

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ (GIAI ĐOẠN 2008 – 2009)

HOÀNG VIỆT DŨNG, TRỊNH HỒNG SƠN
Khoa Ngoại Bệnh Viện Hữu Nghị

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư dạ dày (UTDD) là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai trên thế giới. Dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu, chẩn đoán xác định bằng nội soi, phẫu thuật triệt căn với những khối u có khả năng cắt bỏ và điều trị tạm thời với các bệnh nhân có biến chứng, phối hợp hóa xạ trị sau mổ cải thiện thời gian sống. Nghiên cứu này nhằm rút ra một số kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị. Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu tiến cứu tất cả các trường hợp phẫu thuật ung thư dạ dày từ năm 2008 đến năm 2009 tại Bệnh Viện Hữu Nghị. Kết quả: Trong thời gian 2 năm (2008-2009) chúng tôi thực hiện phẫu thuật cho 76 trường hợp UTDD: nam 63 (82,9%), nữ 13 (17,1%); tỷ lệ nữ/nam: 1/4,8. Tuổi trung bình 69,4, nhỏ nhất 40, lớn nhất 86. Yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp: hút thuốc lá 20 (26,3%), tiền sử xuất huyết tiêu hóa 19 (25%); tăng huyết áp 29 (38,1%), đái đường 13 (17,1%), bệnh tim mạch 13 (17,1%), bệnh phổi mạn tính 11 (14,5%), u xơ tiền liệt tuyến 11 (14,5%)....Đau bụng 81,6%, đầy bụng 36,8%, ợ hơi 35,5%, sụt cân 34,2%, thiếu máu 36,8%. Thương tổn đại thể: thể loét 46,1%, u sùi 35,5%, thâm nhiễm 17,1%, không xác định 1,3%.

Ung thư biểu mô tuyến 92,1%. Mổ cấp cứu 5,3%, mổ phiên 94,7%, cắt dạ dày có hỗ trợ nội soi 1,3%. Thương tổn ở hang vị 39,5%, bờ cong nhỏ 31,6%, toàn bộ dạ dày 6,6%. Thay đổi thanh mạc 81,6%, chưa ra thanh mạc 18,4%. Mổ thông hồng tràng 9,2%, nối vị tràng 2,6%, cắt dạ dày bán phần 75%, cắt toàn bộ 5,3%, cắt lại miệng nối 5,3%, cắt hình chêm 2,6%. Nạo vét hạch D1 17,1%, D2-D3 61,8%; phối hợp cắt đại tràng ngang 1,3%, cắt lách 1,3%, cắt thân và đuôi tụy 2,6%, cắt túi mật 2,6%. Biến chứng sau mổ 9,2%. Điều trị hóa chất sau mổ 29 trường hợp (38,2%). Kết luận: UTDD vẫn là một thách thức trong chẩn đoán sớm và điều trị. Phẫu thuật triệt để kết hợp hóa chất sau mổ là mô hình phù hợp tại Bệnh Viện Hữu nghị.

SUMMARY

Background and aims: Gastric adenocarcinoma is the second most common cause of cancer mortality worldwide. Signs and symptoms of gastric cancer is not sensitive or nonspecific. Diagnosis is typically made by endoscopic gastroduodenoscopy. Surgery is indicated for potentially curable tumors and for palliation of patients who present with bleeding, obstruction, or perforation due to locally advanced,

incurable cancers. postoperative chemoradiotherapy was shown to improve survival rates. The aim of this study was to evaluate the result of surgery, experiences in the diagnosis and management. Material and Method: A prospective study of all surgical cases due to gastric cancer from 2008 to 2009 at the Friendship Hospital. Results: From January 2008 to December 2009, 76 patients who have been surgery for gastric cancer, 63 males and 13 females; female/male ratio: 1/4,8; Aged from 40 to 86, mean age: 69,4. Risk factors included: smoking history 20 (26,3%), previous gastrointestinal hemorrhage. Associated with: hypertension 29 (38,1%), diabetes 13 (17,1%), cardiovascular diseases 13 (17,1%), chronic obstructive pulmonary disease 11 (14,5%), benign prostatic hypertrophy 11 (14,5%). Signs and symptoms: abdominal pain 81,6%, early satiety 28 (36,8%), heartburn 27 (35,5%), weight loss 26 (34,2%), anemia 28 (36,8%). Gastroduodenoscopy with biopsy: ulcerated lesion type 45 (59,2%), protruded lesion 26 (34,2%), hemorrhagic lesion 4 (5,3%). Urgent surgery was performed in 4 (5,3%), selective surgery: 72 (94,7%), laparoscopy-assisted distal gastrectomy 1 (1,3%). Antral lesion 31 (39,5%), lesser curvature lesion 24 (31,6%), linitis plastica type 5 (6,6%). Tumor penetrates serosa 62 (81,6%), invades muscularis propria or subserosa 14 (18,4%). Macroscopic lesion: ulcerated type 35 (46,1%), protruded type 27 (35,5%), diffusely infiltrating ulceration 13 (17,1%), undefined type 1 (1,3%). Histologic classification: adenocarcinoma 92,1%, GIST 2,6%, Lymphoma 3,9%, Leiomyosarcoma 1,3%. Surgical treatment: jejunostomy 7 (9,2%), bypass 2 (2,6%), subtotal gastrectomy 57 (75%), total gastrectomy 4 (5,3%), degastrectomy 4 (5,3%). D1 resection 13 (17,1%), extended D2-D3 dissections 47 (61,8%), accompany colectomy 1 (1,3%), splenectomy 1 (1,3%), pancreatic tail resection 2 (2,6%), cholecystectomy 2 (2,6%). Postoperative complications were 9,2% without mortality. Postoperative chemotherapy 29 (38,2%). Conclusion: Cancer of stomach present a challenge in early diagnosis and treatment. Radical surgery with postoperative chemotherapy can be considered as the standard treatment at Friendship Hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính gây tử vong đứng hàng thứ hai trên thế giới, 95% là ung thư biểu mô (UTBM) tuyến. Bệnh thường gặp ở người trung niên và tăng dần theo tuổi. Những năm gần đây UTDD cực dưới có chiều hướng giảm ở các nước phát triển như Mỹ, một số nước Châu Âu mà không rõ lý do [4], [8], tuy nhiên tỷ lệ UTDD cực trên lại tăng nhanh, các thương tổn cũng được phát hiện sớm hơn một phần là do sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán, hiện tượng này cũng cho thấy sự khác nhau về sinh bệnh học giữa UTDD cực trên và cực dưới. Nhật bản là nước có tỷ lệ mắc cao nhất, tiếp theo là Chi Lê,

