

**SỞ Y TẾ BẮC NINH**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2**

**LÊ DUY HÁCH**

**ĐẶC ĐIỂM**

**UNG THƯ DẠ DÀY KHÔNG ĐƯỢC PHÁT HIỆN SAU NỘI SOI  
TIÊU HOÁ TRÊN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2 GIAI ĐOẠN 2024 - 2026**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**Bắc Ninh – 2026**

**SỞ Y TẾ BẮC NINH**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2**

**ĐẶC ĐIỂM**

**UNG THƯ DẠ DÀY KHÔNG ĐƯỢC PHÁT HIỆN SAU NỘI SOI  
TIÊU HOÁ TRÊN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2 GIAI ĐOẠN 2024 - 2026**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**Người thực hiện: Lê Duy Hách**

**Bắc Ninh – 2026**

## MỤC LỤC

<i>ĐẶT VẤN ĐỀ</i> .....	1
<i>MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU</i> .....	3
<i>Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU</i> .....	4
1.1. Đại cương về ung thư dạ dày .....	4
1.2. Chẩn đoán ung thư dạ dày.....	4
1.2.1. Lâm sàng.....	4
1.2.2. Cận lâm sàng .....	5
1.2.3. Chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán giai đoạn: .....	7
1.3. Nguyên tắc điều trị ung thư dạ dày .....	9
1.4. Hình ảnh nội soi của ung thư dạ dày.....	9
1.4.1. Hình ảnh nội soi ung thư dạ dày sớm .....	9
1.4.2. Hình ảnh nội soi ung thư dạ dày tiến triển .....	11
1.4.3. U lympho và các khối u ác tính khác ở dạ dày .....	15
1.5. Ung thư dạ dày không được phát hiện và một số yếu tố liên quan.....	16
1.5.1. Đại cương về ung thư dạ dày không được phát hiện.....	16
1.5.2. Một số nguyên nhân ung thư dạ dày không được phát hiện.....	16
1.6. Một số nghiên cứu về ung thư dạ dày không được phát hiện sau nội soi tiêu hoá trên thế giới và tại Việt Nam.....	18
1.6.1. Trên thế giới.....	18
1.6.2. Tại Việt Nam .....	20
1.7. Đặc điểm địa bàn nghiên cứu.....	20
<i>Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</i> .....	22
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	22
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	22
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	22
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	22
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	22
2.4. Cỡ mẫu.....	23
2.5. Phương pháp chọn mẫu.....	22

2.6. Phương pháp thu thập số liệu .....	22
2.7. Các biến số nghiên cứu .....	23
2.8. Các tiêu chuẩn đánh giá .....	26
2.9. Phương pháp phân tích số liệu .....	26
2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu .....	26
2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số .....	27
<i>SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU</i> .....	27
<i>Chương 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN</i> .....	28
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	29
3.2. Đặc điểm về hình ảnh nội soi, mô bệnh học .....	29
3.2.1. Đặc điểm về hình ảnh nội soi, mô bệnh học ở lần nội soi trước .....	29
3.2.2. Đặc điểm về hình ảnh nội soi, MBH ở thời điểm chẩn đoán UTDD.....	31
3.3. Tỷ lệ UTDD không được phát hiện sau nội soi và một số yếu tố liên quan .....	33
<i>DỰ KIẾN KẾT LUẬN</i> .....	36
<i>DỰ KIẾN KHUYẾN NGHỊ</i> .....	36
<i>TÀI LIỆU THAM KHẢO</i>	
<i>PHỤ LỤC</i>	

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AGC	Advanced Gastric Cancer (Ung thư dạ dày tiến triển)
AJCC	American Joint Committee on Cancer (Hiệp hội ung thư Mỹ)
BV	Bệnh viện
BN	Bệnh nhân
CLVT	Computed Tomography (Chụp cắt lớp vi tính)
EGC	Early Gastric Cancer (Ung thư dạ dày sớm)
EMR	Endoscopic mucosal resection (Cắt niêm mạc nội soi)
ESD	Endoscopic submucosal dissection (Cắt tách dưới niêm mạc nội soi)
MBH	Mô bệnh học
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Cộng hưởng từ)
NCCN	National Comprehensive Cancer Network (Mạng lưới ung thư quốc gia)
NSTHT	Nội soi tiêu hoá trên
PEGC	Post - endoscopy gastric cancer (Ung thư dạ dày sau nội soi)
PET/CT	Positron emission tomography - computed tomography (Chụp cắt lớp phát bức xạ positron)
UICC	Union for International Cancer Control (Hiệp hội phòng chống ung thư Quốc tế)
UT	Ung thư
UTDD	Ung thư dạ dày
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế thế giới)

## DANH MỤC BẢNG

<i>Bảng 1.1. Phân loại ung thư dạ dày của WHO năm 2010.....</i>	<i>6</i>
<i>Bảng 1.2. Phân giai đoạn theo TNM .....</i>	<i>7</i>
<i>Bảng 2.1. Biến số nghiên cứu.....</i>	<i>23</i>
<i>Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi .....</i>	<i>29</i>
<i>Bảng 3.2. Địa điểm thực hiện lần nội soi trước.....</i>	<i>30</i>
<i>Bảng 3.3. Kết quả lần nội soi trước .....</i>	<i>30</i>
<i>Bảng 3.4. Đặc điểm về sinh thiết và kết quả MBH ở lần nội soi trước .....</i>	<i>30</i>
<i>Bảng 3.5. Số lần nội soi trước.....</i>	<i>31</i>
<i>Bảng 3.6. Vị trí tổn thương .....</i>	<i>31</i>
<i>Bảng 3.7. Kích thước tổn thương.....</i>	<i>32</i>
<i>Bảng 3.8. Hình ảnh đại thể của tổn thương.....</i>	<i>32</i>
<i>Bảng 3.9. Đặc điểm về độ biệt hoá tế bào .....</i>	<i>33</i>
<i>Bảng 3.10. Mối liên quan giữa giới tính và UTDD không được phát hiện sau nội soi .....</i>	<i>33</i>
<i>Bảng 3.11. Mối liên quan giữa tuổi và UTDD không được phát hiện sau nội soi ...</i>	<i>34</i>
<i>Bảng 3.12. Mối liên quan giữa vị trí tổn thương và UTDD không được phát hiện sau nội soi .....</i>	<i>34</i>
<i>Bảng 3.13. Mối liên quan giữa hình ảnh đại thể và UTDD không được phát hiện sau nội soi .....</i>	<i>35</i>
<i>Bảng 3.14. Mối liên quan giữa độ biệt hoá và UTDD không được phát hiện sau nội soi .....</i>	<i>35</i>

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

<i>Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về giới tính (Biểu đồ hình đĩa) .....</i>	<i>29</i>
<i>Biểu đồ 3.2. Đặc điểm về nơi ở (Biểu đồ hình đĩa).....</i>	<i>29</i>
<i>Biểu đồ 3.3. Thời gian từ lần nội soi trước gần nhất đến thời điểm chẩn đoán UTDD (Biểu đồ cột).....</i>	<i>29</i>
<i>Biểu đồ 3.4. Đặc điểm mô bệnh học (Biểu đồ cột).....</i>	<i>33</i>
<i>Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ UTDD không được phát hiện sau nội soi (Biểu đồ hình đĩa) .....</i>	<i>33</i>

## DANH MỤC HÌNH

<i>Hình 1.1. Hình ảnh nội soi UTDD sớm .....</i>	<i>10</i>
<i>Hình 1.2. Phân loại UTDD tiến triển theo Bormann.....</i>	<i>11</i>
<i>Hình 1.3. Hình ảnh nội soi UTDD tiến triển .....</i>	<i>13</i>
<i>Hình 1.4. Các hình thái đặc biệt của UTDD tiến triển.....</i>	<i>14</i>
<i>Hình 1.5. U lympho và các khối u ác tính khác ở dạ dày .....</i>	<i>15</i>

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh ung thư (UT) phổ biến nhất trên thế giới. UTDD phân bố không đồng đều theo khu vực địa lý và thời gian. Tỷ lệ mắc bệnh thường ở độ tuổi cao, hiếm gặp ở những người bệnh dưới 30 tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các quốc gia trên thế giới với tỷ lệ gấp 2- 4 lần so với nữ giới [1]. Theo GLOBOCAN 2022, UTDD đứng thứ năm về số ca mắc mới (968 784 ca) và số ca tử vong do ung thư trên toàn cầu (660 175 ca). Tại Việt Nam, UTDD cũng đứng thứ năm về số ca mắc mới (162 77 ca) và đứng thứ ba về số ca tử vong do ung thư (13 264 ca) [10]. UTDD vẫn là gánh nặng y tế lớn, đặt ra nhiều thách thức trong công tác phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị.

Nội soi tiêu hóa trên (NSTHT) kết hợp sinh thiết làm xét nghiệm mô bệnh học (MBH) được xem là biện pháp quan trọng và là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán các tổn thương tiền ung thư và UTDD [1]. Việc phát hiện UTDD ở giai đoạn sớm có ý nghĩa quyết định đến tiên lượng và hiệu quả điều trị, tỷ lệ sống thêm 5 năm của bệnh nhân (BN) có thể đạt trên trên 80% đến 95% nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời bằng các phương pháp can thiệp ít xâm lấn như cắt niêm mạc nội soi (EMR) hoặc cắt tách dưới niêm mạc (ESD) [16], [20]. Tuy nhiên, trên thực tế, phần lớn bệnh nhân UTDD vẫn được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, khi khả năng điều trị triệt để bị hạn chế và tỷ lệ sống thêm 5 năm giảm xuống chỉ còn khoảng 20–25% [11].

