

# CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH GASTRIC CANCER AT THE DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY – THONG NHAT HOSPITAL

Ha Vu

*University of Health Sciences, Vietnam National University at Ho Chi Minh City - Hai Thuong Lan Ong Street,  
Ho Chi Minh City National University Urban Area, Dong Hoa Ward, Di An City, Binh Duong Province, Vietnam*

Received: 30/10/2024

Revised: 16/11/2024; Accepted: 26/11/2024

## ABSTRACT

**Objectives:** Gastric cancer usually has a poor prognosis if being diagnosed at late stages. We evaluate patients with gastric cancer by asking medical history, past history and using subclinical tools such as esophagogastroduodenoscopy, abdominal CT scan and biopsy, therefore performing a diagnosis of early stage gastric cancer.

**Subjects and Method:** Retrospective study, performed in Thong Nhat hospital. Patients who were diagnosed with gastric cancer from January 2023 to February 2024 in our hospital were included in the study. This research evaluates clinical presentation, subclinical presentation as well as pathological presentation of these patients.

**Results:** Of all 73 patients, male accounts for 73%, with an average age of  $65,05 \pm 10,59$ . The most common reason of administration of patients with gastric cancer is abdominal pain (84%). Past medical history: Helicobacter pylori infection accounts for 8,1%; family history of GI cancer accounts for 10,8%. The most commonly found site of injury on endoscopy is the incisura angularis (31,1%) and the most common presentation of injuries were ulcers (54,1%). TNM classification of these patients, based on abdominal CT-scan were all IB-staged and above (94,1%). All of our patients had their pathological diagnosis as Adenocarcinomas.

**Conclusion:** The rate of gastric cancer diagnosis at late stages is still high in VietNam. Therefore, evaluation of risk factors as well as clinical symptoms in early stages of gastric cancer is extremely important. This contributes to both screening and treating our patients as early as possible, thus improving their life quality afterwards.

**Keywords:** Gastric cancer, clinical presentation, endoscopy.

---

\*Corresponding author

**Email:** havudr@gmail.com **Phone:** (+84) 983979500 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1845**

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY TẠI KHOA TIÊU HÓA BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Hà Vũ

Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh - Đường Hải Thượng Lãn Ông,  
Khu đô thị Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, P. Đông Hòa, Tp. Dĩ An, Tỉnh Bình Dương, Việt Nam

Ngày nhận bài: 30/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 16/11/2024; Ngày duyệt đăng: 26/11/2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Ung thư dạ dày thường có tiên lượng xấu khi phát hiện ở giai đoạn muộn. Chúng tôi đánh giá đặc điểm các bệnh nhân ung thư dạ dày thông qua việc hỏi bệnh sử, tiền căn và các cận lâm sàng như nội soi, CT bụng, giải phẫu bệnh. Qua đó giúp chẩn đoán ung thư dạ dày ở giai đoạn sớm.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu được tiến hành tại Bệnh viện Thống Nhất. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày từ tháng 01/2023 đến 02/2024, được đưa vào nghiên cứu. Nghiên cứu đánh giá về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm mô bệnh học của các bệnh nhân ung thư dạ dày.

**Kết quả:** Trong số 74 bệnh nhân, nam giới chiếm tỉ lệ 73%. Tuổi trung bình:  $65,05 \pm 10,59$ . Lý do nhập viện thường gặp nhất ở các bệnh nhân ung thư dạ dày là đau bụng thượng vị (84%). Tiền căn nhiễm Hp ở các BN ung thư dạ dày chiếm tỉ lệ 8,1%, tiền căn gia đình ung thư đường tiêu hóa là 10,8%. Vị trí tổn thương trên nội soi thường gặp nhất là góc bờ cong nhỏ (31,1%) và hình thái tổn thương thường gặp nhất là ung thư dạng loét (chiếm 54,1%). Phân loại giai đoạn TNM dựa trên CT-scan bụng đều là giai đoạn IB trở lên (94,1%). Tất cả bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là Carcinôm tuyến.

