

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

=====

PHAN VĂN CƯƠNG

**NGHIÊN CỨU TỶ SUẤT MỚI MẮC UNG THƯ
DẠ DÀY TRONG CỘNG ĐỒNG DÂN CƯ
HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2009 - 2013**

Chuyên ngành : Ung thư

Mã số : 62720149

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học:

GS.TS. Trần Văn Thuận

HÀ NỘI - 2018

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập và thực hiện luận án này, tôi đã nhận được sự hỗ trợ hiệu quả, tạo điều kiện nghiên cứu, làm việc của nhiều đơn vị, các thầy, cô giáo, đồng nghiệp, bạn bè và người thân trong gia đình.

Với tấm lòng kính trọng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

Đảng uỷ, BGH, Phòng Quản lý Đào tạo Sau đại học, Bộ môn Ung Thư, Trường Đại học Y Hà Nội đã tận tình chỉ bảo, hướng dẫn tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu;

Đảng uỷ, BGD Bệnh viện K Hà Nội, Trung tâm chỉ đạo tuyến đã luôn tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Đảng uỷ, BGH Trường Đại học Y Dược Thái Bình, BV Đại học Y Thái Bình, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình đã thường xuyên quan tâm, tạo điều kiện và động viên giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

GS. TS. Trần Văn Thuấn, Phó chủ nhiệm Bộ môn Ung Thư Trường Đại học Y Hà Nội, Giám đốc Bệnh viện K Hà Nội, người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, chỉ bảo tận tình, cung cấp cho tôi những kiến thức, phương pháp luận quý báu trong suốt quá trình làm nghiên cứu sinh và hoàn thành luận án này.

Bộ môn Ngoại, Tổ Bộ môn Ung Thư- Trường Đại học Y Thái Bình, luôn tạo điều kiện, là nguồn động viên, giúp đỡ và khích lệ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình luôn tạo điều kiện giúp đỡ và động viên tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Cuối cùng tôi xin gửi trọn lòng biết ơn và tình cảm yêu quý nhất tới gia đình và bạn bè đã luôn cổ vũ, động viên, chia sẻ và luôn giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành bản luận án này.

Nghiên cứu sinh

Phan Văn Cường

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Phan Văn Cương, Nghiên cứu sinh khóa 33 chuyên ngành Ung Thư, Trường Đại học Y Hà Nội, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của GS.TS. Trần Văn Thuấn.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, Ngày 22 tháng 09 năm 2018

Nghiên cứu sinh

Phan Văn Cương

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Tiếng việt	Tiếng Anh
AJCC	Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ	The American Joint Committee on Cancer
ASR	Tỷ suất mắc chuẩn hoá theo tuổi	Age-Standardize for Rates
BMI	Chỉ số khối cơ thể	Body Mass Index
CDH1	Sự đột biến di truyền của E- cadherin gene	Cadherin-1 gen
CEA	Kháng nguyên bào thai u	Carcinoembryonic antigen
CI	Khoảng tin cậy	Confident Interval
CR	Tỷ suất mắc thô	Crude rate
CT	Chụp cắt lớp vi tính	Computerized Tomography
GNUT	Ghi nhận ung thư	
<i>HP</i>	Xoắn khuẩn dạ dày	<i>Helicobacter Pylori</i>
IARC	Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế	International Agency for Research on Cancer
ICD	Phân loại Quốc tế các bệnh khối u	International Classification of Diseases of Oncology
PCUT	Phòng chống ung thư	
RR	Nguy cơ tương đối	Ralative Rik
TCYTTG	Tổ chức Y tế Thế giới	WHO (World Health Organization)
UT	Ung thư	
UTDD	Ung thư dạ dày	

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN	3
1.1. Một số khái niệm cơ bản về ung thư dạ dày	3
1.1.1. Khái niệm chung	3
1.1.2. Ghi nhận ung thư dạ dày quần thể	13
1.2. Đặc điểm vị trí, type mô bệnh học và giai đoạn của ung thư dạ dày ..	22
1.2.1. Đặc điểm vị trí của ung thư dạ dày	22
1.2.2. Đặc điểm type mô bệnh học của ung thư dạ dày.....	24
1.2.3. Đặc điểm giai đoạn bệnh của ung thư dạ dày.....	26
1.3. Tỷ suất mới mắc và xu hướng mắc ung thư dạ dày	28
1.3.1. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày.....	28
1.3.2. Xu hướng mắc ung thư dạ dày.....	37
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	39
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	39
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng được ghi nhận ung thư dạ dày	39
2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng cho nghiên cứu định tính.....	39
2.2. Địa điểm nghiên cứu	40
2.3. Phương pháp nghiên cứu	41
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu.....	41
2.3.2. Các bước tiến hành ghi nhận ung thư	43
2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu.....	45
2.3.4. Các thông tin cần ghi nhận và mã hoá	45
2.3.5. Phương pháp xử lý thông tin trong quá trình ghi nhận	48
2.3.6. Kiểm tra chất lượng của ghi nhận	49

2.3.7. Nhập số liệu và xử trí số liệu	51
2.3.8. Thời gian nghiên cứu.....	57
2.3.9. Đạo đức trong nghiên cứu.....	57
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	58
3.1. Một số đặc trưng của các bệnh nhân ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013	58
3.2. Đặc điểm vị trí, hình thái học và giai đoạn ung thư dạ dày	60
3.2.1. Vị trí mắc ung thư dạ dày	60
3.2.2. Đặc điểm type mô bệnh học ung thư dạ dày	62
3.2.3. Mối liên quan giữa vị trí và type mô bệnh học ung thư dạ dày	64
3.2.4. Giai đoạn ung thư dạ dày.....	67
3.2.5. Một số yếu tố liên quan tới tính đầy đủ và chính xác trong ghi nhận ung thư dạ dày tại Hà Nội	71
3.3. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày	75
3.3.1. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013.....	75
3.3.2. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi	83
3.3.3. Dự báo xu hướng mắc ung thư dạ dày tại Hà Nội đến năm 2030... 90	
Chương 4. BÀN LUẬN	92
4.1. Đặc điểm vị trí, type mô bệnh học và giai đoạn mắc ung thư dạ dày	92
4.1.1. Vị trí mắc ung thư dạ dày	92
4.1.2. Đặc điểm type mô bệnh học ung thư dạ dày	95
4.1.3. Giai đoạn ung thư dạ dày.....	98
4.1.4. Một số yếu tố liên quan tới tính đầy đủ và chính xác trong ghi nhận ung thư dạ dày tại Hà Nội	102
4.2. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày	103

4.2.1. Tỷ suất mới mắc thô	103
4.2.2. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá	108
4.2.3. Xu hướng mắc ung thư dạ dày tại Hà Nội đến năm 2030	116
4.3. Bàn luận về phương pháp nghiên cứu	120
NHỮNG PHÁT HIỆN MỚI CỦA LUẬN ÁN	124
KẾT LUẬN.....	126
KIẾN NGHỊ.....	128
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ	
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Vị trí của ung thư dạ dày theo phương pháp ghi nhận ung thư	22
Bảng 1.2.	Phân loại TNM của ung thư dạ dày theo AJCC, 2010.....	26
Bảng 1.3.	Bảng xếp loại giai đoạn bệnh theo TNM	27
Bảng 1.4.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi và giới năm 2012 ở một số châu lục	29
Bảng 1.5.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hóa theo tuổi ở một số quốc gia năm 2012.....	30
Bảng 1.6.	Tỷ suất mới mắc chuẩn hoá theo tuổi và tỷ suất hiện mắc ung thư dạ dày ở nam giới năm 2008	31
Bảng 1.7.	Tỷ suất mới mắc chuẩn hoá theo tuổi và hiện mắc ung thư dạ dày ở nữ giới năm 2008.....	31
Bảng 1.8.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nam và nữ tại Việt Nam 2000-2010	34
Bảng 1.9.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nam và nữ tại một số tỉnh thành năm 2004-2010	36
Bảng 2.1.	Cấu trúc dân số Thành phố Hà Nội từ 2009-2013	44
Bảng 2.2.	Dân số Thành phố Hà Nội giai đoạn từ 2009-2013	45
Bảng 2.3.	Các thông tin cần ghi nhận	45
Bảng 2.4.	Phân bố quần thể dân số tham chiếu thế giới	55
Bảng 3.1.	Tuổi trung bình mới mắc ung thư dạ dày theo giới và theo từng năm giai đoạn 2009-2013	58
Bảng 3.2.	Phân bố một số đặc trưng của các bệnh nhân ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013.....	59
Bảng 3.3.	Phân bố vị trí mắc ung thư dạ dày theo giới tại Hà Nội 2009-2013 .	61
Bảng 3.4.	Phân bố hình thái ung thư dạ dày theo giới.....	63

Bảng 3.5.	Mối liên quan giữa ung thư biểu mô tuyến và một số vị trí ung thư dạ dày phổ biến	64
Bảng 3.6.	Mối liên quan giữa một số vị trí ung thư dạ dày phổ biến và ung thư biểu mô tế bào nhân.....	65
Bảng 3.7.	Mối liên quan giữa một số vị trí ung thư dạ dày phổ biến và ung thư biểu mô tuyến nhày	66
Bảng 3.8.	Mối liên quan giữa ung thư biểu mô và một số vị trí ung thư dạ dày phổ biến	66
Bảng 3.9.	Mối liên quan giữa một số vị trí ung thư dạ dày phổ biến và ung thư biểu mô kém biệt hoá	67
Bảng 3.10.	Phân bố độ xâm lấn của ung thư dạ dày giai đoạn 2009-2013 ..	68
Bảng 3.11.	Phân bố mức độ di căn hạch vùng của ung thư dạ dày giai đoạn 2009-2013	69
Bảng 3.12.	Phân bố mức độ di căn xa của ung thư dạ dày, 2009-2013.....	70
Bảng 3.13.	Phân bố giai đoạn của ung thư dạ dày giai đoạn 2009-2013....	71
Bảng 3.14.	Số mới mắc và tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô cho cả nam và nữ, Hà Nội theo năm, 2009-2013	76
Bảng 3.15.	Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô theo tuổi tại Hà Nội, 2009-2013...	77
Bảng 3.16.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô theo tuổi và giới tại Hà Nội, 2009-2013	78
Bảng 3.17.	Số mới mắc và tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô đặc trưng theo giới và theo năm tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013	79
Bảng 3.18.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô theo nhóm tuổi và theo năm tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013	79
Bảng 3.19.	Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô của nam giới theo nhóm tuổi và theo từng năm.....	80

Bảng 3.20.	Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô của nữ giới theo nhóm tuổi và theo từng năm.....	81
Bảng 3.21.	Phân bố nhóm tuổi mắc ung thư dạ dày theo giới, 2009-2013 ...	82
Bảng 3.22.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cho cả nam và nữ theo tuổi tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013	84
Bảng 3.23.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nam giới tại Thành phố Hà Nội theo nhóm tuổi giai đoạn 2009-2013....	86
Bảng 3.24.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nữ giới tại Thành phố Hà Nội theo nhóm tuổi giai đoạn 2009-2013.....	88
Bảng 3.25.	Dự báo xu hướng của tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô đặc trưng theo giới và theo năm tại Hà Nội giai đoạn 2009-2030	90
Bảng 4.1.	Một số yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày tại tâm vị tại Ardabil ...	95
Bảng 4.2.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi giai đoạn 2004-2008	109
Bảng 4.3.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi năm 2008-2010 trong toàn quốc	110
Bảng 4.4.	Ước lượng tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cho một số khu vực năm 2012.	113
Bảng 4.5.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi tại một số quốc gia Đông Nam Á.....	115

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Phân bố tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày theo giới	60
Biểu đồ 3.2.	Tỷ lệ ghi nhận được vị trí ung thư dạ dày tại Hà Nội 2009-2013 ..	60
Biểu đồ 3.3.	Phân bố hình thái học ung thư dạ dày tại Hà Nội, 2009-2013 ..	62
Biểu đồ 3.4.	Tỷ lệ ghi nhận được độ xâm lấn của khối u dạ dày, Hà Nội, 2009-2013	67
Biểu đồ 3.5.	Tỷ lệ ghi nhận được di căn hạch vùng (N) của ung thư dạ dày, Hà Nội, 2009-2013	68
Biểu đồ 3.6.	Tỷ lệ ghi nhận được mức độ di căn xa của ung thư dạ dày, Hà Nội, 2009-2013.....	69
Biểu đồ 3.7.	Tỷ lệ ghi nhận được giai đoạn của ung thư dạ dày, Hà Nội, 2009-2013	70
Biểu đồ 3.8.	Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô chung và theo giới, Hà Nội, 2009-2013	75
Biểu đồ 3.9.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi theo quần thể dân số thế giới cho cả nam và nữ tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013.....	83
Biểu đồ 3.10.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi của nam giới tại Thành phố Hà Nội, giai đoạn 2009-2013	85
Biểu đồ 3.11.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi của nữ tại Thành phố Hà Nội, giai đoạn 2009-2013	87
Biểu đồ 3.12.	Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hóa theo tuổi theo năm 89	
Biểu đồ 3.13.	Dự báo xu hướng của tỷ suất mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi (/100.000 dân) đặc trưng theo giới và theo năm tại Hà Nội, giai đoạn 2009-2030.....	91
Biểu đồ 4.1.	Phân bố giai đoạn ung thư dạ dày	101
Biểu đồ 4.2.	Dự báo tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở Hoa Kỳ từ năm 1975 đến 2020 cho một số nhóm dân cư	118
Biểu đồ 4.3.	Xu hướng mới mắc ung thư dạ dày tại Hà Lan giai đoạn 1989-2008	119

DANH MỤC HÌNH

Hình 2.1.	Bản đồ hành chính Thành phố Hà Nội.....	40
Hình 2.2.	Sơ đồ ghi nhận ca bệnh ung thư dạ dày.....	48
Hình 2.3.	Sơ đồ qui trình ghi nhận, nhập và phân tích số liệu.....	52

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), mỗi năm trên toàn cầu có khoảng 14,1 triệu người mới mắc và 8,2 triệu người chết do các bệnh ung thư (UT), trong đó trên 60% số ca bệnh xảy ra ở các nước đang phát triển [1],[2]. Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong các loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới và đứng hàng đầu trong số các ung thư đường tiêu hoá. Theo công bố mới nhất của TCYTTG và Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC) năm 2015, trên thế giới có 952.000 trường hợp UTDD mới mắc chiếm 6,8% số trường hợp mới mắc ung thư và 723.000 trường hợp tử vong do UTDD và chiếm 8,8% các trường hợp chết do ung thư nói chung [1]. Tỷ suất mới mắc cao nhất ở các quốc gia Đông Á và thấp nhất ở các quốc gia Bắc Mỹ (lần lượt là 9,8-24,8/100.000 dân/năm và 1,5-2,8/100.000 dân/năm). Có đến 70% số mới mắc UTDD xảy ra tại các nước đang phát triển [1]. Tại Việt Nam, theo ghi nhận ung thư gần đây, tỷ suất mới mắc UTDD năm 2010 là 24,5/100.000 cho nam giới và 12,2/100.000/năm cho nữ giới [3].

Tỷ suất mới mắc và tử vong do UTDD có xu hướng giảm nhanh ở các quốc gia có tỷ suất mắc cao trong khi xu hướng giảm rất ít ở các quốc gia có tỷ suất mắc thấp do những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị *H. pylori* [1], trong khi tại Việt Nam, tỷ suất này có xu hướng gia tăng nhẹ trong giai đoạn 2000-2010 (từ 23,7-24,5/100.000/năm đối với nam và 10,8-12,2/100.000/năm đối với nữ) [3].

TCYTTG và IARC đã ban hành chiến lược phòng chống ung thư (PCUT) với 4 nội dung chính bao gồm: sàng lọc phát hiện sớm bệnh UT; nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị UT; chăm sóc giảm nhẹ, và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân UT [1],[2]. Để đáp ứng được chiến lược trên, công tác ghi nhận ung thư (GNUT) đóng vai trò hết sức quan trọng trên phạm vi toàn thế giới cho cả các quốc gia phát triển và đang phát triển. Kết

quả GNUT giúp đánh giá được gánh nặng của bệnh UT tại cộng đồng, vị trí, type mô bệnh học, giai đoạn và xu hướng mắc UT theo thời gian, qua đó xác định được các ưu tiên cho chương trình PCUT ở mỗi quốc gia, [4],[5],[6],[7]. Đây cũng là phương tiện để giám sát, đánh giá hiệu quả của chương trình PCUT và các can thiệp khác tại cộng đồng, đồng thời giúp ích các nhà ung thư học có định hướng trong việc sàng lọc, chẩn đoán sớm và điều trị UTDD.

Tại Việt Nam, công tác GNUT ngày càng được quan tâm trong đó có ghi nhận UTDD, đặc biệt ở một số tỉnh, thành phố lớn như: Thành phố Hà Nội, Hồ Chí Minh, Hải Phòng, Cần Thơ, tỉnh Thái Nguyên và Thừa thiên-Huế. Các nghiên cứu ghi nhận UTDD còn rất ít, đặc biệt là Thành phố Hà Nội đã được mở rộng địa giới hành chính từ tháng 8/2008 [3]. Số liệu về tỷ suất mới mắc UTDD, các số liệu về hình thái học, vị trí cũng như giai đoạn bệnh vẫn còn hạn chế tại Việt Nam. Đây là những thông tin rất cần thiết cung cấp bằng chứng cho công tác xây dựng chính sách và lập kế hoạch. Công tác GNUT ở Hà Nội cũng như tại các tỉnh còn nhiều hạn chế về chất lượng số liệu do thiếu nguồn nhân lực, vật lực và thời gian. Với những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Nghiên cứu tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày trong cộng đồng dân cư Hà Nội giai đoạn 2009-2013”*** với các mục tiêu sau:

- 1. Mô tả vị trí, type mô bệnh học, giai đoạn và tính chính xác của số liệu qua phương pháp ghi nhận ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013.*
- 2. Ước lượng tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô, chuẩn hoá theo tuổi trên địa bàn Hà Nội giai đoạn 2009-2013 và dự báo xu hướng mắc ung thư dạ dày đến năm 2030.*

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Một số khái niệm cơ bản về ung thư dạ dày

1.1.1. Khái niệm chung

Ung thư dạ dày là ung thư đường tiêu hoá, vị trí tổn thương có thể phát triển ở bất cứ phần nào của dạ dày, có thể lan ra khắp dạ dày và có thể xâm lấn và di căn đến các cơ quan khác và gây tử vong.

Triệu chứng lâm sàng

Ung thư dạ dày thường không có triệu chứng bị bệnh hoặc chỉ gây ra các triệu chứng không rõ ràng trong giai đoạn đầu. Khi triệu chứng xuất hiện thì lúc đó ung thư nhìn chung đã di căn đến các bộ phận khác của cơ thể, đó là một trong những lý do chính gây chẩn đoán bệnh khó. Ung thư dạ dày có thể gây ra các triệu chứng và dấu hiệu sau: Các triệu chứng sớm có thể xuất hiện là khó tiêu, hoặc chứng ợ chua, ăn mất ngon miệng, đặc biệt là đối với món thịt. Các triệu chứng muộn bao gồm đau bụng hay cảm thấy khó chịu ở vùng thượng vị, buồn nôn và nôn, tiêu chảy hay táo bón, đầy bụng khi ăn, giảm cân, yếu và mệt mỏi, xuất huyết dạ dày, đi ngoài phân đen và có thể có các triệu chứng ở cơ quan khác khi đã di căn.

Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

Nhiễm H. Pylori và ung thư dạ dày

Một điều đã được khẳng định là tỷ suất hiện mắc của *H. pylori* liên quan mật thiết tới tỷ suất mắc UTDD.

Có sự khác biệt giữa tỷ suất hiện mắc *H. pylori* giữa các quốc gia khác nhau. Với những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị *H. pylori* trên thế giới, đã có sự giảm đáng kể tỷ suất nhiễm *H. pylori* [6]. Trên thế giới có hơn 3,5 tỷ người nhiễm *H. pylori* và trên 700 triệu người bị bệnh lý đường tiêu hóa liên

quan đến nhiễm *H. pylori* [6]. Cũng như đối với các bệnh ung thư khác, nghiên cứu dịch tễ học nhiễm *H. pylori* có vai trò quyết định các biện pháp cơ bản trong chiến lược y tế cộng đồng nhằm khống chế sự lây nhiễm của vi khuẩn này [6]. Từ thời điểm được phát hiện, công bố rộng rãi, khẳng định vai trò bệnh lý của vi khuẩn này, hàng loạt các nghiên cứu dịch tễ học trên thế giới đã cho phép đi đến một số kết luận về phân bố dịch tễ cũng như các bệnh liên quan đến nhiễm *H. pylori*.

Hút thuốc lá

Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ suất mắc ung thư dạ dày. Những người hút thuốc lá có nguy cơ mắc ung thư dạ dày cao hơn những người không hút thuốc lá là 1,6 lần [8]. Những người bỏ thuốc lá giảm nguy cơ mắc ung thư dạ dày sau 10 năm cai thuốc. Theo Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế, hút thuốc lá đóng góp khoảng 10% ung thư [2].

Viêm dạ dày

Viêm dạ dày mạn tính kéo dài sẽ dẫn đến viêm teo mạn tính niêm mạc dạ dày, tiếp theo là các biến đổi dị sản của tế bào, tiếp đến là các biến đổi loạn sản tế bào qua từng mức nhẹ, vừa đến nặng và biến đổi cuối cùng là ung thư.

Yếu tố môi trường

Kết quả từ nhiều nghiên cứu cho thấy những người di cư từ các vùng, nước có tỷ suất mắc ung thư dạ dày cao đến vùng, nước có tỷ suất mắc ung thư dạ dày thấp, thì nguy cơ mắc ung thư dạ dày của nhóm dân cư này cũng giảm xuống. Kết quả này cho thấy vai trò của yếu tố môi trường liên quan đến nguyên nhân gây ung thư dạ dày [9], [10], [11].

Thói quen ăn uống

Các vùng địa lý khác nhau có tỷ suất mắc ung thư dạ dày khác nhau và các dân tộc khác nhau ở cùng một vùng địa lý cũng có tỷ suất mắc khác nhau nên tập quán sống có lẽ đóng vai trò quan trọng là thói quen ăn uống. Yếu tố

nguy cơ tăng lên được nhiều nghiên cứu chỉ ra khi ăn các loại thức ăn có chứa Nitrate và Nitrite như thịt hun khói, thịt cá ướp muối, cũng như rau, dưa muối... Trái lại khi ăn nhiều rau hoa quả tươi giàu vitamin A và C, tỷ suất ung thư dạ dày thấp hơn. Uống rượu có thể làm tăng nguy cơ ung thư dạ dày nhưng một số nghiên cứu lại thấy không có mối liên quan. Trong khi thuốc lá làm tăng đáng kể tỷ suất này, đặc biệt ung thư dạ dày phần tâm-phình vị [12],[13].

Tình trạng kinh tế xã hội

Những người có thu nhập thấp thường có tỷ suất mắc ung thư dạ dày cao hơn những người có tình trạng kinh tế-xã hội khá hơn [14],[15],[16]. Lý do dẫn đến sự khác biệt này có thể kể đến là: (1) khả năng tiếp cận đến cơ sở y tế thấp, gây cản trở trong việc tiếp cận dịch vụ y tế, vì vậy không có cơ hội khám, phát hiện và điều trị *H. pylori*; (2) hiểu biết về ung thư dạ dày không tốt dẫn đến không biết cách dự phòng ung thư dạ dày và (3) hạn chế về tài chính để có thể thực hiện các dịch vụ dự phòng hoặc điều trị ung thư dạ dày.

Chỉ số khối cơ thể (BMI)

Những người béo phì dễ bị ung thư dạ dày hơn người bình thường nhất là ung thư phần tâm vị. Gần một nửa số bệnh nhân ung thư tâm vị liên quan đến sử dụng thuốc lá và béo phì [16]. Cơ chế của mối liên quan giữa thừa cân, béo phì và ung thư dạ dày chưa được rõ ràng. Tuy nhiên, thừa cân béo phì cũng xuất hiện ở một số loại ung thư khác ngoài ung thư dạ dày. Có khả năng việc thừa cân, béo phì liên quan đến ít hoạt động thể lực và chế độ ăn ít rau hoa quả.

Phẫu thuật dạ dày

Tiền sử phẫu thuật dạ dày cũng là yếu tố nguy cơ tăng mắc ung thư dạ dày, thời điểm phát triển ung thư cao nhất khoảng 15-20 năm sau phẫu thuật, loại phẫu thuật liên quan đến nguy cơ mắc ung thư dạ dày cao hơn như phẫu thuật Billroth II cao hơn Billroth I [16], [17].

Tuổi và giới

Tuổi và giới được ghi nhận là những yếu tố nguy cơ quan trọng của ung thư dạ dày. Nam giới có tỷ suất mắc gấp đôi nữ giới ở mọi thống kê của Bệnh viện K cũng như của Nhật Bản và Hoa Kỳ. Tuổi từ 50 trở lên càng có nhiều khả năng mắc ung thư dạ dày. Ở Hoa Kỳ phần lớn ung thư dạ dày phát hiện ở tuổi 60, 70 và 80 tuổi. Tỷ suất mới mắc đã chuẩn hoá theo tuổi của ung thư dạ dày trên phạm vi toàn thế giới ở nam giới là 19,7/100.000 dân và ở nữ giới là 9,1/100.000 dân [18]. Tỷ suất mới mắc của ung thư dạ dày ở nam giới được chuẩn hoá theo tuổi ở Việt Nam là 35,1/100.000 dân năm 2010 cao gấp gần 3 lần nữ giới là 12,2/100.000 dân. Tuy nhiên, theo dự báo số bệnh nhân mới mắc ung thư dạ dày ở nữ giới có thể sẽ tăng vào năm 2020 (từ 4728 ca lên 5512 ca bệnh) [19].

Nhóm máu

Một số nghiên cứu cho thấy người có nhóm máu A hay bị ung thư dạ dày hơn các nhóm máu O, B, AB, trong các bệnh nhân ung thư dạ dày có khoảng 20% bệnh nhân có nhóm máu A [20], [21], [22]. Tuy nhiên, nguy cơ về nhóm máu dễ mắc ung thư dạ dày khó có thể dự phòng cấp I được nhưng cũng có thể có tác dụng trong việc dự phòng cấp II, đó là ưu tiên sàng lọc cho những đối tượng có nguy cơ cao.

Yếu tố di truyền

Gen di truyền viêm teo dạ dày mạn tính có thể truyền từ mẹ sang con chiếm 48%, ngoài ra ung thư dạ dày còn liên quan đến một số hội chứng di truyền như bệnh ung thư đại trực tràng di truyền không đa polyp, bệnh đa polyp tuyến, hội chứng Peutz- Jeghers. Gần đây người ta phát hiện sự đột biến di truyền của gen E-cadherin (CDH1), xảy ra trong tế bào sinh dục có liên quan đến ung thư dạ dày di truyền, sự thay đổi gen CDH1 được tìm thấy 50% ở các bệnh nhân ung thư dạ dày, khi gen này bị đột biến làm cơ thể mất khả

năng kiểm soát tế bào, điều này cho thấy gen E-cadherin là yếu tố ức chế sự phát sinh và phát triển của tế bào ung thư dạ dày [23], [24],[25],[26].

Sàng lọc ung thư dạ dày

Sàng lọc ung thư dạ dày là quá trình áp dụng một biện pháp kỹ thuật để phát hiện người có nguy cơ mắc ung thư dạ dày hoặc mắc ung thư dạ dày ở thời kỳ sớm (chưa có các triệu chứng lâm sàng). Sàng lọc trong phát hiện ung thư dạ dày sớm tại cộng đồng có ý nghĩa rất quan trọng nhằm phòng bệnh cho cộng đồng và tiết kiệm ngân sách [16], [17].

Một số tiêu chuẩn lựa chọn bệnh cần sàng lọc, đó là dựa vào tính chất nghiêm trọng, khả năng phát hiện cao ở giai đoạn tiền lâm sàng, khả năng điều trị sớm có kết quả tốt có thể khỏi bệnh hoặc kéo dài thời gian sống và một tiêu chuẩn rất quan trọng đó là tỷ lệ hiện mắc các tiền triệu trong giai đoạn tiền lâm sàng của bệnh trong quần thể cao, có khả năng phát hiện trong giai đoạn sớm của bệnh. Một số nguyên tắc chọn trắc nghiệm sàng lọc, đó là test sàng lọc cần có độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

Dựa theo các tiêu chuẩn trên, sàng lọc ung thư dạ dày rất có hiệu quả với các quốc gia có tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cao như các quốc gia ở vùng Đông Á : Nhật Bản, Hàn Quốc, Mông Cổ, Trung Quốc cũng như Việt Nam [13], [17],[27]. Tuy nhiên, sàng lọc ung thư dạ dày lại không có hiệu quả cao ở các quốc gia châu Âu và Hoa Kỳ do tỷ lệ hiện mắc thấp. Chính vì vậy, trong chiến lược dự phòng ung thư dạ dày ở Hoa Kỳ, chính phủ Hoa Kỳ không đặt vấn đề sàng lọc ung thư dạ dày mà chỉ đặt vấn đề theo dõi, giám sát tổn thương sớm ở dạ dày cho những người cao tuổi [4], [28].

Có hai loại hình sàng lọc ung thư dạ dày, đó là nội soi dạ dày và chẩn đoán hình ảnh. Nội soi dạ dày cho phép quan sát trực tiếp niêm mạc cũng như hình ảnh bên trong dạ dày và cho phép sinh thiết để chẩn đoán giải phẫu bệnh các tổn thương ở dạ dày cũng như tổn thương tiền ung thư dạ dày. Mặc dù

đây là kỹ thuật xâm nhập cao và giá thành khá cao nhưng kỹ thuật này khá nhạy cho chẩn đoán các mức độ tổn thương và hướng dẫn cho việc điều trị hoặc theo dõi ung thư dạ dày [14].

Loại hình thứ hai là chẩn đoán hình ảnh có sử dụng thuốc cản quang nhằm xác định các ổ loét dạ dày liên quan đến tổn thương tiền ung thư. Tuy nhiên, các nghiên cứu về âm tính giả có thể lên đến 50%. Trong tiền ung thư dạ dày, độ nhạy của phương pháp này có thể thấp hơn 14% [13].

Một số quốc gia châu Á đã triển khai chương trình quốc gia sàng lọc ung thư dạ dày, đa số các quốc gia này chỉ áp dụng sàng lọc ung thư dạ dày cho nhóm có nguy cơ cao. Mặc dù sàng lọc ung thư dạ dày bằng nội soi là có kết quả khá chính xác nhưng cần có phương tiện và kỹ năng tốt phục vụ cho nội soi. Do vậy, chẩn đoán hình ảnh vẫn được sử dụng như bước đầu tiên cho sàng lọc và khi có nghi ngờ thì nội soi sẽ là ưu tiên tiếp theo.

Theo dõi tiền ung thư dạ dày

Việc theo dõi và kiểm tra tiền ung thư dạ dày được thực hiện bằng các kỹ thuật nội soi hiện khá phổ biến. Hướng dẫn theo dõi và giám sát tiền ung thư dạ dày đã được một số hiệp hội quốc tế xuất bản và khuyến cáo. Hiệp hội nội soi dạ dày Hoa Kỳ không khuyến cáo theo dõi và giám sát toàn diện các đối tượng nhưng khuyến cáo giám sát theo dõi những người có tiền sử gia đình mắc ung thư dạ dày và những người thuộc chủng tộc có tỷ suất mắc ung thư dạ dày cao [29].

Hướng dẫn của Hiệp hội nội soi dạ dày Châu Âu mới ban hành gần đây nhất khuyến cáo những người có tổn thương dạ dày sớm cần được theo dõi và giám sát ung thư dạ dày 3 năm/lần [30].

Tại Châu Á, nơi có tỷ suất mắc ung thư dạ dày cao, không áp dụng các nội dung của các hiệp hội trên mà hoạt động giám sát và theo dõi tiền ung thư dạ dày là thường xuyên và cách áp dụng các kỹ thuật khác nhau theo từng

quốc gia dựa trên sự sẵn có của nguồn lực và kỹ thuật. Gần đây, tại một số quốc gia, các bác sỹ thực hiện sàng lọc tiền ung thư dạ dày hàng năm bằng nội soi dạ dày cho các bệnh nhân có tổn thương tiền ung thư [31].

Các nghiên cứu khác được thực hiện tại một số quốc gia châu Âu cho thấy các bác sỹ thực hiện nội soi dạ dày 2 năm/lần cho những người có nguy cơ cao và có tổn thương tiền ung thư.

Tại Việt Nam hiện nay chưa có chiến lược theo dõi và giám sát tiền ung thư dạ dày chính thức. Tùy vào hoàn cảnh và điều kiện kỹ thuật, các thầy thuốc có thể áp dụng các chiến lược theo dõi và giám sát ung thư dạ dày theo khuyến cáo của các nước thuộc khu vực Châu Á-Thái bình dương.

Chẩn đoán ung thư dạ dày

Để chẩn đoán ung thư dạ dày cần hỏi về tiền sử, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Nội soi dạ dày và sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh là phương pháp chuẩn. Phương pháp này sử dụng một camera sợi quang học đưa vào trong dạ dày để xem hình ảnh bên trong qua đó quan sát được tổn thương và sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh. Chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng cũng có thể phát hiện ung thư dạ dày, nhưng được dùng nhiều hơn trong việc đánh giá mức độ xâm lấn và di căn sang các cơ quan khác, hoặc lan đến hạch bạch huyết.

Ung thư biểu mô dạ dày, trong giai đoạn còn khu trú ở bề mặt và có thể phẫu thuật cắt được thì thường không có triệu chứng. Theo IARC, triệu chứng của ung thư dạ dày khá mờ nhạt: 62% có sụt cân, 52% có đau bụng, 34% buồn nôn, 32% chán ăn, 26% khó nuốt, 20% đi ngoài phân đen, 18% có cảm giác ăn nhanh no, 17% có đau kiểu loét dạ dày và 6% có phù chi dưới. Thăm khám lâm sàng có thể thấy: thiếu máu (42%), giảm protit máu (26%), bất thường chức năng gan (26%) và xét nghiệm máu trong phân dương tính (40%) [2]. Những trường hợp loét dạ dày kéo dài dai dẳng hoặc không đáp

ứng với thuốc điều trị cần được kiểm tra lại cẩn thận bằng nội soi. Ung thư dạ dày lan tràn chủ yếu bằng con đường trực tiếp, xâm lấn các cấu trúc lân cận dẫn đến ung thư lan tràn phúc mạc và tràn dịch ác tính ổ bụng. Gan, tiếp theo là phổi là hai vị trí thường gặp nhất trong di căn theo đường máu của ung thư dạ dày.

Ngoài ra, bệnh còn có thể lan tràn đến các vị trí sau:

- Các hạch trong ổ bụng và hạch thượng đòn trái (hạch Virchow)
- Di căn dọc theo bề mặt phúc mạc, đến các hạch quan rốn (hạch Mary Joseph, đặt theo tên một nữ y tá phòng mổ tại trung tâm Mayo Clinic, hoặc các hạch lympho quanh rốn vốn được hình thành khi khối u lan theo dây chằng liềm đến các cấu trúc dưới da)
- Di căn đến hạch nách trước trái, khi khối u nguyên phát ở nửa trên của dạ dày lan lên thực quản và các cấu trúc lympho trong lồng ngực (hạch Irish)
- Di căn xuống buồng trứng (u Krukenberg).
- Di căn xuống rãnh trực tràng, tạo ra các khối u có thể sờ thấy qua thăm khám trực tràng.

Các hội chứng cận tân sản: Các hội chứng ở da: dày lớp gai đen, viêm da cơ, ban đỏ hình tròn, hoại tử da dạng pemphigut, dày sừng tiết nhòn (dấu hiệu Leser-Trelat). Các hội chứng thần kinh trung ương: mất trí nhớ và mất điều hoà tiểu não. Các triệu chứng khác: viêm tĩnh mạch huyết khối, thiếu máu tan máu do bệnh lý vi mạch, bệnh cầu thận màng.

Các chất chỉ điểm u: Kháng nguyên bào thai u (CEA) tăng trong 40-50% trường hợp UTDD. CEA có giá trị trong theo dõi và đánh giá đáp ứng điều trị, nhưng không có ý nghĩa trong sàng lọc. Tỷ lệ CA 72-4 tăng trong ung thư dạ dày: độ nhạy lâm sàng của CA 72-4 là 28-80%, hay gặp là 40-46%, độ đặc hiệu lâm sàng cho các bệnh đường tiêu hóa lành tính là > 95% . Độ nhạy lâm sàng của CA 72-4 cao hơn một cách có ý nghĩa so với CA 19-9 (32%) và

CEA (20-24%). Khi kết hợp các dấu ấn ung thư, độ nhạy lâm sàng của CA 72-4 tăng từ 42% lên 57% khi kết hợp với CA 19-9 và lên 51% khi kết hợp với CEA.