Mặc dù nội soi tiêu hóa trên là công cụ chẩn đoán chủ đạo, tình trạng UTDD không được phát hiện sau nội soi (Post - endoscopy gastric cancer – PEGC, được định nghĩa là UTDD được chẩn đoán trong khoảng thời gian 36 tháng sau một lần nội soi trước đó có kết quả âm tính), đang trở thành một vấn đề đáng báo động [11]. Các nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ PEGC dao động từ 6% đến 11% [13], cho thấy đây là một vấn đề không nhỏ ngay cả tại các quốc gia có hệ thống nội soi phát triển. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu

ghi nhận tỷ lệ PEGC còn cao, có thể lên tới 32,2%, thậm chí có tới 64,5% trường hợp UTDD giai đoạn tiến triển từng được nội soi trước đó nhưng không phát hiện được tổn thương ác tính [3], [8]. Tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2, mỗi năm có khoảng 150 bệnh nhân UTDD được chẩn đoán và điều trị, tuy nhiên tỷ lệ UTDD không được phát hiện sau NSTHT

Nguyên nhân của tình trạng bỏ sót UTDD sau nội soi rất đa dạng, bao gồm các hạn chế về kỹ thuật và quy trình nội soi (chưa quan sát đầy đủ các vị trí khó như tâm vị, bờ cong lớn), khó khăn trong nhận diện các tổn thương UT sớm hoặc tổn thương dạng phẳng, thâm nhiễm, cũng như việc sinh thiết không đầy đủ hoặc không đúng vị trí. Bên cạnh đó, việc theo dõi và quản lý chưa chặt chẽ các tổn thương tiền ung thư như viêm teo niêm mạc, dị sản ruột, loét dạ dày mạn tính cũng góp phần làm gia tăng nguy cơ bỏ sót chẩn đoán [4], [8].

Trong bối cảnh chuyên ngành nội soi tiêu hóa tại Việt Nam đang ngày càng phát triển cả về số lượng và chất lượng nhưng tỷ lệ chẩn đoán UT sớm vẫn còn hạn chế, trong đó có những bệnh nhân UTDD không được phát hiện sau NSTHT. Tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2, mỗi năm có khoảng 150 bệnh nhân UTDD được chẩn đoán và điều trị, trong đó có bao nhiêu bệnh nhân UTDD không được phát hiện sau NSTHT? và có những yếu tố nào liên quan đến việc bỏ sót UTDD sau nội soi? Để góp phần nâng cao nhận thức, chuẩn hóa quy trình nội soi, cải thiện chất lượng chẩn đoán UTDD, từ đó giảm tỷ lệ tử vong và nâng cao hiệu quả chăm sóc người bệnh, tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: *“Đặc điểm ung thư dạ dày không được phát hiện sau nội soi tiêu hoá trên và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 giai đoạn 2024 - 2026”* với 2 mục tiêu:

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- 1. Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi và mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 giai đoạn 2024 – 2026.*
- 2. Xác định tỷ lệ ung thư dạ dày không được phát hiện và phân tích một số yếu tố liên quan đến ung thư dạ dày không được phát hiện sau nội soi tiêu hoá trên.*

## Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### ***1.1. Đại cương về ung thư dạ dày***

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh ung thư (UT) phổ biến nhất trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, UTDD đứng thứ năm về số ca mắc mới với 968 784 ca và số ca tử vong cũng đứng thứ năm trên toàn cầu với 660 175 ca. Tại Việt Nam, UTDD cũng đứng thứ năm về số ca mắc mới với 162 77 ca và đứng thứ ba về số ca tử vong với 13 264 ca [10]. Trong đó, loại ung thư biểu mô tuyến chiếm chủ yếu với 90-95%.

UTDD có tính chất vùng miền rõ rệt liên quan tới chế độ ăn uống và bảo quản thực phẩm, phân bố không đồng đều theo khu vực địa lý và thời gian. Tỷ lệ mắc bệnh thường ở độ tuổi cao, hiếm gặp ở những người bệnh dưới 30 tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các quốc gia trên thế giới với tỷ lệ gấp 2- 4 lần so với nữ giới [1].

Vị trí UT hay gặp ở vùng hang môn vị (chiếm 60 - 70%), sau đó là ở vùng bờ cong nhỏ (18 - 30%), các vùng khác ít gặp hơn như bờ cong lớn (khoảng 3%), đáy vị (12%), tâm vị (9%), UT toàn bộ dạ dày chiếm 8-10%. Theo nghiên cứu gần đây ở Nhật Bản và Châu Âu cho thấy UT vùng tâm vị có chiều hướng tăng lên. Tỷ lệ UT tâm vị từ 25 - 55%, UT thân vị và hang môn vị từ 45-75% [1].

### **1.2. Chẩn đoán ung thư dạ dày**

#### ***1.2.1. Lâm sàng***

- Ở giai đoạn sớm: Các triệu chứng thường nghèo nàn, không đặc hiệu như đầy hơi, đau thượng vị không chu kỳ, chán ăn, mệt mỏi. Đa số trường hợp giai đoạn này được phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe định kỳ có nội soi dạ dày.

- Ở giai đoạn muộn: Triệu chứng rõ rệt và liên tục hơn, bao gồm sụt cân không rõ nguyên nhân (sụt trên 10% trọng lượng cơ thể là dấu hiệu tiên lượng xấu), đau bụng thượng vị thường xuyên... Khám lâm sàng có thể thấy

các triệu chứng thiếu máu, sờ thấy khối u bụng thường khi bệnh đã tiến triển tại vùng. Các dấu hiệu bệnh lan tràn đôi khi lại là biểu hiện đầu tiên như hạch di căn, tổn thương lan tràn phúc mạc được thể hiện bằng dịch ổ bụng hay tắc ruột, di căn gan hay di căn buồng trứng [1].

### **1.2.2. Cận lâm sàng**

- Chụp X-quang dạ dày có thuốc cản quang: Là phương pháp kinh điển giúp phát hiện các tổn thương tồn tại thường xuyên hoặc hình ảnh hẹp môn vị. Hiện nay kỹ thuật này dần bị thay thế bởi nội soi.

- Nội soi dạ dày bằng ống soi mềm kết hợp với sinh thiết là biện pháp quan trọng nhất, cho phép xác định vị trí, tính chất khối u và thực hiện sinh thiết. Độ chính xác đạt trên 95% khi sinh thiết từ 6 đến 8 mảnh bệnh phẩm,. Các tiến bộ như nội soi phóng đại, NBI, nhuộm màu giúp phát hiện tổn thương sớm rất nhỏ.

- Siêu âm: Siêu âm bụng giúp đánh giá di căn hạch, gan và dịch ổ bụng,. Siêu âm nội soi (EUS) với đầu dò tần số cao giúp xác định chính xác mức độ xâm lấn của u qua các lớp thành dạ dày, đặc biệt ở giai đoạn sớm.

- Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và chụp cộng hưởng từ (MRI): Xác định giai đoạn xâm lấn của khối u, di căn tạng và hạch trong ổ bụng, đồng thời theo dõi đáp ứng điều trị.

- Xạ hình xương (SPECT/CT): Phát hiện sớm các tổn thương di căn xương sườn, xương chậu, cột sống.

- PET/CT((Positron Emission Tomography/Computer Tomography): Có giá trị cao trong đánh giá giai đoạn, phát hiện tái phát và di căn xa.

- Các chất chỉ điểm ung thư: CEA, CA 19-9 và CA 72-4 có giá trị trong việc theo dõi sau điều trị và tiên lượng bệnh.

- Mô bệnh học: Là "tiêu chuẩn vàng" để chẩn đoán xác định. Phân loại của WHO năm 2010 hiện được dùng rộng rãi [1]:

**Bảng 1.1. Phân loại ung thư dạ dày của WHO năm 2010 [1]**

<b>Típ mô học</b>	<b>Mã số bệnh</b>
Tân sản nội biểu mô - u tuyến	8140/0
Ung thư biểu mô tuyến: Típ ruột Típ lan toả Ung thư biểu mô tuyến nhú Ung thư biểu mô tuyến ống nhỏ Ung thư biểu mô tuyến nhày Ung thư biểu mô tế bào kém kết dính (bao gồm típ tế bào nhẵn và các biến thể típ tế bào khác)	8140/3
Ung thư biểu mô thể hỗn hợp	8255/3
Ung thư biểu mô típ dạng gan	8576/3
Ung thư biểu mô thể tủy	8512/3
Ung thư biểu mô tuyến vảy	
Ung thư biểu mô tế bào vảy	
Ung thư biểu mô không biệt hóa	
Các loại khác: U thần kinh nội tiết (NET) U thần kinh nội tiết biệt hóa cao, độ 1 hay U carcinoid U thần kinh nội tiết, độ 2 Ung thư biểu mô thần kinh nội tiết (NEC) Ung thư biểu mô thần kinh nội tiết, típ tế bào lớn (Large cell NEC) Ung thư biểu mô thần kinh nội tiết, típ tế bào nhỏ (Small cell NEC) Ung thư biểu mô thể hỗn hợp ngoại tiết và thần kinh	8240/3 8249/3 8246/3 8013/3 8041/3

nội tiết (MANC)	8244/3
U thần kinh nội tiết thể chế tiết serotonin (serotonin producing NET)	8241/3
U thần kinh nội tiết thể chế tiết gastrin (Gastrin-producing NET)	8153/3

- Độ biệt hóa của ung thư dạ dày: Phân độ biệt hóa của WHO chia UTDD thành 3 mức độ biệt hóa:

+ Biệt hóa cao: Cấu trúc tuyến hình dáng rõ ràng, thường giống với biểu mô ruột dị sản.

+ Biệt hóa kém: gồm các tuyến hình dáng không rõ, không đều hoặc thâm nhiễm gồm các tế bào đơn lẻ hoặc những chuỗi tế bào nhỏ.

+ Biệt hóa vừa: hình ảnh trung gian giữa biệt hóa cao và biệt hóa kém

### ***1.2.3. Chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán giai đoạn:***

- Chẩn đoán xác định: Dựa trên lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả mô bệnh học.

- Chẩn đoán phân biệt: Cần phân biệt với viêm loét dạ dày, loạn sản, u lympho, u mô đệm đường tiêu hóa (GIST).

