LÊ ANH SƠN
(Biên soạn)

CẨM NANG CHO NGƯỜI BỆNH

Bệnh UNG THƯ & CÁCH ĐIỀU TRỊ



NHÀ XUẤT BẢN DÂN TRÍ

BỆNH UNG THƯ VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ

LÊ ANH SƠN
Biên soạn

NHÀ XUẤT BẢN DÂN TRÍ

Phần I
SƠ LƯỢC VỀ BỆNH UNG THƯ

BỆNH UNG THƯ LÀ GÌ?

Ung thư là tên chung dùng để gọi một nhóm bệnh trên 200 loại khác nhau về nguồn gốc của tế bào, căn nguyên, tiên lượng và cách thức điều trị nhưng có những đặc điểm chung, đó là sự phân chia không kiểm soát được của tế bào, khả năng tồn tại và phát triển ở các cơ quan và tổ chức lạ.

Các ung thư thường phát triển từ một tế bào ban đầu và phải mất nhiều năm cho tới khi có một kích thước đủ lớn để có thể nhận thấy được. Quá trình phát triển từ một tế bào duy nhất thành một khối ung thư trải qua nhiều giai đoạn.

Thông thường, các tế bào lành có một tuổi thọ nhất định và tuân thủ theo một quy luật chung là phát triển - già - chết. Các tế bào chết đi lại được thay thế bằng các tế bào mới. Cơ thể có một cơ chế kiểm soát quy luật này một cách chặt chẽ và duy trì số lượng tế bào ở mỗi cơ quan, tổ chức ở mức ổn định. Bệnh ung thư bắt đầu khi có một tế bào vượt qua cơ chế kiểm soát này của cơ thể, bắt đầu phát triển và sinh sôi không ngừng nghỉ, hình thành một đám tế bào có chung một đặc điểm phát triển vô tổ chức, xâm lấn và chèn ép vào các cơ quan và tổ chức xung quanh.

Các tế bào ung thư có liên kết lỏng lẻo, dễ dàng bứt ra khỏi khối u mẹ, theo mạch máu và mạch bạch huyết di cư đến các tổ chức và cơ quan mới, bám lại và tiếp tục sinh sôi nẩy nở (quá trình này gọi là di căn). Các ung thư chèn ép hoặc di căn vào các cơ quan giữ chức năng sống của cơ thể như não, phổi, gan, thận bệnh nhân sẽ tử vong.

Ngày nay, người ta đã biết rằng sự phát triển bình thường của tế bào trong cơ thể được kiểm soát bằng ba nhóm gen:

Nhóm gen sinh trưởng (oncogenes): Chịu trách nhiệm về sự phát triển và biệt hoá của tế bào. Nếu nhóm gen này bị tổn thương (biến dị), nó hoạt động không theo đúng quy luật và sẽ khiến các tế bào phân chia liên tục và phát triển một cách không kiểm soát được.

Nhóm gen ức chế (oncogene supressors): Chịu trách nhiệm ức chế gen sinh trưởng, không cho các tế bào tham gia tuỳ tiện vào chu kỳ sinh trưởng. Nếu gen này bị mất hoặc bị tổn thương, các gen sinh trưởng bị mất kiểm soát và hoạt động một cách bất thường khiến cho các tế bào sẽ sinh sản bất bình thường.

Nhóm gen sửa chữa: Là nhóm gen chịu trách nhiệm điều chỉnh những sai sót trong hoạt động của hai loại gen trên. Nếu loại gen này bị tổn thương thì những biến dị của hai loại gen trên sẽ không được khắc phục và sẽ dẫn đến sự sinh trưởng bất bình thường của tế bào.

Nguyên nhân

Tế bào là đơn vị cơ bản để hình thành tất cả sinh vật sống. Các tế bào bình thường sẽ nhân lên

khi cơ thể cần đến, và chết đi khi cơ thể không cần. Ung thư xuất hiện khi sự phát triển của tế bào trong cơ thể vượt quá mức kiểm soát và tế bào phân chia quá nhanh. Nó cũng có thể xảy ra khi tế bào chưa chết đi.

Có nhiều loại ung thư. Ung thư có thể hình thành ở hầu hết các cơ quan hoặc mô, như phổi, đại tràng, vú, da, xương và mô thần kinh. Có nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến ung thư như:

- Tia xạ.
- Ánh sáng mặt trời.
- Thuốc lá.
- Một số loại virus.
- Chất benzene.
- Một số loại nấm độc và độc chất aflatoxin (độc chất có trong các loại đậu mốc).

Tuy nhiên, nguyên nhân của nhiều loại ung thư vẫn chưa được biết đến. Nguyên nhân tử vong hàng đầu đầu trong các loại bệnh ung thư là ung thư phổi. Ba loại ung thư hàng đầu của nam giới ở Hoa Kỳ là ung thư tiền liệt tuyến, ung thư phổi và ung thư đại tràng. Trong khi đó ở phụ nữ là ung thư vú, ung thư phổi và ung thư đại tràng.

Một vài loại ung thư thì phổ biến ở một số vùng địa lý nhất định. Ví dụ như ở Nhật Bản, có rất nhiều trường hợp mắc ung thư dạ dày, trong khi đó loại ung thư này tương đối hiếm ở Hoa Kỳ. Sự khác nhau trong chế độ ăn có thể đóng vai trò trong vấn đề này. Một vài loại ung thư khác bao gồm:

- Ung thư não.

- Ung thư cổ tử cung.
- Ung thư tử cung.
- Ung thư gan.
- Bệnh bạch cầu (ung thư máu).
- Ung thư thận.
- Ung thư buồng trứng.
- Ung thư da.
- Ung thư tinh hoàn.
- Ung thư tuyến giáp.

Triệu chứng

Triệu chứng của ung thư tuỳ thuộc vào loại và vị trí của ung thư. Ví dụ, ung thư phổi có thể gây ho, khó thở, đau ngực, trong khi đó, ung thư đại tràng thường gây tiêu chảy, táo bón, máu trong phân.

Một vài loại ung thư có thể không gây triệu chứng gì. Một vài loại ung thư như ung thư túi mật, triệu chứng thường không xuất hiện cho đến khi bệnh phát triển nặng.

Tuy nhiên, những triệu chứng sau đây thì phổ biến với hầu hết các loại ung thư:

- Sốt.
- Lạnh, run.
- Đổ mồ hôi về đêm.
- Sụt cân.
- Chán ăn.
- Mệt mỏi.
- Khó chịu trong người.

Ngoài ra, dưới đây là một số dấu hiệu cũng đáng lưu ý:

- Ho kéo dài, đau ngực, ho ra máu (nghi ngờ ung thư phổi).

- Thay đổi thói quen đại tiện; tiêu bón, tiêu chảy xen kẽ, tiêu có chất nhày nhớt hoặc có máu (nghi ngờ ung thư đại trực tràng).

- Ăn mau no, đầy hơi, đau thượng vị (nghi ngờ ung thư dạ dày).

- Sốt kéo dài, đau hạ sườn phải, vàng mắt, vàng da nhẹ (nghi ngờ ung thư gan).

- Chảy máu âm đạo bất thường (nghi ngờ ung thư cổ tử cung, ung thư tử cung).

- Vết bầm xuất huyết dưới da (nghi ngờ bệnh bạch cầu).

- Nuốt nghẹn (nghi ngờ ung thư thực quản).

- Nhức đầu, mờ mắt, co giật (nghi ngờ ung thư não).

