

# NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U DẠ DÀY TẠI MỘT SỐ TỈNH BIÊN GIỚI VÀ MIỀN NÚI PHÍA BẮC

TRỊNH HỒNG SƠN, PHẠM THẾ ANH, VŨ ĐỨC MẠNH, PHẠM TIẾN BIÊN,  
NGUYỄN QUỐC HÙNG, NGUYỄN HƯNG ĐẠO, ĐINH NGỌC DŨNG

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là loại ung thư hay gặp nhất của đường tiêu hoá và cũng là loại ung thư gây tử vong nhiều nhất.

Tại Việt Nam có rất nhiều nghiên cứu về UTDD trên nhiều khía cạnh khác nhau về chẩn đoán và điều trị. Tuy nhiên, các tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc chưa tìm thấy bất kỳ một nghiên cứu nào một cách hệ thống về chẩn đoán và điều trị UTDD. Do vậy chưa có sự thống nhất các xét nghiệm thăm dò chẩn đoán trước mổ, giải phẫu bệnh lý và điều trị phẫu thuật.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá tình hình chẩn đoán và điều trị các khối u dạ dày tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh biên giới và miền núi phía bắc Việt Nam: Điện Biên, Lào Cai, Tuyên Quang, Bắc Cạn, Quảng Ninh.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** toàn bộ các bệnh nhân được chẩn đoán u dạ dày và được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh: Điện Biên, Lào Cai, Tuyên Quang, Bắc Cạn, Quảng Ninh trong thời gian 6 tháng từ 01/01/2009 đến 01/07/2009. Các trường hợp U dạ dày được phẫu thuật có thể có kết quả giải phẫu bệnh hoặc không có đều được ghi nhận. Những trường hợp có chẩn đoán chắc chắn ung thư là những trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh vi thể. Những trường hợp có kết quả vi thể nhưng không khẳng định được ung thư hoặc những trường hợp không tất cả các trường hợp có bệnh chỉ được gọi là u và vẫn cho vào nghiên cứu.

## 2. Phương pháp nghiên cứu:

- Hồi cứu mô tả
- Phương pháp thu thập số liệu

Nhóm nghiên cứu viết Protocol quy trình chẩn đoán và điều trị phẫu thuật UTDD bao gồm nhiều chỉ tiêu, trong đó có ghi nhận tất cả các trường hợp có hoặc không thực hiện các chỉ tiêu đã đề ra

. Thống nhất cách ghi nhận số liệu với ban giám đốc các bệnh viện

. Thống nhất cách vào số liệu với các phẫu thuật viên trong khoa ngoại của các bệnh viện đa khoa tỉnh với nhóm nghiên cứu

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 15.0

## 3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Số bệnh nhân (BN) được phẫu thuật tại các bệnh viện

- Tuổi, giới, nghề nghiệp, dân tộc

- Loại mổ: mổ phiến, mổ cấp cứu, lý do mổ cấp cứu (hẹp môn vị, thủng...)

- Triệu chứng lâm sàng: gày sút, chán ăn, sờ thấy u bụng...

- Các phương tiện cận lâm sàng

- Chẩn đoán trước mổ

- Số BN không được mô tả tổn thương trong mổ

- Phương pháp phẫu thuật

- Thời gian mổ(giờ), thời gian nằm viện (ngày)

- Kết quả gần: tử vong, xét nghiệm giải phẫu bệnh, điều trị hóa chất sau mổ

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Số BN u dạ dày được phẫu thuật tại các bệnh viện đa khoa tỉnh

Tỉnh	Điện Biên	Lào Cai	Tuyên Quang	Bắc Cạn	Quảng Ninh	n
n	2	3	3	2	16	26

Trong 6 tháng đầu năm 2009 Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh mổ nhiều U dạ dày nhất 16/26 trường hợp chiếm 61,5%

