

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY KẾT HỢP HÓA TRỊ HỖ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Quang Bộ¹, Lê Mạnh Hà², Phạm Như Hiệp³, Lê Lộc³

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế

(2) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Huế

(3) Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm của bệnh lý ung thư dạ dày và bước đầu đánh giá kết quả điều trị hóa chất sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành ở 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày bằng kết quả giải phẫu bệnh và được điều trị phẫu thuật cắt dạ dày tại khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế kết hợp hoá trị liệu sau phẫu thuật từ 1/2011 đến 5/2012. Phương pháp mô tả theo dõi dọc, tiến cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ nam nữ là 2/1. Nhóm tuổi thường hay gặp nhất là từ 41-60 chiếm tỷ lệ 63,33%. 93,34% có triệu chứng đau vùng thượng vị. Triệu chứng sờ được u trên lâm sàng chiếm tỷ lệ 16,67%. Tỷ lệ phát hiện dấu hiệu bệnh lý ung thư dạ dày qua siêu âm là 86,67%. Vị trí tổn thương vùng hang môn vị chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%. Hình ảnh đại thể thì thể loét chiếm đa số với 53,33%. Đa số bệnh nhân vào viện ở giai đoạn muộn (III,IV) chiếm 76,67%. Không có trường hợp nào tử vong do phẫu thuật; biến chứng chung sau mổ gặp 3,33%, chủ yếu nhiễm trùng vết mổ. Sau phẫu thuật tỉ lệ di căn chung (gan, hạch, buồng trứng) chiếm 21,84%, tái phát miệng nổi là 5,26%. Đa số bệnh nhân đều được hóa trị liệu từ 4-8 tuần sau phẫu thuật cắt dạ dày với tỷ lệ 73,33%. Các triệu chứng lâm sàng do tác dụng phụ của hoá chất gặp ở tỷ lệ thấp và dễ dàng kiểm soát được. Biến chứng mệt mỏi chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,33%, kể đến rụng tóc chiếm tỷ lệ 26,67%. Thời gian theo dõi trung bình là 11 tháng (6-15 tháng). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ giai đoạn II đạt 100%, giai đoạn III đạt 94,17%, giai đoạn IV đạt 16,67%. **Kết luận:** Chúng tôi nghiên cứu một số đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý ung thư dạ dày, đánh giá kết quả phẫu thuật, chất lượng sống của bệnh nhân tái khám 12 tháng sau phẫu thuật có kết hợp điều trị hỗ trợ hóa chất. Các độc tính hoá trị ở mức độ thấp có thể chấp nhận và kiểm soát được. Hầu hết những bệnh nhân sau phẫu thuật 12 tháng có chất lượng sống tương đối tốt. Tuy nhiên nghiên cứu cần phải được thực hiện trong thời gian dài hơn, số bệnh nhân lớn hơn với thời gian theo dõi 3 đến 5 năm mới có thể đánh giá một cách đầy đủ được.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, hóa trị

Abstract

PRELIMINARY RESULTS OF SURGERY FOR GASTRIC CANCER COMBINED ADJUVANT CHEMOTHERAPY

Nguyen Quang Bo¹, Le Manh Ha², Pham Nhu Hiep³, Le Loc³

(1) PhD Students of Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

(2) Dept. of Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy

(3) Hue Central Hospital

Purpose: To review some characteristics of patients and evaluate preliminary results of adjuvant chemotherapy for patients with resected gastric cancer. **Objectives and Methods:** The study was

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Quang Bộ, * Email: boquangbvd@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.4+5.16

- Ngày nhận bài: 29/7/2014 * Ngày đồng ý đăng: 5/11/2014 * Ngày xuất bản: 16/11/2014

conducted on 30 patients with gastric cancer (male/female = 20/10) treated by adjuvant chemotherapy after gastrectomy at the Digestive Surgical Department at Hue Central Hospital from January. 2011 to May. 2012. We noted their clinical and paraclinical signs and studied the preliminary results of adjuvant chemotherapy after gastrectomy for gastric cancer. **Results:** The male/female = 2/1, The common group of age is 41-60, accounting for 63.33%. The primary tumor were found mostly at antrum and pylorus (66.67%). The postoperative mortality and morbidity common rates were 0% and 3.33%. Almost patients treated by adjuvant chemotherapy from 4-8 weeks after gastrectomy (73.33%). Fatigue is the most common toxicity of chemotherapy with 33.33% and alopecia was 26.67%. The follow-up time is about 11 months (rank 6-15 months). The life time expectancy of all 30 patients by stages disease: Stage II: 100%, stage III: 94.17% and stage IV: 16.67%. **Conclusion:** We review general characteristics of patients, and evaluate the results of surgery, quality of life after surgery combine with supportive care. Number of patients with total points within the 8-10 points by Spitzer index from 70% to 80% after the second re-examination. Most of chemotherapy toxicity is tolerable. However, this study needs to be carry out in the longer time, with larger number of patients.

