

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIÊM TEO NIÊM MẠC DẠ DÀY TRÊN NỘI SOI THEO PHÂN LOẠI KIMURA - TAKEMOTO TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

Nguyễn Thị Duyên¹, Lê Hữu Như^{1*}
Đỗ Văn Bình¹, Nguyễn Trường Giang²

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm và yếu tố liên quan của viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 130 bệnh nhân viêm teo niêm mạc dạ dày, khám, điều trị từ tháng 9 đến tháng 12/2023 tại Khoa Tiêu hóa - Bệnh máu, Bệnh viện Quân y 354. Phân loại viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo Kimura - Takemoto.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $61,83 \pm 12,67$ tuổi, trong đó, chủ yếu bệnh nhân trên 40 tuổi (95,4%). Tỷ lệ viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi mức độ nhẹ: 85,4%, mức độ vừa và nặng: 14,6%. Có mối liên quan giữa viêm teo niêm mạc dạ dày mức độ nhẹ, mức độ vừa và nặng trên nội soi với độ tuổi và với tình trạng nhiễm *H. pylori* ($p < 0,05$).

Kết luận: Phân loại Kimura - Takemoto giúp đánh giá chính xác tình trạng viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi, qua đó, giúp định hướng điều trị và tiên lượng trên bệnh nhân.

Từ khóa: Viêm teo niêm mạc dạ dày, phân loại Kimura-Takemoto, vi khuẩn *H. pylori*.

ABSTRACT

Objectives: To investigate some clinical characteristics and related factors of atrophic gastritis based on endoscopic findings.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 130 patients diagnosed with atrophic gastritis who were examined and treated at the Department of Gastroenterology-Hematology, Military Hospital 354, from September to December 2023. The severity of atrophic gastritis was classified according to the Kimura-Takemoto endoscopic system.

Results: The mean age of the patients was 61.83 ± 12.67 years, with most being over 40 years old (95.4%). Mild atrophic gastritis was observed in 85.4% of patients, while moderate to severe forms accounted for 14.6%. The severity of atrophic gastritis correlated significantly with age and *Helicobacter pylori* infection status ($p < 0.05$).

Conclusions: The Kimura-Takemoto classification provides an accurate and practical method for assessing the severity of atrophic gastritis on endoscopy, thereby aiding in treatment planning and prognosis.

Keywords: Atrophic gastritis, Kimura-Takemoto classification, *Helicobacter pylori*.

Chịu trách nhiệm nội dung: Lê Hữu Như, Email: lehuunhuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2025; mời phản biện khoa học: 8/2025; chấp nhận đăng: 26/11/2025.

¹Bệnh viện Quân y 354.

²Cục Quân y.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày teo mạn tính là giai đoạn cuối của quá trình viêm. Đặc điểm chính của quá trình này là sự giảm các tuyến dạ dày, thay thế bằng mô xơ hoặc biểu mô dị sản [1]. Teo dạ dày được coi là tình trạng tiền ung thư, chủ yếu do nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Tình trạng này có thể

tiến triển qua nhiều giai đoạn tiền ung thư và dẫn đến ung thư dạ dày [1], [2]. Khoảng 10% bệnh nhân (BN) nhiễm *H. pylori* trên nền viêm teo niêm mạc dạ dày (NMDD) nặng có nguy cơ phát triển thành ung thư dạ dày sau từ 7 đến 8 năm [3].

Chẩn đoán viêm teo NMDD chính xác nhất dựa vào kết quả mô bệnh học. Nhiều nghiên cứu trên

thế giới đã tập trung tìm kiếm các đặc điểm nội soi có mối tương quan với mức độ viêm teo NMDD trên mô bệnh học. Năm 1969, Kimura - Takemoto đề xuất hệ thống đánh giá mức độ teo NMDD qua nội soi [2]. Hàng chục năm gần đây, giá trị lâm sàng của hệ thống này ngày càng được khẳng định, với nhiều nghiên cứu cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa hình ảnh teo niêm mạc trên nội soi (đánh giá theo phân loại Kimura) và mức độ viêm teo NMDD theo hệ thống Sydney cải tiến, cũng như trong đánh giá nguy cơ ung thư dạ dày sau 5-10 năm [4].

