

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG GIAI ĐOẠN 2019-2025

ĐÀO THỊ NGUYỆT¹, NGUYỄN THỊ NGÂN¹, LƯƠNG THỊ THÙY DUNG¹,
NGUYỄN THỊ VÂN¹, DƯƠNG VĂN QUANG¹

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Tác giả liên hệ: Đào Thị Nguyệt

Email: Nguyethmu@gmail.com – SĐT: 0382337010

Ngày nhận bài báo: 12/08/2025

Ngày nhận phản biện khoa học: 21/08/2025

Ngày duyệt đăng: 22/08/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của ung thư dạ dày và đối chiếu kết quả mô bệnh học sinh thiết với bệnh phẩm sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày và phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2025. Thu thập các thông tin về tuổi, giới, giai đoạn bệnh theo TNM, típ mô bệnh học, độ biệt hóa, độ sâu xâm nhập u, tình trạng di căn hạch và kết quả mô bệnh học trước và sau phẫu thuật. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Nam giới chiếm 73,3%, nữ giới 26,7%; nhóm tuổi ≥ 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%). Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III–IV (76,7%). Ung thư biểu mô tuyến chiếm 80%, ung thư tế bào nhẵn/kém kết dính chiếm 13,3%. Nhóm biệt hóa vừa và kém chiếm đa số (93,3%). T4 chiếm 56,7%; tỷ lệ có di căn hạch (N1–N3) là 66,7%. Kết quả đối chiếu cho thấy sự phù hợp 100% giữa mô bệnh học sinh thiết và mô bệnh học sau phẫu thuật về típ mô bệnh học, độ biệt hóa và sự hiện diện tế bào nhẵn. **Kết luận:** Ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang chủ yếu gặp ở nam giới cao tuổi và thường được phát hiện ở giai đoạn muộn. Mô bệnh học sinh thiết có độ tin cậy cao và có giá trị trong định hướng chẩn đoán cũng như lựa chọn chiến lược điều trị.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and histopathological characteristics of gastric cancer and to compare histopathological findings between preoperative biopsy specimens and postoperative surgical specimens at Duc Giang General Hospital. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 30 patients with pathologically confirmed gastric cancer who underwent surgery at Duc Giang General Hospital from January 2019 to June 2025. Data regarding age, sex, TNM stage, histological type, tumor differentiation, depth of invasion, lymph node status, and histopathological results before and after surgery were collected and analyzed using SPSS 20.0. **Results:** Males accounted for 73.3% and females 26.7%; patients aged ≥ 70 years represented the highest proportion (66.7%). Most patients were diagnosed at advanced stages (stage III–IV: 76.7%). Adenocarcinoma was the most common histological type (80%), followed by signet ring cell/poorly cohesive carcinoma (13.3%). Moderately and poorly differentiated tumors accounted for 93.3%. T4 tumors were observed in 56.7% of cases, and lymph node metastasis (N1–N3) was present in 66.7%. A 100% concordance was found between preoperative biopsy and postoperative specimens regarding histological type, tumor differentiation, and presence of signet ring cells. **Conclusions:** Gastric cancer at Duc Giang General Hospital predominantly occurs in elderly male patients and is usually detected at an advanced stage. Preoperative biopsy demonstrates high reliability and plays an important role in histopathological diagnosis and treatment planning.

1. DẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những ung thư phổ biến và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư trên thế giới cũng như tại Việt Nam [1,2]. Mặc dù tỷ lệ mắc có xu hướng giảm tại một số quốc gia, gánh nặng bệnh tật của ung thư dạ dày vẫn rất lớn, đặc biệt tại các nước đang phát triển. Tiên lượng bệnh phụ thuộc nhiều vào giai đoạn phát hiện, trong đó việc chẩn đoán sớm đóng vai trò quyết định đến khả năng điều trị triệt căn và thời gian sống thêm của người bệnh.

Trên thực tế lâm sàng, các triệu chứng của ung thư dạ dày giai đoạn sớm thường nghèo nàn, không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý lành tính của dạ dày, dẫn đến đa số bệnh nhân được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn tiến triển [6–8]. Ở giai đoạn muộn, khối u thường xâm lấn sâu và di căn hạch, làm hạn chế chỉ định phẫu thuật triệt căn và ảnh hưởng xấu đến tiên lượng.

Mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán xác định ung thư dạ dày. Kết quả mô bệnh học không chỉ giúp xác địnhтип tổn thương mà còn cung cấp các yếu tố tiên lượng quan trọng

nhưтип mô học, độ biệt hóa, độ sâu xâm nhập và tình trạng di căn hạch [13–15]. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của ung thư dạ dày cũng như đối chiếu kết quả giữa sinh thiết trước mổ và bệnh phẩm sau phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày bằng mô bệnh học và được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2025. Các bệnh nhân có đầy đủ kết quả mô bệnh học sinh thiết trước phẫu thuật và bệnh phẩm sau phẫu thuật. Những trường hợp không có sinh thiết trước mổ hoặc không còn tiêu bản, khối nén để đánh giá lại được loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Chỉ số nghiên cứu

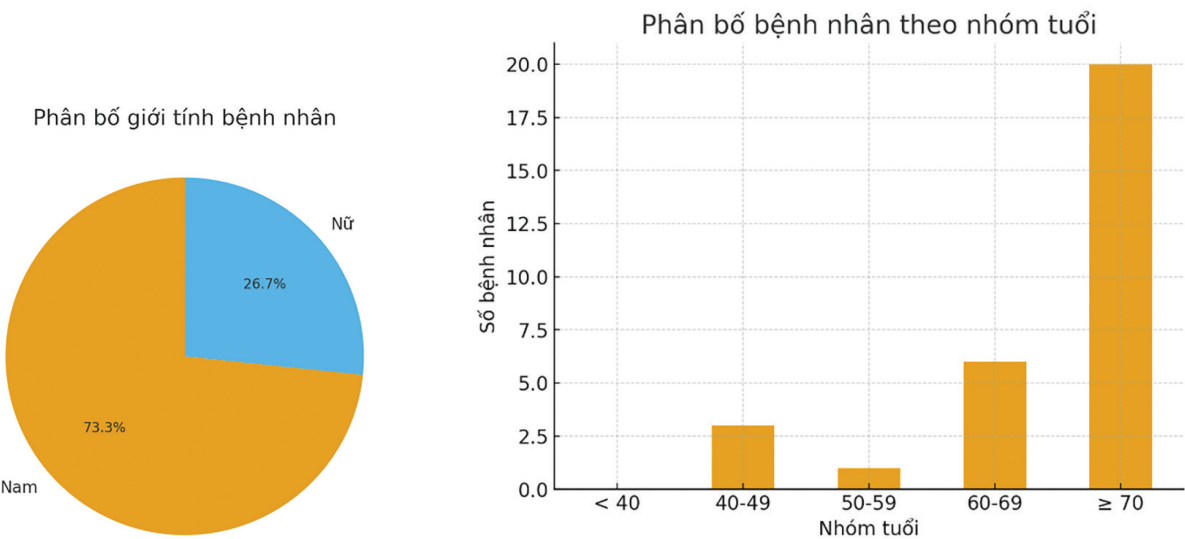
Các biến số nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, giai đoạn bệnh theo phân loại TNM (AJCC/UICC phiên bản 8), típ mô bệnh học theo phân loại WHO 2019, độ biệt hóa, độ sâu xâm nhập của khối u (T), tình trạng di căn hạch (N). Ngoài ra, tiến hành đối chiếu kết quả mô bệnh học giữa sinh thiết trước phẫu thuật và bệnh phẩm sau phẫu thuật về típ mô học, độ biệt hóa và sự hiện diện tế bào nhân.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Biểu đồ 2: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: Trong tổng số 30 bệnh nhân được nghiên cứu, nam giới chiếm đa số với 22 trường hợp (73,3%), nữ giới có 8 trường hợp (26,7%). Về phân bố theo tuổi, nhóm ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%). Các nhóm tuổi dưới 60 chỉ chiếm 13,3%.

3.1.2. Đặc điểm các chất chỉ điểm khối u trước điều trị

Bảng 1. Đặc điểm các chất chỉ điểm khối u trước điều trị

Chất chỉ điểm u		Số BN	Tỉ lệ (%)
CEA	≤5ng/mL	13	86,7
	>5ng/ml	2	13,3
Tổng (n=15)		15	100

Nhận xét: Trong số 30 bệnh nhân, có 15 trường hợp được làm xét nghiệm chất chỉ điểm u CEA. Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân có nồng độ CEA trong giới hạn bình thường (≤ 5 ng/mL), chiếm 86,7%. Chỉ có 2 trường hợp (13,3%) có CEA tăng > 5 ng/mL.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn TNM

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn TNM

Giai đoạn	Số BN	Tỉ lệ (%)
Giai đoạn I	2	6,7
Giai đoạn II	5	16,6
Giai đoạn III	20	66,7
Giai đoạn IV	3	10,0
Tổng	30	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (III và IV), chiếm tới 76,7%. Trong khi đó, chỉ có 23,3% trường hợp được phát hiện ở giai đoạn sớm (I và II). Điều này cho thấy tình trạng bệnh thường được chẩn đoán khi đã tiến triển, nhấn mạnh vai trò của sàng lọc và phát hiện sớm.