Côsta Rica, Hungary, Bồ Đào Nha, Singapore và Rumania [5], [7]. Chẩn đoán sớm thường khó khăn do các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu, chẩn đoán xác định bởi nội soi ống mềm. Điều trị UTDD cơ bản vẫn là phẫu thuật, phối hợp hóa xạ trị sau mổ cải thiện tỷ lệ sống sót.

Tại Việt Nam UTDD đứng hàng thứ hai (sau ung thư phổi) [1], mặc dù đã có rất nhiều nghiên cứu (NC) về bệnh lý này, tuy nhiên với đặc thù của Bệnh viện Hữu Nghị: bệnh nhân (BN) chủ yếu là người cao tuổi, có nhiều bệnh phối hợp, chẩn đoán UTDD thường muộn, điều trị phẫu thuật và sử dụng hóa xạ trị cũng có những vấn đề tranh luận, theo dõi và đánh giá kết quả sau mổ còn nhiều hạn chế. NC này nhằm rút ra một số kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị phẫu thuật UTDD.

TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tư liệu nghiên cứu: Gồm các BN được mổ UTDD tại Bệnh viện Hữu Nghị từ 1/2008 đến tháng 12/2009. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án: các dữ liệu chẩn đoán, cách thức phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh, theo dõi và đánh giá kết quả sau mổ. Loại trừ những BN không đủ các dữ liệu trên.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu, các chỉ tiêu nghiên cứu được ghi nhận theo một bệnh án mẫu, chụp ảnh các thương tổn trong mổ và chụp ảnh bệnh phẩm.

Các chỉ tiêu chẩn đoán gồm: Tuổi, giới, tiền sử bệnh tật; Phân loại BN theo ASA (American Society of Anesthesiologist); Các triệu chứng lâm sàng: ghi nhận các dấu hiệu cơ năng (qua hỏi bệnh), thực thể và toàn thân (qua thăm khám); Cận lâm sàng: đánh giá mức độ thiếu máu, các chỉ số AFP, CEA, CA 19-9; Kết quả nội soi, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT); Chẩn đoán thương tổn đại thể theo tiêu chuẩn của Hiệp Hội Nghiên cứu Ung Thư Nhật Bản, chẩn mô bệnh học theo hệ thống phân loại của Tổ chức Y Tế Thế giới, chẩn đoán giai đoạn theo AJCC (American Joint Committee on Cancer) và UICC (Union Internationale Contre le Cancer) (1997).

Các chỉ tiêu điều trị gồm: Chỉ định phẫu thuật; Vị trí và đặc điểm thương tổn; Phương pháp phẫu thuật, phối hợp phẫu thuật, thiết lập tiêu hóa; Các biến chứng; Theo dõi và điều trị phối hợp sau mổ.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 13.0 (với $p \leq 0,05$ thì sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê).

KẾT QUẢ

Các đặc điểm về tuổi, giới, tiền sử bệnh tật

Trong thời gian 2 năm (2008-2009) chúng tôi thực hiện phẫu thuật 76 trường hợp UTDD: nam 63 (82,9%), nữ 13 (17,1%); tỷ lệ nữ/nam: 1/4,8. Tuổi trung bình 69,4, nhỏ nhất 40, lớn nhất 86. Người cao tuổi (≥ 60) chiếm 86,8%. Các yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá 20 (26,3%), tiền sử xuất huyết tiêu hóa 19 (25%); Các bệnh lý phối hợp: tăng huyết áp 29 (38,1%), đái đường 13 (17,1%), bệnh tim mạch 13 (17,1%), bệnh lý hô hấp 11 (14,5%), u xơ tiền liệt tuyến 11 (14,5%)... Phân loại ASA-III 10 (13,1%).

