

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG TRONG 02 NĂM (2016-2017)

Nguyễn Thành Trung, Lê Đức Nhân, Nguyễn Văn Xứng, Đoàn Hiếu Trung
Bệnh viện Đà Nẵng

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đà Nẵng. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu và mô tả các trường hợp bệnh từ 01/01/2016 - 31/12/2017 tại Bệnh viện Đà Nẵng. **Kết quả:** Trong thời gian 02 năm có 205 trường hợp bệnh nhân bị ung thư đại trực tràng điều trị nội trú tại Bệnh viện Đà Nẵng với 59,51% nam giới và 40,49% nữ giới, tuổi trung bình $65,8 \pm 16,07$. Giới nam cao hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ ~ 1,4/1. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện < 3 tháng chiếm ưu thế (83,8%). Một số triệu chứng lâm sàng phổ biến là: Đau bụng (85,85%), đi ngoài ra máu (63,41%), rối loạn đại tiện (62,44%), thiếu máu (34,63%), sụt cân (25,85%), mệt mỏi (17,56%), chướng bụng (12,19%), nôn, buồn nôn (5,36%). Vị trí u trên nội soi: Trực tràng (43,42%), đại tràng Sigma (20%), đại tràng phải (10,73%), manh tràng (10,73%), đại tràng ngang (7,80%), đại tràng trái (7,32%). Hình thái đại thể của khối u chiếm ưu thế là thể sùi (63,41%), thể loét sùi (21,95%), thể loét (7,32%), polyp ung thư hóa (7,32). Kích thước u theo chu vi: U chiếm $\geq 3/4$ chu vi (39%), chiếm toàn bộ chu vi (37,0%), chiếm $\geq 1/2$ chu vi (15,6%), chiếm $1/4$ chu vi (8,4%). Tỉ lệ hẹp hoàn toàn lòng đại tràng là 70,73%. Hẹp không hoàn toàn là 29,27%. Thể mô bệnh học: ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ 85,85% và ung thư biểu mô nhầy chiếm 9,27% và ung thư biểu mô không biệt hóa là 4,88%. **Kết luận:** Ung thư ĐTT là khá phổ biến và thường phát hiện ở giai đoạn tiến triển. Do đó cần có chiến lược chỉ định sớm hơn tầm soát các đối tượng có các yếu tố nguy cơ để phát hiện bệnh sớm và điều trị hiệu quả.

Từ khóa: mô bệnh học, đại trực tràng, ung thư đại trực tràng, nội soi

Abstract

CLINICAL, ENDOSCOPIC AND PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL CANCER AT DA NANG HOSPITAL FROM 2016 TO 2017

Nguyen Thanh Trung, Le Duc Nhan, Nguyen Van Xung, Doan Hieu Trung
Da Nang Hospital

Objective: To study the clinical, endoscopy and pathological characteristics of colorectal cancer at Da Nang Hospital. **Methods:** A retrospectively descriptive study, performed from 01/01/2016 to 31/12/2017 at Da Nang Hospital. **Results:** During two years, there were 205 cases of colorectal cancer patients hospitalized to Da Nang Hospital. Male: 59.51%, female: 40.49%, mean age: 65.8 ± 16.07 . Male is higher than female, male/female ratio is 1.4/1. The period from the first symptoms to admission < 3months predominated (83.8%). The predominant symptoms: Abdominal pain (85.85%), bloody stool (63.41%), defecation (62.44%), anemia (34.63%), weight loss (25.85%), fatigue (17.56%), abdominal distention (12.19%), nausea and vomiting (5.36%). Location of Lesions: Rectum (43.42%), sigmoid colon (20%), right colon (10.73%), cecum (10.73%), transverse colon (7.80%), left-colon (7.32%). Type of lesion on endoscopy: Exophytic (63.41%), ulceration-Exophytic (21.95%), ulceration (7.32%), polyp chemotherapy (7.32). Tumor size: $\geq 3/4$ perimeter (39%), occupying the whole circumference (37.0%), occupying $\geq 1/2$ perimeter (15.6%), accounting for $1/4$ Perimeter (8.4%). The colon completely narrowed rate: 70.73%, incompletely was 29.27%. Histopathological classification: adenocarcinoma (85.85%), Mucinous adenocarcinoma: (9.27%) and non-differentiated epithelial carcinoma was 4.88%. **Conclusion:** Colorectal cancer was quite popular and was usually detected at advanced stages. Therefore, screening for subjects with risk factors for early detection and treatment is recommended.

