

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN UNG THƯ DẠ DÀY KẾT HỢP HÓA CHẤT BẰNG ĐƯỜNG UỐNG

Nguyễn Quang Bộ¹, Lê Mạnh Hà²

(1) Bệnh viện Đa khoa Đakrông

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

Tóm tắt:

Mục tiêu: Nhận xét một đặc điểm của bệnh lý ung thư dạ dày và bước đầu đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật triệt căn kết hợp hóa chất Xeloda. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành ở 46 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày và được điều trị phẫu thuật triệt căn tại khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế kết hợp hoá trị liệu Xeloda sau phẫu thuật từ 3/2010 đến tháng 6/2011 tại Bệnh viện Trung ương Huế. Phương pháp mô tả theo dõi dọc, tiến cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ nam nữ là 1,7. Nhóm tuổi thường hay gặp nhất là từ 51-60 chiếm tỷ lệ 28,2%. 89,1% có triệu chứng đau vùng thượng vị. Triệu chứng nhìn, sờ được u trên lâm sàng chiếm tỷ lệ 41,3%. Tỷ lệ phát hiện dấu hiệu bệnh lý ung thư dạ dày qua siêu âm là 84,8%. Hình ảnh đại thể thì thể loét chiếm đa số với 41,3%. Đa số bệnh nhân vào viện ở giai đoạn muộn (III,IV) chiếm 78,3%. Không có trường hợp nào tử vong do phẫu thuật, biến chứng chung sau mổ gặp 3,04%. Sau phẫu thuật tỷ lệ di căn chung (gan, hạch) chiếm 22,6%, tái phát miệng nổi là 6,5%. Các triệu chứng lâm sàng do tác dụng phụ của hoá chất gặp ở tỷ lệ thấp và dễ dàng kiểm soát được. Một môi, chán ăn độ I thường gặp nhất của Xeloda với 19,6%, kể đến là hội chứng bàn tay-bàn chân độ I là 15,2%. Đặc biệt không có trường hợp nào rụng tóc hoặc suy tủy xương. **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.*

Abstract

INITIAL ASSESSMENT OF RADICAL SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC CANCER IN COMBINATION WITH ORAL CHEMOTHERAPY

Nguyen Quang Bo¹, Le Manh Ha²

(1) Dakrong General Hospital

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

Objectives: To consider some characteristics of gastric cancer and conduct an early evaluation the result of radical gastrectomy combined with oral chemicals for patients with gastric cancer. **Objects and methods:** 46 patients with gastric cancer underwent radical gastrectomy combined with postoperative oral chemotherapy at the Digestive Surgical Department in Hue Central Hospital from 3/2010 to 6/2011. We noted their clinical and paraclinical signs and studied the preliminary results of oral adjuvant chemotherapy

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Quang Bộ, email: boquangbvdk@gmail.com

- Ngày nhận bài: 10/4/2013 * Ngày đồng ý đăng: 9/5/2013 * Ngày xuất bản: 17/5/2013

after gastrectomy for gastric cancer. **Results:** Gender ratio (man/woman) = 1,7. The most common age group was 51-60 with 28,2%. The postoperative mortality and morbidity rates were 0% and 13,04%. Almost all patients underwent adjuvant chemotherapy from 2 to 4 weeks after gastrectomy. Fatigue, loss of appetite, the most common grade I of Xeloda was 19.6%, followed by hand-foot syndrome grade I was 15.2%. In particular, there were no cases of hair loss or marrow failure. **Conclusion:** We researched some general characteristics and clinical and paraclinical symptoms, evaluated the result of surgery, and the patient's quality of life after surgery combined with supportive treatment. Patients with 8-10 Spitzer total points composed more than 80% of the group after the second round of re-examination. The low-level chemotherapy toxicity was acceptable and controllable. However, research needs to be done in the long run, using a greater number of patients with follow-up of 3 to 5 years to fully evaluate this group.

