

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Trần Mai Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân có chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày giai đoạn muộn, không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, tại bệnh viện K từ tháng 6/2016 đến tháng 3/2020. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 63,8, đa số bệnh nhân trên 50, cao tuổi nhất là 75 tuổi, thấp nhất là 42 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1,7. Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý dạ dày là 17,2% và 7,7% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư. Phần lớn bệnh nhân có thể trạng tốt PS 0-1 (84,6%). Đau bụng là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất chiếm 76,9% trường hợp, đầy tức bụng khó tiêu, ăn kém, sụt cân chiếm 55,8%, 53,9% và 51,9%. Bệnh nhân Carcinoma tuyến thể kém biệt hóa chiếm tỉ lệ cao nhất với 53,8%. Bệnh nhân được phẫu thuật triệu chứng là 55,8%, bệnh nhân có một vị trí di căn là 69,2%. Gan và phúc mạc là vị trí di căn thường gặp nhất lần lượt là 34,6% và 30,8%. **Kết luận:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 63,8, phần lớn bệnh nhân có thể trạng tốt, đau bụng là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất (76,9%) và carcinoma tuyến kém biệt hóa chiếm tỉ lệ cao nhất (53,8%). Gan và phúc mạc là vị trí di căn thường gặp nhất lần lượt là 34,6% và 30,8%.

Từ khóa: ung thư dạ dày, giai đoạn muộn, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

SUMMARY

DESCRIPTION OF SOME CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH LATE-STAGE GASTRIC CANCER AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Description of some clinical and subclinical features of patients with late-stage gastric cancer at Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** Cross-sectional descriptive study on 52 patients with the diagnosis of late-stage gastric cancer, no longer amenable to radical surgery, at Vietnam National Cancer Hospital from June 2016 to March 2020. **Results:** The overall average age of patients is 63.8 years old, most patients are over 50 years old, the oldest is 75, and the youngest is 42 years old. The male/female ratio is 1,9/1. 17,3% of patients have stomach disease, and 7,7% of patients have a relative with cancer. Most patients have good

physical condition PS 0-1 (84,6%). Abdominal pain is the most common symptom, accounting for 76.9% of cases, with bloating, indigestion, poor appetite, and weight loss accounting for 55.8%, 53.9%, and 51.9%. The poorly differentiated type accounts for the highest proportion (53,8%). 55,8% of patients received symptomatic surgery. 69,2% of patients had one metastatic site. The liver and peritoneum are the most common metastatic sites, 34,6%, and 30,8%, respectively. **Conclusion:** The average age of the patients is 63,8 years old, most patients are in good health, abdominal pain is the most common symptom, accounting for 76.9% of cases, and poorly differentiated type accounts for the highest proportion (53,8%). The liver and peritoneum are the most common metastatic sites at 34,6% and 30,8%, respectively. **Keywords:** Gastric cancer, late stages, clinical characteristics and subclinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo ghi nhận của GLOBOCAN 2018, UTDD đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc với 1.033.701 ca mắc mới; trong đó 70% trường hợp mắc mới ở các nước đang phát triển.¹ Tỷ lệ tử vong do UTDD đứng thứ 3 với 782.685 trường hợp tử vong, chiếm 8,2% các trường hợp tử vong do ung thư.¹ Cũng theo ghi nhận này, tại Việt Nam, UTDD đứng hàng thứ 4 về tỉ lệ mắc và đứng hàng thứ 3 về tỉ lệ tử vong

