NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ TỶ LỆ NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM TRỢT LỒI NIÊM MẠC DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN 121, CẦN THƠ

Trần Anh Vinh*; Trần Việt Tú*; Phạm Đức Lộc*

TÓM TẮT

Nghiên cứu 69 bệnh nhân (BN), gồm 37 nam và 32 nữ bị viêm trợt lồi niêm mạc dạ dày tại Bệnh viện 121, Cần Thơ từ tháng 12 - 2008 đến 6 - 2009. BN làm ruộng, vườn chiếm 66,66%. Triệu chứng ăn chậm tiêu gặp nhiều nhất (82,6%), tiếp đến là đau thượng vị (69,6%). Tổn thương trợt lồi gặp chủ yếu ở hang vị (84,1%). Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori ở* viêm dạ dày mạn (VDDM) thể trợt lồi là 52,17%; trong đó nhiễm mức độ nhẹ: 21,74%, mức độ vừa:11,59% và mức độ nặng 18,84%.

* Từ khóa: Viêm trợt lồi niêm mạc dạ dày; Đặc điểm lâm sàng, nội soi; *Helicobacter pylori*.

STUDY ON CLINICAL, ENDOSCOPY CHARACTERISTICS AND THE PROPORTION OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION IN PATIENTS WITH RAISED EROSIVE GASTRITIS AT 121 HOSPITAL, CANTHO PROVINCE

SUMMARY

The study was conducted on 69 patients, including 37 male and 32 female, with raised erosive gastritis at Hospital 121, Cantho from December, 2008 to June, 2009. Patients working as farmers occupied mainly (66.66%). The most common symptoms were hypopepsia (82.6%), followed by epigastralgia (69.9%). Raised erosive gastritis often happened in the antrum. The proportion of patients with raised erosive gastritis was 52.17%. Among them, Helicobacter pylori infection at high level was 21.74%; at medium level was 11.59% and heavy level accounted for 18.84%.

** Key words: Raised erosive gastritis; Clinical, endoscopy characteristics; Helicobacter pylori.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn là bệnh khá phổ biến ở Việt Nam cũng như nhiều nước trên thế giới. Ở Việt Nam, qua một số kết quả nghiên cứu gần đây cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh này chiếm từ 48,83 - 54,1% trong tổng số BN nội soi dạ dày. Có nhiều nguyên nhân gây ra VDDM, trong đó *Helicobacter pylori* (HP) là nguyên nhân quan trọng trong VDDM (90%) và cả trong ung thư dạ dày.

* *Bệnh viện 121*

** *Bệnh viện 103*

Phản biện khoa học: GS. TS. Nguyễn Văn Mùi

VDDM thể trợt lồi là những cục viêm riêng biệt hoặc sát nhau nổi gồ trên niêm mạc, đỉnh hơi lõm và có thể trợt, hoặc chấm xuất huyết. Với đặc điểm như vậy, liệu có khác gì so với đặc điểm chung của VDDM hay không? Bài viết này nhằm: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và tỷ lệ nhiễm HP trên BN viêm trợt lồi niêm mạc dạ dày.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Trong thời gian 6 tháng (12 - 2008 đến 6 - 2009) tại Phòng Nội soi tiêu hóa, Bệnh viện 121, Cần Thơ, chúng tôi chọn 69 BN qua nội soi dạ dày-tá tràng thấy hình ảnh viêm trợt lồi niêm mạc dạ dày (theo phân loại Sydney), đủ tiêu chuẩn đưa vào nhóm nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN loét dạ dày tá tràng, u hay polýp dạ dày, BN uống kháng sinh, thuốc ức chế bơm proton, thuốc ức chế H_2 hoặc thuốc trung hòa axít trong vòng 4 tuần trước khi nội soi.

2. Phương pháp nghiên cứu.

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

Khám lâm sàng, thu thập dữ liệu về triệu chứng lâm sàng. Nội soi dạ dày, tá tràng, những BN bị viêm trợt lồi niêm mạc dạ dày. Tiến hành sinh thiết cắt 1 mảnh cách hang vị 2 cm làm CLO test, sinh thiết cắt 3 mảnh tại ngay nốt trợt lồi, xét nghiệm mô bệnh học tìm HP.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

* *Tuổi và giới tính:*

Từ tháng 12 - 2008 đến 6 - 2009 trên 1.871 BN soi dạ dày có 1.601 trường hợp viêm dạ dày, trong đó 124 BN bị viêm trợt lồi (7,74% = 124/1601). Chọn 69 BN đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu (gồm 37 nam và 32 nữ). Tuổi mắc bệnh thấp nhất là 22 và cao nhất là 79, tập trung ở nhóm tuổi 40 - 49 (42,2%), khác biệt rõ rệt so với các nhóm tuổi khác. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi về nhóm tuổi, giới tính mắc VDDM thể trợt lồi tương tự với nghiên cứu chung về VDDM. Độ tuổi mắc bệnh cao nhất là lứa tuổi lao động (30 - 59 tuổi).