Keywords: Colorectal cancer, endoscopy, pathological characteristics..

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thành Trung, email: bstrungbvdn@gmail.com
Ngày nhận bài: 10/1/2018, Ngày đồng ý đăng: 13/3/2018; Ngày xuất bản: 27/4/2018

DOI: 10.34071/jmp.2018.2.1

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh ác tính có thể gặp ở mọi lứa tuổi và giới. Theo thống kê của Tổ chức Ghi nhận ung thư toàn cầu IARC (Globocan 2012), mỗi năm trên thế giới ước tính có 1.361.000 bệnh nhân mới mắc và có 694.000 bệnh nhân chết do căn bệnh ung thư đại trực tràng [22], [23]. Bệnh UTĐTT phần lớn xảy ra ở các nước phát triển, chiếm 60% các trường hợp [9],[10],[18],[20]. Tại Mỹ, bệnh ung thư đại trực tràng đứng thứ năm sau ung thư phổi, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư bàng quang và ung thư tuyến giáp, số người tử vong do ung thư đại trực tràng ước tính khoảng 50.830 người, đứng thứ hai về tỷ lệ tử vong chỉ sau ung thư phổi [3],[4],[25]. Tại Việt Nam, theo ghi nhận ung thư Hà Nội giai đoạn 2008-2010, ung thư đại trực tràng có tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi với nữ là 13,7 và nam là 17,1/100000 dân [1],[2].

Biểu hiện lâm sàng của ung thư đại trực tràng ở giai đoạn sớm không rõ ràng nên đa số bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn muộn. Tỷ lệ chẩn đoán muộn và tử vong cao cho thấy sự cần thiết của các biện pháp khám sàng lọc hệ thống và điều trị kịp thời. UTĐTT là bệnh lý có thể phòng ngừa được. Các chương trình tầm soát đã làm giảm đáng kể tỉ lệ mắc UTĐTT ở các nước phát triển. Trong đó, việc nội soi đại trực tràng để phát hiện và cắt các polyp u tuyến, cắt các tổn thương ung thư ở giai đoạn sớm có ý nghĩa rất quan trọng trong sàng lọc cũng như chẩn đoán ung thư đại trực tràng, góp phần làm giảm tỉ lệ mắc, tỉ lệ tử vong trong ung thư đại trực tràng, những tiến bộ về máy soi, bộ phận phụ soi, kỹ thuật soi đã giúp cho chẩn đoán ung thư ngày càng hoàn thiện [5], [6],[10], [19].

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của các trường hợp UTĐTT tại Bệnh viện Đà Nẵng trong 02 năm 2016-2017.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả, phân tích

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân điều trị Bệnh viện Đà Nẵng từ 01/01/2016 đến 31/12/2017 có kết quả nội soi và kết quả mô bệnh học là ung thư đại - trực tràng.

Cỡ mẫu

Lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư đại trực tràng

Hình thức thu thập số liệu

Sử dụng bệnh án mẫu, thu thập các biến số trong bệnh án bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đà Nẵng trong thời gian nghiên cứu.

Phân tích và xử lý số liệu

Phần mềm SPSS 16.0.

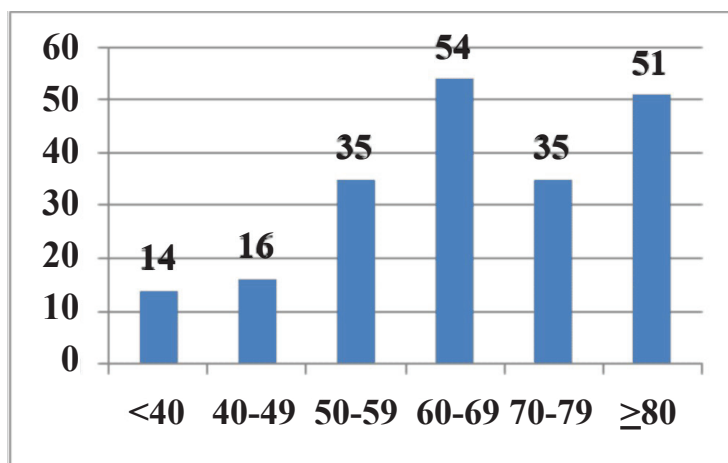
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 02 năm từ 2016-2017 có tất cả 205 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán UTĐTT nhập viện tại bệnh viện Đà Nẵng.