## Bảng 2. Tuổi

Tuổi	Dưới 50 tuổi	Trên 50 Tuổi	n
n	6	20	26
%	23	77	100

Tuổi lớn nhất 85, nhỏ nhất 47 tuổi, tuổi trung bình 63

Bảng 3. Giới

Giới	Nam	Nữ	n
n	18	8	26
%	69	30	100

Nam có 18 bệnh nhân chiếm 69,2% nhiều hơn nữ

Bảng 4. Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nông dân	Công nhân	Hưu trí	n
n	19	1	6	26
%	73,1	3,8	23,1	100

Hơn 70% trường hợp u dạ dày được phẫu thuật là nông dân

Bảng 5. Dân tộc

Dân tộc	Kinh	Thái	Tây	Nùng	Sán riu	Tổng số
n	19	2	1	1	3	26
%	73,1	7,6	3,8	3,8	11,7	100

Bệnh nhân là người dân tộc thiểu số chiếm 26,9%

Bảng 6. Loại mổ

Loại mổ	Phiên	Cấp cứu	Tổng số
n	21	5	26
%	80,7	19,3	100

- Có 21 BN chiếm 80,7% BN được mổ phiên, 19,3% BN được mổ cấp cứu.

Bảng 7. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Đau bụng	26	100
Sút cân	20	77
Ăn kém	20	77
Thiếu máu	9	35
Nôn	8	30,7
Tự sờ thấy u bụng	1	3,75
Hạch trên đòn	0	0
Dịch ổ bụng	1	3,75
Bán tắc ruột	2	7,7
Viêm phúc mạc	1	3,75
Xuất huyết tiêu hoá	3	11,5

100% BN có triệu chứng đau bụng, nhưng có 30,7% không khai thác thời gian đau. Các triệu chứng sút cân, kém ăn chiếm tới 77% chứng tỏ bệnh ở giai đoạn tiến triển.

Bảng 8. Các phương tiện cận lâm sàng

Phương tiện cận lâm sàng	n	%
X quang phổi	21	80,7
X quang dạ dày có thuốc cản quang	0	0
Soi mềm dạ dày	26	100
Siêu âm bụng	26	100
Chụp cắt lớp vi tính bụng (CLVT)	4	15

- 80,7% BN được chụp phổi trước mổ.  
- 100% BN không chụp dạ dày có cản quang trước mổ.

- 100% BN được soi dạ dày ống mềm trước mổ và phát hiện thấy vị trí tổn thương trước mổ, 100% BN được mô tả có tổn thương loét hoặc loét sùi ở dạ dày nhưng có tới 61,5% không mô tả kích thước tổn thương. Chỉ có 6 BN (23%) được sinh thiết tổn thương cho kết quả ung thư và đều thực hiện ở bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh. C

- Siêu âm: 100% BN được làm siêu âm trước mổ, trong đó có 4 BN (15,3%) có dịch ổ bụng, 4 BN phát hiện khối u gan và được mô tả vị trí, kích thước, số

lượng u gan, nhưng không mô tả cấu trúc u, không mô tả viền giảm âm. Toàn bộ bệnh nhân không mô tả hoặc không ghi nhận có huyết khối tĩnh mạch cửa, tụy, niệu quản 2 bên, tử cung phần phụ, hạch ổ bụng,...

- Chỉ có 4 BN được làm CLVT nhưng không có tiêm thuốc cản quang, 1 BN được phát hiện thấy dịch ổ bụng kèm theo có u gan và được mô tả vị trí, kích thước, số lượng u gan, nhưng không mô tả cấu trúc u, không mô tả tỷ trọng khối u. Tất cả các BN không mô tả hoặc ghi nhận tình trạng tĩnh cửa, tụy, thận, niệu quản 2 bên, tử cung phần phụ, hạch ổ bụng,...

Bảng 9. Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán	HMV	XHTH	VPM	Tắc ruột	UTDD	n
n	4	2	1	1	18	26
%	15	7,5	3,85	3,85	70	100

4 BN được chẩn đoán trước mổ là hẹp môn vị (HMV), 2 xuất huyết tiêu hoá (XHTH) nặng, 1 trường hợp viêm phúc mạc (VPM), 1 trường hợp tắc ruột, còn lại 18 trường hợp được chẩn đoán UTDD.

