

màu này đạt 55%. Trong hai bảng màu tẩy trắng, chỉ có màu 0M3 của VITA có khả năng chuyển đổi tương đương với các màu BL3 và BL4 của Ivoclar. Nghiên cứu này cung cấp bảng chuyển đổi 2 hệ thống so màu phổ biến nhất trong nha khoa, mở rộng thêm màu tẩy trắng làm tham chiếu cho bác sĩ và kỹ thuật viên răng hàm mặt có thể ghi nhận và đối chiếu màu răng trên lâm sàng và trong labo một cách chính xác và thuận tiện nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agrawal V, Kapoor S. Color and shade management in esthetic dentistry. *Univers Res J Dent*. 2013;3(3):120-7.
2. Villarroel M, Fahl N, De Sousa AM, de Oliveira OB. Direct esthetic restorations based on translucency and opacity of composite resins. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 2011;23(2):73-87.
3. Nam HCN, Thoại KQ. Đối chiếu độ trong mờ giữa hệ thống so màu cổ điển và 3D trong nha khoa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;545(2):313-18.
4. Lehmann KM, Devigus A, Igiel C, Wentaschek S, Azar MS, Scheller H. Repeatability of color-measuring devices. *Eur J Esthet Dent*. 2011;6(4):428-35.
5. Zenthöfer A, Wiesberg S, Hildenbrandt A, Reinelt G, Rammelsberg P, Hassel AJ. Selecting VITA classical shades with the VITA 3D-master shade guide. *Int J Prosthodont*. 2014;27(4):376-82.
6. Hassel AJ, Zenthöfer A, Corcodel N, Hildenbrandt A, Reinelt G, Wiesberg S. Determination of VITA Classical shades with the 3D-Master shade guide. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2013;71(3-4):721-726.
7. Rahbani Nobar B, Tabatabaie F, Namdari M. Can identical dental shade guides be used interchangeably? *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 2021;33(8):1150-1159.
8. Ghinea R, Pérez MM, Herrera LJ, Rivas MJ, Yebra A, Paravina RD. Color difference thresholds in dental ceramics. *Journal of dentistry*. 2010;38:e57-e64.

ĐỘ PHÙ HỢP CỦA XÉT NGHIỆM KHÁNG NGUYÊN HELICOBACTER PYLORI QUA PHÂN VỚI XÉT NGHIỆM NHANH UREASE Ở BỆNH NHÂN CÓ HÌNH ẢNH VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH TRÊN NỘI SOI

Phanha Chim¹, Nguyễn Thu Thương³,
Đào Văn Long^{1,2,3}, Đào Việt Hằng^{1,2,3}

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá độ phù hợp chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) của xét nghiệm kháng nguyên *H. pylori* qua phân với xét nghiệm nhanh urease ở bệnh nhân có hình ảnh viêm dạ dày mạn tính trên nội soi theo phân loại Kyoto. 40 bệnh nhân đến khám tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long và Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật từ tháng 08/2023 đến tháng 05/2024 được mời tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm *H. pylori* bằng hai phương pháp test nhanh urease trong nội soi (RUT) và kháng nguyên qua phân (SAT). Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở cả hai phương pháp lần lượt là 42,5% (RUT) và 32,5% (SAT) và có mối liên quan giữa hình ảnh ban đỏ lan tỏa và tình trạng nhiễm *H. pylori* bằng chẩn đoán SAT ($p < 0.05$). So với phương pháp RUT, SAT có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 58,8% và 87%, giá trị dự đoán dương tính

(PPV) 76,9%, giá trị dự đoán âm tính (NPV) 76,1% và độ phù hợp 75,0%. SAT có khả năng sàng lọc trong trường hợp nghi ngờ nhiễm *H. pylori* nhưng cần kết hợp với một phương pháp khác để chẩn đoán chính xác. **Từ khóa:** Xét nghiệm kháng nguyên qua phân (SAT), *Helicobacter pylori*, viêm dạ dày mạn tính

SUMMARY

SUITABILITY OF THE HELICOBACTER PYLORI STOOL ANTIGEN TEST COMPARED TO THE RAPID UREASE TEST IN PATIENTS WITH ENDOSCOPIC FEATURES OF CHRONIC GASTRITIS