3.1. Đặc điểm chung

Giới: Nam 59,51% (122/205), nữ 40,49% (83/205). Tỷ lệ nam/nữ ~ 1,4/1

Tuổi: Tuổi trung bình $65,8 \pm 16,07$ tuổi
Thấp nhất 22 tuổi, cao nhất 92 tuổi.



Biểu đồ 1. Phân bố mẫu theo tuổi và giới

Nhận xét: Bệnh nhân UTĐTT điều trị tại bệnh viện chủ yếu > 50 tuổi (85,4%).

3.2. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

Bảng 1. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

Thời gian	n	Tỉ lệ %
< 1 tháng	106	51,7
1-3 tháng	66	32,1
> 3-6 tháng	11	5,4
> 6-12 tháng	13	6,3
> 12 tháng	9	4,5
Tổng	205	100%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đến khám bệnh sau khi có triệu chứng đầu tiên < 3 tháng (83,8%).

3.3. Triệu chứng của UTĐTT

Bảng 2. Triệu chứng của UTĐTT

Triệu chứng	n	Tỉ lệ %
Đau bụng	176	85,85
Rối loạn đại tiện	128	62,44
Đi ngoài phân máu	130	63,41
Mệt mỏi	36	17,56
Thiếu máu	71	34,63
Sụt cân	53	25,85
Chướng bụng	25	12,19
Nôn, buồn nôn	11	5,36

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp là đau bụng (85,85%), rối loạn đại tiện (62,44%) và xuất huyết tiêu hóa (63,41%).

3.4. Đặc điểm nội soi

3.4.1. Vị trí ung thư đại trực tràng

Bảng 3. Vị trí ung thư đại trực tràng

Vị trí	n	Tỉ lệ %
Trực tràng	89	43,42
Sigma	41	20,00
Đại tràng trái	15	7,32
Đại tràng ngang	16	7,80
Đại tràng phải	22	10,73
Manh tràng	22	10,73
Tổng số	205	100

Nhận xét: Ung thư trực tràng có tỷ lệ cao nhất là 43,42% (89/205), ung thư đại tràng Sigma đứng thứ hai là 20% (41/205).

3.4.2. Dạng tổn thương trên nội soi

Bảng 4. Dạng tổn thương trên nội soi

Dạng tổn thương	n	Tỉ lệ %
Sùi	130	63,41
Loét	15	7,32
Loét sùi	45	21,95
Polyp ung thư hóa	15	7,32
Tổng	205	100

Nhận xét: Trong 4 loại hình thái khối u đại trực tràng hay gặp như trên, thể sùi và loét sùi chiếm đa số với tỉ lệ lần lượt là 63,41% và 21,95%.

3.4.3. Đặc điểm kích thước u theo chu vi

Bảng 5. Kích thước u theo chu vi

Kích thước u theo chu vi	n	Tỉ lệ %
Chiếm 1/4 chu vi	17	8,4
Chiếm $\geq 1/2$ chu vi	32	15,6
Chiếm $\geq 3/4$ chu vi	80	39,0
Chiếm toàn bộ chu vi	76	37,0
Tổng	205	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có khối u chiếm từ 3/4 chu vi trở nên, chiếm 76% số bệnh nhân.

3.4.4. Biến chứng gây hẹp lòng đại tràng

Bảng 6. Biến chứng gây hẹp lòng đại tràng

Hẹp lòng đại tràng	n	Tỉ lệ %
Hẹp hoàn toàn	145	70,73
Hẹp không hoàn toàn	60	29,27
Tổng	205	100

Nhận xét: Biến chứng gây hẹp hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao nhất với 70,73%.