- Có cục ở vú, núm vú tụt vào hoặc tiết dịch bất thường (nghi ngờ ung thư vú).

- Tiểu có máu, tiểu khó, tinh dịch có máu (nghi ngờ ung thư tiền liệt tuyến, ung thư thận, ung thư bàng quang, ung thư tinh hoàn).

- Đau lâm râm vùng hạ vị ở phụ nữ (nghi ngờ ung thư tử cung hoặc buồng trứng) v.v...

- Nốt ruồi hoặc mụt cóc thay đổi hình dạng hoặc lớn nhanh bất thường, vết lở loét ở ngoài da không lành (nghi ngờ ung thư da, ung thư hắc tố melanoma).

8 DẤU HIỆU CẢNH BÁO UNG THƯ

Nếu bị ho kéo dài, uống thuốc chữa viêm đường hô hấp mãi không khỏi thì nên đi khám tầm soát ung thư phổi, nhất là với những người trên 40 tuổi và hay hút thuốc lá.

Bạn nên nghĩ đến bệnh ung thư nếu có những triệu chứng sau:

1. Ho dai dẳng

Phần lớn các trường hợp ung thư phổi có triệu chứng ho kéo dài, có thể kèm theo đờm, máu. Nhiều khi bệnh nhân nghĩ mình bị ho do viêm đường hô hấp, nhưng đã chữa kháng sinh, đợt viêm đã qua mà chứng ho cũng không mất. Khi đó, nên đến bác sĩ vì đó có thể là biểu hiện ung thư.

2. Ra máu và dịch bất thường

Phụ nữ trên 30 tuổi và sinh nở nhiều lần nếu thấy chảy máu thường xuyên khi quan hệ tình dục thì đó có thể là biểu hiện ung thư tử cung. Ra máu âm đạo ở người đã tắt kinh lâu ngày cũng là dấu hiệu bệnh này.

Phụ nữ nên cảnh giác với ung thư vú nếu thấy chảy dịch, máu ở đầu vú. Ngoài ra, việc chảy máu hay dịch bất thường ở bất cứ bộ phận nào cũng đều có thể là triệu chứng nguy hiểm, Vì vậy nên đến bác sĩ để kiểm tra.

3. Đại tiểu tiện bất thường

Nên nghĩ đến ung thư trực tràng nếu bị rối loạn tiêu hoá kéo dài, chữa theo các cách thông thường không khỏi. Biểu hiện bệnh này thường là đi ngoài ra

máu hoặc dịch nhầy, đau bụng, nhiều khi buồn đại tiện nhưng không đi được...

Rối loạn tiểu tiện cũng có thể là dấu hiệu ung thư ở hệ tiết niệu - sinh dục (bàng quang, tuyến tiền liệt...). Nên đi khám nếu thường xuyên tiểu rát, tiểu nhiều lần không hết hoặc khó tiểu, nhất là khi những triệu chứng này ngày một tăng.

4. Vết loét lâu lành

Các vết loét mãi không liền, dễ chảy máu ở da, trong miệng, trên lưỡi - có thể là tín hiệu của ung thư.

Vết sùi lở bằng đầu ngón tay út trên môi, không gây đau nhưng cũng không khỏi, có thể do ung thư môi, nhất là ở người ngoài 50 tuổi. Nốt lở, nứt dai dẳng không đau ở bờ lưỡi có thể do ung thư lưỡi, nhất là ở người ngoài 40 tuổi, hút thuốc nhiều.

Các vết lở nhỏ không đau, bờ không đều, mặt lồi hoặc lõm tồn tại lâu ngày trên da thường là dấu hiệu ung thư da.

5. Nốt ruồi to ra

Nốt ruồi đột nhiên lớn nhanh, thay đổi màu sắc hay trở nên đau, ngứa, loét, dễ chảy máu khi đụng tới... có thể báo động bệnh ung thư hắc tố.

Các nốt ruồi dễ bị ác tính hoá nếu bị chà xát hay phơi nắng nhiều. Do đó, nếu chúng nằm ở vị trí dễ đụng chạm, bạn nên đến bác sĩ để loại bỏ.

6. Xuất hiện u cục

Nếu phát hiện thấy các khối u, cục hay hạch nổi bất thường trên cơ thể, bạn nên đi khám để loại trừ

ung thư. Việc các u cục xuất hiện hoặc hạch phát triển nhanh thường là dấu hiệu ác tính.

7. Đau đầu, ù tai

Đây có thể là dấu hiệu ung thư vòm họng. Ở giai đoạn sớm, phần lớn bệnh nhân bị nhức đầu lan toả, âm ỉ một bên đầu, ù một bên tai, lúc nào cũng như có tiếng ve kêu, ngạt một bên mũi. Các triệu chứng này tăng dần theo mức độ bệnh. Ở giai đoạn muộn, bệnh nhân nhức đầu liên tục, có khi dữ dội, tai nghe kém.

8. Nuốt khó, khàn tiếng

Nói khó, nuốt khó, khàn tiếng là dấu hiệu báo động ung thư thanh quản. Nếu bạn nghĩ mình bị khàn tiếng do cảm lạnh nhưng chữa vài tuần không khỏi, nên đi khám tầm soát ung thư, nhất là với những người trên 40 tuổi, hút thuốc và uống rượu nhiều. Nuốt khó cũng có thể là triệu chứng ung thư thực quản.

20 CÁCH ĐƠN GIẢN PHÒNG CHỐNG BỆNH UNG THƯ

Ung thư là nỗi lo sợ đối với rất nhiều người. Nhưng bạn hoàn toàn có thể phòng tránh nó bằng những thói quen đơn giản như đánh răng đúng cách, không ăn đồ ăn nhanh, và tích cực tập thể dục.

1. Chải răng thường xuyên: Chải răng đúng cách là một cách để ngăn chặn ung thư tuyến tụy. Bệnh về lợi do việc chải răng không đúng gây ra có thể làm tăng nguy cơ bị ung thư lên 63%.

2. Uống trà xanh: Trà xanh chứa nhiều chất chống

oxy hóa. Nó giúp ngăn ngừa ung thư da, phổi, thận và gan. Chỉ cần 2 cốc mỗi ngày làm giảm nguy cơ bị ung thư về đường tiêu hóa tới 32%. Đàn ông uống hơn 5 cốc mỗi ngày cũng giảm nửa nguy cơ bị ung thư tuyến tiền liệt.

3. Dùng aspirin: Loại thuốc này giảm 20% nguy cơ ung thư vú. Aspirin còn giảm khả năng bị ung thư da và u vú.

4. Ăn rau quả: Ăn ít nhất 5 suất rau củ và trái cây mỗi ngày là một yếu tố ngăn ngừa bệnh hữu hiệu. Các loại rau quả bao gồm cải xong, mầm xôi, cà rốt, cây việt quất, rau họ cải như súp lơ xanh, bắp cải.

5. Tránh khói xe cộ: Tiếp xúc với khí thải từ các phương tiện giao thông có thể làm tổn hại ADN, gia tăng nguy cơ bị ung thư. Nghiên cứu cho thấy những phụ nữ sống trong thành phố đông đúc sẽ tăng gấp 1,5 lần nguy cơ bị ung thư so với những ai sống ở vùng nông thôn.

Tránh khí thải bằng cách đóng cửa sổ, đi trên những con phố vắng, đặc biệt vào buổi sáng khi không khí còn trong lành.

