

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*

Phan Trung Nam^{1*}, Nguyễn Thị Huyền Thương¹

(1) Trung tâm Tiêu hoá - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Teo niêm mạc dạ dày trên nội soi (TNMNS) theo phân loại của Kimura - Takemoto đã được chứng minh là có mối liên quan chặt chẽ với teo niêm mạc trên mô bệnh học (MBH). Teo niêm mạc và dị sản ruột được xem là những thương tổn tiền ung thư dạ dày cần được đánh giá mức độ và theo dõi để phát hiện sớm loạn sản, ung thư, đặc biệt khi bệnh nhân nhiễm *H. pylori*. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm TNMNS ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori* theo phân loại Kimura - Takemoto và mối liên quan giữa TNMNS với các tổn thương tiền ung thư trên mô bệnh học. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang trên 72 bệnh nhân có triệu chứng đau thượng vị, khó tiêu đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và được chỉ định nội soi đánh giá teo niêm mạc dạ dày và có kết quả nghiệm test nhanh urease *H. pylori* dương tính. Đánh giá mức độ TNMNS theo phân loại Kimura - Takemoto và đối chiếu với thương tổn tiền ung thư (teo, dị sản ruột, loạn sản) trên mô bệnh học theo phân loại Sydney cải tiến. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $55,6 \pm 13,13$; tỷ lệ nam/nữ giới là 1,4/1,0. Tỷ lệ TNMNS theo phân loại Kimura-Takemoto ở giai đoạn C1 là 37,5%, C2: 40,3%, C3: 9,7%, O1: 11,1% và O3: 1,4%. Trên mô bệnh học cho thấy, tỷ lệ teo niêm mạc ở hang vị là 81,9%, ở cả hang vị và thân vị: 16,7%. Tỷ lệ dị sản ruột ở hang vị, thân vị, cả hang vị và thân vị lần lượt là 36,1%, 2,5% và 11,1%. Tỷ lệ loạn sản độ thấp 12,5% (9/72), loạn sản độ cao 6,9% (5/72) và có 2 trường hợp là ung thư sớm. TNMNS giai đoạn C2 và C3 có tỷ lệ teo trên mô bệnh học cao hơn so với giai đoạn C1 (91,7% vs 63%) và TNMNS các giai đoạn O có tỷ lệ dị sản ruột cao hơn so với các giai đoạn C (77,8% vs 30,2%) với $p < 0,05$. **Kết luận:** Mức độ TNMNS liên quan với mức độ teo niêm mạc và dị sản ruột trên mô bệnh học, giai đoạn teo càng nặng trên nội soi thì tần suất teo và dị sản ruột trên mô bệnh học càng cao. Đánh giá TNMNS theo phân loại Kimura - Takemoto là một phương pháp tương đối đơn giản, dễ thực hiện, từ đó có chiến lược theo dõi phù hợp cho từng bệnh nhân viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori* nhằm phát hiện tổn thương loạn sản và ung thư sớm.

Từ khóa: viêm dạ dày mạn, *H. pylori*, phân loại Kimura - Takemoto.

Abstract

Relationship between endoscopic gastric atrophy according to Kimura - Takemoto classification and histopathological characteristics in *H. Pylori* infected patients

Phan Trung Nam^{1*}, Nguyen Thi Huyen Thuong¹

(1) GI & Endoscopy Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Endoscopic gastric atrophy according to Kimura-Takemoto classification has been shown to be closely related to histopathological atrophy. Gastric atrophy and intestinal metaplasia are considered precancerous gastric lesions that need to be assessed and monitored for early detection of dysplasia and cancer, especially in *H. pylori* infected patients. The aim of this study was to evaluate the associations between these endoscopic atrophy according to Kimura - Takemoto classification and pathologic characteristics. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in 72 dyspepsia patients at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, assigned endoscopic assessment and testing *H. pylori* positive. Assessing endoscopic gastric atrophy according to Kimura-Takemoto classification and compared with histopathological precancerous lesions (atrophy, intestinal metaplasia, dysplasia) according to the modified Sydney system. **Results:** The mean age

