

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MÔ BỆNH HỌC CỦA VIÊM DẠ DÀY MẠN THEO HỆ THỐNG SYDNEY CẬP NHẬT VÀ GIAI ĐOẠN VIÊM DẠ DÀY THEO HỆ THỐNG OLGA

NGUYỄN THỊ KIM LOAN - *Bệnh viện 103*
NGUYỄN VĂN THỊNH - *Bệnh viện Bưu Điện*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 89 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính được điều trị tại bệnh viện Bưu Điện từ 4/2012 đến 3/2013. Bệnh nhân nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: 53 bệnh nhân có HP(+) và 36 bệnh nhân có HP(-). Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tuổi trung bình là 45,47 ± 10,85; hay gặp nhất ở lứa tuổi 30-59 (82,03%). Triệu chứng thường gặp: đau thượng vị (93,26%), đầy bụng (65,17%), ợ hơi - ợ chua (58,43%).

Tỷ lệ VMT ở hàng vị là 100%, ở thân vị là 80,9%. Tỷ lệ dị sản ruột ở hàng vị là 30,19%; không thấy DSR ở thân vị; Tỷ lệ loạn sản ở hàng vị + góc bờ cong nhỏ là 28,3%. Không thấy LS ở thân vị.

Tất cả các BN đều trong giai đoạn VDD thấp từ I đến II. Giai đoạn I, II, III chiếm 39,32%; 56,18% và 4,49%. Sự khác biệt về giai đoạn giữa hai nhóm có HP(+) và HP(-) không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn (VDDM) là bệnh phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Số liệu thống kê từ nhiều nghiên cứu đã cho thấy có tới 50% số người Mỹ ở tuổi trên 50 và khoảng 50% dân số Pháp bị VDDM. Tại Việt Nam, tuy chưa có thống kê chung trên phạm vi toàn quốc, nhưng kết quả từ nhiều nghiên cứu cũng cho thấy đây là một bệnh gặp phổ biến. Qua soi dạ dày tá tràng (DDTT) cho 1.000 trường hợp tại Bệnh viện Bạch Mai và 2.402 trường hợp tại Viện Quân y 108, là hai bệnh viện lớn trên miền Bắc, cho thấy tỷ lệ VDDM tương ứng là 48,54% và 36,26%.

Nhờ nội soi có thể quan sát được rõ ràng các tổn thương ở từng vùng của dạ dày, sinh thiết, xét nghiệm mô bệnh học (MBH), nhờ đó biết được chính xác những tổn thương vi thể ở niêm mạc dạ dày (NMDD), trong đó có nhiều biến đổi quan trọng có nguy cơ cao

tiến triển thành ung thư dạ dày (UTDD) như viêm teo (VT), dị sản ruột (DSR) và loạn sản (LS), nhiều tác giả coi đó là những tổn thương tiền ung thư. Gần đây, việc áp dụng kỹ thuật nhuộm hoá mô miễn dịch (HMMD) trong VDDM đã giúp xác định chính xác tác nhân nhiễm khuẩn và các loại tế bào tham gia vào phản ứng viêm của cơ thể... Việc phát hiện ra vi khuẩn *Helicobacter pylori* (HP) đã làm thay đổi hẳn sự hiểu biết về nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của bệnh viêm dạ dày (VDD), loét DDTT và UTDD. Hiện nay, người ta đã thống nhất ý kiến cho rằng HP là nguyên nhân chủ yếu của VDDM, là tác nhân chính gây loét DDTT và là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây UTDD.

Bên cạnh đó, việc áp dụng phân loại VDD theo Hệ thống Sydney cập nhật, và mới đây, theo phân loại OLGA đã giúp đánh giá chính xác và toàn diện hơn về bệnh, góp phần dự báo, tiên lượng và quản lý bệnh nhân (BN) tốt hơn.

Đề tài nghiên cứu nhằm mục đích: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học của viêm dạ dày mạn theo Hệ thống Sydney cập nhật và giai đoạn viêm dạ dày theo Hệ thống OLGA.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 89 bệnh nhân có bệnh VDDM tại Bệnh viện Bưu điện từ 4/2012 đến 3/2013, tuổi từ 19 đến 71, đã được khám lâm sàng và trả lời các câu hỏi theo phiếu điều tra, làm nội soi chẩn đoán VDD theo Hệ thống Sydney, kiểm tra test urease, sinh thiết TV, HV, GBCN để làm xét nghiệm MBH có chẩn đoán VDDM, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

Lâm sàng: BN được khám, hỏi bệnh theo phiếu điều tra chung, được theo dõi các triệu chứng: đau bụng vùng thượng vị, đầy bụng, ợ hơi, ợ chua.

* Phương pháp nội soi và sinh thiết

- Phương pháp nội soi

* Phương tiện: Nội soi được thực hiện trên hệ thống máy nội soi OLYMPUS (Nhật Bản) tại Bệnh viện Bưu Điện.

* Hình ảnh nội soi:

- Mô tả theo hệ thống Sydney, dựa trên những tổn thương chiếm ưu thế ở từng vùng để chẩn đoán VDD ở HV, TV hay toàn bộ dạ dày.