Cho đến nay, tại Bệnh viện Quân y 354, chưa có nghiên cứu nào về viêm teo NMDD đánh giá qua nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto và tìm hiểu các yếu tố liên quan, góp phần khẳng định thêm khả năng áp dụng phân loại Kimura - Takemoto trên thực hành y học trong nước và đưa ra những tư vấn, theo dõi cho BN. Chúng tôi triển khai đề tài nhằm khảo sát một số đặc điểm và yếu tố liên quan của viêm teo NMDD trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

130 BN ≥ 18 tuổi, có hình ảnh viêm teo NMDD mạn tính trên nội soi. BN khám và điều trị tại Khoa Tiêu hóa - Bệnh máu, Bệnh viện Quân y 354, từ ngày 05/9/2023 đến 05/12/2023.

Loại trừ BN loét dạ dày, tá tràng; BN hẹp môn vị; BN ung thư dạ dày hoặc tiền sử cắt dạ dày, sử dụng kháng sinh diệt vi khuẩn *H. pylori* trong vòng 4 tuần trước nội soi, BN có chống chỉ định với nội soi thực quản dạ dày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: tính cỡ mẫu theo công thức chuẩn cho 1 tỉ lệ:

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

Trong đó, hệ số Z (95%CI) = 1,96; d là sai số cho phép; p là tỉ lệ viêm teo ước lượng (theo nghiên cứu của Quách Trọng Đức, tỉ lệ viêm teo NMDD qua nội soi mức độ trung bình và nặng là 15,8% [7]). Thay các chỉ số vào công thức, tính ra n tối thiểu = 105. Thực tế, chúng tôi thu thập số mẫu nghiên cứu n = 130 BN.

- Phương pháp chọn mẫu: toàn bộ BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Các bước tiến hành:

+ BN vào viện được thăm khám và hỏi bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

+ Nội soi dạ dày: có viêm teo NMDD. Phân loại viêm teo NMDD theo Kimura-Takemoto, được thực hiện bởi hai bác sĩ nội soi cùng quan sát và thống nhất kết quả.

+ Test vi khuẩn *H. pylori* bằng Clo test trên 2 mảnh sinh thiết dạ dày (1 mảnh lấy ở hang vị, cách trước môn vị khoảng 2-3 cm và 1 mảnh lấy ở thân vị).

- Phân loại viêm teo NMDD theo phạm vi lan rộng:

+ Nhóm C (đường ranh giới viêm teo nằm ở bờ cong nhỏ, lan hẹp, tổn thương “khép kín” trong phạm vi bờ cong nhỏ), gồm C-1: viêm teo chỉ ở vùng hang vị; C-2: viêm teo lan lên bờ cong nhỏ phần dưới thân vị, nhưng chưa vượt quá ranh giới giữa thân và hang vị; C-3: viêm teo lan lên tới bờ cong nhỏ phần trên thân vị (vùng gần khuyết góc và phía trên).

+ Nhóm O (đường ranh giới teo đã “mở” sang phía bờ cong lớn), gồm O-1: viêm teo vượt qua bờ cong nhỏ, lan sang một phần bờ cong lớn vùng thân vị dưới; O-2: viêm teo lan rộng sang bờ cong lớn phần giữa thân vị; O-3: viêm teo lan toàn bộ thân vị và có thể tới tận phình vị (fundus).

- Đánh giá mức độ viêm teo NMDD dựa theo phân loại Kimura-Takemoto:

+ Nhẹ: C-1, C-2 (viêm teo khu trú ở hang vị hoặc lan hạn chế bờ cong nhỏ).

+ Vừa: C-3, O-1 (viêm teo lan rộng hơn, bắt đầu vượt sang bờ cong lớn).

+ Nặng: O-2, O-3 (viêm teo lan rộng toàn bộ thân vị, có thể tới phình vị).

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi, giới tính, mức độ viêm teo NMDD trên nội soi, tình trạng nhiễm khuẩn *H. pylori*.

+ Mối liên quan của tình trạng viêm teo NMDD với một số đặc điểm của BN.