Key words: gastric cancer, chemotherapy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một bệnh lý thường gặp, đứng hàng thứ hai trên thế giới; ở Việt Nam, đứng hàng đầu trong số các ung thư đường tiêu hóa. Bệnh có tần suất cao ở Nhật Bản, Trung Quốc, Iceland, Chi Lê, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Điều trị ung thư dạ dày cho đến nay chủ yếu vẫn là phẫu thuật.

Nhằm cải thiện hơn nữa kết quả điều trị bệnh trong những năm gần đây, đã có rất nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới áp dụng hóa trị và xạ trị trong hỗ trợ bệnh ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển, đặc biệt hóa trị là phương pháp được đề cập đến nhiều [1], [4]. Từ sau những năm 1990, qua nhiều kết quả thử nghiệm về hóa trị liệu hỗ trợ trong điều trị ung thư dạ dày, các nhà nghiên cứu cho rằng hóa trị liệu sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư là một bước điều trị chuẩn với các kết quả khả quan và đầy hứa hẹn [4], [14].

Tại bệnh viện Trung ương Huế, những năm gần đây số bệnh nhân bị ung thư dạ dày vào điều trị phẫu thuật chiếm tỷ lệ khá cao. Phần lớn bệnh nhân được điều trị hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật cắt bỏ dạ dày. Tuy nhiên, các nghiên cứu về vấn đề hóa trị liệu hỗ trợ sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư vẫn chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài **“Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày kết hợp hóa trị liệu tại Bệnh viện Trung ương Huế”** nhằm mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý ung thư dạ dày

2. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày kết hợp hóa trị liệu tại Bệnh viện Trung ương Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 30 bệnh nhân ung thư dạ dày được chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh và đã được phẫu thuật cắt dạ dày kết hợp điều trị hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế, từ 1/2011 đến 5/2012.

Sau phẫu thuật 4-8 tuần, bệnh nhân được điều trị hóa chất theo phác đồ ECX :

Epirubicin 50mg/m², TM, ngày 1

Ciplastin 60mg/m², TM, ngày 1

Xeloda 625mg/m², uống liên tục 21 ngày

Chu kỳ 21 ngày/đợt gồm 6 đợt.

2.2. Phương pháp

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Những bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh, được điều trị phẫu thuật cắt dạ dày kết hợp hóa trị liệu theo phác đồ ECX sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày nhưng không thể điều trị phẫu thuật

- Các trường hợp không điều trị hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật hoặc điều trị không đủ liệu trình 6 đợt.

- Các trường hợp điều trị phẫu thuật tạm thời: mở thông dạ dày, mở thông hồng tràng, mở bụng thăm dò...

- Các trường hợp có bệnh lý phối hợp như: cao huyết áp, đái tháo đường, suy thận, bệnh lý phổi mạn tính.

Tiến hành

Đánh giá các đặc điểm chung: Tuổi, giới, lâm sàng, cận lâm sàng...

Đánh giá kết quả điều trị hóa chất: các biến chứng, thời gian sống thêm, chất lượng sống sau mổ.

Phân giai đoạn bệnh dựa vào phân loại TNM theo UICC (Union Internationale Contre le Cancer)

Tái khám 3 tháng/lần, những trường hợp ở xa không đến được, chúng tôi tiến hành gọi thư theo địa chỉ hoặc gọi điện để theo dõi đánh giá kết quả.

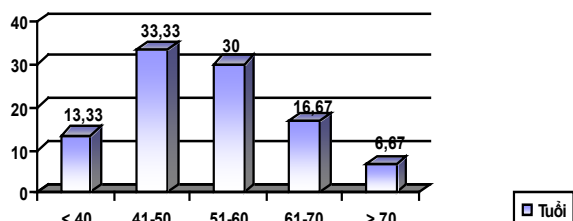
2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp: Sử dụng phương pháp tiến cứu và mô tả theo dõi dọc.

2.4. Xử lý số liệu: theo chương trình SPSS 16.0

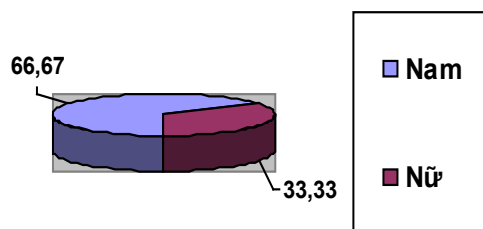
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và Giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Lứa tuổi 41- 60 tuổi hay gặp nhiều nhất với tỷ lệ (63,33%). Nhóm tuổi ≤ 40 tuổi gặp 4 trường hợp (13,33 %). Tuổi trung bình $52,53 \pm 11,42$. Trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 33 tuổi, lớn nhất 75 tuổi.