Key words: Gastric cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một bệnh lý ác tính thường gặp. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ung thư dạ dày chiếm khoảng 10% các loại ung thư, chiếm hàng đầu trong các ung thư đường tiêu hóa và đứng thứ nhì sau tất cả các loại ung thư [5]. Ở Việt Nam, ung thư dạ dày chiếm hàng thứ nhất trong ung thư đường tiêu hóa và ở nam giới đứng thứ 2, nữ giới ung thư dạ dày đứng hàng thứ 3 trong tất cả các loại ung thư [9].

Hóa trị liệu hỗ trợ cho cắt dạ dày do ung thư đã được thế giới nghiên cứu từ những năm 1950, nhưng mãi đến sau những năm 1990, sau một loạt các thử nghiệm lâm sàng, các nhà nghiên cứu mới xem hóa trị liệu sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư như là một bước điều trị chuẩn với các kết quả khả quan và đầy hứa hẹn, nó đóng góp một vai trò nhất định trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân, làm giảm triệu chứng và tăng thêm thời gian sống sau phẫu thuật[3]. Tuy nhiên, những hóa chất này rất độc, sử dụng bằng đường truyền tĩnh mạch, có rất nhiều tai biến do thuốc và độc tính của thuốc rất lớn, ảnh hưởng đến chức năng của nhiều cơ quan như: gan, thận, phổi, thần kinh, tủy xương, da, niêm mạc, lông tóc móng [1].

Trong những năm gần đây dưới sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, sự phát triển của ngành dược, đã nghiên cứu và thử nghiệm thành công những hóa chất điều trị ung thư bằng đường uống như Capecitabin (Xeloda) giúp cho việc điều trị rất thuận tiện, bệnh nhân có thể điều trị ngoại trú ở nhà đặc biệt là độc tính và tác dụng phụ của thuốc rất thấp. Tuy nhiên, vấn đề điều trị phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày kết hợp Xeloda

vẫn chưa được nghiên cứu và đánh giá một cách đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài **“Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật triệt để ung thư dạ dày kết hợp hóa chất bằng đường uống”** nhằm mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm bệnh lý ung thư dạ dày

2. Đánh giá sớm kết quả điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật triệt căn kết hợp hóa trị liệu bằng Xeloda.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 46 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày dựa vào kết quả giải phẫu bệnh lý và được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn kết hợp hoá trị liệu Xeloda hỗ trợ sau phẫu thuật từ 3/2010 đến tháng 6/2011 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Sau phẫu thuật 2-4 tuần, bệnh nhân được điều trị hóa chất Xeloda (Capecitabine) bằng phác đồ:

Xeloda 625mg/m², uống liên tục 21 ngày.

Chu kỳ 21 ngày/đợt, gồm 6 đợt.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả theo dõi dọc, tiến cứu

2.3. Xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 16.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Lứa tuổi 51-60 tuổi hay gặp nhiều nhất với tỷ lệ 28,2%. Nhóm tuổi ≤ 40 chiếm tỷ lệ 8,7%. Tuổi trung bình 58,6 ± 1,7 tuổi. Nam giới gặp nhiều hơn so với nữ giới, tỷ lệ nam/nữ = 1,7/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	N	Tỷ lệ (%)
Đau thượng vị	41	89,1
Xuất huyết tiêu hóa	5	10,8
Sút cân	26	56,5
Ợ hơi, ợ chua	17	37,0
Nôn, buồn nôn	12	26,1
Nuốt nghẹn	2	4,4
Sờ thấy khối u vùng thượng vị	16	34,8

Triệu chứng đau bụng vùng thượng vị chiếm tỷ lệ cao nhất với 89,1%, trong đó biểu hiện đau liên tục chiếm tỷ lệ 78%. Biểu hiện sút cân chiếm tỷ lệ khá cao với 56,5%, ợ hơi, ợ chua chiếm tỷ lệ 37,0%, đặc biệt có 10,8% có biểu hiện của xuất huyết tiêu hóa, sờ thấy khối u vùng thượng vị 34,8%.

