

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TIẾT TRỪ HP TRONG LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG VỚI PHÁC ĐỒ 3 THUỐC CHUẨN

Bùi Quang Di, Nguyễn Phước Lâm

Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả, độ dung nạp và tác dụng phụ với phác đồ 3 thuốc chuẩn gồm Rabeprazole, Clarithromycin và Amoxicillin tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn để xem xét phác đồ này tiếp tục dùng để điều trị tiết trừ *Helicobacter pylori* (H.Pylori) cho bệnh nhân lần đầu hay thay thế phác đồ khác. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 116 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng dùng 10 ngày Rabeprazole (Rabe) 20mg + clarithromycin (Clari) 0.5g + amoxicillin(amoxi) 1g, 2 lần trong ngày đối với bệnh nhân chưa điều trị lần nào, sự tiết trừ dựa vào nội soi thực hiện sau khi ngưng điều trị 4 tuần. **Kết quả:** 100% bệnh nhân nghiên cứu dùng thuốc đầy đủ, không ai bỏ cuộc trong quá trình theo dõi điều trị. Tuổi trung bình 49 tuổi, nam chiếm 62%, 73 ca (62,9 %) loét tá tràng, 28(24,1%) loét dạ dày, còn lại loét dạ dày và tá tràng. Tỷ lệ tiết trừ 75% (độ tin cậy 95%, 73,4-78,3). Khoảng 62 ca (53,4%) có ít nhất một yếu tố nguy cơ gây loét, trong đó hút thuốc lá hay gặp nhất chiếm 38%. Tác dụng phụ chiếm 67% chủ yếu thay đổi vị giác, đắng miệng, mệt mỏi 49%, khó ngủ 12% và tiêu chảy 5%. **Kết luận:** Qua nghiên cứu thấy rằng phác đồ 3 thuốc chuẩn trong 10 ngày hiệu quả kém và nhiều tác dụng phụ cần xem xét phác đồ khác thay thế.

Abstract

EFFICACY OF TREATMENT OF H. PYLORI ERADICATION WITH STANDARD TRIPLE THERAPY IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL ULCER

Bui Quang Di, Nguyen Phuoc Lam

Objectives: The aim of study is to evaluate the efficacy, tolerability and adverse effects of a standard triple therapy including Rabeprazole, Clarithromycin and Amoxicilline at Sai gon Hoan My hospital in order to consider treatment H.pylori for patients who have not yet eradicated before or need to be undertaken by alternative regimens. **Methods:** By descriptive cross-sectional study, the authors have examined 116 patients suffering from peptic ulcer received 10-day therapy including Rabe (20mg b.d) plus Clari(500mg b.d) plus Amoxi(1g b.d). Eradication is Confirmed with endoscopy after 4 weeks from completing of treatment. **Results and Discussion:** 100% of patients were initially included and nobody was dropped out of the follow-up stages. The mean age was 49 in which 62% was male, 73(62,9%) presented duodenal ulcer, 28(24,1%) gastric ulcer and 15(13%) simultaneous gastric and duodenal ulcers. All patients took medications correctly. Per-protocol and intention to treat eradication rates were both 75%(95% CI=73,4-78,3). Additionally, 62(53,4%) patients had at least one risky factor for peptic ulcer disease, smoking being the most common one 44(37,9%). The adverse effects were reported overall in 67% of the patients, mainly including changed taste, very bitter, tired 49%, trouble sleeping 12% and diarrhea 5%. **Conclusion:** this ten-day standard triple therapy used in this study is ineffective with high adverse effects. The first line eradication with new regimens should be alternative.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm *Helicobacter Pylori* (*H. Pylori*) là nguyên nhân chính gây khó tiêu chức năng, viêm loét dạ dày tá tràng và ung thư dạ dày. Việc sử dụng phác đồ chuẩn 3 thuốc gồm PPI, Clari và Amoxi đã được sử dụng hơn 10 năm nay trên khắp thế giới. Tuy nhiên hiệu quả triệt trừ *H. Pylori* ngày càng giảm do tình trạng kháng thuốc chủ yếu là Clari. Ở Việt Nam chưa có báo cáo tổng kết thất bại của phác đồ điều trị chuẩn này mặc dầu trong nước cũng như ngoài nước sử dụng phác đồ này rất nhiều. Do đó, **mục tiêu của nghiên cứu là:**