- Chẩn đoán giai đoạn:

+ Sử dụng bảng phân loại TNM của AJCC 2017 (Bảng 1.2)

+ Xếp nhóm giai đoạn theo mức độ lan tràn của bệnh: Ung thư dạ dày sớm (EGC) là tổn thương mới xâm lấn đến lớp niêm mạc hoặc dưới niêm mạc (T1); Ung thư dạ dày tiến triển (AGC) là các giai đoạn từ T3 trở lên hoặc có di căn hạch/xa [1].

***Bảng 1.2. Phân giai đoạn theo TNM [1]***

Giai đoạn		TNM
Giai đoạn 0		TisN0M0
Giai đoạn I	IA	T1N0M0

	IB	T1N1M0 T2N0M0
Giai đoạn II	IIA	T1N2M0 T2N1M0 T3N0M0
	IIB	T1N3a M0 T2 N2 M0 T3 N1 M0 T4a N0 M0
Giai đoạn III	IIIA	T2 N3a M0 T3 N2 M0 T4a N1 M0 T4a N2 M0 T4b N0 M0
	IIIB	T1 N3b M0 T2 N3b M0 T3 N3a M0 T4a N3a M0 T4b N1 M0 T4b N2 M0
	IIIC	T3 N3b M0 T4a N3b M0 T4b N3a M0 T4b N3b M0
Giai đoạn IV		T bất kỳ, N bất kỳ, M1

### 1.3. Nguyên tắc điều trị ung thư dạ dày

- Phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo: điều trị triệt căn ở giai đoạn sớm và giải quyết triệu chứng ở giai đoạn muộn.

- Giai đoạn IA (cTis, cT1aN0M0): Ưu tiên cắt u qua nội soi bằng kỹ thuật EMR (cắt niêm mạc) hoặc ESD (cắt tách dưới niêm mạc)

- Hóa trị và xạ trị đóng vai trò điều trị bổ trợ, tân bổ trợ (trước mổ) hoặc điều trị triệu chứng, giảm nhẹ ở giai đoạn tiến xa [1].

### 1.4. Hình ảnh nội soi của ung thư dạ dày

#### 1.4.1. Hình ảnh nội soi ung thư dạ dày sớm

Ung thư dạ dày sớm là tổn thương ung thư giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc lớp dưới niêm mạc, bất kể tình trạng có di căn hạch hay chưa. Theo phân loại Paris, UTDD sớm được chia thành ba loại chính: type I, type II (trong đó typ II được chia thành 03 nhóm: IIa, IIb, IIc) và type III.

- **Type I (Dạng lồi):** Là tổn thương dạng lồi, giống polyp. Độ cao của tổn thương type I cao hơn độ cao gọng kim sinh thiết khi đóng kín (khoảng 2,5 mm), đây là đặc điểm quan trọng để phân biệt với type IIa.

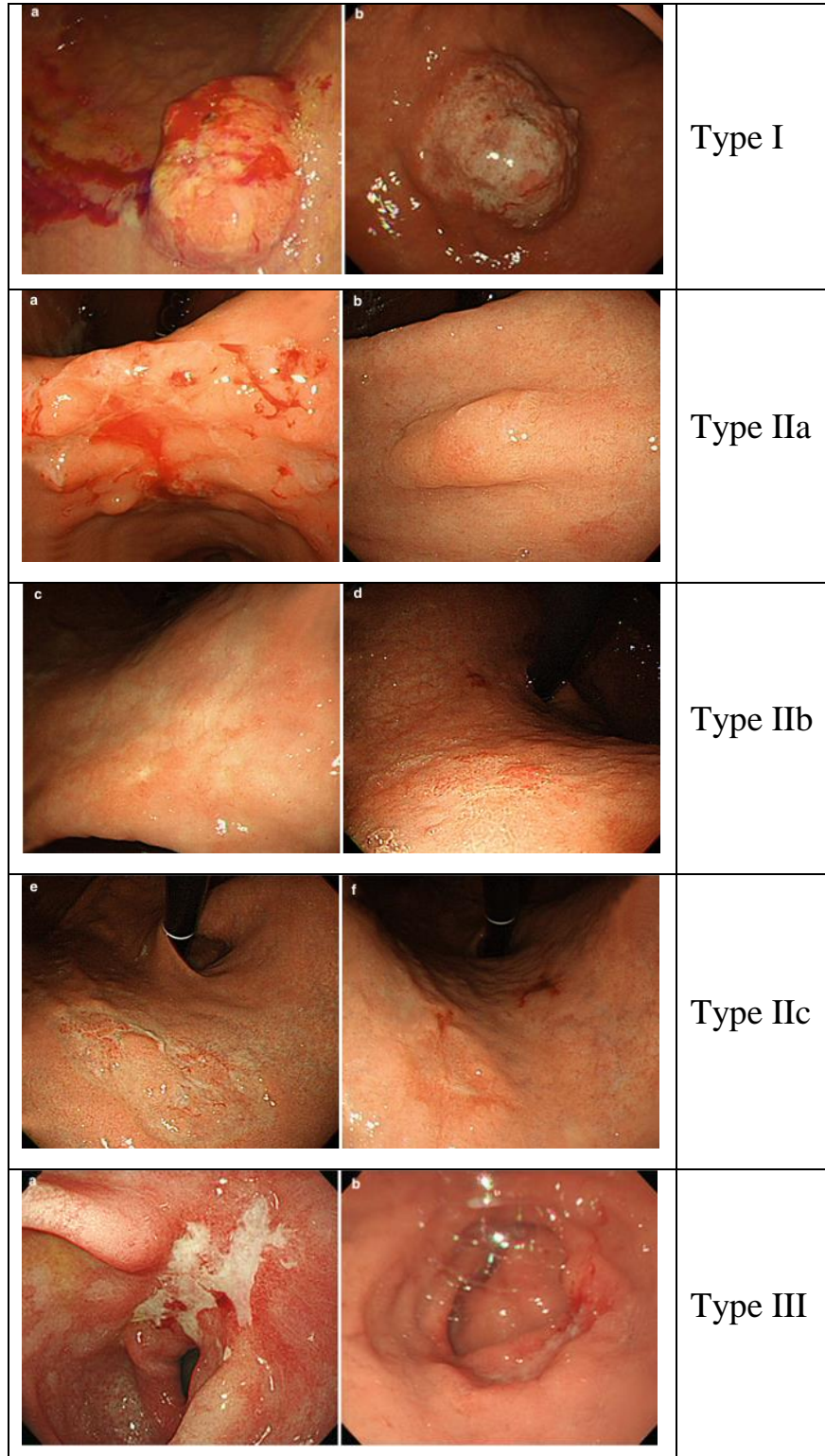
- **Type II (Dạng phẳng):**

+ Type IIa (Phẳng lồi): Tổn thương có độ cao thấp hơn hoặc bằng 2,5 mm. Bề mặt thường lẩn lẩn dạng nốt nhỏ, mụn bờ hoặc sung huyết. Bờ tổn thương có thể không rõ, đôi khi thấy xuất tiết hoặc chảy máu.

+ Type IIb (Phẳng dẹt): Tổn thương phẳng, chỉ có những thay đổi niêm mạc rất kín đáo, các đám hơi gồ bất thường hoặc đám niêm mạc đổi màu.

+ Type IIc (Phẳng lõm): Là tổn thương lõm nông nhưng không có loét. Đây là dạng phổ biến nhất của ung thư dạ dày sớm.

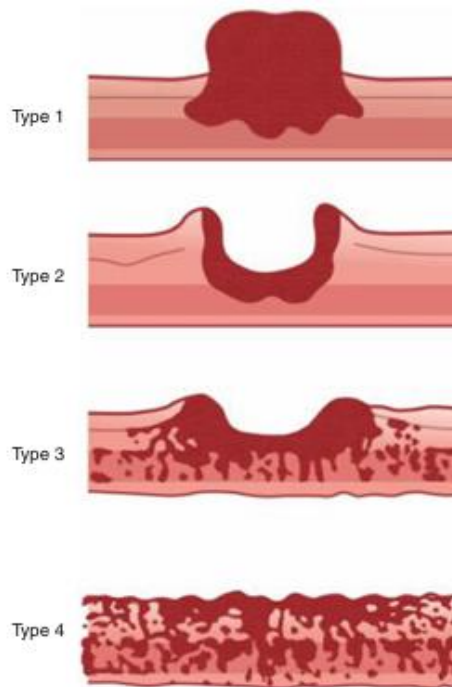
- **Type III (Dạng loét):** Là tổn thương loét sâu, thường khối u đã xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc. Hình ảnh là ổ loét sâu hơn và bờ không đều hơn so với type IIc, thường có hình ảnh nếp niêm mạc hội tụ bất thường [6].



**Hình 1.1. Hình ảnh nội soi UTDD sớm**  
**(Nguồn: Kim S.G, Nội soi tiêu hoá lâm sàng) [6]**

### 1.4.2. Hình ảnh nội soi ung thư dạ dày tiến triển

UTDD tiến triển được định nghĩa là tổn thương đã xâm lấn đến lớp cơ hoặc sâu hơn. Phân loại của Borrmann từ năm 1926 hiện vẫn được sử dụng rộng rãi để chia UTDD tiến triển thành 4 type chính dựa trên hình thái đại thể bên ngoài của tổn thương. Type 3 là hay gặp nhất, sau đó là type 2, 4 và 1. Tổn thương không xếp loại được vào 4 type này thì được gọi là type 5, chiếm khoảng 15% tất cả các tổn thương UTDD tiến triển và type giống UTDD sớm cũng được xếp vào type 5. Giữa các type cũng có sự chònh chéo, phân loại này không có liên quan đến type mô bệnh học.



**Hình 1.2. Phân loại UTDD tiến triển theo Borrmann  
(Nguồn: Kim G.H, Nội soi tiêu hoá lâm sàng) [5]**

- **Type I:** Khối u có dạng khối polyp chân rộng, lồi vào lòng ống tiêu hoá, không có hoại tử hoặc loét có ranh giới rõ rệt với vùng niêm mạc xung quanh và thường không có loét. Tổn thương thường lớn hơn 2-3 cm, bề mặt không đều, đôi khi có chảy máu hoặc cục máu đông màu đen.