6. Tập thể dục đều đặn: Các môn tập như thể dục thẩm mỹ, chạy bộ hay bơi đều bảo vệ phái nữ khỏi bị ung thư vú, nhưng cần phải tập ít nhất 5 tiếng mỗi tuần. Những hoạt động nhẹ nhàng hơn như đi bộ, chơi golf không có hiệu quả bằng. Tập thể dục làm giảm hàm lượng hormone cần thiết để tế bào ung thư phát triển.

7. Không nhậu nhẹt: Mỗi ngày một vại bia hay một cốc rượu to sẽ làm tăng 10% nguy cơ ung thư ruột. Với phụ nữ, uống rượu hằng ngày cũng làm tăng khả năng

bị ung thư vú lên 2%. Ngoài ra, quá nhiều chất cồn cũng làm hại gan.

8. Không dùng giường sưởi nắng: Những loại đèn công suất cao hiện đại tỏa ra các tia tử ngoại có hại, làm tăng nguy cơ bị ung thư da đối với những ai dùng thường xuyên.

9. Hạn chế thịt đỏ: Ăn thịt đỏ sẽ tạo ra các phân tử nguy hiểm trong mô cơ thể, làm tổn hại ADN, và tăng nguy cơ bị ung thư ruột. Phụ nữ ăn thịt đỏ nhiều hơn 3 lần/tuần dễ bị ung thư vú hơn, đặc biệt là những ai đã mãn kinh.

10. Không lo lắng: Những người hay lo âu tăng 50% nguy cơ bị chết sớm vì mọi loại bệnh, trong đó có ung thư. Stress và sự lo lắng làm tiết ra hormone có hại cho cơ thể. Stress cũng làm gấp đôi nguy cơ bị ung thư vú đối với phái yếu.

11. Không ăn đồ ăn nhanh: Ăn những món chế biến sẵn như hamburger, thịt hun khói hay xúc xích mỗi ngày sẽ đẩy nguy cơ bị ung thư ruột lên 21% và khả năng bị các bệnh ung thư khác như thực quản, phổi, dạ dày, tuyến tiền liệt.

12. Ăn trứng: Những cô gái ăn 6 quả trứng mỗi tuần sẽ giảm nguy cơ bị ung thư vú tới 40%. Sphingolipid - chất can thiệp vào sự phát triển tế bào ung thư - là vũ khí bảo vệ chủ đạo.

13. Tránh nơi có khói thuốc: Những người không hút thuốc tiếp xúc với khói thuốc lá sẽ tăng 20-30% nguy cơ bị ung thư phổi.

14. Theo dõi cân nặng: Sau hút thuốc, béo phì là yếu tố nguy hiểm hàng đầu gây ung thư. Lượng mỡ thừa

trong cơ thể có thể gây ra 6 loại ung thư phổ biến, ảnh hưởng tới vú, ruột và lá lách.

15. Uống sữa: Uống mỗi ngày một cốc sữa ít béo sẽ giảm nguy cơ bị ung thư buồng trứng ở phụ nữ tới 40%. Bởi nó tác động tới việc sản xuất protein parathiroid liên quan tới việc phát triển ung thư.

Nhưng uống quá nhiều sữa cũng tăng nguy cơ bị ung thư buồng trứng. Nghiên cứu trên 60.000 phụ nữ tìm thấy uống hơn 2 cốc sữa mỗi ngày đẩy mạnh nguy cơ bị bệnh này.

16. Tránh quan hệ tình dục bằng miệng: Dùng công cụ tránh thai khi dùng miệng quan hệ là nguyên tắc hàng đầu để tránh bị ung thư vòm họng. Căn bệnh này bị gây ra do sự lây nhiễm virus gây u nhú ở người (virus HPV), tác nhân chính của ung thư cổ tử cung.

17. Cho con bú: Việc cho con bú ít nhất 6 tháng sẽ làm giảm nguy cơ bị ung thư vú và ung thư buồng trứng ở các bà mẹ khoảng 7%. Còn nếu bạn đang mang thai, hãy đón nhận cơn buồn nghén, bởi nó có nghĩa là bạn đang tạo ra hormone ngăn ngừa tế bào ung thư phát triển.

18. Dùng thuốc tránh thai: Dùng loại thuốc ngăn ngừa thụ thai trong thời gian ngắn có thể giảm khả năng bị ung thư của phụ nữ. Nhưng dùng quá 8 năm sẽ lại gây hại.

Khả năng bảo vệ sẽ kéo dài 30 năm sau khi phụ nữ ngừng dùng thuốc uống. Nó giúp làm giảm 20% nguy cơ bị ung thư ở vùng kín.

19. Không quên dùng kem chống nắng: Không chỉ dùng kem khi đi tắm biển mà còn bôi cả khi bạn tập thể dục

ngoài trời. Khoảng 44% những người đi tập thể dục quên bôi kem chống nắng, khiến họ dễ bị ung thư da.

20. Sử dụng điện thoại di động không sao: Việc dùng điện thoại cầm tay không làm tăng nguy cơ ung thư, ít nhất trong 10 năm đầu sử dụng.

Tuy nhiên, trẻ con không nên được phép có phương tiện này bởi những tác hại tiềm ẩn lâu dài.

NHỮNG THỰC PHẨM ĐÁNH BẠI BỆNH UNG THƯ

Ung thư có thể ảnh hưởng đến cuộc sống của rất nhiều người và các bác sĩ nói rằng nếu bạn biết cách ăn uống, ung thư sẽ không còn đáng ngại nữa.

Chúng ta có thể phòng ngừa ung thư bằng cách tránh các yếu tố làm tăng nguy cơ:

- Hút thuốc.

- Thức ăn sẵn.

- Phơi nắng quá nhiều.

Tuy nhiên, các yếu tố này chưa phải là tất cả, nó chỉ giúp bạn giảm nguy cơ chứ không thể bảo đảm bạn sẽ thoát khỏi căn bệnh đáng sợ này.

Trước khi bắt đầu lựa chọn những thực phẩm có chức năng chống ung thư thì bạn cần nhớ: dinh dưỡng cân bằng và đa dạng là điều tối quan trọng. Ngoài ra, bạn cần lưu ý 5 nguyên tắc sau:

- 5 khẩu phần rau quả mỗi ngày (tương đương với 400g);

- Ăn nhiều chất xơ;

- Giảm chất béo;
- Giảm muối;
- Giảm đường.

Nếu Trung tâm Nghiên cứu Ung bướu Hoa Kỳ cho rằng không một loại thực phẩm nào nên hay không nên ăn sẽ giúp ngăn ngừa ung thư thì một số nhà khoa học khẳng định số trường hợp ung thư sẽ có thể giảm tới 1/3 nếu chúng ta ăn uống hợp lý bởi điều này sẽ giúp tăng cường hệ miễn dịch, giúp cơ thể tăng sức đề kháng chống lại các bệnh ung thư. Vậy đó là những thực phẩm nào?

Cà tím: Được biết đến như là một loại quả trứng gà, loại rau này rất giàu chất terpene, có tác dụng ngăn chặn sự phát triển của các khối u ác tính. Những thực phẩm khác có hàm lượng terpenes cao gồm lá hương thảo, húng tây, húng quế và bạc hà.

Súp lơ xanh: Thuộc họ cải bắp nhưng súp lơ xanh chứa rất nhiều phân tử chống ung thư cực mạnh và những nghiên cứu gần đây cho thấy nó có thể đánh bật được bệnh ung thư tiền liệt tuyến.