Một số thay đổi ở mức phân tử có liên quan đến ung thư dạ dày

- Mất tính chất dị hợp tử của nhiễm sắc thể 5q hoặc gen APC (bị mất đi trong 34% các trường hợp ung thư dạ dày), 17p và 18q (gen DCC)

- Mất tính ổn định vi vệ tinh, đặc biệt trong việc chuyển hoá receptor yếu tố phát triển beta typ II, và hậu quả là sự mất điều hoà quá trình phát triển-ức chế.

- Gen p53 bị đột biến trong khoảng 40%-60% các trường hợp, là hậu quả của sự mất alen và các đột biến thay thế đôi ba zơ.

- Các đột biến E-cadherin (gen CDH1 trên nhánh 16q), một chất trung gian gắn kết tế bào, cũng được quan sát thấy trên những bệnh nhân ung thư dạ dày không biệt hoá typ lan toả. Đột biến này cũng có liên quan đến sự tăng tần suất các ca ung thư vú thể tiêu thụ.

- Có sự biểu hiện quá mức các yếu tố phát triển biểu mô, đặc biệt là Her2/neu và erbB-2/erbB-3 trong các UTDD typ ruột.

- Người ta cũng phát hiện bộ gen của vi rút Epstein-Barr ở những bệnh nhân ung thư dạ dày.

- Ngược lại với các ung thư đường tiêu hoá khác, ít khi thấy các đột biến Ras ở ung thư dạ dày.

Điều trị ung thư dạ dày

Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu trong ung thư dạ dày. Tuy nhiên mức độ nạo vét hạch triệt để là tối ưu thì hiện vẫn còn đang là chủ đề tranh luận. Các thử nghiệm lâm sàng vẫn chưa chứng minh được thời gian sống thêm ở nhóm vét hạch rộng rãi (D2-3) so với nhóm vét hạch hạn chế. Chính tỷ lệ tái phát cao và thời gian sống thêm sau phẫu thuật là lý do cần phải xác định các phương pháp điều trị trước và sau mổ. Xạ trị hỗ trợ sau mổ không cải thiện được

thời gian sống thêm. Sau mổ cắt dạ dày, cả hoá xạ trị hỗ trợ hoặc hoá trị đơn thuần trước và sau mổ đều cải thiện về thời gian sống thêm.

Đối với ung thư dạ dày giai đoạn muộn, hoá trị liệu cũng giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống thêm, so với chỉ điều trị triệu chứng. Điều trị bằng hoá chất cho nhóm bệnh nhân này, tuy chưa có liệu trình chuẩn rõ ràng, nhưng lại có khá nhiều sự lựa chọn khác nhau. Trong số các phác đồ thường được sử dụng, khi kết hợp 3 hoá chất như docetaxel, cisplatin và 5FU (phác đồ DCF), hoặc epirubicin, oxaliplatin và capecitabin (EOX) là các phác đồ được sử dụng nhiều nhất. Tuy nhiên, cần phải tiến hành các nghiên cứu đánh giá những loại thuốc mới cho cả những thuốc có nhiều độc tính và những thuốc điều trị đích trong điều trị hỗ trợ và điều trị bệnh ở giai đoạn tiến triển.

Các hoạt chất sinh học mới nhằm ức chế hoặc điều biến các mục tiêu của sự dẫn truyền sai lạc tín hiệu trong ung thư dạ dày đang được tích cực nghiên cứu. Các biện pháp ức chế tăng sinh mạch, ức chế yếu tố tăng sinh nội mạc mạch máu và yếu tố phát triển biểu mô là những hướng đi ban đầu dựa trên nền tảng nhằm tính hiệu quả của các hợp chất điều trị. Liệu pháp trúng đích có cơ chế tác dụng chọn lọc trên tế bào ung thư chứ không ảnh hưởng lên các tế bào lành, đồng thời liệu pháp này cũng nâng cao hiệu quả điều trị của các thuốc hóa trị.

Liệu pháp này cũng hứa hẹn sẽ mang đến một kỷ nguyên mới cho ngành y học Việt Nam trong điều trị ung thư dạ dày, và sẽ mang đến một cuộc sống mới, hy vọng mới cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển và di căn có HER2 dương tính, giúp kéo dài được thời gian sống còn trung bình cho bệnh nhân. Các nước trên thế giới đã chấp thuận cho phối hợp biện pháp này với hóa trị trong điều trị cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển và di căn có HER2 dương tính kéo dài sự sống hơn so với chỉ thực hiện hóa trị

thông thường, đây thực sự mở ra một “cuộc cách mạng mới” trong điều trị ung thư dạ dày trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng.

Dự phòng ung thư dạ dày

Dự phòng ung thư dạ dày là triển khai các biện pháp can thiệp nhằm làm giảm tỷ suất mắc ung thư dạ dày.

Dự phòng cấp I là các biện pháp dự phòng nhằm loại trừ các yếu tố nguy cơ hoặc tăng cường các yếu tố bảo vệ. Thông thường, các biện pháp này nhằm vào các cá thể ở cộng đồng dân cư. Các phương pháp dự phòng cấp I chủ yếu là dựa vào truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân nhằm tránh tiếp xúc với các nguy cơ của ung thư dạ dày như cai thuốc lá, chẩn đoán sớm và điều trị *H. pylori*, giảm cân nặng cơ thể và làm gia tăng các yếu tố bảo vệ như ăn nhiều rau hoa quả, cải thiện điều kiện môi trường.

Dự phòng cấp II nhằm vào các biện pháp phát hiện và điều trị sớm, trong đó sàng lọc phát hiện sớm ung thư dạ dày là quan trọng nhất khi người bệnh mới có biến đổi tế bào, chưa có hoặc mới có triệu chứng tiền lâm sàng.

Dự phòng cấp III nhằm tập trung vào điều trị, phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ nhằm tăng cường khả năng sống thêm sau điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh UTDD.

Bốn hoạt động dự phòng có hiệu quả để phòng bệnh ung thư dạ dày là: loại trừ *H. pylori*, thay đổi lối sống, sàng lọc phát hiện sớm ung thư dạ dày và theo dõi tiền ung thư [14].

1.1.2. Ghi nhận ung thư dạ dày quần thể

Ghi nhận ung thư là quá trình thu thập một cách có hệ thống và liên tục số liệu về tình hình mắc và những đặc điểm của những loại ung thư được ghi nhận [4]. Cơ sở ghi nhận ung thư là cơ quan làm nhiệm vụ thu thập, lưu trữ, phân tích và phiên giải những số liệu về những ca ung thư trong khu vực chịu trách nhiệm ghi nhận.

Mục đích của ghi nhận ung thư

Ghi nhận ung thư có 4 mục đích cơ bản: (1) Lượng giá gánh nặng của bệnh ung thư tại cộng đồng; (2) Đề xuất các giả thuyết về yếu tố nguy cơ và căn nguyên; (3) Hỗ trợ cho các nghiên cứu dịch tễ học phân tích và (4) Hỗ trợ cho các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trong theo dõi thời gian sống thêm của các bệnh nhân ung thư tham gia vào các thử nghiệm [18].

Lượng giá gánh nặng bệnh tật do ung thư tại cộng đồng

Thứ nhất, ghi nhận ung thư có thể đưa ra được các ước lượng về mức độ phổ biến/tỷ suất mới mắc/tỷ suất hiện mắc của ung thư tại cộng đồng.

Thứ hai, ghi nhận ung thư có thể đưa ra được xu hướng (dự báo) tỷ suất mắc ung thư theo thời gian và theo các nhóm đối tượng tại cộng đồng (giới, tuổi, chủng tộc, nghề nghiệp, văn hoá, tiền sử gia đình,...) và từ đó có thể đưa ra được các giải pháp can thiệp kịp thời cho các nhóm người có nguy cơ.

Thứ ba, ghi nhận ung thư có thể ước lượng gánh nặng của bệnh ung thư cho quần thể lớn hơn quần thể được ghi nhận ung thư.

Đề xuất các giả thuyết về yếu tố nguy cơ và nguyên nhân

Việc so sánh tỷ suất ung thư trong cộng đồng giữa các nhóm quần thể và thời gian khác nhau có thể đề xuất các giả thuyết về yếu tố nguy cơ và căn nguyên của ung thư. Các yếu tố nguy cơ có thể bao gồm tuổi, giới, chủng tộc, nghề, trình độ học vấn, tập quán sinh hoạt, giúp cho việc đánh giá tác động của môi trường sống đến khả năng phát sinh ung thư. Do có được tỷ suất mắc ung thư dựa qua ghi nhận ung thư và từ đó có thêm các thông tin cá nhân cũng như thông tin về phơi nhiễm từ cá thể có thể tính toán được mối liên quan giữa ung thư dựa và các yếu tố nguy cơ. Theo một số tác giả, những bằng chứng khá thuyết phục về yếu tố nguy cơ của ung thư dựa đã được chứng minh. Những người nhiễm *H. Pylori* có nguy cơ mắc ung thư dựa dày cao hơn rất nhiều nhóm người không nhiễm. Theo Torre những người nhiễm

H. Pylori có nguy cơ mắc ung thư dạ dày cao hơn 32% những người không nhiễm *H. Pylori* [6]. Cũng theo nghiên cứu trên, những người ăn ít rau hoa quả có nguy cơ mắc ung thư dạ dày cao hơn 36% những người ăn nhiều rau hoa quả. Những người ăn nhiều muối mặn có nguy cơ mắc ung thư dạ dày cao hơn 32% những người ăn ít muối mặn. Một số yếu tố nguy cơ khác cũng được khẳng định [15],[32],[33]:

- Tiếp xúc với các đồ dùng là sản phẩm của cao su do trong quá trình sản xuất cao su có chứa các hoá chất gây ung thư dạ dày (tác dụng gián tiếp).
- Hút thuốc lá
- Tiếp xúc với tia X và tia gamma
- Những người thừa cân, béo phì

Một số bằng chứng chưa được thuyết phục về yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày cũng đã được nghiên cứu là:

- Tiếp xúc với tất cả các loại amiang
- Nhiễm vi rút Epstein-Barr virus (EBV)
- Tiếp xúc với chì
- Tiếp xúc với nitrate hay nitrite
- Ăn các loại thịt xông khói hoặc rán cháy
- Uống nhiều rượu

Hỗ trợ cho các nghiên cứu dịch tễ học phân tích về ung thư

Để có thể mắc bệnh ung thư nói chung, cũng như ung thư dạ dày cần phải trải qua một quá trình rất dài về thời gian. Rất khó có thể tiến hành thu thập được số bệnh nhân ung thư đủ để nghiên cứu theo phương pháp theo dõi dọc tiến cứu theo thời gian. Ghi nhận ung thư có thể cung cấp được số lượng bệnh nhân đủ cho nghiên cứu bệnh-chứng cũng như nghiên cứu thuần tập hồi cứu (nghiên cứu phân tích) do ghi nhận lại các bệnh nhân ung thư đã được chẩn đoán. Điều quan trọng nhất trong việc ghi nhận ung thư là các trường

hợp ung thư được ghi nhận đã được chẩn đoán xác định tại bệnh viện bằng các chẩn đoán lâm sàng và mô bệnh học [28], [34].

Hỗ trợ cho các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng

Ghi nhận ung thư cũng có thể giúp cho công tác dự báo xu hướng tăng hay giảm ung thư theo thời gian. Dựa vào số liệu ghi nhận ung thư cùng với các kỹ thuật dự báo kết hợp với các yếu tố nguy cơ của ung thư đã được ghi nhận các nhà khoa học hoàn toàn có thể dự báo xu hướng tăng hoặc giảm tỷ suất mắc ung thư và theo dõi thời gian sống thêm của các bệnh nhân tham gia vào thử nghiệm [4].

Phương pháp ghi nhận ung thư quần thể

Ghi nhận ung thư quần thể là phương pháp thống kê tất cả các ca bệnh ung thư xuất hiện trong một quần thể xác định và trong một khoảng thời gian xác định với mục đích chính là để xác định tỷ suất mới mắc trong quần thể đó. Phương pháp ghi nhận ung thư quần thể có ưu điểm là có thể ghi nhận được tất cả các ca bệnh ung thư đã được các bệnh viện chẩn đoán chính xác đồng thời có các tài liệu khác góp phần phát hiện thêm những ca bệnh khác như: giấy ra viện, phiếu phẫu thuật, chứng nhận tử vong... Thêm vào đó phương pháp ghi nhận ung thư cộng đồng có những kỹ thuật loại trừ những ca bệnh ung thư trùng lặp và được xác định chắc chắn thông qua việc phỏng vấn người bệnh hoặc gia đình họ (khi bệnh nhân tử vong) [35]. Ghi nhận ung thư quần thể là thu thập được tất cả các trường hợp mới mắc ung thư trong một quần thể đã được xác định. Thông thường, quần thể mà các đối tượng ung thư sinh sống ở trong các vùng địa lý xác định. Kết quả ghi nhận ung thư quần thể thường đầy đủ hơn kết quả ghi nhận tại bệnh viện. Mục tiêu chính của ghi nhận ung thư quần thể là thống kê được các trường hợp ung thư trong quần thể và cung cấp cho chúng ta cách tiếp cận và kiểm soát được tác động của ung thư trong cộng đồng. Do vậy, GNUT có vai trò quan trọng trong dịch tễ học và y tế công cộng [35].

Tổ chức ghi nhận ung thư

Muốn ghi nhận được ung thư thì việc đầu tiên là cần xác định được nguồn số liệu có thể có trong khu vực ghi nhận. Một số yêu cầu sau đây cần: Phải có khả năng ghi nhận mọi ca ung thư mới xuất hiện trong quần thể. Các trường hợp mới mắc của ung thư được định nghĩa là những ca bệnh ung thư được ghi nhận lần đầu (có thể là mới mắc và cũng có thể mắc lâu rồi nhưng chưa được ghi nhận lần nào). Các ca đó có thể khám điều trị ở cơ sở y tế nằm trong vùng ghi nhận hoặc ngoài vùng ghi nhận. Khi tính toán số mới mắc cũng như tỷ suất mới mắc phần mềm CANREG 4 có khả năng loại bỏ các ca bệnh trùng lặp đã được ghi nhận hoặc bệnh nhân đi khám ở nhiều cơ sở y tế khác nhau [35]. Phân biệt được các ca ung thư của các địa phương tiến hành ghi nhận với những ca tới chữa ở các cơ sở nằm trong khu vực ghi nhận nhưng sống ở ngoài khu vực ghi nhận. Tránh việc bỏ sót ca bệnh hoặc ghi nhận một ca ung thư nhiều lần (ghi nhận trùng lặp).

Điều kiện cần thiết để ghi nhận ung thư quần thể

Ghi nhận ung thư quần thể cần có một số điều kiện nhất định để đảm bảo tính chính xác của số liệu và tính khả thi [35]. Thứ nhất, nơi cung cấp dịch vụ y tế phải đủ tốt, có cơ sở điều trị ung thư để đảm bảo thu hút phần lớn bệnh nhân ung thư ở địa phương tới khám, chẩn đoán hoặc điều trị. Thứ hai, hệ thống sổ sách ghi chép, lưu trữ hồ sơ bệnh án tại các cơ sở y tế phải đầy đủ, dễ hiểu và ghi nhận ung thư được phép tiếp cận với các nguồn đó. Thứ ba, quần thể dân cư phải có số dân đủ lớn (1-5 triệu), có ranh giới địa lý rõ ràng, có số liệu về dân cư đầy đủ cho từng lớp tuổi. Thứ tư, cần có sự hợp tác chặt chẽ của các giới các cấp trong cộng đồng y tế (đặc biệt là hội đồng tham vấn bao gồm các chuyên gia lâm sàng, giải phẫu bệnh và cơ quan tài trợ) là điều kiện đặc biệt quan trọng đối với một ghi nhận ung thư quần thể. Cuối cùng, cần phải có đủ nhân lực, phương tiện và tài chính để đảm bảo cho công tác ghi nhận ung thư quần thể.

Các bước tiến hành ghi nhận ung thư [35]

Bước 1: Xác định nhu cầu và mục tiêu của ghi nhận ung thư. Đầu tiên cần xác định mục tiêu của ghi nhận ung thư là gì, để xác định tỷ suất mới mắc ung thư (ghi nhận ung thư cộng đồng) hay cho nghiên cứu lâm sàng tại bệnh viện (ghi nhận ung thư bệnh viện). Trên cơ sở đó mới có thể xác định được các biến/chỉ số nghiên cứu và định hình cho phân tích số liệu.

Bước 2: Xác định loại hình ghi nhận ung thư: ghi nhận ung thư cộng đồng hay ghi nhận ung thư bệnh viện.

Bước 3: Xác định các điều kiện cần thiết cho ghi nhận ung thư, đặc biệt là ghi nhận ung thư quần thể cần có nhiều điều kiện cần thiết nhất định.

Bước 4: Xác định nguồn số liệu: Xác định cơ sở y tế cũng như các cơ sở khác có thông tin về các trường hợp ung thư thuộc khu vực ghi nhận. Với ghi nhận ung thư bệnh viện cần xem xét các sổ sách của phòng khám, hồ sơ bệnh án, sổ ghi chép đại thể, kết quả tế bào, sổ sách ghi chép các xét nghiệm khác như nội soi, huyết học, sinh hoá, Xquang. Với ghi nhận ung thư quần thể ngoài những sổ sách tại các cơ sở điều trị cần có những nguồn thông tin khác như sổ bảo hiểm, các cơ sở y tế tư nhân, các chương trình phát hiện sớm ung thư, các thống kê tử vong, các nhà dưỡng lão, điều dưỡng....

Bước 5: Xác định phương pháp thu thập thông tin: cần chú ý đến hệ thống lưu trữ thông tin của mỗi cơ sở, cách thu thập thông tin tại mỗi cơ sở. Trên cơ sở đó lập kế hoạch đến từng cơ sở để thu thập thông tin.

Bước 6: Xác định các nhóm thông tin và các thông tin chi tiết cần thu thập cho phù hợp với mục đích của ghi nhận và mã hoá các nhóm thông tin. Cần phải hạn chế tối đa các thông tin cần thu thập để tránh sai số. Các thông tin về bệnh cần ghi nhận theo phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10 (ICD10).

Bước 7: Cách thức xử lý thông tin: Khi có một bệnh nhân mới đến cần xác định xem bệnh nhân này đã được ghi nhận trong máy tính chưa, nếu chưa

thì tiến hành ghi nhận. Nếu đã ghi nhận rồi thì cần kiểm tra xem đã đủ thông tin về bệnh nhân này chưa và bổ xung các thông tin còn thiếu.

Bước 8: Kiểm tra chất lượng số liệu, đây là bước quan trọng nhất của quá trình ghi nhận bao gồm 3 nội dung: (1) Định nghĩa ca bệnh và thời điểm mắc bệnh; (2) Tính đầy đủ của số liệu và (3) tính chính xác của số liệu.

Bước 9: Phân tích và viết báo cáo kết quả ghi nhận ung thư. Cần tính toán các chỉ số sau:

- Tỷ suất mới mắc một bệnh ung thư nào đó
- Tỷ suất mới mắc đặc trưng theo tuổi, giới
- Có thể tính thêm được các yếu tố nguy cơ của bệnh ung thư.

Việc loại trừ các số liệu trùng lặp trong ghi nhận ung thư và tính toán các tỷ suất trên bằng phần mềm CANREG 4 do Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế xây dựng. Phần mềm này rất tiện lợi, đơn giản và có thể được cài đặt trên các loại máy tính khác nhau [35].

Lịch sử ghi nhận ung thư

Với các nỗ lực ban đầu ở một số nước châu Âu đã cho phép ước lượng được số ca mới mắc và số ca hiện mắc ở trong quần thể ở những năm của thế kỷ thứ 18. Ở Đức, việc ghi nhận ung thư đã bắt đầu từ năm 1900, ghi nhận tất cả các trường hợp ung thư đã được điều trị. Bộ câu hỏi đã gửi đến tận tay các thầy thuốc lâm sàng để ghi lại tất cả các trường hợp ung thư vào ngày 15 tháng 10 năm 1900. Bộ câu hỏi đã được thông qua vào giữa năm 1902 và 1908 ở Đức, Hungary, Iceland, Hà Lan, Bồ Đào Nha, Tây Ban Nha và Thụy Điển. Tuy nhiên, những cố gắng trong ghi nhận ung thư đã không thành công, do sự hợp tác không chặt chẽ của các thầy thuốc ở các bệnh viện. Một số nghiên cứu tương tự như vậy đã được tiến hành ở Hoa Kỳ. Ghi nhận ung thư quần thể đầu tiên được thực hiện ở Hamburg (Đức) năm 1926. Ba nữ y tá đã đến các bệnh viện và các phòng khám ở thành phố đều đặn. Họ đã ghi lại tên

của các bệnh nhân mới mắc ung thư sau đó nhập và lưu trữ số liệu. Những số liệu này được so sánh một lần một tuần với nơi cấp giấy chứng tử. Một số ghi nhận quần thể khác cũng được thực hiện vào trước năm 1955. Hiện nay, có hơn 200 tổ chức ghi nhận ung thư quần thể ở các nước và các vùng khác nhau trên toàn thế giới, chiếm khoảng 5% dân số thế giới, nhưng ghi nhận ung thư quần thể được thực hiện nhiều ở các nước phát triển hơn các nước đang phát triển [35]. Tại các nước đang phát triển, việc ghi nhận ung thư thường chỉ thực hiện ở vùng thành thị, nơi mà việc tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh tốt nhất.

Hệ thống ghi nhận ung thư quần thể đã được thực hiện rộng rãi ở các nước như Anh, xứ Wale, Scotland, các nước ở Bắc Âu, Canada, Úc, New Zealand, Israel, Cuba, Zambia. Tuy nhiên, ghi nhận ung thư quần thể mới chỉ thực hiện được ở khu vực giới hạn (như Colombia, Ấn Độ, Ý, Hoa Kỳ). Một số ghi nhận đặc biệt chỉ ghi nhận ung thư ở những nhóm tuổi nhất định (ung thư trẻ em ở Oxford, Anh) hoặc vị trí đặc biệt (ung thư dạ dày ruột ở Lyon, Pháp). Ghi nhận ung thư ở bệnh viện được thực hiện ở nhiều nước trên thế giới [35].

Ghi nhận ung thư đã được triển khai tại Việt Nam từ năm 2008 tại 6 tỉnh/thành phố thí điểm: Hà Nội, TP Hồ Chí Minh, Hải Phòng, Thái Nguyên, Thừa thiên-Huế và Cần Thơ. Đến năm 2010 đã được triển khai trên 15 tỉnh/thành phố, bao gồm: Hà Nội, TP Hồ Chí Minh, Hải Phòng, Thái Nguyên, Thừa thiên-Huế, Cần Thơ, Bắc Cạn, Bắc Ninh, Bắc Giang, Nam Định, Thanh Hoá, Đà Nẵng, Bình Định, Kiên Giang và Cà Mau. Nhờ đó, đã ghi nhận và tính toán được 16 loại ung thư phổ biến ở cả nam và nữ [19]. Tính đến năm 2014, đã có 37 tỉnh/thành phố tiến hành ghi nhận được 18 loại ung thư phổ biến cả ở nam và nữ [19].

Một số khó khăn trong công tác ghi nhận ung thư

Đối với các nước đang phát triển, những khó khăn trong ghi nhận ung thư thường gặp ở 3 nhóm nguyên nhân sau: khó khăn trong việc thu thập số

liệu bệnh nhân ung thư ở các cơ sở khám chữa bệnh do các cơ sở này thường ở trong tình trạng quá tải nên hệ thống ghi chép thường không đầy đủ và không cập nhật thường xuyên. Tại các khoa giải phẫu bệnh khi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh thường không có địa chỉ bệnh nhân. Địa chỉ của bệnh nhân thường thiếu thông tin hoặc không chính xác gây nên thiếu và trùng lặp bệnh nhân. Việc ghi chép các thông tin về bệnh cũng thiếu nên khó khai thác được các thông tin về bệnh như chỉ ghi ung thư chứ không ghi ung thư gì [4]. Khó khăn do quần thể dân cư nơi mà các bệnh nhân ung thư sinh sống không ổn định. Điều này có thể là do thay đổi địa phận hành chính hoặc do tốc độ di dân cao. Nhiều trường hợp người mắc bệnh ung thư có đủ số liệu nhưng không tìm được địa chỉ cho nên cũng gây khó khăn cho việc xác định mẫu số của tỷ suất. Khó khăn do hạn chế về nguồn lực (nhân lực, kinh phí và thời gian) cũng làm cho công tác ghi nhận ung thư bị thiếu chính xác và ít tin cậy. Các số liệu về dịch tễ học cho thấy có sự khác biệt về tỷ suất mắc ung thư dạ dày khác nhau nhiều giữa các khu vực và quốc gia và theo thời gian. Cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội cũng như sự quan tâm của y tế, tỷ suất mắc ung thư dạ dày có xu hướng giảm nhẹ trong thời gian gần đây. Các yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày được xác định đó là nhiễm *H. pylori* và các yếu tố từ môi trường và lối sống. Để có thể làm giảm tỷ suất nhiễm và tử vong do ung thư dạ dày cần tăng cường hoạt động sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm ung thư dạ dày.

Ghi nhận ung thư là một phương pháp tốt nhằm lượng giá gánh nặng của bệnh ung thư tại cộng đồng, đề xuất các giả thuyết về yếu tố nguy cơ và căn nguyên, hỗ trợ cho các nghiên cứu dịch tễ học phân tích và hỗ trợ cho các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trong theo dõi thời gian sống thêm của các bệnh nhân ung thư tham gia vào các thử nghiệm. Tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam ghi nhận ung thư có vai trò đặc biệt quan trọng.

Ghi nhận ung thư cần sự cam kết mạnh mẽ của ngành y tế, cần đầu tư đủ nguồn lực cho các đơn vị ghi nhận ung thư.

1.2. Đặc điểm vị trí, type mô bệnh học và giai đoạn của ung thư dạ dày

1.2.1. Đặc điểm vị trí của ung thư dạ dày

Ung thư dạ dày có thể xuất hiện ở một số vị trí như ở tâm vị, bờ cong lớn, bờ cong nhỏ, hang vị, tiền môn vị, môn vị và phình vị. Việc phân chia vị trí của ung thư dạ dày rất khác nhau giữa các nghiên cứu trên thế giới. Nhiều tác giả chỉ phân chia theo khu vực của dạ dày. Đặc biệt Hội Ung thư dạ dày Nhật Bản khuyến cáo phân loại vị trí theo 4 vùng của dạ dày: 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới và môn vị [36]. Theo Abe và cộng sự, nghiên cứu trên 175 trường hợp ung thư dạ dày sớm ở Tokyo Nhật Bản cho thấy vị trí ung thư ở vùng 1/3 dưới (hang môn vị) chiếm 9,2%, 1/3 giữa 73,1% và 1/3 trên là 17,7% [37]. Theo một nghiên cứu ở Bồ Đào Nha, tác giả Olivera cho biết ung thư dạ dày ở 1/3 dưới là 72,4%, 1/3 giữa chiếm 24,1% và 1/3 trên chỉ có 3,5% [38].

Theo một nghiên cứu ghi nhận ung thư tại Iran do tác giả Babaei thực hiện, vị trí của ung thư dạ dày được biểu hiện ở bảng sau, trong đó ung thư ở vị trí tâm vị là cao nhất trong số những ca bệnh xác định được vị trí (32,8%) và vị trí ung thư không xác định chiếm tỷ lệ cao (38,8%) [39]. Không có sự khác biệt nhiều về vị trí ung thư dạ dày giữa nam và nữ.

Bảng 1.1. Vị trí của ung thư dạ dày theo phương pháp ghi nhận ung thư [40]

Vị trí	Nam (SL, %)	Nữ (SL, %)	Chung (SL, %)
Tâm vị	102 (32,8)	237 (32,6)	339 (32,7)
Thân vị	44 (14,1)	131 (18,0)	175 (16,9)
Hang vị	24 (7,7)	86 (11,8)	110 (10,6)
Môn vị	6 (1,9)	5 (0,7)	11 (1,1)
Không xác định	135 (43,4)	268 (36,9)	403 (38,8)
Tổng	311 (100)	727 (100)	1038 (100)

Theo Feller và cộng sự nghiên cứu tại Thụy Sĩ, vị trí ung thư dạ dày ở nam giới, xuất hiện tại tâm vị khá cao (29%), ở vị trí khác (48,1%) và ở nhiều vị trí (22,9%) [40]. Cũng theo nghiên cứu trên, vị trí ung thư dạ dày ở nữ giới, xuất hiện tại tâm vị tương đối thấp (14,2%), ở vị trí khác (58,6%) và ở nhiều vị trí (27,2%) [40].

Theo một nghiên cứu tại Việt Nam, vị trí xuất hiện ung thư dạ dày chủ yếu ở vùng hang vị và môn vị (60-65%), bờ cong nhỏ và tâm vị (10%), toàn bộ dạ dày (10%) và ở các vị trí khác (20-30%) [41].

Theo nghiên cứu của Đỗ Đức Vân trên 717 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Việt -Đức, Hà Nội, ung thư dạ dày tại hang vị chiếm 58,7%, bờ cong nhỏ chiếm 23,1%, tâm vị chiếm 12,4%, thân vị chiếm 2,9% và toàn bộ dạ dày chiếm 2,9% [42]

Theo kết quả ghi nhận ung thư tại Việt Nam từ năm 1997 đến nay, ung thư dạ dày ở Hà Nội và Thừa thiên-Huế, ung thư dạ dày đứng hàng thứ 3 sau ung thư phổi và gan [19],[43]. Vị trí của ung thư dạ dày thường có ở hang vị và bờ cong nhỏ; tuy nhiên ung thư dạ dày cũng xuất hiện ít ở một số vị trí khác như tâm vị, bờ cong lớn và môn vị.

Một nghiên cứu khác tại Bệnh viện K Hà Nội của Phạm Duy Hiền và cộng sự, tỷ lệ ung thư dạ dày ở hang vị-tiền môn vị là cao nhất (61,9%), tiếp theo là bờ cong nhỏ (30,9%) và bờ cong lớn (4,8%) và tâm phình vị (2,4%) [44]. Theo Nguyễn Ngọc Hùng, tỷ lệ ung thư dạ dày ở hang-môn vị là cao nhất (61,9%) [45]. Nguyễn Cường Thịnh nghiên cứu trên 208 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 giai đoạn 1994-2010 cho thấy, vị trí u ở 1/3 dưới dạ dày chiếm 21,4%, 1/3 giữa là 54,45%, 1/3 trên là 21,45% và toàn bộ dạ dày là 5,6% [46].

Nguyễn Quang Thái và CS cũng cho biết vị trí ung thư dạ dày ở 1/3 dưới chiếm 65,3%, 1/3 trên là 6,7% và 1/3 giữa chiếm 28% [47].

Vũ Quang Toàn và cộng sự nghiên cứu trên 152 trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn IIB-III (T4) tại Bệnh viện K năm 2009-2011 cho thấy vị trí khối u tại tâm phình vị chiếm 3,3%, thân vị chiếm 3,3%, bờ cong nhỏ chiếm 21,7%, bờ cong lớn 2,6%; hang vị-tiền môn vị chiếm 67,8% và toàn bộ dạ dày chiếm 1,3% [48].

Lê Quý Hưng và cộng sự nghiên cứu trên 58 trường hợp ung thư dạ dày cho biết vị trí ung thư dạ dày cao nhất ở hang môn vị chiếm 79,3%, thân vị chiếm 17,2% và tâm vị chiếm 3,5% [49].

Tác giả Mai Hồng Bằng cũng cho biết vị trí ung thư dạ dày cũng chiếm tỷ lệ cao nhất ở hang-môn vị (70,4%) [50].

Như vậy, qua các công trình nghiên cứu trên đều cho thấy phần lớn các kết quả nghiên cứu tại bệnh viện ở trong và ngoài nước đều cho thấy vị trí ung thư dạ dày hay gặp nhất là hang và môn vị, tiếp theo là bờ cong nhỏ, tâm vị và các vị trí khác. Tuy nhiên, các nghiên cứu ghi nhận ung thư quần thể cũng cho thấy tỷ lệ không xác định được vị trí của ung thư dạ dày là rất cao. Từ đó cho thấy khoảng trống về xác định vị trí trong ghi nhận ung thư dạ dày quần thể. Điều này cần được giải quyết trong tương lai thông qua công tác đào tạo, phối hợp GNUT quần thể và ghi nhận ung thư bệnh viện.

1.2.2. Đặc điểm type mô bệnh học của ung thư dạ dày

Bosman và TCYTTG phân loại type mô bệnh học ung thư dạ dày bao gồm 5 loại sau [51]:

- Ung thư biểu mô tuyến ống: mô ung thư có cấu trúc tuyến, có lòng rộng hoặc hẹp với số lượng bất kỳ, được chia ra làm ung thư biểu mô tuyến nhú, ung thư biểu mô tuyến ống nhỏ, ung thư biểu mô tế bào nhẵn
- Ung thư biểu mô tuyến vảy: là thể u hiếm, cấu trúc gồm mô tuyến và mô tế bào vảy, tế bào u tập trung thành đám giống biểu mô lớp của biểu bì.
- Ung thư biểu mô tuyến nhày: có nhiều chất nhày bên ngoài tế bào ung thư.

- Ung thư biểu mô kém biệt hoá: tế bào ung thư không sắp xếp tạo thành hình tuyến mà tập trung thành hình đám lớn hoặc ổ thành bè hay phân tán rải rác trong mô đệm.
- Ung thư biểu mô không xếp loại/hỗn hợp: là tế bào và cấu trúc u không giống với các loại đã mô tả trên.

Các nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam cũng cho kết quả là ung thư biểu mô dạ dày là cao nhất (>95%) [18], trong đó ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (>60%) [52].

Theo Hội Ung thư Dạ dày Nhật Bản, ung thư biểu mô tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất (mã 8211/3, tiếp theo là ung thư biểu mô tuyến vảy (8260/3), ung thư biểu mô kém biệt hoá, ung thư biểu mô tế bào nhẵn và ung thư biểu mô tuyến nhày [36].

Theo tác giả Vũ Quang Toàn nghiên cứu tại Bệnh viện K, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (75,7%), trong đó ung thư biểu mô tuyến biệt hoá cao (4,6%), biệt hoá vừa (32,3%) và biệt hoá thấp 38,8%; tiếp theo là ung thư biểu mô tế bào nhẵn (24,3%) [48].

Theo Nguyễn Ngọc Hùng, tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 99%, trong đó 50,7% là ung thư biểu mô tuyến ống nhỏ, 16,7% là ung thư biểu mô không biệt hoá, 14% là ung thư biểu mô tuyến nhày, 12,3% là ung thư biểu mô tế bào nhẵn, 5% là ung thư biểu mô tuyến nhú, 0,3% là ung thư biểu mô tuyến gai và 1% là các hình thái khác [45].

Lê Quý Hưng và cộng sự nghiên cứu năm 2006 trên 58 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Trường Đại học Y Dược Huế cũng thông báo ung thư biểu mô tuyến chiếm 98,3% và ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm 1,7% [49].

Lê Văn Thành và cộng sự nghiên cứu trên 43 bệnh nhân cắt dạ dày toàn bộ triệt căn do ung thư tại Bệnh viện ung bướu Hà Nội cho biết ung thư biểu mô tuyến chiếm 62,9%, trong đó ung thư biểu mô tuyến biệt hoá cao chiếm 4,7%, biệt hoá vừa 23,3%, biệt hoá kém 34,9%; ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 23,3%, ung thư biểu mô tuyến nhày chiếm 14% [53].

Qua tổng quan kết quả của một số nghiên cứu trong và ngoài nước, về hình thái học của ung thư dạ dày, chúng tôi nhận thấy phần lớn các ung thư dạ dày thuộc ung thư biểu mô tuyến (60-99%), tiếp theo là ung thư biểu mô dạ dày không biệt hoá, các hình thái ung thư dạ dày khác chiếm tỷ lệ thấp.

1.2.3. Đặc điểm giai đoạn bệnh của ung thư dạ dày

Việc chẩn đoán giai đoạn bệnh ung thư dạ dày dựa vào các tiêu chuẩn sau: khối u nguyên phát (Tumor-T), di căn hạch vùng (Node Lymphatic-N) và di căn xa (Metasta-M). Bảng dưới đây cho biết phân loại của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) năm 2010 đối với ung thư dạ dày [54].