3.1.4. Đặc điểm đại thể

Bảng 3. Đặc điểm vị trí giải phẫu của u dạ dày

Vị trí giải phẫu	Số BN	Tỉ lệ (%)
Hang vị	17	56.7
Bờ cong nhỏ	7	23.3
Thân vị	2	6.7
Bờ cong lớn	2	6.7
Môn vị	2	6.7

Nhận xét: Trong nghiên cứu, u dạ dày gặp nhiều nhất ở hang vị (56,7%), tiếp theo là bờ cong nhỏ (23,3%). Các vị trí khác như thân vị, bờ cong lớn và môn vị ít gặp hơn (khoảng 6–7% mỗi vị trí).

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương đại thể của u dạ dày

Hình thái đại thể	Số BN	Tỉ lệ (%)
Ung thư sớm	4	13,3
Thể sùi	1	3,3
Thể loét không xâm lấn	1	3,3
Thể loét xâm lấn	20	66,7
Thể thâm nhiễm	4	13,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Dạng tổn thương đại thể hay gặp nhất vẫn là thể loét xâm lấn (66,7%). Các dạng ít gặp gồm ung thư sớm (13,3%), thể thâm nhiễm (13,3%), thể loét không xâm lấn (3,3%) và thể sùi (3,3%).

Điều này cho thấy đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn có tổn thương xâm lấn, trong khi các dạng không xâm lấn và thể sùi ít gặp.

Bảng 5. Đặc điểm kích thước u dạ dày

Nhóm kích thước	Số BN	Tỉ lệ (%)
<2 cm	4	13.8
2–5 cm	20	69.0
>5 cm	5	17.2

Nhận xét: Kích thước u dạ dày chủ yếu nằm trong khoảng 2–5 cm (69,0%). Nhóm u nhỏ <2 cm chiếm 13,8% và u lớn >5 cm chiếm 17,2%.

3.1.5. Đặc điểm vi thể

Bảng 6. Phân bố bệnh nhân theo phân loại mô bệnh học của WHO 2019

Típ mô bệnh học	Số BN	Tỉ lệ (%)
Ung thư biểu mô tuyến (NOS)	24	80,0
Ung thư tế bào nhẵn / kém kết dính	4	13,3
Ung thư biểu mô tuyến nhầy	1	3,3
Khác	1	3,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Thể hay gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến (NOS), chiếm 80%. Ung thư tế bào nhẵn/kém kết dính đứng thứ hai với 13,3%. Ung thư biểu mô dạng nhầy/tuyến nhầy và nhóm khác đều hiếm gặp (3,3%). Kết quả này phù hợp với y văn khi ung thư biểu mô tuyến vẫn chiếm ưu thế trong ung thư dạ dày.

Bảng 7. Phân bố bệnh nhân theo độ biệt hóa

Độ biệt hóa	Số BN	Tỉ lệ (%)
Biệt hóa cao	1	3,3
Biệt hóa vừa	18	60,0
Biệt hóa kém	10	33,3
Không rõ	1	3,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nhóm chiếm ưu thế là biệt hóa vừa (60%). Biệt hóa kém chiếm 33,3%, trong đó bao gồm cả các trường hợp ung thư tế bào nhẵn. Biệt hóa cao ít gặp (3,3%). Có 1 trường hợp (3,3%) không xác định rõ độ biệt hóa.

Bảng 8. Độ sâu xâm nhập của u (T)

Độ sâu xâm nhập của u	Số BN	Tỉ lệ (%)
T1 (Niêm mạc, hạ niêm mạc)	7	23,3
T2 (Cơ)	3	10,0
T3 (Dưới thanh mạc)	2	6,7
T4 (Thanh mạc và tổ chức xung quanh)	17	56,7
Không rõ	1	3,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ở giai đoạn T4 (56,7%). Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân ở giai đoạn sớm T1 (23,3%), chủ yếu là ung thư dạ dày sớm. T2 và T3 ít gặp hơn (10% và 6,7%).