was 55.6 ± 13.13 , male/female ratio was 1.4/1.0. The rate of endoscopic gastric atrophy at stage C1 was 37.5%, C2: 40.3%, C3: 9.7%, O1: 11.1% and O3: 1.4%. On histo-pathology, the rate of gastric atrophy in antrum was 81.9%, in both antrum and body: 16.7%. The rate of intestinal metaplasia in antrum, body, both antrum and body was 36.1%, 2.5% and 11.1%, respectively. The rate of low-grade dysplasia 12.5% (9/72), high-grade dysplasia 6.9% (5/72) and 2 cases of early gastric cancer. Endoscopic gastric atrophy stages C2 and C3 had a higher rate of atrophy on histopathology than stage C1 (91.7% vs 63%) and stages O had a higher rate of intestinal metaplasia than stages C (77.8% vs 30.2%) with $p < 0.05$. **Conclusion:** The degree of endoscopic gastric atrophy was related to the degree of histopathologic atrophy and intestinal metaplasia, the more severe the stage of endoscopic gastric atrophy, the higher the frequency of atrophy and metaplasia on histopathology. Evaluation of endoscopic gastric atrophy according to Kimura-Takemoto classification is a relatively simple strategy for monitoring for each patient with *H. pylori* chronic gastritis to detect dysplasia and early cancer.

Key words: Atrophic gastritis, *H. pylori*, Kimura-Takemoto classification

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày có tỷ lệ mắc đứng thứ tư, là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên thế giới. Việt Nam là nước có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* và mắc ung thư dạ dày cao [1]. Chính vì vậy việc phát hiện và điều trị sớm các tổn thương tiền ung thư rất quan trọng, giúp giảm tỷ lệ tiến triển thành ung thư dạ dày [2, 3].

H. pylori được xem là một trong những yếu tố quan trọng nhất gây viêm dạ dày mạn dẫn đến ung thư [4]. Viêm dạ dày mạn tiến triển liên tục với những thay đổi ở lớp biểu mô dẫn tới teo niêm mạc, dị sản ruột và loạn sản, đây được xem là những tổn thương tiền ung thư cần được phát hiện và xử trí. Khoảng 10% bệnh nhân nhiễm *H. pylori* trên nền viêm teo niêm mạc dạ dày nặng sẽ có nguy cơ phát triển thành ung thư dạ dày sau 7,8 năm [5].

Chẩn đoán viêm teo niêm mạc dạ dày chủ yếu dựa vào mô bệnh học, tuy nhiên đòi hỏi sinh thiết nhiều mẫu, mất nhiều thời gian và cần có sự thống nhất về cách đánh giá kết quả. Qua nội soi dạ dày, hai tác giả Kimura và Takemoto đã phân tích và đưa ra mối liên quan chặt chẽ giữa hình ảnh teo niêm mạc trên nội soi và mô bệnh học trong nghiên cứu của mình [6]. Nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới áp dụng và chứng minh hiệu quả của phân loại này, giúp giảm bớt nhu cầu sinh thiết qua nội soi [7], [8].

Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về mối liên quan giữa các giai đoạn của teo niêm mạc trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto với các tổn thương tiền ung thư, đặc biệt ở khu vực miền Trung, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: 1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn có H. pylori (+)*; 2. *Khảo sát mối liên quan giữa hình ảnh teo niêm mạc theo phân loại Kimura-Takemoto với các tổn thương tiền ung thư trên mô bệnh học*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 5/2020 đến tháng 10/2021 được chỉ định nội soi dạ dày và sinh thiết lấy mẫu xét nghiệm.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, có chỉ định nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng.

- Hình ảnh nội soi có viêm teo niêm mạc dạ dày

- Xét nghiệm *H. pylori* với test nhanh urease dương tính.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có chống chỉ định nội soi

- Có tiền sử phẫu thuật ở thực quản, dạ dày, tá tràng.