This cross-sectional descriptive study assesses the diagnostic suitability of the *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) stool antigen test compared to the rapid urease test in patients with endoscopic features of chronic gastritis classified according to the Kyoto score. The study was conducted on 40 patients at Hoang Long Clinic and Institute of Gastroenterology and Hepatology from August 2023 to May 2024. *H. pylori* infection was diagnosed using two methods: the rapid urease test (RUT) and the stool antigen test (SAT). The infection rates for *H. pylori* were 42.5% (RUT) and 32.5% (SAT), respectively, with a significant association between diffuse erythema and *H. pylori* infection diagnosed by SAT ($p < 0.05$). Compared to RUT, SAT had a sensitivity and specificity of 58.8%

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025

and 87%, respectively, with a positive predictive value (PPV) of 76.9%, a negative predictive value (NPV) of 76.1%, and an overall agreement of 75%. SAT can serve as a screening tool for suspected *H. pylori* infection but should be combined with another diagnostic method for accurate diagnosis.

Keywords: Stool antigen test (SAT), *Helicobacter pylori*, chronic gastritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn tính là một bệnh lý phổ biến, đặc trưng bởi những tổn thương viêm mạn tính ở niêm mạc dạ dày như dị sản ruột, loạn sản, viêm teo. Vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) được xác định là một trong những nguyên nhân chính gây viêm dạ dày mạn tính gây ảnh hưởng đến khoảng một nửa dân số trên thế giới, với tỷ lệ nhiễm cao đặc biệt tại các nước đang phát triển, dao động từ 50 - 90% (1, 2). Trong khu vực Đông Nam Á, Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ nhiễm cao với dữ liệu báo cáo theo các nghiên cứu dao động từ 38 - 75% (3).

Các phương pháp chẩn đoán *H. pylori* phổ biến hiện nay bao gồm xét nghiệm nhanh urease trong nội soi (RUT), test thở C^{13}/C^{14} (UBT) và mô bệnh học. Theo khuyến cáo của Hội Tiêu hóa Việt Nam (VNAGE), trong các phương pháp sử dụng sinh thiết, RUT được lựa chọn để chẩn đoán nhiễm *H. pylori* và UBT là ưu tiên sử dụng trong các phương pháp chẩn đoán không xâm lấn (4). Tuy nhiên, các phương pháp này còn gặp một số hạn chế nhất định như: tính xâm lấn, chi phí cao, tốn thời gian và yêu cầu trang thiết bị, máy móc chuyên dụng. Xét nghiệm kháng nguyên *Helicobacter pylori* qua phân (SAT) là một xét nghiệm không xâm lấn, chi phí thấp và được đánh giá có độ chính xác cao hơn các xét nghiệm dựa trên huyết thanh hay nước tiểu.

Tuy nhiên, dữ liệu về giá trị và độ phù hợp của phương pháp này ở nhóm bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính còn hạn chế, đặc biệt trên quần thể người Việt Nam. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá độ phù hợp của xét nghiệm *Helicobacter pylori* qua phân với xét nghiệm nhanh urease trong nhóm bệnh nhân có hình ảnh viêm dạ dày mạn tính trên nội soi, từ đó cung cấp thêm dẫn chứng khoa học về hiệu quả của phương pháp này trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện tại Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật và Phòng khám Đa khoa Hoàng Long từ tháng 08/2023 đến tháng 05/2024.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân (≥ 18 tuổi) có hình ảnh viêm dạ dày mạn tính trên nội soi theo phân loại Kyoto (phân độ viêm teo từ C1 theo phân loại Kimura), có chỉ định làm xét nghiệm *H. pylori* bằng phương pháp xét nghiệm test nhanh urease trong nội soi (RUT) và xét nghiệm kháng nguyên qua phân (SAT). Nghiên cứu loại trừ những bệnh nhân đang sử dụng thuốc ức chế proton (PPI), bismuth, kháng sinh trong vòng 04 tuần tính từ thời điểm tham gia; bệnh nhân có rối loạn đông máu, xơ gan, giảm tiểu cầu không thực hiện được test nhanh urease; bệnh nhân đang bị tiêu chảy, táo bón không lấy được mẫu phân; bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng và các bệnh lý thần kinh.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu không tính cỡ mẫu, tiến hành chọn mẫu thuận tiện, kết quả có 40 bệnh nhân được đưa vào phân tích.

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám và có chỉ định nội soi dạ dày tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long, có kết quả là viêm dạ dày mạn theo phân loại Kyoto (Bảng 1) và được thực hiện test nhanh urease. Bệnh nhân sàng lọc các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, và được mời tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu viên sẽ giải thích và hướng dẫn bệnh nhân quy trình lấy mẫu phân để thực hiện xét nghiệm định tính kháng nguyên *H. pylori* trong phân.

