ISSN: 1859-1779

Tổng quan

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(12):10-18
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.02

Quản lý tổn thương tiền ung thư dạ dày: từ khuyến cáo đến thực hành lâm sàng tại Việt Nam

Vũ Thị Hạnh Như[1,2,*], Trần Lê Thanh Trúc[2], Nguyễn Quốc Phong[2], Phan Tuấn Vũ[2], Nguyễn Tấn An[2], Huỳnh Văn Khóe[2]

[1]Bộ Môn Nội Tổng Quát, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Khoa Nội soi, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Ung thư dạ dày là gánh nặng y tế lớn tại Việt Nam với tỷ lệ mới mắc đứng đầu khu vực Đông Nam Á. Quản lý hiệu quả các tổn thương tiền ung thư dạ dày (UTDD) bao gồm viêm dạ dày mạn teo, chuyển sản ruột, loạn sản có ý nghĩa quan trọng trong việc giảm tỷ lệ mắc và tử vong. Trong giai đoạn 2025-2026, các hướng dẫn quốc tế từ Châu Âu (MAPS III), Mỹ (ACG) và Châu Á - Thái Bình Dương (APAGE) đã cập nhật những thay đổi quan trọng, nhấn mạnh vai trò của nội soi chất lượng cao và các phân loại trên nội soi như Kimura-Takemoto, EGGIM trong phân tầng nguy cơ. Bài tổng quan này tổng hợp các khuyến cáo và phân tích thực trạng tại Việt Nam, nơi có tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* cao và tình trạng đề kháng sinh ngày càng gia tăng. Do nguồn lực y tế còn hạn chế, việc ứng dụng các phân loại trên nội soi giúp tối ưu hóa nguồn lực thông qua sinh thiết chọn lọc. Việc theo dõi các tổn thương tiền UTDD nên áp dụng theo khuyến cáo của vùng Châu Á-Thái Bình Dương cập nhật năm 2026, đồng thời cần chú trọng các trường hợp nguy cơ cao như tiền căn gia đình thế hệ thứ nhất bị ung thư dạ dày hoặc nhiễm *Helicobacter pylori* dai dẳng.
Từ khóa: ung thư dạ dày; tổn thương tiền ung thư; viêm dạ dày mạn teo; chuyển sản ruột; loạn sản

Abstract

MANAGEMENT OF GASTRIC PREMALIGNANT CONDITIONS: FROM GUIDELINES TO CLINICAL PRACTICE IN VIETNAM

Vu Thi Hanh Nhu, Tran Le Thanh Truc, Nguyen Quoc Phong, Phan Tuan Vu, Nguyen Tan An, Huynh Van Khoe

Gastric cancer remains a major health burden in Vietnam, with the highest incidence rate in Southeast Asia. Effective management of gastric premalignant conditions, including chronic atrophic gastritis, intestinal metaplasia, and dysplasia, plays a crucial role in reducing both the incidence and mortality of GC. During 2025-2026, international guidelines from Europe (MAPS III), the United States (ACG), and the Asia-Pacific region (APAGE) introduced important

Ngày nhận bài: 13-05-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 30-09-2026 / Ngày đăng bài: 05-10-2026
*Tác giả liên hệ: Vũ Thị Hạnh Như. Bộ Môn Nội Tổng Quát, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.
E-mail: vuhanhnhu@ump.edu.vn
© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

updates, emphasizing the role of high-quality endoscopy and endoscopic classifications, such as Kimura-Takemoto and EGGIM, for risk stratification. This review summarizes these guidelines and analyzes the current situation in Vietnam, where the prevalence of *Helicobacter pylori* infection remains high and antibiotic resistance rates are increasing. Due to limited healthcare resources, the application of these endoscopic classifications helps optimize resource utilization through targeted biopsy strategies. Surveillance of precancerous gastric lesions should follow the updated 2026 Asia-Pacific recommendations, with particular attention to high-risk individuals such as those with a first-degree family history of gastric cancer or persistent *Helicobacter pylori* infection.

Keywords: gastric cancer; gastric premalignant conditions; atrophic gastritis; intestinal metaplasia; dysplasia

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là nước có tỷ lệ ung thư dạ dày (UTDD) cao nhất trong các nước Đông Nam Á với tỷ lệ mới mắc là 13,4/100.000 dân [1]. Quá trình sinh UTDD diễn tiến qua nhiều giai đoạn, bao gồm các tổn thương tiền ung thư như viêm dạ dày mạn teo, chuyển sản ruột và loạn sản [2]. Việc chẩn đoán sớm và quản lý hiệu quả các tổn thương này có ý nghĩa quan trọng trong việc giảm tỷ lệ mắc và tử vong do UTDD.

