

ĐÁNH GIÁ PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN VIÊM DẠ DÀY MẠN CÓ NHIỄM HELICOBACTER PYLORI QUA NỘI SOI, ĐỐI CHIẾU VỚI CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

NGUYỄN THÚY VINH

TÓM TẮT:

Tổng quan: Nhìn chung, chẩn đoán viêm dạ dày bằng nội soi và mô bệnh học thường ít phù hợp. Hệ thống phân loại viêm dạ dày mới "The Sydney System" đã công nhận vai trò của *Helicobacter pylori* và đã cung cấp các tiêu chuẩn cụ thể để chẩn đoán viêm dạ dày về mặt đại thể (nội soi) và vi thể (mô bệnh học). Hệ thống phân loại mới này có thể dẫn đến sự thống nhất cao hơn giữa chẩn đoán nội soi và mô bệnh học. **Mục đích:** 1, Đánh giá sự phù hợp về chẩn đoán đại thể giữa hai bác sĩ nội soi và sự thống nhất giữa chẩn đoán nội soi và mô bệnh học; 2, So sánh viêm dạ dày có nhiễm và không nhiễm *H. pylori* bằng chẩn đoán mô bệnh học; 3, Thử nghiệm chẩn đoán sự nhiễm *H. pylori* bằng nội soi, **Phương pháp:** 370 bệnh nhân Úc, được nội soi và sinh thiết dạ dày để làm giải phẫu bệnh lý, test urease nhanh và nuôi cấy. Nhiễm *H. pylori* được chẩn đoán theo tiêu chuẩn vàng. Trong quá trình nội soi, hai bác sĩ hoàn toàn độc lập chẩn đoán viêm dạ dày mạn dựa vào các tiêu chuẩn đại thể của phân loại theo Hệ thống Sydney. **Kết quả:** Nhìn chung hai bác sĩ nội soi thống nhất với nhau về các nhận định viêm dạ dày về mặt đại thể (Tỷ lệ phù hợp chẩn đoán từ 90,3 đến 99,4%, và chỉ số Kappa là 0,84 đến 1,0). Ngược lại, tỷ lệ dự đoán đúng sự nhiễm *H. pylori* giữa họ rất khác nhau (Chỉ số Kappa là 0,26 và McNemar test có $p < 0,001$). Nội soi và mô bệnh học thống nhất cao về chẩn đoán viêm dạ dày (Tỷ lệ phù hợp là 98%, McNemar $O = 0,45$), nhưng lại ít thống nhất về mức độ nặng nhẹ của viêm dạ dày (Tỷ lệ phù hợp là 44% và chỉ số Kappa là 0,08).

Viêm dạ dày có nhiễm *H. pylori* thường là ở giai đoạn hoạt động và ở mức độ vừa hoặc nặng, trong khi đó viêm dạ dày không có nhiễm *H. pylori* thường là viêm mãn tính không hoạt động và ở mức độ nhẹ. Dự đoán sự nhiễm *H. pylori* bằng đại thể là không chính xác với độ nhạy là 82,9% và độ đặc hiệu là 43,1%, giá trị tiên lượng dương tính là 49,6% và giá trị tiên lượng âm tính là 63,0%. Sự nhiễm *H. pylori* không có dấu hiệu đặc trưng về mặt đại thể. **Kết luận:** Hệ thống phân loại mới "The Sydney System" đem lại sự phù hợp cao hơn giữa đại thể và vi thể trong chẩn đoán viêm dạ dày và làm giảm sự không thống nhất giữa các bác sĩ trong chẩn đoán nội soi. Không có các dấu hiệu đặc trưng để dự đoán sự nhiễm *H. pylori* mặc dù các bác sĩ thống nhất cao về sự mô tả các biến đổi niêm mạc dạ dày. Dự đoán sự nhiễm *H. pylori* bằng đại thể là không chính xác và vi thể cần thiết phải sinh thiết niêm mạc dạ dày để chẩn đoán *H. pylori* khi tiến hành nội soi.