- Mẫu mô sinh thiết không đạt chất lượng để đánh giá kết quả mô bệnh học

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư dạ dày tiến triển trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang khảo sát hình ảnh nội soi dạ dày, so sánh đối chiếu với kết quả mô bệnh học với cỡ mẫu $n = 72$.

- Sinh thiết mẫu ở hang vị và thân vị làm mô bệnh học và làm Clotest chẩn đoán nhiễm *H. pylori*

- Đánh giá đặc điểm tổn thương trên nội soi theo phân loại Sydney cải tiến [9]

- Đánh giá mức độ teo niêm mạc theo phân loại Kimura-Takemoto từ mức độ nhẹ (thể đóng - Close) đến nặng (thể mở - Open) là C1, C2, C3 và O1, O2, O3 [6]

- Đánh giá trên mô bệnh học về tình trạng viêm, teo niêm mạc, dị sản ruột theo hệ thống Sydney, đánh giá loạn sản và ung thư theo phân loại Vienna [10]

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS, biến số có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn nhiễm *H. pylori*

Bảng 1. Đặc điểm của 72 bệnh nhân viêm dạ dày mạn

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Tuổi	≤ 40	12
	41 - 60	33
	> 60	27
	Tổng	72
Giới	Nam	43
	Nữ	29
Độ tuổi trung bình		55,6 ± 13,13

Nhận xét: tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,6 ± 13,13. Nhóm tuổi 41 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 45,8% tiếp theo đó là nhóm > 60 tuổi 37,5%, nhóm tuổi ≤ 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất 16,7%. Nam giới nhiều hơn nữ với tỷ lệ: 1,4/1.

Lý do đi khám của bệnh nhân chủ yếu là đau thượng vị và chậm tiêu với tỷ lệ lần lượt là 65,3% và 50%, có 12,5% bệnh nhân đến khám vì tiền sử gia đình có người mắc ung thư. Tổn thương viêm trên nội soi theo phân loại Sydney chủ yếu là phù nề, trợt chiếm tỷ lệ lần lượt là 56,9% và 54,2%.

Bảng 2. Phân bố teo niêm mạc trên nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto

Teo trên NS	Nhóm tuổi	≤ 40 (n)	41 - 60 (n)	> 60 (n)	Tổng	Tỷ lệ %
C1		8	10	9	27	37,5
C2		4	17	8	29	40,3
C3		0	4	3	7	9,7
O1		0	2	6	8	11,1
O2		0	0	0	0	0
O3		0	0	1	1	1,4
Tổng		12	33	27	72	100%

Nhận xét: teo niêm mạc trên nội soi nhiều nhất ở giai đoạn C2 có tỷ lệ 40,3%, tiếp theo giai đoạn C1 với 37,5%, teo niêm mạc giai đoạn C3, O1 chiếm tỷ lệ lần lượt 9,7% và 11,1%. Teo niêm mạc giai đoạn C3 và O chỉ có ở nhóm trên 40 tuổi, giai đoạn O chiếm chủ yếu ở nhóm trên 60 tuổi (7/9 BN).

3.2. Mối liên quan giữa hình ảnh teo niêm mạc dạ dày theo phân loại Kimura-Takemoto với các tổn thương tiền ung thư trên mô bệnh học

Bảng 3. Tổn thương teo niêm mạc và dị sản ruột trên mô bệnh học

Vị trí	Teo niêm mạc		Dị sản ruột	
	Không	Có	Không	Có
Hang vị	13 (18,1%)	59 (81,9%)	46 (63,9%)	26 (36,1%)
Thân vị	0	0	63 (87,5%)	9 (12,5%)
Hang vị+thân vị	60 (83,3%)	12 (16,7%)	64 (88,9%)	8 (11,1%)

Nhận xét: Trong 72 bệnh nhân teo niêm mạc trên nội soi thì có 59 trường hợp (81,9%) được xác định teo trên mô bệnh học ở hang vị, 12/72 trường hợp (16,7%) teo niêm mạc ở cả hang vị và thân vị. Tỷ lệ dị sản ruột ở hang vị và thân vị lần lượt chiếm 36,1% và 12,5%, dị sản ruột đồng thời ở cả hang vị và thân vị chiếm 11,1% (8/72).