3.5. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 7. Đặc điểm mô bệnh học

Thể mô bệnh học	n	Tỉ lệ %
UTBM tuyến	176	85,85
UTBM nhầy	19	9,27
UTBM không biệt hóa	10	4,88
Tổng	205	100

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (85,85%), sau đó là ung thư biểu mô nhầy (9,27%), ung thư biểu mô không biệt hóa chiếm 4,88%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi

Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng trong ung thư đại trực tràng. Tuổi càng cao nguy cơ mắc căn bệnh này càng cao. Theo khảo sát của chúng

tôi bệnh nhân UTĐTT có tuổi trung bình là $65,8 \pm 16,07$ tuổi (thấp nhất 22 tuổi, cao nhất 92 tuổi), tương tự nghiên cứu của McFarlane và cs (2004), tuổi mắc bệnh trung bình là 65,5 (19-94 tuổi) [29]. Theo kết quả nghiên cứu Fuszek và CS (2006), tuổi mắc bệnh trung bình là $65,2 \pm 12,5$ [24]. Rosenberg R.R. và cs nghiên cứu 3026 bệnh nhân UTĐTT, tuổi trung bình là 65 (từ 15-93 tuổi) [32], Leonard D. và cs là $65,6 \pm 12,8$ [26]. Tuổi trên 50 của chúng tôi chiếm tỉ lệ rất cao (85,4%) tương tự như nghiên cứu do Nguyễn Văn Hiếu công bố năm 2002 được tiến hành trên 78 bệnh nhân UT trực tràng tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện K từ 1993-1997 cho kết quả tỉ lệ mắc ở sau độ tuổi như vậy là 83,2%[8]. Theo Benson A.B (2007), tuổi trên 50 là nguy cơ cho UTĐTT [20]. Theo Mayer R.J (2007), UTĐTT hay xảy ra ở tuổi trên 50 [31].

Từ các kết quả trên cũng như kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có thể khẳng định tuổi là yếu tố quan trọng trong đánh giá nguy cơ mắc UTĐTT. Đây là một thông tin làm cơ sở góp phần xây dựng chiến lược sàng lọc UTĐTT ở nước ta chủ yếu tập trung vào nhóm đối tượng >50 tuổi.

Giới

Khảo sát của chúng tôi cho thấy bệnh nhân UTĐTT gặp ở nam nhiều hơn ở nữ với 59,51% ở nam so với 40,49% ở nữ. Tỉ lệ nam/nữ ~ 1,4/1

Kết quả này cũng có xu hướng tương tự của Trần Thắng nam nhiều hơn nữ tương ứng là 1,3/1[9], Neumaan và cộng sự: Nam giới 62,4%, nữ là 37,6% [27], Chalya và cộng sự nghiên cứu 332 bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Tanzania thấy tỷ lệ nam/nữ 1,6/1[21].

4.2. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện

Phần lớn những bệnh nhân phát hiện ung thư đại trực tràng sau khi đã có các triệu chứng lâm sàng. Rất ít bệnh nhân được phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm nhờ các biện pháp khám sàng lọc có hệ thống. Sự chậm trễ trong chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng hiện nay vẫn còn phổ biến làm tăng thêm sự trầm trọng của bệnh khi được phát hiện. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các BN đến khám bệnh sau khi có triệu chứng đầu tiên < 3 tháng (83,8%) trong đó 51,7% số BN đến khám bệnh trong 1 tháng đầu tiên khi có các triệu chứng bất thường. Điều này chứng tỏ trình độ dân trí ngày càng tiến bộ, bệnh nhân đến khám bệnh tại các cơ sở y tế sớm. Bên cạnh đó, vẫn còn một tỉ lệ bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh trên 12 tháng (4,5%) chứng tỏ còn tồn tại một bộ phận người dân nhận thức về sức khỏe và bệnh tật thấp.

