

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY- TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2025-2026

Trần Thị Như Quỳnh^{1*}, Nguyễn Như Quỳnh², Đặng Thúy Vân²,
Chu Thị Phước², Đỗ Phúc Mười², Phạm Đức Hùng², Pisey Makara²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của bệnh nhân loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, năm 2025–2026.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng. Chẩn đoán xác định loét dạ dày - tá tràng được thực hiện qua nội soi kết hợp sinh thiết để xét nghiệm mô bệnh học và đánh giá nhiễm *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) bằng CLO test.

Kết quả: Tuổi trung bình là $58,54 \pm 18,65$ tuổi (thấp nhất 11 tuổi, cao nhất 88 tuổi). Bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm chủ yếu (66,0%); nam chiếm 58,0% (tỷ lệ nam/nữ là 1,38/1). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là rối loạn tiêu hóa (54%); đau vùng thượng vị (52%); ợ hơi, ợ chua (50%); các triệu chứng thực thể thường nghèo nàn. Hình ảnh nội soi ghi nhận 66,0% bệnh nhân chỉ loét ở dạ dày; 28% chỉ loét ở tá tràng và loét phối hợp là 6,0%. Tính trên tổng số ổ loét, đa số có 1 ổ loét (91,7% ở dạ dày và 88,2% ở tá tràng). Các ổ loét dạ dày đa số có kích thước $< 1,0\text{cm}$ (45,5%) và hình dạng tròn (47,5%). Ổ loét tá tràng đa số có kích thước 1,0-2,0cm (68,4%) và hình dạng bầu dục (47,4%) chiếm ưu thế. Các ổ loét ở giai đoạn hoạt động (A1 và A2) thường gặp nhất ở cả nhóm loét dạ dày và các ổ loét tá tràng. Tỷ lệ nhiễm *H.pylori* xác định bằng Clo test là 70,0%. Mô bệnh học có tỷ lệ viêm mạn tính và viêm hoạt động chủ yếu ở mức độ vừa (36,0% và 28,0%); tỷ lệ không có tình trạng viêm teo chiếm cao nhất (40,0%) trong khi tỷ lệ viêm teo nặng thấp nhất (8,0%). Dịch sản ruột gặp ở 26,0% và loạn sản gặp ở 18,0% đều là loạn sản mức độ thấp.

Kết luận: Bệnh loét dạ dày - tá tràng hay gặp ở nam giới cao tuổi, với các biểu hiện điển hình là rối loạn tiêu hóa và đau thượng vị. Hình ảnh nội soi ghi nhận đa số tổn thương là một ổ loét ở dạ dày, ở

giai đoạn hoạt động và có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* cao (70%). Đặc biệt, có mối liên quan chặt chẽ giữa hình thái tổn thương trên nội soi với mức độ viêm mạn tính, teo và loạn sản trên mô bệnh học, nhấn mạnh vai trò thiết yếu của sinh thiết trong định hướng dự phòng nguy cơ ác tính.

Từ khóa: loét dạ dày, loét tá tràng; nội soi tiêu hoá trên; mô bệnh học.

CLINICAL CHARACTERISTICS, ENDOSCOPIC FINDINGS, AND HISTOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCERS AT THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL, 2025-2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics, endoscopic findings, and histopathological features of patients with gastric and duodenal ulcers at Thai Binh University of Medicine and Pharmacy Hospital in the 2025–2026 period.

Methods: A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 50 symptomatic patients. The definitive diagnosis of gastric and duodenal ulcers was established via endoscopy combined with biopsy for histopathological examination and evaluation of *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection using the CLO test.

Results: The mean age of the patients was 58.54 ± 18.65 years (range: 11 to 88 years). Patients aged ≥ 60 years accounted for the majority (66.0%); males comprised 58.0% (male/female ratio of 1.38/1). The most common clinical symptoms were dyspepsia (54%), epigastric pain (52%), and belching/acid regurgitation (50%); physical examination findings were generally unremarkable. Endoscopic findings revealed that 66.0% of patients had isolated gastric ulcers, 28.0% had isolated duodenal ulcers, and 6.0% had combined ulcers. Regarding the number of lesions, the majority were single ulcers (91.7% in the stomach and 88.2% in the duodenum). Most gastric ulcers were $< 1.0\text{ cm}$ in size (45.5%) and round in shape (47.5%). Conversely, duodenal ulcers predominantly had a size of 1.0 - 2.0 cm (68.4%) and an oval shape

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Lớp Y5A, Trường Đại học Y Dược Thái Bình