Bảng 4. Tỷ lệ loạn sản, ung thư trên mô bệnh học

Loạn sản	n	Tỷ lệ %
Không	56	77,8
Loạn sản độ thấp	9	12,5
Loạn sản độ cao	5	6,9
Ung thư	2	2,8
Tổng	72	100

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học có 12,5% loạn sản thấp, 6,9% loạn sản độ cao và có 2 trường hợp là ung thư. Đa số các tổn thương loạn sản này đều có hình thái tổn thương dạng trợt trên nội soi. Toàn bộ 16 trường hợp có loạn sản, ung thư đều nằm trong nhóm có teo niêm mạc trên mô bệnh học.

Bảng 5. Liên quan teo niêm mạc trên nội soi giữa nhóm C1 và C2+C3 với các tổn thương trên mô bệnh học

Teo trên nội soi	Tổn thương trên mô bệnh học						Tổng
	Teo niêm mạc		Dị sản ruột		Loạn sản, ung thư		
	Không	Có	Không	Có	Không	Có	
C1	10 (37,0%)	17 (63,0%)	19 (70,4%)	8 (29,6%)	22 (81,5%)	5 (18,5%)	27
C2 + C3	3 (8,3%)	33 (91,7%)	25 (69,4%)	11 (36,1%)	26 (72,2%)	10 (27,8%)	36
p	< 0,05		> 0,05		> 0,05		

Nhận xét: teo niêm mạc trên nội soi nhóm C2 + C3 có 91,7% (33/36) được xác định teo trên MBH cao hơn số teo niêm mạc xác định trên MBH ở nhóm teo trên nội soi C1 với 63% (17/27) ($p < 0,05$). Nhóm C2+C3 có tỷ lệ DSR và loạn sản & ung thư lần lượt là 36,1% và 27,8% có xu hướng cao hơn nhóm C1 với tỷ lệ DSR và loạn sản & ung thư lần lượt là 29,6% và 18,5%, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Liên quan teo niêm mạc trên nội soi giữa nhóm C và nhóm O với các tổn thương trên mô bệnh học

Teo trên nội soi	Tổn thương trên mô bệnh học						Tổng
	Teo niêm mạc		Dị sản ruột		Loạn sản, ung thư		
	Không	Có	Không	Có	Không	Có	
Nhóm C (C1+C2+C3)	13 (20,6%)	50 (79,4%)	44 (69,8%)	19 (30,2%)	48 (76,2%)	15 (23,8%)	63
Nhóm O (O1+O2+O3)	0 (0%)	9 (100%)	2 (22,2%)	7 (77,8%)	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9
p	> 0,05		< 0,05		> 0,05		

Nhận xét: cả 9 trường hợp (100%) teo niêm mạc trên nội soi nhóm O đều có teo trên MBH cao hơn ở nhóm C chỉ có 50/63 (79,4%) có teo trên BMH. Nhóm O teo trên nội soi có tỷ lệ DSR là 77,8% cao hơn so với nhóm C với tỷ lệ DSR chiếm 30,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này được tiến hành tại trung tâm tiêu hoá nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế với trang thiết bị đồng bộ, hiện đại trên 72 bệnh nhân được nội soi theo các tiêu chuẩn và khuyến cáo hiện hành của Nhật Bản và thế giới để mô tả, đánh giá chi tiết các thương tổn dạ dày, thực hiện từ tháng 5/2020 đến tháng 10/2021.