4.3. Một số triệu chứng lâm sàng

Trong nghiên cứu này, dấu hiệu đau bụng là triệu

chứng lâm sàng phổ biến nhất chiếm 85,85% (176/205); Dấu hiệu phân có máu là triệu chứng lâm sàng phổ biến thứ hai chiếm 63,41% (130/205). Tiếp theo là các dấu hiệu rối loạn đại tiện chiếm 62,44% (128/205), thiếu máu 34,63% (71/205), sụt cân 25,85% (53/205), mệt mỏi, chướng bụng, nôn và buồn nôn. Nghiên cứu của Phan Văn Hạnh cho kết quả gần tương tự, tác giả thấy đau bụng là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất, chiếm 84,2%, sau đó là đi ngoài nhày máu (65,8%), đi ngoài phân lỏng (28,9%) và đi ngoài phân táo (19%) [6]. Trần Thắng nghiên cứu 127 bệnh nhân ung thư đại tràng: đau bụng chiếm 81,7%, phân có máu 51,4%, gầy sút 29,2%[17]. Lê Quang Minh nghiên cứu 110 bệnh nhân ung thư biểu mô đại trực tràng thấy số bệnh nhân có đau bụng chiếm 65,4%, phân có máu 66,3%, gầy sút 62,7%, thiếu máu 22,7% và u ổ bụng 16,7% [13]. Nguyễn Kiến Dụ (2017) nghiên cứu 116 bệnh nhân UTĐTT: đau bụng 68,1% (79/116); phân có máu 58,6% (68/116), phân lỏng 36,2% (42/116), thiếu máu 32,8% (38/116), sụt cân 30,2% (35/116) và phân táo là dấu hiệu ít gặp nhất chiếm 10,3% (12/116)[4]. Theo Moreno và cộng sự, các triệu chứng hay gặp trong bệnh UTĐTT bao gồm, chảy máu trực tràng (37%), đau bụng (34%), thiếu máu (23%), thay đổi thói quen đại tiện (1,3%) và một số triệu chứng khác [30]. Ở phương tây, các bệnh nhân còn được phát hiện rất nhiều qua các phương pháp sàng lọc, do đó tỉ lệ các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng thấp hơn ở Việt Nam.

4.3. Đặc điểm nội soi

4.3.1. Vị trí u

Trong nghiên cứu của chúng tôi: ung thư trực tràng có tỷ lệ cao nhất là 43,42% (89/205), ung thư đại tràng Sigma đứng thứ hai là 20% (41/205) kế đến là đại tràng phải và manh tràng 10,73% (22/205), đại tràng ngang và đại tràng trái lần lượt là 7,8% và 7,32%. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu: Nghiên cứu của tác giả Lê Quang Minh đưa ra kết luận UT trực tràng và đại tràng sigma gặp chủ yếu, chiếm tới 70% [13]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiếu cho tỉ lệ gặp ở trực tràng 57,3%; đại tràng sigma 12,7%; đại tràng lên 10%; góc gan 8,2% [7]. Tuy nhiên năm 2017 nghiên cứu do Bùi Ánh Tuyết và CS tiến hành cho kết quả khác biệt tương ứng là: đại tràng xuống và góc lách 19,4%; đại tràng phải 16,7%; đại tràng ngang 19,4%; đại tràng sigma 18,1%; trực tràng cao 8,3%; trực tràng trung bình 1,8%; nhiều vị trí 13,9%[19]. Thực tế trong quá trình thao tác chuyên môn, đôi khi rất khó khăn trong việc xác định chính xác vị trí, đặc biệt các vị trí ở ranh giới giữa hai vị trí giải phẫu, do đại tràng dài, bị xoắn. Các căn cứ để xác định vị trí như các vạch trên ống nội soi, vị trí đèn soi trên thành bụng có khi vẫn không thực sự chính xác vì sự di động của đại tràng. Chính vì vậy, nội soi không

phải là phương pháp chẩn đoán chính xác tuyệt đối vị trí u. Theo Phan Văn Hạnh, đối chiếu 152 trường hợp vị trí u giữa nội soi và phẫu thuật, tác giả thấy độ chính xác vị trí u qua nội soi là 86,8% [6].