- **Type II:** UTDD tiến triển type 2 là tổn thương dạng loét khu trú có một ổ loét và tế bào ung thư thâm nhiễm ở bờ gò của ổ loét. Ranh giới giữa bờ gò của tổn thương với vùng niêm mạc xung quanh khá rõ ràng. Đáy ổ loét không đều và bờ ổ loét cũng xâm lấn không đều. Đáy ổ loét thường thấy máu đông hoặc giả mạc bản. Đặc biệt nếu không có giả mạc trắng thì phần tổn thương ung thư có thể lộ ra ở đáy ổ loét.

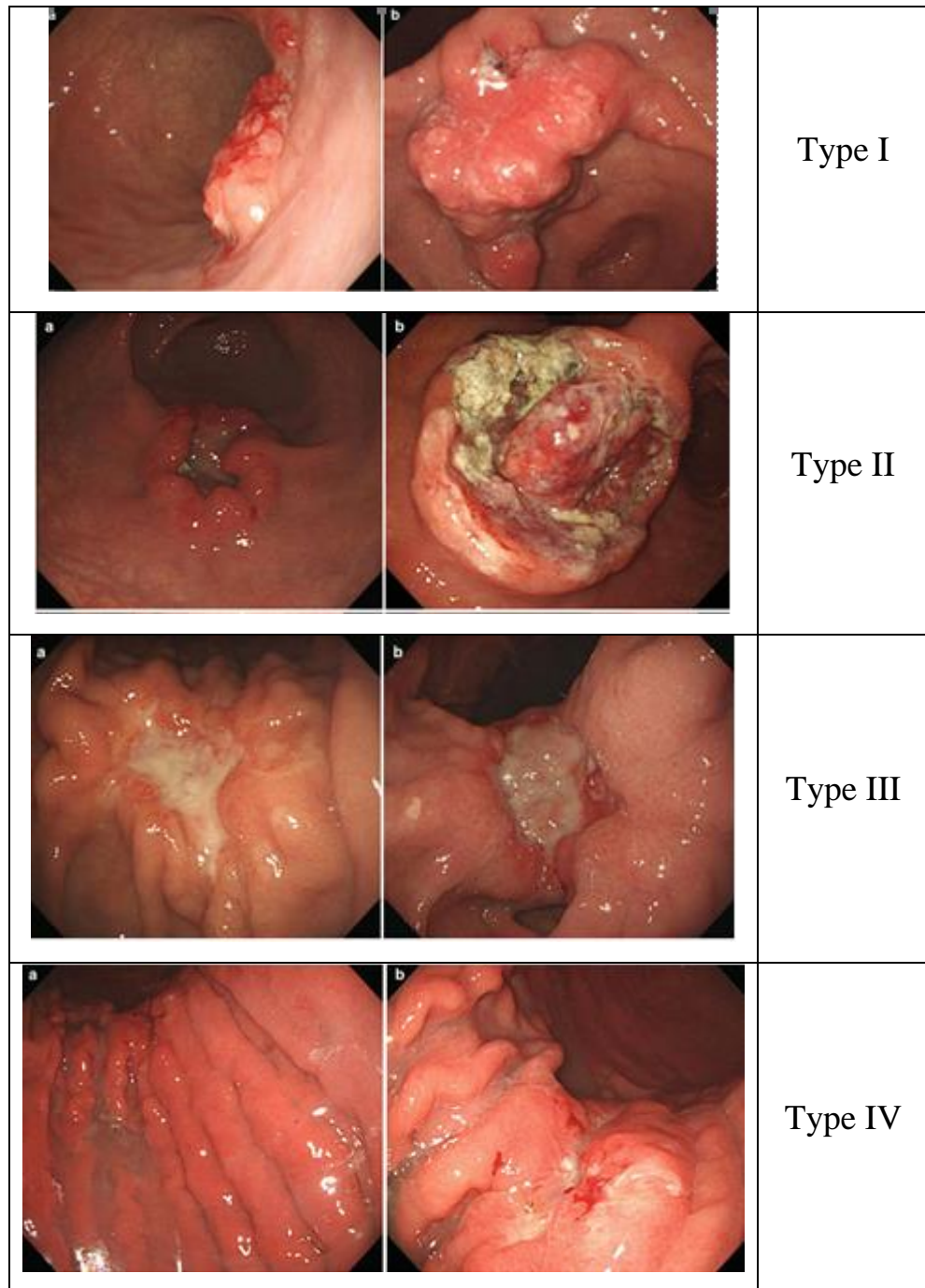
- **Type III (Phổ biến nhất):** Ung thư dạng loét thâm nhiễm. Đây là dạng thường gặp nhất, trong đó ổ loét có sự thâm nhiễm nên bờ gò trở nên không rõ ràng. Hình dáng của ổ loét giống với type 2. Trong nhiều trường hợp, bờ gò của ổ loét bị phá huỷ do ung thư thâm nhiễm. Do đó ranh giới giữa bờ gò của ổ loét và niêm mạc lành xung quanh không rõ ràng như type 2. Type này có thể nhầm lẫn với loét dạ dày lành tính. Để phân biệt với ổ loét lành tính, cần sinh thiết ít nhất 6-8 mảnh bệnh phẩm từ bốn góc phần tư của bờ ổ loét và đáy ổ loét để phát hiện tế bào ung thư.

- **Type IV (Linitis plastica):** Ung thư dạ dày tiến triển type 4 là thể ung thư xâm nhiễm lan tỏa, thường không tạo khối rõ rệt và không giới hạn ở một vùng nhất định. Tổn thương chủ yếu lan rộng trong lớp dưới niêm mạc, khiến việc phát hiện bằng nội soi gặp nhiều khó khăn.

Về mặt hình ảnh nội soi, type 4 thường biểu hiện bằng dày thành dạ dày lan tỏa, niêm mạc có thể giảm đàn hồi, kém giãn nở, bề mặt niêm mạc chỉ thay đổi nhẹ hoặc gần như bình thường. Một số trường hợp có thể thấy nếp niêm mạc dày, cứng, dạ dày khó bơm căng, hoặc hình ảnh xơ chai (linitis plastica) ở giai đoạn tiến triển.

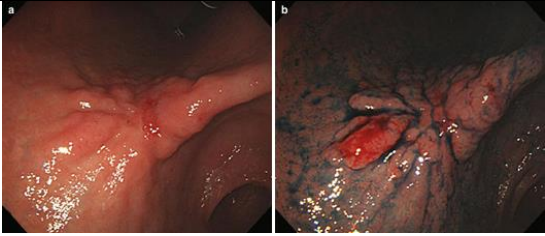
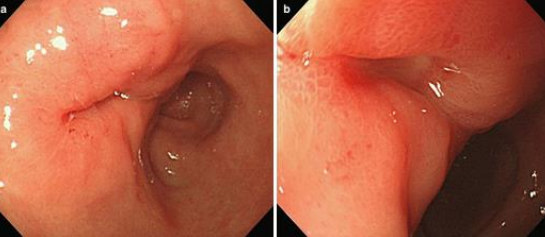
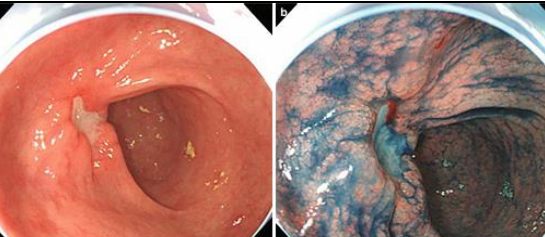
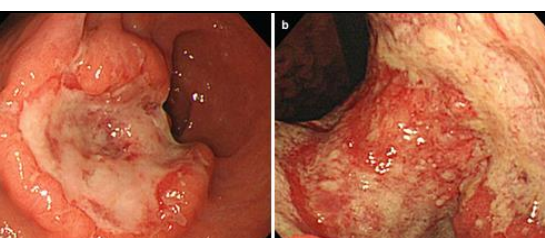

Do tổn thương chủ yếu nằm ở lớp dưới niêm mạc, sinh thiết thông thường bằng kim sinh thiết tiêu chuẩn (biopsy forceps) thường cho kết quả âm tính giả. Vì vậy, để tăng khả năng chẩn đoán, cần sử dụng kim sinh thiết lớn (large-caliber biopsy forceps) hoặc sinh thiết nhiều mảnh và nhiều vị trí, đặc biệt tại các vùng nghi ngờ dày thành. Trong một số trường hợp, có thể cần

sinh thiết sâu (strip biopsy), sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm nội soi hoặc kết hợp các phương pháp chẩn đoán khác [5].



**Hình 1.3. Hình ảnh nội soi UTDD tiến triển  
(Nguồn: Kim G.H, Nội soi tiêu hoá lâm sàng) [5]**

- *Type 5 (Các hình thái đặc biệt của UTDD tiến triển)*: Các tổn thương không xếp loại được vào 4 nhóm trên.

	<p>UTDD tiến triển giống UTDD sớm</p>
	<p>UTDD nhìn giống khối u dưới biểu mô</p>
	<p>Ung thư biểu mô có mô đệm lympho</p>
	<p>Ung thư biểu mô tế bào nhày</p>
	<p>Ung thư biểu mô tế bào vảy nguyên phát</p>

**Hình 1.4. Các hình thái đặc biệt của UTDD tiến triển**  
(Nguồn: Kim G.H, Nội soi tiêu hoá lâm sàng) [5]

### 1.4.3. U lympho và các khối u ác tính khác ở dạ dày

- U lympho dạ dày (Gastric Lymphoma): Là UT nguyên phát tại dạ dày hoặc thứ phát do bệnh cảnh toàn thân, chiếm khoảng 1-5% các trường hợp UTDD nguyên phát. Hình ảnh nội soi: thường biểu hiện qua 3 dạng: khối dạng polyp lồi, loét thâm nhiễm hoặc các nếp niêm mạc phì đại lớn. Các dấu hiệu không đặc hiệu khác bao gồm niêm mạc sung huyết, phù nề, dễ mủn vỡ.