Bảng 3.2. Kết quả siêu âm bụng

Siêu âm	N	Tỷ lệ
Hình ảnh bệnh lý	39	84,8
Echo (-)	7	15,2
Tổng	46	100

Tỷ lệ phát hiện hình ảnh bệnh lý ung thư dạ dày qua siêu âm gặp ở 39 trường hợp chiếm tỷ lệ 84,8%. Có 7 trường hợp siêu âm không phát hiện được bất kỳ thương tổn bất thường nào trong ổ bụng chiếm tỷ lệ 15,2%.

Bảng 3.3. Kết quả nội soi dạ dày

Vị trí tổn thương	N	Tỷ lệ %
Hang môn vị	26	56,5
Bờ cong nhỏ	15	32,7
Thân vị	3	6,5
Tâm vị	2	4,3
Tổng	46	100

Hang môn vị là vị trí hay gặp nhất của tổn thương dạ dày với tỷ lệ 56,5%, bờ cong nhỏ chiếm tỷ lệ 32,7%, thân vị 3 trường hợp chiếm 6,5%, tâm vị chỉ gặp ở 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 4,3%.

Bảng 3.4. Kết quả giải phẫu bệnh trước mổ

Kết quả	N	Tỷ lệ %
Adenocarcinoma	44	95,65
Sarcoma	0	0
Viêm dạ dày	2	4,35
Tổng	46	100

Kết quả giải phẫu bệnh trước mổ có 95,65% là ung thư dạ dày, Viêm dạ dày chiếm 4,35%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.5. Phương pháp phẫu thuật

Các phẫu thuật trên dạ dày	N	Tỷ lệ %
Cắt dạ dày toàn bộ	3	6,5
Cắt cực trên dạ dày	2	4,3
Cắt cực dưới dạ dày	41	89,2
Tổng	46	100

Bảng 3.6. Phân giai đoạn theo TMN

Giai đoạn bệnh	N	Tỷ lệ %
0-I	0	0
II	10	21,7
III	25	54,3
IV	11	24
Tổng cộng	46	100

Đa số bệnh nhân vào viện ở giai đoạn III-IV chiếm tỷ lệ đến 78,3%, giai đoạn II chiếm tỷ lệ 21,7%, không có trường hợp nào đến viện ở giai đoạn sớm (giai đoạn 0-I).

Bảng 3.7. Kết quả giải phẫu bệnh lý tổn thương sau mổ n=46

Mô bệnh học	n	Tỷ lệ %
Ung thư mô liên kết	0	0
Ung thư biểu mô tuyến	46	100
- Biệt hóa tốt	22	47,8
- Biệt hóa vừa	15	32,6
- Biệt hóa kém	6	13,1
- Không biệt hóa	3	6,5

Bảng 3.8. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Chảy máu miệng nổi	1	2,17
Nhiễm trùng vết mổ	3	6,52
Dò bục miệng nổi	0	0
Chảy máu vết mổ	2	4,35
Tổng	6	13,04

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật chiếm 13,04%, Chảy máu vết mổ, chiếm 4,35%, Nhiễm trùng vết mổ chiếm 6,25%, Chảy máu miệng nổi chiếm tỷ lệ 2,17%.

3.3. Đánh giá kết quả hóa trị liệu hỗ trợ sau phẫu thuật

Bảng 3.9. Bảng theo dõi một số tác dụng phụ khi điều trị bằng Xeloda

Tác dụng phụ xeloda	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Tỷ lệ %
Nôn - buồn nôn	5	0	0	0	10,9
Tiêu chảy	6	0	0	0	13,1
Viêm niêm mạc miệng	4	0	0	0	8,7
Mệt mỏi, chán ăn	9	0	0	0	19,6
Hội chứng bàn tay-bàn chân	7	0	0	0	15,2

Tất cả các tác dụng phụ của Xeloda đều gặp ở độ I. Hội chứng mệt mỏi, chán ăn chiếm tỷ lệ cao nhất với 19,6%, hội chứng bàn tay bàn chân chiếm tỉ lệ 15,2.