Sô cô la: Không phải là sô cô la trắng hay sô cô la sữa vì chúng chứa rất nhiều đường và chất béo, mà đó là sô cô la đen với tỷ lệ ca cao nguyên chất ít nhất là 70%. Loại sô cô la này rất giàu chất chống ôxy hóa và các polyphenols, có tác dụng làm chậm lại sự tăng trưởng của các tế bào ung thư.

Tỏi: Từ xa xưa tỏi đã được xem là dược thảo rất tốt cho sức khỏe. Tỏi có khả năng chống lại các bệnh ung thư ruột, ung thư vú, ung thư phổi, ung thư thận và ung thư tiền liệt tuyến.

Dầu cá: Những loại cá như cá kiếm, cá mòi và cá trích rất giàu axit béo omega-3, hợp chất có khả năng kìm hãm sự phát triển của các khối u ác tính. Các nghiên cứu cho thấy uống dầu cá 2 lần/tuần sẽ giúp phòng ngừa ung thư hiệu quả.

Cam quýt: Các loại quả họ cam quýt như cam, chanh, bưởi có chứa rất nhiều chất flavonoids, có khả năng ngăn chặn viêm nhiễm, tiêu diệt các tế bào ác tính manh nha. Tuy nhiên, không nên ăn vỏ cam quýt sống, nó chỉ thích hợp với việc làm sạch bát đĩa hay tạo mùi thơm cho không khí mà thôi.

Cà chua: Nổi tiếng là loại quả giàu lycopene, cà chua giúp bảo vệ cơ thể chống lại ung thư tuyến tiền liệt. Cùng với cà rốt, củ cải đường và mơ, cà chua rất giàu chất caroten có khả năng ngăn chặn các khối u não.

Phần II
MỘT SỐ BỆNH UNG THƯ THƯỜNG GẶP VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ

UNG THƯ GAN

Ung thư gan là một nhóm bệnh hoặc căn bệnh được di truyền và khiến tế bào trong người thay đổi một cách không thể kiểm chế được. Tế bào ung thư độc có thể xâm lấn vào những mạch máu và bạch huyết, lan tràn qua những bộ phận khác của cơ thể và từ đó tiếp tục lớn lên, cản trở những cơ năng bình thường của bộ phận đó. Ung thư gan gồm có hai loại, một loại bắt nguồn từ gan (gọi là ung thư gan hạng nhất) và một loại bắt nguồn từ những bộ phận khác trong người nhiễm độc gan (được gọi là ung thư gan di căn hoặc ung thư gan hạng nhất). Ung thư gan hạng nhất bắt đầu trong gan. Những chức vụ của bộ phận gan gồm có:

Tích trữ vitamin và chất dinh dưỡng.

Trao đổi chất dinh dưỡng trong cơ thể.

Kiểm soát mức đường trong máu.

Phát xuất yếu tố đông máu.

Khử hoạt tính của thuốc độc và những loại hoá chất khác.

Triệu chứng

Ung thư gan được gọi là sát thủ âm thầm vì đa số bệnh nhân vẫn cảm thấy khoẻ mạnh và không có dấu hiệu hoặc triệu chứng mắc bệnh. Những khối u nhỏ không thể tìm được qua cách mò vị trí của gan nằm dưới xương sườn và vì thế nó có thể bị che khuất. Sự đau nhức thường không thể cảm giác được cho đến lúc khối u đã lớn và một số u không gây đau nhức hoặc những triệu chứng khác cho dù nó đã to lớn.

Thêm một nguyên do rắc rối nữa là mức mọc của một số loại ung thư gan. Những giai đoạn chót của ung thư gan, lúc nó đã to lớn hoặc lúc nó gây trở ngại cho những cơ năng của gan, có thể sinh ra những triệu chứng rõ ràng như đau nhức trong vùng trên phải của bụng, giảm cân, ăn không ngon miệng và cuối cùng là mắt và da bị vàng thêm (bệnh hoàng đản) và bụng bị trương lên. Lúc đó bệnh nhân chỉ có thể tiếp tục sống trung bình từ 3-6 tháng sau khi bệnh đã được phát hiện, và tại sao y giới thường hoài nghi lúc đề cập đến ung thư gan. Cách duy nhất để tăng thêm kết quả điều trị chính là chẩn đoán ung thư lúc còn sớm bằng cách truy tìm ung thư trong những người đang có viêm gan B và trong những người đang bị xơ gan vì nhiễm viêm gan B hoặc C.

Nguyên nhân gây bệnh

Một điều quan trọng mọi người phải thừa nhận là tất cả những người gốc Á châu có viêm gan B vì bị nhiễm lúc còn trẻ có nguy cơ cao dễ phát triển bệnh ung thư gan cho dù họ có xơ gan hay không. Nguy cơ này cao hơn trong những người đàn ông và những

người nào có ung thư gan di truyền trong gia đình. Mọi người đồng ý rằng vấn đề truy tìm ung thư gan thường xuyên rất là quan trọng cho những người gốc Á châu có viêm gan B, nhưng công việc này đối với những người Mỹ trắng đã bị nhiễm lúc đã lớn tuổi hiện vẫn đang gặp nhiều tranh luận.

Tuy rằng những bệnh nhân gốc Á châu có thể phát bệnh ung thư gan vào lúc đang còn tuổi thanh niên, tài liệu từ Hoa Kỳ cho biết rằng nguy cơ phát triển ung thư gan bắt đầu lên cao vào khoảng 30 tuổi. Một cách hợp lý để đối phó tình trạng này là bắt đầu thường xuyên truy tìm ung thư gan bắt đầu vào lúc 30-40 tuổi nếu bệnh nhân là người gốc Á châu.

Việc truy tìm đại khái gồm có một cuộc thử máu để xem xét mức alpha-fetoprotein (AFP) cách mỗi 6 tháng và siêu âm gan mỗi năm một lần (tại Đài Loan, bệnh nhân được siêu âm mỗi năm hai lần). Chỉ một trong hai cách thử nghiệm riêng có thể khiến chẩn đoán sai lầm. Mức alpha-fetoprotein chỉ lên cao trong 60-70% trường hợp ung thư gan, vì thế chỉ thử máu riêng thôi sẽ bỏ sót 30-40% trường hợp ung thư gan. Siêu âm có thể bỏ sót 20% của những trường hợp ung thư gan chưa tới 2cm, nhất là khi việc phân tích hình siêu âm khó khăn vì gan bị xơ hại. Sau khi phát bệnh xơ gan, bệnh nhân nên được truy tìm thường xuyên.

Tình trạng ung thư gan

Siêu âm cho gan hoặc xem xét bằng CT thường có thể được áp dụng để chẩn đoán ung thư gan, nhưng hai cách này thường không có đủ độ nhạy bén để có thể nhận ra những vết thương tổn nhỏ có nhiều tiêu điểm

hoặc để áp dụng trong kế hoạch điều trị. Chú yếu là sự ước định kỹ lưỡng ở vùng bụng qua cách xem xét bằng máy CT xoắn ốc với hai phương diện. Máy CT xoắn ốc nhanh nhẹn này có năng lực để dò xét gan dưới phương diện động mạch không lâu sau khi bệnh nhân được nhận thực phẩm trong tĩnh mạch để làm chất tương phản. Các khối u thường hay thâu nhận chất tương phản và vì thế ngay cả các cục bướu chứa đựng nhiều mạch máu vẫn có thể nhận thấy được. Những cục bướu loại này thường bị bỏ sót nếu dùng kỹ thuật CT thông thường và máy dò xét chậm chạp. Một vết thương tổn chứa đựng nhiều mạch máu được thấy rõ ràng dưới phương diện động mạch mà lại phai đi dưới phương diện tĩnh mạch trong lúc dò xét là đặc tính của ung thư gan.