1. *Đánh giá hiệu quả phác đồ Rabe + Clari + Amoxi trong điều trị triệt trừ H. Pylori ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng.*

2. *Tác dụng phụ của phác đồ này trong quá trình điều trị.*

Qua đó, chúng ta xem xét phác đồ này cho bệnh nhân điều trị lần đầu hay thay thế phác đồ khác cho bệnh nhân tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ **Tiêu chuẩn chọn bệnh**

- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở phòng khám tiêu hóa từ tháng 6/2009 đến 3/2011.

- Các bệnh nhân này chưa điều trị lần nào được nội soi chẩn đoán loét tá tràng, loét dạ dày hoặc loét dạ dày tá tràng, Clo Test dương tính (+), đường kính ổ loét <1,5cm.

+ Kit Clotest được sản xuất tại Công ty TNHH Nam Khoa theo tiêu chuẩn Iso 9001-2000, Who GMP/GLP.

+ **Tiêu chuẩn đánh giá:**

♦ Kết quả (+): trong giếng gel có xuất hiện màu đỏ cánh sen trong vòng 1 giờ.

♦ Kết quả (-): trong giếng gel không có sự đổi màu.

- Độ tuổi từ 18 tuổi trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không nghiên cứu các bệnh nhân loét dạ dày tá tràng *H. pylori* (+) có bệnh lý khác kèm theo như tiểu đường, bệnh lý tim mạch, suy thận, dị ứng với thuốc.

Phác đồ điều trị: Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ là Rabeprazole (Rabe) 20mg/ngày + Amoxi 1g 2 lần /ngày + Clari 0.5g 2 viên/ngày (điều trị trong vòng 10 ngày), sau đó dùng Rabe liều chuẩn thêm 4 tuần, bệnh nhân được nội soi kiểm tra, làm clotest 4 tuần sau ngưng thuốc.

Tiêu chuẩn lành bệnh: Bệnh nhân được nội soi dạ dày kiểm tra đánh giá lành sẹo và sạch *H. Pylori* 4 tuần sau khi ngưng thuốc, do một Bác sĩ chuyên nội soi làm độc lập không biết nhóm bệnh nhân này đang nghiên cứu.

Thu thập số liệu:

- Các bệnh nhân này được thu thập theo một bảng chung.

- Tác dụng phụ trong quá trình uống thuốc được hướng dẫn cho bệnh nhân ghi kết quả trả lời Có/Không, theo bảng câu hỏi chung.

- Các yếu tố nguy cơ gây loét như hút thuốc lá, dùng thuốc kháng viêm corticoide hoặc non steroid đi kèm, uống bia rượu cũng được khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hàng loạt ca tiền cứu.

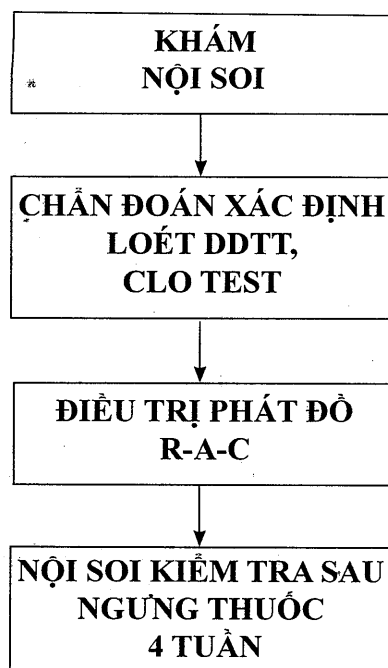
- Cỡ mẫu: Dựa vào công thức ước lượng về tỷ lệ một mẫu dành cho biến số không liên tục với độ chính xác tuyệt đối $d = 0.1\%$; $P = 0,5$ (tỷ lệ ước tính trong quần thể); độ tin cậy 95%; $\alpha = 0,05$; $Z = 1,96$. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2} = 96 \quad \text{bệnh nhân.}$$

- Phân tích thống kê: dựa test Z, được đánh giá với độ tin cậy 95%, P-value <0.05 được xem xét là có ý nghĩa thống kê.

