

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC QUA BỆNH PHẨM SINH THIẾT NỘI SOI DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN TW HUẾ (2015 - 2017)

Đoàn Phước Thi¹, Nguyễn Văn Bằng¹, Phạm Nguyên Cường¹,
Đinh Thị Thương¹, Trần Thị Ngọc Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các tổn thương mô bệnh học của viêm loét dạ dày. Tìm hiểu mối tương quan giữa các tổn thương của dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 1170 bệnh nhân được sinh thiết qua nội soi dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 2015 đến 6/2017. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Kết quả: Tỷ lệ Nam: Nữ: 1,6 / 1. Tuổi mắc bệnh trung bình là $60,01 \pm 14,37$, tuổi cao nhất: 96. Nhóm tuổi hay gặp nhất từ 50 – 69 tuổi (50,5%). Nhóm bệnh hay gặp nhất là viêm- loét mạn tính, chiếm tỷ lệ 57,26%; Ung thư chiếm 35,56%; Polype 7,18%. Trong viêm- loét mạn tính có: 40% nhiễm *Helicobacter Pylori*, 83,58% viêm teo, 35,22% dị sản ruột và 28,36% loạn sản tuyến.

Kết luận: Sinh thiết nội soi dạ dày là rất quan trọng. Nhằm đánh giá các tổn thương và phát hiện sớm ung thư dạ dày để có phương pháp điều trị sớm và hiệu quả.

Từ khóa: tổn thương mô bệnh học, tổn thương của dạ dày

ABSTRACT

RESEARCH HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS THROUGH BIOPSY SPECIMENS GASTROSCOPY IN HUE CENTRAL HOSPITAL (2015 - 2017)

Doan Phuoc Thi¹, Nguyen Van Bang¹, Pham Nguyen Cuong¹,
Dinh Thi Thuong¹, Tran Thi Ngoc Phuong¹

Objective: Identification of histopathological lesions of gastritis, gastric ulcer. Research the correlation between the lesions of the stomach.

Material and Method: 1170 patients underwent endoscopic gastroscopy at the Hue Central Hospital from 2015 to 6/2017. Study description cross sectional, prospective.

Results: Ratio Male: Female: 1.6/1. The average age is disease 60.01 ± 14.37 , the lowest age: 21, maximum: 96. The highest group is 50-69 years old (50.5%). The most common group is chronic ulcerative inflammation, accounting for 57.26%, Cancer accounts for 35.56%, Polyp 7.18%. In chronic ulcerative inflammation have 40% of *Helicobacter Pylori* infections, atrophy at 83.58%, intestinal metaplasia at 35.22%, and dysplasia at 28.36%.

Conclusion: Gastroscopy biopsy is very important. To evaluate lesions and early detection of stomach cancer for early and effective treatment.

Key words: histopathological lesions, lesions of the stomach

1. BVTW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 27/5/2018; Ngày phản biện (Revised): 11/6/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 25/6/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Đoàn Phước Thi
- Email: doanphuocthi@yahoo.com.vn; ĐT: 0983054136

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm loét dạ dày là một bệnh rất thường gặp ở khắp nơi trên thế giới và là vấn đề sức khỏe mang tính toàn cầu. Bệnh có đặc điểm mạn tính thường hay tái phát và gây nhiều biến như xuất huyết tiêu hóa, gây thủng dạ dày, ung thư ...

Cùng với sự phát triển của nội soi sinh thiết và những tiến bộ đạt được trong sự phát triển của Giải phẫu bệnh – tế bào đã cung cấp khả năng đánh giá bệnh lý dạ dày một cách chính xác. Nội soi và Giải phẫu bệnh có mối liên quan chặt chẽ với nhau trong chẩn đoán và phát hiện ung thư sớm.

Bởi vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

- 1) *Xác định tổn thương mô bệnh học của viêm loét dạ dày.*
- 2) *Tìm hiểu sự tương quan giữa các tổn thương đó.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 1170 bệnh nhân được sinh thiết qua nội soi dạ dày tại Bệnh viện Trung

ương Huế từ 2015 đến 2017

-*Tiêu chuẩn chọn bệnh:* Tất cả các bệnh nhân khi nội soi phát hiện các tổn thương viêm- loét mạn tính, polyp, u sùi... được bấm sinh thiết tại Bệnh viện Trung ương Huế.