Bảng 9. Đặc điểm tình trạng di căn hạch (N)

Số hạch di căn	Số BN	Tỉ lệ (%)
N0 (Không di căn)	7	23,3
N1 (1–3 hạch di căn)	12	40,0
N2 (4–6 hạch di căn)	6	20,0
N3 (≥ 7 hạch di căn)	2	6,7
Không rõ	3	10,0
Tổng	30	100

Nhận xét: Nhóm hay gặp nhất là N1 (40%), tiếp theo là N0 (23,3%) và N2 (20%). N3 chiếm tỷ lệ thấp (6,7%).

Bảng 10. Đối chiếu kết quả mô bệnh học trước và sau mổ

So sánh típ mô bệnh học	Phù hợp	Không phù hợp
Trước mổ và Sau mổ	30 (100%)	0 (0%)

Nhận xét: Típ mô bệnh học trong sinh thiết và sau phẫu thuật hoàn toàn phù hợp. Những trường hợp sinh thiết có tế bào nhẵn chiếm ưu thế thì sau mổ xác định là ung thư tế bào nhẵn; nếu có biệt hóa tuyến thì được xếp vào nhóm ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa.

Bảng 11. Đối chiếu độ biệt hóa trước và sau mổ

So sánh độ biệt hóa	Phù hợp	Không phù hợp
Trước mổ và Sau mổ	30 (100%)	0 (0%)

Nhận xét: Các cấu trúc kém biệt hóa đều đã được phát hiện từ sinh thiết và giữ nguyên phân loại sau mổ.

Bảng 12. Đối chiếu thành phần tế bào nhẵn trước và sau mổ

So sánh thành phần tế bào nhẵn	Phù hợp	Không phù hợp
Trước mổ và Sau mổ	30 (100%)	0 (0%)

Nhận xét: Nếu sinh thiết thấy tế bào nhẵn hoàn toàn, bệnh phẩm sau mổ cũng xác định là ung thư tế bào nhẵn.

Bảng 13. Đặc điểm hoại tử trong ung thư dạ dày

Đặc điểm	Trên sinh thiết trước mổ	Sau phẫu thuật (n=30)
Có hoại tử	0 (0%)	5 (16,7%)
Không hoại tử	30 (100%)	25 (83,3%)

Nhận xét: Trên sinh thiết trước mổ không ghi nhận trường hợp nào có hoại tử, chỉ thấy tổn thương loét. Sau phẫu thuật, có 5/30 bệnh nhân (16,7%) phát hiện hoại tử trong khối u, trong khi 25/30 trường hợp (83,3%) không có.

Bảng 14. Đặc điểm dị sản ruột trong ung thư dạ dày

Đặc điểm	Số BN (n=30)	Tỉ lệ (%)
Có dị sản ruột	30	100
Không dị sản ruột	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân ung thư dạ dày đều có tổn thương dị sản ruột đi kèm. Không ghi nhận trường hợp nào ung thư dạ dày mà không có dị sản ruột.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy ung thư dạ dày gặp chủ yếu ở nam giới và người cao tuổi. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế, trong đó tỷ lệ nam/nữ thường dao động từ 1,5:1 đến 3:1 và tuổi trung bình mắc bệnh trên 60 [1–3]. Sự khác biệt giới tính có thể liên quan đến phơi nhiễm yếu tố nguy cơ như hút thuốc, rượu bia và vai trò bảo vệ của hormon sinh dục nữ [3].

Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III–IV (76,7%), tương đồng với nhiều báo cáo tại Việt Nam, nơi tỷ lệ phát hiện muộn thường trên 70% [6,7]. Ngược lại, tại các quốc gia có chương trình tầm soát rộng rãi như Nhật Bản và Hàn Quốc, hơn 50% bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm [8]. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của tầm soát và nội soi định kỳ.

Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế (80%), tiếp theo là ung thư tế bào nhẵn/kém kết dính (13,3%). Phân bố này phù hợp với phân loại WHO 2019 và nhiều nghiên cứu trước đó [13,14]. Nhóm biệt hóa vừa và kém chiếm đa số, phản ánh đặc điểm ác tính cao của các trường hợp được phẫu thuật.