Bảng 3.10. Kết quả tái khám siêu âm

Kết quả siêu âm	Lần 1 (46 BN)		Lần 2 (31 BN)	
	n	%	n	%
Bình thường	44	95,7	24	77,4
Hạch ổ bụng	2	4,3	4	12,9
Di căn gan			2	6,5
Hạch + Tổn thương gan			1	3,2

Kết quả siêu âm lần 1 (3-6 tháng sau phẫu thuật): Trong tổng số 46 trường hợp được siêu âm kiểm tra, có 44 trường hợp bình thường chiếm tỷ lệ 95,7%, kết quả hạch ổ bụng chiếm 4,3%.

Kết quả siêu âm lần 2 (9-12 tháng sau phẫu thuật): Trong số 31 bệnh nhân được siêu âm có 24 bệnh nhân có kết quả không phát hiện bất thường chiếm tỷ lệ 77,4%, biểu hiện di căn gan, di căn hạch hay buồng trứng chiếm tỷ lệ 19,4%, đặc biệt có 1 trường hợp vừa có di căn gan vừa có di căn hạch ổ bụng chiếm tỷ lệ 3,2%.

Bảng 3.11. Kết quả tái khám nội soi

Kết quả nội soi	Lần 1 (46 BN)		Lần 2 (31 BN)	
	n	%	n	%
Bình thường	21	45,7	12	38,7
Viêm phù nề miệng nổi	25	54,3	17	54,8
Loét sùi miệng nổi			2	6,5

Trong tổng số 46 trường hợp nội soi lần 1, có 25 trường hợp có biểu hiện viêm, phù nề miệng nổi chiếm tỷ lệ 54,3%.

Nội soi lần 2 có 38,7% trường hợp bình thường, viêm loét miệng nổi chiếm 61,3%.

Bảng 3.12. Chất lượng cuộc sống theo thang điểm Spitzer

Điểm Spitzer	Lần 1 (46 BN)		Lần 2 (31 BN)	
	n	%	n	%
< 5 điểm	0	0	2	6,4
5-7 điểm	8	17,4	4	12,8
8-9 điểm	29	63	18	58,2
10 điểm	9	19,6	7	22,6
Tổng	46	100	31	100

Tái khám lần 1: Bệnh nhân có tổng điểm Spitzer nằm trong giới hạn 8- 10 điểm chiếm tỷ lệ 82,6%, có 8 trường hợp đạt 5 - 7 điểm chiếm tỷ lệ 17,4%.

Tái khám lần 2: Bệnh nhân có điểm 8 - 10 điểm chiếm tỷ lệ 80,7%, trong đó 10 điểm chiếm 22,6%, có 2 trường hợp tổng điểm < 5 điểm chiếm 6,4%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nhóm tuổi thường hay gặp nhất là từ 51-60 chiếm tỷ lệ 28,2%. Nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 1,7/1. Kết quả nghiên cứu về tuổi và giới của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác là đa số bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật với độ tuổi trung bình 50-60 tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trong 46 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân vào viện triệu chứng đau thượng vị chiếm tỷ lệ cao 89,1%, trong đó đau thượng vị liên tục chiếm tỷ lệ cao nhất với 78%, đau bụng thượng vị có chu kỳ chiếm 12,2% và đau không có chu kỳ chiếm 9,8%. Khi thăm khám thực thể cho thấy tỷ lệ phát hiện khối u ở vùng thượng vị là 34,8%. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn, Hoàng Công Đắc [9] là 35,38%.

