

NGHIÊN CỨU HÌNH ẢNH TEO NIÊM MẠC DẠ DÀY TRÊN NỘI SOI THEO PHÂN LOẠI KIMURA-TAKEMOTO TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Phạm Thế Hưng, Đinh Hồng Đăng và Trần Cẩm Tú✉

Bệnh viện Bưu Điện

Nghiên cứu đánh giá tình trạng viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto và đối chiếu với kết quả mô bệnh học. Nghiên cứu tiền cứu trên 181 người bệnh được chẩn đoán teo niêm mạc dạ dày bằng nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto tại Bệnh viện Bưu điện. Đặc điểm hình ảnh nội soi và kết quả mô bệnh học được phân tích để xác định mối tương quan giữa teo niêm mạc dạ dày trên nội soi và tổn thương mô bệnh học. Kết quả nghiên cứu cho thấy dạng teo C2 phổ biến nhất (28,7%), tiếp theo là C1 (25,9%) và C3 (22,7%). Các dạng O1, O2, O3 có tỷ lệ thấp hơn (13,2%, 7,2%, 2,2%). Mức độ teo niêm mạc dạ dày trên nội soi nhẹ là 54,7%, mức độ teo vừa là 35,9%; nặng (O2-O3) chiếm tỷ lệ thấp (9,4%). Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* (65,2%) và dị sản ruột (46,4%). Teo niêm mạc dạ dày trên nội soi có tương quan chặt chẽ với viêm mạn tính ($p = 0,01$), viêm hoạt động ($p < 0,01$), viêm teo mô bệnh học ($p < 0,05$), dị sản ruột ($p = 0,01$), loạn sản ($p < 0,05$) và nhiễm *H. pylori* ($p < 0,05$). Phân loại Kimura-Takemoto là phương pháp nội soi hiệu quả trong chẩn đoán teo niêm mạc dạ dày trên nội soi, dễ áp dụng tại các cơ sở y tế và có giá trị trong tiên lượng bệnh.

Từ khóa: Viêm teo niêm mạc, nội soi dạ dày, *Helicobacter pylori*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm teo niêm mạc dạ dày (VTNMDD) là hậu quả của viêm dạ dày mạn tính kéo dài, dẫn đến mất dần các tuyến và biến đổi cấu trúc biểu mô, làm thay đổi môi trường dạ dày. Quá trình này có thể tiến triển thành dị sản ruột, loạn sản – các tổn thương tiền ung thư, làm tăng nguy cơ ung thư dạ dày (UTDD).¹ Ung thư dạ dày là một trong những ung thư phổ biến nhất thế giới, với tỷ lệ tử vong cao do phần lớn người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn.² Do đó, phát hiện sớm viêm teo niêm mạc dạ dày đóng vai trò quan trọng trong phòng ngừa ung thư dạ dày. Viêm dạ dày mạn tính (VDDMT) là nguyên nhân chính dẫn đến viêm teo niêm mạc dạ dày, với tỷ lệ mắc bệnh khác nhau giữa

các khu vực. Tỷ lệ viêm dạ dày mạn tính dao động từ 30 - 50%, Nhật Bản 79%, và Mỹ 38% ở người trên 50 tuổi.³ Điều này cho thấy nhu cầu cấp thiết về phương pháp chẩn đoán sớm và hiệu quả. Hiện nay, nội soi dạ dày là công cụ chính trong chẩn đoán viêm teo niêm mạc dạ dày, nhưng việc nhận diện tổn thương vẫn phụ thuộc vào trình độ bác sĩ nội soi. Tại Việt Nam, hơn 90% người bệnh ung thư dạ dày được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, trong đó một phần ba từng nội soi dạ dày trong vòng 6 năm trước.^{4,5} Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của một hệ thống phân loại giúp nhận diện tổn thương tiền ung thư hiệu quả hơn. Hệ thống Sydney cải tiến được sử dụng rộng rãi nhưng không giúp tiên lượng nguy cơ ung thư dạ dày. Trong khi đó, phân loại Kimura-Takemoto dựa trên hình ảnh teo niêm mạc đã được chứng minh có giá trị trong chẩn đoán và tiên lượng ung thư dạ dày, giúp bác sĩ dễ dàng nhận diện tổn thương nguy cơ cao.⁶ Mô bệnh học (MBH)

