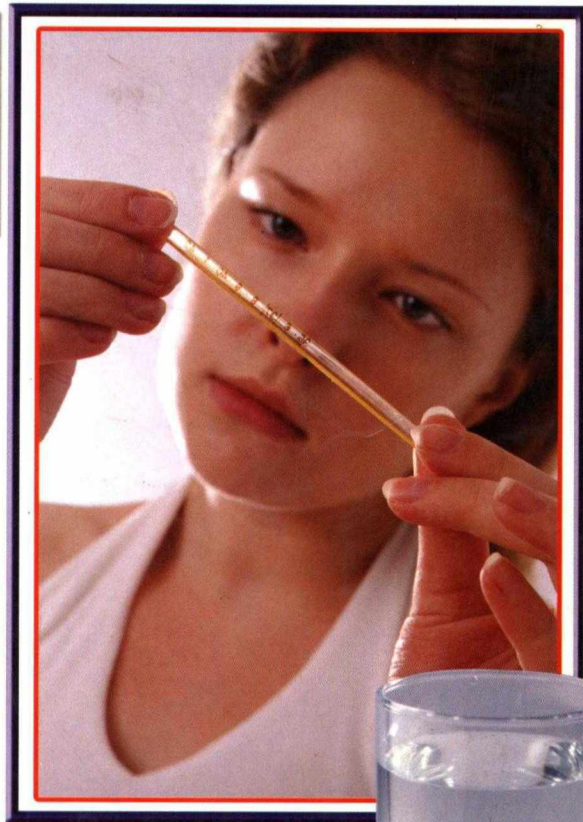




BS PHAN HÀ

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ

BỆNH UNG THƯ



Cách phòng và điều trị



NHA XUẤT BẢN VĂN HÓA THÔNG TIN



NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ BỆNH UNG THƯ

BS PHAN HÀ

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ
BỆNH UNG THƯ
(Cách phòng và điều trị)

NHÀ XUẤT BẢN VĂN HÓA - THÔNG TIN

LỜI GIỚI THIỆU

Chúng ta đều biết rằng sức khoẻ là vốn quý nhất. Nếu chúng ta may mắn có được sức khoẻ tốt, đó là niềm hạnh phúc vô bờ. Nhưng cũng có những người không có được may mắn ấy, họ đang phải đối đầu, vật lộn với những căn bệnh hiểm nghèo – như bệnh ung thư chẳng hạn.

Đối với nhiều người, bệnh ung thư đồng nghĩa với cái chết, với sự tuyệt vọng. Nhưng chúng ta đã có một Terry Fox – người thanh niên Canada 18 tuổi bị bệnh ung thư xương buộc phải cắt bỏ chân phải trên đầu gối khoảng 15cm – Anh đã sống một cuộc đời thật ý nghĩa. Chúng ta còn có những Terry Fox thầm lặng khác đã và đang kiên cường đấu tranh để chiến thắng bệnh tật và sống có ích.

Đúng, bệnh ung thư là bệnh nan y, tuy nhiên không phải lúc nào bệnh ung thư cũng là vô vọng. Nếu được phát hiện sớm và điều trị tốt, nếu lạc quan

và có lòng quyết tâm chiến thắng bệnh tật, những bệnh nhân ung thư vẫn nắm được cơ hội sống.

Trong cuốn sách này, chúng tôi muốn chia sẻ cùng độc giả một số kiến thức về các căn bệnh ung thư thường gặp, chia sẻ với các bạn những kinh nghiệm phòng – chống bệnh ung thư và cách chăm sóc bệnh nhân ung thư. Hi vọng các bạn sẽ tìm được những thông tin hữu ích.

Chúc các bạn mạnh khỏe!

Tác giả

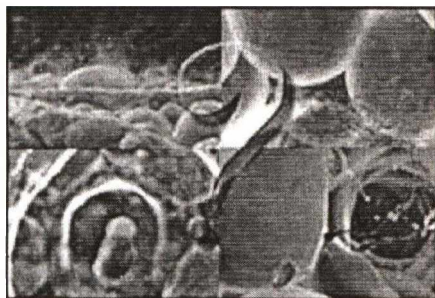
Chương I

MỘT SỐ THÔNG TIN VỀ BỆNH UNG THƯ

SỰ PHÁT TRIỂN CỦA BỆNH UNG THƯ TRÊN THẾ GIỚI

1,7 TRIỆU NGƯỜI CHÂU ÂU CHẾT VÌ UNG THƯ

Theo báo cáo mới nhất của Cơ quan Nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC) được công bố trên tạp chí *Annals of Oncology* chuyên về bệnh ung thư, trong năm 2004 tại châu Âu



1,7 triệu người đã chết vì ung thư và thêm 2,9 triệu

người mắc phải căn bệnh này. Riêng tại 25 nước thuộc Liên minh châu Âu, có thêm đến 2 triệu người mắc ung thư và 1,2 triệu người chết vì bệnh này.

Khoảng 54% (hơn 1,5 triệu) số người mới bị ung thư và 56% người chết vì bệnh này trên toàn châu Âu là nam giới, chủ yếu là ung thư phổi và ung thư tiền liệt tuyến. Trong khi đó, ung thư vú chính là thủ phạm cướp đi sinh mạng của 17,4% trong số 27,4% nữ bệnh nhân ung thư. Ung thư phổi vẫn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong, tiếp đến là ung thư ruột, vú, dạ dày... Các nhà khoa học khuyến cáo rằng trong nhiều biện pháp ngăn ngừa ung thư, việc cấm hút thuốc ở nơi công cộng và hạn chế uống rượu bia vẫn là những biện pháp ưu tiên hàng đầu.

GẦN 600.000 NGƯỜI MỸ CHẾT VÌ BỆNH UNG THƯ

Theo một báo cáo mới đây của Viện nghiên cứu thuốc - Mỹ: việc thay đổi lối sống có thể là yếu tố quyết định trong việc ngăn chặn tử vong do ung thư; không hút thuốc, ăn theo chế độ ăn lành mạnh và tập thể dục thường xuyên kết hợp với kiểm tra sức khỏe định kỳ có thể giảm được 1/3 tỉ lệ tử vong do ung thư.

Báo cáo của viện này cho biết: tỉ lệ tử vong do ung thư phổi (loại ung thư gây tử vong hàng đầu ở Mỹ)

có thể giảm xuống còn 1/2 vào năm 2015; và ung thư ruột có thể giảm xuống còn 1/3. Cũng theo báo cáo này, 100.000 ca ung thư mới và 60.000 ca tử vong do ung thư ở Mỹ có thể được ngăn chặn mỗi năm.

Viện nghiên cứu khuyến cáo các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các cơ quan bảo hiểm, những người chủ lao động và các nhà chính sách nên tập trung vào việc khuyến khích mọi người giảm uống rượu, giảm hút thuốc lá, thích nghi với chế độ ăn lành mạnh và tham gia vào các chương trình tập thể dục cũng như kiểm tra thường xuyên để phát hiện ung thư da, ung thư vú, ung thư vòm họng.

Hiệp hội ung thư Mỹ (ACS) cho biết: năm 2002 có 1,3 triệu người được chẩn đoán mắc ung thư và 500.000 người tử vong do ung thư. Theo nhận định của tổ chức này, khoảng 1/3 (190.000) trong tổng số hơn 570.000 người Mỹ sẽ chết vì bệnh ung thư vào năm 2005 do có chế độ dinh dưỡng sai, không có hoạt động thể chất nào, tăng trọng quá mức, hút thuốc lá nhiều cùng nhiều nguyên nhân khác trong lối sống hàng ngày. ACS còn nêu rõ hơn 168.000 ca tử vong là liên quan đến thuốc lá. Theo đó, nếu ngừng hút thuốc, số ca tử vong vì ung thư có thể giảm hơn một nửa. Ngoài ra, theo bản báo cáo này, trong năm 2005 sẽ có 1,36 triệu người Mỹ biết rằng họ mắc phải một căn bệnh ung thư.

NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH UNG THƯ

Ngày nay người ta biết rõ ung thư không phải do một nguyên nhân gây ra. Mỗi loại ung thư có những nguyên nhân riêng biệt. Một tác nhân sinh ung thư có thể gây ra một số ung thư và ngược lại một loại ung thư có thể do một số tác nhân gây nên. Bệnh nhiễm trùng mạn tính, một số loại vi khuẩn, vi rút hoặc ký sinh trùng cũng là một trong những tác nhân sinh ra nhiều loại ung thư.

Thông thường các tế bào phân chia để tạo thêm nhiều tế bào khi cơ thể cần chúng. Quá trình tuân tự này giúp chúng ta khoẻ mạnh.

Nếu những tế bào cứ tiếp tục phân chia cho dù không có nhu cầu tạo tế bào mới thì sẽ tạo ra một khối mô. Khối mô dư thừa này, hay được gọi là bướu, có thể lành tính hoặc ác tính.

Các bướu lành tính không phải là ung thư. Chúng thường có thể được cắt bỏ và trong hầu hết trường hợp không tái phát trở lại. Điều quan trọng nhất là các tế bào của bướu lành tính không lan sang các phần khác của cơ thể. Hiếm khi những bướu lành tính đe dọa mạng sống.

Các bướu ác tính là ung thư. Các tế bào ung thư có thể xâm lấn và phá huỷ các mô và cơ quan lân cận bướu.

Các tế bào ung thư cũng có thể rời khỏi khối u ác tính để đi vào máu hoặc hệ bạch huyết. Đây là cách

ung thư lan từ khối u nguyên phát để hình thành những bướu mới ở các phần khác của cơ thể. Sự lan tràn của ung thư gọi là di căn.

NGUYÊN NHÂN DO VI RÚT

Vi rút viêm gan B và ung thư gan nguyên phát

Hiện nay trên toàn thế giới có khoảng hơn 2 tỉ người bị nhiễm vi rút viêm gan B. Trong đó có khoảng 280 triệu người bị viêm gan mãn tính. Ở Việt Nam, những nghiên cứu bước đầu cho thấy tỉ lệ mang vi rút viêm gan B là 12,5% dân số.

Giai đoạn đầu vi rút này xâm nhập vào cơ thể gây ra viêm gan cấp, nhiều khi bệnh chỉ biểu hiện thoáng qua. Khoảng 5-10% bệnh cấp tính trở thành mạn tính. Tổn thương này qua một thời gian dài tiến triển, không có triệu chứng sẽ dẫn đến hai biến chứng quan trọng là xơ gan toàn bộ và ung thư gan. So với các loại ung thư thì ở nước ta ung thư gan chiếm vị trí thứ ba ở nam giới và chiếm vị trí thứ tư ở nữ giới. Người ta ước tính năm 2000 có khoảng 7.648 trường hợp mới mắc ung thư gan.

Ung thư gan điều trị rất khó khăn và ít hiệu quả. Việc phát hiện ra vi rút viêm gan B gây ung thư gan đã mở ra một phương pháp phòng bệnh rất hiệu quả đó là tiêm vắc-xin phòng viêm gan B cho những người có kháng thể HBsAg (-), đặc biệt là trẻ sơ sinh. Đó là một biện pháp đơn giản, rẻ tiền

nhưng mang lại lợi ích rất lớn cho việc bảo vệ sức khỏe. Ngoài ra, vì bệnh viêm gan vi rút B lây truyền qua đường máu nên chúng ta không nên dùng chung bơm, kim tiêm, chú ý dùng các phương tiện bảo hộ cơ thể khi tiếp xúc với máu... Vi rút cũng lây qua đường tình dục vì thế các hành vi tình dục an toàn không chỉ tránh được lây nhiễm HIV mà còn tránh được lây truyền vi rút viêm gan B, phòng được bệnh viêm gan B tức là phòng được bệnh xơ gan và ung thư gan.

Vi rút Estein - Barr (EBV) và ung thư vòm mũi họng

Trong số các yếu tố liên quan đến ung thư vòm thì EBV được xem là quan trọng nhất. Người ta đã phân lập được loại vi rút này trong các khối ung thư vòm mũi họng. Ngoài ra EBV còn là một trong những nguyên nhân chính gây ra ung thư hệ thống hạch bạch huyết.

Ung thư vòm mũi họng là bệnh đứng hàng đầu trong các ung thư ở khu vực đầu mặt cổ.

Nước ta là một trong các nước có tỉ lệ mắc bệnh cao so với thế giới. Hàng năm, trung bình có từ 250 - 300 bệnh nhân mới mắc ung thư vòm mũi họng điều trị tại khoa tia xạ Bệnh viện K.

Biểu hiện sớm của ung thư vòm mũi họng là đau đầu, ù tai, ngạt mũi một bên. Các dấu hiệu này rất dễ nhầm với một số bệnh nội khoa, thần kinh v.v...

Nhưng điều đặc biệt là các triệu chứng này ở cùng một bên và tăng dần, không đáp ứng với các biện pháp chống viêm, giảm đau thông thường. Ở giai đoạn đầu của bệnh, việc điều trị rất có hiệu quả và rẻ tiền. Do đó, nếu thấy các dấu hiệu trên, bạn nên đến các cơ sở chuyên khoa ung bướu để khám và điều trị kịp thời.

Vi rút gây u nhú

Vi rút gây u nhú có liên quan mật thiết với các ung thư vùng âm hộ, âm đạo, cổ tử cung ở nữ giới và ung thư dương vật ở nam giới.

Đặc biệt là vi rút gây u nhú loại ở người (HPV) típ 16 và 18, lây truyền qua quan hệ tình dục. Ung thư cổ tử cung là một trong những ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ. Ung thư cổ tử cung gặp nhiều ở những phụ nữ quan hệ tình dục sớm, với nhiều đàn ông hoặc có quan hệ với những người đàn ông có quan hệ tình dục với nhiều phụ nữ hoặc với gái mại dâm, ung thư cổ tử cung còn gặp ở người sinh đẻ nhiều, vệ sinh cơ quan sinh dục kém... Đó cũng là những yếu tố thuận lợi cho sự lây nhiễm các loại vi rút u nhú và nhiều bệnh nhiễm trùng sinh dục khác. Ung thư cổ tử cung là bệnh phát triển chậm và khu trú tại chỗ, nên nếu được phát hiện sớm có thể điều trị khỏi hẳn. Để phòng tránh ung thư cổ tử cung, chúng ta nên theo chế độ một vợ, một chồng, vệ sinh sạch sẽ sau khi giao hợp, đi khám phụ khoa định kỳ 6 tháng một lần.

Do HIV

HIV tuy không phải là tác nhân trực tiếp gây ung thư nhưng ở các bệnh nhân bị nhiễm HIV, hệ miễn dịch suy giảm nên rất dễ mắc các bệnh nhiễm trùng khác.

Người ta thấy rằng tỉ lệ saccôm Kaposi, ung thư cổ tử cung, ung thư hạch ở các bệnh nhân bị AIDS cao hơn hẳn người bình thường.

NGUYÊN NHÂN DO VI KHUẨN

Vi khuẩn *Helicobacter Pylori* (HP) và ung thư dạ dày

Ở nước ta, ung thư dạ dày là bệnh gặp nhiều ở cả hai giới, đứng thứ hai trong các loại ung thư. Nam giới mắc ung thư dạ dày nhiều hơn nữ giới. Năm 2000 ước tính có 9.129 người mới mắc ung thư dạ dày được phát hiện. Các nghiên cứu cho thấy có sự liên quan mật thiết giữa viêm dạ dày do vi khuẩn HP với ung thư biểu mô tuyến của dạ dày và đặc biệt là u lymphô ác tính tại dạ dày. Khi điều trị bệnh do vi khuẩn HP thì các u lymphô ác tính trên cũng biến mất. Nếu bị viêm loét dạ dày, nên điều trị sớm và triệt để, để tránh sự biến chứng thành ác tính sau này.

Ung thư dương vật gặp nhiều ở những nam giới bị hẹp bao quy đầu. Những người này rất khó vệ

sinh niêm mạc qui đầu, nên bị ứ đọng cặn nước tiểu cùng với vi trùng là nguy cơ gây ung thư. Trẻ nhỏ hẹp bao qui đầu cần tách nong bao qui đầu, lộn rửa thường xuyên, hoặc cắt bao qui đầu trước tuổi trưởng thành để phòng tránh ung thư dương vật.

Ký sinh trùng và ung thư

Ung thư bàng quang và một số ung thư niệu quản có liên quan chặt chẽ với nhiễm ký sinh trùng.

Sán lá gan là yếu tố nguy cơ của bệnh ung thư đường mật. Người ăn phải cá có mang trùng sán chưa nấu chín sẽ mắc bệnh. Nước ta, ở một số địa phương có tập quán ăn cá gỏi, vệ sinh ngoại cảnh không tốt, tỉ lệ nhiễm sán trong nhân dân rất cao.

Nhiễm trùng là bệnh lý phổ biến nhất ở những nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Việc phòng chống các bệnh nhiễm trùng đã và đang được đặt lên hàng đầu. Ung thư tuy không phải là bệnh nhiễm trùng nhưng việc phòng chống các bệnh nhiễm trùng cũng đồng thời góp phần vào phòng chống một số bệnh ung thư.

Chống nhiễm trùng không chỉ đơn giản là việc vệ sinh của mỗi cá nhân mà cần có sự tham gia phối hợp của các cấp, các ngành và cả cộng đồng trong việc giữ gìn vệ sinh chung.

CÁC CHẤT PHÓNG XẠ VÀ UNG THƯ

Tia X quang và ung thư

Các nhà nghiên cứu Anh cho biết, khoảng 0,6% nguy cơ ung thư có thể là do tiếp xúc với tia X quang tại bệnh viện. Hiện toàn thế giới có gần 14% dân số phải tiếp xúc với tia xạ từ các nguồn nhân tạo và tự nhiên. Nguy cơ ung thư do tiếp xúc tích lũy với tia xạ đã được xác định bằng dữ liệu lấy từ những người tiếp xúc với tia xạ sau vụ nổ bom nguyên tử năm 1945 ở Hiroshima và Nagasaki.

Tỉ lệ ung thư do tia X quang khác nhau khá nhiều giữa các nước. Tỉ lệ các ca ung thư do tia X quang được chẩn đoán ở Mỹ gần 0,9%, Đức 1,3% và Nhật Bản cao nhất 2,9% với hơn 7500 trường hợp mỗi năm. Ở Anh, các nghiên cứu cho thấy tới 30% số trường hợp chụp X quang ngực thực sự là không cần thiết và một số trường hợp chụp CT cũng vậy. Những lần chụp CT không cần thiết có thể kéo dài thời gian nằm viện cũng như gây tiếp xúc với tia xạ.

Tuy nhiên, lợi ích của tia X quang rất lớn, nó cho phép phát hiện sớm và kiểm soát các bệnh nghiêm trọng như ung thư. Vì vậy, các bác sĩ nên tránh chỉ định chụp X quang và chụp cắt lớp vi tính (CT) nếu không thật sự cần thiết. Ngoài ra, người ta còn cho rằng: Đàn ông thấp nhỏ dễ mắc ung thư.

Đàn ông thấp nhỏ dễ bị ung thư hơn đàn ông có vóc dáng trung bình. Đó là kết quả của một nghiên

cứu do Trung tâm Ung thư Quốc gia thuộc Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản công bố mới đây.

Béo phì từ lâu vẫn được xem là một nguy cơ gây ung thư, nhưng cuộc nghiên cứu kéo dài 11 năm tại Nhật cho thấy đàn ông thấp nhỏ cũng có nguy cơ tương đương nhưng lại không được quan tâm đúng mức.

Để có kết luận này, các nhà khoa học Nhật đã khảo sát các đợt bộc phát ung thư và các chỉ số trọng lượng cơ thể của 90.000 đàn ông và phụ nữ Nhật từ năm 1990 đến 2001 nhằm xác định khả năng mắc bệnh. Tuy nhiên, vì sao đàn ông thấp nhỏ dễ bị ung thư vẫn là một câu hỏi chưa có lời đáp.

Chụp cắt lớp thường xuyên sẽ bị ung thư

Chụp cắt lớp, một phương pháp mà nhiều người ca ngợi là biện pháp phát hiện ung thư sớm, lại có thể làm tăng nguy cơ bị ung thư cho người chụp nếu lạm dụng phương pháp này.

Chụp cắt lớp là một thủ tục không bắt buộc nhưng đang trở nên phổ biến. Khi mà ngày càng có nhiều người khoẻ mạnh lựa chọn phương pháp này, các nhà khoa học đã quan tâm đến mối nguy hiểm tiềm tàng của nó.

Nguy cơ tử vong vì ung thư gây ra bởi các tia phóng xạ trong một lần chụp cắt lớp khá thấp nếu chỉ chụp một lần, nhưng mối nguy hiểm sẽ tăng đáng kể nếu tiến hành chụp một hoặc hai năm một lần.

“Chụp cắt lớp, về mặt bản chất mà nói, tạo ra lượng phóng xạ lớn”, tiến sỹ David J Brenner tại Trung tâm Y học Đại học Columbia, Mỹ, giải thích.

Xét theo phương diện lợi ích, Brenner cho biết, chưa từng có một nghiên cứu nào cho thấy tuổi thọ hay sức khoẻ được cải thiện nhờ chụp cắt lớp. Ông và cộng sự đã tìm hiểu nguy cơ bị ung thư ở những người chụp cắt lớp và thấy rằng lượng phóng xạ trong một lần chụp cắt lớp tương đương với lượng phóng xạ mà một người sống sót sau thảm họa bom nguyên tử tại Hiroshima và Nagasaki, Nhật Bản gánh chịu. Các nhà khoa học cho biết, tỉ lệ tử vong do ung thư ở những người còn sống sau hai thảm họa này là rất cao.

Theo Brenner, những người có tuổi chống chọi với phóng xạ tốt hơn người còn trẻ. Với một người 45 tuổi, nguy cơ bị ung thư nếu chụp cắt lớp một lần là 1/1200. Tức là nếu 1.200 người chụp cắt lớp thì một trong số đó sẽ chết vì ung thư do tia phóng xạ gây ra. Nhưng nếu năm nào cũng chụp hoặc hai năm chụp một lần, lượng phóng xạ tích tụ trong cơ thể tăng và nguy cơ ung thư cũng sẽ tăng. Nếu một người 45 tuổi chụp như vậy trong vòng 30 năm, xác suất tử vong do ung thư sẽ là 1/50.

“Nguy cơ mà người chụp cắt lớp phải hứng chịu là rất lớn và có khi còn vượt xa những lợi ích có được từ phương pháp này. Cho đến tận bây giờ chúng ta cũng chưa có được bằng chứng về những

lợi ích đó. Theo tôi, chúng ta chưa nên ưu tiên phương pháp này cho đến khi thật sự biết được lợi ích cũng như nguy cơ của nó.” - Brenner nói.

RƯỢU VÀ UNG THƯ

Ung thư là một bệnh lý ác tính của tế bào. Khi bị kích thích bởi các tác nhân sinh ung thư, tế bào phát triển một cách vô tổ chức, không tuân theo cơ chế phát triển bình thường của cơ thể. Ung thư không chỉ là một loại bệnh mà có trên 200 loại khác nhau. Mỗi loại bệnh đều có nguyên nhân riêng của nó. Ngày nay, sau nhiều nghiên cứu khoa học người ta kết luận rượu là một yếu tố nguy cơ gây ra một số bệnh ung thư.

Uống rượu nhiều thường xuyên gây nghiện rượu, tác hại lên hệ thần kinh và gan, rượu được chứng minh là yếu tố nguy cơ của xơ gan và xơ gan có thể dẫn tới ung thư gan.

Đồ uống có cồn có liên quan nhân quả với ung thư khoang miệng, họng, thanh quản, thực quản. Điều đáng quan tâm hơn cả là mối liên kết giữa rượu và thuốc lá có tác dụng cộng hưởng trên ung thư vùng đầu cổ.

Nguy cơ bị ung thư do tiêu thụ nhiều cả rượu và thuốc lá lớn hơn rất nhiều so với chỉ tiêu thụ từng thứ riêng lẻ. Nguy cơ mắc bệnh có tỉ lệ thuận trực

tiếp với số lượng tiêu thụ. Mỗi yếu tố đơn độc làm tăng nguy cơ gấp 2-3 lần khi kết hợp chúng lại làm tăng nguy cơ lên hơn 15 lần.

Ví dụ: Một tác động mạnh mẽ của cả hai sự tiếp xúc đã nhận thấy trong ung thư thực quản ở vùng Bretanh (Pháp) ở đây nguy cơ hút thuốc lá nặng trên 30 điếu/ngày và uống rượu trên 121g/ ngày là 155 lần lớn hơn nguy cơ của những người hút ít 0-9 điếu/ngày và uống rượu ít 0-40g/ngày. Sự liên quan tác dụng này cũng được giả định giữa rượu và nhiễm khuẩn viên gan B mạn tính trong ung thư gan.

Các ung thư ở các cơ quan khác cũng được đánh giá có liên quan tới tiêu thụ rượu, việc uống rượu thường xuyên cũng liên quan đến nguy cơ gây ung thư vú vào khoảng 1,5 lần, quan hệ liều lượng -hiệu quả đôi khi được ghi nhận.

Ở một nghiên cứu, tác động của rượu được hạn chế khi dùng trước 30 tuổi, đó là vấn đề cần được nghiên cứu về việc dùng rượu rộng rãi và tỉ lệ ung thư vú cao ở nhiều nước. Ung thư trực tràng không chắc chắn liên quan tới rượu, vấn đề này cần được nghiên cứu.

Cách thức tác động của rượu trong quá trình sinh ung thư hiện nay chưa rõ. Tuy nhiên, các cơ hội phòng ngừa các bệnh ung thư có liên quan tới rượu có thể đạt được mức tối thiểu về mặt lý thuyết.

THUỐC LÁ VÀ BỆNH UNG THƯ

Thuốc lá là nguyên nhân của nhiều loại bệnh nguy hiểm đối với con người như ung thư phổi, nhồi máu cơ tim, xơ vữa động mạch và các bệnh về hệ hô hấp. Theo số liệu điều tra năm 1997, ở Việt Nam tỉ lệ nam giới hút thuốc là 73%, nữ giới là 3,4%, ước tính 10% dân số hiện nay (khoảng trên 7 triệu người) sẽ chết sớm do các bệnh có liên quan đến thuốc lá, trong đó 3,7 triệu người sẽ chết ở độ tuổi trung niên. Theo dự báo của Tổ chức y tế thế giới (WHO), đến năm 2020 số người chết vì thuốc lá sẽ nhiều hơn tổng số người chết do HIV/ AIDS, lao, tai nạn giao thông đường bộ. Tác hại của thuốc lá đối với sức khỏe nói chung và gây nên ung thư nói riêng đã được y học chứng minh từ nhiều năm nay.

Tử vong do hút thuốc lá

Cứ 10 giây trên thế giới lại có một người chết vì thuốc lá, cứ 3 người hút thuốc lá thường xuyên mỗi người hút trung bình 20 điếu thuốc lá một ngày thì 1 trong 3 người sẽ chết sớm do các bệnh có liên quan tới thuốc lá, đặc biệt là bệnh ung thư.

Theo Tổ chức y tế thế giới thì 40 - 50% tổng số nam giới từ 35 - 69 tuổi tử vong do ung thư là những người hút thuốc lá. Hút thuốc lá là nguyên nhân của 90 - 95% trong tổng số ca tử vong vì ung thư phổi.

Dự báo với mức tiêu thụ hiện nay ở Việt Nam hơn 7 triệu người đang sống sẽ chết sớm do mắc các bệnh có liên quan tới thuốc lá. Một nửa trong số đó sẽ chết ở độ tuổi 35 - 69. Những người hút thuốc lá chết sớm hơn so với những người không hút thuốc lá không phải là một ngày, một tháng mà là hàng năm thậm chí tới 23 năm. Đối 23 năm cuộc đời là quá nhiều cho một sở thích tốn tiền.

Thuốc lá với bệnh ung thư

Thuốc lá là nguyên nhân gây bệnh ung thư, điều đó đã được chứng minh một cách khoa học từ hơn 200 năm nay, đặc biệt là ung thư phổi. Khói thuốc lá chứa hơn 4000 chất hoá học trong đó có 43 chất là tác nhân gây ung thư. Khi cơ thể hít khói thuốc lá, tất cả các chất này sẽ đi vào cơ thể và gây ra nhiều căn bệnh nguy hiểm.

Thời gian hút thuốc càng dài nhất, là từ khi tuổi trẻ, số điều thuốc hút mỗi ngày càng nhiều thì càng tăng nguy cơ bị ung thư phổi, họng, miệng, thực quản, tụy, thận, bàng quang. Một người hút một bao thuốc mỗi ngày thì có nguy cơ bị ung thư phổi cao gấp 10 lần người không hút. Ở cả hai thành phố Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh ung thư phổi là ung thư phổ biến nhất ở nam giới. Bệnh ung thư phổi là bệnh có khả năng gây chết người cao, chỉ có một số ít bệnh nhân sống được 5 năm sau khi phát hiện bệnh, đây cũng là loại ung thư có thể phòng ngừa được bằng cách không hút thuốc.

TÌNH DỤC VÀ UNG THƯ

Hành vi tình dục có mối liên quan rất chặt chẽ đến một số bệnh ung thư, đặc biệt là ung thư của cơ quan sinh dục. Hành vi tình dục làm tăng cơ hội tiếp xúc với các yếu tố gây ung thư lây truyền qua đường sinh dục.

Ung thư cổ tử cung gặp nhiều ở những phụ nữ quan hệ tình dục với nhiều người, hoặc có chồng/bạn tình có quan hệ tình dục với nhiều phụ nữ hoặc với gái mại dâm. Ung thư cổ tử cung, ung thư âm hộ, âm đạo ở phụ nữ và ung thư dương vật ở nam giới gắn liền với sự có mặt của vi rút gây u nhú HPV16 và 18. Loại vi rút này lây truyền qua đường tình dục.

Theo kết quả nghiên cứu của Bệnh viện K và Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh, tỉ lệ mắc ung thư cổ tử cung ở Thành phố Hồ Chí Minh cao gấp bốn lần so với Hà Nội, trong khi đó tỉ lệ nhiễm vi rút HPV ở Thành phố Hồ Chí Minh, trong một nghiên cứu khác cũng được chứng minh là cao gấp năm lần ở Hà Nội.

Quan hệ tình dục với nhiều người còn làm tăng nguy cơ nhiễm HIV. Ở những người này hệ miễn dịch suy giảm, do đó rất dễ nhiễm các loại vi rút và vi khuẩn khác. Người ta thấy tỉ lệ mắc saccôm Kaposi và ung thư cổ tử cung ở người nhiễm HIV cao hơn hẳn người bình thường.

Người có nhiều bạn tình còn dễ bị lây nhiễm vi rút viêm gan nhóm B. Loại vi rút này sau khi xâm nhập gây ra viêm gan cấp tính, sau đó có một số chuyển thành viêm gan mạn tính tiến triển và cuối cùng là dẫn tới xơ gan và ung thư gan. Ung thư cổ tử cung cũng hay gặp ở những phụ nữ quan hệ tình dục sớm, lập gia đình sớm trước 20 tuổi, sinh đẻ nhiều, thiếu sẵn sóc vệ sinh cá nhân và vệ sinh sau khi giao hợp.

Hiếm thấy ung thư cổ tử cung ở những phụ nữ không sinh hoạt tình dục, hoặc phụ nữ tu hành.

Sinh hoạt tình dục muộn hoặc không sinh hoạt tình dục lại liên quan chặt chẽ đến ung thư vú. Phụ nữ độc thân có nguy cơ mắc ung thư vú cao gấp hai lần phụ nữ có chồng. Ung thư vú cũng hay gặp ở những phụ nữ ly thân, ly hôn, chồng chết, sinh đẻ ít, đẻ con đầu lòng muộn trên 30 tuổi.

Không nên quan hệ tình dục sớm, nên lấy chồng và có con trước 30 tuổi. Cần chú ý vệ sinh sạch sẽ sau khi giao hợp. Nên sống lành mạnh, thủy chung. Không nên quan hệ tình dục với nhiều người, nhớ dùng các biện pháp để bảo vệ mình khỏi bị lây nhiễm các bệnh qua đường tình dục, và đó cũng là việc làm thiết thực để phòng tránh một số bệnh ung thư.

THỰC PHẨM NGỪA UNG THƯ

Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo, một trong các yếu tố dẫn đến bệnh ung thư là do ăn uống.

Nhưng ngược lại, cũng có nhiều loại thực phẩm thông dụng hàng ngày lại có tác dụng phòng ngừa căn bệnh nguy hiểm cướp đi hàng triệu sinh mạng mỗi năm này.

Các chuyên gia y học đã dự báo, đến năm 2015, số người mắc bệnh ung thư trên toàn thế giới sẽ lên đến con số 10 triệu người, và số bệnh nhân này phần lớn sẽ không có điều kiện chữa trị.

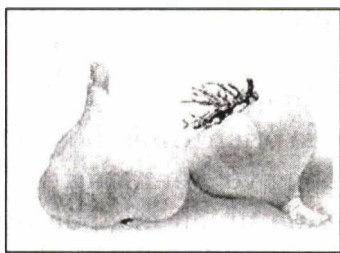
Các nhà khoa học Pháp đã kết luận rằng: Thói quen có liên quan đến bệnh ung thư. Có đến 30% những người mắc bệnh ung thư được cho rằng có liên quan đến ăn uống. Trong một công bố gần đây của Viện Khoa học sức khỏe Pháp với tiêu đề “Ăn uống với bệnh ung thư” đã nêu rõ những thực phẩm chứa nhiều mỡ, sữa nguyên bơ, thịt và những thức ăn có chứa nhiều mỡ, là những nguyên nhân có thể gây ung thư, đặc biệt ung thư đại tràng và trực tràng. Ngoài ra, những thực phẩm này còn là nguyên nhân gây các bệnh tim mạch.

Tổ chức Y tế Thế giới cũng đã ghi rõ mối quan hệ giữa ăn uống và ung thư. Những thực phẩm có chứa nhiều mỡ, ướp muối, hun khói được coi là những thực phẩm có thể dẫn đến căn bệnh chết người này. Các nhà khoa học cũng đã khuyến cáo nên ăn nhiều rau xanh, hoa quả tươi là những thực phẩm có chứa nhiều các hoạt chất chống oxy hóa, vitamin, chất xơ... Và đây cũng là những yếu tố được coi là góp phần làm giảm tỉ lệ mắc bệnh ung

thư. Theo các chuyên gia, ăn uống hợp lý có thể làm giảm 35% ca tử vong do ung thư. Các nhà khoa học đã khuyến cáo là không phải ăn nhiều hay ít hơn một loại thức ăn nào mà cơ bản là duy trì chế độ ăn hợp lý có các loại thực phẩm cơ bản: gạo, thịt, rau và hoa quả.

Trong vấn đề này, chúng tôi tổng hợp một số nghiên cứu khoa học về tác dụng phòng và chữa bệnh ung thư từ thực phẩm:

Tỏi: Người ta thấy rằng, những người ăn tỏi có tỉ lệ mắc bệnh ung thư dạ dày thấp nhất. Các nhà khoa học nhận thấy rằng tỏi có thể làm giảm hàm lượng đáng kể nitrite trong dạ dày và do



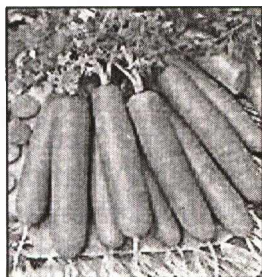
vậy đã làm giảm khả năng tạo ra nitrosamine, một chất được coi là có thể dẫn đến ung thư.

Mới đây, trong khi tiến hành nghiên cứu về tác dụng hạ thấp lượng cholesterol trong máu của tỏi, các nhà khoa học thuộc Viện Ung thư Quốc gia Mỹ đã phát hiện: Tỏi có thể làm giảm nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt và các dạng ung thư khác như đại tràng, dạ dày, vú... ở những người ăn mỗi ngày một tép tỏi, nguy cơ ung thư sẽ giảm một nửa so với người không ăn. Theo các nhà khoa học, ngoài tỏi ra, các loại lúa đậu, hành tươi, rau quả và trái cây

cũng có tác dụng nhất định trong việc phòng chống ung thư.

Hành tây: Các nhà khoa học đã phát hiện trong hành tây có hoạt chất vescalin ($C_{27}H_{20}O_8$), là chất chống ung thư tự nhiên. Tác dụng chống ung thư của chúng tỏ ra khá rõ rệt. Nghiên cứu chỉ rõ những người thường xuyên ăn hành tây có tỉ lệ ung thư dạ dày thấp hơn 25% so với những người ăn ít hoặc không ăn hành tây và tỉ lệ tử vong do ung thư dạ dày cũng thấp hơn 30%.

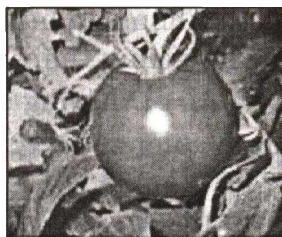
Cà rốt: Không chỉ giàu chất dinh dưỡng, cà rốt còn là một dược liệu có giá trị. Người La Mã đã gọi cà rốt là “Nữ hoàng của các loài rau”. Trong cà rốt, ngoài các chất protid, lipid, glucid, nước, xenluloz còn chứa các muối khoáng (K, Ca, Fe, P, Cu, Mn, Mg...) và các vitamin C, D, E, B1, B2, rất nhiều caroten - chất sẽ chuyển hóa thành vitamin A sau khi vào cơ thể. Dịch ép của cà rốt được dùng bôi ngoài để chữa một số bệnh như dinh nhọt, chốc lở, nấm da, chàm, bỏng, vết thương loét, hỗ trợ trong điều trị ung thư vú, ung thư biểu mô.



Cà rốt và các loại rau màu xanh, màu vàng có tác dụng phòng ngừa bệnh ung thư. Cà rốt chứa nhiều caroten (tiền vitamin A) có khả năng chuyển hóa

thành vitamin A. Các nhà nghiên cứu đã kết luận rằng: ở những người thiếu vitamin A, tỉ lệ ung thư cao hơn 2 lần so với người bình thường. Ngoài ra, cà rốt còn chứa nhiều chất xơ, rất có lợi đối với cơ thể. Theo một nghiên cứu gần đây ở Italia, cà rốt sống chứa một lượng lớn các chất có khả năng chống lại bệnh ung thư đại tràng, trực tràng và ung thư vú.

Cà chua: Là loại thực phẩm phổ biến ở Việt Nam, còn có tên gọi là trái táo vàng. Một số nghiên cứu cho thấy trong cà chua có một loại sắc tố tạo nên màu đỏ là Lycopene cùng với Beta carôten (Vitamin A tự nhiên)



có nhiều trong cà chua, có tác dụng chống oxy hóa tế bào; do vậy cà chua có tác dụng tốt trong dự phòng các bệnh ung thư.

Các nhà khoa học nhận thấy rằng, cà chua rất có lợi trong việc phòng chống một số bệnh ung thư vú, ung thư dạ dày và ung thư đường tiêu hóa. Theo nhóm nghiên cứu do giáo sư John Erdman thuộc Đại học Illinois (Mỹ) chủ trì, để phòng chống các căn bệnh ung thư, đặc biệt là ung thư tuyến tiền liệt, người ta cần ăn nguyên trái cà chua chưa chế biến. Trong một thí nghiệm trên chuột, nhóm nghiên cứu đã đưa ra nhận định rằng chất caroténoid trong cà chua được dùng dưới dạng thực

phẩm phụ trợ cho món ăn sẽ kém hiệu quả hơn so với việc dùng toàn bộ trái cà chua.

Chè: Hay còn gọi là trà. Có nhiều loại trà khác nhau như trà xanh, trà đen do cách chế biến khác nhau. Phenylpolyphenol là một hoạt chất có nhiều trong nước trà được coi là một trong những chất có tác dụng chống ung thư. Nước trà có thể phòng chống một số bệnh ung thư như ung thư gan, ung thư dạ dày. Chè có khả năng ức chế việc hình thành chất nitrosamine.

Thí nghiệm trên động vật cho thấy, chuột được uống nước trà có tỉ lệ mắc bệnh ung thư giảm thấp so với nhóm đối chứng. Nghiên cứu của các nhà khoa học Australia tiến hành tại Trung Quốc cho thấy, phụ nữ uống trà xanh đều đặn hàng ngày giảm được 60% khả năng bị ung thư buồng trứng.

Kết luận này được các nhà khoa học Đại học Curtin ở Perth (Australia) và các nhà khoa học Trung Quốc đưa ra sau khi tiến hành nghiên cứu trên hơn 900 phụ nữ. Dù các loại trà khác cũng tỏ ra hiệu quả nhưng trà xanh có tác dụng mạnh nhất.

Các loại nấm ăn: Các nhà khoa học Mỹ và Nhật đã phát hiện rất nhiều loại nấm ăn như nấm hương, nấm đông, nấm rơm, mộc nhĩ đen và mộc nhĩ trắng có chứa hoạt chất chống ung thư. Nghiên cứu đã chứng minh chất Polysaccharide trong nấm đông cô có tác dụng phòng chống ung thư rất mạnh. Polysaccharide có trong mộc nhĩ trắng và

mộc nhĩ đen cũng là chất chống ung thư khá hiệu nghiệm. Những thành phần khác trong các loại nấm như chất xơ và calci cũng có tác dụng phòng chống ung thư, nâng cao sức đề kháng cơ thể.

Nấm búp: Nấm búp A.

Blazei Murr có tác dụng làm thuốc và ăn cũng rất ngon.

Trong nấm có nhiều vitamin:

B1 0,3%, B2 3,2%, acid ascorbic

49,2mg%, ngoài ra còn có D2.

Với thành phần acid amin đầy đủ, có thể coi nấm búp là nguồn

thực phẩm cao cấp. Từ cuối

thập niên 80 - đầu thập niên 90, Kawagishi ở Nhật

Bản đã phát hiện ra hiệu quả chống ung thư rất cao

của các hoạt chất của nấm búp. Các popysaccharid và

lectin có hoạt lực chống tế bào ung thư: Hạn chế sự

phát triển khối u và kéo dài thời gian sống. Các tác

giả Nhật Bản còn chiết ra 4 loại steroid, ergosterol và

regosterol peroxid, cerevisterol và cerebrosid có khả

năng ức chế mạnh tế bào ung thư.

Nấm hương: Hay còn gọi là nấm donko, nấm shi-

itake. Ngoài giá trị là nấm thực phẩm cao cấp, với

thành phần dinh dưỡng cao và hương vị hấp dẫn đặc

biệt, nấm hương còn có những giá trị y-dược đặc sắc.

Các polysaccharid tan trong nước nóng là một dược

phẩm chống ung thư, đặc biệt là ung thư dạ dày. Thực

tế lâm sàng, lentinan đã được kiểm tra kỹ về hoạt tính



chống ung thư và hầu như không có tác dụng phụ, do đó được áp dụng như một trị liệu pháp có hiệu quả cao cho các bệnh nhân ung thư. Có những trường hợp ung thư đường dạ dày-ruột giai đoạn 3 được điều trị bằng nấm hương kết quả vẫn rất khả quan.

Viện Roslin - nơi sinh ra chú cừu Dolly nhân bản - đã tìm ra cách tập trung kháng thể vào lòng trắng của trứng gà biến đổi gene. Kháng thể này được thiết kế để trị bệnh ung thư da ác tính. Dòng trứng gà “chữa bệnh” đầu tiên có thể có mặt trên thị trường trong vòng năm năm nữa.

Thành tựu đột phá trên là kết quả phối hợp giữa Viện Roslin, Công ty dược Viragen Inc của Mỹ và Công ty công nghệ sinh học Oxford BioMedica của Anh.

Trước đây, protein chữa bệnh đã được sản xuất trong sữa của cừu, dê và bò biến đổi gene, song không có phương pháp nào mang tính thực tiễn cao.

Với công nghệ mới, người ta hy vọng sẽ sản xuất một loạt thuốc với số lượng lớn và giá thành rẻ, chỉ chiếm một phần nhỏ so với phương pháp sản xuất truyền thống. Hiện nhóm nghiên cứu đang nghiên cứu sản phẩm trứng chứa 3 loại protein chữa bệnh khác.

TRIỂN VỌNG MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ

Các nhà khoa học vừa mới phát triển thành công một loại vaccine ung thư giúp người bệnh có thể không bị tái phát ung thư sau khi phẫu thuật.

Loại vaccine này có tên là NY- ESO-1/ISCOMA-TRIXTM, đây là sự kết hợp giữa sinh kháng thể ung thư (có tên NY-ESO-1) và thuốc kích thích sự hoạt động của hệ miễn dịch (có tên ISOMATRIXTM).

Cuộc thử nghiệm này đã được tiến hành trên 46 người tham gia (phần lớn trong số họ có melanoma) và 19 người được tiêm loại vaccine này 3 tháng một lần.

Vaccine đã được tiêm cho 19 bệnh nhân sau khi họ đã được phẫu thuật cắt bỏ khối u. Hai năm sau có đến 14 (trong tổng số 19) người không bị tái bệnh so với con số là chỉ có 7 trong số 16 người được tiêm sinh kháng thể ung thư NY-ESO-1 và chỉ là 2 trong số 7 người được tiêm loại thuốc giả.

Những thí nghiệm trên bệnh nhân được tiêm loại vaccine này cho thấy trong cơ thể của họ sản sinh ra nhiều bạch cầu và các tế bào T hơn.

Các bác sĩ dự định sẽ mở một cuộc tiêm thử loại thuốc này đại trà.

Chương II

PHÒNG VÀ TRỊ MỘT SỐ BỆNH UNG THƯ ĐƯỜNG HÔ HẤP

UNG THƯ THỰC QUẢN

Ung thư thực quản

Thực quản, là một phần của ống tiêu hoá, nối từ họng đến dạ dày. Thực quản nằm dọc ở vùng cổ, giữa khí quản phía trước và cột sống phía sau. Ở người trưởng thành, thực quản dài khoảng 25cm. Khi chúng ta nuốt, các cơ ở thành thực quản co bóp để đẩy thức ăn xuống dạ dày. Các tuyến trên thành thực quản tiết ra chất nhầy, nó có tác dụng giữ lòng thực quản luôn ẩm ướt và bôi trơn thành thực quản giúp việc nuốt thức ăn dễ dàng hơn.

Cũng như tất cả các cơ quan khác trong cơ thể,

thực quản được cấu tạo bởi nhiều loại tế bào khác nhau. Các tế bào thông thường chỉ phân chia để tạo ra những tế bào mới khi cần thiết. Chính điều này góp phần cho chúng ta có một cơ thể khỏe mạnh.

Mỗi năm, người ta lại phát hiện thêm nhiều trường hợp ung thư thực quản mới. Khối u có thể phát triển tại nhiều vị trí khác nhau của thực quản. Một khi phát hiện được những hạch ở vùng lân cận thực quản thì rất nhiều khả năng tế bào ác tính đã xâm lấn ra các cơ quan quanh thực quản. Trong nhiều trường hợp, khối u có thể di căn đến khí quản, đến các mạch máu lớn ở ngực, đến bất kỳ cơ quan xung quanh nào. Ung thư thực quản cũng có thể di căn đến phổi, đến gan, đến dạ dày và đến các cơ quan khác.

Mặc dù khối u di chuyển đến những cơ quan khác, nhưng người ta vẫn coi đó là cùng một bệnh, và gọi cùng tên với tên gọi của ung thư nguyên phát. Khi ung thư thực quản lan đến những cơ quan khác, người ta gọi đó là ung thư thực quản di căn.

Nguyên nhân nào gây ung thư thực quản?

Nguyên nhân chính xác gây ung thư thực quản vẫn chưa được biết đến. Các nhà nghiên cứu vẫn đang tìm hiểu điều này. Những nghiên cứu thực hiện tại Mỹ cho thấy, ung thư thực quản thường gặp ở những bệnh nhân trên 55 tuổi. Nam giới bị bệnh nhiều gấp đôi phụ nữ, người da đen bị nhiều

hơn người da trắng. Lý do tại sao cũng chưa được giải thích hợp lý.

Một điều chắc chắn là ung thư thực quản không phải là một bệnh lây truyền. Bên cạnh đó, các nhà khoa học cũng tìm ra nhiều yếu tố nguy cơ, mà có thể làm tăng tỉ lệ bị ung thư thực quản. Tại Mỹ, hút thuốc và uống rượu quá mức là những yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Một người vừa uống nhiều rượu vừa nghiện thuốc lá thì nguy cơ tăng lên nhiều lần so với người chỉ hút thuốc hoặc chỉ uống rượu.

Nếu hạn chế uống rượu có thể làm giảm nguy cơ ung thư thực quản cũng như nguy cơ ung thư các cơ quan khác như ung thư khoang miệng, ung thư vòm họng, ung thư vòm hầu... Còn nếu không hút thuốc, chúng ta có thể giảm nguy cơ bị ung thư thực quản, phổi, khoang miệng, họng hầu, bàng quang và tụy. Hơn nữa, một người bị ung thư vì hút thuốc cũng dễ bị ung thư thứ phát hơn người khác. Hầu hết các bác sĩ đều yêu cầu bệnh nhân ung thư thực quản ngưng hút thuốc để hạn chế việc phát triển một ung thư thứ phát, đồng thời giảm nhẹ các triệu chứng của ung thư thực quản, như ho chẳng hạn.

Một khi niêm mạc thực quản bị kích thích thường xuyên và kéo dài cũng làm tăng nguy cơ bị ung thư. Vùng niêm mạc ở đoạn cuối thực quản thường bị viêm kéo dài khi người bệnh bị chứng trào ngược dạ dày thực quản, làm dịch từ dạ dày trào lên thực quản gây tổn thương niêm mạc thực

quản. Khi các tế bào vùng tổn thương chuyển đổi dần dần thành những tế bào tương tự tế bào niêm mạc dạ dày, các bác sĩ gọi đây là tình trạng thực quản Barrett. Trong một vài trường hợp, thực quản Barrett có thể dẫn đến ung thư thực quản.

Còn nhiều dạng tổn thương khác của niêm mạc thực quản mà cũng là nguy cơ chuyển thành ung thư thực quản. Ví dụ một người đã từng uống một thứ thuốc tẩy rửa hoặc uống dung dịch hoá học gây bỏng thực quản thì sẽ có nguy cơ ung thư thực quản cao hơn bình thường vì các loại chất hoá học trên gây tổn thương nhu mô thực quản nặng nề.

Dinh dưỡng kém cũng là một yếu tố nguy cơ của ung thư thực quản. Các nhà khoa học không biết chính xác chế độ ăn như thế nào thì ảnh hưởng đến nguy cơ mắc bệnh này, nhưng chắc chắn một điều là một chế độ ăn cân bằng với nhiều loại rau quả giúp giảm nguy cơ mắc bệnh.

Thông thường, một bệnh nhân bị ung thư thực quản thường không tìm thấy yếu tố nguy cơ rõ ràng. Trong hầu hết các trường hợp, bệnh sinh ra là do nhiều yếu tố cùng tác động lên.

Nếu bạn nghĩ rằng mình thuộc nhóm nguy cơ cao của bệnh, bạn nên gặp gỡ và trò chuyện với bác sĩ để được tư vấn. Các bác sĩ sẽ giúp bạn làm giảm nguy cơ mắc bệnh xuống đồng thời sẽ lên một kế hoạch để theo dõi kỹ lưỡng.

Triệu chứng của ung thư thực quản

Những khối u còn rất nhỏ ở thực quản thường không gây ra triệu chứng nào. Khi khối u lớn lên, thì triệu chứng thường gặp nhất là khó nuốt tăng dần. Người bệnh sẽ cảm thấy nghẹn ở cổ hoặc cảm giác nóng rát khi nuốt thức ăn. Đôi khi lại có cảm giác cục thức ăn bị kẹt ở ngay phía sau xương ức. Triệu chứng khó nuốt cứ tăng dần. Ban đầu là khó chịu khi ăn các thức ăn cứng và dai như thịt, bánh mì, rau sống, các thức ăn dạng hạt... Khi khối u lớn hơn, lòng thực quản càng ngày càng hẹp thì những thức ăn khác thậm chí là thức ăn dạng lỏng cũng làm bệnh nhân nuốt khó khăn. Ngoài ra còn có một số triệu chứng khác như khó tiêu, nóng rát trước ngực, nôn ói, nghẹn thức ăn. Vì những nguyên nhân này mà bệnh nhân ngày càng sụt cân và gầy mòn.

Đôi khi người bệnh còn có triệu chứng ho khan và thở khò khè, cảm giác đau rất sau ức hay đau vùng cổ.

Các triệu chứng trên không chỉ gặp trong ung thư thực quản mà còn gặp trong nhiều bệnh khác, thế nên một khi bạn ghi nhận thấy mình có những triệu chứng đó thì nên đến gặp một bác sĩ chuyên khoa tiêu hoá để được tham vấn.

Chẩn đoán ung thư thực quản

Để tìm nguyên nhân gây nên các triệu chứng kể

trên phải dựa vào quá trình diễn tiến của các triệu chứng (gọi là bệnh sử) đồng thời tìm hiểu về tiền căn bệnh tật của bản thân người bệnh và người thân của anh ta. Bên cạnh đó, để có được những thông tin khái quát về bệnh, có thể phải thực hiện một số xét nghiệm cho bệnh nhân như chụp X-quang thực quản.

Chụp thực quản đồ là một xét nghiệm cần thiết. Người bị nghi là ung thư thực quản được uống một dung dịch cản quang, thường là Barium, sau đó người ta sẽ chụp một loạt nhiều hình X-quang của thực quản. Vì Barium là thuốc cản quang, nó bao lên bề mặt niêm mạc thực quản, nên việc chụp lại quá trình thuốc di chuyển trong lòng thực quản sẽ cho biết hình dạng và những thay đổi trong lòng thực quản. Tiếp đó dùng một màn hình huỳnh quang theo dõi trực tiếp sự di chuyển của Barium trong lòng thực quản xuống đến dạ dày.

Hầu hết các bệnh nhân cũng được thực hiện một xét nghiệm là nội soi thực quản. Trước khi thực hiện việc nội soi, bệnh nhân sẽ được xịt thuốc gây tê vào họng, sau đó bác sĩ sẽ đưa một ống nội soi mềm, đàn hồi, có đèn ở đầu ống vào miệng bệnh nhân, qua họng xuống đến thực quản. Nội soi giúp bác sĩ quan sát được niêm mạc thực quản và vùng tâm vị, nơi thực quản nối với dạ dày. Nếu phát hiện một vùng nào đó bị tổn thương, bác sĩ sẽ bấm sinh thiết, lấy một mảnh mô nhỏ để quan sát dưới kính hiển vi

nhằm phát hiện tế bào bất thường. Nếu phát hiện thấy tế bào ung thư (ác tính), thì tiếp theo đó là xác định loại tổn thương. Các ung thư ở vùng đầu và giữa thực quản thường là ung thư tế bào vảy, trong khi đó ung thư ở đoạn cuối thực quản gần dạ dày thì thường là ung thư tế bào tuyến.

Một khi nhà giải phẫu bệnh phát hiện ra ung thư, thì người bác sĩ cần biết thêm về giai đoạn hay độ lan rộng của khối u. Việc phân độ của ung thư là một công việc quan trọng để đánh giá chính xác những cơ quan nào của cơ thể đã bị khối u xâm lấn. Việc quyết định điều trị là dựa trên giai đoạn của ung thư. Để phân độ chính xác, người thầy thuốc cần thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng, đặc biệt lưu ý vùng cổ và ngực, làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng khác như xét nghiệm máu, chụp X-quang, ...

Bác sĩ cũng có thể chỉ định chụp CTscan vùng ngực và bụng trên. CTscan cũng là chụp X-quang, nhưng cùng một lúc nhiều phim được chụp, sau đó được máy vi tính phân tích và cho ra hình ảnh chính xác. Một số bệnh nhân phải chụp cả phim MRI, đây là một kỹ thuật chụp dựa trên tính nhiễm từ của các phân tử nước trong cơ thể. Máy chụp là một máy từ trường lớn nối với máy vi tính để xử lý hình ảnh.

Bác sĩ còn sử dụng nhiều phương pháp và phương tiện đặc biệt khác để phát hiện các khối u di căn. Ví dụ như gương soi hầu họng, ống nội soi

khí quản và phế quản - đường dẫn khí vào phổi, để phát hiện ung thư thứ phát ở những nơi này.

Đôi khi các hạch kế cận thực quản to lên, phát hiện được khi khám, thì các bác sĩ có thể cho sinh thiết hạch này tìm xem có tế bào ác tính hay không?

Điều trị ung thư thực quản

Việc điều trị ung thư thực quản phụ thuộc vào một số yếu tố. Trong đó có vị trí chính xác của khối u, kích thước, độ xâm lấn, và khối u thuộc loại nào. Ngoài ra, việc điều trị còn phụ thuộc vào tuổi tác của bệnh nhân, đến tình trạng sức khỏe chung để áp dụng chế độ điều trị phù hợp với từng bệnh nhân.

Nhiều bệnh nhân muốn chủ động trong việc quyết định điều trị cho mình, vì thế họ tìm hiểu khá kỹ căn bệnh này. Việc đặt câu hỏi cho người bác sĩ điều trị là rất cần thiết, và bác sĩ phải có trách nhiệm giải thích cho bệnh nhân của mình. Hầu hết các bệnh nhân đều muốn biết về mức độ lan của bệnh, về việc điều trị như thế nào, hi vọng thành công ra sao, và quan trọng là việc điều trị sẽ hết bao nhiêu tiền.

Nhiều bệnh nhân thấy cần phải chuẩn bị một danh sách các câu hỏi trước khi đến gặp bác sĩ. Bạn hãy ghi lại những điều người bác sĩ giải thích cho bạn, điều này rất có ích. Nhiều khi bạn cũng cần một người thân hay bạn bè bên cạnh mình khi nói

chuyện với bác sĩ, người này có thể tham gia vào cuộc trò chuyện của bạn với bác sĩ. Có rất nhiều điều bệnh nhân chưa biết về căn bệnh và việc điều trị, thế nên bạn cần nhiều dịp để hỏi về những điều mình chưa rõ với bác sĩ điều trị của bạn.

Phương pháp điều trị

Thông thường ung thư thực quản không thể chữa được trừ khi ta phát hiện được ở giai đoạn sớm của bệnh, khi khối u chưa xâm lấn. Đáng tiếc là ung thư giai đoạn sớm lại có rất ít triệu chứng, và khi phát hiện được thì bệnh thường ở giai đoạn tiến triển. Tuy nhiên, ung thư giai đoạn tiến triển vẫn có hi vọng chữa được và triệu chứng có thể giảm.

Ung thư thực quản thường được điều trị bằng phẫu thuật, xạ trị, hoặc hoá trị. Người thầy thuốc có thể chỉ dùng một phương pháp hoặc kết hợp nhiều phương pháp, điều này còn tùy thuộc vào tình trạng người bệnh.

Phẫu thuật thường là một phần quan trọng của việc điều trị. Nhiều bệnh nhân ung thư thực quản phải trải qua một cuộc phẫu thuật để cắt bỏ thực quản. Phẫu thuật này bao gồm cắt khối u và một phần thực quản, nạo hạch quanh khối u và một số mô lân cận. Sau đó, phần thực quản còn lại được nối với dạ dày, đôi khi người phẫu thuật viên phải tạo một thực quản giả bằng cách lấy một phần ruột đưa lên.

Trong trường hợp khối u thực quản không thể cắt bỏ được, có thể do dính nhiều vào các cơ quan lân cận, bóc tách khó khăn, thì phẫu thuật viên phải tạo một đường bắc cầu ngang qua để nối từ khoang miệng đến dạ dày. Đôi khi, các bác sĩ phẫu thuật không thể mở rộng thực quản ra, lúc này phải chờ cho khối u lớn hơn một chút rồi thực hiện lại. Cũng có khi, phẫu thuật viên phải đưa vào lòng thực quản một ống nhỏ (gọi là đặt stent) để giúp thông thực quản. Gần đây, các bác sĩ dùng tia laser để phá hủy mô ung thư, sau đó tiến hành việc bóc tách khối u.

Xạ trị là phương pháp dùng tia phóng xạ chiếu vào khối u nhằm tiêu diệt tế bào ác tính và ngăn không cho chúng phát triển nữa. Giống như phẫu trị, xạ trị là phương pháp điều trị tại chỗ, chỉ tác động lên các tế bào ở vùng điều trị. Xạ trị có thể thực hiện trước phẫu trị để tiêu diệt và thu nhỏ khối u hoặc cũng có thể thực hiện sau phẫu trị để tiêu diệt nốt những tế bào ác tính còn sót lại sau mổ. Đôi khi kích thước và vị trí của khối u gây khó khăn cho việc phẫu thuật hoặc tình trạng bệnh nhân không cho phép phẫu thuật thì xạ trị được áp dụng để thay thế hoàn toàn phẫu trị. Thậm chí khi phẫu thuật và xạ trị không tiêu diệt hoàn toàn tế bào ác tính, thì xạ trị cũng có thể làm giảm đau và giúp bệnh nhân dễ nuốt hơn.

Xạ trị ngoài là khi nguồn phóng xạ được đặt bên

ngoài cơ thể, còn xạ trị trong là nguồn phóng xạ được đưa trực tiếp vào vị trí khối u. Thông thường, việc điều trị ung thư thực quản cần liều xạ trị ngoài 5 lần một tuần trong thời gian vài tuần. Trong thời gian xạ trị, bệnh nhân có thể nhập viện hay điều trị ngoại trú đều được. Trong khi đó, để xạ trị trong, bệnh nhân phải nằm viện trong thời gian ngắn để được cấy nguồn phóng xạ vào người.

Hoá trị là phương pháp dùng thuốc để tiêu diệt tế bào ác tính. Bác sĩ điều trị có thể dùng một loại thuốc hoặc kết hợp nhiều loại thuốc trong khi điều trị. Hoá trị có thể áp dụng một mình hoặc kết hợp với xạ trị trước phẫu thuật để thu nhỏ khối u và sau phẫu thuật để tiêu diệt tế bào ung thư còn sót lại. Hoá trị cũng được dùng trong trường hợp không thể mổ được hoặc khi khối u tái phát sau mổ và sau xạ trị.

Hầu hết các loại thuốc điều trị ung thư thực quản đều dùng bằng đường tiêm tĩnh mạch. Một số ít khác dùng bằng đường uống. Hoá trị là một phương pháp điều trị toàn thân, nghĩa là thuốc theo dòng máu để có thể đến tất cả các tế bào ung thư trong cơ thể. Thường việc dùng thuốc theo từng chu kì một, cứ một thời gian dùng thuốc, rồi một thời gian nghỉ. Nhiều bệnh nhân khi áp dụng hóa trị chỉ cần điều trị ngoại trú hoặc đến phòng mạch của bác sĩ hoặc điều trị tại nhà. Tuy nhiên, tùy theo loại thuốc, tùy theo tình trạng bệnh nhân, theo kế hoạch điều trị mà đôi khi bệnh nhân cũng cần nhập viện.

Một số nghiên cứu trong điều trị ung thư thực quản

Vì ung thư thực quản là một bệnh khó kiểm soát nên đã có rất nhiều nghiên cứu được thực hiện để tìm ra những phương pháp mới hiệu quả hơn trong điều trị bệnh này. Các nhà nghiên cứu cũng đã tìm ra nhiều cách để hạn chế các tác dụng phụ trong điều trị. Mặc dù nhiều phương pháp mới có rất nhiều hứa hẹn nhưng tất cả vẫn còn trong vòng thử nghiệm. Những thử nghiệm này được thiết kế để làm sao có được câu trả lời cụ thể rằng phương pháp nào là hiệu quả và an toàn. Những bệnh nhân tham gia vào việc điều trị này chính là những người tham gia đóng góp cho khoa học và nếu thành công họ sẽ là những người đầu tiên được hưởng lợi ích từ những nghiên cứu này.

Hiện tại có rất nhiều phương pháp điều trị ung thư thực quản đang được thử nghiệm trên lâm sàng. Các bác sĩ vẫn đang tìm cách kết hợp nhiều phương thức chữa trị mới nhằm đạt được hiệu quả cao nhất. Hiện đã có một số loại thuốc kháng ung thư mới, hoặc một số loại thuốc mà khi dùng sẽ làm tế bào ung thư nhạy cảm hơn với tia xạ. Tất cả cũng đang còn trong vòng thử nghiệm. Ngoài ra một phương pháp mới cũng đang được thử nghiệm là liệu pháp điều trị bằng quang năng (photodynamic). Trong phương pháp này, người ta dùng một loại thuốc làm tế bào ung thư trở nên nhạy với tia laser,

sau đó tia laser được dùng để tiêu diệt những tế bào này. Các liệu pháp sinh học, giúp cơ thể con người tăng sức đề kháng, đủ để chống chọi tế bào ung thư hiệu quả hơn, cũng đang được tìm tòi.

Các phương pháp điều trị ung thư đa phần là các phương pháp điều trị mạnh, rất khó hạn chế các tác dụng của thuốc lên các tế bào không phải ung thư khác của cơ thể. Chính vì các tế bào khỏe mạnh khác cũng có thể bị tổn thương khi điều trị, nên tác dụng phụ không mong muốn của việc điều trị là không thể tránh khỏi.

Các tác dụng phụ khi điều trị khá đa dạng, phụ thuộc chủ yếu vào phương pháp điều trị và mức độ ảnh hưởng trên toàn cơ thể của thuốc. Thêm nữa, phản ứng của cơ thể mỗi bệnh nhân là khác nhau. Bệnh nhân là những người theo dõi và phát hiện các tác dụng phụ này đầu tiên và chính xác. Trong điều trị ung thư thực quản, phẫu thuật là phương pháp chủ yếu, một số bệnh nhân có những khó khăn khi ăn uống, vì vậy có thể họ cần được nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch trước và sau khi mổ vài ngày. Bác sĩ đôi khi cũng cần cho bệnh nhân dùng thuốc kháng sinh để điều trị và phòng ngừa bội nhiễm. Người bệnh cũng cần được tập ho và tập thở đúng cách để giúp phổi không bị ứ đọng, tránh viêm phổi khi phải nằm lâu. Cảm giác khó chịu và đau sau phẫu thuật có thể hạn chế bằng cách dùng thuốc giảm đau.

Việc điều trị bằng tia phóng xạ kéo dài có thể khiến bệnh nhân khá mệt mỏi. Hãy cố gắng nghỉ ngơi bất cứ lúc nào, điều này rất quan trọng. Vùng da bị chiếu tia có thể bị tấy đỏ và khô nứt. Bạn nên để vùng da này tiếp xúc với không khí tự nhiên, nhưng tránh tiếp xúc nhiều với ánh sáng mặt trời, cũng không nên mặc quần áo chà xát nhiều vào vùng da đó. Chăm sóc da cần thận rất quan trọng. Bác sĩ có thể hướng dẫn cho bạn một số loại xà phòng thích hợp, còn bạn không nên dùng xà phòng hay thuốc tẩy rửa nào lên vùng da đó nếu không có ý kiến của bác sĩ. Chiếu xạ ở cổ có thể khiến bạn thấy khô, rát cổ và gây ho khan. Hãy uống thêm nhiều nước, bác sĩ cũng có thể cho bạn một số thuốc chữa ho. Nếu bạn có cảm giác nóng rát, khó chịu hay đau khi nuốt, người thầy thuốc sẽ cho bạn một số thuốc tê tại chỗ hay thuốc giúp bôi trơn để bạn nuốt dễ dàng hơn. Một số bệnh nhân nhận thấy khi dùng thuốc kháng acid (antacid) lại giúp họ thấy dễ chịu hơn, dễ tiêu hơn. Một số ít bệnh nhân lại có cảm giác khó thở, thở nông trong khi xạ trị. Bác sĩ cũng có thể giúp bệnh nhân giải quyết điều này.

Còn trong hoá trị, các tác dụng phụ phụ thuộc vào loại hoá chất mà bệnh nhân sử dụng. Nói chung, các thuốc kháng ung thư có đích tác dụng là các tế bào có tốc độ phân chia nhanh. Trong số đó có các tế bào máu, gồm hồng cầu có nhiệm vụ vận chuyển oxy trong máu, bạch cầu có nhiệm vụ chống

niêm trùng và tiểu cầu có nhiệm vụ đông máu. Khi các tế bào này bị ảnh hưởng, cơ thể sẽ thấy mệt mỏi hơn, dễ nhiễm trùng hơn, và dễ chảy máu hơn. Các tế bào lông, tóc và tế bào ở các niêm mạc cũng là những tế bào phân chia nhanh. Vì thế hoá trị có thể khiến người bệnh bị rụng tóc, ăn uống kém, không ngon miệng, khó tiêu, loét miệng, buồn nôn, và nôn. Các triệu chứng này thông thường tự mất đi khi việc điều trị chấm dứt.

Cân nặng của người bệnh cần được theo dõi kỹ lưỡng, bởi vì việc sụt cân là một vấn đề khá nghiêm trọng đối với người bệnh ung thư thực quản. Việc nuốt khó khăn cộng thêm cảm giác mệt mỏi sẽ khiến người bệnh không thấy đói và mất cảm giác ngon miệng khi ăn. Nói chung, một bệnh nhân dinh dưỡng tốt thường đối phó với các tác dụng phụ của điều trị dễ dàng hơn. Các bác sĩ khuyến khích bệnh nhân ung thư thực quản nên chia các bữa ăn của mình thành nhiều bữa nhỏ, không nên cố ăn dồn thành 3 bữa lớn một ngày. Sau ăn bạn hãy ngồi nghỉ ngơi một chút, các bác sĩ sẽ cho bạn một số thuốc chống nôn ới đồng thời giúp bạn dễ tiêu hơn.

Một số bệnh nhân dùng các thức ăn lỏng như súp, cháo khi việc nuốt khó khăn. Khi chuẩn bị thức ăn cho bệnh nhân ung thư thực quản, ta nên chọn món có nhiều thành phần, nhiều chất dinh dưỡng. Các loại bánh mềm, kem, súp là những món ngon dễ nuốt và nhiều chất dinh dưỡng mà bạn có

thể dùng. Các bác sĩ, y tá, các nhà dinh dưỡng học có thể tư vấn cho bạn một chế độ ăn để làm sao đảm bảo cung cấp đủ calori cũng như chất đạm giúp bạn không bị sụt cân đồng thời giúp các tế bào bình thường khác trong cơ thể có thể phục hồi. Ví dụ một thực đơn gồm các món dạng lỏng hoặc uống sữa có hàm lượng protein cao...

Tóm lại, nhân viên y tế sẽ cung cấp cho bạn đầy đủ thông tin về ung thư thực quản, cách điều trị cũng như các tác dụng phụ của việc điều trị.

Người bệnh và gia đình của họ phải làm gì để đối phó với căn bệnh này?

Khi được chẩn đoán mình bị bệnh ung thư thực quản hẳn người bệnh và gia đình họ sẽ có nhiều xáo trộn. Đôi khi những xáo trộn này rất khó có thể giải quyết. Đa phần người bệnh cùng người thân của họ sẽ có cảm giác bối rối. Ban đầu, có thể là sợ hãi, giận dữ và suy sụp. Đó là những phản ứng bình thường của con người khi đối mặt với một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Hầu hết bệnh nhân thường vượt qua khó khăn này dễ dàng hơn khi họ chia sẻ suy nghĩ và tình cảm của mình với những người thân xung quanh. Chia sẻ là cách giúp xoa dịu bớt nỗi đau của người bệnh đồng thời giúp những người xung quanh hiểu, thông cảm và có những hỗ trợ cho người bệnh. Ngoài ra còn có những sự lo lắng về các

xét nghiệm, về việc điều trị, về việc nằm viện và về vấn đề viện phí. Bác sĩ, y tá, các nhân viên xã hội... là người giúp bệnh nhân giảm bớt nỗi lo lắng này.

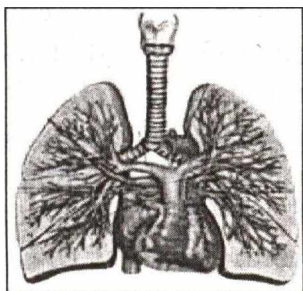
Bệnh nhân và người thân cũng rất quan tâm đến tương lai sắp tới của họ. Thường thì họ sẽ dựa trên các thống kê để tính toán xem liệu người thân của mình có được chữa khỏi hay không hoặc người bệnh sẽ sống được bao lâu nữa. Nhưng bạn phải lưu ý rằng các thống kê là dựa trên một số lượng rất lớn bệnh nhân. Bạn không thể áp dụng nó lên một bệnh nhân cụ thể nào được vì không có sự giống nhau giữa hai người bệnh ung thư. Người thầy thuốc điều trị và nắm vững tiền sử bệnh của bệnh nhân là người thích hợp nhất để đưa ra tiên lượng cho bệnh nhân của mình. Người bệnh không nên e ngại khi hỏi về tiên lượng của mình, nhưng bạn cần nhớ rằng ngay cả người thầy thuốc cũng không đoán trước được chuyện gì sẽ xảy ra.

Chúng sống với một căn bệnh hiểm nghèo như vậy thật khó khăn. Người bệnh và người nhà của họ sẽ phải đối mặt với nhiều vấn đề và thách thức. Một khi họ được cung cấp đầy đủ thông tin thì chắc chắn họ sẽ can đảm hơn để đối diện với bệnh tật.

UNG THƯ PHỔI

Tóm lược về ung thư phổi

Các ca tử vong do ung thư phổi vẫn đang tăng cao đặc biệt là ở các quốc gia châu Âu, mặc dù những thống kê gần đây cho thấy tỉ lệ này có chiều hướng giảm xuống ở nhóm các phụ nữ trẻ.



Ung thư phổi là căn bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới, theo Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC) có trụ sở tại Lyon, Pháp. Hầu hết các trường hợp mắc bệnh này đều do thuốc lá. Tỉ lệ được cứu chữa trong thời gian 5 năm ở các bệnh nhân ung thư phổi thấp hơn 15%.

