# BỆNH LÝ DẠ DÀY TÁ TRÀNG QUA NỘI SOI VÀ TỶ LỆ NHIỄM HELICOBACTER PYLORI TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ LONG MỸ

Nguyễn Thanh Trí[1], Trần Văn Lam[1]

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.61.9

**TÓM TẮT**

***Mục tiêu**: Xác định tỷ lệ nhiễm Helicobacter pylori và một số yếu tố liên quan.*

***Phương pháp**: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.*

***Kết quả**: Tuổi trung bình 56,5 ± 16,23. Nữ là 56,1% (nam 43,9%). Tiền sử: 56,1% đau nhức khớp; hút thuốc 31,7%; uống rượu bia 26,5% và có thói quen ăn chua, cay 58,5%.Thời gian mắc bệnh là 4,6 ± 3,31 năm (01-13 năm). Đau thượng vị 85,4%; Ợ chua 78%; mệt mỏi 34,1%; buồn nôn 56,1%; nôn ra máu 12,2% và đầy bụng, chán ăn 70,7%. Nội soi: viêm 70,7%; loét 22%; u 2,2% và 4,9% trào ngược dạ dày thực quản. Có 14,6% HP (+). Yếu tố gia đình nhiễm HP tăng 2,42 lần (KTC 95% 3,57-16,34). Nam nhiễm HP cao gấp 3 lần nữ (KTC 95% 4,83-18,65).*

***Kết luận**: Có 14,6% HP dương tính. Yếu tố gia đình và giới tính liên quan nhiễm HP.*

***Từ khóa:** Bệnh lý dạ dày- tá tràng, nội soi, Helicobacter pylori*

**ABSTRACT**

**ENDOSCOPIC GASTRODUODENAL PATHOLOGY AND PREVALENCE OF HELICOBACTER PYLORI IN MEDICAL CENTER, LONG MY TOWN**

*Nguyen Thanh Tri[1], Tran Van Lam[1]*

***Objectives**: To determine Helicobacter pylori infection rate and some related factors.*

***Method**: Description, cross-sectional study.*

***Results**: Average age was 56.5 ± 16.23 years. Female occupied 56.1% (male 43.9%). History: 56.1% with joint pain; smoking 31.7%; drink alcohol 26.5% and a habit of eating sour, spicy food 58.5%. Duration of infection is 4.6 ± 3.31 years (01-13 years). Epigastric pain 85.4%; Heartburn 78%; fatigue 34.1%; nausea 56.1%; hematemesis 12.2% and bloating, anorexia 70.7%. Endoscopy: inflammation 70.7%; ulcer 22%; tumor 2.2% and 4.9% gastroesophageal reflux. 14.6% HP (+). The family factor affected by HP increased HP infectionrate 2.42 times (95% CI 3.57-16.34). Men have 3 times more HP infectionrate than women (95% CI 4.83-18.65).*

***Conclusion**: There is 14.6% HP positive. Family and gender factors were related to HP infectionrate.*

***Key words:** Gastroduodenal pathology, endoscopy, Helicobacter pylori*

1. Khoa Nội, Trung tâm Y tế thị xã Long Mỹ, Hậu Giang

- Ngày nhận bài (Received): 12/4/2020; Ngày phản biện (Revised): 25/4/2020;
- Ngày đăng bài (Accepted): 29/5/2020

- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thanh Trí
- Email: ttytthixalongmy@gmail.com; ĐT: 02933.871.311