* Tác giả liên hệ: Trần Thị Như Quỳnh

Email: nhuquynhytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/06/2026

Ngày phản biện: 14/07/2026

Ngày duyệt bài: 21/08/2026

(47.4%). Active stage ulcers (A1 and A2) were the most frequently observed in both gastric and duodenal ulcer groups. The prevalence of *H. pylori* infection, determined by the CLO test, was 70.0%. Histopathologically, chronic gastritis and active gastritis were predominantly of moderate severity (36.0% and 28.0%, respectively); the absence of glandular atrophy accounted for the highest proportion (40.0%), while severe atrophy had the lowest rate (8.0%). Intestinal metaplasia was observed in 26.0% of cases, and dysplasia was found in 18.0%, all of which were low-grade dysplasia.

Conclusion: Peptic ulcer disease is commonly observed in elderly males, typically presenting with dyspepsia and epigastric pain. Endoscopic findings indicate that the majority of lesions are single gastric ulcers in the active stage, associated with a high *H. pylori* infection rate (70%). Notably, there is a strong correlation between the morphological features of the lesions on endoscopy and the severity of chronic inflammation, atrophy, and dysplasia on histopathology, emphasizing the essential role of biopsy in guiding the prevention of malignancy.

Keywords: gastric ulcer, duodenal ulcer; upper gastrointestinal endoscopy; histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày - tá tràng là một trong những bệnh lý thường gặp của đường tiêu hóa, có xu hướng tái phát và có thể gây nhiều biến chứng nghiêm trọng như xuất huyết tiêu hóa, thủng ổ loét, hẹp môn vị và ung thư dạ dày. Bệnh gặp ở nhiều lứa tuổi nhưng thường gặp hơn ở người trung niên và cao tuổi [1]. Nguyên nhân thường gặp là nhiễm *Helicobacter pylori*, sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), hút thuốc lá, uống rượu bia và stress được xem là các yếu tố nguy cơ quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh [2], [3]. Nội soi dạ dày - tá tràng hiện là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán loét dạ dày - tá tràng, giúp xác định vị trí, số lượng, kích thước, hình dạng và giai đoạn tiến triển của ổ loét. Bên cạnh đó, xét nghiệm mô bệnh học có vai trò quan trọng trong đánh giá mức độ viêm niêm mạc dạ dày, phát hiện viêm teo, dị sản ruột, loạn sản và các tổn thương tiền ung thư, góp phần định hướng điều trị và theo dõi lâu dài cho người bệnh. Nội soi dạ dày - tá tràng hiện là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán, kết hợp xét nghiệm mô bệnh học giúp đánh giá tổn thương viêm, viêm teo, dị sản, loạn sản góp phần định hướng điều trị.

Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu được tiến hành và công bố trên các tạp chí trong nước và quốc tế về vấn đề này. Mặc dù vậy, việc khảo sát toàn diện và chuẩn hóa các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình vẫn rất cần thiết để cập nhật dữ liệu thực tiễn địa phương. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2025 - 2026” nhằm cung cấp thêm dữ liệu phục vụ công tác chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân đến khám, điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người bệnh mọi lứa tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu (với người bệnh dưới 18 tuổi cần có sự đồng ý của người giám hộ).

+ Kết quả nội soi: có tổn thương loét dạ dày và/hoặc loét tá tràng.

+ Có kết quả xét nghiệm test nhanh *Helicobacter pylori* và mô bệnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Phụ nữ có thai, cho con bú; có suy tim, nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp; suy hô hấp, suy gan, suy thận, xuất huyết tiêu hóa cấp tính Forrest Ia, Ib.

+ Người bệnh có rối loạn đông, cầm máu hoặc đang sử dụng thuốc chống đông.

+ Người bệnh có kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô.

- Địa điểm, thời gian: Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, từ tháng 10/2025 đến tháng 3/2026.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ, chúng tôi lựa chọn được tất cả 50 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đến khám và điều trị trong thời gian từ tháng 10/2025 đến tháng 3/2026.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Khám lâm sàng: Ghi nhận triệu chứng cơ năng, thực thể (đau vùng thượng vị, đầy bụng, chướng bụng, ợ hơi, ợ chua; buồn nôn, nôn; rối loạn tiêu hóa, đi ngoài ra máu).

- Quy trình nội soi thực quản dạ dày tá tràng làm Clo test chẩn đoán nhiễm H.pylori và sinh thiết được thực hiện theo quy trình chuẩn của Bộ Y tế.