Ung thư phổi là căn bệnh ung thư gây tử vong nhiều hơn bất kỳ loại ung thư nào khác. 8/10 ung thư phổi liên quan đến thuốc lá.

Vì phần lớn ung thư phổi được phát hiện trễ nên chỉ 10% được điều trị tận gốc.

Ho dai dẳng và đờm máu là triệu chứng của ung thư phổi

Ung thư phổi có thể được chẩn đoán qua xét nghiệm đờm, qua nội soi phế quản lấy mẫu thử, dùng

kim qua ngực lấy mẫu hoặc cắt mẫu qua phẫu thuật.

Điều trị ung thư phổi dựa trên loại, vị trí và kích thước cũng như tuổi và sức khỏe của bệnh nhân.

Nguyên nhân gây ra ung thư phổi

80% ung thư phổi mắc phải do thuốc lá. Có trên 2000 tác nhân sinh ung thư được biết trong khói thuốc lá. Những tế bào ở người bình thường sẽ thay đổi thành ung thư khi tiếp xúc với chất sinh ung thư. Những chất sinh ung thư phổi bao gồm radon, asbestos, bischolomethylether, nickel, chromates, bột than, những chất đồng có hoạt tính phát xạ và arsenic.

Nhiều nghề có gia tăng nguy cơ ung thư phổi. Chẳng hạn như công nhân đập đá có nguy cơ gia tăng 92 lần so với người bình thường và công nhân đúc nguy cơ tăng 3-8 lần. Nguy cơ cũng gia tăng trong những người làm việc trong nhà máy sản xuất thuốc, xà phòng, thuốc sinh màu vô cơ, nhựa và cao su tổng hợp.

Nguy cơ ung thư phổi cũng gia tăng với liều lượng tiếp xúc chất sinh ung. Ví dụ nguy cơ ung thư phổi cũng tăng, tỉ lệ thuận với số điếu thuốc được hút. Người hút thuốc lá thì có nguy cơ cao gấp 8-20 lần so với người không hút thuốc. Nhiều chất sinh ung thư cùng tác động trên một cơ thể thì càng gia tăng nguy cơ ung thư phổi. Khi tiếp xúc vừa

asbestos và thuốc lá thì nguy cơ ung thư phổi tăng lên gấp nhiều lần.

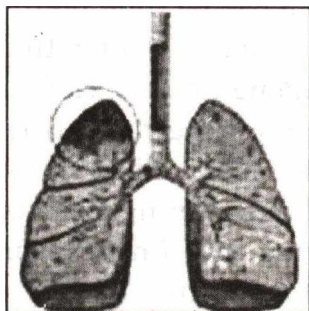
Nguy cơ ung thư phổi gia tăng ở những người sống tại thành thị cao gấp 1,2 đến 2,3 lần so với người sống ở miền quê. Cũng có sự gia tăng ung thư phổi trong những người vừa hút thuốc lá và có bà con gần bị ung thư. Sẹo do nhiễm trùng hoặc chấn thương trước đó cũng liên quan đến ung thư phổi.

Các loại ung thư phổi

Ung thư phổi được sắp xếp thành loại tế bào nhỏ và tế bào không nhỏ. Loại tế bào không nhỏ thì được phân chia thành carcinom tuyến, phế quản phổi, tế bào gai và tế bào lớn. Xấp xỉ 75-85% ung thư phổi là tế bào không nhỏ và 15 - 25% là loại tế bào nhỏ.

Ung thư tế bào không nhỏ của phổi

Phần lớn ung thư tế bào không nhỏ phát triển ở vùng ngoại vi của phổi. Vì ở ngoại vi nên loại này thường không có triệu chứng cho đến khi chúng được phát hiện trên film X quang ngực. Loại này



thường có xu hướng di căn đến phần khác của cơ thể như xương, hệ thần kinh trung ương (não và tủy sống), tuyến thượng thận, gan và phổi đối diện.

Thường có sẹo trong carcinoma tuyến. Đôi khi ung thư phát triển trong những vùng sẹo cũ của phổi. Trong những trường hợp khác thì sẹo xuất hiện sau khi ung thư phát triển.

Carcinom phế quản phổi và phế quản là carcinom tế bào không nhỏ được tìm thấy trên khắp đường hô hấp. Khi được phát hiện nếu là một khối đơn độc trên film X quang phổi thì tiên lượng tốt. Tỷ lệ sống thêm 5 năm sau phẫu thuật là 75- 90%. Tuy nhiên, nếu nó xuất hiện dưới dạng lan tỏa thì tiên lượng xấu.

Carcinom tế bào gai chiếm tỷ lệ 30-40% của loại carcinom tế bào không nhỏ. Loại này có xu hướng ở trung tâm của phổi, thường trong khí quản. Vì những ung thư này nằm gần hoặc trong khí đạo nên chúng thường gây triệu chứng sớm. Hốc đờm máu là triệu chứng thường gặp nhất. Ung thư có thể gây tắc khí đạo làm khó thở và viêm phổi.

Carcinom tế bào lớn chiếm khoảng 10% của loại tế bào không nhỏ. Loại ung thư này thường có ít đặc điểm riêng biệt về cấu trúc khi xem dưới kính hiển vi. Rất khó để phân biệt nó với loại ung thư di căn từ nơi khác đến phổi.

Ung thư tế bào nhỏ của phổi

Đây là loại nặng nhất và tiên lượng xấu nhất của

phổi, thường có xu hướng phát triển nhanh và di căn sớm đến các phần khác của cơ thể.

Loại này thường thấy là một khối nằm ở trung tâm của phổi trên phim X quang. Tổn thương nguyên phát gieo rắc đến hạch bạch huyết của ngực và vào máu đi đến các phần khác của cơ thể như gan, não, tủy sống thận, tụy, và tuyến thượng thận.

Hiếm khi loại này được điều trị bằng phẫu thuật vì ung thư nguyên phát quá lớn khi phát hiện hoặc đã di căn rồi. Tuy nhiên loại này đáp ứng tốt với xạ trị và hoá trị.

Các triệu chứng của ung thư phổi

Loại tế bào gai và tế bào nhỏ có thể gây ra ho, thở nông, đờm máu, đau ngực, khò khè hoặc viêm phổi. Carcinom tế bào tuyến thường ở phần ngoài của phổi và gây nên đau ngực khi thở, ho hoặc thở nông. Đa số bệnh nhân không triệu chứng khi bệnh được phát hiện lần đầu tiên trên phim X quang ngực.

Carcinom tế bào nhỏ và tế bào tuyến của phổi được phát hiện đầu tiên với triệu chứng của bệnh di căn. Điều này có nghĩa là triệu chứng liên quan đến nơi mà ung thư di căn đến, không nhất thiết tại phổi.

Những triệu chứng chỉ ra ung thư đã lan rộng bao gồm khàn giọng, nuốt khó, sưng mặt, tay và cổ. Di căn tế bào ung thư đến các cơ quan khác ngoài phổi liên quan đến tất cả các loại ung thư của phổi nhưng thường nhất là loại ung thư tế bào nhỏ và

carcinom tế bào tuyến. Nhức đầu, mệt, tê tay hoặc yếu liệt là chỉ điểm gợi ý ung thư di căn đến não hoặc tủy sống. Điều này yêu cầu điều trị khẩn cấp. Đau xương hoặc đau bụng là triệu chứng của ung thư di căn đến vùng này.

Chẩn đoán ung thư phổi

Một trong bốn cách sau đây giúp chẩn đoán ung thư phổi khi có nghi ngờ mắc bệnh:

1. Xét nghiệm đờm tìm tế bào ung thư. Đờm được tập trung sau ba ngày thì tỉ lệ dương tính cao hơn 1 ngày.

2. Soi phế quản bằng ống mềm nhỏ bằng cách xuyên qua mũi vào khí quản để phát hiện tế bào ung thư, đồng thời sinh thiết. Lấy mẫu bằng cách dùng bàn chải chải lên sang thương hoặc là dùng kim chích vào sang thương để lấy mẫu đem thử.

3. Sinh thiết bằng kim qua da bằng cách đưa kim nhỏ qua da và thành ngực để đến sang thương. Điều này có ích đối với bề mặt của phổi. Sự tiếp cận này được hỗ trợ bằng cách sử dụng scan CAT để hướng dẫn kim chính xác hơn. Trong một số nhỏ trường hợp, rò khí có thể xảy ra. Điều này thường tự giới hạn và chỉ 5% trường hợp cần thiết dẫn lưu ngực để hút .

4. Cắt hoặc vớt bỏ bằng phẫu thuật những khối nghi ngờ có thể giúp chẩn đoán. Điều này có thể thực hiện qua vết rạch nhỏ ở ngực hoặc soi ngực.

Phương pháp này liên quan đến việc đưa một camera nhỏ vào ngực và lấy một mẫu mô phổi bằng cách sử dụng hoặc là kẹp hoặc là laser.

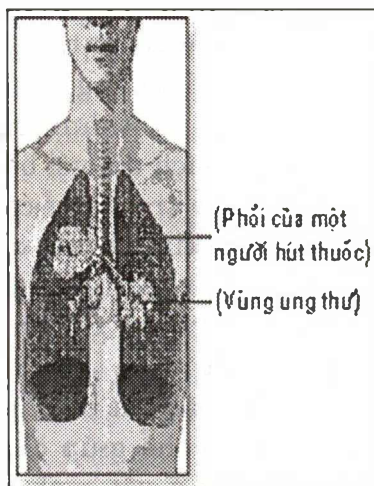
Hóa trị liệu là dùng thuốc để giết tế bào ung thư. Nó là phương pháp được chấp nhận như cách điều trị đầu tiên đối với ung thư tế bào nhỏ. Loại ung thư tế bào nhỏ của phổi có tỉ lệ thành công cao với hoá trị liệu, đặc biệt khi chỉ khu trú ở ngực.

Trong những trường hợp ung thư những tế bào không nhỏ của phổi thì hoá trị liệu có thể được sử dụng một mình hoặc là kết hợp với xạ trị.

Hóa trị sau phẫu thuật ung thư phổi bằng thuốc mới

Sau phẫu thuật, bệnh nhân ung thư phổi phải dùng hóa trị, một liệu pháp có nhiều tác dụng phụ đáng sợ. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh đang nghiên cứu một phương pháp hóa trị mới giảm tối đa các phản ứng khó chịu này, đặc biệt là không gây rụng tóc.

Mặc dù mới chỉ áp



dụng trên 40 bệnh nhân trong thời gian gần 12 tháng nhưng phương pháp hóa trị sau phẫu thuật mới đã mang lại những kết quả rất khả quan. Bệnh nhân không còn phải chịu những tác dụng phụ như mệt nhiều, ói mửa, thời gian phục hồi chậm và đặc biệt là không còn bị rụng tóc.

Hóa trị trong ung thư phổi sau phẫu thuật thường bắt đầu sau phẫu thuật khoảng 3 tuần. Thông thường, sau khi mổ cắt khối u bệnh nhân sẽ được áp dụng hóa trị bổ sung với 4 chu kỳ. Mỗi chu kỳ cách nhau 21 ngày.

Từ trước đến nay, phẫu trị và xạ trị là hai phương pháp chủ yếu điều trị ung thư. Sau phẫu thuật lấy khối u, sẽ còn nhiều tế bào ung thư còn sót lại nên người bệnh cần áp dụng một quy trình trị liệu mới (như xạ trị, hóa trị) để tiêu diệt và kìm hãm sự phát triển trở lại của chúng. Trong điều trị ung thư phổi, xạ trị thường không có kết quả; vì vậy hóa trị (dùng thuốc) là phương pháp điều trị sau phẫu thuật tốt nhất. Với các thuốc thế hệ cũ, số bệnh nhân được áp dụng hóa trị không nhiều vì họ sợ các tác dụng phụ (nhất là rụng tóc); các tác dụng phụ này thường vượt quá sức chịu đựng của những bệnh nhân già, yếu.

Khi các thuốc chống ung thư thế hệ mới ra đời, hóa trị sau mổ ngày càng được áp dụng rộng rãi và mang lại những kết quả tốt, nhất là đối với bệnh nhân được mổ cắt thùy phổi hay một bên phổi.

Theo đó, gần 70% bệnh nhân thích ứng tốt với thuốc mới. Tuy nhiên, giá thành một chu kỳ điều trị bằng các thuốc thế hệ mới khá cao, khoảng trên dưới 10 triệu đồng, tùy theo loại thuốc và trọng lượng của bệnh nhân.

Điều trị ung thư phổi trong tương lai

Hiện tại việc điều trị thành công ung thư phổi thấp. Tuy nhiên, việc ngăn ngừa sẽ giúp giới hạn một cách tốt nhất của tình trạng này. Ngay cả với chương trình truy tìm và phát hiện ung thư phổi, nhiều nghiên cứu cho thấy không cải thiện về tỉ lệ sống còn một cách đáng kể. Tránh hoặc giới hạn tiếp xúc với tác nhân sinh ung đã được biết (đầu tiên là thuốc lá) là cách tốt nhất ngăn ngừa ung thư phổi.

Điều trị ung thư phổi trong tương lai có thể liên quan đến kháng thể - kỹ thuật xạ trị trực tiếp, tức là kháng thể trực tiếp chống lại tế bào ung thư mang phân tử phát tia “radioactive bullets” đến tấn công và phá hủy tế bào ung thư. Những nghiên cứu tiếp tục tìm kiếm cách dùng thuốc hay phẫu thuật nhằm giúp điều trị các thể khác nhau của căn bệnh nguy hiểm này.

Ánh sáng mặt trời, vitamin D tốt cho bệnh nhân ung thư phổi

Nhiều ánh sáng mặt trời và vitamin D có thể

giúp cho những bệnh nhân ung thư phổi kéo dài thời gian sống sau khi tiến hành phẫu thuật.

Những bệnh nhân dùng nhiều vitamin D và tiến hành phẫu thuật trong những tháng nắng có khả năng sống sau 5 năm cao gấp đôi những bệnh nhân ít dùng vitamin D và tiến hành phẫu thuật trong những tháng mưa, ẩm ướt, kết quả nghiên cứu được tiến hành trên 455 bệnh nhân bị ung thư phổi trong thời gian từ năm 1992 đến 2000 của các chuyên gia ở Đại học Harvard.

Nếu nghiên cứu được phê chuẩn thì có nghĩa là vitamin D sẽ là chất dinh dưỡng bổ sung “những điều kiện thuận lợi cho sự sống” cho bệnh nhân trước và sau khi tiến hành phẫu thuật.

Tuy mối quan hệ giữa vitamin D và kết quả của phẫu thuật vẫn chưa được biết đến nhưng những nghiên cứu khác cho thấy vitamin D có thể kiểm chế một số loại ung thư như: ung thư đại tràng, tiền liệt tuyến, vú, viêm khớp mãn tính, ung thư trực tràng...

Chương III

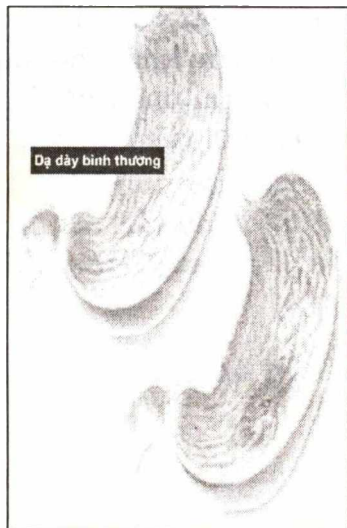
PHÒNG VÀ TRỊ MỘT SỐ BỆNH UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HOÁ VÀ BÀI TIẾT

UNG THƯ DẠ DÀY

Tìm hiểu về dạ dày

Dạ dày là một phần của hệ tiêu hóa, nằm ở phần bụng trên, dưới các xương sườn. Phía trên dạ dày nối với thực quản, phía dưới nối với ruột non.

Khi thức ăn vào đến dạ dày, các cơ thành dạ dày tạo ra một chuyển động dạng sóng nhào trộn và



nghiền nát thức ăn. Chuyển động này được gọi là nhu động. Cùng lúc đó, dịch do những tuyến trong niêm mạc dạ dày tiết ra góp phần tiêu hóa thức ăn. Ba tiếng sau, thức ăn sẽ trở thành dạng lỏng, đi vào ruột non và tiếp tục được tiêu hóa ở đó.

Ung thư dạ dày có thể phát triển từ bất cứ phần nào của dạ dày và có thể ăn lan khắp dạ dày, tới các cơ quan khác. Nó có thể phát triển dọc theo thành dạ dày vào thực quản hoặc ruột non. Ung thư cũng có thể phát triển xuyên qua thành dạ dày và lan vào các hạch bạch huyết kế cận, tới các cơ quan như gan, tụy, và ruột già. Ung thư dạ dày cũng có thể di căn tới các cơ quan xa như phổi, hạch bạch huyết trên xương đòn, và buồng trứng.

Khi ung thư lan tới một phần khác của cơ thể, khối bướu mới này có cùng một loại tế bào bất thường và có cùng tên với bướu nguyên phát. Ví dụ như nếu ung thư dạ dày lan đến gan, các tế bào ung thư ở trong gan là những tế bào dạ dày bị ung thư. Bệnh này gọi là ung thư dạ dày di căn (đó không phải là ung thư gan). Tuy nhiên, khi ung thư dạ dày lan tới buồng trứng, khối bướu của buồng trứng được gọi là bướu Krukenberg. (Bướu này-là tên của một bác sĩ-không phải là một bệnh riêng biệt; nó là ung thư dạ dày di căn. Những tế bào ung thư trong bướu Krukenberg là những tế bào dạ dày bị ung thư, tương tự như những tế bào ung thư ở bướu nguyên phát).

Nguyên nhân gây ung thư dạ dày

Ung thư dạ dày là một bệnh nguy hiểm và các nhà khoa học đang cố gắng tìm hiểu thêm về các nguyên nhân và cách phòng chống bệnh. Tại thời điểm này, các bác sĩ chưa lý giải được tại sao có người bị ung thư dạ dày còn có người thì không. Tuy nhiên, họ biết rõ ung thư dạ dày không lây lan.

Bệnh thường thấy hầu hết ở những người trên 55 tuổi. Bệnh ảnh hưởng ở nam gấp hai lần ở nữ và thường gặp ở người da đen nhiều hơn người da trắng. Ung thư dạ dày cũng thường gặp hơn ở một số vùng trên thế giới như Nhật, Hàn Quốc, các nước Đông Âu, và châu Mỹ La-tinh. Những người sống ở các khu vực trên ăn nhiều loại thực phẩm được bảo quản bằng sấy khô, hun khói, xát muối hoặc bằng giấm. Các nhà khoa học tin rằng những thực phẩm được bảo quản bằng các cách trên có thể đóng vai trò trong sự phát triển của bệnh ung thư dạ dày. Mặt khác, các thực phẩm tươi (đặc biệt là trái cây, rau quả tươi và các thực phẩm tươi đông lạnh) có thể bảo vệ chống lại bệnh. Những vết loét ở dạ dày dường như không làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Tuy nhiên, một vài nghiên cứu cho thấy một loại vi khuẩn gây viêm và loét dạ dày là *Helicobacter pylori* có thể là một yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh. Nghiên cứu cũng cho thấy những người trải qua phẫu thuật dạ dày, hoặc thiếu máu ác tính,

tình trạng vô toan của dạ dày hoặc phì đại dạ dày (thường là do lượng dịch tiêu hóa ít hơn bình thường) làm gia tăng nguy cơ ung thư dạ dày.

Có mối liên hệ giữa việc tiếp xúc với một số loại bụi hoặc khói tại nơi làm việc với sự tăng nguy cơ ung thư dạ dày. Một số nhà khoa học cũng tin rằng việc hút thuốc lá có thể tăng nguy cơ của bệnh. Những người thấy mình có nguy cơ đối với ung thư dạ dày nên trao đổi điều này với bác sĩ của họ. Người bác sĩ có thể đề nghị một thời khóa biểu thích hợp cho việc kiểm tra sức khỏe và vì vậy có thể phát hiện càng sớm càng tốt khi ung thư xuất hiện.

Triệu chứng của ung thư dạ dày

Khó nhận biết sớm ung thư dạ dày. Bệnh thường không có triệu chứng gì ở giai đoạn sớm và trong nhiều trường hợp, ung thư đã ăn lan trước khi được phát hiện. Khi có triệu chứng, bệnh nhân hay bỏ qua vì các triệu chứng thường mơ hồ. Ung thư dạ dày có thể gây ra:

- Ăn uống kém hoặc ợ nóng.
- Đau hoặc khó chịu trong bụng.
- Nôn ói.
- Tiêu chảy hoặc táo bón.
- Trướng bụng sau bữa ăn.
- Chán ăn.
- Mệt mỏi và yếu sức.

- Xuất huyết (nôn ra máu hoặc máu trong phân).

Bất cứ triệu chứng nào nêu trên đều có thể do ung thư hoặc do những bệnh khác ít nguy hiểm hơn như dạ dày nhiễm virus hoặc bị loét. Những người có các triệu chứng trên nên đi gặp bác sĩ hoặc tới một bác sĩ chuyên khoa về chẩn đoán và điều trị bệnh tiêu hóa.

Chẩn đoán ung thư dạ dày

Để tìm ra nguyên nhân của các triệu chứng, bác sĩ sẽ hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và có thể cho làm xét nghiệm. Bệnh nhân cũng có thể trải qua một hoặc tất cả các cuộc kiểm tra sau :

Tìm máu ẩn trong phân:

Kiểm tra này được thực hiện bằng cách đặt một lượng nhỏ phân lên một lam nhựa hoặc trên một loại giấy đặc biệt. Có thể làm xét nghiệm ngay tại phòng mạch của bác sĩ hoặc tại phòng xét nghiệm. Tuy nhiên, nhiều bệnh không phải là ung thư cũng có thể gây chảy máu, do đó thấy máu trong phân không nhất thiết là bệnh nhân bị ung thư.

Chụp X-quang đường tiêu hóa:

Chụp X-quang được tiến hành sau khi bệnh nhân uống dung dịch barium, một chất lỏng màu trắng đục (Xét nghiệm này đôi khi được gọi là “nuốt

barium"). Chất barium cho thấy hình dạng dạ dày trên phim X-quang, giúp người bác sĩ phát hiện những bướu hoặc những vùng bất thường khác. Trong quá trình thực hiện, bác sĩ có thể bơm hơi vào dạ dày bệnh nhân để dễ phát hiện những khối u nhỏ.

Nội soi:

Là việc khám thực quản và dạ dày bằng cách sử dụng một ống mỏng, có đèn soi gọi là ống nội soi dạ dày, được đưa qua miệng, đến thực quản và vào dạ dày. Bệnh nhân được phun thuốc tê vào họng nhằm làm giảm sự khó chịu và nôn. Thông qua ống nội soi dạ dày, bác sĩ có thể nhìn trực tiếp vào trong dạ dày. Nếu phát hiện một vùng bất thường, bác sĩ có thể lấy vài mẫu mô qua ống nội soi dạ dày. Bác sĩ giải phẫu bệnh, xem xét mẫu mô này dưới kính hiển vi để tìm kiếm các tế bào ung thư. Thủ thuật lấy mẫu mô và quan sát dưới kính hiển vi này gọi là sinh thiết. Sinh thiết là cách duy nhất để biết chắc chắn có sự hiện diện của tế bào ung thư hay không.

Phân giai đoạn:

Nếu tìm thấy tế bào ung thư trong mẫu mô, bác sĩ cần phải biết giai đoạn hay độ lan rộng của bệnh. Những xét nghiệm và test để xác định giai đoạn bệnh giúp ích cho người bác sĩ xác định ung thư có

lan hay chưa và nếu có thì phần nào của cơ thể bị ảnh hưởng. Do ung thư dạ dày có thể lan đến gan, tụy và tới các cơ quan kế cận cũng như hai lá phổi, bác sĩ có thể cho làm CT scan, siêu âm và các test khác nhằm kiểm tra những vùng này.

Việc phân giai đoạn đôi khi không hoàn chỉnh cho tới sau khi phẫu thuật. Phẫu thuật viên sẽ lấy những hạch bạch huyết kế cận và có thể thêm một vài mẫu mô ở các vùng khác trong ổ bụng. Một bác sĩ giải phẫu bệnh sẽ xem xét tất cả bệnh phẩm này để tìm kiếm các tế bào ung thư. Những quyết định về vấn đề điều trị sau phẫu thuật phụ thuộc vào kết quả của giải phẫu bệnh.

Phòng và trị ung thư dạ dày

Các nhà khoa học từ lâu đã nghĩ rằng tiêu thụ nhiều muối và cá hun khói tạo điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện ung thư dạ dày. Những người mắc các bệnh mạn tính ở dạ dày như viêm thể teo, có khối u lành tính... cũng dễ mắc ung thư. Tổ chức Y tế Thế giới cho rằng vi khuẩn *Helicobacter pylori* là thủ phạm số một gây bệnh.

Ngày nay, nhiều chuyên gia cho rằng sự có mặt của chất selen và nitrat trong đồ uống cũng là nguyên nhân dẫn tới ung thư dạ dày (nitrat có thể chuyển hóa thành nitrit, sau đó thành nitrozamin, những sản phẩm gây ung thư).

Giáo sư Philippe Rougier, chuyên gia phẫu thuật

hệ tiêu hóa thuộc Bệnh viện Ambroise Paré (Pháp) cho rằng, trên thực tế, ung thư dạ dày là do nhiều yếu tố phức tạp kết hợp gây ra. Không thể nói rằng tỉ lệ nitrate hơi cao trong nước uống có thể làm tăng nguy cơ phát triển bệnh.

Sự thay đổi những thói quen sống, đặc biệt là việc tiêu thụ nhiều hơn những sản phẩm bảo vệ như rau và hoa quả có thể góp phần làm giảm thực sự căn bệnh ung thư dạ dày.

Có hai "họ" ung thư dạ dày: một loại xuất hiện ở phần phía trên dạ dày, loại kia ở phía dưới. Có hai phương pháp phát hiện bệnh là chụp X-quang và nội soi. Trong đó, nội soi dạ dày- tá tràng ống mềm có thể phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm. Nếu nghi ngờ tính chất của ổ loét hay khối u, các bác sĩ sẽ sinh thiết vài mảnh tại vùng tổn thương để xác định bản chất tế bào là lành tính hay ác tính. Kỹ thuật siêu âm, chụp cắt lớp giúp đánh giá mức độ xâm lấn và di căn của khối u.

Giáo sư Rougier cho rằng trong trường hợp không có di căn (chiếm khoảng 50%), cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ dạ dày là cách điều trị triệt để và duy nhất để chữa khỏi bệnh ung thư. Nếu phát hiện sớm (khối u chỉ mới phát triển trên bề mặt dạ dày), phẫu thuật sẽ giúp điều trị khỏi trên 90% trường hợp. Nếu để đến giai đoạn muộn, kết quả mổ sẽ kém, phụ thuộc nhiều vào tình trạng xâm lấn, di căn của khối u. Trong trường hợp có di căn,

việc phẫu thuật cắt bỏ u, nạo vét những vùng di căn chỉ giúp kéo dài thời gian sống cho người bệnh. Ung thư dạ dày là một trong những loại ung thư mà gần đây con người đã đạt được rất nhiều tiến bộ trong việc điều trị. Chẳng hạn, ngày nay, liệu pháp hóa học trước phẫu thuật có thể làm giảm diện tích của khối u, tạo thuận lợi cho ca mổ. Việc phối hợp giữa liệu pháp hóa học và liệu pháp tia X giúp kéo dài tuổi thọ của bệnh nhân, giảm 30% nguy cơ bệnh tái phát.

Những bệnh nhân có di căn ở vùng gan, màng bong hoặc hạch bạch huyết được điều trị bằng cách tiêm thuốc. Cho dù liệu pháp này không giúp bệnh nhân chữa khỏi bệnh nhưng có thể giúp bệnh nhân kéo dài tuổi thọ, giảm bớt đau đớn và mệt mỏi.

Giới khoa học đang trông đợi nhiều vào liệu pháp sinh học, điều chế những sản phẩm có khả năng ngăn chặn sự phát triển và lây lan của các tế bào ung thư. Những sản phẩm này đã được một số tập đoàn dược phẩm đưa vào thử nghiệm và cho kết quả tương đối khả quan. Một nhóm các nhà khoa học Nhật Bản và Hàn Quốc đã phát hiện ra một gene có thể là nguyên nhân dẫn đến căn bệnh ung thư dạ dày. Phát hiện này sẽ mở ra những hướng điều trị mới đầy hứa hẹn.

Chế độ ăn uống cũng góp phần quan trọng trong việc hạn chế nguy cơ mắc và giảm sự phát triển của căn bệnh này. Từ lâu, người ta đã nói rằng cần tiêu thụ nhiều những sản phẩm giàu chất xơ để tránh

bị ung thư dạ dày.

Theo một nghiên cứu của các nhà khoa học Trung Quốc thì những thức ăn giàu axit folic sẽ làm chậm hoặc ngăn ngừa bệnh này. Axit folic có nhiều trong gan, lòng đỏ trứng, thận, cam, ngũ cốc và rau xanh. Ngoài ra, một nhóm nghiên cứu Mỹ cũng phát hiện ra rằng chất sulforaphane trong cây súp lơ xanh và mầm của nó có thể tiêu diệt vi khuẩn helicobacter pylori - thủ phạm chính gây loét và ung thư dạ dày

Kế hoạch điều trị ung thư dạ dày

Một kế hoạch điều trị được đặt ra để phù hợp với yêu cầu trên từng bệnh nhân. Việc điều trị ung thư dạ dày tùy thuộc vào kích thước, vị trí và mức độ lan rộng của bướu, giai đoạn bệnh, tổng trạng bệnh nhân và các yếu tố khác.

Những điều bệnh nhân cần biết

Rất nhiều bệnh nhân ung thư muốn tìm hiểu tất cả những gì có thể về bệnh và những lựa chọn trong điều trị của họ để có thể đóng vai trò chủ động trong những quyết định về vấn đề chăm sóc sức khỏe của mình. Bác sĩ là người tốt nhất để trả lời các câu hỏi về chẩn đoán và kế hoạch điều trị của họ.

Sốc và stress là những phản ứng tự nhiên khi một người được chẩn đoán là ung thư. Những cảm

xúc này có thể gây khó khăn cho họ trong việc tìm và đặt ra những câu hỏi đến người bác sĩ. Thông thường có thể hữu ích khi làm một danh sách các câu hỏi. Bệnh nhân cũng có thể ghi chép những gì bác sĩ nói. Một vài người cũng muốn có một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè bên cạnh khi nói chuyện với bác sĩ để tham gia bàn bạc, ghi chép hoặc chỉ để lắng nghe. Bệnh nhân không cần phải hỏi tất cả các câu hỏi và nhớ tất cả câu trả lời trong một lần. Họ sẽ có cơ hội khác để yêu cầu bác sĩ giải thích và lấy thêm thông tin.

Khi nói về những chọn lựa trong vấn đề điều trị, bệnh nhân có thể muốn đề nghị tham gia vào quá trình nghiên cứu.

Các bệnh nhân và người thân của họ thường hay quan tâm đến hiệu quả điều trị. Đôi khi người ta dùng thống kê để tính toán bệnh nhân có khỏi hay không hay là anh (hay cô) ấy sống được bao lâu. Tuy nhiên, phải ghi nhớ rằng những con số thống kê là những số trung bình dựa trên số lượng lớn bệnh nhân. Chúng không được dùng để dự đoán chuyện gì sẽ xảy ra đối với một người cụ thể, bởi vì không có 2 bệnh nhân ung thư nào giống nhau cho dù có cùng loại ung thư; những cách điều trị và đáp ứng điều trị thay đổi rất lớn. Bệnh nhân có thể muốn nói chuyện với bác sĩ về vấn đề cơ may phục hồi (tiên lượng). Khi các bác sĩ nói về vấn đề sống còn trong ung thư, họ thường dùng chữ “thuyên

giảm” hơn là “chữa khỏi”. Cho dù có nhiều bệnh nhân phục hồi hoàn toàn nhưng bác sĩ vẫn dùng thuật ngữ này vì bệnh có thể quay trở lại (gọi là ung thư tái phát).

Các phương pháp điều trị

Ung thư dạ dày khó điều trị trừ khi được phát hiện ở giai đoạn sớm (trước khi nó bắt đầu xâm lấn). Bởi vì ung thư dạ dày ở giai đoạn sớm rất ít triệu chứng, bệnh thường diễn tiến xa khi đã được chẩn đoán. Tuy nhiên, ung thư dạ dày trong giai đoạn này cũng có thể điều trị, và triệu chứng có thể thuyên giảm. Điều trị ung thư dạ dày có thể bao gồm phẫu thuật, hóa trị, có hoặc không kết hợp với xạ trị. Tiếp cận với những điều trị mới như là sinh hóa trị liệu và cải tiến những phương pháp đang dùng hiện hành được đưa trên những thử nghiệm lâm sàng. Bệnh nhân có thể dùng đơn thuần hoặc kết hợp nhiều phương pháp điều trị.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị phổ biến nhất trong điều trị ung thư dạ dày. Phẫu thuật được gọi là cắt dạ dày, sẽ lấy đi một phần hay tất cả (cắt toàn bộ dạ dày) kể cả những mô xung quanh dạ dày. Sau khi cắt gần hết dạ dày bác sĩ sẽ nối phần còn lại của dạ dày với thực quản, ruột non, hoặc đã cắt toàn bộ dạ dày thì nối trực tiếp thực quản với ruột non. Bởi vì ung thư dạ dày có thể ăn

xuyên qua hệ bạch huyết, do đó những hạch bạch huyết gần khối u được cắt đem thử giải phẫu bệnh để tìm tế bào ung thư. Nếu có sự hiện diện của tế bào ung thư ở các hạch này thì bệnh có thể di căn tới những cơ quan khác của cơ thể.

Hóa trị là dùng thuốc để tiêu diệt tế bào ung thư. Cách điều trị này được gọi là liệu pháp toàn thân bởi vì thuốc vào máu và di chuyển khắp cơ thể.

Nhiều thử nghiệm lâm sàng được đưa ra để tìm phương pháp tốt nhất về hóa trị trong việc điều trị ung thư dạ dày. Các nhà khoa học đã đưa ra những ưu điểm của hóa trị trong việc điều trị trước khi phẫu thuật cắt bỏ khối u, hóa trị làm cho khối u teo nhỏ lại hoặc hóa trị được xem như điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật để tiêu diệt những tế bào ung thư còn sót lại. Kết hợp điều trị giữa hóa và xạ trị cũng đã được nghiên cứu. Các bác sĩ cũng đã thử điều trị bằng cách cho trực tiếp thuốc chống ung thư vào trong ổ bụng (hóa trị liệu trong phúc mạc). Hóa trị cũng được dùng trong việc nghiên cứu điều trị khi ung thư đã di căn xa, và được xem như là cách giảm triệu chứng của bệnh.

Hầu hết những thuốc chống ung thư được cho bằng đường tiêm, chỉ một ít dùng bằng đường uống. Bác sĩ có thể chỉ định dùng một loại thuốc hoặc kết hợp nhiều loại thuốc. Hóa trị được cho theo chu kỳ: giai đoạn điều trị theo sau là giai đoạn hồi phục, sau đó điều trị tới và như vậy cứ tiếp tục. Thường

bệnh nhân được hóa trị thì ở ngoại trú (tại bệnh viện, phòng mạch tư, hoặc tại nhà). Tuy nhiên, tùy loại thuốc gì sử dụng, tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà họ có thể nằm viện trong một khoảng thời gian ngắn.

Liệu pháp xạ trị là sử dụng những tia có mức năng lượng cao để tấn công tế bào ung thư và ngăn cản chúng phát triển. Cũng giống như phẫu thuật, điều trị tại chỗ, xạ trị tác dụng lên tế bào ung thư chỉ ở vùng điều trị. Xạ trị đôi khi được sử dụng sau phẫu thuật để tiêu diệt những tế bào ung thư còn sót lại ở đó. Những nhà nghiên cứu đã đưa ra những dẫn chứng lâm sàng cho thấy xạ trị giúp ích rất nhiều trong lúc phẫu thuật (xạ trị trong lúc mổ). Xạ trị cũng có thể được dùng để giảm đau hoặc ức chế sự lan rộng của tế bào ung thư. Bệnh nhân phải nhập viện để xạ trị. Thường điều trị 5 ngày trong một tuần và kéo dài khoảng 5-6 tuần lễ.

Liệu pháp sinh học (cũng được gọi là liệu pháp miễn dịch) được dùng để điều trị nhằm giúp hệ miễn dịch cơ thể tấn công và tiêu diệt những tế bào ung thư. Nó cũng có hiệu quả một phần trong việc giúp cho cơ thể hồi phục. Trong nhiều thử nghiệm lâm sàng, các bác sĩ đã nghiên cứu biện pháp sinh học kết hợp với các trị liệu khác nhằm cố gắng ngăn ngừa sự tái phát của ung thư dạ dày. Bệnh nhân trong hoặc sau khi hóa trị có sự giảm số lượng tế bào máu, nếu được dùng liệu pháp sinh học sẽ nhận

được các yếu tố kích thích đơn dòng (colony-stimulating factors) giúp hồi phục số lượng tế bào máu trở lại. Bệnh nhân có thể cần nhập viện trong lúc dùng liệu pháp sinh học.

Thử nghiệm lâm sàng là gì?

Trong thử nghiệm lâm sàng, vài bệnh nhân sẽ nhận phương pháp điều trị mới trong khi những người khác vẫn được điều trị bằng phương pháp chuẩn. Từ đó, bác sĩ có thể so sánh được sự khác biệt giữa hai trị liệu này. Những bệnh nhân tham gia vào phương pháp điều trị mới này đóng vai trò quan trọng đối với các nhà khoa học y học và họ cũng là người có cơ hội đầu tiên trong việc được nhận những ưu điểm của phương pháp điều trị cải tiến này. Các nhà nghiên cứu cũng dùng những thử nghiệm lâm sàng để tìm cách làm giảm tác dụng phụ của điều trị và để cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Những tác dụng phụ của việc điều trị ung thư là gì?

Hạn chế những tác dụng phụ của các phương pháp điều trị ung thư là việc hết sức khó khăn bởi vì những mô và tế bào khỏe mạnh cũng bị tổn thương, việc điều trị có thể mang lại những tác dụng không mong muốn.

Tác dụng phụ của việc điều trị ung thư thì khác nhau tùy mỗi người và thậm chí khác nhau giữa các lần điều trị. Bác sĩ nên cố gắng đưa ra kế hoạch điều trị nhằm hạn chế đến tối thiểu tác dụng phụ và họ có biện pháp xử trí tác dụng phụ xảy ra. Vì lý do này, nên điều quan trọng là bác sĩ phải biết những gì xảy ra trong và sau thời gian điều trị.

Phẫu thuật :

Cắt dạ dày là một phẫu thuật lớn. Một thời gian sau phẫu thuật, hoạt động của bệnh nhân bị hạn chế để cho vết thương lành trở lại. Một vài ngày đầu của hậu phẫu bệnh nhân được cho ăn bằng đường tĩnh mạch (qua một tĩnh mạch). Trong vài ngày kế, bệnh nhân có thể ăn được chất lỏng, tiếp theo là thức ăn mềm, rồi thức ăn đặc và cuối cùng là ăn lại thực phẩm bình thường. Những người bị cắt toàn bộ dạ dày không thể hấp thu được vitamin B12, một vi chất rất cần cho việc tạo máu và thần kinh, vì vậy họ cần được cho thêm vitamin này. Đối với bệnh nhân có khó khăn trong việc tiêu hóa một số loại thực phẩm thì họ cần thay đổi chế độ ăn của mình.

Vài người cắt dạ dày thì cần một chế độ ăn đặc biệt khoảng vài tuần hoặc vài tháng, trong khi đó một số người cần chế độ như vậy lâu dài. Bác sĩ hoặc chuyên gia về dinh dưỡng cần giải thích những thay đổi này cho họ.

Vài bệnh nhân cắt dạ dày bị đau quặn, buồn nôn, tiêu chảy và choáng váng nhẹ một thời gian ngắn

sau khi ăn bởi vì dịch và thức ăn vào ruột non quá nhanh. Nhóm những triệu chứng này gọi là hội chứng dumping. Thức ăn có chứa nhiều đường thường làm cho hội chứng này trở nên trầm trọng hơn. Hội chứng dumping có thể được điều trị bằng cách thay đổi chế độ ăn của bệnh nhân. Bác sĩ cần khuyên bệnh nhân ăn làm nhiều bữa nhỏ trong ngày, tránh ăn thức ăn có chứa đường, nên ăn thức ăn có độ protein cao. Để làm giảm số lượng dịch vào ruột non nhanh, cần khuyên khích bệnh nhân không nên uống vào giờ ăn. Thuốc cũng có thể giúp kiểm soát được hội chứng dumping. Triệu chứng thường biến mất trong vòng 3-12 tháng, nhưng cũng có thể tồn tại vĩnh viễn.

Sau khi cắt dạ dày, mật trong ruột non có thể trào ngược vào phần dạ dày còn lại hoặc vào thực quản, gây nên những triệu chứng của một dạ dày bị rối loạn tiêu hóa. Bác sĩ có thể cho thuốc để kiểm soát những triệu chứng này.

Hóa trị

Tác dụng phụ của hóa trị tùy thuộc chủ yếu vào loại thuốc mà bệnh nhân dùng. Giống như bất cứ phương pháp điều trị nào khác, tác dụng phụ cũng thay đổi tùy mỗi người. Nhìn chung, thuốc chống ung thư tác động lên những tế bào phân chia nhanh. Bao gồm cả những tế bào máu mà những tế bào này giúp chống lại sự nhiễm trùng, tạo lập cục máu đông, chuyên chở oxy đến tất cả các phần của

cơ thể. Khi những tế bào máu bị tác động bởi thuốc chống ung thư, bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng hơn, dễ bầm hoặc chảy máu và có thể mất đi năng lượng.

Những tế bào chân tóc và những tế bào nằm trên đường tiêu hóa cũng phân chia một cách nhanh chóng. Khi hóa trị, bệnh nhân có thể bị những tác dụng phụ đặc biệt như: buồn nôn và nôn ói. Những tác dụng phụ này thường biến mất dần dần trong giai đoạn hồi phục giữa đợt điều trị hoặc sau khi ngưng điều trị.

Xạ trị

Bệnh nhân được xạ trị ở vùng bụng thường buồn nôn, nôn ói và tiêu chảy. Bác sĩ có thể cho thuốc hoặc đề nghị thay đổi chế độ ăn để làm giảm những triệu chứng này. Da ở vùng xạ trị có thể bị đỏ, khô, nhạy cảm và ngứa.

Bệnh nhân nên tránh mặc quần áo gây cọ xát, nên mặc vải cotton cho vừa vặn là tốt nhất. Điều quan trọng là bệnh nhân cần phải chăm sóc da thật kỹ trong lúc điều trị, không nên dùng thuốc rửa hoặc kem bôi khi không có ý kiến của bác sĩ.

Bệnh nhân thường mệt trong lúc xạ trị, đặc biệt là ở những tuần lễ sau đó. Do đó, nghỉ ngơi là điều quan trọng, nhưng bác sĩ thường khuyên bệnh nhân nên cố gắng hoạt động tại chỗ ngay khi có thể được.

Sinh học trị liệu (liệu pháp sinh học)

Tác dụng phụ của liệu pháp sinh học tùy phương pháp điều trị. Một vài trường hợp gây ra hội chứng

giống như cảm cúm như là ớn lạnh, sốt, mệt mỏi, buồn nôn, nôn ói và tiêu chảy. Đôi lúc bệnh nhân bị nổi ban và có thể bầm tím và dễ chảy máu. Những trường hợp này có thể trở nên nặng và bệnh nhân có thể cần phải nhập viện trong lúc điều trị.

Những mối quan tâm về chế độ ăn ở bệnh nhân ung thư dạ dày là gì?

Đôi lúc, thật là khó có bữa ăn tốt cho bệnh nhân đã được điều trị ung thư dạ dày. Khi bị bệnh, bệnh nhân thường chán ăn. Khi bệnh nhân bị buồn nôn, nôn ói, loét miệng hoặc bị hội chứng dumping (được giải thích ở trên) thì việc ăn uống là rất khó khăn. Bệnh nhân đã cắt dạ dày thường cảm thấy no sau khi chỉ ăn một ít. Đối với một số bệnh nhân, mùi vị thức ăn bị thay đổi. Tuy vậy, chế độ dinh dưỡng đầy đủ calori và protein để giúp ngăn ngừa sụt cân, lấy lại sức lực, và tái tạo lại mô bình thường. Những bác sĩ, y tá, chuyên gia dinh dưỡng cần giúp đỡ để bệnh nhân có chế độ dinh dưỡng đầy đủ trong và sau khi điều trị ung thư.

Bệnh nhân ung thư dạ dày cần có sự trợ giúp của người thân

Những người làm nhiệm vụ chăm sóc cho bệnh nhân ung thư phải đương đầu với nhiều vấn đề khó khăn. Những vấn đề khó khăn này sẽ được nhẹ bớt

nếu chúng ta biết rõ những thông tin hữu ích và sẵn sàng giúp đỡ người bệnh.

Những người bị ung thư thường lo lắng về công việc, về nghĩa vụ chăm sóc cho gia đình họ hay duy trì hoạt động hàng ngày. Người bệnh thường quan tâm đến kết quả xét nghiệm, điều trị, tình trạng bệnh của họ, và những đơn thuốc. Các bác sĩ, y tá hay những thành viên khác trong đội chăm sóc sức khỏe có thể trả lời những câu hỏi về điều trị, việc làm hoặc những hoạt động khác của họ. Gặp mặt với y, bác sĩ, nhà tư vấn có thể giúp cho bệnh nhân bày tỏ những cảm xúc hoặc thảo luận mối lo lắng của mình về tương lai hoặc những mối quan hệ khác.

Bạn bè và người thân của người bệnh cần phải hỗ trợ rất nhiều cho họ. Ngoài ra còn cần phải giúp họ nói lên mối lo lắng của mình với những người cùng bị ung thư (phương pháp kết hợp nhóm, câu lạc bộ những người mắc cùng chứng bệnh), ở đó họ có thể chia sẻ những gì mà họ thu thập được trong việc đương đầu với căn bệnh này và cũng như với hiệu quả của điều trị. Điều quan trọng là người bệnh tìm được sự đồng cảm và giữ vững được tinh thần. Việc điều trị cũng như phương pháp điều trị rất tốt đối với người này nhưng chưa hẳn là tốt đối với người khác, thậm chí khi cả hai có cùng một loại bệnh ung thư. Do đó, điều tốt nhất là bệnh nhân và người nhà của họ nên hỏi bác sĩ.

Thông thường những người làm việc tại bệnh

viện hoặc khoa phòng có thể lập thành nhóm để hỗ trợ về tình cảm, tài chính, phương tiện vận chuyển, phục hồi lại sức lao động hoặc chăm sóc tại nhà.

Những biện pháp gì có thể giúp đỡ được cho bệnh nhân ung thư dạ dày?

Những thông tin về ung thư có thể sử dụng được từ nhiều nguồn, người bệnh có thể tìm kiếm thông tin ung thư ở thư viện địa phương, tạp chí, nhà sách. Ở nước ngoài, người ta có những số điện thoại chuyên tư vấn cho người bệnh ung thư, còn ở nước ta đã có một trang web dành cho những người ung thư và quan tâm đến bệnh ung thư, bạn có thể truy cập vào trang web: ungthu.net để tìm hiểu thêm về bệnh ung thư và chia sẻ khó khăn với bệnh nhân ung thư.

Tóm lược về ung thư dạ dày

Ung thư dạ dày có thể phát triển ở bất cứ phần nào của dạ dày và lan tràn ra nhiều cơ quan khác nhau.

Nguyên nhân của ung thư dạ dày chưa được biết rõ, nhưng một vài yếu tố nguy cơ đã được xác minh.

Loét dạ dày không làm gia tăng nguy cơ ung thư dạ dày.

Triệu chứng của ung thư dạ dày thường mơ hồ.

Ung thư dạ dày được chẩn đoán dựa vào sinh thiết mô dạ dày, thực hiện trong quá trình nội soi dạ dày.

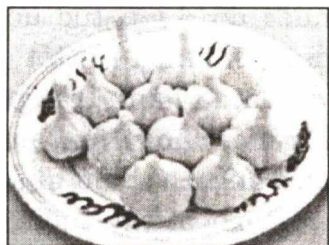
Điều trị ung thư dạ dày tùy thuộc vào kích

thuốc, vị trí, mức độ xâm lấn của u, giai đoạn của bệnh và tổng trạng bệnh nhân.

Một số thức ăn, gia vị tốt cho người bị ung thư dạ dày

Tác dụng của tỏi với ung thư dạ dày

Theo nhật báo *Khoa học và công nghệ* Trung Quốc, tỏi có thể ngăn cản sự sinh sôi của các tế bào ung thư dạ dày và làm cho các tế bào ung thư này chết đi.



Ăn khoai tây có lợi cho chữa bệnh dạ dày

Trung y học cho rằng khoai tây vị ngọt, tính bình, có công hiệu kiện tỳ hòa vị, ích khí điều trung, có thể chữa trị được các chứng bệnh như đau dạ dày và bí đại tiện. Y học hiện đại cho rằng chất nightshade có trong khoai tây có thể làm giảm sự tiết ra dịch vị, có tác dụng chống co giật dạ dày, có hiệu quả nhất định đối với chữa bệnh đau dạ dày.

1. Những người vị toan (gastric acid) quá nhiều, trước mỗi bữa ăn nửa giờ, ăn 100g cháo khoai tây nấu đặc, có thể có hiệu quả chữa trị nhất định.

2. Những người buồn nôn, bị nôn mửa, ăn uống

giảm sút và có bệnh về chức năng giác quan thần kinh, có thể dùng 100g khoai tây, 100g gừng tươi, 1 quả quít rửa sạch, thái nhỏ, giã nát, vắt lấy nước trước bữa ăn, uống 15ml nước đó, sẽ có hiệu quả chữa bệnh rất tốt.

3. Khoai tây tươi cạo vỏ, rửa sạch, giã nát, cho lượng nước sôi để nguội hòa vào, rồi vắt lấy nước. Hàng ngày, sớm và tối, lúc bụng đói, uống 1 chén nước đó. Liên tục uống trong 1 tháng, sẽ có tác dụng chữa trị rất tốt đối với bệnh loét hành dạ dày và loét tá hành tràng. Nếu hàng ngày, sớm tối, vào lúc đói, uống 15ml nước ép đó có hòa thêm một ít mật ong, thì hiệu quả càng tốt hơn.

4. Khoai tây tươi 1.000g, sau khi cạo rửa sạch, thái nhỏ, giã nát, cho thêm nước, dùng khăn sạch vắt lấy nước, lại dùng nước đó cho vào trong nồi đun nhỏ lửa. Khi hỗn hợp đã đặc lại, đổ ra bát, để nguội, hòa ít mật ong vào và ăn. Mỗi lần ăn 15ml chia 2 lần vào lúc đói, có thể có tác dụng tốt trong chữa trị bệnh dạ dày và loét hành tá tràng; đồng thời cũng chữa được bí đại tiện do thói quen.

Cũng cần phải biết thêm về độc tính của khoai tây để có biện pháp đề phòng bị trúng độc.

Như trên đã nói, trong khoai tây có chứa chất độc nightshade - một loại kèm sinh vật (alkaloid) có kết cấu glucoside. Trong trường hợp bình thường, khoai tây có chứa lượng chất rất ít. Nhưng nếu bảo quản không hợp lý hoặc vì thời tiết oi bức, khoai tây

lên mầm hoặc bị úng thối, thì hàm lượng chất độc hại này lại tăng lên rất nhiều.

Qua kiểm nghiệm đối với các loại khoai tây, đã chứng minh rằng: Trong trường hợp bình thường, các bộ vị trong khoai tây đều có chất nightshade (trong đó hàm lượng ở trong các mầm khoai tây là cao nhất, kể đến là ở vỏ khoai, còn trong phần chất thịt của khoai thì ít nhất). Lượng nightshade có chứa trong mầm khoai tây so với trong chất thịt của khoai tây cao gấp 100 lần. Chất nightshade có chứa trong vỏ khoai tây so với trong chất thịt của khoai tây cao gấp 7-8 lần. Hàm lượng nightshade trong vỏ các loại khoai tây chênh lệch nhau không lớn, nhưng ở những củ khoai có vỏ xanh, khi đã gọt vỏ, hàm lượng chất nightshade trong chất thịt của khoai vẫn còn khá cao. Qua ngâm nước, xào nấu, chất nightshade thực ra không giảm mấy. Điều này chứng tỏ chất nightshade có tính ổn định chứ không bị nhiệt phá hủy, không tan trong nước, dù có ngâm cũng không thể trôi ra nước được. Rất nhiều tài liệu nghiên cứu chứng tỏ: khi ăn khoai tây chỉ cần 0,2g chất nightshade hấp thu vào cơ thể là đã có thể bị trúng độc. Nếu hấp thu từ 0,3-0,4g một lúc là có thể gây trúng độc nghiêm trọng. Chất nightshade có tác dụng làm tan máu, (phá hủy hồng cầu) có tác dụng kích thích rất mạnh đối với niêm mạc. Triệu chứng trúng độc có những biểu hiện ở đường tiêu hóa như: khô miệng, tê lưỡi, buồn

nôn, đau bụng, đi tháo, v.v... Người bị nặng có thể khó khăn trong hô hấp, bị co giật, v.v... Vì vậy, cần tránh ăn các loại khoai tây đã lên mầm và đã biến thành màu xanh. Nếu khi ăn khoai tây mà bạn cảm thấy ở miệng bị tê tê, phát ngứa, v.v... thì cần phải ngưng ăn ngay lập tức.

UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Ung thư đại tràng và trực tràng là gì?

Đại tràng là một phần của hệ tiêu hoá, chứa phân. Trực tràng là phần cuối cùng của đại tràng, nằm sát hậu môn. Đại tràng còn gọi là ruột già, là đoạn ruột có kích thước rộng. U đại tràng và trực tràng xuất phát từ thành trong của ruột già (đại tràng). Những khối u lành tính của đại tràng gọi là polyp.

Các khối u ác tính của ruột già gọi là ung thư. Các polyp lành tính không xâm lấn và lây sang mô kế cận hay những bộ phận khác của cơ thể. Polyp lành tính có thể dễ dàng cắt bỏ khi nội soi đại tràng, và không đe dọa tính mạng người bệnh. Nếu polyp lành tính không thể cắt bỏ được, thì nó có thể trở thành ác tính (ung thư hoá) theo thời gian. Nhiều ung thư đại tràng được cho là phát triển từ những polyp. Ung thư đại trực tràng có thể xâm lấn

và làm tổn thương các cơ quan lân cận.

Các tế bào ung thư cũng có thể tách ra và lan sang các bộ phận khác của cơ thể (như gan và phổi) tạo ra những khối u mới. Sự lan của ung thư đại tràng đến các cơ quan xa được gọi là ung thư đại tràng di căn. Một khi ung thư đại trực tràng đã di căn, thì việc điều trị sẽ không còn hiệu quả nữa.

Nói chung, ung thư đại - trực tràng là loại ung thư đứng hàng đầu ở nam và đứng hàng thứ tư trong các loại ung thư ở nữ. Tần suất bị ung thư đại tràng thay đổi tùy theo vùng trên thế giới.

Ung thư đại tràng thường gặp ở các nước phương Tây, nhưng lại hiếm gặp ở các nước châu Á và châu Phi. Ở những nước có chế độ ăn uống theo kiểu phương Tây thì tỉ lệ mắc bệnh ung thư đại tràng gia tăng.

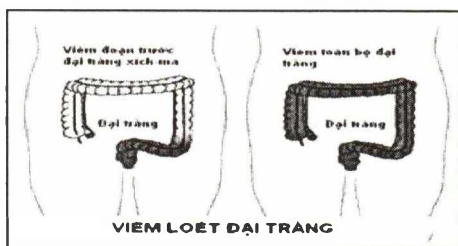
Nguyên nhân gây ra ung thư đại tràng

Các bác sĩ chắc chắn một điều rằng ung thư đại tràng không phải là một bệnh lây (nghĩa là một người không thể bị bệnh từ người bị ung thư khác). Một số người lại dễ mắc ung thư đại tràng hơn so với những người khác. Những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư đại tràng bao gồm: ăn nhiều chất mỡ, bệnh sử trong gia đình có người bị ung thư đại tràng và polyp, sự hiện diện polyp trong ruột già, và viêm loét đại tràng mãn tính.

Chế độ ăn giàu chất béo có thể dẫn đến ung thư đại tràng. Ở những nước có tỉ lệ ung thư đại tràng cao, người ta thấy dân chúng ăn nhiều chất béo thì có tỉ lệ ung thư đại tràng cao hơn những người ăn ít chất béo. Ung thư đại tràng được cho là do các sản phẩm chuyển hoá chất béo gây ra ung thư (chất sinh ung). Chế độ ăn nhiều rau quả và giàu chất xơ như các loại hạt, bánh mì, ngũ cốc có thể làm giảm được nguy cơ ung thư do đào thải các chất sinh ung trong ruột.

Nền tảng di truyền của một người là một yếu tố quan trọng trong nguy cơ bị ung thư đại tràng. Một số gia đình chịu ảnh hưởng của yếu tố di truyền gọi là ung thư đại tràng có tính chất di truyền.

Ở những gia đình có người bị ung thư đại tràng, thì những người trong gia đình thường bị ung thư đại tràng sớm hơn. Những



bệnh di truyền khác có thể là nguyên nhân gây ung thư đại tràng gọi là hội chứng đa polyp có tính gia đình. Ở những gia đình có người mắc bệnh polyp thì những thành viên còn lại thường có rất nhiều polyp trong đại tràng. Trừ khi bệnh được phát hiện và được điều trị sớm. Theo thời gian, những người

này hầu như chắc chắn phát triển thành ung thư đại tràng.

Các bác sĩ cho rằng, ung thư đại tràng thường phát triển từ những polyp này. Tuy nhiên, việc cắt bỏ các polyp lành tính này có thể phòng ngừa được ung thư đại tràng. Polyp đại tràng phát triển khi nhiễm sắc thể trong tế bào niêm mạc đại tràng bị tổn thương. Nhiễm sắc thể là nơi chứa thông tin di truyền từ cha, mẹ của mỗi người.

Bình thường, nhiễm sắc thể lành mạnh sẽ kiểm soát sự phát triển của tế bào theo một cách có trật tự. Khi nhiễm sắc thể bị tổn thương, các tế bào tăng trưởng một cách loạn xạ, không thể kiểm soát được, kết quả là tạo ra một khối mô thừa (gọi là polyp). Các polyp này lúc đầu là lành tính. Theo thời gian, các polyp lành tính của đại tràng có thể bị tổn thương nhiễm sắc thể và biến thành ung thư.

Viêm loét đại tràng mãn tính lâu ngày cũng dễ hoá ung thư. Nguy cơ ung thư đại tràng gia tăng đáng kể sau 10 năm bị viêm loét đại tràng.

Triệu chứng của ung thư đại tràng

Có nhiều triệu chứng của ung thư đại tràng nhưng không đặc hiệu. Các triệu chứng này bao gồm mệt mỏi, thờ ơ, chán ăn, sụt cân, thay đổi thói quen đi cầu hay ỉa ra máu đỏ hay đen, đau oằn bụng... Những

bệnh khác như hội chứng đại tràng kích thích, viêm loét đại tràng, bệnh Crohn's, viêm túi thừa, loét dạ dày tá tràng cũng có những triệu chứng tương tự. Muốn biết thêm thông tin, xin bạn hãy đọc những bài tương ứng đó trên trang web *bacsigiadinhh.com*

Ung thư đại tràng có thể đã có trước đó vài năm trước khi xuất hiện triệu chứng. Triệu chứng của ung thư đại tràng tùy thuộc vào khối ung thư đó nằm ở vị trí nào của đại tràng. Đại tràng bên phải rộng, cho nên ung thư ở những vị trí này có thể phát triển rất lớn trước khi xuất hiện những triệu chứng ở bụng. Điển hình là, ung thư có thể là nguyên nhân gây ra thiếu máu thiếu sắt, do máu bị mất qua đường tiêu hoá theo thời gian, làm người bệnh mệt mỏi, suy nhược và thở ngắn. Đại tràng trái hẹp hơn đại tràng phải. Tuy nhiên, ung thư đại tràng trái thường gây ra triệu chứng bán tắc ruột hay tắc ruột hoàn toàn. Bệnh nhân cũng có những triệu chứng như táo bón, đi cầu phân dẹt, ỉa chảy, đau bụng, và bụng căng chướng (do tắc ruột). Đi cầu ra máu đỏ tươi gợi ý là khối ung thư nằm ở đại tràng trái gần đoạn cuối hay nằm ở trực tràng.

Phát hiện ung thư đại tràng

Khi nghi ngờ bị ung thư đại tràng, thì cần phải chụp đại tràng có cản quang hay nội soi đại tràng, giúp chẩn đoán xác định và biết được vị trí khối u.

Chụp đại tràng có cản quang là kỹ thuật chụp bằng cách bơm vào đại tràng qua hậu môn một chất Barium, có tính cản quang. Chính chất này làm cho hình ảnh đại tràng trở nên rõ nét hơn, khối u được thấy dễ dàng hơn

Soi đại tràng là một phương pháp mà người bác sĩ nội soi dùng một loại ống soi mềm (có thể bẻ cong được) đưa vào hậu môn nhằm mục đích quan sát bên trong lòng đại tràng. Phương pháp soi đại tràng thường chính xác hơn là chụp đại tràng có cản quang, đặc biệt trong việc phát hiện ra những polyp nhỏ.

Nếu trong lúc nội soi bác sĩ phát hiện thấy có polyp thì bác sĩ sẽ cắt polyp đi và gửi đến phòng xét nghiệm giải phẫu bệnh. Bác sĩ giải phẫu bệnh sẽ quan sát polyp dưới kính hiển vi để tìm tế bào ung thư. Đa số các polyp được cắt bỏ đi khi nội soi thường là lành tính, có một số ít là tiền ung thư. Cắt bỏ các polyp tiền ung thư là nhằm phòng ngừa phát triển thành ung thư đại tràng từ những polyp này.

Nếu ung thư tìm thấy trong lúc nội soi, bác sĩ sẽ lấy một mẫu nhỏ (sinh thiết) và quan sát dưới kính hiển vi để chẩn đoán xác định. Nếu đã chẩn đoán được ung thư đại tràng, phân chia giai đoạn ung thư được thực hiện để xem ung thư đã xâm lấn đến các cơ quan khác hay chưa. Vì ung thư đại tràng có xu hướng lan đến phổi và gan. Các xét nghiệm giúp phân chia giai đoạn thường sử dụng là: chụp X-

quang phổi, siêu âm bụng, hay chụp CT scan phổi, gan, và bụng.

Đôi lúc bác sĩ cũng cần phải làm xét nghiệm CEA trong máu. CEA là một chất được tế bào ung thư sản xuất. Chất này tăng cao ở bệnh nhân bị ung thư đại tràng, đặc biệt là khi ung thư đã di căn.

Phòng ngừa ung thư đại tràng

Đáng tiếc là ung thư đại tràng có thể tiến triển rất sớm trước khi được phát hiện. Phòng ngừa hiệu quả nhất của ung thư đại tràng là phát hiện sớm và cắt bỏ các polyp tiền ung thư của đại tràng trước khi chúng biến thành ung thư. Ngay cả khi ung thư đã phát triển, việc phát hiện sớm cũng có thể cơ may chữa khỏi bằng phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư trước khi ung thư kịp lan sang các cơ quan khác.

Nhiều tổ chức y tế trên thế giới cũng đã đưa ra hướng tầm soát bệnh ung thư này. Họ khuyên tất cả những người trên 40 tuổi nên được bác sĩ khám trực tràng bằng tay hàng năm hay xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân. Đối với những người trên 50 tuổi, được khuyên nên đi nội soi đại tràng xích-ma mỗi 3-5 năm một lần. Ở những người có nguy cơ ung thư đại tràng cao hơn dân số chung, thì cần phải được nội soi đại tràng để tầm soát.

Trong lúc khám trực tràng, bác sĩ sẽ dùng ngón tay đeo găng để khám và tìm xem có khối u bất

thường nào trong đại tràng hay không. Một mẫu phân có thể được lấy để làm xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân (xem bên dưới). Đồng thời khi khám trực tràng bác sĩ cũng sẽ khám luôn tiền liệt tuyến.

Xét nghiệm quan trọng để tầm soát ung thư và polyp đại tràng là tìm máu ẩn trong phân. Khối u đại tràng và trực tràng có xu hướng làm chảy máu rỉ rả trong phân. Một lượng nhỏ máu trong phân không thể phát hiện được bằng mắt thường.

Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân thường được sử dụng bằng cách dựa vào sự đổi màu của chất thử giúp phát hiện lượng máu vi thể có trong phân. Xét nghiệm này có hai lợi điểm là thuận tiện và rẻ tiền. Một lượng nhỏ phân được phết trên lam để tìm máu ẩn.

Thường thì cần phải làm xét nghiệm 3 lam liên tiếp để tìm máu ẩn trong phân. Một người mà xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính, thì 30-45% người đó bị polyp đại tràng và có 3-5% khả năng bị ung thư đại tràng. Ung thư đại tràng khi được phát hiện sớm trong những tình huống như vậy thì về lâu dài có tiên lượng tốt hơn.

Điều quan trọng nên nhớ là xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân dương tính không có nghĩa là người đó bị ung thư đại tràng. Nhiều bệnh khác cũng có máu ẩn trong phân. Tuy nhiên, những bệnh nhân có xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính nên được đánh giá thêm bằng xét nghiệm như chụp đại tràng có cản quang bằng Barium, nội soi đại tràng,

và các xét nghiệm khác để loại trừ ung thư đại tràng và lý giải nguồn gốc của máu ẩn này. Một vấn đề khác cũng quan trọng để đánh giá là khi không tìm thấy máu ẩn trong phân (xét nghiệm âm tính) thì cũng không thể nói là không bị ung thư hay polyp đại tràng.

Ngay cả khi trong những điều kiện lý tưởng, cũng có ít nhất 20% ung thư đại tràng có thể không tìm thấy máu ẩn trong phân khi xét nghiệm tầm soát. Nhiều bệnh nhân bị polyp đại tràng có kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân âm tính. Ở những bệnh nhân nghi ngờ có u đại tràng, và ở những người có nguy cơ cao bị polyp đại trực tràng và ung thư đại tràng, thì nội soi đại tràng xích-ma bằng ống soi mềm hay nội soi đại tràng để tầm soát thường được thực hiện nếu kết quả xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân âm tính.

Bắt đầu từ 50 tuổi, người ta khuyến cáo là nên soi đại tràng để tầm soát mỗi 3-5 năm một lần. Nội soi đại tràng xích ma là một xét nghiệm quan sát trực tràng và đoạn đại tràng nằm ở thấp nhất. Các nghiên cứu mới đây cho thấy rằng việc nội soi đại tràng xích-ma bằng ống soi mềm để tầm soát ung thư đại tràng có thể làm giảm tỉ lệ tử vong do ung thư đại tràng. Kết quả này là do phát hiện sớm polyp và ung thư đại tràng ở những người không có triệu chứng.

Đa số polyp đại tràng có thể cắt bỏ hoàn toàn qua

nội soi mà không cần phải mổ bụng. Mới đây các bác sĩ khuyên nên nội soi để tầm soát ung thư đại tràng ở những người khoẻ mạnh tuổi từ 50-55.

Những bệnh nhân có nguy cơ bị ung thư đại trực tràng cao cần phải nội soi đại tràng để tầm soát ung thư. Những người này gồm bệnh nhân mà trong gia đình có người bị ung thư đại tràng, và hội chứng polyp đại tràng có tính chất gia đình. Những bệnh nhân có tiền sử bị polyp hay ung thư đại tràng cũng cần phải nội soi đại tràng để loại trừ bệnh tái phát. Những bệnh nhân có bệnh sử bị viêm loét đại tràng mãn tính lâu ngày (trên 10 năm) thì nguy cơ ung thư đại tràng cũng gia tăng. Ở những bệnh nhân này việc nội soi đại tràng cũng được khuyến cáo.

Cuối cùng, bạn nên thay đổi thói quen ăn uống bằng cách giảm ăn chất mỡ, ăn nhiều chất xơ. Nguồn cung cấp chất mỡ chính là thịt, trứng, sản phẩm bơ, xốt xà lách, và dầu ăn. Chất xơ là một chất không tan và không tiêu hoá được, chúng có trong rau, trái, các loại hạt và ngũ cốc. Với những chất này trong thức ăn tạo ra khuôn phân dễ đi tiêu, để tổng các chất có khả năng sinh ung thư ra khỏi cơ thể. Thêm vào đó, chất xơ sẽ làm nhu động ruột được nhanh hơn để tháo phân ra ngoài, điều này làm giảm thời gian phân nằm trong ruột, giảm khả năng gây ung thư.

Vấn đề điều trị và sự sống còn của bệnh nhân bị ung thư đại tràng

Phẫu thuật là biện pháp thường dùng nhất để điều trị ung thư đại - trực tràng. Trong lúc phẫu thuật, khối u và bờ xung quanh khối u ở ruột và hạch bạch huyết bên dưới được cắt bỏ. Sau đó phẫu thuật viên nối lại hai đầu ruột bình thường lại với nhau. Ở những bệnh nhân bị ung thư trực tràng, thì trực tràng sẽ được cắt bỏ hẳn. Phẫu thuật viên sẽ tạo ra một lỗ trên thành bụng (mở đại tràng ra da), phân được bài tiết qua lỗ này. Đa số bệnh nhân mở đại tràng ra da đều trở về cuộc sống bình thường.

Tiên lượng lâu dài sau phẫu thuật tùy theo ung thư có ăn lan sang cơ quan khác hay chưa (di căn). Nguy cơ di căn tỉ lệ với độ xâm lấn của ung thư trên thành ruột. Bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn sớm, ung thư chỉ nằm trên bề mặt nông của thành ruột, thường điều trị chỉ việc cắt bỏ. Những bệnh nhân này có thể sống được lâu với tỉ lệ trên 80%. Ở những bệnh nhân mà ung thư đại tràng đã tiến triển, khối u xâm lấn ra khỏi thành ruột, thường đã di căn xa, thì tỉ lệ sống sót sau 5 năm là dưới 10%.

Ở những bệnh nhân khi phẫu thuật không rõ có di căn xa hay không, nhưng ung thư đã ăn sâu vào trong thành ruột, hay đã vào hạch bạch huyết bên dưới. Những bệnh nhân này dễ có nguy cơ tái phát ung thư tại chỗ và ung thư di căn xa. Hoá trị liệu ở

những bệnh nhân này có thể trì hoãn khối u tái phát và cải thiện khả năng sống còn cho bệnh nhân.

Hoá trị liệu là dùng những loại thuốc để giết tế bào ung thư. Đây là một phương pháp trị liệu mang tính hệ thống, nghĩa là thuốc vào trong cơ thể đi đến nơi có tế bào ung thư để tiêu diệt chúng. Sau khi phẫu thuật ung thư đại tràng, một số bệnh nhân có thể có di căn vi thể (tức ổ tế bào ung thư rất nhỏ không thể phát hiện được).

Hoá trị liệu thường dùng trong thời gian ngắn sau phẫu thuật để tiêu huỷ những tế bào ung thư còn sót lại. Hoá trị liệu dùng trong trường hợp này gọi là hoá trị liệu bổ sung. Các nghiên cứu mới đây đã cho thấy kéo dài thời gian sống còn và làm chậm tái phát ung thư ở những bệnh nhân có điều trị bổ sung bằng hoá trị trong thời gian 5 tuần sau phẫu thuật.

Các loại thuốc thường được sử dụng là: 5-flourauracil (5-FU). Mặt khác, hoá trị liệu làm chậm tiến triển hoặc kiểm soát khối u di căn. Khi ung thư đã di căn lan rộng thì thời gian sống sót không lâu. Hoá trị thường có thể điều trị tại phòng mạch bác sĩ, trong bệnh viện cũng như điều trị ngoại trú, hay tại nhà. Tác dụng phụ của hoá trị liệu thay đổi tùy theo người, và cũng tùy thuộc vào loại thuốc.

Các thuốc trị ung thư hiện đại thường dung nạp tốt và ít có tác dụng phụ. Thường, các loại thuốc trị ung thư phá huỷ những tế bào phát triển và phân chia nhanh. Vì vậy, các tế bào máu thường chịu ảnh

hưởng của hoá trị. Tác dụng phụ thường gặp nhất của hoá trị là thiếu máu, mệt mỏi, dễ bầm máu, và khả năng đề kháng kém với nhiễm trùng. Những tế bào của chân tóc và ruột là những tế bào phân chia nhanh. Vì vậy hoá trị liệu có thể làm rụng tóc, loét miệng, buồn nôn, nôn và tiêu chảy.

Xạ trị trong điều trị ung thư đại trực tràng thường chỉ giới hạn ở ung thư trực tràng. Xạ trị thường giảm nguy cơ tái phát tại chỗ của ung thư trực tràng, thường xạ trị trước hoặc sau khi phẫu thuật. Nếu không xạ trị, nguy cơ tái phát ung thư trực tràng là gần 50%. Nếu có xạ trị đi kèm thì nguy cơ tái phát này giảm còn khoảng 7%. Tác dụng phụ của xạ trị gồm mệt mỏi, rụng lông vùng chậu, da vùng xạ trị bị kích thích.