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm Helicobacter pylori mạn tính có liên quan đến ung thư dạ dày, và hiệu quả điều trị loại bỏ Helicobacter pylori trong việc phòng ngừa ung thư dạ dày và làm giảm đáng kể tỷ lệ mắc bệnh loét tá tràng là một vấn đề quan trọng, vẫn còn nhiều tranh luận [10]. Ước tính hiện nay có khoảng phân nửa dân số thế giới nhiễm loại vi khuẩn này. Tỷ lệ lưu hành nhiễm Helicobacter pylori không đồng đều giữa các nước, ảnh hưởng lên mọi lứa tuổi, tỷ lệ nhiễm tăng dần theo tuổi và tồn tại suốt cuộc đời nếu không được điều trị. Ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh cũng chiếm khoảng 5-10% dân số, gặp ở nam nhiều hơn nữ. Bệnh thường kéo dài, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống và công việc, làm giảm sút sức lao động của toàn xã hội. Và Trung tâm Y tế thị xã Long Mỹ tiếp nhận và điều trị người bệnh mắc viêm loét dạ dày tá tràng cũng khá cao. Nên nghiên cứu được đề xuất kết hợp các kỹ thuật trong thăm khám, chẩn đoán nhằm nâng cao kết quả điều trị bệnh lý dạ dày tá tràng với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ nhiễm Helicobacter pylori và một số yếu tố liên quan*.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

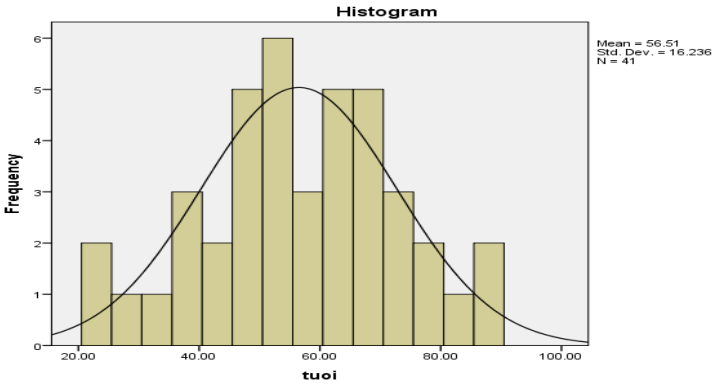
Chọn những người bệnh được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng được điều trị tại khoa Nội, Trung tâm Y tế thị xã Long Mỹ, xét nghiệm HP và nội soi chẩn đoán.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**: mô tả cắt ngang.

**Địa điểm**: Trung tâm Y tế thị xã Long Mỹ, tỉnh Hậu Giang.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu




*Biểu 3.1: Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu*

Tuổi nhỏ nhất là 23 và lớn nhất là 89 tuổi. Tuổi TB 56,5 ± 16,23.

*Bảng 3.1: Phân bố về giới tính*

| Giới | n | % |
|---|---|---|
| Nam | 18 | 43,9 |
| Nữ | 23 | 56,1 |
| Tổng cộng | 41 | 100,0 |

Nữ chiếm 56,1% và nam 43,9%.

*Bảng 3.2: Phân bố về dân tộc*

| Dân tộc | n | % |
|---|---|---|
| Kinh | 35 | 85,4 |
| Hoa | 2 | 4,9 |
| Khơ-me | 4 | 9,8 |
| Khác | 0 | 0 |
| Tổng cộng | 41 | 100,0 |

Đối tượng là dân tộc Kinh chiếm 85,4%; dân tộc Hoa chiếm 4,9%

*Bảng 3.3: Phân bố về nghề nghiệp*

| Nghề nghiệp | n | % |
|---|---|---|
| Làm nông | 33 | 80,5 |
| Cán bộ, viên chức | 0 | 0 |
| Nghề khác | 8 | 19,5 |
| Tổng cộng | 41 | 100,0 |

Tỷ lệ lao động chân tay chiếm 80,5%.

*Bảng 3.4: Phân bố về địa chỉ sinh sông của đối tượng*

| Địa chỉ | n | % |
|---|---|---|
| Thành thị | 2 | 4,9 |
| Nông thôn | 39 | 95,1 |
| Tổng cộng | 41 | 100,0 |

Đối tượng sinh sống ở vùng nông thôn là 95,1%.