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,6 $\pm$ 13,13, tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Đa số bệnh nhân

đến khám vì đau thượng vị và chậm tiêu với tỷ lệ lần lượt 65,3% và 50%, ngoài ra, có 12,5% số bệnh nhân đến khám sàng lọc vì tiền sử gia đình có người thân mắc ung thư. Phân loại viêm dạ dày trên nội soi theo hệ thống Sydney trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tần suất viêm phù nề và trợt chiếm tỷ lệ nhiều nhất lần lượt là 56,9% và 55,6%, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Quách Trọng Đức và cộng sự, tỷ lệ tổn thương thường gặp trên nội soi ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn teo là phù nề

(49,6%) và trợt phẳng (36,1%) [7].

Khi phân tích mức độ teo niêm mạc trên nội soi dựa trên phân loại Kimura-Takemoto, kết quả nghiên cứu ở Bảng 2 cho thấy chủ yếu teo niêm mạc giai đoạn C2 chiếm 40,3% và C1 là 37,5%, teo niêm mạc 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. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước như của Bùi Đức Tuấn với teo mức độ nhẹ (C1+C2) chiếm 73,8%, mức độ vừa (C3+O1) là 22,6%, mức độ nặng (O2+O3) là 3,6% [11]. Nghiên cứu của Quách Trọng Đức cũng cho thấy đa phần là teo mức độ nhẹ 55%, tỷ lệ teo mức độ nặng thấp chiếm 3,6% [7]. Nhóm tuổi từ 41-60 và trên 60 tuổi có tỷ lệ teo ở các giai đoạn là cao nhất. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy teo niêm mạc dạ dày có liên quan chặt chẽ với tuổi, đặc biệt tỷ lệ viêm teo tăng lên khi có tình trạng nhiễm *H.pylori* [12].

Nghiên cứu của chúng tôi ở Bảng 3 cho thấy teo niêm mạc trên mô bệnh học chủ yếu ở hang vị chiếm 81,9%, chỉ 16,7% trường hợp có teo ở cả hang vị và thân vị, không có trường hợp nào teo đơn thuần ở thân vị. Các nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận tần suất teo thường gặp ở hang vị cao hơn [7], [11]. Tỷ lệ dị sản ruột trên MBH ở hang vị chiếm 36,1%, ở thân vị chiếm 12,5% và có 8/72 trường hợp (11,1%) có dị sản ruột đồng thời ở cả hang vị và thân vị. Tần suất dị sản ruột tăng theo tuổi, gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu trên thế giới, tuổi càng lớn đặc biệt >65 tuổi nguy cơ dị sản ruột, loạn sản cao gấp 2,28 lần so với người trẻ tuổi [13], [14].

Kết quả Bảng 4, cho thấy có 22,2% (16/72) trường hợp có loạn sản và ung thư trên MBH, trong đó 12,5% (9/72) loạn sản thấp, 6,9% (5/72) loạn sản độ cao và có 2 trường hợp là ung thư. Đa số các tổn thương loạn sản này đều có hình thái trợt lõm (typ IIc) trên nội soi, tất cả tổn thương loạn sản nằm ở độ tuổi > 40 và nam giới có tỷ lệ cao hơn nữ. Ngoài ra, trong 9 trường hợp gia đình có tiền sử mắc ung thư thì có 4 người nằm trong nhóm có loạn sản, ung thư, đây cũng là một yếu tố nguy cơ cần khuyến cáo bệnh nhân đi nội soi sàng lọc sớm.

Loạn sản độ thấp (LGD) và loạn sản độ cao (HGD) đều có nguy cơ tiến triển thành ung thư, trong đó tiến triển thành ung thư của HGD từ 60% đến 85% trong khoảng thời gian trung bình từ 40 đến 48 tháng, trong khi đó, tỷ lệ chuyển thành ung thư của LGD thấp hơn nhiều, khoảng 3 - 9% [15], [16].