Xử lý số liệu: Dùng phần mềm SPSS 17.0 dựa biến số định tính, định lượng, không liên tục.

Sơ đồ nghiên cứu:

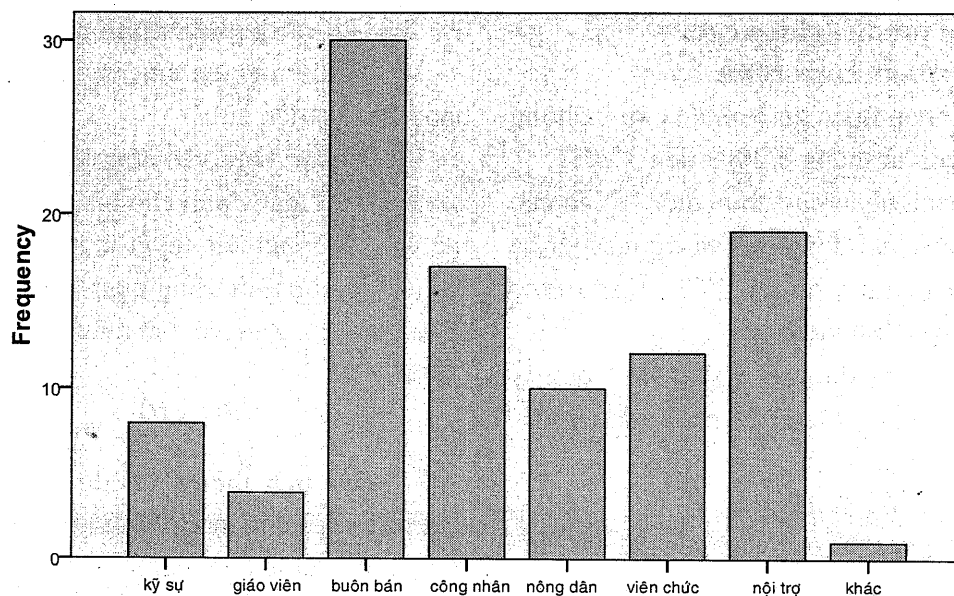


3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi, giới, nghề nghiệp

Trong tổng số 116 bệnh nhân độ tuổi trung bình 49 tuổi, 62% là nam, có 73 ca (62,9%) loét tá tràng, 28ca (24,1%) loét dạ dày, 15 ca(13) loét dạ dày và tá tràng.

Trong các nghề nghiệp của bệnh nhân khám bệnh thì buôn bán chiếm tỷ lệ cao nhất 26%, tiếp theo là công nhân, nội trợ, nông dân,...(Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Phân bố theo nghề nghiệp

Phân bố theo khu vực:

Về địa bàn cư trú của bệnh nhân: cao nhất là TP.HCM chiếm 47,6%, còn lại là tại các tỉnh miền Đông Nam Bộ (Bình Phước, Bình Dương, Đồng Nai...) và miền Trung (trong đó đặc biệt là các vùng xa như Gia Lai, Quảng Nam, Khánh Hòa, Ninh Thuận,...).

Bảng 3.1: Phân bố theo khu vực

Tỉnh thành	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ
TP.HCM	56	48,3%
Miền Trung	25	21,5%
Các tỉnh khác	35	30,2%

Tất cả bệnh nhân này được theo dõi và điều trị theo đúng phác đồ, không có bệnh nhân nào tự bỏ điều trị.

Trong 116 bệnh nhân, kết quả điều trị tất cả bệnh nhân sau khi nội soi đều lành sẹo ở dạ dày, tá tràng, tuy nhiên có Clo test (-) chiếm 87 ca đạt 75% (độ tin cậy 95% ,73,4-78,3), còn lại là Clotest (+) (bảng 2):

Bảng 3.2: Kết quả triệt từ HP

Kết quả	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ
Clotest(-)	87	75%
Clotest (+)	29	25%
Tổng cộng	116	100%

Trong nghiên cứu này cho thấy số lượng bệnh nhân có tác dụng phụ rất nhiều trong thời gian dùng kháng sinh chiếm 77 ca (67%), bao gồm thay đổi vị giác, đắng miệng, mệt mỏi 49% khó ngủ 12% và 5% bị tiêu chảy, 62 trường hợp chiếm 53,4% có ít nhất một yếu tố nguy cơ gây loét, trong đó hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất (38%).