Người Á châu nào mang bệnh viêm gan B mà có loại u này trong gan, hoặc bệnh nhân nào bị xơ gan liên quan với mức AFP tăng lên (hoặc một mức quá 500), là tương đương với sự chẩn đoán bệnh ung thư gan và không cần dùng cách sinh thiết để kiểm lại và xác định. Cách sinh thiết dùng kim nhỏ dưới da có thể được áp dụng trong trường hợp sự chẩn đoán giữa bướu ung thư gan hạng nhất hoặc ung thư gan di căn không được chắc chắn, dưới điều kiện là thí nghiệm này có thể được thực hiện một cách an toàn.

Sự chảy máu sau khi thử nghiệm sinh thiết có thể đe doạ đến sinh mạng nếu bệnh nhân bị xơ gan và có số lượng tiểu cầu thấp, thời gian đông máu kéo dài, và mạch máu mở rộng vì tăng áp suất (tăng huyết áp mạch cửa). Đại khái, vết thương tổn gan loại di căn rất hiếm có trong những bệnh nhân bị xơ gan.

Điều trị ung thư gan

Điều trị ung thư gan gặp nhiều thách thức so với những loại ung thư khác vì ngoài căn bệnh, gan của nhiều bệnh nhân đã bị thiệt hại do bệnh viêm gan kinh niên gây đến xơ gan hoặc suy nhược gan. Điều trị cho bệnh ung thư gan mà lại không chú ý đến tình trạng bấp bênh của bộ gan có thể khiến bệnh nhân chết sớm hơn. Nhiều bệnh nhân có bộ gan yếu đến nỗi họ có nhiều nguy cơ chết vì hư gan hơn là chết vì có ung thư. Cho nên mỗi bệnh nhân, những lợi ích của các cách trị liệu phải được so sánh và cân bằng với nguy cơ hư gan và cách tình trạng ấy có thể ảnh hưởng đời sống của họ.

Tại Trường Đại học Stanford, một phương hướng mới đã được chọn để cho những bệnh nhân nào có u trong gan có thể được khám xét bởi một nhóm chuyên gia tại Trung tâm kỷ luật Gan/Ban Bướu để bàn cách điều trị u và những căn bệnh gan hoặc viêm gan. Những cách trị liệu mới cũng được khám xét. Tất cả các bệnh nhân được điều trị sẽ được theo dõi lâu dài và được ghi tên vào hệ thống đăng ký điện tử của trường Stanford.

Điều trị bằng cách giải phẫu

Lúc cục u vẫn còn nhỏ hoặc cho rằng có thể cắt bỏ được, và tình trạng gan của bệnh nhân có đủ năng lực để trải qua cuộc giải phẫu, thì cách giải phẫu cắt bỏ là cách hữu ích nhất để cho bệnh nhân sống lâu dài. Sự cải tiến trong ngành giải phẫu và cách điều khiển thuốc mê đã tăng tỷ lệ sống sót và hạ nguy cơ thiệt mạng trong thời gian giải phẫu xuống còn ít hơn 2-5% dưới sự

điều trị của các bác sĩ có kinh nghiệm, và đa số bệnh nhân có thể rời bệnh viện sau 5 ngày.

Tuy rằng cục u đã được cắt bỏ hoàn toàn, bệnh nhân vẫn có nguy cơ bị tái phát, và họ luôn luôn cần phải được kiểm tra kỹ lưỡng, nhất là trong năm đầu tiên, lúc nguy cơ tái phát bệnh được cao nhất.

Điều trị ngoài cách giải phẫu

Những bệnh nhân nào không có đủ điều kiện để được cắt bỏ u vì lý do sức khoẻ hoặc cơ thể, một số cách điều trị khác, tuy ít hiệu lực, đang được có sẵn hoặc đang được nghiên cứu để tìm cách kiềm chế căn bệnh lâu dài và với mục đích gìn giữ lối sống bình thường của bệnh nhân. Sự điều trị cho những bệnh nhân này phải tuỳ theo tình trạng của bệnh nhân, tình trạng của gan, và mức phát triển của căn bệnh.

Dùng hoá trị liệu là liệu pháp thông thường nhưng có hiệu lực thấp thường không thể kéo dài đời sống cho bệnh nhân. Ung thư gan là u chứa đựng nhiều mạch máu thường được tiếp tế bởi những nhánh của đường động mạch trong gan. Tài năng của chuyên gia can thiệp bằng tia X để đi thông qua những đường mạch này và đưa ống thuốc chính xác đến những nhánh này cung cấp cho chúng ta một cách để nhằm liệu pháp trực tiếp vào khối u. Cách điều trị dùng hoá chất để chấn động mạch hoặc đổi máu với nước biển trong tĩnh mạch (TACE hoặc TAC) của gan thường được dùng bởi chuyên gia can thiệp bằng tia X tại châu Á và đã được áp dụng bởi Phòng Mạch Gan toàn diện tại Stanford trong bốn năm qua để chữa trị một số bệnh nhân có vết tổn thương không có thể cắt bỏ được.

Tuy rằng cách chữa trị này chỉ dùng để điều trị dưới những điều kiện rất khó khăn và kỹ lưỡng để giảm nguy cơ tai hại những phần trong gan không có vết tổn thương, cách điều trị này không hợp với những bệnh nhân có dấu hiệu suy gan (chất đản bạch trong huyết thanh dưới 3gm/dL, chất sắc tố mật quá 1.5gm/dL, và có nước trong bụng gọi là cổ trướng) và những bệnh nhân có tĩnh mạch cửa bị chận lại. Những bệnh nhân có phản ứng tốt sẽ được điều trị mỗi 4 tháng nếu cần thiết cho đến lúc mức AFP trở lại bình thường hoặc đến lúc hết tìm thấy vết tổn thương. Cách điều trị này chỉ cần bệnh nhân ở lại bệnh viện qua đêm để theo dõi và thường có thể chịu đựng được nếu dùng cách nêu trên. Những cách điều trị lâu dài với TACE hoặc TAC có liên quan với sự kéo dài đời sống của bệnh nhân, và trong trường hợp khối u được kiểm soát kỹ lưỡng hoặc teo rút nhỏ lại, bệnh nhân có thể được giải phẫu cắt bỏ hoặc ghép gan.

Ghép gan

Ghép gan là một cách điều trị ung thư gan nếu không có thể áp dụng giải phẫu hoặc những cách khác để cắt bỏ bướu, dưới điều kiện là khối u còn nhỏ (dưới 5cm hoặc có ít hơn 4 vết thương tổn), nằm hoàn toàn trong gan, và không có xâm lấn vào mạch máu.

Một bản báo cáo về một cuộc nghiên cứu bởi Trung tâm Gan Á châu tại Trường Đại học Stanford cho thấy rằng, những bệnh nhân nào có phản ứng tốt với TACE hoặc TAC cũng có tỷ lệ sống sót cao sau khi ghép gan. Các khối u lớn có nguy cơ cao để tái phát và bệnh nhân có thể chết sau khi ghép gan. Sau khi ghép gan, bệnh nhân phải được tiếp nhận huyết cầu miễn

dịch viêm gan B (HBIG) hoặc lamivudine, hoặc cả hai, để ngăn ngừa sự lây nhiễm HBV trong gan mới. Điều trị ung thư gan vẫn là một vấn đề rất khó khăn và cần sự thấu hiểu trong rất nhiều ngành, gồm bệnh ung thư gan, cách chẩn đoán bằng tia X, giải phẫu, ghép bộ phận, và những căn bệnh liên quan với gan. Sự chẩn đoán những khối u nhỏ lúc còn sớm là cách hữu ích duy nhất để tăng thêm kết quả điều trị ung thư gan.