Các biện pháp trị liệu khác là truyền tại chỗ, cho vào bên trong gan một loại thuốc, thường là ở vùng di căn. Dùng một bơm đưa thuốc trực tiếp vào khối u. Tỷ lệ đáp ứng điều trị này là khoảng 80%. Tuy nhiên, tác dụng phụ của nó có thể nghiêm trọng.

Các biện pháp điều trị khác nhằm gia tăng hệ thống miễn dịch của cơ thể, có tác dụng chống lại ung thư đại tràng. Ở những bệnh nhân có nguy cơ cao khi phẫu thuật, khối u lớn, gây tắc ruột hay xuất huyết, thì điều trị bằng laser có thể được dùng để phá hủy khối u này và giảm triệu chứng bệnh. Ngoài ra, còn có nhiều biện pháp điều trị khác là dùng liệu pháp quang động. Trong cách điều trị

này, yếu tố nhạy cảm ánh sáng được khối u bắt giữ và khi đó nó được hoạt hóa để phá hủy khối u.

Theo dõi, chăm sóc bệnh nhân ung thư đại tràng

Việc thăm khám sau khi điều trị ung thư đại tràng là rất quan trọng. Ung thư có thể tái phát nhanh trở lại ngay tại vị trí ban đầu hay có thể tái phát ở nơi xa như gan, hay phổi. Thăm khám lâm sàng phải được bác sĩ khám kỹ, xét nghiệm men gan trong máu, chụp X-quang phổi, chụp CT Scan bụng và vùng chậu, nội soi đại tràng, và đo lượng CEA trong máu. Bất thường men gan chứng tỏ có di căn gan.

Mức độ CEA có thể tăng trước khi mổ và trở về bình thường trong một thời gian ngắn sau khi ung thư được cắt bỏ. CEA tăng từ từ có thể chứng tỏ ung thư có thể tái phát. Chụp CT Scan vùng chậu có thể cho thấy ung thư tái phát tại gan, vùng chậu hay ở những vùng khác. Nội soi đại tràng có thể thấy được polyp tái phát hay ung thư đại tràng.

Để kiểm tra xem ung thư có tái phát hay không, những bệnh nhân bị ung thư đại tràng có khả năng tăng nguy cơ mắc ung thư tiền liệt tuyến, ung thư vú và ung thư buồng trứng. Vì vậy khi khám lâm sàng phải khám cả những cơ quan này.

Tương lai người bệnh ung thư đại trực tràng

Ung thư đại tràng là nguyên nhân chính gây tử vong đặc biệt ở những nước phương Tây. Sự hiểu rõ căn bệnh và diễn tiến của nó đang bắt đầu hé mở. Cắt bỏ polyp đại tràng giúp phòng ngừa ung thư đại tràng. Phát hiện sớm ung thư đại tràng có thể giúp cải thiện cơ hội chữa khỏi và sống còn. Mới đây người ta thấy được lợi ích của điều trị bằng aspirin và các kháng viêm không steroid ở bệnh nhân ung thư đại tràng.

Trong những thử nghiệm, việc sử dụng những thuốc này có thể làm hạn chế đáng kể hình thành ung thư đại tràng ở một số động vật thí nghiệm. Những loại thuốc khác có khả năng tăng phòng ngừa ung thư như canxi, selenium, vitamin A, D và E. Tuy nhiên, cần phải có nhiều nghiên cứu hơn nữa trước khi có thể sử dụng đại trà.

Tóm lược về ung thư đại tràng

Ung thư đại trực tràng là một bệnh lý u ác tính xảy ra ở lớp trong thành đại tràng

Ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 3 trong các loại ung thư ở nam giới, đứng hàng thứ tư trong ung thư ở phụ nữ tại Mỹ.

Nguyên cơ bị ung thư đại trực tràng gồm: yếu tố di truyền, polyp đại tràng, viêm loét đại tràng lâu ngày.

Ung thư đại trực tràng thường phát triển từ polyp. Cắt bỏ polyp đại tràng có thể phòng ngừa được ung thư đại trực tràng.

Polyp và ung thư đại tràng ở giai đoạn sớm có thể không triệu chứng. Vì vậy, điều quan trọng là nên làm xét nghiệm để tầm soát ung thư đại tràng.

Chẩn đoán ung thư đại trực tràng bằng chụp đại tràng có cản quang, hay nội soi đại tràng kèm sinh thiết giúp chẩn đoán xác định.

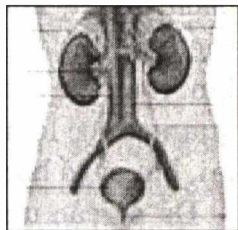
Điều trị ung thư đại trực tràng tùy thuộc vào vị trí, kích thước, và mức độ lan rộng của ung thư cũng như tuổi tác và tình trạng sức khỏe người bệnh.

Phẫu thuật là phương pháp thường dùng để điều trị ung thư đại trực tràng.

UNG THƯ BÀNG QUANG

Bàng quang là gì?

Bàng quang là một cơ quan rỗng nằm trong bụng dưới chứa nước tiểu. Thận lọc chất cặn bã từ máu và sản sinh nước tiểu, nước tiểu được dẫn vào bàng quang qua hai cái ống gọi là niệu quản. Nước tiểu ra khỏi bàng quang xuyên qua cái ống khác



gọi là niệu đạo. Ở phụ nữ, niệu đạo là một ống ngắn mở ra đúng phía trước, trên âm đạo. Ở đàn ông, niệu đạo dài hơn, chạy xuyên qua tuyến tiền liệt và sau đó qua niệu đạo dương vật.

Ung thư bàng quang là gì?

Khi các tế bào ở bàng quang lớn lên quá nhanh chóng và không có bất kỳ trật tự nào. Có quá nhiều mô được tạo ra, và những khối u bắt đầu thành hình. Những khối u có thể lành tính hoặc ác tính. Những khối u lành tính thì không phải là ung thư. Chúng không di căn tới những bộ phận khác của cơ thể và ít khi đe dọa tới cuộc sống. Thường, những khối u lành có thể được loại bỏ bởi giải phẫu, và chúng sẽ không tái phát.

Những khối u ác tính là ung thư. Chúng có thể xâm phạm và phá huỷ mô và những cơ quan mạnh khoẻ gần bên cạnh. Những tế bào ung thư cũng có thể di chuyển từ khối u vào dòng máu và hệ thống bạch huyết. Điều đó giải thích tại sao ung thư có thể lan rộng tới những bộ phận khác của cơ thể. Sự lan rộng này được gọi di căn. Dù ung thư bàng quang được loại bỏ, nhưng bệnh đôi khi tái phát trở lại, bởi vì tế bào ung thư có thể đã lan rộng.

Đa số các ung thư bàng quang phát triển ở lớp trong bàng quang. Ung thư thường trông như một nấm nhỏ dính vào thành bàng quang. Còn được gọi

một khối u có gai thịt. Ung thư bàng quang khá thường gặp. Người da trắng bị ung thư bàng quang gấp hai lần người da đen, và đàn ông bị ung thư bàng quang nhiều hơn nữ gấp 2-3 lần. Đa số các ung thư bàng quang xuất hiện sau tuổi 55, nhưng bệnh có thể cũng phát triển ở những người trẻ hơn.

Những yếu tố có nguy cơ gây ung thư bàng quang

Người ta vẫn không biết tại sao người này bị ung thư bàng quang còn người khác thì không. Ung thư bàng quang không phải là bệnh truyền nhiễm. Không ai có thể bị lây ung thư bàng quang từ người khác. Những nhà khoa học vẫn chưa biết chính xác yếu tố nào gây ra bệnh này, nhưng nghiên cứu cho thấy rằng một số người này lại dễ bị hơn so với người khác. Một số nhân tố làm tăng lên nguy cơ cao này.

Việc hút thuốc là một nhân tố nguy hiểm chính. Những người nghiện hút thuốc lá mắc bệnh ung thư bàng quang cao gấp từ 2 tới 3 lần so với những người không hút thuốc. Bỏ thuốc sẽ giảm đi nguy cơ mắc ung thư bàng quang, ung thư phổi, vài loại ung thư khác, và một số bệnh khác nữa.

Những công nhân làm trong ngành cao su, hoá học, và công nghiệp thuộc da, cũng như người tạo mẫu tóc, thợ máy, công nhân luyện kim, công nhân in, họa sĩ, công nhân dệt, và tài xế xe tải có nguy cơ mắc bệnh này cao hơn người làm ở các ngành nghề khác.

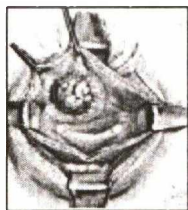
Biểu hiện triệu chứng của ung thư bàng quang

Dấu hiệu cảnh báo chung nhất của ung thư bàng quang là có máu trong nước tiểu. Tùy thuộc vào số lượng máu có trong nước tiểu mà màu của nước tiểu có thể thay đổi từ đỏ lợt tới màu đỏ thẫm. Đau trong thời gian đi tiểu có thể cũng là một dấu hiệu của ung thư bàng quang. Nhu cầu đi tiểu nhiều hoặc ngay lập tức có thể là dấu hiệu cảnh báo nữa. Thường, những khối u bàng quang không có triệu chứng.

Khi những triệu chứng xuất hiện, chúng không phải là dấu hiệu chắc chắn của ung thư. Chúng có thể do những bệnh nhiễm trùng, những khối u lành tính, sỏi bàng quang, hoặc những vấn đề khác. Điều quan trọng là tới khám bác sĩ để xác định nguyên nhân của những triệu chứng. Bất kỳ bệnh nào cũng cần phải được chẩn đoán và điều trị càng sớm càng tốt.

Chẩn đoán ung thư bàng quang

Để chẩn đoán ung thư bàng quang, ngoài việc hỏi kỹ tiền sử cá nhân và gia đình, bệnh nhân cần được thăm khám kỹ lưỡng. Đôi khi, bác sĩ có thể cảm thấy một khối u lớn trong lúc thăm khám trực tràng hoặc âm đạo. Ngoài ra, những mẫu nước tiểu được kiểm tra dưới kính hiển vi để xem bất kỳ những tế bào ung thư nào có mặt.



Thường, bác sĩ chỉ định chụp X quang có bơm thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch (IVP). Xét nghiệm này cho phép bác sĩ nhìn thấy thận, ống niệu quản, và bàng quang trên X quang. Một IVP bình thường ít gây ra khó chịu cho người bệnh, tuy nhiên có một số ít bệnh nhân bị buồn nôn, choáng váng, hoặc đau do chích thuốc cản quang.

Bác sĩ cũng có thể nhìn trực tiếp vào trong bàng quang với dụng cụ nội soi (cystoscope). Trong thủ thuật này, một ống mỏng nhỏ có ánh sáng được đưa vào bàng quang thông qua niệu đạo. Nếu bác sĩ nhìn thấy bất kỳ những vùng bất thường nào, bác sĩ sẽ sinh thiết nó để đem đi xét nghiệm, quan sát dưới kính hiển vi để tìm tế bào bất thường. Ung thư bàng quang chỉ có thể được chẩn đoán bằng sinh thiết.

Điều trị ung thư bàng quang

Việc điều trị ung thư bàng quang phụ thuộc vào một số nhân tố như: số lượng, kích thích, và vị trí của những khối u, mức độ lan rộng của ung thư, tuổi và sức khỏe của bệnh nhân.

Xác định giai đoạn bệnh

Trước khi bắt đầu điều trị, điều quan trọng là biết chính xác ung thư còn khu trú hay đã di căn.

Việc phân chia giai đoạn bao gồm khám lâm sàng, xét nghiệm máu, chụp cắt lớp điện toán (CT Scan) là cần thiết. Đôi khi, người ta còn dùng phương pháp cộng hưởng từ là phương pháp dùng nam châm điện thay vì tia X, cũng tạo nên hình ảnh, để xác định giai đoạn bệnh.

Phương pháp điều trị

Thuốc chữa ung thư bàng quang mới

Các nhà khoa học thuộc Đại học Michigan (Mỹ) đã tìm thấy sự liên hệ giữa protein HER 2 và bệnh ung thư bàng quang di căn. Qua khảo sát 113 người bị ung thư bàng quang di căn, người ta nhận thấy 52% có nồng độ HER 2 tăng cao và có nguy cơ gây di căn ở gan, phổi và xương nhiều hơn so với người có nồng độ HER 2 thấp.

Bằng cách sử dụng kết hợp Herceptin (sản phẩm dùng điều trị ung thư vú của Roche) và các liệu pháp hóa trị thường quy, người ta nhận thấy chỉ có 7% bệnh nhân ung thư có HER 2 tăng cao di căn đến những bộ phận khác. Herceptin được đánh giá ít tác dụng phụ hơn những thuốc chữa ung thư cổ điển, bởi thuốc chỉ nhắm vào các phân tử đặc biệt đóng vai trò trong sự phát triển ung thư, nhưng lại không làm hại những tế bào bình thường.

Khi khối u trong bàng quang lớn hoặc có nguy cơ tái phát, thì sau khi cắt bỏ khối u người ta phải

dùng thêm thuốc. Bác sĩ có thể đặt một dung dịch chứa trực khuẩn Bacille Calmette - Guérin (BCG), một dạng của phương pháp chữa bệnh sinh học, trực tiếp vào trong bàng quang. Phương pháp chữa bệnh hoá chất (những thuốc chống ung thư) cũng có thể được đưa trực tiếp vào trong bàng quang.

Phương pháp chữa bệnh bằng tia xạ (còn gọi là xạ trị) có thể dùng đến khi ung thư không thể được loại bỏ bằng phương pháp mổ qua nội soi bàng quang vì u xâm lấn quá nhiều, chiếm gần hết bàng quang. Tia X phá hủy khả năng phát triển và phân chia của tế bào ung thư. Phương pháp xạ trị trong là chất phóng xạ được đặt trong bàng quang, có thể được kết hợp với xạ trị ngoài, là kỹ thuật mà máy xạ trị được đặt bên ngoài cơ thể. Đối với phương pháp xạ trị trong, chất phóng xạ được đưa vào trong bàng quang bằng ống nội soi. Phương pháp này giúp tia xạ được gần tế bào ung thư hơn nên tế bào ung thư dễ bị tiêu diệt hơn, trong khi đó các mô lân cận ít bị ảnh hưởng. Người bệnh phải nằm viện khoảng 4 tới 7 ngày.

Đối với điều trị bằng xạ trị ngoài, bệnh nhân cần tới bệnh viện hoặc phòng khám mỗi ngày. Thông thường, điều trị được thực hiện 5 ngày mỗi tuần cho 5 tới 6 tuần. Phương pháp này giúp bảo vệ mô tế bào bình thường khỏi việc lan truyền ra ngoài của tổng liều tia xạ. Khi ung thư lan rộng bề mặt của bàng quang hoặc đã phát triển vào trong thành

bàng quang, lúc này cần phải cắt bỏ toàn bộ bàng quang. Giải phẫu này được gọi là cắt bỏ toàn bộ bàng quang (cystectomy) căn bản.

Trong phẫu thuật này, bác sĩ phẫu thuật loại bỏ bàng quang cũng như những cơ quan gần bên cạnh. Ở phụ nữ, phẫu thuật này bao gồm loại bỏ tử cung, ống dẫn trứng, buồng trứng, và một phần của âm đạo. Ở đàn ông, tuyến tiền liệt và túi tinh được loại bỏ. Các nghiên cứu đang được triển khai để tìm ra cách điều trị bảo tồn bàng quang. Khi ung thư bao gồm dương vật hoặc có di căn ra tới những bộ phận khác của cơ thể, bác sĩ có thể gợi ý phương pháp chữa bệnh bằng hoá chất, sử dụng thuốc chống ung thư đi theo dòng máu để tới được những tế bào ung thư trong tất cả các bộ phận của cơ thể. Thuốc thường sử dụng để điều trị ung thư được dùng bằng đường uống hoặc tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch. Phương pháp hóa trị liệu được thực hiện từng đợt, điều trị - nghỉ rồi lại tiếp tục điều trị...

Người bệnh thường được cho điều trị ngoại trú bệnh viện, ở phòng mạch bác sĩ, hoặc ở nhà. Đôi khi bệnh nhân cần phải ở lại bệnh viện trong thời gian ngắn.

Kiểm tra sau điều trị ung thư bàng quang

Việc khám đều đặn rất quan trọng sau điều trị ung thư bàng quang. Bàng quang cần kiểm tra với nội soi. Bất kỳ những khối u bề mặt nào tái phát

đều được loại bỏ. Nước tiểu được kiểm tra phát hiện tế bào ung thư và chụp X quang ngực, IVP, hoặc những xét nghiệm khác có thể được thực hiện.

Một bệnh nhân ung thư bàng quang cần phải theo dõi chặt chẽ vài năm, bởi vì những khối u bàng quang có thể tái phát. Nếu ung thư tái phát, thì sự dò tìm sớm là quan trọng để việc điều trị bổ sung có thể được khởi động.

Tác dụng phụ của việc điều trị ung thư bàng quang là gì?

Những phương pháp thường dùng để điều trị ung thư bàng quang thường có tác dụng phụ rất lớn. Khó mà giới hạn tác dụng phụ của điều trị để duy nhất những tế bào ung thư được phá hủy, mô tế bào mạnh khỏe có thể cũng bị hư hại. Điều này giải thích tại sao việc điều trị có thể gây ra tác dụng khó chịu. Tác dụng phụ phụ thuộc vào kiểu điều trị được sử dụng và phần cơ thể được điều trị.

Khi bàng quang được loại bỏ, bệnh nhân cần một cách mới để cất giữ và chuyển nước tiểu. Nhiều phương pháp được sử dụng. Một trong những cách đó là, bác sĩ phẫu thuật sử dụng một mảnh ruột non người để tạo một ống dẫn mới. Một đầu của ruột non được nối với niệu quản còn đầu kia đem ra ngoài phía thành bụng dưới. Lỗ mới được gọi là lỗ tiểu nhân tạo. Một túi phù hợp với lỗ tiểu nhân tạo

để tập hợp nước tiểu, và nó được giữ đúng chỗ một chất dính đặc biệt. Một hộ lý có huấn luyện đặc biệt hoặc bác sĩ chuyên khoa sẽ chỉ cho bệnh nhân cách chăm sóc cho lỗ tiểu nhân tạo.

Một phương pháp mới hơn sử dụng bộ phận của ruột non để làm một túi chứa mới (gọi là nơi dự trữ điều khiển tự nhiên) bên trong thân thể. Nước tiểu tập hợp ở đó và không xả ra túi ngoài. Thay vào đó, bệnh nhân học sử dụng một cái ống (ống đái) để xả nước tiểu thông qua một lỗ tiểu nhân tạo. Những phương pháp khác hiện đang được phát triển nối một túi chứa làm từ ruột non tới phần còn lại của niệu đạo. Một túi chứa làm từ ruột non và túi ngoài cơ thể không cần thiết bởi vì nước tiểu ra khỏi cơ thể thông qua niệu đạo. Phẫu thuật cắt bàng quang căn bản gây ra vô sinh cho cả đàn ông lẫn đàn bà. Phẫu thuật có thể cũng gây ra một số vấn đề tình dục. Trước đây, gần như tất cả đàn ông trở nên bất lực sau phẫu thuật, nhưng những sự cải tiến trong giải phẫu đã có thể ngăn ngừa được ở nhiều người đàn ông. Ở phụ nữ, âm đạo hẹp hơn hoặc ngắn hơn, và sự giao hợp có lẽ khó khăn.

Trong thời gian xạ trị, người bệnh cảm thấy rất mệt mỏi. Người bệnh nên được nghỉ ngơi càng nhiều càng tốt. Xạ trị vùng bụng dưới có thể làm cho người bệnh buồn nôn, ói, hoặc tiêu chảy. Thường tránh được những triệu chứng này bằng

chế độ ăn uống hợp lý hoặc dùng thuốc. Xạ trị có thể gây ra vô sinh và có thể làm cho giao hợp không thoải mái.

Đối phó với ung thư bàng quang

Chẩn đoán ung thư bàng quang làm thay đổi cuộc sống bệnh nhân và người thân của họ. Những thay đổi này khó kiểm soát. Bệnh nhân, gia đình và bạn bè có những cảm xúc và lo âu khác nhau. Với họ, ung thư có nghĩa là cái chết đã gần kề. Cần có những thông tin và dịch vụ nâng đỡ giúp họ đương đầu những vấn đề này dễ dàng hơn.

Người mang căn bệnh ung thư có thể lo lắng về chăm sóc gia đình, duy trì công việc, và tiếp tục những hoạt động hằng ngày. Bạn tâm về những xét nghiệm, điều trị, nhập viện, viện phí. Bác sĩ, y tá, và nhân viên y tế có thể trả lời câu hỏi về điều trị, việc làm, hay vấn đề khác. Gặp gỡ những nhà hoạt động xã hội, giúp khuyến khích họ qua đó người bệnh có thể bày tỏ tâm tư của mình. Họ cũng có thể giới thiệu những nơi trợ giúp về phục hồi chức năng, nâng đỡ tinh thần, tài chính, phương tiện vận chuyển, hay chăm sóc tại nhà.

Bạn bè và gia đình phải biết nâng đỡ ủng hộ tinh thần bệnh nhân. Các bệnh nhân ung thư bàng quang cần được chia sẻ giúp đỡ để đối mặt với bệnh. Tuy nhiên, cách áp dụng điều trị cho bệnh nhân

này thì đúng nhưng không đúng cho bệnh nhân khác, ngay cả khi họ có cùng loại ung thư.

Những bệnh nhân ung thư bàng quang có thể tìm kiếm sự hỗ trợ nào?

Người bị ung thư nên học cách sống sao cho phù hợp với những thay đổi sau khi bị bệnh, từ đó họ mới cảm thấy thoải mái và lạc quan hơn. Gia đình, bạn bè, các tổ chức xã hội hãy giúp đỡ người bị ung thư bằng cách chia sẻ tình cảm, tài chính, vận chuyển, chăm sóc tại nhà...

Nếu bệnh nhân có vấn đề với lỗi tiểu nhân tạo, bác sĩ, y tá, hoặc bác sĩ chuyên khoa tiết niệu có thể giúp đỡ họ. Sự điều chỉnh lỗi tiểu nhân tạo có thể dễ hơn nhiều với lời khuyên và sự hỗ trợ của những người mắc bệnh tương tự.

Một số thông tin bệnh nhân bị ung thư bàng quang nên biết

Nhận ra lỗi gene gây ung thư bàng quang

Đó là gene E2F3, chịu trách nhiệm sản xuất một protein đặc biệt kích thích các tế bào ung thư bàng quang phát triển. Số lượng của gene này trong mỗi tế bào còn cho biết bệnh đang trong giai đoạn nào.

Trong các tế bào ung thư ở bàng quang có rất nhiều bản sao của E2F3. Số lượng gene này trong

mỗi tế bào có liên quan mật thiết với các giai đoạn phát triển bệnh.

Phát hiện về E2F3 sẽ mở ra một loạt liệu pháp trị ung thư bằng quang mới, với mục tiêu là khống chế loại protein do gene E2F3 sinh ra. Đây cũng sẽ là nền tảng cho những phương pháp chẩn đoán mức độ ác tính của tế bào ung thư và các giai đoạn phát triển bệnh.

Im.BCG - chế phẩm hiệu quả điều trị ung thư bằng quang

Theo Viện vacxin Nha Trang, về lý thuyết Im.BCG được ứng dụng điều trị hỗ trợ miễn dịch đối với tất cả các dạng khối u như: u hắc tố ác tính, u phổi, u tuyến vú, ung thư xương khớp..., nhưng thực tế nó hiệu quả nhất đối với ung thư bằng quang.

Im.BCG được chế tạo từ chủng vi khuẩn của Calmette và Guérin, dưới dạng chế phẩm là vi khuẩn sống đông khô (số lượng vi khuẩn cao gấp nhiều lần vacxin BCG).

Nhiều nhà nghiên cứu đã chứng minh rằng dùng Im.BCG bơm vào bằng quang để phối hợp điều trị ung thư bằng quang bề mặt và thể nông là liệu pháp hiệu quả nhất. Liệu pháp này nhằm ba mục đích: ngăn ngừa u tái phát; ngăn chặn u xâm lấn xuống lớp sâu; tiêu diệt phần u còn lại mà không thể cắt hết được.

Ung thư bàng quang thường gặp nhất trong ung thư tiết niệu. Với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, ngày nay phương pháp cắt u bằng nội soi qua niệu đạo là phẫu thuật hàng đầu trong điều trị ung thư bàng quang. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật khá cao, khoảng 53%-90% sau 1-3 năm.

Theo các nhà khoa học, việc dùng liệu pháp tăng cường miễn dịch bằng Im.BCG ở nước ta còn rất mới mẻ. Tuy nhiên, các nhà khoa học chuyên khoa tiết niệu của Việt Nam đều có chung nhận định rằng, để điều trị ung thư bàng quang tại chỗ, dự phòng tái phát sau mổ nội soi, ngăn chặn u phát triển xâm lấn xuống lớp sâu thì Im.BCG là chế phẩm có giá trị nhất.

Súp lơ xanh trị ung thư bàng quang

Các nhà khoa học Mỹ vừa phân lập thành công một nhóm chất từ súp lơ xanh mà họ tin rằng có khả năng phòng chống và làm chậm tốc độ phát triển của bệnh ung thư bàng quang.

Thành công mới của Đại học Ohio State dựa trên một nghiên cứu cách đây 6 năm giữa trường và Đại học Harvard. Họ phát hiện ra những người ăn từ 2 bữa súp lơ xanh (mỗi lần chừng nửa bát) mỗi tuần có tỉ lệ mắc ung thư bàng quang thấp hơn 44% so với những người ăn không quá 1 bữa/tuần.

Nhóm nghiên cứu đã phân lập được hợp chất có

tên là glucosinolate từ mầm súp lơ xanh. Trong quá trình thái nhỏ, nhai và tiêu hóa, chất này sẽ chuyển thành chất isothiocyanate, được ví như “nhà máy điện dinh dưỡng” của cơ thể có vai trò khổng lồ chế ung thư. Trong phòng thí nghiệm, isothiocyanate ngăn cản sự phát triển của các tế bào ung thư bằng quang. Tác dụng ưu việt nhất được ghi nhận trên dạng ung thư nguy hiểm nhất.

Đầu tiên, người ta chiết xuất và xác định hàm lượng glucosinolate từ mầm súp lơ xanh. Sau đó, họ dùng một số enzyme đặc biệt để chuyển glucosinolate thành isothiocyanate. Nhóm đã thử nghiệm trên hai mẻ tế bào ung thư bằng quang của người và một mẻ của chuột với hàm lượng glucosinolate và isothiocyanate khác nhau. Kết quả cho thấy, glucosinolate không có tác dụng nào lên tế bào ung thư. Trong khi đó, isothiocyanate lại làm giảm sự sinh sôi ở cả 3 mẻ tế bào ung thư. Tác dụng mạnh nhất được ghi nhận trên những tế bào ung thư xâm lấn chuyển tiếp ở người.

Nhóm nghiên cứu đang tìm hiểu nguyên nhân và cách thức tác động của những hợp chất từ súp lơ xanh đối với tế bào ung thư. Ngoài ra, “có ít nhất hàng chục chất có tiềm năng thú vị trong súp lơ xanh”, thành viên nhóm Steven Clinton cho biết. Bên cạnh súp lơ xanh, những loại rau cùng họ như bắp cải, cải hoa, cải xoăn... cũng sở hữu những chất chống ung thư tương tự.

Uống nhiều nước không ngăn được bệnh ung thư bàng quang

Uống nhiều nước vẫn được xem là cách để ngăn chặn bệnh ung thư bàng quang, nhưng một nghiên cứu mới đây cho thấy rằng những người chữa bệnh ung thư bàng quang theo cách này không làm thuyên giảm được căn bệnh.

Nghiên cứu này được tiến hành trên 267 bệnh nhân được điều trị bệnh ung thư bàng quang nhưng sau đó vẫn bị tái phát lại. Những bệnh nhân này đã hoàn thành bảng thăm dò ý kiến về việc uống nước và tất cả họ đều được theo dõi ít nhất 2 năm sau. Kết quả cho thấy gần một nửa trong số họ đã bị phát khối u trở lại một lần hoặc hơn trong suốt thời gian nghiên cứu.

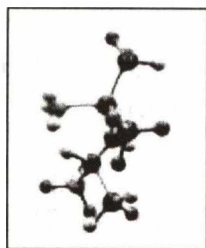
Mọi người thường nghĩ rằng uống một lượng nước cao có thể ngăn chặn được bệnh ung thư bàng quang bằng cách làm giảm bớt đi lượng hóa chất gây ung thư trong bàng quang hay sẽ rửa sạch những chất này đi trước khi chúng có thể gây tác động có hại.

Kết quả nghiên cứu này đã cho thấy rằng mục đích của việc uống nước này không chắc chắn làm giảm đi tần số của việc tái phát khối u ở bệnh nhân đã được chẩn đoán là bị ung thư bàng quang.

Các nhà khoa học Anh và Đan Mạch đã xác định được một phân tử có thể cải thiện điều trị ung thư

và giúp người bệnh tránh được những tác động có hại của tia bức xạ trong xạ trị.

Phân tử có tên là MDC1, giúp phát hiện và điều chỉnh tổn thương ADN do tia xạ. Phát hiện này sẽ cải thiện sự hiểu biết về cách đáp ứng của tế bào với tia xạ và những đột biến gây ung thư. MDC1 có tác dụng ngăn cản tế bào phân chia, khi tổn thương ADN chưa được sửa chữa. Do vậy, việc ức chế hoạt động của MDC1 sẽ làm tế bào dễ bị tổn thương gen do tia xạ.



Thuốc phong bế MDC1 có thể làm cho xạ trị liệu hiệu quả hơn, gây phá hủy ADN trong các tế bào ung thư. Tuy nhiên, xạ trị liệu có thể cũng không giết hết các tế bào ung thư, vì thế làm tăng tính miễn cảm của các tế bào này sẽ ngăn ngừa ung thư tái phát.

Ngược lại, nếu tìm ra phương pháp làm tăng hoạt tính của phân tử sẽ giúp con người tránh được tác động của tia xạ cao trong các tai nạn sự cố hoặc khi bị tấn công hạt nhân.

UNG THƯ NIỆU ĐẠO

Sự khác biệt giải phẫu giữa niệu đạo nam và nữ

- Niệu đạo nữ dài 2- 4cm, bằng 1/5 chiều dài niệu đạo nam. Đoạn niệu đạo ở 2/3 ngoài được lót bằng biểu mô lát tầng, 1/3 trong được lót bằng biểu mô chuyển tiếp. Đoạn niệu đạo ngoài chiếm 1/3 ngoài và dẫn lưu vào hạch bẹn nông và hạch bẹn sâu. Niệu đạo trong chiếm 2/3 trong dẫn lưu vào hạch chậu. Đoạn niệu đạo ngoài có thể bị cắt đi mà không ảnh hưởng tới cơ chế tiểu có kiểm soát.

- Niệu đạo nam dài 21 cm chia thành 3 phần: niệu đạo dương vật, niệu đạo màng và niệu đạo tiền liệt tuyến. Ngoài ra niệu đạo có thể chia thành niệu đạo trước (bao gồm niệu đạo dương vật và niệu đạo hành) và niệu đạo sau (bao gồm niệu đạo màng và niệu đạo tiền liệt tuyến). Tuy nhiên đa số các tác giả phân loại các sang thương của niệu đạo hành vào niệu đạo sau vì biểu hiện lâm sàng, cách điều trị và tiên lượng của niệu đạo hành và niệu đạo sau hoàn toàn giống nhau. Niệu đạo tiền liệt tuyến được lót bởi biểu mô chuyển tiếp. Niệu đạo màng, niệu đạo hành và niệu đạo dương vật được lót bởi biểu mô trụ giả lát tầng. Niệu đạo ở hố thuyên và miệng sáo được lót bởi biểu mô lát tầng. Niệu đạo

trước cùng với qui đầu, thể xấp dẫn lưu vào hạch bẹn sâu. Niệu đạo sau dẫn lưu vào hạch chậu.

Các yếu tố nguy cơ của ung thư niệu đạo

Ung thư niệu đạo không có nguyên nhân rõ rệt. Ở nữ giới, các yếu tố như triệu chứng kích thích đường tiểu mạn tính, nhiễm trùng niệu tái phát đã được nhấn mạnh nhưng chưa chứng minh được mối liên hệ trực tiếp với ung thư niệu đạo. Ở nam giới, 25- 75% ung thư niệu đạo có tiền căn hẹp niệu đạo, đa phần là hẹp ở đoạn niệu đạo hành và niệu đạo màng, là những nơi thường bị ung thư niệu đạo nhất. 50% bệnh nhân có tiền căn có bệnh hoa liễu.

Các loại giải phẫu bệnh lý của ung thư niệu đạo

Loại Carcinoma	Tần suất	
Nữ		
Tế bào gai	>50%	Xảy ra ở 2/3 ngoài (nơi được lót bởi tế bào gai)
Tế bào chuyển tiếp	15%	Phải phân biệt với ung thư bàng quang nguyên phát.
Adenocarcinoma	10-15%	Có thể do sự biệt hoá ung thư của biểu mô chuyển tiếp hoặc biểu mô tuyến của các tuyến cạnh niệu đạo, thường phát hiện trễ hơn và tiên lượng xấu hơn carcinoma tế bào gai.
Nam		
Tế bào gai	75%	Thường xảy ra ở đoạn niệu đạo dương vật và niệu đạo hành.
Tế bào chuyển tiếp	15%	Thường xảy ra ở niệu đạo tuyến tiền liệt.
Adenocarcinoma	5%	Phải phân biệt với adenocarcinoma từ tuyến tiền liệt.

Các dấu hiệu lâm sàng của bướu niệu đạo

- **Nữ:** Chảy máu: 60- 75%, kích thích đường tiểu 20- 65%, triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới 25- 50% và đau hội âm 25- 40%. Giai đoạn muộn của bệnh có triệu chứng tiểu không kiểm soát. Khám lâm sàng có thể sờ được một khối cứng trong niệu đạo.

- **Nam:** Chảy máu 40%, triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới 40%, kích thích đường tiểu 12%.

Chẩn đoán phân biệt của ung thư niệu đạo

Nam	Nữ
Hẹp niệu đạo Abscess cạnh niệu đạo Dò niệu đạo Các bệnh lý di căn xâm lấn thể hang	Caruncle niệu đạo Nang Túi thừa Condylomata acuminata Sa niệu đạo Abscess cạnh niệu đạo

Giai đoạn của ung thư niệu đạo

Giai đoạn	Nữ	Nam
O	CIS khu trú ở niêm mạc	CIS khu trú ở niêm mạc
A	Xâm lấn lớp dưới niêm mạc	Bướu không vượt quá lớp màng đáy
B	Xâm lấn lớp cơ quanh niệu đạo	Không xâm lấn qua thể xóp hoặc TLT
C	Xâm lấn qua ngoài niệu đạo	Xâm lấn qua thể xóp hoặc ngoài vỏ bao tiền liệt tuyến
C1	Xâm lấn cơ thành âm đạo	
C2	Xâm lấn thành âm đạo và niêm mạc âm đạo	Thường xảy ra ở đoạn niệu đạo dương vật và niệu đạo hành.
C3	Xâm lấn cơ quan lân cận (bọng đái, môi lớn và âm vật)	
D	Di căn xa	Phải phân biệt với adenocarcinoma từ tuyến tiền liệt
D1		Di căn hạch bẹn và hạch chậu
D2		Di căn xa

Các phương tiện chẩn đoán

Khi nghi ngờ bướu niệu đạo khám lâm sàng phải xem có dò niệu đạo, áp xe niệu đạo, khối u niệu đạo. Phải khám xem có hạch bẹn không? Vì 15- 30% bệnh nhân có hạch bẹn. Soi bàng quang để sinh thiết bướu và đánh giá kích thước, độ lan rộng của bướu và tình trạng của bàng quang. CT và MRI có thể dùng để đánh giá tình trạng xâm lấn hạch vùng chậu. Phải làm X quang ngực và xạ hình xương vì di căn thường xảy ra ở gan, phổi và xương.

Điều trị ung thư niệu đạo

Tùy thuộc vào vị trí và độ lan rộng của ung thư. Nguyên tắc chung là phải lấy bỏ đi khối bướu. Vì sự khác biệt về giải phẫu giữa niệu đạo nam và nữ nên cách điều trị giữa hai giới khác nhau.

Điều trị ung thư niệu đạo nữ

- Bướu giai đoạn A (giới hạn ở niêm mạc) có thể điều trị bằng cắt laser, xạ trị hoặc cắt rộng tại chỗ. Mục tiêu của điều trị là bảo tồn được chức năng đi tiểu bình thường nên điều trị ung thư ở niệu đạo trước là có kết quả tốt nhất vì trước ở niệu đạo có thể cắt xẻ mà rất ít khi gây ra tiểu không kiểm soát.

- Bướu giai đoạn B,C: Xạ trị hỗ trợ trước mổ hóa trị. Các phương pháp phẫu thuật trong trường hợp

này có thể là: cắt toàn bộ niệu đạo (chỉ trong trường hợp bấu ở trước) hoặc đoạn chậu trước (bao gồm nạo hạch chậu, cắt toàn bộ tử cung tai vòi, bàng quang, toàn bộ niệu đạo, thành trước và thành bên của âm đạo thành một khối). Đôi khi có thể phải cắt cả khớp mu và ngành ngồi mu. Nếu xạ trị đơn thuần thì tỉ lệ sống 5 năm là 34%. Nếu kết hợp xạ trị và phẫu thuật thì tỉ lệ sống 5 năm có thể đến 55%.

Điều trị ung thư niệu đạo nam

- Các sang thương khu trú ở nông có thể cắt qua niệu đạo mặc dù có nguy cơ tái phát tại chỗ rất cao. Ung thư đoạn niệu đạo trước nên điều trị bằng đoạn dương vật bán phần với bờ an toàn 2cm. Nếu thấy niệu đạo còn ngắn quá không đủ để đi tiểu thì cắt niệu đạo toàn phần và mở niệu đạo xuống hội âm. Nếu chưa có di căn hạch thì tỉ lệ sống 5 năm là 50%.

- Bấu giai đoạn C thì phải cắt toàn bộ dương vật, tiền liệt tuyến và bàng quang, xương mu thành một khối, tuy nhiên tỉ lệ sống 5 năm cũng chỉ đạt được 20%.

- Không giống như trong ung thư dương vật, hạch bẹn hầu như do di căn chứ không phải do viêm nhiễm. Trong giai đoạn bệnh tiến triển thì tỉ lệ di căn hạch bẹn gặp >50%. Nếu khám thấy hạch bẹn to thì phải nạo hạch bẹn vì 80% là hạch do di căn. Nếu không sờ thấy hạch bẹn thì phải theo dõi kỹ. Không nạo hạch dự phòng vì không thay đổi dự hậu của điều trị.

Chương IY

PHÒNG VÀ TRỊ MỘT SỐ BỆNH UNG THƯ ĐƯỜNG SINH DỤC

UNG THƯ VÚ

“Kết quả chụp nhũ ảnh của bạn nghi ngờ ung thư vú”

“Kết quả sinh thiết của bạn là ung thư vú”

Đây là những từ kinh khủng nhất khi người phụ nữ nghe bác sĩ nói mình bị ung thư vú, người bệnh bắt đầu hoang mang, lo lắng: phẫu thuật, chết chóc, thay đổi hình thể, mất bản năng giới tính. Những thông tin và kiến thức về ung thư vú giúp người phụ nữ có thể đưa ra những quyết định tốt nhất cho sức khỏe của mình. Tốt nhất, những vấn đề này nên được thảo luận với bác sĩ của bạn đôi với từng trường hợp cụ thể. Những thông tin sau đây

nhằm giúp bệnh nhân và gia đình họ vượt qua được khó khăn.

Ngoài ung thư da, ung thư vú và ung thư cổ tử cung là những ung thư thường gặp nhất ở nữ giới. Ung thư vú xếp hàng thứ hai sau ung thư cổ tử cung. Ung thư vú ở nam giới chiếm tỉ lệ 0,6%.

Tóm lược về bệnh ung thư vú

Ung thư vú là bệnh thường gặp sau ung thư cổ tử cung.

Nguyên nhân gây ung thư vú chưa được biết đầy đủ mặc dù một số yếu tố nguy cơ đã được xác định.

Ung thư vú được chẩn đoán bằng tự khám vú hay bác sĩ khám, chụp nhũ ảnh, siêu âm vú, và sinh thiết.

Có nhiều loại ung thư vú và chúng khác nhau ở khả năng di căn đến cơ quan khác trong cơ thể.

Điều trị ung thư vú tùy vào loại và vị trí của ung thư cũng như tuổi tác và sức khỏe bệnh nhân.

Phụ nữ từ 35-40 tuổi nên có nhũ ảnh thường qui. Từ 40-50 tuổi chụp nhũ ảnh nên thực hiện cách năm. Sau 50 tuổi nên làm nhũ đồ mỗi năm.

Cấu tạo vú

Ung thư vú không có ý nghĩa là một bệnh, mà là một từ được dùng để chỉ những bệnh ung thư khác

nhau ở vú. Mỗi loại ung thư vú xử trí và tiên lượng khác nhau. Trước khi mô tả các loại ung thư vú và phương pháp điều trị, những thông tin sau đây nên tham khảo.

Vú là một cơ quan có chức năng tạo sữa. Vú chứa những tuyến (ở các thuỳ) tạo ra sữa, và những ống (ống dẫn sữa) dẫn sữa từ các tuyến đến núm vú. Đa số ung thư vú bắt đầu từ ống dẫn sữa hay tuyến và tên ung thư phụ thuộc vào vị trí của nguồn gốc ung thư (ví dụ carcinoma ống dẫn, carcinoma tuyến của vú). Các tuyến và ống dẫn được nâng đỡ bởi các mô mỡ và dây chằng xung quanh.

Có nhiều mạch máu và mạch bạch huyết trong vú. Mạch bạch huyết là những sợi mỏng nhỏ giống như mạch máu, chúng không chứa máu nhưng hấp thu và chứa dịch mô. Dịch này cuối cùng được đưa vào dòng máu. Dịch mô vú được những kênh bạch huyết dẫn lưu hạch bạch huyết ở nách. Hạch bạch huyết là những tuyến nhỏ mà sợi bạch huyết đi xuyên qua, nó lọc dịch bạch huyết và có thể ngăn lại sự lan rộng tế bào ung thư hay vi khuẩn có trong dịch bạch huyết, không cho tế bào ung thư hay vi trùng đi xa hơn. Những hạch bạch huyết này không hoàn toàn ngăn chặn những tế bào ung thư đã thấm qua mạch bạch huyết và từ đó nó có thể lan rộng đến những phần khác của cơ thể. Một khi tế bào ung thư vào mạch máu hay bạch huyết thì nó có khả năng di căn đến bất kì nơi nào trong cơ thể. Ung thư

vú thường di căn đến: xương, phổi, gan và não.

Ung thư vú còn được phân loại xâm lấn hay không – xâm lấn. Thể xâm lấn, ám chỉ khả năng ung thư lan rộng, nó có thể phát triển trực tiếp trong những phần khác của cơ thể hay du hành trong máu, dẫn lưu dịch bạch huyết đến những vùng này. Thể không xâm lấn (ung thư tại chỗ) là ung thư được xác định bằng tiêu chuẩn vi mô khi không có sự di căn.

Diễn tiến ung thư?

Ung thư là nhóm bệnh mà bắt nguồn từ tế bào, là đơn vị sống của cơ thể. Để hiểu được ung thư, cần biết điều gì xảy ra khi tế bào bình thường trở nên ung thư hoá.

Cơ thể được cấu tạo bởi nhiều loại tế bào. Bình thường, tế bào phát triển và phân chia khi cơ thể có nhu cầu. Trình tự này giúp cơ thể khoẻ mạnh. Tuy nhiên, thỉnh thoảng tế bào vẫn tiếp tục phân chia mà cơ thể không có nhu cầu tế bào mới. Chúng tạo nên một khối mô gọi là u hay bướu. Bướu có thể lành tính hay ác tính.

Bướu lành không phải ung thư. Chúng thường được cắt bỏ, và hầu như không bị tái phát trở lại. Các tế bào của bướu lành không lan rộng. Quan trọng nhất, bướu vú lành thì không đe dọa cuộc sống.

Bướu ác tính là ung thư. Các tế bào bướu ác tính thì bất thường, chúng phân chia không có kiểm soát hay trật tự, và có thể xâm lấn hay gây tổn thương mô hay cơ quan kế cận. Hơn nữa, tế bào ung thư có thể rời khỏi bướu ác tính vào dòng máu hay hệ bạch huyết. Theo cách đó, chúng có thể lan rộng từ ung thư nguyên phát để tạo các bướu mới ở các cơ quan khác. Sự lan rộng được gọi là di căn.

Khi ung thư bắt đầu từ mô vú và lan rộng ra ngoài vú, tế bào ung thư thường được tìm thấy trong hạch bạch huyết ở nách. Nếu ung thư đã đến hạch bạch huyết nách có nghĩa là tế bào ung thư có thể lan khắp cơ thể - hạch bạch huyết khác và cơ quan khác như xương, gan, phổi. Khi ung thư lan từ vị trí ban đầu đến một phần khác của cơ thể, bướu mới có cùng loại tế bào bất thường và cùng tên với bướu nguyên phát. Ví dụ, ung thư vú di căn đến não, tế bào ung thư trong não thực chất là tế bào ung thư vú, bệnh là do ung thư vú di căn chứ không phải ung thư não.

Ai có nguy cơ bị ung thư vú?

Nguyên nhân chính xác của ung thư vú chưa được biết. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy nguy cơ ung thư vú gia tăng ở những phụ nữ lớn tuổi, và thường hiếm khi gặp ở nữ dưới 35 tuổi. Bệnh hay xảy ra ở những phụ nữ trên 50 tuổi, nguy cơ càng

cao ở nữ trên 60. Hơn nữa, ung thư vú xảy ra ở phụ nữ da trắng nhiều hơn phụ nữ châu Phi và phụ nữ châu Á.

Nghiên cứu cho thấy những yếu tố sau làm tăng khả năng mắc ung thư vú:

- * Tiền sử bị ung thư: những phụ nữ đã bị ung thư vú rồi thì nguy cơ mắc ung thư vú ở vú còn lại cao hơn người bình thường.

- * Tiền sử gia đình: Một người phụ nữ có nguy cơ ung thư vú cao nếu mẹ, chị, con gái họ bị ung thư vú, đặc biệt nếu những người này mắc bệnh lúc tuổi còn trẻ.

- * Rối loạn đã được xác định: Với chẩn đoán tăng sản không điển hình hay carcinoma tại chỗ làm tăng nguy cơ phát triển ung thư vú.

- * Sự biến đổi di truyền: Các gen trong tế bào mang thông tin di truyền thừa hưởng từ cha mẹ. Yếu tố di truyền chiếm từ 5%-10% tất cả ung thư vú. Vài gen đột biến có liên quan đến ung thư vú phổ biến ở vài nhóm dân tộc.

Một số gen thay đổi (như BRCA 1, BRCA 2,...) làm tăng nguy cơ ung thư vú. Trong những gia đình có nhiều người mắc ung thư vú, kiểm tra gen thỉnh thoảng cho thấy có sự thay đổi đặc biệt làm tăng nguy cơ ung thư vú. Bác sĩ có thể đề nghị phương pháp nhằm phòng ngừa hay kéo dài sự sống cho bệnh nhân bị ung thư vú, phát hiện sớm ung thư vú ở những phụ nữ có đột biến gen. Những phụ nữ

có gen đột biến liên quan ung thư vú hay đã bị ung thư vú một bên thì tăng nguy cơ mắc ung thư vú ở bên còn lại, ung thư buồng trứng, và có thể những mắc ung thư khác. Nam giới cũng vậy.

Nhiều xét nghiệm có thể phát hiện những gen bị biến đổi. Những xét nghiệm này thường làm ở những người có tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư.

Những yếu tố phối hợp làm tăng nguy cơ ung thư vú:

Estrogen. Nhiều chứng cứ gợi ý thời gian cơ thể chịu sự tác dụng estrogen càng kéo dài (estrogen do cơ thể tạo ra, hay do thuốc, hay được phóng thích từ một nốt của cơ thể) thì dễ bị ung thư vú. Ví dụ, nguy cơ bệnh tăng thêm phần nào ở những người kinh nguyệt bắt đầu sớm (trước 12 tuổi), mãn kinh muộn (sau 55 tuổi), không có con, hay trị liệu bằng hormon trong thời gian dài. DES (diethylstilbestrol) là một dạng estrogen tổng hợp được sử dụng khoảng năm 1940-1971. Thai phụ thường sử dụng DES trong suốt thai kỳ để phòng ngừa biến chứng được xác định có nguy cơ ung thư vú khá cao. Nguy cơ này không hiện diện ở con gái họ, đã tiếp xúc với DES trước khi chào đời. Tuy nhiên, vẫn cần chú ý khi những bé gái này đến khoảng tuổi mà ung thư vú thường gặp.

Sinh con muộn: Phụ nữ sinh con so muộn (sau 30 tuổi) có nguy cơ nhiều hơn người sinh con sớm.

Mật độ của vú: Trên phim chụp nhũ ảnh cho thấy dày đặc thùy và ống dẫn sữa nhưng rất cân

đối. Ung thư vú gần như luôn phát triển từ mô thùy hay mô ống dẫn (không phải mô mỡ). Điều đó cho thấy tại sao ung thư vú thường xảy ra ở những vú có nhiều mô tuyến và ống dẫn hơn những vú có nhiều mô mỡ. Hơn nữa, với những vú mật độ dày, bác sĩ khó thấy những vùng bất thường trên phim chụp nhũ ảnh hơn.

Xạ trị: Nữ < 30 tuổi, vú tiếp xúc tia xạ trong khi xạ trị, đặc biệt là đã điều trị bệnh Hodgkin's bằng tia xạ.

Rượu: Vài nghiên cứu cho thấy, phụ nữ uống rượu sẽ tăng nguy cơ ung thư vú.

Phần lớn phụ nữ bị ung thư vú mà không có những yếu tố nguy cơ trên, ngoại trừ nguy cơ xuất hiện theo sự gia tăng tuổi tác. Các nhà khoa học đang hướng đến những nghiên cứu về nguyên nhân gây ung thư vú để hiểu nhiều hơn về yếu tố nguy cơ và cách phòng ngừa bệnh này.

Những điều nên biết về ung thư vú

Phần lớn ung thư vú là carcinoma ống dẫn sữa. Nó bắt đầu từ bề mặt của các ống dẫn. Loại khác bắt đầu từ các tiểu thùy gọi là carcinoma tiểu thùy. Khi tế bào ung thư được tìm thấy, bác sĩ giải phẫu bệnh sẽ cho bạn biết loại nào và có xâm nhiễm hay chưa (xâm lấn mô xung quanh).

Ung thư vú không có nghĩa là một bệnh, là một

thuật ngữ để mô tả những loại ung thư khác nhau xảy ra ở vú. Mỗi loại có cách ứng phó và tiên lượng khác nhau. Thường phân loại dựa trên mô học qua sinh thiết như sau: carcinoma ống dẫn sữa xâm nhiễm, carcinoma tiểu thùy xâm nhiễm, carcinoma ống dẫn sữa tại chỗ, carcinoma tiểu thùy, carcinoma dạng viêm, bệnh Paget's. Còn những loại u hiếm khác ở vú như sarcoma mạch máu, ung thư tế bào vảy và u bạch huyết.

Carcinoma ống dẫn sữa xâm nhiễm: Bắt đầu từ những tế bào tạo nên ống dẫn sữa ở vú. Đây là loại thường gặp nhất khoảng 65-85%. Trên phim chụp nhũ ảnh, carcinoma ống dẫn sữa thường được thấy như một khối bất thường hay là một nhóm những đốm trắng nhỏ gọi là lắng đọng có thể xi hay phổi hợp cả hai. Nó có thể xuất hiện như một u trên vú. Khám lâm sàng khối u này có cảm giác cứng và chắc hơn những u lành tính ở vú

Carcinoma tiểu thùy xâm nhiễm: Chiếm 5-10% ung thư vú. Loại này xuất hiện tương tự như carcinoma ống dẫn sữa trên nhũ ảnh, khám lâm sàng u thường không cứng và phần mô vú dày lên không rõ. Carcinoma tiểu thùy có thể xảy ra nhiều vị trí trong một vú (nhiều tâm) hay cả hai vú cùng lúc.

Carcinoma ống dẫn sữa tại chỗ (DCIS): Là một dạng ung thư tiền xâm lấn thường phối hợp với ung thư xâm lấn. Nếu nó xảy ra mà không có ung thư xâm lấn thì thường không có u. Trên nhũ ảnh, có

thể có dấu hiệu những đốm có thể canxi hóa. Hơn 1/3 ca DCIS thường có nhiều hơn một u ở vú. Nếu DCIS chỉ được điều trị với sinh thiết, khoảng 40% cuối cùng phát triển thành ung thư xâm lấn trong tương lai.

Carcinoma tiểu thùy tại chỗ (LCIS): Thường gặp phải một cách ngẫu nhiên khi sinh thiết vú. Nó không triệu chứng và không có dấu hiệu đặc trưng trên nhũ đồ. 40-90% trường hợp xảy ra ở nhiều vị trí trên một vú. 50% trường hợp xảy ra vú kế bên. Nguy cơ phát triển thành ung thư xâm lấn khoảng 1% mỗi năm. Số lượng lớn người (38%) bị LCIS có thể không phát triển thành ung thư xâm lấn cho đến hơn 20 năm, sau chẩn đoán ban đầu.

Carcinoma dạng viêm: Là một nhánh nhỏ của carcinoma ống dẫn sữa và tên gọi do triệu chứng lâm sàng điển hình của nó. Vú sưng, nóng, đỏ, đau, và da vú trở nên dày hơn có vẻ như bị nhiễm trùng. Có những dấu hiệu này là do ung thư phát triển nhanh làm cản trở lưu thông bạch huyết trong vú, gây ra sưng và viêm. Ung thư thường lan đến hạch bạch huyết vào thời điểm chẩn đoán trong 90% ca. Tiên lượng rất xấu và may mắn là không thường gặp.

Bệnh Paget's: Khoảng 1-4%. Xảy ra điển hình là núm vú khô và nứt nẻ. Nó có thể bị nhầm lẫn với bệnh da lành tính nếu không có mối nghi ngờ cao.

Cystosarcoma phyllodes: Là một u chắc giống như là u sợi tuyến lành tính, đặc trưng của bệnh

này là không lan đến hạch bạch huyết mà di căn đến phần khác của cơ thể qua dòng máu.

Những xét nghiệm chuyên biệt từ mẫu mô giúp bác sĩ biết nhiều hơn về ung thư. Ví dụ, các xét nghiệm thụ thể nội tiết tố (xét nghiệm thụ thể estrogen và protesterone) giúp xác định nội tiết tố có vai trò giúp ung thư phát triển hay không. Nếu xét nghiệm dương tính, thì điều trị ung thư bằng nội tiết tố là cần thiết. Phương pháp này lấy đi những tế bào ung thư do estrogen.

Nhiều xét nghiệm có thể được làm để bác sĩ dự đoán sự phát triển của ung thư. Ví dụ, bác sĩ có thể yêu cầu làm thêm: chụp X quang và các xét nghiệm. Đôi khi mẫu mô vú bị ung thư được kiểm tra gen (HER-2), gen này là yếu tố nguy cơ cao cho ung thư tái phát. Bác sĩ cũng đề nghị khám xương, gan, phổi. Bởi vì ung thư có thể lan đến những cơ quan này.

Các giai đoạn ung thư vú

- Giai đoạn 0 (ung thư tại chỗ)

Giai đoạn này còn được gọi là ung thư không xâm lấn.

- LCIS: chỉ những tế bào bất thường lót trong tiểu thùy. Những tế bào bất thường này hiếm khi trở thành xâm lấn. Tuy nhiên, sự hiện diện của nó làm gia tăng nguy cơ ung thư vú ở cả hai bên. Một vài bệnh nhân có thể dùng tamoxifen, làm giảm

nguy cơ ung thư vú. Số khác tìm hiểu những điều trị phòng ngừa mới có triển vọng. Một số lựa chọn không điều trị, nhưng kiểm tra đều đặn thường xuyên hơn. Còn một số quyết định phẫu thuật cả hai vú để phòng ngừa ung thư (trường hợp này không cần thiết lấy hạch bạch huyết ở nách).

- DCIS: chỉ những tế bào bất thường lót trong ống dẫn sữa, còn gọi carcinoma trong ống. Những tế bào bất thường không vượt xa hơn ống dẫn sữa để xâm lấn ra mô xung quanh. Tuy nhiên, người có DCIS thì gia tăng nguy cơ bị ung thư vú xâm lấn. Vài bệnh nhân bị DCIS cần được phẫu thuật bảo tồn và sau đó xạ trị. Hay họ có thể chọn phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú thường không lấy hạch bạch huyết nách, mà không cần phẫu thuật tạo hình. Có bệnh nhân hỏi bác sĩ về việc sử dụng tamoxifen để giảm nguy cơ ung thư xâm lấn.

Giai đoạn I

Giai đoạn I và II là giai đoạn sớm của ung thư vú: ung thư vừa lan ra khỏi ống dẫn sữa hay tiểu thùy xâm nhập mô xung quanh.

Giai đoạn I nghĩa là bề ngang $u < 2\text{cm}$ và tế bào ung thư không lan xa khỏi vú.

Giai đoạn II (A và B)

Giai đoạn II A:

Hoặc: $u < 2\text{cm}$ và ung thư đã lan ra hạch nách.

Hoặc: u từ 2cm - 5cm và ung thư chưa lan ra hạch nách.

Giai đoạn II B:

Hoặc: u > 5cm nhưng chưa lan ra hạch nách.

Hoặc: u từ 2cm-5cm và ung thư đã lan ra hạch nách.

Với ung thư giai đoạn sớm, bệnh nhân có thể phẫu thuật bảo tồn sau đó xạ trị hay phẫu thuật cắt bỏ vú có hay không kết hợp với phẫu thuật tạo hình. Những phương pháp điều trị này đều có kết quả ngang nhau. Sự lựa chọn phẫu thuật phụ thuộc vào kích thước, vị trí u, và tính chất tế bào ung thư.

Nhiều bệnh nhân ung thư giai đoạn I và II điều trị hóa trị hoặc nội tiết tố sau khi điều trị lần đầu bằng phẫu thuật hoặc xạ trị. Điều trị toàn thân trước khi phẫu thuật để thu nhỏ khối u.

Giai đoạn III (A và B)

Còn gọi ung thư xâm lấn tại chỗ. Giai đoạn IIIA
Hoặc: u < 5cm và ung thư lan đến hạch nách và dính nhau thành chùm.

Hoặc: u > 5cm và ung thư lan đến hạch nách, dính nhau thành chùm và dính mô xung quanh.

Giai đoạn IIIB

Hoặc: ung thư lan mô xung quanh vú: da, thành ngực, xương sườn, cơ ngực.

Hoặc: ung thư lan đến hạch bạch huyết bên trong thành ngực dọc xương ức.

Bệnh nhân ung thư giai đoạn III cần điều trị tại chỗ và toàn thân.

Giai đoạn IV

Là ung thư di căn, nghĩa là:

Hoặc: ung thư di căn đến những cơ quan khác như xương, phổi, gan, và não.

Hoặc: ung thư di căn đến hạch bạch huyết ở cổ, gần xương bả vai, xương đòn.

Ung thư tái phát

Nghĩa là ung thư xuất hiện trở lại sau điều trị lần đầu. Thậm chí khi khối u ở vú đã được lấy đi hay bị phá hủy. Bệnh thỉnh thoảng tái phát do tế bào ung thư còn sót lại đâu đó trong cơ thể mà chưa bị phát hiện.

Thường tái diễn trong vòng 2-3 năm sau khi điều trị, nhưng ung thư vú có thể xảy ra nhiều năm sau đó.

Ung thư tái phát tại chỗ mổ gọi là tái phát tại chỗ. Nếu ung thư xuất hiện ở vùng khác gọi là ung thư di căn. Điều trị ung thư di căn có thể dùng một phương pháp hay phối hợp nhiều phương pháp.

Tầm quan trọng của việc phát hiện sớm ung thư vú

Người phụ nữ nên cho bác sĩ biết các yếu tố có thể làm tăng khả năng bệnh ung thư vú. Những người có nguy cơ cao, dù ở lứa tuổi nào, nên tham vấn bác sĩ, nên khám vú khi nào và làm như thế

nào để được kiểm tra ung thư vú. Biện pháp sàng lọc làm giảm nguy cơ tử vong do bệnh.

Người phụ nữ có thể góp phần chủ động phát hiện bệnh sớm bằng cách chụp nhũ ảnh và khám vú theo lịch một cách đều đặn. Hoặc có thể tự khám vú.

Dấu hiệu của ung thư vú?

Ung thư vú giai đoạn sớm thường không gây đau. Thực tế, khi ung thư vú phát triển lần đầu, có thể không dấu hiệu nào cả. Nhưng khi ung thư tăng trưởng, có thể gây những thay đổi mà người phụ nữ nên để ý:

- Một cục hay chỗ dày lên ở trong hay gần vú hay ở vùng nách

- Thay đổi kích thước hay hình dáng vú

Núm vú rỉ dịch hay đau, hay bị kéo ngược vào vú

- Vú gợn lên hay lõm vào (da vú trông giống như quả cam).

- Thay đổi da vú, có quầng, hay núm vú sưng, đỏ, nóng, có vảy.

Nếu có một trong những triệu chứng trên, chị em cần đi khám ngay. Thường thì không phải là chị em bị ung thư, nhưng quan trọng là các bạn cần được bác sĩ kiểm tra thì mọi vấn đề sẽ được chẩn đoán, điều trị sớm và chính xác như vậy chị em mới an tâm.

Chẩn đoán ung thư vú như thế nào?

Để tìm được nguyên nhân của bất kì dấu hiệu

hay triệu chứng nào, đòi hỏi bác sĩ phải khám và tìm hiểu tiền sử bản thân, gia đình của người bệnh cẩn thận. Ngoài ra, bác sĩ có thể làm thêm các xét nghiệm sau:

- Khám vú: Bác sĩ có thể kiểm tra cục u bằng cách sờ nắn cục u và mô xung quanh nó cẩn thận. U lành thường cho cảm giác khác u ác. Bác sĩ kiểm tra kích thước và cấu tạo u và xác định xem nó có di chuyển dễ dàng không.

- Chụp nhũ ảnh: Chụp X quang vú có thể có được những thông tin quan trọng về cục u vú .

- Siêu âm: Sử dụng sóng âm tần số cao, qua siêu âm biết được u nang chứa dịch (không phải ung thư) hay là khối đặc (có thể ung thư mà cũng có thể không là ung thư). Siêu âm được sử dụng cùng lúc với chụp nhũ ảnh.

Dựa trên những kiểm tra này, bác sĩ có thể quyết định không cần làm thêm xét nghiệm và không cần điều trị. Như thế, bác sĩ có thể cần phải theo dõi bệnh nhân thường xuyên để phát hiện những thay đổi.

Sinh thiết: Để chẩn đoán thường cần phải lấy dịch hay mô tuyến vú. Bác sĩ của bạn sẽ giới thiệu bạn đến những bác sĩ ngoại khoa hay những chuyên gia có kinh nghiệm về bệnh vú. Và họ có thể thực hiện :

Chọc hút bằng kim nhỏ: Một kim nhỏ mảnh được dùng để lấy dịch hay tế bào từ u, nếu dịch trong, có thể không cần thiết kiểm tra lại bằng kính hiển vi.

Sinh thiết bằng kim: Sử dụng kỹ thuật đặc biệt, mô được lấy bằng một kim từ khối u nghi ngờ trên chụp nhũ ảnh.

Sinh thiết bằng phẫu thuật: Với một đường rạch da, bác sĩ sẽ lấy ra ngoài một miếng mô của u hay vùng nghi ngờ. Với sinh thiết cắt bỏ, bác sĩ lấy u hay vùng nghi ngờ và một phần mô lành xung quanh. Sau đó bác sĩ giải phẫu bệnh kiểm tra mẫu mô dưới kính hiển vi để tìm tế bào ung thư.

Các loại ung thư khác nhau về tốc độ phát triển và di căn. Một số loại ung thư có thể điều trị thuận lợi nhưng một số loại ung thư mà sự xâm lấn và ác tính cao đến nỗi y học hiện đại phải bó tay.

Nhiều nghiên cứu cho thấy rõ khi phát hiện u có kích thước càng nhỏ thì cơ hội phẫu thuật chữa khỏi tốt hơn và cuộc sống kéo dài hơn. Một khối u được lấy đi sớm khi chưa di căn hạch bạch huyết và cơ quan khác thì khả năng điều trị khỏi cao hơn.

Hiện tại, chụp nhũ ảnh và khám vú là cơ bản nhất trong sàng lọc vú. Việc vô cùng quan trọng đối với phụ nữ là thực hiện khám vú và chụp nhũ ảnh định kỳ để chắc chắn rằng mình không có ung thư vú tiềm ẩn.

Những tác dụng phụ của điều trị

Thật khó khăn bảo vệ tế bào lành tránh khỏi những tác dụng có hại trong điều trị ung thư vú. Tác dụng phụ của điều trị ung thư vú phụ thuộc

vào phương pháp điều trị và mức độ điều trị. Những tác dụng phụ không giống nhau giữa mỗi người và giữa những lần điều trị. Điều quan trọng trong điều trị ung thư là kiểm soát tác dụng phụ. Phản ứng của bệnh nhân với điều trị được theo dõi chặt chẽ bằng khám lâm sàng, xét nghiệm máu, hay những kiểm tra khác. Bác sĩ, y tá giải thích tác dụng phụ và đưa ra cách giải quyết những tác dụng phụ trong và sau khi điều trị.

Giúp đỡ bệnh nhân ung thư vú

Chẩn đoán ung thư vú làm thay đổi cuộc sống bệnh nhân và người thân của họ. Những thay đổi này khó kiểm soát. Bệnh nhân, gia đình và bạn bè có những cảm xúc và lo âu khác nhau. Cần có những thông tin và dịch vụ giúp họ đương đầu những vấn đề này dễ dàng hơn.

Người mang căn bệnh ung thư có thể lo lắng về việc chăm sóc gia đình, duy trì công việc, và tiếp tục những hoạt động hàng ngày, bận tâm về những xét nghiệm, điều trị, nhập viện, viện phí. Bác sĩ, y tá, và nhân viên y tế có thể trả lời câu hỏi về điều trị, việc làm, hay vấn đề khác. Gặp gỡ những nhà hoạt động xã hội, giúp khuyến khích họ qua đó người bệnh có thể bày tỏ tâm tư của mình. Họ cũng có thể giới thiệu những nơi trợ giúp về phục hồi chức năng, nâng đỡ tinh thần, tài chính, phương tiện vận chuyển, hay chăm sóc tại nhà.

Bạn bè và gia đình phải biết giúp đỡ ủng hộ tinh thần bệnh nhân. Các bệnh nhân ung thư vú thường tập hợp thành một nhóm, họ chia sẻ những vấn đề phải đối mặt với bệnh và hiệu quả của điều trị. Tuy nhiên, phải nhớ rằng không ai giống ai. Cách áp dụng điều trị cho bệnh nhân này thì đúng nhưng không đúng cho bệnh nhân khác, ngay cả khi họ có cùng loại ung thư vú. Ý tưởng tốt là thảo luận những lời khuyên của bác sĩ, gia đình, bạn bè.

Nhiều tổ chức thành lập những chương trình đặc biệt cho bệnh nhân ung thư vú. Huấn luyện những người tình nguyện mà chính họ cũng mắc bệnh ung thư vú, những người này có nhiệm vụ thăm viếng bệnh nhân, cung cấp thông tin, chia sẻ những lo lắng trước và sau điều trị. Họ thường chia sẻ kinh nghiệm về điều trị ung thư vú, phục hồi chức năng, tạo hình vú.

Thỉnh thoảng, phụ nữ bị ung thư vú hay lo âu về những thay đổi cơ thể sẽ ảnh hưởng không chỉ hình dáng bên ngoài mà còn người khác sẽ nghĩ về họ như thế nào. Họ quan tâm việc điều trị ung thư vú sẽ ảnh hưởng đến sự thay đổi về giới tính. Nhiều cặp gia đình nhận thấy rằng khi nói về những vấn đề này sẽ giúp họ tìm những cách để diễn đạt tình cảm của họ trong và sau điều trị.

Phòng ngừa ung thư vú

Bác sĩ hiếm khi giải thích tại sao người phụ nữ

này bị bệnh còn người khác thì không. Tuy nhiên, điều rõ ràng là ung thư vú không phải do đụng chạm, chấn thương. Và bệnh này càng không phải là bệnh truyền nhiễm, không một ai có thể lây ung thư vú từ người khác.

Các nhà khoa học đang cố gắng tìm hiểu những yếu tố làm tăng nguy cơ phát triển ung thư vú. Ví dụ, họ đang tìm kiếm xem nguy cơ ung thư vú có thể bị ảnh hưởng bởi những yếu tố môi trường hay không. Hơn nữa, những nhà khoa học không có đủ thông tin để biết rằng có bao nhiêu yếu tố trong môi trường làm tăng nguy cơ mắc bệnh này.

Một vài đặc điểm về lối sống phụ nữ làm gia tăng nguy cơ ung thư vú. Ví dụ những nghiên cứu gần đây cho thấy vận động thường xuyên có thể giảm nguy cơ ở những phụ nữ trẻ. Cũng thế, vài bằng chứng cho thấy liên quan giữa chế độ ăn và ung thư vú. Hiện nay, các nhà khoa học đang nghiên cứu cách phòng ngừa ung thư vú bằng những thay đổi trong chế độ ăn hoặc bổ sung vào chế độ ăn. Tuy nhiên, thực sự người ta không biết thay đổi chế độ ăn như thế nào sẽ phòng ngừa được ung thư vú.

Quan hệ giữa vận động và ung thư

Có những dữ kiện về dịch tễ cho thấy người vận động nhiều có xuất độ bị ung thư vú ít hơn người không vận động. Lí do của lợi ích không được biết

rõ. Những người mập có nồng độ estrogen trong máu cao hơn người bình thường, làm tăng nguy cơ ung thư vú.

Các nhà nghiên cứu đang cố gắng tìm hiểu xảy thai và sinh non có làm tăng nguy cơ ung thư vú hay không. Nhiều nghiên cứu có kết luận trái ngược nhau và câu hỏi này vẫn chưa giải đáp được.

Nghiên cứu dẫn đến việc xác định sự thay đổi (sự chuyển đoạn) ở vài loại gen làm tăng nguy cơ ung thư vú.

Người có tiền sử gia đình nhiều người bị ung thư vú có thể lựa chọn xét nghiệm máu để thấy rằng họ có sự thay đổi ở gen BRCA 1 hay BRAC 2.

Phụ nữ nào có liên quan nguy cơ ung thư vú di truyền thì nên báo cho bác sĩ biết. Bác sĩ có thể đề nghị bệnh nhân gặp gỡ nhà chuyên môn về di truyền học. Bác sĩ tư vấn về di truyền có thể giúp bệnh nhân quyết định xem xét nghiệm nào là phù hợp với họ. Cũng vì vậy, trước và sau khi làm xét nghiệm bác sĩ tư vấn có thể giúp bệnh nhân hiểu và giải quyết những kết quả xét nghiệm có thể xảy ra. Nhà tham vấn có thể giúp những vấn đề về việc làm hay sức khỏe, cuộc sống và bảo hiểm tàn tật. Dịch vụ thông tin về ung thư có thể cung cấp thêm những dữ liệu về xét nghiệm di truyền.

Các nhà khoa học đang tìm kiếm loại thuốc mới có thể phòng ngừa ung thư phát triển. Trong một nghiên cứu rộng, thuốc tamoxifen giảm số mới mắc ung thư

vú ở những người tăng nguy cơ bệnh. Hiện nay, các bác sĩ đang so sánh một loại thuốc khác gọi là raloxifen với tamoxifen. Nghiên cứu này gọi là STAR.

Ngăn chặn bệnh ung thư vú

Ung thư vú có thể chữa trị và đề phòng nếu chị em phụ nữ biết cách tự khám để phát hiện bệnh kịp thời.

Thật ra, ung thư vú có thể ngăn chặn và điều trị có kết quả cao nếu phát hiện sớm. Một trong những cách phát hiện sớm thường được bác sĩ khuyên nên thực hiện là tự khám mỗi tháng một lần. Hoặc nếu thấy những biểu hiện như có nước hoặc dịch chảy ra từ núm vú bị loét, có bướu hoặc khối u ở vú hoặc vùng nách, những thay đổi về vóc dáng, núm vú đau và lõm, da vú nhăn và sần... phải đến bệnh viện ngay. Tuy việc tự khám khá đơn giản nhưng rất nhiều chị em phụ nữ không thực hiện và đến khi phát hiện mắc ung thư vú thì đã đến giai đoạn 3 hoặc 4.

Gia tăng cơ hội sống sót cho bệnh nhân ung thư vú

Các phương pháp điều trị hiện đại giúp kéo dài thời gian sống sót cho bệnh nhân ung thư vú đến 15 năm.

Các nhà khoa học cho biết: liệu pháp hoóc môn và điều trị bằng dược phẩm đem lại hiệu quả đáng kể trong chữa trị cho nhiều phụ nữ bị ung thư vú,

đồng thời làm trì hoãn sự tái phát của bệnh này. Nó có thể kéo dài thời gian sống sót cho bệnh nhân ung thư vú đến 15 năm.