Bảng 3.3: Kết quả tác dụng phụ

Kết quả	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ
Thay đổi vị giác	57	49%
Khó ngủ	14	12%
Tiêu chảy	6	5 %
Dị ứng thuốc	0	0%
Khác	0	0%

4. BÀN LUẬN

Việc sử dụng phác đồ 3 thuốc chuẩn trong nghiên cứu này đạt tỷ lệ tiết trừ 75 % so sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả nước ngoài (Bảng 3.4), chúng ta thấy rằng:

Bảng 3.4: So sánh kết quả tiết trừ HP với tác giả gần đây

STT	Tác giả	Năm nghiên cứu	Số lượng bệnh nhân	Kết quả tiết trừ	Độ khác biệt
1	Assem M (Egypt)[4]	2010	150	78.6%	P >0.05
2	Molina-Infante J (Spain)[13]	2010	115	66.0%	P <0.05
3	Makoto Sasaki (Japan)[12]	2010	750	74.8%	P >0.05
4	Rokkas T(Greece)[16]	2009	540	70.3%	P >0.05
5	Trần Thiện Trung và CS [3]	2009	43	68%	P <0.05

Nghiên cứu này tỷ lệ tiết trừ HP thành công 75% không có khác biệt với các tác giả Assem M, Makoto Sasaki, Rokkas T với tỉ lệ tiết trừ từ 70-78% [4,12,16], có sự khác biệt về tỷ lệ tiết trừ H. Pylori với tác giả Molina-Infante J, và tác giả Trần Thiện Trung có thể do tình trạng kháng thuốc của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này. Các nghiên cứu từ năm 1998 đến nay, khi dùng phác đồ 3 thuốc chuẩn tình trạng kháng thuốc Clari ở nhiều nước trên thế giới đã được báo cáo làm cho hiệu quả điều trị dưới 80%, thậm chí ở mức từ 40-75% như nhiều tác giả báo cáo ở các nước như: Thổ Nhĩ Kỳ, Ý, Pháp, Bỉ, Brazil, Nam Phi,...(Altintas E 2004, Perri F 2001, Bigard MA 1998, Eclissato C 2002, Lee JM 1999, Kashimura H 1999, Wong BCY 2000). Hiệu quả tiết trừ giảm là do tình trạng H. Pylori kháng thuốc ngày càng nhiều. Theo Megraud F. GUT 2004; Meyer JM, et al, Ann Intern Med 2002:

Kháng Metronidazole

Châu Âu và Mỹ : 20% - 40%

Châu Á :30% - 60%

Kháng Clarithromycin

Châu Âu và Mỹ : 4% - 22%

Châu Á : 5% - 13%

Do vậy, theo sự thống nhất hội đồng thuận Maastricht III 2005 [16], việc sử dụng phác đồ chuẩn này được đề nghị cho những vùng kháng Clari dưới 20% và bệnh nhân chưa dùng thuốc nhóm Macrolides trước đây. Ở Châu Á, một báo cáo tổng kết của tác giả