Bảng 1.2. Phân loại TNM của ung thư dạ dày theo AJCC, 2010 [54].

Khối u nguyên phát (T)
Tx: Không xác định được khối u
T0: Không có u nguyên phát
Tis: Ung thư biểu mô tại chỗ
T1: U xâm lấn lớp niêm mạc hoặc hạ niêm mạc
T2: U xâm lấn lớp cơ niêm hoặc đến lớp hạ thanh mạc
T3: Xâm lấn thanh mạc (phúc mạc tạng) nhưng chưa xâm lấn các cấu trúc lân cận
T4: U xâm lấn các cấu trúc lân cận
Hạch Lympho (N)
N0: Không di căn hạch vùng
N1: Di căn từ 1-2 hạch vùng
N2: Di căn từ 3-6 hạch vùng
N3: Di căn trên 7 hạch vùng
Di căn xa (M)
M0: Không có di căn xa
M1: Có di căn xa

Bảng 1.3. Bảng xếp loại giai đoạn bệnh theo TNM

Giai đoạn	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T1	N1	M0
II	T2	N0	M0
	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
IIIB	T3	N2	M0
IV	T1-3	N3	M0
	T4	N1-3	M0
	T1-4	N0-2	M1

Nguồn: AJCC. Phân loại TNM ung thư dạ dày (7th edition, 2010) [54]

Theo Bray, Engholm và một số tác giả khác trên thế giới, việc chẩn đoán giai đoạn của ung thư dạ dày là khá sớm, tại các nước phát triển có đến trên 80% được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (giai đoạn I và II) [55],[56]. Ngay cả tại Iran và Trung Quốc, việc chẩn đoán giai đoạn của ung thư dạ dày dựa trên phương pháp ghi nhận ung thư cũng rất hạn chế do không ghi nhận được T, N, M [57],[39]. Tương tự, tại Việt Nam, trong nghiên cứu ghi nhận ung thư quần thể do không xác định độ xâm lấn của u nguyên phát (T), mức độ di căn hạch (N) và di căn xa (M) nên rất khó xác định được giai đoạn của ung thư dạ dày.

Tại Việt Nam, trong các bệnh viện đã có một số nghiên cứu về chẩn đoán giai đoạn bệnh ung thư dạ dày chứ chưa có nghiên cứu nào chẩn đoán giai đoạn ung thư dạ dày thông qua ghi nhận ung thư.

Một số nghiên cứu tại bệnh viện cho thấy hầu hết các bệnh nhân ung thư dạ dày đều được phát hiện ở giai đoạn muộn. Theo Phạm Duy Hiền và cộng sự, 71,4% ở giai đoạn IIIA, 28,6% ở giai đoạn IIIB [44]. Nguyễn Cường Thịnh và cộng sự, giai đoạn của ung thư dạ dày cũng được phát hiện ở giai đoạn muộn (69% ở giai đoạn III, IV) và giai đoạn I, II chỉ chiếm 31% [46].

Như vậy, từ những bằng chứng trên đều cho thấy các nghiên cứu về vị trí, hình thái học cũng như giai đoạn của ung thư dạ dày chỉ có thể đầy đủ ở các nghiên cứu tại bệnh viện. Những nghiên cứu ghi nhận ung thư quần thể khó có thể cung cấp đầy đủ những bằng chứng về vị trí, hình thái học cũng như giai đoạn của ung thư dạ dày. Điều này đúng không chỉ ở Việt Nam mà còn ở các quốc gia đang phát triển khác trên thế giới. Cần thiết phải có những biện pháp nhằm tăng cường tính đầy đủ của số liệu thông qua các nghiên cứu ghi nhận ung thư.

1.3. Tỷ suất mới mắc và xu hướng mắc ung thư dạ dày

1.3.1. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày

1.3.1.1. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày trên thế giới

Ung thư dạ dày là một bệnh phổ biến ở cả nam và nữ, bệnh khá nguy hiểm cho cả sức khỏe thể lực và tinh thần của người bệnh. Mặt khác, ung thư dạ dày còn tiêu tốn khá nhiều nguồn lực, đặc biệt cho các nước đang phát triển. Ung thư dạ dày nếu không phát hiện và điều trị sớm có thể sẽ di căn sang các tổ chức khác và gây tử vong. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thay đổi tùy theo từng vùng địa dư trên thế giới theo bảng dưới đây:

Bảng 1.4. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi và giới năm 2012 ở một số châu lục [58]

Khu vực	Tỷ suất mới mắc/100000/năm cho nam giới	Tỷ suất mới mắc/100000/năm cho nữ giới
Thế giới	18,0	8,0
Trung và Đông Âu	21,3	9,1
Nam Âu	13,1	6,2
Tây Âu	9,0	5,0
Bắc Âu	8,0	4,5
Đông Á	35,1	14,5
Tây Á	12,0	8,1
Nam Trung Á	9,5	5,2
Đông Nam Á	8,0	5,0
Trung Mỹ	12,2	8,2
Nam Mỹ	10,3	201
Bắc Mỹ	6,0	3,5
Nam Phi	8,0	4,0
Đông Phi	5,0	4,8
Trung Phi	4,5	4,5
Tây Phi	4,5	3,0

Tỷ suất mới mắc chuẩn hoá theo tuổi của ung thư dạ dày trên phạm vi toàn thế giới là 18/100.000 dân/năm. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cao nhất ở các quốc gia Đông Á (35,1/100.000/năm cho nam và 14,5/100.000/năm cho nữ), tiếp theo là Trung và Đông Âu (21,3/100.000/năm cho nam và 9,1/100.000 cho nữ) và thấp nhất là ở các quốc gia Tây Phi (4,5/100.000/năm cho nam và 3/100.000/năm cho nữ) [58].

Bảng 1.5. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hóa theo tuổi ở một số quốc gia năm 2012 [59]

Xếp hạng	Quốc gia	Tỷ suất mới mắc chuẩn hoá theo tuổi/100.000 dân/năm
1	Hàn Quốc	41,8
2	Mông Cổ	32,5
3	Nhật Bản	29,9
4	Guatemala	23,7
5	Trung Quốc	22,7
6	Tajikistan	21,7
7	Kazakhstan	21,6
8	Kyrgyzstan	21,4
9	Albania	20,1
10	Belarus	18,8
11	Turkmenistan	18,2
12	Costa Rica	17,3
13	Bhutan	17,2
14	Honduras	17,0
15	Ecuador	16,9
16	Macedonia	16,5
17	El Salvador	16,4
18	Việt Nam	16,3
19	Liên bang Nga	16,0
20	Peru	15,8

Tỷ suất mới mắc cao nhất vẫn ở các quốc gia Đông Á. Tỷ suất mắc hàng đầu là Hàn Quốc, Mông Cổ và Nhật Bản. Tại Trung Quốc, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đứng hàng thứ 4 trên thế giới và như vậy với dân số trên 1 tỷ người thì số lượng người mắc mới ung thư là lớn nhất thế giới [59]. Tại

một số quốc gia châu Âu như Liên bang Nga và Nam Mỹ cũng như Việt Nam có tỷ suất mắc thấp nhất trong số 20 quốc gia có báo [60].

Bảng 1.6. Tỷ suất mới mắc chuẩn hoá theo tuổi và tỷ suất hiện mắc ung thư dạ dày ở nam giới năm 2008 [58].

Khu vực	Tỷ suất mới mắc/100000/năm	Tỷ suất hiện mắc/5 năm
Thế giới	19,7	7,8
Châu Á	25,9	15,7
Châu Âu	14,5	2,9
Mỹ La tinh	5,8	1,0
Châu Phi	4,7	3,0

Tỷ suất mới mắc đã chuẩn hoá theo tuổi của ung thư dạ dày trên phạm vi toàn thế giới ở nam giới là 19,7/100.000 dân và tỷ suất hiện mắc/5 năm là 7,8/100.000 dân [58]. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày của nam giới cao nhất ở châu Á (25,9/100.000 dân), tiếp theo là châu Âu (14,5/100.000 dân) và thấp nhất là ở châu Mỹ La tinh và châu Phi (5,8 và 4,7/100.000 dân) [58].

Bảng 1.7. Tỷ suất mới mắc chuẩn hoá theo tuổi và hiện mắc ung thư dạ dày ở nữ giới năm 2008 [58]

Khu vực	Tỷ suất mới mắc/100000	Tỷ suất hiện mắc/5 năm
Thế giới	9,1	3,6
Châu Á	11,7	6,2
Châu Âu	7,0	1,9
Mỹ La tinh	2,8	0,6
Châu Phi	3,3	1,5

Tỷ suất mới mắc đã chuẩn hoá theo tuổi của ung thư dạ dày trên phạm vi toàn thế giới ở nữ giới là 9,1/100.000 dân và tỷ suất hiện mắc/5 năm là 3,6/100.000 dân [58]. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày của nữ giới cao nhất ở châu Á (11,7/100.000 dân), tiếp theo là châu Âu (7/100.000 dân) và thấp nhất là ở châu Mỹ La tinh và châu Phi (2,8 và 3,3/100.000 dân) [58].

Hơn một nửa dân số của thế giới sống tại châu Á Trung Quốc, Nhật Bản và Hàn Quốc đã thông báo tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cao nhất ở cả nam và nữ so với các quốc gia khác trên thế giới [60],[61],[62]. Hơn một nửa số ca mắc ung thư dạ dày được chẩn đoán tại các nước khu vực Bắc Á [63],[64]. Nhìn chung, xu hướng mới mắc ung thư dạ dày ở các quốc gia châu Á giảm trong 2 thập kỷ gần đây [16],[17]. Tuy vậy, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở một số quốc gia châu Á vẫn giữ nguyên và chưa thay đổi [55].

Tại Trung Quốc, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nam giới giảm từ 41,9/100.000 năm 2000 xuống 37,1/100.000 trong năm 2005 [57]. Cũng trong giai đoạn trên, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nữ giảm từ 19,5 xuống 17,4/100.000 [57]. Tại Nhật Bản, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm từ 80 xuống 60/100.000 từ năm 1980 đến năm 2000, trong năm 2008, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở Nhật Bản là 31,1/100.000 cho cả 2 giới [27]. Tại Hàn Quốc, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cũng giảm xuống 65,6/100.000 ở nam và 25,8/100.000 ở nữ giới [65]. Ở rất nhiều quốc gia khác, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở Singapore, Thailand và Malaysia cũng giảm trong những thập kỷ qua [66],[67],[68]. Điều này có thể là do các quốc gia trên đã có những can thiệp kịp thời như chẩn đoán và điều trị sớm *H. Pylory* cũng như các hoạt động truyền thông phòng chống ung thư dạ dày.

Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở Trung và Nam Á thấp hơn so với các vùng khác của châu Á. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở Ấn Độ là

3,8/100.000 dân thấp hơn nhiều so với các quốc gia khác [58],[69],[70]. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đã chuẩn hoá theo tuổi là từ 3,0-13,2/100.000 dân. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở Ấn Độ hiện nay giảm nhưng xu hướng giảm khác nhau cho từng khu vực của Ấn Độ. Tại tỉnh Mumbai và Chennai tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở các khu vực khác của Trung và Nam Á như Pakistan, Bangladesh và SriLanka đang giảm chậm [58].

Khu vực Tây Á nơi có nhiều các dân tộc khác nhau sinh sống, chịu tác động bởi 3 nhóm người Á, Âu và Phi có tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày rất khác nhau. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày rất cao ở Iran (26,1/100.000 dân) và thấp nhất ở Israel (12,5/100.000 dân) [71],[72]. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cao gấp gần 7 lần ở Iran so với Iraq[62]. Ở Jordan, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chung là 4,8/100.000 dân (nam giới là 5,6 và nữ giới là 4,1) [18]. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày và xu hướng của ung thư dạ dày khá ổn định và giảm rất ít ở đa số các quốc gia Tây Á [58].

Tỷ suất mới mắc UTDD ở đa số quốc gia đã giảm một cách rõ rệt trong những năm nửa sau thế kỷ 20 như ở Bắc Âu (Phần Lan mức giảm 73%, Thụy Điển và Đan Mạch mức giảm 65%) và Bắc Mỹ (Hoa Kỳ mức giảm 66%, Canada mức giảm - 60%) [18]. Rõ ràng là ở các quốc gia phát triển, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm liên quan nhiều đến việc chẩn đoán và điều trị viêm dạ dày do *H. pylori*.

Mặt khác, các yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày như tập quán vệ sinh, thói quen ăn uống cũng giúp cho xu hướng giảm tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày. Tỷ suất mắc UTDD ở nam nhiều hơn nữ (2:1) thấy ở hầu hết các báo cáo đã được công bố. Ung thư dạ dày ít gặp ở tuổi trước 40, tỷ suất này tăng dần từ sau 40 tuổi và đạt đỉnh cao ở độ tuổi 70. Tỷ suất mắc UTDD cao thường xảy ra ở tầng lớp dân cư có điều kiện kinh tế xã hội thấp. ở Hoa Kỳ

và các nước châu Âu, tầng lớp kinh tế xã hội thấp có tỷ suất mắc UTDD cao gấp 2 lần so với tầng lớp kinh tế xã hội khá hơn [18],[58].

1.3.1.2. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở Việt Nam

Việt Nam nằm trong vùng mắc ung thư dạ dày khá cao do liên quan nhiều đến phong tục tập quán, tình trạng vệ sinh đường tiêu hoá và khả năng nhiễm *H. pylori*. Ung thư dạ dày đứng thứ 2 ở cả hai giới, sau ung thư phổi đối với nam và sau ung thư vú đối với nữ [19],[70]. Đồng thời ung thư dạ dày có tính chất gia đình chiếm khoảng 1% đến 15%. Các tổn thương được coi là tiền ung thư dạ dày như: Polyp tuyến dạ dày, thiếu máu ác tính, viêm loét dạ dày mãn tính cũng làm tăng nguy cơ ung thư dạ dày.

Ở Việt Nam, chất lượng hệ thống thông tin báo cáo y tế từ cơ sở đến trung ương còn nhiều hạn chế do vậy các thông tin về ca bệnh ung thư dạ dày thường thiếu độ tin cậy và không cập nhật theo thời gian. Giống như các nước đang phát triển khác, các số liệu về ung thư nói chung cũng như ung thư dạ dày chỉ có thể ước lượng được thông qua hệ thống ghi nhận ung thư. Hệ thống ghi nhận ung thư ở Việt Nam mới được triển khai trên một số tỉnh thành do Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế tại Lyon, Pháp giúp đỡ. Dưới đây là một số thông tin hạn chế về ung thư dạ dày tại Việt nam trong giai đoạn từ năm 2000-2010.

Bảng 1.8. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nam và nữ tại Việt Nam 2000-2010 [19]

Mới mắc	Xếp loại	Năm 2000			Năm 2010			Năm 2020
		CR	ASR	Số ca	CR	ASR	Số ca	Số ca
Nam	2	14,5	23,7	6905	33,3	35,1	14652	11.502
Nữ	2	8,5	10,8	3418	10,6	12,2	4728	5.512

Bảng trên cho thấy ung thư dạ dày tại Việt Nam trong giai đoạn từ năm 2000-2010 đều đứng hàng thứ 2 trong số các bệnh ung thư. Xu hướng của ung thư dạ dày ở cả nam và nữ gia tăng theo thời gian từ 2000-2010. Trong vòng 10 năm, tỷ suất mới mắc của ung thư dạ dày ở nam giới được chuẩn hoá theo tuổi tăng gấp 1,5 lần (từ 23,7/100.000 nam giới năm 2000 lên 35,1/100.000 năm 2010). Tuy nhiên, theo dự báo số bệnh nhân mới mắc ung thư dạ dày ở nam giới sẽ giảm vào năm 2020 (từ 14.652 ca xuống còn 11.502).

Ở nữ giới, tỷ suất mới mắc của ung thư dạ dày ở nữ giới được chuẩn hoá theo tuổi tăng ít hơn so với nam giới trong giai đoạn 2000-2010 (từ 10,8/100.000 nữ giới năm 2000 lên 12,2/100.000 năm 2010). Tuy nhiên, theo dự báo số bệnh nhân mới mắc ung thư dạ dày ở nữ giới sẽ tăng vào năm 2020 (từ 4.728 ca lên 5.512) [19].

Những số liệu trên đây như trên đã nhận xét chỉ là ước lượng do những hạn chế về hệ thống báo cáo thống kê y tế. Vẫn còn nhiều trường hợp ung thư dạ dày không đi khám chữa bệnh và ở nhà cho đến khi tử vong do không tiếp cận được với cơ sở y tế, đặc biệt là ở các vùng sâu vùng xa. Mặc dù các trường hợp tử vong đã được tìm hiểu thông qua nguyên nhân tử vong được lấy từ thông tin khai tử lấy từ trạm y tế xã để cung cấp cho phương pháp ghi nhận ung thư. Điều này đã được nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước khẳng định [55],[65],[70],[73],[43],[74].

Một số nghiên cứu tại một số tỉnh/thành phố, sử dụng phương pháp ghi nhận ung thư cũng cung cấp thêm các thông tin về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở bảng dưới đây.

Bảng 1.9. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nam và nữ tại một số tỉnh thành năm 2004-2010 [19]

Tỉnh/thành phố	ASR/100.000 dân (nam giới)	ASR/100.000 dân (nữ giới)
Thành phố Hồ Chí Minh	11,8	5,6
Thành phố Hà Nội	30,1	14,9
Hải Phòng	16,6	6,9
Thái Nguyên	13,7	6,6
Thừa Thiên-Huế	14,5	7,9
Cần Thơ	15,2	5,6

Trong giai đoạn từ 2004-2010, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nam giới cao nhất ở Thành phố Hà Nội (30,1/100.000 nam giới). Tiếp theo là tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nam giới tại Hải Phòng và Thành phố Cần Thơ (16,6/100.000 và 15,2/100.000 nam giới). Tại các tỉnh/thành khác, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nam giới dao động trong khoảng từ 11,8/100.000 nam giới (Thành phố Hồ Chí Minh) đến 15,2/100.000 nam giới (Tỉnh Thừa Thiên-Huế) [19],[73],[43].

Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nữ giới cao nhất ở Thành phố Hà Nội (14,9/100.000 nữ giới). Tiếp theo là tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nữ giới tại Thừa Thiên-Huế (7,9/100.000 nữ giới). Tại các tỉnh/thành khác, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nữ giới dao động trong khoảng từ 5,6/100.000 nữ giới (Thành phố Hồ Chí Minh và Cần Thơ) đến 6,9/100.000 nam giới (Hải Phòng) [19],[43],[74].

Qua tổng quan lại các số liệu về tỷ suất hiện mắc ung thư dạ dày tại Việt Nam, chúng tôi nhận thấy số lượng và chất lượng số liệu về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày tại Việt Nam còn nhiều hạn chế. Số liệu về ung thư dạ

dày được công bố rất ít và không được cập nhật theo thời gian. Cho đến hiện nay mới chỉ có số liệu về ung thư nói chung cũng như ung thư dạ dày chỉ mới được Bệnh viện K công bố đến năm 2010 và thông qua hệ thống ghi nhận ung thư trên 18 tỉnh thành và số liệu cho đến năm 2014 ở 37 tỉnh thành vẫn chưa được công bố. Điều này cũng giống như các công bố quốc tế về ung thư nói chung cũng như ung thư dạ dày trên thế giới, các số liệu về ung thư dạ dày mới chỉ cập nhật đến năm 2012 [59]. Số liệu về ung thư dạ dày ở các nước phát triển có thể lấy được từ hệ thống báo cáo của y tế nhưng ở các nước đang phát triển thường chỉ được thu thập qua hệ thống ghi nhận ung thư quần thể nên chỉ có thể coi là ước lượng và độ tin cậy không thật cao do rất nhiều trường hợp ung thư dạ dày kể cả tử vong do ung thư dạ dày không được đăng ký do không đến bệnh viện. Việt Nam cũng là một quốc gia trong số những quốc gia này.

1.3.2. Xu hướng mắc ung thư dạ dày

Theo một số nghiên cứu của các quốc gia trên thế giới dự báo tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cho đến năm 2030, xu hướng mắc ở hầu hết các quốc gia đều giảm đáng kể. Joliat và cộng sự nghiên cứu tại Thụy Sĩ và một số nước châu Âu, tỷ suất mới mắc chuẩn hoá theo tuổi của ung thư dạ dày giảm đáng kể từ 17/100.000 dân năm 1985 xuống chỉ còn 5,7/100.000 dân năm 2024 và xuống 4,2 năm 2029 [5].

Tương tự, tại Vương quốc Anh, Xu hướng giảm tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cũng xuất hiện ở Anh. Từ giai đoạn 2012 đến năm 2014, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm đến 48% [4]

Xu hướng mới mắc ung thư dạ dày ở các quốc gia châu Á giảm trong 2 thập kỷ gần đây [16],[17]. Tuy vậy, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở một số quốc gia châu Á vẫn giữ nguyên và chưa thay đổi [55]. Tại Trung Quốc, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nam giới giảm từ 41,9/100.000 năm 2000

xuống 37,1/100.000 trong năm 2005. Cũng trong giai đoạn trên, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nữ giảm từ 19,5 xuống 17,4/100.000 [57]. Tại Nhật Bản, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm từ 80 xuống 60/100.000 từ năm 1980 đến năm 2000 [27]. Tại Hàn Quốc, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cũng giảm xuống 65,6/100.000 ở nam và 25,8/100.000 ở nữ giới [65]. Ở rất nhiều quốc gia châu Á khác, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cũng giảm trong những thập kỷ qua [66],[67],[68].

Theo nghiên cứu của tác giả Bùi Diệu và cộng sự trong Chương trình Ghi nhận Ung thư Quốc gia, Việt Nam có tỷ suất ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nam giới có xu hướng tăng nhẹ (23,7/100.000 dân năm 2000 lên 24,5/100.000 dân năm 2010) [19]. Tương tự, tỷ suất ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nữ giới có xu hướng tăng nhẹ (10,8/100.000 dân năm 2000 lên 12,2/100.000 dân năm 2010) [19]. Tại Việt Nam, chỉ có duy nhất nghiên cứu này công bố xu hướng mắc ung thư dạ dày.

Lý giải cho xu hướng giảm tỷ suất mắc ung thư dạ dày trên thế giới, đa số các nhà khoa học đều cho rằng những yếu tố sau đây góp phần vào:

Một là chẩn đoán và điều trị *H.pylori* hiện nay và trong tương lai đã khá phổ biến ở các nước phát triển và đang phát triển. Điều này là nguyên nhân chính dẫn đến phòng ngừa rất có hiệu quả xuất hiện ung thư dạ dày [6]. Bên cạnh đó, cùng với việc sử dụng nội soi dạ dày để phát hiện những tổn thương sớm của dạ dày cũng như lấy mẫu để tìm *H.pylori* và điều trị sớm cũng đóng góp hữu hiệu việc phòng ngừa ung thư dạ dày [6], [7],[59],[75],[56].

Lối sống vệ sinh, giảm hút thuốc lá và chế độ ăn giảm muối cũng là một yếu tố đóng góp vào làm giảm tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày [2].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng được ghi nhận ung thư dạ dày

Cho nghiên cứu định lượng (ghi nhận ung thư dạ dày): Tất cả các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán lần đầu là ung thư dạ dày (trước đây chưa được chẩn đoán là ung thư dạ dày, bất kể thời gian) có địa chỉ thường trú tại thành phố Hà Nội trong giai đoạn từ 01/01/2009 đến 31/12/2013. Có chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày dựa trên các tiêu chuẩn giải phẫu bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân ung thư dạ dày có địa chỉ thường trú không thuộc thành phố Hà Nội.
- Các trường hợp bệnh còn nghi ngờ về chẩn đoán: u chưa rõ bản chất, ranh giới giữa u lành và u ác không được đưa vào ghi nhận.
- Không có đủ hồ sơ về chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng cho nghiên cứu định tính

Là các cán bộ của chương trình ghi nhận ung thư dạ dày của Bệnh viện K và các cán bộ y tế tham gia ghi nhận ung thư dạ dày tại một số quận huyện của Thành phố Hà Nội.

Những đối tượng cho phỏng vấn sâu bao gồm: các cán bộ quản lý chương trình ghi nhận ung thư tại Bệnh viện K (2 người) và 10 người thu thập thông tin tại tuyến quận huyện.

Những đối tượng cho thảo luận nhóm bao gồm: 12 cán bộ y tế (2 cuộc thảo luận nhóm) cho các cán bộ y tế thu thập thông tin tại các quận, huyện của Thành phố Hà Nội.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Thành phố Hà Nội có diện tích 3324,92 km² có 12 quận (Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa, Hai Bà Trưng, Tây Hồ, Thanh Xuân, Cầu Giấy, Long Biên, Hoàng Mai, Hà Đông, Bắc Từ Liêm và Nam Từ Liêm, 1 Thị xã Sơn Tây và 17 huyện (Đông Anh, Sóc Sơn, Thanh Trì, Gia Lâm, Ba Vì, Chương Mỹ, Đan Phượng, Hoài Đức, Mỹ Đức, Phú Xuyên, Phú Thọ, Quốc Oai, Thạch Thất, Thanh Oai, Thường Tín, Ứng Hòa, Mê Linh). Hà Nội nằm chệch về phía tây bắc của trung tâm vùng đồng bằng châu thổ sông Hồng, tiếp giáp với các tỉnh Thái Nguyên, Vĩnh Phúc ở phía Bắc, Hà Nam, Hòa Bình phía Nam, Bắc Giang, Bắc Ninh và Hưng Yên phía Đông, Hòa Bình cùng Phú Thọ phía Tây.



Hình 2.1. Bản đồ hành chính Thành phố Hà Nội

Dân số Hà Nội năm 2018 có 8,2 triệu người, trong đó dân số thành thị là 4,5 triệu người (chiếm 55%) và nông thôn là 3,7 triệu người (chiếm 45%), chủ yếu là dân tộc Kinh (99,1%). Thu nhập trung bình hàng năm/người của Thành phố Hà Nội là trên 3.500 đô la (75 triệu đồng).

Về y tế, Thành phố Hà Nội có 650 cơ sở khám chữa bệnh trực thuộc sở y tế thành phố, trong đó có 40 bệnh viện, 29 phòng khám đa khoa khu vực và 575 trạm y tế. Số giường bệnh trực thuộc sở Y tế Hà Nội là 11.536 giường, chiếm khoảng một phần hai mươi số giường bệnh toàn quốc (569 người/giường bệnh). Cùng với hệ thống y tế của nhà nước, Hà Nội cũng có một hệ thống bệnh viện, phòng khám tư nhân rất phát triển. Tuổi thọ trung bình tại khu vực Hà Nội cũ khá cao, 79 tuổi. Tại các huyện ngoại thành, cư dân vẫn phải sống trong điều kiện vệ sinh yếu kém, thiếu nước sạch để sinh hoạt, phải sử dụng nước ao, nước giếng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính.

2.3.1.1. Nghiên cứu mô tả (Ghi nhận ung thư)

Nghiên cứu ghi nhận ung thư dạ dày được thực hiện trên 56 bệnh viện công có khả năng chẩn đoán được ung thư dạ dày trên toàn thành phố Hà Nội (bao gồm các bệnh viện trung ương đóng tại Hà Nội, bệnh viện tuyến thành phố, ngành và các bệnh viện huyện(Phụ lục 5).

Nghiên cứu dựa trên số liệu sẵn có theo phương pháp “Ghi nhận ung thư quần thể” theo hướng dẫn của Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế tại Lyon. Phiếu ghi nhận ung thư là phiếu do Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế phát triển (Phụ lục 1).

GNUT tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc tổ chức ghi nhận quần thể do Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IACR) khuyến cáo gồm:

- Xác định rõ ranh giới địa lý của quần thể định tổ chức ghi nhận, dựa theo phân chia địa lý quốc gia tại thời điểm 01/01/2009-31/12/2013. Gồm 29 quận, huyện và thị xã thuộc thành phố Hà Nội.

- Các địa phương được tiến hành ghi nhận phải có số liệu chi tiết về dân số mới được cập nhật (số liệu dân số dựa vào số liệu giữa năm của Cục thống kê Thành phố Hà Nội).

- Các quận huyện và thị xã tiến hành GNUT phải có cơ sở y tế chuyên khoa, có khả năng thu hút bệnh nhân ung thư thuộc địa phương mình tới điều trị.

- Phải có cơ chế để thu thập thông tin về các trường hợp ung thư người địa phương nhưng đi khám chữa bệnh ở những nơi khác.

- Các nguồn thông tin ban đầu phải đủ chi tiết để thu thập các thông tin về từng trường hợp ung thư và cho phép phân biệt các đối tượng với nhau. Trước khi triển khai hoạt động ghi nhận, chúng tôi đã kiểm tra lại toàn bộ hệ thống sổ sách và các nguồn thông tin cần quan tâm tại mỗi địa phương và bổ sung các yêu cầu cần thiết cho các đơn vị có liên quan.

2.3.1.2. Nghiên cứu định tính

Nghiên cứu định tính được thực hiện nhằm mô tả những khó khăn thuận lợi của phương pháp ghi nhận ung thư quần thể. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu định tính bao gồm phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm với các cán bộ y tế tham gia vào công tác quản lý, thu thập thông tin trong chương trình GNUT (Phụ lục 2, 3 và 4). Công tác ghi nhận ung thư tại Hà Nội bao gồm 2 cán bộ giám sát (bệnh viện K) và 10 người trực tiếp ghi nhận ung thư. Các cán bộ này thường là bác sỹ, cử nhân y tế công cộng, điều dưỡng, cử nhân kinh tế, văn thư, cử nhân công nghệ thông tin. Việc ghi nhận ung thư được tiến hành thường xuyên và liên tục dựa theo báo cáo thường xuyên theo tháng. Những cán bộ ghi nhận ung thư được tập huấn ban đầu và thường xuyên, ít nhất 2 lần/năm. Nội dung tập huấn: Những khó khăn trong công tác ghi nhận ung thư, cách tiếp cận lấy thông tin từ hồ sơ, cách viết phiếu, mã

hóa, vào máy tính, cách sử dụng và cập nhật phần mềm CANREG. Việc giám sát được tiến hành thường xuyên như kiểm tra thông tin, kiểm tra chéo giữa các nhóm ghi nhận, thông tin liên lạc với trung tâm báo cáo theo ngày, theo tuần, tháng, quý, năm. Họ thường xuyên được đào tạo, tập huấn, hội thảo, cập nhật về chuyên môn ghi nhận ung thư.

Nội dung của nghiên cứu định tính bao gồm:

- Hệ thống ghi chép: tính đầy đủ và cập nhật thường xuyên.
- Địa chỉ của bệnh nhân: mức độ thiếu thông tin hoặc không chính xác gây nên thiếu và trùng lặp bệnh nhân cũng như chẩn đoán giải phẫu bệnh.
- Quần thể dân cư nơi mà các bệnh nhân ung thư sinh sống: tính ổn định, và khả năng xác định chính xác nơi sinh sống.
- Khó khăn do hạn chế về nguồn lực (nhân lực, kinh phí và thời gian).

2.3.2. Các bước tiến hành ghi nhận ung thư

2.3.2.1. Xác định các nguồn số liệu

Xác định cơ sở y tế có thể có thông tin về các trường hợp ung thư thuộc khu vực ghi nhận:

- Các cơ sở nằm trong phạm vi ghi nhận (56 cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội).
- Các cơ sở nằm ngoài vùng ghi nhận nhưng có bệnh nhân thuộc diện ghi nhận đến khám và chữa bệnh (phòng khám y tế tư nhân).

2.3.2.2. Các nguồn số liệu chính trong một cơ sở điều trị

- Hồ sơ bệnh án.
- Sổ của phòng khám (đa khoa và chuyên khoa).
- Sổ ghi kết quả tế bào, giải phẫu bệnh lý, sổ đại thể.
- Sổ của các phòng xét nghiệm khác (nội soi, huyết học, Xquang, CT-Scanner, siêu âm, sinh hoá miễn dịch...).
- Sổ bệnh nhân điều trị ngoại trú.

Ở bệnh viện đa khoa, tất cả các khoa đều có thể có bệnh nhân ung thư điều trị, nên cần phải tìm kiếm ở tất cả các khoa.

2.3.2.3. Các nguồn bổ sung khác

Sổ đăng ký bảo hiểm y tế.

- Các bệnh viện và các cơ sở có khám và điều trị ung thư tư nhân.
- Các chương trình phát hiện sớm ung thư.
- Các thông kê tử vong (hiện nay ở Việt Nam còn hạn chế vì chưa có phân loại tử vong theo nguyên nhân bệnh).
- Các nhà điều dưỡng, các nhà dưỡng lão.

2.3.2.4. Nguồn số liệu dân số

Nguồn số liệu của Tổng Điều tra dân số năm 2009 được ước tính cho các năm từ 2009-2013.

Bảng 2.1. Cấu trúc dân số Thành phố Hà Nội từ 2009-2013

Nhóm tuổi	Chung	Nam	Nữ
<30	53,7	55,6	52,0
30-34	8,0	8,2	7,8
35-39	7,6	7,8	7,4
40-44	7,0	7,0	6,9
45-49	6,3	6,2	6,5
50-54	5,1	4,9	5,4
55-59	3,5	3,2	3,7
60-64	2,3	2,0	2,5
65-69	1,8	1,5	2,1
70-74	1,6	1,3	1,9
75-79	1,4	1,1	1,7
80+	1,5	1,0	2,1
Tổng	99,8	99,8	100

**Nguồn: Niên giám thống kê Hà Nội 2013*

Bảng 2.2. Dân số Thành phố Hà Nội giai đoạn từ 2009-2013

Năm	Chung	Nam	Nữ
2009	6.476.900	3.190.200	3.286.700
2010	6.617.900	3.218.800	3.399.100
2011	6.779.300	3.318.400	3.460.900
2012	6.957.300	3.407.900	3.549.400
2013	7.128.300	3.485.900	3.642.400
Chung	33.959.700	16.621.200	17.338.500

**Nguồn: Niên giám thống kê Hà Nội 2013*

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu được áp dụng trong nghiên cứu này, đó là: Ghi nhận chủ động: nhân viên ghi nhận chủ động tới các bệnh viện để tìm kiếm ca ung thư.

2.3.4. Các thông tin cần ghi nhận và mã hoá

2.3.4.1. Các thông tin cần ghi nhận

- Thông tin ghi nhận chia làm 2 loại:
 - + Thông tin bắt buộc (thông tin cơ bản)
 - + Thông tin linh hoạt (không bắt buộc)

Bảng 2.3. Các thông tin cần ghi nhận

Các thông tin	Bắt buộc	Không bắt buộc
Các thông tin nhận dạng cá nhân		
1. Họ tên	+	
2. Số chứng minh nhân dân		+
Các thông tin dân số và bệnh		
3. Ngày, tháng, năm sinh (tuổi)	+	
4. Địa chỉ (nơi ở)	+	
5. Bệnh viện (nơi thu nhận bệnh nhân)	+	
6. Nguồn thông tin	+	

Các thông tin	Bắt buộc	Không bắt buộc
7. Ngày chẩn đoán	+	
8. Cơ sở cao nhất của chẩn đoán	+	
9. Phương pháp phát hiện lần đầu	+	
10. Phân loại GPB	+	
11. Giới		+
12. Quê quán		+
13. Hoàn cảnh gia đình		+
14. Tuổi mắc		+
15. Quốc tịch		+
16. Dân tộc		+
17. Tôn giáo		+
18. Nghề nghiệp		+
19. Năm định cư		+
20. Giai đoạn trước điều trị		+
21. Giai đoạn sau phẫu thuật		+
22. Vị trí di căn xa		+
23. U nhiều vị trí		+
24. Tính đối xứng 2 bên		+
25. Điều trị lần đầu		+
Tình trạng bệnh nhân		
26. Ngày có thông tin cuối		+
27. Tình trạng		+
28. Ngày chết		+
29. Nơi chết		+
30. Nguyên nhân chết		+

2.3.4.2. Mã hoá

a) Phân loại và mã hoá các khối u

Sử dụng phân loại Quốc tế các bệnh khối u (International Classification of Diseases of Oncology: ICD-O).

b) Phân loại Quốc tế các bệnh khối u gồm 3 phần chủ yếu:

Bảng số thứ tự về vị trí u (Topography): Phần vị trí được soạn thảo phù hợp với phần các khối u trong chương II của ICD-10. Các ký hiệu về vị trí được mã hóa bằng 4 ký tự đi từ C00.0 đến C80.9. Các ký tự sau dấu chấm (.) để chỉ các vị trí chi tiết của khối u trên một bộ phận hoặc cơ quan.