Nghiên cứu được tiến hành trên 145.000 trường hợp. Kết quả được các nhà khoa học công bố: Ở những phụ nữ áp dụng các liệu pháp điều trị trên, tỉ lệ tử vong do ung thư vú giảm xuống đáng kể.

Liệu pháp này cũng giúp khắc phục các hạn chế của điều trị bằng phẫu thuật. Thông thường, các ca phẫu thuật đơn thuần hoặc có sự kết hợp của phép chữa bằng tia X được sử dụng để cắt bỏ các nguồn gốc gây ung thư vú nếu bệnh được phát hiện sớm.

Tuy nhiên, số lượng các tế bào ung thư không thể phát hiện có thể vẫn còn, và có thể dẫn đến tình trạng tái phát bệnh. Dược phẩm và liệu pháp hoóc môn – như tamoxifen - thường được sử dụng để ngăn chặn sự tái phát này bằng cách tiêu diệt các tế bào ung thư tiềm ẩn.

Nhiều hoóc môn nam có thể gây ung thư vú

Phụ nữ trẻ cũng dễ bị bệnh ung thư vú nếu trong máu có nhiều androgen - nhóm nội tiết tố sinh dục nam.

Kích thích tố nam androgen cũng có trong cơ thể người phụ nữ, song có lượng thấp hơn nhiều so với nam giới. Một số nghiên cứu trên phụ nữ mãn kinh đã thừa nhận sự gia tăng nội tiết tố này có liên quan đến bệnh ung thư vú, nhưng chưa rõ nó có xảy ra trước tuổi mãn kinh hay không.

Trong nghiên cứu của tiến sĩ Rudolf Kaaks, Cơ quan nghiên cứu Ung thư quốc tế ở Lyon (Pháp), lượng androgen ở gần 400 phụ nữ tiền mãn kinh (sau đó mắc ung thư vú) đã được đem so sánh với khoảng 700 người khỏe mạnh. Kết quả cho thấy khả năng phát triển bệnh tăng lên đáng kể khi các hoóc môn thuộc nhóm androgen là testosterone và androstenedione tăng lên. Ở phụ nữ dưới 40 tuổi có lượng testosterone cao nhất, nguy cơ mắc ung thư vú là 2,6%, trong khi ở người có hàm lượng hoóc môn trên thấp nhất, nguy cơ là 1,5%.

Nghiên cứu của Kaaks “là bằng chứng cho thấy nguy cơ mắc ung thư vú ở phụ nữ tiền mãn kinh có liên quan trực tiếp tới lượng testosterone và androstenedione”. Nhóm tác giả đang tiếp tục tìm hiểu xem liệu những thay đổi về lối sống hay một sự can thiệp nào đó có thể hạn chế các hoóc môn này và làm giảm nguy cơ phát triển bệnh.

Ung thư vì áo ngực

Nguy cơ ung thư vú ở những phụ nữ thường xuyên mặc áo ngực cao hơn hẳn so với những người khác. Nguyên nhân rất có thể là do áp lực liên tục của áo nịt lên bầu ngực đã hạn chế việc thải hồi dòng độc tố bên trong, dẫn đến gia tăng tỉ lệ ung thư.

Chỉ cần một áp lực nhỏ thì mạch bạch huyết trên ngực cũng đã bị là phẳng, ngăn chặn dòng chảy của

chất độc ra khỏi bầu ngực. Những chị em “giam hãm” hai trái đào của mình suốt cả ngày có nguy cơ ung thư cao nhất. Ngược lại, những người chẳng bao giờ dùng đến áo ngực hiểm khi mắc căn bệnh này.

Vì vậy, nếu hoàn cảnh “bắt buộc” thì chị em cũng chỉ nên mặc áo ngực dưới 12 tiếng mỗi ngày.

Ngủ đêm có thể ngừa ung thư vú

Hạn chế thức đêm có thể phòng ngừa căn bệnh ung thư vú. Nguyên nhân là do lượng hoóc môn melatonin tiết ra lúc trời tối có thể kìm hãm sự phát triển của tế bào ung thư.

Melatonin là nội tiết tố do tuyến yên sinh ra khi trời tối hoặc tắt đèn. Hoạt động sản xuất hoóc môn này sẽ ngừng ngay khi có ánh sáng tới mắt.

Tiến sĩ Eva Schernhammer từ Đại học Harvard và tiến sĩ Susan Hankinson từ Bệnh viện Brigham and Women (Mỹ) đã tiến hành đánh giá mối liên hệ giữa melatonin và nguy cơ mắc bệnh ung thư vú. Họ đo lượng chất chuyển hóa chính của melatonin là 6-sulphatoxymelatonin trong nước tiểu của gần 150 phụ nữ bị ung thư vú xâm lấn, và gần 300 người trong nhóm đối chứng. Mẫu nước tiểu được thu thập trước khi người bệnh phát hiện ung thư.

Kết quả cho thấy, ở những người có lượng chất chuyển hóa melatonin cao nhất, nguy cơ bị ung thư vú xâm lấn giảm 40%, trong khi ở những người ít

nhất lại tăng 70%. Chứng tỏ càng nhiều melatonin thì nguy cơ mắc ung thư vú càng thấp, và “sự phát tiết melatonin có vai trò quan trọng trong quá trình phát triển ung thư vú”, nhóm tác giả kết luận.

Trước đây, người ta đã phát hiện ra công nhân làm ca đêm rất dễ bị ung thư vú. Kết quả nghiên cứu trên chuột của Viện nghiên cứu Bassett (Mỹ) cũng nhận thấy ra melatonin kìm hãm sự phát triển của ung thư vú tới 70%. Những con chuột có mang tế bào ung thư vú của người khi ở trong môi trường ánh sáng liên tục có tốc độ phát triển khối u tăng gấp 7 lần so với khi ở điều kiện ánh sáng thường.

Trong thời gian tới, hai tác giả trên sẽ tìm hiểu sâu hơn về vai trò của giấc ngủ và giai đoạn sản xuất melatonin mạnh nhất trong quá trình phát triển ung thư vú.

Một số thông tin thú vị về melatonin:

- Melatonin giúp tạo nhịp điệu cho cơ thể và thiết lập đồng hồ sinh học trong não.
- Trong khi trẻ con tiết ra rất nhiều melatonin thì người già lại tiết ra tương đối ít chất này.
- Tuyến yên bắt đầu sản xuất melatonin quanh thời điểm mặt trời lặn, và tăng mạnh từ 2 đến 4 giờ sáng rồi giảm dần khi ánh sáng ban ngày xuất hiện.
- Các nhà khoa học bắt đầu biết đến melatonin vào năm 1958.

Chất tẩy rửa đe dọa ung thư vú

Các nhà khoa học Mỹ vừa cho hay, một hóa chất có trong vải dệt, dung dịch tẩy rửa, và đồ nhựa có tên là 4-nonylphenol có thể kích thích sự phát triển bệnh ung thư vú ở chuột.

Nhóm chất nonylphenol bắt chước hoạt động của hoóc môn sinh dục nữ oestrogen trong cơ thể. Đặc biệt, khi ở gan, nó kích thích một cơ chế enzyme làm gia tăng sự sản xuất hoóc môn tương đồng tên là estriol. Cả oestrogen và estriol đều liên quan trực tiếp đến bệnh ung thư vú.

Tuy nhiên, phát hiện trên chưa đủ để đưa ra bất kỳ kết luận nào, vì giới chuyên môn cho rằng hoạt động của nonylphenol ở chuột có thể khác ở người và liều lượng gây nguy hiểm cũng có thể khác nhau.

Trong nghiên cứu, tiến sĩ William Baldwin và cộng sự đến từ Đại học Texas at El Paso và Clemson (Mỹ) đã so sánh ảnh hưởng của 4-nonylphenol (4-NP) và oestrogen trên một số con chuột biến đổi gene ở các liều khác nhau. Sau 32 tuần, nhiều con trong số chuột nhiễm 4-NP đã phát triển bệnh ung thư vú, trong khi những con tiếp xúc với oestrogen lại an toàn.

Khi tìm hiểu nguyên nhân của hiện tượng trên, nhóm phát hiện ra 4-NP quả thực có khả năng kích thích việc sản xuất estriol trong gan. Tuy nhiên, một điểm đáng chú ý là nó không làm tăng lượng

estriol trong dòng máu. Điều này chứng tỏ 4-NP vừa kích thích các men sản xuất estriol lại vừa ức chế sự phát tiết hoóc môn này theo cách nào đó. Các cơ chế đằng sau hiện tượng này rất phức tạp.

Một điểm lợi hại khác của nonylphenol là khả năng trói buộc các cảm thụ thể của oestrogen trong tổ chức vú, kích thích sự phát triển ung thư trên phạm vi rộng hơn so với oestrogen nói riêng.

Cục Môi trường, Thực phẩm và các vấn đề nông thôn của Anh đã cảnh báo về tác hại lâu dài của một chất tương tự có tên là bisphenol A, chuyên 'giả dạng' một loại hoóc môn trong cơ thể gây ung thư.

Dùng aspirin và ibuprofen quá liều làm tăng nguy cơ ung thư vú

Việc sử dụng hai loại thuốc này, được xác định là hơn 1 lần/tuần, không có liên quan đến gia tăng bệnh ung thư vú. Tuy nhiên, nếu sử dụng aspirin và ibuprofen hàng ngày trong thời gian dài lại được ghi nhận là có thể làm gia tăng nguy cơ mắc ung thư vú.

Các loại thuốc kháng viêm không có xteroid (NSAIDS) như ibuprofen và aspirin thường được dùng để giảm đau, trị sốt và các chứng bệnh mãn tính như viêm khớp. Aspirin cũng thường được dùng để giảm các cơn đau tim và đột quỵ.

Nghiên cứu do Sarah F. Marshall và đồng

nghiệp tại trường ĐH nam California (Mỹ) thực hiện. Họ đã phân tích 114.460 phụ nữ từ 22-85 tuổi tham gia cuộc nghiên cứu trên quy mô lớn của các giáo viên ở California. Những phụ nữ này không mắc bệnh ung thư vú khi tham gia cuộc nghiên cứu vào năm 1995 và 1996. Trong sáu năm sau đó, có 2.391 phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh ung thư vú.

Cần có nhiều nghiên cứu dịch tễ học trong tương lai để làm rõ hơn các tác động lâu dài của aspirin và ibuprofen, và những tác động đặc biệt lên các mô của NSAIDS đối với sự phát triển của ung thư vú mà hiện nay vẫn chưa được làm rõ.

Chế độ ăn giúp giảm nguy cơ ung thư vú ở phụ nữ

Có những chế độ ăn giúp giảm nguy cơ bị ung thư vú :

- * Chế độ ăn giàu rau và trái cây
- * Chế độ ăn ít mỡ và thịt không bị cháy
- * Dùng những chất chống oxi hóa một cách hợp lí như vitamin E & C
- * Giảm cân, vận động thường xuyên
- * Không hút thuốc lá
- *Rau lá xanh đậm phòng ung thư vú*

Folate là một dạng vitamin B có nhiều trong gan, súp lơ, rau lá xanh đậm, bánh mỳ và ngũ cốc có bổ sung. Theo nghiên cứu mới đây của Australia,

chế độ dinh dưỡng giàu folate có thể chống lại bệnh ung thư vú do rượu gây nên.

Rượu khi vào cơ thể sẽ chuyển thành chất gây ung thư acetaldehyde, chuyên phá hủy folate và kích thích sự tăng trưởng của tế bào ung thư. Do đó, việc bổ sung folate có thể giúp những phụ nữ uống rượu ngăn giảm nguy cơ ung thư vú. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là chị em có thể “vô tư” say xỉn khi có sẵn viên folate trong tay.

Ở phụ nữ uống nhiều rượu và hấp thu ít folate, nguy cơ bị ung thư gia tăng. Trong khi đó, những người uống nhiều rượu nhưng có lượng folate tương đối thì khó mắc bệnh hơn. Không có mối liên hệ nào giữa bệnh ung thư vú và sự tiêu thụ folate ở người bình thường.

Tiến sĩ Dallas English, cho biết phụ nữ uống rượu mỗi ngày ở bất kỳ mức độ nào cũng làm tăng nguy cơ bị bệnh ung thư vú lên 7%. Những người say xỉn mà hấp thu dưới 200 microgram folate mỗi ngày - tương đương với khoảng 220g rau lá xanh đậm - sẽ rất dễ mắc bệnh.

Theo English, folate đóng vai trò quan trọng trong sự điều tiết ADN và giúp ngăn chặn những bất thường xảy ra trong gene, gây ung thư. Vitamin này có thể ngăn gene đột biến.

Hiện nay, một số nước đã bổ sung folate vào thực phẩm để ngăn ngừa các khiếm khuyết ống thần kinh. Một số nghiên cứu thừa nhận vitamin này

còn có tác dụng chống ung thư ruột kết.

- Dứa ép có thể chống ung thư

Các nhà khoa học Australia vừa tìm ra hai phân tử đặc biệt trong quả dứa chống lại tế bào ung thư rất tích cực. Phát hiện mới có thể đưa đến dòng thuốc thế hệ mới.

Một phân tử gọi tắt là CCZ, có khả năng kích thích hệ miễn dịch tấn công và tiêu diệt tế bào ung thư. Phân tử kia là CCS, giúp khống chế protein Ras chuyên gây lỗi trong 30% của tất cả các loại ung thư.

“CCS và CCZ có thể kìm hãm khả năng di căn của các tế bào ung thư, điển hình là ung thư vú, phổi, ruột kết, buồng trứng và da”, thành viên nhóm nghiên cứu Tracey Mynott cho biết: “Cách thức hoạt động của chúng hoàn toàn khác với bất kỳ loại thuốc nào hiện nay”.

Nhóm nghiên cứu đang tập trung tìm hiểu nguyên nhân vì sao loại quả giàu enzyme này lại có tác dụng mạnh lên chất liệu sinh học. Nếu thành công, hai phân tử trên sẽ đại diện cho cách thức hoàn toàn mới trong điều trị bệnh.

CCS và CCZ được chiết xuất từ lõi dứa ép, vốn được dùng để làm mêm thịt, lọc bia...

- Củ nghệ chống ung thư vú

Nghiên cứu trên chuột cho thấy củ nghệ, một gia vị được ưa chuộng trong ẩm thực Ấn Độ, đã khống chế các tế bào ung thư vú di căn tới phổi.

Cây nghệ có được tác dụng chữa bệnh kỳ diệu là nhờ hoạt chất curcumin. Một số nghiên cứu trong phòng thí nghiệm trước đây đã công nhận curcumin có thể ngăn chặn sự hình thành khối u, do có đặc tính như một chất chống oxy hóa.

Trong thử nghiệm, tiến sĩ Bharat Aggarwal, Đại học tổng hợp Texas, và cộng sự đã tiêm vào chuột tế bào ung thư vú của người được nuôi cấy từ một bệnh nhân ung thư vú đã bị di căn tới phổi. Người ta đã để cho các khối u tự do phát triển trong chuột, rồi tiến hành phẫu thuật cắt bỏ, giống như phẫu thuật mổ vú. Sau đó, số chuột bệnh ngẫu nhiên được chia thành 4 nhóm để theo dõi khi: không được tiếp tục điều trị; chỉ điều trị bằng curcumin; chỉ bằng thuốc có tên là Taxol; hoặc kết hợp curcumin và Taxol.

Kết quả cho thấy, một nửa số chuột trong nhóm điều trị bằng curcumin và 22% trong nhóm kết hợp curcumin với Taxol có dấu hiệu di căn tới phổi. Trong khi đó, tỉ lệ di căn ở nhóm dùng Taxol là 75% và nhóm không được điều trị là 95%.

Aggarwal cho biết, theo một số nghiên cứu trước đây, những người có chế độ dinh dưỡng nhiều chất nghệ có tỉ lệ mắc ung thư rất thấp, đặc biệt là những dạng ung thư như vú, tuyến tiền liệt, phổi và ruột kết. Nhóm nghiên cứu đã bắt đầu thử nghiệm trên người, tập trung vào những trường hợp có nguy cơ cao như có mẹ hoặc chị mắc bệnh.

- Dầu cá có thể giúp điều trị ung thư vú

Kết hợp các loại dầu cá và loại chất gây tê thường được sử dụng propofol có thể tạo ra một loại thuốc mới hiệu quả để điều trị ung thư vú. Các nhà nghiên cứu tại Trường Đại học Indiana đã trộn các hợp chất từ các axit béo omega-3 với chất gây tê propofol. Sự kết hợp này có thể làm giảm sự phát triển của các tế bào gây ung thư vú, giảm khả năng lây lan và sự hình thành các khối u.

Nhóm nghiên cứu từ Trường Đại học Indiana đã nghiên cứu tác động của hai axit béo omega-3: docosahexaenoic acid (DHA) và eicosapentaenoic acid (EPA) đối với bệnh ung thư vú. Cả hai đều có tác động nhỏ lên các tế bào ung thư khi ứng dụng đơn lẻ. Nhưng khi kết hợp chúng với propofol, các nhà nghiên cứu nhận thấy chúng có khả năng ngăn chặn sự lây lan của tế bào ung thư ở một chừng mực nào đó.

Họ ghi nhận cả hai sự kết hợp propofol-DHA và propofol-EPA đều cho nhiều hiệu quả rõ rệt hơn. Chúng không chỉ ngăn chặn sự lây lan của tế bào ung thư, kìm hãm các khối u mới tiềm ẩn mà còn có thể giết chết một số tế bào ung thư.

Giáo sư Rafat Siddiqui, trưởng nhóm nghiên cứu, nói rằng có thể phát triển một dạng thuốc mỡ hoặc miếng dán bao gồm hỗn hợp dược chất này. "Chúng tôi sẽ tổng hợp các hợp chất này với chất lượng cao hơn để sử dụng trong nghiên cứu ở động vật trong tương lai, vì vậy chúng tôi có thể kiểm tra

hiệu quả của chúng như một loại thuốc chống ung thư mới”.

Axit béo omega-3 thường có ở dầu cá như cá ngừ, cá hồi, cá trích, cá mòi, cá thu, được cho là có nhiều tác động có lợi khá rõ rệt đối với sức khỏe. Chúng thường được khuyên dùng để giữ cho tim khỏe mạnh, giảm nồng độ cholesterol. Các nhà nghiên cứu cho biết axit béo omega-3 cũng có thể chống lại chứng viêm khớp, bệnh lupus, hen suyễn...

- *Giảm chất béo ngăn ngừa tái phát ung thư vú*

Theo nghiên cứu của Viện Nghiên cứu y sinh Los Angeles (Mỹ), việc duy trì khẩu phần giảm chất béo sẽ có tác dụng ngăn ngừa tái phát ung thư vú ở phụ nữ.

Nhóm nghiên cứu, đứng đầu là tiến sĩ Rowan Chlebowski, tiến hành thí nghiệm với 2.437 phụ nữ tại 37 địa điểm khác nhau ở Mỹ. Các phụ nữ này đã được phẫu thuật khi bị ung thư vú giai đoạn đầu.

1.462 người được yêu cầu giữ nguyên khẩu phần ăn hằng ngày, với hàm lượng chất béo là 51,3 gam, trong khi 975 người cắt giảm chất béo còn 33,3 gam/ngày. Kết quả là sau năm năm, tỉ lệ tái phát ung thư vú ở nhóm có khẩu phần giảm chất béo là 9,8%, trong khi tỉ lệ này ở nhóm giữ nguyên khẩu phần là 12,4%.

Nói chung, nguy cơ tái phát bệnh ung thư vú đã giảm được 24% nhờ giảm chất béo trong khẩu phần. Nhóm bớt ăn chất béo còn giảm cân trung

bình gần 2kg. Ông Chlebowski cho biết không loại trừ việc giảm cân là một yếu tố làm giảm nguy cơ tái phát ung thư vú.

- *Trà xanh không hẳn ngăn ngừa được ung thư*

Ngược lại với những gì mà các nghiên cứu trước đây công bố, trà xanh có thể không giúp ngăn ngừa ung thư vú, ung thư tuyến tiền liệt hay các dạng khác của ung thư.

Cơ quan quản lý thực phẩm và dược phẩm Mỹ (FDA) nói rằng các nghiên cứu cần được tiếp tục đi sâu hơn chứ không chỉ căn cứ vào các dấu hiệu chưa thật sự thuyết phục để kết luận rằng trà xanh có thể giúp ngăn ngừa ung thư.

- *Chocolate có khả năng ngăn ngừa ung thư*

Các nhà nghiên cứu tại Trung tâm Ung thư Lombardi, Đại học Georgetown (Mỹ) phát hiện được một chất tự nhiên trong sôcôla có khả năng dùng ngăn cản các chu kỳ phát triển của tế bào ung thư.

Chất pentameric procyanidin (pentamer) tìm thấy trong cacao có khả năng ức chế một số protein là những thứ cùng hoạt động để thúc đẩy tế bào ung thư phân chia liên tục.

Các nhà nghiên cứu đã dùng pentamer để thử nghiệm ở nhiều loại tế bào ung thư vú. Họ nhận thấy tế bào ung thư vú ngưng phân chia và cả bốn loại protein thúc đẩy tế bào vào phân chia liên tục bị ức chế.

Ngoài ra, chocolate cũng giàu chất chống oxy hóa tự nhiên gọi là flavonoid. Các chất chống oxy hóa

này có khả năng bảo vệ tim và động mạch vành khỏi bị tổn thương.

Hạt cacao cũng có thể góp phần kích thích quá trình tạo ra chất endorphin, một loại hóa chất tốt cho cơ thể thường được sản sinh trong khi tập thể dục. Tuy nhiên, việc ăn nhiều sôcôla có thể làm tăng lượng cholesterol, tăng nguy cơ mập phì và bệnh tim!

- *Khoai tây chiên không gây ung thư vú*

Acrylamide, một hóa chất có trong các đồ ăn rán và nướng, không làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư vú. Phát hiện mới đi ngược lại nhận định trước đây.

Acrylamide có nhiều trong các loại thực phẩm như khoai tây rán, bánh mì nướng giòn và cà phê. Chất này được sinh ra khi các axit amino và đường trong thực phẩm phản ứng với nhau ở nhiệt độ cao. Acrylamide lần đầu tiên được phát hiện phổ biến trong thức ăn vào năm 2002. Theo kết quả nghiên cứu trong phòng thí nghiệm của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), acrylamide là một chất gây ung thư. Những con chuột tiếp xúc với acrylamide đã phát triển những khối u lớn ở tuyến vú. Tuy nhiên, sự tiếp xúc này lớn gấp 1.000 đến 100.000 lần so với mức độ hấp thu của con người qua thực phẩm.

Các nhà khoa học đến từ Đại học Harvard (Mỹ) và Viện Karolinska (Thụy Điển) đã nghiên cứu khoảng 43.000 phụ nữ và khẳng định, nguy cơ mắc ung thư vú ở những người ăn nhiều thực phẩm giàu

acrylamide không cao.

Nghiên cứu bắt đầu vào năm 1991, khi các tình nguyện viên được hỏi về chế độ dinh dưỡng và mức tiêu thụ đồ ăn chứa acrylamide. Nhóm nghiên cứu đã sử dụng dữ liệu về thành phần của những loại thực phẩm này để đánh giá chính xác lượng acrylamide.

Theo tính toán, mỗi ngày, lượng acrylamide hấp thụ trung bình là 25,9 microgram, trong đó cà phê góp 54%, khoai tây rán 12% và bánh mì nướng giòn 9%.

Sau 11 năm, 667 người đã bị ung thư vú. Điểm gây chú ý là ở những phụ nữ hấp thụ ít acrylamide nhất, nguy cơ phát triển bệnh không cao hơn so với những người tiếp xúc nhiều. Nguy cơ này cũng không tăng ở những trường hợp tiếp xúc nhiều acrylamide.

“Lượng acrylamide trong chế độ dinh dưỡng hằng ngày không đe dọa gây nên căn bệnh ung thư vú”, trưởng nhóm nghiên cứu Lorelei Mucci thuộc Đại học Harvard nhận định. Tuy nhiên, cách tốt nhất để phòng ngừa bệnh ung thư vẫn là một chế độ dinh dưỡng cân bằng, ít chất béo và thịt đỏ, nhiều rau quả và chất xơ.

Kế hoạch điều trị

Nhiều bệnh nhân ung thư vú muốn chủ động trong quyết định chăm sóc sức khỏe. Họ tìm hiểu tất cả những gì có thể được về bệnh và sự lựa chọn

điều trị của họ. Tuy nhiên, người bệnh thường bị sốc và căng thẳng sau khi được chẩn đoán ung thư vú. Điều đó làm cho người bệnh không thể tập trung suy nghĩ về những điều muôn thắc mắc với bác sĩ. Tốt nhất là liệt kê tất cả những câu hỏi trong lần khám sau.

Đề nhớ những gì bác sĩ nói, người bệnh có thể ghi chú. Người bệnh lúc nào cũng muốn có người thân hay bạn bè khi nói chuyện với bác sĩ, họ có thể tham gia thảo luận hay ghi chú hay chỉ lắng nghe.

Bác sĩ có thể giới thiệu người bệnh đến những chuyên gia về điều trị ung thư. Thường điều trị sẽ bắt đầu trong vòng một vài tuần sau khi được chẩn đoán. Sẽ có khoảng thời gian để bệnh nhân thảo luận với bác sĩ về lựa chọn điều trị, tham khảo những ý kiến khác và chuẩn bị tâm lý bản thân và người thân của họ.

Người bệnh nên biết

Trước khi bắt đầu điều trị, bệnh nhân muốn được góp ý về chẩn đoán và kế hoạch điều trị. Một vài công ty bảo hiểm yêu cầu ý kiến hội chẩn; còn lại có thể bỏ qua nếu bệnh nhân yêu cầu. Trong hầu hết trường hợp, thời gian chậm trễ từ sau khi thực hiện sinh thiết đến điều trị (3 hay 4 tuần) không làm ảnh hưởng tác dụng của điều trị. Có nhiều cách để xin thêm ý kiến: Bệnh nhân có thể tìm đến những chuyên gia điều trị ung thư vú như bác sĩ

ngoại khoa, bác sĩ ung thư, bác sĩ ung thư chuyên xạ trị, bác sĩ phẫu thuật tạo hình; bệnh viện K, hay trung tâm chuyên về ung thư vú.

Lựa chọn phương pháp điều trị

Bệnh nhân ung thư vú bây giờ có nhiều sự lựa chọn trong điều trị. Nhiều phụ nữ cố gắng tìm hiểu về bệnh và việc lựa chọn điều trị vì vậy họ có vai trò trong việc quyết định hướng chăm sóc sức khỏe của mình.

Bác sĩ là người thích hợp nhất để giải đáp: sự lựa chọn điều trị nào và những thành công nào có thể đạt được. Hầu hết bệnh nhân thắc mắc sau điều trị họ trông như thế nào và có thay đổi hoạt động hằng ngày không. Bệnh nhân không cần phải hỏi và hiểu hết những thắc mắc trong một lúc, mà có thể hỏi bác sĩ những vấn đề chưa rõ và thông tin cần biết thêm.

Bệnh nhân có thể nói với bác sĩ về những thử nghiệm lâm sàng mới, những phương pháp điều trị mới.

Sự lựa chọn của bệnh nhân phụ thuộc vào một số yếu tố: tuổi, tình trạng mãn kinh, sức khỏe, kích thước, vị trí u, giai đoạn ung thư, kết quả cận lâm sàng, và kích thước của vú. Tính chất tế bào ung thư (như có phụ thuộc nội tiết tố tăng trưởng hay không) cũng được xem xét. Quan trọng nhất là giai đoạn ung thư. Phân chia giai đoạn dựa trên kích thước u và ung thư đã di căn hay chưa.

Những phương pháp điều trị ung thư

Ung thư vú có thể điều trị tại chỗ hay toàn thân hoặc kết hợp cả hai.

- *Điều trị tại chỗ*: Là lấy hay phá hủy ung thư trong một vùng khu trú như phẫu thuật và xạ trị. Thường sử dụng điều trị bệnh ở vú. Khi ung thư vú đã lan xa, điều trị tại chỗ được dùng để kiểm soát những vùng di căn đó như phổi hay xương.

Điều trị toàn thân: Sử dụng để phá hủy hay kiểm soát ung thư khắp cơ thể, như hóa trị, nội tiết tố, sinh học trị liệu. Một vài bệnh nhân được điều trị toàn thân để làm nhỏ khối u lại trước khi điều trị tại chỗ. Số khác điều trị toàn thân dành cho điều trị ung thư đã di căn hay phòng ngừa ung thư tái phát.

- *Phẫu thuật*

Phẫu thuật dùng phổ biến trong điều trị ung thư vú. Có nhiều loại phẫu thuật. Bác sĩ có thể giải thích mỗi loại phẫu thuật, thảo luận và so sánh lợi ích và nguy cơ, và mô tả ảnh hưởng của phẫu thuật đến hình dáng bệnh nhân.

Phẫu thuật tối thiểu hay phẫu thuật bảo tồn: đây là phẫu thuật lấy đi mô ung thư chứ không lấy vú. Cắt bỏ u và một phần tuyến vú. Sau phẫu thuật này bệnh nhân được xạ trị để diệt những tế bào ung thư còn sót lại.

Cắt bỏ u: Phẫu thuật lấy đi u và một phần mô bình thường xung quanh nó, thường vài hạch bạch

huyết dưới nách cũng được lấy đi.

Cắt bỏ tuyến vú một phần: Lấy u và phần lớn mô lành xung. Thỉnh thoảng lấy thêm một phần cơ ngực phía dưới u và hạch bạch huyết vùng nách.

Cắt bỏ tuyến vú: Phẫu thuật cắt bỏ vú, mô lấy càng nhiều càng tốt. Tái tạo vú có thể làm cùng lúc hay sau đó.

Cắt bỏ tuyến vú toàn phần: Là phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú đơn giản, bác sĩ phẫu thuật lấy toàn bộ vú và một vài hạch bạch huyết dưới nách.

Cắt bỏ tuyến vú tận gốc bổ sung: Bác sĩ phẫu thuật sẽ lấy toàn bộ vú, hạch lympho và cơ ngực.

Cắt bỏ tuyến vú tận gốc: Còn gọi là phẫu thuật Halsted, bác sĩ phẫu thuật lấy vú, hai cơ ngực, tất cả hạch bạch huyết, một phần mỡ và da. Ngày nay ít sử dụng phương pháp này. Một số ít trường hợp phẫu thuật này được đề nghị khi ung thư lan đến cơ ngực.

Khảo sát hạch bạch huyết vùng nách: Đôi khi hạch bạch huyết vùng nách được lấy để xác định xem ung thư đã lan vào hệ bạch huyết hay chưa.

Tạo hình vú, thường được lựa chọn sau phẫu thuật cắt bỏ vú. Bệnh nhân quan tâm phẫu thuật này nên thảo luận với bác sĩ phẫu thuật tạo hình trước khi làm phẫu thuật cắt bỏ.

Phẫu thuật gây đau và tăng cảm giác vùng mô. Bất kì phẫu thuật nào đều có nguy cơ nhiễm trùng, vết thương khó lành, chảy máu hay phản ứng với

thuộc mê. Bệnh nhân gặp những triệu chứng này nên báo cho bác sĩ ngay.

Cắt bỏ vú có thể gây ra sự mất cân bằng trọng lượng cơ thể đặc biệt là bệnh nhân có cặp vú to. Da vùng u được lấy đi trở nên căng ra, cảm thấy cứng cơ vai và cánh tay. Sau phẫu thuật cắt bỏ, bệnh nhân có sự yếu sức ở những cơ này, nhưng hầu hết đó là triệu chứng tạm thời. Bác sĩ, y tá, nhà vật lý trị liệu có thể giới thiệu những bài tập giúp bệnh nhân phục hồi lại sức cơ vận động cánh tay và vai.

Bởi vì dây thần kinh có thể bị tổn thương hay bị cắt khi phẫu thuật nên người bệnh có thể cảm thấy tê liệt hay ngứa rần ở ngực, hố nách, vai và cánh tay. Những cảm giác này biến mất sau vài tuần hay vài tháng, nhưng ở số người thì cảm giác này không mất.

Lấy đi những hạch bạch huyết dưới nách làm chậm dòng bạch huyết. Một vài bệnh nhân, dịch bạch huyết ứ đọng ở cánh tay và bàn tay gây căng phù. Cánh tay và bàn tay bệnh nhân cần được bảo vệ tránh những tổn thương do áp lực, thời gian phẫu thuật dài. Họ cần hỏi bác sĩ nên làm thế nào để chăm sóc vết thương, vết cào, vết côn trùng chích hay những tổn thương khác. Bệnh nhân nên gặp bác sĩ ngay khi có nhiễm trùng xuất hiện trên cánh tay, vai.

- Xạ trị

Xạ trị là dùng tia xạ năng lượng cao diệt tế bào ung

thư. Tia xạ có thể tác động trực tiếp đến vú qua một thiết bị (xạ trị ngoài). Hoặc chất phóng xạ được đặt trong 1 ống nhựa và đặt trực tiếp vào vú (xạ trị trong). Một số bệnh nhân được điều trị bằng cả hai cách.

- Xạ trị ngoài: Bệnh nhân đến bệnh viện, thường là 5 ngày/tuần trong vài tuần.

- Xạ trị trong: Bệnh nhân nhập viện, chất phóng xạ được cấy vào cơ thể trong vài ngày và được lấy ra trước khi bệnh nhân trở về nhà.

Thỉnh thoảng, tùy vào kích thước u và những yếu tố khác, xạ trị được sử dụng sau phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật bảo tồn. Chất phóng xạ tiêu diệt những tế bào ung thư còn sót lại.

Trước khi phẫu thuật, xạ trị hay với hóa trị hay nội tiết tố được sử dụng để phá hủy tế bào ung thư hay làm nhỏ u. Phương pháp này thường áp dụng những u lớn và không dễ lấy bằng phẫu thuật.

Trong thời gian xạ trị bệnh nhân có thể cực kỳ mệt mỏi, đặc biệt là sau nhiều lần điều trị. Cảm giác này có thể còn trong những lần điều trị sau hay luôn luôn. Nghỉ ngơi là quan trọng nhưng bác sĩ khuyên bệnh nhân vận động hết sức mình. Và bệnh nhân cũng thường thấy da bị đỏ, khô, đau, và ngứa. Có thể cảm thấy nặng nề và cứng ở vú, nhưng những dấu hiệu này sẽ biến mất. Sắp đến lúc kết thúc điều trị, da có thể trở nên chảy và rỉ mủ. Để vùng da này tiếp xúc với không khí sẽ mau lành. Bởi vì y phục cọ xát và gây sự kích thích trên da,

nên người bệnh thích mặc quần áo rộng rãi. Chăm sóc da rất quan trọng, việc sử dụng bất kì dung dịch hay kem thoa nào cần phải có ý kiến của bác sĩ. Những ảnh hưởng này tạm thời và biến mất khi ngưng điều trị nhưng có thể không mất.

- Hóa trị

Tác dụng phụ tùy loại thuốc và liều dùng. Nói chung, thuốc chống ung thư tác dụng lên tế bào phân chia nhanh như tế bào máu. Khi tế bào máu bị ảnh hưởng, bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng, bị bầm, dễ chảy máu, cảm giác yếu khác thường và mệt mỏi. Tóc và tế bào lót đường tiêu hóa cũng bị ảnh hưởng: rụng tóc, chán ăn, buồn nôn, ói, tiêu chảy, hay loét miệng và môi. Những tác dụng phụ này có thể hạn chế được nhờ những thuốc mới. Những triệu chứng này dần dần mất đi, tóc mọc lại nhưng có thể thay đổi màu và cấu tạo.

Vài loại thuốc ảnh hưởng tới buồng trứng. Nếu bị suy buồng trứng, bệnh nhân có triệu chứng mãn kinh như cơn nóng bừng và khô âm đạo. Rối loạn kinh nguyệt hay tắt kinh và không thể mang thai. Những tác dụng phụ khác ít xảy ra như loạn nhịp tim, ung thư thứ phát như ung thư máu.

Bệnh nhân còn kinh thì vẫn có thể mang thai trong khi điều trị. Vì những ảnh hưởng của hóa trị lên bào thai chưa được biết, nên bệnh nhân cần tham vấn với bác sĩ vấn đề ngừa thai trước khi điều

trị. Sau khi điều trị, khả năng sinh sản hồi phục nhưng bệnh nhân > 35 tuổi có thể vô sinh.

- Nội tiết tố

Tác dụng phụ tùy vào loại nội tiết tố dùng điều trị hay cách điều trị. Tamoxifen là nội tiết tố thường sử dụng nhất, nó ức chế tế bào ung thư sử dụng estrogen nhưng không làm ngưng sản xuất estrogen. Tamoxifen có thể gây nóng bừng, thay đổi lượng dịch âm đạo hay ngứa âm đạo, buồn nôn và rối loạn kinh nguyệt. Bệnh nhân còn kinh và có chu kỳ kinh nguyệt không đều thì dễ dàng mang thai khi sử dụng tamoxifen. Nên hỏi bác sĩ về việc ngừa thai.

Tác dụng lo âu hiếm gặp. Nó có thể gây tắc mạch, đặc biệt ở chân và phổi, và một số ít làm tăng nguy cơ nhồi máu. Tamoxifen có thể gây ung thư nội mạc tử cung. Bất kì xuất huyết âm đạo bất thường nên gặp bác sĩ ngay. Bác sĩ có thể khám vùng chậu, sinh thiết nội mạc tử cung và những xét nghiệm khác.

Phụ nữ trẻ đã cắt buồng trứng để phòng ngừa ung thư sẽ làm giảm estrogen. Mãn kinh sẽ xảy ra ngay sau đó, triệu chứng đột ngột và trầm trọng hơn mãn kinh tự nhiên.

- Liệu pháp sinh học

Tác dụng phụ khác nhau tùy vào loại chất được sử dụng và khác nhau ở mỗi bệnh nhân. Nổi mẩn và sưng ở chỗ tiêm vào là tác dụng phụ thường gặp. Cảm giác giống cúm có thể xảy ra.

Herceptin có thể gây những tác dụng phụ trên và những tác dụng phụ khác. Nhưng tác dụng phụ thường giảm sau lần điều trị đầu. Thông thường, có thể tổn thương tim dẫn tới suy tim. Nó cũng có thể ảnh hưởng phổi, gây vấn đề hô hấp cần can thiệp ngay. Vì vậy, cần khám tim và phổi trước khi điều trị cũng như bệnh nhân cần được theo dõi sát sao.

- *Tamoxifen và tác nhân chọn lọc thụ thể estrogen (SERM) là gì?*

SERM là một hóa chất được tạo ra để hoạt động như estrogen ở vài mô như xương và hoạt động không giống estrogen như ở mô vú. Việc sử dụng SERM có những điểm lợi của estrogen trong khi đó tránh những nguy cơ được phối hợp với estrogen.

Tamoxifen (Nolvadex) là SERM đầu tiên được chấp thuận của FDA trong điều trị ung thư vú. Một vài tế bào ung thư vú thì “nhạy với estrogen” nghĩa là chúng cần estrogen để lớn lên và phân chia. Nhưng estrogen phải gắn với những thụ thể của tế bào ung thư này để kích thích chúng.

Việc estrogen gắn vào thụ thể tương tự như việc tra một chìa khóa phù hợp vào ổ khóa. Tamoxifen ức chế hoạt động của estrogen trên tế bào ung thư bằng cách chiếm những thụ thể (ổ khóa). Vì vậy, ngăn chặn estrogen (chìa khóa) gắn vào thụ thể của nó. Việc ngăn chặn estrogen khỏi những tế bào ung thư nhạy estrogen làm chúng ngừng phát triển và nhân đôi. Tamoxifen ở liều cao hơn bình thường có

những tính chất khác như: làm chết những tế bào ung thư vú không nhạy với estrogen.

Tamoxifen được sử dụng điều trị cả hai giai đoạn: giai đoạn sớm và ung thư di căn. Với những bằng chứng có giá trị, thuốc này làm giảm nguy cơ bị ung thư vú còn lại đối với những bệnh nhân đã bị ung thư vú một bên.

Ngay cả tamoxifen tác dụng giống như một tác nhân chống estrogen trong mô vú. Nó hoạt động giống như một estrogen yếu trong mô xương. Vì vậy, tamoxifen có vài lợi ích trong phòng ngừa gãy xương do loãng xương ở phụ nữ mãn kinh.

Tamoxifen cũng làm giảm những nang và u trong vú, đặc biệt ở phụ nữ trẻ. Vài nang hay cục u được phát hiện sớm dễ dàng nhờ khám và chụp nhũ đồ.

- Loại thuốc mới điều trị ung thư vú

Các nhà khoa học Anh đã tìm ra một phương pháp chữa bệnh đầy triển vọng cho các bệnh nhân bị bệnh ung thư vú do di truyền.

Các cuộc thí nghiệm trên động vật đã cho thấy thuốc ngăn cản sự phát triển của các khối u một cách có hiệu quả. Trong vòng một vài tháng tới, các cuộc thử nghiệm khám và chữa bệnh trên người sẽ được tiến hành.

Loại thuốc với tên gọi là chất ức chế PARP và nhằm chống lại các khối u thừa hưởng các loại ung thư vú do các gene đột biến BRCA1 và BRCA2.

Việc điều trị bằng phương pháp gene có thể tiêu

diệt các tế bào ung thư mà không gây nguy hiểm nghiêm trọng đến các vấn đề về sức khỏe và sẽ mạnh hơn phương pháp trị liệu hóa học và trị liệu bằng tia X, đặc biệt phương pháp này không có nhiều tác dụng phụ.

Khoảng 85% phụ nữ có các gene đột biến BRCA1 và BRCA2 có nguy cơ phát triển thành ung thư vào độ tuổi 70. Gần 41.000 phụ nữ ở Anh được chẩn đoán hàng năm về ung thư vú và 5% trong số này có các nhân tố di truyền mạnh mẽ, như là một trong hai loại gene BRCA đột biến.

Ung thư vú là một căn bệnh nguy hiểm với hầu hết các phụ nữ. Theo Cơ quan Nghiên cứu Ung thư thế giới (IARC) tại Pháp, hiện có hơn 1 triệu các trường hợp ung thư vú xảy ra hàng năm trên thế giới.

- Tạo hình vú

Sau khi cắt bỏ tuyến vú, nhiều bệnh nhân quyết định mang vú giả. Một số khác thì thích phẫu thuật tạo hình vú hơn, phẫu thuật này được tiến hành cùng lúc với phẫu thuật cắt bỏ hay sau đó. Mỗi sự lựa chọn đều có lợi và hại, và phù hợp đối với người này nhưng không phù hợp với người khác. Điều quan trọng là hầu như tất cả bệnh nhân đều lựa chọn tái tạo vú, vì vậy tốt nhất bệnh nhân nên bàn luận với bác sĩ phẫu thuật tạo hình trước khi phẫu thuật lấy u.

Nhiều loại sản phẩm được sử dụng để tạo hình vú. Một số sử dụng vật cấy vào cơ thể, một số sử

dụng mô được lấy từ phần khác của cơ thể, hoặc cấy bằng silicon. Việc lựa chọn xem nên cấy loại nào được cấy vào cơ thể phụ thuộc vào tuổi, hình thể, loại phẫu thuật đã làm. Bệnh nhân có thể hỏi bác sĩ những nguy cơ và lợi ích của phẫu thuật tạo hình.

Chăm sóc bệnh nhân ung thư vú như thế nào?

Khám theo dõi đều đặn là việc làm quan trọng sau khi điều trị ung thư vú. Bao gồm: khám vú, ngực, cổ, dưới nách, chụp nhũ ảnh. Nếu bệnh nhân có tạo hình, dùng kĩ thuật chụp nhũ ảnh đặc biệt, đôi lúc bác sĩ có thể cần làm thêm phương tiện hình ảnh khác hay những xét nghiệm khác.

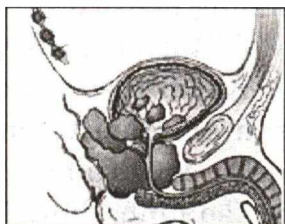
Bệnh nhân đã bị ung thư một bên vú nên báo với bác sĩ ngay những thay đổi ở vùng đã điều trị hay bên vú còn lại. Bởi vì họ có nguy cơ cao bị ung thư vú bên kia, chụp nhũ ảnh là theo dõi y tế quan trọng.

Bệnh nhân bị ung thư vú nên nói với bác sĩ những vấn đề sức khỏe như đau, chán ăn hay sụt cân, thay đổi chu kì kinh nguyệt, chảy máu âm đạo bất thường, hay nhìn có đom đóm, đau đầu, choáng váng, khó thở, ho hay đau họng, đau lưng, bất thường về tiêu hoá. Những triệu chứng này có thể là dấu hiệu ung thư tái phát, nhưng có thể là do vấn đề khác người bệnh cần chia sẻ những điều đó với bác sĩ.

UNG THƯ TIỀN LIỆT TUYẾN

Tiền liệt tuyến là gì?

Tiền liệt tuyến là một cơ quan nằm ở bụng dưới hay cổ bàng quang (xem sơ đồ). Là tuyến bao quanh đoạn đầu của niệu đạo. Niệu đạo dẫn nước tiểu từ bàng quang ra đến đầu dương vật. Một chức



năng của tiền liệt tuyến là giúp kiểm soát nước tiểu bằng cách tạo áp lực trực tiếp đối với phần niệu đạo mà tiền liệt tuyến bao quanh. Một chức năng khác của tiền liệt tuyến là sản xuất một số chất có trong tinh dịch như muối khoáng và đường.

Tinh dịch là chất dịch có chứa tinh trùng. Tuy nhiên, tinh dịch còn được sản xuất không phải hoàn toàn từ tiền liệt tuyến (xem phần phẫu thuật điều trị ung thư tiền liệt tuyến).

Ở nam giới còn trẻ, kích thước tiền liệt tuyến bằng quả óc chó. Tuy nhiên tiền liệt tuyến lớn lên khi tuổi của chúng ta tăng lên. Tiền liệt tuyến to lên theo tuổi được gọi là phì đại tiền liệt tuyến *lành tính, bệnh này không phải là ung thư tiền liệt tuyến*. Cả hai vấn đề phì đại lành tính (hay gọi là u xơ) tiền liệt tuyến và ung thư tiền liệt tuyến có thể là cùng là nguyên nhân gây chèn ép hay gây ảnh

hướng đến chỗ thoát nước tiểu của bàng quang hay niệu đạo, gây tiểu khó. Kết quả là tiểu lâu, lắt nhắt, tiểu phải rặn, tiểu nhiều lần, đặc biệt về ban đêm hay đi tiểu.

Ung thư tiền liệt tuyến là gì?

Ung thư tiền liệt tuyến là khối u ác tính phát triển từ tế bào của tiền liệt tuyến. Khối u thường phát triển chậm và kéo dài trong nhiều năm. Trong suốt thời gian này, khối u thường có rất ít hoặc không có triệu chứng hoặc có biểu hiện triệu chứng (bất thường khi khám bệnh).

Tuy nhiên, khi ung thư tiến triển, ung thư lớn lên và xâm lấn sang mô xung quanh (lan rộng tại chỗ). Ung thư cũng có thể di căn (lan xa hơn) đến các vùng khác của cơ thể như xương, phổi, gan. Triệu chứng ở những nơi di căn đến thường kết hợp với triệu chứng của ung thư tiền liệt tuyến.

Tại sao ung thư tiền liệt tuyến lại nguy hiểm

Ung thư tiền liệt tuyến là một bệnh ác tính thường gặp ở đàn ông, nguyên nhân tử vong thứ 2 của bệnh ung thư ở đàn ông, sau ung thư phổi. Đa số những nhà chuyên môn đề nghị rằng tất cả những người đàn ông từ 40 tuổi trở đi nên tầm soát ung thư tiền liệt tuyến mỗi năm một lần.

Nguyên nhân gây ra bệnh ung thư tiền liệt tuyến

Nguyên nhân gây ra ung thư tiền liệt tuyến vẫn chưa rõ, ung thư tiền liệt tuyến không liên quan đến phì đại tiền liệt tuyến lành tính. Các yếu tố nguy cơ bị ung thư tiền liệt tuyến bao gồm: lớn tuổi, di truyền, ảnh hưởng của nội tiết tố, cũng như độc chất trong môi trường, hoá chất và các sản phẩm công nghiệp. Nguy cơ bị ung thư tiền liệt tuyến tăng theo tuổi. Vì vậy, ung thư tiền liệt tuyến cực kỳ hiếm gặp ở người dưới 40 tuổi, trong khi ung thư tiền liệt tuyến lại rất thường gặp ở đàn ông trên 80 tuổi. Một số nghiên cứu cho thấy rằng 50-80% đàn ông trên 80 tuổi bị ung thư tiền liệt tuyến. Di truyền cũng là yếu tố nguy cơ bị ung thư tiền liệt tuyến.

Chẳng hạn, người đàn ông Mỹ da đen có nguy cơ bị ung thư tiền liệt tuyến cao hơn đàn ông Nhật hay người Mỹ da trắng. Môi trường, chế độ ăn uống và một số yếu tố khác chưa rõ cũng có thể làm thay đổi bản chất di truyền. Chẳng hạn, ung thư tiền liệt tuyến thường ít gặp ở những người đàn ông Nhật sống tại chính quốc. Tuy nhiên, nếu những người Nhật này khi qua Mỹ sống thì tỉ lệ bị ung thư tiền liệt tuyến tăng lên đáng kể. Ung thư tiền liệt tuyến cũng thường xảy ra ở những người mà gia đình họ có cha, ông bị ung thư tiền liệt tuyến.

Tuy nhiên, cho đến hiện giờ, người ta vẫn chưa có

nhận định chính xác được gen nào gây ra bệnh này.

Testosterone là một nội tiết tố nam, kích thích trực tiếp sự phát triển cả tuyến tiền liệt bình thường lẫn tiền liệt tuyến ung thư. Tuy nhiên, không có gì phải ngạc nhiên khi mà hoóc môn này có liên quan đến sự tăng trưởng và phát triển của ung thư tiền liệt tuyến. Một liên quan chính về vai trò của hoóc môn này là khi lượng hoóc môn trong máu giảm xuống sẽ ức chế sự phát triển của ung thư tiền liệt tuyến.

Yếu tố môi trường như hút thuốc lá, ăn nhiều mỡ bão hoà sẽ làm tăng nguy cơ bị ung thư tiền liệt tuyến. Tất cả những chất hay độc tố trong môi trường hay từ chất thải của ngành công nghiệp nặng có thể khởi phát bệnh ung thư tiền liệt tuyến. Tuy nhiên nguyên nhân vẫn còn chưa rõ.

Triệu chứng của ung thư tiền liệt tuyến

Vào giai đoạn sớm, ung thư tiền liệt tuyến thường không gây ra triệu chứng trong suốt vài năm. Ung thư tiền liệt tuyến thường được phát hiện đầu tiên bởi những bất thường trong xét nghiệm máu (xét nghiệm chất PSA) hoặc sờ thấy một khối cứng ở tiền liệt tuyến. Trước tiên, theo thông lệ người bác sĩ sẽ dùng ngón tay trở đưa vào trực tràng, qua đó mới sờ thấy được tiền liệt tuyến, nằm trước trực tràng. Khi khối ung thư lớn gây chèn ép vào niệu đạo làm cho người bệnh khó đi tiểu, tiểu lắt nhắt,

phải rặn. Người bệnh có thể có cảm giác tiểu rát, tiểu ra máu. Nếu khối ung thư tiền liệt tuyến tiếp tục phát triển có thể gây bí tiểu hoàn toàn, làm cho người bệnh đau vùng bụng dưới, bàng quang căng to vì không thể đi tiểu được.

Về sau, khối ung thư tiền liệt tuyến xâm lấn sang các cơ quan lân cận, hay đi xa hơn đến các hạch bạch huyết vùng chậu. Khi đó ung thư có thể lan xa hơn (còn gọi là di căn) đến các vùng khác của cơ thể. Bác sĩ khám trực tràng đôi lúc có thể phát hiện được sự xâm lấn tại chỗ sang các mô lân cận. Ung thư này sờ thấy cứng, không di động. Ung thư tiền liệt tuyến thường di căn đến các đốt sống thắt lưng thấp hay xương chậu (là xương tiếp nối với với phần thấp của xương sống với háng), là nguyên nhân gây ra đau lưng hay đau vùng chậu. Ung thư có thể lan đến gan, phổi. Di căn ung thư đến gan gây ra đau bụng và vàng da (da nhuộm màu vàng) không phải là không gặp. Ung thư di căn đến phổi gây ra đau ngực và ho.

Tầm soát bệnh ung thư tiền liệt tuyến

Tầm soát ung thư tiền liệt tuyến là việc cần thực hiện định kỳ nhằm phát hiện ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn sớm. Nếu kết quả tầm soát bình thường, thì coi như hiện tại không mắc bệnh. Nếu kết quả xét nghiệm có bất thường thì nghi ngờ có bệnh, khi đó cần làm thêm một số xét nghiệm khác

để chẩn đoán (cũng giúp chẩn đoán phân biệt). Khi có một hoặc hai xét nghiệm tầm soát có bất thường thì ung thư tiền liệt tuyến được nghi ngờ trước tiên. Các thăm khám tầm soát này bao gồm khám tiền liệt tuyến bằng tay và đo chất PSA (kháng nguyên đặc hiệu của tiền liệt tuyến). Bác sĩ dùng ngón tay trở đưa qua đường hậu môn để khám, nhằm phát hiện những bất thường của tiền liệt tuyến như sờ thấy cứng, bờ không đều, tất cả những dấu hiệu này là dấu hiệu nghi ngờ ung thư tiền liệt tuyến. Vì vậy, bác sĩ thường khuyên những người đàn ông trên 40 tuổi nên được khám tiền liệt tuyến bằng tay mỗi năm một lần.

Xét nghiệm PSA là xét nghiệm đơn giản, dễ thực hiện và tương đối chính xác. Xét nghiệm này dùng để phát hiện một loại protein (kháng nguyên đặc hiệu của tiền liệt tuyến) được phóng thích từ tiền liệt tuyến vào máu. Điều quan trọng nhất thường thấy là những người bị ung thư tiền liệt tuyến có lượng PSA cao hơn so với những người không bị bệnh ung thư. Tuy nhiên chất PSA có giá trị như một xét nghiệm tầm soát ung thư tiền liệt tuyến. Vì vậy, bác sĩ thường khuyên những người đàn ông trên 50 tuổi nên đi làm xét nghiệm PSA mỗi năm một lần để phát hiện sớm bệnh ung thư tiền liệt tuyến. Ở những người có nguy cơ bị ung thư tiền liệt tuyến cao, bác sĩ khuyên nên bắt đầu làm xét nghiệm PSA sớm hơn ngay sau tuổi 40, tuy nhiên các nhà khoa học còn bàn cãi về ý kiến này.

Kết quả PSA trong máu thấp hơn 4 nanogram/ml thường được xem là bình thường. (Xin xem phần PSA dương tính giả và những nét đặc biệt của xét nghiệm PSA). Kết quả PSA từ 4 đến 10 nanogram/ml được coi như là giới hạn. Giá trị giới hạn này được giải thích trong bối cảnh tuổi tác người bệnh, triệu chứng, dấu hiệu, tiền sử gia đình và sự thay đổi PSA theo thời gian. Nếu kết quả trên 10 nanogram/ml được coi như là bất thường, có khả năng bị ung thư tiền liệt tuyến. Giá trị PSA càng cao thì càng có khả năng mắc bệnh ung thư tiền liệt tuyến. Hơn nữa, mức PSA trong máu càng có xu hướng tăng khi ung thư tiền liệt tuyến lan sang các cơ quan khác (di căn). Lượng PSA trong máu tăng rất cao ở người trên 30-40 tuổi thường là do ung thư tiền liệt tuyến.

Tại sao PSA tăng cao giả tạo?

PSA tăng cao giả tạo thường là do bệnh lý khác của tiền liệt tuyến. Chẳng hạn như u xơ tiền liệt tuyến (còn gọi là phì đại tiền liệt tuyến lành tính), *viêm nhiễm tiền liệt tuyến* do bất kỳ nguyên nhân gì đều có thể làm gia tăng lượng PSA trong máu. Cũng cần phải lưu ý rằng, khám tiền liệt tuyến bằng tay qua hậu môn hoặc xuất tinh trong vòng 48 giờ đôi khi có thể làm tăng lượng PSA. Mức dương tính giả thường chỉ vào khoảng 4-10 nanogram/ml. Nhưng mức dương tính giả có thể tăng cao đến 25

hay 30 nanogram/ml. Tuy nhiên, ở mức tăng cao này, vẫn có thể cho phép, và cần thận trọng giải thích vì ung thư tiền liệt tuyến cũng có mức tăng cao này. Các bệnh lý khác không phải của tiền liệt tuyến; bệnh nhiễm trùng, thuốc, thức ăn, hút thuốc lá, uống rượu không phải là nguyên nhân gây tăng lượng PSA giả tạo.

Khả năng phát hiện ung thư tiền liệt tuyến của xét nghiệm PSA (còn gọi là độ nhạy cảm) cao. Vì lý do này mà hầu hết bệnh nhân bị ung thư tiền liệt tuyến có mức PSA tăng giới hạn hoặc tăng cao một cách bất thường. Khả năng của xét nghiệm để loại trừ chẩn đoán khác (gọi là độ đặc hiệu) còn thấp, vì có những bệnh khác có thể gây tăng lượng PSA trong máu một cách giả tạo.

Có sự cải tiến nào trong việc thực hiện xét nghiệm PSA không?

Mới đây, có một vài tiến bộ trong việc thực hiện xét nghiệm PSA trong máu. Mục đích của cải tiến xét nghiệm là giúp bác sĩ có đánh giá tốt hơn về tăng PSA giới hạn và tăng cao. Mục tiêu là xác định chính xác hơn nữa ai bị ung thư tiền liệt tuyến và ai có tăng PSA giả tạo từ những bệnh khác nhau. Hay nói khác đi, mục đích của những cải tiến này là làm tăng độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm PSA.

Độ chuyên biệt của xét nghiệm PSA được xác định dựa vào tỉ lệ PSA tự do trong máu. Các nghiên

cứu cho thấy lượng PSA tự do trong máu có xu hướng kết hợp với phì đại tiền liệt tuyến lành tính. Ngược lại, lượng PSA trong phì đại tiền liệt tuyến có xu hướng giống với ung thư tiền liệt tuyến. Vì vậy tỉ lệ PSA cao nghi ngờ tăng giả tạo và cần phải cân nhắc khi chẩn đoán ung thư tiền liệt tuyến. Ngược lại, sự tăng PSA và giảm tỷ lệ PSA sẽ hướng đến ung thư tiền liệt tuyến.

Một số thay đổi khác mới đây của PSA dựa trên quan sát ở đàn ông, cho thấy lượng PSA trong máu có thể tăng một cách bất thường mà lại không bị ung thư tiền liệt tuyến. Do đó bác sĩ thường hay lựa chọn mối quan hệ giữa lứa tuổi - độ đặc hiệu của xét nghiệm PSA để đánh giá giá trị giới hạn. Mối quan hệ lứa tuổi - độ đặc hiệu của xét nghiệm, bình thường được điều chỉnh theo tuổi của người bệnh. Cho nên, mối quan hệ lứa tuổi - độ đặc hiệu được coi như là bình thường khi lượng PSA từ 0 đến 2,5 nanogram/ml ở đàn ông 40 tuổi, từ 0-3,5 nanogram/ml ở đàn ông 50 tuổi, từ 0 đến 4,5 ở người 60 tuổi, và 0 - 6,5 ở người trên 70 tuổi. Tuy nhiên, chẳng hạn lượng PSA có thể được coi như là giới hạn (có nguy cơ cao) ở người đàn ông tuổi 30 - 40. Nhưng ngược lại, cũng mức này ở người trên 50 tuổi lại được coi như là bình thường.

Còn nhiều cách tính khác về PSA như độ biến thiên của PSA. Độ biến thiên này được tính dựa trên sự thay đổi có tính lặp lại của xét nghiệm này

theo thời gian. Sự tăng nhanh và tăng cao PSA càng phù hợp với chẩn đoán bệnh ung thư tiền liệt tuyến. Sự tăng chậm PSA thì ít khả năng bị ung thư tiền liệt tuyến hơn.

Chẩn đoán ung thư tiền liệt tuyến

Ung thư tiền liệt tuyến được chẩn đoán dựa vào kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt. Một khi khám bằng tay hoặc kết quả xét nghiệm PSA có bất thường, thì nghi ngờ bị ung thư tiền liệt tuyến. Khi đó, sinh thiết tiền liệt tuyến thường được khuyến cáo. Sinh thiết được thực hiện qua ngả trực tràng, dưới hướng dẫn của máy siêu âm , người ta dùng một kim nhỏ để cắt một miếng mô tiền liệt tuyến. Bác sĩ giải phẫu bệnh sẽ quan sát miếng mô này dưới kính hiển vi để tìm tế bào ung thư. Khi đã chẩn đoán ung thư tiền liệt tuyến dựa vào mô sinh thiết , bác sĩ giải phẫu bệnh sẽ phân loại miếng mô từ 1 đến 5 theo thang Gleason. Thang này dựa trên một số đặc tính về mô học của tế bào ung thư và tính chất xâm lấn của tế bào ung thư. Khi thang điểm từ 2-4 điểm, được coi như là khối u phát triển chậm, 5-6 điểm là trung gian, từ 7-10 điểm coi như nguy cơ cao, ung thư phát triển nhanh, tiên lượng xấu (tử vong) .

Thang Gleason còn giúp cho việc điều trị, đánh giá mức độ xâm lấn của ung thư. Tuy nhiên, áp

dụng chính của thang điểm Gleason là giúp tiên lượng nguy cơ và tử vong do ung thư tiền liệt tuyến. Mặt khác, các nghiên cứu mới đây cho thấy rằng, người có điểm Gleason 2-4, sẽ ít nguy cơ bị chết vì ung thư tiền liệt tuyến (4-7%) trong 15 năm. Còn người có điểm 8-10 sẽ có nguy cơ cao (60-87%) chết do ung thư tiền liệt tuyến trong vòng 15 năm.

Các giai đoạn ung thư tiền liệt tuyến

Việc phân chia giai đoạn ung thư tiền liệt tuyến dựa vào mức độ lan rộng của ung thư. Ung thư tiền liệt tuyến được chẩn đoán dựa vào sinh thiết, thêm vào đó là đánh giá ung thư có di căn hay chưa, bằng cách sinh thiết các cơ quan lân cận như trực tràng, bàng quang, hay các hạch vùng chậu. Thêm vào đó cần làm thêm các xét nghiệm chẩn đoán bằng hình ảnh, chẳng hạn chụp phim xương để xác định ung thư có di căn đến xương hay chưa. Ngoài ra còn có thể chụp CT Scan, MRI để xác định xem ung thư bên dưới mô hay cơ quan như bàng quang, hay trực tràng, hay một nơi nào khác của cơ thể như gan hay phổi.

Tóm lại, bác sĩ chia giai đoạn ung thư tiền liệt tuyến trước tiên là dựa trên kết quả sinh thiết tiền liệt tuyến và có thể là trên các mẫu sinh thiết khác, và chụp phim. Chia giai đoạn ung thư, bác sĩ sẽ dùng những chữ in hoa và số khác nhau để xác định kích thước khối ung thư, và mức độ lan rộng của ung thư. Ngoài ra, việc phân chia giai đoạn

ung thư giúp tiên lượng bệnh và chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

Có hai hệ thống chính được sử dụng để phân chia giai đoạn ung thư. Theo hội ung thư Mỹ về sắp xếp giai đoạn, giai đoạn A là ung thư còn rất nhỏ không thể sờ, đựng được khi bác sĩ khám bệnh, cũng không thể thấy được khi làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, tổn thương này chỉ có thể phát hiện khi quan sát dưới kính hiển vi. Giai đoạn B, là khối u lớn hơn, có thể sờ thấy được nhưng chỉ nằm khu trú tại tuyến tiền liệt. Giai đoạn C là khối ung thư ăn lan ra cơ quan lân cận. Giai đoạn D1, ung thư lan ra gần ở hạch chậu, D2 là ung thư lan xa hơn (di căn) chẳng hạn như lan đến xương, gan, phổi.

Một hệ thống khác phân chia giai đoạn ung thư tiền liệt tuyến gọi là u, hạch, di căn (TNM). Theo cách phân chia này T1 và T2 tương đương giai đoạn A và B như hệ thống phân loại đã nêu ở trên. T3 được mô tả là ung thư lan ra khỏi bao của tiền liệt tuyến và T4 là ung thư lan ra mô xung quanh. N1 tương đương giai đoạn D1 và M1 tương đương giai đoạn D2.

Điều trị ung thư tiền liệt tuyến

Quyết định điều trị đã khác trước đây rất nhiều. Cần phải có đủ dữ kiện mới chọn phương pháp điều trị có hiệu quả, nên cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của các phương pháp điều trị mang lại.

Để quyết định điều trị cho bệnh nhân, bác sĩ sẽ xếp loại ung thư tiền liệt tuyến như: Ung thư tại chỗ, u lớn nhưng chưa lan ra, hay di căn. Chọn lựa điều trị tùy theo mức độ lan của ung thư, nếu ung thư khu trú tại chỗ điều trị bao gồm: phẫu thuật, xạ trị, hoặc môn liệu pháp, đông lạnh và các biện pháp này có thể kết hợp với nhau. Còn đối với các trường hợp ung thư tiền liệt tuyến đã di căn thường không điều trị được. Điều trị ung thư tiền liệt tuyến di căn bao gồm: hormone liệu pháp, hoá trị, tuy nhiên vẫn chỉ là tạm thời. Mục tiêu của điều trị tạm thời là cho khối u chậm phát triển, giảm triệu chứng cho người bệnh.

Các yếu tố khác được xem xét để chọn lựa phương pháp điều trị bao gồm tuổi tác, tổng trạng, thang điểm Gleason, và giai đoạn ung thư. Kết quả xét nghiệm PSA đôi khi cũng giúp quyết định chọn lựa phương pháp điều trị. Chẳng hạn, mức PSA tăng giới hạn (4-10 nanogram/ml), chúng ta có khả năng bị ung thư tiền liệt tuyến. Nếu các xét nghiệm khác cũng cho thấy có khả năng là bị ung thư thì phẫu thuật hoặc xạ trị cần được thực hiện. Ngược lại, lượng PSA tăng cao (chẳng hạn trên 30 - 40 nanogram/ml) có khả năng là ung thư di căn. Nếu ung thư di căn, thì việc điều trị lúc này chỉ còn hạn chế trong biện pháp hoặc môn hay hoá trị.

Xét nghiệm PSA cũng có thể được thực hiện theo từng giai đoạn sau khi điều trị giúp đánh giá kết

quả điều trị. Chẳng hạn, khi lượng PSA tăng, có nhiều khả năng khối ung thư tiền liệt tuyến đang phát triển hoặc di căn mặc dù đang được điều trị. Ngược lại, lượng PSA giảm chứng tỏ bệnh có cải thiện. Khi lượng PSA về mức 0 cho thấy ung thư tiền liệt tuyến đã được kiểm soát hoàn toàn hoặc đã được chữa khỏi.

Điều trị phẫu thuật ung thư tiền liệt tuyến như thế nào?

Điều trị phẫu thuật ung thư tiền liệt tuyến thường là phẫu thuật cắt bỏ tận gốc, tức lấy đi toàn bộ tiền liệt tuyến. Phẫu thuật này được làm ở khoảng 36% bệnh nhân bị ung thư tiền liệt tuyến còn khu trú tại chỗ. Tai biến xảy ra khi mổ ung thư là tai biến lúc gây mê, chảy máu chỗ mổ, liệt dương chiếm tỉ lệ 30%-70%, tiểu không tự chủ chiếm 3%-10% bệnh nhân.

Những tiến bộ gần đây giúp làm giảm biến chứng của phẫu thuật cắt bỏ tận gốc. Các tiến bộ của phẫu thuật xuất phát từ việc hiểu rõ hơn về chìa khoá giải phẫu, sinh lý năng lực tình dục và tiểu tiện. Đặc biệt, các kỹ thuật phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến mới đây giúp làm giảm tỷ lệ liệt dương và tiểu không kiểm soát.

Nếu sau khi mổ, mà bệnh nhân bị liệt dương thì có thể điều trị bằng sildenafil (Viagra) viên uống

(hiện ở Việt Nam chưa có thuốc này), hoặc chích thuốc alprostadil (Caverject) vào dương vật, bằng phương pháp bơm hoặc dùng dụng cụ tác động lên dương vật (dương vật giả). Tiểu không kiểm soát thường hồi phục theo thời gian, đặc biệt là tập luyện và dùng thuốc để kiểm soát són tiểu. Tuy nhiên, đôi lúc tiểu không kiểm soát đòi hỏi phải cấy ghép loại cơ vòng nhân tạo quanh niệu đạo. Cơ vòng này được tạo từ loại cơ trong cơ thể hoặc từ vật liệu khác dùng để kiểm soát dòng nước tiểu qua niệu đạo.

Xạ trị trong điều trị ung thư tiền liệt tuyến được thực hiện như thế nào?

Mục tiêu của xạ trị là nhằm phá hủy các tế bào ung thư và không cho chúng phát triển hay tiêu diệt chúng. Vì tế bào ung thư phân chia nhanh, cho nên nó dễ bị tổn thương hơn các tế bào bình thường xung quanh. Các thử nghiệm lâm sàng đã hướng tới việc dùng tia xạ để điều trị ung thư tiền liệt tuyến còn khu trú. Thử nghiệm này cho thấy rằng xạ trị mang lại kết quả sống sót sau 10 năm tương đương với phương pháp mổ. Tiểu không kiểm soát và liệt dương xảy ra do phương pháp mổ có lẽ cao hơn so với xạ trị. Tuy nhiên, cần phải có thêm dữ kiện nữa để đánh giá nguy cơ và lợi ích của xạ trị trên 10 năm. Đặc biệt, tái phát ung thư đôi lúc có thể xảy ra sau xạ trị.

Việc chọn lựa xạ trị và phẫu thuật để điều trị ung thư tiền liệt tuyến phụ thuộc tại chỗ tùy thuộc vào sự chọn lựa của bệnh nhân, tuổi tác, các bệnh khác phối hợp cũng như mức độ lan rộng của ung thư. Khoảng 30% bệnh nhân bị ung thư tiền liệt tuyến phụ thuộc tại chỗ được điều trị bằng xạ trị. Đôi khi bác sĩ ung thư phải kết hợp xạ trị với mổ hoặc hormone liệu pháp trong cố gắng tối đa để đạt hiệu quả điều trị tốt ung thư giai đoạn sớm hoặc muộn.

Có thể là xạ trị ngoài trong thời gian 6-7 tuần hoặc cũng có thể là xạ trị trong tức cấy chất phóng xạ trực tiếp vào tiền liệt tuyến. Phương pháp xạ trị ngoài là dùng tia X có năng lượng cao chiếu thẳng trực tiếp vào khối ung thư, còn xạ trị trong là người ta dùng kim cấy xuyên qua tuyến tiền liệt ung thư dưới hướng dẫn của siêu âm. Về mặt lý thuyết, xạ trị trong hiệu quả hơn xạ trị ngoài ở chỗ tia xạ của xạ trị trong phóng thẳng vào khối ung thư làm giảm tối thiểu thương tổn cho các mô và các cơ quan lân cận. Tuy nhiên, lợi ích và bất lợi của xạ trị trong và xạ trị ngoài đến nay vẫn chưa có nghiên cứu.

Hoóc môn điều trị ung thư tiền liệt tuyến là gì?

Hoóc môn nam còn gọi là testosterone, hoóc môn này kích thích tế bào tiền liệt tuyến bị ung thư, làm u to thêm. Lý tưởng nhất trong tất cả các hoóc môn điều trị là giảm được sự kích thích tế bào ung thư do testosterone. Bình thường, testosterone được tinh

hoàn sản xuất trong đáp ứng với hoóc môn khác là LH-RH. LH-RH là viết tắt của luteinizing hoóc môn-releasing hoóc môn và còn gọi là hoóc môn hướng sinh dục. Hoóc môn này được sản xuất trong não vào máu đến tinh hoàn và nó kích thích tinh hoàn sản xuất và phóng thích testosterone.

Điều trị bằng hoóc môn cũng được kể đến như là biện pháp làm giảm lượng testosterone trong máu. Điều trị phẫu thuật tinh hoàn (hay còn gọi là thiến) là phương pháp làm giảm hoóc môn. Phẫu thuật này là cắt bỏ tận gốc nơi sản xuất ra testosterone của cơ thể. Điều trị bằng hoóc môn bao gồm dùng một hoặc hai loại thuốc. Một loại thuốc được chọn lựa là thuốc kháng LH-RH. Thuốc này có tác dụng cạnh tranh với LH-RH của cơ thể. Do đó thuốc này ức chế sự phóng thích LH-RH từ não. Một loại thuốc khác cũng được chọn lựa, là loại thuốc có tác dụng kháng androgenic, là thuốc kháng nội tiết tố nam. Thuốc này ức chế tác dụng của testosterone tại tiền liệt tuyến.

Ngày nay, đàn ông thường chọn lựa phương pháp điều trị bằng nội tiết tố hơn là phẫu thuật, có lẽ vì thấy rằng thiến tinh hoàn gây mất thẩm mỹ và làm người bệnh bất an hơn. Tuy nhiên, hiệu quả và tác dụng phụ của điều trị bằng hoóc môn cũng ngang như thiến. Cả hai phương pháp điều trị này đều có tác dụng loại bỏ sự kích thích tế bào ung thư của testosterone. Tuy nhiên, một số ưu tiên liệt

tuyến không đáp ứng với các hình thức điều trị này. Đó là những dạng ung thư tiền liệt tuyến không phụ thuộc với androgen (nội tiết tố nam). Tác dụng phụ chủ yếu của các phương pháp điều trị hoóc môn (do mất đi nội tiết tố nam) này là làm vú người đàn ông to ra và bất lực (liệt dương).