Makoto Sasaki và các cộng sự tại Nhật Bản năm 2010, tỷ lệ triệt trừ HP khi dùng phác đồ chuẩn trong vòng 12 năm (1997 đến 2008) giảm một cách rõ rệt từ 90,6% đến 80,2%, tiếp tục xuống 76% đến 74,8%, tỷ lệ nghịch với kháng thuốc clari nguyên phát ngày càng tăng từ 8,7% đến 23,5%, tiếp tục tăng 26,7% đến 34,5%. Các tác giả này đã phân tích tổng hợp và kết luận sự kháng clari từ năm 2003 là trên 20% để xem xét có nên cấy làm kháng sinh đồ trước khi điều trị hay không [12]. Sự thất bại trong việc điều trị H. Pylori bên cạnh việc kháng thuốc còn do tác dụng phụ nhiều của phác đồ này làm cho bệnh nhân khó dung nạp gây dễ bỏ điều trị nếu chúng ta không giải thích trước và khuyên bệnh nhân tiếp tục điều trị. Ngoài ra tỷ lệ diệt trừ HP còn phụ thuộc mức độ tiết axit [18], sự ức chế tiết axit của các thuốc ức chế bơm proton (PPI) tùy thuộc vào sự đa hình thái của gen CYP2C19. Các thuốc PPI được chuyển hóa bởi gen này tại gan có ảnh hưởng khác nhau trong việc tiết axit sẽ ảnh hưởng khác nhau khi phối hợp với kháng sinh để điều trị, điều này được thống kê, phân tích [7,23]. Theo tác giả Nhật Bản Makoto Sasaki và cộng sự, Rabeprazole ít chịu ảnh hưởng bởi men này hơn là Omeprazole và Lanzoprazole, bệnh nhân mà có H.Pylori kháng với Clari thì tỷ lệ triệt trừ bị ảnh hưởng rất rõ bởi đa hình dạng của gen này. Điều này cũng cho thấy rằng khả năng ức chế tiết acide của nhóm PPI bị giảm rõ khi dùng các thuốc như là Omeprazole (Ome), Lanzoprazole

(Lanzo) trong khi đó Rabeprazole (Rabe) ít bị ảnh hưởng so với các thuốc trên [5,19,21]. Ngoài ra, theo tác giả Kuo CH, Rabe vượt qua tác động ảnh hưởng của men này [11]. Điều này giải thích tại sao trong nghiên cứu của tác giả Nhật Bản khi dùng Ome và Lanzo tỷ lệ tiết trừ giảm rõ rệt qua thời gian trong khi đó nhóm dùng Rabe không có giảm rõ ràng, từ đó sự chọn lựa loại thuốc PPI nào rất quan trọng trong phác đồ chuẩn đầu tiên cho bệnh nhân, điều này cần nghiên cứu thêm. Do vậy trong nghiên cứu này đã sử dụng Rabe để không bị ảnh hưởng bởi tác động của gen này gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị và việc nội soi dạ dày sau điều trị và làm Clotest là phương pháp được chọn lựa để kiểm tra lành sẹo và chứng minh phác đồ chuẩn này đạt hiệu quả cao nhất do Clotest có thể âm tính giả. Sự thất bại của phác đồ đầu tiên tạo điều kiện nhiễm H.Pylori dai dẳng và kháng kháng sinh mắc phải. Hơn nữa, tiết trừ H.Pylori lần đầu thành công sẽ khắc phục được tình trạng kháng kháng sinh thứ phát, phòng ngừa kháng kháng sinh thứ phát và giảm tỷ lệ tái nhiễm H.Pylori. Qua đó chúng ta cần xem xét phác đồ 3 thuốc chuẩn này tiếp tục sử dụng hay chọn phác đồ khác hoặc phối hợp thêm thuốc.

Hiện nay, phác đồ 4 thuốc ngăn ngày gồm PPI liều chuẩn + amoxi 1g 2 lần ngày x 5 ngày, tiếp theo dùng 5 ngày gồm PPI liều chuẩn + Clari 0.5g + Tiniazole 0,5g (tất cả dùng 2 lần ngày) đang được xem xét để thay thế phác đồ 3 thuốc chuẩn. Một vài nghiên cứu trong những năm gần đây đã cho thấy rõ hiệu quả điều trị của phác đồ này cao hơn hẳn so với phác đồ chuẩn đặc biệt ở nhóm bệnh nhân đã đề kháng với nhóm clari, theo tác giả Vaira D và cộng sự [20] khi dùng phác đồ 4 thuốc ngăn ngày dựa vào Pantoprazole, hiệu quả tiết trừ đạt 89% so 77% khi dùng phác đồ 3 thuốc chuẩn và cũng đạt 89% so với 29% khi chủng HP đã kháng với Clari. Theo Zullo A và cộng sự, nghiên cứu tổng hợp phân tích trên 1.800 bệnh

nhân đã dùng phác đồ 4 thuốc ngăn ngày như trên thì hiệu quả tiết trừ trên 90% [22]. Và theo như tác giả Jafri tổng hợp từ 2.747 bệnh nhân thì đạt tỷ lệ thành công 93,4% đối với nhóm dùng phác đồ 4 thuốc ngăn ngày trên và tỷ lệ thành công chỉ đạt 76,9% đối với nhóm dùng phác đồ 3 thuốc chuẩn [8], điều này cũng phù hợp với kết quả điều trị của nhiều tác giả khác [10,13,14,15]. Chúng ta thấy rằng phác đồ 4 thuốc ngăn ngày nên được xem xét là chọn lựa đầu tiên cho những bệnh nhân chưa điều trị lần nào có HP (+), lợi điểm nữa cho dù bệnh nhân có bị kháng clari hay không.