- U thần kinh nội tiết (NET/Carcinoids): Là khối u có khả năng xâm lấn mạch máu và lớp sâu thành ống tiêu hóa, được chia thành 4 loại dựa vào đặc điểm lâm sàng và mô học. Về mặt mô học, khối u được chia 3 độ là G1, G2 hoặc G3 theo hoạt động tăng sinh (chỉ số Ki-67, tỷ lệ phân bào). Hình ảnh nội soi: Type 1 & 2: thường là nhiều polyp nhỏ (kích thước <10mm); Type 3 & 4: thường là khối loét đặc đơn độc, kích thước lớn (>20mm) và có tỷ lệ di căn rất cao.

- Ung thư dạ dày di căn từ nơi khác: Ung thư thứ phát di căn đến dạ dày, chủ yếu từ u hắc tố (melanoma), phổi và vú. Hình ảnh nội soi: thường xuất hiện nhiều tổn thương ở phần trên dạ dày dưới dạng polyp có loét hoặc trợt, hình thái tương tự như các khối u dưới biểu mô [7].



**Hình 1.5. U lympho và các khối u ác tính khác ở dạ dày**  
(Nguồn: Song H.J, Nội soi tiêu hoá lâm sàng) [7]

## **1.5. Ung thư dạ dày không được phát hiện và một số yếu tố liên quan**

### ***1.5.1. Đại cương về ung thư dạ dày không được phát hiện***

UTDD không được phát hiện sau nội soi là ung thư được chẩn đoán trong vòng 36 tháng sau nội soi âm tính ban đầu. Con số 36 tháng đã được sử dụng liên tục trong các nghiên cứu để xác định khoảng thời gian cho các bệnh ung thư không được phát hiện [11, [15], [21]. Việc sử dụng mốc 36 tháng (3 năm) để định nghĩa ung thư không được phát hiện dựa trên các cơ sở khoa học và thực tiễn sau:

- Thời gian nhân đôi khối u: Định nghĩa này dựa trên giả thuyết từ các nghiên cứu kinh điển cho rằng UTDD có thời gian nhân đôi khối u khoảng 2–3 năm. Do đó, người ta cho rằng bất kỳ tổn thương ung thư nào được phát hiện trong vòng 3 năm sau một cuộc nội soi bình thường thì khả năng cao là nó đã hiện diện dưới dạng đại thể hoặc là tổn thương tiền ung thư tại thời điểm nội soi đó [11].

- Thời gian cư trú trung bình: Mốc 3 năm bao hàm khoảng thời gian từ khi ung thư có thể phát hiện được bằng nội soi nhưng chưa có triệu chứng cho đến khi bệnh biểu hiện triệu chứng lâm sàng [15].

- Sự đồng nhất quốc tế: Khoảng thời gian này nhất quán với định nghĩa của Tổ chức Nội soi Thế giới (WEO) về ung thư đại trực tràng sau nội soi đại tràng, giúp chuẩn hóa việc đánh giá chất lượng và so sánh giữa các quốc gia [15], [21].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ UTDD không được phát hiện và chẩn đoán muộn vẫn còn ở mức rất cao (từ 32,2% đến 64,5%) [3], [8] so với thế giới (từ 6,0% đến 11%) [11], [15].

### ***1.5.2. Một số yếu tố liên quan đến ung thư dạ dày không được phát hiện***

Nguyên nhân ung thư dạ dày không được phát hiện sau nội soi rất đa dạng, có thể phân thành các nhóm chính sau:

**\* *Lỗi từ bác sĩ nội soi và kỹ thuật thực hiện:***

Đây được coi là nhóm nguyên nhân quan trọng nhất, chiếm tới hơn 70-80% các trường hợp không được phát hiện [5], bao gồm:

- Thời gian quan sát quá ngắn: Thời gian quan sát dạ dày dưới 3 phút làm tăng nguy cơ bỏ sót UTDD tiến triển lên 2,27 lần. Các đồng thuận quốc tế hiện nay khuyến cáo thời gian quan sát tối thiểu phải đạt 7 phút để đảm bảo chất lượng [12].

- Lỗi nhận thức: Đây là lỗi phổ biến nhất (chiếm khoảng 69%), xảy ra khi tổn thương nằm trong tầm mắt nhưng bác sĩ không nhận diện được đó là ung thư, thường do tổn thương có màu sắc giống niêm mạc xung quanh (đồng sắc) hoặc kích thước nhỏ ( $\leq 12\text{mm}$ ) [18].

- Lỗi bộc lộ: Chiếm khoảng 23%, do bác sĩ không quan sát hết các "điểm mù" giải phẫu như tâm vị, hình vị, mặt sau thân vị và hang vị [18].

- Sai sót trong sinh thiết: Nhiều trường hợp bác sĩ thấy tổn thương nhưng đánh giá là lành tính nên không sinh thiết, hoặc sinh thiết không đủ số lượng mẫu (dưới 5-6 mẫu) dẫn đến kết quả âm tính giả [16].

**\* *Đặc điểm của tổn thương và bệnh nhân:***

- Hình thái tổn thương khó nhận diện: Các khối u dạng phẳng, lõm (type 0-IIc) hoặc dạng thâm nhiễm lan tỏa (Lauren diffuse type) thường khó phát hiện hơn các dạng sùi loét rõ rệt vì chúng dễ bị nhầm lẫn với viêm dạ dày thông thường [8].

- Tình trạng niêm mạc nền: Dạ dày bị bản (nhiều dịch nhầy, bọt) hoặc bệnh nhân có tình trạng viêm teo niêm mạc, chuyển sản ruột diện rộng làm mờ nhạt ranh giới của khối u [12].

- Yếu tố bệnh nhân: Nữ giới, người trẻ tuổi hoặc người có nhiều bệnh lý đồng mắc có nguy cơ bị bỏ sót cao hơn. Ở bệnh nhân trẻ, bác sĩ thường có tâm lý chủ quan, ít nghĩ đến ung thư nên thường bỏ qua các dấu hiệu kín đáo [4], [11], [15].

**\* Nguyên nhân từ hệ thống và quản lý y tế:**

- Áp lực công việc: Danh sách nội soi quá dày đặc, phân bổ ít hơn 20 phút cho mỗi ca làm giảm sự tỉ mỉ và tăng khả năng bỏ sót tổn thương [19].

- Sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI): Việc sử dụng PPI thường xuyên có thể làm lành giả tạo các vết loét ung thư hoặc làm lu mờ triệu chứng, khiến bác sĩ và bệnh nhân lầm tưởng bệnh đã ổn định [17].

- Thiếu quy trình chuẩn và thiết bị: Các cơ sở không áp dụng các kỹ thuật tăng cường hình ảnh (như NBI, nhuộm màu) hoặc không có hướng dẫn nội soi chuẩn có tỷ lệ bỏ sót cao hơn 1,5 lần [17].

**\* Sai sót trong theo dõi và ra quyết định lâm sàng:**

- Lỗi theo dõi (Follow-up errors): Bệnh nhân có loét dạ dày hoặc tổn thương tiền ung thư nhưng bác sĩ không hẹn soi kiểm tra để đánh giá sự lành sẹo, hoặc bệnh nhân không tuân thủ lịch hẹn [16].

- Kết quả giải phẫu bệnh không phù hợp: Khoảng 19-27% ca bỏ sót có liên quan đến việc bác sĩ giải phẫu bệnh đọc sai hoặc mẫu sinh thiết không lấy đúng tế bào ác tính dù khối u đã hiện diện [16].

**1.6. Một số nghiên cứu về ung thư dạ dày không được phát hiện sau nội soi tiêu hoá trên trên thế giới và tại Việt Nam**

**1.6.1. Trên thế giới**

- Năm 2014, tác giả Menon S và Trudgill N, đã thực hiện nghiên cứu phân tích gộp (Meta-analysis) từ 10 nghiên cứu với 3.787 BN ung thư đường tiêu hoá trên, cho thấy: Tỷ lệ UT bị bỏ sót gộp là 6,4% trong vòng 1 năm và 11,3% trong vòng 3 năm trước khi chẩn đoán [16].

- Năm 2021, tác giả Beck M và cộng sự công bố kết quả nghiên cứu trên 730 bệnh nhân UTDD tại Na Uy, cho thấy: Tỷ lệ bỏ sót UTDD sau NSTHT trong vòng 6 tháng đến 36 tháng là 9,2%. Tổn thương dễ bị bỏ sót thường nằm ở thân vị, thuộc loại biểu mô tuyến thể biệt hóa kém và ở bệnh nhân từng phẫu thuật cắt dạ dày kiểu Billroth II [9].

- Năm 2022, tác giả Januszewicz W và cộng sự công bố nghiên cứu trên 4,1 triệu BN, tại Ba Lan, đã thực hiện 5.877.674 thủ thuật nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng trong giai đoạn 2012–2018, cho thấy: Tỷ lệ bỏ sót UT tiêu hóa trên là 6,0%. Hầu hết UTDD là ung thư biểu mô tuyến, trong đó tỷ lệ bị bỏ sót là 5,7%. Các yếu tố nguy cơ của UT đường tiêu hoá trên bị bỏ sót bao gồm nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng ban đầu thực hiện tại cơ sở y tế tuyến cơ sở (so với tuyến chuyên khoa) (tỷ lệ chênh [OR] 1,3, CI 95% 1,2–1,5), giới nữ (OR 1,3, CI 95% 1,2–1,4) và mức độ mắc kèm cao hơn (Chỉ số bệnh kèm Charlson  $\geq 5$  so với 0; OR 6,0, CI 95% 4,7–7,5) [11].