Trong 72 trường hợp teo niêm mạc trên nội soi có 81,9% (59/72) được xác định teo niêm mạc trên

mô bệnh học ở hang vị và 16,7% có teo ở cả hang vị và thân vị (Bảng 3). Khi phân tích theo từng nhóm, cho thấy nhóm teo trên nội soi C2+C3 có 91,7% teo trên MBH cao hơn so với nhóm C1 là 63% ($p < 0,05$) và tất cả 9 trường hợp teo niêm mạc type O trên nội soi đều có teo trên MBH (Bảng 5 và 6). Tương tự, khi phân tích chi tiết về dị sản ruột, nhóm teo niêm mạc trên nội soi C2+C3 có tỷ lệ DSR ở hang vị là 36,1% có xu hướng cao hơn so với nhóm C1 với tỷ lệ DSR là 29,6% (Bảng 5). Khi so sánh teo niêm mạc trên nội soi giữa 2 type O và C (Bảng 6) cho thấy tỷ lệ DSR ở type O là 77,8% cao hơn so với type C là 30,2% ($p < 0,05$).

Phân tích các bệnh nhân có loạn sản và ung thư, ở Bảng 5 cho thấy, nhóm teo niêm mạc trên nội soi C2+C3 có 10/36 trường hợp loạn sản chiếm 27,8% cao hơn so với nhóm C1 chỉ có 5/27 trường hợp chiếm 18,5% và tất cả các trường hợp có loạn sản & ung thư đều nằm trong nhóm được xác định teo niêm mạc trên mô bệnh học, trong khi đó nhóm không teo trên MBH không có trường hợp nào có loạn sản, ung thư. Theo nghiên cứu của Quách Trọng Đức, tỷ lệ loạn sản ở bệnh nhân viêm dạ dày teo nặng (OLGA III-IV) chiếm 30,8% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân viêm teo nhẹ (đoạn OLGA 0-II) là 1,12% [7].

Sự hiện diện của DRS đi kèm với mức độ nặng của teo niêm mạc có liên quan với tình trạng nhiễm *H.pylori* [5]. Mức độ nặng của viêm teo và sự phân bố vị trí của các tổn thương teo là những yếu tố quyết định về nguy cơ ung thư dạ dày [17]. TNMNS theo phân loại Kimura-Takemoto đã được chứng minh có mối tương quan với mô bệnh học trong nhiều nghiên cứu [7], [8]. Ngoài ra, nghiên cứu của Guarner và cộng sự cho thấy tỷ lệ dị sản ruột tăng dần theo giai đoạn viêm teo như sau: ở giai đoạn 0 là 0,9%, giai đoạn I là 12,7%, giai đoạn II là 23,7% và tăng lên hơn 80% ở giai đoạn III-IV ($p < 0,001$) [18]. Một số nghiên cứu trong nước cho thấy có mối liên quan giữa mức độ nặng của teo niêm mạc với dị sản ruột [7] và mức độ viêm teo càng tăng thì tần suất xuất hiện DSR càng cao [11]. Theo Song và cộng sự, trong thời gian theo dõi cho thấy tỷ lệ mắc ung thư dạ dày là 0,1% ở người không có teo niêm mạc, 1,6% ở teo mức độ nhẹ, 5,2% ở teo mức độ vừa và 12,0% ở teo mức độ nặng [19], đặc biệt khi bệnh nhân viêm teo nặng kèm nhiễm *H. pylori* làm tăng nguy cơ xuất hiện các tổn thương loạn sản [20]. Vì vậy, những bệnh nhân vừa có TNMNS mức độ nặng và có nhiễm *H. pylori* cần được kiểm tra nội soi cẩn thận, theo dõi định kỳ để phát hiện các thương tổn tiền ung thư và ung thư sớm.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy mức độ teo niêm mạc trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto liên quan với mức độ teo niêm mạc và dị sản ruột trên mô bệnh học. Giai đoạn teo niêm mạc càng nặng trên nội soi thì tần suất teo và dị sản ruột trên mô bệnh học càng cao, tất cả các trường hợp loạn sản và ung thư đều xuất hiện trên nền teo niêm mạc. Đánh giá