- Dự sản ruột:

Có thể xác định dự sản bởi sự hiện diện của các tế bào cốc, tế bào hấp thu và tế bào giống như ở đại tràng, hoặc các men hay chất nhầy có trong mô dự sản.

Căn cứ vào số lượng và phân bố của các tế bào trên chia làm 4 mức độ: *Bình thường, DSR mức độ nhẹ, DSR mức độ vừa, DSR mức độ nặng.*

- Đánh giá loạn sản

Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 1980, LS biểu mô dạ dày chia thành ba mức độ: LS nhẹ, LS vừa, LS nặng

*** Phân độ giai đoạn VDD theo Hệ thống OLGA**

Phối hợp giữa mức độ VT ở hai vùng HV, TV tạo thành 5 giai đoạn VDD theo Hệ thống OLGA.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Tuổi bệnh nhân nghiên cứu

| Độ tuổi | Nhóm HP (+) (n=53) | | Nhóm HP (-) (n=36) | | Tổng (n=89) | P |
|-----------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|----------------|--------|
| | n | % | n | % | | |
| < 20 | 0 | 0 | 1 | 2,78 | 1(1,12) | > 0,05 |
| 20- 29 | 2 | 3,77 | 1 | 2,78 | 3(3,37) | > 0,05 |
| 30- 39 | 15 | 28,30 | 5 | 13,89 | 20(22,47) | > 0,05 |
| 40- 49 | 19 | 35,85 | 15 | 41,67 | 34(38,20) | > 0,05 |
| 50- 59 | 11 | 20,76 | 8 | 22,22 | 19(21,35) | > 0,05 |
| 60- 69 | 4 | 7,55 | 4 | 11,11 | 8(8,99) | > 0,05 |
| ≥ 70 | 2 | 3,77 | 2 | 5,55 | 4(4,49) | > 0,05 |
| Tuổi trung bình | 44,60 ± 10,57 | | 46,75 ± 11,29 | | 45,47±10,85 | > 0,05 |

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,47 ± 10,85, không có sự khác biệt giữa nhóm có HP (+) và nhóm có HP(-)

- Tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất gặp ở nhóm từ 30- 59 tuổi, với 82,03% tổng số bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong VDDM.

| Triệu chứng lâm sàng | VDDM có HP (+) (n=53) | | VDDM có HP (-) (n=36) | | P |
|----------------------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Đau thượng vị | 47 | 88,68 | 36 | 100 | >0,05 |
| Ợ hơi, ợ chua | 29 | 54,72 | 23 | 63,89 | >0,05 |
| Nóng rát thượng vị | 36 | 67,92 | 24 | 66,67 | >0,05 |
| Đầy bụng chầm tiêu | 30 | 56,60 | 28 | 77,78 | >0,05 |
| Buồn nôn, nôn | 19 | 35,85 | 20 | 55,56 | >0,05 |

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp là: đau thượng vị 93,26%; đầy bụng 65,17%; ợ hơi và ợ chua

58,43% và không có sự khác biệt rõ rệt giữa 2 nhóm HP (+) và HP(-) (p > 0,05).

Bảng 3: Tình trạng viêm mạn tính

| Vị trí | Mức độ viêm mạn tính | Nhóm HP(+) (n=53) | | Nhóm HP(-) (n=36) | | P |
|-----------------|----------------------|----------------------|-------|----------------------|-------|---------|
| | | n | % | n | % | |
| Thân vị | Nhẹ | 31 | 58,49 | 17 | 47,22 | > 0,05 |
| | Vừa | 17 | 32,08 | 3 | 8,33 | < 0,05 |
| | Nặng | 3 | 5,66 | 1 | 2,78 | > 0,05 |
| | Tổng | 51 | 96,23 | 21 | 58,33 | < 0,001 |
| Góc bờ cong nhỏ | Nhẹ | 3 | 5,66 | 13 | 36,11 | < 0,001 |
| | Vừa | 27 | 50,94 | 21 | 58,33 | > 0,05 |
| | Nặng | 23 | 43,40 | 2 | 5,56 | < 0,001 |
| | Tổng | 53 | 100 | 36 | 100 | > 0,05 |
| Hang vị | Nhẹ | 4 | 7,55 | 21 | 59,33 | < 0,001 |
| | Vừa | 16 | 30,19 | 13 | 36,11 | > 0,05 |
| | Nặng | 33 | 62,26 | 2 | 5,56 | < 0,001 |
| | Tổng | 53 | 100 | 36 | 100 | > 0,05 |

Nhận xét: Tỷ lệ viêm mạn tính ở hang vị, góc BCN là 100%, ở thân vị là 80,9%.

- Tỷ lệ viêm dạ dày toàn bộ là 80,9%.

- Tại thân vị, nhóm có HP (+) có tỷ lệ viêm mạn tính cao hơn nhóm HP(-) (96,23% so với 58,33%) (p< 0,05). Ở hang vị và góc BCN thì tỷ lệ này đều là 100%.

- Nhóm HP (+), mức độ viêm mạn tính tại thân vị hầu hết là nhẹ. Nhưng ở góc BCN và hang vị thì chủ yếu là mức độ vừa và nặng.