Giai đoạn 2025–2026 đánh dấu một bước ngoặt quan trọng trong quản lý tổn thương tiền UTDD với sự ra đời của ba hướng dẫn đồng thuận lớn từ các hiệp hội uy tín trên thế giới bao gồm MAPS III (Châu Âu), ACG (Mỹ) và đặc biệt là APAGE (Châu Á - Thái Bình Dương) [3-5]. Các khuyến cáo này lần đầu tiên đề nghị sử dụng các phân loại trên nội soi để phân tầng nguy cơ và theo dõi cho bệnh nhân có tổn thương tiền UTDD cũng như đề xuất khoảng thời gian theo dõi rõ ràng. Tuy nhiên, việc áp dụng các khuyến cáo này vào thực hành lâm sàng tại Việt Nam vẫn còn gặp nhiều thách thức. Vì vậy, bài tổng quan này nhằm tổng hợp các khuyến cáo cập nhật, đồng thời phân tích những điểm phù hợp và thách thức khi áp dụng vào thực tiễn tại Việt Nam.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN TẦNG NGUY CƠ CÁC TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ DẠ DÀY

Việc chẩn đoán chính xác và phân tầng nguy cơ các tổn thương tiền UTDD có vai trò then chốt trong chiến lược quản lý bệnh nhân, giúp cá thể hóa việc quản lý cũng như tối ưu hóa nguồn lực y tế. Theo các khuyến cáo, tổn thương tiền UTDD cần được chẩn đoán bằng hình ảnh nội soi tiêu hóa trên chất lượng cao và đánh giá mô bệnh học chuẩn mực [3-5].

2.1. Nội soi tiêu hóa trên chất lượng cao

Các khuyến cáo đều nhấn mạnh nội soi chất lượng cao là yếu tố quyết định để chẩn đoán các tổn thương tiền UTDD [3-5]. Các yêu cầu của nội soi chất lượng cao bao gồm:

- Làm sạch niêm mạc và bơm hơi đủ: cần sử dụng các chất tiêu nhầy (N-acetylcysteine, pronase) và chất chống tạo bọt (simethicone) uống trước nội soi hoặc rửa niêm mạc dạ dày để đảm bảo niêm mạc được quan sát tối ưu [6]. Đồng thời, cần bơm hơi đầy đủ để làm phẳng các nếp gấp dạ dày, giúp quan sát rõ toàn bộ niêm mạc [5].

- Thời gian nội soi đảm bảo và chụp hình đầy đủ: thời gian nội soi tối thiểu phải đạt 7 phút [7]. Việc quan sát kỹ lưỡng kết hợp với chụp hình hệ thống toàn bộ dạ dày giúp giảm đáng kể tỷ lệ bỏ sót tổn thương. Tuy nhiên, trong bối cảnh các cơ sở y tế tại Việt Nam thường chịu áp lực lớn về số lượng người bệnh và số ca nội soi, ngưỡng thời gian 7 phút có thể khó áp dụng rộng rãi. Các nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ phát hiện tổn thương tiền ung thư đường tiêu hóa trên ở nhóm có thời gian quan sát khi rút máy trên 3 phút cao hơn so với nhóm có thời gian quan sát ngắn hơn [8,9]. Vì vậy, ngưỡng trên 3 phút có thể được cân nhắc như một mục tiêu tối thiểu khả thi trong thực hành tại Việt Nam. Tuy nhiên, việc nâng cao chất lượng nội soi cần kết hợp giữa thời gian quan sát phù hợp, quy trình khảo sát niêm mạc có hệ thống, chất lượng làm sạch và chụp ảnh đầy đủ các vị trí giải phẫu. Cần có thêm các nghiên cứu trong nước để xác định ngưỡng thời gian phù hợp, vừa bảo đảm khả năng phát hiện tổn thương, vừa đáp ứng điều kiện nguồn lực thực tế tại Việt Nam.

- Sử dụng nội soi ánh sáng trắng độ phân giải cao và nội soi tăng cường hình ảnh: các công nghệ nội soi tăng cường hình ảnh bao gồm dải tần hẹp (narrow band imaging: NBI), ánh

sáng xanh (blue light imaging: BLI), màu liên kết (linked colour imaging: LCI), tăng cường kết cấu và màu sắc (texture and colour enhancement imaging: TXI). Việc kết hợp này không chỉ làm tăng tỷ lệ phát hiện các tổn thương tiền UTDD mà còn hỗ trợ định hướng sinh thiết chính xác hơn [5].

2.2. Các phân loại trên nội soi

Ba phân loại nội soi đã được kiểm chứng dựa trên tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học, bao gồm phân loại Kimura-Takemoto, phân loại Kyoto và thang điểm EGGIM [10-12].