Bảng số thứ tự về hình thái u (Morphology): Phần hình thái u được kiểm tra và soạn thảo lại trên cơ sở quyền danh pháp và mã hóa khối u xuất bản năm 1968. Các ký hiệu về hình thái được mã hóa bằng 5 ký tự đi từ 8000/0 đến 9989/1. Bốn chữ số đầu để chỉ các tên gọi về mô học riêng biệt và ký tự thứ 5 sau gạch chéo là mã tính chất của khối u.

- / 0..... Lành tính
- / 1..... Không rõ lành hay ác
Ác tính giáp ranh
- / 2..... Ung thư biểu mô tại chỗ
Nội biểu mô
Không xâm lấn
Không xâm nhập
- / 3..... Ác tính, vị trí nguyên phát
- / 6..... Ác tính, vị trí di căn, vị trí thứ phát
- / 9..... Ác tính, không xác định là vị trí nguyên phát hay di căn

Mã hoá về phân độ và sự biệt hóa mô học:

1..... Độ I..... Biệt hóa cao

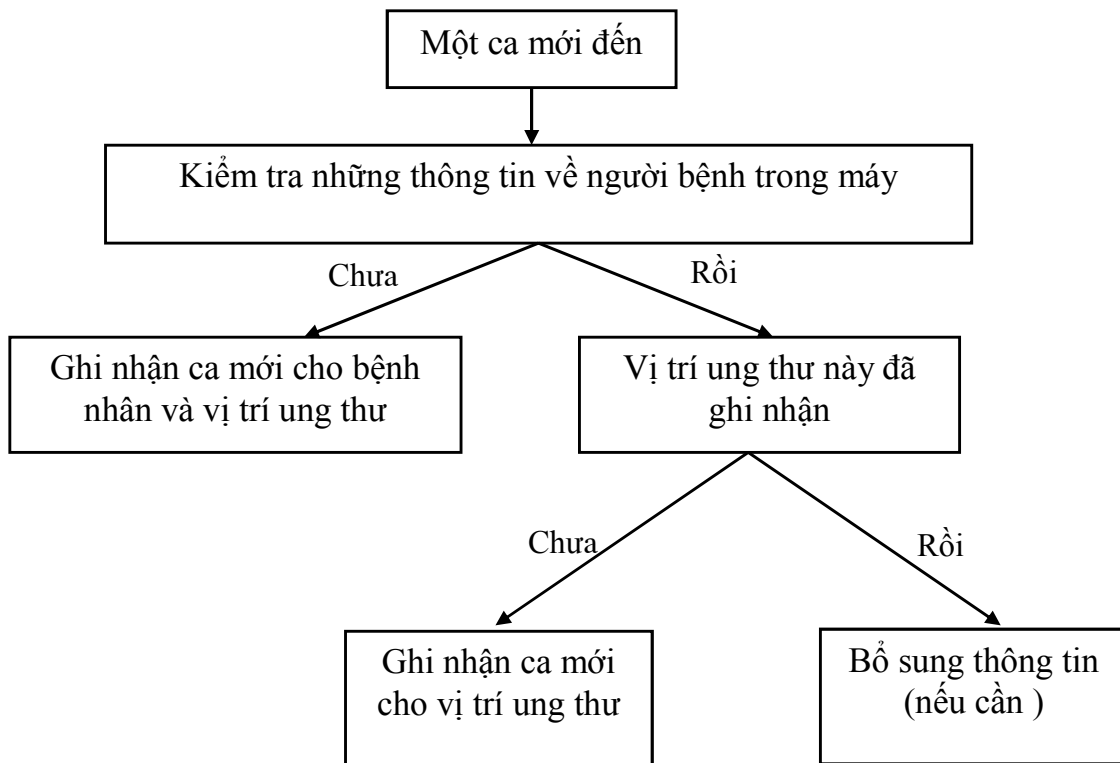
2..... Độ II..... Biệt hóa vừa

3..... Độ III..... Ít biệt hóa
 4..... Độ IV..... Không biệt hóa
 5..... Độ V..... Độ mô học hoặc sự biệt hóa không xác định, chưa được công bố hoặc không áp dụng được.

Như vậy, cần có 10 kí tự để có thể xác định hoàn chỉnh về vị trí, loại hình thái, tính chất và sự phân độ hoặc sự biệt hóa của một khối u.

Bảng mục lục được sử dụng để mã hóa, bao gồm vị trí u (các vị trí giải phẫu) hình thái u (các tên gọi về mô học) và các tổn thương hoặc các trường hợp giả u được lựa chọn.

2.3.5. Phương pháp xử lý thông tin trong quá trình ghi nhận



Hình 2.2. Sơ đồ ghi nhận ca bệnh ung thư dạ dày

2.3.6. Kiểm tra chất lượng của ghi nhận

Chất lượng thông tin do các GNUT thể hiện trên ba khía cạnh: tính so sánh, tính đầy đủ và tính chính xác.

** Tính so sánh được của số liệu là rất cần thiết để so sánh theo thời gian và so sánh với số liệu của các GNUT khác.*

- Định nghĩa về thời điểm mắc bệnh: trên thực tế ung thư là bệnh mãn tính có thời gian ủ bệnh kéo dài, khó xác định thời điểm “mắc bệnh”. Trong tất cả các GNUT thời điểm mắc bệnh được coi là thời điểm chẩn đoán và được định nghĩa là:

- + Ngày khám lần đầu tiên tại phòng khám bệnh (với BN khám bệnh)
- + Ngày vào viện (với BN điều trị).
- + Ngày đọc kết quả (nếu chẩn đoán tại khoa xét nghiệm).
- + Ngày chẩn đoán của thầy thuốc lâm sàng (nếu chẩn đoán ở ngoài bệnh viện).
- + Ngày mổ tử thi (nếu ung thư phát hiện trong mổ tử thi).

Nếu một bệnh nhân được cung cấp thông tin từ nhiều nguồn khác nhau, ngày mắc bệnh là ngày chẩn đoán sớm nhất.

Phân loại bệnh tật và mã hoá:

- + Sử dụng cùng một hệ thống mã hoá (ICD-O).
- + Áp dụng cùng một luật mã hoá và hệ thống mã ổn định.
- + Sử dụng cùng một định nghĩa cho các biến số trong ghi nhận và trong quần thể (ví dụ nghề nghiệp, dân tộc...).

** Tính đầy đủ của số liệu*

- Ghi nhận đầy đủ nghĩa là tất cả các trường hợp ung thư trong quần thể xác định đã được chẩn đoán thì phải được ghi nhận. Không nói tới những trường hợp ung thư không được chẩn đoán trong cộng đồng vì ghi nhận ung thư chỉ ghi nhận các trường hợp đã được chẩn đoán.

- Các hình thái ghi nhận không đầy đủ:

+ Cùng một trường hợp ung thư được ghi nhận nhiều lần; khắc phục: có đủ thông tin để lọc trùng.

+ Các ung thư không nằm trong diện ghi nhận vẫn được ghi nhận (do sai địa chỉ); khắc phục: thông tin ban đầu phải chính xác.

+ Chưa phủ hết các nguồn thông tin nên có các ung thư đã được chẩn đoán nhưng không được ghi nhận; khắc phục: thường xuyên rà soát danh sách các đơn vị tham gia ghi nhận và các nguồn cung cấp thông tin, bổ sung các nguồn mới.

- Đánh giá tính đầy đủ của số liệu:

+ Nguồn số liệu: Để đánh giá tính đầy đủ của số liệu cần dựa trên số lượt ghi nhận trên một đối tượng, số nguồn thông tin trên một đối tượng. Khi tỷ suất ca được thông báo qua chứng chỉ tử vong cao cho thấy có thể có nhiều trường hợp ung thư tiên lượng tốt đã bị bỏ sót. Tỷ suất số ca có chẩn đoán giải phẫu bệnh lý quá cao cũng có thể phản ánh tính không đầy đủ của số liệu.

+ Phương pháp tìm kiếm ca độc lập: Dùng các nguồn số liệu độc lập kiểm tra chéo lẫn nhau. Chọn ngẫu nhiên các nguồn số liệu đã sử dụng và rà soát lại các ca ung thư. Phương pháp “bắt đi bắt lại” để tính xác suất trung bình một ca xuất hiện từ một nguồn số liệu là bao nhiêu (sử dụng tỷ suất mắc/tử vong).

+ Phương pháp so sánh lịch sử: Đánh giá tính ổn định của tỷ suất mắc theo thời gian, so sánh với số liệu của các cộng đồng khác, sử dụng đồ thị mắc chuẩn theo tuổi.

** Tính chính xác của số liệu*

- Tỷ suất số trường hợp ung thư được ghi nhận phản ánh một đặc điểm nào đó.

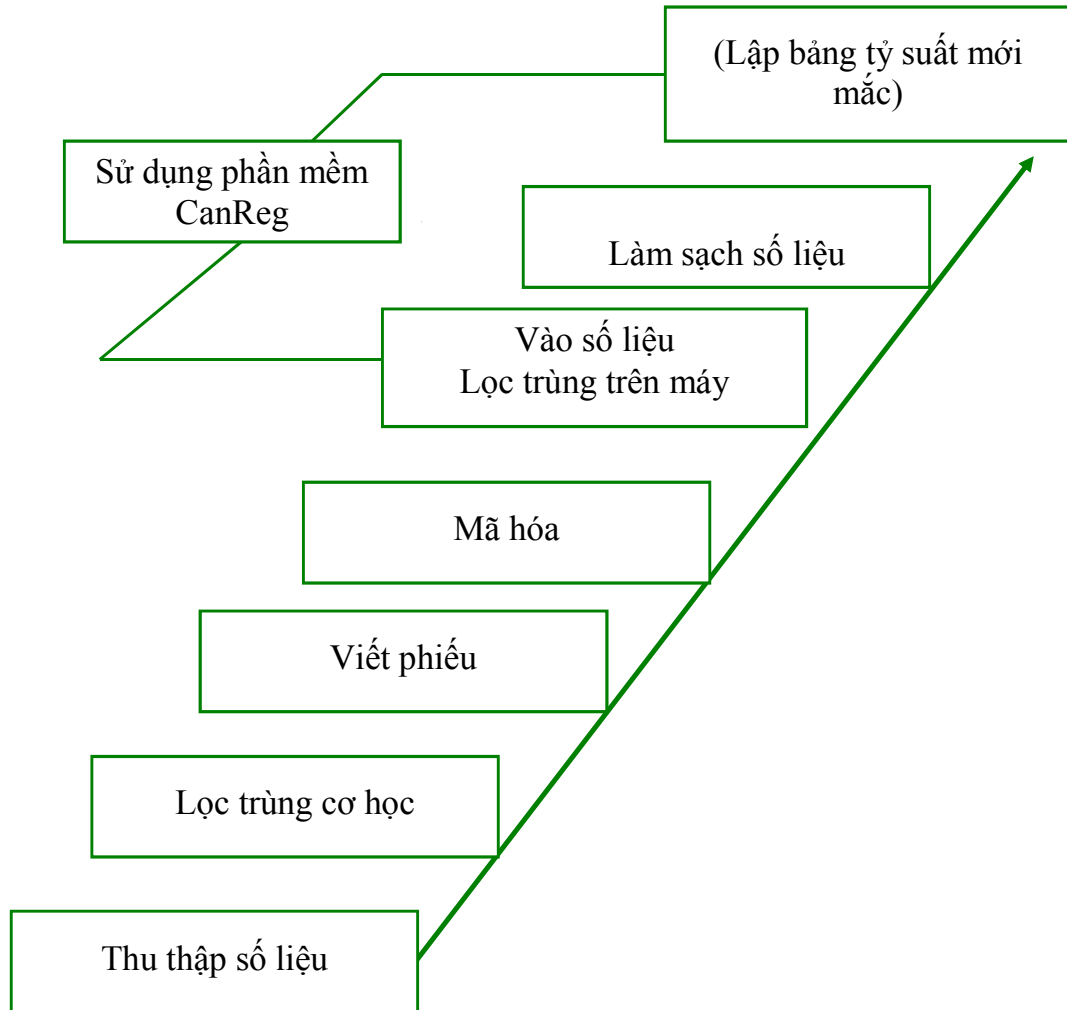
- Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng của số liệu:
 - + Chất lượng của thông tin ban đầu.
 - + Chất lượng của việc sao chép và mã hoá thông tin.
- Các phương pháp đánh giá chất lượng:
 - + Các phương pháp chẩn đoán: tỷ suất số ca có chẩn đoán giải phẫu bệnh lý; tỷ suất ca được phát hiện qua chứng chỉ tử vong; kiểm tra ngược lại thông tin.
 - + Thông tin bị thiếu: vị trí ung thư không rõ; tuổi không rõ; các thông tin khác không rõ (giới, địa chỉ, ngày chẩn đoán, phân loại giải phẫu bệnh lý).
 - + Sao và mã hoá lại thông tin.
 - + Phân tích kết quả ghi nhận và lý giải những thay đổi bất thường.
 - + Tìm kiếm các phối hợp thông tin bất thường (phương pháp kiểm tra tính ổn định của số liệu): Giới và vị trí; ngày có hợp lý không? Có thiếu các thông tin thiết yếu không? Mã số các biến số có đúng với từ điển sử dụng không? Sự phù hợp tuổi/ngày chẩn đoán/ngày sinh? Sự phù hợp tuổi/ vị trí u nguyên phát/mô bệnh học?

2.3.7. Nhập số liệu và xử trí số liệu

2.3.7.1. Nhập thông tin trên phần mềm CANREG 4.

Việc mã hoá bệnh và mô bệnh học được tiến hành dựa theo cuốn phân loại bệnh ICD-0.

2.3.7.2. Sơ đồ qui trình ghi nhận và nhập số liệu



Hình 2.3. Sơ đồ qui trình ghi nhận, nhập và phân tích số liệu

2.3.7.3. Kiểm tra chất lượng số liệu

a) Độ tin cậy của số liệu

Chúng tôi sử dụng phương tiện và biện pháp sau đây để kiểm tra tính tin cậy của thông tin thu thập được:

- Phần mềm CANREG 4 kiểm tra thông tin tự động cho phép loại trừ những trường hợp đưa các giá trị mã ngoài ngưỡng cho phép hoặc những phối hợp thông tin vô lý (giới, vị trí u nguyên phát).

- Phương pháp đánh giá tính hợp lý nội bộ của dữ liệu: Ghi nhận Ung thư duy trì kiểm tra dữ liệu định kỳ bằng phần mềm CHECK. Phần mềm CHECK sẽ đưa ra các cặp thông tin vô lý. Sau đó các nhân viên ghi nhận đối chiếu lại với thông tin gốc để kiểm tra sự chính xác của thông tin.

b) Tính đầy đủ của số liệu

GNUT sử dụng những biện pháp sau đây để đảm bảo tính đầy đủ của số liệu:

- Tiến hành ghi nhận chủ động ở hầu hết các cơ sở y tế tham gia ghi nhận. Chỉ tiến hành ghi nhận thụ động ở những nơi cộng tác viên nhiệt tình đã có kinh nghiệm về GNUT ít nhất 1 năm trở lên, được tập huấn, cập nhật kiến thức về GNUT tại Bệnh viện K, và thường xuyên được giám sát tính đầy đủ và tính chính xác của các ca ghi nhận.

- Tích cực tìm kiếm ca, bổ sung kịp thời khi xuất hiện nguồn thông tin mới

- Tiến hành thu thập thông tin được tiến hành đều đặn với khoảng cách thời gian hợp lý (12 lần/năm đối với những cơ sở có nhiều bệnh nhân, 6 lần/năm đối với các cơ sở ít bệnh nhân).

- Dùng biện pháp “so sánh các nguồn số liệu độc lập” để bổ sung các trường hợp bị thiếu.

2.3.7.4. Các chỉ số được tính toán

➤ **Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô:**

- Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô chung giai đoạn 2009-2013

$$CR = \frac{\text{Tổng số ca UTDD mới mắc trong cả giai đoạn}}{\text{Tổng dân số ước tính cho cả giai đoạn}} \times 100.000$$

- Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô cho nam giai đoạn 2009-2013

$$CR = \frac{\text{Tổng số ca UTDD nam giới mới mắc trong cả giai đoạn}}{\text{Tổng dân số nam giới ước tính cho cả giai đoạn}} \times 100.000$$

- Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô cho nữ giai đoạn 2009-2013

$$CR = \frac{\text{Tổng số ca UTDD nữ giới mới mắc trong cả giai đoạn}}{\text{Tổng dân số nữ giới ước tính cho cả giai đoạn}} \times 100.000$$

- Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô chung cho từng năm (2009, 2010, 2011, 2012, 2013)

$$CR = \frac{\text{Tổng số ca UTDD mới mắc trong năm}}{\text{Dân số trung bình của năm đó}} \times 100.000$$

- Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô của nam giới cho từng năm (2009, 2010, 2011, 2012, 2013)

$$CR = \frac{\text{Tổng số ca UTDD nam giới mới mắc trong năm}}{\text{Dân số nam giới ước tính cho năm đó}} \times 100.000$$

- Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô của nữ giới cho từng năm (2009, 2010, 2011, 2012, 2013)

$$CR = \frac{\text{Tổng số ca UTDD nữ giới mới mắc trong năm}}{\text{Dân số nữ giới ước tính cho năm đó}} \times 100.000$$

- Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô chung giai đoạn 2009-2013 theo tuổi và theo giới.

$$CR = \frac{\text{Số ca UTDD mới mắc theo giới trong nhóm tuổi quan tâm cả giai đoạn}}{\text{Dân số theo giới trong nhóm tuổi quan tâm của cả giai đoạn}} \times 100.000$$

➤ **Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi:**

- Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi chung giai đoạn 2009-2013.
- Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cho nam giai đoạn 2009-2013.
- Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cho chuẩn hoá theo tuổi cho nữ giai đoạn 2009-2013.

➤ **Dự báo xu hướng mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá đến năm 2030**

2.3.7.5. Phương pháp tính tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi

$$ASpR = \frac{\text{Số ca UTDD mới mắc trong năm trong nhóm tuổi quan tâm}}{\text{Dân số ước lượng cùng năm trong cùng nhóm tuổi}} \times 100.000$$

- Tỷ suất mắc chuẩn tính theo phương pháp chuẩn trực tiếp, trong đó quần thể tham chiếu là quần thể dân số chuẩn thế giới. Quần thể dân số thế giới tham chiếu giai đoạn 2000-2025 [77].

Bảng 2.4. Phân bố quần thể dân số tham chiếu thế giới

Nhóm tuổi	Tỷ lệ (%)	Dân số (người)	Tiêu chuẩn SEER*Stat
<30	50,77	507.522	507.522
30-34	7,61	76.073	76.073
35-39	7,15	71.475	71.475
40-44	6,59	65.877	65.877
45-49	6,04	60.379	60.379
50-54	5,37	53.681	53.681
55-59	4,55	45.484	45.484
60-64	3,72	37.187	37.187
65-69	2,96	29.590	29.590
70-74	2,21	22.092	22.092
75-79	1,52	15.195	15.195
80+	1,55	15.444	13945
Tổng	100,0	1.000.000	1.000.000

*Nguồn: *WHO Standard Population for calculation of age-standardization of rates (WHO 2000-2025)[77]*

- Cách tính theo công thức sau: [78]

$$ASR (AAR) = \frac{\sum_{i=1}^A a_i w_i}{\sum_{i=1}^A w_i}$$

Trong đó:

a_i : là tỷ suất mắc đặc trưng (ASpR) ở lớp tuổi i

w_i : là dân số chuẩn trong lớp tuổi i

A: Số người trong từng khoảng tuổi

Hoặc sử dụng công thức đơn giản hơn để tính tỷ suất mắc chuẩn theo tuổi (AAR hoặc ASR)

$$AAR = \sum \frac{(ASpR) \times (\text{Số người trong từng nhóm 5 tuổi})}{100.000}$$

2.3.7.6. Phương pháp dự báo tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đến năm 2030

Kỹ thuật phân tích hồi quy tuyến tính được áp dụng để đánh giá xu hướng mới mắc của ung thư dạ dày và dự báo tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô theo năm [79],[80].

Để dự báo tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô đặc trưng theo giới nam, nữ và tổng quát, phương trình hồi quy tuyến tính đơn biến được xây dựng dựa trên số liệu tỷ lệ mắc mới ung thư trong 14 năm (2000-2013) của Thành phố Hà Nội. Từ phương trình hồi quy tuyến tính này, chúng tôi ước tính tỉ suất mắc mới ung thư dạ dày theo giới và tỉ suất mắc mới ung thư dạ dày chung cho Hà Nội tiếp theo đến năm 2030. Phương trình dự báo tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày (Y) theo năm (X). Cụ thể phương trình ước lượng như sau:

- Nam: $Y = 1693.349 - (0.8290909 * X)$, $R^2 = 0,834$
- Nữ: $Y = 671.6472 - (0.3272727 * X)$, $R^2 = 0,648$
- Chung: $Y = 1259.156 - (0.6163637 * X)$, $R^2 = 0,645$

Mô hình phân tích xu hướng tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô dựa trên mô hình của Joliat tại Thụy Sĩ (2015-2030) và Nhật Bản (1975-1989), trong đó dựa trên xu hướng giảm tỷ suất ung thư dạ dày. Quần thể dân cư được đưa vào phân tích dựa trên số liệu dự báo của Cục Thống kê Hà Nội giai đoạn 2009-2013. Mô hình được tính dựa trên phần mềm GraphPad Prism 5.0 for Mac OS X (Version 4.0, January 2013) [5], [80].

Mô hình dự báo xu hướng tỷ suất mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi theo mô hình dự báo ung thư ‘Nordpred’ do tổ chức ghi nhận ung thư của Na Uy được hai tác giả Harald Fekjær và Bjørn Møller xây dựng. Việc dự báo xu hướng mắc cho đến năm 2030 qua 3 bước: (1) nhập số liệu vào mô hình; (2) tính dự báo và (3) phiên giải kết quả. Quần thể dân cư được đưa vào phân tích dựa trên số liệu dự báo của Tổng cục thống kê Quỹ dân số Liên hiệp quốc “Dự báo dân số Việt Nam 2014-2049” [81].

2.3.7.8. Phương pháp phân tích số liệu định tính

Số liệu định tính được phân tích theo kỹ thuật “Content-analysis” (phân tích nội dung). Thông tin từ các phiếu phỏng vấn sâu được mã hoá thành những nhóm nội dung nhất định theo mục tiêu nghiên cứu như: (1) Công tác đào tạo ban đầu và liên tục (nội dung và phương pháp); (2) Thời gian làm công tác ghi nhận ung thư; (3) Tính chính xác và cập nhật của ghi nhận ung thư; (4) Công tác giám sát số liệu ghi nhận ung thư; (5) Những khó khăn thường gặp và (6) Những đề xuất để cải thiện chất lượng số liệu. Sau đó, số liệu được phân tích theo nhóm nội dung và tổng hợp lại theo bản chất của vấn đề nghiên cứu. Kết quả được trình bày tổng hợp theo nội dung nghiên cứu. Các câu nói ẩn tượng về các nội dung nghiên cứu của cán bộ trực tiếp ghi nhận ung thư và của cán bộ quản lý được trích dẫn lại để minh hoạ thêm cho kết quả nghiên cứu.

2.3.8. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11/2014 đến tháng 5/2018 (bao gồm thu thập số liệu, phân tích và viết luận án). Tuy nhiên, số liệu về ghi nhận ung thư dạ dày của Hà Nội được thu thập từ 1/1/2009 đến 31/12/2013.

2.3.9. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng chấm đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và theo tuân thủ quy trình xét duyệt của Hội đồng đạo đức của Trường. Đề cương nghiên cứu cũng được Hội đồng đạo đức và Hội đồng khoa học của Bệnh viện K thông qua nhằm đảm bảo tính khoa học và khả thi của đề tài.

Số liệu về ung thư dạ dày được ghi nhận tại Hà Nội đã được phép của Chương trình ghi nhận ung thư, Bệnh viện K cho phép sử dụng. Các số liệu về danh tính cá nhân của bệnh nhân ung thư dạ dày cũng như của các cán bộ ghi nhận ung thư đều được mã hóa để đảm bảo tính bí mật của thông tin.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 6.687 ca ung thư dạ dày được ghi nhận tại Hà Nội trong 5 năm từ 2009 đến 2013, kết quả như sau:

3.1. Một số đặc trưng của các bệnh nhân ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013

Bảng 3.1. Tuổi trung bình mới mắc ung thư dạ dày theo giới và theo từng năm giai đoạn 2009-2013

Năm	Nam giới (X±SD)	Nữ giới (X±SD)	p
2009	60,7±12,45	59,5±14,72	>0,05
2010	61,4±12,59	61,1±13,93	>0,05
2011	62,1±13,39	62,3±13,65	>0,05
2012	62,2±13,61	62,1±14,78	>0,05
2013	62,3±12,71	60,6±15,68	>0,05
2009-2013	61,7±12,96	61,1±14,52	>0,05

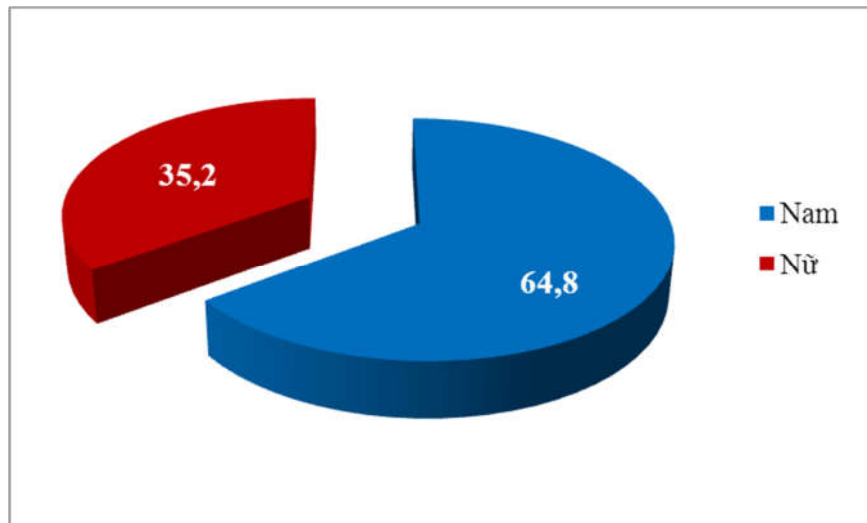
Bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình mắc ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ cả giai đoạn 2009-2013 là khá cao ($61,6 \pm 13,4$ tuổi). Tuổi phát hiện ung thư dạ dày lần đầu tiên thấp nhất là 22 tuổi và cao nhất là 99 tuổi.

Tuổi trung bình nam giới mắc ung thư dạ dày là $61,7 \pm 12,96$. Tuổi thấp nhất là 30 và cao nhất là 99 tuổi; tuổi trung bình nữ giới mắc ung thư dạ dày là $61,1 \pm 14,5$; tuổi thấp nhất là 22 và cao nhất là 99 tuổi. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi trung bình giữa nam và nữ ($p > 0,05$). Độ tuổi mắc ung thư dạ dày cho cả nam và nữ cho từng năm không khác biệt nhiều và không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.2. Phân bố một số đặc trưng của các bệnh nhân ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013 (n=6.687)

Đặc trưng cá nhân	Số ca mới mắc	Dân số cộng đồng 5 năm	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi			
Dưới 30	50	18.236.400	0,7
30-34	100	2.716.800	1,5
35 -39	183	2.581.000	2,7
40 – 44	331	2.377.200	4,9
45 – 49	556	2.139.500	8,3
50 - 54	864	1.732.000	12,9
55-59	944	1.188.500	14,1
60-64	929	781.100	13,9
65-69	765	611.300	11,4
70-74	754	543.400	11,3
75-79	593	475.500	8,9
≥80	618	509.400	9,2
Giới			
Nam	4.332	16.621.200	64,8
Nữ	2.355	17.338.500	35,2
Tổng	6.687	33.959.700	100.0

Bảng 3.2 cho thấy trong vòng 5 năm từ 2009-2013, phân bố mới mắc ung thư dạ dày ở nhóm tuổi từ 55-59 là cao nhất (14,1%), tiếp theo là nhóm 60-64 tuổi (13,9%), và nhóm 50-54 tuổi (12,9%). Nhóm bệnh nhân tuổi <30 chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,7%).

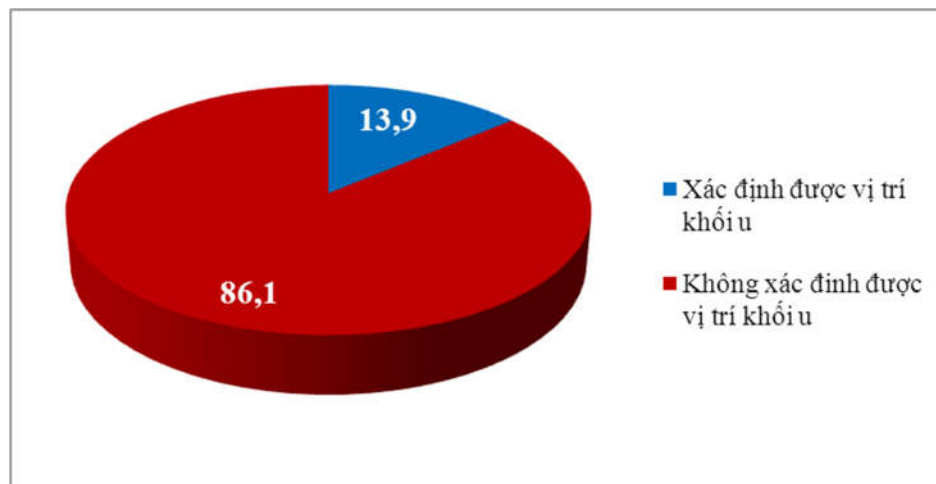


Biểu đồ 3.1. Phân bố tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày theo giới

Biểu đồ trên cho thấy trong số bệnh nhân ung thư dạ dày mới được phát hiện trong giai đoạn 2009-2013, nam giới chiếm 64,8% và nữ chiếm 35,2%.

3.2. Đặc điểm vị trí, hình thái học và giai đoạn ung thư dạ dày

3.2.1. Vị trí mắc ung thư dạ dày



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ ghi nhận được vị trí ung thư dạ dày tại Hà Nội 2009-2013

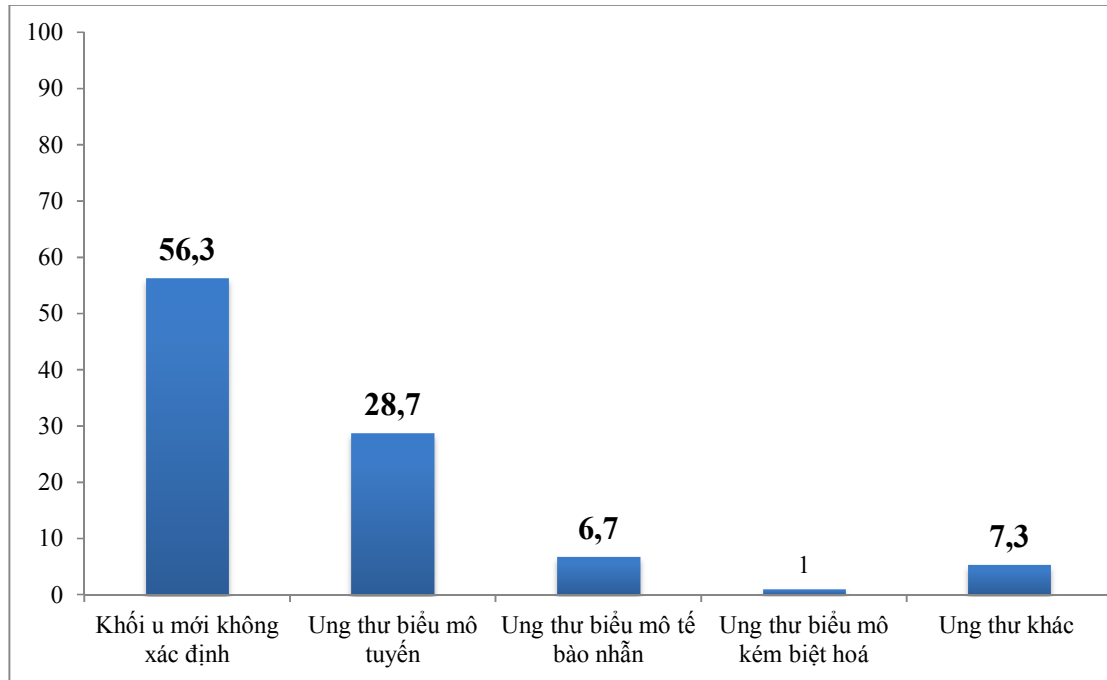
Biểu đồ trên cho thấy chỉ có 13,9% số trường hợp mới mắc ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013 ghi nhận được vị trí khối u và có đến 86,1% không ghi nhận được vị trí khối u.

Bảng 3.3. Phân bố vị trí mắc ung thư dạ dày theo giới tại Hà Nội 2009-2013

Vị trí	Chung (n=930)		Nam (n=610)		Nữ (n=320)		p
	Số ca	%	Số ca	%	Số ca	%	
Tâm vị	132	14,2	104	17,0	28	8,8	<0,05
Phình	9	1,0	9	1,5	0	0	-
Thân vị	50	5,4	35	5,7	15	4,7	>0,05
Hang vị	451	48,5	274	44,9	177	55,3	>0,05
Môn vị	83	8,9	51	8,4	32	10,0	>0,05
Bờ cong nhỏ	170	18,3	115	18,9	55	17,2	>0,05
Bờ cong lớn	8	0,9	5	0,8	3	0,9	>0,05
Phần khác	27	2,9	17	2,8	10	3,1	>0,05

Bảng trên cho thấy sự phân bố của các vị trí mắc ung thư dạ dày chung và theo giới trong số những ca bệnh ghi nhận được vị trí. Tỷ lệ vị trí ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ tại hang vị chiếm tỷ lệ cao nhất (48,5%), nữ giới cao hơn nam giới (55,3 và 44,9%). Tỷ lệ vị trí ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ tại bờ cong nhỏ (18,3%), nam giới (18,9%) và nữ (17,2%). Tỷ lệ vị trí ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ tại tâm vị (14,2%), nam giới cao hơn nữ (17% và 8,8%, $p < 0,05$). Vị trí khối u ở các vị trí khác thấp và không có sự khác biệt giữa nam giới và nữ giới.

3.2.2. Đặc điểm type mô bệnh học ung thư dạ dày



Biểu đồ 3.3. Phân bố hình thái học ung thư dạ dày tại Hà Nội, 2009-2013

Biểu đồ 3.3 cho thấy về hình thái học của ung thư dạ dày qua ghi nhận. Đa số các trường hợp mới mắc ung thư dạ dày đều là những khối u mới không xác định được hình thái học chiếm 56,3% (Mã giải phẫu bệnh theo ICD-O: 8000). Ung thư biểu mô tuyến chiếm 28,7%, ung thư biểu mô tế bào nhân chiếm 6,7% và có 7,3% là ung thư dạ dày khác.

Bảng 3.4. Phân bố hình thái ung thư dạ dày theo giới

Vị trí ung thư dạ dày	Nam		Nữ		p
	Số ca	Tỷ suất %	Số ca	Tỷ suất %	
Khối u mới không xác định	2424	56,0	1342	57,0	>0,05
K biểu mô tuyến	1252	28,9	665	28,2	>0,05
K biểu mô tế bào nhẵn	274	6,3	177	7,5	>0,05
K biểu mô kém biệt hoá	46	1,1	21	0,9	>0,05
K biểu mô nang tuyến nhày	76	1,7	42	1,8	>0,05
K khác	260	6,0	108	4,6	>0,05

Bảng trên cho thấy tỷ lệ có khối u mới không xác định được đặc điểm hình thái học cao cả ở nam và nữ (lần lượt là 56% và 57%), ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao cả ở nam và nữ (lần lượt là 28,9% và 28,2%), tiếp theo là ung thư biểu mô tế bào nhẵn (lần lượt là 6,3% và 7,5%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm phân bố hình thái của ung thư dạ dày giữa nam và nữ.