Tác giả liên hệ: Trần Cẩm Tú

Bệnh viện Bưu Điện

Email: trancamtu248@gmail.com

Ngày nhận: 21/02/2025

Ngày được chấp nhận: 24/03/2025

vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán viêm teo niêm mạc dạ dày, với khuyến cáo sinh thiết 5 vị trí theo hệ thống Sydney cải tiến. Tuy nhiên, việc áp dụng phương pháp này gặp hạn chế do quá tải nội soi, tăng chi phí và khối lượng công việc.⁷ Do đó, việc sử dụng hệ thống Kimura-Takemoto như một phương pháp đơn giản, khả thi nhưng có giá trị cao trong tiên lượng bệnh là rất cần thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

(i) *Đánh giá tình trạng viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto,*

(ii) *Đối chiếu mức độ viêm teo niêm mạc dạ dày theo phân loại Kimura-Takemoto với kết quả mô bệnh học, xác định mối tương quan giữa hình ảnh nội soi và tổn thương mô bệnh học.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh được nội soi chẩn đoán xác định viêm teo niêm mạc dạ dày theo phân loại Kimura - Takemoto và làm sinh thiết xét nghiệm mô bệnh học.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh ≥ 18 tuổi, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, nơi ở. Không dùng kháng sinh trong thời gian 4 tuần và thuốc ức chế bơm Proton 2 tuần trước khi nội soi. Tất cả người bệnh đều được nội soi, sinh thiết dạ dày và xét nghiệm mô bệnh học theo thiết kế nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các mảnh sinh thiết không đủ cho các xét nghiệm mô bệnh học, trường hợp có loét hoặc có u ở dạ dày, đang dùng thuốc chống đông, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức ước tính tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Với $p = 66,0\%$ (tỷ lệ, viêm teo niêm mạc dạ dày), $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, với sai số tuyệt đối $d = 0,07$, cỡ mẫu ước tính $n = 175$.⁸ Thực tế, trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 181 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Địa điểm nghiên cứu

Nội soi DDTT và sinh thiết được tiến hành tại Khoa Nội soi thăm dò chức năng, Bệnh viện Bưu điện. Khi xác định được mức độ viêm teo tiến hành sinh thiết 5 mảnh ở niêm mạc dạ dày, gồm 02 mảnh ở hang vị, 02 mảnh ở thân vị, 01 mảnh ở góc bờ cong nhỏ. Xét nghiệm MBH tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Bưu điện.

Thời gian nghiên cứu

Tháng 5/2022 đến tháng 11/2023.

Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới và các triệu chứng lâm sàng.

- Đặc điểm nội soi của teo niêm mạc nội soi (TNMNS) theo phân loại Kimura-Takemoto.

- Đặc điểm mô bệnh học: viêm mạn tính, viêm teo, viêm hoạt động, dị sản ruột, loạn sản, *H. pylori*.

Thông số nghiên cứu

- Đánh giá mức độ TNMNS theo phân loại Kimura-Takemoto: Mức độ teo nhẹ: Dạng C1 hoặc C2; Mức độ teo vừa: Dạng C3 hoặc O1; Mức độ teo nặng: Dạng O2 hoặc O3.

- Đánh giá mức độ viêm mạn tính: Được xác định dựa trên mức độ xâm nhập của bạch cầu đơn nhân (lympho, tương bào và mô bào):

+ Viêm mạn tính nhẹ: số lượng bạch cầu đơn nhân không nhiều, rải rác trong mô đệm.