Tuy đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán nhưng ngoại trừ những nước có chương trình sàng lọc cấp quốc gia như Nhật Bản giúp chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm và cải thiện tiên lượng bệnh. Còn lại tại hầu hết các quốc gia khác trên thế giới, UTDD thường được phát hiện muộn. Tại Việt Nam, 3/4 số bệnh nhân mới được chẩn đoán xác định UTDD là ở giai đoạn muộn, chỉ 1/4 còn lại là còn khả năng phẫu thuật triệt căn. Ung thư dạ dày giai đoạn muộn là những trường hợp có di căn xa hoặc tái phát hoặc bệnh tiến triển tại vùng. Ở giai đoạn sớm, bệnh nhân UTDD thường có các triệu chứng mơ hồ không điển hình, không đặc hiệu, dễ nhầm với các bệnh lành tính của dạ dày. Tuy nhiên, có các biểu hiện triệu chứng lâm sàng như sút cân nhiều, đau bụng, hẹp môn vị, xuất huyết tiêu hóa thì bệnh thường đã tiến triển, xâm lấn tại vùng hoặc di căn xa và ở giai đoạn này không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, do đó bệnh thường có tiên

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 22.4.2024

xấu. Tại Việt Nam, mặc dù đã có những nghiên cứu trên bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn, tuy nhiên tại Bệnh viện K, những năm gần đây chưa có nghiên cứu nào trên bệnh nhân giai đoạn này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- UTDD giai đoạn muộn, không còn khả năng phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K từ tháng 6/2016 đến tháng 3/2020

- Bệnh nhân > 18 tuổi.

- Chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày với thể mô bệnh học: ung thư biểu mô tuyến dạ dày

- BN được chẩn đoán giai đoạn muộn: là các trường hợp di căn hoặc tái phát hoặc bệnh tiến triển tại vùng không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn theo tiêu chuẩn NCCN 2020.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đạt các tiêu chuẩn lựa chọn trên.

- Có bệnh ung thư khác kèm theo

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cơ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện.

- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: hồi cứu hồ sơ bệnh án sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm		Số bệnh nhân (%) (n=52)
Tuổi và giới	Tuổi trung bình	63,8
	Nam	63,6
	Nữ	64,1
Tiền sử bản thân	Bệnh lí dạ dày	9 (17,2)
	Bệnh lí phổi hợp	25 (49,1)
Tiền sử gia đình	Có người bị UT	4 (7,7)
Thể trạng	PS 0	7 (13,5)
	PS 1	37 (71,1)
	PS 2	8 (15,4)
Triệu chứng lâm sàng	Đau bụng	40 (76,9)
	Đầy tức, khó tiêu	29 (55,8)
	Sụt cân	27 (51,9)
	Ăn kém	28 (53,9)
	Nôn, buồn nôn	15 (28,9)

Độ mô học	Biệt hóa cao	2 (3,9)
	Biệt hóa vừa	22 (42,3)
	Biệt hóa kém	28 (53,8)
Phẫu thuật triệu chứng		29 (55,8)

Nhận xét: - Độ tuổi trung bình chung của bệnh nhân là 63,8 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1, độ tuổi trung bình ở bệnh nhân nam là 63,6 và ở bệnh nhân nữ là 64,1. Nhóm tuổi hay gặp là trên 50 tuổi, với đỉnh cao là nhóm 60-69 chiếm 38,5%. bệnh nhân cao tuổi nhất là 75 tuổi, thấp nhất là 42 tuổi.

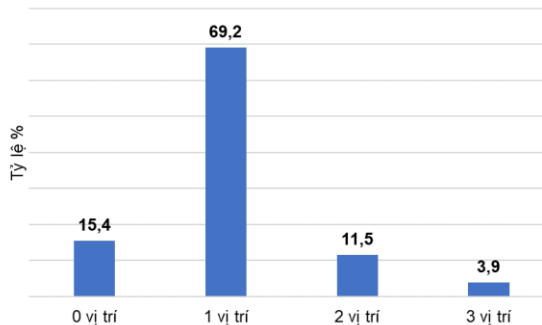
- Tiền sử bản thân có bệnh lý dạ dày chiếm 17,3%. Có 48,1% bệnh nhân có bệnh lý phổi hợp kèm theo, trong đó hay gặp nhất là bệnh đái tháo đường (11,5%) và viêm gan (5,8%) các bệnh khác ít gặp hơn như bệnh tim mạch, bệnh cơ xương khớp, bệnh phổi. Tiền sử gia đình có 7,7% bệnh nhân có người thân mắc bệnh ung thư.