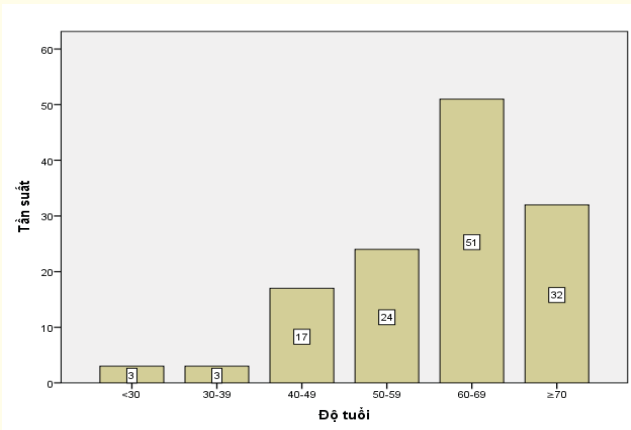
- Đạo đức: nghiên cứu thông qua Hội đồng Khoa học Bệnh viện Quân y 354. Tất cả BN đều được tư vấn về mục đích, ý nghĩa và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân và số liệu của điều tra đều bảo đảm giữ bí mật. Nội dung nghiên cứu phù hợp, không gây ảnh hưởng tới người bệnh.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu

- Phân bố BN theo tuổi:



Biểu đồ phân bố BN theo độ tuổi.

124/130 BN (95,4%) trên 40 tuổi, trong đó chủ yếu BN từ 60-69 tuổi (51 BN, chiếm 39,2%).

- Phân bố BN theo giới tính: 65 BN (50,0%) là nam giới và 65 BN (50,0%) là nữ giới. Tỷ lệ BN nam tương đương BN nữ.

Bảng 1. Tình trạng nhiễm vi khuẩn *H. pylori*

Tình trạng nhiễm vi khuẩn <i>H. pylori</i>	Số BN (n = 130)	Tỉ lệ (%)
Dương tính	105	80,8
Âm tính	25	19,2
Tổng	130	100

Phần lớn BN viêm teo NMDD dương tính với vi khuẩn *H. pylori* (80,8%).

3.2. Đánh giá mức độ viêm teo NMDD trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto và một số yếu tố liên quan với mức độ lan rộng của viêm teo NMDD

Bảng 2. Đánh giá mức độ viêm teo NMDD trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto

Mức độ teo NMDD trên nội soi	Số BN (n = 130)	Tỉ lệ (%)
Nhẹ	C - 1	47
	C - 2	64
	Tổng	111
Vừa	C - 3	14
	O - 1	3
	Tổng	17
Nặng	O - 2	1
	O - 3	1
	Tổng	2

Trên nội soi thấy hay gặp nhất là BN viêm teo NMDD mức độ nhẹ (85,4%), tiếp đến là mức độ vừa (13,1%), ít gặp nhất là viêm teo NMDD mức độ nặng (1,5%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa mức độ viêm teo NMDD trên nội soi với tuổi

Mức độ viêm teo	Số BN (n = 130)	Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	p*
Nhẹ	111	60,04 ± 12,23	< 0,001
Vừa - nặng	19	72,32 ± 10,04	
*: Student T test			

Tuổi trung bình của nhóm BN có viêm teo NMDD mức độ nhẹ (60,04 $\pm$ 12,23 tuổi) thấp hơn so với nhóm BN có viêm teo NMDD mức độ vừa - nặng (72,32 $\pm$ 10,04 tuổi), khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,001.

Bảng 4. Mối liên quan giữa mức độ viêm teo NMDD trên nội soi với giới tính

Giới tính	Mức độ viêm teo (SL, %)		p**
	Nhẹ	Vừa - Nặng	
Nam (n = 65)	58 (89,2)	7 (10,8)	0,321
Nữ (n = 65)	53 (81,5)	12 (18,5)	
SL: số lượng; ** Test Chi bình phương			

Không có mối liên quan giữa mức độ viêm teo NMDD mức độ nhẹ và mức độ vừa - nặng với giới tính (p = 0,321).

Bảng 5. Mối liên quan mức độ viêm teo NMDD với tình trạng nhiễm *H. pylori*

Nhiễm <i>H. pylori</i>	Mức độ viêm teo (SL, %)		p**
	Vừa - Nặng	Nhẹ	
Dương tính (n = 105)	94 (84,7%)	11 (57,9%)	0,011
Âm tính (n = 25)	17 (15,3%)	8 (42,1%)	
** <i>Test Chi bình phương</i>			