+ Viêm mạn tính vừa: số lượng bạch cầu đơn nhân tương đối nhiều, phân bố rộng, quan sát thấy ở trên các vi trường.

+ Viêm mạn tính nặng: rất nhiều lympho, mô bào, tương bào phân bố đều hoặc tập trung thành đám trong mô đệm.

- Đánh giá mức độ viêm hoạt động: Căn cứ vào số lượng bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT) trong lớp đệm, trong khe tuyến và trong lớp biểu mô phủ bề mặt, biểu mô tuyến:

+ Viêm không hoạt động: khi không có xâm nhập bạch cầu đa nhân trung tính.

+ Viêm hoạt động nhẹ: khi bạch cầu đa nhân trung tính chỉ rải rác ở 1/3 trên của các khe tuyến và biểu mô phủ.

+ Viêm hoạt động vừa: khi bạch cầu đa nhân trung tính không nhiều phân bố ở mô đệm, các khe, có ở 1/3 trên đến 2/3 độ sâu của khe.

+ Viêm hoạt động nặng: khi bạch cầu đa nhân trung tính nhiều, phân bố ở trong mô đệm, trong các khe, xâm nhập vào giữa các tế bào biểu mô tập trung thành các đám và ổ thâm nhiễm trên 2/3 độ sâu của khe.

- Mức độ viêm teo niêm mạc dạ dày: Đánh giá teo tuyến niêm mạc dạ dày trên mô bệnh học dựa vào giảm số lượng và thể tích tuyến bao gồm:

+ Teo nhẹ: số lượng các tuyến giảm ít, dưới 1/3 thể tích tuyến, tế bào viêm xâm nhập nhưng ở 1/3 trên niêm mạc, không vượt quá vùng cổ tuyến.

+ Teo vừa: niêm mạc dạ dày mỏng, các tuyến giảm từ 1/3 - 2/3 thể tích, số lượng các tuyến giảm 2/3, mô đệm tăng sinh tại chỗ tuyến bị teo, khoảng cách giữa các tuyến bị đẩy xa nhau, dị sản ruột xuất hiện.

+ Teo nặng: các tuyến giảm trên 2/3 thể tích và số lượng, mô đệm tăng sinh mạnh, các tuyến còn lại phân theo nhóm, tế bào tuyến kém biệt

hóa, chiều dày niêm mạc dạ dày giảm trên 1/3, dị sản ruột lan rộng.

- Đánh giá dị sản ruột: Khi có các vùng biến đổi của niêm mạc dạ dày sang biểu mô ruột, với sự xuất hiện tế bào hình chén chế nhầy và tế bào hấp thu, có xu hướng hình thành nhung mao.

- Đánh giá loạn sản: Theo định nghĩa của tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 1978, loạn sản là những thay đổi thứ phát của niêm mạc dạ dày tương ứng với những thay đổi cấu trúc mô và tế bào ở các mức độ khác nhau bao gồm:

+ Những bất thường tế bào: Nhân không đều, tăng nhiễm sắc, tăng tỷ lệ nhân trên bào tương, mất cực tính của nhân.

+ Những bất thường về sự biệt hoá: Giảm tiết nhầy một phần hay toàn bộ, tăng số lượng tế bào không biệt hoá.

+ Những rối loạn về cấu trúc: Các khe và các tuyến biến dạng, bờ không đều, với những nụ chồi vào lòng ống.

Trên cơ sở những thay đổi, chia loạn sản thành 3 mức độ sau: Loạn sản nhẹ, vừa, nặng.

- Tỷ lệ nhiễm và các mức độ nhiễm vi khuẩn *H. pylori* theo 4 mức:

+ *H. pylori* (-) (âm tính): không có *HP* trên bất kỳ vi trường nào.

+ *H. pylori* (+) (nhẹ): có dưới 25 *HP* trên một vi trường.

+ *H. pylori* (++) (vừa): có từ 25 - 50 *HP* trên một vi trường.