*Bảng 3.5: Đặc điểm về điều kiện kinh tế*

| Điều kiện kinh tế | n | % |
|---|---|---|
| Khá, giàu | 18 | 43,9 |
| Cận nghèo, nghèo | 23 | 56,1 |
| Tổng cộng | 41 | 100,0 |

Tỷ lệ có điều kiện kinh tế khá là 43,9%; Cận nghèo và nghèo là 56,1%.

*Bảng 3.6: Tiền sử cá nhân, bệnh lý đi kèm, thói quen*

| Tiền sử | n | % |
|---|---|---|
| Bị đau nhức khớp | 23/41 | 56,1 |
| Có dùng thuốc giảm đau | 19/41 | 46,7 |
| Bệnh lý tăng huyết áp | 12/41 | 29,3% |
| Hút thuốc | 13/41 | 31,7 |
| Uống rượu, bia | 11/41 | 26,5 |
| Thói quen ăn chua, cay, ủ men… | 24/41 | 58,5 |

Có 56,1% đau khớp; có 46,7% uống thuốc giảm đau; bệnh THA 29,3%. Hút thuốc lá 31,7%; uống rượu, bia 26,5% và 58,5% thích ăn chua, cay, ủ men.

*Bảng 3.7: Thời gian mắc bệnh của đối tượng*

| Khoảng thời gian mắc bệnh | n | % |
|---|---|---|
| ≤ 01 năm | 4 | 9,8 |
| Trên 01 đến 05 năm | 28 | 68,3 |
| > 05 năm | 9 | 22,0 |
| Tổng cộng | 41 | 100,0 |

Mắc bệnh từ 01 năm đến 05 chiếm 68,3%. Thời gian TB là 4,6 ± 3,31 năm.

*Bảng 3.8: Biểu hiện các chỉ số trên lâm sàng*

| Các dấu hiệu lâm sàng | n | % |
|---|---|---|
| Đau thượng vị | 35/41 | 85,4 |
| Ợ chua, ợ hơi | 32/41 | 78 |
| Mệt mỏi | 14 | 34,1 |
| Buồn nôn, nôn | 23 | 56,1 |
| Nôn ra máu | 5 | 12,2 |
| Đầy bụng, chán ăn | 29 | 70,7 |

Đau thượng vị (85,4%); Ợ chua, ợ hơi chiếm 78%; bị mệt mỏi có 34,1%; buồn nôn, nôn có 56,1%; số nôn ra máu là 12,2% và đầy bụng, chán ăn có 70,7%.

*Bảng 3.9: Các biểu hiện về chỉ số cận lâm sàng*

| Các chỉ số huyết học | Thấp nhất | Cao nhất | Trung bình ± độ lệch chuẩn |
|---|---|---|---|
| Hồng cầu (T/l) | 2,46 | 5,85 | 4,45 ± 0,64 |
| Hemoglobin (g/l) | 61 | 164 | 131,41 ± 23 |
| Hematocrit (%) | 17,6 | 50 | 37,61 ± 5,89 |

Hồng cầu 4,45 ± 0,64; Hb 131,41 ± 23 và Hematocrit là 37,61 ± 5,89.

*Bảng 3.10: Tổn thương dạ dày thể hiện trên hình ảnh nội soi*

| Tổn thương dạ dày | n | % |
|---|---|---|
| Viêm | 29 | 70,7 |
| Loét | 9 | 22,0 |
| U | 1 | 2,4 |
| Trào ngược dạ dày, thực quản | 2 | 4,9 |
| Tổng cộng | 41 | 100,0 |

Viêm 70,7%; loét 22%. Có 2,2% u dạ dày và 4,9% bị trào ngược dạ dày

*Bảng 3.11: Kết quả của nhiễm Helicobacter pylori*

| Kết quả | n | % |
|---|---|---|
| Kết quả HP (Dương tính) | 6/41 | 14,6 |
| Kết quả HP (Âm tính) | 35/41 | 85,4 |
| Tổng cộng | 41 | 100,0 |

Có 14,6% trường hợp kết quả Helicobacter pylori dương tính.