Độ sâu xâm nhập T4 chiếm 56,7%, cho thấy phần lớn bệnh nhân đến viện khi u đã xâm lấn tới thanh mạc hoặc tổ chức xung quanh. Tỷ lệ này tương tự một số nghiên cứu trong nước và quốc tế, trong đó T3–T4 thường chiếm trên 60% [9,10]. Tỷ lệ di căn hạch (N1–N3) là 66,7%, phù hợp với mức độ xâm lấn sâu và được coi là yếu tố tiên lượng xấu [10,15].

Một kết quả nổi bật là sự phù hợp 100% giữa mô bệnh học sinh thiết và bệnh phẩm sau phẫu thuật về tip mô học, độ biệt hóa và sự hiện diện tế bào nhẵn. Kết quả này cao hơn so với nhiều nghiên cứu trước đó (80–95%) [13,14], khẳng định khi lấy mẫu đầy đủ và xử lý đúng quy trình, sinh thiết có độ tin cậy cao và có giá trị trong định hướng điều trị ban đầu.

5. KẾT LUẬN

- Ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang giai đoạn 2019–2025 gặp chủ yếu ở nam giới và người cao tuổi.
- Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển (III–IV), phản ánh tình trạng phát hiện muộn còn phổ biến.
- Ung thư biểu mô tuyến là tip mô bệnh học thường gặp nhất, trong đó nhóm biệt hóa vừa và kém chiếm đa số.
- Mô bệnh học sinh thiết trước phẫu thuật có độ tin cậy cao, phù hợp hoàn toàn với bệnh phẩm sau phẫu thuật, có giá trị quan trọng trong chẩn đoán và định hướng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. (2020). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin.** 2021;71(3):209–249.
2. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3). **Lancet.** 2018;391(10125):1023–1075.
3. Chandanos E, Lagergren J. (2008). Oestrogen and the enigmatic male predominance of gastric cancer. **Eur J Cancer.** 2008;44(16):2397–2403.
4. IARC Working Group (1994). Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori. **IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum.** 1994;61:1–241.
5. Mentis AFA, Boziki M, Grigoriadis N, Papavassiliou A. (2019). Helicobacter pylori infection and gastric cancer biology. **Cell Mol Life Sci.** 2019;76(9):1661–1680.
6. Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J, Steele G Jr, Winchester D, Osteen R. (1993). Cancer of the stomach: A patient care study by the American College of Surgeons. **Ann Surg.** 1993;218(5):583–592.
7. ElAbiad R, Gerke H. (2012). Gastric cancer: Endoscopic diagnosis and staging. **Surg Oncol Clin N Am.** 2012;21(1):1–19.
8. Longo WE, Zucker KA, Zdon MJ, Modlin IM. (1989). Detection of early gastric cancer in an aggressive endoscopy unit. **Am Surg.** 1989;55(2):100–104.
9. Mocellin S, Pasquali S. (2015). Diagnostic accuracy of endoscopic ultrasonography for the preoperative locoregional staging of primary gastric cancer. **Cochrane Database Syst Rev.** 2015;(2):CD009944.
10. Yan C, Zhu ZG, Yan M, Zhang H, Pan ZL, Chen J, et al. (2009). Value of multidetector-row CT in preoperative T and N staging of gastric carcinoma. **J Surg Oncol.** 2009;100(3):205–214.
11. Ramos RF, Scalon FM, Scalon MM, Dias DI. (2016). Staging laparoscopy in gastric cancer to detect peritoneal metastases. **Eur J Surg Oncol.** 2016;42(9):1315–1321.
12. Shimada H, Noie T, Ohashi M, Oba K, Takahashi Y. (2014). Clinical significance of serum tumor markers for gastric cancer. **Gastric Cancer.** 2014;17(1):26–33.
13. Petrelli F, Berenato R, Turati L, Mennitto A, Steccanella F, Cappuzzo F, et al. (2017). Prognostic value of diffuse versus intestinal histotype in gastric cancer. **J Gastrointest Oncol.** 2017;8(1):148–163.
14. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, Paradis V, Rugge M, Schirmacher P, et al. (2020). The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. **Histopathology.** 2020;76(2):182–188.
15. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, et al. (2017). The eighth edition AJCC cancer staging manual. **CA Cancer J Clin.** 2017;67(2):93–99.
16. Sun J, Nan Q. (2022). Survival benefit of surgical resection for stage IV gastric cancer. **Front Surg.** 2022;9:927030.