Từ khóa: *Helicobacter pylori*; Chẩn đoán nội soi (đại thể); Chẩn đoán giải phẫu bệnh lý (vi thể), viêm dạ dày

SUMMARY

EVALUATION OF ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF *H. PYLORI* – ASSOCIATED GASTRITIS IN COMPARISON WITH HISTOLOGICAL DIAGNOSIS

Background: There is generally poor correlation between endoscopic and histological diagnosis of gastritis. The Sydney System – a new classification of gastritis, has taken *Helicobacter pylori* into consideration and has provided standardised descriptors and interpretation of macroscopic and microscopic changes.

This new classification may lead to better endoscopic and histological diagnosis of gastritis. Aim: To prospectively (a) assess inter-observer agreement and correlation between histological and endoscopic diagnosis of gastritis; (b) compare histological diagnosis of *H. pylori*-negative and -positive gastritis (c) attempt to predict endoscopically the presence or absence of *H. pylori*. **Methods:** 370 Australian consecutive dyspeptic patients undergoing endoscopy had gastric biopsies for histology, urease test and culture. *H. pylori* status was determined by Gold Standard. During endoscopy, 2 endoscopists independently interpreted and recorded the macroscopic description of gastritis according to the Sydney System. **Results:** In general, the 2 endoscopists agreed closely on the macroscopic features of gastritis (percent agreement was from 90.3 to 99.4%, and Kappa coefficient was from 0.84 to 1.0). In contrast, their rates of prediction of *H. pylori* status was significantly different (Kappa coefficient 0.26 and McNemar $p < 0.001$). The correlation between endoscopic and histological diagnosis was very good in diagnosis of the presence of gastritis (percent agreement of 98%, McNemar $p = 0.45$), but not in grading of severity of gastritis (percent agreement of 44% and Kappa coefficient of 0.08). *H. pylori* -positive gastritis was usually active chronic gastritis with moderate and severe severity, otherwise *H. pylori*-negative gastritis was chronic gastritis without activity and with mild severity. Macroscopic prediction of *H. pylori* status was inaccurate with sensitivity of 82.9%, specificity of 43.1%, PPV of 49.6% and NPV of 63.0%. There were no highly predictive macroscopic features of *H. pylori* infection. **Conclusions:** the Sydney System results in better endoscopic correlation between macroscopic and microscopic diagnosis of gastritis and reduces inter-observer variation of endoscopic diagnosis. There are not reliable predictive criteria for *H. pylori* gastritis macroscopically despite good agreement between endoscopists about the macroscopic description of the mucosa. It is not accurate to predict *H. pylori* by macroscopic features and biopsies remain essential for diagnosis of *H. pylori* when endoscopy is done.

Keywords: *Helicobacter pylori*, macroscopic (endoscopic) and microscopic (histological) diagnosis, gastritis

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Viêm dạ dày đại thể có thể chẩn đoán được trong quá trình nội soi dạ dày. Tuy nhiên, chẩn đoán nội soi viêm dạ dày thường mang tính chủ quan, có thể dao động rõ rệt giữa các bác sĩ nội soi. Thực tế cho thấy chẩn đoán nội soi và chẩn đoán giải phẫu bệnh lý (GPBL-vi thể) thường ít có sự thống nhất (Toukan và cs; Sauerbruch và cs; Elta và cs). Báo cáo của Hội nghị quốc tế về Tiêu hóa ở Sydney 1991 đã thông báo về các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm dạ dày mạn bằng nội soi và giải phẫu bệnh lý. Phân loại này đã quan tâm đến sự hiện diện của *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), và đã cung cấp danh pháp, đặc điểm mô tả các thay đổi về mặt đại thể bệnh viêm dạ dày có nhiễm *H. pylori*. Vì vậy, có thể dẫn đến mô tả các dấu hiệu viêm nhiễm của niêm mạc dạ dày chính xác hơn, khách quan hơn và làm giảm sự khác biệt về chẩn đoán giữa các bác sĩ nội soi đồng thời có thể dẫn đến sự phù hợp chẩn đoán cao hơn giữa nội soi và giải phẫu bệnh lý.