Tỷ lệ phát hiện hình ảnh bệnh lý ung thư dạ dày qua siêu âm (bảng 3.2) gặp ở 39 trường hợp chiếm tỷ lệ 84,8%. Có 7 trường hợp siêu âm không phát hiện được bất kỳ thương tổn bất thường nào trong ổ bụng chiếm tỷ lệ 15,2%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Nguyên Khôi [7] cũng cho kết quả tương tự với 84,7% có hình ảnh tổn thương trên siêu âm.

Bảng 3.3 cho thấy, khối u ở vị trí hang môn vị, tương ứng vị trí 1/3 dưới chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,5%, tiếp theo là u ở vị trí bờ cong nhỏ với tỷ lệ 32,6%, thân vị chiếm 6,5%, và u ở vị trí tâm vị chỉ chiếm 4,3%. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của tác giả Trịnh Quang Điện, Đặng Thế Căn [2] với tỷ lệ khối u ở vị trí 1/3 dưới là 60,7%, vị trí u bờ cong nhỏ là 31,1%.

Đa số bệnh nhân vào viện ở giai đoạn III-IV chiếm tỷ lệ đến 78,3%, giai đoạn II chiếm tỷ lệ 21,7%, không có trường hợp nào đến viện ở giai đoạn sớm (giai đoạn 0-I). Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hải [5] cho thấy có đến 75% bệnh nhân vào viện ở giai đoạn III, IV.

Kết quả bảng 3.9 cho thấy, khi dùng phác đồ Capecitabine đường uống thì ghi nhận có những tác dụng phụ như sau:

Mệt mỏi, chán ăn: Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng này chiếm tỷ lệ 19,6%. Theo tác giả Vũ Hồng Thăng[8] khi đánh giá kết quả của hóa trị liệu hỗ trợ bằng phác đồ ELF và một số tác dụng phụ ở bệnh nhân ung thư dạ dày đã phẫu thuật triệt căn thì triệu chứng mệt mỏi gặp 35,6%, biểu hiện chán ăn gặp 20,6%.

Nôn và buồn nôn: Kết quả của chúng tôi cho thấy biểu hiện này chiếm tỷ lệ 10,9% nhưng chỉ là độ I, bệnh nhân có cảm giác buồn nôn và nôn 1 lần/ ngày, bệnh nhân vẫn ăn uống được gần như bình thường và không phải giảm liều điều trị. Nghiên cứu của Takada N [15], cho tỷ lệ gặp nôn, buồn nôn là 16,7% và cũng gặp chủ yếu ở độ I, còn nghiên cứu của Dhillon S [12] cũng cho tỷ lệ nôn buồn nôn khi điều trị bằng Capecitabine là 9,1% và cũng gặp ở độ I.

Tiêu chảy: Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tiêu chảy độ I (đi cầu phân lỏng 2-3 lần/ ngày) là 13,1%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Takada N [15] là 12% và nghiên cứu của Marsé H [13] tỷ lệ tiêu chảy độ I là 13,8%.

Viêm niêm mạc miệng: Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận biểu hiện viêm niêm mạc miệng gặp với tỷ lệ 8,7% nhưng chỉ ở độ I, có nghĩa là trong miệng nổi những ban chợt đỏ, đau hoặc loét mức nhẹ. Một nghiên cứu của Sook S Lee J.L[14]

cũng cho kết quả tương đương là tỷ lệ viêm niêm mạc khi hóa trị bằng Capecitabine là 9,2%.

Hội chứng bàn tay- bàn chân: Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đương là hội chứng bàn tay- bàn chân chiếm tỷ lệ 15,2%, nhưng toàn bộ chỉ gặp ở độ I, không có trường hợp nào nặng.