+ Dùng kim sinh thiết lấy 1 mảnh bệnh phẩm vùng hang vị để làm xét nghiệm Clo test chẩn đoán nhiễm H.pylori; lấy 3 mảnh tại bờ và đáy ổ loét cho vào ống có đựng dung dịch formol 10% để cố định bệnh phẩm rồi gửi làm xét nghiệm mô bệnh học.

+ Nhận định kết quả nội soi theo các đặc điểm ổ loét về vị trí, số lượng, kích thước, hình dạng, giai đoạn Sakita-Miwa.

Tổn thương loét là những tổn thương qua lớp niêm mạc tới lớp cơ niêm hoặc sâu hơn.

Tổn thương trợt niêm mạc là những tổn thương nông, chỉ khu trú ở lớp biểu mô, không qua lớp cơ niêm.

Về vị trí chia thành các nhóm: loét dạ dày là nhóm chỉ có tổn thương loét tại dạ dày; loét tá tràng là nhóm chỉ có tổn thương loét tại tá tràng và loét phối hợp là nhóm có tổn thương loét tại dạ dày và tá tràng.

- Quy trình xét nghiệm mô bệnh học được thực hiện theo quy trình chuẩn của Bộ Y Tế

+ Bệnh phẩm được cố định bằng formol 10%, đúc paraffin, cắt tiêu bản và nhuộm Hematoxylin-Eosin.

+ Đánh giá mô bệnh học theo các đặc điểm: viêm mạn tính, viêm hoạt động, viêm teo niêm mạc, dị sản ruột và loạn sản được phân độ theo hệ thống Sydney cập nhật.

Viêm mạn tính dựa vào sự xâm nhập tế bào đơn nhân; viêm hoạt động dựa vào sự hiện diện của bạch cầu đa nhân trung tính; viêm teo niêm mạc dựa vào tình trạng mất các tuyến dạ dày bình thường. Với mỗi dạng tổn thương chia thành 4 mức độ không, nhẹ, vừa, nặng.

Dị sản ruột là tình trạng biểu mô tuyến dạ dày thay đổi thành biểu mô giống ruột, được chia thành có dị sản ruột hoặc không. Loạn sản là tình trạng tế bào biến đổi cấu trúc và nhân có thể cảnh báo dấu hiệu tiền ung thư, ung thư; chia thành nhóm không loạn sản, có loạn sản (thấp hoặc cao).

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

- Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

- Các biến định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (nếu phân bố chuẩn) hoặc trung vị (nếu phân bố không chuẩn).

- Sử dụng các test thống kê: Chi-Square test hoặc Fisher exact test cho biến định tính; T-test hoặc Mann-Whitney test cho biến định lượng. Quy định sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên sự tuân thủ các quy định hiện hành, thông qua hội đồng chuyên môn Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Người bệnh được giải thích đầy đủ về nghiên cứu và tự nguyện hợp tác trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

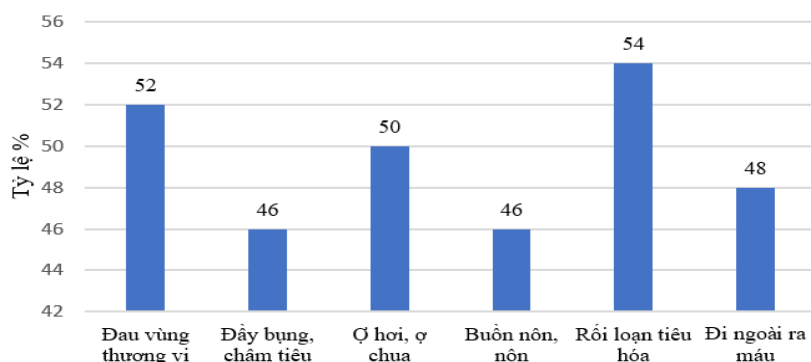
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới tính (n=50)

Đặc điểm nhóm tuổi, giới tính		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 40	7	14,0
	40 – 49	3	6,0
	50 – 59	7	14,0
	≥ 60	33	66,0
Tuổi trung bình: $58,54 \pm 18,65$ (11-88); Tuổi thấp nhất: 11; Tuổi cao nhất: 88			
Giới tính	Nam	29	58,0
	Nữ	21	42,0
	Tỷ lệ nam/nữ	1,38/1	

Nhận xét: Tuổi trung bình là $58,54 \pm 18,65$ tuổi; thấp nhất là 11 và tuổi cao nhất là 88. Trong đó, độ tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (66,0%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,38/1.