Các thuốc kháng LH-RH bao gồm leuprolide (Lupron) hoặc goserelin (Zoladex), được chích mỗi tháng tại phòng mạch bác sĩ. Thuốc kháng androgen bao gồm: flutamide (Eulexin), bicalutamide (Casodex), là những viên thuốc uống thường được dùng phối hợp với thuốc kháng LH-RH. Thuốc kháng LH-RH thường có tác dụng một mình. Tuy nhiên, thuốc kháng androgen được chỉ định dùng phối hợp thêm nếu như ung thư vẫn còn tiến triển mặc dù đang trị bằng thuốc kháng LH-RH. Điều trị bằng hoóc môn có thể có kết quả tốt nếu như phối hợp thêm xạ trị.

Hiện nay, các nghiên cứu đang được thực hiện nhằm xác định xem liệu pháp hoóc môn có làm tăng thêm hiệu quả điều trị của xạ trị hay không.

Thường, phương pháp điều trị bằng hoóc môn dành cho những bệnh nhân bị ung thư tiền liệt tuyến đã tiến triển xa hoặc ung thư đã di căn. Đôi khi, người bệnh chỉ bị ung thư tiền liệt tuyến còn khu trú nhưng vẫn điều trị bằng phương pháp hoóc môn vì người bệnh có thêm những bệnh nặng khác phối hợp, hay đơn giản là người bệnh từ chối mổ

hay xạ trị. Điều trị bằng hoóc môn thường áp dụng cho ít hơn 10% bệnh nhân bị ung thư tiền liệt tuyến còn khu trú. Nên nhớ rằng, điều trị bằng hoóc môn chỉ là tạm thời. Mục đích là kiểm soát bệnh ung thư hơn là chữa bệnh ung thư vì bệnh ung thư không thể chữa được.

Liệu pháp “lạnh” trong điều trị ung thư tiền liệt tuyến

Liệu pháp “lạnh” là một trong những phương pháp chữa trị mới mẽ đang được thử nghiệm dùng trong chữa trị ung thư tiền liệt tuyến (TLT) giai đoạn sớm. Với phương pháp này, tế bào ung thư sẽ bị tiêu diệt bằng cách bị đông cứng lại. Sự đông cứng sẽ xảy ra khi tiêm trực tiếp vào tuyến tiền liệt một dung dịch lạnh (ví dụ nitơ hay argon ở thể lỏng). Quá trình trên được thực hiện dưới sự hướng dẫn của siêu âm. Thực tế, phương pháp “lạnh” không hẳn là một kĩ thuật mới. Nói cách khác, đó là sự cải tiến từ một kĩ thuật cũ đã sử dụng trước đây, nhưng kĩ thuật này không được chấp nhận bởi có nhiều biến chứng. Trong những năm 60, người ta dùng phương pháp lạnh để làm đông cứng lớp dịch lót bên trong dạ dày trong việc điều trị loét dạ dày, nhưng do phương pháp này gây tổn thương nặng nề lớp dịch này nên không còn được áp dụng nữa.

Hiện nay, phương pháp “lạnh” đang được khuyến cáo sử dụng cho những bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn còn khu trú mà vì một lí do nào đó không thể thực hiện được bất kì phương pháp chữa trị nào khác. Người ta vẫn còn đang nghiên cứu xem những bệnh nhân nào có thể áp dụng biện pháp này có lợi nhất. Ví dụ có vài nghiên cứu đang tiến hành nhằm xác định xem liệu pháp “lạnh” có thực sự có lợi hay không nếu áp dụng nó để điều trị ngay từ đầu cho những trường hợp ung thư tiền liệt tuyến còn khu trú. Tuy nhiên, hiệu quả của liệu pháp này trong điều trị ung thư tiền liệt tuyến còn chưa được chứng minh cụ thể. Chúng ta được biết rằng đôi khi dung dịch tiêm vào lại không tiêu diệt được hết tế bào ác tính. Hơn nữa, phương pháp này còn “âm thầm” gây những tổn thương lên bàng quang và niệu đạo. Những tổn thương này có thể gây tắc nghẽn niệu đạo, rò niệu đạo (rỉ nước tiểu ra từ một đường bất thường), hoặc gây những nhiễm trùng trầm trọng.

Một vài loại thuốc đã được sử dụng có hiệu quả trong việc giảm bớt các triệu chứng của ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn di căn, như estramustine (Emcyt). Một thuốc khác là mitroxantrone (Novantrone) cho thấy hiệu quả khi dùng kết hợp với Prednisone trong điều trị ung thư tiền liệt tuyến - không lệ thuộc androgen (ung thư tiền liệt tuyến -

không lệ thuộc androgen là một ung thư không đáp ứng với điều trị bằng liệu pháp hoóc môn).

Những tác dụng khác thường thấy của hoá trị là mệt mỏi, buồn nôn, rụng tóc, và gây suy tủy. Đối với suy tủy, thì lần lượt giảm hồng cầu (gây thiếu máu), giảm bạch cầu (dễ nhiễm trùng), giảm tiểu cầu (dễ chảy máu).

Còn nhiều loại thuốc mới đang được nghiên cứu về tác dụng cũng như mức độ an toàn trong điều trị ung thư tiền liệt tuyến.

Thảo dược hay những phương thuốc điều trị thay thế khác

Những thuốc điều trị thay thế gồm những phương pháp không “chính thống” như dùng thảo dược, chế độ ăn kèm theo, châm cứu. Vấn đề đáng quan tâm là trong phương pháp dùng thảo dược, những thành phần của thuốc không được tiêu chuẩn hoá. Hơn nữa, cơ chế tác dụng của các loại thảo dược cũng như các tác dụng lâu dài của nó chưa được biết rõ.

Một trong những phương pháp chữa trị mới, đó là thuốc Pc Spec được chiết từ một loại thảo dược. PC viết rút gọn từ Prostate (tuyến tiền liệt) Cancer (ung thư) và Spec tiếng latin nghĩa là “hi vọng”. Thử nghiệm thuốc cho những bệnh nhân không

đáp ứng với hoá trị và liệu pháp hormone cho kết quả rất hứa hẹn. Những nghiên cứu sâu hơn đang được thực hiện nhằm đánh giá đầy đủ hơn các yếu tố nguy cơ cũng như các lợi điểm của phương pháp điều trị mới mẻ này.

Ung thư tiền liệt tuyến có thể phòng ngừa được không?

Chưa có một phương pháp cụ thể nào được xác định trong việc phòng ngừa ung thư tiền liệt tuyến. Vì vậy, hiện nay chúng ta chỉ có thể hi vọng phòng ngừa tiến trình của ung thư bằng cách chẩn đoán sớm và sau đó nỗ lực điều trị bệnh. Chẩn đoán sớm có thể thực hiện khi “sàng lọc” ở nam giới trong cộng đồng. Việc tầm soát cần thực hiện hàng năm qua thăm trực tràng bằng tay ở nam giới trên 40 tuổi, đến 50 tuổi cần làm thêm test PSA. Mục đích của việc “sàng lọc” này là để phát hiện sớm những tổn thương còn nhỏ, thậm chí ở mức độ vi thể (chỉ thấy trên kính hiển vi) của tuyến tiền liệt. Chữa trị sớm những tổn thương ác tính có thể làm ngưng sự phát triển, lan rộng, và nhất là có thể chữa khỏi bệnh.

Trên cơ sở nghiên cứu ở người và động vật, người ta đã đề nghị một vài chế độ ăn có khả năng phòng ngừa ung thư tiền liệt tuyến, ví dụ như ăn ít chất béo, tránh ăn các loại thịt “đỏ” (như thịt bò), vì họ

cho rằng điều đó làm chậm quá trình ung thư nhưng với cơ chế như thế nào thì vẫn không ai biết(!).

Những sản phẩm từ đậu nành có tác dụng làm giảm hàm lượng lưu thông của testosterone trong máu, cũng được báo cáo có khả năng làm chậm sự phát triển của ung thư tiền liệt tuyến. Và cuối cùng, một số nghiên cứu khác cho thấy các thành phần của cà chua như Vitamine E, Selenium, cũng có tác dụng tương tự nhưng cơ chế cũng chưa biết.

Việc theo dõi ung thư này như thế nào là đảm bảo?

Việc theo dõi một cách an toàn ung thư này được thực hiện trên những bệnh nhân chưa áp dụng một phương pháp điều trị nào, đó là những bệnh nhân mà khối u còn khu trú, chưa gây triệu chứng. Nên biết rằng việc theo dõi này dù không chữa trị gì cả, nhưng người bệnh luôn cần được theo sát và kiểm tra đầy đủ.

Người bệnh cần đi khám sức khỏe thường xuyên mỗi ba hay sáu tháng. Trong khi khám, cần thông báo cho bác sĩ những triệu chứng mới xuất hiện hay những biểu hiện nặng hơn của bệnh, đối với bác sĩ cần thăm trực tràng bằng tay để phát hiện mọi thay đổi của tuyến tiền liệt. Thêm vào đó, cần lưu ý sự gia tăng của PSA trong máu, và thực hiện các xét nghiệm hình ảnh học để đánh giá mức độ lan

rộng của khối u. Nếu ghi nhận bất kì một dấu hiệu nào chứng tỏ bệnh đang tiến triển dù đó là triệu chứng cơ năng, triệu chứng lâm sàng, hay cận lâm sàng thì việc theo dõi phải ngưng lại, thay vào đó là điều trị kịp thời.

Việc theo dõi này được trên 30% bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn đầu lựa chọn trước khi can thiệp điều trị (phẫu trị hay xạ trị). Lý do chính để theo dõi là vì ung thư tiền liệt tuyến tiến triển khá chậm hơn hầu hết các loại ung thư khác. Một ung thư giai đoạn sớm được phát hiện cần nhiều năm thậm chí cả chục năm để lan rộng và xâm lấn. Vì vậy, việc theo dõi này chủ yếu dành cho ung thư tiền liệt tuyến còn khu trú ở đàn ông cao tuổi. Đó cũng là lựa chọn thích hợp cho người có khối u còn rất nhỏ và PSA thấp (từ 4 đến 10 nanogram hay thấp hơn) và người có bệnh nặng kèm theo như bệnh lí của tim, phổi, cao huyết áp khó kiểm soát, bệnh tiểu đường, AIDS, hay những bệnh ung thư khác.

Tuy nhiên việc theo dõi này còn gây nhiều tranh cãi. Nhiều người vẫn cho rằng đó không phải là lựa chọn đúng, theo họ một vài bác sĩ dùng việc theo dõi này ở cả những ung thư khác chỉ để xem liệu ung thư có lan rộng không nếu không điều trị gì cả!. Hơn nữa, điều trị về sau, khi bệnh đã tiến triển, cho một bệnh nhân đã được theo dõi có thể kém hiệu quả hơn điều trị ngay từ đầu. Cuối cùng, một

chuyên gia đã cho công bố một báo cáo về phương pháp theo dõi này. Ông chỉ ra rằng, trong số bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn sớm (giai đoạn còn khu trú), thì tỉ lệ tiến triển đến giai đoạn xâm lấn và tử vong ở nhóm người không điều trị gì cả cao hơn 50% so với ở nhóm người trải qua phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt.

Những phương pháp điều trị ung thư tiền liệt tuyến trong tương lai?

Cho đến bây giờ, các phương pháp điều trị ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn sớm còn khu trú chủ yếu là phẫu thuật, xạ trị và dùng nghiệm pháp “lạnh” như đã trình bày. Đối với những trường hợp trễ hơn, thì phương pháp điều trị bằng hoóc môn hoặc hoá trị tỏ ra có hiệu quả tương đối trong một vài trường hợp. Trong những năm gần đây, việc chẩn đoán sớm với những phương tiện điều trị hiện đại cho kết quả khả quan hơn.

Hơn nữa, còn nhiều phương pháp điều trị khác đang được tìm kiếm. Chẳng hạn, việc điều trị bằng vi sóng, đang được sử dụng để điều trị các trường hợp phì đại lành tính của tuyến tiền liệt, là một phương pháp ít xâm lấn và có thể thực hiện cho bệnh nhân ngoại trú. Nhiều nghiên cứu đang sớm được thực hiện để triển khai rộng rãi phương pháp này.

Tuy nhiên chìa khóa trong điều trị ung thư tiền

liệt tuyến căn bản là sự hiểu biết về cơ sở di truyền học của căn bệnh này. Gen, thực ra là những hợp chất hóa học trong nhiễm sắc thể, quyết định đặc tính sinh học của từng cá thể. Các trung tâm nghiên cứu vì vậy mà đầu tư nhiều cho việc tập trung định ra hay phân lập ra các gen gây bệnh.

Một vài nghiên cứu được thực hiện trên những đàn ông mà tiền căn gia đình ghi nhận có ung thư tiền liệt tuyến (nghĩa là có người thân trong gia đình bị bệnh này) để khám phá ra những mối liên hệ di truyền của bệnh. Tóm lại, mục đích cơ bản nhất cũng là để “khóa” hay biến đổi các gen gây bệnh, từ đó có thể phòng tránh được bệnh. Và cuối cùng, trong tương lai sẽ có vắc-xin giúp phòng bệnh hay chữa bệnh ung thư tiền liệt tuyến.

Kiểm soát ung thư tuyến tiền liệt không cần can thiệp

Biện pháp không chế và ngăn ngừa bệnh ung thư tuyến tiền liệt hiệu quả nhất là kết hợp một chế độ ăn chay nghiêm ngặt với liệu pháp thư giãn và luyện tập.

Ăn ít chất béo tối đa, hạn chế calo từ mỡ dưới 10%, tiêu thụ nhiều hoa quả, rau, đậu và ngũ cốc, luyện tập luyện mỗi ngày với các hình thức đi bộ, yoga và ngồi thiền - đây là chương trình điều trị ung thư tuyến tiền liệt đặc biệt của tiến sĩ Dean

Ornish và cộng sự từ Đại học California và Trung tâm ung thư Memorial Sloan-Kettering (Mỹ).

Nhóm nghiên cứu đã thử nghiệm trên 93 người bị ung thư tuyến tiền liệt có độ tuổi trung bình là 65-67. Họ mắc ung thư dạng chậm phát triển không gây đau, và tất cả đều chọn phương pháp theo dõi thay vì cắt bỏ hoặc xạ trị. Trong liệu pháp điều trị “theo dõi”, bệnh nhân được kiểm tra đều đặn một kháng thể đặc biệt của tuyến tiền liệt gọi tắt là PSA - hợp chất trong máu có thể giúp đánh giá sức khỏe của tuyến tiền liệt tốt nhất hiện nay.

Một nửa số người tham gia nghiên cứu thực hiện chương trình điều trị của Ornish, số còn lại để nguyên. Kết quả cho thấy chương trình đặc biệt đã kìm hãm sự tăng trưởng của khối u. Sau 1 năm theo dõi, lượng PSA trung bình ở nhóm để nguyên tăng lên, trong khi nhóm được Ornish điều trị thì PSA hạ xuống.

6 người ở nhóm bình thường đã phải cắt bỏ tuyến tiền liệt hoặc dùng liệu pháp phóng xạ do tăng PSA hoặc khối u phát triển. Trong khi đó, không ai trong nhóm của Ornish cần sự can thiệp.

Ornish cho biết không thể đánh giá phần nào trong chương trình là quan trọng nhất, vì “tất cả đều là nhằm khai thác sự tương tác giữa cơ thể và tinh thần”.

Theo một số nghiên cứu trước đó, ăn chay còn có

tác dụng bảo vệ tim. Ngoài ra, chế độ dinh dưỡng ít béo, nhiều rau quả, thường xuyên luyện tập còn làm giảm nguy cơ mắc một loạt bệnh ung thư khác.

Tóm lược về bệnh ung thư tiền liệt tuyến

Ung thư tiền liệt tuyến là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ hai trong các loại ung thư ở đàn ông.

Nguyên nhân ung thư tiền liệt tuyến vẫn chưa rõ, tuy nhiên có một số yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư tiền liệt tuyến như: tuổi tác, tiền sử gia đình có người mắc bệnh ung thư tiền liệt tuyến.

Ung thư tiền liệt tuyến thường được nghi ngờ trước tiên khi lượng PSA trong máu tăng bất thường hoặc sờ thấy nốt cứng khi khám tiền liệt tuyến bằng tay qua lỗ hậu môn.

Khám hậu môn bằng tay cho những người đàn ông trên 40 tuổi và làm PSA cho những người đàn ông trên 50 tuổi và làm mỗi năm một lần để phát hiện ung thư tiền liệt tuyến.

Độ tin cậy của xét nghiệm PSA bao gồm: tỉ số PSA, độ đặc hiệu theo tuổi và độ gia tăng của PSA, độ chính xác của xét nghiệm.

Nếu có một xét nghiệm tầm soát bất thường, thì nghi ngờ bị ung thư tiền liệt tuyến, lúc này cần làm thêm sinh thiết tiền liệt tuyến.

Chỉ được chẩn đoán ung thư tiền liệt tuyến khi

quan sát mẫu sinh thiết thấy tế bào ung thư dưới kính hiển vi:

Ở một số người đàn ông, ung thư tiền liệt tuyến đe dọa cuộc sống của họ, trong khi đó ở một số khác, ung thư có thể tồn tại nhiều năm mà không có vấn đề gì trở ngại cho sức khỏe.

Việc lựa chọn phương pháp điều trị ung thư tiền liệt tuyến tùy thuộc vào kích thước ung thư, tính chất xâm lấn và lan rộng của ung thư cũng như tùy thuộc vào tuổi tác, tổng trạng, và sự chọn lựa của người bệnh.

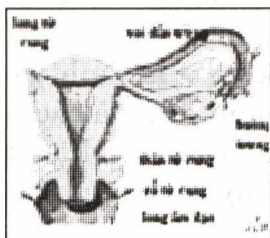
Một số biện pháp điều trị ung thư tiền liệt tuyến được chọn lựa bao gồm: phẫu thuật, xạ trị, hormone, đông lạnh, nhiệt và sự kết hợp của một trong các biện pháp này.

Có nhiều nghiên cứu đang được tiến hành nhằm đánh giá xem gen nào gây ra bệnh ung thư tiền liệt tuyến.

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Cổ tử cung là gì?

Cổ tử cung là phần hẹp, bên dưới của tử cung. Tử cung là một tạng rỗng, hình quả na, nằm ở phần bụng dưới của một phụ nữ, giữa bàng quang và trực tràng. Cổ tử cung hình thành nên một kênh mở vào âm đạo, cơ quan hướng ra bên ngoài cơ thể.



Ung thư cổ tử cung là gì?

Giống như tất cả các cơ quan khác của cơ thể, cổ tử cung được tạo nên bởi nhiều loại tế bào. Bình thường, tế bào phân chia để tạo ra thêm tế bào chỉ khi cơ thể cần chúng. Tiến trình có trật tự này giúp chúng ta khỏe mạnh.

Nếu các tế bào vẫn phân chia thành các tế bào mới khi không cần thiết thì một khối mô sẽ hình thành. Khối mô này, được gọi là một khối u, có thể lành tính hoặc ác tính.

Các khối u lành không phải là ung thư. Hầu hết các trường hợp, chúng thường có thể được loại bỏ mà không xuất hiện trở lại. Quan trọng nhất, các tế bào từ các u lành không lan đến các phần khác của

cơ thể. Các u lành hiếm khi là mối đe dọa cho sự sống. Các polyp, nang và các mụn cóc sinh dục là các kiểu khối u lành của cổ tử cung.

Các u ác là ung thư. Các tế bào ung thư có thể xâm lấn và phá hủy mô và các cơ quan gần khối u. Các tế bào ung thư cũng có thể tách ra khỏi một khối u ác tính và đi vào hệ bạch huyết hoặc dòng máu. Đây là cách mà ung thư cổ tử cung có thể lan đến các bộ phận khác của cơ thể, như là hạch bạch huyết xung quanh, trực tràng, bàng quang, xương sống và phổi. Sự lan tràn ung thư được gọi là di căn.

Ung thư cổ tử cung cũng có thể được gọi là ung thư cổ. Giống như hầu hết ung thư, nó được đặt tên theo phần của cơ thể mà ở đó nó bắt đầu. Ung thư cổ tử cung khác với ung thư bắt đầu ở các phần khác của tử cung và cũng cần điều trị khác. Loại ung thư thường gặp nhất của tử cung bắt đầu ở nội mạc tử cung, lớp lót cơ quan này. Các ung thư cổ tử cung còn được gọi tên theo loại tế bào mà chúng bắt đầu xuất hiện. Hầu hết ung thư cổ tử cung là ung thư biểu mô tế bào vảy. Tế bào vảy là các tế bào mảnh, dẹt tạo nên bề mặt cổ tử cung.

Khi ung thư lan tràn đến các bộ phận khác của cơ thể, khối u mới có cùng loại tế bào bất thường và cùng tên như ung thư gốc (nguyên phát), chẳng hạn, nếu ung thư cổ tử cung lan tràn đến xương, các tế bào ung thư trong xương là các tế bào cổ tử cung. Bệnh được gọi là ung thư cổ tử cung di căn (không phải là ung thư của xương).

Các tình trạng tiền ung thư và ung thư cổ tử cung

Các tế bào trên bề mặt cổ tử cung thỉnh thoảng trông có vẻ bất thường nhưng không phải là ung thư. Các nhà khoa học tin rằng vài biến đổi bất thường ở các tế bào cổ tử cung là bước đầu tiên trong hàng loạt các biến đổi chậm mà có thể đưa đến ung thư vài năm sau đó. Đó là, vài biến đổi bất thường là tiền ung thư; chúng có thể trở thành ung thư theo thời gian.

Qua nhiều năm, các bác sĩ đã dùng những từ khác nhau để chỉ những biến đổi bất thường ở các tế bào trên bề mặt cổ tử cung. Một từ hiện bây giờ đang dùng là sang thương nội biểu mô của tế bào vảy (từ sang thương chỉ một vùng mô bất thường; nội biểu mô nghĩa là các tế bào bất thường hiện diện chỉ trong lớp bề mặt của các tế bào). Những biến đổi trong các tế bào này có thể được chia thành hai loại:

“Sang thương nội biểu mô tế bào vảy giai đoạn thấp” chỉ những biến đổi sớm về kích thước, hình dạng và số lượng các tế bào hình thành bề mặt cổ tử cung. Vài sang thương giai đoạn thấp tự biến mất. Tuy nhiên, theo thời gian, những sang thương khác có thể phát triển to hơn hoặc trở nên bất thường hơn, tạo ra sang thương giai đoạn cao. Các sang thương giai đoạn thấp tiền ung thư còn có thể

được gọi là loạn sản nhẹ hoặc tân sản nội biểu mô cổ tử cung giai đoạn 1. Những biến đổi sớm như thế trong cổ tử cung hầu hết thường xuất hiện ở phụ nữ từ 25-35 tuổi nhưng cũng có thể xuất hiện ở các nhóm tuổi khác nữa.

“Sang thương nội biểu mô tế bào vảy giai đoạn cao” nghĩa là có một số lượng lớn các tế bào tiền ung thư; chúng trông rất khác các tế bào bình thường. Giống như sang thương nội biểu mô tế bào vảy giai đoạn thấp, những biến đổi tiền ung thư này chỉ liên quan đến các tế bào trên bề mặt cổ tử cung. Các tế bào sẽ không trở thành ung thư và xâm lấn các lớp sâu hơn của cổ tử cung trong nhiều tháng, có thể nhiều năm. Các sang thương giai đoạn cao cũng có thể được gọi là loạn sản trung bình hoặc nặng, hoặc ung thư tại chỗ (carcinoma in situ). Chúng thường xuất hiện ở phụ nữ từ 30-40 tuổi nhưng cũng có thể xuất hiện ở các lứa tuổi khác nữa.

Nếu các tế bào bất thường lan sâu hơn vào trong cổ tử cung hoặc đến những mô hoặc cơ quan khác, khi đó bệnh được gọi là ung thư cổ tử cung, hoặc ung thư cổ tử cung xâm lấn. Hầu hết bệnh thường xuất hiện ở phụ nữ > 40 tuổi.

Sơ lược về ung thư cổ tử cung

Các yếu tố nguy cơ của ung thư cổ tử cung đã được xác định.

Khám khung chậu và làm xét nghiệm Pap đều

đặn có thể phát hiện những biến đổi tiền ung thư cổ tử cung.

Những biến đổi tiền ung thư ở cổ tử cung có thể được điều trị bằng phẫu đông, nhiệt, hoặc phẫu thuật bằng laser.

Triệu chứng thường gặp nhất của ung thư cổ tử cung là ra máu âm đạo bất thường.

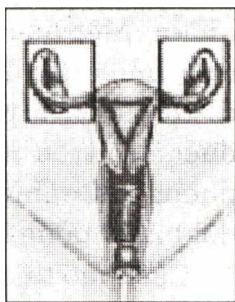
Ung thư cổ tử cung có thể được chẩn đoán bằng việc dùng xét nghiệm Pap hoặc các thủ thuật khác lấy được mẫu mô cổ tử cung.

Ung thư cổ tử cung đòi hỏi điều trị khác với ung thư bắt đầu ở những phần khác của tử cung.

Các tình trạng tiền ung thư được phát hiện như thế nào?

Nếu tất cả phụ nữ được khám khung chậu và làm xét nghiệm Pap đều đặn thì hầu hết các tình trạng tiền ung thư sẽ được phát hiện và điều trị trước khi ung thư xuất hiện. Bằng cách đó, hầu hết ung thư xâm lấn sẽ được ngăn chặn. Bất kỳ ung thư xâm lấn nào mà có xuất hiện sẽ có khả năng được phát hiện ở giai đoạn sớm, có thể điều trị được.

Khi khám khung chậu, bác sĩ kiểm tra tử cung, âm đạo, buồng trứng, vòi trứng, bàng quang, trực



tràng. Bác sĩ khám các cơ quan này để tìm bất kỳ sự bất thường nào về hình dạng hoặc kích thước của chúng. Một cái panh được dùng để panh rộng âm đạo (còn gọi là mỏ vịt) để bác sĩ có thể thấy được phần trên cùng của âm đạo và cổ tử cung.

Xét nghiệm Pap là một xét nghiệm không đau, đơn giản để phát hiện các tế bào bất thường trong và quanh cổ tử cung. Chị em phụ nữ nên làm xét nghiệm này lúc không có kinh; thời điểm tốt nhất là từ ngày thứ 10 đến ngày thứ 20 sau ngày đầu tiên của kỳ kinh nguyệt. Khoảng 2 ngày trước khi làm xét nghiệm Pap, nên tránh thụt rửa, hoặc dùng bột, kem, hoặc gel diệt tinh trùng, hoặc thuốc đặt âm đạo (trừ khi có hướng dẫn của bác sĩ), chúng có thể rửa trôi hoặc che giấu mất các tế bào bất thường.

Xét nghiệm Pap có thể được thực hiện ở phòng khám. Một que nạo bằng gỗ (spatula) và một bàn chải nhỏ được dùng để thu thập một mẫu tế bào từ cổ tử cung và phần âm đạo trên cùng. Các tế bào được đặt trên một bảng kính và được gửi đến một phòng xét nghiệm y khoa để được kiểm tra sự biến đổi bất thường.

Cách mô tả các kết quả của xét nghiệm Pap đang thay đổi. Phương pháp mới nhất là hệ thống Bethesda. Những biến đổi được mô tả như là sang thương trong biểu mô giai đoạn thấp hoặc cao. Nhiều bác sĩ tin rằng hệ thống Bethesda cung cấp nhiều thông tin hữu ích hơn một hệ thống cũ, nó sử dụng các số

thay đổi từ nhóm một đến nhóm năm. (Trong nhóm một, các tế bào trong mẫu bình thường, trong khi nhóm năm ám chỉ ung thư xâm lấn) phụ nữ nên yêu cầu bác sĩ của mình giải thích hệ thống được dùng cho xét nghiệm Pap.

Phụ nữ nên được kiểm tra đều đặn, bao gồm khám khung chậu và xét nghiệm Pap, nếu bạn đang hay đã từng có quan hệ tình dục. Những người có nguy cơ xuất hiện ung thư cổ tử cung nên đặc biệt cẩn thận tuân theo sự hướng dẫn của bác sĩ về việc kiểm tra. Phụ nữ đã cắt tử cung toàn phần (phẫu thuật cắt bỏ tử cung, bao gồm cả cổ tử cung) nên tham vấn bác sĩ của mình về việc khám khung chậu và xét nghiệm Pap.

Yếu tố nguy cơ và phương pháp phòng ngừa

Bằng việc nghiên cứu ở một số lượng lớn phụ nữ khắp thế giới, các nhà nghiên cứu đã nhận ra các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng để các tế bào trong cổ tử cung trở nên bất thường hoặc ung thư. Họ tin rằng, ở nhiều trường hợp, ung thư cổ tử cung xuất hiện khi có bằng hoặc hơn hai yếu tố nguy cơ tác động với nhau.

Nghiên cứu đã chứng tỏ rằng những phụ nữ có quan hệ tình dục trước 18 tuổi và những phụ nữ mà có nhiều bạn tình thì nguy cơ xuất hiện ung thư cổ tử cung tăng lên. Phụ nữ cũng có nguy cơ ung thư

tăng nếu bạn tình của họ bắt đầu quan hệ tình dục lúc trẻ tuổi, đã từng có nhiều bạn tình, hoặc đã từng kết hôn với một phụ nữ đã bị ung thư cổ tử cung.

Các nhà khoa học không biết chính xác tại sao các hoạt động tình dục của phụ nữ và các bạn tình của họ ảnh hưởng đến nguy cơ xuất hiện ung thư cổ tử cung. Tuy nhiên, nghiên cứu gợi ý rằng vài virus lây truyền qua đường tình dục có thể làm các tế bào trong cổ tử cung bắt đầu biến đổi hàng loạt có thể đưa đến ung thư. Các phụ nữ đã từng có nhiều bạn tình hoặc bạn tình của họ đã từng có nhiều bạn tình thì có thể có nguy cơ ung thư cổ tử cung tăng, ít nhất một phần vì họ có nhiều khả năng bị nhiễm virus lây truyền qua đường tình dục hơn.

Các nhà khoa học đang nghiên cứu ảnh hưởng của virus u nhú ở người (human papillomaviruses-HPV) lây truyền qua đường tình dục. Vài HPV lây truyền qua đường tình dục gây ra mụn cóc sinh dục (bệnh mào gà). Hơn nữa, các nhà khoa học tin rằng vài loại trong số những virus này có thể gây ra sự phát triển các tế bào bất thường trong cổ tử cung và có thể đóng vai trò trong sự xuất hiện ung thư. Họ thấy rằng, những phụ nữ có HPV hoặc bạn tình của họ có HPV có nguy cơ cao hơn trung bình xuất hiện ung thư cổ tử cung. Tuy nhiên, hầu hết phụ nữ bị nhiễm HPV không xuất hiện ung thư cổ tử cung, và virus không hiện diện ở tất cả phụ nữ có bệnh này.

Vì những lý do này, các nhà khoa học tin rằng có

các yếu tố khác tác động cùng với HPV. Chẳng hạn, virus herpes sinh dục có thể đóng một vai trò nhất định. Nghiên cứu thêm cần được thực hiện để biết được vai trò chính xác của những virus này và tại sao chúng tác động với những yếu tố khác trong việc phát triển ung thư cổ tử cung.

Hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ ung thư cổ tử cung. Nguy cơ dường như tăng cùng với số lượng thuốc một phụ nữ hút mỗi ngày và với số năm hút thuốc.

Những phụ nữ có mẹ đã dùng thuốc diethylstilbestrol (DES) trong suốt thai kỳ để ngừa sảy thai cũng có nguy cơ tăng ung thư sau này. (Thuốc này được dùng vì mục đích này từ khoảng năm 1940 - 1970) một kiểu ung thư âm đạo và cổ tử cung hiếm đã từng được thấy ở một số nhỏ phụ nữ mà mẹ họ đã dùng DES.

Vài báo cáo gợi ý rằng những phụ nữ mà hệ thống miễn dịch của họ suy yếu thì dễ xuất hiện ung thư cổ tử cung hơn những người khác. Chẳng hạn, những phụ nữ bị nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV), virus gây ra AIDS, thì có nguy cơ tăng. Cũng như thế, những bệnh nhân ghép tạng, người dùng thuốc ức chế hệ miễn dịch để ngăn chặn sự thải ghép cơ quan mới, thì có nhiều khả năng xuất hiện các sang thương tiền ung thư hơn những người khác.

Vài nhà nghiên cứu tin rằng tăng nguy cơ ung thư cổ tử cung ở những phụ nữ dùng viên ngừa thai

uống. Tuy nhiên, các nhà khoa học đã không thấy rằng viên ngừa thai gây ung thư cổ tử cung một cách trực tiếp. Mỗi quan hệ này thật khó chứng minh bởi vì hai yếu tố nguy cơ chính của ung thư cổ tử cung là *giao hợp lúc trẻ tuổi* và *những bạn tình*, có thể phổ biến trong số những phụ nữ sử dụng viên ngừa thai hơn là trong số những phụ nữ không dùng. Tuy nhiên, các nhãn thuốc ngừa thai uống có cảnh báo về nguy cơ này và khuyên những phụ nữ sử dụng chúng nên làm xét nghiệm Pap mỗi năm.

Vài nghiên cứu đã chứng tỏ rằng Vitamin A đóng một vai trò trong việc chặn đứng và ngăn ngừa các biến đổi ung thư trong tế bào như những biến đổi trên bề mặt cổ tử cung. Nghiên cứu thêm với các dạng vitamin A có thể giúp các nhà khoa học biết thêm về khả năng ngăn chặn ung thư cổ tử cung của vitamin A.

Hiện tại, phát hiện sớm và điều trị các mô tiền ung thư vẫn là cách hiệu quả nhất của việc ngăn chặn ung thư cổ tử cung. Phụ nữ nên nói chuyện với bác sĩ của mình về một kế hoạch kiểm tra thích hợp. Lời khuyên của bác sĩ sẽ dựa trên những yếu tố như: tuổi, tiền căn sức khỏe, và các yếu tố nguy cơ.

Các triệu chứng của ung thư cổ tử cung là gì?

Các biến đổi tiền ung thư của cổ tử cung thường không gây đau. Quả thực, chúng thường không gây

bất kỳ triệu chứng gì và không được phát hiện trừ khi người phụ nữ được khám khung chậu và làm xét nghiệm Pap.

Các triệu chứng thường không xuất hiện cho đến khi các tế bào cổ tử cung bất thường trở thành ung thư và xâm lấn mô lân cận. Khi điều này xảy ra, triệu chứng thường gặp nhất là chảy máu bất thường. Chảy máu có thể bắt đầu và dừng giữa các kỳ kinh đều đặn, hoặc nó có thể xuất hiện sau khi giao hợp, thụt rửa hoặc khám khung chậu. Ra máu kinh có thể kéo dài hơn và nặng hơn thông thường. Việc chảy máu sau mãn kinh cũng có thể là một triệu chứng của ung thư cổ tử cung. Chất tiết âm đạo tăng lên là một triệu chứng khác của ung thư cổ tử cung.

Những triệu chứng này có thể do ung thư cổ tử cung hoặc do những rối loạn sức khỏe khác. Điều rất quan trọng là bạn cần phải gặp bác sĩ của mình nếu như bạn đang có bất kỳ triệu chứng nào trong số những triệu chứng này.

Các giai đoạn ung thư cổ tử cung

Lựa chọn điều trị cho ung thư cổ tử cung phụ thuộc vào vị trí và kích thước khối u, giai đoạn của bệnh, tuổi và tình trạng sức khỏe chung của phụ nữ, và các yếu tố khác.

Việc xếp giai đoạn là một nỗ lực cẩn thận để tìm ra ung thư đã lan tràn hay chưa và nếu như thế, bộ phận nào của cơ thể bị ảnh hưởng. Các xét nghiệm

máu và nước tiểu thường được thực hiện. Bác sĩ cũng có thể thực hiện khám khung chậu cẩn thận trong phòng mổ với bệnh nhân được gây tê. Trong suốt cuộc khám này, bác sĩ cũng có thể thực hiện các thủ thuật được gọi là nội soi bàng quang và nội soi trực tràng đại tràng sigma. Khi nội soi bàng quang, bác sĩ nhìn vào trong bàng quang bằng một dụng cụ mỏng, được chiếu sáng.

Nội soi trực tràng đại tràng sigma là một thủ thuật cũng dùng dụng cụ chiếu sáng để kiểm tra trực tràng và phần thấp của đại tràng. Vì ung thư cổ tử cung có thể lan tràn đến bàng quang, trực tràng, hạch bạch huyết, hoặc phổi, bác sĩ có thể chỉ định chụp X quang thận và bàng quang hàng loạt, cũng có thể còn gọi là chụp bể thận qua đường tĩnh mạch. Đại tràng và trực tràng có thể được kiểm tra bằng cách dùng barium thực tháo. Để tìm các hạch bạch huyết có thể phì đại vì chúng chứa các tế bào ung thư, bác sĩ có thể chỉ định CT scan, hàng loạt ảnh X quang đặt cùng nhau bởi 1 máy vi tính để tạo hình chi tiết những vùng bên trong cơ thể. Những thủ thuật khác có thể được dùng để kiểm tra các cơ quan bên trong cơ thể là siêu âm và chụp cộng hưởng từ nhân (MRI).

Chuẩn bị điều trị

Hầu hết phụ nữ bị ung thư cổ tử cung muốn biết tất cả (nếu có thể) về bệnh tật của họ và các lựa

chọn điều trị để họ có thể chủ động tham gia trong việc quyết định về chăm sóc sức khỏe của mình. Các y, bác sĩ có thể giúp họ nhận thức rõ những điều họ muốn biết.

Khi một người được chẩn đoán bị ung thư, sốc và căng thẳng là những phản ứng tự nhiên. Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân có rất nhiều lo lắng, thắc mắc cần hỏi y, bác sĩ. Hơn ai hết, các y, bác sĩ là người có thể đưa ra những lời khuyên hữu ích và những lời động viên chân thành để giúp họ yên tâm điều trị.

Các tình trạng tiền ung thư cổ tử cung được điều trị như thế nào?

Điều trị sang thương tiền ung thư cổ tử cung phụ thuộc vào một số yếu tố. Những yếu tố này bao gồm: sang thương là giai đoạn thấp hay cao, phụ nữ có muốn có con trong tương lai không, tuổi và tình trạng sức khỏe chung của họ và các yếu tố khác. Một phụ nữ với sang thương giai đoạn thấp có thể không cần điều trị thêm, đặc biệt nếu vùng bất thường được lấy bỏ hoàn toàn trong khi sinh thiết.

Tuy nhiên, người bệnh nên làm xét nghiệm Pap và khám khung chậu đều đặn. Khi một sang thương tiền ung thư cần điều trị, bác sĩ có thể dùng phẫu đông, nhiệt hoặc phẫu thuật bằng laser để phá hủy vùng bất thường mà không làm tổn hại mô

lành mạnh lân cận. Bác sĩ có thể lấy bỏ mô bất thường bằng LEEP hoặc sinh thiết dạng hình nón. Điều trị các sang thương tiền ung thư có thể gây ra đau co thắt hoặc các dạng đau khác, chảy máu hoặc tiết dịch.

Vài trường hợp, phụ nữ có thể bị cắt bỏ toàn bộ tử cung, đặc biệt nếu các tế bào bất thường được thấy bên trong lỗ cổ tử cung. Phẫu thuật này có nhiều khả năng thực hiện hơn khi phụ nữ không muốn có con trong tương lai.

Chẩn đoán ung thư cổ tử cung

Khám khung chậu và xét nghiệm Pap cho phép bác sĩ phát hiện những biến đổi bất thường ở cổ tử cung. Nếu kết quả chứng tỏ rằng một nhiễm trùng đang hiện diện, khi đó, nhiễm trùng được điều trị và xét nghiệm Pap được lặp lại trong một thời gian sau. Nếu khám hoặc xét nghiệm Pap gợi ý những thứ khác hơn là nhiễm trùng, bác sĩ có thể lặp lại xét nghiệm Pap và làm các xét nghiệm khác để tìm ra xem có bị rối loạn gì không.

Soi cổ tử cung là một phương pháp được dùng rộng rãi để kiểm tra cổ tử cung cho những vùng bất thường. Bác sĩ bôi một dung dịch giống như dầu lên cổ tử cung và sau đó dùng một dụng cụ rất giống một kính hiển vi (được gọi là máy soi cổ tử cung) để quan sát kỹ cổ tử cung. Sau đó bác sĩ có

thể phủ cổ tử cung với dung dịch iod (một thủ thuật được gọi là thử nghiệm Schiller). Các tế bào lành mạnh đổi sang màu nâu; các tế bào bất thường đổi sang trắng hoặc vàng.

Bác sĩ có thể lấy ra một số lượng nhỏ mô cổ tử cung để đánh giá bởi một nhà bệnh lý học. Tiến trình này được gọi là sinh thiết. Trong một kiểu sinh thiết, bác sĩ dùng một dụng cụ để gắp ra vài mảnh nhỏ mô cổ tử cung. Phương pháp khác được dùng để làm sinh thiết gọi là thủ thuật cắt bằng dao điện. Trong thủ thuật này, bác sĩ dùng một vòng dây điện để cắt lát một mảnh mô tròn, mỏng. Các kiểu sinh thiết này có thể được thực hiện ở cơ sở y tế có dùng gây tê tại chỗ.

Những thủ thuật cho việc lấy mô này có thể gây chảy máu hoặc tiết dịch khác. Tuy nhiên, vết thương thường lành một cách nhanh chóng. Phụ nữ cũng thường có cảm giác đau tương tự như đau bụng kinh, triệu chứng này có thể được làm giảm được bằng thuốc.

Làm các xét nghiệm là việc vô cùng cần thiết để chẩn đoán bệnh và xác định hướng điều trị. Các xét nghiệm này có thể không chứng tỏ chắc chắn có hay không các tế bào bất thường hiện diện trên bề mặt cổ tử cung. Trong trường hợp đó, bác sĩ sẽ lấy mẫu mô hình nón, lớn hơn. Thủ thuật này được gọi là sinh thiết dạng hình nón (khoét chóp cổ tử cung) cho phép nhà bệnh lý học xem các tế bào bất thường

đã xâm lấn mô bên dưới bề mặt cổ tử cung hay chưa. Sinh thiết mẫu hình nón (khoét chóp) cũng có thể được dùng như là một biện pháp điều trị cho sang thương tiến ung thư và toàn bộ vùng bất thường này có thể được cắt bỏ. Thủ thuật này đòi hỏi hoặc gây tê tại chỗ hoặc gây mê và có thể được thực hiện ở phòng mạch bác sĩ hoặc ở bệnh viện.

Trong một vài trường hợp, xét nghiệm Pap cho kết quả bất thường không rõ ràng hoặc các triệu chứng của phụ nữ là do những rối loạn ở cổ tử cung hay là do ở nội mạc tử cung (lớp lót tử cung). Trong tình huống này, bác sĩ có thể thực hiện nạo và nạo (D & C). Bác sĩ làm giãn lỗ cổ tử cung và dùng một cái nạo để cào mô từ lớp lót tử cung cũng như từ kênh cổ tử cung. Giống như sinh thiết mẫu dạng nón (khoét chóp), thủ thuật này cần gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

Các phương pháp điều trị

Thường nhất, điều trị ung thư cổ tử cung liên quan đến phẫu thuật và xạ trị. Thỉnh thoảng, hóa trị hoặc trị bằng sinh học được dùng. Bệnh nhân thường được điều trị bởi một đội ngũ các chuyên gia, đội ngũ này có thể gồm các nhà ung thư học phụ khoa và ung thư học phóng xạ. Một phương pháp điều trị hoặc sự kết hợp các phương pháp có thể được dùng.

Phẫu thuật là trị liệu tại chỗ để loại bỏ mô bất

thường ở trong hoặc gần cổ tử cung. Nếu ung thư chỉ ở trên bề mặt cổ tử cung, bác sĩ có thể phá hủy các tế bào ung thư bằng các cách tương tự với những phương pháp được dùng để điều trị sang thương tiền ung thư. Nếu bệnh đã xâm lấn các lớp sâu hơn của cổ tử cung, nhưng không lan tràn quá cổ tử cung, bác sĩ có thể thực hiện một phẫu thuật để loại bỏ khối u nhưng chữa lại tử cung và buồng trứng. Tuy nhiên, ở những ca khác, phụ nữ có thể cần phải cắt toàn bộ tử cung hoặc có thể chọn phẫu thuật này, đặc biệt nếu cô ta không dự định có con trong tương lai. Trong tiến trình này, bác sĩ lấy bỏ toàn bộ tử cung, bao gồm cổ tử cung. Thỉnh thoảng, buồng trứng và vòi trứng cũng có thể bị loại bỏ. Hơn nữa, hạch bạch huyết gần tử cung có thể được loại bỏ và các tế bào được khảo sát để biết ung thư có lan tràn đến những cơ quan này hay không.

Điều trị bằng tia xạ (còn gọi là xạ trị) dùng các tia năng lượng cao để phá hủy các tế bào ung thư và ngăn chặn chúng khỏi phát triển. Giống như phẫu thuật, xạ trị là điều trị tại chỗ; tia xạ có thể ảnh hưởng lên các tế bào ung thư chỉ trong vùng được điều trị. Tia xạ có thể phát ra từ một máy lớn (xạ ngoài) hoặc từ các chất phóng xạ được đặt trực tiếp vào cổ tử cung (cấy xạ). Vài bệnh nhân nhận cả hai kiểu xạ trị này.

Một phụ nữ được xạ trị ngoài thì đến phòng khám hoặc bệnh viện mỗi ngày để điều trị. Thường thường, điều trị được cho 5 ngày trong 1 tuần trong

5-6 tuần. Cuối thời điểm này, khối u thường nhận thêm xạ “tăng cường”.

Đối với xạ trong hoặc cấy, một viên nang chứa chất phóng xạ được đặt trực tiếp vào cổ tử cung. Mảnh cấy được đặt trực tiếp vào khối mô ung thư để diệt các tế bào ung thư, trong khi không ảnh hưởng hầu hết mô lành mạnh quanh nó. Xạ trị cấy thường được để tại chỗ trong vòng 1-3 ngày, và điều trị có thể được lặp lại vài lần qua 1 hành trình 1-2 tuần. Bệnh nhân nằm lại bệnh viện trong khi các mảnh cấy đang được đặt.

Hóa trị liệu là dùng thuốc để diệt tế bào ung thư. Nó rất thường được dùng khi ung thư cổ tử cung đã lan tràn đến những bộ phận khác của cơ thể. Bác sĩ có thể dùng chỉ một thuốc hoặc kết hợp vài thuốc. Các thuốc kháng ung thư được dùng để điều trị ung thư cổ tử cung có thể được dùng bằng cách tiêm tĩnh mạch hoặc bằng đường uống. Cả hai cách, hoá trị là điều trị toàn thân, nghĩa là các thuốc đi khắp cơ thể trong dòng máu.

Hoá trị được cho theo chu kỳ; một đợt điều trị được theo sau bởi một đợt hồi phục, sau đó là một đợt điều trị khác, và cứ như thế. Hầu hết bệnh nhân được hóa trị ngoại trú (tại bệnh viện, tại phòng mạch bác sĩ, hoặc tại nhà). Tuy nhiên, tùy thuộc vào thuốc nào được cho và tình trạng sức khỏe chung của phụ nữ, bệnh nhân có thể nằm lại bệnh viện trong suốt đợt điều trị.

Trị liệu sinh học là điều trị dùng các chất để cải thiện hệ miễn dịch của cơ thể. Nó có thể được dùng để điều trị ung thư lan tràn từ cổ tử cung đến những bộ phận khác của cơ thể. Interferon là dạng trị liệu sinh học thường dùng nhất cho bệnh này. Nó có thể được dùng phối hợp với hóa trị. Hầu hết bệnh nhân dùng interferon được điều trị ngoại trú.

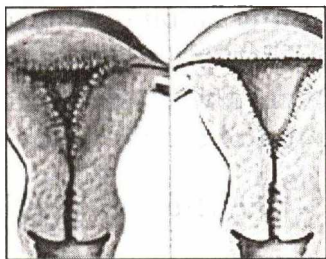
Các thử nghiệm lâm sàng

Vài phụ nữ bị ung thư cổ tử cung được điều trị trong các thử nghiệm lâm sàng. Các bác sĩ thực hiện các thử nghiệm lâm sàng để tìm xem có cách điều trị mới vừa an toàn vừa hiệu quả hay không và để trả lời các thắc mắc khoa học. Một số bệnh nhân có thể nhận điều trị mới trong khi những người khác nhận cách tiếp cận chuẩn. Bằng cách này, bác sĩ có thể so sánh những trị liệu khác nhau này. Những bệnh nhân tham gia trong thử nghiệm đóng góp quan trọng vào khoa học sức khỏe và có thể là cơ hội đầu tiên để hưởng lợi từ các phương pháp điều trị được cải thiện này.

Các thử nghiệm lâm sàng về điều trị mới cho ung thư cổ tử cung đang được tiến hành. Bác sĩ đang nghiên cứu cách và kế hoạch xạ trị mới. Họ cũng đang tìm những thuốc mới, cách phối hợp thuốc, và những cách phối hợp các kiểu điều trị khác nhau. Để có thêm thông tin chi tiết, bệnh nhân có thể đến bệnh viện chuyên khoa ung thư.

Tác dụng phụ của điều trị ung thư cổ tử cung là gì?

Thật khó để hạn chế các ảnh hưởng của điều trị để chỉ có tế bào ung thư được loại bỏ hoặc phá hủy. Bởi vì điều trị cũng có thể phá hủy các tế bào và mô lành mạnh, nó thường gây ra các tác dụng phụ khó chịu.



Các tác dụng phụ của điều trị ung thư phụ thuộc chủ yếu vào kiểu và phạm vi điều trị. Hơn nữa, tác dụng phụ ở mỗi bệnh nhân mỗi khác. Những bệnh nhân ăn uống khỏe thường cảm thấy tốt hơn và nhiều sinh lực hơn. Hơn nữa, họ có thể có khả năng tốt hơn để chịu đựng các tác dụng phụ của điều trị. Việc ăn uống khỏe trong quá trình điều trị ung thư nghĩa là lấy đầy đủ năng lượng và protein để ngăn chặn sụt cân và để lấy lại sức mạnh. Các bác sĩ và điều dưỡng có thể giải thích những tác dụng phụ có thể có của điều trị, và họ có thể giúp làm giảm triệu chứng có thể xuất hiện trong suốt và sau điều trị. Khi có bất kỳ tác dụng phụ nào bạn nên báo cho bác sĩ biết để có hướng giải quyết.

Phẫu thuật

Các phương pháp loại bỏ hoặc phá hủy các ung

thư nhỏ trên bề mặt cổ tử cung tương tự với những phương pháp được dùng để điều trị các sang thương tiền ung thư. Điều trị có thể gây ra đau co thắt hay các dạng đau khác, chảy máu hoặc tiết dịch.

Cắt toàn bộ tử cung là một phẫu thuật lớn. Trong vài ngày sau phẫu thuật, phụ nữ có thể đau vùng bụng dưới, nó có thể được kiểm soát bằng thuốc. Một phụ nữ có thể đi tiểu khó và có thể cần phải đặt 1 catheter vào bàng quang để dẫn lưu nước tiểu trong vài ngày sau phẫu thuật hoặc có thể có rắc rối khi đi cầu. Trong một thời gian sau phẫu thuật, các hoạt động của phụ nữ nên được hạn chế để nhằm mau lành bệnh. Các hoạt động bình thường, bao gồm quan hệ tình dục, thường có thể được phục hồi lại trong vòng 4-8 tuần lễ.

Ở những phụ nữ bị cắt bỏ tử cung sẽ không còn kinh nguyệt nữa. Tuy nhiên, ham muốn tình dục và khả năng quan hệ tình dục thường không bị ảnh hưởng bởi việc cắt toàn bộ tử cung. Mặt khác, nhiều phụ nữ có thời gian gặp khó khăn về mặt xúc cảm sau phẫu thuật này. Quan điểm về tình dục của chính họ có thể thay đổi, và họ có thể cảm thấy mất hứng thú bởi vì họ không còn khả năng có con nữa. Phụ nữ có thể muốn bàn luận vấn đề này với bác sĩ, y tá, nhân viên tư vấn.

Xạ trị

Bệnh nhân có thể trở nên rất mệt mỏi trong khi

xạ trị, đặc biệt ở những tuần điều trị cuối. Nghi ngơi là quan trọng, nhưng bác sĩ thường khuyên bệnh nhân cố gắng hoạt động đến mức họ có thể.

Đối với xạ trị ngoài, thường bị rụng tóc ở những vùng được trị và da trở nên đỏ, khô, đau, và ngứa. Vùng da điều trị có thể đen hoặc “xạm như đồng” vĩnh viễn. Vùng này nên cho tiếp xúc với không khí khi có thể nhưng phải tránh nắng, và bệnh nhân nên tránh mặc quần áo gây cọ xát vùng này. Người bệnh không nên dùng bất kỳ thuốc rửa hoặc loại kem nào trên da họ khi không có sự kiểm tra của bác sĩ.

Thông thường, các phụ nữ được yêu cầu không quan hệ tình dục trong suốt đợt hóa trị hoặc trong khi đang đặt mảnh cấy. Tuy nhiên, hầu hết phụ nữ có thể có quan hệ tình dục trong vòng vài tuần sau khi điều trị kết thúc. Sau khi xạ trị, âm đạo thỉnh thoảng trở nên hẹp và ít co giãn hơn, và giao hợp có thể bị đau.

Bệnh nhân có thể được hướng dẫn cách dùng dụng cụ làm giãn cũng như chất bôi trơn dạng nước để giúp giảm thiểu những rắc rối này.

Những bệnh nhân được xạ trị ngoài hoặc trong cũng có thể bị tiêu chảy và đi tiểu gắt nhất, tiểu khó. Thuốc có thể giúp kiểm soát những vấn đề này.

Hóa trị

Các tác dụng phụ của hóa trị chủ yếu phụ thuộc vào thuốc và liều lượng mà bệnh nhân dùng. Hơn

nữa, như với những kiểu điều trị khác, tác dụng phụ khác nhau thay đổi tùy theo người. Nói chung, các thuốc kháng ung thư ảnh hưởng tới những tế bào phân chia nhanh. Những tế bào này bao gồm tế bào máu, tế bào chống lại sự nhiễm trùng, giúp đông máu, hoặc mang oxy đến các bộ phận khác của cơ thể. Khi các tế bào máu bị ảnh hưởng bởi thuốc kháng ung thư, bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng hơn, có thể dễ bầm máu hoặc chảy máu, và có thể kém sinh lực hơn. Các tế bào ở chân tóc và các tế bào lót đường tiêu hóa cũng phân chia một cách nhanh chóng. Khi hóa trị ảnh hưởng tới những tế bào này, bệnh nhân có thể bị rụng tóc và các tác dụng phụ khác, như biếng ăn, buồn nôn, nôn, hoặc viêm họng. Thuốc có thể làm giảm các tác dụng phụ này. Các tác dụng phụ biến mất từ từ trong suốt các giai đoạn phục hồi giữa những đợt điều trị hoặc sau khi điều trị hoàn thành.

Triệu chứng sinh học

Các tác dụng phụ do điều trị sinh học khác nhau tùy theo kiểu điều trị mà bệnh nhân nhận được. Những điều trị này có thể gây ra triệu chứng giống cảm như ớn lạnh, sốt, đau cơ, mệt mỏi, biếng ăn, buồn nôn, nôn, và tiêu chảy. Thỉnh thoảng, bệnh nhân xuất hiện mẩn đỏ, và họ có thể dễ bị chảy máu hoặc bầm tím. Những rối loạn này có thể trầm trọng, nhưng chúng từ từ biến mất sau khi ngưng điều trị.

Điều gì xảy ra sau khi điều trị ung thư cổ tử cung?

Theo dõi bằng thăm khám đều đặn; bao gồm khám khung chậu, xét nghiệm Pap, và các xét nghiệm khác, rất quan trọng cho bất kỳ phụ nữ nào đã được điều trị các biến đổi tiền ung thư hoặc ung thư cổ tử cung. Phụ nữ nên làm các xét nghiệm và khám thường xuyên trong vài năm để bác sĩ có thể kiểm tra bất kỳ dấu hiệu nào khi bệnh quay trở lại.

Điều trị ung thư có thể gây ra các tác dụng phụ nhiều năm sau đó. Vì lý do này, bệnh nhân nên tiếp tục được theo dõi đều đặn và nên thông báo bất kỳ vấn đề sức khỏe nào khi chúng xuất hiện.

Việc sống chung với một căn bệnh nghiêm trọng không dễ dàng chút nào. Những bệnh nhân bị ung thư và những người chăm sóc họ đối diện với nhiều vấn đề và thách thức. Việc đương đầu với những vấn đề này thường dễ dàng hơn khi người ta có thông tin và những dịch vụ hỗ trợ hữu ích.

Các bệnh nhân ung thư có thể lo lắng liệu mình có tiếp tục được công việc trước đây hay không, việc chăm sóc gia đình họ, hoặc việc duy trì các hoạt động hàng ngày. Những lo lắng về xét nghiệm, điều trị, nằm viện, và chi phí điều trị là thường gặp. Bác sĩ, điều dưỡng, và các thành viên khác của đội ngũ chăm sóc sức khỏe có thể giải đáp những thắc mắc

về điều trị, công việc, hoặc những hoạt động khác. Tương tự, việc gặp 1 nhân viên xã hội, nhà tư vấn có thể hữu ích cho bệnh nhân mà muốn nói về cảm giác của họ hoặc muốn bàn luận về các mối quan tâm của họ.

Bạn bè và thân nhân là những nguồn hỗ trợ lớn. Cũng như vậy, nhiều bệnh nhân thấy hữu ích khi bàn luận những mối quan tâm của họ với những người khác bị ung thư. Các bệnh nhân bị ung thư thường đến với nhau trong các nhóm hỗ trợ, nơi mà họ có thể chia sẻ những điều họ đã học được về việc đương đầu với ung thư và các ảnh hưởng của điều trị. Tuy nhiên, phương pháp điều trị và cách giải quyết ung thư tốt cho người này nhưng có thể không đúng cho người khác, dù rằng cả hai có cùng một loại ung thư.

Tương lai cho những bệnh nhân bị ung thư cổ tử cung ra sao?

Những phụ nữ có biến đổi tiền ung thư ở cổ tử cung hoặc ung thư cổ tử cung được phát hiện và điều trị rất sớm thì có thể điều trị khỏi được. Các nhà nghiên cứu vẫn đang tiếp tục tìm các cách mới và tốt hơn để điều trị ung thư cổ tử cung xâm lấn.

Bệnh nhân và người nhà cần nhớ rằng các thống kê là trị số trung bình dựa trên các số lượng lớn bệnh nhân. Chúng không thể được dùng để tiên

đoán điều gì sẽ xảy ra cho một phụ nữ cụ thể bởi vì không có hai bệnh nhân nào là giống nhau. Bác sĩ chăm sóc bệnh nhân và nắm rõ bệnh sử của họ là người có thể đưa ra những dự kiến khá chính xác về tiến triển bệnh và sự hồi phục.

Bác sĩ thường nói một cách dè dặt là bệnh có thể cải thiện chứ không bao giờ nói là trị hết bệnh, vì ung thư có thể tái phát và ung thư hiện chưa có thuốc chữa.

UNG THƯ TINH HOÀN

Ung thư tinh hoàn là dạng u ác tính phổ biến nhất đối với nam giới trẻ tuổi.

Ung thư tinh hoàn phổ biến ở nam giới trong độ tuổi từ 15 tới 35. Cách tốt nhất để chống lại nó là thông qua việc chẩn đoán và điều trị sớm. Người

Mỹ, Anh và Bắc Âu có nguy cơ mắc bệnh này cao nhất, trong khi tỉ lệ mắc bệnh lại rất thấp ở châu Phi, châu Á.



Kiểm tra hàng tháng là cách tốt nhất bảo vệ bạn.

Cách kiểm tra tinh hoàn

Nam giới nên kiểm tra tinh hoàn hàng tháng theo những bước sau:

- Đứng trước gương và kiểm tra xem có sưng tấy nào trên da bìu hay không.

- Kiểm tra từng tinh hoàn bằng cả hai tay. Đặt ngón trỏ và ngón giữa ở dưới tinh hoàn, ngón cái đặt lên trên. Lăn nhẹ tinh hoàn giữa những ngón tay trên. Bạn sẽ không cảm thấy đau khi kiểm tra. Đừng hoảng hốt khi thấy một tinh hoàn dường như hơi lớn hơn tinh hoàn còn lại. Điều đó hoàn toàn bình thường.

- Tìm mào tinh hoàn - mào tinh hoàn là cấu trúc

mềm, hình ống đằng sau tinh hoàn có tác dụng thu thập và vận chuyển tinh dịch. Nếu bạn quen với cấu trúc này, bạn sẽ không bao giờ nhầm lẫn nó với một cục bướu nghi ngờ. Ung thư thường được tìm thấy ở hai bên của tinh hoàn song cũng có thể xuất hiện ở đằng trước. Cục trên mào tinh hoàn không phải là ung thư.

- Nếu bạn phát hiện một cục bướu trên tinh hoàn, hãy đến gặp bác sĩ càng sớm càng tốt. Sự bất bình thường này có thể không phải là ung thư. Tuy nhiên nếu nó là ung thư tinh hoàn, nó sẽ lan rộng nếu không được ngăn chặn bằng điều trị. Đợi chờ và hy vọng sẽ không giải quyết được vấn đề. Nên nhớ rằng các cục nổi tự do trên bìu và không gắn vào tinh hoàn, không phải là ung thư tinh hoàn.

Các tín hiệu khác của ung thư tinh hoàn mà bạn cần nhớ:

- Tinh hoàn phồng to
- Kích cỡ của một trong 2 tinh hoàn bị thu hẹp đáng kể
- Cảm giác nặng ở bìu
- Đau nhức âm ỉ ở bụng dưới hoặc ở háng
- Đau ở tinh hoàn hoặc ở bìu
- Ngực to hoặc mềm

Những triệu chứng dưới đây không thường là những dấu hiệu của ung thư tinh hoàn:

- Mụn nhọt, lông mọc vào trong hoặc phát ban trên da bìu

- Đau hoặc rát khi tiểu tiện
- Có máu trong nước tiểu hoặc tinh dịch
- Cục nổi tự do trên bìu và cục đó không gắn với bất kỳ thứ gì khác
- Cục trên mào tinh hoàn hoặc ống bắt nguồn từ tinh hoàn. Nó làm bạn có cảm giác như một tinh hoàn thứ ba.

Ung thư tinh hoàn thường gặp ở người trẻ tuổi



Hans Poulsen - ca sĩ, nhạc sĩ nổi tiếng của Australia - cũng là nạn nhân của bệnh ung thư tinh hoàn.

Tuy không phổ biến lắm nhưng ung thư tinh hoàn lại xếp hàng đầu trong các bệnh ung thư ở nam thanh niên. Bệnh xuất hiện chủ yếu ở nam giới độ tuổi 19-44. Điều quan trọng hơn cả là nếu phát hiện sớm, bệnh có thể được chữa khỏi hoàn toàn.

Tinh hoàn là nhà máy sản xuất tinh trùng của nam giới. Trung bình mỗi ngày có khoảng 300 triệu tinh trùng được sản sinh. Ngoài ra, tinh hoàn còn sản xuất testosterone, hoóc môn sinh dục nam chịu trách nhiệm tạo nên các nét đàn ông trên cơ thể nam giới.

Nguyên nhân gây bệnh

Người ta còn chưa rõ vì sao bệnh ung thư tinh

hoàn xuất hiện hoặc vì sao người này hay bị bệnh hơn người khác. Bệnh có thể mang tính di truyền. Nếu anh trai bạn bị chứng bệnh này thì nguy cơ bị bệnh của bạn sẽ tăng gấp 10 lần so với những người khác. Nguy cơ này cũng tăng 5 lần ở những người đàn ông có tình hoàn lạc chỗ.

Có thể ngăn chặn bệnh không?

Một số nhà nghiên cứu cho rằng, việc khám kiểm tra thường xuyên có thể giúp phòng ngừa sự phát triển của bệnh. Nếu một cậu bé với tình hoàn lạc chỗ được điều trị trước 10 tuổi thì nguy cơ bị ung thư tinh hoàn của cậu sẽ giảm xuống ngang với mức trung bình ở nam giới, nghĩa là chỉ còn 1/450.

Tuy nhiên, do người ta còn biết quá ít vì sao ung thư tinh hoàn lại phát triển nên cần chú ý kiểm tra cơ quan này thường xuyên, để nếu có bệnh thì phát hiện và điều trị kịp thời.

Tự kiểm tra

Việc tự kiểm tra tinh hoàn cần được tiến hành hằng tháng. Đầu tiên, bạn phải biết thế nào là tinh hoàn bình thường. Nếu cảm thấy không chắc về điều này, bạn có thể yêu cầu bác sĩ chỉ giúp. Tốt nhất là tự khám sau khi tắm nước nóng vì lúc này bìu đang trong trạng thái thư giãn. Dùng ngón cái và các ngón tay kiểm tra hình dáng, kích thước, độ cứng của tinh hoàn.

Việc tinh hoàn bên to bên nhỏ hoặc bên cao bên thấp là chuyện bình thường, không đáng phải lo lắng. Hãy đi khám bệnh ngay nếu bạn nhận thấy các dấu hiệu nghi ngờ hoặc cảm thấy không yên tâm. Không nên bỏ qua bất cứ sự thay đổi nào.

Phát hiện sớm bệnh ung thư tinh hoàn

Căn bệnh này là nguyên nhân gây tử vong cao nhất ở nam giới độ tuổi 20-40 tuổi. Ung thư tinh hoàn thường phát triển thầm lặng nên nhiều trường hợp chỉ được phát hiện khi đã di căn. Nếu được chẩn đoán sớm và điều trị đúng đắn, khả năng khỏi bệnh khá lớn.

Lúc đầu, khối ung thư còn khu trú ở tuyến, hầu như chưa có biểu hiện. Về sau, tinh hoàn tăng dần thể tích và nổi cục. Mào tinh hoàn, màng tinh, thừng tinh đều bình thường trong suốt thời gian dài. Tuy nhiên, di căn lại có thể xảy ra sớm theo đường bạch mạch, xâm lấn các cụm hạch ở thất lưng - động mạch chủ, rồi lên các hạch thượng đòn, vào phổi (nhiều nhất) và gan.

Các dấu hiệu mà người bệnh có thể phát hiện: bìu to ra, vướng hoặc hơi nặng nề. Sau đó, bìu biến dạng, tăng thêm thể tích, bên bệnh nặng hơn bên đối diện nhưng không đau, soi đèn pin thì thấy một khối đục. Nắn qua lớp da bình thường, sờ thấy tinh hoàn to và cứng, màng tinh hoàn vẫn nâng lên

được, mào tinh tách biệt được rõ ràng nhưng đầu của nó hơi kẹt vào cực trên của khối u. Thường tinh hai bên và tinh hoàn bên đối diện đều bình thường. Nếu thăm khám trực tràng sẽ thấy tuyến tiền liệt và túi tinh đều bình thường. Phương pháp siêu âm giúp chẩn đoán chính xác 75% trường hợp ung thư tinh hoàn.

Cần lưu ý là có khi di căn đã phát triển khá rộng mà khối u vẫn còn bé, phải nắn thật kỹ mới thấy được. Biểu hiện của di căn có thể là một khối u ở hố thượng đòn, ở vùng thượng vị hoặc hội chứng đau quặn thận, tình trạng phù nề ở 2 chân.

Điều trị

Nếu chẩn đoán được khẳng định thì bạn sẽ được mổ ngay để cắt bỏ tinh hoàn bị bệnh. Trong một số trường hợp, việc phối hợp hóa trị và xạ trị là cần thiết. Việc ghép tinh hoàn giả sẽ giúp bìu trông vẫn bình thường. Cắt bỏ tinh hoàn không làm ảnh hưởng tới đời sống tình dục của nam giới hay cơ hội làm cha của họ.

Theo thống kê của Anh, số ca ung thư tinh hoàn đã tăng gấp đôi trong vòng 2 thập kỷ qua.

Các phương pháp hiện đại có thể mang lại kết quả điều trị tốt đối với ung thư tinh hoàn (95% sống sau 5 năm), kể cả một số trường hợp nặng:

Điều trị ngoại khoa:

- Cắt bỏ tinh hoàn và thắt các mạch tinh ở cao, chỗ lỗ bẹn sâu.

- Nạo hạch bạch huyết ở vùng động - tĩnh mạch chủ.

Điều trị hóa chất: Có thể khỏi tới 70% trường hợp nhờ tác dụng trụ cột của cisplatin.

Điều trị quang tuyến:

Trong mọi trường hợp, bệnh nhân phải được theo dõi về lâm sàng và cận lâm sàng trong nhiều năm sau khi điều trị.

UNG THƯ DƯƠNG VẬT

Ung thư dương vật là một bệnh hay gặp, chiếm 6-8% tổng số các loại bệnh ung thư. Bệnh hay gặp ở các nước đang phát triển vùng châu Á, châu Phi và châu Mỹ Latin, xuất hiện chủ yếu ở những người cao tuổi (40-70 tuổi). Bệnh này rất dễ phát hiện và chẩn đoán, việc điều trị không quá khó khăn. Tuy nhiên, do ngần ngại nên nhiều người đến bệnh viện muộn, ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị.

Khối u thường khởi phát từ quy đầu hay rãnh quy đầu, sau đó lan ra cả dương vật. Khi khối u còn ở dương vật, chưa di căn hạch, tỉ lệ sống thêm 5 năm sau phẫu thuật là 70-90%, khi đã di căn hạch thì tỉ lệ này chỉ còn 30%.

Những yếu tố thuận lợi dẫn tới ung thư là:

- *Hẹp bao quy đầu:* Đây là nguyên nhân hay gặp

nhất. Những người này hay bị ung thư dương vật do không vệ sinh được quy đầu thường xuyên.

- *Bệnh sùi mào gà đường sinh dục do nhiễm virus Human Papilloma (HPV):* 15% trong số những người mắc bệnh này có các khối u phát triển theo hướng loạn sản tế bào, phá vỡ màng đáy, trở thành tiền ung thư. Điều này hay xảy ra khi nhiễm HPV típ 16,18.

- *Viêm dương vật* (đặc biệt là vùng quy đầu và rãnh quy đầu).

- *Các khối u lành tính khác của dương vật* (như u mạch máu).

- *Các bệnh lây qua đường tình dục khác* (như giang mai).

Để phát hiện bệnh sớm và điều trị có kết quả, nên tự quan sát dương vật của mình (đặc biệt là vùng quy đầu) hằng ngày. Khi thấy có vết trợt loét, thay đổi màu sắc hay các mụn nhỏ ở vùng này thì hãy đến các cơ sở y tế chuyên khoa để khám.

Cần giữ vệ sinh tốt cho cơ quan sinh dục, cắt bao quy đầu (nếu hẹp). Ngoài ra, cần áp dụng các biện pháp quan hệ tình dục an toàn, nhất là với các đối tượng có nguy cơ mang mầm bệnh HPV cao. Cần điều trị triệt để các vết loét trợt và các khối u lành tính khác ở dương vật.

Điều trị ung thư dương vật

- Điều trị ung thư giai đoạn 1 và 2:

Cắt dương vật bán phần và khám hạch bẹn mỗi 4 tháng trong vòng 2 năm liên tục.

- Điều trị ung thư giai đoạn 1 và 2 có xâm lấn vào thể hang và bao trắng của dương vật):

Cắt dương vật toàn phần hoặc bán phần, kèm theo nạo hạch bẹn nông. Nếu hạch bẹn nông dương tính thì phải nạo hạch chậu.

- Điều trị ung thư giai đoạn 3:

Nên bắt đầu điều trị kháng sinh 6 tuần vì hạch bẹn thường do viêm nhiễm do các sang thương loét của dương vật. Nếu hạch bẹn vẫn còn sau 6 tuần điều trị kháng sinh thì phải nạo hạch bẹn sâu hai bên (trong trường hợp có hạch bẹn hai bên) và nạo hạch bẹn sâu một bên kèm theo lấy di hạch biên chấn.

- Điều trị ung thư giai đoạn 4:

Điều trị tạm bợ bằng xạ trị và/ hoặc hóa trị. Thông thường nhất là đơn hóa trị với Bléomycine, Methotrexate hoặc Cisplatin.

Các sang thương tiền ung thư thường gặp của dương vật là gì?

Khoảng 30- 40% ung thư tế bào gai dương vật có sang thương tiền ung thư từ trước. Các sang thương thường gặp là:

- Sừng da: là một sang thương tăng sinh lớp sừng, có thể xảy ra do hậu quả của chấn thương

hoặc mỏng gà. Các sang thương này phải được cắt và theo dõi sát

- Balanitis xerotica oblitera: là một mảng trắng lan rộng toàn bộ qui đầu và da qui đầu gây loét nứt rất đau kèm theo hẹp lỗ sáo. Điều trị bao gồm sinh thiết và thuốc corticoid tại chỗ. Nếu hẹp lỗ sáo nhiều thì phải phẫu thuật mở rộng lỗ sáo. Phải theo dõi sát các sang thương này.

- Condyloma acuminatum: Đây là bệnh lây truyền qua đường sinh dục gây ra bởi HPV. Các sang thương có thể gặp ở da qui đầu, qui đầu, thân dương vật, đáy chậu, bìu, hậu môn và phải soi niệu đạo để xem sang thương có lan đến niệu đạo trước hay không.