- Năm 2023, tác giả Kim TJ và cộng sự công bố nghiên cứu trên 1.257 BN, tại Hàn Quốc, cho thấy: Thời gian quan sát dạ dày ngắn (< 3 phút) làm tăng nguy cơ bỏ sót UTDD tiến triển (OR: 2,27; khoảng tin cậy 95%, 1,20–4,30). Việc kéo dài thời gian quan sát giúp tăng tỷ lệ phát hiện và khoảng thời gian giữa các lần nội soi > 2 năm (OR: 1,84; khoảng tin cậy 95%, 1,04–3,24) có liên quan đến nguy cơ tăng lên của AGC xuất hiện trong khoảng thời gian giữa các lần kiểm tra [14].

- Năm 2025, Kamran U và cộng sự công bố nghiên cứu trên 98.801 BN, cho thấy: Tỷ lệ PEGC là 8,5%, dao động từ 5% đến 13% giữa các đơn vị nội soi. Các yếu tố liên quan đến PEGC bao gồm: giới tính nữ (OR: 1,29; 95%CI; 1,23–1,36); tuổi trẻ hơn (tuổi >80, OR: 0,52; 95%CI: 0,48–0,56, so với  $\leq 60$  tuổi); bệnh lý kèm theo (điểm Charlson >4, OR: 5,06; 95%CI 4,45–5,76) [13].

- Năm 2025, Prat R và cộng sự nghiên cứu trên 289 BN, tại Tây Ban Nha, cho thấy: Tỷ lệ bỏ sót là 7,3% tại khu vực có nguy cơ thấp. Sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI) thường xuyên và tổn thương ở vùng dạ dày phía xa (hang vị) có liên quan đến nhóm bị bỏ sót [17].

### **1.6.2. Tại Việt Nam**

- Năm 2003, tác giả Đỗ Đình Công nghiên cứu trên 101 bệnh nhân UTDD mổ tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Nhân dân Gia Định, cho thấy: Thời gian chẩn đoán chậm trễ trung bình là 11 tháng, đa số trong khoảng từ 6 tháng đến 1 năm [2].

- Năm 2018, Hà Văn Đền và Quách Trọng Đức công bố nghiên cứu trên 141 bệnh nhân tại BV Đại học Y Dược TP.HCM, cho thấy: Tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán là 64,5% (91/141 trường hợp). Trong đó, 58,2% có lần nội soi gần nhất tính từ thời điểm chẩn đoán xác định là  $\leq 2$  năm và 6,4% ở thời điểm  $> 2$  năm. Số lần nội soi trung bình trước khi xác định bệnh là 2 lần [3].

- Năm 2020, Triệu Thị Xuân và Vũ Trường Khanh nghiên cứu trên 96 bệnh nhân UTDD tại BV Bạch Mai, cho thấy: Tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán là 32,2%. Lỗi do bác sĩ nội soi chiếm cao nhất (80,6%), bao gồm không thấy tổn thương hoặc thấy nhưng không sinh thiết. Khoảng thời gian bỏ sót chủ yếu là dưới 6 tháng (74,2%) [8].

- Năm 2023, Trần Lê Thanh Trúc và cộng nghiên cứu trên 1666 bệnh nhân UTDD tại BV Đại học Y Dược TP.HCM, cho thấy: Tỷ lệ UTDD giai đoạn sớm chỉ chiếm 4,0% Các tổn thương sớm chủ yếu nằm ở vùng hang vị - góc bờ cong nhỏ (73,1%) [20].

### **1.7. Đặc điểm địa bàn nghiên cứu**

Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 là cơ sở khám chữa bệnh cấp cơ bản, với quy mô 1250 giường bệnh, gồm 46 khoa/phòng, trung tâm, thường xuyên điều trị và chăm sóc sức khỏe cho hơn 1300 bệnh nhân mỗi ngày. Trong những năm qua, Bệnh viện được đầu tư xây dựng cơ sở vật chất, mua sắm trang thiết bị tương đối đầy đủ, hiện đại phục vụ cho nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân. Bệnh viện đã áp dụng thành công nhiều kỹ thuật cao và tiên tiến trong chẩn đoán và điều trị bệnh, trong đó có bệnh UTDD.

Tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2, kỹ thuật nội soi tiêu hoá kết hợp sinh thiết làm xét nghiệm mô bệnh học đã được thực hiện một cách thường quy, góp phần chẩn đoán xác định ung thư tiêu hoá nói chung và UTDD nói riêng. Tại các bệnh viện khu vực và các phòng khám tư nhân cũng đã được trang bị hệ thống nội soi tiêu hoá. Tuy nhiên, việc bỏ sót tổn thương ung thư dạ dày trong khi thực hiện nội soi tiêu hoá trên vẫn là thách thức rất lớn. Chính vì vậy, việc nghiên cứu đặc điểm của UTDD bị bỏ sót sau nội soi và một số yếu tố liên quan là rất cần thiết, từ đó rút kinh nghiệm, cải tiến quy trình, nâng cao chất lượng và hiệu quả trong khi thực hiện kỹ thuật nội soi.

## **Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTDD bằng mô bệnh học tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2026, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ:

#### **2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân được nội soi tiêu hoá trên tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 và được chẩn đoán xác định UTDD trên kết quả mô bệnh học.
- Có đầy đủ thông tin theo mẫu thu thập thông tin.
- Mỗi BN chỉ được ghi nhận một lần duy nhất tại thời điểm chẩn đoán UTDD đầu tiên trong thời gian thu thập số liệu.

#### **2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Ung thư dạ dày tái phát hoặc ung thư di căn từ cơ quan khác.
- Bệnh nhân đã phẫu thuật cắt dạ dày.
- Bệnh nhân đã được chẩn đoán UTDD trước thời gian thu thập số liệu và đang trong quá trình điều trị hoặc theo dõi điều trị.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

### **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2026 đến tháng 8/2026.
- Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2.

### **2.3. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích, hồi cứu và tiến cứu.

Hồi cứu từ 01/2024 đến 02/2026

Tiến cứu từ 03/2026 đến 08/2026

### **2.4. Cỡ mẫu: Mẫu toàn bộ (Dự kiến tối thiểu 60 bệnh nhân)**

**2.5. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ: Tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ 01/2024 đến 08/2026 sẽ được chọn vào mẫu nghiên cứu.

## 2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Các biến số nghiên cứu được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án, kết quả nội soi, kết quả MBH, phỏng vấn bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân (trực tiếp hoặc gọi điện thoại) và được ghi chép đầy đủ theo một mẫu phiếu thu thập thông tin thống nhất.

- Với những bệnh nhân hồi cứu sẽ tiến hành thu thập thông tin về kết quả nội soi, mô bệnh học ở lần nội soi trước bằng: phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân (khi bệnh nhân đến viện khám kiểm tra định kỳ) hoặc phỏng vấn qua điện thoại, gửi kết quả nội soi lần trước qua zalo hoặc liên hệ với các đồng nghiệp tại các cơ sở y tế khác tra cứu kết quả nội soi của bệnh nhân.

- Dựa trên tiền sử NSTHT, các bệnh nhân được phân thành hai nhóm:

+ Nhóm 1: UTDD không được phát hiện sau NSTHT (Bệnh nhân UTDD có ít nhất một lần NSTHT không phát hiện UT trong vòng 36 tháng trước thời điểm chẩn đoán UT)

+ Nhóm 2: UTDD được phát hiện ở lần đầu NSTHT (Bệnh nhân UTDD chưa từng NSTHT trước thời điểm chẩn đoán UT).

## 2.7. Các biến số nghiên cứu

**Bảng 2.1. Biến số nghiên cứu**

<b>Tên biến</b>	<b>Định nghĩa</b>	<b>Phân loại</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>Nhóm biến số về đặc điểm chung</b>			
<b>Tuổi</b>	Được tính bằng cách lấy năm phỏng vấn trừ năm sinh của người được phỏng vấn (tính theo năm dương lịch, là số nguyên).	Định lượng	HSBA
<b>Giới tính</b>	Được xác định bởi đặc điểm sinh học của đối tượng (Nam; Nữ)	Nhị phân	HSBA

<b>Nơi ở</b>	Là địa chỉ sinh sống của bệnh nhân (Nông thôn, Thành thị)	Nhị phân	HSBA	
<b><i>Nhóm biến số về đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học, tỷ lệ UTDD không được phát hiện</i></b>				
<b>Lần nội soi trước</b>	<b>Thời gian</b>	Là khoảng thời gian từ lần nội soi trước đến thời điểm chẩn đoán UTDD (Tháng)	Định lượng	Phỏng vấn và kết quả nội soi
	<b>Địa điểm nội soi</b>	Tuyến y tế thực hiện lần nội soi mà kết quả không phát hiện UTDD (Phòng khám tư, bệnh viện tuyến khu vực (tuyến huyện), tuyến tỉnh, tuyến trung ương)	Định danh	Phỏng vấn và kết quả nội soi
	<b>Kết quả</b>	Kết quả lần nội soi trước (Viêm dạ dày, Loét dạ dày, U lành dạ dày, Nghi UTDD)	Định danh	Kết quả nội soi
	<b>Sinh thiết</b>	Khi nội soi có được sinh thiết để làm MBH không (Có; Không)	Nhị phân	Phỏng vấn và kết quả MBH
	<b>Số mẫu sinh thiết</b>	Khi nội soi được sinh thiết bao nhiêu mẫu (Số nguyên)	Định lượng	Kết quả nội soi
	<b>Kết quả</b>	Là kết quả MBH của	Định danh	Kết quả

	<b>MBH (nếu có)</b>	mẫu sinh thiết (Theo phân loại của WHO)		MBH
	<b>Số lần nội soi</b>	Tổng số lần bệnh nhân đã được NSTHT nhưng chưa phát hiện được UTDD (Số nguyên)	Định lượng	Phỏng vấn và kết quả nội soi
<b>Lần nội soi tại thời điểm chẩn đoán UTDD</b>	<b>Vị trí tổn thương</b>	Vị trí của tổn thương dạ dày theo giải phẫu (Tâm vị, phình vị, thân vị, góc bờ cong nhỏ, hang vị, môn vị)	Định danh	Kết quả nội soi
	<b>Kích thước tổn thương</b>	Kích thước của tổn thương trên nội soi (cm)	Định lượng	Kết quả nội soi
	<b>Hình ảnh đại thể (UTDD sớm)</b>	Hình dạng tổn thương quan sát qua nội soi theo phân loại Paris (Type 0-I; 0-IIa 0-IIb 0-IIc, 0-III)	Định danh	Kết quả nội soi
	<b>Hình ảnh đại thể (UTDD tiến triển)</b>	Hình dạng tổn thương quan sát qua nội soi theo phân loại Borrmann (Dạng sùi, dạng loét, dạng loét thâm nhiễm, dạng thâm nhiễm lan tỏa)	Định danh	Kết quả nội soi
	<b>Kết quả MBH</b>	Bản chất tế bào học của tổn thương (Theo phân loại của WHO)	Định danh	Kết quả MBH