Phân loại Kimura-Takemoto

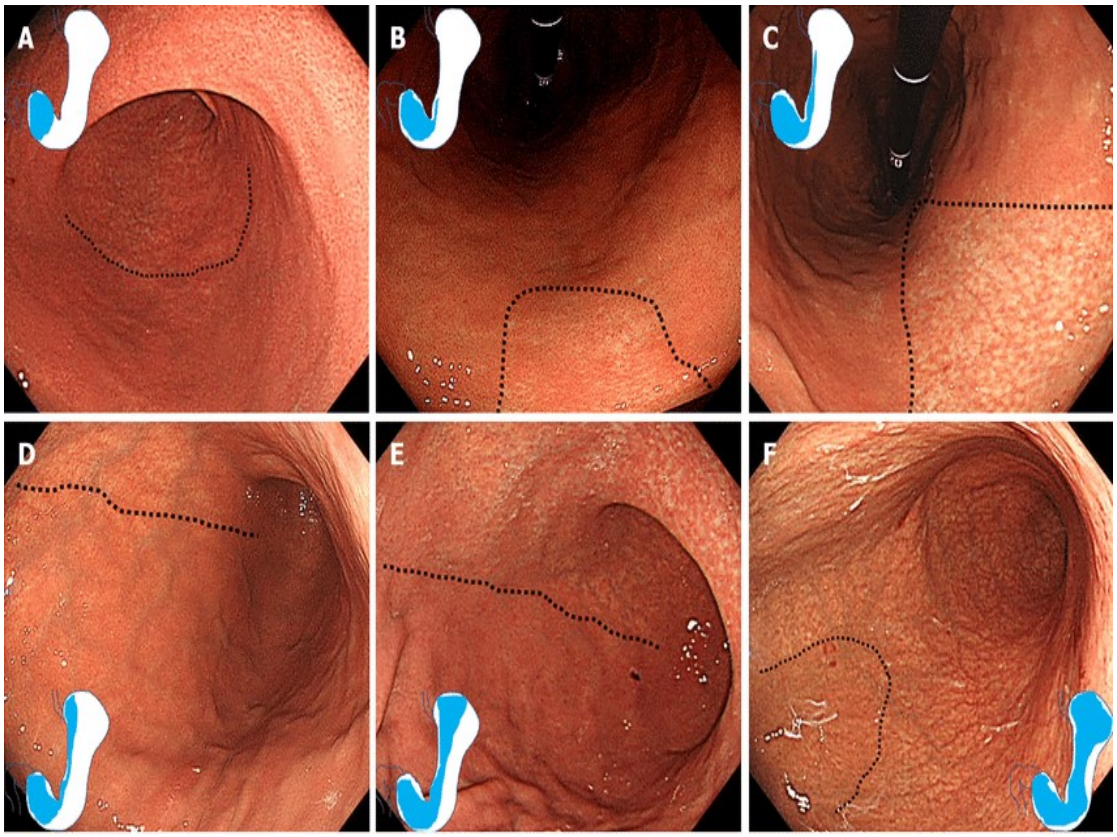
Dựa trên việc xác định ranh giới teo niêm mạc trên hình ảnh nội soi ánh sáng trắng. Phạm vi teo được chia thành hai nhóm chính: dạng đóng (từ C1 đến C3) khi ranh giới teo chưa vượt qua tâm vị và dạng mở (từ O1 đến O3) khi ranh giới teo đã lan rộng lên toàn bộ thân vị và phình vị (Hình 1) [10]. Teo niêm mạc dạng mở có ý nghĩa quan trọng trong việc tiên lượng, vì liên quan đáng kể đến nguy cơ UTDD với tỷ số chênh là 2,5 [13].

Phân loại Kyoto

Đánh giá năm đặc điểm trên nội soi ánh sáng trắng và tính điểm ở mỗi đặc điểm bao gồm: teo niêm mạc theo phân loại Kimura-Takemoto, chuyển sản ruột, viêm sung huyết niêm mạc lan tỏa, nếp gấp niêm mạc phì đại và viêm dạng nốt. Tổng điểm Kyoto ≥ 4 làm tăng nguy cơ UTDD rõ rệt với tỷ số chênh lên đến 7,3 [14].

Thang điểm EGGIM (Endoscopic Grading of Gastric Intestinal Metaplasia)

Sử dụng nội soi tăng cường hình ảnh để đánh giá tình trạng chuyển sản ruột tại năm vị trí của dạ dày bao gồm: bờ cong lớn và nhỏ ở hang vị, bờ cong lớn và nhỏ ở thân vị, góc bờ cong nhỏ. Mỗi vị trí được đánh giá 0 điểm (không có chuyển sản ruột), 1 điểm (chuyển sản ruột khu trú ≤ 30%) hoặc 2 điểm (chuyển sản ruột lan tỏa > 30%) (Hình 2). Tổng điểm EGGIM ≥ 5 có giá trị dự đoán cao chuyển sản ruột lan tỏa và các giai đoạn mô bệnh học nguy cơ cao [12].