Viêm dạ dày mạn nhiễm HP có hình ảnh đại thể rất

phong phú. Hệ thống Sydney đã mô tả một số đặc điểm như các nốt sần đỏ rải rác, mất độ bóng, kém nhẵn của niêm mạc dạ dày và có thể có các vết trợt tiền môn vị. Có một số nghiên cứu đã thực hiện nhằm khẳng định khả năng chẩn đoán của các đặc điểm này trong bệnh viêm dạ dày mạn (Labenz và cs; Mitchell và cs). Tuy vậy, các nghiên cứu vẫn chưa khẳng định được độ chính xác của các dấu hiệu nêu trên khi áp dụng trong chẩn đoán nội soi. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: 1, Đánh giá sự phù hợp về chẩn đoán đại thể giữa hai bác sĩ nội soi và sự thống nhất giữa chẩn đoán nội soi và mô bệnh học; 2, So sánh viêm dạ dày có nhiễm và không nhiễm *H. pylori* bằng chẩn đoán mô bệnh học; 3, Thử nghiệm chẩn đoán sự nhiễm *H. pylori* bằng nội soi.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1, Đối tượng:

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tuổi từ 15 đến 80, được nội soi dạ dày, chẩn đoán viêm dạ dày có nhiễm *H. pylori* theo tiêu chuẩn vàng (hoặc nuôi cấy dương tính hoặc cả hai phương pháp urease nhanh và mô bệnh học dương tính) và chưa điều trị diệt trừ *H. pylori* lần nào.

Tiêu chuẩn loại bệnh nhân: Bệnh nhân đang dùng kháng sinh hoặc ngừng thuốc chưa được một tháng tính đến thời điểm soi; đang dùng thuốc ức chế bơm proton hoặc bỏ thuốc này chưa được một tuần tính đến thời điểm soi; có tiền sử cắt một phần hay toàn bộ dạ dày; có ung thư dạ dày hoặc ổ loét to >3 cm và có nghi K; có chống chỉ định với soi dạ dày như nhồi máu cơ tim cấp, suy tim, suy hô hấp nặng v, v.; xuất huyết tiêu hoá nặng, có hẹp môn vị, bệnh nặng như suy thận nặng, xơ gan giai đoạn Child-pugh B hoặc đa ổ loét nhỏ cấp tính, nghi do dùng thuốc hoặc ngộ độc.

2, Phương pháp: Đây là nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn và loại trừ được chọn vào nghiên cứu.

Tất cả bệnh nhân được nội soi dạ dày, sử dụng máy nội soi video Olympus. Tất cả bệnh nhân đều được làm sinh thiết niêm mạc dạ dày với mỗi 2 mẫu từ vùng hang vị và thân vị để làm các xét nghiệm test urease nhanh (CLO test, Delta West, Bentley WA), giải phẫu bệnh lý và nuôi cấy. Tình trạng nhiễm *H. pylori* được xác định theo tiêu chuẩn vàng: hoặc nuôi cấy dương tính hoặc 2/3 xét nghiệm khác dương tính. Bệnh nhân được xác định không có nhiễm *H. pylori* nếu tất cả hoặc 2/3 các xét nghiệm âm tính.

Chẩn đoán giải phẫu bệnh lý viêm dạ dày được dựa trên các tiêu chuẩn của Hệ thống Sydney - The Sydney System (theo Price). Viêm dạ dày được xác định: viêm dạ dày cấp hoặc mãn tính mức độ nhẹ, vừa và nặng. Mức độ hoạt động của viêm dạ dày, dị sản ruột, teo niêm mạc, loạn sản cũng được phân loại. Có nhiễm hay không nhiễm *H. pylori*, mức độ nhiễm ít, vừa và nặng cũng được đánh giá.