* *Nghề nghiệp*: tỷ lệ mắc bệnh VDDM thể trợt lồi ở người làm ruộng và vườn (66,7%) cao hơn các nghề khác (33,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. VDDM do nhiều nguyên nhân gây ra. Trong đó, nghề nghiệp là một yếu tố được nhiều tác giả công nhận. Theo chúng tôi, có thể do môi trường sống, điều kiện vệ sinh, thói quen ăn uống… làm cho nông dân ở khu vực đồng bằng sông Cửu Long bị bệnh VDDM cao hơn những nơi khác.

2. Triệu chứng lâm sàng.

***** *Các triệu chứng lâm sàng (n = 69):*

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trong nghiên cứu này là ăn chậm tiêu (57 BN = 82,6%), sau đó là đau thượng vị (48 BN = 69,6%), ợ hơi (34 BN = 49,3%), ợ chua, buồn nôn, nôn (28 BN = 40,6%), cuối cùng là nóng rát thượng vị (25 BN = 36,2%). Chúng tôi nhận thấy trên 1 BN thường kết hợp 3 hoặc 4 triệu chứng lâm sàng như ăn chậm tiêu, đau thượng vị, ợ hơi và ợ chua (30,4% và 24,6%). 10,1% BN có 1 triệu chứng duy nhất là đau thượng vị hoặc ăn chậm tiêu. Như vậy, mặc dù VDDM thể trợt lồi có hình ảnh tổn thương rất đặc trưng, dễ phân biệt với các thể VDDM khác trên nội soi, nhưng triệu chứng lâm sàng của nó giống như của VDDM và các thể khác của VDDM, không có triệu chứng chỉ điểm đặc hiệu cho VDDM thể trợt lồi trên lâm sàng. Ăn chậm tiêu và đau thượng vị là 2 triệu chứng thường gặp so với các triệu chứng khác, tuy nhiên các triệu chứng này chỉ có ý nghĩa gợi ý bệnh lý dạ dày-tá tràng.

3. Đặc điểm nội soi.

** Vị trí tổn thương:*

Chúng tôi thấy tổn thương viêm trợt lồi gặp nhiều ở vùng hang vị (84,1%), ở thân vị gặp rất ít (7,2%), tổn thương phối hợp hang vị và thân vị cũng ít gặp (8,7%), không thấy tổn thương ở phình vị. Không chỉ riêng đối với VDDM thể trợt lồi mà với các thể VDDM khác trong nhiều nghiên cứu cũng gặp ở hang vị nhiều hơn thân vị.

** Tổn thương phối hợp:*

VDDM thể trợt lồi không chỉ gặp đơn độc, mà còn có thể kết hợp với các thể viêm khác, tỷ lệ viêm phối hợp gặp nhiều nhất là viêm phù nề xung huyết (34 BN = 49,3%), tiếp theo là tổn thương phối hợp với trợt phẳng (12 BN = 17,4%); viêm teo niêm mạc (1 BN = 1,4%); trào ngược dịch mật (8 BN = 11,6%); không có tổn thương phối hợp (14 BN = 20,3%).

Theo Khakoo IS [8]: tỷ lệ viêm trợt lồi phối hợp với viêm phù nề xung huyết chiếm 33,3%, phối hợp với viêm teo và viêm xuất huyết đều chiếm tỷ lệ 0,8%. Theo Nguyễn Quang Chung [1], tổn thương viêm trợt, viêm trào ngược dịch mật, xuất huyết dưới niêm thường hay phối hợp với nhau.

** Tỷ lệ nhiễm HP:*

Bảng 1: Tỷ lệ nhiễm HP theo 2 phương pháp chẩn đoán.

PH□ƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN NHIỄM HP	HP D□ƠNG TÍNH		HP ÂM TÍNH	
	n	%	n	%
Test urease	38	55,07	31	44,93
Mô bệnh học	37	53,62	32	46,38
Tỷ lệ kép: mô bệnh học + test urease	36	52,17	33	47,83

Tỷ lệ nhiễm HP ở 2 phương pháp tương đương**.** 36 trường hợp (52,17%) HP (+) ở cả 2 xét nghiệm trên. Theo Đoàn Anh Thắng [5], tỷ lệ này là 64,4%; của Zhang C và CS là 63,3%.