**Kết luận:** Tỉ lệ phát hiện ung thư dạ dày ở giai đoạn muộn còn cao. Do vậy việc nắm bắt đầy đủ các yếu tố nguy cơ và triệu chứng ở giai đoạn sớm của ung thư dạ dày là cực kỳ quan trọng, góp phần tầm soát và điều trị kịp thời cho bệnh nhân, giúp cải thiện tiên lượng sống còn cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** Ung thư dạ dày, đặc điểm lâm sàng, nội soi.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ung thư dạ dày đứng hàng thứ 4 trong các ung thư phổ biến, số ca mắc mới trong năm 2020 là 17.906, chiếm tỷ lệ 9,8%, đứng hàng thứ 3 ở nam giới và đứng hàng thứ 4 ở nữ giới [1]. Độ tuổi trung bình khi chẩn đoán ung thư dạ dày là 68 tuổi. Khoảng 2% các trường hợp xảy ra ở người dưới 35 tuổi. Ung thư dạ dày xảy ra ở người trẻ tuổi có tăng suất ngày càng tăng [2]. Ung thư dạ dày là một bệnh ác tính với tiên lượng thường xấu nếu phát hiện ở giai đoạn muộn (tổn thương xâm lấn qua lớp cơ).

Hiện nay, với sự phát triển về các cận lâm sàng như sinh hóa và chẩn đoán hình ảnh, việc chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày trở nên chính xác hơn. Tuy nhiên, do

không nắm được các triệu chứng, các thói quen hình thành yếu tố nguy cơ và không thường xuyên đi khám sức khỏe định kỳ nên bệnh nhân thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, khi tổn thương xâm lấn, lan rộng, nguy cơ tái phát và di căn cao dù đã phẫu thuật. Do đó tiên lượng chưa được cải thiện nhiều.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư dạ dày tại Khoa Tiêu Hóa tại bệnh viện Thống Nhất để có thêm các dữ kiện lâm sàng thực tế. Qua đó, nghiên cứu này giúp cho việc chẩn đoán sớm, cải thiện tiên lượng điều trị ở bệnh nhân ung thư dạ dày.

\*Tác giả liên hệ

Email: havudr@gmail.com Điện thoại: (+84) 983979500 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1845>

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Các bệnh nhân mắc bệnh ung thư dạ dày đang điều trị nội trú tại Khoa Ngoại Tiêu Hóa và Khoa Nội Tiêu Hóa tại bệnh viện Thống Nhất từ 01/2023 đến 02/2024 mà nhóm nghiên cứu quan sát được.

### 2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân mắc bệnh ung thư dạ dày đang điều trị nội trú tại Khoa Ngoại Tiêu Hóa Bệnh viện Thống Nhất từ 01/2023 đến 02/2024 có đủ kết quả nội soi dạ dày và giải phẫu bệnh.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả, tiến cứu

**2.3.2. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân ở khoa Ngoại Tiêu Hóa bệnh viện Thống Nhất, có kết quả giải phẫu bệnh và nội soi dạ dày thỏa tiêu chí chọn mẫu được thu thập dữ liệu về tiền căn, thăm khám lâm sàng, ghi nhận các kết quả xét nghiệm máu, nội soi, CT bụng, giải phẫu bệnh,...

**2.3.3. Định nghĩa biến số trong nghiên cứu**

Nhiễm *Helicobacter pylori* (Hp) được chẩn đoán dựa trên kết quả xét nghiệm cận lâm sàng (CLO test, test hơi thở, test huyết thanh, test tìm kháng nguyên trong phân,...).

Tiền căn ung thư trong gia đình là tất cả các ung thư đã được chẩn đoán dựa trên kết quả giải phẫu bệnh hoặc chẩn đoán hình ảnh.

**2.3.4. Phân tích số liệu**

Nhập liệu bằng phần mềm Excel 2019 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Thống kê mô tả: Biến định tính được mô tả theo tỷ lệ phần trăm

**2.3.5. Đạo đức trong nghiên cứu**

Tuân thủ mọi quy định về đạo đức trong nghiên cứu theo quy định của Bộ Y tế trong Thông tư 04/2020/TT-BYT

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu**

| Biến số             |                          | N = 74 (%)     |
|---------------------|--------------------------|----------------|
| Giới                | Nam                      | 73             |
|                     | Nữ                       | 27             |
| Tuổi, năm (TB, TPV) |                          | 65,05 (±10,59) |
| Lí do nhập viện     | Đau bụng thượng vị       | 84             |
|                     | Nuốt khó/nuốt nghẹn      | 5              |
|                     | Xuất huyết tiêu hóa      | 4              |
|                     | Sờ thấy khối u vùng bụng | 3              |
|                     | Triệu chứng khác         | 4              |

Nhận xét: Nam chiếm tỉ lệ 73%, nữ chiếm 27%. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 65,05 ± 10,59. Lứa tuổi thường gặp nhất là 60-74 tuổi. Lý do nhập viện thường gặp nhất của BN ung thư dạ dày là đau bụng thượng vị (84%).