UNG THƯ PHỔI

Ung thư phổi bắt nguồn từ những mô của phổi, thường là từ lớp lót tế bào túi khí. Có hai loại chính là ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư tế bào phổi không phải tế bào nhỏ. Những loại này được chẩn đoán dựa trên việc quan sát tế bào dưới kính hiển vi. Hơn 80% ung thư phổi thuộc loại ung thư không phải tế bào nhỏ. Trong đó được chia thành ba loại nhỏ, bao gồm ung thư biểu mô tế bào vẩy, ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tế bào lớn.

Nguyên nhân gây bệnh

Không phải lúc nào bác sĩ cũng có thể giải thích được tại sao người này bị mắc bệnh ung thư phổi mà người khác lại không bị. Tuy nhiên, chúng ta biết rằng một người với một số nhân tố tiềm ẩn cụ thể có thể dễ bị mắc bệnh hơn những người khác.

Khói thuốc là một nguy cơ quan trọng nhất và nguyên nhân chủ yếu nhất dẫn đến ung thư phổi. Đây là nguyên nhân gây ra 80% số trường hợp ung thư phổi

trên toàn thế giới. Những hợp chất nguy hại trong thuốc lá phá huỷ các tế bào phổi. Qua thời gian, những tế bào bị phá huỷ đó bị ung thư. Đó là lý do tại sao hút thuốc điếu, thuốc tẩu, hoặc xì-gà có thể gây ung thư phổi và những người không hút thuốc hít phải những chất trên cũng bị mắc ung thư. Một người hít càng nhiều khói thuốc thì nguy cơ mắc ung thư phổi càng lớn.

Những nguyên nhân khác có thể gây ung thư phổi bao gồm chất radon (khí ga hoạt tính), amiăng, thạch tín, crom, niken và ô nhiễm không khí.

Những người có thành viên trong gia đình bị ung thư phổi cũng có khả năng bị nhiễm bệnh trên. Những người bị ung thư phổi có nguy cơ phát triển ung bướu phổi lần hai. Những người trên 65 tuổi khi chẩn đoán thường mắc bệnh ung thư phổi.

Triệu chứng

Ung thư phổi giai đoạn đầu thường không có triệu chứng cụ thể. Nhưng khi bệnh phát triển, thường có những dấu hiệu sau:

- Ho không khỏi, ngày càng nặng hơn.
- Hô hấp có vấn đề, chẳng hạn như thở dốc.
- Đau ngực kéo dài.
- Ho ra máu.
- Khàn giọng.
- Thường xuyên bị nhiễm trùng phổi, như bị viêm phổi.
- Luôn cảm thấy vô cùng mệt mỏi.
- Giảm cân không rõ nguyên nhân.

Thường thì các triệu chứng này không phải do ung thư. Các vấn đề khác về sức khoẻ cũng có thể gây ra các triệu chứng này. Ai có những triệu chứng như trên nên đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị sớm.

Chụp phim giúp các bác sĩ phát hiện và điều trị ung thư sớm. Một số phương pháp phát hiện ung thư đã được nghiên cứu như các xét nghiệm chụp phim. CÁc biện pháp có trong nghiên cứu bao gồm những xét nghiệm đờm (chất nhầy lấy từ phổi khi ho), chụp X-quang vùng ngực hoặc chụp cắt lớp điện toán (CT) xoắn ốc.

Người bệnh có thể nói chuyện với bác sĩ về những nguy cơ riêng, những ích lợi và nguy hại của việc chụp phim phát hiện ung thư phổi. Giống như những quyết định điều trị khác, quyết định chụp phim xuất phát từ ý định cá nhân. Người bệnh có thể sớm đưa ra quyết định ngay khi biết được những mặt lợi, hại của việc chụp phim.

Chẩn đoán

Nếu bạn có những dấu hiệu bị ung thư phổi, các bác sĩ sẽ kiểm tra xem liệu nó bắt nguồn từ ung thư hay do tình trạng sức khoẻ khác. Người bệnh được yêu cầu xét nghiệm máu và làm một số chẩn đoán:

- Kiểm tra thể trạng.
- Chụp X-quang vùng ngực.
- Chụp cắt lớp điện toán (CT).

Bác sĩ có thể yêu cầu người bệnh làm thêm một số xét nghiệm sau để lấy bệnh phẩm:

- Xét nghiệm đờm: Dịch đặc (sputum) được ho ra từ phổi. Phòng xét nghiệm sẽ kiểm tra mẫu đờm để tìm các tế bào ung thư.

- Chọc dịch màng phổi: Bác sĩ dùng một ống kim dài để lấy dịch (từ màng phổi) từ lồng ngực. Phòng xét nghiệm kiểm tra dịch để tìm các tế bào ung thư.

- Nội soi phế quản: Bác sĩ sẽ đưa một ống mỏng, nhẹ (ống soi phế quản) qua mũi hoặc miệng để đi vào phổi. Bác sĩ có thể lấy mẫu tế bào bằng ống kim, bàn chải, hoặc những dụng cụ khác. Bác sĩ cũng có thể rửa sạch vùng xét nghiệm bằng nước và thu thập tế bào trong nước rửa.

- Chọc hút bằng kim: Bác sĩ dùng một ống kim mỏng để lấy các mô hoặc dịch từ phổi hoặc hạch bạch huyết.

- Mở lồng ngực: Trong trường hợp khó lấy các mô ung bướu, bác sĩ sẽ rạch một vết ở lồng ngực để lấy sinh thiết trực tiếp từ khối u phổi hoặc hạch bạch huyết.

Để có kế hoạch điều trị tốt nhất, bác sĩ cần xác định được loại ung thư phổi và giai đoạn phát triển của bệnh. Việc xác định thời kỳ của bệnh được tiến hành rất cẩn thận để tìm rõ xem bệnh đã lan ra đến những phần nào trên cơ thể. Ung thư phổi lan nhanh nhất đến các hạch bạch huyết, não, xương, gan, và tuyến thượng thận.

Các giai đoạn của ung thư phổi tế bào nhỏ

Các bác sĩ mô tả ung thư phổi tế bào nhỏ có hai giai đoạn:

- *Giai đoạn hạn chế*: Ung thư được phát hiện ở một lá phổi và những mô gần kề.

- *Giai đoạn mở rộng*: Ung thư được phát hiện tại những mô ở vùng ngực bên ngoài phổi. Hoặc ung thư được phát hiện ở những cơ quan xa hơn.

Các giai đoạn của ung thư phổi không phải tế bào nhỏ

- *Giai đoạn chưa phát triển rõ ràng:* Các tế bào ung thư phổi được tìm thấy trong đờm hoặc trong mẫu nước thu được từ nội soi phế quản, nhưng không thể nhìn thấy những khối u trong phổi.

- *Giai đoạn 0:* Các tế bào ung thư chỉ được tìm thấy ở lớp đệm gần phổi nhất. Khối u không phát triển thông qua lớp đệm này. Khối u ở giai đoạn này được gọi là ung thư biểu mô. Khối u không phải là ung thư lây lan.