Trong quá trình nội soi, hai bác sĩ nội soi có kinh nghiệm cùng chẩn đoán và ghi chép các đặc điểm đại thể của viêm dạ dày theo phân loại của Hệ thống Sydney (Tytgat, 1991) và thử nghiệm chẩn đoán có nhiễm hay không nhiễm *H. pylori* qua nội soi. Chẩn đoán viêm dạ dày được dựa vào một số đặc điểm. Thay đổi niêm mạc bao gồm: phù nề, xung huyết đỏ, kém nhẵn

hoặc nốt sần, trợt niêm mạc, chảy máu, teo niêm mạc....Các nốt sần được xác định bằng cách quan sát gần và tiếp tuyến với niêm mạc dạ dày. Vị trí viêm được phân loại theo vị trí giải phẫu của dạ dày: hang vị, thân vị hoặc toàn bộ. Mức độ viêm dạ dày được đánh giá nặng, vừa và nhẹ. Tiên lượng nhiễm *H. pylori*: có nhiễm hoặc không có nhiễm, không có chẩn đoán nghi ngờ. Ví dụ: For example, tiên lượng có nhiễm *H. pylori* cả khi chỉ có một số nốt viêm đỏ rải rác. Việc chẩn đoán có nhiễm *H. pylori* và mô tả các đặc điểm đại thể niêm mạc dạ dày được tiến hành trước khi đưa máy nội soi xuống hành tá tràng vì nếu có loét hành tá tràng sẽ là yếu tố nhiễu để bác sỹ chẩn đoán nhiễm *H. pylori* (trên 90% bệnh nhân loét hành tá tràng có *H. pylori* dương tính *H. pylori*). Đối với loét dạ dày, chúng ta không thể làm khác được tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân loét dạ dày trong nghiên cứu của chúng tôi thấp (11 bệnh nhân chiếm 3%).

Phân tích số liệu: Để xác định mức độ phù hợp giữa hai bác sỹ nội soi và độ chính xác của phương pháp chẩn đoán chúng tôi sử dụng tỷ lệ phần trăm phù hợp, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên lượng âm tính và dương tính. Để đánh giá mối tương quan giữa chẩn đoán giải phẫu bệnh lý và chẩn đoán nội soi được xác định bằng cách so sánh chẩn đoán viêm dạ dày và mức độ viêm dạ dày. Sử dụng phần mềm SPSS để xử lý thống kê. Tỷ lệ phù hợp (percentage of agreement) chỉ số kappa, test McNemar cho các tỷ lệ ghép đôi, Chi bình phương, Fisher's Exact test (khi số liệu < 5) đã được sử dụng. Xác định có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ:

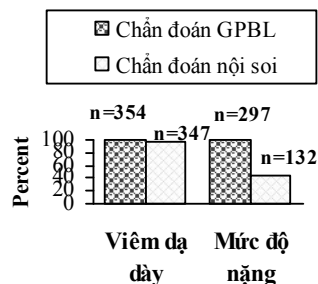
Tổng số 370 bệnh nhân đến nội soi dạ dày được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân nam 174, nữ 196; tuổi trung bình $53,3 \pm 16,9$; thấp nhất 16, cao nhất 91. Trong số đó, 149 bệnh nhân được chẩn đoán *H. pylori* dương tính. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* là 40,3%, (CI: 35,3% – 45,3%). Tỷ lệ sử dụng thuốc kháng viêm không phải là corticoid thấp 14% (53/370).