### 3.2. Tiền căn bệnh nhân ung thư dạ dày

**Bảng 2. Tiền căn bệnh nhân ung thư dạ dày**

| Tiền căn                        | Tỷ lệ % |
|---------------------------------|---------|
| Viêm dạ dày                     | 12,1    |
| Nhiễm Hp                        | 8,1     |
| Hút thuốc lá                    | 81,08   |
| Tiền căn ung thư trong gia đình | 10,8    |

Nhận xét: Tiền căn nhiễm Hp chiếm tỉ lệ 8,1% và tiền căn ung thư trong gia đình chiếm 10,8%.

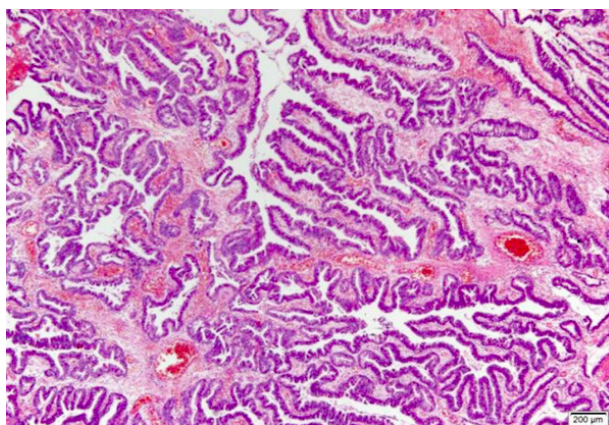
### 3.3. Đặc điểm tổn thương trên nội soi của bệnh nhân ung thư dạ dày.

**Bảng 3. Đặc điểm tổn thương trên nội soi của bệnh nhân ung thư dạ dày**

| Đặc điểm             |                 | Tỷ lệ % |
|----------------------|-----------------|---------|
| Vị trí tổn thương    | Góc bờ cong nhỏ | 31,1    |
|                      | Tâm vị          | 6,8     |
|                      | Phình vị        | 6,8     |
|                      | Thân vị         | 6,8     |
|                      | Hang vị         | 20,1    |
|                      | Môn vị          | 21,6    |
|                      | Vị trí khác     | 6,8     |
| Hình thái tổn thương | Dạng loét       | 54,1    |
|                      | Dạng u sùi      | 33,8    |
|                      | Dạng polyp      | 8,1     |
|                      | Dạng thâm nhiễm | 4,1     |
| Giai đoạn (theo TNM) | 0-IA            | 5,4     |
|                      | IB trở đi       | 94,6    |

Nhận xét: vị trí tìm thấy tổn thương trên nội soi của bệnh nhân ung thư dạ dày được ghi nhận nhiều nhất tại vị trí góc bờ cong nhỏ (31.1%). Hình thái tổn thương trên nội soi được ghi nhận nhiều nhất là tổn thương dạng loét (54.1%). Phần lớn các bệnh nhân khi phát hiện ung thư dạ dày đều ở giai đoạn khối u đã xâm lấn đến lớp cơ (94.6%).

**Giải phẫu bệnh:** Tất cả bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là Carcinôm tuyến



**Hình 1. Giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô tuyến dạ dày**

#### 4. BÀN LUẬN

Tuổi được ghi nhận là yếu tố nguy cơ quan trọng của ung thư dạ dày, từ 50 tuổi trở lên có nhiều khả năng mắc ung thư dạ dày. Ở Hoa Kỳ, phần lớn ung thư dạ dày phát hiện ở độ tuổi từ 60 tuổi trở lên [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,05. Điều này có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Lê Việt Nho là 58,9 [4] và tác giả Đặng Văn Thời là 58,43 [5]. Nguyên nhân có thể do có sự khác nhau về đối tượng bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Thống nhất, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là nhóm trên 60 tuổi chiếm 60,7% [6]. Điều này giải thích vì sao độ tuổi đối tượng của nghiên cứu chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu trong nước. So sánh với nghiên cứu trong tự trên thế giới, kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Wanebo là 52,8 [7] và cũng cao hơn trong nghiên cứu Tác giả Saghie A (2013) và Kim J.S (2008) là 56,9 [8],[9]. Theo tổ chức y tế thế giới, tuổi thọ trung bình với xu hướng dự kiến sẽ tiếp tục tăng, điều này chắc chắn sẽ là một thách thức liên quan về chi phí y tế và phân bổ nguồn lực hợp lý. Và tuổi được xem là một yếu tố tăng tuyến tính cùng với tỉ lệ ung thư dạ dày [10].