4.3.2. Thể u

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Thể sùi chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,41 (130/205), kế đến là thể loét sùi với 21,95 (45/205). Cuối cùng là thể loét và polyp ung thư hóa với 7,32%. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu: Nguyễn Văn Hiếu (2002) cho kết quả thể sùi 55,5%; sùi-loét 25,5%; thâm nhiễm 10% và loét 2,7% [7], Vi Trần Doanh (2005) thể sùi 60,3%; sùi loét 26%; thâm nhiễm 9%; loét 1% [3]. Nguyễn Quang Thái cho tỉ lệ sùi và loét tương ứng là 61,5% và 28,5% [16]. Tuy nhiên theo Nguyễn Văn Lê (2008) qua phẫu thuật nội soi 79 trường hợp UT đại tràng tại Bệnh viện Việt Đức cho kết quả thể sùi loét gấp 87,3%; thể loét 1,2% [12]. Theo Đ. T. T. Bình (2010), thể sùi gấp 58,4%; thể loét 30,3% [2]. Như vậy kết quả của các nghiên cứu còn nhiều điểm chưa thống nhất, nhưng nhìn chung đối với tổn thương UTĐTT trên đại thể hay gấp là thể sùi và thể sùi kết hợp với loét.

4.3.3. Đặc điểm kích thước u theo chu vi

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kích thước u gấp theo thứ tự là: loại 3/4 chu vi chiếm 39%; toàn bộ chu vi chiếm 37%; 1/2 chu vi chiếm 15,6% và loại 1/4 chu vi chiếm 8,4%. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu: Kết quả của Lê Quang Minh cho thấy kích thước u gấp theo thứ tự là loại 3/4 chu vi chiếm 37,3%; toàn bộ chu vi chiếm 26,4%; 1/2 chu vi chiếm 22,7% và loại 1/4 chu vi chiếm 13,6% [13]. Vi Trần Doanh (2005) nghiên cứu kích thước u thấy loại 1/4 chu vi chiếm 3,9%; 1/2 chu vi chiếm 22,9%; loại 3/4 chu vi chiếm 33,8% và loại chiếm toàn bộ chu vi là 33,8% [3].

Nhìn chung các nghiên cứu đều cho thấy kích thước u chiếm ¾ chu vi chiếm tỉ lệ cao. Kết quả này thể hiện ý thức của người bệnh trong công tác phòng chống ung thư nói chung và UTĐTT nói riêng còn nhiều hạn chế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: 145(70,73%) trường hợp có tổn thương đã tiến triển gây hẹp hoàn toàn lòng đại tràng không thể đưa máy soi lên thêm để khảo sát toàn bộ khung đại tràng. Chỉ có 29,27% là đưa ống soi qua được do hẹp không hoàn toàn. Quách Trọng Đức và cs nghiên cứu 400 trường hợp UTĐTT thì 69,6% gây hẹp hoàn toàn lòng đại tràng [5]. Bùi ánh Tuyết và cs nghiên cứu 65 ca bệnh được thăm khám nội soi có tới 55,4% tác giả và nhóm nghiên cứu không thể đưa được ống

soi mềm đi qua do u đã chiếm hầu hết lòng đại trực tràng [19]. Kết quả này phù hợp với giai đoạn và thể u trong nghiên cứu, do phần lớn gặp thể sùi, trên 70% chít hẹp quá 3/4 chu vi và phần nhiều là thể sùi và thể kết hợp sùi-loét.

4.4. Mô bệnh học

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có giải phẫu bệnh là UTBM tuyến chiếm 85,85%(176/2015), UTBM nhầy là 9,27% và không biệt hóa là 4,88%. Theo Trần Thắng trong 68 bệnh nhân ung thư trực tràng được nghiên cứu có tới 85,3% là UTBM tuyến, 14,7% UTBM chế nhầy [17]. Theo Phạm Gia Khánh, UTBM tuyến chiếm trên 90% trong UTĐTT [11]. Nghiên cứu của Lê Đình Roanh và Ngô Thu Thoa cho tỉ lệ UTBM tuyến là 79,6%; tuyến chế nhầy chiếm 13,6% [15]. Các tác giả trên thế giới cũng cho kết quả tương tự: Nitsche U và CS tiến hành nghiên cứu trên 3.479 bệnh nhân UTĐTT đã được phẫu thuật, UTBM tuyến vẫn là thể mô bệnh học hay gặp nhất, chiếm 88% (3074/3479 số trường hợp), UTBM tuyến chế nhầy chỉ gặp 375 trường hợp, chiếm 11% [28].