- Trước điều trị, có 7 bệnh nhân có thể trạng chung PS = 0 chiếm tỉ lệ 13,5%; 37 bệnh nhân có chỉ số PS = 1, chiếm 71,1%. và 8 bệnh nhân có thể trạng chung PS = 2, chiếm 15,4%.

- Đau bụng là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất chiếm 76,9% trường hợp, đầy tức bụng khó tiêu, ăn kém, sụt cân chiếm 55,8%, 53,9% và 51,9% BN. Các triệu chứng khác ít gặp hơn.

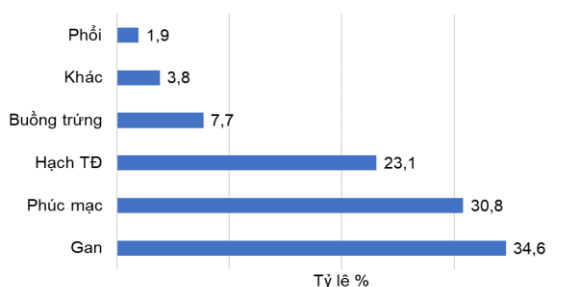
- UTBM tuyến chiếm 100% trường hợp, thể kém biệt hóa chiếm tỉ lệ cao nhất 53,8% (n=28), thể biệt hóa vừa chiếm 42,3% (n = 22), thể biệt hóa cao chiếm tỉ lệ rất thấp 3,9% (n=2).

- 55,8% bệnh nhân (n=29) được phẫu thuật triệu chứng trước hóa trị.



Biểu đồ 1. Số vị trí di căn

Nhận xét: Có 44 bệnh nhân (84,6%) có di căn xa, trong đó có 36 bệnh nhân có một vị trí di căn xa chiếm 69,2%, 6 bệnh nhân có hai vị trí di căn chiếm 11,5% và 2 bệnh nhân có 3 vị trí di căn. Có 8 bệnh nhân (15,4%) bệnh tiến triển tại vùng, chưa xuất hiện di căn xa.



Biểu đồ 2. Các vị trí di căn ở bệnh nhân UTDD

Nhận xét: Trong các bệnh nhân có di căn xa, gan là vị trí di căn thường gặp nhất chiếm 34,6% (n=18), tiếp đến là di căn phúc mạc là 30,8% (n=17). Các vị trí di căn khác như hạch thượng đòn (23,1%), buồng trứng (7,7%), và các vị trí khác ít gặp hơn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 52 bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn tại Bệnh viện K. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 63,8; trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 34 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 75 tuổi. Phần lớn các bệnh nhân đều hơn 50 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 60-69 chiếm tỉ lệ 38,5%, tỉ lệ bệnh nhân trên 70 tuổi cũng khá cao. Kết quả này tương đồng với một số tác giả trong nước và nước ngoài: nghiên cứu của nhóm tác giả Tingsong Yang, Xiaojun Shen và cộng sự tại Trung Quốc có tuổi trung bình của bệnh nhân là 61 và độ tuổi bệnh nhân từ 32-74 tuổi.² Nghiên cứu của Nguyễn Khánh Toàn cũng có tuổi trung bình 61,1 và gặp bệnh nhân từ 51-74 tuổi.³