- *Giai đoạn 1:* Khối u phổi không phải là ung thư lây lan. Khối u phát triển thông qua lớp đệm gần nhất của phổi, dần đi vào sâu những mô phổi bên trong. Các tế bào ung thư không được tìm thấy ở những hạch bạch huyết gần kề.

- *Giai đoạn 2:* U phổi có nhiều kích cỡ khác nhau nhưng sẽ không lây lan sang những bộ phận xung quanh. Các tế bào ung thư không được tìm thấy ở những hạch bạch huyết gần kề.

- *Giai đoạn 3:* U phổi có thể lan đến những cơ quan gần kề, lồng ngực, cơ hoành, các mạch lớn hoặc các u huyết cùng phía hoặc đối diện với khối u.

- *Giai đoạn 4:* Các khối u ác tính sản sinh được tìm thấy tại các thuỳ phổi hoặc tại lá phổi khác. Các tế bào ung thư được tìm thấy tại những bộ phận khác của cơ thể như não, tuyến thượng thận, gan, hoặc xương.

Điều trị ung thư phổi

Tuỳ vào từng giai đoạn phát triển của bệnh mà bác sĩ xác định mục tiêu của việc điều trị là chữa trị, kiểm chế bệnh để kéo dài sự sống hoặc kiểm soát triệu chứng và ngăn ngừa bệnh tật nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống. Phương thức chữa trị có thể được tiến hành đơn lập hoặc kết hợp.

Phẫu thuật: Phẫu thuật chữa trị ung thư phổi gồm việc cắt bỏ các mô có khối u và các hạch bạch huyết lân cận.

Liệu pháp bức xạ: Liệu pháp bức xạ (hay còn gọi là xạ trị) là sử dụng các tia mang năng lượng lớn để tiêu diệt các tế bào bạch cầu. Nó chỉ có tác dụng đến các tế bào trong khu vực chữa trị.

Hoá trị: Hoá trị là sử dụng thuốc chống ung thư để diệt những tế bào ung thư. Các loại thuốc được tiêm vào mạch máu và có thể tác động đến các tế bào ung thư ở toàn cơ thể.

Chữa bệnh bằng thuốc theo mục tiêu: Chữa bệnh bằng thuốc theo mục tiêu là sử dụng thuốc để ngăn sự phát triển và lây lan của các tế bào ung thư. Các loại thuốc được tiêm vào mạch máu và có thể tác động đến các tế bào ung thư ở toàn cơ thể. Một số người bị nhiễm ung thư phổi không phải tế bào nhỏ thường sử dụng phương pháp chữa bệnh bằng thuốc theo mục tiêu

UNG THƯ BẠCH CẦU

Bạch cầu là một trong ba loại tế bào của máu: hồng cầu, bạch cầu và tiểu bào. Hồng cầu chứa huyết cầu tố,

mang dưỡng khí nuôi các cơ quan bộ phận. Bạch cầu có nhiệm vụ chống lại các chất lạ như vi sinh vật, hoá chất xâm nhập cơ thể và tạo ra kháng thể. Tiểu cầu giúp máu đóng cục, tránh xuất huyết ở vết thương. Tế bào máu được tạo ra từ các tế bào gốc đa hiệu (pluripotent stem cells) ở tuỷ xương. Nơi đây, tế bào máu lớn lên cho đến khi trưởng thành thì chuyển sang dòng máu. Bình thường, các tế bào này tăng sinh theo nhu cầu của cơ thể. Khi già yếu, chúng tự huỷ và được thay thế bằng những tế bào mới trẻ trung, nhiều sinh lực.

Phần dung dịch lỏng của máu là huyết tương, có các hoá chất hoà tan như đạm, tuỳ theo tốc độ tiến triển tình trạng nặng nhẹ của bệnh. Trường hợp cấp tính, xuất hiện nhiều tế bào máu chưa trưởng thành và vô dụng ở tuỷ xương và máu. Bệnh nhân bị thiếu máu vì hồng cầu thấp; dễ xuất huyết vì thiếu tiểu cầu; dễ bị bội nhiễm vì khả năng tự vệ giảm. Do đó bệnh trở nên trầm trọng rất nhanh. Trong mạn tính, dấu hiệu xảy ra hormone, khoáng, vitamin, kháng thể.

Ung thư bạch cầu (thường được gọi là ung thư máu) là bệnh trong đó tuỷ và hệ bạch huyết bị rối loạn và tạo ra những bạch cầu ác tính. Chúng tăng sinh ngoài tầm kiểm soát và nhu cầu của cơ thể, lấn át các tế bào khác trong máu khiến cho máu không hoàn thành được các nhiệm vụ thường lệ.

Ung thư có thể là mạn tính hoặc cấp tính, chậm hơn, bệnh nhân có đủ thời gian tạo ra tế bào máu trưởng thành nhưng có thể chuyển sang tình trạng cấp tính. Ung thư bạch cầu mạn tính nhiều hơn cấp tính và thường thấy ở người ngoài 67 tuổi. Trẻ em dưới 19 tuổi thường hay bị ung thư máu cấp tính lympho bào.

Ung thư cũng được chia loại tuỳ theo bạch cầu được tạo ra từ hệ bạch huyết hoặc từ tuỷ xương.

Nguyên nhân

Nguyên nhân đích thực của bệnh chưa được biết rõ, nhưng một số rủi ro có thể gây ra bệnh đó là:

- Tiếp xúc với các nguồn phóng xạ, như trường hợp các nạn nhân bom nguyên tử ở Nhật vào cuối Thế chiến II, vụ tai nạn nổ lò nguyên tử Chernobyl (Ukraine) năm 1986 hoặc ở bệnh nhân tiếp nhận xạ trị.
- Bệnh nhân ung thư được điều trị bằng dược phẩm.
- Làm việc trong môi trường có nhiều hoá chất như benzene, formaldehide.

Một số bệnh do thay đổi gene như hội chứng Down, do virus hoặc vài bệnh về máu.

Dấu hiệu

Dấu hiệu của bệnh thay đổi tuỳ theo số lượng bạch cầu trong máu và tuỳ theo nơi mà các bạch cầu ác tính tụ tập. Các dấu hiệu này cũng không tiêu biểu cho ung thư bạch cầu. Sau đây là các dấu hiệu thường thấy:

- Sốt.
- Đổ mồ hôi ban đêm.
- Dấu hiệu thần kinh như nhức đầu.
- Mệt mỏi, suy yếu.
- Xuống cân.
- Dễ mắc các bệnh truyền nhiễm với khả năng miễn dịch suy yếu.
- Xuất huyết dễ dàng vì thiếu tiểu cầu.
- Sưng và chảy máu nướu răng, da dễ bị bầm tím.

- Đau nhức xương, khớp.

- Bụng chướng; gan, lách sưng, đau vì chứa nhiều bạch cầu ung thư.

- Nổi hạch ở cổ, nách.

Nếu không được điều trị, ung thư cấp tính đưa tới tử vong rất mau. Ung thư mạn tính có thể không có dấu hiệu, khó chẩn đoán, dễ tử vong vì bội nhiễm các loại vi khuẩn.

Đôi khi bệnh được khám phá tình cờ trong khi khám sức khoẻ tổng quát.

Chẩn đoán bệnh

Để xác định bệnh, bác sĩ sẽ thực hiện các bước như sau:

- Khám tổng quát cơ thể, tìm coi gan, lách, hạch có sưng.