Đối với những bệnh nhân có chỉ định dùng phác đồ 3 thuốc chuẩn, việc phối hợp thêm Bismuth và kéo dài thời gian điều trị kháng sinh 14 ngày tỏ ra hiệu quả đạt từ 90-93%[6,9,17]. Sự kháng kháng sinh Clari có thể vượt qua khi dùng thêm Bismuth kéo dài như phác đồ 4 thuốc ngăn ngày, theo Peter phối hợp thêm Bismuth tỷ lệ tiết trừ đạt >90%, tăng thêm 13% khi dùng 14 ngày thay vì 7 ngày.

Trong thực hành, chúng ta nên chọn phác đồ 4 thuốc ngăn ngày thay thế phác đồ chuẩn 3 thuốc. Trường hợp bệnh nhân có chỉ định dùng phác đồ 3 thuốc chuẩn chúng ta nên phối hợp thêm Bismuth và kéo dài thời gian điều trị 14 ngày trong đó chọn lựa thuốc nhóm PPI, Rabe nên được dùng đầu tiên.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, việc sử dụng phác đồ 3 thuốc chuẩn trong 10 ngày đạt tỷ lệ tiết trừ H.Pylori 75% và tác dụng phụ chiếm 67% chủ yếu là thay đổi vị giác, đắng miệng mệt mỏi. Phác đồ này tỏ ra kém hiệu quả và nhiều tác dụng phụ.

Để rút ngắn thời gian điều trị và tăng tỷ lệ thành công cho bệnh nhân, chúng ta nên thêm vào phác đồ chuẩn Bismuth và điều trị 14 ngày hoặc thay thế phác đồ 4 thuốc ngăn ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Minh Hương, Hoàng Trọng Thăng (2007). *Nghiên cứu hiệu quả liệu pháp kết hợp Esomeprazole + Clarithromycin + Amoxicillin trong điều trị loét dạ dày-tá tràng có nhiễm Helicobacter pylori*. Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam, 5:279-283.
2. Nguyễn Khánh Trạch, Trần Kiều Miên, Lê Thành Lý (2003). *Đánh giá hiệu quả của một tuần điều trị kết hợp Nexium (Esomeprazole), Clarithromycin và Amoxicillin trong diệt trừ Helicobacter pylori và loét tá tràng*. Nội khoa, 4:24-32.
3. Trần Thiện Trung, Đỗ Trọng Hải, Quách Trọng Đức, Lý Kim Hương (2009). *Hiệu quả của phác đồ đầu tay EAC và EAL trong tiệt trừ H. Pylori*. Y học TP. Hồ Chí Minh * Vol. 13 - Supplement of No 1 - 2009: 5 - 10.
4. Assem M, *Efficacy and safety of Levofloxacin, Clarithromycin and Esomeprazole as first line triple therapy for Helicobacter pylori eradication in Middle East, Hepatology Department, Egypt*.
5. Adachi, K., Katsube, T., Kawamura, A., Takashima, T., Yuki, M., Amano, K., Ishihara, S., Fukuda, R., Watanabe, M., and Kinoshita, Y.: *CYP2C19 genotype status and intragastric pH during dosing with lansoprazole or rabeprazole*. Aliment. Pharmacol. Ther., 14, 1259-1266, 2000.
6. Buzas GM, *First-line eradication of Helicobacter pylori: are the standard triple therapies obsolete?*, Eur j gastroenterol Hepatol, 2010 May, 22(5):597-601.
7. Furuta, T., Shirai, N., Takashima, M., Xiao, F., Hanai, H., Sugimura, H., Ohashi, K., Ishizaki, T., and Kaneko, E.: *Effect of genotypic differences in CYP2C19 on cure rates for Helicobacter pylori infection by triple therapy with a proton pump inhibitor, amoxicillin, and clarithromycin*. Clin. Pharmacol. Ther., 69, 158-168, 2001.
8. Jafri, NS, Hornung, CA, Howden, CW. *Meta-analysis: sequential therapy appears superior to standard therapy for Helicobacter pylori infection in patients naive to treatment*. Ann Intern Med 2008; 148:923.
9. Peter, Bismuth improves PPI-based triple therapy for H. pylori eradication, Dis. 2010 Oct; 11(5):313-8C.
10. Graham DY, *Helicobacter pylori treatment in the era of increasing antibiotic resistance, USA*.
11. Kuo CH, *Rabeprazole can overcome the impact of CYP2C19 polymorphism on quadruple therapy*, Taiwan, 2010 Aug , 15(4):265-72.
12. Makoto Sasaki and et al, *Changes in 12-Year First-Line Eradication Rate of Helicobacter pylori Based on Triple Therapy with Proton Pump Inhibitor, Amoxicillin and Clarithromycin*, Published online 2010 June 17, Japan.
13. Molina-infante J, *Clarithromycin vs Levofloxacin in first line triple and sequential regimens for H pylori eradication*, Spain, 2010 Aug; 32(3):506-7.
14. Pan X, Li Y et al, *Efficacy and tolerability of first-line triple therapy with levofloxacin and amoxicillin plus esomeprazole or rabeprazole for the eradication of Helicobacter pylori infection and the effect of CYP2C19 genotype: a 1-week, randomized, open-label study in chinese adults*; Clin Ther. 2010 Nov; 32(12):2003-11.
15. Pontone S, *Efficacy of H. pylori eradication with a sequential regimen followed by rescue therapy in clinical practice*, 2010, Aug, 42(8):541-3, Italy.
16. Rokkas T, Sechopoulos P, *Cumulative H. pylori eradication rates in clinical practice by adopting first and second-line regimens*