+ *H. pylori* (+++) (nặng): có từ trên 50 *HP* trên một vi trường.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 26.0. Biến liên tục được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). So sánh kết quả giữa các biến liên tục bằng test t-student. Biến định tính thứ tự và rời rạc trình bày dưới dạng tỷ lệ %, so sánh kết quả các biến định tính bằng kiểm định khi bình phương.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đề tài cơ sở Bệnh viện Bưu Điện theo số 1123/QĐ-BVBD-KHTH ngày 13/4/2022. Thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và đề xuất can thiệp, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên 181 đối tượng với tuổi trung bình là $54,1 \pm 13,5$; độ tuổi các người bệnh trong nghiên cứu tập trung từ 40 tuổi trở lên, trong đó nhiều nhất là người bệnh nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ 38,1%. Tỷ lệ nam giới chiếm 56% cao hơn so với nữ 44%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 181)

Đặc điểm		Trung bình	Độ lệch chuẩn (SD)
Đặc điểm lâm sàng	Đau thượng vị	117	65,0
	Nóng rát	64	35,4
	Ợ hơi, ợ chua	63	34,8
	Buồn nôn, nôn	53	29,3
	Triệu chứng khác	30	16,7
Đặc điểm nội soi: Các dạng TNMNS theo phân loại Kimura-Takemoto	C1	47	26,0
	C2	52	28,7
	C3	41	22,7
	O1	24	13,2
	O2	13	7,2
	O3	4	2,2
Mức độ TNMNS theo phân loại Kimura- Takemoto	C1-C2	99	54,7
	C3-O1	65	35,9
	O2-O3	17	9,4

Đau thượng vị là triệu chứng phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 65% người bệnh tới khám. Một số triệu chứng được nghi nhận khác là ợ hơi ợ chua, nóng rát, nôn và buồn nôn. Dạng teo niêm mạc nội soi gặp nhiều từ C1 đến C3, thấp

nhất O2 và O3 chỉ chiếm lần lượt 7,2% và 2,2%. Phân loại TNMNS mức độ nhẹ (C1-C2) chiếm tỷ lệ cao với 54,7%, mức độ teo nặng (O2-O3) chiếm tỷ lệ thấp (9,4%).

Bảng 2. Mối liên quan giữa mức độ teo niêm mạc nội soi với tuổi, giới

Đặc điểm	TNMNS nhẹ		TNMNS vừa-nặng		p
Tuổi (TB $\pm$ SD)	47,4 $\pm$ 1,2		62,3 $\pm$ 1,1		< 0,05
Đặc điểm	n	%	n	%	p
Nam	57	57,6	44	53,7	0,59
Nữ	42	42,4	38	46,3	
Tổng	99	100	82	100	

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có mức độ teo niêm mạc nội soi vừa và nặng cao hơn nhóm teo niêm mạc nội soi nhẹ với giá trị $p < 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ teo niêm mạc nội soi theo giới với $p > 0,05$.

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học của nhóm nghiên cứu (n = 181)

Đặc điểm MBH	Mức độ				
	Không	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Viêm mạn tính	3 (1,7%)	56 (30,9%)	62 (34,2%)	60 (33,2%)	
Viêm teo	0 (0%)	94 (51,9%)	70 (38,7%)	17 (9,4%)	
Viêm hoạt động	12 (6,7%)	50 (27,6%)	75 (41,4%)	44 (24,3%)	
Dị sản ruột	97 (53,6%)		84 (46,4%)		
Loạn sản	13 (7,4%)	31 (17,1%)	13 (7,2%)	3 (1,7%)	
H. pylori	63 (34,8%)	27 (14,9%)	63 (34,8%)	28 (15,5%)	

Bảng 3 cho thấy viêm mạn tính, viêm teo và viêm hoạt động là các tổn thương phổ biến, trong đó viêm teo mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%). Dị sản ruột xuất hiện ở 46,4%

người bệnh, trong khi loạn sản ít gặp hơn (17,1% mức độ nhẹ, 1,7% mức độ nặng). Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* khá cao (65,2%).