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Phân bố các triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Sờ thấy u bụng	9	11,8%
Đau bụng thượng vị	62	81,6%
Sụt cân	26	34,2%
Đầy bụng, khó tiêu	28	36,8%
Chán ăn	22	28,9%
Ợ hơi, ợ chua	27	35,5%
Nôn, buồn nôn	20	26,3%
Nôn máu, ỉa phân đen	16	21,1%

Bảng 2: Kết quả soi dạ dày

Thương tổn	n	Tỷ lệ %
Thể u sùi	27	35,5%
Thể loét	31	40,8%
Thể loét đang chảy máu	4	5,3%
Loét thâm nhiễm	13	17,1%
Thể xơ dính	1	1,3%
Tổng số	76	100%

Đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh

Bảng 3: Thương tổn vi thể

Phân loại theo WHO 2000		n	Tỷ lệ %
UTBM tuyến	Ung thư biểu mô tuyến nhú	8	10,5%
	Ung thư biểu mô tuyến ống	49	64,5%
	Ung thư biểu mô tuyến nhầy	4	5,3%
	Ung thư biểu mô tế bào nhân	9	11,8%
Ung thư không biểu mô	GIST	2	2,6%
	Lymphoma	3	3,9%
	Leiomyosarcoma	1	1,3%
Tổng số		76	100%

Bảng 4: Giai đoạn TMN

Kết quả	n	Tỷ lệ %
Giai đoạn IA - IB	3	3,9%
Giai đoạn II	25	32,9%
Giai đoạn IIIA - IIIB	39	51,3%
Giai đoạn IV	9	11,8%
Tổng số	76	100%

Đau thượng vị chiếm tỷ lệ cao nhất (81,6%), Đau hiệu thiếu máu 28 trường hợp (36,8%), tăng CEA và CA19-9 12/43 trường hợp (27,9%). Thương tổn loét chiếm tỷ lệ cao nhất (46,1%); Ung thư biểu mô tuyến 92,1%. Thương tổn giai đoạn muộn (giai đoạn III-IV) cao nhất (63,1%).

Kết quả điều trị

Bảng 5: Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định và loại phẫu thuật	n	Tỷ lệ %	
Mổ cấp cứu	Mổ mở	4	5,3%
	Mổ nội soi	0	0%
Mổ phiên	Mổ mở	71	93,4%
	Mổ nội soi	1	1,3%
Tổng số	76	100%	

Bảng 6: Vị trí thương tổn

Vị trí thương tổn	n	Tỷ lệ %
Phình vị	2	2,6%
Tâm vị	1	1,3%
Bờ cong nhỏ	22	28,9%
Bờ cong lớn	2	2,6%
Hang vị	31	40,8%
Thân vị	3	3,9%
Môn vị, tiền môn vị	9	11,8%
Miệng nối	6	7,9%
Toàn bộ dạ dày	5	6,6%
Tổng số	76	100%

Bảng 7: thương tổn trong mổ

Đặc điểm tổn thương	n	Tỷ lệ %
Chưa thay đổi thanh mạc	14	18,4%
Thay đổi thanh mạc	62	81,6%
Di căn phúc mạc	10	13,2%
Di căn gan	5	6,6%
Thâm nhiễm đại tràng	3	3,9%
Thâm nhiễm tụy	8	10,5%
Thâm nhiễm MT đại tràng	7	9,2%
Thâm nhiễm cuống gan và túi mật	3	3,9%
Dịch ổ bụng	9	11,8%

Bảng 8: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	n	Tỷ lệ %	
Sinh thiết - Mở thông hồng tràng	7	9,2%	
Sinh thiết - Nối vị tràng	2	2,6%	
Cắt dạ dày	Cắt đoạn dạ dày	57	75%
	Cắt toàn bộ	4	5,3%
	Cắt lại miệng nối cũ	4	5,3%
	Cắt hình chêm	2	2,6%
Tổng số	76	100%	

Bảng 9: Phối hợp phẫu thuật

Phối hợp phẫu thuật		n	Tỷ lệ %
Nạo vét hạch	Không	16	21,1%
	D1	13	17,1%
	D2	28	36,8%
	D3	19	25%
Cắt đại tràng	1	1,3%	
Cắt lách	1	1,3%	
Cắt thân, đuôi tụy kèm cắt lách	2	2,6%	
Cắt túi mật	2	2,6%	
Cắt tử cung, phần phụ	1	1,3%	
Mở thông bàng quang	1	1,3%	

Bảng 10: Các biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Chảy máu sau mổ	2	2,6%
Dò tiêu hóa	1	1,3%
Viêm phổi	2	2,6%
Tắc ruột	1	1,3%
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,3%
Tử vong	0	0%

BÀN LUẬN Chẩn đoán

NC của chúng tôi bao gồm 76 trường hợp: nam chiếm chủ yếu (82,9%), người cao tuổi (≥ 60 tuổi) chiếm tới 86,8%. BN đến khám chủ yếu là đau bụng thượng vị (81,6%), 25% trường hợp tiền sử có xuất huyết tiêu hóa nhưng không được theo dõi và kiểm tra soi dạ dày thường xuyên, đáng chú ý có 9 trường hợp (11,8%) sờ thấy u bụng, 28 trường hợp (36,8%) có biểu hiện đầy bụng khó tiêu và hầu hết BN đi khám đầu cho là viêm loét dạ dày không được soi dạ dày ngay mà chỉ dùng thuốc (bảng 1).