Bảng 1: Phân loại Kyoto

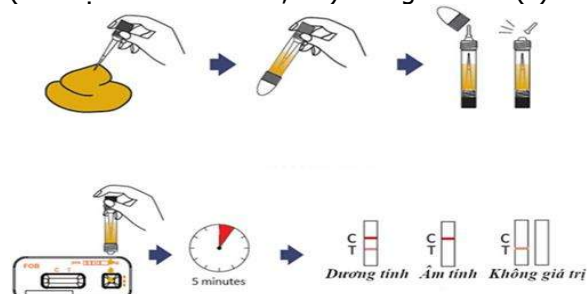
Phân loại Kyoto		Điểm
Viêm teo	C0	0
	C1	0
	CII - CIII	1
	OI - OIII	2
Dị sản ruột	Không	0
	Dị sản chỉ ở hang vị	1
	Dị sản đến thân vị	2
Phì đại nếp niêm mạc	Không	0
	Có	1
Niêm mạc lẫn sân	Không	0
	Có	1
Ban đỏ lan tỏa	Không	0
	Nhẹ (còn RAC)	1
	Nặng (mất RAC)	2
Điểm Kyoto		0 - 8

Kỹ thuật nghiên cứu: Bệnh nhân được thực hiện 02 phương pháp xét nghiệm kiểm tra *H. pylori*, thực hiện theo quy trình thường quy của phòng phám. Trong đó:

- Xét nghiệm nhanh urease trong nội soi (CLO test): Mẫu sinh thiết gồm 2 mảnh, 1 mảnh ở hang vị và 1 mảnh ở thân vị sẽ được đưa vào môi trường có chứa urea và một chất chỉ thị

màu, xét nghiệm đọc kết quả sau 20 phút.

- Xét nghiệm định tính kháng nguyên trong phân – Quick Chaser H. pylori (QCP): Là xét nghiệm miễn dịch sắc ký dựa trên kháng thể đơn dòng được sản xuất bởi Công ty Mizuho Medy Co. Ltd, Nhật Bản đưa ra kết quả sau 10 phút. Độ nhạy và độ đặc hiệu theo báo cáo của nhà sản xuất là so với xét nghiệm miễn dịch sắc ký (lần lượt là 95,3% và 94,7%) và phương pháp ELISA (lần lượt là 100% và 92,6%) tương đối cao (5).



Hình 1: Quy trình thực hiện kỹ thuật xét nghiệm định tính kháng nguyên trong phân

Xử lý số liệu: Nghiên cứu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm Stata 17. Biến định tính được mô tả bằng số đếm (tỷ lệ, %), các biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn, SD). Để xác định mức độ phù hợp và độ chính xác của phương pháp chẩn đoán, sử dụng Kappa, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính và âm tính. Kiểm định khi bình phương được sử dụng để so sánh đặc điểm tổn thương trên nội soi và tình trạng nhiễm H. pylori. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh, Trường Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân được giải thích về nguy cơ, lợi ích và quy trình khi tham gia nghiên cứu và chỉ tiến hành thu thập các thông tin khi bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi trung bình của 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $53,8 \pm 11,6$, tỷ lệ nam giới – nữ giới gần tương đương nhau. Triệu chứng được báo cáo nhiều nhất tại thời điểm thu tuyển là: đau thượng vị (47,5%), đầy bụng (30%), ợ chua (30%), ợ hơi (27,5%) và trào ngược (27,5%). Trên kết quả nội soi, nghiên cứu không ghi nhận bệnh nhân có hình ảnh phì đại nếp niêm mạc và niêm mạc lần sờn trên nội soi. 40 bệnh nhân có hình ảnh viêm teo (C1 – C2), 4 bệnh nhân có dị sản ruột (chỉ ở hang vị) và 38 bệnh nhân có hình ảnh ban đỏ lan tỏa.