Tỉ lệ nhiễm *H. pylori* ở nhóm BN có viêm teo NMDD mức độ vừa - nặng cao hơn ở nhóm BN có viêm teo NMDD mức độ nhẹ, khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p = 0,011.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi trung bình của BN là 61,83 $\pm$ 12,67 tuổi, đa số BN từ 40-69 tuổi, trong đó có 51/130 BN từ 60-69 tuổi (chiếm 39,2%). Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu

trong nước trên BN viêm dạ dày mạn, như nghiên cứu của Phạm Văn Hùng năm 2022 (tuổi trung bình của BN là $56,97 \pm 1,75$ tuổi) [5]; Quách Trọng Đức năm 2013 (tuổi trung bình của BN là $46,1 \pm 10,5$ tuổi) [6]; Phan Trung Nam (tuổi trung bình của BN là $55,6 \pm 13,13$ tuổi) [7]. Sự khác biệt này có thể do đa số BN đến khám, điều trị tại Bệnh viện Quân y 354 là đối tượng hưu trí, nên tuổi trung bình cao hơn các nghiên cứu khác.

Về giới tính, thấy tỉ lệ BN nam/nữ = 1/1; tương tự như kết quả trong các nghiên cứu khác.

Khảo sát tỉ lệ nhiễm vi khuẩn *H. pylori* trên BN có viêm teo NMDD, chúng tôi thấy phần lớn BN viêm teo NMDD dương tính với vi khuẩn *H. pylori* (80,8%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Yin Y khi phân tích gộp 14 nghiên cứu (thấy tỉ lệ mắc viêm teo NMDD mạn tính khoảng 25% trong quần thể nghiên cứu; nguy cơ mắc viêm teo ở BN dương tính với *H. pylori* cao hơn khoảng 2,4 lần so với BN âm tính với *H. pylori* [8]).

4.2. Đánh giá mức độ viêm teo NMDD trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto và một số yếu tố liên quan với mức độ lan rộng của viêm teo NMDD

- Kết quả khảo sát tỉ lệ viêm teo NMDD trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto (bảng 1) thấy đa số BN viêm teo NMDD mức độ nhẹ (85,4%), tiếp đến là mức độ vừa (13,1%) và nặng (1,5%). Kết quả này khác so với nghiên cứu của Phan Trung Nam năm 2023 (tỉ lệ viêm teo NMDD theo phân loại Kimura-Takemoto giai đoạn C-1: 37,5%; C-2: 40,3%; C-3: 9,7%; O-1: 11,1%; O-3: 1,4%) [7]; Kotelevets M năm 2021 (tỉ lệ viêm teo NMDD mức độ nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 25%, 36% và 42%) [4]. Sự khác biệt trên có thể do phương tiện nghiên cứu chúng tôi sử dụng là máy nội soi Olympus CV 170, có độ phân giải thấp hơn so với phương tiện nghiên cứu của các tác giả trên, nên khả năng bỏ sót những trường hợp BN viêm teo nặng.

- Mối liên quan giữa mức độ viêm teo NMDD với các đặc điểm của BN nghiên cứu:

Nhóm BN có viêm teo NMDD mức độ vừa và nặng có tuổi trung bình ($72,32 \pm 10,04$ tuổi) cao hơn so với nhóm BN có viêm teo NMDD mức độ nhẹ ($60,04 \pm 12,23$ tuổi), khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$. Theo Zhu F, viêm teo NMDD thường tiến triển theo thời gian. Nhiều nghiên cứu hệ thống và tổng quan cũng cho thấy tuổi cao có liên quan đến tỉ lệ và mức độ teo cao hơn (người từ 40-60 tuổi có nguy cơ teo nặng hơn) [9].

Nghiên cứu còn cho thấy có mối liên quan giữa mức độ viêm teo NMDD với tình trạng nhiễm *H. pylori*. Theo Ma Z, nhiễm *H. pylori* kéo dài sẽ kích hoạt phản ứng viêm mạn, stress oxy hóa, thay đổi epigenetic và dẫn tới mất tuyến, dị sản và teo; đồng thời, diệt trừ *H. pylori* làm giảm tiến triển tiền ung thư, nhưng khả năng hồi phục teo đã hình thành là hạn chế [10].