Các NC cho thấy UTDD giai đoạn sớm không có triệu chứng đặc hiệu, các triệu chứng ban đầu dễ chẩn đoán nhầm viêm dạ dày, khi xuất hiện dấu hiệu thực thể bệnh thường ở giai đoạn muộn. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi: ngoài đánh giá mức độ thương tổn còn xác định bản chất (qua sinh thiết). Các tác giả Nhật Bản khuyến cáo tất cả các trường hợp có biểu hiện đầy bụng, khó tiêu hay chán ăn cần phải được nội soi dạ dày ngay, tuy nhiên hiện nay chỉ khoảng 5% UTDD giai đoạn sớm phát hiện qua nội soi [6]. Tại Nhật Bản chẩn đoán sớm UTDD gần 50% các trường hợp, trong khi ở Châu Âu và Bắc Mỹ dưới 10%, tại Việt Nam theo thông báo của Hà Văn Quyết và cộng sự tỷ lệ chẩn đoán UTDD sớm qua nội soi chiếm tỷ lệ rất nhỏ (3,6%) [1]. 100% các BN đều được soi dạ dày ống mềm và làm sinh thiết với thể loét chiếm 59,2%, thể u 34,2%. 25 trường hợp (32,9%) chụp CLVT khi siêu âm nghi ngờ hoặc thấy có thương tổn phổi hợp điều này giúp tiên lượng và dự kiến phương pháp phẫu thuật. CLVT có thể phát hiện dịch ascite, di căn tổ chức và hạch, tuy nhiên khó đánh giá di căn mạc nối, phúc mạc hay thương tổn di căn nhỏ ($< 5\text{mm}$) ở gan. Nội soi ổ bụng tăng độ chính xác chẩn đoán giai đoạn, làm thay đổi chẩn đoán giai đoạn trước mổ tăng tới 58%, thay đổi cách điều trị tới 40%. Độ chính xác của nội soi ổ bụng là 94%, độ nhạy 84%, độ đặc hiệu 100%. Nội soi có thể ngăn cản những trường hợp mổ bụng không cần thiết hoặc cho phép lựa chọn lựa cách điều trị với các BN giai đoạn tiến triển [4], [7].

Về tổn thương đại thể chúng tôi thấy thể loét chiếm nhiều nhất (46,1%), thể u sùi 35,5%, thể thâm nhiễm 17,1%, xơ dính 1,3% (bảng 2). UTBM tuyến chiếm 92,1% cũng tương tự như NC của một số tác giả trong nước, chúng tôi không đếm được toàn bộ hạch để làm sinh thiết, tuy nhiên căn cứ vào số hạch sinh thiết mà chúng tôi nạo vét trong mổ, mức độ thương tổn chúng tôi nhận thấy chỉ có 3 trường hợp (3,9%) được cho là ở giai đoạn sớm, trong khi giai đoạn III - IV chiếm tới 63,1% (bảng 4), NC trên thế giới cho thấy khoảng 95% UTDD là UTBM tuyến còn lại là ung thư không biểu mô [3], [8].

Chúng tôi nhận thấy hầu hết các BN đến viện trong tình trạng muộn, các triệu chứng ban đầu thường mơ hồ, BN chỉ đến khám khi các triệu chứng tăng lên hoặc xuất hiện triệu chứng thực thể hoặc

điều trị nội khoa (thuốc điều trị loét) không đỡ, một số ít trường hợp không có biểu hiện cơ năng, chỉ thấy sụt cân thậm chí sờ thấy khối u ổ bụng, điều này cho thấy diễn biến âm thầm và sự tiến triển nhanh của bệnh. Chẩn đoán UTDD muộn cũng là tình trạng chung ở Việt Nam, ngoài đặc điểm lâm sàng không điển hình, một phần do ý thức của người bệnh (sợ soi dạ dày), một phần do thầy thuốc chẩn đoán viêm loét dạ dày cho dùng thuốc điều trị mà không soi dạ dày. Các trường hợp chẩn đoán sớm UTDD thường hiếm, rải rác, BN tự đến, khám nội soi ở một số nơi có phương tiện và trang thiết bị.