Biểu đồ 3.2. Phân bố theo giới tính

Nhận xét: Nam giới gặp nhiều hơn Nữ giới, tỷ lệ nam/nữ = 2/1 ($p < 0,01$)

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	N=30	Tỷ lệ (%)
Đau thượng vị	28	93,34
Xuất huyết tiêu hóa	1	3,33
Sút cân	17	56,67
Ợ hơi, ợ chua	7	23,33
Nôn, buồn nôn	8	26,67
Mệt mỏi, chán ăn	9	30
Đầy bụng khó tiêu	11	36,67
Sờ thấy khối u vùng thượng vị	5	16,67

Nhận xét: Triệu chứng đau bụng vùng thượng vị chiếm tỷ lệ cao nhất (93,34%), trong đó biểu hiện đau liên tục (78%). Biểu hiện sút cân chiếm tỷ lệ khá cao (56,67%); ợ hơi, ợ chua (23,33%), chán ăn (30%); nôn, buồn nôn (26,67%); sờ thấy khối u vùng thượng vị (16,67%).

Bảng 3.2. Kết quả siêu âm bụng

Siêu âm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hình ảnh bệnh lý	26	86,67
Echo(-)	4	13,33
Tổng	30	100

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện hình ảnh bệnh lý ung thư dạ dày qua siêu âm gặp ở 26 trường hợp (86,67%). Có 4 trường hợp siêu âm không phát hiện gì (13,33%).

Bảng 3.3. Kết quả nội soi dạ dày

Vị trí tổn thương	N	Tỷ lệ %
Bờ cong nhỏ	9	30
Hang môn vị	20	66,67
Tâm vị	1	3,33
Tổng	30	100

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương ở vùng hang môn vị chiếm tỷ lệ cao nhất (66,67%), tâm vị chỉ gặp 1 trường hợp (3,33%).

Bảng 3.4. Hình ảnh đại thể tổn thương

Hình ảnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sùi	8	26,67
Loét	16	53,33
Loét sùi	4	13,33
Thâm nhiễm	2	6,67
Tổng	30	100

Nhận xét: Tổn thương dạng loét chiếm tỷ lệ cao nhất (53,33%), tổn thương dạng sùi (26,67%), tổn thương dạng thâm nhiễm (6,67%).

Bảng 3.5. Độ biệt hóa của tổn thương

Giải phẫu bệnh lý tổn thương		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ung thư tổ chức liên kết		0	0
Ung thư biểu mô tuyến	Biệt hóa tốt	13	43,33
	Biệt hóa vừa	8	26,67
	Biệt hóa kém	6	20
	Không biệt hóa	3	10
Tổng		30	100

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ (100%). Trong đó độ biệt hóa tốt và độ biệt hóa vừa (70%), không biệt hóa (10%).

Bảng 3.6. Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
0-I	0	0
II	7	23,33
III	17	56,67
IV	6	20
Tổng	30	100

Bảng 3.8. Độc tính III, IV của hóa chất hỗ trợ về mặt huyết học

Các chỉ số %		Sau đợt 1	Sau đợt 2	Sau đợt 3	Sau đợt 4	Sau đợt 5	Sau đợt 6
Huyết học	Hemoglobin	0	0	3,33	0	3,33	3,33
	Bạch cầu	3,33	3,33	3,33	3,33	3,33	6,67
	Tiểu cầu	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Chủ yếu gây độc tố do giảm bạch cầu, không gặp trường hợp nào gây độc tính giảm tiểu cầu ở mức độ nặng.

3.5. Kết quả tái khám sau phẫu thuật

Chúng tôi tiến hành tái khám 2 đợt: đợt I vào tháng 6 sau phẫu thuật, đợt II từ tháng 9-12 sau phẫu thuật. Kết quả tái khám đợt đầu có 30 bệnh nhân, đợt II 24 bệnh nhân.

Bảng 3.9. Kết quả tái khám siêu âm

Kết quả siêu âm	Lần 1 (30 BN)		Lần 2 (24 BN)	
	n	%	n	%
Không phát hiện bất thường	25	83,33	15	62,50
Tổn thương gan	3	10	5	20,83
Hạch ổ bụng	2	6,67	3	12,50
Buồng trứng trái			1	4,17

Nhận xét: Bệnh nhân vào viện ở giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao (56,67%), (20%) vào viện giai đoạn IV, giai đoạn sớm (0-I) không có trường hợp nào.

3.3. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật 30 bệnh nhân ung thư dạ dày chỉ gặp 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 3,33%.

3.4. Kết quả điều trị hóa trị liệu sau phẫu thuật

Bảng 3.7. Tác dụng phụ của hóa chất

Tác dụng phụ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rụng tóc	8	26,67
Buồn nôn, nôn	7	23,33
Viêm niêm mạc miệng	1	3,33
Mệt mỏi	10	33,33
Ăn uống kém	5	16,67
Ỉa chảy	1	3,33

Nhận xét: Biểu hiện mệt mỏi chiếm tỷ lệ cao nhất (33,33%), rụng tóc (26,67%), biến chứng viêm niêm mạc hay ỉa chảy có (3,33 %) trường hợp.