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả, n (%)
Giới (n=40), nam		20 (50)
Tuổi, TB ± SD		53,8 ± 11,6 (min-max: 30-73)
Triệu chứng lâm sàng		
Đau thượng vị		19 (47,5)
Ợ chua		12 (30)
Đầy bụng		12 (30)
Ợ hơi		11 (27,5)
Trào ngược		11 (27,5)
Buồn nôn		5 (12,5)
Mệt mỏi		4 (10)
Gầy sút cân		4 (10)
Nóng rát		3 (7,5)
Nôn		1 (2,5)
Đặc điểm nội soi		
Viêm teo	CI	33 (82,5)
	CII	7 (17,5)
Dị sản ruột	Không	36 (90)
	Dị sản chỉ ở hang vị	4 (10)
	Dị sản đến thân vị	0 (0)
Phì đại nếp niêm mạc		0 (0)
Niêm mạc lần sờn		0 (0)
Ban đỏ lan toả	Không	2 (5)
	Nhẹ (còn RAC)	32 (80)
	Nặng (mất RAC)	6 (15)
Điểm Kyoto	< 2	27 (67,5)
	≥ 2	13 (32,5)

3.2. Mức độ phù hợp giữa hai phương pháp xét nghiệm. Tỷ lệ bệnh nhân dương tính với H. pylori bằng phương pháp RUT (17 bệnh nhân – 42,5%) cao hơn so với SAT (13 bệnh nhân – 32,5%). Độ nhạy và độ đặc hiệu của test kháng nguyên trong phân lần lượt là 58,8% và 87%, giá trị chẩn đoán dương tính, âm tính lần lượt là 76,9% và 74,1% khi so sánh với RUTs. Tỷ lệ phần trăm phù hợp của phương pháp xét nghiệm kháng nguyên trong phân so với xét nghiệm urease trong nội soi là 75%. Chỉ số Kappa (0,47) cho thấy khả năng phù hợp chẩn đoán ở mức độ trung bình (Bảng 3).

Bảng 3. Độ phù hợp chẩn đoán giữa hai phương pháp xét nghiệm

		RUTs		Tổng	Tỷ lệ phù hợp (%)	Kappa
		Dương tính (+)	Âm tính (-)			
SAT	Dương tính (+)	20	7	27	75	0,47
	Âm tính (-)	3	10	13		
Tổng		23	17	40		

3.3. Mối liên quan giữa tình trạng nhiễm H. pylori và đặc điểm tổn thương trên nội soi

Có mối liên quan giữa kết quả của SAT và hình ảnh ban đỏ lan tỏa trên nội soi ($p < 0,05$). Đối với những bệnh nhân ban đỏ lan tỏa nặng, tỷ lệ dương tính *H. pylori* cao hơn ở cả hai

phương pháp. Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân có điểm Kyoto ≥ 2 có tỷ lệ nhiễm cao hơn có ý nghĩa ở cả hai phương pháp chẩn đoán ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng nhiễm *H. pylori* và đặc điểm tổn thương trên nội soi

Tổn thương trên nội soi		RUT, n(%)		p	SAT, n(%)		p
		-	+		-	+	
Teo niêm mạc dạ dày	Mức độ nhẹ (C1)	21 (91,3)	12 (70,6)	0,09	23 (85,2)	10 (76,9)	0,52
	Mức độ vừa (C2)	2 (8,7)	5 (29,4)		4 (14,8)	3 (23,1)	
Dị sản ruột	Không	22 (95,7)	14 (82,4)	0,17	25 (92,6)	11 (84,6)	0,43
	Dị sản chỉ ở hang vị	1 (4,4)	3 (17,7)		2 (7,4)	2 (15,4)	
Ban đỏ lan tỏa	Nhẹ (còn RAC)	20 (86,9)	12 (70,6)	0,41	25 (92,6)	7 (53,6)	0,001
	Nặng (mất RAC)	2 (8,7)	4 (23,5)		0	6 (46,2)	
Kyoto	< 2	19 (82,6)	8 (47,1)	0,02	22 (81,5)	5 (38,5)	0,007
	≥ 2	4 (17,4)	9 (52,9)		5 (18,5)	8 (61,5)	

Chú thích: (-) âm tính, (+) dương tính

IV. BÀN LUẬN

40 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính theo phân loại Kyoto được đưa vào phân tích, độ tuổi trung bình là $53,8 \pm 11,6$ tuổi, với tỷ lệ nam - nữ là 1 - 1. Các triệu chứng phổ biến nhất được ghi nhận là đau thượng vị, ợ chua và đầy bụng (lần lượt là 47,5% và 30%). Kết quả này tương tự tần suất triệu chứng ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn trong nghiên cứu của Phạm Hồng Khánh, đau thượng vị (44,6%) và ợ chua (40%) là các triệu chứng gặp nhiều nhất (6). Về đặc điểm viêm dạ dày mạn tính trên nội soi theo phân loại Kyoto, nghiên cứu không ghi nhận bệnh nhân có hình ảnh phì đại nếp niêm mạc hay niêm mạc lằn sần. Viêm teo và ban đỏ lan tỏa là hai đặc điểm phổ biến nhất, trong đó: 100% bệnh nhân có hình ảnh viêm teo từ CI - CII (CI chiếm 82,5%), hình ảnh ban đỏ lan tỏa nhẹ và nặng lần lượt là 80% và 15%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hường, viêm teo CI: 27,7%, ban đỏ lan tỏa nhẹ và nặng lần lượt là: 11,5% và 10,8% (7).