Hình 1. Phạm vi teo được chia thành hai nhóm chính: dạng đóng (C-Closed type) và dạng mở (O-Opened type). A: C1 (ranh giới teo chỉ giới hạn ở hang vị). B: C2 (ranh giới teo vượt qua góc bờ cong nhỏ nhưng chỉ giới hạn ở ½ dưới bờ cong nhỏ). C: C3 (ranh giới teo vượt quá ½ bờ cong nhỏ, nhưng chưa lan qua tâm vị). D: O1 (teo lan đến đáy vị vượt qua tâm vị; ranh giới teo nằm giữa bờ cong nhỏ và thành trước). E: O2 (ranh giới teo nằm trên thành trước). F: O3 (teo lan rộng, ranh giới teo nằm giữa thành trước và bờ cong lớn). Nguồn Kimura K, 2020 [10]

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.02

Hình 2. Thang điểm EGGIM từ 0-10 điểm đánh giá tình trạng chuyển sản ruột tại 5 vùng của dạ dày. Nguồn Esposito G, 2019 [12]

2.3. Chẩn đoán trên mô bệnh học

Mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và phân tầng nguy cơ tổn thương tiền UTDD.

Quy trình sinh thiết hệ thống (theo phân loại Sydney cải tiến)

Các khuyến cáo đề nghị sinh thiết tại ít nhất năm vị trí, cụ thể ba mẫu là tại vùng hang vị (bờ cong lớn và bờ cong nhỏ), góc bờ cong nhỏ để chung trong một lọ và hai mẫu tại vùng thân vị (bờ cong nhỏ và lớn) để vào một lọ riêng. Ngoài ra, nếu phát hiện bất kỳ tổn thương nghi ngờ nào, cần thực hiện sinh thiết tại vị trí này và để vào lọ riêng [3].

Phân loại OLGA (Operative Link on Gastritis Assessment) và OLGIM (Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessment)

Dựa trên quy trình sinh thiết hệ thống năm vị trí theo phân loại Sydney cải tiến. Bác sĩ giải phẫu bệnh đánh giá mức độ của viêm teo (OLGA) và chuyển sản ruột (OLGIM) từ giai đoạn 0 đến IV giúp tiên lượng nguy cơ UTDD. Các giai đoạn tiến triển (OLGA/OLGIM III-IV) là nhóm có nguy cơ UTDD cao nhất, cần được theo dõi chặt chẽ [3].

Phân loại chuyển sản ruột: cần được bác sĩ giải phẫu bệnh phân loại là dạng hoàn toàn, không hoàn toàn hay hỗn hợp, vì chuyển sản ruột không hoàn toàn liên quan đến nguy cơ UTDD cao hơn rõ rệt [15].

Phân loại loạn sản

Cần được phân loại thành độ thấp và độ cao theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới hoặc của Hiệp Hội Ung thư Dạ Dày Nhật. Khuyến cáo của Hội Tiêu Hóa Mỹ lưu ý rằng mọi mẫu sinh thiết nghi ngờ loạn sản (kể cả nhóm không xác định) cần được hội chẩn bởi bác sĩ giải phẫu bệnh chuyên khoa tiêu hóa để tránh sai lệch kết quả [4].

3. CHIẾN LƯỢC THEO DÕI CÁC BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ DẠ DÀY

Chiến lược theo dõi nên được cá thể hóa dựa trên việc phân tầng nguy cơ trên nội soi và kết quả mô bệnh học.

3.1. Nhóm tổn thương mức độ tiến triển

Bệnh nhân thuộc nhóm này có nguy cơ tiến triển thành UTDD cao nhất và cần có chiến lược theo dõi chặt chẽ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: bao gồm các trường hợp viêm teo hoặc chuyển sản ruột mức độ nặng, lan rộng cả hang vị và thân vị, tương ứng với OLGA/OLGIM giai đoạn III và IV hoặc chuyển sản ruột không hoàn toàn. Trên nội soi, nhóm này được xác định khi thang điểm EGGIM ≥ 5 điểm hoặc phân loại Kimura-Takemoto từ C3 trở lên.

Thời gian theo dõi: Hội Tiêu Hóa Châu Á-Thái Bình Dương khuyến cáo theo dõi bằng nội soi mỗi 2 năm [5]. Trong khi đó, hướng dẫn Hội Tiêu Hóa Mỹ và Châu Âu đề xuất thời gian theo dõi cho nhóm tổn thương này là mỗi 3 năm [3,4].

Yếu tố nguy cơ đặc biệt: đối với các bệnh nhân nhóm này nếu có thân nhân thế hệ thứ nhất mắc UTDD thì thời gian theo dõi nên được rút ngắn xuống còn mỗi 1-2 năm [3].

3.2. Nhóm tổn thương mức độ trung bình

Tiêu chuẩn chẩn đoán: bao gồm các trường hợp viêm teo hoặc chuyển sản ruột mức độ trung bình, tương ứng với OLGA/OLGIM giai đoạn II. Trên nội soi, nhóm này được xác định khi thang điểm EGGIM từ 0-4 điểm hoặc phân loại Kimura-Takemoto từ C1-C2.

Thời gian theo dõi: Hội Tiêu Hóa Châu Á-Thái Bình Dương khuyến cáo theo dõi bằng nội soi mỗi 3 năm [5]. Khuyến cáo của Hội Tiêu Hóa Mỹ và Châu Âu không đề xuất theo dõi ngoại trừ các trường hợp nguy cơ cao như chuyển sản ruột không hoàn toàn, nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) dai dẳng, tiền sử gia đình có thân nhân thế hệ thứ nhất mắc UTDD [3,4].