Điều Trị

Chỉ định: Chúng tôi thực hiện mổ phiến 72 trường hợp (94,7%), mổ cấp cứu 4 trường hợp (5,3%). Mổ cấp cứu các trường hợp chảy máu, hẹp môn vị gây tắc nghẽn và thủng, thường các trường hợp này phẫu thuật không triệt căn do ung thư di căn tiến triển, ít khả năng cắt bỏ. Một số trường hợp BN cao tuổi, có bệnh lý về hô hấp hay tim mạch chúng tôi gây tê tủy sống ngoài màng cứng có kiểm soát đích (TCI: target control injection) vừa giảm đau, tránh các biến chứng do gây mê và cho kết quả rất tốt. 1 trường hợp mổ cắt dạ dày hỗ trợ nội soi. Cắt dạ dày nội soi trong UTDD sớm được Kitano (Nhật Bản) thực hiện lần đầu tiên năm 1991, nội soi bao gồm cắt niêm mạc dạ dày, cắt hình chêm và cắt dạ dày bán phần hỗ trợ nội soi, một vài nghiên cứu hồi cứu cho thấy kết quả sớm tốt hơn so với mổ mở kinh điển. Cắt bỏ dạ dày qua nội soi có thể cải thiện thời gian nằm viện xong chi phí cao và thời gian mổ kéo dài. Hiện nay ở Việt Nam cắt dạ dày nội soi do ung thư đang còn cân nhắc. Tại Nhật do tỷ lệ UTDD phát hiện sớm cao cho nên phẫu thuật nội soi và nội soi can thiệp được chấp nhận rộng rãi, còn ở Châu Âu và Bắc Mỹ thường chỉ áp dụng với các thương tổn lành tính như leiomyomas hay GIST giai đoạn sớm [6].

Đặc điểm thương tổn: chủ yếu ở hang vị và bờ cong nhỏ (69,7%); thay đổi thanh mạc 81,6%; di căn phúc mạc 13,2%; thâm nhiễm tụy 10,5%; di căn gan 6,6%; thâm nhiễm đại tràng 3,9% (bảng 6 và 7). Trước những năm 1970s, hai phần ba các trường hợp ung thư ở hang vị và tiền môn vị, chỉ khoảng 10% ở tâm và phình vị. Từ những năm 1980s UTDD cực trên tăng khoảng từ 29,1% đến 52,2%, giải thích điều này thấy có sự liên quan tăng tần suất bệnh thực quản Barrett, nhiễm *Helicobacter pylori* và Epstein-Barr virus, các khối u cực trên rất khó phát hiện, thường tiến triển và cắt bỏ khó khăn hơn. Các khối u phần giữa chiếm 15%-30%, do phần dạ dày còn lại rất ít nên thường là cắt toàn bộ dạ dày. Các khối u cực dưới chiếm khoảng 35% và thường cắt 3/4 dạ dày, NC ngẫu nhiên tiến cứu cho thấy cắt toàn bộ không đem lại lợi ích nhiều hơn so với cắt bán phần cực dưới, hơn nữa chất lượng cuộc sống tồi hơn. Khoảng 10% khối u chiếm hết toàn bộ dạ dày, tiên lượng tồi với tỷ lệ sống 5 năm sau mổ rất thấp [5].

Phương pháp phẫu thuật: nối vị tràng 2 trường

hợp, mở thông hồng tràng 7 trường hợp, các trường hợp này khối u xâm lấn các tạng lân cận, di căn gan, phúc mạc và dịch ổ bụng. Cắt đoạn dạ dày 57 trường hợp, cắt lại miệng nối cũ 4 trường hợp, cắt toàn bộ 4 trường hợp, cắt hình chêm 2 trường hợp: 1 trường hợp GIST và 1 trường hợp là leiomyoma sarcoma (bảng 8). Phối hợp: 1 trường hợp cắt đại tràng ngang do u xâm lấn đại tràng; cắt lách kèm thân và đuôi tụy 2 trường hợp do u thâm nhiễm tụy, cắt lách do chảy máu 1 trường hợp; 2 trường hợp cắt túi mật do u thâm nhiễm và có sỏi; 1 trường hợp cắt toàn bộ tử cung và phần phụ do có u xơ và 1 trường hợp mở thông bàng quang do không đặt được thông tiểu (BN đã mổ cắt u xơ nội soi) (bảng 9). Các NC cho thấy khoảng 20%-30% các trường hợp UTDD khi phát hiện ở giai đoạn IV, lúc này điều trị không triệt căn làm giảm triệu chứng. Phẫu thuật không triệt căn có thể cắt dạ dày hoặc nối vị tràng đơn độc kết hợp hóa xạ trị. Hiện nay trên thế giới điều trị triệu chứng không nhất thiết phải phẫu thuật nhất là có di căn (di căn gan, phúc mạc, hạch...). Các trường hợp tắc hẹp môn vị và chảy máu có thể sử dụng cắt đốt laser, nong hẹp bằng nội soi có hoặc không có giá đỡ (stent), nuốt khó và chảy máu có thể kiểm soát khoảng 80% BN. Các trường hợp di căn, cắt bỏ dạ dày không cải thiện thời gian sống sót, tuy nhiên làm giảm các triệu chứng (thường là nuốt khó) so với chỉ nối vị tràng đơn thuần [7], [8].