Bảng 4. Đặc điểm mô bệnh học của nhóm nghiên cứu (n = 181)

Mức TNMNS		Nhẹ	Vừa-nặng	Tổng	p
Viêm mạn tính	Không-nhẹ	46 (78,0%)	13 (22,0%)	59 (100)	< 0,01
	Vừa-nặng	53 (43,4%)	69 (56,6%)	122 (100)	
Viêm teo trên MBH	Không-nhẹ	93 (98,9%)	1 (1,1%)	94 (100)	< 0,01
	Vừa-nặng	6 (6,9%)	81 (93,1)	87 (100)	
Viêm hoạt động	Không-nhẹ	46 (74,2%)	16 (25,8%)	62 (100)	
	Vừa-nặng	53 (44,5%)	66 (55,5%)	119 (100)	

	Mức TNMNS	Nhẹ	Vừa-nặng	Tổng	p
Dị sản ruột	Không	86 (88,7%)	11 (11,3)	97 (100)	< 0,01
	Có	13 (15,5%)	71 (84,5%)	84 (100)	
Loạn sản	Không	95 (70,9%)	39 (29,1%)	134 (100)	0,02
	Nhẹ	3 (9,7%)	28 (90,3%)	31 (100)	
	Vừa	1 (7,7%)	12 (92,3%)	13 (100)	
	Nặng	0 (0,0%)	3 (100,0%)	3 (100)	
Mức độ nhiễm <i>H. pylori</i>	<i>H. pylori</i> (-)	52 (82,5)	11 (17,5)	63 (100)	< 0,01
	<i>H. pylori</i> (+) nhẹ	19 (70,3%)	8 (29,7%)	27 (100)	
	<i>H. pylori</i> (++) trung bình	21 (33,3%)	42 (66,7%)	63 (100)	
	<i>H. pylori</i> (+++) nặng	7 (25,0%)	21 (75,0%)	28 (100)	
Tổng		99 (54,7%)	82 (45,3%)	181 (100)	

Tỷ lệ teo niêm mạc nội soi vừa-nặng ở nhóm viêm mạn tính vừa-nặng; viêm hoạt động vừa-nặng, viêm teo trên MBH vừa-nặng, có dị sản ruột cao hơn nhóm viêm mạn nhẹ, viêm hoạt động nhẹ, viêm teo nhẹ, không dị sản ruột, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Tỷ lệ teo niêm mạc nội soi vừa-nặng tăng dần theo mức độ loạn sản cao nhất mức độ vừa nặng (92,3%; 100,0%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$; tăng dần theo mức độ nhiễm *H. pylori*, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá tình trạng viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto

Trong nghiên cứu của tôi tuổi trung bình là $54,1 \pm 13,5$. Độ tuổi gặp nhiều từ 40 tuổi trở lên, người bệnh viêm teo niêm mạc tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 24, tuổi cao nhất là 86. Về đặc điểm giới tính trong nghiên cứu, tỷ lệ nam chiếm 56% cao hơn so với nữ giới chiếm tỷ lệ 44%.

Teo niêm mạc nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto được nghiên cứu và chứng minh là có mối tương quan với teo niêm mạc trên giải