Bảng 10. Số BN không được mô tả tổn thương trong mổ

Không mô tả thăm dò trong mổ	n	%
Dịch ổ bụng	20	76,9
Tình trạng phúc mạc Douglas	23	88,4
Tình trạng nhu mô gan	24	92,3
Tổn thương ra thanh mạc	8	30,8
Xâm lấn tạng xung quanh	5	19,2
Tình trạng cuống gan	22	84,6
Không chẩn đoán trong mổ	24	92,3

- 6 BN được mô tả có ascite, nhưng không mô tả số lượng dịch.

- 5 BN mô tả có di căn phúc mạc  
- 2 BN được mô tả tình trạng gan xơ và có nhân di căn

- 1 BN có u nang buồng trứng.

Bảng 11. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Cắt đoạn dạ dày, mạc nối lớn	21	80,8
Phối hợp cắt các cơ quan khác	0	0
Kèm nạo vét hạch	0	0
Nối vị tràng	3	11,5
Thăm dò sinh thiết	2	7,7

- 3 BN mô tả làm miệng nối bằng đường khâu vắt, còn lại không mô tả kiểu khâu. Khâu miệng nối 2 lớp chiếm 92%. Có 22 trường hợp không mô tả chỉ khâu miệng nối là chỉ tiêu hay không tiêu. 100% bệnh nhân không được mô tả nạo vét hạch) các nhóm, số lượng hạch,...). Không có trường hợp nào phân loại tính chất và mức độ phẫu thuật.

Bảng 12. Thời gian mổ, thời gian nằm viện

Thời gian	Trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
Thời gian mổ (giờ)	150	45	200
Thời gian nằm viện (ngày)	15,5	7	24

- 3 BN phải truyền máu trong mổ. Không có tai biến trong mổ, không tử vong sau mổ.

- 16 BN tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh là có giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô, trong đó có 7 BN được điều trị hoá chất sau mổ.

## BÀN LUẬN

### 1. Tình hình chẩn đoán.

Mặc dù UTDD là loại ung thư đứng hàng đầu ung thư tiêu hóa nhưng số lượng mổ tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi không nhiều (Bảng 1). Thực tế đi công tác tại các tỉnh biên giới miền núi phía bắc cho thấy nhiều trường hợp chẩn đoán rõ ràng tổn thương dạ dày là khối u sùi loét nhưng nhiều bác sĩ vẫn kê đơn điều trị nội khoa, còn bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư từ chối mổ, về cúng thầy mo và điều trị thuốc lá. Hơn nữa, điều kiện kinh tế khó khăn (kết hợp nhận thức của người dân hạn chế), người có điều kiện kinh tế đi mổ ở tuyến trung ương làm số mổ UTDD tại các bệnh viện đa khoa tỉnh không nhiều. Riêng bệnh viện đa khoa Quảng Ninh tiến hành phẫu thuật được 16 trường hợp UTDD, đây là bệnh viện nằm ở tỉnh có điều kiện tốt về kinh tế, đội ngũ cán bộ được đào tạo chuyên khoa, trang thiết bị đầy đủ nên có thể đáp ứng được các phẫu thuật lớn trong đó có UTDD. 26 trường hợp chẩn đoán u dạ dày chỉ có 16 trường hợp có bằng chứng khoa học là ung thư. Các bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên, Lào Cai, Tuyên Quang, Bắc Cạn giai đoạn này chưa triển khai được xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Trong nghiên cứu này BN có độ tuổi trung bình là 63 (Bảng 2), nam giới chiếm khoảng 2/3 số BN (Bảng 3). Các BN chủ yếu nằm trong độ tuổi đã hết tuổi lao động. Chủ yếu các BN là nông dân (Bảng 4), hạn chế về nhận thức, khó khăn về kinh tế. Số BN là người dân tộc chiếm 26,9% (Bảng 5), khi có chỉ định mổ thì đa số không mổ mà về điều trị thuốc nam và nhờ thầy mo chữa bằng cúng bái.