-*Tiêu chuẩn loại trừ:* Những trường hợp nội soi thấy các tổn thương viêm phù nề, viêm xước ở niêm mạc. Thường không bấm sinh thiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

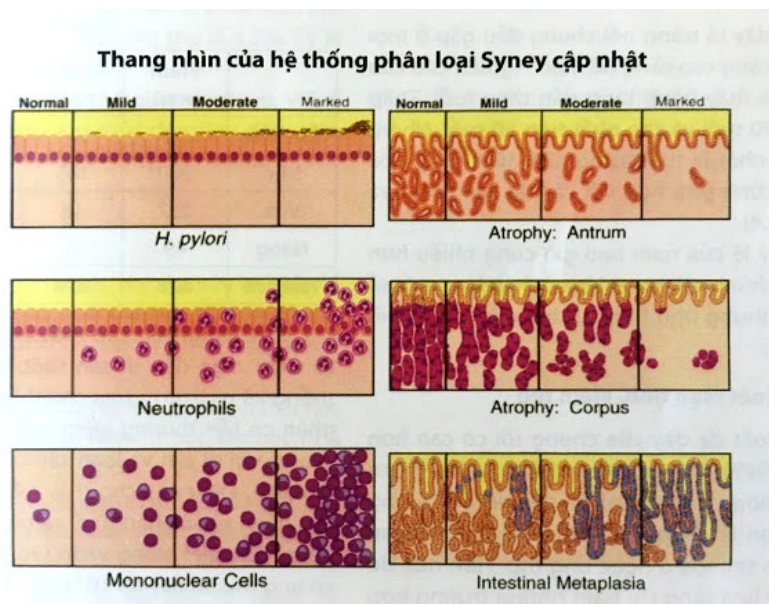
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Ghi nhận các dữ kiện hành chính, Các dạng tổn thương, vị trí và số lượng mẫu bấm sinh thiết (thường từ 03 đến 05 mẫu)

- Các mẫu sinh thiết sau khi cố định Formol 10%, được chuyển đúc và nhuộm bằng 3 phương pháp Hematoxylin – Eosin (H E) thường quy, nhuộm Giemsa và PAS.

- Tiêu chuẩn đánh giá các tổn thương mô bệnh học dựa trên các tiêu chuẩn của hệ thống phân loại Sydney năm 1990 có bổ sung của Hội nghị Quốc tế tại Houston 1994 và phân loại của WHO 2000.

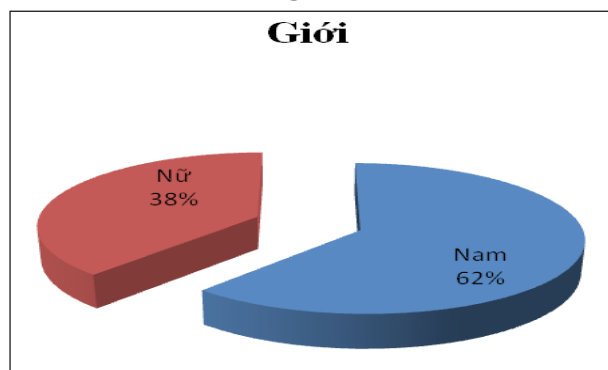


- Chẩn đoán HP dựa trên tiêu bản nhuộm H-E và Giemsa, có độ phóng đại 400 lần được thực hiện theo quy trình kỹ thuật tại khoa Giải phẫu bệnh.