	<b>Độ biệt hóa</b>	Mức độ giống nhau giữa tế bào ung thư và tế bào bình thường (Biệt hóa cao, biệt hóa vừa, biệt hóa kém)	Thứ bậc	Kết quả MBH
<b>Tỷ lệ UTDD không được phát hiện sau nội soi</b>		Số bệnh nhân UTDD không được phát hiện / Tổng số bệnh nhân được chẩn đoán UTDD x 100%	Định lượng	Tính toán

## 2.8. Các tiêu chuẩn đánh giá

- Đánh giá tổn thương UTDD sớm theo phân loại Paris (Mục 1.4.1)
- Đánh giá tổn thương UTDD tiến triển theo Bormann (Mục 1.4.2)
- Đánh giá kết quả mô bệnh học theo phân loại của WHO (Bảng 1.1)

## 2.9. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu được thu thập, làm sạch và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.
- Các biến định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.
- Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn (phân bố chuẩn) hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị (phân bố không chuẩn).
- So sánh tỷ lệ sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's Exact Test đối với các biến phân bố chuẩn; các kiểm định phi tham số được áp dụng khi phân bố không chuẩn.

- Độ tin cậy 95% và xác suất có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

## 2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

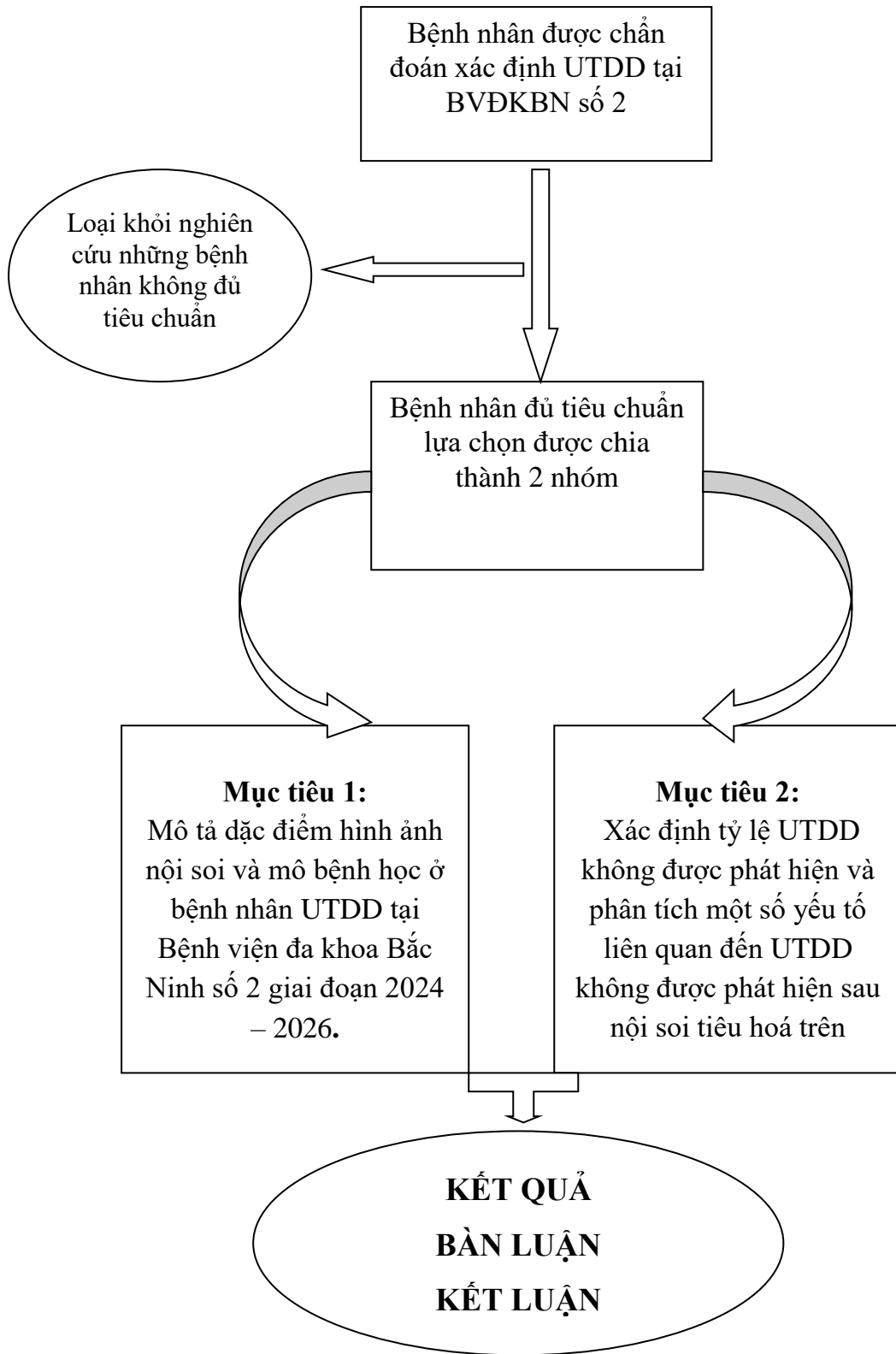
- Các thông tin thu thập được bảo mật, chỉ nhằm mục đích bảo vệ, nâng cao sức khỏe và không nhằm mục đích nào khác.
- Bệnh nhân tự nguyện tham gia và có quyền từ chối vì bất kỳ lý do gì.
- Đề tài chỉ thực hiện sau khi được các cấp có thẩm quyền cho phép.

### **2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số**

- Nghiên cứu hiện có một số hạn chế do chưa xem xét các yếu tố như thời gian quan sát nội soi, chất lượng làm sạch niêm mạc (việc sử dụng thuốc tan nhầy, bọt) và chưa phân loại được công nghệ máy nội soi là loại thường hay có độ phân giải cao. Đặc biệt, việc phân biệt giữa UTDD bị bỏ sót và UTDD mới trong vòng 36 tháng vẫn là một thách thức trong định nghĩa và phân loại, trên thực tế lâm sàng, rất khó để khẳng định chắc chắn 100% là tổn thương đã hiện diện trong vòng 3 năm trước hay là một UT mới phát triển nhanh, nhất là với các tí biểu mô kém biệt hóa.

- Về mặt dữ liệu, nghiên cứu đối mặt với sai số hồi cứu do hồ sơ bệnh án thiếu thông tin và sai số nhớ lại khi bệnh nhân không nhớ chính xác lịch sử nội soi trong quá khứ. Để khắc phục, tác giả sẽ loại các trường hợp không đủ dữ liệu và chủ động liên hệ với đồng nghiệp tại các đơn vị nội soi để xác minh, đảm bảo tính chính xác của thông tin.

### SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



### Chương 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

*Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi*

Tuổi	UTDD không được phát hiện	UTDD được phát hiện ở lần đầu NSTHT
	Tần suất (Tỷ lệ %)	Tần suất (Tỷ lệ %)
< 20		
20 - 39		
40 - 59		
60 - 79		
≥ 80		
<b>Tổng</b>		
<b>Tuổi trung bình, độ lệch chuẩn</b>		

Nhận xét:

*Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về giới tính (Biểu đồ hình đĩa)*

Nhận xét:

*Biểu đồ 3.2. Đặc điểm về nơi ở (Biểu đồ hình đĩa)*

Nhận xét:

#### 3.2. Đặc điểm về hình ảnh nội soi, mô bệnh học

##### 3.2.1. Đặc điểm về hình ảnh nội soi, mô bệnh học ở lần nội soi trước

*Biểu đồ 3.3. Thời gian từ lần nội soi trước gần nhất đến thời điểm chẩn đoán UTDD (Biểu đồ cột)*

Nhận xét:

**Bảng 3.2. Địa điểm thực hiện lần nội soi trước**

<b>Địa điểm</b>	<b>Tần suất</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Phòng khám tư		
BV khu vực		
BV tuyến tỉnh		
BV tuyến trung ương		
<b>Tổng</b>		

Nhận xét:

**Bảng 3.3. Kết quả lần nội soi trước**

<b>Kết quả</b>	<b>Tần suất</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Viêm dạ dày		
Loét dạ dày		
U lành dạ dày		
Nghi UTDD		
<b>Tổng</b>		

Nhận xét:

**Bảng 3.4. Đặc điểm về sinh thiết và kết quả MBH ở lần nội soi trước**

		<b>Tần suất</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<b>Sinh thiết</b>	Có		
	Không		
<b>Số mẫu sinh thiết</b>	1		
	2		
	$\geq 3$		
<b>Kết quả MBH</b>	Viêm niêm mạc dạ dày		
	Khác		

Nhận xét:

**Bảng 3.5. Số lần nội soi trước**

<b>Số lần nội soi trước</b>	<b>Tần suất</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
1		
2		
3		
≥ 4		
<b>Tổng</b>		
<b>Số lần nội soi trung bình, độ lệch chuẩn</b>		

Nhận xét:

### 3.2.2. Đặc điểm về hình ảnh nội soi, MBH ở thời điểm chẩn đoán UTDD

**Bảng 3.6. Vị trí tổn thương**

<b>Vị trí tổn thương</b>	<b>UTDD không được phát hiện (Tần suất, Tỷ lệ %)</b>	<b>UTDD được phát hiện ở lần đầu NSTHT (Tần suất, Tỷ lệ %)</b>
Tâm vị		
Phình vị		
Thân vị		
Góc bờ cong nhỏ		
Hang vị		
Môn vị		
Kết hợp		