Lập lại lưu thông: phương pháp Pèan 4 trường hợp, Polya 5 trường hợp, Finsterer 47 trường hợp và Roux-en-Y 9 trường hợp. Các trường hợp cắt lại dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày chúng tôi lập lại lưu thông phương pháp Roux-en-Y còn chủ yếu nối theo phương pháp Finsterer, trước mạc treo đại tràng. Thông thường lập lại lưu thông trước đại tràng ngang phương pháp Roux-en-Y hoặc Billroth II, tránh miệng nối qua mạc treo dễ gây tắc nghẽn khi tái phát và phẫu thuật lại cũng khó khăn hơn. UTDD giai đoạn sớm nhiều tác giả không thích Billroth II do tỷ lệ trào ngược dịch mật gây viêm và ung thư miệng nối cao, hiện nay một số tác giả thích phương pháp Roux-en-Y sau cắt bán phần dạ dày hơn. So với Billroth I thì tỷ lệ viêm, ung thư và dò miệng nối thấp thấp hơn, tuy nhiên tỷ lệ hội chứng ứ đọng (hội chứng Roux), sỏi túi mật cao hơn và thời gian phẫu thuật lâu hơn. Đối với cắt dạ dày toàn bộ tái lập lưu thông Roux-en-Y là phương pháp lựa chọn. Khi thực hiện cắt dạ dày phù hợp với nguyên tắc ung thư, cắt bán phần được ưa chuộng hơn là cắt toàn bộ về tình trạng dinh dưỡng, chất lượng cuộc sống.

Trong số 67 trường hợp cắt dạ dày, chúng tôi thực hiện nạo vét hạch cho 60 trường hợp (89,5%) (bảng 9), 7 trường hợp không cho biết nạo vét hạch hoặc nói không có hạch, 12 trường hợp được sinh thiết hạch tức thì trong mổ. 50 trường hợp (74,6%) được coi là phẫu thuật triệt để: gồm các thương tổn cục trên, thương tổn gần môn vị và miệng nối cũ (6 trường hợp) chúng tôi sinh thiết diện cắt tức thì không có tổ chức ung thư, các trường hợp còn lại không sinh thiết diện cắt nhưng cắt bỏ thương tổn đảm bảo trên dưới u từ 5 đến 7cm; 4 trường hợp thương

tổn phổi hợp (1 thâm nhiễm đại tràng, 2 thâm nhiễm tụy, 1 thâm nhiễm túi mật) đều được cắt bỏ; tất cả các BN này đều được nạo vét hạch đảm bảo trên 1 chặng không có hạch di căn. Số còn lại được coi là không triệt để do không thấy nói gì về nạo vét hạch, di căn phúc mạc, di căn tạng, mổ cấp cứu và một số phẫu thuật viên không quy chuẩn. Sinh thiết tức thì xác định tương đối chính xác sự lan tràn của ung thư, nếu có di căn ung thư tiến hành cắt dạ dày D1 mục đích không triệt để. Nếu không có di căn gan và phúc mạc, tiến hành sinh thiết hạch nhóm 8. Nếu hạch nhóm 8 không có di căn ung thư, nạo vét D2 hoặc D3 (ngại ngờ di căn hạch), nếu nhóm 8 có di căn ung thư thì nạo vét D3. Nạo vét hạch mở rộng tối ưu còn nhiều tranh luận, nạo vét D2 trở thành tiêu chuẩn trong phẫu thuật UTDD ở Nhật Bản, thậm chí là ung thư sớm, các NC tại Nhật cho thấy nạo vét D2 cải thiện thời gian sống sau mổ ở các trường hợp ung thư giai đoạn II, III với tỷ lệ tử vong dưới 2% và thời gian sống 5 năm sau mổ trên 60%, nạo vét rộng rãi (D3) thường thực hiện ở Nhật Bản khi những hạch này ngại, nhất là giai đoạn tiến triển. NC của Nitti và gần đây nhất của các tác giả Đài Loan cho thấy lợi ích của việc nạo vét hạch D2 với kết quả tương tự, NC của Trịnh Hồng Sơn cho thấy nạo vét hạch D2 và D3 không làm tăng thêm biến chứng trong và sau mổ, thời gian sống sau mổ kéo dài hơn (nhóm phẫu thuật không triệt để), thời gian sống trung bình 17,5 tháng so với 11,2 tháng (nạo vét D1) (nhóm phẫu thuật coi là triệt để) [2]. Các thử nghiệm ở Châu Âu và Mỹ nhận thấy nạo vét D2 không cải thiện thời gian sống trung bình sau mổ, hơn nữa thời gian mổ, lượng máu truyền, thời gian nằm viện là tăng hơn, tuy nhiên lại thấy giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ trên các BN giai đoạn II và III [5]. Nhìn chung các phẫu thuật viên Âu – Mỹ chỉ nạo hạch khi cần thiết và chỉ áp dụng chọn lọc, các NC cũng cho thấy tiên lượng của UTDD phụ thuộc vào số lượng hạch di căn hơn là nhóm hạch bị di căn. Theo Roder thời gian sống sót 5 năm sau mổ đối với di căn hạch N1 (từ 1-6 hạch) là 45%, với N2 (từ 7-15 hạch) là 30% và với N3 (trên 15 hạch) là 10%; tương tự nghiên cứu Kodera là 70%, 39% và 24%, nghiên cứu của Karpeh là 38%, 12% và 5% [4].