Nhìn chung có thể thấy ung thư biểu mô tuyến luôn là thể mô bệnh học chiếm ưu thế trong ung thư đại trực tràng.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 205 bệnh nhân UTĐTT tại Bệnh viện Đà Nẵng từ 01/01/2016 đến 31/12/2017, chúng tôi đưa ra các kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng và nội soi

Tuổi mắc bệnh trung bình là $65,8 \pm 16,07$ tuổi, nhóm tuổi hay gặp là > 50 tuổi, chiếm 85,4%.

Giới nam cao hơn nữ, Tỉ lệ nam/nữ ~ 1,4/1

Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện < 3 tháng chiếm ưu thế (83,8%)

Một số triệu chứng lâm sàng phổ biến là: Đau bụng (85,85%), đi ngoài ra máu (63,41%), rối loạn đại tiện (62,44%).

Vị trí u trên nội soi: Trực tràng (43,42%), đại tràng Sigma (20%), đại tràng phải (10,73%), manh tràng (10,73%), đại tràng ngang (7,80%), đại tràng trái (7,32%)

Hình thái đại thể của khối u chiếm ưu thế là thể sùi (63,41%), thể loét sùi (21,95%), thể loét (7,32%), polyp k hóa (7,32)

Kích thước u theo chu vi: Hay gặp u chiếm $\geq 3/4$ chu vi trở lên (76%).

Tỉ lệ soi không đưa ống nội soi qua được: 70,73%.