2.2.3. Xử lý số liệu: Bằng chương trình SPSS 20.0 và Microsoft Excel 2003.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ mắc bệnh giữa nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ là 1,6 / 1.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh theo nhóm tuổi

Tuổi	n	%
≤ 30	26	2,22
30- 39	68	5,81
49- 49	168	14,36
50- 59	304	25,98
60- 69	288	24,62
70- 79	196	16,75
≥ 80	120	10,26
Tổng số	1170	100,00
P < 0,001		

- Bệnh nhân mắc bệnh có tuổi trẻ nhất là 21, tuổi lớn nhất là 96. Tuổi mắc bệnh trung bình là $60,01 \pm 14,37$.

- Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là 50 – 69 (50,5%) . Sự khác biệt về phân bố bệnh theo nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2. Hình thái học của viêm loét dạ dày mạn tính

Bảng 3.2. Mức độ hoạt động của viêm- loét dạ dày

Hoạt động của viêm	n	%
Không hoạt động	204	30,45
Hoạt động nhẹ	232	34,63
Hoạt động vừa	132	19,70
Hoạt động mạnh	102	15,22
Tổng số	670	100,00
p < 0,001		

- Tỷ lệ viêm niêm mạc dạ dày thể hoạt động chiếm tỷ lệ 69,55%; Trong đó: hoạt động nhẹ chiếm ưu thế (34,63%), tiếp đến là hoạt động vừa (20%), hoạt động mạnh chiếm tỷ lệ thấp: 15,22%. Thể không hoạt động chiếm 30%.

Bảng 3.3. Mức độ viêm teo

Mức độ teo	n	%
Không teo	110	16,42
Teo nhẹ	378	56,42
Teo vừa	150	22,39
Teo nặng	32	4,78
Tổng số	670	100,00
p < 0,001		

- Mức độ viêm teo chiếm tỷ lệ cao: 83,58%. Trong đó: teo nhẹ chiếm ưu thế (56,42%), tiếp đến là teo vừa (22,39%), teo nặng chiếm tỷ lệ rất thấp: 4,78%.

Bảng 3.4. Mức độ dị sản ruột

Dị sản ruột	n	%
Không có	434	64,78
Dị sản nhẹ	122	18,21
Dị sản vừa	74	11,04
Dị sản nặng	40	5,97
Tổng số	670	100,00

- Qua đánh giá 670 trường hợp viêm loét dạ dày, chúng tôi nhận thấy mức độ Dị sản ruột chiếm tỷ lệ thấp: 35,22%. Trong đó dị sản ruột mức độ nhẹ chiếm 18,21%, mức độ vừa 11,04%, dị sản nặng chiếm tỷ lệ rất thấp 5,97% ($p < 0,001$).

Bảng 3.5. Mức độ loạn sản tuyến

Loạn sản tuyến	n	%
Không có	480	71,64
Loạn sản nhẹ	116	17,31
Loạn sản vừa	68	10,15
Loạn sản nặng	6	0,90
Tổng số	670	100,00

- Về mức độ loạn sản tuyến chiếm tỷ lệ: 28,36%. Trong đó loạn sản nhẹ và vừa chiếm đa số. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

Bảng 3.6. Tỷ lệ nhiễm *Helicobacte Pilory*

Nhiễm HP	n	%
Âm tính	402	60,00
1+	178	26,57
2+	50	7,46
3+	40	5,97
Tổng số	670	100,00

- Tỷ lệ nhiễm HP trong viêm loét mạn tính chiếm 40%; Dương tính 1+ chiếm tỷ lệ cao nhất: 26,57%, tiếp đến 2+ và 3+. ($P < 0,001$)

3.3. Phân loại mô học

Bảng 3.7. Phân loại mô học

Phân loại	n	%
Viêm loét	670	57,26
Ung thư	416	35,56
Polype tăng sản	72	6,15
Polype u tuyến	12	1,03
Tổng số	1170	100,00

- Qua nghiên cứu 1170 trường hợp bệnh lý dạ dày qua nội soi, chúng tôi gặp 416 trường hợp ung thư, chiếm tỷ lệ 35,56%; Polype 84 trường hợp chiếm 7,18%; Còn lại 670 trường hợp viêm loét mạn tính chiếm tỷ lệ 57,09%.