3.2.3. *Mối liên quan giữa vị trí và type mô bệnh học ung thư dạ dày*

Bảng 3.5. *Mối liên quan giữa ung thư biểu mô tuyến và một số vị trí ung thư dạ dày phổ biến (n=1917)*

Vị trí ung thư	Ung thư biểu mô tuyến				OR	95% CI	p
	Có		Không				
	SL	%	SL	%			
Hang vị							
Có	188	41,7	263	58,3	1		
Không	1729	27,7	4507	72,3	1,9	1,53-2,27	0,0001
Bờ cong nhỏ							
Có	85	50,0	85	50,0	1		
Không	1832	28,1	4685	71,9	2,6	1,89-3,47	0,001
Tâm vị							
Có	46	34,8	86	65,2	1		
Không	1871	28,5	4684	71,5	1,4	0,93-1,92	0,070

Bảng trên cho thấy có mối liên quan giữa một số vị trí của ung thư dạ dày và ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Những bệnh nhân ung thư dạ dày ở vị trí hang vị mắc ung thư biểu mô tuyến gấp 1,9 lần những bệnh nhân khác. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 1,53-2,27. Những bệnh nhân ung thư dạ dày ở vị trí bờ cong nhỏ mắc ung thư biểu mô tuyến gấp 2,6 lần những bệnh nhân khác. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 1,89-3,47. Những bệnh nhân ung thư dạ dày ở vị trí tâm vị mắc ung thư biểu mô tuyến gấp 1,4 lần những bệnh nhân khác. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 0,93-1,92.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa một số vị trí ung thư dạ dày phổ biến và ung thư biểu mô tế bào nhân và (n=451)

Vị trí ung thư	Ung thư biểu mô tế bào nhân				OR	95% CI	p
	Có		Không				
	SL	%	SL	%			
Hang vị							
Có	45	10,0	406	90,0	1		
Không	406	6,5	5830	93,5	1,6	1,15-2,20	0,04
Bờ cong nhỏ							
Có	23	13,5	147	86,5	1		
Không	428	6,6	6089	93,4	2,2	1,42-3,49	0,020
Tâm vị							
Có	7	5,3	125	94,7	1		
Không	444	6,8	6111	93,2	0,8	0,36-1,66	0,620

Những bệnh nhân ung thư dạ dày ở vị trí hang vị mắc ung thư biểu mô tế bào nhân gấp 1,6 lần những bệnh nhân khác. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 1,15-2,20. Những bệnh nhân ung thư dạ dày ở vị trí bờ cong nhỏ mắc ung thư biểu mô tế bào nhân gấp 2,2 lần những bệnh nhân khác. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 1,42-3,49. Những bệnh nhân ung thư dạ dày ở vị trí tâm vị mắc ung thư biểu mô tế bào nhân bằng 0,8 lần những bệnh nhân khác. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 0,36-1,66.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa một số vị trí ung thư dạ dày phổ biến và ung thư biểu mô tuyến nhày (n=118)

Vị trí ung thư	Ung thư biểu mô nang tuyến nhày				OR	95% CI	*p _{Yates}
	Có		Không				
	SL	%	SL	%			
Hang vị							
Có	10	2,2	441	97,8	1		
Không	108	1,7	6128	98,3	1,3	0,67-2,48	0,455
Bờ cong nhỏ							
Có	3	1,8	167	98,2	1		
Không	115	1,8	6402	98,2	1	0,32-3,18	0,580
Tâm vị							
Có	3	2,3	129	97,7	1		
Không	115	1,8	6440	98,2	1,3	0,41-4,15	0,410

*p_{Yates}: p tính cho cỡ mẫu nhỏ

Bảng trên cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí của ung thư dạ dày với ung thư biểu mô nang tuyến nhày.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa ung thư biểu mô và một số vị trí ung thư dạ dày phổ biến (n=134)

Vị trí ung thư	Ung thư biểu mô				OR	95% CI	*p _{Yates}
	Có		Không				
	SL	%	SL	%			
Hang vị							
Có	6	1,3	445	98,7	1		
Không	128	2,1	6108	97,9	0,6	0,28-1,47	0,192
Bờ cong nhỏ							
Có	2	1,2	168	98,8	1		
Không	132	2,0	6386	98,0	0,6	0,14-2,35	0,330
Tâm vị							
Có	5	3,8	127	96,2	1		
Không	129	2,0	6426	98,0	2,0	0,79-4,87	0,124

*p_{Yates}: p tính cho cỡ mẫu nhỏ

Bảng 3.8 cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí của ung thư dạ dày và ung thư biểu mô.

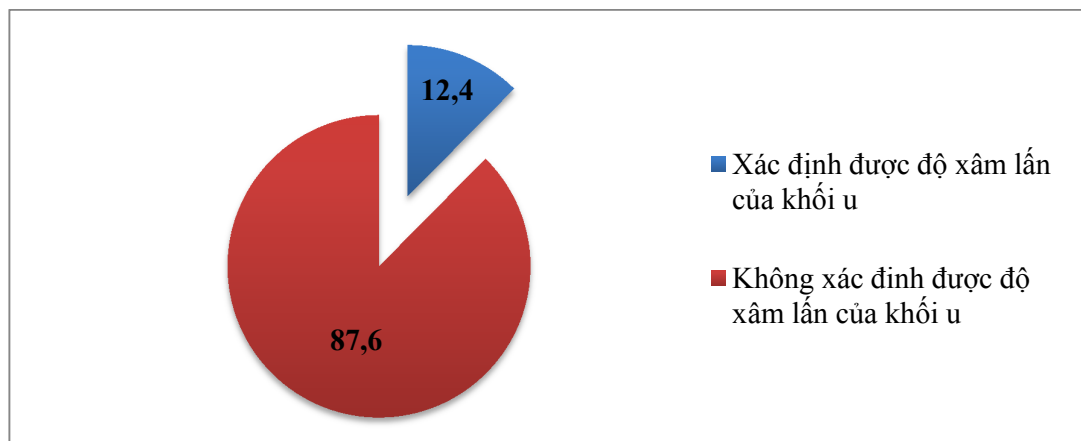
Bảng 3.9. Mối liên quan giữa một số vị trí ung thư dạ dày phổ biến và ung thư biểu mô kém biệt hoá (n=67)

Vị trí ung thư	Ung thư biểu mô kém biệt hoá				OR	95% CI	*p _{Yates}
	Có		Không				
	SL	%	SL	%			
Hang vị							
Có	4	0,9	447	99,1	1		
Không	63	1,0	6173	99,0	0,9	0,32-2,42	0,520
Bờ cong nhỏ							
Có	2	1,2	168	98,8	1		
Không	65	1,0	6452	99,0	1,2	0,29-4,87	0,510
Tâm vị							
Có	0	0	132	100,0	1		
Không	67	1,0	6488	99,0	1,0	1,00-1,01	0,261

*p_{Yates}: p tính cho cỡ mẫu nhỏ

Bảng 3.9 cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí của ung thư dạ dày và ung thư biểu mô kém biệt hoá.

3.2.4. Giai đoạn ung thư dạ dày



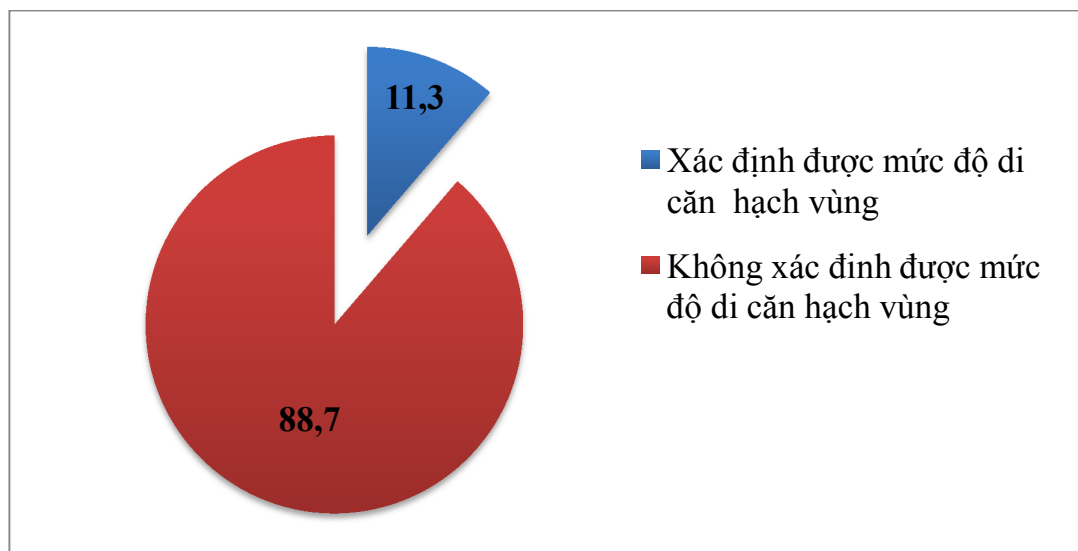
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ ghi nhận được độ xâm lấn của khối u dạ dày, Hà Nội, 2009-2013

Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ ghi nhận được độ xâm lấn của khối u dạ dày tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2011 là 12,4%.

Bảng 3.10. Phân bố độ xâm lấn của ung thư dạ dày giai đoạn 2009-2013

Độ xâm lấn	Số lượng	Tỷ suất %
T1B	58	7,0
T2A	105	12,6
T2B	2	0,2
T3	263	31,7
T4A	400	48,1
T4B	3	0,4
Tổng	831	100,0

Bảng trên cho thấy phân bố độ xâm lấn của những trường hợp ung thư dạ dày được ghi nhận. Trong số những trường hợp ghi nhận được, T4A chiếm tỷ suất cao nhất (48,1%), T3A (31,7%), T2A (12,6%) và T1B (7%). Các trường hợp khác chiếm tỷ suất rất thấp.

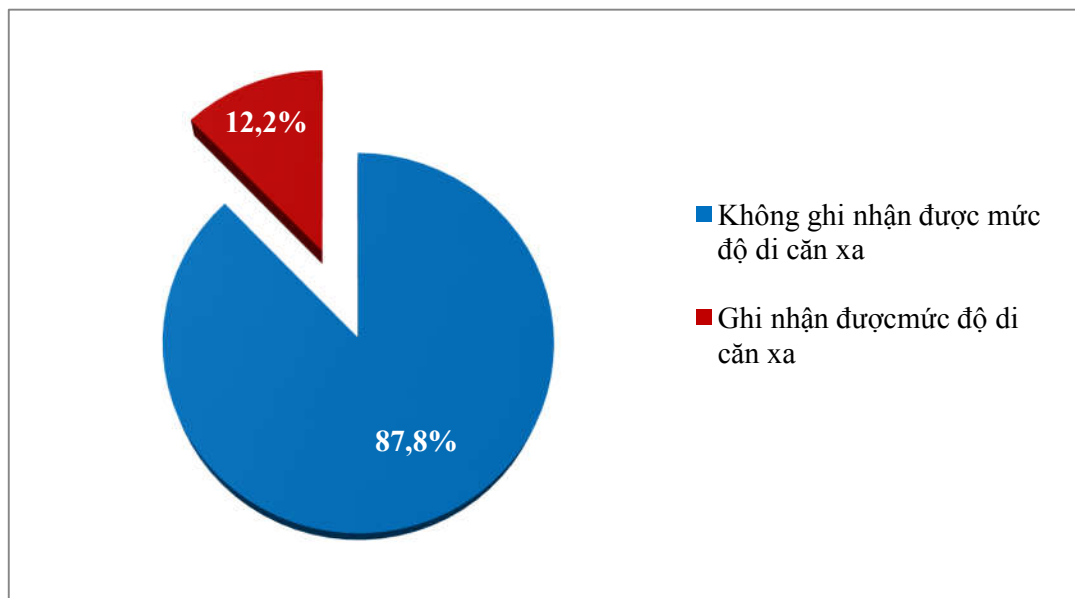
**Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ ghi nhận được di căn hạch vùng (N) của ung thư dạ dày, Hà Nội, 2009-2013**

Biểu đồ 3.5 cho thấy phân bố mức độ di căn hạch vùng của những trường hợp ung thư dạ dày được ghi nhận. Chỉ có 755/6687 (11,3%) số trường hợp ung thư dạ dày có ghi nhận được mức độ di căn hạch vùng.

Bảng 3.11. Phân bố mức độ di căn hạch vùng của ung thư dạ dày giai đoạn 2009-2013

Mức độ di căn hạch vùng (N)	Số lượng	Tỷ suất %
N0	239	31,7
N1	288	38,2
N2	142	18,8
N3	85	11,3
Tổng	755	100,0

Bảng trên cho thấy trong số những trường hợp ghi nhận được, N1 chiếm tỷ suất cao nhất (38,2%), N0 (31,7%), N2 (18,8%) và N3 (11,3%).



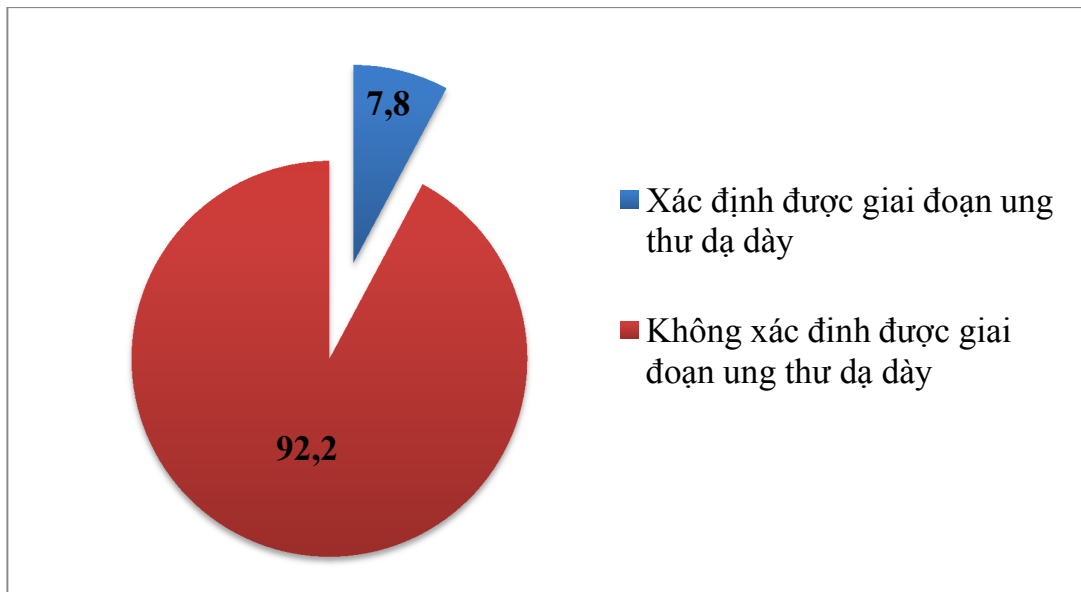
Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ ghi nhận được mức độ di căn xa của ung thư dạ dày, Hà Nội, 2009-2013

Biểu đồ 3.6 cho thấy phân bố mức độ di căn xa của những trường hợp ung thư dạ dày được ghi nhận. Chỉ có 815/6687 (12,2%) số trường hợp ung thư dạ dày có ghi nhận được mức độ di căn xa.

Bảng 3.12. Phân bố mức độ di căn xa của ung thư dạ dày, 2009-2013

Mức độ di căn xa (M)	Số lượng	Tỷ suất %
M0	601	73,7
M1	214	26,3
Tổng	815	100,0

Bảng trên cho thấy trong số những trường hợp ghi nhận được, M0 chiếm tỷ suất cao nhất (73,7%), M1 (26,3%).

**Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ ghi nhận được giai đoạn của ung thư dạ dày, Hà Nội, 2009-2013**

Biểu đồ trên cho thấy phân bố giai đoạn của những trường hợp ung thư dạ dày được ghi nhận. Chỉ có 519/6687 (7,8%) số trường hợp ung thư dạ dày có ghi nhận được giai đoạn.

Bảng 3.13. Phân bố giai đoạn của ung thư dạ dày giai đoạn 2009-2013

Giai đoạn	Số lượng	Tỷ suất %
Giai đoạn 0	3	0,6
Giai đoạn IA	11	2,1
Giai đoạn IB	2	0,4
Giai đoạn II	63	12,1
Giai đoạn IIIA	107	20,6
Giai đoạn IIIB	23	3,9
Giai đoạn IV	310	59,7
Tổng	519	100,0

Bảng trên cho thấy trong số những trường hợp ghi nhận được, giai đoạn muộn (IV) chiếm tỷ suất cao nhất (59,7%), tiếp theo là giai đoạn IIIA (20,6%) và giai đoạn II (12,1%).

3.2.5. Một số yếu tố liên quan tới tính đầy đủ và chính xác trong ghi nhận ung thư dạ dày tại Hà Nội

Chương trình ghi nhận ung thư tại Việt Nam đã bắt đầu được triển khai từ năm 1988. Qua 30 năm triển khai ghi nhận ung thư, bắt đầu từ một số tỉnh thành đến nay đã có.... tỉnh/thành phố tham gia công tác ghi nhận ung thư, trong đó Thành phố Hà Nội là tỉnh đầu tiên tham gia chương trình ghi nhận ung thư. Đã có khá nhiều các cuộc tập huấn, giám sát và đầu tư kinh phí cho ghi nhận ung thư. Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu) và thảo luận nhóm với ban quản lý chương trình ghi nhận ung thư cũng như những người trực tiếp tham gia ghi nhận ung thư tại Hà Nội tính đầy đủ và chính xác của ghi nhận ung thư dạ dày còn một số hạn chế dưới đây.

3.2.5.1. *Khó khăn trong việc ghi nhận các ca ung thư dạ dày tại các cơ sở y tế*

Do việc tìm kiếm ca bệnh mới mắc ung thư rất khó khăn do phải tìm ở nhiều địa điểm như ở phòng tế bào, khoa giải phẫu bệnh, phòng khám bệnh, phòng lưu trữ hồ sơ. Mặt khác công tác lưu trữ hồ sơ còn nhiều bất cập, không mang tính khoa học, rất khó tìm kiếm các ca bệnh ung thư dạ dày. Khi đã tìm được các ca bệnh ung thư dạ dày thì rất nhiều trường hợp hồ sơ không ghi được đầy đủ các thông tin cần ghi nhận, đặc biệt là các thông tin về vị trí, đặc điểm hình thái học và giai đoạn bệnh cũng như theo dõi tình trạng tử vong sau này.

“Việc tìm kiếm các ca bệnh mới mắc ung thư dạ dày tại các cơ sở y tế thường gặp nhiều khó khăn do có thể phải tìm kiếm ở khoa giải phẫu bệnh, phòng khám bệnh, khoa điều trị, phòng nội soi, phòng lưu trữ hồ sơ. Việc tìm kiếm ca bệnh rất mất thời gian. Thêm vào đó một số hồ sơ lại không có đủ các thông tin cần thiết cho ghi nhận ung thư. Chúng tôi phải kiểm tra và bổ xung các thông tin còn thiếu và một số thông tin còn thiếu không có trong hồ sơ, đặc biệt các thông tin về hình thái học, giai đoạn bệnh, kể cả địa chỉ chính xác về nơi ở. Với những thông tin này nhiều khi chúng tôi phải để trống do không thu thập được” (Nữ, 33 tuổi, điều dưỡng, thành viên nhóm ghi nhận ung thư).

Qua số liệu từ phỏng vấn sâu, chúng tôi nhận thấy tình trạng thiếu các thông tin về vị trí, đặc điểm hình thái học và giai đoạn bệnh chủ yếu do những nguyên nhân sau đây: (1) Thứ nhất, thông tin được lưu trữ ở rất nhiều khoa phòng khác nhau, rất khó tìm kiếm; (2) Thứ hai, hồ sơ bệnh án không ghi đầy đủ thông tin cần thiết cho ghi nhận ung thư; (3) Thứ ba, chỉ những bệnh nhân kết thúc điều trị mới có được đầy đủ các thông tin về vị trí, đặc điểm hình thái học và giai đoạn bệnh; (4) Thứ tư, thời gian đầu tư cho việc tìm kiếm ca bệnh, ghi chép đầy đủ thông tin của phiếu ghi nhận ung thư là rất khó khăn do các

cán bộ ghi nhận ung thư là cán bộ làm việc tại các cơ sở y tế, công việc ghi nhận ung thư chỉ là công việc kiêm nhiệm, địa bàn Thành phố Hà Nội rộng và kinh phí cũng như phương tiện đi lại đều hạn chế.

“Việc thu thập các thông tin về giải phẫu bệnh cũng thu thập dạt dầy như vị trí, đặc điểm hình thái học, giai đoạn ung thư dạt dầy gặp rất nhiều khó khăn do rất nhiều hồ sơ không ghi các thông tin này. Chúng tôi đã cố gắng hết sức nhưng cũng không thu thập được. Trong các buổi họp rút kinh nghiệm với các cơ sở y tế chúng tôi cũng đã nêu ra và đề nghị các thầy thuốc ghi rõ vào hồ sơ và cũng nêu rõ trách nhiệm giám sát ghi chép hồ sơ bệnh án là của lãnh đạo cơ sở y tế (Nữ, 28 tuổi, cử nhân y tế công cộng, thành viên nhóm ghi nhận ung thư).

3.2.5.2. Khó khăn trong việc xác định địa chỉ của các ca bệnh ung thư dạt dầy

Việc xác định quần thể người bệnh tại Hà Nội cũng gặp nhiều khó khăn. Quần thể dân cư nơi mà các bệnh nhân ung thư sinh sống không ổn định, khó xác định chính xác nơi sinh sống, tốc độ di dân cơ học về Hà Nội cao làm cho việc tính toán tỷ suất mắc gặp khó khăn. Điều này làm cho công việc loại trùng lặp ca bệnh với các tỉnh khác. Mặc dù phần mềm CANREG 4 cũng có phạm loại trùng lặp nhưng có thể vẫn có những trường hợp mất ca bệnh do không có địa chỉ và địa chỉ ghi không chính xác (do mức độ biến động dân số cao, tốc độ nhập cư và di cư tại Hà Nội nhiều).

“Trong quá trình thu thập thông tin một khó khăn nữa là việc kiểm tra thông tin chính xác về địa chỉ, mặc dù chỉ cần ghi địa chỉ tại Hà Nội nhưng nhiều bệnh nhân lại khai ở Hà Nội (tạm trú) nhưng thực tế lại ở tỉnh khác đến khám chữa bệnh tại Hà Nội, cần rà soát lại cũng mất nhiều thời gian. Một số ca bệnh đã đi khám ở các tỉnh khác nhưng lại về khám ở Hà Nội, chúng tôi lại cần rà soát, cũng may là có phần mềm CANREG nên cũng loại trừ được” (Nam, 30 tuổi cử nhân y tế công cộng, thành viên nhóm ghi nhận).

Mặt khác, có nhiều bệnh nhân ung thư dạ dày còn mượn địa chỉ của người thân để đăng ký khám chữa bệnh. Thời gian để loại trùng lặp về địa chỉ cũng như loại các ca bệnh đã phát hiện từ những năm trước cũng rất mất thời gian cho các cán bộ y tế làm công tác ghi nhận ung thư.

“Nhiều bệnh nhân ung thư dạ dày ở tỉnh khác có người nhà hoặc người quen tại Thành phố Hà Nội đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế Hà Nội, không có thể bảo hiểm y tế nên khai địa chỉ người thân và người quen ở Hà Nội. Nếu công tác khai thác bệnh sử không cẩn thận sẽ nhầm những người bệnh này sống ở Hà Nội. Việc này có thể làm tăng thêm ca mới mắc ung thư dạ dày ở Hà Nội. Tuy nhiên, số bệnh nhân này không nhiều. Nếu họ đã đi khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế tỉnh khác rồi thì có thể loại được trùng lặp trên (với điều kiện các tỉnh đó cũng nằm trong hệ thống ghi nhận ung thư), (Nữ, 35 tuổi, điều dưỡng, thành viên nhóm ghi nhận ung thư).

3.2.5.3. Khó khăn trong nguồn lực ghi nhận ung thư dạ dày tại các cơ sở y tế

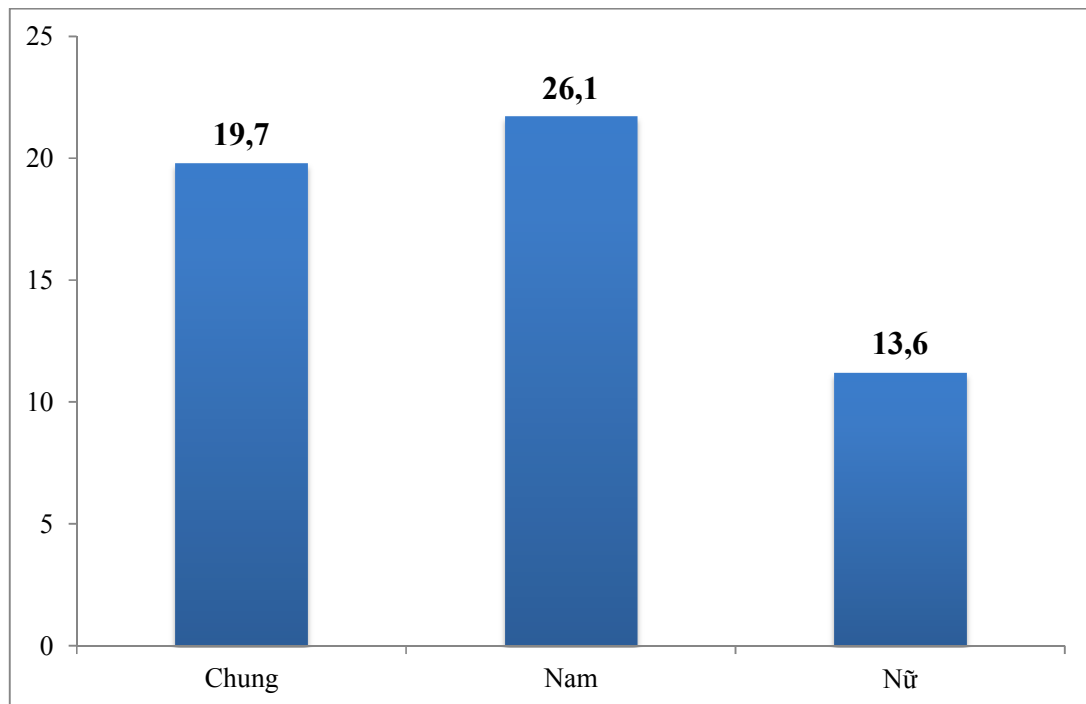
Một số nguyên nhân về hành chính cũng ảnh hưởng đến tốc độ và tính chính xác của số liệu ghi nhận ung thư dạ dày như vẫn có sự thay đổi nhân sự trong quá trình ghi nhận ung thư (biến động cán bộ ghi nhận ung thư và cán bộ lưu trữ hồ sơ tại các cơ sở y tế do công tác tổ chức, điều động, về hưu, bổ xung cán bộ mới). Kinh phí thấp, khó khăn do phương tiện đi lại, ít thời gian làm việc và điều kiện làm việc còn gặp nhiều khó khăn cũng ảnh hưởng đến chất lượng và tiến độ ghi nhận ung thư.

“Trong thời gian tới, nếu tiếp tục ghi nhận ung thư thì cần bố trí thời gian cho chúng tôi nhiều hơn nữa, do chúng tôi chỉ kiêm nhiệm công tác ghi nhận ung thư, vẫn phải làm công việc chuyên môn khác. Bệnh viện cũng nên cấp thêm kinh phí và chi trả bồi dưỡng thêm cho việc tìm kiếm, ghi nhận và loại trừ trùng lặp để tránh sai sót và thiếu thông tin trong phiếu ghi nhận” (Nữ, 31 tuổi, cử nhân y tế công cộng thành viên nhóm ghi nhận).

“Để tăng cường chất lượng và số lượng hoạt động ghi nhận ung thư thì yếu tố quan trọng nhất cần đầu tư vẫn là đầu tư về kinh phí, phương tiện đi lại và thời gian cho công tác ghi nhận ung thư. Địa bàn Hà Nội quá rộng, dân cư quá đông, kinh phí chi trả cho công tác ghi nhận ung thư thấp. Chúng tôi đã hết sức cố gắng nhưng về lâu dài thì cần đầu tư thêm những nội dung trên” (Nữ, 41 tuổi, điều dưỡng, thành viên nhóm ghi nhận ung thư).

3.3. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày

3.3.1. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013



Biểu đồ 3.8. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô chung và theo giới, Hà Nội, 2009-2013

Trong vòng 5 năm từ 2009-2013, tại toàn thành phố Hà Nội đã phát hiện được 6.687 ca mới mắc ung thư dạ dày. Trung bình hàng năm đã phát hiện được 1.337 ca mắc mới ung thư dạ dày.

Biểu đồ 3.8 cho thấy tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô cho cả nam và nữ chiếm 19,7/100.000 dân. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam cao hơn nữ (26,1 và 13,6/100.000). Sự khác biệt về tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$).

Bảng 3.14. Số mới mắc và tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô cho cả nam và nữ, Hà Nội theo năm, 2009-2013 (/100.000 dân)

Giai đoạn	Số mới mắc	Dân số Hà Nội giữa năm	Tỷ suất mới mắc/100.000	p
Năm 2009	1.407	6.476.900	21,7	-
Năm 2010	1.465	6.617.900	22,1	>0,05
Năm 2011	1.407	6.779.300	20,8	>0,05
Năm 2012	1.300	6.957.300	18,7	>0,05
Năm 2013	1.108	7.128.300	15,6	>0,05
Trung bình 5 năm	1.337	6.766.600	19,7	-

Bảng trên cho thấy tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô chung cả nam và nữ giai đoạn 2009-2013. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô có xu hướng giảm theo năm, thấp nhất ở năm 2013 và 2012 (15,6 và 18,7/100.000 dân) và cao nhất ở năm 2010 (22,1/100.000 dân). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô theo năm ($p > 0,05$).

Bảng 3.15. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô theo tuổi tại Hà Nội, 2009-2013

Nhóm tuổi	Số ca mới mắc	Dân số cộng dồn 5 năm	Tỷ suất thô /100.000
Dưới 30	50	18.236.400	0,3
30-34	100	2.716.800	3,7
35 -39	183	2.580.900	7,1
40 – 44	331	2.377.200	14,0
45 – 49	556	2.139.500	26,0
50 - 54	864	1.731.900	49,9
55-59	944	1.188.600	79,4
60-64	929	781.100	118,9
65-69	765	611.300	125,2
70-74	754	543.400	138,8
75-79	593	475.400	124,7
≥80	618	509.400	121,3
Tổng	6.687	33.959.700	19,7

Bảng 3.15 cho thấy tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô có xu hướng cao ở độ tuổi trên 50 tuổi. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô cao nhất ở độ tuổi 70-74 (138,8/100.000 dân), tiếp theo là độ tuổi 65-69 (125,1/100.000 dân) và độ tuổi ≥80 (121,3/100.000 dân). Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô thấp nhất ở độ tuổi dưới 30 (chỉ 0,3/100.000 dân).

Bảng 3.16. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô theo tuổi và giới tại Hà Nội, 2009-2013

Nhóm tuổi	Nam giới		Nữ giới		p
	Số ca mới mắc	Tỷ suất thô (/100.000)	Số ca mới mắc	Tỷ suất thô (/100.000)	
Dưới 30	0	0	50	0,6	-
30 - 34	55	4,0	45	3,3	0,337
35 -39	102	7,9	81	6,3	0,139
40- 44	191	16,4	140	11,7	0,002
45 - 49	399	38,7	157	13,9	0,001
50 -54	600	73,7	264	28,2	0,001
55 -59	663	124,7	281	43,8	0,001
60- 64	586	176,3	343	79,1	0,002
65 - 69	488	195,7	277	76,1	0,001
70 -74	456	211,0	298	90,5	0,002
75 -79	403	220,4	190	64,5	0,001
≥80	389	234,0	229	62,9	0,001
Tổng	4.332	26,1	2.355	13,6	-

Bảng trên cho biết tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô cả nam và nữ đều tăng theo nhóm tuổi cho cả giai đoạn 2009-2013. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam giới trong các độ tuổi đều cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê ở các độ tuổi, trừ độ tuổi dưới 40. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô tăng rất cao cả ở nữ và nam giới từ nhóm 45 tuổi trở lên và đều có ý nghĩa thống kê với p dao động từ 0,002 đến 0,00.

Bảng 3.17. Số mới mắc và tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô đặc trưng theo giới và theo năm tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013 (/100.000 dân)

Giai đoạn	Nam giới		Nữ giới		p
	Số mới mắc	Tỷ suất mới mắc thô	Số mới mắc	Tỷ suất mới mắc thô	
Năm 2009	919	28,8	488	14,8	0,002
Năm 2010	922	28,6	543	16,0	0,002
Năm 2011	902	27,2	505	15,0	0,001
Năm 2012	851	24,9	449	12,7	0,001
Năm 2013	738	21,2	370	10,2	0,001

Bảng 3.17 cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô đều có xu hướng giảm từ năm 2009 đến 2013 (từ 28,8 năm 2009 xuống 21,2/100.000 dân). Sự khác biệt về ung thư dạ dày thô giữa nam và nữ mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ 0,002-0,001.

Bảng 3.18. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô theo nhóm tuổi và theo năm tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013 (/100.000 dân)

Nhóm tuổi	Năm				
	2009	2010	2011	2012	2013
<30	0,4	0,2	0,1	0,4	0,3
30 - 34	5,2	3,6	2,6	3,8	3,3
35-39	7,3	7,6	8,5	7,8	4,4
40-44	16,8	15,3	14,3	12,0	11,6
45-49	34,8	30,7	26,7	20,1	18,5
50-54	59,0	61,3	48,6	42,3	39,3
55-59	85,1	80,7	80,9	68,2	63,3
60-64	120,2	139,3	130,8	121,9	83,6
65-69	133,0	137,7	136,9	111,8	107,6
70-74	156,3	155,8	147,5	137,5	100,0
75-79	136,8	153,3	127,5	121,2	88,2
80+	99,8	114,8	137,7	136,1	116,9
Tổng	21,8	22,2	20,8	18,7	15,6

Bảng trên cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô theo tuổi theo từng năm đều có xu hướng gia tăng theo tuổi và có xu hướng giảm theo năm, trừ nhóm tuổi ≥ 80 . Tuy nhiên, không có sự khác biệt lớn về ung thư dạ dày giữa các nhóm tuổi theo các năm.

Bảng 3.19. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô của nam giới theo nhóm tuổi và theo từng năm (/100.000 dân)

Nhóm tuổi	Năm				
	2009	2010	2011	2012	2013
<30	0	0	0	0	0
30-34	5,0	2,7	2,9	5,0	4,6
35-39	7,6	7,2	11,2	11,3	2,2
40-44	19,7	17,3	17,2	14,7	13,5
45-49	49,6	46,6	42,3	31,7	24,5
50-54	85,1	94,5	68,9	61,7	59,7
55-59	133,2	122,3	119,6	101,8	103,1
60-64	197,5	198,8	179,3	167,3	139,1
65-69	219,4	188,5	215,0	178,0	177,7
70-74	233,9	239,0	204,0	230,2	152,3
75-79	233,7	248,5	227,4	216,1	180,0
80+	181,8	226,8	277,2	258,2	223,8
Tổng	28,8	28,6	27,2	24,8	21,1

Bảng trên cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô của nam giới theo tuổi theo từng năm đều có xu hướng gia tăng theo tuổi và có xu hướng giảm theo năm, trừ độ tuổi từ 70 trở lên. Không có sự khác biệt lớn về ung thư dạ dày ở nam giới giữa các nhóm tuổi theo các năm.