Phân loại viêm teo NMDD trên nội soi theo Kimura-Takemoto đã được chứng minh là có tương quan với mức độ teo niêm mạc trên giải phẫu bệnh theo hệ thống phân loại Sydney cải tiến [11]. Nhiều nghiên cứu gần đây cũng cho thấy, mức độ có viêm teo NMDD có liên quan đến nguy cơ mắc ung thư dạ dày. Một số nhà nghiên cứu đã nhận thấy tầm quan trọng của việc đánh giá mức độ có viêm teo NMDD và đề nghị bổ sung thêm đặc điểm này vào phần nội soi của hệ thống Sydney cải tiến. Tuy nhiên, đến nay kinh nghiệm đánh giá viêm teo NMDD vẫn mới chỉ phổ biến tại Nhật Bản và Hàn Quốc - hai quốc gia có tần suất ung thư dạ dày thuộc hàng cao nhất thế giới và có nhiều kinh nghiệm trong việc đánh giá tổn thương tiền ung thư và ung thư dạ dày sớm dựa trên nội soi.

Hiện nay, tại Việt Nam, nội soi dạ dày đã phổ biến đến các tuyến y tế cấp cơ sở và có mức chi phí không cao. Tuy nhiên, đa số trường hợp ung thư dạ dày phát hiện trong giai đoạn muộn. Do đó, việc đánh giá viêm teo NMDD theo phân loại Kimura-Takemoto rất cần được quan tâm và nghiên cứu thêm ở BN Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu thấy tỉ lệ bệnh nhân viêm dạ dày mạn trong nghiên cứu có 85,4% viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi mức độ nhẹ và 14,6% viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi mức độ vừa và nặng. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $61,83 \pm 12,67$ tuổi, trong đó, hay gặp bệnh nhân trên 40 tuổi (95,4%). Có mối liên quan giữa viêm teo niêm mạc dạ dày mức độ nhẹ, mức độ vừa và nặng với độ tuổi và tình trạng nhiễm *H. pylori*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Livzan M.A, Mozgovoi S.I, Gaus O.V, Shimanskaya A.G, Kononov A.V (2023), "Histopathological Evaluation of Gastric Mucosal Atrophy for Predicting Gastric Cancer Risk: Problems and Solutions", *Diagnostics [Basel]*, 2023;13 [15].
2. Quach D.T, Hiyama T (2019), "Assessment of Endoscopic Gastric Atrophy according to

the Kimura - Takemoto Classification and Its Potential Application in Daily Practice”, *Clinical endoscopy*, 2019; 52 [4]: 321-7.

3. Shirani M, Pakzad R, Haddadi M.H, Akrami S, Asadi A, Kazemian H, et al. (2023), “The global prevalence of gastric cancer in *Helicobacter pylori*-infected individuals: a systematic review and meta-analysis”, *BMC Infect Dis.*, 2023; 23 [1]: 543.
4. Kotelevets S.M, Chekh S.A, Chukov S.Z (2023), “Updated Kimura-Takemoto classification of atrophic gastritis”, *World journal of clinical cases*, 2021; 9 [13]: 3014-23.
5. Phạm Văn Hùng (2022), “Đặc điểm viêm teo niêm mạc dạ dày theo phân loại OLGA và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022; 514 [2]: 25-8.
6. Quách Trọng Đức, Lê Minh Huy, Hiyama Toru (2013), “Relationship between endoscopic and histologic gastric atrophy and intestinal metaplasia”, *Helicobacter*, 2013; 18 [2]: 151-7.
7. Phan Trung Nam, Nguyễn Thị Huyền Thương (2023), “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].
8. Yin Y, Liang H, Wei N, Zheng Z (2022), “Prevalence of chronic atrophic gastritis worldwide from 2010 to 2020: an updated systematic review and meta-analysis”, *Ann Palliat Med.*, 2022; 11 [12]: 3697-703.
9. Zhu F, Zhang X, Li P, Zhu Y (2023), “Effect of *Helicobacter pylori* eradication on gastric precancerous lesions: A systematic review and meta-analysis”, *Helicobacter*, 2023; 28 [6]: e13013.
10. Ma XmZ, Zhou N, Luo X, Guo SmQ, Mai P (2022), “Update understanding on diagnosis and histopathological examination of atrophic gastritis: A review”, *World journal of gastro-intestinal oncology*, 2022; 16 [10]: 4080-91.
11. Na HmK, Choi KmD, Park YmS, Kim HmJ, Ahn JmY, Lee JmH, et al. (2022), “Endoscopic scoring system for gastric atrophy and intestinal metaplasia: correlation with OLGA and OLGIM staging: a single center prospective pilot study in Korea”, *Scandinavian Journal of gastroenterology*, 2022; 57 [9]: 1097-104. □