1, Phù hợp chẩn đoán giữa các bác sỹ nội soi về các đặc điểm đại thể và tiên lượng có nhiễm *H. pylori*, Bảng 1:

So sánh (giữa hai bác sỹ nội soi)	Tỷ lệ phù hợp (%)	Hệ số Kappa	P theo McNemar
Tiên lượng nhiễm <i>H. pylori</i>	70,3 (260/370)	0,26	< 0,001
Thay đổi đại thể			
Viêm dạ dày	99,1 (367/ 370)	0,92	0,25
Vị trí viêm dạ dày	97,8 (343/350)	0,93	0,06
Mức độ nặng	90,3 (320/354)		
Teo niêm mạc	100 (366/366)	1,0	1,00
Trợt niêm mạc	99,4 (364/366)	0,98	0,50
Nốt đỏ rải rác	98,9 (362/366)	0,84	0,13
Viêm đỏ thành hàng	99,4 (363/365)	0,97	0,50
Chảy máu	100 (366/366)	1,0	1,00
Sần, hạt	97,8 (358/366)	0,94	0,29

Nhận xét: Phù hợp chẩn đoán giữa các bác sỹ nội soi về các đặc điểm đại thể rất cao theo tỷ lệ phần trăm từ là 90,3% đến 99,4% và theo hệ số Kappa từ 0,84 đến 1,0 và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, Ngược lại, tỷ lệ tiên lượng nhiễm *H. pylori* của họ khác hơn (tỷ lệ phù hợp là 70,3% cho tất cả bệnh nhân, và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Hệ số Kappa là 0,26 và McNemar $p < 0,001$).

Tương quan giữa chẩn đoán nội soi và chẩn đoán giải phẫu bệnh lý,



Hình 1: Tương quan giữa chẩn đoán nội soi và chẩn đoán giải phẫu bệnh lý

Nhận xét: Có tương quan giữa chẩn đoán nội soi và chẩn đoán giải phẫu bệnh lý viêm dạ dày mạn khi có sự thống nhất về kết quả của hai bác sỹ nội soi (Hình 1) với tỷ lệ phù hợp là 98%, * $p = 0,45$ theo McNemar test. Ngược lại, khi chẩn đoán mức độ viêm dạ dày, không có sự tương quan giữa chẩn đoán nội soi và chẩn đoán giải phẫu bệnh lý với tỷ lệ phù hợp là 44% và **Hệ số Kappa là 0,08 có nghĩa không khác biệt với hiện tượng ngẫu nhiên.

2, Chẩn đoán giải phẫu bệnh lý viêm dạ dày mạn có *H. pylori*-dương tính và *H. pylori*-âm tính.

Bảng 2: Chẩn đoán viêm dạ dày mạn và *H. pylori* theo GPBL

Viêm dạ dày	<i>H. pylori</i> (+) %	<i>H. pylori</i> (-) %	p Chi-bình phương	Tổng số %
Mức độ hoạt động				
Viêm mạn	14,8	85,2	<0,0001	52,5
Viêm mạn hoạt động	90,6	9,4		47,5
Mức độ nặng				
Nhẹ	8,7	85,9	<0,0001	47,2
Vừa	58,3	13,8	<0,0001	36,1
Nặng	33,0	0,3	<0,0001	16,7
Di sản ruột	63,1	36,9	>0,05	
Viêm teo niêm mạc	63,2	36,8	>0,05	

Nhận xét: Khoảng một nửa số bệnh nhân (42,8%) có viêm dạ dày mạn không hoạt động mức độ nhẹ (Theo phân loại Hệ thống Sydney) và phần lớn số bệnh nhân này có *H. pylori* âm tính (Bảng 2). Ngược lại, phần lớn bệnh nhân có viêm dạ dày *H. pylori*-dương tính đều ở giai đoạn hoạt động mức độ vừa và nặng. *H. pylori* thường hay gặp ở các mẫu sinh thiết có dị sản ruột hoặc teo niêm mạc với tỷ lệ tương ứng là 63,1% và 63,2%.

3, Tỷ lệ tiên lượng nhiễm *H. pylori*.