Biến chứng: biến chứng sau mổ 7 trường hợp (9,2%), không có tử vong (bảng 10). 1 trường hợp dò tiêu hóa, BN này ung thư tại hang môn vị lan xuống tá tràng, khi đóng móm tá tràng rất khó khăn, chúng tôi phải thắt động mạch môn vị tá tràng sau đó khâu ép vào cùng với tá tràng. Trường hợp này chúng tôi dùng kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và bù điện giải về sau hết dò; 1 trường hợp tắc ruột sau mổ do gập góc hồng tràng làm chít hẹp miệng nối phải mổ lại gỡ dính và cắt nối lại (BN này ung thư thâm nhiễm mạc treo đại tràng và thân tụy). 2 BN viêm phổi đều cao tuổi (trên 70 tuổi, có bệnh lý hô hấp cũ), trong đó 1 trường hợp phải mở khí quản thở máy, 2 BN này đều dùng kháng sinh, khí dung hỗ trợ sau đó ổn định. 2 trường hợp phải mổ lại vì chảy máu sau mổ: 1 trường hợp chảy máu từ diện cắt lách (BN này trước đó mổ cấp cứu do xuất huyết tiêu hóa, thương tổn ung thư xâm lấn đuôi tụy và cuống lách chúng tôi phải cắt lách và đuôi tụy), 1 trường hợp chảy máu từ miệng nối phải mổ lại khâu cầm máu. 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (BN có đái đường). Như vậy ngoại trừ một trường hợp chảy máu miệng nối cho là lỗi kỹ thuật, các trường

hợp có biến chứng hoặc do BN cao tuổi có bệnh phổi hợp hoặc thương tổn lan tràn giai đoạn muộn.

Các biến chứng có thể gặp sau mổ là chảy máu (thường là ở miệng nối), dò tiêu hóa (mỏ tá tràng, miệng nối, dò tụy), tổn thương đường mật, viêm tụy, áp xe tòn dư (thường gặp trong nạo vét hạch mỡ rỗng), viêm phổi thường gặp người cao tuổi tiền sử hút thuốc lá hay có bệnh phổi mạn tính, suy dinh dưỡng và thiếu máu do rối loạn hoặc kém hấp thu (thiếu vitamin B12, loãng xương), hội chứng trào ngược, hội chứng quai tới, hội chứng quai đến... Nhìn chung các biến chứng và tỷ lệ tử vong liên quan tới kinh nghiệm của phẫu thuật viên, số lượng ca phẫu thuật và giai đoạn tiến triển của ung thư. Biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi nhưng biến chứng liên quan tới tử vong là dò tiêu hóa và tỷ lệ biến chứng tăng cao ở BN cao tuổi.

Điều trị hóa chất sau mổ: 29 trường hợp (38,2%) được điều trị hóa chất sau mổ, 1 trường hợp Lymphoma sử dụng phác đồ CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristin, prednisolon), 1 trường hợp dùng phác đồ EOX (epirubicin, oxaliplatin, capecitabine), 2 trường hợp GIST dùng Gleevec, 4 trường hợp dùng phác đồ ELF (etoposide, leucovorin, 5-FU) còn lại sử dụng phác đồ FUFA (5 FU, calixofolate) sau mổ và không gặp tai biến hay biến chứng gì, phác đồ này phù hợp trong hoàn cảnh hầu hết BN của chúng tôi cao tuổi, sau mổ thể trạng yếu, có nhiều bệnh phổi hợp.