### 3.2. Mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

*Bảng 3.12: Liên quan giữa yếu tố nhiễm HP và tiền sử gia đình có bệnh dạ dày*

| Tiền sử gia đình | Kết quả HP | | Tổng cộng | OR KTC 95% |
|---|---|---|---|---|
| | Dương tính | Âm tính | | |
| Có bệnh tương tự | 2<br>25,0% | 6<br>75,0% | 8<br>100,0% | OR = 2,42<br>(3,57 – 16,34) |
| Không có bệnh | 4<br>12,1% | 29<br>87,9% | 33<br>100,0% | |
| Tổng cộng | 6<br>14,6% | 35<br>85,4% | 41<br>100,0% | |

Có thể nhận thấy rằng: yếu tố gia đình thì có nguy cơ bị nhiễm HP tăng 2,42 lần so với không có yếu tố gia đình, KTC 95% (3,57-16,34).

*Bảng 3.13: Mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HP và giới tính*

| Giới tính | Nhiễm HP | | Tổng cộng | OR KTC 95% |
|---|---|---|---|---|
| | (+) | (-) | | |
| Nam | 4<br>22,2% | 14<br>77,8% | 18<br>100,0% | P < 0,05<br>OR=3,0<br>(4,83-18,65) |
| Nữ | 2<br>8,7% | 21<br>91,3% | 23<br>100,0% | |
| Tổng cộng | 6<br>14,6% | 35<br>85,4% | 41<br>100,0% | |

Mối liên quan chưa chặt chẽ giữa tình trạng nhiễm HP và giới tính. Tuy nhiên, nguy cơ bị nhiễm HP ở nam giới cao gấp 3 lần so với nữ giới, với OR=3; KTC 95% (4,83-18,65).

*Bảng 3.14: Liên quan giữa kết quả điều trị bệnh lý dạ dày và điều kiện kinh tế*

| Kinh tế | Kết quả điều trị | | Tổng cộng | p, $\chi^2$ |
|---|---|---|---|---|
| | Khỏi | Giảm | | |
| Khá | 11<br>61,1% | 7<br>38,9% | 18<br>100,0% | P = 0,05<br>$\chi^2$ = 5,912 |
| Cận nghèo | 4<br>25,0% | 12<br>75,0% | 16<br>100,0% | |
| Nghèo | 2<br>28,6% | 5<br>71,4% | 7<br>100,0% | |
| Tổng cộng | 17<br>41,5% | 24<br>58,5% | 41<br>100,0% | |

Mối liên quan chưa chặt chẽ giữa yếu tố kinh tế và kết quả điều trị bệnh lý dạ dày tá tràng, với $\chi^2$ = 5,912 và p = 0,05 .

*Bảng 3.15: Liên quan giữa kết quả điều trị bệnh lý dạ dày và tuổi*

| Tuổi | Kết quả điều trị | | Tổng cộng | P & OR |
|---|---|---|---|---|
| | Khỏi | Giảm | | |
| Dưới 60 | 11<br>47,8% | 12<br>52,2% | 23<br>100,0% | p = 0,27,<br>OR = 1,8 |
| Trên 60 | 6<br>33,3% | 12<br>66,7% | 18<br>100,0% | |
| Tổng cộng | 17<br>41,5% | 24<br>58,5% | 41<br>100,0% | |

Không liên quan giữa kết quả điều trị và nhóm tuổi. Tuy nhiên, khả năng điều trị khỏi của nhóm dưới 60 tuổi cao gấp 1,8 lần so nhóm trên 60 tuổi.

## IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm chung của đối tượng**

Trong nghiên cứu, tuổi TB là 56,5 ± 16,23 (nhỏ nhất 23-89 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,27. Dân tộc Kinh 85,4%; Khơ-me là 9,8% và Hoa là 4,9%. Nông dân 80,5%, nghề khác chiếm 19,5% và 95,1% sống tại nông thôn. Người có kinh tế khá chiếm 43,9%; cận nghèo và nghèo là 56,1%. Nghiên cứu tương đương một số tác giả khác Bệnh viện Bắc Kạn, trong số 31 đối tượng tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn là 89 tuổi; tuổi TB 48,9 ± 19,8 tuổi. Nam mắc cao hơn (84,2% so với nữ 15,8%); có 73,7% là nông dân, 10,5% là công nhân và cán bộ 15,8%. Nông thôn là 84,2% và thành thị là 15,8% [1].

Nguyễn Ngọc Hằng nghiên cứu 46 NB tại Tiền Giang, tuổi TB là 32,89 (16 đến 69 tuổi). Tỷ lệ nữ 62,5% /nam 37,5% và tỷ lệ nam/nữ là 1/1,7. Học sinh-sinh viên là 42,19%; nông dân là 32,81% và công nhân 25% [4].

**Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Chúng tôi ghi nhận, có 56,1% bị đau nhức khớp; có 46,7% uống thuốc giảm đau; hút thuốc lá là 31,7%; uống rượu, bia là 26,5% và có 58,5% có thói quen ăn chua, cay và có ủ men. Bệnh đi kèm 29,3%. Thời gian mắc bệnh từ 01-13 năm. Thời gian TB 4,6 ± 3,31 năm. Nhóm từ 01-5 là 68,3%; hơn 5 năm là 22% và ≤1 năm là 9.8%. Các biểu hiện lâm sàng: Đau thượng vị (85,4%); Ợ chua, ợ hơi chiếm 78%; bị mệt mỏi có 34,1%; buồn nôn, nôn có 56,1%; nôn ra máu là 12,2% và đầy bụng, chán ăn có 70,7%. Theo Nguyễn Ngọc Chức và cs, mệt mỏi 96,8%; đau thượng vị 78,0%; nôn và nôn ra máu 34,6%.

Nguyễn Ngọc Hằng và cs, ghi nhận đau thượng vị 78,1%; ợ chua, ợ hơi 68,7%; đầy hơi 54,6% [2], [4].

Số TB hồng cầu 4,45 ± 0,64. Chỉ số Hb 131,41 ± 23 và chỉ số TB của Hct 37,61 ± 5,89. Tổn thương qua nội soi: viêm có 70,7%; loét là 22%. Có 2,2% bị u dạ dày và 4,9% bị trào ngược dạ dày thực quản. Tổn thương hang vị đơn thuần và kết hợp ít nhất 01 vị trí (hành tá tràng, miệng nối, môn vị, phình vị) chiếm 90,3%. Tá tràng có 7,3% và môn vị 2,4%. Tổn thương cả 02 vị trí chiếm 41,4%; hang vị và hành TT là 17,1%.

Nguyễn Thị Út và cs: đau bụng (96,9%), biếng ăn 59,5%; nôn 46,9%, ợ hơi 29,3% và ợ chua 18,7%. Nội soi: phù nề sung huyết niêm mạc (94,2%), 69,9% dạng hạt. Tổn thương dạ dày chiếm 57,1%; viêm hang vị 31,8% và loét DD-TT 5,8% [9].