- Nhóm H.pylori (-), các vùng của dạ dày chủ yếu là viêm nhẹ và vừa. Tỷ lệ viêm nặng thấp.

Bảng 4: Tình trạng dự sản ruột

| Vị trí | Dự sản ruột | | | | P |
|----------|----------------------|-------|----------------------|-------|--------|
| | Nhóm HP(+) (n=53) | | Nhóm HP(-) (n=36) | | |
| | n | % | n | % | |
| GBCN | 19 | 35,85 | 9 | 25,00 | > 0,05 |
| Hang vị | 16 | 30,19 | 8 | 22,22 | > 0,05 |
| HV+ GBCN | 23 | 43,40 | 9 | 25,00 | > 0,05 |

Nhận xét: DSR ở nhóm HP (+) cao hơn ở nhóm HP (-). Giữa nhiễm HP và DSR có mối quan hệ chặt chẽ với nhau: tỷ lệ DSR ở bệnh nhân HP (+) cao hơn rõ rệt so với ở bệnh nhân HP (-) (43,4% so với 25%)

Bảng 5: Tình trạng loạn sản khi xét nghiệm mô bệnh học

| Vị trí | Loạn sản | | | | P |
|----------|----------------------|-------|----------------------|-------|--------|
| | Nhóm HP(+) (n=53) | | Nhóm HP(-) (n=36) | | |
| | n | % | n | % | |
| GBCN | 7 | 13,21 | 3 | 8,33 | > 0,05 |
| Hang vị | 6 | 11,32 | 4 | 11,11 | > 0,05 |
| HV+ GBCN | 9 | 16,98 | 5 | 13,89 | > 0,05 |

Nhận xét: Tỷ lệ loạn sản ở 2 nhóm là tương đương nhau (p> 0,05).

Bảng 6: Tổn thương VDDM theo phân loại OLGA

| Giai đoạn VDDM theo phân loại OLGA | Nhóm HP (+) (n=53) | | Nhóm HP (-) (n=36) | |
|------------------------------------|--------------------|-------|--------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| 1 | 20 | 37,74 | 15 | 41,67 |
| 2 | 29 | 54,72 | 21 | 57,33 |
| 3 | 4 | 7,54 | 0 | 0 |
| p | 0,24 | | | |

| | |
|----------|------|
| χ^2 | 2,85 |
|----------|------|

Nhận xét:

- VDD giai đoạn I, II ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

- VDD giai đoạn III chiếm tỷ lệ rất thấp và chỉ gặp ở nhóm HP (+).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 89 trường hợp VDDM, gồm 53 BN có HP(+) và 36 HP(-), chúng tôi có một số kết luận sau:

* *Lâm sàng*: Tuổi trung bình của BN là 45,47 ± 10,85; hay gặp nhất ở lứa tuổi 30-59 (82,03%). Triệu chứng thường gặp: đau thượng vị (93,26%), đầy bụng (65,17%), ợ hơi - ợ chua (58,43%).

* *Mô bệnh học*:

- Tỷ lệ VMT ở hang vị là 100%, ở thân vị là 80,9%.

- Tỷ lệ DSR ở hang vị là 30,19%; nếu tính gộp cả với góc bờ cong nhỏ thì tỷ lệ này tăng lên 58,42%; không thấy DSR ở thân vị.

- Tỷ lệ LS ở hang vị + góc bờ cong nhỏ là 28,3%.

Không thấy liên quan rõ rệt giữa nhiễm HP và LS ($p > 0,05$). Không thấy LS ở thân vị.

* *Phân loại giai đoạn VDD theo Hệ thống OLGA*:

Tất cả các BN đều trong giai đoạn VDD thấp từ I đến II. Giai đoạn I, II, III chiếm 39,32%; 56,18% và

4,49%. Sự khác biệt về giai đoạn giữa hai nhóm có HP(+) và HP(-) không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hòa Bình (2001), *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 sỹ Y học, Hà nội, tr. 49-80.

2. Nguyễn Quang Chung, Tạ Long, Trịnh Tuấn Dũng (2009), "Nghiên cứu phân giai đoạn viêm dạ dày theo Hệ thống OLGA", *Tạp chí Khoa học Tiềm hóa Việt Nam*, 4, 17, tr. 1126-32.

3. Mai Minh Huệ, Nguyễn Khánh Trạch, Trần Văn Hợp (2000), "Nghiên cứu tình trạng dị sản ruột, loạn sản và dị sản dạ dày ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính", *Công trình nghiên cứu khoa học 1999-2000, Bộ Y tế, Bệnh viện Bạch Mai*, tr. 158-62.

4. Ali M., Khan A. A., Tiwari S. K. et al. (2005), "Association between *cag*-pathogenicity island in *Helicobacter pylori* isolates from peptic ulcer, gastric carcinoma and non-ulcer dyspepsia subjects with histological changes", *World J. Gastroenterol.*, 11, pp. 6815-22.

5. Chen Y., Blaser M.J. (2007), "Inverse associations of *Helicobacter pylori* with asthma and allergy", *Arch. Intern. Med.*, 167, pp. 821-7.