Việc điều trị hóa chất sau mổ kết quả còn nhiều mâu thuẫn, một số phác đồ thấy cải thiện tỷ lệ sống sót sau mổ. Sakuramoto (2007) thông báo kết quả thử nghiệm trên 1000 BN cắt dạ dày nạo vét D2 giai đoạn II - III tại Nhật Bản giữa một bên dùng 5-FU, gimeracil và oteracil đường uống sau mổ và một bên không, tỷ lệ sống 3 năm tương ứng là 80,1% so với 70,1%, kết quả này đã được ứng dụng và chấp nhận ở Châu Âu nhưng chưa được sử dụng tại Mỹ trừ các thử nghiệm lâm sàng [9]. Do tỷ lệ ung thư tái phát di căn phúc mạc cho nên có ý kiến dùng hóa chất ở nhiệt độ cao trong mổ, tại Nhật Bản sử dụng mitomycin ban đầu đầy triển vọng, tuy nhiên kết quả không đủ sự thuyết phục, gần đây thử nghiệm từ Hàn Quốc và Australia sử dụng mytomycin, cisplatin và 5-U cũng không thấy lợi ích, thậm chí làm tăng độc tính. Hóa xạ trị phối hợp cho thấy có sự đáp ứng trên những BN không cắt bỏ được dạ dày hoặc bệnh tái phát, thử nghiệm INT-0116 (the Southwest Cancer Oncology Group trial) trên các BN giai đoạn I-IV (M0) với một bên phẫu thuật đơn độc và một bên phối hợp sử dụng 5-FU, acid folinic (leucovorin) và 45 Gy XRT sau phẫu thuật cho thấy thời gian sống 3 năm sau mổ tương ứng 41% so với 50% ($p = 0,005$) [9]. Tân hóa bổ trợ gồm etoposide, cisplatin và 5-FU hoặc doxorubicin sử dụng gần đây có những kết luận tích cực cải thiện thể trạng BN, giảm kích thước u nguyên phát, đánh giá sự đáp ứng điều trị để tiên lượng và lập kế hoạch điều trị trong tương lai. NC tại trung tâm ung thư Anderson (Texas) cho thấy việc sử dụng hóa chất trước mổ cải thiện tỷ lệ sống 5 năm sau mổ (83% so với 31%, $p < 0,001$). Việc sử dụng hóa xạ trị trước mổ cũng cho thấy kết quả khả quan, các thử nghiệm ở Mỹ và Nga sử dụng 5-FU, acid folinic và cisplatin tiếp theo bởi 5-FU và XRT (45 Gy) sau 4-6 tuần mới tiến hành phẫu thuật cho thấy tăng tỷ lệ cắt bỏ và

thời gian sống sau mổ [5], [7].

Kết quả sớm sau mổ: Dựa vào các tiêu chuẩn đánh giá thấy số BN đạt kết quả tốt 89,5%, đây là những trường hợp trong và sau mổ diễn biến thuận lợi, BN không có biến chứng, sức khỏe hồi phục tốt ra viện ổn định. Kết quả trung bình chiếm tỷ lệ 10,5%, tình trạng toàn thân hồi phục chậm, có các biến chứng nhưng được phát hiện và xử trí kịp thời.

KẾT LUẬN

Qua NC chúng tôi nhận thấy UTDD chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến (92,1%), nam giới chiếm 82,9% trong đó nhóm người cao tuổi 86,8% với nhiều bệnh phổi hợp như tăng huyết áp (38,1%), đái đường (17,1%), bệnh tim mạch (17,1%), bệnh lý hô hấp (14,5%)... Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau bụng (81,6%), hơn 2/3 các trường hợp (36,8%) có thiếu máu, BN đến viện thường ở giai đoạn muộn (63,1%). Phẫu thuật có chuẩn bị chiếm 94,7%, mổ cấp cứu 5,3% với các thương tổn chủ yếu ở hang vị và bờ cong nhỏ (69,7%). Cắt dạ dày 88,2%, nạo vét hạch 78,9%, phối hợp điều trị hóa chất sau mổ 38,2%, tỷ lệ biến chứng sau mổ 9,2%, không có tử vong. Với đặc thù của Bệnh Viện Hữu Nghị BN là người cao tuổi, nhiều bệnh phổi hợp, mặc dù chẩn đoán còn muộn, tuy nhiên chúng tôi nhận thấy có thể thực hiện phẫu thuật triệt để UTDD và phối hợp hóa chất sau mổ cho kết quả ban đầu là khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Văn Quyết, Lê Minh Sơn (2009). “Chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày sớm”. Ngoại khoa số 1, trang 6 - 14.
2. Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân (1999). “Bước đầu đánh giá kết quả nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày”. Tạp chí thông tin Y Dược - Số đặc biệt về ung thư, trang 62 - 65.
3. Julie A. Margenthaler, Mary E. Klingensmith (2005). “Disorders of the stomach”. Washington Manual of Surgery, 4th Edition, p.213 - 221.
4. Jeffrey D. Wayne, Mark S. Talamonti (2007). “Tumors of the Stomach, Duodenum, and Small Bowel”. ACS Surgery: Principles & Practice, 6th Edition, p.819 - 834.
5. Alexander A. Parikh, Paul F. Mansfield (2007). “Gastric adenocarcinoma”. Current Surgical Therapy, 8th Edition, p.95 - 100.
6. Michael J. Zinner, Stanley W. Ashley (2007). “Gastric adenocarcinoma”. Maingot's Abdominal Operations, 2nd Edition, p.566 - 595.
7. Michael W. Mulholland (2006). “Gastric Neoplasms”. Greenfield's Surgery: Scientific principles and practice, 4th Edition, p.743 - 755.
8. David W. Mercer, Emily K. Robinson (2004). “Gastric Neoplasms”. Sabiston Textbook of Surgery, 17th Edition, p.1302 - 1315.
9. Theodoros Foukakis, Lars Lundell, Michael Gubanski, Pehr A. Lind (2007). “Advances in the treatment of patients with gastric adenocarcinoma”. Acta Oncologica; 46(3): p.277 - 285.