Bảng 3. Tiên lượng nhiễm *H. pylori* so với Tiêu chuẩn vàng

Bác sỹ nội soi	Tiên lượng/Tiêu chuẩn vàng		Tỷ lệ phù hợp (%) so với Tiêu chuẩn vàng	*Hệ số Kappa	p theo *McNemar
	Tiên lượng âm tính	Tiên lượng dương tính			
Tiên lượng B. sỹ nội soi 1	35/228 (15,4%)	136/142 (95,8%)	46,2	0,08	< 0,001
Tiên lượng B. sỹ nội soi 2	94/228 (41,2%)	97/142 (68,3%)	51,0	0,09	< 0,001
Tiên lượng thống nhất giữa 2 bác sỹ nội soi	29/157 (18,5%)	97/103 (94,2%)	48,5	0,11	< 0,001

*Hệ số Kappa, p theo *McNemar được tính bằng cách so với Tiêu chuẩn vàng

Bảng 4: Độ chính xác của chẩn đoán *H. pylori* qua hình ảnh đại thể (nội soi)

	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Độ chính xác (%)	Giá trị tiên lượng dương (%)	Giá trị tiên lượng âm (%)
B. sỹ nội soi 1	95,8	15,4		43,3	71,2
95% CI	93,7-97,8	11,7-19,1	55,6	38,3-48,4	66,6-75,8
B. sỹ nội soi 2	68,3	41,2		44,0	46,7
95% CI	63,5-73,0	36,2-46,2	54,8	38,9-49,1	41,6-51,8
Chẩn đoán đại thể*	82,9	43,1	63,0	49,6	63,0
95% CI	79,1-86,7	38,1-48,2		44,5-54,7	58,1-67,9

*Thông nhất giữa hai bác sỹ nội soi

Nhận xét: Tỷ lệ tiên lượng có nhiễm *H. pylori* theo hình ảnh đại thể khi so sánh với Tiêu chuẩn vàng được thể hiện ở Bảng 3. Nhìn chung, tỷ lệ tiên lượng đúng chỉ khoảng một nửa kể cả khi có sự thống nhất của hai bác sỹ nội soi về các thay đổi đại thể. Tỷ lệ tiên lượng đúng là 48,5%, với hệ số Kappa là 0,11 và McNemar $p < 0,001$. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên lượng dương tính và âm tính được thể hiện ở (Bảng 4).

Bảng 5: So sánh đặc điểm đại thể (nội soi)* giữa viêm dạ dày mạn có *H. pylori*-dương tính và *H. pylori*-âm tính.

Tiêu chuẩn nội soi	<i>H. pylori</i> (+) %	<i>H. pylori</i> (-) %	**p
Nốt đỏ rải rác	145/149 (97,3%)	196/203 (96,6%)	0,77
Viêm đỏ thành dải	18/149 (11,9%)	4/149 (2,7%)	0,001
Nốt sần	114/149 (76,5%)	144/203 (70,9%)	0,27
Vết trợt	19/149 (12,8%)	41/203 (20,2%)	0,09
Chảy máu	2/149 (1,3%)	9/203 (4,4%)	0,13
Teo niêm mạc	1/149 (0,7%)	4/203 (2,0%)	0,41
Vị trí lan rộng			
Hang vị	33/135 (24,4%)	43/166 (25,9%)	0,79
Thân vị	0	0	
Toàn bộ dạ dày	102/135 (75,6%)	123/166 (74,1%)	0,79
Mức độ nặng			
Nhẹ	64/135 (47,4%)	88/168 (52,4%)	0,39
Vừa	62/135 (45,9%)	75/168 (44,6%)	0,82
Trung bình	9/135 (6,7%)	5/168 (3,0%)	0,13

* Các trường hợp đã có sự thống nhất giữa hai bác sỹ nội soi; **p theo Chi-bình phương hoặc Test chính xác Fisher.