phẫu bệnh theo hệ thống phân loại Sydney cải tiến¹², các nghiên cứu cũng cho thấy mức độ teo niêm mạc nội soi có liên quan đến ung thư dạ dày, người bệnh teo niêm mạc nội soi mức độ nặng có nguy cơ ung thư dạ dày cao gấp 3 - 4,9 lần ngay cả sau khi đã diệt trừ *H. pylori*.⁹ Trong các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng ung thư dạ dày cũng xảy ra trên nền TNMNS mức độ vừa mà nguy cơ ung thư không cao bằng teo niêm mạc nội soi mức độ nặng.¹⁰ Việc đánh giá teo niêm mạc nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto rất cần được quan tâm và nghiên cứu ở Việt Nam. Trong nghiên cứu của chúng tôi các dạng và mức độ teo niêm mạc đều được ghi nhận mức độ teo niêm mạc nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto trong nghiên cứu teo nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,7%, teo vừa và nặng lần lượt là 35,9% và 9,4%. Kết quả chúng tôi tương đồng nghiên cứu của Phan Trung Nam (2023) khi phân tích mức độ teo niêm mạc trên nội soi dựa trên phân loại Kimura-Takemoto cho thấy chủ yếu teo niêm mạc mức độ nhẹ (C1+C2) là 77,8%; mức độ vừa giai đoạn C3, O1 chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,7% và 11,1%, chỉ có một trường hợp teo niêm mạc giai đoạn O3.¹¹

Đối chiếu mức độ VTNMD theo phân loại Kimura-Takemoto với kết quả mô bệnh học, xác định mối tương quan giữa hình ảnh nội soi và tổn thương mô bệnh học.

Khi xem xét về mối liên quan giữa teo niêm mạc nội soi với viêm teo trên mô bệnh học ở nhóm teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ với viêm teo nhẹ trên mô bệnh học chiếm tỷ lệ 98,9%, nhóm teo niêm mạc nội soi nhẹ với viêm teo vừa-nặng trên mô bệnh học chiếm tỷ lệ 6,9%. Đến nhóm teo niêm mạc nội soi mức độ vừa-nặng với viêm teo nhẹ trên mô bệnh học chiếm tỷ lệ thấp 1,1%, nhưng sang nhóm teo niêm mạc nội soi vừa-nặng với viêm teo vừa-nặng trên MBH thì tỷ lệ cao chiếm 93,1%. Các bằng chứng y học hiện tại khẳng định được là có mối liên quan giữa mức độ lan rộng của teo niêm mạc nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto với teo niêm mạc trên mô bệnh học.¹²

Những tiến bộ trước đây của ngành giải phẫu bệnh đã làm sáng tỏ diễn tiến tự nhiên của quá trình teo niêm mạc dạ dày thường bắt đầu từ vùng góc bờ cong nhỏ và vùng hang vị, sau đó lan dần lên thân vị và độ tiến triển phía bờ cong nhỏ thường nhanh hơn so với phía bờ cong lớn. Khi tình trạng teo niêm mạc ảnh hưởng đến thân vị, teo niêm mạc được biểu hiện ở tình trạng mất tuyến, có thể kèm hoặc không kèm với dị sản ruột và chuyển sản giả môn vị. Các tuyến chuyển sản giả môn vị có hình thái giống và dễ nhầm lẫn với các tuyến hang vị bình thường nếu vị trí lấy mẫu không được xác định rõ.

Trong nghiên cứu của tôi teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ không có dị sản ruột chiếm tỷ lệ 87,6% và có dị sản ruột chiếm mức độ thấp 15,5%. Teo niêm mạc nội soi mức độ vừa-nặng không có dị sản ruột chiếm tỷ lệ thấp với 12,4% và có dị sản ruột chiếm tỷ lệ cao 84,5%. Teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ thì tỷ lệ không có DSR chiếm tỷ lệ 87,6%, nhưng teo niêm

mạc nội soi mức độ vừa-nặng thì tỷ lệ có DSR 84,5%. Mức độ teo niêm mạc nội soi càng cao thì tỷ lệ DSR càng tăng cao.