Nhìn chung không có dấu hiệu lâm sàng đặc trưng để chẩn đoán bệnh, có một số dấu hiệu thường gặp như đau thượng vị, gầy sút cân, sờ thấy khối u trên rốn (Bảng 7) hoặc dấu hiệu hẹp môn vị, XHTH, viêm phúc mạc do thủng khối u phải mổ cấp cứu (Bảng 6, Bảng 9).

Không có BN nào được chụp dạ dày có cản quang mà tất cả được soi dạ dày ống mềm trước mổ và phát hiện thấy vị trí tổn thương trước mổ (Bảng 8). Tuy nhiên có tới 61,5% không mô tả kích thước thương tổn, chỉ có 23% bệnh nhân được sinh thiết tổn thương và tất cả các bệnh nhân khi được sinh thiết thì kết đều có ung thư (bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh). Như vậy duy nhất bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh làm nội soi và sinh thiết một cách hệ thống. Qua đây cho thấy nội soi đã thay thế được hoàn toàn cho chẩn đoán bằng chụp X.quang. Tất nhiên do chưa phát triển GPB nên có 10 BN của 4 bệnh viện không làm sinh thiết.

Chụp X quang phổi đường như là tiêu chuẩn bắt buộc trước mổ U dạ dày nhưng có tới 20% số BN không được thực hiện. Siêu âm được thực hiện thường quy cũng như chụp cắt lớp đã làm một số trường hợp nhưng mô tả dấu hiệu cũng chưa chuẩn (Bảng 8). Nhiều trường hợp UTDD đến các bệnh viện tuyến trên với các xét nghiệm thăm dò của tuyến dưới nhưng vẫn phải làm lại ở tuyến trên như soi dạ dày ống mềm, chụp cắt lớp ổ bụng gây khó khăn tốn kém cho BN, đồng thời kéo thời gian chờ được phẫu thuật.

Đáng lưu ý là cách thức phẫu thuật không mô tả đầy đủ chứng tỏ thăm khám trong mổ của phẫu thuật viên rất sơ sài dẫn tới đánh giá thiếu, chẩn đoán không chính xác giai đoạn ung thư. Bảng 10 chỉ rất rõ điều này, hầu như các phẫu thuật viên không mô tả tình trạng phúc mạc Douglas, nhu mô gan, tổn thương ra thanh mạc, xâm lấn tạng xung quan, tình trạng cuống gan, nhất là không có chẩn đoán trong mổ. Điều này chứng tỏ một số phẫu thuật viên tại các bệnh viện khi tiến hành phẫu thuật chưa biết nhận định, đánh giá thương tổn ung thư, chưa có hiểu biết đầy đủ về bệnh học dẫn tới chỉ định phẫu thuật chưa chuẩn xác. Không nắm được chỉ định phẫu thuật cũng như trình tự phẫu thuật; chưa đánh giá được thương tổn trong mổ sẽ dễ dẫn đến chỉ định sai, biến chứng sau mổ,... Hơn nữa khi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên ghi chép mô tả không rõ ràng, không chính xác gây khó khăn cho việc điều trị tiếp theo.

### 2. Tình hình điều trị.

Trong nghiên cứu này 100% BN được gây mê toàn thân bởi bác sĩ chuyên ngành gây mê và đáp ứng được yêu cầu phẫu thuật.

4 BN hẹp môn vị, 2 xuất huyết tiêu hoá nặng, 1 viêm phúc mạc, 1 tắc ruột là những biến chứng có thể làm cho kết quả điều trị phẫu thuật không tốt (Bảng 9). Tuy nhiên các phẫu thuật viên vẫn tiến hành được phẫu thuật cắt đoạn dạ dày cho những BN này chứng tỏ phẫu thuật viên đã nắm được về mặt kỹ thuật. Thời gian mổ nhanh nhất là 45 phút, lâu nhất là 200 phút, trung bình là 150 phút cũng chứng tỏ các phẫu thuật viên không gặp quá nhiều khó khăn khi thực hiện kỹ thuật cắt dạ dày (Bảng 12)