3.2. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng (n=50)

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là rối loạn tiêu hóa (54%); đau vùng thượng vị (52%); ợ hơi, ợ chua (50%); đi ngoài ra máu (48%); các triệu chứng khác gặp tỷ lệ thấp.

3.3. Đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo vị trí ổ loét (n=50)

Vị trí ổ loét	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chỉ loét dạ dày	33	66,0
Chỉ loét tá tràng	14	28,0
Loét dạ dày kết hợp tá tràng	3	6,0
Tổng	50	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân chỉ loét dạ dày chiếm cao nhất 66,0%. Tính chung có 36/50 bệnh nhân (72,0%) có tổn thương loét tại dạ dày.

Bảng 3. Phân bố số lượng ổ loét theo vị trí tổn thương

Số lượng ổ loét	Ổ loét dạ dày (n=36)		Ổ loét tá tràng (n=17)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 ổ loét	33	91,7	15	88,2
2 ổ loét	2	5,6	2	11,8
≥ 3 ổ loét	1	2,7	0	-
Tổng	36	100	17	100

Nhận xét: Có 3 trường hợp loét kết hợp dạ dày và tá tràng được tính vào cả hai nhóm vị trí tổn thương. Vì thế, chúng tôi thấy phần lớn các trường hợp chỉ có 1 ổ loét (91,7% ở loét dạ dày và 88,2% ở loét tá tràng). Số trường hợp có từ 2 ổ loét trở lên chiếm tỷ lệ thấp; chỉ ghi nhận 1 trường hợp loét dạ dày có ≥ 3 ổ loét (2,7%).

Bảng 4. Kích thước, hình dạng, giai đoạn ổ loét trên tổng số ổ loét

Đặc điểm		Ổ loét dạ dày (n=40)		Ổ loét tá tràng (n=19)	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Kích thước (cm)	< 1.0	18	45,0	5	26,3
	1.0. – 2.0	11	27,5	13	68,4
	> 2.0	11	27,5	1	5,3
	Tổng	40	100,0	19	100,0
Hình dạng	Tròn	19	47,5	4	21,1
	Bầu dục	10	25,0	9	47,4
	Dạng khác	11	27,5	6	31,5
	Tổng	40	100,0	19	100,0

Đặc điểm		Ở loét dạ dày (n=40)		Ở loét tá tràng (n=19)	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Giai đoạn	A1, A2 (Hoạt động)	25	62,5	11	57,9
	H1, H2 (lành)	8	20,0	5	26,3
	S1, S2 (sẹo)	7	17,5	3	15,8
	Tổng	40	100,0	19	100,0

Nhận xét: Ở loét dạ dày, đa số có kích thước < 1,0cm (45,0%); hình dạng tròn (47,5%). Ở loét tá tràng, kích thước 1,0–2,0 cm (68,4%); hình dạng bầu dục (47,4%) chiếm ưu thế. Giai đoạn hoạt động (A1 và A2) là giai đoạn thường gặp nhất ở cả hai vị trí loét.

Bảng 5. Phân bố mức độ viêm dạ dày (n=50)

Mức độ viêm	Viêm mạn tính		Viêm hoạt động		Viêm teo	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không	9	18,0	9	18,0	20	40,0
Nhẹ	12	24,0	14	28,0	12	24,0
Vừa	18	36,0	14	28,0	14	28,0
Nặng	11	22,0	13	26,0	4	8,0
Tổng	50	100,0	50	100,0	50	100,0

Nhận xét: Viêm dạ dày mạn tính và viêm hoạt động chủ yếu ở mức độ vừa (36,0% và 28,0%), tỷ lệ viêm teo là 40,0% trong đó, viêm teo nặng là 8,0%.

Bảng 6. Tỷ lệ nhiễm H.pylori, dị sản ruột và loạn sản (n=50)

Đặc điểm		Ở loét dạ dày (n=40)	
		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhiễm HP	Dương tính	35	70,0
	Âm tính	15	30,0
	Tổng	50	100,0
Dị sản ruột	Không	37	74,0
	Có	13	26,0
	Tổng	50	100,0
Loạn sản	Không	41,0	82,0
	Thấp	9,0	18,0
	Cao	0	0,0
	Tổng	50	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm H.pylori là 70%; dị sản ruột gặp ở 26,0% trong khi loạn sản gặp ở 18,0% với mức độ thấp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 50 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng, kết quả ghi nhận độ tuổi trung bình là 58,54 ± 18,65 tuổi; nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (66,0%); tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Ninh (68,98%) [1]. Kết quả này cho thấy ở nhóm người cao tuổi có nguy cơ cao mắc bệnh do các yếu tố như chế độ ăn uống không lành mạnh,

giảm sức đề kháng, suy giảm chức năng tiêu hóa và lạm dụng thuốc NSAIDs trong điều trị các bệnh lý xương khớp. Tỷ lệ nam/nữ = 1,38/1 (nam chiếm 58%, nữ chiếm 42%) cho thấy nam giới có nguy cơ cao hơn do các thói quen thường gặp như lối sống thiếu lành mạnh (hút thuốc, sử dụng rượu bia và căng thẳng công việc).