Về giới, chúng tôi nhận thấy nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác như kết quả của nhiều nghiên cứu trong nước, với tỉ lệ nam/nữ dao động từ 1,75-2,4/1.⁴ Theo một nghiên cứu về dịch tễ UTDD của Ang và cộng sự (2014) cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân UTDD tập trung tại Đông Á, đặc biệt là Trung Quốc, trong đó tỉ lệ mắc chuẩn theo tuổi của giới nam nhiều hơn gấp đôi so với giới nữ.⁵ Tỷ lệ nam/nữ tại Việt Nam cũng như các nước khác trong khu vực dao động từ 1,5-3/1 do cùng nằm trong khu vực dịch tễ nhiễm *Helicobacter pylori* và có nhiều thói quen, phong tục tập quán ăn uống giống nhau.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử bệnh lý dạ dày là 17,3 %, cũng gần tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Khánh Toàn năm 2013 là 19,2%. Có 48,1% bệnh

nhân có bệnh lý phổi hợp kèm theo, trong đó hay gặp nhất là bệnh đái tháo đường (11,5%), viêm gan (5,8%), còn lại là các bệnh lý về tim mạch, cơ xương khớp, bệnh phổi chiếm tỉ lệ rất thấp.³ Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có người thân trong gia đình cũng mắc UT là 7,7% bao gồm UTDD và bệnh lý UT khác. Ung thư dạ dày là một bệnh lý có yếu tố gia đình, các nghiên cứu bệnh chứng cho thấy, nguy cơ UTDD ở những người có tiền sử gia đình bị UTDD là cao hơn người khác.

Thể trạng chung là một trong các yếu tố quan trọng, nhất là với các bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn, để quyết định điều trị hóa chất hay cân nhắc phác đồ và liều lượng phù hợp mục đích đem lại hiệu quả điều trị và chất lượng sống tối ưu cho bệnh nhân. Đánh giá thể trạng của bệnh nhân tốt là một trong các yếu tố quyết định thành công của chiến lược điều trị. Theo khuyến cáo của NCCN, chăm sóc giảm nhẹ luôn được chỉ định cho các bệnh nhân UT giai đoạn muộn, còn việc chỉ định có điều trị hóa chất hay không liên quan đến điểm ECOG hoặc Karnofsky của bệnh nhân. Bệnh nhân có KPS từ 60 điểm trở lên hoặc ECOG từ 2 điểm trở xuống có thể được chỉ định điều trị hóa chất. Quyết định can thiệp hóa chất thay vì chăm sóc giảm nhẹ cho nhóm đối tượng bệnh nhân thuộc giai đoạn này đã chứng minh được có cải thiện đáng kể thời gian sống thêm và chất lượng sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BN trong nghiên cứu có thể trạng chung khá tốt với 44 bệnh nhân có chỉ số ECOG PS=0-1 chiếm tỉ lệ 84,6% và 8 bệnh nhân có chỉ số ECOG PS=2 chiếm tỉ lệ 15,4%. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của hóa chất ở BN UTDD giai đoạn muộn khác, như nghiên cứu của Y H Park có PS=0-1 chiếm tỉ lệ 90,0%; và nhiều nghiên cứu trong nước.⁶ Điều này cho thấy các BN trong nghiên cứu nói chung có đủ sức khỏe để theo được các liệu trình hóa chất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có di căn xa là 84,6%; còn lại là 15,4% trường hợp tiến triển tại vùng không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn. Các nghiên cứu khác như nghiên cứu Y H Park thấy tỉ lệ di căn là 75%.⁶ Các nghiên cứu trên Thế giới về UTDD giai đoạn muộn cũng cho tỷ lệ BN di căn xa từ 62-98%.⁷ Như vậy so với nước khác nhất là với một quốc gia tiến tiến với khả năng chẩn đoán và điều trị UTDD cao như Nhật Bản thì mô hình bệnh lý di căn của UTDD trong các nghiên cứu cũng không

có nhiều khác biệt.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số vị trí di căn xa có thể gặp từ 1-3 vị trí, trong đó 69,2% di căn 1 vị trí, 11,5% di căn 2 vị trí, 3,8% BN di căn 3 vị trí. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả trong nước cũng như trên thế giới: nghiên cứu của Tô Như Hạnh có 91,2% bệnh nhân xuất hiện di căn xa ngay tại thời điểm chẩn đoán, trong đó 77,4% di căn 1 vị trí, 14,5% di căn 2 vị trí, 8,1% bệnh nhân di căn 3 vị trí.⁴ Nghiên cứu của Tingsong Yang cũng nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân di căn là 74%.²