3.3. Nhóm tổn thương mức độ nhẹ

Tiêu chuẩn chẩn đoán: bao gồm các trường hợp viêm teo hoặc chuyển sản ruột mức độ nhẹ, tương ứng với OLGA/OLGIM giai đoạn I.

Thời gian theo dõi: các khuyến cáo đều không đề xuất theo dõi. Tuy nhiên việc theo dõi cần cá thể hóa đối với các bệnh nhân có chuyển sản ruột không hoàn toàn, nhiễm *H. pylori* dai dẳng, hút thuốc lá, tiền sử gia đình có thân nhân thế hệ thứ nhất mắc UTDD [3-5].

3.4. Nhóm có tổn thương loạn sản

Các khuyến cáo đề nghị cắt bỏ qua nội soi các tổn thương có thể nhìn thấy, với mục tiêu là cắt bỏ toàn bộ tổn thương.

Loạn sản độ thấp: đối với các tổn thương đã được cắt bỏ, cần theo dõi định kỳ mỗi năm.

Loạn sản độ cao: sau khi cắt bỏ tổn thương, bệnh nhân cần được nội soi kiểm tra mỗi 6 tháng trong ít nhất 5 năm đầu, sau đó có thể dãn khoảng thời gian tùy tình trạng niêm mạc còn lại. Nếu phát hiện loạn sản độ cao mà không thấy tổn thương khu trú rõ ràng, cần thực hiện lại nội soi chất lượng cao trong vòng 3 tháng tại các trung tâm chuyên sâu và các bác sĩ giàu kinh nghiệm [4].

Bảng 1. Tổng hợp các hướng dẫn và đồng thuận của ba hiệp hội tiêu hóa lớn trên thế giới về theo dõi các tổn thương tiền UTDD

Đặc điểm / Phân loại	APAGE 2026 [5]	MAPS III 2025 [3]	ACG 2025 [4]
NHẸ ▪ Giải phẫu bệnh: OLGIM I	Không theo dõi thường quy		
TRUNG BÌNH ▪ Giải phẫu bệnh: OLGA/OLGIM II ▪ Nội soi: C1-2, EGGIM 0-4	3 năm	3 năm Khi có yếu tố nguy cơ*	3 năm Khi có yếu tố nguy cơ*
TIẾN TRIỂN ▪ Giải phẫu bệnh: OLGA/OLGIM III-IV, chuyển sản ruột không hoàn toàn ▪ Nội soi: C3+, EGGIM 5+	2 năm	3 năm (1-2 năm nếu có tiền căn gia đình thế hệ thứ nhất ung thư dạ dày)	3 năm

*Yếu tố nguy cơ: tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất mắc ung thư dạ dày, chuyển sản ruột không hoàn toàn, nhiễm *H. pylori* dai dẳng

4. VAI TRÒ CỦA TIỆT TRỪ VI KHUẨN *HELICOBACTER PYLORI*

Tiệt trừ *H. pylori* là can thiệp nền tảng trong quản lý tổn thương tiền UTDD. Theo Hội Tiêu Hóa Châu Á-Thái Bình Dương, chiến lược "xét nghiệm và điều trị" (test-and-treat)

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.02

được khuyến cáo mạnh cho tất cả cá nhân có tổn thương tiền UTDD do làm giảm nguy cơ tiến triển mô bệnh học và quá trình sinh UTDD [5]. Các nghiên cứu cho thấy việc tiệt trừ *H. pylori* giúp giảm 36% nguy cơ UTDD và 22% tỷ lệ tử vong liên quan đến UTDD ở những người nhiễm khuẩn nhưng chưa có tổn thương tân sinh dạ dày [16]. Đặc biệt, ở những bệnh nhân có tổn thương tân sinh ở dạ dày đã được điều trị can thiệp cắt hớt niêm mạc qua nội soi, việc tiệt trừ *H. pylori* giúp giảm 48% nguy cơ UTDD [16].

Đối với nhóm nguy cơ cao như thân nhân bậc một của bệnh nhân UTDD, nghiên cứu cho thấy việc tiệt trừ *H. pylori* mang lại lợi ích phòng ngừa tối ưu khi thực hiện ở độ tuổi trẻ, đặc biệt là từ 25 đến 45 tuổi, giúp giảm 27% nguy cơ UTDD [17]. Khuyến cáo của Châu Âu đề nghị nên tầm soát và tiệt trừ *H. pylori* ở nhóm đối tượng này bằng các phương pháp không xâm lấn ở độ tuổi từ 20 đến 30 tuổi [3]. Ngoài ra, cần thực hiện nội soi tầm soát định kỳ từ độ tuổi 45, hoặc sớm hơn 10 năm so với tuổi khởi phát của người thân để quản lý toàn diện nguy cơ [3].