**Tỷ lệ nhiễm Helicobacter pylori**

Có 14,6% trường hợp bệnh lý dạ dày tá tràng có Hp (+). Kết quả này thấp so với nghiên cứu Hồ Đăng Quý Dũng là 69,2% [3]. Trương Văn Lâm (An Giang), Hp (+) là 55%. Nam (62,9%) nữ 49,4%) [6]. Nguyễn Thế Nhân (BV Cấp cứu Trưng Vương), nhiễm HP là 43,1%. Tổn thương viêm sung huyết 87,5%; loét dạ dày là 17,5% và loét hành tá tràng là 19% [7]. Phan Tấn Tài, (BVĐK Phú Tân), tỷ lệ nhiễm Hp là 24,6%, không liên quan giới tính và tuổi. Tỷ lệ viêm DD-TT chiếm 68,9%; loét DD-TT 28,9%. Nữ mắc nhiều hơn nam, tuổi lớn thì bệnh càng nhiều [8]. Kết quả này phụ thuộc rất nhiều yếu tố: cách lấy mẫu, bảo quản, độ nhạy và độ đặc hiệu của mỗi phương pháp và chất lượng mỗi phòng xét nghiệm là khác nhau.

**Xác định một số yếu tố liên quan của bệnh viêm, loét dạ dày tá tràng**

Xác định yếu tố liên quan đến bệnh lý DD-TT và tình trạng nhiễm Hp là vấn đề quan trọng trong quản lý, điều trị. Qua kết quả, nhận thấy nhóm có tiền sử gia đình là 25% và không có TS gia đình 12,1%. Yếu tố gia đình thì có nguy cơ bị nhiễm HP tăng 2,42 lần (KTC 95% 3,57-16,34). Nam nhiễm Hp cao 3 lần nữ (KTC 4,83-18,65).

Viêm dạ dày ở người uống rượu-bia là 81,8% và loét là 18,2%; hút thuốc lá bị viêm DD là 84,6% và loét 15,4%. Người dùng thuốc giảm đau: viêm 69,6%; loét 21,7% và trào ngược DD-TQ là 8,7%. Theo Phạm Minh Huệ, (Tiền Giang), có liên quan nhiễm HP và uống aspirin hoặc non-steroid; giữa hút thuốc lá, rượu bia với tổn thương dạ dày và tá tràng ($p < 0,05$) [5]. Số người trong gia đình, tình trạng hôn nhân, tiền sử bản thân bệnh DD-TT, nguồn nước…là yếu tố nguy cơ liên quan nhiễm HP [6].

**Điều trị bệnh lý dạ dày tá tràng**

Kết quả điều trị khỏi ở nghiên cứu này là 41,5% và điều trị giảm triệu chứng là 58,5%. Tỷ lệ điều trị khỏi ở nữ là 43,9% và nam giới thì tỷ lệ điều trị khỏi là 38,9% Không có sự khác biệt giữa nam và nữ, với $p = 0,51$. Kết quả điều trị khỏi của nhóm người cao tuổi là 33,3% và nhóm đối tượng nhỏ hơn 60 tuổi là 47,8%. Tỷ lệ điều trị khỏi của nhóm người có điều kiện kinh tế khá là 61,1%; của nhóm người cận nghèo là 25% và nhóm đối tượng có điều kiện kinh tế nghèo là 28,6%. Trong quá trình điều trị bệnh lý dạ dày tá tràng có nhiễm Helicobacter pylori, chúng tôi áp dụng phác đồ điều trị OAM hoặc OAC. Cụ thể là sử dụng Omeprazole 20mg (2 lần/ngày) và kháng sinh Amoxicillin 1g (2 lần/ngày) kết hợp Metronidazole 500mg (2 lần/ngày). Hoặc Omeprazole 20mg (2 lần/ngày) và kháng sinh Amoxicillin 1g (2 lần/ngày) Clarithromycin 500mg (2 lần /ngày). Thời gian điều trị kháng sinh là 10-14 ngày. Ngoài ra, sử dụng thuốc ức chế bơm proton (4-6 tuần), thuốc kháng H2 (6 – 8 tuần) và thuốc Antacid (6-10 tuần). Các thuốc hỗ trợ dùng tùy tình trạng và số lượng ổ loét. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, có 14,6% nhiễm HP nên việc phân tích không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Trương Văn Lâm, có một nghiên cứu so sánh phác đồ điều trị nhiễm Helicobacter pylori theo trình tự với phác đồ bộ ba chuẩn. Một thử nghiệm đối chứng, ngẫu nhiên: Trong vòng 10 ngày gồm: rabeprazole 20mg (2 lần/ngày) + amoxicillin 1g (trong 05 ngày đầu), sau đó rabeprazole 20mg (2 lần/ngày) + clarithromycin 500mg (2 lần/ngày) + tinidazole 500mg (2 lần/ngày) 05 ngày sau. Cùng với phác đồ bộ ba chuẩn rabeprazole 20mg (2 lần/ngày) + amoxicillin 1g (2 lần/ngày)