Trong các vị trí di căn xa, gan là vị trí di căn hay gặp nhất chiếm 34,6% trường hợp, tiếp đến là phúc mạc với 30,8% và hạch thượng đòn 23,1%. Các vị trí khác như buồng trứng, phổi, da, xương và tuyến thượng thận... ít gặp hơn. Tỷ lệ di căn buồng trứng ở bệnh nhân nữ là 5,8%. Trong nghiên cứu Tingsong Yang tỷ lệ di căn xa của gan là 53,3%, của phúc mạc là 31,1%, tiếp theo là buồng trứng chiếm 11,1%.² Nghiên cứu của Tô Như Hạnh di căn gan cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 41,9% bệnh nhân, tiếp đến phúc mạc 35,5%.⁴ Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng không có sự khác biệt nhiều so với các kết quả nghiên cứu khác ở trong nước cũng như trên thế giới. Gan thường là vị trí hay gặp nhất của các di căn từ UTBM dạ dày nói riêng cũng như của các UT đường tiêu hóa nói chung, do đây là chặng tiếp nhận chính lượng máu đổ về từ các tạng trong ổ bụng thông qua hệ thống tĩnh mạch cửa.

Toàn bộ bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu đều có typ mô bệnh học là UTBM tuyến. Độ mô học được chia làm ba mức độ, tương ứng với độ biệt hóa. Độ mô học 1 hay các tổn thương biệt hóa cao chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,9%, độ mô học 2 hay biệt hóa vừa chiếm 42,3%, độ mô học 3 bao gồm các thể kém biệt hóa, không biệt hóa và UTBM tế bào nhẵn, UTBM chế nhầy chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,8%. Tỷ lệ các mức độ biệt hóa trong nghiên cứu không có sự khác biệt nhiều so với các nghiên cứu tại về UTDD giai đoạn muộn gần đây.⁸ Adachi quan sát thấy rằng loại kém biệt hóa thường gặp ở những trường hợp UT muộn, xâm lấn thanh mạc, di căn hạch và di căn xa. Điều này một lần nữa cho thấy mối liên quan mật thiết giữa độ biệt hóa tế bào của khối u với giai đoạn bệnh. Những UT giai đoạn sớm thường có độ mô học thấp, tiến triển chậm tại chỗ với tiên lượng tốt hơn, trong khi những khối u có độ mô học cao thường có xu hướng lan tràn sớm

hơn và thường thấy ở những bệnh nhân giai đoạn muộn, với tiên lượng xấu hơn nhiều.

Phần nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật triệu chứng chiếm 55,8% (n=29). Các phương pháp phẫu thuật bao gồm: cắt dạ dày triệu chứng khi có thể cắt bỏ mà không nhiều nguy cơ biến chứng; phẫu thuật nối vị tràng nếu có hẹp môn vị; phẫu thuật mở thông dạ dày khi hẹp vùng tâm vị; và phẫu thuật mở thông hồng tràng khi tổn thương đa ổ lan rộng gây hẹp môn vị. Có 23 bệnh nhân không phẫu thuật trước điều trị hóa chất. Dù ở giai đoạn muộn nhưng tỉ lệ BN được phẫu thuật khá cao. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước: Nghiên cứu của Nguyễn Khánh Toàn trên các bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn cũng có 61,5% bệnh nhân phẫu thuật triệu chứng.³