Bảng 3.20. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô của nữ giới theo nhóm tuổi và theo từng năm (/100.000 dân)

Nhóm tuổi	Năm				
	2009	2010	2011	2012	2013
<30	0,8	0,5	0,3	0,7	0,6
30-34	5,5	4,5	2,2	2,5	2,1
35-39	7,0	8,0	5,9	4,2	6,7
40-44	14,1	13,6	11,7	9,4	10,0
45-49	20,6	15,8	12,0	9,1	12,7
50-54	34,9	31,6	30,0	24,5	20,9
55-59	46,9	48,5	50,8	43,0	31,9
60-64	64,5	98,9	98,2	91,3	43,9
65-69	72,5	102,3	82,6	65,7	58,8
70-74	104,1	100,7	109,5	75,6	65,0
75-79	75,2	93,5	64,6	61,3	30,7
80+	56,5	57,4	66,0	72,5	61,5
Tổng	14,8	16,0	14,6	12,7	10,2

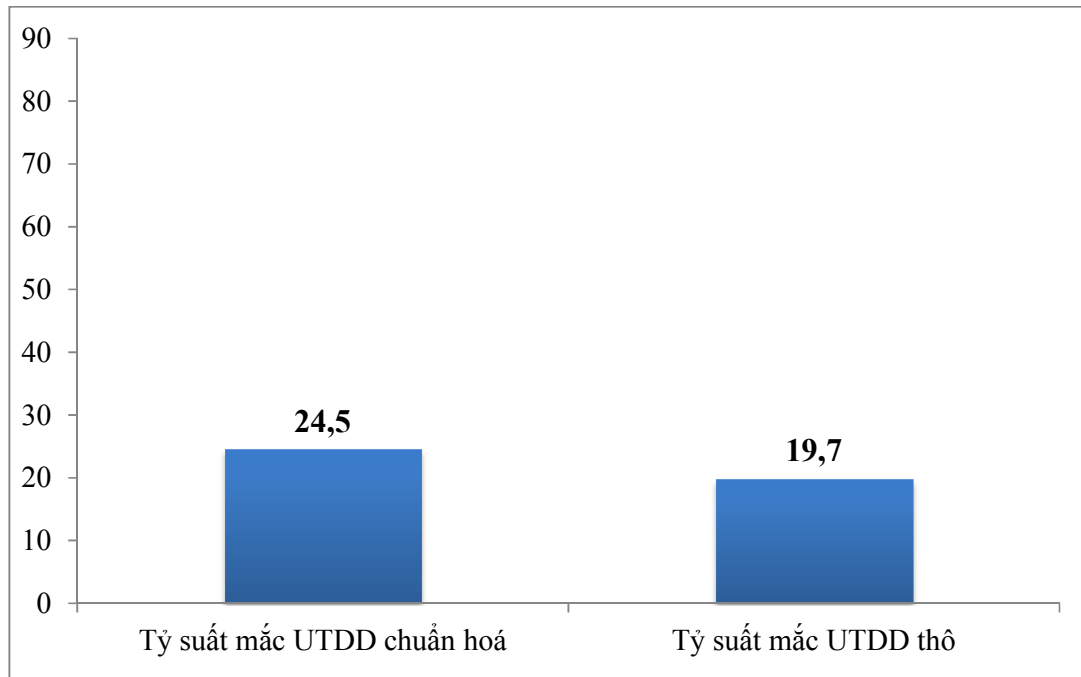
Bảng trên cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô của nữ giới theo tuổi theo từng năm đều có xu hướng gia tăng theo tuổi và xu hướng giảm theo năm trừ nhóm tuổi ≥ 80 (có xu hướng tăng không rõ rệt). Không có sự khác biệt lớn về ung thư dạ dày ở nữ giới giữa các nhóm tuổi theo các năm.

Bảng 3.21. Phân bố nhóm tuổi mắc ung thư dạ dày theo giới, 2009-2013

Nhóm tuổi	Nam giới		Nữ giới		p
	Số ca mới mắc	Tỷ lệ %	Số ca mới mắc	Tỷ lệ %	
Tuổi < 30	0	0	50	2,1	-
30-34	55	1,3	45	1,9	0,337
35-39	102	2,4	81	3,4	0,023
40-44	191	4,4	140	5,9	0,003
45-49	399	9,2	157	6,7	0,0001
50-54	600	13,9	264	11,2	0,0001
55-59	663	15,3	281	11,9	0,0001
60-64	586	13,5	343	14,6	0,0001
65-69	488	11,3	277	11,8	0,001
70-74	456	10,5	298	12,7	0,0001
75-79	403	9,3	190	8,1	0,003
≥ 80	389	9,0	229	9,7	0,002
Tổng	4.332	100,0	2.355	100,0	

Bảng trên cho thấy phân bố mới mắc ung thư dạ dày thô của nam và nữ giới theo tuổi đều có xu hướng gia tăng theo tuổi. Không có sự khác biệt lớn về ung thư dạ dày giữa các nhóm tuổi theo giới.

3.3.2. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi



Biểu đồ 3.9. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi theo quần thể dân số thế giới cho cả nam và nữ tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013

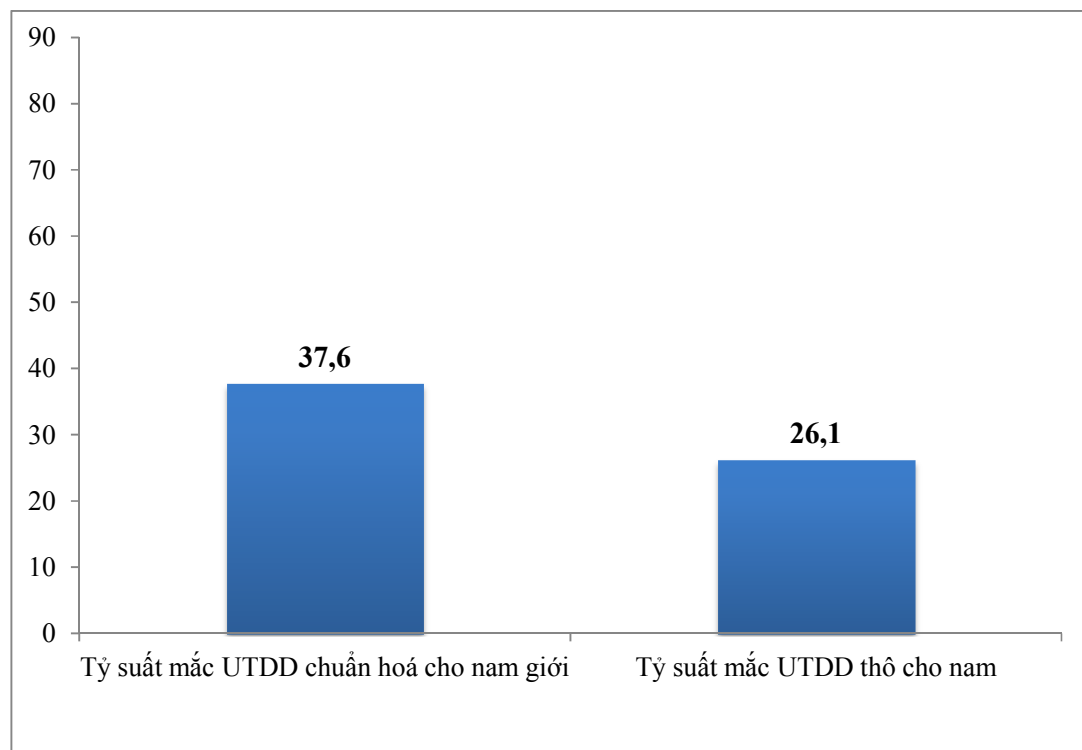
Biểu đồ trên cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi. Quần thể tham chiếu để tính tỷ suất mới mắc chuẩn hoá theo TCYTTG, giai đoạn 2000-2025. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cho cả nam và nữ của Việt Nam theo quần thể tham chiếu là 24,5/100.000 dân.

Bảng 3.22. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cho cả nam và nữ theo tuổi tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013

Nhóm tuổi	Số ca mới mắc	Tỷ suất mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá /100.000	95% CI	
			Giới hạn dưới	Giới hạn trên
Dưới 30	50	0,1	0,08	0,12
30-34	100	0,3	0,2	0,5
35 -39	183	0,5	0,4	0,6
40 – 44	331	0,9	0,8	1,0
45 – 49	556	1,6	2,5	2,9
50 - 54	864	2,7	2,5	2,9
55-59	944	3,6	3,2	3,7
60-64	929	4,4	4,1	4,7
65-69	765	3,7	3,4	4,0
70-74	754	3,1	2,8	3,3
75-79	593	1,9	1,7	2,0
≥80	618	1,9	1,7	2,0
Chung	6.687	24,5	-	-

*: *Quản thể dân số thế giới tham chiếu (2000-2025) 78*

Bảng trên biểu diễn các giá trị của tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cho từng độ tuổi theo quản thể tham chiếu. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cao nhất ở độ tuổi 60-64 (4,4/100.000 dân), tiếp theo là 65-69 (3,7/100.000 dân) và thấp nhất ở độ tuổi dưới 30 (0,1/100.000 dân).



Biểu đồ 3.10. Tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi của nam giới tại Thành phố Hà Nội, giai đoạn 2009-2013

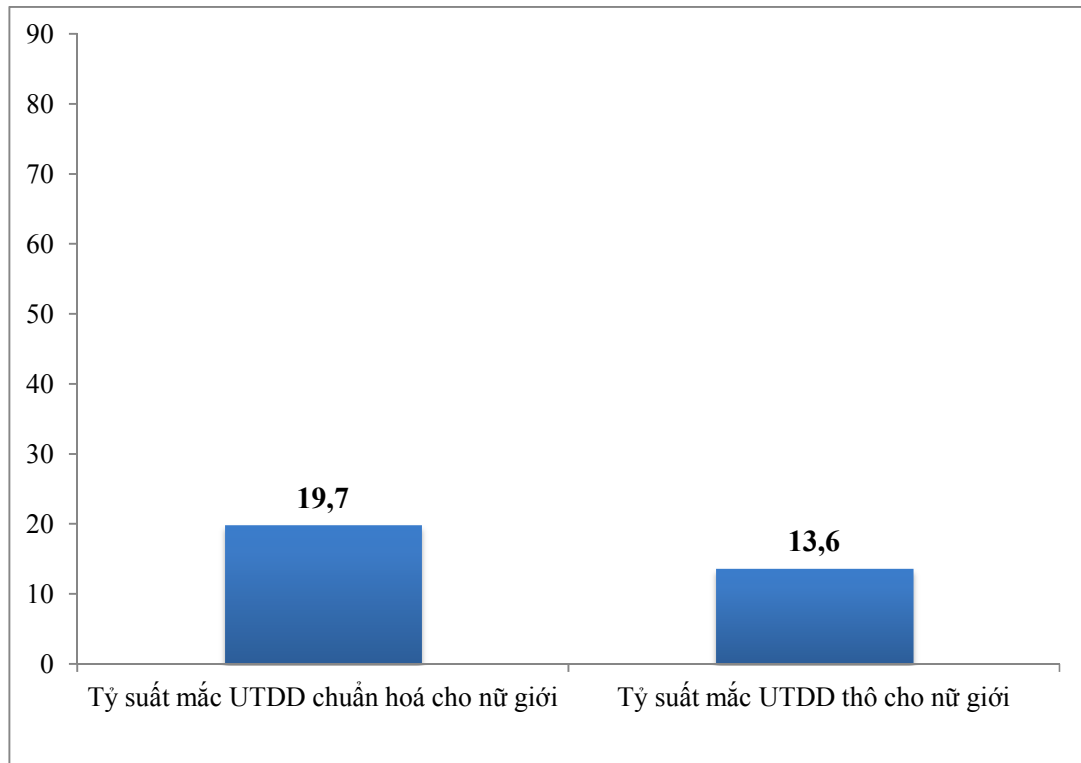
Biểu đồ trên cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư da dày đã được chuẩn hoá theo tuổi của nam giới giai đoạn 2009-2013. Tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi cho nam giới của Việt Nam theo quần thể tham chiếu là 37,6/100.000 dân.

Bảng 3.23. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nam giới tại Thành phố Hà Nội theo nhóm tuổi giai đoạn 2009-2013

Nhóm tuổi	Số ca mới mắc	Tỷ suất mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá /100.000	95% CI	
			Giới hạn dưới	Giới hạn trên
Dưới 30	0	0	-	-
30-34	55	0,3	0,2	0,4
35 -39	102	0,6	0,5	0,7
40 – 44	191	1,1	0,9	1,2
45 – 49	399	2,3	3,6	4,3
50 - 54	600	4,0	3,6	4,3
55-59	663	5,7	4,8	5,7
60-64	586	6,6	6,0	7,1
65-69	488	5,8	5,3	6,3
70-74	456	4,7	4,2	5,1
75-79	403	3,4	3,0	3,7
≥80	389	3,6	3,3	4,0
Chung	4.332	37,6	-	-

*: *Quản thể dân số thế giới tham chiếu (2000-2025).*

Bảng trên biểu diễn các giá trị của tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi của nam giới cho từng độ tuổi theo quản thể tham chiếu giai đoạn 2009-2013. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá ở nam giới cao nhất ở độ tuổi 60-64 (6,6/100.000 dân), tiếp theo là 65-69 (5,8/100.000 dân) và thấp nhất ở độ tuổi dưới 30 (0/100.000 dân).



Biểu đồ 3.11. Tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi của nữ tại Thành phố Hà Nội, giai đoạn 2009-2013

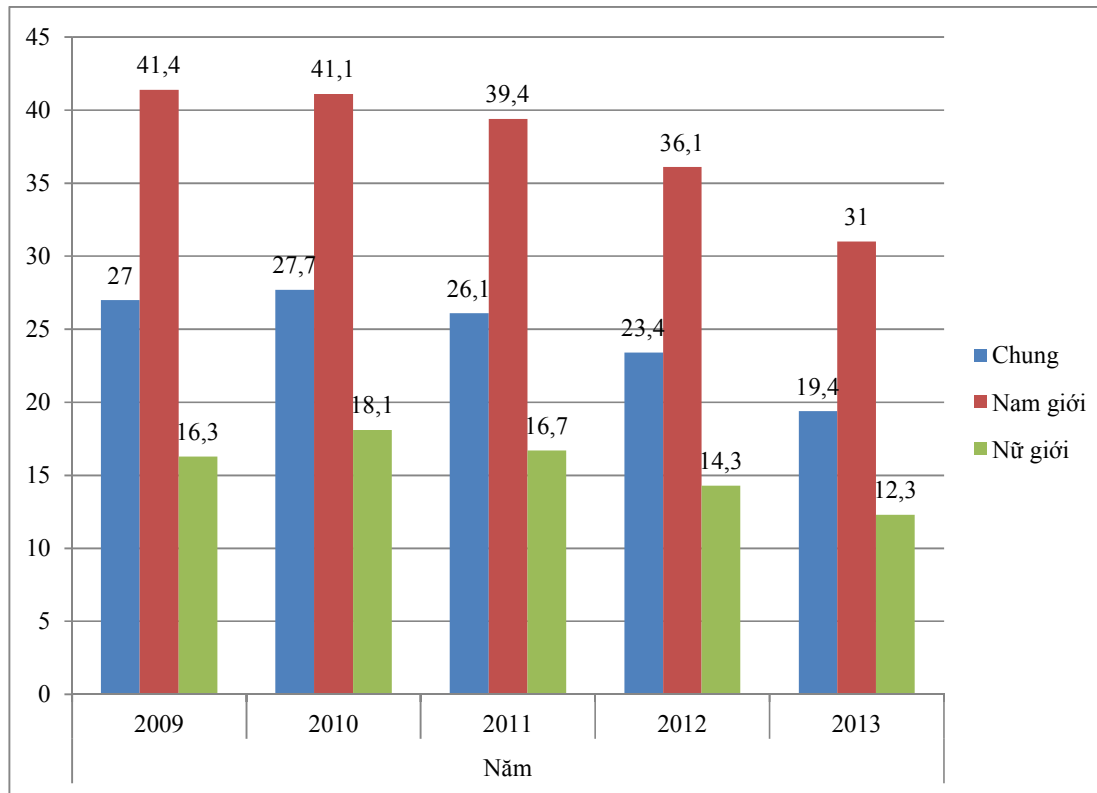
Biểu đồ trên cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư da dày đã được chuẩn hoá theo tuổi của nữ giới giai đoạn 2009-2013. Tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi cho nữ của Việt Nam theo quần thể tham chiếu là 19,7/100.000 nữ.

Bảng 3.24. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nữ giới tại Thành phố Hà Nội theo nhóm tuổi giai đoạn 2009-2013

Nhóm tuổi	Số ca mới mắc	Tỷ suất mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá /100.000	95% CI	
			Giới hạn dưới	Giới hạn trên
Dưới 30	50	0,3	0,2	0,6
30-34	45	0,2	0,2	0,5
35 -39	81	0,4	0,3	0,5
40 – 44	140	0,7	0,6	0,9
45 – 49	157	0,8	1,4	1,9
50 - 54	264	1,7	1,5	1,9
55-59	281	2,3	2,0	2,6
60-64	343	3,7	3,3	4,1
65-69	277	3,2	2,8	3,5
70-74	298	2,9	2,6	3,3
75-79	190	1,5	1,3	1,7
≥80	229	2,0	1,8	2,3
Tổng	2.355	19,7	-	-

*: *Quản thể dân số thế giới tham chiếu (2000-2025).*

Bảng trên biểu diễn các giá trị của tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày của nữ giới cho từng độ tuổi theo quản thể tham chiếu giai đoạn 2009-2013. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nữ giới cao nhất ở độ tuổi 60-64 (3,7/100.000 dân), tiếp theo là 65-69 (3,2/100.000 dân) và thấp nhất ở độ tuổi dưới 30 (0,3/100.000 dân).



Biểu đồ 3.12 Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hóa theo tuổi theo năm /100.000

Biểu đồ trên cho thấy trong giai đoạn từ 2009 đến 2013, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi đều cao hơn ở nam giới nhưng có xu hướng giảm rõ rệt từ năm 2009-2013 (41,4/100.000 xuống 31/100.000).

Tương tự, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi ở nữ giới giảm từ 16,3/100.000 năm 2009 còn 12,3/100.000 năm 2013 và chung cho cả nam lẫn nữ cũng có xu hướng giảm từ năm 2009-2013(27/100.000 xuống 19,4/100.000).

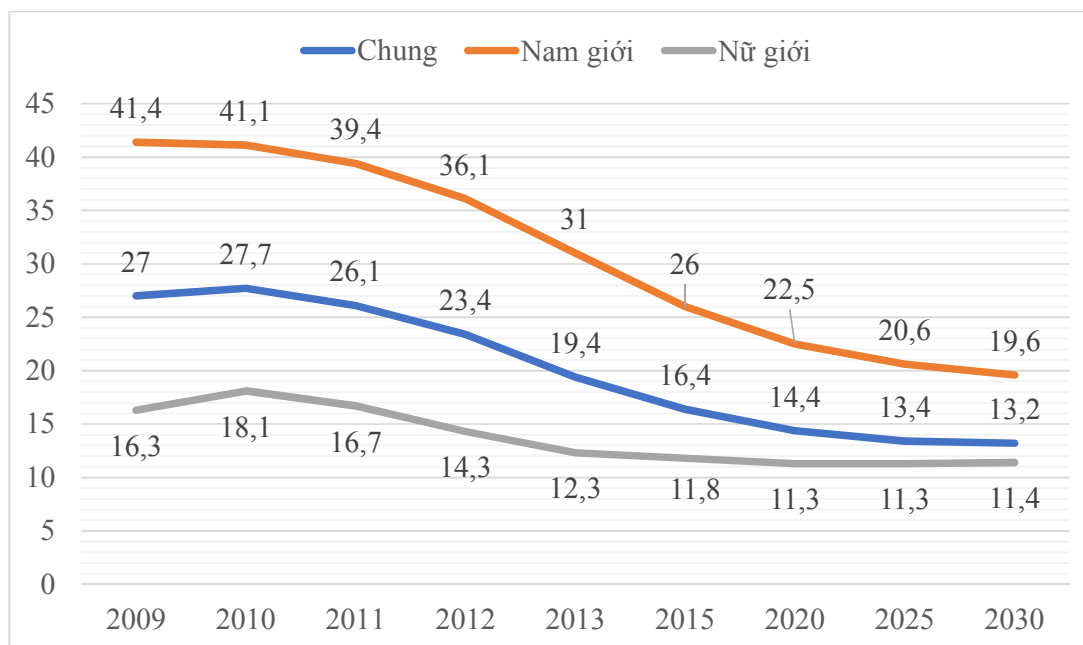
3.3.3. Dự báo xu hướng mắc ung thư dạ dày tại Hà Nội đến năm 2030

Bảng 3.25. Dự báo xu hướng của tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô (/100.000 dân) đặc trưng theo giới và theo năm tại Hà Nội giai đoạn 2009-2030

Giai đoạn	Tỷ suất mới mắc (nam)	Tỷ suất mới mắc (nữ)	Tỷ suất mới mắc (chung)
Năm 2009	28,8	14,8	21,7
Năm 2010	28,6	16,0	22,1
Năm 2011	27,2	15,0	20,8
Năm 2012	24,9	12,7	18,7
Năm 2013	21,2	10,2	15,6
Năm 2014	23,6	12,5	17,8
Năm 2015	22,7	12,2	17,2
Năm 2016	21,9	11,9	16,6
Năm 2017	21,1	11,5	16,0
Năm 2018	20,2	11,2	15,3
Năm 2019	19,4	10,9	14,7
Năm 2020	18,6	10,6	14,1
Năm 2021	17,8	10,2	13,5
Năm 2022	16,9	9,9	12,9
Năm 2023	16,1	9,6	12,3
Năm 2024	15,3	9,2	11,6
Năm 2025	14,4	8,9	11,0
Năm 2026	13,6	8,6	10,4
Năm 2027	12,8	8,3	9,8
Năm 2028	11,9	7,9	9,2
Năm 2029	11,2	7,6	8,6
Năm 2030	10,3	7,3	7,9

(Nam: $Y = 1693.349 - (0.8290909 * X)$, $R^2 = 0,834$; Nữ: $Y = 671.6472 - (0.3272727 * X)$, $R^2 = 0,648$; Chung: $Y = 1259.156 - (0.6163637 * X)$, $R^2 = 0,645$)

Bảng trên cho thấy kết quả dự báo tỷ suất mới mắc mới ung thư dạ dày thô theo thời gian. Ung thư dạ dày có xu hướng giảm theo thời gian. Cho đến năm 2030, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm xuống 10,3% chung cho cả nam và nữ, 7,3% cho nam giới và 7,9% cho nữ giới.



Biểu đồ 3.13. Dự báo xu hướng của tỷ suất mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi (/100.000 dân) đặc trưng theo giới và theo năm tại Hà Nội, giai đoạn 2009-2030

Biểu đồ trên cho thấy tỷ suất ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi có xu hướng giảm nhanh theo thời gian từ năm 2009 đến năm 2030. Cho đến năm 2030, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi chung và cả cho nam cũng như nữ giảm (27/100.000 chung năm 2009 xuống 13,2/100.000 năm 2030; cho nam: 41,4/100.000 năm 2009 xuống 19,6/100.000 năm 2030 và cho nữ: 16,3/100.000 năm 2009 xuống 11,4/100.000 năm 2030).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm vị trí, type mô bệnh học và giai đoạn mắc ung thư dạ dày

4.1.1. Vị trí mắc ung thư dạ dày

Một trong những đặc điểm rất quan trọng của nghiên cứu ghi nhận ung thư là cần phải ghi nhận đầy đủ các thông tin trên phiếu ghi nhận. Ngoài việc ghi chép các đặc trưng cá nhân của bệnh nhân nhằm tránh trùng lặp các bệnh nhân và sót bệnh nhân thì các thông tin về bệnh ung thư nói chung cũng như ung thư dạ dày là rất quan trọng. Những thông tin này bao gồm chẩn đoán ung thư dạ dày, vị trí khối u, đặc điểm hình thái học, giai đoạn bệnh (bao gồm TMN).

Nghiên cứu ghi nhận ung thư dạ dày ở các quốc gia phát triển có hệ thống thông tin y tế hoàn chỉnh thì các thông tin trên là khá đầy đủ. Ngược lại, nghiên cứu ghi nhận ung thư ở các quốc gia đang phát triển có hệ thống thông tin y tế chưa thật tốt thì những thông tin này bị thiếu hụt rất nhiều. Đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu ghi nhận ung thư quần thể. Do không ghi nhận được tất cả các vị trí khối u của bệnh nhân dẫn đến việc tính toán tỷ lệ % vị trí khối u sẽ có sai số hệ thống. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn tính toán phân bố vị trí khối u của những bệnh nhân ghi nhận được vị trí. Việc so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác về phân bố vị trí khối u dạ dày bị hạn chế do có đến 86,1% không ghi nhận được vị trí khối u dạ dày. Đây cũng là một hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013 của chúng tôi trên 6.687 trường hợp mới mắc cho thấy có đến 86,1% không ghi nhận được vị trí của khối u tại dạ dày. Đây là một hạn chế rất lớn ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Trong số những bệnh nhân ung thư dạ dày

xác định được vị trí khối u (930 bệnh nhân), tỷ lệ vị trí ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ tại hang vị chiếm tỷ lệ cao nhất (45,6%), nữ giới cao hơn nam giới (55,3 và 44,9%). Tỷ lệ vị trí ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ tại bờ cong nhỏ (18,3%), nam giới (18,9%) và nữ (17,2%). Tỷ lệ vị trí ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ tại tâm vị (14,2%), nam giới cao hơn nữ (17% và 8,8%, $p < 0,05$). Vị trí khối u ở các vị trí khác thấp và không có sự khác biệt giữa nam giới và nữ giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với một số nghiên cứu ghi nhận ung thư tại trong nước và các quốc gia đang phát triển.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi rất phù hợp với kết quả nghiên cứu tại Việt Nam trong giai đoạn này ở các bệnh viện chuyên ngành ung thư. Kết quả của các nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ ung thư dạ dày ở hang vị-tiền môn vị là cao nhất (61,9%), tiếp theo là bờ cong nhỏ (30,9%) và bờ cong lớn (4,8%) và tâm phình vị (2,4%) [44]. Theo Nguyễn Ngọc Hùng, tỷ lệ ung thư dạ dày ở hang-môn vị là cao nhất (61,9%) [45]. Nguyễn Cường Thịnh nghiên cứu trên 208 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 giai đoạn 1994-2010 cho thấy, vị trí u ở 1/3 dưới dạ dày chiếm 21,4%, 1/3 giữa là 54,45%, 1/3 trên là 21,45% và toàn bộ dạ dày là 5,6% [46]. Nguyễn Quang Thái và CS cũng cho biết vị trí ung thư dạ dày ở 1/3 dưới chiếm 65,3%, 1/3 trên là 6,7% và 1/3 giữa chiếm 28% [47]. Vũ Quang Toàn và cộng sự nghiên cứu trên 152 trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn IIB-III (T4) tại Bệnh viện K năm 2009-2011 cho thấy vị trí khối u tại tâm phình vị chiếm 3,3%, thân vị chiếm 3,3%, bờ cong nhỏ chiếm 21,7%, bờ cong lớn 2,6%; hang vị-tiền môn vị chiếm 67,8% và toàn bộ dạ dày chiếm 1,3% [48]. Lê Quý Hưng và cộng sự nghiên cứu trên 58 trường hợp ung thư dạ dày cho biết vị trí ung thư dạ dày cao nhất ở hang môn vị chiếm 79,3%, thân vị chiếm 17,2% và tâm vị chiếm 3,5% [49].

Theo Babaei và cộng sự nghiên cứu ghi nhận ung thư tại Iran cho thấy, tỷ lệ ghi nhận được vị trí của ung thư dạ dày khá thấp (38,8%). Trong số những trường hợp ghi nhận được vị trí thì ung thư tâm vị chiếm 32,7% (nam giới: 32,7% và nữ giới: 32,8%); ung thư thân vị chiếm 16,9% (nam giới: 18% và nữ giới: 14,1%), ung thư hang vị chiếm 10,6% (nam giới: 11,8% và nữ giới: 7,7%), ung thư môn vị chiếm 1,1% (nam giới: 0,7% và nữ giới: 1,9%), ung thư không xác định được vị trí chiếm 38,8% (nam giới: 36,9% và nữ giới: 43,4%) [39]. Kết quả của nghiên cứu này khác với nghiên cứu của chúng tôi 2 điểm: (1) tỷ lệ ung thư dạ dày không xác định được thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (38,8% so với 86,1%); (2) vị trí ung thư dạ dày ở tâm vị cao hơn nghiên cứu của chúng tôi (32,7% so với 14,2%). Có thể giải thích sự khác biệt này là do yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày của 2 quốc gia có khác nhau liên quan đến thuốc lá và sử dụng rượu bia. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt về vị trí khối u dạ dày và giới.

Dựa theo số liệu của TCYTTG và IARC năm 2015, ung thư dạ dày ở vị trí tâm vị ở nam giới chiếm 54% tại Motana, Hoa Kỳ và Châu Âu. Tại Thụy Sĩ và Vương quốc Anh, ung thư dạ dày ở vị trí tâm vị ở nam giới chiếm trên 30% [1],[2]. Tại Nhật Bản, Trung Quốc và Hàn Quốc, ung thư dạ dày ở vị trí tâm vị chiếm tỷ lệ thấp (<10%) [82], [83],[84]. Như vậy, có sự khác biệt rất lớn về vị trí ung thư dạ dày giữa các quốc gia châu Âu, Hoa Kỳ và các quốc gia Đông Á và Việt Nam. Giải thích về sự khác biệt này tác giả Derakhshan, 2008 cho rằng có 2 lý do chính: (1) sự khác biệt về nhiễm các type H. pylory khác nhau giữa 2 khu vực và (2) sự khác biệt đặc điểm về hình thái học của ung thư dạ dày giữa 2 khu vực trên [85]. Babaei và cộng sự, 2010 giải thích thêm sự khác biệt trên bằng một số yếu tố nguy cơ khác của ung thư tâm vị giữa 2 khu vực trên dựa trên bảng dưới đây:

Bảng 4.1. Một số yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày tại tâm vị tại Ardabil [39]

Các yếu tố nguy cơ	Ung thư dạ dày ở vị trí khác	Ung thư dạ dày ở vị trí tâm vị
<i>H.pylori</i>	+	+
Hút thuốc	+	+
Tiền sử gia đình	+	+
Nam giới	+	+
Có trào ngược thực quản	-	+
Béo phì	-	+
Tình trạng kinh tế xã hội thấp	+	-
Sử dụng ít vitamin C	+	-
Ăn thịt gia súc hàng ngày	+	-
Ăn nhiều muối và các hạt rang	+	-
Ăn ít rau và hoa quả	+	-

Shin và cộng sự nghiên cứu trên 139 bệnh viện tại Hàn Quốc cho thấy ung thư môn vị chiếm 36,5% ở nam giới và 35,2% ở nữ giới. Ung thư thân vị chiếm 23,7% ở nam và 26,6% ở nữ. Ung thư tâm vị chiếm 4,4% ở nam và 3,1% ở nữ. Ung thư toàn bộ các vị trí của dạ dày chiếm 12,6% ở nam và 12,3% ở nữ. Ung thư bờ cong nhỏ chiếm 3,5% ở nam và 3,3% ở nữ; còn lại 19,3% ung thư dạ dày ở vị trí khác đối với nam và 19,5% đối với nữ [84].

Tại Hà Lan, Nelen (2017) và cộng sự cũng cho biết, tỷ lệ khối u ở hang vị chiếm tỷ lệ 40%, không xác định được vị trí và toàn bộ dạ dày chiếm 30%, tâm vị và thân vị chiếm 30% [86].

4.1.2. Đặc điểm type mô bệnh học ung thư dạ dày

Theo Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế và TCYTTG, các đặc điểm hình thái học của ung thư dạ dày là cần thiết phải ghi nhận lại. Một số đặc điểm này bao gồm: ung thư biểu mô tuyến ống, ung thư biểu mô tuyến vảy,

ung thư biểu mô tuyến nhày, ung thư biểu mô kém biệt hóa và ung thư biểu mô không xếp loại. Thông thường trong các bệnh án điều trị đều có ghi lại các đặc điểm hình thái học này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số các trường hợp mới mắc ung thư dạ dày là những khối u mới không xác định được hình thái học (56,3%), ung thư biểu mô tuyến chiếm 28,7%, ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 6,7% và có 7,3% là ung thư dạ dày khác. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm hình thái học giữa nam và nữ.

Các nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam cũng cho kết quả là ung thư biểu mô dạ dày là cao nhất (>95%) [18], trong đó ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (>60%) [52]. Theo tác giả Vũ Quang Toàn nghiên cứu tại Bệnh viện K, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (75,7%), trong đó ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao (4,6%), biệt hóa vừa (32,3%) và biệt hóa thấp 38,8%; tiếp theo là ung thư biểu mô tế bào nhẵn (24,3%) [48]. Theo Nguyễn Ngọc Hùng, tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 99%, trong đó 50,7% là ung thư biểu mô tuyến ống nhỏ, 16,7% là ung thư biểu mô không biệt hóa, 14% là ung thư biểu mô tuyến nhày, 12,3% là ung thư biểu mô tế bào nhẵn, 5% là ung thư biểu mô tuyến nhú, 0,3% là ung thư biểu mô tuyến gai và 1% là các hình thái khác [45]. Lê Quý Hưng và cộng sự nghiên cứu năm 2006 trên 58 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Trường Đại học Y Dược Huế cũng thông báo ung thư biểu mô tuyến chiếm 98,3% và ung thư biểu mô tế bào vẩy chiếm 1,7% [49].

Lê Văn Thành và cộng sự nghiên cứu trên 43 bệnh nhân cắt dạ dày toàn bộ triệt căn do ung thư tại Bệnh viện ung bướu Hà Nội cho biết ung thư biểu mô tuyến chiếm 62,9%, trong đó ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao chiếm 4,7%, biệt hóa vừa 23,3%, biệt hóa kém 34,9%; ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 23,3%, ung thư biểu mô tuyến nhày chiếm 14% [53].

Theo Hội Ung thư Dạ dày Nhật Bản, ung thư biểu mô tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất (mã 8211/3, tiếp theo là ung thư biểu mô tuyến vảy (8260/3), ung thư biểu mô kém biệt hoá, ung thư biểu mô tế bào nhẵn và ung thư biểu mô tuyến nhày [36].

Theo Babaei và cộng sự nghiên cứu ghi nhận ung thư tại Iran cho thấy, tỷ lệ ghi nhận được đặc điểm hình thái học của ung thư dạ dày khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Theo tác giả này, tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến, type ruột chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 67,7% (nam giới: 73,1%, nữ giới: 26,9%); tỷ lệ ung thư biểu mô (carcinoma) chiếm tỷ lệ 30,3% (nam giới: 67%, nữ giới: 33%); các loại ung thư khác chiếm tỷ lệ thấp [39].

Kết quả nghiên cứu của Shin năm 2004 cũng khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Theo Shin và cộng sự nghiên cứu trên 122.770 bệnh nhân mắc ung thư dạ dày ở Hàn Quốc cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 51,6% ở nam và 47,3% ở nữ. Ung thư biểu mô tuyến ống chiếm 25,5% ở nam và 18,9% ở nữ. Ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 12,4% ở nam và 21,6% ở nữ. Ung thư biểu mô tuyến nhày chiếm 2% ở nam và 1,7% ở nữ. Ung thư biểu mô tuyến vảy chiếm 0,6% ở nam. Các loại ung thư khác không xếp loại chiếm 7,9% ở nam và 10,4% ở nữ [84].

Theo Nelen và cộng sự năm trong ghi nhận ung thư dạ dày năm 2017, ung thư biểu mô tuyến chiếm 72%, không ung thư biểu mô tuyến chiếm 4,3%, ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 19%, ung thư biểu mô không biệt hoá chiếm 5% và 25% ung thư không xác định [86]. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tế bào nhẵn nhưng tỷ lệ không xác định được đặc điểm hình thái học thấp hơn (25% so với 56,3%) [86].

4.1.3. Giai đoạn ung thư dạ dày

Việc chẩn đoán giai đoạn của ung thư dạ dày rất quan trọng trong công tác điều trị cũng như trong lĩnh vực y tế dự phòng. Thông thường các bệnh nhân ung thư dạ dày ở một số quốc gia phát triển được chẩn đoán sớm và từ đó được điều trị có hiệu quả kéo dài thời gian sống và nâng cao chất lượng sống. Tuy nhiên, ở các quốc gia đang phát triển trong đó có Việt Nam, các bệnh nhân ung thư dạ dày thường được chẩn đoán ở giai đoạn rất muộn dẫn đến giảm hiệu quả điều trị và tăng chi phí. Do đặc điểm triệu chứng biểu hiện của ung thư dạ dày rất nghèo nàn thường hay lẫn với các triệu chứng khác của các bệnh đường tiêu hoá nên việc chẩn đoán rất gặp nhiều khó khăn và thường được chẩn đoán muộn. Việc chẩn đoán giai đoạn của ung thư dạ dày dựa trên tiêu chuẩn của AJCC theo TMN [54]. Việc ghi nhận giai đoạn của ung thư dạ dày tại quần thể hạn chế do rất nhiều nguyên nhân đã nêu trên.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 831/6687 (12,4%) số trường hợp ung thư dạ dày có ghi nhận được độ xâm lấn của ung thư. Trong số những trường hợp ghi nhận được, T4A chiếm tỷ suất cao nhất (48,1%), T3A (31,7%), T2A (12,6%) và T1B (7%). Chỉ có 755/6687 (11,3%) số trường hợp ung thư dạ dày có ghi nhận được mức độ di căn hạch vùng. Trong số những trường hợp ghi nhận được, N1 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,2%), N0 (31,7%), N2 (18,8%) và N3 (11,3%). Chỉ có 815/6687 (12,2%) số trường hợp ung thư dạ dày có ghi nhận được mức độ di căn xa. Trong số những trường hợp ghi nhận được, M0 chiếm tỷ suất cao nhất (73,7%), M1 (25,9%) và M2 (0,4%).