Nhận xét: Đặc điểm thay đổi niêm mạc dạ dày qua nội soi hay gặp của viêm dạ dày mạn có *H. pylori*-dương tính là viêm dạ dày lan toả với các nốt sần đỏ (mức độ vừa và nặng) nhưng những đặc điểm này cũng gặp phổ biến ở nhóm viêm dạ dày mạn có *H. pylori*-âm tính vì vậy không có giá trị đặc hiệu. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Chỉ có dấu hiệu viêm đỏ thành vệt dài gặp nhiều hơn ở nhóm viêm dạ dày mạn có *H. pylori*-dương tính với $p = 0,001$.

BÀN LUẬN:

Trong nghiên cứu này, Hệ thống phân loại viêm dạ dày nội soi và giải phẫu bệnh lý đã được áp dụng để đánh giá chính xác các thay đổi đại thể và vi thể của niêm mạc dạ dày. Có sự thống nhất cao giữa hai bác sỹ nội soi về các thay đổi đại thể niêm mạc dạ dày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chính xác hơn kết quả của một số nghiên cứu khác (Cronstedt và Simpson; Sauerbruch và cs). Điều này có thể giải thích bằng kinh nghiệm khác nhau của các bác sỹ nội soi, thời gian soi, sự chú ý tới các đặc điểm thay đổi niêm mạc dạ dày đã

được chỉ ra cụ thể trong Hệ thống phân loại Sydney. Sự phù hợp giữa các đặc điểm đại thể và giải phẫu bệnh lý thấp hơn nhiều khi đánh giá mức độ viêm dạ dày mạn. Điều này xảy ra có lẽ là do không có các tiêu chuẩn rõ ràng để đánh giá mức độ viêm trên đại thể (ngay cả Hệ thống Sydney). Vì vậy rất khó đánh giá chính xác mức độ nặng của viêm dạ dày mạn trên nội soi và việc chẩn đoán này mang nhiều tính chủ quan, phụ thuộc vào bác sỹ nội soi.

Viêm dạ dày mạn có nhiễm hay không nhiễm *H. pylori* có tương quan với mức độ hoạt động và mức độ nặng của quá trình viêm thể hiện bằng kết quả giải phẫu bệnh lý thể hiện ở chỗ phần lớn bệnh nhân có viêm dạ dày *H. pylori*-dương tính đều ở giai đoạn hoạt động mức độ vừa và nặng và *H. pylori* thường hay gặp ở các mẫu sinh thiết có di sản ruột hoặc teo niêm mạc với tỷ lệ tương ứng là 63,1% và 63,2% (Bảng 2). Tuy vậy, rất tiếc sự khác biệt này không thể quan sát trên đại thể. Hơn nữa cũng không thể loại bỏ yếu tố nhiễu khi các nhà giải phẫu học sau khi quan sát thấy *H. pylori* thì có thể phân loại mức độ viêm dạ dày khác đi.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng đặc điểm thay đổi niêm mạc dạ dày qua nội soi hay gặp của viêm dạ dày mạn có *H. pylori*-dương tính là viêm dạ dày lan toả với các nốt sần đỏ (mức độ vừa và nặng) nhưng những đặc điểm này cũng gặp phổ biến ở nhóm viêm dạ dày mạn có *H. pylori*-âm tính Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Chỉ có dấu hiệu viêm đỏ thành vệt dài gặp nhiều hơn ở nhóm viêm dạ dày mạn có *H. pylori*-dương tính với $p = 0,001$ tuy nhiên dấu hiệu này chỉ gặp ở 11,9% trong tất cả các trường hợp và cũng gặp ở nhóm viêm dạ dày mạn có *H. pylori*-âm tính. Vì vậy, dấu hiệu này có giá trị tiên lượng nhưng không có giá trị đặc hiệu để chẩn đoán nhiễm *H. pylori*. Như vậy, khác với các chẩn đoán nội soi khác, nhiễm vi khuẩn dấu hiệu này có giá trị tiên lượng nhưng không có giá trị đặc hiệu để chẩn đoán nhiễm *H. pylori* không có các hình ảnh nội soi đặc trưng.