Wang và cộng sự đã đánh giá lợi ích của phẫu thuật đối với 525 trường hợp UTDD giai đoạn muộn. Có 68,8% bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày R1 và R2, có 164 bệnh nhân chiếm 31,2% trường hợp được phẫu thuật không cắt dạ dày, trong đó chỉ 23 trường hợp là phẫu thuật thăm dò.⁹ Phần lớn các tác giả thống nhất nếu có thể cắt được mà không làm nặng thêm bệnh hoặc nguy cơ tai biến không quá cao (khối u xâm lấn vào nhiều tạng xung quanh như tụy, gan, đại tràng hoặc xâm lấn vào các mạch máu lớn như động mạch mạc treo tràng trên, tràng dưới...) thì nên cắt dạ dày, nếu có thể vẫn vét hạch.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 63,8, phần lớn bệnh nhân có thể trạng tốt, UTBM tuyến chiếm 100% trường hợp, thể kém biệt hóa chiếm tỉ lệ cao nhất (53,8%). Gan và phúc mạc là vị trí di căn thường gặp nhất lần lượt là 34,6% và 30,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Statistics 2020:** GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries - Sung - 2021 - CA: A Cancer Journal for Clinicians
2. **Yang T, Shen X, Tang X, et al.** Phase II trial of oxaliplatin plus oral capecitabine as first-line chemotherapy for patients with advanced gastric cancer. *Tumori*. 2011;97(4): 466-472. doi:10.1177/030089161109700409
3. **Nguyễn Khánh Toàn.** Đánh giá kết quả của phác đồ XELOX trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn muộn tại bệnh viện K. Đại học Y Hà Nội. 2013. p 38
4. **Tô Như Hạnh** (2012). Đánh giá kết quả hóa trị liệu phác đồ EOX cho ung thư dạ dày giai đoạn muộn không còn khả năng phẫu thuật triệt căn.

- Đại học Y Hà Nội.
5. **Ang TL, Fock KM.** Clinical epidemiology of gastric cancer. Singapore Med J. 2014;55(12):621-628. doi:10.11622/smedj.2014174
 6. **Park YH, Lee JL, Ryoo BY, et al.** Capecitabine in combination with Oxaliplatin (XELOX) as a first-line therapy for advanced gastric cancer. Cancer Chemother Pharmacol. 2008;61(4):623-629. doi:10.1007/s00280-007-0515-7
 7. **Yoshida M, Ohtsu A, Boku N, et al.** Long-term survival and prognostic factors in patients with metastatic gastric cancers treated with chemotherapy in the Japan Clinical Oncology Group (JCOG) study. Jpn J Clin Oncol. 2004;34(11):654-659. doi:10.1093/jcco/hyh120
 8. **Nguyễn Văn Hiếu,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày sớm tại bệnh viện K từ 2000-2006. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2008. Số 1: p. 176-181.
 9. **Wang CS, Chao TC, Jan YY, Jeng LB, Hwang TL, Chen MF.** Benefits of palliative surgery for far-advanced gastric cancer. Chang Gung Med J. 2002;25(12):792-802.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ VÀ CÁC KHỐI U TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng¹, Không Văn Quang¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tá tràng và các khối u tá tràng. Có 10 BN, Nam 60% (6 BN) Nữ 40% (4 BN). Tuổi TB 52,5. Triệu chứng lâm sàng (LS) thường gặp: đau bụng 90%, xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 30%, hẹp tá tràng 30%. Chụp CLVT phát hiện U tá tràng 90%; Nội soi dạ dày (NSDD) phát hiện u 60% (50% U D' niêm mạc). Siêu âm nội soi (SANS) 20% (phát hiện GIST 20%). Mổ cấp cứu (sốc mất máu) 20%, mổ phiến 80%. Tổn thương: Ung thư DII tá tràng (adenocarcinoma: AC) 1 BN (10%), GIST DII tá tràng 2 BN (20%), GIST DII-DIII 3 BN (30%), GIST DIII-IV 1 BN (10%), U lympho DIV 1 BN (10%), U cơ DII (leiomyoma) 2 BN (20%). Phẫu thuật cắt khối tá tụy 1 BN; Cắt đoạn DII trên Vater, cắt bán phần dạ dày, dẫn lưu (DL) móm tá tràng 1BN (10%); Cắt đoạn DII D' bóng Vater, cắt hang vị, DL móm tá tràng 1 BN (10%); Cắt đoạn DII-DIII, nối tận-tận, cắt hang vị, DL móm tá tràng 3 BN (30%); Cắt đoạn DII-DIII-DIV, nối tận-tận, cắt hang vị, DL móm tá tràng 1 BN (10%); Cắt đoạn DIV, cắt đoạn ruột non, nối vị tràng 1 BN (10%); Khâu cầm máu, cắt hang vị, DL móm tá tràng 1 BN (10%); Nối vị tràng, nối mật ruột 1 BN (10%). Không có tử vong (TV) trong, sau mổ và ≤ 30 ngày. Không có BN mổ lại. Biến chứng rò 3 BN (1 BN sau cắt khối tá tụy, rò mật và tụy; 2 BN rò nhỏ sau cắt đoạn tá tràng điều trị nội). **Kết luận:** Ung thư tá tràng hay các khối u tá tràng hiếm gặp (Tỷ lệ <1% với AC tá tràng, < 4-5% với GIST tá tràng). Triệu chứng thường gặp là đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, hẹp tá tràng. Chụp CLVT và SANS có giá trị chẩn đoán cao các khối U tá tràng. + Đối với ung thư tá tràng AC, cắt đoạn tá tràng hay cắt khối tá tụy phụ thuộc vào vị trí U cho kết quả (thời