3.4. Mối liên quan giữa mức độ hoạt động và nhiễm HP

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa mức độ hoạt động và nhiễm HP

		Hoạt động				Tổng
		Không	Nhẹ	Vừa	Mạnh	
Âm tính	Tổng	204	86	54	58	402
	%	50,7%	21,4%	13,4%	14,4%	100,0%
HP 1+	Tổng	0	118	36	24	178
	%	0,0%	66,3%	20,2%	13,5%	100,0%
HP 2+	Tổng	0	12	24	8	50
	%	0,0%	36,0%	48,0%	16,0%	100,0%
HP 3+	Tổng	0	10	18	12	40
	%	0,0%	25,0%	45,0%	30,0%	100,0%

- Có sự liên quan giữa mức độ hoạt động trong viêm và tỷ lệ nhiễm HP. Đây là mối tương quan thuận chiều và sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Mức độ hoạt động trong viêm càng mạnh thì tỷ lệ nhiễm HP càng cao và ngược lại.

Bảng 3.8. Phân loại mô học của ung thư

Typ ung thư	n	%
Tuyến ống	366	87,98
Tế bào nhẵn	26	6,25
Tuyến nhầy	6	1,44
Không biệt hóa	4	0,96
U lympho	4	0,96
Tế bào vảy	3	0,72
Tuyến vảy	2	0,48
Ung thư tại chỗ	2	0,48
Carcinoide	1	0,24
GIST	2	0,48
Tổng số	416	100,00
$p < 0,05$		

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 416 trường hợp ung thư. Trong đó, ung thư biểu mô tuyến ống chiếm đa số: 87,98%. Tiếp đến ung thư biểu mô tế bào nhẵn 6,25%. GIST chúng tôi gặp 2 trường hợp, chiếm 0,48%. U lympho 3 trường hợp: 0,96%.

Bảng 3. 10. Mối liên quan giữa mức độ hoạt động và viêm teo

		Hoạt động				Tổng
		Không	Nhẹ	Vừa	Mạnh	
Bình thường	Tổng	52	36	14	8	110
	Tỷ lệ %	47,3%	32,7%	12,7%	7,3%	100,0%
Teo nhẹ	Tổng	110	152	68	52	382
	Tỷ lệ %	28,8%	39,8%	17,8%	13,6%	100,0%
Teo vừa	Tổng	32	40	42	36	150
	Tỷ lệ %	21,3%	26,7%	28,0%	24,0%	100,0%
Teo nặng	Tổng	10	4	8	6	28
	Tỷ lệ %	35,7%	14,3%	28,6%	21,4%	100,0%

- Không có sự liên quan giữa mức độ hoạt động trong viêm và viêm teo (mức độ viêm mạn tính). Có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

- **Về tuổi và giới:** Bệnh lý dạ dày nói chung ở người lớn đều gặp mọi lứa tuổi, tuổi càng cao càng dễ mắc. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tỷ lệ: 3 / 2; Tuổi thấp nhất 21 tuổi, cao nhất 96 tuổi, tuổi trung bình là: $60,01 \pm 14,37$. Nhóm tuổi hay gặp nhất từ 50 đến 69. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trong nước như Nguyễn Quang Chung, Trịnh Tuấn Dũng, Tạ Long, Đặng Trần Tiến [1], [3], [5], [7].

- **Về hình thái học của viêm loét dạ dày:** Qua nghiên cứu 1170 trường hợp bệnh lý dạ dày qua nội soi sinh thiết, chúng tôi gặp 670 trường hợp viêm loét dạ dày mạn tính. Trong đó viêm thể hoạt động chiếm tỷ lệ 69,55%, Đa số hoạt động nhẹ 34,63%, hoạt động vừa 20% và hoạt động mạnh 15,22%. Viêm teo chiếm tỷ lệ 83,58%, teo nhẹ chiếm ưu thế (56,42%). Di sản ruột chiếm 35,22% (không di sản chiếm 64,78%). Loạn sản tuyến chiếm tỷ lệ thấp hơn 28,36% (loạn sản độ cao chiếm 6%). Tỷ lệ nhiễm HP chúng tôi gặp 40% dương tính từ 1+ đến 3+, tỷ lệ này có thấp hơn một số tác giả trong nước như của Tạ Long, Trịnh Tuấn Dũng, Đặng Trần Tiến [1], [3], [7]. Lý do là đa số bệnh nghiên cứu của chúng tôi là viêm loét mạn tính đã điều trị nội khoa

nhiều đợt bằng kháng sinh nên tỷ lệ nhiễm HP có thể thấp hơn.