Tỷ lệ phát hiện dương tính *H. pylori* với phương pháp RUT cao hơn so với SAT. Kết quả SAT âm tính có thể do mật độ *H. pylori* trong dạ dày thấp dẫn đến nồng độ kháng nguyên ở mức thấp. Xét nghiệm kháng nguyên *H. pylori* trong phân có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 58,8% và 87% so với phương pháp xét nghiệm nhanh urease trong nội soi (RUT). Với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp này có thể bỏ sót một số trường hợp nhiễm *H. pylori*. Nghiên cứu của Toshihiko Kakiuchi báo cáo độ nhạy của SAT cùng loại dựa trên xét nghiệm RUT và nuôi cấy là 92,3%, cao hơn nhiều so với kết quả của nghiên cứu này (8). Chỉ số Kappa (0,47) phản ánh mức độ phù hợp trung bình giữa hai phương pháp. Kết quả này cũng có thể

do hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu nhỏ nên có thể ảnh hưởng đến độ tin cậy trong chẩn đoán. Các bệnh nhân tham gia đều được chẩn đoán viêm teo dạ dày mạn tính và nghiên cứu không sử dụng phương pháp PCR để xác định chính xác sự tồn tại vi khuẩn *H. pylori* trong dạ dày. Tuy nhiên nghiên cứu vẫn ghi nhận tỷ lệ phù hợp chung là 75% cũng cho thấy xét nghiệm SAT có thể được sử dụng như một công cụ hỗ trợ chẩn đoán hoặc tầm soát tại cộng đồng nếu như không đủ điều kiện để thực hiện RUTs hay các phương pháp xâm lấn khác khác. Tuy nhiên, SAT có thể chưa đủ để chẩn đoán xác định trong thực hành lâm sàng, cần kết hợp thêm với các xét nghiệm khác để đảm bảo tính chính xác.

Nghiên cứu chúng tôi cũng phân tích mối liên quan giữa tình trạng nhiễm *H. pylori* theo cả hai phương pháp và đặc điểm tổn thương trên nội soi ở nhóm bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính. Kết quả cho thấy ở nhóm bệnh nhân ban đỏ lan tỏa nặng, tỷ lệ nhiễm *H. pylori* được xác định bằng SAT cao hơn có ý nghĩa so với nhóm ban đỏ lan tỏa nhẹ và có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm *H. pylori* và hình ảnh ban đỏ lan tỏa trên nội soi ($p < 0,05$). Hình ảnh ban đỏ trên nội soi có giá trị trong chẩn đoán tình trạng nhiễm *H. pylori* cũng được chứng minh trong nhiều nghiên cứu khác (7, 9). Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều ghi nhận hình ảnh viêm teo trên nội soi từ CI - CII theo phân loại Kyoto, không ghi nhận trường hợp nào viêm teo nặng. Các nghiên cứu trước đây báo cáo bệnh nhân viêm teo dạ dày nặng dẫn đến giảm số lượng vi khuẩn *H. pylori*, gây ra kết quả âm tính giả (10). Do đó, đây cũng có thể là lý do dẫn đến tỷ lệ dương tính với *H. pylori* thấp trong nghiên cứu này. Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa nhóm viêm teo và

tình trạng nhiễm H. pylori dựa trên cả hai phương pháp chẩn đoán trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Osamu Toyoshima báo cáo điểm Kyoto ≥ 2 có thể dự đoán tình trạng nhiễm H. pylori với độ chính xác khoảng 90%. Trong nghiên cứu này, những bệnh nhân có điểm Kyoto ≥ 2 có tỷ lệ dương tính H. pylori cao hơn ở cả hai phương pháp chẩn đoán.