gian sống sau 5 năm) tương đương với điều kiện đạt được di căn R0. Giá trị tiên lượng quan trọng nhất là di căn hạch. + Đối với GIST tá tràng, phẫu thuật bao gồm cắt khối tá tụy (khối U DII liên quan tới bóng Vater hoặc gây tắc mật), cắt đoạn tá tràng hay cắt tá tràng hình chêm. Phẫu thuật cắt khối tá tụy có tỷ lệ TV và biến chứng cao. Cắt đoạn tá tràng có thời gian sống thêm tương đương với cắt khối tá tụy nếu đạt được di căn R0 (1-2 cm cách), có tỷ lệ biến chứng và TV giảm. + Các khối u cơ (leiomyoma) nên chỉ định nút mạch (khi có XHTH), mổ cắt U khi BN ổn định. **Từ khóa:** Ung thư tá tràng, GIST tá tràng, cắt đoạn tá tràng, u cơ trơn tá tràng

SUMMARY

THE RESULTS OF SEGMENTAL DUODENAL RESECTION FOR TUMORS OF DUODENUM AND MALIGNANT DUODENAL TUMORS

Retrospective study aimed at evaluation the clinical features and results of surgical management for tumor of duodenum and malignant duodenal tumors. **Results:** There were 10 patients, 6 male (60%), 4 female (40%), mean age 52,5 year old, Symptoms: abdominal pain (90%), gastrointestinal bleeding 30%. gastric outlet obstruction 30%. CTScan detected 90% duodenal tumor; Gastroduodenoscopy showed 60% duodenal lesions; endoscopic ultrasound detected 20% duodenal GIST. Emergency operation in 20% (blood loss shock). Intraoperation findings: Duodenal adenocarcinoma (DII) in 1 patient; Duodenal GIST in 6 patients: of them 2 tumor located at DII duodenum below ampulla of Vater, 2 tumors located at junction DII-DIII of duodenum, 1 tumor located at duodenal DIII-DIV. Operation performed: Pancreatic-duodenectomy (PD) in 1 patient; duodenal DII segmentectomy (AC proximal to ampulla) and subtotal gastrectomy with duodenostomy for compression in 1 patients; Duodenal DII segmentectomy, antrectomy with duodenostomy for compression in 1 patients (GIST located below ampulla); Duodenal DII-DIII segmentectomy, end to end anastomosis, antrectomy with duodenostomy for compression in 3 patients (GIST at DII-DIII junction);

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024