Nhận xét: Kết quả siêu âm lần 1 (3-6 tháng sau phẫu thuật). Trong tổng số 30 trường hợp được siêu âm kiểm tra, có 2 trường hợp có hạch ổ bụng chiếm tỷ lệ (6,67%), (10%) tổn thương gan.

Kết quả siêu âm lần 2 (9-12 tháng sau phẫu thuật): Trong số 24 bệnh nhân tái khám được siêu âm có 15 bệnh nhân chiếm (62,50%) không phát hiện gì, đặc biệt có 1 trường hợp di căn buồng trứng trái (4,17%).

Bảng 3.10. Kết quả nội soi

Kết quả nội soi	Lần 1 (23BN)		Lần 2 (19 BN)	
	n	%	n	%
Bình thường	9	39,13	7	36,84
Viêm, phù nề miệng nổi	14	60,87	11	57,90
Loét tái phát	0	0	1	5,26

Nhận xét: Trong tổng số 23 trường hợp được nội soi lần 1, có 14 trường hợp biểu hiện viêm, phù nề miệng nổi chiếm tỷ lệ (60,87%).

Nội soi lần 2 có viêm miệng nổi chiếm (57,90%), đặc biệt có 1 trường hợp loét tái phát (5,26%).

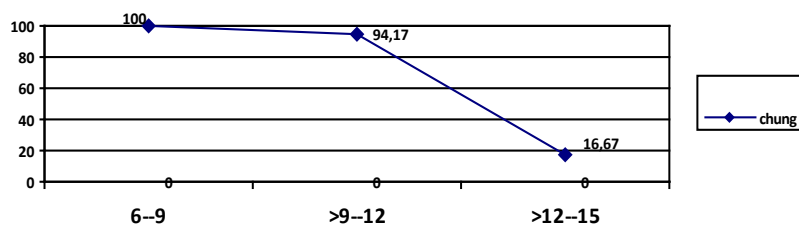
Bảng 3.11. Chất lượng cuộc sống theo thang điểm Spitzer

Thang điểm Spitzer	Lần 1 (30 BN)		Lần 2 (24 BN)	
< 5 điểm	0	0	0	0
5-7 điểm	7	23,33	5	19,23
8-9 điểm	15	50	14	53,85
10 điểm	8	26,67	7	26,92
Tổng	30	100	26	100

Nhận xét: Tái khám lần 1: Đa số bệnh nhân có tổng số điểm Spitzer nằm trong giới hạn 8-10 điểm chiếm tỷ lệ (76,67%). Không có trường hợp

nào có tổng < 5 điểm.

Tái khám lần 2: Số bệnh nhân 8-10 điểm chiếm tỷ lệ (80,77%), không có bệnh nhân nào < 5 điểm.



Biểu đồ 3.3. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình là 11 tháng (6-15 tháng)

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ giai đoạn II đạt (100%), giai đoạn III đạt (94,17%), giai đoạn IV đạt (16,67%).

Ước tính thời gian sống thêm sau 15 tháng là: giai đoạn II đạt (100%), giai đoạn III đạt (50%), giai đoạn IV (0%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới

Ung thư dạ dày là một bệnh lý thường gặp ở người trên 40 tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.1) tuổi trung bình là $52,53 \pm 11,42$, nhỏ nhất là 33 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi. Kết quả nghiên cứu về giới và tuổi của chúng tôi cho thấy, nhóm tuổi thường hay gặp nhất trong ung thư dạ dày là từ 41-60 tuổi chiếm tỷ lệ đến 63,33%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Mạnh Hà [2], Nguyễn Chấn Hùng [7]. Theo nghiên cứu của Laterza E [13] tuổi trung bình là 64,1 (41-82).

Theo hầu hết các số liệu nghiên cứu về bệnh lý ung thư dạ dày của các tác giả trong nước và ngoài nước cho thấy dù ở vùng dịch tễ có xuất độ cao hay thấp thì đều cho kết quả nam giới mắc bệnh ung thư dạ dày nhiều hơn nữ giới và tỷ lệ giữa nam/nữ là khoảng 1,75/1 đến 2,5/1 [15], [16]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.2) cho thấy nam giới mắc ung thư dạ dày nhiều hơn so với nữ giới với tỷ lệ 2/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả khác như Vũ Hồng Thăng [12], Trịnh Hồng Sơn [11] đều cho tỷ lệ nam/nữ = 2/1

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Từ kết quả Bảng 3.1, theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng đau bụng vùng thượng vị chiếm tỷ lệ cao nhất với 93,33%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu của Đỗ Trọng Quyết với triệu chứng đau bụng vùng thượng vị trong bệnh lý ung thư dạ dày luôn chiếm một tỷ lệ cao > 90% [9]. Theo tác giả Lê Mạnh Hà [2] thì triệu chứng đau thượng vị chiếm tỷ lệ 100%. Đau bụng xuất hiện ở bệnh nhân thường chỉ khởi đầu ở mức độ nhẹ và âm ỉ, có khi chỉ thấy khó chịu ở vùng bụng. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy có đến 16 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 63,33% biểu hiện đau liên tục vùng thượng vị.