- Bướu Buschke- Lowenstein: là mỏng gà khổng lồ gây loét các mô chung quanh. Điều trị bằng phẫu thuật.

- Bowenoid papulosis: sang thương dạng nhú, giải phẫu bệnh giống như CIS, có liên quan đến tình trạng nhiễm HPV.

- Kaposi sarcoma: bao gồm những nhú sậm màu, chảy máu, rất đau của da dương vật. Điều trị bằng phẫu thuật hoặc bằng đốt laser.

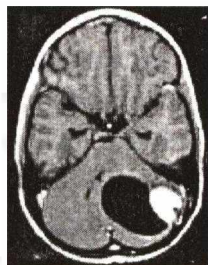
Chương V

PHÒNG VÀ TRỊ MỘT SỐ BỆNH UNG THƯ KHÁC

UNG THƯ NÃO

Khối u nguy hiểm

U não là loại u thường gặp ở trẻ em hơn ở người lớn, chiếm khoảng 20% các u nguyên phát (tức là u do những tế bào phát triển bất bình thường ngay tại chỗ, chứ không phải do di căn của ung thư từ những phần khác trên cơ thể như ở người lớn). Đây là nguyên nhân gây tử vong nhiều thứ hai trong các loại ung thư ở



trẻ em (chỉ sau ung thư máu). U não có đặc điểm là phát triển rất nhanh, có khi chỉ trong vòng sáu tháng đến một năm từ khi xuất hiện các triệu chứng. Nếu không can thiệp sớm, bệnh này có thể dẫn đến tử vong. Đặc biệt, không ít trường hợp dù phát hiện ra khối u nhưng các bác sĩ cũng đành bó tay vì khối u đó ở vị trí không thể mổ được...

U màng não phát triển từ các tế bào ở lớp màng nhện của màng não; 90% là u lành tính. U màng não có triệu chứng có tần xuất mới mắc khoảng 2/100 000 người và chiếm khoảng 20% tổng số u nội sọ nguyên phát. Biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất của u màng não nội sọ có triệu chứng là co giật từng ổ hoặc co giật toàn thân hoặc liệt nặng dần. Tuy nhiên, phần lớn u màng não đều không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ khi thăm dò hình ảnh hệ thần kinh hoặc khi khám nghiệm tử thi, với tỉ lệ mắc bệnh là 1%-2%.

U màng não không triệu chứng có thể được cắt bỏ hoặc theo dõi. Một số nghiên cứu thấy rằng khối u thường tiến triển âm thầm và hầu hết bệnh nhân có u màng não được phát hiện một cách tình cờ có thể được theo dõi cho tới khi khối u to lên đáng kể hoặc xuất hiện triệu chứng.

- Trong một nghiên cứu có 60 bệnh nhân bị u màng não không triệu chứng, không một trường hợp nào xuất hiện triệu chứng sau thời gian theo dõi trung bình 32 tháng. 45 bệnh nhân được chụp

phim theo dõi định kỳ (ba tháng, 9 tháng, và sau đó định kỳ từ 1 đến 2 năm 1 lần). Trong thời gian theo dõi, 10 bệnh nhân có đường kính khối u tăng lên từ 0,2cm sau 180 tháng tới 1cm sau 12 tháng; 35 bệnh nhân không bị tăng kích thước khối u.

- Một nghiên cứu hồi cứu đánh giá 35 bệnh nhân u màng não được chẩn đoán tình cờ bằng thăm dò hình ảnh hệ thần kinh và được theo dõi trong thời gian trung bình 74 tháng. Trong thời gian này, 4 trường hợp có tăng kích thước khối u và một trường hợp xuất hiện triệu chứng.

Như vậy, thái độ xử trí u màng não không triệu chứng hợp lý là theo dõi trong nhiều tháng và sau đó đánh giá lại biểu hiện sinh học của khối u trước khi đưa ra quyết định điều trị cuối cùng. Điều này cũng phù hợp với nhận xét là nhiều khối u màng não tiến triển chậm và tình cờ được phát hiện khi khám nghiệm tử thi. Không cần chỉ định sử dụng thuốc chống co giật dự phòng cho những bệnh nhân không có tiền sử bị co giật. Theo khuyến cáo của Viện Thần kinh Mỹ, việc sử dụng thuốc chống co giật dự phòng cho bệnh nhân u não nói chung và u màng não nói riêng không làm thay đổi tần suất của các cơn co giật về sau. Thêm vào đó, tần suất gặp tác dụng phụ do dùng thuốc chống co giật là 20%-40%, cao hơn tần suất ghi nhận được ở những người không có u não. Như vậy không nên sử dụng thuốc chống co giật dự phòng cho bệnh nhân có u

não mới được chẩn đoán.

Những khối u có triệu chứng, lan rộng, thâm nhiễm, hoặc gây phù nề các mô xung quanh đáng kể cần được phẫu thuật cắt bỏ.

Bệnh nhân u não thường có các triệu chứng tăng áp lực nội sọ (nhức đầu, nôn mửa, phù gai thị) hoặc các biểu hiện về thần kinh như liệt nửa người, lên cơn động kinh...

70-75% các trường hợp u não là u nguyên phát, có nhiều nguồn gốc khác nhau (mô não, màng não, dây thần kinh sọ, mạch máu, tuyến yên...). Còn lại là các ca u thứ phát do ung thư nơi khác di căn đến. Trừ ung thư tế bào đáy của da, tất cả các loại ung thư (đặc biệt là phế quản và vú) đều có khả năng lan tràn đến não.

U não là căn bệnh không hề hiếm gặp. Ở Mỹ, trong thập niên 90, mỗi năm có gần 400.000 ca tử vong do ung thư, trong đó có 8.500 trường hợp u nguyên phát của mô não. Ở Thành phố Hồ Chí Minh, từ năm 1993 đến năm 2000 có 251 ca u não được phẫu thuật.

Triệu chứng của u não

Việc điều trị u não sẽ khả quan hơn nếu bệnh nhân được phát hiện và điều trị sớm. Các triệu chứng thường gặp bao gồm:

Nhóm triệu chứng tăng áp lực nội sọ

- **Nhức đầu:** Thường lan tỏa, âm ỉ, nhức nhiều hơn vào buổi sáng sớm, mỗi khi đau nhiều thường kèm theo buồn nôn hoặc nôn. Thuốc giảm đau thường chỉ hiệu quả ở giai đoạn đầu. Về sau, triệu chứng nhức đầu tăng lên liên tục, thuốc giảm đau ít còn tác dụng.

- **Nôn mửa:** Lúc đầu chỉ buồn nôn khi nhức đầu tăng, về sau thường xuyên hơn và có thể nôn vọt. Nôn thường xảy ra buổi sáng, khi bụng còn rỗng, không có dấu hiệu báo trước; sau khi nôn xong có cảm giác bớt nhức đầu.

- **Phù gai thị giác:** Do rối loạn huyết động học (nguyên nhân là áp lực trong sọ tăng quá cao), về sau có thể dẫn đến xuất tiết, xuất huyết ở gai thị và ở võng mạc, thị lực giảm dần. Muốn chẩn đoán phù gai thị giác phải dùng đèn soi đáy mắt.

- **Động kinh:** Do ảnh hưởng áp lực cao trong sọ.

- **Các rối loạn về tâm thần:** Bệnh nhân trở nên lãnh đạm, thờ ơ, trí nhớ giảm dần. Ở giai đoạn nặng, bệnh nhân trở nên kém tỉnh táo, tri giác giảm, cuối cùng có thể đi vào hôn mê.

Nhóm triệu chứng thần kinh khu trú

- **Giảm chức năng:** Yếu hay liệt nửa người.

- **Động kinh:** Cục bộ hoặc cơn toàn thể...

Các triệu chứng lâm sàng của u não ít xuất hiện

đầy đủ cùng một lúc mà thường rất rời rạc, khiến ta dễ lầm với các bệnh khác. Vì vậy, phải đến bác sĩ chuyên khoa nội và ngoại thần kinh ngay khi bạn thấy có một số triệu chứng bất thường như nhức đầu nhiều ngày mà không có nguyên nhân rõ rệt (như cảm sốt, viêm mũi, viêm xoang), lại có nôn mửa, động kinh... Thầy thuốc thường phải khám đi khám lại nhiều lần ở những thời điểm xa nhau, truy tìm và tập hợp các triệu chứng, đồng thời vận dụng thật sớm các xét nghiệm về hình ảnh học mới chẩn đoán kịp thời các u não.

Nếu chỉ đi khám khi các triệu chứng lâm sàng thật đầy đủ thì khối u đã quá lớn, chèn ép các cấu trúc quan trọng trong não. Lúc này, việc phẫu thuật gặp nhiều khó khăn và dễ xảy ra biến chứng.

Mặc dù u não có thể xuất hiện ở nhiều vị trí khác nhau trong não nhưng đều có thể nguy hiểm đến tính mạng. U dưới lều tiểu não và dọc đường lưu thông dịch não tủy sẽ làm tắc lưu thông dịch não tủy, gây giãn não thất, làm đau đầu, nôn, thay đổi cá tính, mất ngủ... U thân não làm liệt dây thần kinh sọ não, liệt nửa người. U vùng hố yên thường gây rối loạn nội tiết như dậy thì sớm hoặc muộn, thiếu năng tuyến giáp, rối loạn phát triển thể chất. Đặc biệt, u ở bán cầu não thường khó chẩn đoán, chỉ đến khi kích thước khối u đã to, gây tăng áp lực sọ não hoặc co giật không kiểm soát được thì mới phát hiện ra.

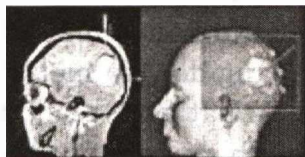
Ở trẻ em, hay gặp nhất là u ở tiểu não (chiếm khoảng 40-50% các loại u trong não), và u cầu não (chiếm khoảng 20%). Trong đó, u ở vị trí cầu não không thể phẫu thuật được.

U não gây tử vong vì khối u làm tăng áp lực sọ não, gây ứ trệ tuần hoàn của dịch não tủy do khối u chèn ép vào các vùng lân cận. Giai đoạn muộn sẽ gây ra hôn mê rồi dẫn đến tử vong. Ngoài ra, nếu tiến hành phẫu thuật khi khối u đã lớn thì khó lấy hết được các tế bào u bướu, do đó một thời gian sau khối u lại tái phát và tỷ lệ này cũng không nhỏ.

Có thể ngăn u não hay không?

Có một đặc điểm là u não hầu như chỉ được phát hiện khi đã xuất hiện những dấu hiệu như đau đầu, nôn, rối loạn thăng bằng... mà khi đó, khối u đã phát triển tương đối to. Vì vậy, cách tốt nhất để ngăn được u não, vẫn là “phòng bệnh hơn chữa bệnh”: Cần đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý, sinh hoạt điều độ, khám bệnh định kỳ để phát hiện ngay những biểu hiện bất thường của cơ thể.

U não ở trẻ em khởi phát từ rất sớm, có khi hai - ba tuổi đã phát hiện thấy. Tuy vậy, gặp nhiều nhất là số bệnh nhân ở độ tuổi 9-13. Vì vậy, khi cảm thấy nghi ngờ, cần đưa trẻ đến ngay các cơ sở y tế chuyên



khoa. Nếu đã phát hiện ra khối u thì cần điều trị triệt để. Tuy nhiên, có một thực tế đáng buồn là ở Việt Nam vẫn còn nhiều hạn chế trong việc điều trị các căn bệnh ung thư ở trẻ em. Mặt khác, không ít gia đình vì điều kiện kinh tế quá khó khăn nên không cho trẻ điều trị dứt điểm, để khối u tái phát. Dĩ nhiên, các nguyên nhân này vẫn đang để lại những kết cục buồn cho gia đình và xã hội.

Phẫu thuật chữa trị u não

Việc phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí của khối u và tình trạng của bệnh nhân.

- Cắt bỏ hoàn toàn thường được tiến hành đối với khối u nằm ở mặt lõi, rãnh khứu giác, 1/3 trước của xoang dọc, và một số u dưới lều và hố sau.

- Cắt một phần khối u theo chủ ý có thể tiến hành với những khối u ở cánh xương bướm giữa, xoang hang, vùng cận đường dọc giữa sau, hoặc mặt dốc. Kỹ thuật cắt khối u nền sọ khó thực hiện hơn so với cắt u ở mặt lõi. Các kỹ thuật mới đã được hoàn thiện, như phẫu thuật phóng xạ điều khiển từ xa, và cho kết quả tốt hơn khi dùng bổ trợ.

- Đối với một số khối u chỉ nên tiến hành sinh thiết hoặc tốt nhất là không tiến hành phẫu thuật, ví dụ như u ở bao dây thần kinh thị, trừ khi mất thị lực hoàn toàn.

Các loại thuốc chuẩn được chỉ định trước phẫu

thuật gồm có corticosteroid để giảm phù não. Ngoài ra, bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật các khối u trên đều cần được điều trị dự phòng co giật sau phẫu thuật. Khoảng 1/5 những bệnh nhân như vậy không có tiền sử bị co giật trước khi phẫu thuật và sẽ có co giật sau phẫu thuật. Các nghiên cứu riêng rẽ kiểm tra việc sử dụng thuốc chống co giật dự phòng sau phẫu thuật cho những bệnh nhân này thấy rằng thuốc không có hiệu quả hoặc chỉ có hiệu quả trong một thời gian ngắn (chỉ đến 10 tuần). Một phân tích ngược các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên cho thấy việc phòng chống co giật sau mổ sọ bằng thuốc chống co giật ở bệnh nhân trước đó không bị co giật là không có ý nghĩa. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã được công bố có sai sót về phương pháp và gây khó khăn cho việc phân tích các kết quả. Ví dụ, trong phân tích ngược này chỉ có 3 trong số hơn 30 nghiên cứu đã được công bố do những vấn đề về phương pháp. Do đó, Viện Thần kinh Hoa Kỳ khuyến cáo rằng đối với bệnh nhân có u màng não và không bị co giật, nên giảm liều và ngừng thuốc chống co giật sau khi tiến hành phẫu thuật một tuần, nhất là đối với những bệnh nhân đã ổn định bệnh và những người có nhiều tác dụng phụ do thuốc.

Trong khi phẫu thuật, người ta sử dụng manitol (1g/kg trọng lượng cơ thể) và furosemide còn PCO₂ động mạch được hạ xuống 30 mmHg để giảm áp lực

nội sọ. Cần phải lưu ý các dây thần kinh sọ trong khi phẫu thuật khi khối u ở gần dây thần kinh sọ não.

U màng não là những khối u mạch. U màng não ở nền sọ có thể được điều trị trước phẫu thuật bằng thuyên tắc động mạch rất chọn lọc để giảm chảy máu trong phẫu thuật và làm tăng phần khối u có thể cắt bỏ an toàn. Trong một nghiên cứu có 20 bệnh nhân, phương thức này làm giảm đáng kể sự mất máu đối với những khối u có đường kính dưới 6cm nhưng không giảm được thời gian phẫu thuật. Khi được chỉ định, thủ thuật này có thể được tiến hành trước phẫu thuật một ngày.

Biến chứng

Các biến chứng do thuốc và các biến chứng liên quan đến vị trí cắt bỏ khối u đều xuất hiện sau phẫu thuật u màng não. Các biến chứng nội khoa thường gặp nhất là viêm phổi, nhồi máu cơ tim, loạn nhịp, huyết khối tĩnh mạch sâu, và nghẽn mạch phổi.

Huyết khối tĩnh mạch sâu là một vấn đề nghiêm trọng vì u màng não có thể làm tăng đông máu và tăng nguy cơ bị huyết khối tắc mạch do phẫu thuật thần kinh. Ví dụ, trong một nghiên cứu, tần suất mới mắc huyết khối tĩnh mạch sâu sau phẫu thuật điều trị u màng não nội sọ là 72%. Rối loạn đông máu ở những bệnh nhân này rất giống với dạng

tiền lâm sàng mạn tính của tình trạng đông máu trong mạch rải rác (DIC).

Điều trị chống đông dự phòng có thể hạ thấp nguy cơ bị huyết khối tắc mạch và cần được xem xét chỉ định trong giai đoạn sau phẫu thuật cho tất cả các bệnh nhân có u não. Tuy nhiên, tác dụng này cần được cân đối với nguy cơ chảy máu trong não do thuốc chống đông mà đôi khi cần phải xử trí ngoại khoa. Tất cả các bệnh nhân được mổ sọ để lấy khối u màng não đều cần được tiêm heparin có trọng lượng phân tử thấp dưới da và dùng băng ép chân bằng khí cho đến khi bệnh nhân có thể vận động đi lại được.

Các biến chứng liên quan trực tiếp đến khối u bao gồm tăng mức độ liệt hoặc liệt sau mổ (tần xuất mới mắc từ 2 đến 30% tùy theo vị trí khối u), xuất huyết và nhiễm khuẩn. Nếu màng nhện và màng mềm bị dính vào khối u có thể có tổn thương vỏ não và đứt đoạn hệ mạch máu ở màng mềm gây ra các ổ nhồi máu vi thể ở vỏ não. Các khối u màng não ở nền sọ có thể gây liệt dây thần kinh sọ não.

Tỉ lệ tử vong do phẫu thuật trong các nghiên cứu đã được công bố dao động từ 1% đến 14%. Trong một nhóm nghiên cứu, tỉ lệ tử vong được công bố là 7%, các yếu tố gây ảnh hưởng đến tỉ lệ này là tình trạng lâm sàng trước mổ tối, khối u chèn ép não, tuổi cao, cắt không hết khối u, nghẽn mạch phổi, và khối tụ máu nội sọ cần được lấy đi.

Bệnh nhân nhiều tuổi có nguy cơ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật tăng. Trong một báo cáo, bệnh nhân trên 60 tuổi có tỉ lệ tử vong trong phẫu thuật là 6% và tỉ lệ biến chứng là 46%; 15% chết hoặc bị tàn tật nghiêm trọng trong vòng ba tháng sau phẫu thuật. Các kết quả tương tự được ghi nhận trong một báo cáo tổng quan ở 417 bệnh nhân trên 65 tuổi được phẫu thuật u màng não nội sọ; tỉ lệ biến chứng trung bình là 39% và tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày là 16%. Tuy nhiên, một nghiên cứu khác thu được kết quả điều trị tốt hơn khi so sánh 57 bệnh nhân tuổi từ 65 đến 87 với 57 bệnh nhân tuổi từ 25 đến 64. Tỉ lệ tử vong là 1% ở cả hai nhóm và tỉ lệ biến chứng ở nhóm bệnh nhân cao tuổi và nhóm người trẻ tuổi hơn tương ứng là 9% và 6%. Sự khác biệt này là không đáng kể khi so sánh hai nhóm theo kích thước và vị trí khối u.

Tiên lượng

Tái phát là nguyên nhân gây tử vong muộn hàng đầu ở bệnh nhân có u màng não. Các yếu tố quyết định khối u tái phát và tỉ lệ sống sót là mức độ cắt bỏ hoàn toàn khối u và cấp độ khối u. Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm sai cấu trúc nhiễm sắc thể, đa ổ, tạo nang, xâm lấn vào xương, mật độ khối u mềm, tuổi dưới 40, giới nam, số lượng gián phân, các vùng có ổ hoại tử, có nhiều mạch, lắng đọng

hemosiderin, khối u phát triển thành từng mảng, các nhân nổi rõ, và nhân đa hình thái.

Mức độ cắt bỏ hoàn toàn- Trong nghiên cứu đầu tiên, Simpson phân cấp mức độ cắt bỏ khối u hoàn toàn, mức độ cắt sạch khối u có tương quan với tỉ lệ tái phát sau 10 năm:

- Cấp độ 1, cắt hết khối u bao gồm cả màng cứng và xương - tỉ lệ tái phát 9%.

- Cấp độ 2, cắt hết khối u kết hợp với làm đông phần màng cứng bị gắn vào khối u - tái phát 19%.

- Cấp độ 3, cắt hết khối u nhưng không cắt hoặc làm đông phần màng cứng gắn vào khối u - tái phát 29%.

- Cấp độ 4, cắt bán phần khối u - tái phát 40%.

- Cấp độ 5, phẫu thuật làm giảm sự chèn ép của khối u.

Cắt bỏ hoàn toàn khối u trên đại thể được tiến hành ở khoảng 80% bệnh nhân và cho tỉ lệ sống sót không tiến triển bệnh 10 năm khoảng 70 - 80%. Tỉ lệ tái phát tăng rõ rệt ở những bệnh nhân không cắt được hết toàn bộ khối u và bệnh nhân có u ác tính. Các kết quả nghiên cứu cho thấy rõ điều này:

- Một nghiên cứu trên 581 bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối u màng não nguyên phát ngay từ đầu từ năm 1978 đến năm 1988, tỉ lệ sống sót không tiến triển ở nhóm bệnh nhân được cắt hết toàn bộ khối u trên đại thể cao hơn so với ở nhóm bệnh nhân không được cắt hết khối u kể cả sau 5 năm (88% so với 61%) và cả sau 10 năm (75% so với 39%).

- Nghiên cứu thứ hai tiến hành trên 935 bệnh nhân được phẫu thuật từ năm 1953 đến năm 1980, tỉ lệ sống sau 15 năm là 63%, bằng 78% tuổi thọ trung bình. Bệnh nhân không được cắt hết khối u có tỉ lệ tử vong cao gấp 4,2 lần so với bệnh nhân được cắt hết khối u. Bệnh nhân có khối u ác tính có tỉ lệ tử vong cao hơn 4,6 lần so với bệnh nhân có u lành tính.

Sai lệch cấu trúc nhiễm sắc thể

U màng não có nhiều dạng sai cấu trúc nhiễm sắc thể và một số đột biến gen nhất định có thể làm tăng nguy cơ ác tính. Trong một nghiên cứu, người ta chia 198 bệnh nhân được cắt khối u cấp độ I hoặc II theo Simpton thành các nhóm theo rối loạn nhiễm sắc thể như sau: nhóm 0, các nhiễm sắc thể lưỡng bội bình thường; nhóm 1, chỉ có một nhiễm sắc thể thứ 22; nhóm 2, chỉ có một nhiễm sắc thể thứ 22 và các biểu hiện giảm bội khác; nhóm 3, mất 1p và chỉ có một nhiễm sắc thể thứ 22. Nguy cơ tái phát u màng não đối với bệnh nhân ở nhóm 0 và 1, 2, 3 tương ứng là 4,3%; 10,5% và 30%.

Chiếu xạ bổ trợ

Chiếu xạ bổ trợ thường được chỉ định cho một số bệnh nhân sau phẫu thuật cắt u màng não nội sọ.

Cắt không hoàn toàn

Chiếu xạ ngoài có tác dụng rất lớn trong việc làm giảm tỉ lệ tái phát ở bệnh nhân không được cắt bỏ u hoàn toàn trên đại thể. Khi không thể tiến hành cắt bỏ hoàn toàn một u màng não lành tính, cắt gần toàn bộ khối u phối hợp với các kỹ thuật lập phác đồ điều trị chính xác kết hợp với chiếu xạ hỗ trợ có thể cho các kết quả gần bằng các kết quả đạt được khi cắt bỏ hoàn toàn khối u.

Trong một nghiên cứu hồi cứu, tỉ lệ tái phát ở bệnh nhân được cắt bỏ gần hoàn toàn khối u và được chiếu xạ là 32% và không được chiếu xạ là 60%. Thời gian trung bình cho tới khi bệnh tái phát cũng dài hơn ở nhóm bệnh nhân được chiếu xạ sau phẫu thuật (125 tháng so với 66 tháng).

Nghiên cứu thứ hai có tỉ lệ sống sót 10 năm là 49% khi bệnh nhân chỉ được cắt khối u bán phần và 93% đối với bệnh nhân được cắt bỏ khối u bán phần phối hợp với chiếu xạ. Tỉ lệ kiểm soát tại chỗ là 18% và 82% trong hai nhóm.

Tiên lượng của bệnh nhân có u màng não lành tính được cắt bỏ gần toàn bộ rồi được chiếu xạ sau phẫu thuật được cải thiện cùng với sự phát triển của các công nghệ chiếu xạ mới hơn như chụp cắt lớp vi tính, hoặc chụp cộng hưởng từ. Ví dụ, trong một báo cáo tỉ lệ sống sót không tiến triển 5 năm ở

bệnh nhân được điều trị trước và sau năm 1980 tương ứng là 77% và 98%. Trái lại, tỉ lệ sống sót không tiến triển bệnh của bệnh nhân có u màng não ác tính được cắt bỏ gần toàn bộ được chiếu xạ bổ trợ không thay đổi trong khoảng thời gian này.

U màng não cấp độ cao

U màng não ác tính có nguy cơ tái phát rất cao sau phẫu thuật ngay cả khi khối u đã được cắt bỏ hoàn toàn trên đại thể. Chiếu xạ sau phẫu thuật có thể cải thiện tiên lượng cho những bệnh nhân này. Trong một nghiên cứu có 38 bệnh nhân bị khối u ác tính, chiếu xạ bổ trợ sau cắt bỏ khối u ban đầu làm tăng đáng kể tỉ lệ sống sót không mắc bệnh sau 5 năm, từ 15% lên 80%. Nhiều tác giả không khuyến cáo chiếu xạ bổ trợ thường quy cho những bệnh nhân đã được cắt toàn bộ khối u.

Kỹ thuật và độc tính

U màng não lành tính không được cắt hết toàn bộ và có dấu hiệu phát triển thường được chiếu xạ vào cả vùng có khối u trước phẫu thuật và một phần nhỏ mô lành xung quanh (mép rộng 1-2 cm), tùy theo kết quả chụp CT hoặc MRI và được bác sĩ phẫu thuật thần kinh điều chỉnh. Các khối u lành tính được chiếu với liều 54 Gy chia thành phân liều

1,8 đến 2 Gy hàng ngày, còn các khối u ác tính được chiếu với liều 60 Gy.

Các biến chứng nghiêm trọng khi chiếu xạ ngoài đối với u màng não còn sót và tái phát có thể do tác dụng của tia đối với mô não lành xung quanh khối u gây ra. Các biến chứng có thể bao gồm suy giảm chức năng, đột quỵ, mù đột ngột, hoại tử vỏ não, tử vong và đôi khi gây ra khối u thứ hai. Suy tuyến yên hoặc đục thủy tinh thể có thể xảy ra khi tuyến yên hoặc đục thủy tinh thể nằm kế cận với khối u. Trong một nghiên cứu có 82 bệnh nhân bị u màng não ở vùng nền sọ được phẫu thuật và chiếu xạ sau phẫu thuật các tác giả thấy có 6 trường hợp bị giảm thị lực (5 người bị đục thủy tinh thể 1 người bị bệnh võng mạc do chiếu xạ), 3 bệnh nhân bị suy tuyến yên, 4 bệnh nhân bị mất trí nhớ tạm thời.

Trong thập kỷ qua, phẫu thuật phóng xạ điều khiển từ xa bằng dao gamma và máy gia tốc thẳng được sử dụng để điều trị cho những khối u có kích thước nhỏ ở các vị trí khó phẫu thuật triệt để.

- Trong một nghiên cứu, 127 bệnh nhân có 155 khối u màng não được tiến hành phẫu thuật phóng xạ điều khiển từ xa với máy gia tốc thẳng để điều trị ban đầu (48 tổn thương) hoặc điều trị sau phẫu thuật (107 tổn thương). Với trung vị thời gian theo dõi là 23 tháng, 84% bệnh nhân không bị tiến triển và tỉ lệ sống sau 1 năm và 5 năm của cả nhóm tương ứng là 90% và 68%. Dưới 5% bệnh nhân có

biến chứng lâu dài do phẫu thuật phóng xạ.

- Nghiên cứu thứ hai tiến hành trên 55 bệnh nhân có u màng não vùng nền sọ không cắt bỏ được, phẫu thuật phóng xạ làm ổn định sự phát triển khối u ở 38 bệnh nhân (69%), thu nhỏ khối u ở 16 bệnh nhân (29%), chỉ một bệnh nhân (2%) có u to lên sau thời gian theo dõi trung bình là 48,4 tháng.

- Kết quả của một nhóm nghiên cứu khác cho thấy những bệnh nhân không được cắt toàn bộ khối u có tỉ lệ kiểm soát tại chỗ là 92% sau 28 tháng và cải thiện trên lâm sàng ở 34%. Một nghiên cứu hồi cứu cùng thời điểm trên 82 bệnh nhân u màng não vùng nền sọ được phẫu thuật và chiếu xạ ngoài phân liều cũng cho kết quả tương tự, trong đó tỉ lệ sống sót không tiến triển bệnh 5 năm là 92%.

Rất khó tiến hành phẫu thuật đối với các khối u màng não ở cận đường dọc giữa do có nhiều biến chứng sau mổ. Trong một nghiên cứu đa trung tâm, 66 bệnh nhân như vậy được điều trị ban đầu bằng phẫu thuật phóng xạ. Tỉ lệ kiểm soát thực 5 năm là 93%. Những bệnh nhân có khối u nhỏ và chưa được phẫu thuật trước đó không có thất bại điều trị trên lâm sàng, tức không cần điều trị bổ sung hoặc chức năng thần kinh không xấu đi.

Dựa trên các số liệu này, người ta khuyến cáo nên phẫu thuật ngay từ đầu sau đó tiến hành phẫu thuật phóng xạ điều khiển từ xa hoặc chiếu xạ phân liều cho một số trường hợp nhất định.

Hoá chất, hoóc môn trị liệu

Một số ít bệnh nhân có u màng não tái phát, không thể phẫu thuật hoặc ác tính đã được điều trị bằng hoá chất, hoóc môn và liệu pháp miễn dịch với các kết quả khác nhau. Một số phác đồ điều trị có chút ít hiệu quả đối với u màng não ác tính bao gồm cyclophosphamide, adriamycin và vincristin (phác đồ CAV); dacarbazine và adriamycin, hoặc ifosfamide liều cao.

Hoá chất bổ trợ

Vai trò của hoá chất đối với tỉ lệ sống thêm và làm chậm sự tiến triển bệnh sau phẫu thuật chưa được xác định rõ. Trong một nghiên cứu, 14 bệnh nhân có u màng não ác tính được điều trị bằng phẫu thuật (4 bệnh nhân được cắt toàn bộ u trên đại thể, 10 bệnh nhân được cắt u bán phần), sau đó được chiếu xạ vào vùng tổn thương (trung vị liều 60 Gy) và hoá chất bổ trợ (CAV 3 hoặc 6 đợt) bắt đầu sau 2 đến 4 tuần. Dựa vào kết quả thăm dò hình ảnh hệ thần kinh người ta thấy 3 bệnh nhân có đáp ứng một phần và 11 bệnh nhân ổn định trong thời gian điều trị. Trung vị khoảng thời gian đến thời điểm khối u tiến triển và thời gian sống thêm tương ứng là 4,6 và 5,3 năm. Các kết quả này tốt hơn so với kết quả đạt được khi bệnh nhân được phẫu thuật và

chiếu xạ sau phẫu thuật. Ảnh hưởng của hoá chất đối với kết quả điều trị còn chưa được xác định rõ.

Bệnh giai đoạn muộn

Một số tác dụng của mifepristone, hydroxyurea đã được công bố sơ bộ:

Mifepristone - Mifepristone (RU486) là một đối kháng thụ thể của glucocorticoid và progesterone. Các bằng chứng về dịch tế học (tần xuất mắc bệnh ở nữ giới cao hơn, đi kèm với thai nghén và ung thư vú, tần xuất có thụ thể progesterone ở u màng não) cho thấy vai trò điều phối của progesterone trong điều trị u màng não. 25 đến 30% bệnh nhân u màng não không thể phẫu thuật được có cải thiện khách quan khi được điều trị bằng mifepristone (200-400 mg/ngày). Các nghiên cứu vẫn còn đang được tiến hành.

Hydroxyurea - Hydroxyurea gây chết tế bào theo chương trình, ức chế sự tăng trưởng tế bào u màng não trong môi trường nuôi cấy nhưng kinh nghiệm trên lâm sàng còn hạn chế. Trong một nghiên cứu sơ bộ, ba bệnh nhân có u màng não không thể cắt bỏ cấp độ I tái phát và 1 bệnh nhân có u màng não ác tính đã được phẫu thuật 6 lần để điều trị triệu chứng được uống hydroxyurea (20mg/kg/ngày). Kích thước khối u giảm 15% - 74% ở 3 bệnh nhân có khối u. 4 bệnh nhân có u ác tính không bị tiến triển sau 24 tháng.

Liệu pháp miễn dịch

- Các tác giả thông báo kết quả của nghiên cứu đánh giá tác dụng của interferon - alpha (IFN-alpha) đối với sự tăng trưởng của các tế bào u màng não được nuôi cấy. Nghiên cứu tiến hành trên 6 bệnh nhân u màng não và một bệnh nhân u màng não/ u xơ thần kinh phát triển từ bệnh u xơ thần kinh tủy 2; các nhà nghiên cứu nhận thấy IFN-alpha có khả năng ức chế mạnh sự tăng trưởng của cả bảy khối u khi có các tác nhân kích thích phân bào (huyết thanh bào thai bò hoặc yếu tố tăng trưởng biểu bì). Đáp ứng tối đa dao động trong khoảng 100% và 70% khi dùng kết hợp với thymidine đã được đánh dấu bằng triti. Trong một số trường hợp, có thể thu được đáp ứng ức chế khi dùng các mức liều rất thấp ($<10\text{U IFN - alpha/ml}$). Các kết quả này cho thấy rằng cần tiếp tục nghiên cứu về tác dụng của IFN-alpha trong điều trị u màng não

- U màng não ác tính tái phát và u màng não không còn khả năng phẫu thuật là một thách thức điều trị lớn sau khi chiếu xạ thất bại. Hiện chưa tìm thấy một hoá chất nào có hiệu quả. Nghiên cứu này công bố các kết quả điều trị ban đầu cho bệnh nhân có u màng não ác tính tái phát hoặc không thể phẫu thuật bằng inteferon alpha - 2B tái tổ hợp (IFN-alpha - 2B).

Mỗi bệnh nhân có u màng não ác tính tái phát hoặc u màng não không còn khả năng phẫu thuật được điều trị bằng IFN-alpha với liều 4 mU/m²/ngày, 5 ngày/tuần tiêm dưới da. Hai trong số 6 trường hợp u màng não ở thể thông thường, một trường hợp ở thể không điển hình và 3 trường hợp ở thể ác tính.

5 trong số 6 bệnh nhân có đáp ứng với điều trị; kích thước khối u ổn định ở 4 bệnh nhân và khối u thoái triển chút ít ở 1 bệnh nhân. Đáp ứng kéo dài từ 6 đến 14 tháng. Độc tính do dùng IFN-alpha kéo dài ở mức độ nhẹ và được dung nạp tốt.

Các kết quả này cho thấy IFN-alpha có hiệu quả trong điều trị u màng não ác tính tái phát.

UNG THƯ XƯƠNG

Ung thư xương là gì?

Những tế bào bình thường tạo ra mô theo một trình tự: trưởng thành, phân chia, và thay thế những tế bào già. Quá trình này giúp cơ thể tồn tại và phát triển. Nếu những tế bào mất khả năng kiểm soát sự tăng trưởng, chúng tăng trưởng quá nhanh và không theo trình tự nào cả. Chúng tạo ra nhiều mô. Một khối mô gọi là bướu. Bướu có thể lành hay ác tính.



Bướu lành tính không phải là ung thư. Chúng không lan rộng đến các cơ quan khác và hiếm khi đe dọa tính mạng. Bướu lành thường được cắt bỏ. Mặc dù những bướu xương lành tính thỉnh thoảng có thể tái phát, chúng có thể được phẫu thuật.

Bướu ác tính là ung thư. Nó có thể xâm lấn và phá hủy những mô, tạng bình thường kế cận. Những tế bào ung thư cũng có thể tách ra khỏi bướu và đi vào máu. Chính vì vậy mà tại sao ung thư xương có thể di căn đến cơ quan khác.

Ung thư mà bắt đầu từ xương gọi là ung thư xương nguyên phát. Ung thư xương thường thấy

nhất ở cánh tay và chân, nhưng có thể xảy ra ở mọi xương trong cơ thể. Trẻ em và thiếu niên có nhiều khả năng mắc bệnh ung thư xương hơn người trưởng thành.

Ung thư xương nguyên phát được gọi là “sarcoma”. Có nhiều loại sarcoma, mỗi thể bắt đầu từ một loại mô xương khác nhau. Thường thấy nhất là: sarcoma xương, Ewing’s sarcoma, và sarcoma sụn.

Sarcoma xương là loại thường thấy nhất của ung thư xương ở thiếu niên. Bệnh thường xuất hiện khoảng từ 10 đến 25 tuổi. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ. Sarcoma xương thường xuất hiện ở đầu xương, nơi đó mô xương mới được hình thành ở tuổi thiếu niên. Sarcoma xương ảnh hưởng chủ yếu xương dài của cánh tay và chân.

Ewing’s sarcoma thường thấy khoảng 10 - 25 tuổi. Thiếu niên bị ảnh hưởng nhiều nhất. Ung thư này hình thành ở phần giữa (thân xương) của những xương lớn. Xương bị ảnh hưởng nhiều nhất là xương hông và xương dài ở đùi, tay. Ung thư này có thể xảy ra ở xương sườn.

Sarcoma sụn chủ yếu ở người lớn. Loại u này hình thành trong sụn (mô mềm dẻo xung quanh khớp).

Những loại ung thư xương khác bao gồm : sarcoma sợi, u tế bào khổng lồ ác tính, u sụn. Những người trên 30 tuổi hiếm khi mắc những loại này.

Ung thư xương nguyên phát thì hiếm. Mặt khác, ung thư xương thường do di căn từ các cơ quan

khác. Khi điều này xảy ra, bệnh không được gọi là ung thư xương. Mỗi loại ung thư được đặt tên theo cơ quan hoặc mô bị ung thư nguyên phát. Điều trị ung thư xương thứ phát phụ thuộc vào loại ung thư nguyên phát và sự di căn của nó.

Ung thư bắt đầu từ cơ, mỡ, dây thần kinh, mạch máu, và những mô liên kết hay nâng đỡ khác trong có thể gọi là sarcoma mô mềm. Bệnh xảy ra ở người lớn và trẻ em.

Leukemia, đa u tủy, và u lympho là ung thư bắt nguồn từ tế bào ở tủy xương. Đây là những bệnh khác nhau và không phải là ung thư xương.

Triệu chứng của ung thư xương

Triệu chứng ung thư xương có khuynh hướng phát triển chậm. Phụ thuộc vào loại, vị trí, kích thước u.

Đau là triệu chứng thường thấy nhất của ung thư xương. Thỉnh thoảng là một u mềm, hơi đau trên xương có thể cảm giác được qua da. Vài trường hợp ung thư xương cản trở hoạt động bình thường. Ung thư xương có thể gây gãy xương.

Những triệu chứng trên không chắc là ung thư, nó có thể do nguyên nhân khác ít trầm trọng hơn. Ai gặp phải triệu chứng này nên tham vấn bác sĩ.

Chẩn đoán ung thư xương

Để chẩn đoán ung thư xương, bác sĩ sẽ hỏi tiền

sử của bản thân và gia đình, và khám lâm sàng toàn diện. Ngoài ra còn kiểm tra tổng trạng, xét nghiệm máu, chụp X - quang. X - quang có thể cho thấy vị trí, kích thước và hình dạng u: U lành thường tròn, bờ rõ ; ung thư xương thường có nhiều hình dạng và bờ không đều.

Nếu X - quang thấy nghi ngờ ung thư xương, một số xét nghiệm chuyên biệt sau có thể được làm. Những xét nghiệm này còn cho biết ung thư xương di căn hay chưa.

Xạ hình xương cho thấy kích thước, hình dạng, và vị trí của vùng bất thường trên xương. Một lượng nhỏ chất phóng xạ được tiêm vào máu. Xương hấp thu chất này và được phát hiện bởi một dụng cụ đặc biệt gọi là scan.

CT scan hay CAT scan là kỹ thuật X - quang cho biết chi tiết những hình ảnh cắt ngang của CT, nhờ một máy vi tính.

MRI (hình ảnh cộng hưởng từ) cũng cho biết chi tiết những hình ảnh cắt ngang. MRI sử dụng từ trường rất mạnh liên kết với máy vi tính.

Chụp mạch máu là chụp X - quang mạch máu. Chất cản quang được tiêm vào mạch máu vì vậy thấy chi tiết mạch máu, xét nghiệm này cũng được làm để giúp ích kế hoạch phẫu thuật.

Sinh thiết là cách chắc chắn để nói có ung thư hay không. Sinh thiết tốt nhất nên làm ở bệnh viện nơi có các bác sĩ kinh nghiệm về chẩn đoán ung thư

xương. Bác sĩ lấy một mẫu mô từ u xương. Chuyên viên giải phẫu bệnh xem mẫu đó dưới kính hiển vi, nếu thấy ung thư thì anh ta có thể cho biết loại sarcoma và khả năng phát triển nhanh hay chậm.

Nếu đã chẩn đoán ung thư xương thì điều quan trọng cần xác định là nguyên phát hay thứ phát. Dữ kiện này rất quan trọng trong điều trị. Kết quả khám lâm sàng, xét nghiệm, X quang, chụp cắt lớp (scan), và sinh thiết được sử dụng để phân chia ung thư. Giai đoạn ung thư xác định ung thư đã di căn hay chưa và bao nhiêu mô bị ảnh hưởng.

Điều trị ung thư xương

Nhiều yếu tố được xem xét để quyết định phương pháp điều trị tốt nhất. Đó là: loại, vị trí, kích thước, sự lan rộng, tuổi tác, tổng trạng. Một kế hoạch điều trị được vạch ra phù hợp với mỗi bệnh nhân.

Các phương pháp điều trị

Đó là: phẫu thuật xạ trị, hoá trị. Bác sĩ thường phối hợp phương pháp điều trị phụ thuộc sự cần thiết của bệnh nhân. Bệnh nhân có thể được giới thiệu đến những bác sĩ chuyên về điều trị các loại ung thư. Thường thường, các chuyên gia làm việc với nhau như một đội gồm: phẫu thuật viên, chuyên gia ung thư ở nhi và chuyên gia xạ trị.

Phẫu thuật là một phần của điều trị ung thư xương. Bởi vì, bệnh có thể tái phát gần vị trí ban đầu, phẫu thuật viên lấy u và một phần xương lành và mô lành khác xung quanh u.

Khi ung thư xương ở một cánh tay hay chân, phẫu thuật viên cố gắng lấy u và một vùng mô lành xung quanh u. Thỉnh thoảng phẫu thuật viên có thể sử dụng một dụng cụ kim loại để thay thế phần xương bị lấy đi. Ở trẻ em, thay thế dụng cụ kim loại có thể kéo dài khi trẻ lớn. Cách thức bảo tồn chi này cần nhiều lần phẫu thuật để giữ sự kéo dài chi nhân tạo.

Tuy nhiên khi u lớn có lẽ đoạn chi là cần thiết. Nếu đoạn chi thì cần làm chi giả: chân, cánh tay, bàn tay, bàn chân.

Hoá trị là dùng thuốc giết tế bào ung thư. Thường phối hợp từ 3 loại thuốc trở lên, thuốc có thể uống hay tiêm vào cơ hay mạch máu. Thuốc theo dòng máu đi khắp cơ thể. Hoá trị được tiến hành nhiều đợt: sau một đợt điều trị là một khoảng thời gian hồi phục, tiếp sau đó là một điều trị mới và tiếp tục nhiều đợt.

Một số bệnh nhân điều trị hoá trị ngoại trú. Tuy nhiên, tùy theo loại thuốc điều trị, bệnh nhân cần phải ở trong bệnh viện một thời gian ngắn.

Hóa trị luôn phối hợp với phẫu thuật ung thư xương. Đôi lúc, hóa trị được dùng để thu nhỏ kích thước u trước khi phẫu thuật. Hóa trị còn là một điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật để diệt hết những tế

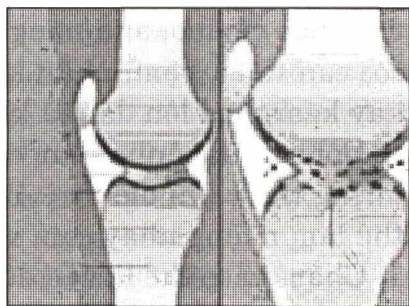
bào ung thư có thể còn sót lại trong cơ thể và phòng ngừa bệnh tái phát. Có khi bệnh nhân được hóa trị trước và sau phẫu thuật. Đối với vài loại ung thư xương hóa trị phối hợp với xạ trị. Hóa trị có thể được dùng để kiểm soát ung thư xương có di căn.

Xạ trị là dùng tia xạ năng lượng cao để làm tổn thương tế bào ung thư và ngăn chúng phát triển. Vài trường hợp, xạ trị dùng thay thế phẫu thuật để phá hủy u hay những tế bào ung thư còn sót lại sau phẫu thuật.

Bệnh nhân cần phải đến bệnh viện mỗi ngày để xạ trị. Thường điều trị 5 ngày một tuần, trong 5 đến 8 tuần.

Tác dụng phụ của điều trị ung thư xương?

Các phương pháp điều trị ung thư xương đều rất mạnh. Thật khó khăn để hạn chế những ảnh hưởng của điều trị, bởi không những tế bào ung thư bị phá hủy mà tế bào bình



thường cũng bị tổn thương. Điều đó cho thấy tại sao việc điều trị gây ra nhiều tác dụng phụ. Tác dụng phụ tùy thuộc vào phương pháp điều trị và vị trí u.

Phẫu thuật ung thư xương là một đại phẫu. Vùng phẫu thuật phải được theo dõi cẩn thận về nhiễm trùng. Phục hồi chức năng là phần quan trọng sau phẫu thuật.

Tác dụng phụ của hoá trị phụ thuộc loại thuốc điều trị, và mỗi người có phản ứng khác nhau. Hoá trị ảnh hưởng tế bào đang phát triển, như tế bào tạo máu và tế bào lót đường tiêu hoá. Kết quả là bệnh nhân bị tác dụng phụ như: dễ nhiễm trùng, chán ăn, buồn nôn, ói, loét miệng, cảm giác yếu sức, rụng tóc. Những tác dụng phụ này ảnh hưởng trong thời gian ngắn và thường hết khi ngưng điều trị.

Trong thời gian xạ trị, bệnh nhân có thể rất mệt mỏi vì điều trị liên tục. Quan trọng là bệnh nhân cần được nghỉ ngơi càng nhiều càng tốt. Vùng điều trị thường có phản ứng da đỏ hay khô, và da cần được bảo vệ dưới ánh nắng mặt trời, cần được chăm sóc cẩn thận, bệnh nhân không sử dụng dung dịch hay kem thoa lên da mà không có ý kiến bác sĩ.

Đối với vài bệnh nhân, cần thiết phải khám răng miệng trước khi điều trị. Bởi vì, điều trị ung thư có thể làm miệng nhạy cảm và dễ nhiễm trùng.

Chán ăn có thể là vấn đề trong quá trình điều trị ung thư. Ăn uống giúp bệnh nhân có thể chống lại tác dụng phụ tốt hơn, vì vậy dinh dưỡng tốt là quan trọng. Ăn tốt nghĩa là đủ năng lượng để ngăn không sụt cân và đủ đạm phục hồi, tái tạo lại mô bình thường. Nhiều bệnh nhân nhận thấy ăn nhiều

bữa nhỏ và ít tốt hơn là ba bữa lớn trong ngày.

Tác dụng phụ gặp phải trong điều trị thì thay đổi ở mỗi bệnh nhân. Thậm chí, khác nhau giữa những đợt điều trị. Nhiều nỗ lực để những tác dụng phụ này xảy ra ít nhất. May mắn thay, những tác dụng này là tạm thời. Bác sĩ, y tá, chuyên gia dinh dưỡng có thể giải thích tác dụng phụ do điều trị ung thư và đề nghị cách giải quyết.

Các nhà nghiên cứu quan tâm đến khả năng tác dụng phụ lâu dài ở người trẻ được điều trị với xạ trị và hoá trị, phụ thuộc vào vị trí u và cách điều trị. Vài loại hoá trị ảnh hưởng khả năng sinh sản của bệnh nhân. Nếu tác dụng phụ này thường xuyên nó có thể gây vô sinh, cả nam và nữ. Xạ trị có thể làm tăng khả năng u tái phát sẽ phát triển sau đó ở vùng đã điều trị. Bác sĩ có thể bàn bạc chi tiết với bệnh nhân và gia đình về những tác dụng phụ này.

Theo dõi đều đặn sau điều trị ung thư xương là điều quan trọng. Bác sĩ sẽ kiểm tra bệnh nhân chặt chẽ trong vài năm để chắc chắn ung thư không tái phát hay điều trị nhanh chóng nếu nó tái phát. Kiểm tra gồm: khám lâm sàng, xét nghiệm máu, X - quang, scan, và một số cận lâm sàng khác.

Điều trị ung thư có thể gây tác dụng phụ nhiều năm sau đó. Vì lý do này, bệnh nhân nên tiếp tục kiểm tra định kỳ và cho bác sĩ biết ngay bất cứ vấn đề nào mới xuất hiện.

Bệnh nhân bị đoạn chi cần trị liệu vật lý. Các nhà

vật lý trị liệu và bác sĩ chuyên về phục hồi chức năng giúp bệnh nhân học cách thực hiện những hoạt động hàng ngày theo cách mới, cách sử dụng chi giả.

Chẩn đoán ung thư làm thay đổi cuộc sống bệnh nhân và người thân của họ. Những thay đổi này khó có thể điều khiển được. Bệnh nhân, gia đình họ và bạn bè có nhiều cảm xúc khác nhau và đôi lúc lại lo sợ, hoang mang khi nghe nói bị ung thư.

Lúc này, bệnh nhân và người thân cảm thấy sợ hãi, giận dữ, hay trầm cảm. Đây là phản ứng bình thường khi họ đối mặt với vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Những bệnh nhân trẻ em và thiếu niên, thường có thể đương đầu những vấn đề này tốt hơn nếu họ có thể nói thoải mái về sức khỏe và cảm xúc của họ với gia đình và bạn bè. Chia sẻ cảm xúc với người khác có thể giúp mọi người thấy dễ chịu hơn, đó là cách để người khác thấy sự lo âu và yêu cầu hỗ trợ của họ.

Mối quan tâm về tương lai, như lo lắng về các kiểm tra, điều trị, nhập viện, viện phí. Việc nói với bác sĩ, y tá, nhân viên chăm sóc sức khỏe có thể trấn an những lo âu và cảm giác sợ hãi. Bệnh nhân có vai trò quyết định về việc chăm sóc và lựa chọn điều trị bằng cách đặt câu hỏi về ung thư xương. Họ có thể hỏi bất cứ điều gì mà họ thắc mắc, hoặc chưa tường tận. Bệnh nhân và gia đình có nhiều câu hỏi quan trọng và bác sĩ là người hợp lý nhất để trả lời.

Thỉnh thoảng, bệnh nhân dùng con số thống kê

ước tính cơ hội chữa trị của họ. Tuy nhiên, nên nhớ rằng đây chỉ số liệu trung bình, chúng được tính dựa trên số lượng lớn và không có hai bệnh nhân ung thư nào hoàn toàn giống nhau. Chỉ bác sĩ theo dõi trực tiếp bệnh nhân mới hiểu rõ tình hình để bàn bạc về cơ hội hồi phục (tiên lượng). Bác sĩ thường dùng từ “sống sót” hay “lui bệnh” hơn là khỏi bệnh. Tiên lượng đó có thể đúng ngay cả với nhiều bệnh nhân ung thư xương hoàn toàn hồi phục, bởi vì bệnh có thể tái phát.

Bệnh nhân ung thư xương có thể lo lắng về việc đoạn chi hay phẫu thuật khác sẽ ảnh hưởng đến vẻ bề ngoài của họ. Cha mẹ có thể lo lắng con họ không thể tham gia hoạt động bình thường ở trường học hay hoạt động xã hội. Người lớn (đã phẫu thuật) lo âu về việc làm, tham gia hoạt động xã hội và chăm sóc gia đình.

Bác sĩ có thể khuyên nhủ về điều trị, việc làm, đến trường, hay những hoạt động khác. Bệnh nhân cũng muốn thảo luận về những lo âu : tương lai, quan hệ gia đình, tài chính. Nếu khó nói với bác sĩ về cảm xúc hay những vấn đề cá nhân, bệnh nhân có thể nói với y tá, nhân viên xã hội hay người khuyên nhủ, thành viên các giáo hội.

Nhà vật lý trị liệu có thể giúp bệnh nhân thực hiện cách thức mới để làm việc. Đặc biệt quan trọng đối với những người mất một phần hay cả chi và học sử dụng chi giả.

Học cách sống với những thay đổi do bệnh ung thư xương sẽ dễ dàng hơn cho bệnh nhân và những người chăm sóc họ khi họ có sự trợ giúp thông tin và dịch vụ nâng đỡ. Nhiều bệnh nhân cảm thấy có ích khi nói chuyện với những người có hoàn cảnh giống họ, họ có thể gặp những người này do tự liên lạc hay nhờ nhóm trợ giúp.

Trong tương lai sự hiểu biết về ung thư xương ra sao?

Vào thời điểm này, sự hiểu biết về nguyên nhân ung thư xương thật là ít. Các bác sĩ ít khi cắt nghĩa được tại sao một người bị loại ung thư đặc biệt này còn người khác thì không. Tuy nhiên, chúng ta biết ung thư xương không phải là bệnh truyền nhiễm; không ai bị lây ung thư xương từ người khác.

Các nhà khoa học và các trung tâm y khoa nghiên cứu ung thư xương, đang cố gắng tìm kiếm những nguyên nhân gây bệnh này và cách dự phòng. Họ cũng đang tìm kiếm cách tốt hơn để chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư xương.

Tóm lược về ung thư xương

Ung thư xương nguyên phát thì hiếm.

Thường thấy ung thư ở xương do di căn từ phần khác của cơ thể. Không gọi là ung thư xương, mà

được gọi theo tên cơ quan hay mô bị ung thư nguyên phát.

Đau là triệu chứng thường thấy của ung thư ở xương.

Chẩn đoán ung thư xương dựa trên bệnh sử, khám lâm sàng, X - quang, xét nghiệm máu và xác định dựa trên sinh thiết .

Điều trị ung thư xương phụ thuộc vào loại ung thư, vị trí, kích thước, sự xâm lấn của u cũng như tổng trạng và tuổi tác bệnh nhân.

BỆNH BẠCH CẦU (UNG THƯ MÁU)

Bệnh bạch cầu là gì?

Bệnh bạch cầu là một kiểu ung thư. Ung thư là một nhóm có hơn 100 bệnh, có hai điều quan trọng chung. Một là những tế bào nhất định trong cơ thể trở thành dị thường. Điều nữa là thân thể tiếp tục sản sinh số lượng lớn những tế bào dị thường này.

Bệnh bạch cầu là ung thư của những tế bào máu. Để hiểu bệnh bạch cầu, thật có ích khi ta biết về những tế bào máu bình thường và cái gì xảy ra với chúng khi bệnh bạch cầu phát triển.

Tế bào máu bình thường

Máu gồm có chất dịch lỏng gọi là plasma và ba loại tế bào. Mỗi loại có chức năng riêng. Tế bào bạch cầu giúp đỡ cơ thể chống bệnh truyền nhiễm và những bệnh khác. Tế bào hồng cầu mang oxy từ phổi đến các mô cơ thể và lấy khí cacbonic từ mô quay trở lại phổi. Tế bào hồng cầu tạo màu đỏ của máu.

Tế bào tiểu cầu giúp đỡ tạo cục máu đông kiểm soát sự chảy máu.

Những tế bào máu được hình thành trong tủy xương, phần trung tâm mềm xốp của xương. Những tế bào máu mới (chưa trưởng thành) được gọi là các tế bào non. Vài tế bào non ở lại trong tủy để trưởng

thành. Một số tới những phần khác của cơ thể để trưởng thành.

Bình thường, những tế bào máu được sản sinh theo trật tự, được kiểm soát theo cách khi thân thể cần chúng. Quá trình này giữ cho chúng ta khoẻ mạnh.

Bệnh bạch cầu

Khi bệnh bạch cầu phát triển, cơ thể sản sinh một số lớn những tế bào máu bất thường. Trong đa số các kiểu bệnh ung thư máu, những tế bào dị thường là những bạch cầu. Tế bào bệnh bạch cầu (thông thường nhìn khác với tế bào máu bình thường và chúng không thực hiện đúng chức năng của chúng).

Nguyên nhân gây bệnh ung thư máu

Cho đến nay, chúng ta vẫn chưa biết nguyên nhân gây ra bệnh ung thư máu.

Những nhà nghiên cứu đang cố gắng giải quyết vấn đề này. Những nghiên cứu cho thấy rằng, ung thư máu thường gặp ở nam hơn nữ và những người da trắng thường mắc bệnh hơn những người da đen. Tuy nhiên, người ta vẫn chưa thể giải thích tại sao người này thì bị bệnh còn người kia lại không.

Qua việc nghiên cứu số lượng lớn người trên khắp thế giới, những nhà nghiên cứu đã tìm thấy những

yếu tố nguy cơ nhất định làm tăng nguy cơ phát triển bệnh bạch cầu. Ví dụ, sự tiếp xúc với một lượng lớn bức xạ năng lượng cao sẽ làm tăng nguy cơ bị bệnh bạch cầu. Ví dụ các chất phóng xạ được sản sinh sau vụ nổ bom nguyên tử ở Nhật Bản trong thời gian chiến tranh Thế giới thứ 2. Trong những nhà máy năng lượng hạt nhân, những quy tắc an toàn tuyệt đối nhằm bảo vệ công nhân và cộng đồng tránh tiếp xúc với khối lượng bức xạ có hại.

Một số tình trạng di truyền có thể tăng thêm nguy cơ cho bệnh bạch cầu. Đó là *Hội chứng Down*. Trẻ con sinh ra với hội chứng này có bệnh bạch cầu cao hơn so với trẻ khác.

Những công nhân tiếp xúc với hoá chất nhất định, trong cả một thời kỳ dài sẽ có nguy cơ cao bị ung thư máu. Benzen là một trong số hoá chất này. Đồng thời, vài thuốc sử dụng điều trị các loại *ung thư* khác có thể tăng thêm nguy cơ cho con người phát triển bệnh bạch cầu. Tuy nhiên, nguy cơ này rất nhỏ so với lợi ích mà hoá trị liệu mang lại. Các nhà khoa học đã xác định được loại virus có khả năng làm tăng thêm nguy cơ mắc ung thư máu. Những nhà khoa học khắp thế giới tiếp tục nghiên cứu virus và nguy cơ có thể khác cho bệnh bạch cầu. Bằng việc nghiên cứu vì sao bị ung thư máu, từ đó các nhà khoa học hy vọng hiểu rõ hơn phương pháp để ngăn chặn và điều trị bệnh bạch cầu.

Có những loại ung thư nào?

Có vài loại bệnh bạch cầu. Chúng được sắp xếp lại theo 2 cách. Một cách là theo sự phát triển nhanh chóng ra sao và tồi tệ đi như thế nào. Cách khác bởi kiểu tế bào máu bị ảnh hưởng.

Bệnh bạch cầu hoặc là cấp hoặc là kinh niên. Trong bệnh bạch cầu cấp, những tế bào máu dị thường là những tế bào non còn lưu giữ đặc tính chưa trưởng thành và không thể thực hiện những chức năng bình thường. Số lượng của tế bào non tăng thêm nhanh chóng, và bệnh trở thành xấu hơn đi nhanh chóng.

Trong bệnh bạch cầu kinh niên, một số tế bào non có mặt, nhưng nói chung, những tế bào này thì đã trưởng thành hơn và có thể thực hiện một số chức năng bình thường của chúng. Bệnh bạch cầu có thể xuất hiện trong cả hai kiểu bạch cầu chính: Những tế bào bạch huyết hoặc tế bào bạch tủy. Khi bệnh bạch cầu ảnh hưởng những tế bào bạch huyết, nó được gọi bệnh bạch cầu tế bào lymphô. Khi những tế bào tủy bị ảnh hưởng, bệnh được gọi tủy xương hoặc bệnh bạch cầu tạo tủy.

Bệnh bạch cầu dòng lymphô cấp là thể thường gặp nhất của bệnh bạch cầu ở trẻ em. Bệnh này cũng gây ra ở người lớn, đặc biệt là ở tuổi 65 hoặc già hơn.

Bệnh bạch cầu dòng tủy hầu hết thường ảnh

hưởng đến người lớn tuổi hơn 55. Nó thường xảy ra ở người trẻ hơn, nhưng hầu như không bao giờ gây bệnh ở trẻ em. Bệnh bạch cầu dòng tủy mạn chủ yếu xảy ra ở người lớn. Rất ít trẻ em bị bệnh này.

Bệnh bạch cầu tế bào lông là một thể không bình thường của bệnh bạch cầu mạn. Thể loại này và loại bất thường khác của bệnh bạch cầu không được bàn đến ở đây.

Bệnh này cũng ảnh hưởng đến người lớn, đặc biệt những người tuổi 65 và già hơn.

Các triệu chứng của bệnh bạch cầu là gì?

Những tế bào bệnh bạch cầu dị thường không thể làm việc bình thường. Chúng không thể giúp đỡ cơ thể đấu tranh chống lại bệnh truyền nhiễm. Vì lý do này, những người mắc bệnh bạch cầu thường dễ bị nhiễm trùng và sốt.

Đồng thời, những người mắc bệnh bạch cầu thường có số lượng hồng cầu và tiểu cầu ít hơn người bình thường. Kết quả là không có đủ hồng cầu để mang oxy tới khắp các cơ quan trong cơ thể. Điều kiện này, được gọi là sự thiếu máu, những bệnh nhân có thể trông nhợt nhạt và cảm thấy yếu và mệt. Khi không có đủ tiểu cầu, người bệnh dễ bị chảy máu và bầm tím da.

Như tất cả các tế bào máu, những tế bào bạch cầu cũng đi khắp cơ thể. Phụ thuộc vào số lượng tế

bào dị thường và nơi mà những tế bào này tập trung, những bệnh nhân bạch cầu có thể có một số triệu chứng.

Trong bệnh bạch cầu cấp, những triệu chứng xuất hiện và trở nên tồi hơn nhanh chóng. Những người mắc bệnh này thường đến gặp bác sĩ vì họ cảm thấy ốm đi nhanh chóng. Trong bệnh bạch cầu kinh niên, những triệu chứng có thể không xuất hiện trong một thời gian dài. Khi những triệu chứng xuất hiện, lúc đầu nhẹ, sau đó xấu dần đi. Bác sĩ phát hiện bệnh bạch cầu kinh niên khi khám và làm xét nghiệm máu thường qui, mặc dù trước đó người bệnh không có bất kỳ triệu chứng nào.

Sau đây là triệu chứng chung của bệnh bạch cầu:

- Sốt, rét run và triệu chứng giống như cảm cúm khác.
- Yếu và mệt.
- Bị nhiễm trùng thường xuyên.
- Kém ăn và giảm cân.
- Sưng đau hạch bạch huyết, gan, lách to.
- Bầm tím và chảy máu dễ dàng.
- Sưng và chảy máu chân răng.
- Vã mồ hôi, đặc biệt về đêm.
- Đau khớp và xương.

Trong bệnh bạch cầu cấp, tế bào bất thường có thể tập trung trong não hoặc tủy sống (cũng được gọi là hệ thần kinh trung ương). Kết quả có thể là những bệnh nhức đầu, nôn, lú lẫn, mất kiểm soát

cơ bắp, và cơ giết. Trong bệnh bạch cầu, tế bào cũng có thể tập hợp ở tinh hoàn và gây sưng to. Một số bệnh nhân thấy đau ở mắt hoặc trên da. Bệnh bạch cầu cũng có thể ảnh hưởng bộ máy tiêu hoá, thận, hoặc những bộ phận khác của cơ thể.

Trong bệnh bạch cầu kinh niên, những tế bào máu dị thường có thể từ từ tập hợp trong nhiều bộ phận của cơ thể. Bệnh bạch cầu kinh niên có thể ảnh hưởng đến da, hệ thần kinh trung ương, bộ máy tiêu hoá, thận và tinh hoàn.

Chẩn đoán bệnh bạch cầu

Để tìm thấy nguyên nhân, bác sĩ hỏi về tiền sử bệnh lý và thăm khám lâm sàng. Ngoài sự kiểm tra sức khoẻ nói chung, bác sĩ sẽ kiểm tra những bộ phận khác xem có thấy sưng lên ở gan, lách, và ở những hạch bạch huyết ở nách, bẹn và cổ hay không.

Những xét nghiệm máu cũng giúp đỡ trong chẩn đoán. Một mẫu máu được khảo sát dưới kính hiển vi để xem hình thể tế bào và để xác định số lượng tế bào trưởng thành và tế bào non. Mặc dầu những xét nghiệm máu có thể biểu lộ ra rằng bệnh nhân có bệnh bạch cầu, chúng có thể không chỉ ra kiểu bệnh bạch cầu là gì.

Để kiểm tra hơn nữa cho những tế bào bạch cầu hoặc nói kiểu bệnh bạch cầu mà bệnh nhân có, bác sĩ huyết học, nhà ung thư, hoặc nhà giải phẫu bệnh

khảo sát một mẫu tủy xương dưới kính hiển vi. Bác sĩ sẽ dùng một cây kim đâm vào vùng xương hông (xương chậu), để rút một ít tủy xương lỏng khảo sát dưới kính hiển vi để tìm những bất thường. Thủ thuật này được gọi là hút tủy xương để làm tủy đồ. Sinh thiết tủy xương được thực hiện với một cái kim to hơn và hút mảnh nhỏ của xương và tủy xương.

Nếu những tế bào bệnh bạch cầu được tìm thấy trong mẫu tủy xương, bác sĩ sẽ đề nghị những xét nghiệm khác tìm ra phạm vi bệnh. Dùng kim chọc dò tủy sống (chọc ống sống thắt lưng) kiểm tra những tế bào bệnh bạch cầu trong dịch lỏng mà nó làm đầy những không gian bên trong và xung quanh não và tủy sống (dịch não tủy). Chụp X - quang ngực có thể phát hiện ra dấu hiệu của bệnh trong ngực.

Điều trị bệnh bạch cầu

Việc điều trị bệnh bạch cầu rất phức tạp. Nó thay đổi tùy theo loại bệnh bạch cầu và không phải là giống nhau cho tất cả các bệnh nhân. Kết quả điều trị được tính toán chọn lựa để phù hợp với nhu cầu của từng bệnh nhân. Sự điều trị phụ thuộc không chỉ vào kiểu bệnh bạch cầu mà còn vào những đặc tính nhất định của tế bào bệnh bạch cầu, phạm vi bệnh, và bệnh bạch cầu đã được điều trị trước đó hay chưa. Nó cũng phụ thuộc vào tuổi bệnh nhân, triệu chứng, và sức khỏe nói chung.

Bất cứ khi nào có thể, bệnh nhân cần phải được điều trị tại trung tâm y học có các bác sĩ có kinh nghiệm trong việc điều trị bạch cầu.

Bệnh bạch cầu cấp cần điều trị ngay tức thì. Mục đích của điều trị là mang lại sự giảm nhẹ bệnh. Rồi, khi không có bằng chứng của bệnh, nhiều liệu pháp chữa bệnh hơn có thể được đưa để ngăn ngừa một sự tái phát. Nhiều người với bệnh bạch cầu cấp có thể được điều trị khỏi.

Những bệnh nhân bị bệnh bạch cầu mạn không có triệu chứng có thể không yêu cầu sự điều trị tức thời. Tuy nhiên, họ cần phải kiểm tra y khoa thường xuyên sao cho bác sĩ có thể xem liệu bệnh có đang tiến triển hay không. Khi việc điều trị là cần thiết, điều trị giúp kiểm soát bệnh và triệu chứng. Tuy nhiên, bệnh bạch cầu kinh niên có thể hiếm khi được điều trị khỏi.

Nhiều bệnh nhân và những gia đình của họ muốn biết tất cả những điều họ có thể về bệnh bạch cầu và sự lựa chọn điều trị để họ có thể nắm lấy một phần tích cực trong những quyết định về chăm sóc y khoa. Bác sĩ là người tốt nhất để trả lời những câu hỏi này. Khi bàn luận về điều trị, bệnh nhân (hoặc, trong trường hợp trẻ em, gia đình bệnh nhân) có thể muốn nói với bác sĩ về sự nghiên cứu các phương pháp điều trị mới.

Chẩn đoán ung thư làm thay đổi cuộc sống bệnh nhân và người thân của họ. Những thay đổi này

khó có thể điều khiển được. Bệnh nhân và gia đình họ và bạn bè có nhiều cảm xúc khác nhau và đôi lúc hoảng sợ.

Lúc này, bệnh nhân và người thân cảm thấy sợ hãi, giận dữ, hay trầm cảm. Đây là phản ứng bình thường khi họ đối mặt với vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Những bệnh nhân trẻ em và thiếu niên, thường có thể đương đầu những vấn đề này tốt hơn nếu họ có thể nói thoải mái về sức khỏe và cảm xúc của họ với gia đình và bạn bè. Chia sẻ cảm xúc với người khác có thể giúp mọi người thấy dễ chịu hơn.

Mối quan tâm tương lai, như lo lắng về các kiểm tra, điều trị, nhập viện, viện phí. Việc nói với bác sĩ, y tá, nhân viên chăm sóc sức khỏe có thể trấn an những cảm giác lo âu và sợ hãi của họ. Bệnh nhân có vai trò quyết định về việc chăm sóc và lựa chọn phương pháp điều trị bằng cách đặt câu hỏi về ung thư máu. Họ có thể hỏi bất cứ điều gì mà họ thắc mắc, chưa tường tận. Bệnh nhân và gia đình có nhiều câu hỏi quan trọng và bác sĩ là người trả lời những câu hỏi đó.

Thỉnh thoảng, bệnh nhân dùng con số thống kê ước tính cơ hội chữa trị của họ. Tuy nhiên, nên nhớ rằng đây chỉ số liệu trung bình, chúng được tính dựa trên số lượng lớn và không có hai bệnh nhân ung thư nào hoàn toàn giống nhau. Chỉ bác sĩ theo dõi trực tiếp bệnh nhân mới hiểu rõ tình hình để bàn bạc về cơ hội hồi phục (tiên lượng). Bác sĩ

thường dùng “sống sót” hay “lui bệnh” hơn là khỏi bệnh. Ngay cả đối với những bệnh nhân ung thư máu hoàn toàn hồi phục, bác sĩ cũng sẽ có câu trả lời như vậy, bởi vì bệnh có thể tái phát.

Bệnh nhân cũng muốn thảo luận về những lo âu: tương lai, quan hệ gia đình, tài chính. Nếu khó nói với bác sĩ về cảm xúc hay những vấn đề cá nhân, bệnh nhân có thể nói với y tá, nhân viên tư vấn.

Học cách sống với những thay đổi do bệnh ung thư máu sẽ dễ dàng hơn cho bệnh nhân và những người chăm sóc họ khi họ có sự trợ giúp thông tin và dịch vụ nâng đỡ. Nhiều bệnh nhân cảm thấy có ích và được giải tỏa tâm lý khi nói chuyện với những người có hoàn cảnh giống họ.

Những phương pháp điều trị

Đa số các bệnh nhân bệnh bạch cầu được điều trị với liệu pháp chữa bệnh hoá chất. Một số khác điều trị bằng phóng xạ và ghép tủy xương (BMT) hoặc liệu pháp sinh học. Trong vài trường hợp, giải phẫu để cắt lách (một phẫu thuật gọi là cắt bỏ lách) có thể là một phần của kế hoạch điều trị.

Hoá trị liệu là sự sử dụng thuốc để giết tế bào ung thư. Phụ thuộc vào loại bệnh bạch cầu, bệnh nhân có thể nhận một liều thuốc đơn hoặc một sự kết hợp hai hoặc hơn nữa loại thuốc điều trị.

Vài thuốc chống ung thư có thể được uống qua

đường miệng. Hầu hết được tiêm thuốc vào tĩnh mạch. Thường, bệnh nhân cần có nhiều đường tĩnh mạch để nhận thuốc, thực hiện bằng cách dùng kim luồn vào tĩnh mạch. Một đầu ống nhỏ mềm dẻo được đặt vào trong tĩnh mạch lớn, thường trong ngực trên. Những thuốc được cho vào trong ống hơn là trực tiếp vào trong một tĩnh mạch, để tránh sự khó chịu của những lần bơm tiêm nhắc lại và gây thương tổn đến da.

Thuốc chống ung thư được đưa vào cơ thể qua đường tiêm và đường uống vào dòng máu và ảnh hưởng tới các tế bào bệnh bạch cầu trong đa số các bộ phận của cơ thể. Tuy nhiên những thuốc này thường không đến được những tế bào trong hệ thần kinh trung ương bởi vì chúng bị ngăn lại bởi hàng rào máu não. Hàng rào bảo vệ này được hình thành bởi một mạng những mạch máu, nó lọc máu đi tới não và tủy sống. Để thuốc có thể đi đến những tế bào bệnh bạch cầu trong hệ thần kinh trung ương, bác sĩ sử dụng phép chữa bệnh hoá chất trong vỏ não. Trong kiểu điều trị này, thuốc chống ung thư trực tiếp được tiêm vào trong dịch não - tủy.