TNMNS theo phân loại Kimura-Takemoto là một phương pháp tương đối đơn giản, dễ thực hiện, nên áp dụng rộng rãi tại tuyến y tế có trang bị máy nội soi tiêu hoá. Dựa trên mức độ của TNMNS để có chiến lược theo dõi phù hợp cho từng bệnh nhân nhằm phát hiện và điều trị kịp thời tổn thương loạn sản và ung thư sớm, đặc biệt khi bệnh nhân có nhiễm *H. pylori*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F: Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians* 2021, 71(3):209-249.
2. Hu Y-R, Yu Y, al e: The Progression of Atrophic Gastritis to Gastric Cancer: A Retrospective Study. *Journal of Cancer Therapy* 2017, 8:553-560.
3. Correa P, Piazuelo MB: The gastric precancerous cascade. *Journal of digestive diseases* 2012, 13(1):2-9.
4. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, Graham DY, El-Omar EM, Miura S, Haruma K, Asaka M, Uemura N, Malfertheiner P: Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. *Gut* 2015, 64(9):1353-1367.
5. Uemura N, al e: Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. *The New England Journal of Medicine* 2001, 345:784-789.
6. Kimura K, Takemoto T: An endoscopic recognition of the atrophic border and its significance in chronic gastritis. *Endoscopy* 1969, 3:87-97.
7. Quách Trọng Đức: Mối liên quan giữa teo niêm mạc dạ dày nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto với các tổn thương tiền ung thư trong bệnh viêm dạ dày mạn. Luận án TS, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2011.
8. Eshmuratov A, Nah JC, al e: The Correlation of Endoscopic and Histological Diagnosis of Gastric Atrophy. *Dig Dis Sci* 2010, 55:1364-1375.
9. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P: Classification and grading of gastritis: the updated Sydney system. *The American journal of surgical pathology* 1996, 20(10):1161-1181.
10. Schlemper R, Riddell R, Kato Yea, Borchard F, Cooper H, Dawsey S, Dixon M, Fenoglio-Preiser C, Fléjou J, Geboes K: The Vienna classification of gastrointestinal epithelial neoplasia. *Gut* 2000, 47(2):251-255.
11. Bùi Đức Tuấn: Đối chiếu hình ảnh viêm teo dạ dày qua nội soi với hệ thống phân loại OLGA trên mô bệnh học. Luận văn ThS, Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
12. Gao X, al e: Associations of Helicobacter pylori infection and chronic atrophic gastritis with accelerated epigenetic ageing in older adults. *British Journal of Cancer* 2017, 117:1211-1214.
13. Aumpan N, al e: Predictors for regression and progression of intestinal metaplasia (IM): A large populationbased study from low prevalence area of gastric cancer (IM-predictor trial). *PLoS ONE* 2021, 16(8):1-14.
14. Angelo Zullo, al e: Is There an Optimal Age Threshold for Searching for Intestinal Metaplasia on Gastric Mucosa in Western Populations? *GE Port J Gastroenterol* 2021, 28:398-402.
15. Yamada H, al e: Long-Term Follow-Up Study of Gastric Adenoma/ Dysplasia. *Endoscopy* 2004, 36:390-396.
16. Rugge M, Cassaro M, al e: The long term outcome of gastric non-invasive neoplasia. *Gut* 2003, 52:1111-1116.
17. Gupta S, al e: AGA Clinical Practice Guidelines on Management of Gastric Intestinal Metaplasia. *Gastroenterology and Hepatology* 2020, 158(3):693-702.
18. Guarner J: Gastric Atrophy and Extent of Intestinal Metaplasia in a Cohort of Helicobacter Pylori-Infected Patients. *Human Pathology* 2001, 31:31-35.
19. Song JH, al e: Risk Factors for Gastric Tumorigenesis in Underlying Gastric Mucosal Atrophy. *Gut and Liver*, 2017, 11:612-619.
20. Banks M, al e: British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma. *Gut* 2019, 68:1545-1575.