Giới tính được ghi nhận là yếu tố nguy cơ quan trọng trong ung thư dạ dày, nam giới có tỷ suất mắc gấp đôi nữ giới ở mọi thống kê ở bệnh viện K cũng như Nhật Bản và Hoa Kỳ [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 73% và 27% , nam : nữ = 2,71: 1, kết quả này có sự tương đồng với tác giả Lê Việt Nho là 2,75 : 1 [4] và tác giả Vũ Quang Toàn là 3:1 [11]. Như

vậy, tỷ lệ nam giới mắc ung thư dạ dày chiếm gần gấp 3 lần nữ giới. Điều này cũng có sự góp phần của các thói quen hình thành yếu tố nguy cơ ở nam giới như hút thuốc lá, sử dụng rượu bia.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do nhập viện thường gặp nhất ở bệnh nhân ung thư dạ dày là đau bụng thượng vị (84%) . Kết quả này tương tự với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Lê Việt Nho là đau thượng vị (83,3%) [4] và cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Wanebo (81,6%) [7]. Do đó, đau bụng thượng vị là lý do nhập viện thường gặp nhất của bệnh nhân ung thư dạ dày, đây cũng là triệu chứng thường gặp của viêm dạ dày nên bệnh nhân thường bị nhầm lẫn. Vì vậy, tỉ lệ bệnh nhân ung thư dạ dày được phát hiện ở giai đoạn sớm chưa cao ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh.

Tỷ suất mắc *Helicobacter pylori* (Hp) liên quan mật thiết với tỷ suất mắc ung thư dạ dày [3], Việt Nam là một trong số các quốc gia có tỷ lệ mắc cao với 75,2% trong dân số chung [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 8,1% bệnh nhân nhiễm Hp trong số các bệnh nhân ung thư dạ dày, kết quả này có sự tương đồng so với của tác giả Lê Việt Nho là 9% [4] và tác giả Vũ Quang Toàn là 7,2% [11]. Vì vậy, khi chẩn đoán bệnh nhân nhiễm Hp, bệnh nhân cần được điều trị ngay khi có chỉ định và theo dõi tổn thương tiền ung thư.

Gen di truyền viêm teo niêm mạc dạ dày mạn tính có thể truyền từ mẹ sang con chiếm 48%.. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiền căn ung trong gia đình có tỉ lệ 10,81% , kết quả này có sự tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Tuấn Dũng là 12,62% [13]. Kết quả trên có sự khác biệt so với kết quả của tác giả N. AMY cùng các cộng sự là 6,25% [14], sự khác biệt này được lí giải do sự khác biệt về đặc điểm dân số ở mỗi nước khác nhau. Qua đó, chúng tôi thấy rằng ung thư dạ dày có tính di truyền và tiền căn ung thư trong gia đình cũng là một trong các yếu tố nguy cơ cần chú ý ở bệnh nhân ung thư dạ dày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương tại góc bờ cong nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,1%, kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Việt Nho là 28,9% [4], các vị trí còn lại cũng có sự tương đồng: tâm vị (6,8% và 6,7%), thân vị (6,8% và 7,3%), phình vị (6,8% và 6%), hang vị (20,1% và 23%), môn vị (21,6% và 19,2%). Vì vậy, khi có tổn thương ở góc bờ cong nhỏ dạ dày (là vị trí tổn thương có nguy cơ ung thư cao) cần chú ý và theo dõi sát khi nội soi.