Phép chữa bệnh hoá chất trong vỏ có thể được đưa vào theo hai cách. Một số bệnh nhân nhận thuốc tiêm vào trong phần thấp của cột sống. Những người khác, đặc biệt là trẻ con, nhận phép chữa bệnh hoá chất trong vỏ não thông qua một ống loại đặc biệt gọi là kho dự trữ Ommaya. Thiết bị

này được đặt dưới da đầu, nơi mà nó cung cấp một đường mòn tới dịch não - tủy. Việc tiêm thuốc chống ung thư vào trong kho chứa thay vì vào trong xương sống có thể làm phép chữa bệnh hoá chất trong vỏ dễ hơn và thuận tiện hơn cho bệnh nhân.

Phép chữa bệnh hoá chất được đưa vào trong theo chu kỳ: thời kỳ điều trị theo sau đó là giai đoạn hồi phục, rồi thời kỳ điều trị khác, vân vân. Trong vài trường hợp, bệnh nhân được điều trị ngoại trú bệnh viện, ở phòng mạch bác sĩ hoặc ở nhà. Tuy nhiên, phụ thuộc vào những thuốc nào đã cho và sức khoẻ chung của bệnh nhân, sự nằm viện có lẽ cũng cần thiết.

Liệu pháp phóng xạ được sử dụng cùng với phép chữa bệnh hoá chất cho vài loại bệnh bạch cầu. Liệu pháp phóng xạ (cũng được gọi là trị liệu học bức xạ) sử dụng những tia sáng năng lượng cao để làm hư hại những tế bào ung thư và ngăn chúng phát triển. Sự bức xạ đến từ một máy lớn. Liệu pháp phóng xạ cho bệnh bạch cầu có thể được đưa vào theo hai cách. Đối với một số bệnh nhân, bác sĩ có thể định hướng tia xạ tới một vùng đặc biệt của thân thể nơi có sự tập trung của các tế bào bệnh bạch cầu, như lách hoặc tinh hoàn. Những bệnh nhân khác có thể nhận sự bức xạ trực tiếp tới toàn bộ thân thể. Kiểu liệu pháp phóng xạ này, được gọi là sự bức xạ tổng số - thân thể, thường được chỉ định trước khi cấy ghép tủy xương.

Ghép tủy cũng có thể cũng được sử dụng cho vài bệnh nhân. Tủy xương sản sinh bệnh bạch cầu của bệnh nhân được phá huỷ bởi những liều cao của những thuốc và sự bức xạ và rồi được thay thế bởi tủy xương mạnh khoẻ. Tủy xương mạnh khoẻ có thể lấy từ một người cho, hoặc nó có thể là tủy của chính bệnh nhân sau khi đã lấy ra và diệt tế bào ung thư bằng hoá chất hoặc tia xạ rồi đưa ngược trở lại cơ thể người bệnh. Những bệnh nhân được cấy mô tủy xương thông thường ở lại bệnh viện trong vài tuần, cho đến khi tủy xương cấy bắt đầu sản sinh đủ bạch cầu. Trong suốt thời gian này bệnh nhân phải được bảo vệ cẩn thận tránh bị nhiễm trùng.

Liệu pháp sinh học là bao gồm việc điều trị bằng những chất có tác động tới hệ miễn dịch, giúp cơ thể chống lại bệnh ung thư. Interferon là chất dùng trong liệu pháp sinh học.

Thử nghiệm lâm sàng

Có nhiều bệnh nhân bị bệnh bạch cầu (ung thư máu) tham gia vào thử nghiệm lâm sàng. Thử nghiệm lâm sàng giúp các bác sĩ tìm hiểu xem liệu một phác đồ điều trị mới có an toàn và hiệu quả hay không. Thử nghiệm lâm sàng cũng giúp các bác sĩ hiểu được tác dụng của điều trị cũng như phản ứng phụ của nó.

Những bệnh nhân tham gia thử nghiệm cũng có

thể là những người đầu tiên được điều trị bằng các phác đồ mới có nhiều hứa hẹn trong nghiên cứu. Trong nhiều nghiên cứu, một số bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ mới trong khi số khác thì được điều trị bằng phác đồ chuẩn đã có từ trước và qua đó các bác sĩ sẽ so sánh sự khác biệt về hiệu quả điều trị. Những bệnh nhân tham gia nghiên cứu đã đóng góp một phần quan trọng cho sự phát triển của y học. Mặc dù họ có thể gặp vài rủi ro nhưng họ có thể trở thành những người đầu tiên được hưởng lợi từ các phương pháp điều trị tiên tiến.

Các bác sĩ đang nghiên cứu các phương pháp điều trị mới cho tất cả các loại bệnh bạch cầu (ung thư máu). Họ đang thử nghiệm các loại thuốc mới, cách phối hợp thuốc hay sử dụng thuốc theo một trình tự mới. Họ cũng đang nghiên cứu phương cách cải thiện vấn đề ghép tủy.

Nhiều thử nghiệm lâm sàng liên quan đến các loại sinh trị liệu khác nhau. Interleukin và các yếu tố kích thích đơn dòng (yếu tố kích thích được tạo từ phương pháp vô tính) là những dạng sinh trị liệu đang được nghiên cứu để điều trị ung thư máu. Thông thường thì sinh trị liệu được kết hợp với hoá trị liệu hoặc ghép tủy xương. Bệnh nhân bị ung thư máu (hoặc gia đình họ) nên thảo luận với bác sĩ nếu họ muốn tham gia vào thử nghiệm lâm sàng.

Chăm sóc hỗ trợ

Bệnh ung thư máu bản thân nó và các phương pháp điều trị có thể gây ra một số biến chứng và tác dụng phụ. Bệnh nhân được chăm sóc hỗ trợ để ngừa và kiểm soát những biến chứng này cũng như để cải thiện chất lượng sống của họ trong quá trình điều trị. Vì bệnh nhân ung thư máu rất dễ bị nhiễm trùng cơ hội nên họ cần được dùng kháng sinh và một số thuốc khác để phòng ngừa. Những bệnh nhân này nên tránh tiếp xúc với đám đông hay những người đang bị cảm cúm hay đang bị một bệnh nhiễm trùng nào đó. Một khi bị nhiễm trùng thì họ cần phải nhập viện và điều trị kịp thời vì nó có thể làm cho sức khoẻ của họ trở nên trầm trọng.

Thiếu máu và chảy máu cũng là những vấn đề cần chăm sóc nâng đỡ. Truyền hồng cầu có thể giảm triệu chứng khó thở và mệt mỏi do thiếu máu gây ra ở bệnh nhân. Truyền tiểu cầu giúp giảm nguy cơ chảy máu trầm trọng.

Chăm sóc nha khoa cũng rất quan trọng. Ung thư máu và hoá trị liệu có thể làm cho vùng miệng rất dễ bị nhiễm trùng và chảy máu. Các bác sĩ thường khuyên bệnh nhân khám nha khoa tổng quát trước khi bắt đầu hoá trị. Các nha sĩ sẽ giúp bệnh nhân cách giữ răng miệng sạch sẽ và tốt trong suốt quá trình điều trị.

Điều trị ung thư máu có những tác dụng phụ gì?

Việc điều trị ung thư máu sẽ phá hủy cả tế bào ung thư máu và tế bào bình thường. Kiểm soát để hạn chế tác động của thuốc lên tế bào bình thường chỉ còn tác động lên tế bào ung thư máu để giảm tác dụng phụ của thuốc là một việc rất khó thực hiện.

Điều trị ung thư có rất nhiều tác dụng phụ. Chúng phụ thuộc chủ yếu vào loại phác đồ cũng như thời gian điều trị. Mỗi người sẽ có những phản ứng khác nhau và thậm chí trên cùng một bệnh nhân phản ứng phụ ở đợt điều trị này có thể khác những đợt khác. Nỗ lực của các nhà chuyên môn là giảm tác dụng phụ đến mức tối thiểu.

Các bác sĩ và y tá có thể giải thích những tác dụng phụ cho bệnh nhân biết và hướng dẫn họ thay đổi thuốc, chế độ ăn uống hay các biện pháp nào khác để đối phó.

Điều trị bệnh bạch cầu cấp bằng thuốc

Tác dụng phụ của hoá trị liệu phụ thuộc chủ yếu vào loại thuốc bệnh nhân sử dụng. Ngoài ra, cũng như các phương pháp trị liệu khác, tác dụng phụ ở mỗi người sẽ khác nhau. Thường thì thuốc chống ung thư tác động lên các tế bào đang trong giai đoạn phân chia. Các tế bào ung thư có đặc điểm

phân chia nhiều hơn tế bào bình thường nên bị tác động bởi hoá trị liệu nhiều hơn. Tuy nhiên một số tế bào bình thường cũng bị phá huỷ. Các tế bào thường hay phân chia gồm tế bào máu; tế bào ở gốc lông, tóc hay ở đường tiêu hoá thường dễ bị phá huỷ. Khi hoá trị liệu ảnh hưởng lên tế bào bình thường nó sẽ làm giảm sức đề kháng của bệnh nhân đối với tình trạng nhiễm trùng và bệnh nhân có thể mất năng lượng và dễ bị bầm tím hay chảy máu. Đa số các tác dụng phụ sẽ hết từ từ trong giai đoạn hồi phục giữa các đợt điều trị và sau khi ngưng điều trị.

Một số loại thuốc chống ung thư có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của bệnh nhân. Kinh nguyệt có thể bị rối loạn hay ngưng hẳn và phụ nữ có thể bị triệu chứng mãn kinh như những cơn nóng bừng và khô âm đạo. Nam giới có thể ngưng tạo tinh trùng. Vì các biến đổi này có thể là vĩnh viễn nên ở một số nước, một số đàn ông chọn cách giữ tinh trùng đông lạnh. Hầu hết trẻ em được điều trị ung thư máu có khả năng sinh sản bình thường khi chúng lớn lên. Tuy nhiên tùy theo loại thuốc và liều lượng sử dụng cũng như tuổi mà một số trẻ em trai và gái không thể có con khi họ trưởng thành.

Xạ trị

Bệnh nhân bị xạ trị có thể rất mệt mỏi cho nên nghỉ ngơi là quan trọng nhưng các bác sĩ lại khuyên bệnh nhân vẫn duy trì hoạt động như trước.

Khi được xạ trị trực tiếp lên đầu thì bệnh nhân thường bị rụng tóc. Xạ trị có thể làm cho da đầu tại vùng chiếu xạ bị đỏ, khô, gòn và ngứa. Bệnh nhân nên được hướng dẫn cách chăm sóc da đầu sạch sẽ. Họ không nên sử dụng bất cứ loại nước hoa hay kem thoa lên vùng da chiếu xạ mà không tham khảo ý kiến của bác sĩ. Xạ trị có thể gây buồn nôn, nôn và mất cảm giác ngon miệng. Những tác dụng phụ này là tạm thời và các bác sĩ, y tá có thể đề nghị cách kiểm soát chúng cho đến khi hoàn tất điều trị. Tuy nhiên một số tác dụng phụ có thể kéo dài. Trẻ em (đặc biệt là những trẻ nhỏ tuổi) được chiếu xạ ở não có thể ảnh hưởng đến việc học tập. Vì lý do này mà các bác sĩ sử dụng liều xạ trị thấp nhất có thể được và chỉ áp dụng cho những trẻ không thể điều trị bằng hoá trị đơn lẻ. Xạ trị tinh hoàn có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản cũng như việc sản xuất hormone. Hầu hết những bé trai bị xạ trị tinh hoàn không thể có con sau này và trẻ cần phải sử dụng hoóc môn thay thế.

Ghép tủy xương

Bệnh nhân ghép tủy xương đối diện với nguy cơ nhiễm trùng, chảy máu và các tác dụng khác do được hoá trị và xạ trị với một liều lượng lớn.

Ngoài ra bệnh ký chủ thải ghép có thể xảy ra ở người nhận tủy ghép từ một người khác cho. Trong

bệnh này tùy của người cho phản ứng chống lại mô của ký chủ (thường là gan, da và đường tiêu hoá). Bệnh này có thể từ mức độ nhẹ đến trầm trọng và có thể xảy ra vào bất cứ thời điểm nào sau khi ghép (thập chí vài năm sau). Có thể cho thuốc để làm giảm nguy cơ bệnh này và điều trị những biến chứng do nó gây ra.

Vấn đề dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư

Một số bệnh nhân ung thư rất khó ăn uống, họ có thể mất cảm giác ngon miệng. Ngoài ra họ còn mắc phải những biến chứng thường gặp trong quá trình điều trị như buồn nôn, nôn, đau miệng nên việc ăn uống có thể trở nên khó khăn. Một vài bệnh nhân thay đổi cảm giác đối với thức ăn (có thể trước đây họ thích ăn một loại thức ăn nào đó nhưng bây giờ lại không thích thậm chí thấy sợ loại thức ăn đó).

Ăn uống tốt có nghĩa là phải cung cấp đầy đủ năng lượng và protein để tránh sụt cân và lấy lại sức lực. Những bệnh nhân nào ăn uống tốt trong suốt quá trình điều trị sẽ cảm thấy tốt hơn và có nhiều năng lượng hơn, họ có thể vượt qua được những tác dụng phụ trong quá trình điều trị.

Các bác sĩ, y tá và các nhà dinh dưỡng có thể tư vấn cho việc ăn uống trong quá trình điều trị ung thư.

Điều gì xảy ra sau khi điều trị ung thư máu?

Tái khám đều đặn định kỳ là một việc hết sức quan trọng trong điều trị ung thư máu. Bác sĩ sẽ tiếp tục kiểm tra bệnh nhân chặt chẽ để chắc rằng ung thư không tái phát lại. Kiểm tra bao gồm kiểm tra máu, tủy xương và dịch não tủy. Mỗi lần kiểm tra bác sĩ phải khám lâm sàng cẩn thận.

Điều trị ung thư có thể gây ra các tác dụng phụ sau nhiều năm. Vì lý do này nên bệnh nhân phải tiếp tục được kiểm tra định kỳ và phải báo những thay đổi về mặt sức khỏe cho bác sĩ ngay khi nó xảy ra. Sống với một bệnh trầm trọng không phải là việc dễ. Bệnh nhân bị ung thư và những người chăm sóc họ phải đối mặt với nhiều vấn đề và thử thách lớn. Nếu được cung cấp những thông tin hữu ích và các dụng cụ hỗ trợ thì việc đối phó với những khó khăn này sẽ dễ dàng hơn.

Bệnh nhân ung thư có thể lo lắng về công việc làm, về việc chăm lo cho gia đình hay những trách nhiệm khác. Cha mẹ đứa trẻ bị ung thư máu có thể lo lắng không biết con họ có thể học hành hay sinh hoạt bình thường hay không, chính những đứa trẻ cũng rất buồn vì không được tham gia những trò chơi với các bạn bè khác. Ngoài ra, những lo lắng về các xét nghiệm, phương pháp điều trị, ăn ở trong bệnh viện cũng như chi phí điều trị là những vấn đề thường gặp. Bác sĩ, y tá và các nhân viên y tế

khác có thể trả lời những câu hỏi về điều trị, công việc hay các khía cạnh khác. Việc gặp gỡ người làm công tác xã hội, nhà tư vấn hay người làm từ thiện có thể hữu ích cho những bệnh nhân muốn bày tỏ những tâm tư tình cảm của mình.

Bạn bè và người thân là những người hỗ trợ nhiều nhất. Nhiều bệnh nhân cũng cảm thấy nhẹ nhõm khi thảo luận những vấn đề của họ với những người bị ung thư khác. Bệnh nhân ung thư thường thành lập những nhóm tương trợ, tại đó họ có thể chia sẻ những kinh nghiệm về cách đối phó với ung thư và hiệu quả điều trị với nhau. Ngoài những nhóm tương trợ của người lớn còn có những nhóm hỗ trợ đặc biệt cho trẻ em ung thư hoặc gia đình của họ ở nhiều thành phố. Tuy nhiên một điều quan trọng cần ghi nhớ là mỗi bệnh nhân là một thể giới riêng biệt. Việc điều trị và cách tiếp cận với bệnh ung thư có thể áp dụng được cho bệnh nhân này nhưng lại không đúng cho bệnh nhân khác thậm chí nếu cả hai mắc cùng một loại bệnh ung thư. Cách tốt nhất là phối hợp thảo luận giữa bạn bè, gia đình bệnh nhân với bác sĩ.

Thường thì những nhân viên hoạt động xã hội tại bệnh viện hay phòng khám có thể đề nghị những hội, nhóm có thể giúp khôi phục, nâng đỡ tinh thần, hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân.

Tương lai của bệnh nhân ung thư máu?

Các nhà nghiên cứu đang tìm thấy những phương cách tốt hơn để điều trị ung thư máu và cơ hội hồi phục đang được cải thiện. Một điều hết sức tự nhiên là bệnh nhân ung thư và gia đình họ rất quan tâm về tương lai của họ. Một số người lấy chỉ số tỉ lệ sống còn và một vài thông số thống kê khác để cố đoán xem bệnh nhân có được chữa khỏi hay còn sống được bao lâu nữa.

Tuy nhiên một điều quan trọng mà họ cần nhớ đó là những thông số thống kê là những trị số trung bình được lấy từ một số lớn bệnh nhân. Chúng không thể được sử dụng để tiên đoán xem điều gì sẽ xảy ra cho một bệnh nhân nào đó vì không có hai bệnh nhân ung thư nào là giống nhau. Điều trị và đáp ứng điều trị rất khác biệt giữa các bệnh nhân ung thư. Người tiên lượng tốt nhất chính là bác sĩ điều trị cho bệnh nhân. Bệnh nhân và gia đình nên bình tĩnh để hỏi bác sĩ về tiên lượng bệnh, nhưng họ cần lưu ý rằng thậm chí bác sĩ cũng không thể biết chính xác điều gì sẽ xảy ra.

Bác sĩ thường nói về khía cạnh sống còn của bệnh ung thư và họ có thể sử dụng thuật ngữ thuyên giảm hơn là chữa khỏi. Thậm chí ở nhiều bệnh nhân ung thư máu được chữa khỏi họ cũng sử dụng thuật ngữ này (tức bác sĩ nói là bệnh thuyên giảm) vì bệnh có thể tái phát trở lại.

Bệnh nhân ung thư máu nên lấy thông tin ở đâu?

Thông tin về bệnh ung thư có rất nhiều. Bạn có thể gặp bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn hoặc có thể tìm kiếm thêm thông tin tại thư viện hay hiệu sách.

Tóm lược bệnh bạch cầu.

Bệnh bạch cầu được chia nhóm bằng cách xác định sự phát triển nhanh của bệnh (cấp và mãn) cũng như loại tế bào máu bị ảnh hưởng.

Bệnh nhân bị bệnh bạch cầu rõ ràng có nguy cơ nhiễm trùng, chảy máu và thiếu máu cao.

Chẩn đoán bệnh bạch cầu được hỗ trợ bởi việc tìm thấy tiền sử y khoa và thăm khám, xét nghiệm máu dưới kính hiển vi. Tế bào bệnh bạch cầu được phát hiện và phân loại nhờ vào chọc hút tủy và sinh thiết tủy xương.

Điều trị bệnh bạch cầu phụ thuộc vào loại bệnh bạch cầu, một số đặc điểm của bệnh bạch cầu, phạm vi điều trị, và tiền sử trước đó của điều trị, cũng như tuổi tác và tình trạng sức khỏe chung của bệnh nhân.

Hầu hết bệnh nhân bị bệnh bạch cầu được điều trị với hoá trị liệu. Một số bệnh nhân cũng được điều trị bằng liệu pháp phóng xạ và cấy ghép tủy xương.

UNG THƯ TẾ BÀO GAN

Ung thư tế bào gan (HCC) là gì?

Ung thư tế bào gan là ung thư xuất phát từ gan. Nó còn được gọi là ung thư gan nguyên phát hoặc ung thư gan. Gan được cấu tạo từ nhiều loại tế bào khác nhau (ví dụ tế bào ống mật, mạch máu và những tế bào dự trữ mỡ). Tuy nhiên, 80% mô gan là do tế bào gan tạo nên. Vì vậy, ung thư gan nguyên phát chủ yếu (>90-95%) xuất phát từ tế bào gan và được gọi là ung thư tế bào gan hoặc carcinoma.

Tuy nhiên, khi bệnh nhân hoặc thầy thuốc nói ung thư gan thì điều đó cũng có thể là ung thư gan do ung thư từ nơi khác lan tới (như là đại tràng, dạ dày, tụy tạng, tuyến vú và phổi). Đặc biệt hơn, loại ung thư gan này được gọi là bệnh ung thư gan do di căn (ung thư gan thứ phát) hoặc ung thư tế bào gan (ung thư gan nguyên phát).

Ung thư dạng phôi sori là gì?

Ung thư dạng phôi sori là một dạng khác của HCC được tìm thấy ở bệnh nhân không phải xơ gan, thường ở bệnh nhân trẻ giữa độ tuổi 20-40. Thật ra, những bệnh nhân này không kèm xơ gan và không có yếu tố nguy cơ bị HCC. AFP ở những bệnh nhân này thường bình thường. Hình ảnh của

ung thư dạng 편 sởi dưới kính hiển vi thì rất đặc trưng. Đó là những dải băng rộng của mô sẹo chạy bất ngang qua những tế bào gan ung thư.

Điều quan trọng là ung thư dạng 편 sởi có tiên lượng tốt hơn nhiều so với các loại HCC thường. Vì vậy, thậm chí nếu ung thư dạng 편 sởi có lan rộng thì bệnh nhân vẫn thành công khi phẫu thuật cắt u.

Mức độ nguy hại của HCC

HCC là ung thư đứng hàng thứ 5 trong tất cả các loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới. Về vấn đề ung thư gây tử vong thì HCC làm chết hầu hết bệnh nhân trong vòng một năm sau khi mắc bệnh. Năm 1990, theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới dự đoán có khoảng 430.000 trường hợp bị HCC mới trên thế giới và một con số tương tự bệnh nhân chết do bệnh này.

Tần suất HCC ở Đông Nam Á và vùng hạ sa mạc Saharan châu Phi là hơn 20 trường hợp trên 100.000 người. Trái lại, tần suất HCC ở Bắc Mỹ và Tây Âu thì thấp hơn nhiều, ít hơn 5/100000 người. Tuy nhiên, tần suất HCC trong số những thổ dân ở Alaska thì được so với tần suất ở Đông Nam Á. Hơn nữa, những dữ liệu gần đây cho thấy rằng tần suất HCC ở Mỹ nói chung đang gia tăng. Sự gia tăng này là do viêm gan siêu vi C mạn tính mắc phải và do nhiễm độc gan gây ra.

Dịch tễ học của HCC

Ở Mỹ, tần suất cao nhất của HCC xảy ra ở những người di dân từ châu Á tới. Tần suất HCC ở người da trắng thấp nhất, mặt khác ở người Mỹ gốc Phi và những người nói tiếng Tây Ban Nha sống ở Mỹ, thì tỉ lệ này mức độ trung bình. Tần suất HCC cao ở châu Á bởi vì HCC gần như liên quan tới nhiễm siêu vi B mạn tính. Đây là một điều đặc biệt vì những người này trong quá trình sống của mình hầu hết đã bị nhiễm siêu vi B mạn tính. Nếu bạn dùng bản đồ để miêu tả tần suất của viêm gan B mạn tính thì bạn cũng dễ dàng vẽ chồng lên được tần suất của HCC.

Những triệu chứng khởi đầu của HCC ở bệnh nhân vùng có tần suất HCC cao rất khác so với vùng có tần suất HCC thấp. Bệnh nhân ở vùng có tần suất HCC cao thường có triệu chứng khởi đầu ở tuổi 40, và ung thư thường tiến triển nhanh hơn. HCC thường biểu hiện triệu chứng rất nặng và không thể mổ được (quá khả năng phẫu thuật) lúc chẩn đoán ra. Ở những vùng này, tần suất HCC ở nam cũng cao gấp 3-4 lần nữ, và hầu hết những bệnh nhân này đều bị viêm gan siêu vi B mạn tính. Trái lại, HCC ở những vùng có nguy cơ thấp hơn thì xảy ra ở bệnh nhân lứa tuổi 50 và 60.

Tiên lượng của HCC

Tiên lượng của HCC tùy thuộc vào giai đoạn của khối u và độ nặng của bệnh gan kèm theo (ví dụ xơ gan) lúc được chẩn đoán. Ví dụ, một bệnh nhân có khối u 1cm, không có xơ gan sẽ có >50% cơ hội sống 3 năm nữa, ngay cả khi không được điều trị. Trái lại, bệnh nhân bị nhiều khối u ở cả 2 thùy gan (nhiều khối u đa ổ) kèm xơ gan mất bù (có dấu hiệu của suy gan) thì sự sống sót chỉ không hơn 6 tháng ngay cả có điều trị.

Có phải những gì chúng ta nói là rất xấu cho bệnh nhân mắc phải bệnh này? Sự hiểu biết của chúng ta trong việc tiên lượng dựa trên nhiều yếu tố ở bệnh nhân bị HCC như khảo sát về đặc tính lâm sàng, và mối liên quan, khảo sát trên nhiều bệnh nhân bị HCC. Sau đó, dựa vào một nhóm với nhiều chi tiết, bao gồm những dấu hiệu lâm sàng như là:

Đặc điểm của dân số (nhân khẩu), phái nam, tuổi cao, nghiện rượu.

Những triệu chứng: sụt cân hoặc chán ăn.

Những dấu hiệu suy giảm chức năng gan, vàng da, báng bụng hôn mê gan (bệnh não do gan).

Xét nghiệm về máu: tăng bilirubin hoặc transaminase (men gan) giảm albumin, tăng AFP, tăng urê trong máu hoặc hạ Natri.

Giai đoạn của khối u (dựa trên những ghi nhận

từ hình ảnh và những dấu hiệu khi phẫu thuật): hơn một khối u, khối u trên 3cm (khoảng 1 1/4 inches), khối u ăn lan vào mạch máu tại chỗ (tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan), khối u di căn khỏi gan.

Có rất nhiều hệ thống khác nhau để phân chia giai đoạn của HCC. Một vài hệ thống thì dựa vào những dấu hiệu lâm sàng trong khi những hệ thống khác dựa trên những đặc tính về giải phẫu bệnh. Nhưng đa số thường dùng hệ thống phối hợp giữa những yếu tố lâm sàng và giải phẫu bệnh. Phải biết rõ giai đoạn của ung thư bởi vì có thể cung cấp hướng dẫn không chỉ cho vấn đề tiên lượng mà còn quyết định hướng điều trị nữa.

Thời gian nhân đôi của ung thư là thời gian mà khối ung thư nhân đôi kích thước. Đối với ung thư gan, thời gian nhân đôi rất thay đổi, thay đổi từ 1 tháng cho tới 18 tháng. Sự thay đổi này làm cho chúng ta phải chú ý đối với bệnh nhân bị HCC. Do đó, việc đánh giá tiên lượng cũng như điều trị khác nhau thì rất khó. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân HCC có một khối u đơn độc dưới 3cm mà không điều trị, chúng ta có thể hy vọng rằng 90% bệnh nhân sẽ sống khoảng 1 năm, 50% sống tới 3 năm, 20% tới 5 năm. Ở những bệnh nhân có nhiều bệnh khác phối hợp hơn, khoảng 30% sống được 1 năm, 8% sống tới 3 năm và không ai sống tới 5 năm cả.

Những yếu tố có nguy cơ gây ra ung thư gan

Viêm gan siêu vi B (VGSVB)

Vai trò của VGSV B trong việc gây HCC đã được biết rõ. Một vài bằng chứng đã chỉ ra được vai trò mạnh mẽ của yếu tố này. Như những ghi nhận trước đây thì tần suất của HCC liên quan tới tần suất của HBV mắc phải. Thêm vào đó, những bệnh nhân bị HBV có nguy cơ cao bị HCC nếu là đàn ông xơ gan do HBV (gây sẹo ở gan) và tiền căn gia đình bị HCC. Tuy nhiên, có lẽ bằng chứng có tính thuyết phục nhất là nghiên cứu tiền cứu (ước đoán sau này) được thực hiện vào những thập niên 1970 tại Đài Loan liên quan đến nam công nhân trên 40 tuổi. Trong nghiên cứu này, những nhà điều tra cho thấy rằng nguy cơ tiến triển HCC ở những công nhân bị VGSV B cao gấp 200 lần so với những công nhân không bị VGSV B!

Những nghiên cứu trên động vật cũng cho thấy bằng chứng HBV gây ra HCC. Ví dụ, chúng tôi đã có thử nghiệm trong việc tạo ra HCC ở động vật có vú bị nhiễm HBV tự nhiên. Bằng cách tiêm vào chuột gen của virus đã được biến đổi, các nhà khoa học đã gây ra được HCC trên chuột này mà trước đó chuột này không có nguy cơ bị HCC (chuột biến đổi gen là chuột được tiêm vào chất gen mới, lạ).

HBV gây ra HCC như thế nào? Ở những bệnh

nhân bị cả HBV và HCC, những chất liệu di truyền của HBV thường được tìm thấy trong gen của tế bào ung thư. Do đó, người ta nghĩ rằng có một vùng đặc biệt của bộ gen HBV (mã di truyền) đã xâm nhập vào gen của tế bào gan. Chất gen của HBV này có thể phá huỷ chất gen bình thường của tế bào gan và làm cho tế bào gan trở nên bị ung thư.

Điều quan trọng của HCC là thường kèm với HBV mạn tính mắc phải ở những vùng mà HBV gặp không nhiều như Mỹ, thì HCC tương đối không thường gặp. Lý do cho biết điều này là hầu hết những người bị HBV mạn mắc phải thường bị nhiễm lúc đã trưởng thành. Tuy nhiên, HCC cũng có thể gặp ở những người trưởng thành bị HBV mạn, nếu có thêm những yếu tố nguy cơ khác như: nghiện rượu, hoặc nhiễm đồng thời HCV mạn.

Viêm gan siêu vi C

Nhiễm siêu vi C (HCV) cũng liên quan tới sự tiến triển của HCC. Thật ra, ở Nhật, HCV chiếm trên 75% trường hợp bị HCC. Giống như HBV, đa số bệnh nhân HCC bị HCV đã kèm với xơ gan. Trong một vài nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu của bệnh cảnh tự nhiên viêm gan siêu vi C, trung bình thời gian tiến triển HCC là khoảng 28 năm sau khi bị nhiễm HCV. Bệnh nhân bị nhiễm siêu vi C mà tiến triển tới xơ gan rồi thì khoảng 8-10 năm sau HCC

xảy ra. Một vài nghiên cứu tiền cứu ở châu Âu cho thấy rằng tần suất hàng năm của HCC ở bệnh nhân xơ gan do HCV thay đổi từ 1,4-2,5% mỗi năm.

Ở những bệnh nhân bị HCV, những yếu tố nguy cơ tiến triển tới HCC bao gồm sự hiện diện của xơ gan, tuổi cao, giới nam, sự gia tăng alpha-fetoprotein cơ bản (là dấu hiệu ung thư trong máu), nghiện rượu, đồng nhiễm với HBV. Vài nghiên cứu gần đây cho thấy rằng HCV genotype 1b (là genotype thường gặp ở Mỹ) có thể là một yếu tố nguy cơ, nhưng những nghiên cứu mới hơn thì không ủng hộ ý kiến này.

Cách mà HCV gây ra HCC thì chưa được rõ. Không giống như HBV, chất liệu di truyền của HCV thì không xâm nhập trực tiếp vào chất liệu di truyền của tế bào gan. Tuy nhiên, người ta biết rằng xơ gan do bất cứ nguyên nhân nào cũng là một yếu tố nguy cơ dẫn tới HCC. Do đó, người ta còn đang tranh cãi, HCC gây ra xơ gan, là một nguyên nhân không trực tiếp của HCC.

Một số trường hợp nhiễm HCV mạn tính lại không dẫn tới HCC. Vì vậy, người ta cho rằng protein lõi của HCV là thủ phạm dẫn tới HCC. Chính protein lõi (một phần của virus viêm gan C) ngăn cản quá trình chết tự nhiên của tế bào hoặc chống lại chức năng của gan ức chế u bình thường (gen P53). Kết quả là những hoạt động làm cho tế bào gan sống mãi và tạo ra những dòng tế bào bất thường có thể dẫn tới ung thư.

Rượu

Uống rượu kéo dài dẫn tới xơ gan là nguyên nhân thường gặp nhất của HCC trên thế giới. Thật ra, hiện nay chúng ta hiểu rằng đa số những trường hợp này cũng bị nhiễm HCV mạn. Những người bị xơ gan do rượu, nếu ngưng uống khoảng 10 năm thì sau đó cũng bị tiến triển tới HCC. Đây là vấn đề không thông thường của việc uống rượu dẫn tới HCC. Sau khi ngưng uống rượu, những tế bào gan cố gắng hồi phục lại bằng cách tái sinh sản. Trong suốt quá trình này sự biến đổi về chất liệu di truyền có thể tạo ra những tế bào ung thư (đột biến), điều này giải thích cho sự xuất hiện của HCC sau khi đã ngưng uống rượu.

Những bệnh nhân uống rượu nhiều thường chết do những biến chứng không phải ung thư ví dụ như suy gan do xơ gan. Còn những bệnh nhân xơ gan do rượu, những người mà chết do HCC thường sớm hơn 10 năm so với những người chết do nguyên nhân không phải ung thư. Cuối cùng, giống như những ghi nhận ở trên, việc lạm dụng rượu là một yếu tố nguy cơ tiến triển tới HCC ở những người bị HCV hoặc HBV mạn.

Aflatoxin B1

Aflatoxin B1 là một hóa chất gây ung thư mạnh đã được biết. Nó được sinh ra từ một loại nấm gọi là *Aspergillus flavus*, được tìm thấy ở những thực

phẩm dự trữ trong môi trường nóng và ẩm ướt. Nấm này được tìm thấy ở những thực phẩm như là đậu phộng, gạo, đậu nành, bắp và lúa mì. Aflatoxin B1 đã gây biến chứng HCC ở miền nam Trung Quốc và vùng hạ sa mạc Sahara châu Phi. Người ta nghĩ nó gây ra ung thư do tạo ra những thay đổi (đột biến) ở gen p53. Sự đột biến này là do nó chống lại gen ức chế sự sinh ung thư.

Thuốc và hóa chất

Không có loại thuốc nào gây ra HCC cả, nhưng những hoóc môn sinh dục nữ (estrogen) và những hormone gây phát triển cơ bắp có thể dẫn đến adenoma gan. Những khối u lành tính ở gan có thể tiềm tàng trở thành ác tính (ung thư). Vì vậy, ở một vài trường hợp adenoma gan có thể tiến triển thành ung thư gan.

Một vài loại hóa chất thường liên quan tới một số ung thư gan. Ví dụ, thorotrast, một loại thuốc cản quang có thể gây ung thư mạch máu ở gan gọi là angiosarcoma gan. Vinyl chloride, một hợp chất dùng trong công nghiệp nhựa, cũng có thể gây ra angiosarcoma sau nhiều năm tiếp xúc.

Bệnh ứ sắt

HCC sẽ tiến triển trên 30% ở bệnh nhân bị ứ sắt có tính di truyền. Những bệnh nhân bị bệnh này là yếu tố nguy cơ cao nhất bị xơ gan, không may, khi xơ

gan được hình thành thì hiệu quả của việc thải trừ sắt sẽ không giảm được nguy cơ tiến triển tới HCC.

Xơ gan

Hầu hết những loại xơ gan thường làm gia tăng nguy cơ bị HCC. Thêm vào đó, những tình trạng được mô tả ở trên (viêm gan B, viêm gan C, rượu, và ứ sắt), thiếu alpha1-antitrypsin, những tình trạng di truyền gây khí phế thũng và xơ gan có thể dẫn tới HCC. Ung thư gan có thể tiến triển mạnh hơn khi kèm với sự gia tăng tyrosin/máu có tính di truyền, đó là tình trạng bất thường về sinh hóa lúc nhỏ mà có thể sớm dẫn tới xơ gan.

Có một vài nguyên nhân gây xơ gan ít liên quan tới HCC hơn một số nguyên nhân khác. Ví dụ, HCC hiếm khi thấy ở bệnh nhân xơ gan do bệnh Wilson (bất thường về chuyển hóa đồng) hoặc viêm xơ hóa đường mật nguyên phát (sẹo và hẹp đường ống mật). Người ta cũng nghĩ rằng HCC cũng hiếm khi tìm thấy ở bệnh nhân xơ gan ứ mật nguyên phát (PBC). Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy rằng, tần suất HCC ở bệnh nhân PBC được so với những loại khác của xơ gan.

Những triệu chứng thường gặp của HCC

Những triệu chứng khởi đầu của HCC thì rất thay đổi. Ở nhiều nước, nơi mà HCC rất thường gặp nhìn chung ung thư phát hiện ra là ở giai đoạn trễ

của bệnh. Ở những quốc gia đang phát triển, việc chăm sóc sức khỏe bị hạn chế, do đó tần suất bị HCC cao hơn những quốc gia khác. Hơn nữa, những xét nghiệm sàng lọc những bệnh nhân bị nguy cơ tiến triển tới HCC thì không được thực hiện ở những nơi này. Thêm vào đó những bệnh nhân ở vùng này có nhiều yếu tố khác làm cho HCC dễ bị hơn. Mặt khác khối u tiến triển tới giai đoạn trễ thì gây ra những triệu chứng rất nặng. Trái lại, những bệnh nhân ở những vùng có tần suất HCC thấp thường có khối u tiến triển chậm hơn, vì vậy không có triệu chứng trong thời gian dài.

Đau bụng là triệu chứng thường gặp của HCC và là dấu hiệu do khối u lớn hoặc do sự xâm lấn của khối u ra xung quanh gan. Hơn nữa, sụt cân không giải thích được hoặc sốt không rõ lý do là những dấu hiệu cảnh báo bị HCC ở bệnh nhân xơ gan. Những triệu chứng này ít thường thấy ở bệnh nhân bị HCC ở Mỹ bởi vì những bệnh nhân này thường được chẩn đoán ở giai đoạn sớm của bệnh. Tuy nhiên, bất cứ khi nào tổng trạng bệnh nhân xơ gan bị suy giảm thì phải tìm ra xem có phải bệnh nhân bị HCC không.

Triệu chứng khởi đầu rất thường gặp của HCC ở bệnh nhân xơ gan còn bù (chưa có biến chứng của bệnh gan) là đột ngột khởi đầu biến chứng. Ví dụ sự xuất hiện đột ngột của báng bụng (chứa dịch và sưng căng ổ bụng), vàng da hoặc sụt cân mà không

có yếu tố nguyên nhân gợi ý tới khả năng bị HCC. Ung thư có thể xâm lấn và làm tắc tĩnh mạch cửa (tĩnh mạch lớn dẫn máu tới gan từ ruột và lách). Khi điều này xảy ra, máu sẽ đi theo con đường ít sức đề kháng hơn như là qua tĩnh mạch thực quản. Điều này sẽ gây ra sự gia tăng áp lực ở những tĩnh mạch này, có thể dẫn tới giãn tĩnh mạch gọi là giãn tĩnh mạch thực quản. Những bệnh nhân này sau đó có nguy cơ bị xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch vào đường tiêu hóa. Hiếm khi, ung thư cũng tự vỡ và gây chảy máu vào trong khoang bụng và gây ra dịch ổ bụng có máu.

Trên thăm khám lâm sàng, thường thấy gan lớn, đôi khi bệnh nhân thấy đau. Khối ung thư gan chứa rất nhiều mạch máu. Vì vậy, làm gia tăng số lượng máu tới gan và làm tăng tốc độ dòng máu qua động mạch gan. Sự gia tăng dòng chảy này có thể tạo ra một âm đặc biệt ở gan, có thể nghe được bằng ống nghe ở khoảng 25-50% bệnh nhân bị HCC. Bất cứ dấu hiệu nào của bệnh gan tiến triển (ví dụ báng bụng, vàng da, teo cơ) có nghĩa là bệnh đã diễn tiến theo chiều hướng xấu. Hiếm khi, bệnh nhân bị HCC có thể vàng da đột ngột do khối u ăn vào đường mật. Vàng da xuất hiện trong trường hợp này là do cả khối u bị bong tróc ra và chảy máu tạo cục máu đông làm tắc nghẽn ống mật.

Trong HCC tiến triển, khối u có thể lan từ chỗ ban đầu tới những mô lân cận hoặc theo dòng máu

tới bất cứ nơi nào trong cơ thể (di căn xa). Tại chỗ, HCC có thể xâm lấn vào tĩnh mạch dẫn máu tới gan (tĩnh mạch gan). Khối u có thể làm tắc tĩnh mạch này và nó sẽ dẫn tới xung huyết gan. Xung huyết xảy ra là do khối u làm tắc tĩnh mạch, do đó máu không ra khỏi gan được (bình thường máu và gan thông qua tĩnh mạch gan) và ra khỏi gan vào tĩnh mạch chủ dưới, là một tĩnh mạch lớn nhất dẫn máu về tim. Ở những bệnh nhân châu Phi, khối u thường làm tắc nghẽn tĩnh mạch chủ dưới đều làm cho gan sưng to và hình thành nên bàng bụng. Ở một số bệnh nhân, đã được thấy rõ, khối ung thư có thể xâm lấn vào tĩnh mạch cửa và dẫn tới tĩnh mạch thực quản giãn.

Đối với những trường hợp di căn xa, HCC thường di căn tới phổi là do tế bào ung thư đi theo dòng máu tới. Thông thường, bệnh nhân không có triệu chứng của di căn phổi, bệnh chỉ được phát hiện bằng chụp X - quang thông thường. Hiếm gặp hơn, trong những trường hợp tiến triển, HCC có thể di căn tới xương và não.

Chẩn đoán HCC

Những xét nghiệm về máu

Ung thư gan không được chẩn đoán bằng những xét nghiệm máu thường qui, bao gồm những xét nghiệm chuẩn về gan. Việc chẩn đoán HCC tùy

thuộc vào sự thận trọng của bác sĩ trong việc sàng lọc những “dấu ấn” về ung thư trong máu và những xét nghiệm về hình ảnh. Vì hầu hết những bệnh nhân bị HCC có kèm với bệnh gan (xơ gan), thì những xét nghiệm máu về gan của họ có thể không bình thường. Nếu những xét nghiệm máu này trở nên bất thường hoặc tồi tệ hơn do HCC, thì đây là những dấu hiệu cho thấy ung thư gan đã diễn tiến nặng rồi. Lúc đó, dù là điều trị nội khoa hay ngoại khoa đều quá trễ.

Tuy nhiên, đôi khi một số xét nghiệm máu bất thường có thể chỉ ra sự hiện diện của HCC. Cần nhớ rằng mỗi loại tế bào trong cơ thể chứa thông tin di truyền hoàn chỉnh. Sự khác biệt giữa một loại tế bào này với một loại tế bào khác là do những mã gen đặc biệt được tạo ra hoặc mất đi ở bên trong tế bào. Khi những tế bào bị ung thư thì vài loại gen của tế bào lúc trước không hoạt động nữa thì nay hoạt động trở lại. Vì vậy, ở HCC, những tế bào gan bị ung thư có thể mang đặc điểm của nhiều loại tế bào khác. Ví dụ, tế bào HCC đôi khi có thể tạo ra những hoóc môn có nguồn gốc từ những phần khác của cơ thể. Những hoóc môn này sau đó có thể gây ra vài bất thường về xét nghiệm máu như: gia tăng số lượng hồng cầu (tăng hồng cầu thứ phát), đường huyết thấp (hạ đường huyết) và calcium trong máu cao (tăng calci máu).

Xét nghiệm máu bất thường khác như: cholest-

terol huyết thanh cao (tăng cholesterol máu) được thấy khoảng trên 10% bệnh nhân châu Phi bị HCC. Cholesterol huyết thanh cao là do những tế bào gan ung thư không thể ức chế được sự tạo thành cholesterol. (Những tế bào bình thường có thể ức chế được việc tạo ra cholesterol).

Không có một xét nghiệm sàng lọc nào về máu mà tin được hay chính xác để chẩn đoán HCC. Đa số, thường dùng xét nghiệm đo lường AFP trong máu, AFP là một protein bình thường được tạo ra bởi những tế bào gan chưa trưởng thành ở thời kỳ phôi thai. Lúc sinh, những trẻ sơ sinh có nồng độ AFP trong máu tương đối cao, và nồng độ này sẽ hạ thấp về mức bằng với người lớn lúc trẻ được khoảng 1 tuổi. Phụ nữ đang mang thai bị những bất thường về ống thần kinh cũng có thể có nồng độ AFP cao. (Bất thường về ống thần kinh là bất thường về não hay tủy sống của thai nhi gây ra do tình trạng thiếu acid folic trong quá trình mang thai).

Ở người lớn, nồng độ AFP trong máu cao ($>500\text{ng/ml}$) chỉ được thấy trong 3 trường hợp HCC

U tế bào mầm (ung thư của tinh hoàn và buồng trứng).

Ung thư di căn gan (ung thư có nguồn gốc từ những cơ quan khác).

Một vài những xét nghiệm đo AFP có thể thực hiện và tin cậy được. Nhìn chung, mức độ AFP bình thường là $<10\text{ng/ml}$. AFP tăng mức độ trung bình (thậm chí $>500\text{ng/ml}$) có thể gặp ở bệnh nhân viêm gan mạn

tính. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân bị bệnh gan cấp hoặc mạn khác nhau mà không có dấu hiệu của HCC cũng có AFP tăng mức độ nhẹ đến trung bình.

Độ nhạy cảm của AFP trong chẩn đoán HCC là khoảng 60%. Mặt khác, sự gia tăng AFP trong máu gặp ở khoảng 60% bệnh nhân bị HCC. 40% bệnh nhân bị HCC lại có AFP bình thường. Vì vậy, một AFP bình thường không loại trừ được HCC. Cũng như những ghi nhận ở trên, AFP bất thường không có nghĩa là bệnh nhân đã bị HCC. Tuy nhiên, một điều quan trọng cần để ý là ở bệnh nhân bị xơ gan có AFP bất thường mặc dù không có những bằng chứng của HCC thì chúng ta cũng phải thận trọng vì những người này vẫn có nguy cơ cao bị HCC. Do vậy, bất cứ bệnh nhân nào bị xơ gan và có tăng AFP, đặc biệt gia tăng trong máu một cách hằng định thì hoặc là bệnh nhân sẽ bị HCC hoặc là đã bị HCC rồi nhưng chưa phát hiện ra.

Một AFP hơn 500ng/ml thì rất có thể khiến nghi ngờ tới HCC. Thật ra, mức độ AFP trong máu có liên quan tới kích thước của HCC. Cuối cùng, ở bệnh nhân bị HCC và mức độ AFP bất thường, AFP có thể được dùng như là một dấu hiệu trong việc đáp ứng theo dõi điều trị. Ví dụ, AFP tăng trước khi mổ ở bệnh nhân HCC, sau mổ cắt đi khối u thì AFP sẽ giảm về về bình thường, đó là cuộc mổ thành công.

Có rất nhiều dấu hiệu về HCC khác mà gần đây đã được nghiên cứu nhưng không thông dụng lắm.

Những xét nghiệm về những dấu hiệu này bao gồm des-gamma-carboxy prothrombin (DCP), một dạng khác của men gammaglutamyltransferase, một số men khác (ví dụ: alpha- L – fucosidase) mà nó được tạo ra bởi những tế bào gan bất thường. (Men=enzyme là những protêin xúc tác cho phản ứng sinh hoá). Những xét nghiệm máu này dùng để kết hợp với AFP có thể rất hữu ích trong việc chẩn đoán nhiều trường hợp bị HCC hơn là chỉ đơn thuần dựa vào AFP.

Những xét nghiệm về hình ảnh học

Những xét nghiệm về hình ảnh học đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán HCC. Một xét nghiệm tốt có thể cung cấp những thông tin như kích thước khối u, số lượng u và khối u có ảnh hưởng tới những mạch máu tại chỗ hoặc lan ra bên ngoài gan không. Có nhiều loại xét nghiệm về hình ảnh, mỗi thứ có những ưu điểm và khuyết điểm riêng. Trong thực hành, thường kết hợp nhiều loại để bổ sung cho nhau. Nói cách khác, một X-quang phẳng thì không giúp ích gì cho chẩn đoán, nó cũng không được thực hiện thường qui cho chẩn đoán HCC. Hơn nữa, xạ hình hạt nhân gan và lách cũng không đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán lâm. Xét nghiệm này ít nhạy cảm và cung cấp ít thông tin hơn so với các xét nghiệm khác (siêu âm, CT và MRI).

Siêu âm được xem như là xét nghiệm đầu tay

nếu nghi ngờ bệnh nhân bị HCC. Mức độ chính xác của siêu âm tùy thuộc rất nhiều vào các chuyên viên kỹ thuật và bác sĩ chuyên về tia X người mà thực hiện xét nghiệm này. Những nghiên cứu từ Nhật Bản và Đài Loan đã ghi nhận rằng siêu âm là một xét nghiệm về hình ảnh nhạy cảm nhất để chẩn đoán cũng như mô tả những đặc tính về HCC. Nhưng bạn nên biết rằng, ở xét nghiệm này, chuyên viên siêu âm phải mất khoảng 1 giờ ngồi siêu âm cho mỗi bệnh nhân nếu nghi ngờ người đó bị HCC. Siêu âm có những ưu điểm là không cần thuốc cản quang bằng đường tĩnh mạch và không bị ảnh hưởng bởi tia xạ. Hơn nữa, giá của siêu âm thì quá thấp so với những loại xạ hình khác.

Chụp cắt lớp điện toán (CT scan) là một xét nghiệm rất thường được sử dụng ở Mỹ để khảo sát những khối u gan. CT Scan có nhiều pha, CT Scan xoắn ốc có thể dùng chất cản quang đường uống hay tĩnh mạch. Hình ảnh được thực hiện ghi lại trong 3 pha:

Không dùng thuốc cản quang đường tĩnh mạch.

Dùng thuốc cản quang đường tĩnh mạch, nó sẽ làm nổi bật hệ thống động mạch (pha động mạch).

Khi chất cản quang qua tĩnh mạch (pha tĩnh mạch).

Hình ảnh mà ta chụp được là từng lát mỏng mà cơ thể được di chuyển qua máy chụp CT. Nhiều chuyên gia X - quang sử dụng những kỹ thuật

chuyên biệt với chất cản quang để xem hình ảnh cho rõ ràng hơn. Vì vậy, CT scan ít lệ thuộc vào người chụp hơn so với siêu âm. Tuy nhiên, CT thì giá đắt hơn. Hơn nữa, CT đòi hỏi phải dùng thuốc cản quang mà nó tiềm ẩn nguy cơ phản ứng dị ứng và tác dụng có hại trên chức năng của thận.

Có một vài loại CT Scan khác nhau. Ví dụ : Ở CT mạch máu, là một kỹ thuật có độ xâm lấn cao (xâm nhập vào một phần của cơ thể), thuốc cản quang được truyền chọn lọc qua động mạch gan. Mục đích là làm nổi rõ lên những mạch máu để dễ thấy chúng trên CT Scan. Vì vậy, ở Nhật chất cản quang bằng dầu gọi là Lipiodol được chọn để chụp ở bệnh nhân bị HCC. Mục đích của phương pháp này là để nâng cao độ nhạy của CT Scan, và làm gia tăng tỉ lệ phần trăm bất thường của CT Scan ở bệnh nhân bị HCC.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) có thể cho thấy hình ảnh rất rõ trong cơ thể. Ưu điểm của nó là hơn CT Scan ở chỗ MRI có thể cho thấy hình ảnh từng phần của cơ thể ở những mặt phẳng khác nhau. Kỹ thuật này đã mở ra một điểm mới hơn của kỹ thuật MRI là có thể tạo lại hình ảnh của đường mật (ống mật và túi mật) và cả động mạch và tĩnh mạch gan. (Đường mật dẫn mật từ gan vào tá tràng). MRI có thể thực hiện nhạy hơn bằng cách dùng thuốc cản quang đường tĩnh mạch (ví dụ: gadolinium).

MRI thì rất đắt và có nhiều thay đổi khác biệt ở

chất lượng hình ảnh. Chất lượng tùy thuộc vào tuổi của máy và khả năng bệnh nhân có nín thở được 15-20 giây lúc chụp không. Hơn nữa, nhiều bệnh nhân có chứng sợ bị nhốt kín thì không thể chụp MRI được. Ngày nay có MRI mở nhưng nhìn chung không cung cấp những hình ảnh chất lượng cao như MRI kín đã thực hiện.

Những ưu điểm của kỹ thuật siêu âm, CT và MRI hầu như đã làm cho nhu cầu chụp động mạch đồ không cần thiết nữa. Chụp động mạch đồ là dùng một catheter đâm qua động mạch đùi (ở vùng bẹn) đưa ống thông tới động mạch chủ và đi vào động mạch gan, là động mạch cung cấp máu cho gan. Sau đó, tiêm chất cản quang lúc máu qua động mạch gan, cùng lúc chụp X - quang hình ảnh này. Một hình ảnh về động mạch trong trường hợp bị HCC cho thấy gia tăng dòng máu tới bởi những tiểu động mạch nhỏ mới tạo ra bất thường để cung cấp máu cho khối u (sự tăng sinh các mạch máu).

Vậy, cuối cùng, xét nghiệm về hình ảnh nào là tốt nhất để chẩn đoán HCC? Không có câu trả lời nào đơn giản cả. Có rất nhiều yếu tố cần phải xem xét lại. Ví dụ, xét nghiệm bạn làm là để chẩn đoán xác định rõ là bệnh nhân bị HCC hay là để tầm soát xem bệnh nhân có bị HCC không? Những thăm khám gợi ý trên bệnh nhân là gì? Chất lượng khác nhau giữa các phương tiện này như thế nào? Giá cả ra sao? Bệnh nhân có những vấn đề gì khác cần phải xem xét

không? Như là chúng sợ bị nuốt kín hoặc có bị suy thận không? Bệnh nhân có mang vật kim loại nào trong cơ thể không, ví dụ như máy tạo nhịp tim hoặc dụng cụ giả lắp đặt vào cơ thể? (Những vật này làm cho MRI không thể thực hiện được).

Chọc hút hoặc sinh thiết gan

Trên lý thuyết, chẩn đoán xác định HCC thì luôn luôn dựa trên hình ảnh mô học bằng cách quan sát dưới kính hiển vi. Tuy nhiên, vài loại ung thư gan ở dạng biệt hóa cao, có nghĩa là phát triển gần như những tế bào gan trưởng thành bình thường. Do đó, những loại ung thư này có thể nhìn thấy giống những tế bào bình thường khi quan sát dưới kính hiển vi. Hơn nữa, không phải bác sĩ giải phẫu bệnh nào cũng được huấn luyện đầy đủ những kinh nghiệm để nhận ra được sự khác biệt giữa những tế bào HCC biệt hóa cao và những mô gan bình thường. Một vài bác sĩ giải phẫu bệnh cũng bị mắc sai lầm đôi với HCC dạng adenocarcinoma (ung thư dạng tế bào tuyến) ở gan. Adenocarcinoma là một dạng khác của ung thư, đã được đề cập ở phần trước, nó có nguồn gốc từ bên ngoài gan. Điều quan trọng nhất là những ung thư dạng adenocarcinoma do di căn sẽ được điều trị khác so với ung thư gan nguyên phát (HCC). Vì vậy, tất cả những chuyên gia giải phẫu bệnh về gan cần phải quan sát từng

lát cắt mô bị ung thư cho thật kỹ và luôn đặt trong tình huống nghi vấn trên.

Mô có thể được lấy làm mẫu với một kim rất nhỏ. Kỹ thuật này được gọi là chọc hút bằng kim nhỏ. Khi một kim lớn hơn được dùng để lấy mô thì kỹ thuật này được gọi là sinh thiết. Nhìn chung, bác sĩ X - quang dùng siêu âm hoặc CT Scan để hướng dẫn vị trí của kim chọc để từ đó thực hiện sinh thiết hoặc chọc hút bằng kim nhỏ. Nguy cơ thường gặp nhất của chọc hút hoặc sinh thiết là chảy máu, đặc biệt do HCC là một khối u có rất nhiều mao mạch (chứa rất nhiều mạch máu). Hiếm khi, những ổ ung thư mới được tạo ra do rơi rớt từ khối u ban đầu qua kim chọc hút.

Tiến trình chọc hút an toàn hơn so với sinh thiết vì ít nguy cơ chảy máu. Tuy nhiên, những hình ảnh thấy được bằng chọc hút khó quan sát hơn so với sinh thiết vì hình ảnh này chỉ là một đám tế bào mà thôi. Do đó, chọc hút bằng kim nhỏ đòi hỏi phải có bác sĩ giải phẫu bệnh với chuyên môn, kỹ thuật cao. Còn hình ảnh thấy được qua sinh thiết giúp chẩn đoán tốt hơn vì những cấu trúc mô gan còn được giữ nguyên. Đôi lúc, chẩn đoán chính xác cần phải dựa trên lâm sàng. Ví dụ, vài nghiên cứu cho thấy rằng mức độ biệt hóa của khối u có thể ước đoán được trên bệnh nhân lúc khám. Điều này nói lên vấn đề, có những loại ung thư biệt hóa gần giống như tế bào

bình thường thì có tiên lượng tốt hơn.

Nếu bệnh nhân có một yếu tố nguy cơ bị HCC (như xơ gan, viêm gan siêu vi B mạn, hoặc viêm gan siêu vi C mạn) và sự gia tăng AFP trong máu, bác sĩ có thể nghĩ hầu như bệnh nhân đã bị HCC mà không cần phải sinh thiết. Thầy thuốc và người bệnh nên đặt ra hai câu hỏi trước khi quyết định thực hiện sinh thiết gan:

- Khối u này có phải là một HCC không?
- Việc sinh thiết có làm thay đổi phương pháp điều trị cho bệnh nhân không?

Nếu trả lời hai câu hỏi này là có thì nên thực hiện sinh thiết. Tóm lại, có hai trường hợp khác nhau liên quan tới HCC mà sinh thiết cần xem xét lại. Đầu tiên là những biểu hiện bất thường ở gan (có thể là u gan) được nhìn thấy qua siêu âm ở bệnh nhân mà không có yếu tố nguy cơ của HCC hoặc gia tăng của AFP. Thứ hai là xem mức độ lan rộng của bệnh khi có nhiều vùng bất thường được nhận thấy lúc làm xét nghiệm hình ảnh về gan.

Nhìn chung, không có một đề cập nào bao trùm có thể cho hướng để thực hiện chọc hút hay sinh thiết gan cả. Quyết định thực hiện điều này dựa trên từng bệnh nhân cụ thể, tùy thuộc vào hướng điều trị và những tài năng chẩn đoán lâm sàng của y, bác sĩ.

Xét nghiệm dùng để sàng lọc HCC

Việc thực hiện những xét nghiệm sàng lọc HCC chỉ nên làm ở những bệnh nhân bị ung thư đại tràng, cổ tử cung, vú và tiền liệt tuyến. Tuy nhiên, có sự khác biệt ở đây là không có hiệu quả lắm trong việc sàng lọc HCC. AFP trong máu thường bình thường khoảng hơn 50% ở những bệnh nhân có HCC nhỏ. Siêu âm là xét nghiệm không xâm lấn và rất rẻ, an toàn như đã nói ở trên, nhưng khả năng đọc kết quả tùy thuộc vào người thực hiện.

Một điều thất vọng là chưa có một nghiên cứu nào cho thấy có thể kéo dài sự sống cho bệnh nhân bị HCC dù được phát hiện sớm. Trong điều trị HCC, ngoại trừ ghép gan, còn các trường hợp còn lại không mang lại hiệu quả. Tuy vậy những bệnh nhân khi phát hiện ra HCC có kích thước khối u nhỏ thì sống lâu hơn những bệnh nhân có khối u kích thước lớn. Nói cách khác, khi ung thư được phát hiện ở giai đoạn sớm thì người đó dường như sẽ sống lâu hơn.

Tuy nhiên, có nhiều cuộc tranh cãi về xét nghiệm sàng lọc thường qui đang diễn ra gay gắt. Ví dụ, phát hiện ra HCC ở giai đoạn sớm cho phép có hướng điều trị tối ưu bao gồm phẫu thuật cắt gan hoặc ghép gan. Do vậy, tất cả bệnh nhân bị xơ gan, đặc biệt xơ gan gây ra do viêm gan B mạn hoặc viêm gan C mạn, nhiễm sắt, và xơ gan do rượu thì

mỗi 6-12 tháng nên làm AFP sàng lọc một lần và làm xét nghiệm về hình ảnh học. Những bệnh nhân có AFP gia tăng mạn tính cần cảnh giác làm xét nghiệm về hình ảnh thường hơn vì những người này có nhiều nguy cơ cao bị HCC.

Hướng điều trị cho bệnh nhân bị HCC

Hướng điều trị tùy thuộc vào giai đoạn của ung thư và tổng trạng của bệnh nhân. Chỉ điều trị khi có bằng chứng của sinh thiết ở một khối u đơn độc, nhỏ <3cm có hình ảnh của HCC. Hiện nay, nhiều bác sĩ còn đang tranh luận về vấn đề này. Họ tranh luận rằng một khối u nhỏ có thể được mổ cắt đi (cắt một phần gan) mà không cần phải ghép gan. Hơn nữa, họ tuyên bố rằng sau mổ cắt đi khối u, bệnh nhân có thể sống từ 1 tới 3 năm, có thể so sánh với những trường hợp ghép gan.

Tuy nhiên, hầu hết những bệnh nhân bị HCC cũng bị xơ gan và có thể không cắt được. Nhưng những người này có thể ghép gan được, ghép gan là lấy đi toàn bộ gan bị bệnh sau đó ghép gan của người cho cùng loại vào. Mặt khác, nhiều bệnh nhân đã bị cắt một phần gan sẽ bị tái phát HCC bất cứ vị trí nào ở gan trong vài năm. Thực ra, một vài chuyên gia cho rằng, một gan khi đã bị HCC rồi, thì cùng lúc gan đó có thể bị nhiều vị trí (sự xuất hiện nhiều ổ cùng lúc) hoặc một thời gian sau đó.

Kết quả của những điều trị khác nhau (hóa trị, gây thuyên tắc bằng hóa chất, cắt gan và ức chế bơm proton) vẫn còn đang thất vọng. Tuy nhiên, đối với những bệnh nhân ở giai đoạn sớm, thì không có sự so sánh giữa các phương pháp điều trị khác nhau. Mỗi bệnh nhân sẽ được chọn một phương pháp điều trị tùy thuộc vào kinh nghiệm, tài năng của người thầy thuốc trực tiếp chữa trị cho họ.

Hóa trị liệu

- Hóa trị liệu đường toàn thân:

Thuốc hóa trị dùng đường toàn thân thường được sử dụng nhất là doxorubicin và 5-fluorouracil (5FU). Những thuốc này thường dùng với nhau hoặc kết hợp với những thuốc mới khác. Nó rất độc và kết quả nhiều khi không như mong muốn lắm. Vài nghiên cứu đã cho thấy những ưu điểm khi dùng tamoxifen nhưng một vài nghiên cứu khác cho thấy không có ưu điểm. Octreotide dùng đường tĩnh mạch trong một nghiên cứu đã cho thấy làm giảm độ lớn của khối u, nhưng về lâu dài, không có nghiên cứu nào khác xác nhận lợi điểm này.

- Dùng hóa chất tiêm vào động mạch gan:

Bình thường gan được cung cấp máu từ hai nguồn: tĩnh mạch cửa (khoảng 70%) và động mạch

gan (30%). Tuy nhiên, khối ung thư gan thì chỉ duy nhất được cung cấp máu từ động mạch gan. Dựa trên thực tế này, các nhà nghiên cứu đã dùng hóa chất bơm chọn lọc vào động mạch gan để tới trực tiếp khối u. Những ưu điểm trên lý thuyết là tập trung được nồng độ cao của thuốc phân bố ở khối u mà không phải gây độc cho toàn cơ thể nếu dùng đường toàn thân.

Tuy nhiên, trên thực tế nhiều thuốc - hóa chất cuối cùng rồi cũng gây độc cho cơ thể. Do vậy, việc dùng liệu pháp hóa trị chọn lọc động mạch gan có thể gây ra tác dụng phụ toàn thân. Thêm vào đó, sự điều trị này có thể gây ra tổn thương ở một vài vùng như là viêm túi mật, loét dạ dày và ruột non, viêm tuyến tụy. Bệnh nhân bị HCC có kèm xơ gan tiến triển có thể bị suy gan nặng hơn sau khi dùng trị liệu này. Vậy đâu là ưu điểm của phương pháp dùng hóa chất tiêm vào động mạch gan ? Đó là hơn 50% bệnh nhân dùng trị liệu này sẽ giảm được kích thước của khối u.

Một bác sĩ chuyên về hình ảnh sẽ đảm nhận vai trò này. Người bác sĩ này phải làm việc cùng với chuyên gia về ung thư, người sẽ quyết định số lượng hóa chất cần cho bệnh nhân trong mỗi lần thực hiện. Một vài bệnh nhân có thể được điều trị lặp lại với khoảng cách 6-12 tuần. Quá trình này được thực hiện dưới sự hướng dẫn của máy huỳnh quang, là một loại X - quang. Một catheter (dài, ống

hơi nhỏ) được đưa vào động mạch đùi ở vùng bẹn và được đẩy vào động mạch chủ. Từ động mạch chủ, catheter được đưa vào động mạch gan. Một nhánh của động mạch gan cung cấp máu cho khối ung thư đã được định, và sau đó thuốc được bơm vào nhánh động mạch này. Toàn bộ tiến trình này được thực hiện từ một tới hai giờ và sau đó rút catheter ra.

Nói chung, sau đó bệnh nhân phải nằm viện qua đêm để theo dõi. Một bao cát được đặt ở vùng bẹn để đè lên động mạch đùi nơi mà ta chọc catheter vào để cầm máu. Các y tá phải theo dõi sát và kiểm tra những dấu hiệu chảy máu từ lỗ đâm thủng ở động mạch đùi. Cùng lúc phải bắt mạch ở chi bên đưa catheter vào động mạch đùi để chắc rằng động mạch đùi không bị tắc sau khi thực hiện tiến trình này. (Mất mạch ở chi là dấu hiệu của tắc động mạch đùi).

Nhìn chung, những xét nghiệm về gan sẽ thay đổi (xấu đi) trong khoảng hai tới ba ngày sau khi dùng phương pháp này. Những xét nghiệm về gan xấu đi là do những tế bào ung thư (và vài tế bào không phải ung thư) chết đi. Sau khi dùng phương pháp này bệnh nhân có thể bị đau bụng và sốt nhẹ. Tuy nhiên, khi có đau bụng nhiều và nôn ói gợi ý rằng đã có biến chứng nặng xảy ra. Sau mỗi 6-12 tuần nên làm xét nghiệm hình ảnh về gan để đánh giá kích thước của khối u trong việc đáp ứng với điều trị.

- Gây thuyên tắc mạch bằng hóa chất

(Gây thuyên tắc mạch bằng hóa chất qua động mạch hay còn gọi là TACE)

Kỹ thuật này dựa trên ưu điểm là khối ung thư có rất nhiều mạch máu và được cung cấp máu duy nhất từ một nhánh của động mạch gan. Quá trình này cũng giống như gây hủy khối u bằng cách dùng hóa chất tiêm trực tiếp vào động mạch gan. Nhưng trong TACE, là gây thuyên tắc từng bước các mạch máu nhỏ với những loại hợp chất khác nhau như là gelfoam hoặc thậm chí những cuộn kim loại nhỏ. Vì vậy, TACE có ưu điểm là làm cho khối u tiếp xúc với thuốc ở nồng độ cao và thuốc nằm tại chỗ không thoát ra để đi vào dòng máu toàn thân. Khi đó, kỹ thuật này làm ngăn cản sự cung cấp máu cho khối u, vì vậy khối u sẽ bị hủy hoại hoặc chết đi.

Về mặt biến chứng thì cả TACE và biện pháp dùng hóa chất qua động mạch gan thì như nhau. Cái bất lợi của TACE là nó gây tắc mạch máu nuôi khối u làm cho những dự định trong tương lai về phương pháp dùng hóa chất tiêm vào động mạch gan không thể thực hiện được. Hơn nữa, về lâu dài, không có một nghiên cứu nào trực tiếp so sánh giữa 2 phương pháp này. Ở Nhật, thuốc hóa chất gây thuyên tắc được dùng cùng với Lipiodol. Ý kiến này là do những tế bào ung thư sẽ được cô lập khi có lipiodol. Do đó, họ dùng sự kết hợp này. Kỹ thuật này

của người Nhật chưa cho thấy có giá trị lắm so với TACE thông thường.

Vậy ưu điểm của TACE là gì? Trong một nghiên cứu lớn ở Ý, phương pháp gây thuyên tắc mạch bằng hóa chất dường như không cho thấy có nhiều ưu điểm. Những bệnh nhân không thực hiện TACE cũng có thời gian sống bằng những bệnh nhân được thực hiện TACE, ngay cả ở những bệnh nhân có giảm cả kích thước khối u do điều trị. Điều này có nghĩa là TACE hoặc phương pháp dùng hóa chất không được thực hiện phải không? Cũng có thể có, cũng có thể không.

Những nghiên cứu ở Nhật đã cho thấy rằng TACE có thể làm giảm giai đoạn HCC. Nói cách khác, khối u co lại đủ để cải thiện giai đoạn của ung thư. Từ việc giảm kích thước khối u đó, tạo ra cho các nhà ngoại khoa ý định thực hiện phẫu thuật trên những bệnh nhân này. Mặc dù lúc đầu, những bệnh nhân này không đủ điều kiện để mổ do kích thước khối u lớn quá. Một điều quan trọng hơn, một số nghiên cứu tương tự cũng cho thấy khả năng cải thiện sự sống còn ở những bệnh nhân là rất nhỏ. Ở Mỹ, một số thử nghiệm cho thấy việc thực hiện TACE trước khi ghép gan làm gia tăng khả năng sống còn hơn là chỉ ghép gan đơn thuần.

Một điều an toàn cần phải nói là TACE hoặc gây hủy khối u bằng hóa chất qua động mạch đã làm giảm được sự điều trị HCC. Điều này có ý nghĩa

rằng những quá trình này có thể tạo ra sự an toàn hoặc làm bệnh ít nặng hơn. Tuy nhiên, các phương pháp này không điều trị được tận gốc bệnh. Hơn 50% bệnh nhân bị u gan sẽ có giảm kích thước của u. Hơn nữa, phương pháp này chỉ được dùng ở những bệnh nhân có chức năng gan bảo tồn. Vì lý do này, nếu thực hiện các phương pháp này mà không lưu ý tới các chức năng gan trước, thì có thể dẫn tới suy gan ở những người có chức năng gan xấu sẵn.

Những kỹ thuật hủy bỏ khối u

- Liệu pháp hủy bỏ khối u bằng tần số phóng xạ

Ở Mỹ, liệu pháp RFA là liệu pháp hủy bỏ khối u đã được chọn lựa, bởi các nhà ngoại khoa. Các nhà ngoại khoa có thể thực hiện tiến trình này qua phương pháp nội soi ổ bụng hoặc trong lúc mổ ổ bụng. Trong một vài trường hợp, tiến trình này có thể thực hiện mà không cần phải mổ ổ bụng bằng cách dùng một sóng siêu âm có đầu dò hướng dẫn.

Trong trường hợp RFA, nhiệt độ nói chung tập trung với tần số cao, gây thay đổi tức thời sự phóng xung từ nguồn điện. Một đầu dò sẽ tập trung vào trung tâm của khối u và nguồn điện đều tập trung vào đó, điện cực này giống như một hình nanh nhọn, sẽ phóng điện vào khối u. Nhiệt độ nóng này sẽ hủy đi các cục máu đông hoại tử sát bên đầu dò.

Đầu dò được đặt ở đó khoảng 10-15 phút. Tất cả tiến trình này được theo dõi qua quan sát dưới máy siêu âm. Dùng RFA khi mà kích thước thật sự của HCC nhỏ hơn 3cm. Kích thước lớn hơn thì đòi hỏi phương pháp khác. Liệu pháp RFA chỉ để làm giảm di triệu chứng, chứ không điều trị triệt để được.

- *Tiêm ethanol qua da*

Trong kỹ thuật này, alcohol (rượu) tinh khiết được tiêm vào khối u qua một kim rất nhỏ dưới sự hướng dẫn của máy siêu âm hoặc CT Scan. Rượu gây hủy hoại khối u bằng cách hút nước ra khỏi tế bào u và làm biến đổi hình dạng cấu trúc tự nhiên của prôtein tế bào. Có thể thực hiện 5-6 lần tiêm mới làm hủy hoàn toàn được khối ung thư. Những bệnh nhân được chọn để thực hiện phương pháp này phải có ít hơn 3 khối ung thư, mỗi khối phải thỏa mãn điều kiện:

- Ranh giới rõ ràng.
- Đường kính nhỏ hơn 3cm.
- Bao quanh khối u là một lớp vỏ gồm các mô sợi.
- Không gần bề mặt của gan.

Thêm vào đó, những bệnh nhân được dùng phương pháp này phải không có dấu hiệu của suy gan mạn như báng bụng hoặc vàng da. (Bệnh nhân bị suy gan thì không nên áp dụng phương pháp này).

Tác dụng phụ thường nhất của tiêm ethanol qua da là sự rơi rớt rượu trên bề mặt của gan và vào

trong ổ bụng, do đó gây ra đau và sốt. Điều quan trọng cần phải biết khi thực hiện tiến trình này là chỗ khối u liên quan với ống mật và mạch máu kế bên phải được xác định rõ ràng. Nếu không đầu kim đâm vào trong lúc thực hiện tiến trình này có thể đâm vào các cấu trúc này và gây chảy máu, viêm ống mật hoặc thủng mật phúc mạc.

- Liệu pháp dùng chùm tia proton.