Không gặp trường hợp nào rụng tóc, không có suy tuỷ xương.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tai biến rách bao lách gặp 1 trường hợp chiếm 2,17%, tổn thương mạch máu lớn trong khi vét hạch gặp 3 trường hợp chiếm 6,25% (cả 3 trường hợp trên đều được điều trị bảo tồn bằng khâu phục hồi). Đặc biệt không có trường hợp nào tử vong do phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Mạnh Hà [4], nhưng tỉ lệ tai biến gặp thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Anh Tuấn, Hoàng Công Đắc [9], và kết quả của chúng tôi thấp hơn cả nghiên cứu nước ngoài có lẽ do số lượng bệnh nhân của chúng tôi chưa đủ lớn nhưng qua đó cũng có thể thấy kỹ năng phẫu thuật của chúng ta cũng không thua kém gì các nước phương Tây. Bảng 3.8 cho thấy biến chứng sau mổ gặp chảy máu vết mổ tỷ lệ 4,35% (điều trị khâu lại vết mổ), nhiễm trùng vết mổ 6,52% (điều trị bằng cắt chỉ sớm, kết hợp kháng sinh, thay băng tại chỗ), chảy máu miệng nổi gặp 1 trường hợp chiếm 2,17% (biểu hiện có máu ra theo sonde dạ dày số lượng 150 ml. Điều trị bằng bơm rửa dạ dày bằng nước ấm kết hợp điều trị nội khoa sau đó bệnh nhân ổn định, không phải mổ lại), trong nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bực miệng nổi, dò móm tá tràng, áp xe dưới cơ hoành. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Công Đắc [9] cho tỷ lệ biến chứng sau mổ là 18,1%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến, không có trường hợp nào ung thư mô liên kết. Kết quả này đều phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước là tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ >95%. Kết quả mô bệnh học trong nghiên cứu của chúng tôi ung thư biểu mô tuyến với độ biệt hóa cao chiếm tỷ lệ 47,8%, độ biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ 32,6%, không

biệt hóa chiếm tỷ lệ 6,5%, biệt hóa kém là 13,1%, kết quả này phù hợp với kết quả của Lê Mạnh Hà [4] với độ biệt hóa chiếm đa số với tỉ lệ 44,6%, biệt hóa vừa chiếm 31,3%, biệt hóa kém chiếm tỷ lệ 16,9% không biệt hóa là 7,2%. Kết quả nghiên cứu của Đặng Nguyên Khôi[7] cho thấy có 54,4% ung thư biểu mô tuyến có độ biệt hóa kém, biệt hóa vừa 20,6%, biệt hóa cao chiếm tỷ lệ 4,4%. Tuy nhiên các tác giả đều đưa ra kết luận là: Độ biệt hóa càng kém thì độ ác tính lại càng cao và việc điều trị và tiên lượng càng xấu.

4.4. Kết quả tái khám sau mổ

Chúng tôi tiến hành tái khám 2 đợt : đợt I vào tháng thứ 3- 6 sau phẫu thuật, đợt 2 từ tháng 9-12 sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy lần 1 tái khám được đầy đủ 46 bệnh nhân, lần 2 chỉ 31 bệnh nhân được tái khám.

Kết quả tái khám lần 1: sau 6 tháng (46 bệnh nhân)

Kết quả tái khám lần 1 trên 46 bệnh nhân cho thấy, qua siêu âm ghi nhận có 1 bệnh nhân có biểu hiện di căn gan chiếm tỷ lệ 2,2%, 3 trường hợp có hạch ổ bụng chiếm tỷ lệ 6,5%, còn lại đến 91,3% là trên siêu âm không phát hiện bất thường. Như vậy sau 6 tháng đã phát hiện 1 trường hợp di căn gan. Tái khám lần 1 có 46 bệnh nhân được nội soi kiểm tra, kết quả nội soi miệng nối dạ dày- ruột cho thấy, biểu hiện viêm phù nề miệng nối chiếm tỷ lệ 54,3%, miệng nối bình thường là 45,7%, chưa có trường hợp nào loét sùi tái phát miệng nối.