5. THỰC TẾ LÂM SÀNG TRONG QUẢN LÝ TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ DẠ DÀY TẠI VIỆT NAM

Tại Việt Nam, quản lý tổn thương tiền UTDD đối mặt với những thách thức đặc thù do gánh nặng dịch tễ học nặng nề với tỷ lệ nhiễm vi khuẩn *H. pylori* thuộc nhóm cao nhất thế giới và những giới hạn về nguồn lực y tế.

5.1. Đặc điểm vi khuẩn *H. pylori* và tương tác yếu tố nguy cơ

Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* tại Việt Nam ước tính khoảng 60%, trong đó phần lớn là các chủng có độc lực cao như CagA và VacA [18]. Ngoài ra, tình trạng kháng thuốc với Việt Nam cũng được ghi nhận ở mức rất cao trong thời gian gần đây [19]. Điều này dẫn đến tăng tỷ lệ các tổn thương tiền UTDD. Nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ viêm dạ dày mạn teo và chuyển sản ruột trên bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa trên chiếm tỷ lệ khá cao, lần lượt là 28,8% và 31,8% [20].

Tình trạng nhiễm *H. pylori* và tiền sử gia đình có UTDD có tác dụng hiệp đồng mạnh mẽ trong nghiên cứu của tác giả Quách Trọng Đức [21]. Kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm không nhiễm *H. pylori* và không có tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất bị UTDD thì tuổi phát hiện tổn thương tiền UTDD có ý nghĩa là ở tuổi 41, trong khi nhóm có cả hai yếu tố nguy cơ này thì tuổi phát hiện tổn thương rất sớm từ tuổi 19. Điều này cho thấy chiến lược tầm soát và tiệt trừ *H. pylori* tại Việt Nam cần được thực hiện sớm hơn, đặc biệt là ở các cá nhân có tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất bị UTDD.

5.2. Áp dụng các thang điểm trên nội soi trong phân tầng nguy cơ

Trong bối cảnh nguồn lực giải phẫu bệnh còn hạn chế và chi phí cho các quy trình sinh thiết hệ thống tương đối cao, việc áp dụng các phân loại trên nội soi là giải pháp thực tiễn và tối ưu nhất để phân tầng nguy cơ.

Phân loại Kimura-Takemoto: đã được chứng minh là phân loại đáng tin cậy để chẩn đoán giai đoạn viêm teo niêm mạc dạ dày tại Việt Nam. Nghiên cứu tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy teo niêm mạc trên nội soi mức độ trung bình-nặng tương quan chặt chẽ với giai đoạn cao theo phân loại OLGA trên mô bệnh học với độ nhạy lên đến 100% [22].

Thang điểm EGGIM: nghiên cứu gần đây của tác giả Trịnh Ái Nhi và cộng sự cho thấy thang điểm này có độ chính xác rất cao trong việc chẩn đoán chuyển sản ruột nguy cơ cao, bao gồm là chuyển sản lan rộng hoặc không hoàn toàn với điểm cắt ≥ 5 [23]. Việc áp dụng thang điểm EGGIM giúp các bác sĩ nội soi đưa ra quyết định sinh thiết chọn lọc, giảm bớt gánh nặng của sinh thiết hệ thống.

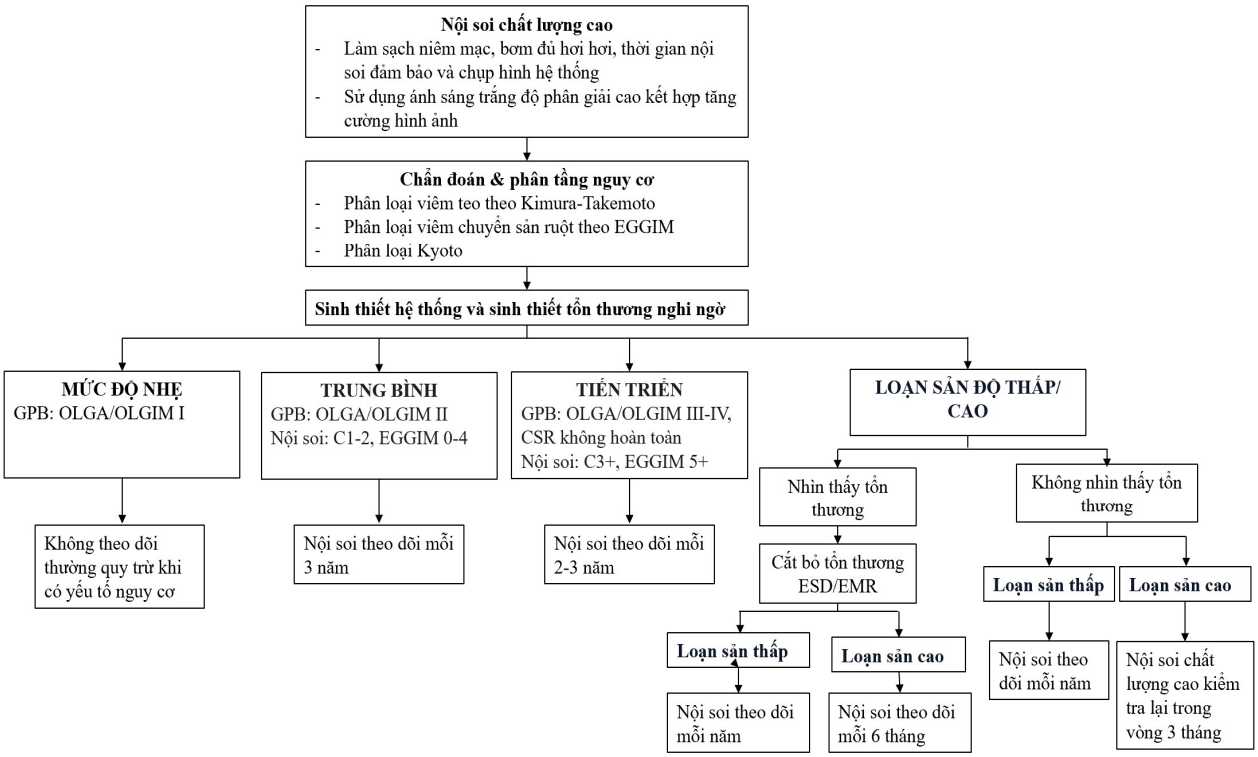
Phân loại Kyoto: nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Nhã Đoan cho thấy điểm cắt của phân loại này ≥ 2 có giá trị tương đương với phân loại Kimura-Takemoto trong chẩn đoán tổn thương tiền UTDD nguy cơ cao [20]. Tuy nhiên, việc đánh giá trên nội soi của phân loại Kyoto tương đối phức tạp hơn và chưa được đưa vào các khuyến cáo để theo dõi các tổn thương tiền UTDD.