Kết quả nghiên cứu ghi nhận độ xâm lấn của ung thư dạ dày, mức độ di căn hạch và di căn xa trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả

nghiên cứu của các tác giả trong nước tại một số bệnh viện. Nguyễn Trường Giang và cộng sự nghiên cứu tại Thành phố Cần Thơ cho thấy T4 chiếm 44,8%, T3 chiếm 35%, T2 chiếm 15,2%, T1 chiếm 4,9% [87]. Nguyễn Cường Thịnh và cộng sự cho thấy tỷ lệ T4 chiếm 57,2%, T3 chiếm 24%, T2 chiếm 9,6%, T1 chiếm 6,7% và không xác định được độ xâm lấn của khối u là 2,4% [46]. Tác giả này cũng cho biết mức độ di căn hạch vùng: N3 chiếm 36%, N2 chiếm 35,1%, N4 chiếm 22,6%, N1 chiếm 3,9% và N0 chiếm 2,4%. Lê Văn Thành và cộng sự nghiên cứu tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2017 cho thấy T4A chiếm 51,2%, T4B chiếm 30,2%, T3 chiếm 4,7%, T2 chiếm 9,3% và T1 chiếm 4,7% [53]. Tác giả này cũng cho biết mức độ di căn hạch vùng: N3 chiếm 25,6%, N2 chiếm 14%, N1 chiếm 27,9% và N0 chiếm 32,6%. Về mức di căn xa, tác giả này cho biết M0 chiếm 100% [53]. Tác giả này lý giải về mức độ di căn xa là không có do khi phẫu thuật đã có di căn thì không mổ. Qua tham khảo các công trình nghiên cứu tại Việt Nam, chúng tôi nhận thấy rõ ràng là việc xác định độ xâm lấn của khối u dạ dày, mức độ di căn hạch vùng và di căn xa là rất muộn tại các cơ sở y tế Việt Nam. Việc xác định độ xâm lấn của khối u muộn tất yếu sẽ dẫn đến việc xác định giai đoạn ung thư dạ dày muộn.

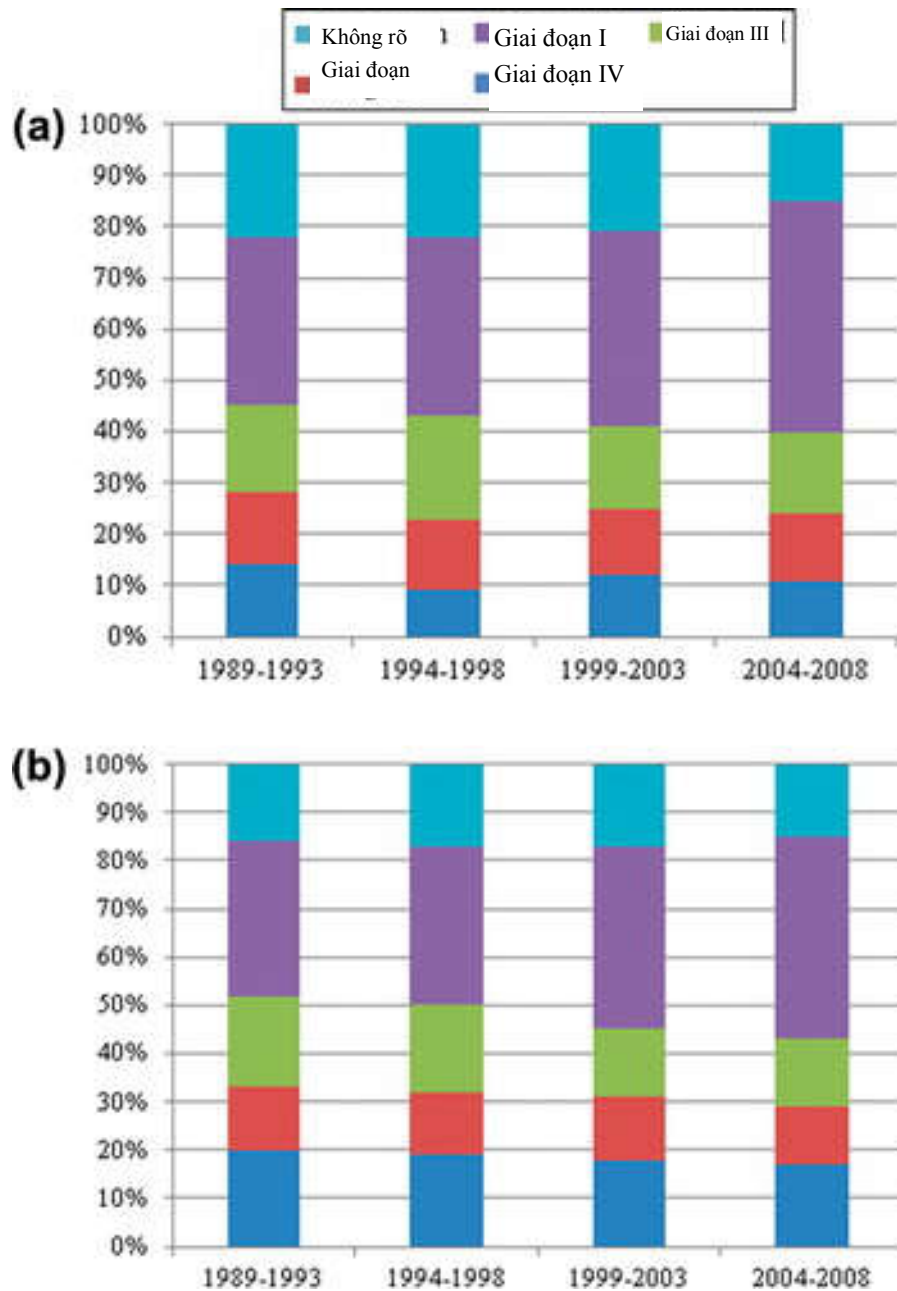
Ngay cả tại một số quốc gia châu Âu như Tây Ban Nha, việc ghi nhận độ xâm lấn của khối u dạ dày cũng rất hạn chế. Ramos và cộng sự năm 2015 đã thông báo được độ xâm lấn của khối u dạ dày là 43%, di căn hạch vùng chiếm 42,3% và di căn xa chiếm 46,8% và ghi nhận được giai đoạn là 50,2% [88]. Ngược lại với kết quả nghiên cứu ở Tây ban Nha, kết quả nghiên cứu tại Hà Lan năm 2017 cho biết tỷ lệ T, N, M ở bệnh nhân ung thư dạ dày được phát hiện tương đối sớm [86]. Tỷ lệ bệnh nhân có độ xâm lấn khối u dạ dày ở

T3 và T4 chiếm 23,7%; tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch vùng ở N3 chiếm 2,3% và N2 chiếm 9,5%; M1 chiếm 2,5% [86]. Theo TCYTTG và IARC, việc ghi nhận các thông tin về T, N, M của ung thư dạ dày là rất khác nhau tùy theo các quốc gia. Tuy nhiên, việc phát hiện tình trạng T, N, M sớm hơn ở các quốc gia phát triển và muộn hơn tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam [1].

Nghiên cứu ghi nhận ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013 của chúng tôi cho thấy chỉ ghi nhận được 519 ca bệnh có giai đoạn mắc ung thư trên tổng số 6687 ca bệnh (chiếm 7,8%). Trong số những trường hợp ghi nhận được, giai đoạn muộn (IV) chiếm tỷ suất cao nhất (59,7%), tiếp theo là giai đoạn IIIA (20,6%) và giai đoạn II (12,1%). Một số công trình nghiên cứu tại Bệnh viện cho thấy đại đa số các trường hợp mắc ung thư dạ dày là giai đoạn muộn. Điều này dẫn đến việc khó khăn trong công tác điều trị cũng như làm giảm thời gian sống của bệnh nhân sau điều trị. Theo tác giả Bùi Diệu năm 2016, giai đoạn III và IV chiếm 86,9%, giai đoạn 0-II chiếm tỷ lệ 13,1% [3].

Phạm Duy Hiển và cộng sự nghiên cứu năm 2010 cũng cho biết tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện ung thư dạ dày ở giai đoạn muộn cũng chiếm tỷ lệ rất cao. Theo tác giả này, tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn IIIA chiếm 71,4%, giai đoạn IIIB chiếm 28,6% [44].

Một số tác giả nước ngoài cũng cho biết tỷ lệ bệnh nhân ung thư dạ dày được ghi nhận ung thư ở giai đoạn khá muộn. Theo Dassen và cộng sự nghiên cứu tại Hà Lan cũng cho biết tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện ung thư dạ dày ở giai đoạn muộn là khá cao (giai đoạn III và IV chiếm 60%) cho ung thư tâm vị và 45% ở giai đoạn III, IV cho ung thư dạ dày ở vị trí khác (ngoài tâm vị) [89].



Biểu đồ 4.1. Phân bố giai đoạn ung thư dạ dày (a) ung thư tâm vị và (b) ung thư ngoài tâm vị[89].

Nghiên cứu ghi nhận ung thư của Nelen tại Hà Lan năm 2017 cho thấy ở những người dưới 70 tuổi cho thấy 35% bệnh nhân được phát hiện ung thư dạ dày ở giai đoạn III và IV trong khi ở những người trên 70 tuổi được phát hiện ung thư dạ dày ở các giai đoạn này là 25% [86].

4.1.4. Một số yếu tố liên quan tới tính đầy đủ và chính xác trong ghi nhận ung thư dạ dày tại Hà Nội

Chương trình ghi nhận ung thư tại Việt Nam đã bắt đầu được triển khai từ năm 1988. Qua 30 năm triển khai ghi nhận ung thư, đến nay đã có 9 đơn vị ghi nhận ung thư là đầu mối từ các tỉnh và thành phố lớn là: Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, Huế, Đà Nẵng, Cần Thơ, Kiên Giang, Thanh Hóa, Hải Phòng và Thái Nguyên, với độ bao phủ của dự án là 37tỉnh/thành phố tham gia công tác ghi nhận ung thư [19], trong đó Thành phố Hà Nội là tỉnh đầu tiên tham gia, và là đầu mối của cả nước trong chương trình ghi nhận ung thư. Đã có khá nhiều các cuộc tập huấn, giám sát và đầu tư kinh phí cho ghi nhận ung thư. Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu) và thảo luận nhóm với ban quản lý chương trình ghi nhận ung thư cũng như những người trực tiếp tham gia ghi nhận ung thư tại Hà Nội tính đầy đủ và chính xác của ghi nhận ung thư dạ dày còn một số hạn chế sau:

Do việc tìm kiếm ca bệnh mới mắc ung thư rất khó khăn do phải tìm ở nhiều địa điểm như ở phòng tế bào, khoa giải phẫu bệnh, phòng khám bệnh, phòng lưu trữ hồ sơ. Mặt khác công tác lưu trữ hồ sơ còn nhiều bất cập, không mang tính khoa học, rất khó tìm kiếm các ca bệnh ung thư dạ dày. Khi đã tìm được các ca bệnh ung thư dạ dày thì rất nhiều trường hợp hồ sơ không ghi được đầy đủ các thông tin cần ghi nhận, đặc biệt là các thông tin về vị trí, đặc điểm hình thái học và giai đoạn bệnh cũng như theo dõi tình trạng tử vong sau này.

Tình trạng thiếu các thông tin về vị trí, đặc điểm hình thái học và giai đoạn bệnh chủ yếu do những nguyên nhân sau đây: Thứ nhất, thông tin được lưu trữ ở rất nhiều khoa phòng khác nhau, rất khó tìm kiếm. Thứ hai, hồ sơ bệnh án không ghi đầy đủ thông tin cần thiết cho ghi nhận ung thư. Thứ ba, chỉ những bệnh nhân kết thúc điều trị mới có được đầy đủ các thông tin về vị

trí, đặc điểm hình thái học và giai đoạn bệnh. Thứ tư, thời gian đầu tư cho việc tìm kiếm ca bệnh, ghi chép đầy đủ thông tin của phiếu ghi nhận ung thư là rất khó khăn do các cán bộ ghi nhận ung thư là cán bộ làm việc tại các cơ sở y tế, công việc ghi nhận ung thư chỉ là công việc kiêm nhiệm, địa bàn Thành phố Hà Nội rộng và kinh phí cũng như phương tiện đi lại đều hạn chế.

4.2. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày

4.2.1. Tỷ suất mới mắc thô

Trong các nghiên cứu về ghi nhận ung thư nói chung cũng như ghi nhận ung thư dạ dày nói riêng, việc xác định các ca mới mắc và tỷ suất mới mắc thô của ung thư có vai trò rất quan trọng trong việc tính toán tỷ suất mới mắc chuẩn hoá theo tuổi. Số mới mắc và tỷ suất mới mắc thô cho biết số lượng tuyệt đối về ung thư dạ dày và mức độ phổ biến về ung thư dạ dày tại khu vực nghiên cứu, chứ không thể so sánh được với các số liệu quốc tế [2]. Muốn so sánh với tỷ suất mới mắc của ung thư dạ dày của các quốc gia khác nhất thiết phải được chuẩn hoá với quần thể dân số tham chiếu thế giới giai đoạn 2000-2025. Cho đến nay hầu hết các quốc gia đều so sánh với quần thể dân số tham chiếu của TCYTTG và IARC, tuy nhiên cũng có một số nghiên cứu sử dụng quần thể dân số tham chiếu của Hoa Kỳ [78].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong vòng 5 năm từ 2009-2013, tại toàn thành phố Hà Nội (29 quận huyện và thị xã) đã phát hiện được 6.687 ca mới mắc ung thư dạ dày. Trung bình hàng năm đã phát hiện được 1.337 ca mắc mới ung thư dạ dày. Khái niệm ca mới mắc ung thư dạ dày trong nghiên cứu ghi nhận ung thư đó là người bệnh ung thư dạ dày lần đầu tiên được chẩn đoán xác định bệnh ung thư dạ dày tại các cơ sở y tế tin cậy mà không cần quan tâm đến thời gian mắc bệnh từ bao giờ. Do vậy những trường hợp mắc ung thư dạ dày đã lâu nhưng lần đầu tiên được cơ

sở y tế có uy tín chẩn đoán xác định thì cũng được coi là những trường hợp mới mắc ung thư dạ dày.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ suất mắc ung thư dạ dày cho cả nam và nữ chiếm 19,7/100.000 dân. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày ở nam cao hơn nữ (26,1 và 13,6/100.000). Sự khác biệt về tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô được tính bằng số ca mới mắc trong năm hoặc giai đoạn chia cho dân số giữa năm (cho từng năm) hoặc chia cho tổng dân số của cả giai đoạn. Cụ thể, trong nghiên cứu này, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô giai đoạn 2009-2013 được tính bằng tổng số ca mới mắc trong vòng 5 năm (2009-2013) chia cho tổng dân số 5 năm.

Theo Bùi Diệu và cộng sự trong nghiên cứu ghi nhận ung thư dạ dày ở Việt Nam, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô ở nam giới năm 2000 là 14,5/100.000 dân và ở nữ là 8,5/100.000 dân. Cũng theo nghiên cứu trên, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô ở nam giới năm 2010 là 23,6/100.000 dân và ở nữ là 10,6/100.000 dân [3]. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô giai đoạn 2000 thấp có thể được giải thích là do trong những năm đầu thực hiện ghi nhận ung thư, do chưa có nhiều kinh nghiệm trong việc phát hiện các ca mới mắc do vậy có thể sẽ còn sót nhiều ca mới mắc không phát hiện được. Lý do nữa có thể là do trong giai đoạn này người dân còn khó khăn về kinh tế nên không đi khám chữa bệnh. Thêm vào đó các kỹ thuật phát hiện ung thư dạ dày như nội soi cũng như chụp cắt lớp và cộng hưởng từ còn hạn chế và giá thành cao người dân khó tiếp cận và sử dụng. Mặt khác, việc ghi chép cũng như lưu trữ hồ sơ còn nhiều hạn chế. Điều này có thể giải thích cho lý do chỉ sau 10 năm, tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô tăng gần gấp đôi cho nam giới và gấp 1,2 lần cho nữ giới năm 2010 [3].

Một số nghiên cứu ghi nhận ung thư tại các tỉnh/thành phố, giai đoạn 2000-2010 tại Việt Nam cũng báo cáo tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô khá cao và phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Phan Trọng Khánh và cộng sự nghiên cứu ghi nhận ung thư dạ dày tại Thành phố Hải Phòng giai đoạn 2001-2010, cho thấy tỷ suất mới mắc thô của ung thư dạ dày ở nam giới là 22,5/100.000 nữ 9,7/100.000 dân [90].

Nguyễn Đình Tùng và cộng sự trong nghiên cứu ghi nhận ung thư tại tỉnh Thừa thiên-Huế giai đoạn 2001-2009 thông báo tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô đứng thứ 2 trong các loại ung thư ở cả 2 giới sau ung thư gan. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam giới là 22,8/100.000 dân và nữ 9,6/100.000 dân [91].

Tuy nhiên, một số tác giả khác công bố kết quả ghi nhận ung thư về tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam giới và nữ giới thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tại tỉnh Thanh Hoá, theo kết quả ghi nhận ung thư của Nguyễn Ngọc Thành ung thư dạ dày phổ biến đứng hàng thứ 2 sau ung thư phổi ở nam giới với tỷ suất là 10,7/100.000 giai đoạn 2009-2010 và ở nữ giới đứng hàng thứ 3 sau ung thư vú và ung thư phổi với tỷ lệ 4,8/100.000 dân [70].

Theo tác giả Bùi Đức Tùng và cộng sự nghiên cứu ghi nhận ung thư tại Thành phố Hồ Chí Minh, kết quả nghiên cứu cho thấy trong giai đoạn 2003-2006, cho biết tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam giới là 6,9/100.000 dân và nữ 3,9/100.000 dân [92].

Tại Thành phố Cần Thơ, giai đoạn 2008-2009, tác giả Huỳnh Quyết Thắng công bố kết quả tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam giới là 8,4/100.000 dân và nữ 4,6/100.000 dân trong báo cáo kết quả nghiên cứu ghi nhận ung thư tại tỉnh [93].

Sự khác biệt về tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô khác nhau giữa các tỉnh/thành phố là do khác biệt về địa dư, có thể khác biệt về tỷ lệ mắc H .

pylori và cũng có thể khác biệt về chất lượng số liệu ghi nhận ung thư quần thể. Điều này đã từng xảy ra ở Trung Quốc cũng như ở một số quốc gia châu Phi [57].

Theo TCYTTG và IARC, ung thư nói chung cũng như ung thư dạ dày, xu hướng mắc bệnh tăng thuận chiều với độ tuổi, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh càng lớn [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô có xu hướng cao ở độ tuổi trên 50 tuổi. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô cao nhất ở độ tuổi 70-74 (138,8/100.000 dân), tiếp theo là độ tuổi 65-69 (125,2/100.000 dân) và độ tuổi ≥ 80 (121,3/100.000 dân). Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô thấp nhất ở độ tuổi dưới 30 (chỉ 0,3/100.000 dân). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, đó là Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô đều tăng theo tuổi [1]. Điều này không chỉ đúng với ung thư dạ dày mà còn đúng với các loại ung thư khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô cả nam và nữ đều tăng theo nhóm tuổi cho cả giai đoạn 2009-2013. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam giới trong các năm đều cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê ở các độ tuổi trừ độ tuổi dưới 30; trong độ tuổi này tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam giới bằng 0 trong khi ở nữ giới là 0,6/100.000 dân. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô tăng rất cao cả ở nữ và nam giới từ nhóm tuổi 50-54 trở lên và đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuy nhiên, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô đều có xu hướng giảm từ năm 2009 đến 2013 (từ 28,8 năm 2009 xuống 21,2/100.000 dân). Sự khác biệt về ung thư dạ dày thô giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với p dao động từ 0,002-0,001. Điều này hoàn toàn phù hợp với các kết quả nghiên cứu trên thế giới. Đối với những quốc gia phát triển thì tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm rất nhanh, thậm chí giảm đến 48% trong vòng 2 năm từ năm 2012-2014 [4]. Đối với

những quốc gia đang phát triển thì tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm chậm khoảng 1-3 % trong vòng 2 năm từ năm 2012-2014 [57],[39].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô có xu hướng giảm theo năm, thấp nhất ở năm 2013 và 2012 (15,6 và 18,7/100.000 dân) và cao nhất ở năm 2010 (22,1/100.000 dân). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô theo năm. Điều này là hoàn toàn đúng, xu hướng giảm tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm dần dần, chỉ có ý nghĩa thống kê sau khoảng 10 năm (trừ các quốc gia phát triển).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tuổi trung bình mắc ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ cả giai đoạn 2009-2013 là khá cao ($61,6 \pm 13,4$ tuổi). Tuổi phát hiện ung thư dạ dày lần đầu tiên thấp nhất là 22 tuổi và cao nhất là 99 tuổi. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi trung bình giữa nam và nữ. Các nghiên cứu về dịch tễ học ung thư nói chung cũng như ung thư dạ dày đều kết luận rằng tỷ lệ mắc ung thư dạ dày tăng song hành cùng độ tuổi.

Tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu về tuổi mắc ung thư dạ dày tại các bệnh viện. Bùi Tiến Dũng và cộng sự năm 2017 nghiên cứu trên 138 bệnh nhân cho biết tuổi mắc ung thư dạ dày trung bình là 59,3, người ít tuổi nhất là 26 tuổi và cao nhất là 92 tuổi [52]. Lê Văn Thành và cộng sự (2017) cũng thông báo biết tuổi mắc ung thư dạ dày trung bình là $59,7 \pm 9,9$ tuổi [53]. Kết quả nghiên cứu của các tác giả này thấp hơn tuổi trung bình mắc ung thư dạ dày trong nghiên cứu của chúng tôi. Nguyễn Cường Thịnh năm 2010 thông báo tuổi mắc ung thư dạ dày trung bình là $51,1 \pm 11,5$ tuổi (dao động từ 28-72 tuổi) [46]. Nguyễn Quang Thái và cộng sự năm 2010 thông báo tuổi mắc ung thư dạ dày trung bình là $51,7 \pm 10,8$ tuổi [47].

Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ cho biết cứ 6/10 người phát hiện được ung thư dạ dày có độ tuổi trên 65 tuổi. Nguy cơ xuất hiện ung thư dạ dày trong cả cuộc đời là 1/95 [94]. Hiệp hội Ung thư Vương quốc Anh cũng thông báo tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày có đỉnh cao nhất là từ 85-89 tuổi [95].

4.2.2. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá

Để có thể so sánh được tỷ suất mới mắc của ung thư dạ dày cần thiết phải chuẩn hoá theo tuổi của quần thể tham chiếu dân số thế giới hoặc quần thể dân số tham chiếu của dân số Hoa Kỳ hoặc quần thể dân số tham chiếu Châu Âu. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng quần thể dân số tham chiếu thế giới giai đoạn 2000-2025 do TCYTTG và IARC khuyến cáo sử dụng cho tất cả các quốc gia trên thế giới [77]. Quần thể dân số tham chiếu thế giới chính là cấu trúc dân số được tính theo các độ tuổi/100.000 dân. Sử dụng quần thể dân số tham chiếu do TCYTTG và IARC đề xuất có thể so sánh được với các quốc gia khác nhau cả ở các quốc gia phát triển và đang phát triển do đây là quần thể dân số chuẩn được xây dựng cho cả quốc gia phát triển và đang phát triển. Trên thực tế, một số nghiên cứu về bệnh tật và tử vong tại Việt Nam cũng sử dụng quần thể dân số tham chiếu này [77].

4.2.2.1. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi tại Việt Nam

Theo kết quả về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá của các nghiên cứu ghi nhận ung thư dạ dày tại một số tỉnh thành/phố của Việt Nam cho kết quả tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, cũng có kết quả về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi của một số tỉnh/thành phố thấp hơn. Các nghiên cứu ở Việt Nam thường không tính tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi chung cho nam và nữ mà chỉ tính riêng cho từng giới. Do vậy, không so sánh được tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ. Dưới đây là một số số

liệu về tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi tại Việt Nam trong các giai đoạn khác nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi cho cả nam và nữ của Việt Nam giai đoạn 2009-2013 theo quần thể tham chiếu là 24,5/100.000 dân (nam giới: 37,6 và nữ giới 19,7/100.000). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bá Đức và cộng sự giai đoạn 2004-2008 tại Hà Nội. Tác giả này cho biết tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá ở nam giới tại Hà Nội là 30,1/100.000 dân và nữ giới là 14,9/100.000 dân [96].

Cũng theo nghiên cứu trên, tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá của nam giới và nữ giới của một số tỉnh thành giai đoạn 2004-2008 đều thấp hơn tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi của Hà Nội cùng giai đoạn và cũng thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi theo bảng dưới đây:

Bảng 4.2. Tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi giai đoạn 2004-2008 (/100.000 dân) [96]

Tỉnh/thành phố	Nam	Nữ
TP Hồ Chí Minh	11,8	5,6
Hà Nội	30,1	14,9
Hải Phòng	16,6	6,9
Thái Nguyên	13,7	6,6
Thừa thiên-Huế	14,5	7,9
Cần Thơ	15,2	5,6
Nghiên cứu của chúng tôi Hà Nội (2009-2013)	37,6	19,7

*Nguồn: Nguyễn Bá Đức, Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 1, 2010.

Tuy nhiên, trong nghiên cứu ghi nhận ung thư da dày trên phạm vi toàn quốc công bố năm 2016 của tác giả Bùi Diệu và cộng sự cho thấy tỷ suất mới

mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi của nam giới năm 2000 là 23,7/100.000 dân và nữ giới là 10,8/100.000 dân [3]. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi năm 2000 ở nam và nữ thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi là do tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi được tính trên toàn quốc. Mặt khác, ở các tỉnh, đặc biệt là các tỉnh miền trung và miền nam Việt Nam, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi thấp hơn so với Thành phố Hà Nội.

Cũng trong nghiên cứu này, tác giả cho biết tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cho nam giới năm 2010 là 24,5/100.000 dân và nữ 12,2/100.000 dân (công bố năm 2016) [3]. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi trong nghiên cứu này cũng được tính cho toàn quốc và không có số liệu về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá riêng cho Thành phố Hà Nội. Do vậy, không thể so sánh tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá của tác giả trên và kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong giai đoạn 2009-2013.

Bảng 4.3. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi năm 2008-2010 trong toàn quốc (/100.000 dân) [96]

Tỉnh/thành phố	Nam	Nữ
Toàn quốc (năm 2010)	24,5	12,2
Hà Nội (năm 2010)	Không có số liệu	Không có số liệu
Hải Phòng (năm 2001-2009)	22,5	9,7
Thái Nguyên	Không có số liệu	Không có số liệu
Thừa thiên-Huế (năm 2009)	31,3	9,9
Cần Thơ (năm 2008-2009)	11,6	5,3
Thanh Hoá (2009-2010)	10,6	4,2

Nguồn: Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 1, 2010.

So với các kết quả ghi nhận ung thư dạ dày ở các tỉnh/thành phố khác của Việt Nam, kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ suất mới mắc ung thư

dạ dày chuẩn hoá theo tuổi tại Hà Nội trong giai đoạn này đều cao hơn. Theo tác giả Nguyễn Ngọc Thành, nghiên cứu tại tỉnh Thanh Hoá giai đoạn 2009-2010 cho biết tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá ở nam giới là 10,6/100.000 dân và ở nữ giới 4,2/100.000 dân [70]. Nguyên nhân dẫn đến tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi tại Thanh Hoá thấp có thể là do 2 lý do: (1) kỹ thuật chuẩn hoá tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chưa đúng; tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô lại cao hơn tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi; điều này là không thể do tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi luôn luôn phải cao hơn cho các nước đang phát triển vì quần thể dân số tham chiếu của thế giới luôn già hơn quần thể dân số Việt Nam [77]; (2) có thể bệnh nhân ung thư dạ dày tại tỉnh đi khám bệnh và điều trị ít hơn ở Hà Nội dẫn đến không ghi nhận được các trường hợp bệnh nhân ung thư dạ dày không đi khám chữa bệnh, đặc biệt là tỉnh Thanh Hoá có nhiều vùng khó khăn.

Qua tham khảo các công trình nghiên cứu đã xuất bản ở Việt Nam chúng tôi nhận thấy tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá cho các giai đoạn 2000 và 2010 cho toàn quốc khá chính xác và tin cậy. Tuy nhiên, các số liệu về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi tại các tỉnh/thành phố vẫn còn hạn chế về tính chính xác và độ tin cậy, hoàn toàn phụ thuộc vào các tác giả khác nhau. Đây cũng là nhược điểm chung của các quốc gia đang phát triển. Trong thời gian tới để có được số liệu chính xác và đáng tin cậy về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi chương trình ghi nhận ung thư cần thiết triển khai những biện pháp sau: (1) cải thiện chất lượng ghi chép bệnh án tại các cơ sở y tế, tránh sai sót về số lượng bệnh nhân cũng như ghi chép đầy đủ các thông tin cần ghi nhận; (2) cải thiện công tác ghi nhận và thu thập thông tin từ các cán bộ ghi nhận ung thư; (3) nâng cao chất lượng xử lý, phân tích và xuất bản các kết quả về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá cho các tỉnh/thành phố thuộc chương trình ghi nhận ung thư quốc gia.

4.2.2.2. Tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi trên thế giới

Qua tham khảo các tài liệu về ghi nhận ung thư ở các quốc gia khác nhau, chúng tôi nhận thấy ở các quốc gia phát triển ở các khu vực châu Âu, Hoa Kỳ, Úc, Đông Á có chất lượng ghi nhận ung thư nói chung cũng như ung thư da dày nói riêng là rất chính xác và đáng tin cậy. Ngược lại, ở các quốc gia đang phát triển như Nam và Đông Nam Á và châu Phi, chất lượng số liệu ghi nhận ung thư thường thiếu chính xác và tin cậy cả về số ca mới mắc cũng như các thông tin về vị trí, đặc điểm hình thái học cũng như giai đoạn ung thư da dày.

Karimi và cộng sự (2014) trong một bài tổng quan về ung thư da dày cho biết tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá khác biệt giữa nam và nữ cũng như rất khác nhau giữa các quốc gia. Nam giới thường mắc ung thư da dày cao hơn nữ giới từ 2-3 lần. Tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá cao nhất ở các quốc gia Đông Á, Đông Âu và Nam Mỹ; tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá thấp hơn ở Bắc Mỹ và phần lớn các quốc gia châu Phi [97]. Tại Ai Cập, tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá là 3,3/100.000 dân, tại Hoa Kỳ là 3,5-7,8/100.000 dân cho người da trắng và người dân không phải da trắng [97].

Năm 2015, IARC và TCYTTG đã công bố số liệu mới nhất về tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi cho một số khu vực và quốc gia khác nhau trong năm 2012. Rahman và cộng sự cho biết tỷ lệ mới mắc đã chuẩn hoá theo tuổi của ung thư da dày trên phạm vi toàn thế giới là 14/100.000 dân và tỷ lệ hiện mắc/5 năm là 5,5/100.000 dân. Tỷ lệ mới mắc ung thư da dày cao nhất ở châu Á (18,5/100.000 dân), tiếp theo là châu Âu (10,3/100.000 dân) và thấp nhất là ở châu Mỹ La tinh và châu Phi (4,2 và 4/100.000 dân) [58].

Bảng dưới đây cung cấp các thông tin về tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi cho các khu vực:

Bảng 4.4. Ước lượng tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi cho một số khu vực năm 2012 [98].

Khu vực	Tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá/100.000	
	Nam	Nữ
Đông Á	35,4	13,8
Trung và Đông Âu	20,3	8,9
Nam Mỹ	14,2	7,0
Tây Á	11,8	7,3
Nam Âu	11,7	5,9
Trung Mỹ	10,6	8,2
Trung Nam Á	9,2	4,2
Tây Âu	8,8	4,3
Đông Nam Á	8,2	4,1
Caribe	8,2	5,1
Bắc Âu	7,4	3,7
Nam Phi	7,2	2,9
Úc và Newziland	6,7	3,3
Bắc Mỹ	5,5	2,7
Tây Phi	3,3	2,6

**Nguồn: Lendsay et al., 2015*

TCYTTG và IARC ước lượng hàng năm số ca mới mắc ung thư da dày là 951.600. Thông thường tỷ tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi ở nam giới cao gấp đôi ở nữ giới. Bảng trên cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi cao nhất ở các quốc gia Đông Á như Nhật Bản

và Hàn Quốc cũng như một phần phía bắc của Trung Quốc (35,5 cho nam giới và 13,8/100.000 cho nữ giới), tiếp theo là khu vực Trung và Đông Âu (20,3 cho nam giới và 8,9/100.000 cho nữ giới) [98]. Các quốc gia Đông Nam Á có tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi đứng hàng thứ 9 trên thế giới (8,2 cho nam giới và 4,1/100.000 cho nữ giới). Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá thấp nhất là ở các quốc gia châu Phi (dao động từ 3,3-5,2/100.000 cho nam giới và 2,6-3,9/100.000 cho nữ giới). Kết quả nghiên cứu về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi của chúng tôi trong giai đoạn 2009-2013 tương tự như ở các quốc gia Đông Á.

Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cao thường song hành với tỷ lệ nhiễm *H. pylori* trong quần thể. James và cộng sự trong một bài báo tổng quan cho thấy tại Nhật Bản và Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ nhiễm *H. pylori* là rất cao và cao hơn hẳn các quốc gia khác trong quá khứ (hai quốc gia này đã có chương trình can thiệp rất tích cực làm giảm tỷ lệ nhiễm hiện nay xuống chỉ còn khoảng 60% [99]. Điều này có lẽ cũng đúng với thực tế Việt Nam hiện nay (70,3%).

Ferlay và cộng sự trong một công bố năm 2015 về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi của một số quốc gia cũng cho biết các quốc gia Đông Á, Trung Quốc, khu vực Cáp ca có tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày rất cao [59]. Tác giả này cho biết tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cao nhất vẫn ở các quốc gia Bắc Á. Tỷ lệ mắc hàng đầu là Hàn Quốc, Mông Cổ và Nhật Bản. Goh và cộng sự cũng cho biết tại Trung Quốc, tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày đứng hàng thứ 4 trên thế giới và như vậy với dân số trên 1 tỷ người thì số lượng người mắc mới ung thư là lớn nhất thế giới [60]. Tại một số quốc gia châu Âu như Liên bang Nga và Nam Mỹ có tỷ lệ mắc thấp nhất trong số 20 quốc gia có báo cáo [60].

Sierra và cộng sự nghiên cứu tại một số quốc gia Nam Mỹ trong giai đoạn từ năm 2003-2007 cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi khá dao động, tại Chile, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Brazil và Peru (Nam giới: 19,2–29,1/100.000 dân và nữ giới 9,7–15,1/100.000) [100].

Tại khu vực Đông Nam Á cũng như châu Á nói chung (gần với Việt Nam), tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi năm 2002 đều thấp hơn Việt Nam (bảng dưới đây) [101].

Bảng 4.5. Tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi tại một số quốc gia Đông Nam Á [101].

Quốc gia	Tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá/100.000	
	Nam giới	Nữ giới
Thái Lan	5	4
Đài Loan	18	10
Singapore	22	12
Philippines	9	5
Malaysia	14	6
Lào	5	3
Cam pu chia	17	5
Indonesia	4	2

Tại Iran, theo một nghiên cứu do Babaei và cộng sự cho kết quả tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi khá cao trong giai đoạn 2004-2006. Trong giai đoạn này, tỷ suất mới mắc ung thư da dày chuẩn hoá theo tuổi chung tại quốc gia này là 35,6/100.000 dân và cho nam là 51,8/100.000 và cho nữ là 24,9/100.000 dân[39].

4.2.3. Xu hướng mắc ung thư dạ dày tại Hà Nội đến năm 2030

Tại Việt Nam cũng như tại Hà Nội, cho đến nay vẫn chưa có một công trình nghiên cứu nào về dự báo tỷ suất mới mắc mới ung thư dạ dày theo thời gian. Do vậy, chúng tôi đã thực hiện phân tích dự báo dự báo tỷ suất mới mắc mới ung thư dạ dày theo thời gian đến năm 2030. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ung thư dạ dày có xu hướng giảm theo thời gian. Cho đến năm 2030, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô giảm xuống 7,9% chung cho cả nam và nữ, 10,3% cho nam giới và 7,3% cho nữ giới. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi chung và cả cho nam cũng như nữ giảm (27/100.000 chung năm 2009 xuống 13,2/100.000 năm 2030; cho nam: 41,4/100.000 năm 2009 xuống 19,6/100.000 năm 2030 và cho nữ: 16,3/100.000 năm 2009 xuống 11,4/100.000 năm 2030).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với các kết quả nghiên cứu của các quốc gia trên thế giới. Theo TCYTTG và IARC, xu hướng giảm nhanh tỷ suất mới mắc mới ung thư dạ dày ở các quốc gia phát triển và chậm hơn ở các quốc gia đang phát triển do liên quan đến một số yếu tố sau: (1) sự nỗ lực và hiệu quả của chương trình sàng lọc ung thư dạ dày; (2) phát hiện và điều trị nhiễm *H.pylori* và (3) hiệu quả của chương trình truyền thông tư vấn phòng chống ung thư dạ dày. Cả 3 biện pháp trên đều được thực hiện rộng rãi và có hiệu quả cao ở các nước phát triển [1].