- **Tỷ lệ ung thư dạ dày:** Chúng tôi gặp 416 trường hợp, chiếm tỷ lệ 35,56%. Típ ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 87,98%, các típ còn lại chiếm 12% (U lympho 0,96%, GIST 0,48%). Phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Ngô Quang Dương, Trịnh Tuấn Dũng, Lê Đình Roanh và cs, Đặng Trần Tiến [2], [3], [6], [7].

- **Các mối liên quan:** Có mối liên quan thuận chiều giữa mức độ hoạt động và nhiễm HP, nghĩa là mức độ hoạt động trong viêm càng mạnh thì tỷ lệ nhiễm HP càng cao và ngược lại. Phù hợp với các nghiên cứu trước đây của các tác giả trong nước [1], [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 1170 bệnh nhân viêm loét dạ dày có nội soi sinh thiết tại Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 2015 đến 2017 chúng tôi có một số kết luận sau:

- Tỷ lệ Nam: Nữ: 1,6 / 1. Tuổi mắc bệnh trung bình là $60,01 \pm 14,37$. Nhóm hay gặp nhất là 50 – 69 tuổi (50,5%).

- Viêm- loét mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất

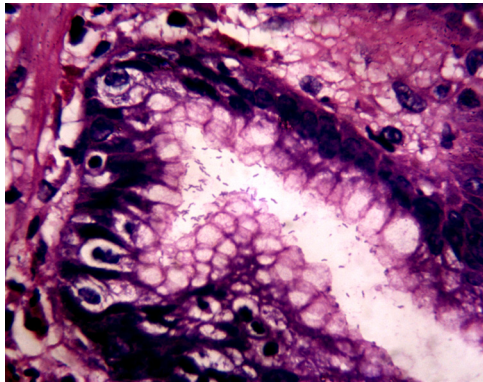
57,26%. Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* trong viêm là 40% (trong đó, 1+ chiếm đa số: 26,57; 2+: 7,46; 3+: 5,79), viêm teo 84,55%, có dị sản ruột 35,45% và loạn sản tuyến 28,8%.

- Ung thư chiếm 35,56% (ung thư tuyến ống

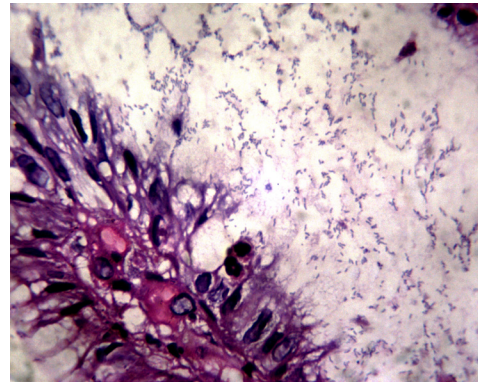
87,98%; U lympho 0,96; GIST 0,48%); Polype 7,18%.

- Có sự liên quan thuận chiều giữa mức độ hoạt động trong viêm và tỷ lệ nhiễm HP. Mức độ hoạt động trong viêm càng mạnh thì tỷ lệ nhiễm HP càng cao và ngược lại.

