớm
• MALT lymphoma độ thấp
• Có người thân quan hệ huyết thống trực tiếp bị ung thư dạ dày (cha mẹ, anh chị em ruột).
• Mới bắt đầu điều trị và dự kiến điều trị lâu dài với thuốc kháng viêm không steroid
• Cần điều trị aspirin liều thấp kéo dài
• Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản cần điều trị duy trì kéo dài bằng nhóm thuốc ức chế bơm proton
• Thiếu máu thiếu sắt không giải thích được
• Ban xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn
• Bệnh nhân mong muốn được điều trị

Bảng 4. Liều kháng sinh và PPI trong phác đồ diệt trừ *H. pylori*

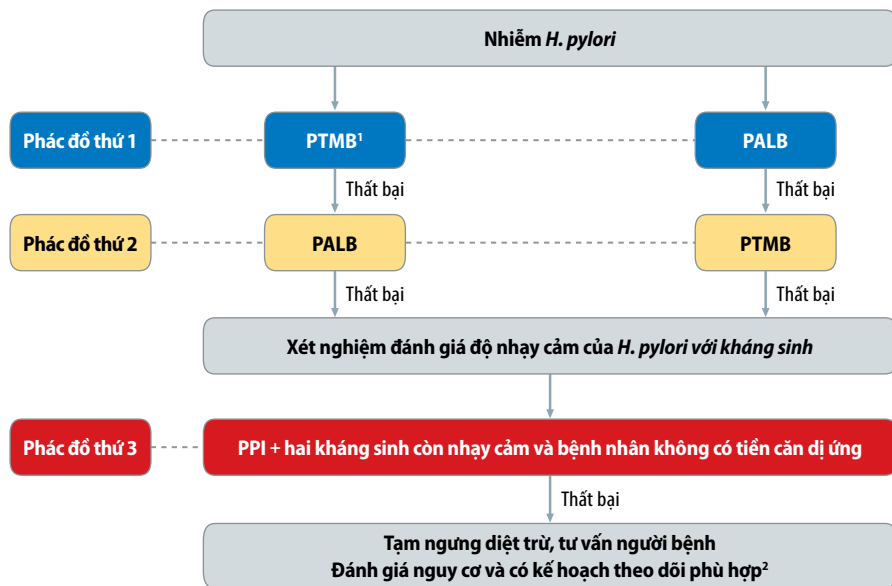
Thuốc	Kháng sinh	PPI
Loại và số lần dùng	A 1000mg x 2 lần/ngày B: 120-240 mg x 4 lần/ngày C 500mg x 2 lần/ngày L 500mg x 1 lần/ngày M 500mg x 2- 3 lần/ngày* Te 500mg x 4 lần/ngày Ti 500mg x 2 lần/ngày	Esomeprazole 40mg x 2 lần/ngày Lanzoprazole 30mg x 2 lần/ngày Omeprazole 40mg x 2 lần/ngày Pantoprazole 40mg x 2 lần/ngày Rabeprazole 20mg x 2 lần/ngày
Thời điểm sử dụng	Dùng ngay sau bữa ăn. Nếu dùng 4 lần thì thêm 1 lần trước ngủ đêm	Trước bữa ăn sáng và bữa ăn chiều 30 phút

Ghi chú: A: Amoxicilline, C: Clarithromycin, Te: Tetracycline, Ti: Tinidazole, M: Metronidazole, B: Bismuth subcitrate. * Metronidazole dùng 3 lần/ngày đối với phác đồ 4 thuốc chứa Bismuth và dùng 2 lần/ngày khi phối hợp trong các phác đồ khác.



Biểu đồ 1. Chiến lược xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *H. pylori*

¹Xem triệu chứng báo động ở bảng 2, ² Đối với trường hợp bệnh nhân đang xuất huyết tiêu hóa tiến triển, cần kiểm tra bằng một xét nghiệm thứ hai nếu xét nghiệm lần đầu âm tính sau khi ổn định tình trạng xuất huyết. ³Không dùng xét nghiệm huyết thanh học, ⁴Các trường hợp thông thường là loét dạ dày, tổn thương nội soi trước đó nghi ngờ ung thư dạ dày nhưng chưa làm xét nghiệm mô bệnh học, kết quả mô bệnh học lành tính, đã phát hiện tổn thương tiền ung thư dạ dày, đặc biệt là loạn sản dạ dày nhưng chưa xác định được vị trí nội soi, mức độ lan rộng và cần nội soi đánh giá lại bằng nội soi hình ảnh tăng cường để quyết định kế hoạch theo dõi dài hạn. XN: xét nghiệm, MBH: mô bệnh học.