Các triệu chứng rối loạn tiêu hoá, đau vùng thượng vị là dấu hiệu chỉ điểm chính chiếm tỷ lệ 54% và 52%. Bên cạnh đó, các triệu chứng ợ hơi, ợ chua (50%); đi ngoài ra máu (48%); đầy bụng, chướng tiêu và buồn nôn, nôn (46%) cũng là những triệu chứng biểu hiện của bệnh nhân loét dạ dày, tá tràng. Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số tác giả khác như kết quả của Cao Trần Thanh Phong (2024) và các cộng sự triệu chứng đau vùng thượng vị là triệu chứng phổ biến nhất trên lâm sàng chiếm 92,8% [4].

Hình ảnh nội soi dạ dày, tá tràng cho thấy trường hợp chỉ tổn thương loét tại dạ dày thường gặp nhất, chiếm 66,0%; tỷ lệ chỉ loét tại tá tràng là 28,0% và loét phối hợp dạ dày - tá tràng là 6,0%. Điều này cho thấy loét dạ dày hiện nay vẫn là hình thái tổn thương chủ yếu ở nhóm bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Cúc và cộng sự khi ghi nhận loét dạ dày chiếm tỷ lệ cao hơn loét tá tràng [5]. Và nghiên cứu của Cao Trần Thanh Phong (2024) với loét dạ dày 69,7%, loét tá tràng 21,4% và loét dạ dày tá tràng 8,9% [4]. Khi đánh giá số lượng ổ loét, đa số bệnh nhân chỉ có một ổ loét. Tỷ lệ này lần lượt là 91,7% ở nhóm loét dạ dày và 88,2% ở nhóm loét tá tràng. Các trường hợp có từ hai ổ loét trở lên chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả này cho thấy phần lớn tổn thương loét được phát hiện ở giai đoạn khu trú, phù hợp với đặc điểm bệnh lý thường gặp trên lâm sàng. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Hương với kết quả có 1 ổ loét là 73,31% [6].

Về hình thái tổn thương, ổ loét dạ dày chủ yếu có kích thước dưới 1 cm (45,0%) và hình dạng tròn (47,5%). Trong khi đó, ổ loét tá tràng thường có kích thước từ 1–2 cm (68,4%) và hình dạng bầu dục (47,4%). Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm giải phẫu và cơ chế bệnh sinh khác nhau giữa niêm mạc dạ dày và tá tràng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Như Quỳnh với chủ yếu vết loét có kích thước dưới 10mm là 55% [7]. Phân loại ổ loét theo Sakita - Miwa cho thấy giai đoạn hoạt động (A1 và A2) chiếm ưu thế ở cả loét dạ dày và loét tá tràng. Điều này phản ánh phần lớn người bệnh đến khám khi tổn thương còn đang trong giai đoạn tiến triển, chưa bước sang giai đoạn liền sẹo hoàn toàn. Tỷ lệ nhiễm H. Pylori là 70,0% qua test nhanh (Clo test) trong nghiên cứu này phù hợp với mô hình dịch tễ nhiễm khuẩn khu vực. Sự hiện diện của H. pylori

đóng vai trò kích hoạt chuỗi viêm mạn tính hoạt động kéo dài ở niêm mạc dạ dày tá tràng.