Đánh giá chất lượng cuộc sống dựa vào thang điểm Spitzer cho thấy đa số bệnh nhân có điểm nằm trong giới hạn 8-9 điểm chiếm tỷ lệ 60,9% trong đó 10 điểm chiếm 21,7%. Có 17,4% bệnh nhân có tổng điểm nằm trong giới hạn 5-7 điểm, không có trường hợp nào có tổng điểm < 5 điểm.

Như vậy có nghĩa là đa số bệnh nhân được tái khám không hoặc có rất ít thay đổi hoặc rối loạn sau phẫu thuật.

Kết quả tái khám lần 2: sau 9-12 tháng (31 bệnh nhân)

Kết quả tái khám lần 2 có 31 bệnh nhân được siêu âm kiểm tra, có 4 bệnh nhân được phát hiện có hạch ổ bụng chiếm 12,9%. 2 bệnh nhân có di căn gan chiếm 6,5% và 1 bệnh nhân có cả di căn gan và hạch ổ bụng chiếm 3,2% còn lại siêu âm không phát hiện bất thường chiếm tỷ lệ 6,5%.

Trong 31 bệnh nhân được nội soi kiểm tra miệng nối dạ dày- ruột, có đến 17 bệnh nhân có biểu hiện viêm, phù nề miệng nối chiếm tỷ lệ 54,8%. Đặc biệt có 2 trường hợp biểu hiện loét sùi tái phát chiếm tỷ lệ 6,5%. Theo nghiên cứu của Phạm Như Hiệp [6] thì tỷ lệ tái phát sau mổ 1 năm là 46,9%, còn theo tác giả Bresciani C [10] phân tích sau mổ cắt dạ dày do ung thư cho thấy tỷ lệ di căn và tái phát sau 1 năm là 53,5% và tác giả có nhận xét rằng hơn 50% số bệnh nhân có di căn và tái phát ngay trong thời kỳ đầu (sau 1 năm). Như vậy tỷ lệ di căn và tái phát sau 1 năm trong nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn. Điều này có thể giải thích rằng trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân sau khi cắt dạ dày triệt để do ung thư đã được kết hợp với hóa trị bằng Xeloda đủ liệu trình nên đã giảm được tỷ lệ di căn và tái phát sau mổ.

Đa số bệnh nhân có tổng điểm Spitzer nằm trong giới hạn 8-10 điểm. Trong đó 8-9 điểm chiếm tỷ lệ 58,1%, 10 điểm chiếm đến 22,6%. Chỉ có 2 bệnh nhân có số điểm Spitzer < 5 điểm chiếm 6,4%. Theo Chew-Wun W [11] cho thấy tất cả bệnh nhân sau cắt dạ dày đều có chỉ số Spitzer từ 7 điểm trở lên, nghiên cứu của Phan Đình Tuấn Dũng [3] về đánh giá kết quả phẫu thuật triệt để ung thư dạ dày kết hợp hóa trị bằng phác đồ FU-FA cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân có tổng điểm Spitzer trong giới hạn 8-10 điểm là 73,6%. Theo nghiên cứu của Lê Mạnh Hà [4] về phẫu thuật triệt để ung thư dạ dày nhưng không dùng hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật thì tổng điểm Spitzer từ 8-10 điểm là khoảng 70%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần cao hơn (trên 80%). Điều này cho thấy khi bệnh nhân được hóa trị bằng Xeloda sau mổ tinh thần thoải mái hơn, dễ chấp nhận hơn do được điều trị ngoại trú, được sống, sinh hoạt cùng gia đình và cộng đồng, mặt khác độc tính và tác dụng phụ của thuốc thấp hơn, đặc biệt thuốc không gây rụng tóc nên không gây ảnh hưởng xấu đến tâm lý khi điều trị.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy:

- Tai biến phẫu thuật 8,68%, tổn thương mạch máu trong khi vét hạch 6,51%, rách bao lách phải cắt lách 2,17%, không có trường hợp nào tử vong trong mổ. Biến chứng chung sau mổ gặp 13,04% chủ yếu là các biến chứng nhẹ như: chảy máu vết

mô 4,35%, nhiễm trùng vết mổ 6,25%, Duy nhất một trường hợp chảy máu miệng nổi chiếm 2,17%.