- proposed by the Maastricht III consensus and a third-line empirical regimen., *Am J Gastroenterol.* 2009 Jan;104(1):21-5.
17. Sun Q and et all, *High efficacy of 14-day triple therapy-based, bismuth-containing quadruple therapy for initial Helicobacter pylori eradication*, China, 2010 Jun,15(3):233-8.
 18. Sugimoto, M., Furuta, T., Shirai, N., Kodaira, C., Nishino, M., Ikuma, M., Ishizaki, T., and Hishida, A.: *Evidence that the degree and duration of acid suppression are related to Helicobacter pylori eradication by triple therapy.* *Helicobacter*, 12, 317-323, 2007.
 19. Shirai, N., Furuta, T., Moriyama, Y., Okochi, H., Kobayashi, K., Takashima, M., Xiao, F., Kosuge, K., Nakagawa, K., Hanai, H., Chiba, K., Ohashi, K., and Ishizaki, T.: *Effects of CYP2C19 genotypic differences in the metabolism of omeprazole and rabeprazole on intragastric pH.* *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 15, 1929-1937, 2001.
 20. Vaira D, Zullo A, Vakil N, et al. *Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for Helicobacter pylori eradication: a randomized trial.* *Ann Intern Med* 2007; 146:556.
 21. Zhang L, The effect of cytochrome P2C19 and interleukin-1 polymorphisms on *H. pylori* eradication rate of 1-week triple therapy with omeprazole or rabeprazole, amoxycillin and clarithromycin in Chinese people, *Department of Gastroenterology*, 2010 Dec;35(6):713-22.
 22. Zullo, A, De, Francesco V, Hassan, C, et al. *The sequential therapy regimen for Helicobacter pylori eradication: a pooled-data analysis.* *Gut* 2007; 56:1353.
 23. Zhao, F., Wang, J., Yang, Y., Wang, X., Shi, R., Xu, Z., Huang, Z., and Zhang, G.: *Effect of CYP2C19 genetic polymorphisms on the efficacy of proton pump inhibitor-based triple therapy for Helicobacter pylori eradication: a meta-analysis.* *Helicobacter*, 13, 532-541, 2008.