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 17 bệnh nhân bị sụt cân trước khi vào viện chiếm 56,67%, kết quả này cũng tương tự như kết quả của tác giả Lê Mạnh Hà [2] cho thấy sụt cân chiếm tỷ lệ 59,1%. Khi bệnh nhân có biểu hiện này và vào viện thì bệnh đã ở giai đoạn muộn, một số nghiên cứu của các tác giả cho thấy tỷ lệ sụt cân khá cao so với kết quả của chúng tôi: theo tác giả Trịnh Hồng Sơn [11] gặp 98 bệnh nhân (92,2%), Nguyễn Lam Hòa là 90,6% [4] có đến 90,6% bệnh nhân có triệu chứng sụt cân, còn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Lam Hồ [5] thì tỷ lệ này là 78,4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng sờ được khối u chiếm tỷ lệ 16,67%. Trong ung thư

dạ dày ở giai đoạn sớm thì khi thăm khám thường không phát hiện được bất thường, nhưng khi phát hiện được triệu chứng rõ thì phần lớn bệnh nhân thường ở giai đoạn muộn điều này cũng phù hợp trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Nguyễn Đình Hồi [6] thì có đến 60% bệnh nhân của chúng ta khi đến khám đã có sờ được khối u. Theo Đỗ Trọng Quyết [10] với tỷ lệ sờ thấy u là 9,5%.

Theo Nguyễn Đình Hồi [6] thì siêu âm đơn thuần không thể khẳng định chẩn đoán nhưng giúp phát hiện các hình ảnh ung thư dạ dày và biến chứng. Hình ảnh bệnh lý của siêu âm bao gồm: thành dạ dày mất cấu trúc lớp, có hạch bụng, tổn thương gan, tổn thương tụy... Từ Bảng 3.2, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 26 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 86,67% có hình ảnh bệnh lý có thể phát hiện được trên siêu âm. Kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Nguyên Khôi [8] cho thấy tỷ lệ này chiếm 87,4%.

Ung thư dạ dày có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của ung thư dạ dày, tuy nhiên tần suất gặp khác nhau ở những vị trí khác nhau. Vị trí u qua nội soi chúng tôi ghi nhận được (Bảng 3.3): vùng hang môn vị chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%, bờ cong nhỏ 26,67%, vùng tâm vị chiếm tỷ lệ 3,33%. Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn [11] với tỷ lệ khối u ở vị trí khối u ở vị trí 1/3 dưới (hang môn vị) là 50,6%, vị trí u ở 1/3 trên (tâm vị và đáy vị) chỉ chiếm tỷ lệ 6,8%.

Theo bảng 3.4, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy về hình ảnh đại thể thì tỷ lệ tổn thương dạng loét chiếm cao nhất với 53,33%, tổn thương dạng sùi chiếm tỷ lệ 26,67% và hình ảnh thâm nhiễm chỉ gặp ở 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 6,67%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với một số tác giả khác [3], [10]. Thực tế cho thấy các tổn thương sùi, loét, thâm nhiễm xen kẽ ở các mức độ khác nhau, do đó cần căn cứ vào tổn thương nào là chủ yếu để xếp loại, chính vì vậy mà kết quả nghiên cứu của tác giả có sự khác nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.5) ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 100%. Trong đó ung thư biểu mô tuyến có độ biệt hóa tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,33%, độ biệt hóa vừa chiếm tỷ

lệ 26,67%, độ biệt hóa kém chiếm tỷ lệ 20%. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Lê Mạnh Hà [2] ung thư biểu mô tuyến chiếm 95%. Theo nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng cho thấy ung thư biểu mô tuyến có độ biệt hóa tốt và độ biệt hóa vừa chiếm 55,6%, biệt hóa kém chiếm 28,9% và không biệt hóa chiếm tỷ lệ 15,5%. Như vậy, so với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt với ung thư biểu mô tuyến có độ biệt hóa tốt và độ biệt hóa vừa chiếm đa số.