Biểu đồ 2. Chiến lược điều trị diệt trừ *H. pylori* và theo dõi sau điều trị

¹Phác đồ đầu tay: PTMB được ưu tiên hơn PALB vì hiệu quả ổn định và nhiều chứng cứ hơn. Đặc biệt PALB cũng không dùng cho người dị ứng nhóm Penicillin. ²Các trường hợp loét DD-TT đã có biến chứng cần xem xét điều trị duy trì với PPI; các trường hợp có tổn thương tiền UTDD: cần có chế độ theo dõi thích hợp, thường là thời khoảng theo dõi gần hơn so với các trường hợp đã diệt trừ thành công. PTMB: PPI + Tetracycline + Metronidazole + Bismuth, PALB: PPI + Amoxicillin + Levofloxacin + Bismuth, UTDD: ung thư dạ dày. Tất cả các phác đồ điều trị đều trong 14 ngày.

Các điểm đã được thảo luận nhưng không đủ đồng thuận để khuyến cáo

- Chỉ định xét nghiệm chẩn đoán và diệt trừ *H. pylori* ở bệnh nhân thiếu vitamin B12
 - Mức độ chứng cứ: thấp.
 - Mức độ đồng thuận: 78,1%
 - Nhận xét: Tình trạng không thường gặp ở Việt Nam. Thiếu dữ liệu từ nghiên cứu tại chỗ.
- Nên tầm soát và điều trị diệt trừ *H. pylori* ở người cùng sống trong gia đình của bệnh nhân bị nhiễm *H. pylori* nhằm hạn chế tình trạng tái nhiễm.
 - Mức độ chứng cứ: cao
 - Mức độ đồng thuận: 46,8%
 - Nhận xét: nguy cơ tăng để kháng kháng sinh trong khi tình trạng tái nhiễm và tái phát *H. pylori* vẫn còn rất cao.
- Xét nghiệm huyết thanh học *H. pylori* đã được thẩm định giá trị tại chỗ có thể được sử dụng trong trường hợp chưa từng điều trị diệt trừ và không có các phương pháp chẩn đoán khác.
 - Mức độ chứng cứ: thấp
 - Mức độ đồng thuận: 43,7%
 - Nhận xét: hiện tại các phương pháp chẩn đoán *H. pylori* có độ chính xác cao hơn xét nghiệm huyết thanh học đã phổ biến.
- Phác đồ 4 thuốc không Bismuth và phác đồ nối tiếp trong điều trị nhiễm *H. pylori* lần đầu có thể hiệu quả nhưng chứng cứ thấp hơn và chứng cứ không cập nhật.
 - Mức độ chứng cứ: rất thấp
 - Mức độ đồng thuận: 78,1% và 62,5%.
 - Nhận xét: Kết quả điều trị kém hơn các phác đồ đã được đưa ra trong khuyến cáo và mức độ chứng cứ dựa trên thử nghiệm lâm sàng tại chỗ cũng thấp hơn.

- Nên sử dụng men vi sinh sống (probiotic) khi phối hợp với phác đồ diệt trừ *H. pylori* để giảm tác dụng phụ của phác đồ, tăng khả năng tuân thủ và tỉ lệ diệt trừ thành công.
- Mức độ chứng cứ: trung bình
- Mức độ đồng thuận: 56,5%
- Nhận xét: Thiếu các thông tin chi phí so với lợi ích điều trị. Làm phức tạp thêm phác đồ điều trị *H. pylori* và dễ dẫn đến khó tuân thủ. Có thể cân nhắc chọn lọc ở các trường hợp có tiền sử tiêu chảy do kháng sinh.

**ĐỒNG THUẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI***

(Bản cập nhật 2022)