THÔNG TIN Y DƯỢC HỌC

Nguyễn Thị Anh Phương
Trường Đại học Y Dược Huế

NGÀY VIÊM GAN THẾ GIỚI - 28.7.2011

Siêu vi viêm gan A, B, C, D và E có thể gây nhiễm viêm gan cấp tính và mạn tính

Là nguyên nhân dẫn đến xơ gan và ung thư gan. Những siêu vi này là một trong những nguy cơ sức khỏe chính trên phạm vi toàn cầu với khoảng 350 triệu người nhiễm viêm gan siêu vi B mạn tính và 170 triệu người nhiễm viêm gan siêu vi C mạn tính.

Ngày Viêm gan thế giới là ngày gì?

Ngày Viêm gan thế giới là một sự kiện thường niên được tổ chức hằng năm nhằm cung cấp tiêu điểm mang tính quốc tế cho bệnh nhân và gia đình đang chung sống với viêm gan siêu vi B và C. Đây là một cơ hội để những người quan tâm có điều kiện tăng cường nhận thức, mang lại những thay đổi đáng kể trong công tác phòng bệnh và tiếp cận với xét nghiệm và điều trị.

Hiệp hội Viêm gan quốc tế đã tổ chức ngày Viêm gan thế giới đầu tiên vào năm 2008. Sự kiện này được tổ chức với mục đích tăng cường sự nhận thức và hiểu biết về viêm gan siêu vi và những bệnh mà chúng gây ra. Nó mang lại cơ hội để tập trung hành động vào những vấn đề sau:

- Tăng cường khả năng phòng bệnh, sàng lọc và kiểm soát viêm gan siêu vi và những bệnh có liên quan;
- Tăng cường tiêm vaccin phòng viêm gan siêu vi B và đưa vaccin này vào chương trình tiêm chủng quốc gia.
- Điều phối sự hưởng ứng toàn cầu đối với bệnh viêm gan siêu vi.

Kể từ sự kiện năm 2008, hàng nghìn sự kiện liên quan đã được tổ chức khắp thế giới, tạo được sự quan tâm của đông đảo

người dân các nước cũng như các phương tiện truyền thông. Hiệp hội Viêm gan quốc tế cũng đã nhận được sự ủng hộ và giúp đỡ của các quốc gia, các tổ chức phi chính phủ và tổ chức siêu quốc gia như tổ chức Thầy thuốc không biên giới.

Trong hội nghị của Sức khỏe thế giới tổ chức vào tháng 5 năm 2010 đã thống nhất chọn ngày 28.7 hằng năm làm ngày Viêm gan thế giới.

Ai tổ chức ngày Viêm gan thế giới?

Ngày Viêm gan thế giới được điều hành bởi Hiệp hội Viêm gan quốc tế, một tổ chức phi chính phủ đại diện cho các bệnh nhân bị Viêm gan siêu vi B và C trên thế giới.

Tại sao cần phải tổ chức sự kiện này?

Có một sự thật gây sốc rằng 1 trong 12 người trên thế giới đang chung sống với bệnh Viêm gan mạn do siêu vi B hoặc C. Mặc dù số liệu này cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ hiện nhiễm HIV, chúng ta không thể giải thích nổi là tại sao nhận thức của người dân về bệnh lý này lại ở mức độ rất thấp và phần lớn không ý thức được sự lây nhiễm bệnh.

Hiệp hội Viêm gan quốc tế hy vọng rằng ngày Viêm gan thế giới sẽ thúc đẩy nhận thức của người dân về tỷ lệ nhiễm viêm gan siêu vi đáng báo động trên phạm vi toàn cầu bao gồm khả năng tiến hành các xét nghiệm cần thiết khi nghi ngờ mắc bệnh cũng như biết cách phòng tránh lây nhiễm.

Mục tiêu lâu dài của chiến dịch này là phòng lây nhiễm mới và mang lại những cải thiện đáng kể về sức khỏe cho những người đang chung sống với viêm gan siêu vi B và C.

Ngày Viêm gan thế giới diễn ra ở đâu?

Ngày Viêm gan thế giới được tổ chức cho các bệnh nhân viêm gan trên phạm