+ clarithromycin 500mg (2 lần/ngày) x 14 ngày. Nhận thấy phác đồ trình tự có hiệu quả rất tốt so với phác đồ bộ ba chuẩn [14].

Tóm lại, chúng tôi được nghiên cứu tiếp theo trong thời gian tới sẽ tiếp tục theo dõi hiệu quả của phác đồ đã xây dựng đạt hiệu quả so với các cập nhật mới của y văn.

**V. KẾT LUẬN**

Có 14,6% HP dương tính. Yếu tố gia đình và giới tính liên quan nhiễm HP. Chưa thấy liên quan với điều kiện kinh tế. Điều trị khỏi là 41,5% và giảm triệu chứng là 58,5%. Tỷ lệ khỏi ở nhóm người cao tuổi thấp 1,8 lần so người trẻ dưới 60.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**


1. Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn (2009), *Nghiên cứu kết quả điều trị bệnh loét dạ dày tá tràng biến chứng chảy máu tiêu hóa bằng phác đồ AMP tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn năm 2009,* http://thaythuocvietnam.vn/-di1235--n4033.
2. Nguyễn Ngọc Chức, Trần Duy Ninh (2015), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ xuất huyết do loét dạ dày tá tràng.* http://tapchinghiencuuyhoc.vn/index/view/152.
3. Hồ Đăng Quý Dũng (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học viêm dạ dày mạn tính", *Tạp chí thông tin KHCN (4/2015)*, tr. 34 - 37.
4. Nguyễn Ngọc Hằng (2016), "Đánh giá hiệu quả phác đồ bộ ba điều trị viêm dạ dày nhiễm H.Pylori tại Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang"*, Tạp chí Hội nghị Khoa học Kỹ thuật ngành Y tế Tiền Giang năm 2016 (01)*: 24 - 29.
5. Phạm Minh Huệ (2016), "Khảo sát bệnh lý dạ dày tá tràng qua nội soi tại Bệnh viện đa khoa Tiền Giang năm 2015", *Tạp chí Hội nghị Khoa học Kỹ thuật ngành Y tế Tiền Giang năm 2016* (01): 12 - 18.
6. Trương Văn Lâm (2011), Các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm Helicobacter Pylori*, Kỷ yếu Hội nghị Khoa học BV An Giang-số 10/2011*, tr. 11 - 22.
7. Nguyễn Thế Nhân (2013), "Khảo sát hình ảnh nội soi của bệnh lý viêm loét dạ dày-tá tràng và tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori tại khoa Khám Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương*", Hội nghị khoa học kỹ thuật Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương năm 2013*, tr. 84 - 90.
8. Phan Tấn Tài (2010), "Tỷ lệ nhiễm Helicobacter pylori trên bệnh nhân nội soi dạ dày tá tràng tại Bệnh viện đa khoa Phú Tân", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh* (4): 92 - 96.
9. Nguyễn Thị Út (2017), *Đặc điểm dịch tễ; lâm sàng viêm; loét dạ dày tá tràng do Helicobacter Pylori.* http://tapchinghiencuuyhoc.vn/index/view/374.
10. Naumov I[1], Fenjvesi A. (2011), "Correlation between rapid urease test and pathohistological gastrobiopsy finding with positive immunological test in detecting Helicobacter pylori infection". *Med Pregl. 2011 Jul-Aug;64* (7-8): 413 - 7.