Hình thái tổn thương trên nội soi ghi nhận được thường là dạng loét (54,1%), dạng u sùi (33,8%), dạng polyp (8,1%) và dạng thâm nhiễm là 4,1%. Kết quả trên có sự tương đồng với tác giả Lê Việt Nho với tỉ lệ các hình thái tổn thương như sau: dạng loét (42,2%), dạng u sùi (40,0%), dạng polyp (11,1%), dạng thâm nhiễm (6,7%) [4]. Khi so sánh với nghiên cứu ở nước ngoài, tác giả Saghie A (2013) và Kim J.S (2008) ghi nhận kết quả khác biệt không quá lớn so với kết quả của chúng tôi, sự khác biệt này do sự khác nhau về nhân chủng học



và nguyên nhân gây ung thư khác nhau giữa các quốc gia. Thông qua việc so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước, chúng tôi thấy rằng tổn thương ung thư dạng loét chiếm đa số trong các bệnh nhân ung thư dạ dày, tiếp theo là dạng u sùi, dạng thâm nhiễm và polyp tuy chiếm tỷ lệ không cao nhưng cần chú ý và theo dõi định kì nếu nội soi phát hiện.

## 5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tử vong do ung thư dạ dày hiện nay ở nước ta vẫn còn cao, chủ yếu là do phát hiện trễ. Do vậy việc nắm bắt đầy đủ các yếu tố nguy cơ, tiền căn và triệu chứng báo động ở giai đoạn sớm của ung thư dạ dày là cực kì quan trọng, nhất là ở nhóm đối tượng người cao tuổi. Điều này sẽ góp phần giúp cải thiện tiên lượng sống còn và giảm bớt gánh nặng cho ngành y tế cũng như gia đình bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Cancer IAfRo. Viet Nam Globocan 2020. 2020.
- [2] NIH. Cancer Stat Facts : Stomach Cancer National Institutes of Health. 2022.
- [3] Phan Văn Cương (2018). “Nghiên cứu tỷ suất mắc mới ung thư dạ dày trong cộng đồng dân cư Hà Nội 2009-2013”. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
- [4] Lê Viết Nho (2014). “Nghiên cứu sự biểu lộ của EGFR, HER2 và mối liên quan với đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày”. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Huế.
- [5] Đặng Văn Thời (2017). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, thương tổn và đánh giá kết quả lâu dài phẫu thuật triệt căn ung thư phần trên dạ dày”. Luận văn Tiến sĩ Y học. Đại học Y Huế
- [6] Võ Văn Ty (2012). “Khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong tại bệnh viện Thống Nhất năm 2010”. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2012;11-7.
- [7] Wanebo H.J. KBJ, Joan Chmiel J., et al (1993). “Cancer of the Stomach A Patient Care Study by the American College of Surgeons”. Annals Of Surgery. 1993;218(5):583-92.
- [8] Saghie A (2013). “Gastric Cancer: Environmental Risk Factors, Treatment and Prevention”. Journal of Carcinogenesis & Mutagenesis. 2013;S14.
- [9] Kim JS, Kim MA, Kim TM, Lee SH, Kim DW, Im SA, et al (2009). “Biomarker analysis in stage III–IV (M0) gastric cancer patients who received curative surgery followed by adjuvant 5-fluorouracil and cisplatin chemotherapy: epidermal growth factor receptor (EGFR) associated with favourable survival”. British Journal of Cancer. 2009;100(5):732-8.
- [10] Van den Munckhof ICL JH, Hopman MTE, et al (2018). “Relation between age and carotid artery intima-medial thickness: a systematic review”. Clin Cardiol. 2018;41(5):698-704.
- [11] Vũ Quang Toàn (2017). “Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn IIB-III (T4, N0-3, M0) bằng hóa chất hỗ trợ EOX sau phẫu thuật tại bệnh viện K”. Luận văn Tiến sĩ Y Học. Đại học Y Hà Nội
- [12] Vương Tuyết Mai, Nguyễn Khánh Trạch, Phùng Đức Cam (2001). “Kết quả nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Helicobacter pylori ở 528 người khỏe mạnh”. Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học. Hội nghị khoa học Tiêu hóa toàn quốc lần thứ 7. 2001:11-4.
- [13] Trịnh Tuấn Dũng (2009). “Nghiên cứu đặc điểm về tuổi, giới và hình thái giải phẫu bệnh của ung thư dạ dày sớm. Nghiên cứu được thực hiện ở 66 trường hợp được điều trị phẫu thuật cắt đoạn dạ dày kèm khối u và vét hạch tại bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 từ 6/1999 – 8/2009”. Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học. Hội nghị khoa học Tiêu hóa toàn quốc lần thứ 15.
- [14] Nomura AMY, Wilkens LR, Henderson BE, et al (2012). “The association of cigarette smoking with gastric cancer: the multiethnic cohort study”. Cancer Causes Control. 2012;23(1):51-8.