5.3. Chiến lược theo dõi cá thể hóa

Việt Nam nằm trong khu vực Châu Á-Thái Bình Dương, là khu vực có tỷ lệ tổn thương tiền UTDD cao, vì vậy nên áp dụng theo khuyến cáo của vùng cập nhật năm 2026. Đối với bệnh nhân có tổn thương mức độ tiến triển và trung bình cần theo dõi bằng nội soi lần lượt mỗi 2 năm và 3 năm. Tuy nhiên

đối với các trường hợp nguy cơ cao như tiền căn gia đình thế hệ thứ nhất bị UTDD, nhiễm *H. pylori* dai dẳng, cần cá thể hóa theo dõi để đảm bảo bệnh nhân được quản lý chặt chẽ và tối ưu.

Vì vậy, việc quản lý tổn thương tiền UTDD tại Việt Nam đòi hỏi tiếp cận toàn diện bao gồm tiệt trừ *H. pylori* đúng chỉ định, áp dụng các phân loại trên nội soi để phân tầng nguy cơ, từ đó giúp giảm bớt gánh nặng của sinh thiết hệ thống cũng như việc thiết lập một lộ trình theo dõi cá thể hóa và chặt chẽ theo các khuyến cáo hiện hành. Hình 3 là lưu đồ đề nghị quản lý tổn thương tiền UTDD tại Việt Nam.



Hình 3. Lưu đồ quản lý tổn thương tiền ung thư dạ dày

6. KẾT LUẬN

UTDD vẫn là gánh nặng y tế lớn trên toàn cầu, trong đó chẩn đoán và phân tầng nguy cơ các tổn thương tiền UTDD đóng vai trò then chốt trong giảm tỷ lệ mắc và tử vong. Các khuyến cáo quốc tế cập nhật nhấn mạnh vai trò của nội soi chất lượng cao, các phân loại trên nội soi và chiến lược theo dõi theo phân tầng nguy cơ. Tại Việt Nam, tỷ lệ tổn thương tiền UTDD tương đối cao tuy nhiên nguồn lực còn hạn chế, vì vậy việc ứng dụng các phân loại trên nội soi giúp giảm bớt gánh nặng của sinh thiết hệ thống. Việc theo dõi các tổn thương tiền UTDD nên áp dụng theo khuyến cáo của vùng Châu Á-Thái Bình Dương cập nhật năm 2026, đồng thời cần chú trọng các trường hợp nguy cơ cao như tiền căn gia đình thế hệ thứ nhất bị UTDD hoặc nhiễm *H. pylori* dai dẳng.