- Tỷ lệ di căn gan, di căn hạch và loét sùi tái phát miệng nổi sau mổ 9-12 tháng là 29,1%.

- Đa số bệnh nhân vào viện ở giai đoạn III-IV chiếm tỷ lệ đến 78,3%, giai đoạn II chiếm tỷ lệ 21,7%, không có trường hợp nào đến viện ở giai đoạn sớm (giai đoạn 0-I).

- Phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày kết hợp Xeloda sau mổ cho thấy tác dụng phụ Xeloda đối với bệnh nhân biểu hiện nhẹ, dễ dàng kiểm soát, không có trường hợp nào phải ngừng hay giảm liều điều trị.

- Trên 80% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt sau phẫu thuật triệt để kết hợp hoá trị bằng Xeloda.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2000), *Hóa chất điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản Y học.
2. Trịnh Quang Diệm, Đặng Thế Căn (2006), “So sánh một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn sớm và muộn”, *Tạp chí Y học thực hành*, (541), tr. 464-470.
3. Phan Đình Tuấn Dũng, Lê Mạnh Hà, Nguyễn Văn Lượng, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc (2006), “*Bước đầu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư kết hợp hóa điều trị*”, *Y học thực hành*, (541), tr. 435-440.
4. Lê Mạnh Hà (2007), *Nghiên cứu phẫu thuật cắt đoạn dạ dày và vét hạch chặng 2, chặng 3 trong điều trị ung thư dạ dày*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
5. Nguyễn Minh Hải, Phạm Kim Hiếu, Trần Minh Thông, Nguyễn Thế Hiệp, Nguyễn Mậu Anh (1998), “*Đánh giá bước đầu về di căn hạch bạch huyết trong ung thư dạ dày*”, *Ngoại khoa*, (5), tr. 8-16.
6. Phạm Như Hiệp (2006), “*Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Huế*” *Tạp chí Y học Việt Nam*, (2), tr. 34-40.
7. 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.
8. Vũ Hồng Thăng, 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.
9. Nguyễn Anh Tuấn, Hoàng Công Đắc (2001), “*Ung thư dạ dày: Kết quả theo dõi lâu dài trên 149 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày triệt căn*”, *Tạp chí Y học Thực hành*, (1), tr. 39-44.
10. Bresciani (2010), “*Incidence of Stomach Carcinoma in Patients Acid Peptic Disease in Rural Hospital*”, *The Internet Journal of Health*, Vol 13, 1, pp. 37-42.
11. Chew. Wun., Mao-Chih H., Su-Shun L. (1997), “*Quality of life of patients with gastric adenocarcinoma after curative gastrectomy*”, *World J. Surg.*, (21), pp. 777-782.
12. Dhillon S., Scott L.J (2007), “*Capecitabine: in advanced gastric or oesophagogastric cancer*”, *Adis*, Vol 67, 4, pp. 601-610.
13. Marse’ H (1992), *Chemotherapy Gastric Cancer*, *Gut*, 33(9), pp. 1553-9.
14. Sooks Lee J.L (2006), “*Combination Chemotherapy with Capecitabine(X) and Ciplastin(P) as Firstline treatment in Advanced Gastric Cancer: Experiences of 223 Patients with Prognostic Factor Analysis*”, *Oxford Journal Medicine, Japanese Journal of Clinical Oncology*, Vol 37,1, pp. 30-7.
15. Takada N (2007), “*Chemotherapy for Advanced Gastric Cancer: Review of Global and Japanese status*”, *Gastrointest Cancer Res*, 1(50), pp. 197-203.