Tỷ lệ nhiễm HP trong VDDM của một số tác giả: Đặng Kim Oanh, Nguyễn Khánh Trạch [4]: 63%. Nguyễn Quang Chung [1] 62,1%.

Tại Thành phố Hồ Chí Minh, theo Quách Trọng Đức [2], tỷ lệ nhiễm HP trong VDDM là 61,9%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Sào Trung [6] tỷ lệ này là 55,44%.

Từ những kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nhiễm HP trong viêm trợt lồi ở nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác.

Bảng 2: Mức độ nhiễm HP.

	n		%	
Không nhiễm HP	33		47,83	
Nhiễm HP mức độ nhẹ	15	36	21,74	52,17
Nhiễm HP mức độ vừa	8		11,59	
Nhiễm HP mức độ nặng	13		18,84	
Tổng	69		100	

Tỷ lệ nhiễm HP mức độ nhẹ cao nhất (21,74%) mức độ vừa thấp nhất (11,59%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Mức độ nhiễm HP phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí lấy mẫu, phương pháp chẩn đoán HP, sử dụng thuốc của BN trước khi làm xét nghiệm chẩn đoán HP… Do thời gian hạn chế và thói quen dùng thuốc tùy tiện của BN, nên chúng tôi chọn BN ngừng thuốc kháng sinh và thuốc điều trị dạ dày-tá tràng chỉ 1 tháng trước thời điểm lấy mẫu sinh thiết. Vì vậy, có thể chưa đủ thời gian để loại trừ hết ảnh hưởng của thuốc đến kết quả chẩn đoán HP.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng.

Bệnh VDDM thể trợt lồi gặp nhiều ở nhóm tuổi 30 - 59 (89,8%), trong đó, độ tuổi từ 40 - 49 chiếm tỷ lệ 42,0%. Tỷ lệ VDDM thể trợt lồi cao ở người làm ruộng, vườn (66,7%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ăn chậm tiêu (82,6%) và đau thượng vị (69,6%).

2. Đặc điểm nội soi.

Tỷ lệ BN VDDM thể trợt lồi chiếm 7,7% trong tổng số BN bị viêm dạ dày được chẩn đoán qua nội soi. Tổn thương viêm trợt lồi chủ yếu gặp ở hang vị (81,4%), kết hợp hang vị và thân vị (8,7%), ít gặp ở thân vị đơn độc (7,2%).

3. Tỷ lệ nhiễm HP.

52,2% BN viêm trợt lồi có HP. Trong đó, nhiễm mức độ nhẹ 21,74%, mức độ vừa 11,59% và mức độ nặng 18,84%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Chung, Tạ Long, Trịnh Tuấn Dung. Đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh của VDDM. Hội Nội khoa Việt Nam. Chuyên đề Tiêu hóa. Tổng hội Y Dược học Việt Nam. 1997, số 1, tr.58-63.

2. Quách Trọng Đức. Khảo sát đặc điểm VDDM theo phân loại Sydney và mối liên quan giữa các đặc điểm này với HP. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. Chuyên đề Nội khoa. 2003, Tập 7, phụ bản số 1, tr.118-122.

3. Tạ Long. Bệnh lý dạ dày tá tràng và vi khuẩn HP. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2003, tr.64-89.

4. Đặng Kim Oanh, Nguyễn Khánh Trạch. Bệnh dạ dày mạn tính: Hình thái lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học, Hội Nội khoa Việt Nam. Tổng hội Y Dược học Việt Nam. 1996, số 3, tr.29-32.

5. Đoàn Anh Thắng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học, tỷ lệ nhiễm HP của VDDM tính thể trợt lồi và trợt phẳng. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2007.

6. Nguyễn Sào Trung. Viêm loét dạ dày và tình trạng nhiễm HP. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2005, tập 9, số 2, tr.74-77.

7. Ashley B.P. The Sydney System: Histological division. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 1990, 6, pp.209-222.

8. Khakoo IS, et at. Histological assessment of the Sydney classification of endocospic gastritis. Gut. 1994, 35, pp.1172-1175.

9. Sipponen P Kekki M, Siurala M. The Sydney System: epidemiology and natural history of chronic gastritis. Journal of Gastroenterology and Hepatology.1991, 6, pp.244-251.

10. Takahashi S. Long-term HP infection and the development of atrophic gastritis and gastric cancer in Japan. J Gastroenterol. 2002, pp.24-27.