Kỹ thuật này dùng phương pháp tập trung tia xạ liều cao tại khối u. Liệu pháp dùng chùm tia proton được dùng trong điều trị những khối u đặc rất tốt. Không có nhiều tài liệu nói về hiệu quả của phương pháp này trong việc điều trị HCC. Những bệnh nhân được chọn làm phương pháp này khi chỉ có một khối u với kích thước $<5\text{cm}$.

Để thực hiện tiến trình này, bệnh nhân phải được cố định trong bột để giữ nguyên được vị trí mỗi khi thực hiện. Liệu pháp này được thực hiện hàng ngày khoảng 15 ngày. Những tài liệu lúc đầu của Mỹ đã cho thấy hiệu quả cũng tương tự TACE hoặc liệu pháp hủy bỏ khối u. Tuy nhiên, điều chưa được biết là liệu pháp này có kéo dài được tuổi thọ bệnh nhân hay không.

- Các phương pháp điều trị nội khoa trên được so sánh với nhau như thế nào?

Thật ra chúng ta cũng không biết rõ bởi vì không

có một nghiên cứu nào so sánh giữa hóa trị, thuyên tắc mạch gan bằng hóa chất, kỹ thuật hủy khối u hay dùng chùm tia proton với nhau. Hầu hết những ghi nhận đều cho thấy những bệnh nhân chỉ dùng một phương pháp đặc trị này hoặc phương pháp khác mà thôi. Do đó, việc chọn lựa hướng điều trị cho bệnh nhân tùy thuộc vào kỹ năng thăm khám lúc đầu của bác sĩ trực tiếp điều trị cho họ. Những nghiên cứu cũng nói lên sự cần thiết phải kết hợp của các phương pháp với nhau (ví dụ TACE với chùm tia proton). Còn bây giờ, chúng ta hãy bàn về phẫu thuật.

- Phẫu thuật

Phẫu thuật được chọn ở những bệnh nhân có khối u nhỏ hơn 5cm, chức năng gan còn tốt, khối u không xâm lấn vào mạch máu.

+ Phẫu thuật cắt gan:

Mục đích của việc cắt gan là lấy đi hoàn toàn khối u và những mô gan bao quanh mà không để lại bất cứ mô của khối u nào cả. Phương pháp này được giới hạn ở những bệnh nhân chỉ có một hoặc hai khối u nhỏ (3cm hoặc nhỏ hơn), và chức năng gan còn tốt, không kèm với xơ gan thật sự. Việc chọn lựa bệnh nhân để được phẫu thuật phải thật nghiêm ngặt. Mối quan tâm lớn nhất đối với bệnh nhân sau phẫu thuật là bệnh nhân có thể tiến triển tới xơ gan. Suy gan có thể xảy ra nếu phần gan còn lại không thực

hiện đầy đủ được nhu cầu cần thiết của cơ thể. Thậm chí, những bệnh nhân được chọn lựa kỹ càng, nhưng chỉ khoảng 10% sống được một thời gian ngắn sau phẫu thuật, thường chết là do suy gan.

Khi phần gan bình thường được cắt đi, phần gan còn lại có thể tái sinh trở về kích thước ban đầu trong vòng một tới hai tuần lễ. Tuy nhiên, ở bệnh nhân xơ gan thì gan không thể tái sinh được. Do đó, trước khi phẫu thuật cắt phần gan có khối u, thì phần gan không có khối u cần được sinh thiết xem có kèm xơ gan hay không.

Đối với những bệnh nhân có khối u được phẫu thuật thành công thì khả năng sống 5 năm khoảng 30-40%. Điều này có nghĩa là 30-40% bệnh nhân được phẫu thuật cắt u do HCC có thể sống được 5 năm. Tuy nhiên, ở nhiều bệnh nhân, HCC tái phát lại ở bất cứ chỗ nào của gan. Hơn nữa, có những nghiên cứu so sánh tỉ lệ sống còn của những bệnh nhân không điều trị với kích thước khối u tương tự và chức năng gan cũng tương tự với những bệnh nhân được điều trị. Một vài nghiên cứu ở châu Âu và Nhật đã cho thấy tỉ lệ sống còn của phương pháp tiêm rượu, tiến trình hủy u bằng tia xạ với tỉ lệ sống còn của những bệnh nhân đã phẫu thuật. Nhưng một lần nữa, các độc giả cần phải thận trọng vì không có một so sánh nào giữa các tiến trình này với phẫu thuật cắt gan.

+ Sự ghép gan:

Ghép gan đã được chấp nhận để điều trị cho những bệnh nhân ở giai đoạn cuối của bệnh gan do nhiều nguyên nhân khác nhau (như viêm gan mạn do siêu vi B, C, xơ gan do rượu, xơ gan ứ mật nguyên phát, và viêm đường mật xơ hóa). Tỷ lệ sống còn đối với những bệnh nhân không bị HCC là 90% trong năm đầu, 80% được 3 năm, và 75% được 5 năm. Tuy nhiên, ghép gan tốt nhất khi bệnh nhân có khối u kích thước nhỏ hơn 5cm, có dấu hiệu của suy gan. Thật ra, bệnh nhân có kích thước khối u nhỏ (ít hơn 3cm) và không có ảnh hưởng tới các mạch máu thì ghép gan rất tốt. Những bệnh nhân này sau khi được ghép thì có ít hơn 10% nguy cơ tái phát lại HCC. Nói cách khác, những bệnh nhân có khối u lớn hơn 5cm hoặc có ảnh hưởng tới các mạch máu thì có tỷ lệ tái phát rất cao. Vì lý do này, những bệnh nhân được chọn điều trị cần phải nỗ lực để biết rõ đặc tính của khối u và khảo sát những dấu hiệu xem ung thư có lan rộng ra chưa.

Việc sử dụng một phần gan của người cho còn sống, khỏe mạnh có thể thực hiện ở một số bệnh nhân bị HCC có cơ hội ghép gan trước khi khối u trở nên quá lớn. Sự đổi mới này tạo ra sự hấp dẫn trong lĩnh vực ghép gan ngày nay.

Cần nhắc lại, việc thực hiện sinh thiết hoặc chọc hút gan ở những bệnh nhân bị HCC có lẽ nên tránh ở những bệnh nhân có chỉ định ghép gan. Lý do để

tránh chọc vào gan là có khoảng 1-4% nguy cơ gieo rắc tế bào ung thư từ khối u theo ống kim. Sau khi được ghép gan, người bệnh phải được dùng thuốc chống loại ghép để ngăn ngừa hệ thống miễn dịch của bệnh nhân loại bỏ gan mới ghép vào. Tuy nhiên, sự suy giảm của hệ miễn dịch có thể làm cho những tế bào ung thư mới phát triển nhanh chóng mà bình thường những tế bào này được kìm hãm lại bởi những tế bào miễn dịch của hệ miễn dịch nguyên vẹn.

Tóm lại, cắt gan nên được thực hiện ở những bệnh nhân có khối u nhỏ và chức năng gan bình thường. Những bệnh nhân có nhiều khối u và khối u lớn nên dùng phương pháp tiêm hóa chất qua động mạch gan hoặc TACE, nếu không có những dấu hiệu của suy gan nặng. Những bệnh nhân ở giai đoạn sớm của ung thư và có những dấu hiệu của bệnh gan mạn nên được đánh giá lại để xem có ghép gan được không.

Những phòng ngừa và điều trị HCC trong tương lai

Trên thế giới, đa số HCC kèm với nhiễm HBV mạn. Tuy nhiên, ngày nay ở Trung Quốc và những quốc gia khác ở châu Á, tất cả những trẻ sơ sinh đều được chủng ngừa vắc xin chống lại viêm gan B. Do đó, tần suất bị HBV mạn ở các thế hệ tương lai

sẽ giảm. Thậm chí tới 3 hoặc 4 đời sau, HBV bị mất hoàn toàn, từ đó giảm được yếu tố nguy cơ cao thường gặp của HCC.

Một vài nghiên cứu hồi cứu cho thấy rằng những bệnh nhân bị viêm gan mạn do siêu vi C được điều trị bằng interferon thì ít nguy cơ bị HCC hơn những bệnh nhân không được điều trị. Một điều đáng chú ý là ở những nghiên cứu này, điều trị interferon dường như có lợi điểm ngay cả những bệnh nhân ít đáp ứng với interferon ở mức tối ưu. Cần để ý những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ bị xơ gan và HCC dù có đáp ứng với interferon nhưng tiên lượng thì không tốt.

Một nghiên cứu ở Nhật đã ghi nhận rằng một dẫn xuất từ retinoid (hợp chất có liên quan tới vitamin A) có hiệu quả trong việc phòng ngừa sự tái phát của HCC sau cắt gan. Ngày nay, hợp chất này không có giá trị ở Mỹ. Điều quan tâm lớn của nghiên cứu này là dùng hợp chất này ở kết mạc với điều trị hỗ trợ cho bệnh nhân HCC.

Điều trị

Thật không may mắn, cho tới bây giờ vẫn chưa có một phương pháp nào mới trong điều trị HCC. Điều trị nội khoa vẫn còn trong nỗi thất vọng. Tuy nhiên, những nhà khoa học đang cố làm việc cật lực để tìm ra cách điều trị mới.

Ví dụ, những hợp chất kháng tăng sinh mạch máu, nó có thể ức chế việc hình thành mạch máu, có thể còn đang hứa hẹn trong việc điều trị HCC. Vì những khối u này phụ thuộc vào sự cung cấp máu của các mạch máu tăng sinh này. Cũng vậy, có những nghiên cứu khác đang khảo sát các loại thuốc hoặc trị liệu mới trong việc ngăn chặn cung cấp máu cho các khối u.

Những nghiên cứu này bao gồm một chất có hoạt tính phóng xạ gắn với kháng thể mà nó trực tiếp tại tế bào đích đặc hiệu ở tế bào gan ung thư (liệu pháp miễn dịch).

Tóm lược về HCC.

HCC là loại ung thư thường gặp đứng hàng thứ năm trên thế giới và đa số bệnh nhân bị HCC thường chết trong vòng một năm từ lúc bị HCC.

Ở Mỹ, bệnh nhân xơ gan thường do nhiễm siêu vi viêm gan B, C mạn, nghiện rượu, và ứ sắt là những yếu tố nguy cơ lớn nhất bị HCC.

Bệnh nhân với bệnh gan mạn (Ví dụ: HCV, HBV, bệnh ứ sắt) nên tránh uống rượu, vì nếu uống rượu sẽ làm gia tăng nguy cơ bị xơ gan và HCC.

Nhiều bệnh nhân bị HCC không có triệu chứng cho tới khi bị những giai đoạn tiến triển của khối u. Khi bệnh nhân có triệu chứng thì tiên lượng thường rất xấu.

Sự kết hợp những xét nghiệm về hình ảnh (siêu

âm, CT hoặc MRI) và AFP trong máu gia tăng giúp chẩn đoán xác định HCC hiệu quả nhất.

Sinh thiết gan có thể được thực hiện để chẩn đoán xác định HCC, nhưng tiến trình này đòi hỏi cần có những chuyên gia giải phẫu bệnh về gan và không cần thiết cho tất cả các bệnh nhân.

Tiền lượng của HCC rất thay đổi và tùy thuộc vào giai đoạn của ung thư và độ nặng của xơ gan kèm theo.

Điều trị nội khoa HCC bao gồm hóa trị, truyền tắc mạch bằng hóa chất, hủy khối u và dùng chùm tia proton thì không có hiệu quả.

Phẫu thuật cắt khối u có thể rất hiệu quả đối với những bệnh nhân bị HCC đã được chọn lọc kỹ, đặc biệt ở những người có khối u nhỏ và chức năng gan còn tốt.

Đối với những bệnh nhân có HCC nhỏ và bệnh gan rõ ràng kèm theo thì ghép gan có lẽ là điều trị tốt nhất.

UNG THƯ MIỆNG

Khoang miệng là gì?

Khoang miệng gồm nhiều phần: môi, phần lót bên trong môi và má được gọi là niêm mạc miệng; răng, sàn miệng bên dưới lưỡi, phần xương bên trên của miệng (khẩu cái cứng); nướu răng và phần nhỏ phía sau răng khôn.

Hầu họng gồm một phần ba sau của lưỡi, khẩu cái mềm, hạnh nhân khẩu cái (a-mi-đan), và thành sau miệng. Các tuyến nước bọt tạo nước bọt và đổ vào khoang miệng giúp miệng ẩm ướt và hỗ trợ cho việc tiêu hóa thức ăn

Phát hiện sớm ung thư miệng

Điều quan trọng là phát hiện ung thư miệng càng sớm càng tốt vì điều trị sẽ có hiệu quả nhất trước khi ung thư lan tràn.

Kiểm tra răng định kỳ bao gồm khám miệng toàn bộ cũng rất quan trọng để phát hiện sớm ung thư miệng hay các tình trạng tiền ung. Bác sĩ sẽ khám miệng khi khám sức khỏe định kỳ cho bạn.

Nguyên nhân gây ung thư miệng

Các nhà khoa học tại bệnh viện và các trung tâm y tế trên toàn quốc đang nghiên cứu về bệnh lý này để biết thêm về các nguyên nhân gây nên ung thư và cách phòng ngừa. Điều đã biết chắc là không có ai bị nhiễm ung thư từ người khác: ung thư không lây. Hai nguyên nhân gây ung thư miệng được biết đến là rượu và thuốc lá.

Dùng thuốc lá, hút thuốc lá, hút xì gà hay ông điếu, nhai thuốc lá, hay hít thuốc lá chiếm 80-90% nguyên nhân gây ung thư miệng. Một số nghiên

cứu đã chứng minh rằng người hút xì gà và dùng tẩu (ống điếu) có nguy cơ bị bệnh tương đương với người hút thuốc lá. Các nghiên cứu chỉ ra rằng những người hút thuốc không khói cũng có một nguy cơ đặc biệt gây nên ung thư miệng. Đối với người sử dụng thuốc lá lâu ngày, nguy cơ ung thư càng cao hơn nữa khiến cho việc hít hay nhai thuốc lá ở người trẻ trở nên vấn đề quan tâm đặc biệt.

Người bỏ hút thuốc, thậm chí sau nhiều năm sử dụng cũng có thể giảm nguy cơ ung thư miệng xuống rất nhiều. Các nhóm tư vấn đặc biệt hay các nhóm tự giúp (đồng đẳng) giúp những người đang cố gắng bỏ thuốc một cách hiệu quả.

Uống rượu lâu ngày hay nghiện rượu cũng làm tăng nguy cơ ung thư miệng, ngay cả đối với người không hút thuốc. Tuy vậy, người vừa hút thuốc vừa uống rượu có nguy cơ mắc ung thư miệng cao đặc biệt. Các nhà khoa học tin rằng các chất này làm tăng tác hại của nhau lên.

Ung thư môi có thể là do tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Có thể tránh được nguy cơ này nhờ sử dụng thuốc thoa hay dầu thoa chứa chất chống nắng. Đội nón rộng vành cũng giúp chặn những tia sáng mặt trời gây hại. Những người hút tẩu có nguy cơ ung thư môi rất cao.

Một số nghiên cứu đã chứng minh rằng nhiều người bị ung thư miệng có tiền sử bệnh bạch sản, là một mảng trắng bên trong miệng. Nguyên nhân

của bệnh bạch sản chưa được biết rõ, nhưng có lẽ có liên quan đến hút thuốc và uống rượu nhiều. Hiện tượng này xuất hiện khi một vùng bị kích thích chẳng hạn như lợi và nếp miệng của người dùng thuốc lá kiểu nhai, hít... và hiện tượng này xuất hiện ở môi dưới ở những người hút tẩu.

Một tình trạng khác là hồng sản, xuất hiện mảng màu đỏ ở miệng. Hồng sản thường xuất hiện nhất ở người từ 60-70 tuổi. Chẩn đoán và điều trị hồng sản và bạch sản sớm rất quan trọng vì những mảng này có thể hình thành ung thư.

Những người biết mình có nguy cơ bị ung thư miệng cao nên trao đổi về mối quan tâm này với bác sĩ hay nha sĩ, bởi các bác sĩ, nha sĩ là những người có khả năng gợi ý các phương cách giảm nguy cơ và sẽ lên kế hoạch phù hợp để khám bệnh.

Các loại ung thư họng miệng thường gặp

Ung thư lưỡi, sàn miệng, môi, niêm mạc má, amidan, lợi răng, vòm khẩu cái...

+ Dấu hiệu cảnh báo

Vết loét không lành sau 2 tuần, có đau và chảy máu.

Ổ răng không lành hay răng lung lay không rõ nguyên nhân.

Đau hay cảm giác đau rát họng bất thường.

Hạch cổ.

Rối loạn chức năng: nuốt khó, tăng tiết nước bọt, khàn tiếng kéo dài.

+ Tầm soát và phát hiện ung thư họng miệng

- Khám răng và tầm soát ung thư mỗi năm/ một lần.
- Khám và tầm soát mỗi 6 tháng/1 lần cho những đối tượng có nguy cơ bị ung thư họng miệng: trên 40 tuổi, có hút thuốc, uống rượu, ăn trâu, xỉa thuốc...
- Làm test xanh Toluidin 1%: có thể sử dụng trong miệng ở dạng dung dịch nước súc miệng hay dạng bôi tại chỗ, phối hợp với dung dịch acid acetic 1% để làm sạch niêm mạc miệng trước và sau khi tiếp xúc với phẩm màu.
- Kết quả test xanh Toluidin (+) dương tính: chỗ bắt màu xanh dương đậm, đều hay dạng đốm xanh.
- Làm sinh thiết tổn thương (+) hay phết tế bào... để xác định tổn thương ung thư.

Test xanh Toluidin 1% có độ nhạy cao (99,2%) đối với tổn thương được chẩn đoán lâm sàng là ung thư và 77% đối với tổn thương được chẩn đoán lâm sàng là nghi ngờ ác tính.

Các triệu chứng của ung thư miệng

Ung thư miệng thường xuất hiện ở người trên 40 tuổi nhưng có thể bị ở bất kỳ lứa tuổi nào. Sau đây là những dấu hiệu cảnh báo cần quan tâm:

- Vết thương ở miệng mãi không lành

- Khối u hay vùng dày lên ở má
- Mảng đỏ hay trắng ở lợi, lưỡi hay bờ miệng
- Đau hay cảm giác chạm được vật gì trong miệng
- Nhai hay nuốt khó
- Khó di chuyển hàm hay lưỡi
- Lưỡi hay vùng khác của miệng tê
- Sưng hàm dẫn đến răng giả vẫn dùng hàng ngày không vừa hay không còn thích hợp.

Bất kỳ triệu chứng nào ở trên cũng có thể do ung thư hay các nguyên nhân ít nghiêm trọng khác gây nên. Đừng đợi cho đến khi bạn cảm thấy đau. Đau thường không phải là triệu chứng sớm của ung thư miệng. Điều quan trọng là bạn cần đi khám ở nha sĩ hay bác sĩ nếu bạn thấy những triệu chứng trên kéo dài trên 2 tuần.

Chẩn đoán ung thư miệng

Nếu tìm thấy một vùng bất thường trong khoang miệng, thì sinh thiết là cách duy nhất để biết đó có phải là ung thư hay không. Bình thường, bệnh nhân được chuyển đến một phẫu thuật viên về miệng hay về tai mũi họng để cắt một phần hay cả khối u hoặc vùng bất thường có thể nhìn thấy được. Bác sĩ xét nghiệm sẽ xem xét mẫu mô này dưới kính hiển vi để tìm tế bào ung thư.

Hầu hết các ung thư miệng là carcinoma tế bào vảy. Các tế bào vảy lót bên trong khoang miệng.

Nếu nhà mô học tìm thấy tế bào ung thư, bác sĩ điều trị cần phải biết giai đoạn, độ lan rộng của khối u để có kế hoạch điều trị tốt nhất. Các xét nghiệm và khám tìm giai đoạn sẽ giúp bác sĩ tìm biết ung thư có lan rộng không và phần nào của cơ thể bị ảnh hưởng.

Định giai đoạn nói chung gồm các xét nghiệm X quang răng và X quang đầu, ngực. Bác sĩ có thể cần bệnh nhân chụp CT hay CAT. Chụp CT (cắt lớp điện toán) là dùng một loạt tia X được đặt bên nhau nhờ một máy vi tính để có hình ảnh chi tiết của các cơ quan bên trong cơ thể. Siêu âm cũng là cách để cho ra hình ảnh của các vùng trong cơ thể. Một sóng có tần số cao (siêu âm) mà người không nghe được đến đập vào mô hay tạng cơ thể và bị dội lại, dạng những phản âm của sóng tạo nên hình ảnh được tạo thành nhờ một đầu từ liên kết với một máy vi tính. Dạng phản âm do sóng tạo ra hình ảnh gọi là hình ảnh siêu âm.

Đôi khi bác sĩ yêu cầu chụp MRI (chụp cộng hưởng từ nhân), tạo ra hình ảnh nhờ từ trường liên kết với máy tính. Bác sĩ cũng sờ thấy những hạch ở cổ bệnh nhân và khám những chỗ sưng hay các thay đổi khác. Trong hầu hết các trường hợp, bệnh nhân sẽ được khám lâm sàng toàn diện trước khi bắt đầu điều trị.

Điều trị ung thư miệng

Điều trị ung thư miệng tùy thuộc vào một số yếu tố, trong đó có vị trí, kích thước, loại, độ lan rộng của khối u và giai đoạn của bệnh. Tuổi tác bệnh nhân và tổng trạng cũng cần được quan tâm đến. Điều trị ung thư miệng gồm phẫu thuật, xạ trị và trong hầu hết các trường hợp là kết hợp cả hai. Vài bệnh nhân được hoá trị bằng các thuốc chống ung thư.

Ở hầu hết bệnh nhân, điều quan trọng là khám răng trước khi bắt đầu điều trị.

Đa số bệnh nhân ung thư muốn biết tất cả về bệnh tật của mình và các lựa chọn điều trị để góp một phần chủ động trong quyết định chăm sóc y khoa và nha khoa. Bác sĩ là người trả lời những câu hỏi này tốt nhất. Hơn nữa, bệnh nhân có thể chuyện trò với bác sĩ để tham gia vào các biện pháp điều trị mới được nghiên cứu.

Những nghiên cứu này được gọi là các thử nghiệm lâm sàng để cải thiện việc điều trị ung thư.

Có nhiều điều bệnh nhân cần phải biết về bệnh ung thư và cách điều trị. Bệnh nhân không cần hỏi tất cả các câu hỏi hay hiểu tất cả các câu trả lời ngay lập tức. Sẽ có nhiều cơ hội để bệnh nhân hỏi, bác sĩ sẽ giải thích những điều bệnh nhân còn thắc mắc và sẽ đưa đến cho bệnh nhân nhiều thông tin hơn.

Các phương pháp điều trị

Bệnh nhân ung thư miệng có thể được một nhóm các chuyên gia điều trị.

Phẫu thuật cắt bỏ khối u trong miệng là điều trị thường được tiến hành ở bệnh nhân ung thư miệng. Nếu có bằng chứng chứng tỏ khối ung thư lan rộng thì phẫu thuật viên có thể nạo bỏ hạch vùng cổ. Nếu ung thư lan đến cơ và các mô khác vùng cổ thì có thể cần phẫu thuật rộng hơn.

Xạ trị là cách điều trị sử dụng các tia có năng lượng cao để làm phá huỷ các tế bào ung thư và ngăn chúng phát triển. Cũng như phẫu thuật, xạ trị là điều trị tại chỗ, nó chỉ tác động đến những tế bào trong vùng được điều trị mà thôi. Xạ trị được phân thành hai loại: Xạ trong và xạ ngoài. Năng lượng có thể được phát ra từ một máy lớn chiếu vào vùng bị bệnh là xạ ngoài. Năng lượng này cũng có thể phát ra từ những chất có phóng xạ hoạt động được đặt trực tiếp ngay tại khối u hay gần khối u được gọi là xạ trong. Xạ trị đôi khi được sử dụng thay thế phẫu thuật cho những trường hợp u nhỏ trong miệng. Bệnh nhân bị khối u lớn có thể cần phối hợp phẫu thuật và xạ trị.

Xạ trị có thể tiến hành trước hay sau khi mổ. Trước mổ, tia xạ có thể làm giảm kích thước khối u đến kích thước có thể cắt bỏ được. Xạ trị sau khi mổ được dùng để phá huỷ các tế bào ung thư còn sót lại.

Đôi với xạ trị ngoài, bệnh nhân vào viện hay phòng khám một ngày để điều trị. Thường thì việc điều trị sẽ tiến hành 5 ngày trong một tuần, liên tục trong 5 đến 6 tuần. Lịch điều trị này giúp bảo vệ những mô lành nhờ chia nhỏ tổng liều tia xạ.

Xạ trị ghép (cấy) được đặt trong những ‘hạt’ bé xíu có chứa các chất phóng xạ hoạt động trực tiếp vào trong khối u hay mô lân cận. Thông thường, chất cấy được đặt vào cơ thể trong vài ngày và bệnh nhân nhập viện trong một phòng riêng. Cần hạn chế thời gian y tá, nhân viên chăm sóc cũng như người đến thăm tiếp xúc với bệnh nhân để tránh bị nhiễm xạ. Mô cấy được lấy ra trước khi bệnh nhân về nhà.

Hoá trị là cách sử dụng thuốc để diệt các tế bào ung thư. Các nhà nghiên cứu đang tìm kiếm các thuốc có hiệu quả hay phối hợp thuốc để điều trị ung thư miệng. Có những khám phá hoá trị kết hợp với các dạng điều trị ung thư khác giúp phá huỷ khối u và ngăn bệnh lan rộng.

Các thử nghiệm lâm sàng

Các nhà nghiên cứu đang phát triển những phương thức điều trị hiệu quả hơn chống ung thư, và họ cũng đang tìm cách để giảm các tác dụng phụ khi điều trị. Nếu nghiên cứu lâm sàng cho thấy một phương pháp có hứa hẹn, bác sĩ sẽ sử dụng cách này để điều trị cho bệnh nhân trong các thử nghiệm lâm sàng. Những thử nghiệm này để cho biết

phương pháp mới có an toàn và hiệu quả hay không. Những bệnh nhân tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng đóng góp một phần quan trọng trong sự phát triển y học và họ có cơ hội hưởng những lợi ích của phương pháp điều trị mới đầu tiên.

Các thử nghiệm lâm sàng nghiên cứu phương pháp mới trong điều trị ung thư miệng được tiến hành cùng cách giống nhau ở các bệnh viện trong toàn quốc. Một số thử nghiệm lâm sàng có các cách làm teo đi hay phá huỷ khối u nguyên phát. Trong các thử nghiệm khác, các nhà khoa học áp dụng các phương cách để ngăn ung thư tái phát ở vùng miệng hay tránh lan tràn đến những nơi khác trong cơ thể. Tuy vậy vẫn còn những cách để điều trị, làm chậm quá trình hay ngăn ung thư đã lan rộng.

Các nhà nghiên cứu đang nghiên cứu thời gian của điều trị và các phương cách mới để kết hợp các dạng điều trị khác nhau. Chẳng hạn, các nhà nghiên cứu đang cố gắng làm tăng hiệu quả của xạ trị bằng cách cho thuốc hai ngày một lần thay vì một lần một ngày. Chúng cũng hoạt động khi tăng thân nhiệt (nóng) và với thuốc được gọi là chất nhạy cảm xạ để làm các tế bào ung nhạy cảm hơn với tia xạ. Các nhà nghiên cứu cũng sử dụng các thuốc để bảo vệ những tế bào bình thường khỏi bị tia xạ làm tổn thương. Ngoài ra, các nhà nghiên cứu còn khám phá ra nhiều loại thuốc kháng ung và các loại phối hợp thuốc mới.

Người bị ung thư miệng bị tăng nguy cơ mắc một loại ung thư mới tại vùng miệng hay đầu cổ. Các bác sĩ đang cố gắng tìm cách phòng ngừa những ung thư mới. Một số nghiên cứu được chứng minh rằng có một chất liên quan đến vitamin A có thể ngăn ngừa ung thư mới xuất hiện ở người đã từng điều trị ung thư miệng có hiệu quả.

Các phản ứng phụ khi điều trị ung thư miệng

Rất khó hạn chế các phản ứng phụ của điều trị để chỉ cắt hay diệt tế bào ung thư mà thôi. Do các tế bào và mô lành cũng có thể bị tổn thương nên việc điều trị có những phản ứng không mong đợi.

Các phản ứng phụ của điều trị ung thư rất khác nhau. Chúng tùy thuộc chính vào loại điều trị, độ lan rộng của điều trị và vùng được điều trị. Hơn nữa, mỗi người lại có một đáp ứng khác nhau. Một số phản ứng phụ chỉ tạm thời nhưng một số khác lại là vĩnh viễn. Các bác sĩ cố gắng lên kế hoạch điều trị cho bệnh nhân để phản ứng phụ ít xảy ra nhất. Bệnh nhân cũng được theo dõi rất cẩn thận để có thể phát hiện bất cứ vấn đề nào xảy đến khi đang điều trị.

Phẫu thuật cắt bỏ một khối u nhỏ ở miệng thường không gây nên những vấn đề lâu dài. Tuy vậy đối với một khối u lớn, phẫu thuật viên có thể cần cắt bỏ một phần khẩu cái, lưỡi, hay hàm. Phẫu

thuật loại này có thể làm thay đổi khả năng nhai, nuốt hay trò chuyện của bệnh nhân. Về ngoài của bệnh nhân cũng có thể bị thay đổi.

Sau khi mổ, mặt bệnh nhân có thể bị sưng, thường sẽ hết trong vòng một tuần. Tuy nhiên nạo cắt hạch sẽ làm chậm dòng lưu thông của bạch huyết làm bạch huyết đọng lại trong mô nên bệnh nhân sẽ lâu hết sưng hơn.

Trước khi tiến hành xạ trị, bệnh nhân cần khám răng miệng vì nha sĩ quen với những thay đổi mà xạ trị gây nên ở miệng. Xạ trị có thể làm đau miệng.

Xạ trị cũng gây nên những thay đổi trong nước bọt và làm giảm lượng nước bọt khiến bệnh nhân khó nhai nuốt. Vì nước bọt giúp bảo vệ răng nên khi khô miệng khả năng sâu răng của bệnh nhân tăng lên. Nha sĩ sẽ hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng loại bàn chải đánh răng và nước súc miệng đặc biệt. Nha sĩ thường gợi ý một chương trình đặc biệt có chứa fluoride nhằm giữ răng khoẻ. Để giảm khô miệng, nha sĩ sẽ khuyên sử dụng nước bọt nhân tạo và các cách khác để giữ miệng ẩm. Khô miệng do xạ trị sẽ hết ở một số bệnh nhân, nhưng ở một số bệnh nhân hiện tượng này cũng có thể còn lại lâu dài.

Sụt cân là vấn đề nghiêm trọng ở bệnh nhân điều trị ung thư miệng do đau miệng làm cho việc ăn uống của họ trở nên khó khăn. Trong nhiều trường hợp, chia thức ăn, thức uống ra từng lượng nhỏ sẽ có lợi. Nhiều bệnh nhân thấy ăn vài bữa ăn

nhỏ và ăn nhẹ trong ngày sẽ đỡ hơn là cố ăn ba bữa ăn lớn.

Thông thường thức ăn mềm, nhạt chan với nước sốt, nước thịt làm mềm thức ăn, bệnh nhân sẽ dễ ăn hơn. Canh, súp sệt, và sữa trứng khuấy là những thức ăn bổ dưỡng và dễ nuốt. Chuẩn bị thức ăn xay trong máy sinh tố cũng có lợi. Bác sĩ cũng sẽ khuyên dùng chất dinh dưỡng trong chế độ ăn lỏng đặc biệt dành cho bệnh nhân gặp khó khăn trong việc nhai. Uống nhiều nước giúp miệng ẩm và cũng giúp dễ ăn hơn.

Một số bệnh nhân trước đó có mang răng giả có thể mang răng giả trong khi xạ trị. Tuy nhiên một số khác không thể mang răng giả nhiều năm sau khi điều trị do có sự thay đổi trong khi trị liệu nên hàm răng giả không còn mang vừa nữa. Sau khi điều trị xong, bệnh nhân có thể sẽ điều chỉnh để hàm răng giả khớp vào hay thay bộ răng giả khác phù hợp hơn.

Xạ trị cũng gây đau trong miệng và làm nứt, bong mô. Những vết đau này thường lành trong những tuần đầu sau khi hoàn tất điều trị. Thường thì chăm sóc miệng tốt có thể giúp bệnh nhân bớt đau trong những trường hợp này. Bệnh nhân cũng không nên mang răng giả cho đến khi vết đau đã lành.

Trong quá trình xạ trị, bệnh nhân có thể mệt mỏi, đặc biệt trong những tuần muộn sau điều trị. Nghỉ ngơi là điều quan trọng, nhưng các bác sĩ thường

khuyên bệnh nhân cố giữ các hoạt động tích cực một cách hợp lý. Bệnh nhân nên thực hiện những hoạt động hợp với mức năng lượng của cơ thể.

Xạ trị thường gây nên đỏ da, khô da, sờ ấn đau và ngứa da nơi vùng điều trị. Đến cuối kỳ điều trị, da trở nên ẩm và “đẫm nước”. Có thể xuất hiện những vùng da sạm hay “màu đồng” ở nơi bị xạ trị. Vùng này cần để tiếp xúc với không khí càng nhiều càng tốt nhưng cũng cần tránh tiếp xúc trực tiếp với tia mặt trời.

Tại thời điểm này, giữ da lành lặn là điều quan trọng, nhưng người bệnh không nên sử dụng bất kỳ thứ thuốc bôi hay kem nào mà không được bác sĩ kiểm tra. Nam giới có thể rụng hết hay một phần râu tóc, nhưng râu ở vùng mặt thường mọc lại sau khi điều trị xong. Khi cạo râu bệnh nhân phải cẩn thận, tránh cắt phải da làm tổn thương da dẫn đến nhiễm trùng. Hầu hết các tác dụng của xạ trị trên da chỉ là tạm thời. Các vùng này sẽ lành khi việc điều trị được hoàn tất.

Phản ứng phụ của hoá trị tùy thuộc vào loại thuốc được sử dụng. Nói chung, các thuốc kháng ung tác dụng lên những tế bào phân chia nhanh như các tế bào máu chống lại sự nhiễm trùng, những tế bào lót trong niêm mạc miệng và ống tiêu hoá, và các tế bào nang lông. Kết quả là bệnh nhân sẽ bị các phản ứng phụ như sức đề kháng với nhiễm trùng kém, ăn mất ngon, nôn, buồn nôn, đau miệng. Bệnh nhân cũng có

thể bị thiếu năng lượng và rụng tóc.

Các tác dụng phụ của điều trị ung thư ở từng người là khác nhau và thậm chí ở một người cũng khác nhau ở các lần trị liệu. Các bác sĩ, y tá, và các chuyên gia dinh dưỡng có thể giải thích các phản ứng phụ của điều trị ung thư và gợi ý các cách đối diện với chúng.

Phục hồi sau điều trị ung thư miệng

Hồi phục là phần rất quan trọng trong điều trị bệnh ung thư miệng. Mục tiêu của hồi phục tùy thuộc vào độ lan rộng của khối u và phương pháp điều trị ở bệnh nhân. Nhóm chăm sóc y tế sẽ cố gắng để giúp bệnh nhân quay về các hoạt động bình thường càng sớm càng tốt. Phục hồi gồm có tư vấn về chế độ ăn, phẫu thuật, phục hình răng, ngôn ngữ trị liệu và các dịch vụ khác.

Đôi khi, bệnh nhân cần phẫu thuật thẩm mỹ để xây dựng lại các cấu trúc xương và mô trong miệng. Nếu không thể làm được thì chuyên gia phục hình răng có thể làm răng và/hoặc một phần mặt giả. Bệnh nhân có thể cần huấn luyện đặc biệt để sử dụng các bộ phận này.

Ngôn ngữ trị liệu bắt đầu càng sớm càng tốt cho bệnh nhân có vấn đề về tiếng nói sau khi điều trị. Bình thường chuyên gia ngôn ngữ sẽ khám bệnh để có kế hoạch điều trị và hướng dẫn cho bệnh nhân

các bài tập ngôn ngữ. Ngôn ngữ trị liệu thường được tiếp tục sau khi bệnh nhân đã về nhà.

Những việc cần làm sau khi điều trị ung thư miệng

Khám định kỳ là điều rất quan trọng đối với người điều trị ung thư. Bác sĩ và nha sĩ sẽ khám bệnh nhân kỹ lưỡng để kiểm tra quá trình lành bệnh và tìm các dấu hiệu ung thư tái phát. Bệnh nhân khô miệng do xạ trị cần được khám răng ba lần trong năm.

Bệnh nhân cần khám ở bác sĩ dinh dưỡng nếu sụt cân hay tiếp tục có các vấn đề về ăn uống. Hầu hết các bác sĩ khuyến khích bệnh nhân ung thư miệng ngưng hút thuốc và ngưng uống rượu để giảm nguy cơ bị một loại ung thư mới.

Sống chung với một bệnh nặng chẳng dễ dàng chút nào. Bệnh nhân và những người quan tâm đến người bệnh phải đối diện với nhiều vấn đề và thách thức. Những người này sẽ có đủ sức để đối phó với những khó khăn này khi có những nguồn thông tin hữu ích và các dịch vụ hỗ trợ.

Bệnh nhân ung thư cũng lo lắng về nghề nghiệp, công việc, quan tâm đến gia đình, quản lý công việc thường ngày. Xét nghiệm, điều trị, nằm viện, và chi phí điều trị là những nỗi lo thường gặp. Các bác sĩ, y tá, và các thành viên trong nhóm chăm sóc y tế sẽ

trấn an những nỗi sợ và giải thích những thắc mắc của bệnh nhân về điều trị, công việc, và các hoạt động thường ngày. Việc gặp gỡ với các y tá, nhân viên xã hội, nhà tư vấn hay các chức sắc tôn giáo cũng giúp bệnh nhân chia sẻ những cảm giác hay trao đổi những mối bận tâm về tương lai, các mối liên hệ cá nhân.

Bạn bè và họ hàng, đặc biệt những người có những kinh nghiệm cá nhân về bệnh ung thư có thể là nguồn khích lệ cho bệnh nhân. Hơn nữa, bệnh nhân khi trao đổi về mối bận tâm với người từng đối diện với vấn đề tương tự sẽ rất có ích.

Các bệnh nhân ung thư thường đến với nhau trong nhóm hỗ trợ, nơi đó họ có thể chia sẻ những điều họ biết về ung thư và cách điều trị, cách đối phó với bệnh này.

Tuy nhiên, điều quan trọng cần nhớ là mỗi bệnh nhân là một thế giới khác biệt. Điều trị và cách xử trí với bệnh nhân có hiệu quả ở người này lại không đúng với người kia, ngay cả khi cả hai bị cùng một loại ung thư. Trao đổi với bạn bè, với các thành viên trong gia đình và với bác sĩ là điều nên làm.

Thường thì nhân viên xã hội tại bệnh viện hay phòng khám có thể gợi ý về các nhóm có thể giúp đỡ để tái hồi phục, hỗ trợ tình cảm, giúp đỡ về tài chính, di chuyển và chăm sóc tại nhà.

Tương lai của bệnh nhân ung thư miệng

Bệnh nhân và gia đình của họ sẽ quan tâm về tương lai sống còn của bệnh nhân. Đôi khi họ sử dụng những thống kê để cố tìm ra khi nào bệnh nhân sẽ được chữa khỏi hay sẽ còn sống được bao lâu.

Tuy nhiên, những thống kê trung bình là dựa trên số lượng lớn bệnh nhân. Các số liệu này không thể dùng để tiên đoán những gì sẽ xảy đến cho một bệnh nhân cụ thể vì không có hai bệnh nhân ung thư nào giống nhau. Bác sĩ chữa trị cho bệnh nhân biết về bệnh sử của người bệnh và là người tốt nhất để trao đổi về tiên lượng (dự hậu) của người bệnh.

Người bệnh có thể hỏi bác sĩ về cơ hội hồi phục, nhưng ngay cả bác sĩ cũng không chắc chắn được những gì sẽ xảy đến. Khi bác sĩ trao đổi về khả năng sống sót của bệnh nhân ung thư, họ có thể sử dụng thuật ngữ thuyên giảm thay vì chữa khỏi. Thậm chí với nhiều bệnh nhân ung thư miệng đã hồi phục hoàn toàn, các bác sĩ cũng sử dụng từ này do ung thư miệng có thể tái phát.

Các nguồn thông tin cho bệnh nhân ung thư miệng

Thông tin về ung thư miệng có từ nhiều nguồn, trong đó một số được liệt kê bên dưới. Bạn có thể tìm những thông tin thêm tại thư viện địa phương,

tìm đọc những cuốn sách hay tìm gặp nhóm hỗ trợ nơi cộng đồng bạn sống.

Tóm lược về ung thư miệng

Ung thư miệng do dùng thuốc lá (bằng đường hút và nhai) và uống rượu gây nên.

Vết thương trong miệng mãi không lành có thể là dấu hiệu cảnh báo ung thư miệng.

Sinh thiết là cách duy nhất để biết vùng bất thường trong khoang miệng có phải là ung thư hay không.

Điều trị ung thư miệng tùy thuộc vị trí, kích thước, loại và độ lan rộng của khối u cũng như tuổi tác và sức khỏe của bệnh nhân.

Điều trị ung thư miệng thường bằng phẫu thuật cắt bỏ u trong miệng.

Tự phát hiện ung thư hốc miệng

Đứng trước gương xem kỹ vùng ngoài miệng, phát hiện sự bất đối xứng hoặc khiếm khuyết ở da, những thay đổi bất thường về màu sắc và hình dạng. Tự kiểm tra vùng miệng và cổ, đặc biệt lưu ý đến những vùng dễ bị ung thư.

Quan sát và dùng tay kiểm tra hạch cổ, nếu có hàm răng giả thì phải lấy ra trước khi khám. Nên kiểm tra theo một trình tự nhất định để không bỏ sót vùng nào.

- Để kiểm tra các phần trong miệng, cần há

miệng vừa phải để quan sát môi, nướu (lợi) và đáy hành lang trước. Há miệng lớn, banh má về một bên để quan sát màu sắc, hình dạng. Sau đó há miệng vừa phải, xem đáy hành lang trên và dưới. Lặp lại giống như thế ở phía má bên kia.

- Quan sát lưỡi trong miệng và lè lưỡi ra, ghi nhận sự thay đổi màu sắc, hình dạng, phân bố các gai, tính đối xứng, sự di động. Lặp lại ở phía lưỡi bên kia.

- Cong đầu lưỡi lên đụng vào khẩu cái để khám sàn miệng và bụng lưỡi.

- Ấn lưỡi xuống để nhìn vào họng. Sau đó, dùng ngón tay khám các vùng miệng nếu thấy có biểu hiện bất thường.

Những tổn thương nghi ngờ ung thư hốc miệng

1. Vết loét không lành sau 2 tuần không rõ nguyên nhân dù đã loại bỏ các yếu tố kích thích.

2. Tổn thương xơ chai, cứng.

3. Tổn thương chồi gồ dạng bông vải hay khối u.

4. Tổn thương dính chặt vào mô bên dưới.

5. Ổ răng nhỏ không lành.

6. Răng lung lay không rõ nguyên nhân.

7. Đau, dị cảm không rõ nguyên nhân.

8. Trở ngại chức năng: khó nhai, nói, chảy nước miếng.

9. Mảng trắng hoặc đỏ.

10. Sờ thấy hạch cổ, nhất là khi có nhiều hạch cứng, dính.

Biểu hiện báo trước ung thư hốc miệng

Ung thư hốc miệng thường xuất hiện trên niêm mạc đã bị biến đổi. Những tổn thương đó được gọi là tổn thương tiền ung thư, gồm:

1. Bạch sản: Mảng trắng trên niêm mạc, cao không tróc.

2. Hồng sản: Một mảng đỏ tươi như nhung, không đau, 50% đã là ung thư.

3. Xơ hóa dưới niêm mạc miệng: Ở người ăn trầu, có cảm giác nóng bỏng, niêm mạc trắng dần, miệng há nhỏ dần, cử động lưỡi khó.

4. Liken phẳng: Gồm những đường trắng đan nhau, vị trí thường ở niêm mạc má hai bên. Nếu bị loét, có thể gây đau và khó chịu, nhất là khi ăn các thức ăn chua và cay.

5. Viêm môi do tia nắng: Môi khô, nứt nẻ, đóng vảy.

6. Thiếu máu do thiếu sắt: Khó nuốt, teo niêm mạc miệng hầu.

Cần làm gì khi phát hiện tổn thương nghi ngờ ung thư hốc miệng

1. Bỏ thói quen hút thuốc lá, uống rượu, ăn trầu.

2. Tăng cường chế độ dinh dưỡng đầy đủ vitamin (chú ý vitamin A, C, E) và các kim loại vi lượng khác như kẽm, selen và sắt để phòng ngừa bệnh tiến triển, cũng như giảm sự tái phát bệnh sau khi điều trị.

3. Đến khám tại các cơ sở y tế và tuân thủ đúng y lệnh điều trị của bác sĩ.

4. Tái khám định kỳ theo yêu cầu của bác sĩ và tự theo dõi, nếu có bất thường nên trở lại khám sớm hơn. Cảnh giác về các dấu chứng báo động như đau, loét, chảy máu, nổi hạch...

Xét nghiệm giúp phát hiện sớm

Để phát hiện và theo dõi ung thư hốc miệng, có thể thực hiện một số xét nghiệm đơn giản như:

- Xét nghiệm xanh toluidine: Đơn giản, độ nhạy cao, không gây hại, nhưng lưu ý có trường hợp dương tính (+) giả, không phải là ung thư cũng bắt màu xanh dương đậm.

- Phết tế bào bong.

Nếu các xét nghiệm trên dương tính hoặc khi bác sĩ khám lâm sàng nghi ngờ có nhiều khả năng bị ung thư, bác sĩ sẽ đề nghị làm sinh thiết ngay để có chẩn đoán xác định và điều trị sớm.

Phòng bệnh

Hiện nay, ở phía Nam, cơ sở đầu ngành chuyên trị ung thư là Bệnh viện Ung bướu. Ung thư hốc miệng điều trị khỏi chủ yếu bằng phẫu thuật và xạ trị, riêng lẻ hay kết hợp. Một số trường hợp phát hiện bệnh trễ phải phối hợp thêm hóa chất điều trị ung thư.

Tổn thương nhỏ sẽ dễ điều trị hơn và có nhiều hy vọng chữa khỏi. Ví dụ ung thư môi có tổn thương

nhỏ, chưa di căn hạch thì 85% bệnh nhân có thể sống trên 5 năm. Tuy nhiên, vấn đề quan trọng là mỗi người phải có ý thức phòng ngừa ung thư hốc miệng. Xin nêu một số biện pháp phòng ngừa sau:

- Nên bỏ hút thuốc lá, uống rượu, vì ngoài tác hại gây ung thư, hai thói quen xấu này còn ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân như gây bệnh tim mạch, ung thư (phổi, miệng, hầu, thanh quản...) và sức khỏe răng miệng (làm đen răng, tạo cao răng, gây bệnh nha chu...).

- Nên bỏ các hình thức dùng thuốc lá tại chỗ (nhai, xỉa, đắp thuốc rê), bỏ ăn trầu. Nếu không thể bỏ thói quen này thì sau khi ăn trầu, phải dùng nước súc miệng thật kỹ.

- Nhiều bằng chứng đã cho thấy nguy cơ ung thư hốc miệng sẽ giảm nhiều nếu bỏ được thuốc lá. Bỏ hút thuốc lá 10 năm thì nguy cơ mắc bệnh ung thư hốc miệng ngang bằng với người chưa bao giờ hút thuốc.

- Lưu ý không được lạm dụng các loại nước súc miệng có cồn, nhất là khi hút nhiều thuốc lá.

- Hút thuốc lá thụ động: Môi trường nhiễm khói thuốc lá là nguyên nhân chính của nhiều căn bệnh, trong đó có ung thư hốc miệng.

Chọn đa số các thức ăn có nguồn gốc từ thực vật.

Hạn chế các thức ăn nhiều chất béo, nhất là thức ăn có nguồn gốc động vật.

Hoạt động thể lực tích cực: Duy trì cân nặng tốt, hoạt động thể lực điều độ 30 phút hay hơn mỗi ngày.

Hạn chế các thức uống có cồn.

Không hút thuốc lá.

Tránh các bệnh lây truyền theo đường tình dục.

Tầm soát và phát hiện sớm cho các đối tượng có nguy cơ cao (trên 40 tuổi, có nghiện thuốc, nghiện rượu, ăn trầu).

Hiện nay, các nhà khoa học cố gắng nghiên cứu ung thư theo nhiều hướng về những gene gây bệnh, về tác động của yếu tố môi trường gây đột biến gene... để biết rõ nguyên nhân bệnh sinh của ung thư và có cách điều trị hiệu quả. Nhiều trường hợp ung thư có thể phòng tránh được bằng cách thay đổi lối sống, như bỏ hút thuốc lá, không ăn trầu, không uống rượu quá mức và có chế độ ăn giàu rau quả tươi.

UNG THƯ DA

Tóm lược về ung thư da

Có nhiều loại ung thư da: ung thư tế bào đáy và ung thư tế bào vảy (không phải u hắc tố); u hắc tố.

Ung thư da là ung thư thường thấy nhất ở người.

Tia cực tím có trong ánh nắng mặt trời là nguyên nhân chính gây ung thư da.

Dấu hiệu báo động ung thư da là sự thay đổi bề mặt da như một u mới xuất hiện hay vết loét không lành. Sự thay đổi bề mặt da không giải thích được kéo dài hơn 2 tuần thì nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa da liễu.

Ung thư da không phải u hắc tố thường gặp nhất. Tỷ lệ điều trị khỏi khoảng 100% nếu bệnh được điều trị trước lúc có di căn.

Điều trị ung thư da không phải u hắc tố phụ thuộc vào loại ung thư và vị trí tổn thương, nguy cơ tạo sẹo, cũng như tuổi và thể trạng bệnh nhân. Có nhiều phương pháp điều trị: nạo và làm khô, phẫu thuật, xạ trị, cắt lạnh, vi phẫu Mohs.

Đối với những người cơ địa dễ bị ung thư da thì cách tốt nhất là tránh tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, tự theo dõi và đến khám bác sĩ định kỳ. Những người đã bị ung thư da rồi, bất kể dạng nào cũng nên kiểm tra đều đặn.

Phân loại và điều trị ung thư da

Ung thư da là bệnh ung thư thường thấy nhất ở người. Người ta ước tính hằng năm số người mới mắc bệnh này trên một triệu người. Tỷ lệ hàng năm của tất cả các loại ung thư da đang gia tăng mỗi năm, cho thấy số người mắc bệnh ung thư da ngày càng nhiều trong cộng đồng.

Dấu hiệu cảnh báo thường thấy nhất của ung thư da sự thay đổi bất thường ở da, chẳng hạn một u mới xuất hiện hoặc một vết loét không chịu lành.

Thuật ngữ “ung thư da” bao gồm ba thể khác nhau. Từ nhẹ đến nặng :

- Ung thư tế bào đáy.
- Ung thư tế bào vảy.
- U hắc tố.

Hai thể ung thư da thường thấy nhất là ung thư tế bào đáy và ung thư tế bào vảy, hai thể này gọi chung là ung thư da không phải u hắc tố. Nhìn chung u hắc tố là thể nặng nhất, vì chúng có khuynh hướng lan rộng khắp cơ thể.

Ung thư tế bào đáy

Ung thư tế bào đáy là gì ?

Ung thư tế bào đáy là thể thường gặp nhất của ung thư da, chiếm hơn 90% tất cả các loại ung thư da ở Mỹ. Loại ung thư này hầu như không di căn

đến những phần khác của cơ thể. Tuy nhiên, khi nó phát triển và xâm lấn có thể gây tổn thương mô xung quanh.

Những yếu tố nguy cơ nào làm phát triển bệnh?

Màu da sáng (da trắng) và sự tiếp xúc trực tiếp ánh nắng mặt trời là yếu tố quan trọng trong việc phát bệnh ung thư tế bào đáy. Tuy nhiên, khoảng 20% ca xảy ra ở những vùng da không phơi bày dưới ánh nắng mặt trời như ngực, lưng, cánh tay, chân và da đầu. Ung thư da mặt là vị trí thường thấy nhất của bệnh ung thư tế bào đáy. Sự suy yếu hệ thống miễn dịch do bệnh hay do thuốc có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Tia cực tím có trong ánh nắng mặt trời là nguyên nhân chính của ung thư da. Tia cực tím nhân tạo như đèn cực tím và tắm nắng cũng là nguyên nhân gây ung thư da. Nơi ở cũng là yếu tố nguy cơ mắc bệnh ung thư da. Những người sống ở khu vực ánh nắng mặt trời có tia cực tím ở mức cao dễ mắc bệnh ung thư da. Trên toàn thế giới, tỉ lệ ung thư da cao nhất ở Nam Phi và Úc, những nơi này nhận tia cực tím rất cao.

Ngoài ra, ung thư da còn liên quan đến thời gian tiếp xúc với tia cực tím. Ung thư da thường xuất hiện sau tuổi 50, nhưng những tổn thương do ánh nắng mặt trời thì có thể phát bệnh sớm hơn. Vì vậy, việc bảo vệ da nên bắt đầu từ nhỏ nhằm phòng ngừa ung thư da sau này.

Ung thư tế bào đáy bắt đầu là một u nhỏ lồi lên và trên bề mặt thường có những mao mạch nhỏ gọi là điểm giãn mao mạch. Cấu tạo như một đốm, thường có màu sáng hay óng ánh, thỉnh thoảng gọi là hạt trai. Thường khó khăn để nói là ung thư tế bào đáy từ một u lành như một nốt ruồi có màu đỏ mà không thực hiện sinh thiết. Vài ung thư tế bào đáy chứa sắc tố melanin nên tổn thương có màu tối hơn.

Ung thư tế bào đáy phát triển chậm, từ vài tháng đến thậm chí vài năm để gia tăng kích thước. Mặc dù di căn là hiếm gặp, ung thư tế bào đáy có thể làm tổn thương hay biến dạng mắt, tai, mũi nếu nó phát triển gần những vùng này.

Chẩn đoán ung thư tế bào đáy

Để chẩn đoán chính xác ung thư tế bào đáy, bác sĩ thường lấy trọn hay một phần khối u qua sinh thiết. Việc sinh thiết thường là lấy mẫu bằng cách gây tê tại chỗ. Phương pháp này còn được gọi là cạo sinh thiết. Mảnh da được lấy sau đó quan sát dưới kính hiển vi để tìm tế bào ung thư.

Điều trị ung thư tế bào đáy

Có nhiều cách điều trị thành công ung thư tế bào đáy với tỉ lệ trên 90%. Mục đích của bác sĩ lấy đi u và phá hủy mô ung thư với sẹo càng nhỏ càng tốt. Để có một phác đồ điều trị tốt nhất cho mỗi bệnh

nhân, bác sĩ sẽ xem xét: vị trí khối u, nguy cơ sẹo hoá (cơ địa sẹo lồi), tuổi, thể trạng, và bệnh sử.

Các phương pháp điều trị ung thư tế bào đáy gồm:

Phương pháp nạo và làm khô: Các bác sĩ da liễu hay dùng phương pháp này, phương pháp này gồm: Nạo tế bào đáy ung thư bằng một dụng cụ giống như cái muỗng (gọi là curette); làm khô bằng một dòng điện để kiểm soát chảy máu và diệt những tế bào ung thư còn lại. Với những người da lành không cần khâu. Kỹ thuật này phù hợp với những u nhỏ ở những vùng không quan trọng như thân và tứ chi.

Phẫu trị: Khối u được cắt bỏ và khâu lại.

Xạ trị: Các bác sĩ thường sử dụng tia xạ điều trị ung thư da ở những vùng khó áp dụng phương pháp phẫu trị. Với phương pháp này để đạt được kết quả thẩm mỹ tốt cần phải thực hiện nhiều lần, từ 25 đến 30 lần.

Phương pháp cắt lạnh: Là cách làm đông lạnh tế bào đáy bị ung thư. Điển hình, dùng nitrogen lỏng làm lạnh và giết tế bào ung thư.

Phương pháp vi phẫu Mohs: Còn gọi là “cắt bỏ bằng vi phẫu có kiểm soát”. Tên của phương pháp này được theo tên của vị bác sĩ tìm ra nó - bác sĩ Frederic Mohs. Phẫu thuật viên lấy từng mảnh nhỏ một cách tỉ mỉ và quan sát trực tiếp những mảnh này trong khi phẫu thuật. Sau đó cắt bỏ và kiểm tra bằng kính hiển vi với sự kiên trì, vì vậy tế bào

đáy ung thư có thể được khoanh vùng và lấy ra khỏi cơ thể mà không cần ước tính chiều rộng và sâu của tổn thương. Tỷ lệ khỏi cao đến 98%. Phẫu thuật vi phẫu Mohs thích hợp với những u lớn, những u này tái phát sau lần điều trị trước hay những tổn thương ở vị trí trải qua nhiều lần tái phát với những phương pháp điều trị khác, những vị trí đó là: da đầu, trán, tai và gốc mũi. Với những ca cần lấy mô nhiều, phương pháp Mohs thỉnh thoảng cần đến chất plastic phẫu thuật nhằm tái tạo hình dạng tốt nhất sau phẫu thuật.

Dự phòng ung thư tế bào đáy như thế nào?

Tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời là cách tốt nhất giảm nguy cơ bị ung thư da. Sự kiểm tra đều đặn bao gồm tự theo dõi và khám bác sĩ đều cũng là ý kiến tốt cho những người có nguy cơ cao. Những người đã từng bị ung thư da bất kể loại nào cũng nên kiểm tra định kỳ.

Cách dự phòng chung:

Hạn chế chơi, nghỉ ngơi dưới ánh nắng mặt trời.

Tránh phơi bày da dưới ánh nắng mặt trời lúc tia cực tím đạt đỉnh cao (khoảng giờ trưa) mà không bảo vệ.

Đội nón rộng vành và che kín khi ra ngoài dưới ánh nắng mặt trời.

Thường xuyên dùng những loại thuốc chống nắng không thấm nước chứa chất cản tia cực tím có độ SPF là 30 hay cao hơn.

Thực hiện kiểm tra đều đặn và báo cho bác sĩ biết bất kỳ những dấu hiệu nghi ngờ hay thay đổi tổn thương.

Ung thư tế bào vảy

Ung thư tế bào vảy là gì?

Ung thư tế bào vảy là bệnh ung thư da bắt đầu từ lớp tế bào vảy mỏng, những tế bào dẹt trông giống như vảy cá khi quan sát dưới kính hiển vi. Từ này có nguồn gốc Latinh, “squama” - có nghĩa là vảy cá hay rắn.

Tế bào vảy được tìm thấy ở những mô như bề mặt da, cơ quan rỗng, đường hô hấp và đường tiêu hoá. Như vậy, ung thư tế bào vảy có thể phát triển ở những mô này.

Ung thư tế bào vảy của da xảy ra khoảng 1/4 so với ung thư tế bào đáy. Nam giới bị bệnh nhiều hơn nữ giới. Kiểu trang phục và kiểu tóc đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa bệnh này. Nữ, kiểu tóc thường che tai, nên ung thư tế bào vảy ở vị trí này ít hơn nam.

Những yếu tố nguy cơ nào làm phát triển bệnh?

Tiếp xúc với ánh nắng mặt trời là yếu tố quan

trọng nhất trong sự phát bệnh ung thư tế bào vảy. Nhiều u có thể bắt nguồn từ nốt tiền ung thư, thường gọi là sừng hoá. Những tổn thương này xuất hiện ở những vị trí chịu ảnh hưởng ánh nắng mặt trời trong nhiều năm như trán và cằm, cũng như mặt lưng bàn tay. Tổn thương do ánh nắng mặt trời phải mất nhiều năm mới phát triển thành ung thư da. Như vậy, những người thích ánh nắng mặt trời cũng nên già từ sở thích đó ở tuổi 20 để ngăn chặn sự phát triển của nốt tiền ung thư hay ung thư trong nhiều thập niên sau đó.

Vài yếu tố ít quan trọng hơn có thể thúc đẩy ung thư: tiếp xúc với chất arsenic, các hydrocacbon, hơi nóng, tia xạ. Vài ung thư tế bào vảy có thể phát triển ở mô sẹo. Suy giảm miễn dịch do nhiễm trùng hay thuốc cũng có thể phát triển ung thư.

Trị ung thư tế bào vảy ở da có thể di căn không?

Không giống ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào vảy có thể di căn hay lan rộng đến những phần khác của cơ thể. Những u này thường bắt đầu như một nốt cứng màu sắc thay đổi hay màu đỏ. Ung thư tế bào vảy bắt đầu không có sừng hoá hay tổn thương do ánh nắng mặt trời, dễ xảy ra và di căn hơn những ung thư tế bào vảy do chấn thương hay sẹo xạ trị. Một vị trí đặc biệt có khuynh hướng di căn lan rộng là môi dưới. Vì vậy, một chẩn đoán chính xác ở nơi này là quan trọng.

Chẩn đoán ung thư tế bào vảy như thế nào?

Như ung thư tế bào đáy, để chẩn đoán bệnh, bác sĩ dùng sinh thiết: Bác sĩ lấy mẫu bằng cách gây tê tại chỗ và bấm một mảnh da bằng dụng cụ. Mảnh da lấy ra sau đó được kiểm tra lại dưới kính hiển vi để tìm tế bào ung thư.

Điều trị ung thư tế bào vảy như thế nào?

Cách điều trị giống như là ung thư tế bào đáy: phương pháp nạo và làm khô; phẫu trị; xạ trị; phương pháp vi phẫu Mohs; phẫu thuật cắt lạnh.

Do tính chất di căn của bệnh ung thư tế bào vảy nên điều quan trọng là chẩn đoán sớm và điều trị thật triệt để.

Dự phòng ung thư tế bào vảy như thế nào?

Điều thiết yếu là tiếp xúc tối thiểu với ánh nắng mặt trời và kiểm tra sức khỏe đều đặn.

Các cách dự phòng giống như bệnh ung thư tế bào đáy.

Theo dõi, chăm sóc bệnh như thế nào?

Ung thư da có tiên lượng tốt hơn những loại ung thư khác. Thường chữa lành được. Ngay cả những bệnh nhân có nguy cơ xuất hiện một ung thư da mới. Đây là lý do tại sao bệnh nhân cần phải

thường xuyên chú ý, đến bác sĩ để khám định kỳ và tuân theo hướng dẫn của bác sĩ nhằm giảm nguy cơ bị ung thư da tái phát.

Một số quan điểm về ung thư da

Ngày càng nhiều phụ nữ trẻ bị ung thư da

Tỉ lệ mắc hai dạng ung thư da là ung thư biểu mô tế bào đáy và tế bào vảy tăng từ 13% số phụ nữ dưới 40 tuổi vào những năm 1970 tới 32% vào năm 2003 - tiến sĩ Leslie Christenson,



Viện Mayo Clinic (Mỹ), cho biết. Nguyên nhân là do sự suy thoái của tầng ozone, tình trạng gia tăng tiếp xúc với ánh nắng và sử dụng ghế phơi nắng, và những tiến bộ về phương pháp phát hiện bệnh.

Trong nghiên cứu trên khoảng 500 ca bệnh ung thư da, Christenson nhận thấy tỉ lệ mắc bệnh chủ yếu gia tăng ở phụ nữ gần 40 tuổi. Trong đó, đáng chú ý là ung thư biểu mô tế bào vảy tăng từ 0,9% lên 4,1%. Ở nam giới, tỉ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào đáy không tăng còn dạng kia thì tăng nhẹ.

Do các dạng ung thư da không ác tính thường xảy ra ở người ngoài 50 tuổi, nên lâu nay người ta ít chú ý tới tỉ lệ mắc bệnh ở trẻ em thanh thiếu niên, Christenson cho biết.

Ung thư biểu mô tế bào đáy và tế bào vảy là hai dạng ung thư da phổ biến nhất. Bệnh có thể được điều trị dễ dàng hơn so với dạng ung thư ác tính. Ung thư biểu mô tế bào đáy thường xuất hiện những cục u thịt đỏ trên bề mặt da, chảy máu và không tiêu. Trong khi ung thư tế bào vảy cũng gây đỏ mặt do nổi cục u sần, song chúng thường ở dạng vảy.

Lỗi gen M1TF gây ung thư da

Các nhà khoa học Mỹ vừa tìm thấy một gen kiểm soát sự phát triển và tồn tại của dạng nguy hiểm nhất của ung thư da.

Với việc khám phá gen này, nhóm nghiên cứu tại Viện ung thư Dana-Farber hi vọng có thể tìm ra các phương pháp mới điều trị bệnh ung thư da. Nhóm này đã áp dụng một phương pháp công nghệ cao lên các mẫu mô từ những bệnh nhân mắc khối u ác tính, tập trung vào việc hình thành các vách ngăn các gen riêng lẻ nhằm xác định những khu vực của DNA có sai sót.

Bằng cách so sánh những mẫu này với kết quả ở các mẫu mô không bị ung thư, các nhà nghiên cứu đã xác định một lỗi xuất hiện ở gen quyết định đến sự phát triển của các khối u, đặc biệt ở các khối u ung thư phát triển mạnh có thể lây lan nhanh hoặc di căn. Ở đây cho thấy có sự tái tạo hay mở rộng bất thường của một gen được gọi là M1TF. Các nhà

ngiên cứu đã tìm thấy có đến 13 bản tái tạo của MITF ở một số khối u.

Tiến sĩ William Sellers, đồng tác giả nhóm nghiên cứu nói: “Bằng cách xác định sự đồng dục khác thường của gen đột biến gây ung thư MITF, chúng tôi có thể chẩn đoán bệnh tốt hơn và có sự ước lượng để cung cấp các liệu pháp điều trị đặc hiệu cao cho những bệnh nhân mắc khối u ác tính di căn.

Sự khuếch đại bất thường của gen MITF được cho là có liên quan với sự thay đổi của một gen khác, chúng bao gồm sự hoán đổi ở gen được tìm thấy trước đó ở các khối u ác tính được gọi là BRAF, và làm ngưng hoạt động một gen được gọi là p16 mà thông thường có vai trò giữ các tế bào khỏi bị phân chia quá nhanh và gây ra ung thư.

Tiến sĩ Sellers nói: “Chúng tôi có thể điều trị các khối u ác tính di căn bằng cách nhắm vào gen hoặc protein MITF, một mình chúng hoặc kết hợp với các thứ thuốc ngăn chặn BRAF”.

Căng thẳng kinh niên có thể gây ung thư da

Các nhà khoa học Mỹ vừa mới phát hiện thêm một tác hại nữa của stress. Họ cho biết, nếu tình trạng căng thẳng xảy ra thường xuyên trong một thời gian dài dễ tạo nên khối u trên da.

Để tìm hiểu mối liên hệ của tình trạng căng thẳng kinh niên và nguy cơ mắc ung thư da, các

chuyên gia tại Trung tâm Ung thư Johns Hopkins Kimmel (Mỹ) đã tiến hành thí nghiệm trên chuột. Họ dùng tia cực tím và nước tiểu của cáo, hai tác nhân từ lâu được biết đến là gây căng thẳng cho chuột, để thử nghiệm.

Nhóm nghiên cứu nuôi một nhóm chuột trong môi trường có tia cực tím. Một nhóm chuột khác (40 con) được nuôi trong môi trường có nước tiểu của cáo. Sau một thời gian, các chuyên gia so sánh cả hai nhóm với một nhóm được nuôi bình thường.

Kết quả cho thấy, tỉ lệ mắc ung thư da của nhóm chuột bị căng thẳng do phải sống trong môi trường có tia cực tím cao gấp hai lần nhóm chuột bình thường. Còn ở nhóm chuột sống trong môi trường có nước tiểu của cáo, 14/40 con đã xuất hiện khối u trên da (ít nhất là 1 khối u).

Nhóm chuyên gia cho biết họ sẽ tiến hành nghiên cứu để xác định xem mối liên hệ giữa stress và ung thư da có xuất hiện ở con người hay không. Tuy nhiên, họ nhận định rằng điều này có nhiều khả năng xảy ra.

Bột nghệ có thể chống ung thư da

Các nhà nghiên cứu Mỹ cho biết curcumin, một chất làm nên màu vàng đặc trưng của cà ri có thể giúp chống lại ung thư da thông qua khả năng ngăn cản các tế bào gây hắc tố.

Bột nghệ không chỉ là một thứ gia vị mà còn có thể đóng một vai trò quan trọng chống lại bệnh ung thư. Theo nghiên cứu mới đây của các nhà khoa học Mỹ, curcumin, một thành phần giúp cho bột cà ri có màu vàng đặc trưng, có thể tiêu hủy các tế bào ác tính gây hắc tố, một dạng ung thư da gây chết người.

Nhóm nghiên cứu do Razelle Kurzrock tại Trường ĐH Texas dẫn đầu đã thử điều trị ba dòng tế bào gây hắc tố bằng curcumin ở các liều khác nhau và trong những khoảng thời gian khác nhau. Kết quả cho thấy curcumin có khả năng ngăn chặn 2 protein mà các tế bào khối u cần để duy trì sự tồn tại lâu dài của chúng, thông qua đó giúp làm giảm các tế bào có khả năng gây hắc tố.

Một nghiên cứu tương tự cũng đã phát hiện curcumin có thể giúp ngăn chặn các tế bào gây khối u ung thư vú lây lan đến phổi ở chuột. Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy curcumin, hoạt động như một chất chống oxy hóa, có thể giúp ngăn chặn các khối u hình thành trong phòng thí nghiệm.

“Dựa vào các nghiên cứu này, chúng tôi cho rằng có thể dùng curcumin để tạo ra phương thuốc điều trị hắc tố ở bệnh ung thư da”, nhà nghiên cứu Bharat Aggarwal nói. Aggarwal cũng thêm rằng những người ăn nhiều nghệ có thể giảm tỉ lệ một số dạng ung thư, mặc dù nó không cho thấy có khả năng giảm nguy cơ ung thư ở người.

Cam thảo chặn đứng ung thư do mụn giộp gây ra

Các nhà khoa học của Trường Đại Học New York, Mỹ vừa tìm thấy một hợp chất có tên là axit glycyrrhizic trong rễ cây cam thảo. Hợp chất này có khả năng ngăn chặn vi khuẩn của bệnh mụn giộp phát triển thành ung thư da.

Hợp chất này vô hiệu hóa những gen chủ chốt có vai trò kiểm soát “khả năng nằm vùng” của virus trong tế bào, phá vỡ sự liên kết giữa virus và tế bào và tiêu hủy những tế bào đã nhiễm bệnh.

Bác sĩ Jeffrey Cohen, thuộc Viện Nghiên cứu sức khỏe quốc gia Mỹ phát biểu: “Cây cam thảo đã được nền Y học truyền thống sử dụng từ 4000 năm nay để chữa bệnh viêm tá tràng, sưng họng, sưng cuống phổi, thấp khớp và bệnh dị ứng là một ứng viên xuất sắc trong việc trị bệnh ung thư do virus gây ra”.

Mục lục

LỜI NÓI ĐẦU

Chương I. MỘT SỐ THÔNG TIN VỀ BỆNH UNG THƯ.....	5
--	---

Chương II. PHÒNG VÀ TRỊ MỘT SỐ BỆNH UNG THƯ ĐƯỜNG HÔ HẤP.....	31
--	----

Ung thư thực quản.....	31
------------------------	----

Ung thư phổi.....	48
-------------------	----

Chương III. PHÒNG VÀ TRỊ MỘT SỐ BỆNH UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HOÁ VÀ BÀI TIẾT.....	58
---	----

Ung thư dạ dày.....	59
---------------------	----

Ung thư đại tràng.....	82
------------------------	----

Ung thư bàng quang.....	97
-------------------------	----

Ung thư niệu đạo.....	114
-----------------------	-----

Chương IV. PHÒNG VÀ TRỊ MỘT SỐ BỆNH UNG
THƯ ĐƯỜNG SINH DỤC.....121

Ung thư vú.....121

Ung thư tiền liệt tuyến.....170

Ung thư cổ tử cung.....199

Ung thư tinh hoàn.....225

Ung thư dương vật.....231

Chương V. PHÒNG VÀ TRỊ MỘT SỐ BỆNH UNG
THƯ KHÁC.....235

Ung thư não.....235

Ung thư xương.....257

Bệnh bạch cầu (ung thư máu).....270

Ung thư tế bào gan.....294

Ung thư miệng.....334

Ung thư da.....359

NHÀ XUẤT BẢN VĂN HÓA - THÔNG TIN

43 Lò Đức - Hà Nội

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ BỆNH UNG THƯ

Chịu trách nhiệm xuất bản:

BÙI VIỆT BẮC

Chịu trách nhiệm bản thảo:

PHẠM NGỌC LUẬT

Biên tập:

LẠI GIANG

Vẽ bìa:

MINH ĐẠO

Sửa bản in:

THU HƯƠNG

Trình bày:

QUANG HÙNG

In 1.000 cuốn, khổ 13 x 19cm.

Tại Công ty in Việt Hưng (Chi nhánh Hà Nội)

Giấy phép xuất bản số: 168-2005/CXB/45-165/VHTT

In xong và nộp lưu chiểu Quý I năm 2006.



BS NGUYỄN PHAN THUY

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ BỆNH

Viêm khớp- Gout và Loãng xương



NHÀ XUẤT BẢN VĂN HOÀ THÔNG TIN



PHÁT HÀNH TẠI NHÀ SÁCH MINH LÂM
92E LÝ THƯỜNG KIỆT ĐT: 9 427 393 FAX: 9 427 407



8 935077 007275

GIÁ: 37 000Đ