Có 92,3% BN không có chẩn đoán trong mổ. Có 3 trường hợp mô tả làm miệng nối bằng đường khâu vắt, còn lại không mô tả kiểu khâu. Số lớp khâu miệng nối 2 lớp chiếm 92%. Có 22 trường hợp không mô tả chỉ khâu miệng nối là chỉ tiêu hay không tiêu. Đây là tình trạng chung của các bệnh viện tuyến dưới, phẫu thuật viên không có thói quen ghi chẩn đoán trong mổ, nhiều phẫu thuật viên chưa biết cách mô tả trong protocol phẫu thuật, các thông số đưa ra còn thiếu, lộn xộn khi mô tả các tổn thương,...

Tỷ lệ không cắt được dạ dày lấy bỏ tổn thương trong nghiên cứu này gần 20% (Bảng 11). 100% BN không được mô tả nạo vét hạch (các nhóm, số lượng hạch,...), 100% bệnh nhân không làm sinh thiết tức thì trong mổ do điều kiện tại chỗ. Không có trường hợp nào phân loại tính chất và mức độ phẫu thuật. Đây là nhược điểm rất lớn trong phẫu thuật ung thư. Như vậy, vấn đề nạo vét hạch trong UTDD cần được các phẫu thuật viên tuyến tỉnh quan tâm

Không có tai biến trong mổ, không tử vong sau mổ, không có trường hợp nào ghi nhận biến chứng sau mổ. Đây có thể là một kết quả tốt nhưng cũng có thể do ghi chép hồ sơ bệnh án chưa không đầy đủ dẫn đến kết quả chưa chính xác.

Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh là bệnh viện duy nhất có giải phẫu bệnh sau mổ đều có kết quả là ung thư, có phân loại mức độ biệt hoá, có phân loại theo TMN, trong đó có 7 BN được điều trị hoá chất

phác đồ FUFA. Giai đoạn này, tại các bệnh viện tỉnh chuyên ngành giải phẫu bệnh chưa được quan tâm đúng mức nên bệnh phẩm mổ xong thường mang vứt đi, chỉ một số rất ít BN có người nhà là nhân viên y tế, hoặc được tư vấn về bệnh mới đem bệnh phẩm về các bệnh viện tuyến trên để làm giải phẫu bệnh. Thời gian nằm viện của các BN trung bình là 15,5 ngày (Bảng 12) là tương đối dài nếu không có biến chứng. Vì vậy cũng cần có quy trình chẩn đoán, điều trị đúng để rút ngắn thời gian nằm viện của BN.

Thực tế tại một số bệnh viện tuyến tỉnh, hàng ngày vẫn tiếp nhận và điều trị UTDD không có cả chẩn đoán xác định trước mổ và sau mổ bằng giải phẫu bệnh. Phẫu thuật chỉ đạt mức cắt bỏ u hoặc phẫu thuật tạm thời. Hậu quả là các BN UTDD không được điều trị đúng cách, không được theo dõi và không được điều trị

phụ trợ sau phẫu thuật. Do vậy, thời gian sống sau mổ ngắn và tỷ lệ tái phát sau mổ cao.

### **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu hồi cứu 26 BN được chẩn đoán, điều trị phẫu thuật u dạ dày một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc trong thời gian 6 từ 01/01/2009 đến 01/07/2009, chúng tôi có kết luận sau: các thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng để chẩn đoán UTDD chưa đầy đủ, chưa hệ thống trước trong và sau mổ nên chưa chẩn đoán chính xác giai đoạn bệnh. Đa số các phẫu thuật viên đã nắm bắt được kỹ thuật cắt dạ dày nhưng chưa biết đánh giá thương tổn trong mổ để có chỉ định điều trị thích hợp trong và sau mổ nhằm kéo dài thời gian sống cho người bệnh. Hầu hết BN không được chỉ dẫn, theo dõi sau phẫu thuật. Cần có một quy trình thống nhất trong chẩn đoán và điều trị UTDD phù hợp tại các bệnh viện đa khoa tỉnh.