Những nghiên cứu gần đây cũng khẳng định tương quan này và những tiến bộ trước đó trong lĩnh vực nội soi, giải phẫu bệnh dạ dày cũng góp phần lý giải điều này: theo định nghĩa mới dựa trên giải phẫu bệnh, teo niêm mạc dạ dày là tình trạng mất tuyến thích hợp. Vì vậy, các trường hợp DSR xảy ra trên toàn bộ cấu trúc tuyến (tức là trở thành các tuyến không thích hợp và thay thế vị trí cho các tuyến nguyên thủy ở dạ dày) cũng là dấu hiệu của tình trạng teo niêm mạc và được xếp vào nhóm teo niêm mạc dạ dày có kèm dị sản. Trong khi đó, mức độ teo NMDD trên nội soi được đánh giá dựa trên mức độ lan rộng của vùng có biểu hiện teo niêm mạc dựa trên nền tảng là việc xác định vị trí của BTNM, trong khi nội soi dạ dày có thể nhận ra BTNM do có sự khác biệt về cấu trúc ở tuyến niêm mạc giữa hai phía của BTNM: một bên có niêm mạc nhạt màu tương ứng với vùng niêm mạc bị teo, có hiện tượng DSR trong khi niêm mạc phía bên kia BTNM có màu hồng và tương ứng với niêm mạc có cấu trúc tuyến thân vị.¹³ Như vậy, có thể nói định nghĩa về teo niêm mạc trên mô bệnh học đã cho thấy mối liên quan chặt chẽ, toàn diện khi đánh giá teo niêm mạc và DSR dựa trên nội soi và giải phẫu bệnh.

Theo các tác giả loạn sản độ thấp và loạn sản độ cao đều có thể tiến triển thành ung thư, trong đó tiến triển thành ung thư của loạn sản độ cao từ 60 - 85% trong khoảng thời gian trung bình từ 40 - 48 tháng, trong khi đó tỷ lệ chuyển thành ung thư của loạn sản độ thấp thấp hơn nhiều, khoảng 3% - 9%. Trong nghiên cứu của tôi, nhóm teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ thì tỷ lệ không có loạn sản chiếm 70,9% và giảm dần ở các mức loạn sản nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 9,7%, 7,7% và 0%. Nhóm teo niêm

mạc nội soi mức độ vừa-nặng thì tỷ lệ không có loạn sản 29,1%, thấp hơn các mức độ loạn sản nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 90,3%; 93,3% và 100%. Có mối tương quan giữa TNMNS với tình trạng loạn sản, tương tự như nhận xét của các nghiên cứu trong nước trước đây.¹⁰

Khi xem xét mối liên quan giữa mức độ TNMNS với mức độ nhiễm *H. pylori* nhận thấy khi không nhiễm *H. pylori* (-) thì TNMNS mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao với 60,3%, TNMNS mức độ vừa-nặng chiếm tỷ lệ thấp hơn với 39,7%. Tình trạng nhiễm *H. pylori* làm cho mức độ TNMNS nặng hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, *H. pylori* có mối liên quan với tình trạng teo niêm mạc dạ dày và là nguyên nhân gây nên một chuỗi bệnh lý ở dạ dày: viêm niêm mạc mạn tính, viêm teo niêm mạc, dị sản ruột, loạn sản và cuối cùng là ung thư dạ dày.

V. KẾT LUẬN

Mức độ teo niêm mạc theo phân loại Kimura – Takemoto với mức độ teo nhẹ và vừa là 54,7%; teo vừa và nặng (45,3%) (vừa 35,9% và nặng 9,4%). Về mô bệnh học, viêm mạn tính, viêm teo và viêm hoạt động đều phổ biến, với tỷ lệ viêm mạn tính nặng chiếm 33,2% và viêm teo nặng chiếm 9,4%. Dị sản ruột (46,4%) và loạn sản (26,0%), tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* cao (65,2%). Mối tương quan có ý nghĩa thống kê được ghi nhận giữa TNMNS với viêm mạn tính ($p = 0,01$), viêm hoạt động ($p < 0,01$), viêm teo ($p < 0,05$), dị sản ruột ($p = 0,01$), loạn sản ($p < 0,05$) và nhiễm *H. pylori* ($p < 0,05$).