Lagergren trong một nghiên cứu gần đây nhất ở Thụy Điển (năm 2018) cho thấy xu hướng giảm rất nhanh của ung thư dạ dày giai đoạn 1970-2014. Tác giả này cho biết tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi chung cho cả nam và nữ giảm từ 70/100.000 dân (năm 1970 xuống chỉ còn 10/100.000 dân (năm 2014). Tương tự, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi của nam giảm từ 92/100.000 dân (năm 1970 xuống chỉ còn 20/100.000 dân (năm 2014). Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá của

nữ giảm từ 50/100.000 dân (năm 1970 xuống chỉ còn dưới 10/100.000 dân (năm 2014) [102]. Tác giả này cũng cho biết thêm về xu hướng mắc ung thư dạ dày theo từng nhóm tuổi trong giai đoạn 1970-2014. Nhóm tuổi cao 59-69, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi tăng từ 2/100.000 dân (năm 1970) tăng lên 4,2/100.000 dân (năm 2014) và nhóm tuổi từ 70 trở lên tăng từ 6/100,000 dân lên 10/100.000 dân (năm 2014). Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi của nhóm tuổi từ 70 trở lên tăng nhanh cho nam và tăng chậm cho nữ (10/100.000 dân năm 1970 cho nam lên 16/100.000 dân năm 2014; 3,8/100.000 dân năm 1970 lên 4,2/100.000 dân năm 2014) [102].

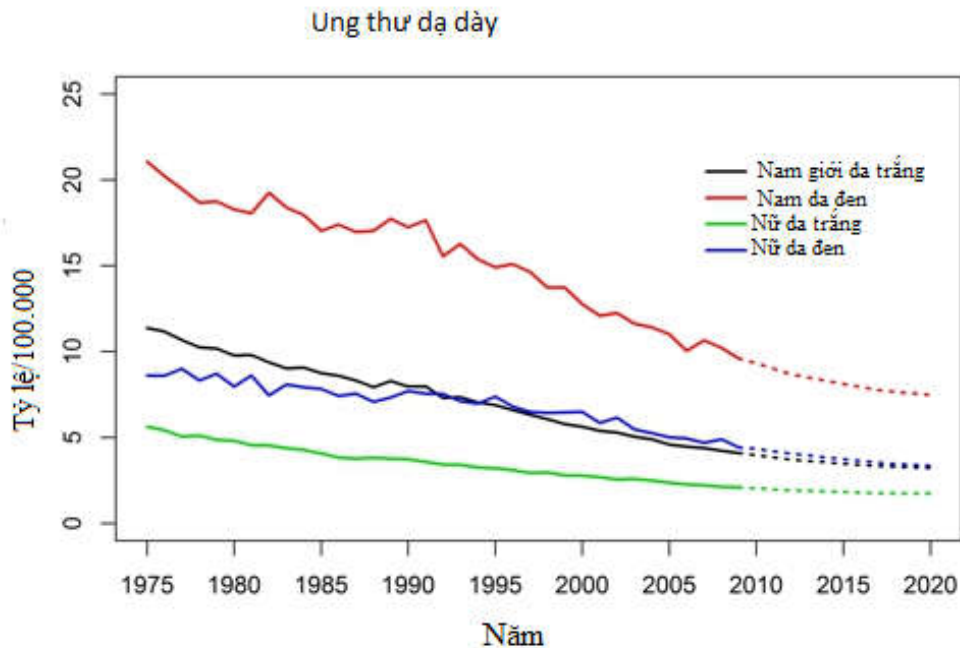
Edwards và cộng sự năm 2013 cho biết tại Hoa Kỳ, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi giảm 1,7/100.000 dân cho nam và 0,8/100.000 cho nữ trong giai đoạn 1992 đến 2010. tăng từ 2/100.000 dân (năm 1970) tăng lên 4,2/100.000 dân (năm 2014) và nhóm tuổi từ 70 trở lên tăng từ 6/100,000 dân lên 10/100.000 dân (năm 2014) [103].

Tác giả này cũng cho biết thêm xu hướng giảm tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày trên phạm vi toàn cầu giảm 3% ở các quốc gia châu Âu, Nhật Bản và Hàn quốc và 2% ở các quốc gia Bắc Mỹ và Mỹ La tinh [103].

Hu và cộng sự nghiên cứu năm 2013 cho biết, tại Trung Quốc, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nam giới giảm từ 41,9/100.000 năm 2000 xuống 37,1/100.000 trong năm 2005, cũng trong giai đoạn trên, tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày ở nữ giảm từ 19,5 xuống 17,4/100.000 [57]. Matsuda và cộng sự nghiên cứu năm 2013 thông báo Tại Nhật Bản, tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày giảm từ 80 xuống 60/100.000 từ năm 1980 đến năm 2000, trong năm 2008, tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày ở Nhật Bản là 31,1/100.000 cho cả 2 giới [27]. Tại Hàn Quốc, tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày cũng giảm xuống 65,6/100.000 ở nam và 25,8/100.000 ở nữ giới theo nghiên cứu của Kim và cộng sự năm 2013 [65]. Ở rất nhiều quốc gia khác, tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày ở Singapore, Thailand và Malaysia cũng giảm trong những thập kỷ qua [66], [67], [68].

Theo các nghiên cứu tại châu Âu do Joliat thực hiện, tỷ suất mới mắc ung thư da dày sẽ giảm mạnh từ năm 2025 đến năm 2029 (giảm từ 5,7/100.000 dân xuống còn 4,2/100.000 dân [5]). Lý do giảm tỷ suất mới mắc ung thư da dày là do 3 lý do đã nêu trên.

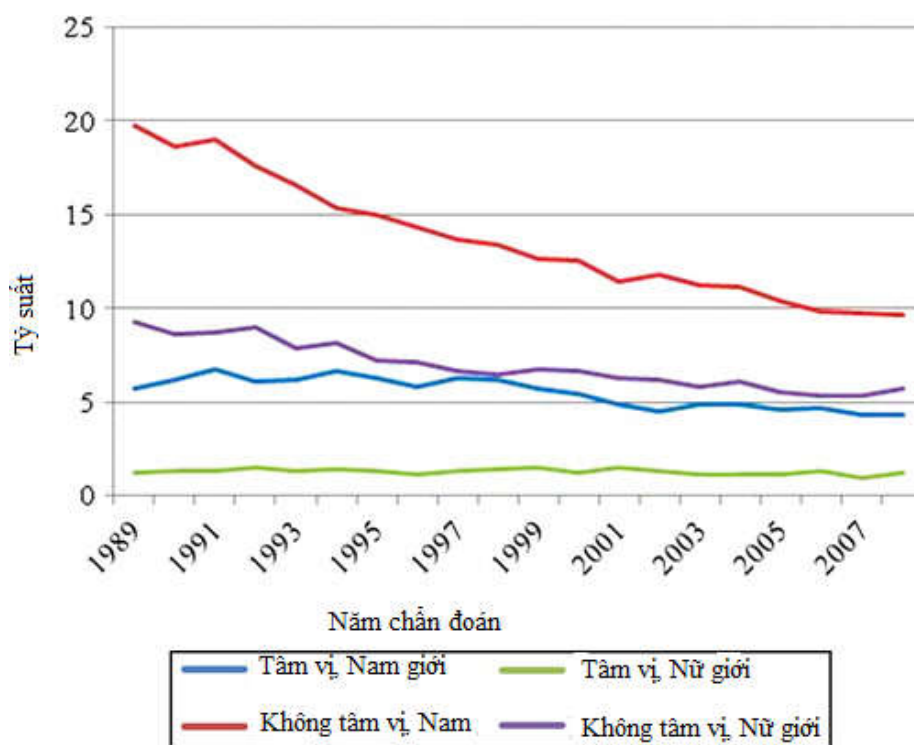
Một nghiên cứu phân tích gộp tại Hoa Kỳ xem xét xu hướng giảm ung thư da dày từ năm 1975 đến năm 2020 (sơ đồ dưới đây) cho thấy, tỷ suất mới mắc ung thư da dày giảm theo thời gian đối với phụ nữ da màu từ 22/100.000 năm 1975 xuống còn 12/100.000 dân năm 2010 và xuống dưới 10/100.000 dân vào năm 2020 [104]. Tương tự, tỷ suất mới mắc ung thư da dày giảm theo thời gian đối với nam giới da màu và phụ nữ da trắng từ năm 1975 đến 2020 (lần lượt từ 8/100.000 năm 1975 xuống còn 6/100.000 dân năm 2010 và xuống dưới 5/100.000 dân vào năm 2020; từ 6/100.000 năm 1975 xuống còn 3/100.000 dân năm 2010 và xuống dưới 2/100.000 dân vào năm 2020) [104].



Biểu đồ 4.2. Dự báo tỷ suất mới mắc ung thư da dày ở Hoa Kỳ từ năm 1975 đến 2020 cho một số nhóm dân cư [104]

Một nghiên cứu khác tại Nam Mỹ cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm 4%/năm ở Brazil, Chile và Costa Rica từ năm 1997 đến 2008 [100].

Một công trình nghiên cứu của Dassen năm 2013 dự báo xu hướng mới mắc ung thư dạ dày cho H giai đoạn 1989 đến năm 2007 cho biết ung thư khác (không phải ở tâm vị) giảm từ 20/100.000 dân (năm 1989) xuống còn 10/100.000 dân (năm 2008) cho nam giới và từ 9/100.000 dân xuống 6/100.000 dân cho nữ trong giai đoạn này [89]. Ung thư dạ dày ở tâm vị giảm từ 6/100.000 dân (năm 1989) xuống còn 4/100.000 dân (năm 2008) cho nam giới và không thay đổi cho nữ giới trong giai đoạn này [89].



Biểu đồ 4.3. Xu hướng mới mắc ung thư dạ dày tại Hà Lan giai đoạn 1989-2008 (/100.000 dân) [89].

Như vậy qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như tham khảo các công trình nghiên cứu của các quốc gia trên thế giới có thể kết luận được rằng tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày có xu hướng giảm mạnh trong

những năm tới. Lý do giảm tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày do một số yếu tố sau đây:

- Tỷ lệ người dân đi sàng lọc, chẩn đoán và điều trị *H.pylori* ngày càng tăng do vậy đã loại trừ được nguy cơ rất cao cho ung thư dạ dày. TCYTTG và IARC cho biết kháng sinh có hiệu quả rất tốt trong việc tiêu diệt *H.pylori* là yếu tố nguy cơ lớn nhất của ung thư dạ dày.
- Các nghiên cứu mới nhất đã xác định được những nguy cơ cao của ung thư dạ dày (béo phì, hút thuốc lá, ăn nhiều muối, ít vitamin và rau xanh,...) và tiến hành những biện pháp phòng ngừa, đặc biệt cho các quốc gia có tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày và từ đó làm giảm tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở các quốc gia này và từ đó làm giảm nhanh tỷ suất mắc ung thư dạ dày trên toàn cầu.
- Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng của thế giới do có nhiều tiến bộ trong công tác sàng lọc, chẩn đoán và điều trị *H.pylori* cũng như thực hiện các biện pháp dự phòng ung thư dạ dày.

4.3. Bàn luận về phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp ghi nhận ung thư do IARC và TCYTTG phát triển và đã được khuyến cáo cũng như sử dụng trên toàn cầu. Đã có những hội thảo quốc gia cũng như quốc tế về ghi nhận ung thư dạ dày, do vậy phương pháp ghi nhận ung thư quần thể là rất tốt và cung cấp được những thông tin có chất lượng. Tuy nhiên, chất lượng của số liệu ghi nhận ung thư nói chung cũng như ung thư dạ dày phụ thuộc vào mức độ quan tâm và đầu tư nguồn lực cho công tác này. Như phần trên đã bàn luận, chất lượng số liệu ở các quốc gia phát triển khá tốt nhưng chất lượng số liệu về ghi nhận ung thư vẫn còn hạn chế ở các quốc gia đang phát triển. Tại Việt Nam, qua hơn 10 năm thực hiện công tác ghi nhận ung thư, chất lượng số liệu đã dần dần được cải thiện.

Do bản chất của nghiên cứu là ghi nhận ung thư quần thể cho nên chỉ có thể “*ước lượng*” chứ không thể “*xác định*” được tỷ suất mới mắc của ung thư dạ dày. Các trường hợp ung thư dạ dày không đi khám chữa bệnh hoặc tử vong trước khi đi khám chữa bệnh thì được coi là “*mất các ca bệnh*” hay là sót ca bệnh, những trường hợp này dẫn đến việc ước lượng thấp tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày. Điều này thường gặp ở các khu vực xa các cơ sở y tế có thể phát hiện và chẩn đoán được ung thư dạ dày, thêm vào đó tình trạng tài chính hộ gia đình cũng đóng góp vai trò quan trọng. Một nguyên nhân nữa đóng góp vào ước lượng thấp tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày, đó là những người cao tuổi khi mắc bệnh, không đi khám và điều trị hoặc điều trị tại nhà bằng các loại thuốc nam hoặc các loại hình mê tín dị đoan và tử vong, không được ghi nhận ung thư. Đối với những trường hợp này, điều chắc chắn xảy ra là sót ca bệnh (không thể ghi nhận được).

Còn các trường hợp bị trùng lặp ca bệnh, nghĩa là một ca bệnh nhưng được ghi nhận trên 1 lần. Những ca bệnh này có thể do đã được phát hiện bệnh ở các tỉnh/thành phố khác rồi được chuyển đến Hà Nội, hoặc đã đến các cơ sở y tế khác trên cùng địa bàn Hà Nội để chẩn đoán và điều trị trước thời gian nghiên cứu của chúng tôi. Những ca bệnh này có thể loại trùng lặp được nếu có các thông tin cá nhân thật chính xác và rõ ràng như tuổi, giới, địa chỉ và thông qua qui trình lọc trùng cơ học và qua phần mềm CanReg 4.

Một hạn chế khó khắc phục được trong ghi nhận ung thư là khó ghi nhận được ghi nhận các thông tin về vị trí khối u, đặc điểm hình thái, độ xâm lấn của khối u, mức độ di căn hạch vùng, di căn xa và giai đoạn của ung thư dạ dày. Hạn chế này không chỉ xảy ra ở các quốc gia có hệ thống thông tin báo cáo chưa tốt mà còn có thể xảy ra ở các quốc gia có hệ thống thông tin báo cáo tốt do chất lượng của công tác lưu trữ thông tin tại các cơ sở y tế. Trong nghiên cứu của chúng tôi (6.687 ca bệnh), chỉ ghi nhận được 13,9%

vị trí của ung thư dạ dày, nhưng đặc điểm hình thái học của ung thư dạ dày được ghi nhận đầy đủ. Đặc biệt, độ xâm lấn của khối u chỉ ghi nhận được 12,4%, di căn hạch vùng chỉ ghi nhận được 11,3%, mức độ di căn xa chỉ ghi nhận được 12,2%. Do vậy, giai đoạn của ung thư dạ dày chỉ ghi nhận được 7,8%.

Phần mềm lưu trữ và phân tích số liệu ung thư CanReg do IARC và TCYTTG xây dựng có ưu điểm rất mạnh trong xử lý và phân tích kết quả nghiên cứu tính tỷ suất mới mắc dựa trên dân số. Phần mềm này rất tiện lợi về dễ sử dụng cho việc nhập, loại trùng lặp các ca bệnh và tính toán tỷ suất mắc ung thư dạ dày.

Để có thể so sánh được tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày của Hà Nội với các tỉnh/thành phố khác và với các quốc gia khác thì trong nghiên cứu này chúng tôi đã tính tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo quần thể dân số tham chiếu của thế giới giai đoạn 2000-2025 do TCYTTG xây dựng và đề xuất các quốc gia sử dụng. Có một số quần thể dân số tham chiếu như quần thể dân số tham chiếu của Hoa Kỳ và Châu Âu. Tuy nhiên, TCYTTG và IARC khuyến cáo các quốc gia thành viên nên sử dụng quần thể dân số tham chiếu thế giới. Nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng quần thể dân số tham chiếu thế giới cho việc tính toán tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá. Điều này cho phép kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn có thể so sánh được với các quốc gia khác trên thế giới.

Việc dự báo tỷ suất mắc ung thư dạ dày đến năm 2030 tại Hà Nội cũng là một điểm mạnh của nghiên cứu này do từ trước đến nay vẫn chưa có tài liệu nào công bố xu hướng mắc ung thư dạ dày ở Việt Nam dựa trên các số liệu đã có trong giai đoạn 14 năm (2000-2013). Tuy nhiên, Bệnh viện K đã công bố xu hướng mắc ung thư dạ dày từ năm 2000-2010 nhưng chỉ dựa trên

số liệu điều tra cắt ngang (rời rạc) chứ không dựa trên mô hình hồi qui tuyến tính như trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế do các số liệu về ung thư dạ dày tại Hà Nội mới chỉ có từ năm 2000 đến năm 2013. Theo mô hình dự báo này nếu có số liệu về tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày trong một giai đoạn dài hơn thì kết quả dự báo sẽ chính xác và tin cậy hơn. Điều này đã được một số quốc gia như Hàn Quốc, Thụy sĩ, Vương quốc Anh, Hoa Kỳ nghiên cứu, công bố và xác nhận.

Một hạn chế nữa của phương pháp ghi nhận ung thư dạ dày quần thể là thiếu các thông tin về vị trí, đặc điểm hình thái học và giai đoạn bệnh (do ghi nhận lại từ các nguồn thông tin có sẵn từ các cơ sở y tế). Đây cũng chính là hạn chế của các nghiên cứu dựa trên phân tích số liệu thứ cấp (second data analysis).

Theo TCYTTG và IARC, mặc dù tính chính xác và tin cậy của ghi nhận ung thư vẫn còn hạn chế nhưng điểm quan trọng là phương pháp này cung cấp được các bằng chứng về số mới mắc, tỷ suất mới mắc và đặc biệt quan trọng là xu hướng mới mắc các bệnh ung thư nói chung và ung thư dạ dày nói riêng cho công tác lập chính sách và lập kế hoạch phòng chống ung thư.

NHỮNG PHÁT HIỆN MỚI CỦA LUẬN ÁN

Đóng góp mới nhất của luận án là đã phát hiện và tính toán được tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cho Thành phố Hà Nội là nơi có số lượng dân cư lớn thứ 2 trong cả nước. Tỷ suất ung mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá là 24,5/100.000 dân cho cả nam và nữ. Tỷ suất ung mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá của nam giới là 37,6/100.000 và nữ giới là 19,7/100.000 dân. Kết quả này lần đầu tiên được công bố tại Việt Nam trong giai đoạn 2009-2013, cập nhật mới thêm các kết quả đã công bố giai đoạn 2000-2010. Các kết quả nghiên cứu trên thế giới thông qua ghi nhận ung thư bao giờ cũng chậm hơn so với thời điểm hiện tại. IARC và TCYTTG cũng chỉ mới công bố kết quả về ung thư dạ dày của một số quốc gia đến năm 2012 và tại Việt Nam công bố tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá đến năm 2010.

Đóng góp mới thứ hai của luận án là lần đầu tiên công bố kết quả dự báo tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá đến năm 2030. Kết quả cho thấy tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá có xu hướng giảm cho đến năm 2030. Kết quả này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu có chiều hướng giảm tại các quốc gia trên thế giới. Cho đến năm 2030, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô giảm xuống 7,9% chung cho cả nam và nữ, 10,3% cho nam giới và 7,3% cho nữ giới. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi chung và cả cho nam cũng như nữ giảm (27/100.000 chung năm 2009 xuống 13,2/100.000 năm 2030; cho nam: 41,4/100.000 năm 2009 xuống 19,6/100.000 năm 2030 và cho nữ: 16,3/100.000 năm 2009 xuống 11,4/100.000 năm 2030).

Kết quả dự báo ung thư dạ dày sẽ là bằng chứng đóng góp cho công tác xây dựng chính sách và lập kế hoạch phòng chống ung thư dạ dày.

Đóng góp thứ ba là nghiên cứu đã chỉ rõ những thiếu hụt số liệu về vị trí, đặc điểm hình thái và giai đoạn của ung thư dạ dày thông qua ghi nhận ung thư quần thể. Tỷ lệ xác định được vị trí, đặc điểm hình thái học cũng như giai đoạn của ung thư dạ dày chỉ chiếm tỷ lệ thấp (vị trí: 13,9%, đặc điểm hình thái học: 43,7% và giai đoạn: 7,8%). Kết quả nghiên cứu này cho thấy cần phải nâng cao chất lượng và tính đầy đủ của phương pháp ghi nhận ung thư dạ dày về vị trí, đặc điểm hình thái học cũng như giai đoạn của ung thư dạ dày.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm vị trí, type mô bệnh học, giai đoạn và tính chính xác của số liệu của phương pháp ghi nhận ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn trên.

– Đa số các trường hợp được ghi nhận ung thư dạ dày là không rõ vị trí (86,1%). Tỷ lệ vị trí ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ tại hàng vị chiếm tỷ lệ cao nhất (45,6%), nữ giới cao hơn nam giới (55,3 và 44,9%), tiếp theo là bờ cong nhỏ (18,3%), nam giới (18,9%) và nữ (17,2%), tâm vị (14,2%), nam giới cao hơn nữ (17% và 8,8%), các vị trí khác thấp và không có sự khác biệt giữa nam giới và nữ giới.

– Đa số các trường hợp mới mắc ung thư dạ dày trong ghi nhận ung thư đều là những khối u mới không xác định được hình thái học (56,3%). Ung thư biểu mô tuyến chiếm 28,7%, ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 6,7% và có 5,3% là ung thư dạ dày khác. Không có sự khác biệt về phân đặc điểm hình thái học của ung thư dạ dày giữa nam và nữ giới.

– Chỉ có một phần rất nhỏ các trường hợp mới mắc ung thư dạ dày trong ghi nhận ung thư xác định được giai đoạn (7,8%). Trong số những trường hợp ghi nhận được, T4A chiếm tỷ suất cao nhất (48,1%), T3A (31,7%), T2A (12,6%) và T1B (7%).

– Tính chính xác và cập nhật về ước lượng tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá chung và cho cả nam và nữ của Hà Nội giai đoạn 2009-2013 tương đối chính xác.

– Tính chính xác và cập nhật về vị trí, đặc điểm hình thái học và giai đoạn của ung thư dạ dày giai đoạn 2009-2013 còn rất hạn chế.

2. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày trên địa bàn Hà Nội giai đoạn 2009-2013 và dự báo xu hướng mắc ung thư dạ dày đến năm 2030.

– Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô cho cả nam và nữ chiếm 19,7/100.000 dân. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam cao hơn nữ (26,1 và

13,6/100.000). Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô có xu hướng giảm theo năm, thấp nhất ở năm 2013 và 2012 (15,6 và 18,7/100.000 dân) và cao nhất ở năm 2010 (22,1/100.000 dân). Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô có xu hướng cao ở độ tuổi trên 50. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô cao nhất ở độ tuổi 70-74 (138,8/100.000 dân), tiếp theo là độ tuổi 65-69 (125,2/100.000 dân) và độ tuổi ≥ 80 (121,3/100.000 dân). Tuổi trung bình mắc ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ cả giai đoạn 2009-2013 là khá cao ($61,6 \pm 13,4$ tuổi)

– Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cho cả nam và nữ của Hà Nội (theo quần thể dân số tham chiếu thể giới giai đoạn 2000-2025) là 24,5/100.000 dân (nam giới: 37,6 và nữ giới 19,7/100.000 dân).

Ung thư dạ dày có xu hướng giảm theo thời gian. Cho đến năm 2030, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô giảm xuống 7,9% chung cho cả nam và nữ, 10,3% cho nam giới và 7,3% cho nữ giới. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi chung và cả cho nam cũng như nữ giảm (27/100.000 chung năm 2009 xuống 13,2/100.000 năm 2030; cho nam: 41,4/100.000 năm 2009 xuống 19,6/100.000 năm 2030 và cho nữ: 16,3/100.000 năm 2009 xuống 11,4/100.000 năm 2030).

KIẾN NGHỊ

Dựa trên các kết quả nghiên cứu đã trình bày trong luận án một số khuyến nghị sau đây được đề xuất:

- Mặc dù tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá đã có xu hướng giảm nhưng vẫn cần thiết tăng cường công tác sàng lọc phát hiện sớm ung thư dạ dày tại các tuyến bệnh viện nhằm phục vụ công tác điều trị và kéo dài thời gian sống cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân
- Cần tập trung các biện pháp sàng lọc, phát hiện sớm ung thư dạ dày cho những người >50 tuổi.
- Cần nâng cao chất lượng ghi nhận ung thư dạ dày tại Hà Nội nhằm đảm bảo tính đầy đủ các thông tin về vị trí mắc, đặc điểm hình thái học và giai đoạn bệnh của ung thư dạ dày phục vụ cho công tác chẩn đoán, điều trị và dự phòng. Các biện pháp bao gồm tăng cường đào tạo cho cán bộ ghi nhận ung thư, tăng cường kinh phí và giám sát công tác ghi nhận ung thư. Đối với các cơ sở y tế cần giám sát việc ghi chép vào bệnh án các thông tin về vị trí mắc, đặc điểm hình thái học và giai đoạn bệnh của ung thư dạ dày.
- Cần tiếp tục nghiên cứu và xuất bản tỷ suất mới mắc cũng như dự báo tỷ suất mắc ung thư dạ dày cho toàn quốc nhằm phục vụ công tác lập chính sách và kế hoạch điều trị và dự phòng.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Phan Văn Cương, Trần Văn Thuấn (2017). Tỷ lệ mới mắc ung thư da dày trên thế giới và Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam, số đặc biệt Hội nghị quốc tế: tiếp cận ngoại khoa tại các nước nhiệt đới và cập nhật về ung thư*, tập 459, 333-340.
2. Phan Văn Cương, Trần Văn Thuấn (2018). Tỷ suất mới mắc ung thư da dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2, tập 466, 3-7.
3. Phan Văn Cương, Trần Văn Thuấn (2018). Vị trí, hình thái học và giai đoạn của ung thư da dày được ghi nhận tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2, tập 466, 23-27.

GHI NHẬN UNGTHU
THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Phụ lục 1

PHIẾU GHI NHẬN UNG THU

Số ghi nhận

Họ tên:.....Giới: Nam 1, Nữ 2 Tuổi

Địa chỉ:.....

Cơ sở y tế chẩn đoán ca ung thư:.....

Nguồn thông tin: Phòng khám 1 Khoa điều trị 2

Khoa GPBL 3 Khác 4

Ngày chẩn đoán:

Cơ sở chẩn đoán

Lâm sàng 1

X quang, siêu âm 2 (vị trí ung thư dạ dày, ghi rõ):

Nội soi, mổ thăm dò 3 (vị trí ung thư dạ dày, ghi rõ):

Sinh hóa, miễn dịch 4

Giải phẫu bệnh 5

GPB vị trí di căn 6

GPB u nguyên phát 7

Autopsy có chẩn đoán vi thể 8

Chẩn đoán: T N M Giai đoạn

Type mô bệnh học

Phương pháp điều trị.....

Tình trạng lúc ra viện: Sống 1 Chết 2

Ngày chết:

Người viết phiếu

Người mã

Người vào máy

Ngày

Ngày

Ngày

Phụ lục 2
PHIẾU PHỎNG VẤN SÂU CÁN BỘ LÀM CÔNG TÁC
GHI NHẬN UNG THƯ DẠ DÀY

Tôi xin giới thiệu tôi là nghiên cứu sinh của Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội đang thực hiện *“Nghiên cứu tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày trong cộng đồng dân cư Hà Nội giai đoạn 2009-2013”*, tôi xin phép phỏng vấn anh/chị về chương trình ghi nhận ung thư và những khó khăn, thuận lợi trong quá trình ghi nhận ung thư. Tôi xin bảo mật những thông tin về cá nhân của anh/chị.
Xin cảm ơn anh/chị.

- Xin anh/chị làm công việc gì tại trung tâm/bệnh viện? Trình độ chuyên môn của anh/chị là gì?
- Xin anh/chị cho biết anh/chị làm công tác ghi nhận ung thư được bao nhiêu năm rồi?
- Xin anh/chị cho biết anh/chị có được tập huấn ban đầu và tập huấn lại thường xuyên về công tác ghi nhận ung thư không? nếu có, bao lâu một lần? Nội dung tập huấn những gì?
- Xin anh/chị cho biết những nội dung tập huấn này có giúp nhiều cho anh/chị trong công tác ghi nhận ung thư không?
- Xin anh/chị cho biết những khó khăn gì mà người cán bộ ghi nhận ung thư thường gặp phải?
 - Về thời gian: có bận quá không?
 - Thiếu thôn kinh phí?
 - Về phương tiện đi lại?
 - Về điều kiện làm việc?

- Về chuyên môn ghi nhận ung thư: (khó tìm được hồ sơ, thiếu thông tin để điền vào phiếu ghi nhận,..)
- Về công tác loại trùng lặp các ca bệnh? sử dụng chương trình CANREC?
- Về thông tin liên lạc với chương trình?
- Khó khăn tại bệnh viện, cơ sở y tế nơi tiến hành ghi nhận ung thư
- Xin anh/chị cho biết trong những khó khăn trên, cái gì là khó khăn nhất?
- Xin anh/chị cho biết chương trình đã làm gì để đảm bảo quá trình ghi nhận ung thư được chính xác (giám sát, thông tin liên lạc, đào tạo, hỗ trợ về phương tiện,...)
- Xin anh/chị cho biết trong thời gian tới, anh/chị đề xuất những gì để làm tốt công tác ghi nhận ung thư dựa trên cả về chất lượng lẫn số lượng

Xin trân trọng cảm ơn anh/chị đã cung cấp thông tin.

Ngày...../ tháng...../năm 2018

Thời gian phỏng vấn: từgiờ phút đếngiờ phút

Phụ lục 3

PHIẾU PHỎNG VẤN SÂU CÁN BỘ QUẢN LÝ CHƯƠNG TRÌNH GHI NHẬN UNG THƯ DẠ DÀY

Tôi xin giới thiệu tôi là nghiên cứu sinh của Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội đang thực hiện *“Nghiên cứu tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày trong cộng đồng dân cư Hà Nội giai đoạn 2009-2013”*, tôi xin phép phỏng vấn anh/chị về chương trình ghi nhận ung thư và những khó khăn, thuận lợi trong quá trình ghi nhận ung thư. Tôi xin bảo mật những thông tin về cá nhân của anh/chị.
Xin cảm ơn anh/chị.

- Xin anh/chị cho biết chương trình ghi nhận ung thư tại Việt Nam đã bắt đầu tiến hành từ bao giờ?
- Xin anh/chị cho biết có bao nhiêu tỉnh/thành phố đã tiến hành ghi nhận ung thư?
- Tại Việt Nam, có bao nhiêu cán bộ ghi nhận ung thư? Những cán bộ này thường là ai? làm việc ở đâu? Trình độ chuyên môn là gì?
- Xin anh/chị cho biết những cán bộ ghi nhận ung thư có được tập huấn ban đầu và thường xuyên không? Nội dung tập huấn những gì?
- Những cán bộ ghi nhận ung thư này có bị thay đổi công tác không? Nếu có những cán bộ mới này có được tập huấn để đảm bảo ghi nhận ung thư đúng hay không?
- Xin anh/chị cho biết những cán bộ ghi nhận ung thư có những quyền lợi gì hơn những cán bộ khác không?

– Xin anh/chị cho biết những khó khăn gì mà người cán bộ ghi nhận ung thư thường gặp phải?

- Về thời gian: có bận quá không?
- Thiếu thôn kinh phí?
- Về phương tiện đi lại?
- Về điều kiện làm việc?
- Về chuyên môn ghi nhận ung thư: (khó tìm được hồ sơ, thiếu thông tin để điền vào phiếu ghi nhận,..)
- Về thông tin liên lạc với chương trình?

Xin anh/chị cho biết chương trình đã làm gì để đảm bảo quá trình ghi nhận ung thư được chính xác (giám sát, thông tin liên lạc, đào tạo, hỗ trợ về phương tiện,..)

Xin anh/chị cho biết chương trình dự kiến có mở rộng ghi nhận ung thư cho toàn bộ các tỉnh thành không?

Xin anh/chị cho biết trong thời gian tới chương trình ghi nhận ung thư sẽ làm gì để có thể giải quyết được những khó khăn trên để nâng cao chất lượng ghi nhận ung thư ở Việt Nam?

Xin trân trọng cảm ơn anh/chị đã cung cấp thông tin.

Phụ lục 4

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ LÀM CÔNG TÁC GHI NHẬN UNG THƯ DẠ DÀY

- Công tác tập huấn ban đầu và tập huấn lại thường xuyên về công tác ghi nhận ung thư như thế nào? Nội dung tập huấn những gì?
- Nội dung tập huấn có phù hợp không?
- Những khó khăn gì mà người cán bộ ghi nhận ung thư thường gặp phải?
 - Về thời gian: có bận quá không?
 - Thiếu thôn kinh phí?
 - Về phương tiện đi lại?
 - Về điều kiện làm việc?
 - Về chuyên môn ghi nhận ung thư
 - Về sử dụng chương trình CANREC?
 - Về thông tin liên lạc với chương trình?
 - Khó khăn tại bệnh viện, cơ sở y tế nơi tiến hành ghi nhận ung thư
- Chương trình đã làm gì để đảm bảo quá trình ghi nhận ung thư được chính xác (giám sát, thông tin liên lạc, đào tạo, hỗ trợ về phương tiện,...)
- Có đề xuất những gì để làm tốt công tác ghi nhận ung thư dạ dày cả về chất lượng lẫn số lượng

PHỤ LỤC 5

Mã bệnh viện	Bệnh viện được ghi nhận	Mã bệnh viện	Bệnh viện được ghi nhận
1.	Bệnh viện K	29.	Bệnh viện Quốc oai
2.	Bệnh viện Việt đức	30.	Bệnh viện Thạch thất
3.	Bệnh viện Sản C	31.	Bệnh viện Hà đông
4.	Bệnh viện Bạch mai	32.	Bệnh viện Đan phượng
5.	Bệnh viện Phổi TU	33.	Bệnh viện Hoài đức
6.	Bệnh viện tai mũi họng	34.	Bệnh viện 105
7.	Viện răng hàm mặt	35.	Bệnh viện thường tín
8.	Bệnh viện Việt xô	36.	Bệnh viện Phúc Yên
9.	Bệnh viện Xanh pôn	37.	Bệnh viện Thanh oai
10.	Bệnh viện Việt nam cu ba	38.	Bệnh viện mỹ đức
11.	Bệnh viện Thanh nhàn	39.	Bệnh viện Mêlinh
12.	Bệnh viện Mắt TU	40.	Bệnh viện Vân đình
13.	Bệnh viện Phụ sản Hà nội	41.	Bệnh viện Phú thọ
14.	Bệnh viện Nhi TU	42.	Bệnh viện Sơn tây
15.	Bệnh viện E	43.	Bệnh viện Ba vì
16.	Bệnh viện GTVT	44.	Bệnh viện Ứng hòa
17.	Bệnh viện G1	45.	Bệnh viện Sóc sơn
18.	Bệnh viện BV 198	46.	Bệnh viện Đông anh
19.	Bệnh viện 103	47.	Bệnh viện Gia lâm
20.	Bệnh viện 108	48.	Bệnh viện Đức giang
21.	Bệnh viện bỏng	49.	Bệnh viện Thanh trì
22.	Bệnh viện Đống đa	50.	Bệnh viện da liễu TU
23.	Bệnh viện Bưu điện	51.	Bệnh viện nội tiết TU
24.	Bệnh viện 354	52.	Bệnh viện mắt hà nội
25.	Bệnh viện phổi hà nội	53.	Bệnh viện Nam thẳng long
26.	Bệnh viện Ung bướu hà nội	54.	Bệnh viện Bắc thẳng long
27.	Bệnh viện huyết học TU	55.	Bệnh viện Vinmex
28.	Bệnh viện chương mỹ	56.	Bệnh viện nông nghiệp I