Nguồn tài trợ

Tổng quan này không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Vũ Thị Hạnh Như
https://orcid.org/0000-0003-4208-7813
Trần Lê Thanh Trúc

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.02

https://orcid.org/0000-0002-2050-2839
Nguyễn Quốc Phong
https://orcid.org/0009-0008-0588-2547
Phan Tuấn Vũ
https://orcid.org/0009-0004-9930-9725
Nguyễn Tấn An
https://orcid.org/0009-0000-0591-2250
Huỳnh Văn Khóe
https://orcid.org/0009-0003-1164-5613

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Vũ Thị Hạnh Như
Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Vũ Thị Hạnh Như, Trần Lê Thanh Trúc
Thu thập dữ liệu: Trần Lê Thanh Trúc, Nguyễn Quốc Phong, Phan Tuấn Vũ, Nguyễn Tấn An, Huỳnh Văn Khóe
Viết bản thảo đầu tiên: Vũ Thị Hạnh Như, Trần Lê Thanh Trúc
Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Nguyễn Quốc Phong, Phan Tuấn Vũ, Nguyễn Tấn An, Huỳnh Văn Khóe

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263.
2. Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process-First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention. Cancer research. 1992;52(24):6735-40.
3. Dinis-Ribeiro M, Libânio D, Uchima H, et al. Management of epithelial precancerous conditions and early neoplasia of the stomach (MAPS III): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG) and European Society of Pathology (ESP) Guideline update 2025. Endoscopy. 2025;57(5):504-554.
4. Morgan DR, Corral JE, Li D, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and management of gastric premalignant conditions. Am J Gastroenterol. 2025;120(4):709-737.
5. Leung WK, Ang TL, Shah S, et al. Asian Pacific Association of Gastroenterology task force recommendations on surveillance for Helicobacter pylori associated gastric premalignant conditions. Gut. 2026;75(4):685-704.
6. Liu X, Guan CT, Xue LY, et al. Effect of premedication on lesion detection rate and visualization of the mucosa during upper gastrointestinal endoscopy: a multicenter large sample randomized controlled double-blind study. Surg Endosc. 2018;32(8):3548-3556.
7. Nagula S, Parasa S, Laine L, et al. AGA clinical practice update on high-quality upper endoscopy: expert review. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024;22(5):933-943.
8. Park JM, Huo SM, Lee HH, et al. Longer observation time increases proportion of neoplasms detected by esophagogastroduodenoscopy. Gastroenterology. 2017;153(2):460-469.e1.
9. Park JM, Kim SY, Shin GY, et al. Implementation effect of institutional policy of EGD observation time on neoplasm detection. Gastrointest Endosc. 2021;93(5):1152-1159.
10. Kimura K, Takemoto T. An endoscopic recognition of the atrophic border and its significance in chronic gastritis. Endoscopy. 1969;1(03):87-97.
11. Kamada T, Haruma K, Inoue K, et al. [Helicobacter pylori infection and endoscopic gastritis -Kyoto classification of gastritis]. Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi. 2015;112(6):982-93.
12. Esposito G, Pimentel-Nunes P, Angeletti S, et al. Endoscopic grading of gastric intestinal metaplasia (EGGIM): a multicenter validation study. Endoscopy. 2019;51(6):515-521.
13. Kawamura M, Uedo N, Koike T, et al. Kyoto classification risk scoring system and endoscopic grading of gastric intestinal metaplasia for gastric cancer: multicenter observation study in Japan. Dig Endosc. 2022;34(3):508-516.
14. Zhang H, Yang X, Zhang X, et al. The significance of endoscopic Kyoto classification of gastritis in the gastric cancer risk assessment: a systematic review and

meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2023;102(22):e33942.

15. Shah SC, Gawron AJ, Mustafa RA, et al. Histologic subtyping of gastric intestinal metaplasia: overview and considerations for clinical practice. Gastroenterology. 2020;158(3):745-750.
16. Ford AC, Yuan Y, Park JY, et al. Eradication therapy to prevent gastric cancer in Helicobacter pylori-positive individuals: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. Gastroenterology. 2025;169(2):261-276.
17. Pan KF, Li WQ, Zhang L, et al. Gastric cancer prevention by community eradication of Helicobacter pylori: a cluster-randomized controlled trial. Nat Med. 2024;30(11):3250-3260.
18. Quach DT, Vilaichone RK, Vu KV, et al. Helicobacter pylori infection and related gastrointestinal diseases in Southeast Asian countries: an expert opinion survey. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(12):3565-3569.
19. Schulz C, Liou JM, Alboraie M, et al. Helicobacter pylori antibiotic resistance: a global challenge in search of solutions. Gut. 2025;74(10):1561-1570.
20. Nguyen DTN, Quach DT, Le QD, et al. Endoscopic Kyoto and Kimura-Takemoto classifications are comparable in predicting high-risk gastric precancerous lesions. Digestion. 2024;105(2):140-148.
21. Quach DT, Luu MN, Nguyen DTN, et al. Interaction effect of Helicobacter pylori infection and family history of gastric cancer on the detection age of significant gastric precancerous conditions. Dig Dis. 2025;43(4):400-410.
22. Quach DT, Le HM, Nguyen OT, et al. The severity of endoscopic gastric atrophy could help to predict Operative Link on Gastritis Assessment gastritis stage. J Gastroenterol Hepatol. 2011;26(2):281-5.
23. Trinh NA, Luu MN, Nguyen DTN, et al. The predictive value of the EGGIM Score for extensive and incomplete gastric intestinal metaplasia: implications for biopsy reduction in endoscopic practice. Dig Dis Sci. 2026; doi:10.1007/s10620-025-09634-3.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.02