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Bệnh viện Bưu Điện đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện nghiên cứu này. Chúng tôi cũng trân trọng cảm ơn đội ngũ y bác sĩ và các bệnh nhân đã tham gia vào nghiên cứu. Nghiên cứu này không nhận bất kỳ nguồn

tài trợ nào từ các tổ chức công, tư nhân hay phi lợi nhuận. Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Correa P, Piazzuelo MB. Natural history of *Helicobacter pylori* infection. *Digestive and Liver Disease*. 2008; 40(7): 490-496.
2. Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*. 2019; 14(1): 26-38.
3. Sipponen P, Maaroos H-I. Chronic gastritis. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2015; 50(6): 657-667.
4. Thái Văn Dũng, Nguyễn Văn Bình, Thái Doãn Kỳ và cộng sự. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị tổn thương loạn sản và ung thư dạ dày sớm bằng phương pháp cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 520(1A).
5. Trần Văn Hợp. Nghiên cứu giải phẫu bệnh ung thư dạ dày sau phẫu thuật. *Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam*. 2006; 1(3): 55-61.
6. Kimura K, Takemoto T. An endoscopic recognition of the atrophic border and its significance in chronic gastritis. *Endoscopy*. 1969; 1(03): 87-97.
7. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut*. 2015; 64(9): 1353-1367.
8. Nguyễn Thị Hòa Bình. *Nghiên cứu chẩn đoán bệnh viêm dạ dày mạn tính bằng nội soi, mô bệnh học và tỷ lệ nhiễm Helicobacter pylori*. Luận án Tiến sĩ Y học. 2001.
9. Mentis A-FA, Boziki M, Grigoriadis N, Papavassiliou AG. *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer biology: tempering a double-edged sword. *Cellular and Molecular Life Sciences*. 2019; 76: 2477-2486.

10. Take S, Mizuno M, Ishiki K, et al. Baseline gastric mucosal atrophy is a risk factor associated with the development of gastric cancer after *Helicobacter pylori* eradication therapy in patients with peptic ulcer diseases. *Journal of gastroenterology*. 2007; 42: 21-27.

11. Phan Trung Nam, Nguyễn Thị Huyền Thương. Mối liên quan giữa teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto với đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn có *Helicobacter pylori*.

Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2023; 1(13)

12. Alhussaini MS. Prevalence of *Helicobacter pylori* among patients with different gastrointestinal disorders in Saudi Arabia. *Medical Journal of Indonesia*. 2016; 25(4): 214-20.

13. Kimura K, Satoh K, Ido K, Taniguchi Y, Takimoto T, Takemoto T. Gastritis in the Japanese stomach. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1996; 31(sup214): 17-20.

Summary

STUDY OF GASTRIC MUCOSAL ATROPHY ENDOSCOPIC IMAGING BASED ON KIMURA-TAKEMOTO CLASSIFICATION

This study aimed to evaluate atrophic gastritis (AG) using the Kimura-Takemoto classification in endoscopic imaging and compare it with histopathological findings. A prospective study was conducted on 181 patients diagnosed with AG by endoscopy at the Hospital of the Post Office And Telecommunications. Endoscopic features and histopathological results were analyzed to determine the correlation between AG severity and histological lesions. The findings revealed that the most common atrophic type was C2 (28.7%), followed by C1 (25.9%) and C3 (22.7%). O1, O2, and O3 were less frequent (13.2%, 7.2%, and 2.2%, respectively). The severity of AG was classified as mild (54.7%), moderate (35.9%), and severe (9.4%). The prevalence of *Helicobacter pylori* infection was 65.2%, while intestinal metaplasia was observed in 46.4% of cases. A significant correlation was found between AG severity and chronic inflammation ($p = 0.01$), active inflammation ($p < 0.01$), histological atrophy ($p < 0.05$), intestinal metaplasia ($p = 0.01$), dysplasia ($p < 0.05$), and *H. pylori* infection ($p < 0.05$). The Kimura-Takemoto classification is a practical and effective endoscopic method for diagnosing AG.

Keywords: Atrophic gastritis, gastric endoscopy, *Helicobacter pylori*.