V. KẾT LUẬN

Xét nghiệm kháng nguyên H. pylori trong phân có độ đặc hiệu ở mức chấp nhận được nhưng độ nhạy còn hạn chế và có mức độ phù hợp trong chẩn đoán trung bình so với phương pháp RUT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li Y, Choi H, Leung K, Jiang F, Graham DY, Leung WK. Global prevalence of Helicobacter pylori infection between 1980 and 2022: a systematic review and meta-analysis. The lancet Gastroenterology & hepatology. 2023;8(6):553-64.
2. Chen Y-C, Malfertheiner P, Yu H-T, Kuo C-L, Chang Y-Y, Meng F-T, et al. Global prevalence of Helicobacter pylori infection and incidence of gastric cancer between 1980 and 2022. Gastroenterology. 2024;166(4):605-19.
3. Dao LV, Dao HV, Nguyen HT, Vu VT, Tran ATN, Dat VQ, et al. Helicobacter pylori infection and eradication outcomes among Vietnamese patients in the same households: Findings from a

- non-randomized study. Plos one. 2021; 16(11):e0260454.
4. Quach DT, Mai BH, Tran MK, Dao LV, Tran HV, Vu KT, et al. Vietnam Association of Gastroenterology (VNAGE) consensus on the management of Helicobacter pylori infection. Front Med (Lausanne). 2022;9:1065045.
5. Mizuho Medy Co. L. Helicobacter pylori antigen kit: Quick Chaser H. pylori [Available from: https://www.mizuho-m.co.jp/en/product/product_details/000640.php?iryou_en=1.
6. Phạm HK, Trần THT, Nguyễn QD, Vũ VK. Tần suất và các yếu tố độc lực của Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;505(2).
7. Hường NT, Quang PMN, Thắng DM. Giá trị của thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính trên 60 tuổi. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy. 2023.
8. Kakiuchi T, Okuda M, Hashiguchi K, Imamura I, Nakayama A, Matsuo M. Evaluation of a novel stool antigen rapid test kit for detection of Helicobacter pylori infection. Journal of clinical microbiology. 2019;57(3): 10.1128/jcm.01825-18.
9. Yagi K, Nakamura A, Sekine A. Characteristic endoscopic and magnified endoscopic findings in the normal stomach without Helicobacter pylori infection. Journal of gastroenterology and hepatology. 2002;17(1):39-45.
10. Qiu E, Li Z, Han S. Methods for detection of Helicobacter pylori from stool sample: current options and developments. Brazilian Journal of Microbiology. 2021;52(4):2057-62.

U PHẦN MỀM NÔNG: MỐI QUAN HỆ GIỮA U VÀ MẠC CƠ TRÊN CỘT HƯỞNG TỬ TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH VÀ ÁC TÍNH

Hoàng Mai Anh^{1,2}, Đinh Thu Hằng²,
Nguyễn Văn Tuấn³, Nguyễn Duy Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá mối quan hệ giữa khối u và mạc cơ trên phim chụp cộng hưởng từ (MRI) của u phần mềm nông, từ đó cho phép phân biệt giữa tổn thương lành tính và ác tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 163 bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học là u phần mềm nông. Tất cả bệnh nhân đều được chụp MRI thường quy trước khi phẫu thuật hoặc sinh thiết từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 8 năm 2024. Các dữ liệu về chụp MRI trước phẫu thuật, kết quả mô

bệnh học đều được thu thập hồi cứu. Mối quan hệ giữa khối u và mạc cơ được chia làm 5 nhóm và chúng tôi phân tích khả năng lành tính và ác tính ở mỗi nhóm. Nhóm 1: bao gồm các tổn thương không tiếp xúc với mạc cơ. Nhóm 2: các tổn thương có tiếp xúc với mạc cơ tối thiểu với các góc nhọn. Nhóm 3: các tổn thương có diện tích tiếp xúc với mạc cơ lớn hơn với các góc nhọn hoặc góc vuông lớn hơn. Nhóm 4: các tổn thương tiếp xúc với mạc cơ rộng hơn với các góc tiếp xúc tù. Nhóm 5: tổn thương xuyên qua mạc cơ. **Kết quả:** Trong 163 bệnh nhân, có 115 bệnh nhân có tổn thương lành tính và 48 bệnh nhân có tổn thương ác tính. Đặc điểm khối u xâm lấn qua lớp mạc cơ (nhóm 5) ($p=0.02$) cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa u phần mềm nông lành tính và ác tính. Xác suất một khối u phần mềm nông xâm lấn qua lớp mạc cơ là ác tính cao hơn 3.5 lần so với khối u lành tính. **Kết luận:** MRI có giá trị trong việc xác định mối quan hệ giữa khối u phần mềm nông và mạc cơ. Đặc điểm xâm lấn qua lớp mạc cơ rất có ý nghĩa gợi ý chẩn đoán u phần mềm nông ác tính.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hùng

Email: nguyenduyhung1612@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025