Trong nghiên cứu của chúng tôi từ bảng 3.8, có 56,67% bệnh nhân vào viện ở giai đoạn III và có 23,33% vào viện giai đoạn II, giai đoạn IV chiếm 20%, không có bệnh nhân vào viện giai đoạn 0-I. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả như kết quả nghiên cứu của Vũ Hải, Đoàn Hữu Nghị [3] trên 30 bệnh nhân vào điều trị tại bệnh viện K trong giai đoạn 1999-2003 cho thấy 76,8% bệnh nhân vào viện giai đoạn III, IV, có 8,3% vào viện giai đoạn I. Thực tế ở nước ta hiện nay, việc sàng lọc phát hiện sớm còn thấp, đa số bệnh nhân vào viện giai đoạn muộn với tỷ lệ hầu hết nghiên cứu 50-70% [12], vì vậy kết quả điều trị còn hạn chế, thời gian sống thêm sau phẫu thuật ngắn.

4.3. Biến chứng sau phẫu thuật

Theo nhiều nghiên cứu, các biến chứng sau phẫu thuật thường gặp là nhiễm trùng vết mổ, áp xe dưới cơ hoành... Theo tác giả Đỗ Trọng Quyết [9] cho rằng phẫu thuật điều trị triệt căn trong ung thư dạ dày là một phẫu thuật lớn có tỷ lệ biến chứng khoảng 5,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm trùng vết mổ gặp 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,33%. Vì cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ nên chúng tôi không tiến hành so sánh kết quả với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

4.4. Kết quả điều trị hóa trị liệu sau phẫu thuật

4.4.1. Tác dụng phụ về mặt lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi dùng phác đồ điều trị ECX thì ghi nhận theo kết quả ở Bảng 3.7 có những tác dụng phụ như sau:

- Mệt mỏi: là 1 trong những dấu hiệu thường gặp trong điều trị hóa chất hỗ trợ, kết quả nghiên

cứu của chúng tôi cho thấy 33,33%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Thăng [12] cũng cho kết quả tương tự với 35,6% bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi và tác giả giải thích rằng sở dĩ tỷ lệ này cao ở đợt I là do bệnh nhân vừa mới được phẫu thuật xong và được điều trị hóa chất ngay nên sức khỏe chung chưa đủ để hồi phục.

- Rụng tóc: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 26,67%. Theo nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Thăng [12] với phác đồ ELF trên 45 bệnh nhân thì tỷ lệ này là 46,7% gặp cao nhất sau đợt I. Vì cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn ít nên chúng tôi không so sánh kết quả với các tác giả khác.

- Nôn và buồn nôn: Đây là 1 trong những tác dụng phụ thường gặp của điều trị hóa chất hỗ trợ. Kết quả của chúng tôi cho thấy có 7 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 23,33%, triệu chứng này ít là do bệnh nhân đã được chủ động tiêm truyền thuốc chống nôn trước khi dùng hóa chất để phòng ngừa.

- Chán ăn, ăn uống kém: Đây cũng là 1 trong các triệu chứng thường gặp trong các bệnh nhân ung thư nói chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng này chiếm 16,67%. Theo tác giả Vũ Hồng Thăng [12] có thể khắc phục triệu chứng này bằng cách động viên bệnh nhân và thay đổi món ăn liên tục, hoặc uống thêm vitamin nhóm B.

4.4.2. Tác dụng phụ về huyết học

Từ kết quả Bảng 3.8 cho thấy tác dụng phụ về huyết học khi sử dụng phác đồ ECX cho thấy như sau:

+ Về Hb: kết quả ghi nhận cho thấy sau đợt I, II, IV có 3,33% suy giảm độ I, sau đợt III, V, VI có 3,33% suy giảm độ III. Theo Nguyễn Bá Đức [1] cần phải can thiệp khi có thiếu máu độ IV. Điều này chứng tỏ tính tương đối an toàn đối với sự phát triển dòng hồng cầu khi tiến hành điều trị hóa chất.

+ Về bạch cầu: Kết quả của chúng tôi cho thấy sau đợt I, II, III, IV, V có 3,33% suy giảm độ III, sau đợt VI có 6,67% suy giảm độ III. Theo Nguyễn Bá Đức [1] không được phép điều trị hóa chất khi bạch cầu đa nhân dưới $1.500/\text{mm}^3$ máu và phải tạm ngừng điều trị 7 -10 ngày để tủy xương hồi phục thì sẽ tiếp tục điều trị tiếp. Trong nghiên cứu

của chúng tôi không có trường hợp nào phải ngưng điều trị tạm thời do suy giảm bạch cầu. Điều trị cho thấy hóa trị liệu theo phác đồ ECX có gây ảnh hưởng đến việc suy giảm bạch cầu, tuy nhiên độc tính ở mức có thể chấp nhận được.

+ Dòng tiểu cầu: Kết quả nghiên cứu chúng tôi có 6,67% có suy giảm tiểu cầu cấp độ I, không có trường hợp nào cần thiết phải truyền tiểu cầu, điều này cho thấy tính an toàn của phác đồ này với dòng tiểu cầu.