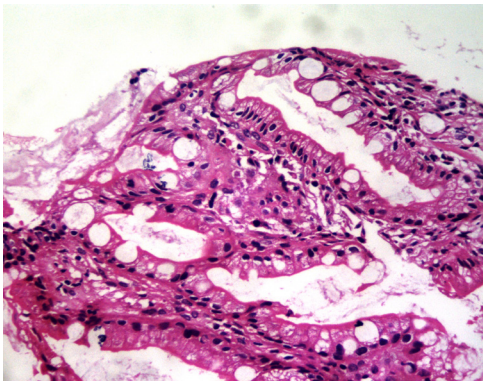
HÌNH ẢNH MINH HỌA



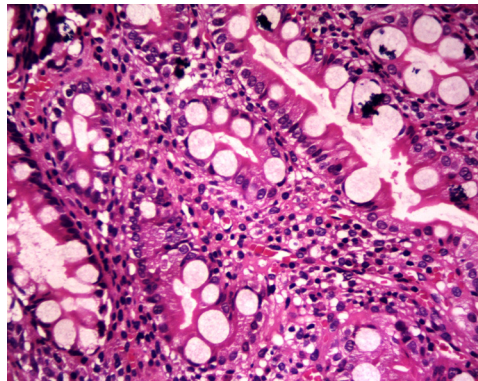
B17/4399: HP 2+ (H-E x 1000)



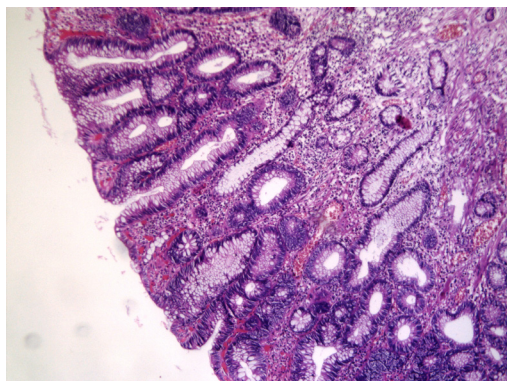
B16/7305: HP 3+ (H-E x 1000)



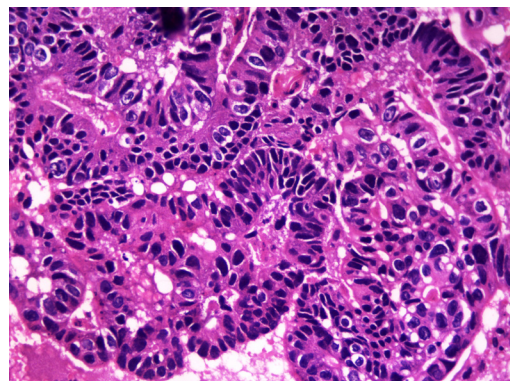
B17/3702: Dị sản ruột nhẹ (H-E x 400)



B17/3380: Dị sản ruột nặng (H-E x 400)



16/6117: Loạn sản biểu mô tuyến
(H-E x 400)



16/6118: Ung thư biểu mô tuyến
(H-E x 400)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Chung, Tạ Long, Trịnh Tuấn Dũng (2007), “Hình ảnh nội soi và mô bệnh học của viêm dạ dày mạn tính có nhiễm *Helicobacter Pylori*”, Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam, tr.45-50.
2. Ngô Quang Dương (1996), Nghiên cứu giá trị của một số phương pháp hình thái học chẩn đoán ung thư dạ dày, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Trịnh Tuấn Dũng (2000), Nghiên cứu hình thái học chẩn đoán ung thư dạ dày, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. Trần Văn Hợp (1998), Bệnh của dạ dày, Giải phẫu bệnh học, Đại học Y Hà Nội, tr. 318-345.
5. Tạ Long (2003), Bệnh lý dạ dày tá tràng và *Helicobacter Pylori*, Nhà xuất bản Y học, tr. 98, 101-125.
6. Lê Đình Roanh, Đặng Thế Căn, Tạ Văn Tờ và cs (2001), “Phân loại mô bệnh học ung thư dạ dày”, Tài liệu hội thảo lần 2 Trung tâm hợp tác nghiên cứu Y tế Thế giới về ung thư dạ dày, Bệnh viện K Hà Nội, tr. 32-39.
7. Đặng Trần Tiến (2014), “Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học qua bệnh phẩm sinh thiết nội soi dạ dày”, Tài liệu Y Dược lâm sàng 108 (9)- Tháng 8/2014, tr. 211-215.