Nhận xét:

**Bảng 3.7. Kích thước tổn thương**

<b>Kích thước tổn thương (cm)</b>	<b>UTDD không được phát hiện (Tần suất, Tỷ lệ %)</b>	<b>UTDD được phát hiện ở lần đầu NSTHT (Tần suất, Tỷ lệ %)</b>
< 3		
3-5		
>5		
<b>Kích thước tổn thương TB, độ lệch chuẩn</b>		

Nhận xét:

**Bảng 3.8. Hình ảnh đại thể của tổn thương**

<b>Hình ảnh đại thể</b>		<b>UTDD không được phát hiện</b>		<b>UTDD được phát hiện ở lần đầu NSTHT</b>	
		<b>Tần suất</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	<b>Tần suất</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<b>UTDD sớm</b>	Typ I				
	Typ IIa				
	Typ IIb				
	Typ IIc				
	Typ III				
<b>UTDD tiền triển</b>	Dạng sùi				
	Dạng loét				
	Dạng loét thâm nhiễm				
	Dạng thâm nhiễm lan toả				

**Biểu đồ 3.4. Đặc điểm mô bệnh học (Biểu đồ cột)**

Nhận xét:

**Bảng 3.9. Đặc điểm về độ biệt hoá tế bào**

Độ biệt hoá	UTDD không được phát hiện		UTDD được phát hiện ở lần đầu NSTHT	
	Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
Cao				
Vừa				
Kém				
<b>Tổng</b>				

Nhận xét:

**3.3. Tỷ lệ UTDD không được phát hiện sau nội soi và một số yếu tố liên quan****Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ UTDD không được phát hiện sau nội soi (Biểu đồ hình đĩa)**

Nhận xét:

**Bảng 3.10. Mối liên quan giữa giới tính và UTDD không được phát hiện sau nội soi**

		UTDD không được phát hiện		Tổng	p
		Có	Không		
Giới tính	Nữ				
	Nam				
Tổng					

Nhận xét:

**Bảng 3.11. Mối liên quan giữa tuổi và UTDD không được phát hiện sau nội soi**

		UTDD không được phát hiện		Tổng	p
		Có	Không		
Tuổi	≤ 60				
	> 60				
Tổng					

Nhận xét:

**Bảng 3.12. Mối liên quan giữa vị trí tổn thương và UTDD không được phát hiện sau nội soi**

		UTDD không được phát hiện		Tổng	p
		Có	Không		
Vị trí tổn thương	Tâm vị				
	Phình vị				
	Thân vị				
	Góc bờ cong nhỏ				
	Hang vị				
	Môn vị				
Tổng					

Nhận xét:

**Bảng 3.13. Mối liên quan giữa hình ảnh đại thể và UTDD không được phát hiện sau nội soi**

		UTDD không được phát hiện		Tổng	p
		Có	Không		
<b>Hình ảnh đại thể (Bormann)</b>	Type I				
	Type II				
	Type III				
	Type IV				
<b>Tổng</b>					

Nhận xét:

**Bảng 3.14. Mối liên quan giữa độ biệt hoá và UTDD không được phát hiện sau nội soi**

		UTDD không được phát hiện		Tổng	p
		Có	Không		
<b>Độ biệt hoá</b>	Kém				
	Vừa				
	Cao				
<b>Tổng</b>					

Nhận xét:

**DỰ KIẾN KẾT LUẬN**  
**DỰ KIẾN KHUYẾN NGHỊ**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2020), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày”, *Ban hành kèm theo Quyết định số 3127/QĐ-BYT ngày 17 tháng 07 năm 2020*.
2. Đỗ Đình Công (2003), “Nguyên nhân chẩn đoán muộn trong ung thư biểu mô tuyến dạ dày”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 7 (1), Tr.6-9.
3. Hà Văn Đền, Quách Trọng Đức (2018), “Tần suất và đặc điểm carcinôm dạ dày giai đoạn tiến triển ở bệnh nhân đã từng được nội soi dạ dày nhưng chưa xác định bệnh”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 22 (6), Tr.56-62.
4. Quách Trọng Đức (2018), “Ung thư dạ dày giai đoạn muộn ở Việt Nam: tình huống thực tế và một số kinh nghiệm tránh bỏ sót”, *Tạp chí khoa học tiêu hoá Việt Nam*, 19 (50), Tr.3167-3175.
5. Kim Gwang Ha (2019), “Ung thư dạ dày tiến triển”, *Nội soi tiêu hoá lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, Tr.243-265.
6. Kim Sang Gyun (2019), “Ung thư dạ dày sớm”, *Nội soi tiêu hoá lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, Tr.211-241.
7. Song Ho June (2019), “U lympho và các khối u ác tính khác ở dạ dày”, *Nội soi tiêu hoá lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, Tr.269-281.
8. Triệu Thị Xuân, Vũ Trường Khanh (2020), “Bỏ sót chẩn đoán ung thư dạ dày và một số nguyên nhân”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 497 (2), Tr.240-244.

### TIẾNG ANH

9. Beck M, Bringeland EA, Qvigstad G, et al (2021). “Gastric Cancers Missed at Upper Endoscopy in Central Norway 2007 to 2016 - A Population-Based Study”, *Cancers* 2021.
10. International Agency for Research on Cancer (2022), *Global Cancer Observatory: Cancer Today (GLOBOCAN 2022)*, World Health Organization, Retrieved December 18, 2025, from <https://gco.iarc.fr/today>.

11. Januszewicz W, Witczak K, Wieszczy P, et al (2022), "Prevalence and risk factors of upper gastrointestinal cancers missed during endoscopy: a nationwide registry-based study". *Endoscopy*, 54(7), pg. 653-660.
12. Kamran U, Gronlund TA, Morris EJA, et al (2025), "Consensus on Upper Gastrointestinal Endoscopy Key Performance Indicators to Reduce Post Endoscopy Upper Gastrointestinal Cancer", *United European Gastroenterol J*, 13(8), pg. 1438-1445.
13. Kamran U, Evison F, Morris EJA, et al (2025), "The variation in post-endoscopy upper gastrointestinal cancer rates among endoscopy providers in England and associated factors: a population-based study", *Endoscopy*, 57(1), pg. 17-28.
14. Kim TJ, Pyo JH, Byun YH, et al (2023), "Interval Advanced Gastric Cancer After Negative Endoscopy", *Clin Gastroenterol Hepatol*, 21(5), pg. 1205-1213.
15. Ko MT, Fung A, Kumar A, et al (2025), "Post-endoscopy upper gastrointestinal cancer: Emerging data and opportunities to improve early detection" *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 75.
16. Menon S, Trudgill N (2014), "How commonly is upper gastrointestinal cancer missed at endoscopy? A meta-analysis", *Endosc Int Open*, 2(2), pg. 46-50.
17. Prat R, Llach J, Montori S, et al (2025), "Tackling Post-Endoscopy Gastric Cancer in a Low-Risk Area: Prevalence, Features, and Prevention Opportunities Through Better Clinical Practice", *United European Gastroenterol J*, 13(10), pg. 2057-2065.
18. Shimada S, Yabuuchi Y, Kawata N, et al (2023), "Endoscopic causes and characteristics of missed gastric cancers after endoscopic submucosal dissection", *Gastrointest Endosc*, 98(5), pg. 735-743.

- 19.Srinivasa A, Fiadeiro F, Rahman T, et al (2025), “Organisational factors and Post Endoscopy Upper Gastrointestinal Cancer (PEUGIC): results of the English national PEUGIC project”, *Endoscopy*, 57(2), pg. 161.
- 20.Tran Le Thanh Truc, Luu Ngoc Mai, Le Quang Nhan, et al (2023), “Prevalence, endoscopic and histopathological characteristics of early gastric cancer in Vietnamese patients”, *MedPharmRes*, 7(3), pg. 62-66.
- 21.Xu W, McGuinness MJ, Wells C, et al (2024), “Protocol for a national, multicentre study of post-endoscopy colorectal and upper gastrointestinal cancers: The POET study”, *Colorectal Dis*, 26(9), pg. 1720-1731.

**PHỤ LỤC**  
**MẪU THU THẬP THÔNG TIN**

**I. Hành chính**

1. Họ tên bệnh nhân:.....2.Tuổi.....3.Giới: Nam  Nữ   
4. Địa chỉ:.....  
5. Điện thoại: .....6. Mã bệnh nhân:

**II. Hình ảnh nội soi, mô bệnh học**

**1. Hình ảnh nội soi, mô bệnh học ở lần nội soi trước**

- Thời gian từ lần nội soi trước đến thời điểm chẩn đoán UTDD:..... tháng.

- Địa điểm nội soi:

1. Phòng khám tư

2. BV tuyến khu vực

3. BV tuyến tỉnh

4. BV tuyến trung ương

- Kết quả lần nội soi trước:

1. Viêm dạ dày

2. Loét dạ dày

3. U lành dạ dày

4. Nghi UTDD

- Sinh thiết: 1.Có  2. Không

- Số mẫu sinh thiết: .....mẫu

- Kết quả MBH:

- Số lần nội soi:

**2. Hình ảnh nội soi, mô bệnh học tại thời điểm chẩn đoán UTDD**

- Vị trí tổn thương:

1. Tâm vị

2. phình vị

3. thân vị

4. góc bờ cong nhỏ

5. hang vị

6. môn vị

- Kích thước tổn thương:.....cm

- Hình ảnh đại thể (UTDD sớm):

1. I

2. IIa.

3. IIb.

4. IIc.

5. III.

- Hình ảnh đại thể (UTDD tiến triển):

1. Sùi.

2. Loét.

3. Loét thâm nhiễm

4. Thâm nhiễm lan toả

- Kết quả MBH:

- Độ biệt hóa: 1. Cao.  2. Vừa.  3. Kém

Ngày tháng năm 2026

Người thu thập

Lê Duy Hách