Kết quả mô bệnh học cho thấy viêm dạ dày mạn tính hiện diện ở phần lớn bệnh nhân, trong đó mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (36,0%), tiếp theo là mức độ nhẹ (24,0%) và nặng (22,0%). Điều này cho thấy tình trạng viêm mạn tính niêm mạc dạ dày là tổn thương thường gặp ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng. Đối với viêm hoạt động, các mức độ nhẹ và vừa cùng chiếm 28,0%, mức độ nặng chiếm 26,0%. Kết quả này phản ánh tình trạng viêm cấp đang diễn ra trên nền viêm mạn tính ở nhiều bệnh nhân nghiên cứu. Viêm teo được ghi nhận ở 60,0% trường hợp, trong đó chủ yếu là mức độ nhẹ và vừa (24,0% và 28,0%); tỷ lệ viêm teo nặng chỉ chiếm 8,0%. Đây là một kết quả đáng lưu ý vì viêm teo được xem là một mắt xích quan trọng trong tiến trình Correa dẫn tới ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ dị sản ruột là 26,0% và loạn sản là 18,0% đều ở mức độ thấp. Mặc dù phần lớn bệnh nhân chưa xuất hiện các tổn thương tiền ung thư này, kết quả cho thấy vẫn có một tỷ lệ đáng kể người bệnh đã xuất hiện các biến đổi mô học có nguy cơ tiến triển thành ung thư dạ dày. Điều này nhấn mạnh vai trò của nội soi sinh thiết và xét nghiệm mô bệnh học trong việc phát hiện sớm các tổn thương tiền ung thư ở bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nhiều báo cáo trong nước như nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm và cộng sự [8], cho thấy dị sản ruột và loạn sản thường xuất hiện trên nền viêm mạn tính kéo dài và viêm teo niêm mạc dạ dày. Do đó, những bệnh nhân có viêm teo, dị sản ruột hoặc loạn sản cần được theo dõi nội soi định kỳ nhằm phát hiện sớm các biến đổi ác tính.

Hạn chế của nghiên cứu: Thiết kế cắt ngang với cách chọn mẫu toàn bộ đã chọn được 50 đối tượng nghiên cứu, tuy cỡ mẫu còn nhỏ chưa đại diện hoàn toàn cho cộng đồng và chưa có các đánh giá can thiệp, nhưng đã phần nào phản ánh đặc điểm bệnh loét dạ dày tá tràng tại địa phương.

V. KẾT LUẬN

Bệnh loét dạ dày - tá tràng hay gặp ở nam giới cao tuổi, với các biểu hiện điển hình là rối loạn tiêu hóa và đau thượng vị. Hình ảnh nội soi thường ghi nhận tổn thương là một ổ loét đơn độc nằm ở dạ dày, đang ở giai đoạn tiến triển, đi kèm tổn thương viêm phù nề xung huyết và có tỷ lệ nhiễm H. pylori cao (70%). Đặc biệt, có mối liên quan chặt chẽ giữa hình thái tổn thương trên nội soi với mức độ

viêm mạn tính, teo và loạn sản trên mô bệnh học, nhấn mạnh vai trò thiết yếu của sinh thiết trong định hướng dự phòng nguy cơ ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Ninh, Thái Doãn Kỳ, Nguyễn Hải Ghi** (2021). Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi chảy máu tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng ở bệnh nhân có dùng thuốc chống huyết khối. Tạp chí y dược lâm sàng 108. Tập 16 - Số 5/2021.
2. **Dương Hiền Thảo Lan, Kha Hữu Nhân** (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả điều trị bệnh nhân viêm, loét dạ dày - tá tràng nhiễm *Helicobacter pylori* bằng phác đồ 4 thuốc có Bismuth. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. Số 53/2022.
3. **Châu Ngọc Hoa** (2012), Bệnh học Nội khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 247–258.
4. **Cao Trần Thanh Phong, Lê Tấn Phước, Trần Đỗ Thanh Phong** (2023). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và nội soi bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng ở Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang giai đoạn 2023-2024. Tạp chí y học cộng đồng. Tập 65 số 3, 23-30.
5. **Hoàng Thị Cúc, Trần Thị Kiều Anh, Trần Thị Yến** (2024). Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả điều trị diệt *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện Đại học Y khoa Vinh. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 541 số 3/2024.
6. **Trần Thị Hương, Lê Viết Hải Phúc, Nguyễn Ngọc Chức và cộng sự** (2025), Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2024, Tạp chí Y Dược Thái Bình. Tập 19 số 05/2025.
7. **Trần Thị Như Quỳnh, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thị Ngọc Huyền và cộng sự** (2024). Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi của bệnh nhân loét dạ dày, tá tràng có nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori* tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Tạp chí Y Dược Thái Bình. Tập 13 số 4/2024.
8. **Nguyễn Thanh Liêm, Nguyễn Bá Vượng, Đinh Thị Phương Liên** (2023). Đặc điểm mô bệnh học niêm mạc dạ dày ở bệnh nhân loét tá tràng có nhiễm *Helicobacter pylori*. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 522 số 1/2023.