2. Đặc điểm mô bệnh học

Thể mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ 85,85% và ung thư biểu mô nhầy chiếm 9,27%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P. H. Anh và N. T. Hạnh (1992). Ung thư Hà Nội 1991-1992. *Y Học Việt Nam, Chuyên đề ung thư*, 7, 7
2. Đ. T. T. Bình (2010). *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố nguy cơ tái phát, di căn trong ung thư đại tràng tại bệnh viện K*, Luận văn Thạc Sĩ, Đại học Y Hà Nội 2010.
3. V. T. Doanh và Nguyễn Văn Hiếu (2006). Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ di căn xa của ung thư đại trực tràng điều trị tại Bệnh viện K từ 2003 - 2004. *Tạp chí Y học thực hành*, 11.
4. Nguyễn Kiến Dụ (2017). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đột biến gen Kras, Braf ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng*, Luận Án Tiến Sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Quách Trọng Đức, Nguyễn Thúy Oanh (2011). Đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng khởi phát sớm 03/2009- 03/2011. *Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 16 * Phụ bản của Số 1 * 2012*.
6. P. V. Hạnh (2004). *Nhận xét tổn thương ung thư đại tràng qua nội soi ống mềm đối chiếu với lâm sàng và giải phẫu bệnh tại bệnh viện K từ 2000 đến 2004*. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội 2004.
7. Nguyễn Văn Hiếu (2002). *Nghiên cứu độ xâm lấn của ung thư trực tràng qua lâm sàng, nội soi và siêu âm nội trực tràng*, Luận Án Tiến Sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. T. V. Hợp và N. V. Thịnh (1997). Đặc điểm hình thái học của ung thư đại tràng tại bệnh viện Bưu điện 1/1997-5/2002. *Tạp chí y học Việt Nam*, 10-11, 3.
9. Trần Văn Huy (2017), *Giáo trình sau đại học Bệnh Học Gan Mật Tụy*, Nhà Xuất bản Đại học Huế.
10. Trần Văn Huy (2017), *Giáo trình sau đại học Bệnh Học ống tiêu hóa*, Nhà Xuất bản Đại học Huế.
11. P. G. Khánh và V. H. Hùng Ung thư đại tràng. Học viện Quân y. Nhà Xuất Bản Quân đội nhân dân; 148AD
12. N. V. Lê (2008). *Đánh giá kết quả PTNS điều trị ung thư đại tràng tại bệnh viện Việt Đức*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
13. Lê Quang Minh (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và biến đổi biểu hiện gen bằng phương pháp Microarray trong ung thư biểu mô đại trực tràng, Học viện Quân Y.
14. Đ. T. K. Phương (2004). *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư trực tràng tại bệnh viện K*. Luận văn Thạc Sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội .
15. Lê Đình Roanh, Hoàng Văn Kỳ, Ngô Thu Thoa (1999), "Nghiên cứu hình thái học ung thư đại trực tràng gặp tại Bệnh viện K Hà Nội 1994 - 1997", *Tạp chí thông tin Y dược*, số đặc biệt chuyên đề ung thư, Hà Nội, 66 - 70.
16. N. Q. Thái (2002). *Nghiên cứu một số phương pháp chẩn đoán và kết quả sau 5 năm điều trị phẫu thuật ung thư đại trực tràng*, Luận Án Tiến Sĩ Y học, Học viện Quân y.
17. Trần Thắng (2012). *Nghiên cứu áp dụng hóa trị bổ trợ phác đồ FUFA trong điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng*, Luận Án Tiến Sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
18. Hoàng Trọng Thắng (2014), *Giáo Trình sau đại học Bệnh tiêu hoá gan mật*, Nhà xuất bản Đại học Huế.
19. Bùi Ánh Tuyết (2013). *Ứng dụng nội soi NBI (Narrow band imaging) trong chẩn đoán polyp và ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K*. Đề tài nghiên cứu cơ sở khoa nội soi. 2013. Bệnh viện K.
20. A. B. Benson (2007). Epidemiology, disease progression, and economic burden of colorectal cancer. *J Manag Care Pharm*, 13 (6 Suppl C), S5-18.
21. Chalya P.L., M.D. Mchembe, J.B. Mabula, et al (2013). Clinicopathological patterns and challenges of management of colorectal cancer in a resource-limited setting: a Tanzanian experience. *World J Surg Oncol*, 11, 88.
22. J. Ferlay, H. R. Shin, F. Bray et al (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*, 127 (12), 2893-2917.
23. Globocan. (2012). Estimate Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, Colorectal Cancer. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx, accessed: 20/11/2015
24. P. Fuszek, H. C. Horvath, G. Speer et al (2006). Change in location of colorectal cancer in Hungarian patients between 1993-2004. *Orv Hetil*, 147 (16), 741-746.
25. S. J. Laken, N. Papadopoulos, G. M. Petersen et al (1999). Analysis of masked mutations in familial adenomatous polyposis. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 96 (5), 2322-2326.
26. Leonard, D., Remue C., Abbes Orabi N., et al (2016). Lymph node ratio and surgical quality are strong prognostic factors of rectal cancer: results from a single referral centre. *Colorectal Dis*. 18(6): p. O175-84.
27. Neumann J., E. Zeindl-Eberhart, T. Kirchner, et al (2009). Frequency and type of KRAS mutations in routine diagnostic analysis of metastatic colorectal cancer. *Pathol Res Pract*, 12, 205, 858-62.
28. U. Nitsche, A. Zimmermann, C. Spath et al (2013). Mucinous and signet-ring cell colorectal cancers differ from classical adenocarcinomas in tumor biology and prognosis. *Ann Surg*, 258 (5), 775-782; discussion 782-773.
29. M. E. McFarlane, A. Rhoden, P. R. Fletcher et al (2004). Cancer of the colon and rectum in a Jamaican population: diagnostic implications of the changing frequency and subsite distribution. *West Indian Med J*, 53 (3), 170-173.
30. C. C. Moreno, P. K. Mittal, P. S. Sullivan et al (2016). Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. *Clin Colorectal Cancer*, 15 (1), 67-73.
31. M. R. J (2007). *Gastrointestinal tract cancer, Harrison's Principles of internal medicine*
32. Rosenberg, R., Friederichs J., Schuster T., et al (2008). Prognosis of patients with colorectal cancer is associated with lymph node ratio: a single-center analysis of 3,026 patients over a 25-year time period. *Ann Surg*. 248(6): p. 968-78.