Sử dụng phương pháp nội soi để chẩn đoán có nhiễm hay không *H. pylori* là không thể thực hiện được chính xác. Độ đặc hiệu của phương pháp này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với một nghiên cứu khác (Labenz và cs). Trên thực tế lâm sàng, điều khó nhất của các nhà nội soi là phân biệt niêm mạc dạ dày bình thường hay không bình thường. Cũng tồn tại một nhu cầu định nghĩa lại thể nào là niêm mạc dạ dày "bình thường" cả về nội soi và giải phẫu bệnh lý và ý nghĩa thực tiễn của vấn đề chẩn đoán này như thế nào trên thực hành lâm sàng. Để khắc phục nhược điểm này, phương pháp nội soi phóng đại nhuộm màu có thể là sự lựa chọn tốt hơn như một số nghiên cứu trong nước và ngoài nước [6;7]

KẾT LUẬN:

Hệ thống phân loại mới "The Sydney System" đem lại sự phù hợp cao hơn giữa đại thể và vi thể trong chẩn đoán viêm dạ dày và làm giảm sự không thống nhất giữa các bác sỹ trong chẩn đoán nội soi. Không có các dấu hiệu đặc trưng để dự đoán sự nhiễm *H. pylori* mặc dù các bác sỹ thống nhất cao về sự mô tả các biến đổi niêm mạc dạ dày. Dự đoán sự nhiễm *H. pylori* bằng đại thể là không chính xác và vì thế cần thiết phải sinh thiết niêm mạc dạ dày để chẩn đoán *H. pylori* khi tiến hành nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1, Cronstedt J, Simpson IW. Correlation between gastroscopic and direct vision biopsy findings, *Gastrointestinal Endoscopy* 1973; 19: 174-175.
- 2, Elta G, Appelman HD, Behler EM, Wilson JA, Nostrant TJ. A study of the correlation between endoscopic and histological diagnoses in gastroduodenitis, *American Journal of Gastroenterology* 1987; 82(8): 749-753.
- 3, Labenz J, Gyenes E, Ruhl GH, Wiczorek M, Hluchy J, Borsch G. *Helicobacter pylori* gastritis a macroscopic diagnosis, *Dtsch Med Wochenschr* 1993; 118(6): 176-180.
- 4, Mitchell H, Bohane TD, Tobias V, Bullpitt P, Daskalopoulos G, Carrick J, Mitchell JD, Lee A. *Helicobacter pylori* infection in children: potential clues to pathogenesis, *Journal of Pediatrics Gastroenterology Nutrition* 1993; 16(2): 120-125.
- 5, Nguyễn Thị Hòa Bình (2001), "Nghiên cứu chẩn đoán bệnh viêm dạ dày mạn bằng nội soi, mô bệnh học và tỷ lệ nhiễm H.P", *Luận án Tiến sỹ Y học*, Đại học Y khoa Hà Nội.
- 6, Jian- Min Yang, Lei Chen, Yu-Lin Fan, Xiang- Hong Li, Xin Yu, dian - Chun Fang: "To explore the correlation of magnifying endoscopic patterns and histopathology, *Helicobacter pylori* (H.P) infection of the gastric mucosa". *World Journal of Gastroenterology November 2003*, 9(11): 2552-2556.
- 7, Kumagai Y, Inoue H, Nagai K, Kawano T, Iwai T (2002), "Magnifying endoscopy, stereoscopic microscopy, and the microvascular architecture of superficial esophageal carcinoma". *Endoscopy* 34: 369-375.
- 8, Toukan A, Kamal MF, Amr SS, Arnaout MA, Abu-Romiyeh AS. Gastroduodenal inflammation in patients with non-ulcer dyspepsia, A controlled endoscopic and morphometric study, *Digestive Diseases and Sciences* 1985; 30(4): 313-320.
- 9, Sauerbruch T, Schreiber MA, Schussler P, Permanetter W. Diagnostic value of endoscopic criteria in relation to histological diagnosis, *Endoscopy* 1984; 16: 101-104.