4.5. Kết quả tái khám sau phẫu thuật

Kết quả tái khám lần 1: sau 6 tháng (30 bệnh nhân)

Trong tổng số 30 trường hợp được siêu âm (bảng 3.9) khi kiểm tra tái khám lần đầu có 3 trường hợp phát hiện tổn thương ở gan chiếm tỷ lệ 10%, dấu hiệu hạch ổ bụng gặp 2 trường hợp chiếm 6,67%. Trong tổng số 23 trường hợp được tiến hành nội soi ở lần tái khám đầu tiên từ bảng 3.12 có 14 trường hợp có biểu hiện viêm phù nề miệng nổi chiếm tỷ lệ 60,87%.

Theo kết quả ở Bảng 3.12 về đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Spitzer cho thấy 8-10 điểm đa số 23 bệnh nhân chiếm 76,67%, < 5 điểm không có trường hợp nào. Như vậy theo thang điểm Spitzer cho thấy đa số các bệnh nhân đều có chất lượng cuộc sống chấp nhận được, chỉ có một số ít có bị ảnh hưởng.

Kết quả tái khám lần 2: sau 9-12 tháng (24 bệnh nhân)

Qua siêu âm kết quả ở Bảng 3.10 ghi nhận có 8 bệnh nhân có biểu hiện di căn gan, hạch ổ bụng chiếm tỷ lệ 33,33%, có 1 trường hợp di căn buồng trứng chiếm tỷ lệ 4,17%. Trong Bảng 3.11 có 19 bệnh nhân đồng ý nội soi trong đó có 11 trường hợp biểu hiện viêm phù nề miệng nổi chiếm tỷ lệ 57,90%, 1 trường hợp loét tái phát chiếm tỷ lệ 5,26%.

Đánh giá chất lượng cuộc sống (dựa vào thang điểm Spitzer) ở Bảng 3.12 cho thấy đa số bệnh nhân nằm trong giới hạn 8-10 điểm chiếm tỷ lệ 79,17%, < 5 điểm không có trường hợp nào. So với lần tái khám I, kết quả lần tái khám II có sự tăng lên về tỷ lệ biểu hiện xấu của bệnh, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Qua 2 lần tái khám đánh giá chất lượng cuộc sống dựa vào thang điểm Spitzer đều cho thấy đa số bệnh nhân đều ít thay đổi hoặc không thay đổi gì so với trước khi bị bệnh về chất lượng cuộc sống 70-80% có chất lượng cuộc sống tốt, số bệnh nhân có thay đổi về chất lượng cuộc sống chiếm tỷ lệ thấp.

Theo đa số tác giả thì ung thư nói chung và ung thư dạ dày nói riêng thường tái phát trong 2 năm đầu sau điều trị, đặc biệt là trong 5 năm đầu. Một số công trình nghiên cứu của nhiều tác giả trong thời gian từ 1974-1995 trong điều trị phẫu thuật dạ dày đơn thuần như Nguyễn Đình Hồi [6], Hà Văn Quyết [9], cho thấy thời gian sống thêm 2 năm sau mổ khoảng 32-40%. Trong ung thư dạ dày, đa số các nghiên cứu cho thấy tùy thuộc vào từng giai đoạn mà thời gian sống thêm sau phẫu thuật có khác nhau. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn [11] cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có thời gian sống thêm ở giai đoạn II cao hơn có ý nghĩa đối với giai đoạn III và giai đoạn IV. Theo nghiên cứu của tác giả Vũ Hải cho thấy tỷ lệ sống thêm 2 năm theo giai đoạn giảm dần theo từng giai đoạn [3]. Cũng theo tác giả Vũ Hải khi nghiên cứu trên 300 bệnh nhân ung thư dạ dày được điều trị phẫu thuật đơn thuần thì thời gian sống thêm 2 năm sau mổ ở giai đoạn III đạt 47,7%, giai đoạn IV đạt 15,3%. Như vậy, giai đoạn bệnh là một trong những yếu tố tiên lượng về thời gian sống thêm của bệnh nhân sau phẫu thuật do ung thư dạ dày và chúng tôi cũng thống nhất với ý kiến này. Từ biểu đồ 3.3, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian theo dõi trung bình 11 tháng, cho thấy thời gian sống thêm ở giai đoạn II đạt 100%, giai đoạn III đạt 94,17%, giai đoạn IV đạt 16,67%. Điều này góp phần khẳng định hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật cũng có 1 vai trò trong việc kéo dài thời gian sống thêm bệnh nhân. Tuy nhiên, để có thể đánh giá chính xác hơn về vai trò của hóa trị liệu hỗ trợ sau phẫu thuật cắt dạ dày, nghiên cứu cần thực hiện với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian nghiên cứu dài hơn mới có thể kết luận được. Nên chúng tôi không so sánh với các tác giả khác.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy:

- Tỷ lệ nam/nữ là 2/1, nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 41-60 tuổi với tỷ lệ 63,33%. Độ tuổi, 40 tuổi chỉ chiếm 133%. 93,34% bệnh nhân đau vùng thượng vị. Triệu chứng sờ được khối u trên lâm sàng chiếm 16,67%. Tỷ lệ phát hiện dấu hiệu bệnh lý ung thư dạ dày qua siêu âm là 86,67%. Hình ảnh đại thể thì thể loét chiếm đa số với 53,33%, thể sùi chiếm 26,67%, thể thâm nhiễm chiếm 6,67. Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 100%.

- Tai biến, biến chứng phẫu thuật: không có trường hợp nào tử vong trong mổ. Biến chứng chung sau mổ gặp 3,33% chủ yếu là các biến

chứng nhẹ: nhiễm trùng vết mổ.

- Tỷ lệ di căn gan, di căn hạch và loét sùi tái phát miệng nối sau mổ 9 -12 tháng là 42,76%.

- Đa số bệnh nhân vào viện ở giai đoạn III-IV chiếm tỷ lệ đến 76,67%, giai đoạn II chiếm tỷ lệ 23,33%, không có trường hợp nào đến viện ở giai đoạn sớm (giai đoạn 0-I).

- Phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư kết hợp hóa chất theo công thức ECX sau mổ cho thấy tác dụng phụ đối với bệnh nhân biểu hiện nhẹ, dễ dàng kiểm soát, không có trường hợp nào phải ngừng hay giảm liều điều trị.

- Trên 70% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt sau phẫu thuật triệt để kết hợp điều trị hóa chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2003), *Hoá chất điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội .
2. Lê Mạnh Hà (1998), *Góp phần nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại bệnh viện Trung ương Huế*, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
3. Vũ Hải, Đoàn Hữu Nghị, Nguyễn Văn Hiếu (2001), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật qua 150 trường hợp ung thư dạ dày tại bệnh viện K từ 07/1999 - 10/2000”, *Tài liệu hội thảo lần thứ hai- Trung tâm hợp tác nghiên cứu của tổ chức thế giới về ung thư dạ dày*, Bộ Y tế - tổ chức Y tế, tr. 63-69.
4. Nguyễn Lam Hòa, Trần Quang Hưng (2006), “Kết quả bước đầu điều trị hóa chất hỗ trợ bệnh ung thư dạ dày đã phẫu thuật tại Hải Phòng”, *Tạp chí Ngoại khoa*, (1), tr. 49-55.
5. Nguyễn Lam Hồ, Lê Trung Dũng, Trần Quang Hưng (2006), “Chẩn đoán và điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại bệnh viện Việt - Tiệp Hải Phòng từ 01/2004-12/2005”, *Tạp chí Y học thực hành*, (541), tr.441-449.
6. Nguyễn Đình Hồi (1998), *Ung thư dạ dày*, Bài giảng bệnh học ngoại tập I, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tập 2, tr. 121-126.
7. Nguyễn Chấn Hùng (1986), *Ung thư bao tử, ung thư học lâm sàng*, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
8. Đặng Nguyên Khôi(2000), *Ung thư dạ dày: Chẩn đoán và điều trị*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
9. Hà Văn Quyết (1999), *Ung thư dạ dày*, Bệnh học ngoại tập I, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, tr. 24-42.
10. Đỗ Trọng Quyết, Đỗ Đức Vân, Trịnh Hồng Sơn (2009), *Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 01/2006 đến 7/2008*”, *Tạp chí Y học thực hành* (669), số 8, tr. 32-37.
11. Trịnh Hồng Sơn (2001), *Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày*, Luận văn tiến sĩ Y học- Đại học Y Hà Nội.
12. Vũ Hồng Thắng, Nguyễn Bá Đức, Đỗ Thị Tuyết Mai, Trần Thắng (2006), “Kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp hóa chất hỗ trợ ung thư dạ dày giai đoạn muộn”, *Tạp chí Y học thực hành*, (541), tr. 405-415.
13. Laterza E, Giacomuzzi S, Minicozzi A, Saladino E (2009), Significance of super-extended (D3) lymphadenectomy in gastric cancer surgery, *Ann. Ital. Chir.* Vol 80, p : 101-106.
14. Rocco de vivo, Sandro Pignata, The role of Chemotherapy in the management of gastric cancer, *J Clin Gastroenterol*, Vol. 30, No.4, 2000.
15. Sano T, Sasako M, Yamamoto S, Nashimoto A, Kurita A (2004), Gastric cancer Surgery : Morbidity and Mortality result from a prospecty Randomized Controlled Trial Comparing d2 and extended Para-aortic Lymphadenectomy-Japan Clinical Oncology Group Study 9501, *American society of Clinical Oncology*, Vol 22(14), p : 2767-2773.
16. Tamura S, Takeno A, and Miki H (2011), Review Article: lymph node dissection in Curative Gastrectomy for Advanced Gastric cancer, *International journal of surgycal Oncology, Japan*, Vol 10, p : 115-1163