- Thử nghiệm đếm số tế bào máu và số lượng huyết cầu tố, các chức năng của gan, thận.

- Xét nghiệm tế bào tuỷ xương và nước tuỷ.

- Chụp hình X-quang cơ thể.

Điều trị

Bệnh cần được các bác sĩ chuyên môn nhiều ngành như huyết học, u bướu hoá xạ trị chăm sóc, điều trị. Mục đích điều trị là đưa bệnh tới tình trạng không còn triệu chứng, bệnh nhân bình phục với tế bào máu và tuỷ xương lành mạnh như trước. Phương thức điều trị tuỳ thuộc vào một số yếu tố như loại ung thư, giai đoạn bệnh, tuổi tác và tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân.

Các phương pháp trị liệu gồm có:

- *Hoá trị* (Chemotherapy): Hoá trị dùng các dược phẩm khác nhau bằng cách uống, chích vào tĩnh mạch hoặc vào tuỷ xương để tiêu diệt tế bào ung thư. Hoá trị rất công hiệu và được áp dụng cho đa số bệnh nhân. Có nhiều loại thuốc và người bệnh có thể chỉ uống một thứ hoặc phối hợp hai ba thuốc.

Tuy nhiên, hoá trị cũng ảnh hưởng tới các tế bào bình thường và gây ra một số tác dụng phụ như rụng tóc, lở môi miệng, nôn mửa, tiêu chảy, ăn mất ngon, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn sinh sản.

- Xạ trị (Radiation therapy): Với một máy phát xạ lớn, các tia phóng xạ được đưa vào các bộ phận có nhiều bạch cầu ung thư tụ tập, như lá lách, não bộ để tiêu diệt chúng. Tác dụng phụ gồm có: mệt mỏi, viêm đau nơi da nhận tia xạ.

- *Sinh trị liệu* (Biological Therapy): Còn gọi là miễn dịch trị liệu, sinh trị liệu sử dụng kháng thể để huỷ hoại tế bào ung thư. Kháng thể là những chất đạm đặc biệt được cơ thể sản xuất khi có một vật lạ xâm nhập. Kháng thể này sẽ phát hiện và tiêu diệt các vật lạ đó khi chúng trở lại cơ thể.

Sinh trị liệu được thực hiện qua hai phương thức: Gây miễn dịch để kích thích, huấn luyện hệ miễn dịch nhận diện và tiêu diệt tế bào ung thư; cho bệnh nhân dùng các kháng thể đặc biệt được sản xuất trong phòng thí nghiệm để trị ung thư.

- *Ghép tế bào gốc* (Stem Cell Transplant): Ghép tuỷ là lấy tuỷ xương (thường là ở xương hông) có tế bào gốc của một người cho khoẻ mạnh rồi đưa vào người bệnh với mục đích tái tạo tế bào máu và hệ thống miễn dịch.

Tế bào gốc từ máu, cuống rốn thai nhi và nhau thai cũng được dùng để điều trị một vài loại ung thư máu.

Trong bệnh ung thư bạch cầu, tế bào gốc của tuỷ trở thành bệnh hoạn, sản xuất ra quá nhiều bạch cầu non yếu nhưng độc ác, gây trở ngại cho sự tăng sinh của tế bào bình thường ở máu. Chúng cũng xâm nhập vào các bộ phận khác của cơ thể và gây nhiều rối loạn khác. Để tiêu huỷ các tế bào bất thường này, cần dùng một số lượng khá lớn hoá chất hoặc phóng xạ. Các chất này cũng tác hại lên các tế bào lành mạnh trong máu và tuỷ.

Ghép tuỷ không hoàn toàn bảo đảm tránh được sự tái phát của ung thư nhưng có thể tăng khả năng trị bệnh và kéo dài đời sống người bệnh.

Phòng ngừa

Một số bệnh ung thư có thể phòng ngừa bằng cách giảm thiểu tiếp xúc với rủi ro gây ung thư (như tránh khói thuốc lá), bằng nếp sống lành mạnh (không hút thuốc lá, uống nhiều rượu), bằng dinh dưỡng đầy đủ hợp lý. Riêng với ung thư bạch cầu thì không có các rủi ro rõ rệt để phòng tránh. Vì vậy người thường xuyên tiếp xúc với phóng xạ, hoá chất độc mà có những dấu hiệu bệnh bất thường đều nên đi kiểm tra sức khoẻ theo định kỳ để sớm khám phá ra bệnh.

Ghép tế bào gốc

Vào giữa thế kỷ 19, các khoa học gia người Ý đã gợi ý rằng tuỷ xương là nguồn gốc của tế bào máu nhờ có một hoá chất nào đó trong tuỷ. Tới đầu thế kỷ 20, nhiều nhà nghiên cứu chứng minh là một số tế bào ở

tuỷ tạo ra tế bào máu. Họ gọi các tế bào này là *tế bào gốc - stem cells*. Kết quả nhiều nghiên cứu kế tiếp đã xác định dữ kiện này.

Tế bào gốc có trong tuỷ xương và máu. Tuỷ là lớp mô bào xốp nằm giữa các khoảng trống của xương. Ở trẻ sơ sinh, tất cả xương đều có tuỷ hoạt động mạnh. Tới tuổi tráng niên, tuỷ ở xương tay chân ngưng hoạt động trong khi đó tuỷ ở các xương sọ, hông, sườn, ức, cột sống vẫn tiếp tục sản xuất tế bào gốc.

Vì máu và tuỷ đều chứa nhiều tế bào gốc cho nên có nhiều đề nghị các chữ *ghép tế bào gốc - stem cells transplantation* để thay thế cho *ghép tuỷ xương - bone marrow transplantation*.

Đặc tính của các tế bào gốc là có thể tự sinh ra tế bào khác y hệt như mình và tạo ra các tế bào trưởng thành như hồng cầu, bạch huyết cầu, tiểu cầu.

Ngoài tuỷ xương, tế bào gốc còn có trong dòng máu lưu thông hoặc máu từ cuống rốn thai nhi, nhau thai... Ở tuỷ xương, cứ khoảng 100.000 tế bào máu thì có một tế bào gốc, trong khi đó số lượng tế bào gốc ở máu chỉ bằng 1/100 ở tuỷ.

Khái niệm ghép tuỷ để trị bệnh được khảo sát một cách khoa học vào cuối Thế chiến II khi có nhiều nạn nhân bị hoại tuỷ do tiếp cận với phóng xạ, đặc biệt là sau vụ nổ bom nguyên tử ở Nhật Bản.

Kỹ thuật ghép tuỷ xương được thực hiện thành công vào năm 1968 để điều trị các bệnh ung thư bạch cầu, thiếu máu vô sinh (aplastic anemia), u ác tính các hạch bạch huyết như bệnh Hodgkin, rối loạn miễn dịch và vài loại u như ung thư noãn sào, vú.

Trong ghép tuỷ, các tế bào bệnh hoạn của tuỷ bị tiêu diệt và tế bào gốc lành mạnh được truyền vào máu, tập trung vào ổ xương và bắt đầu sinh ra tế bào máu bình thường cũng như thiết lập một hệ miễn dịch mới.

Ghép tế bào gốc cứu sống nhiều người và chỉ thực hiện được khi có người cho thích hợp. Điều này không dễ dàng, vì để phương thức thành công, tế bào đôi bên phải hầu như 100% tương xứng. Chỉ dưới 30% bệnh nhân cần ghép tế bào mầm có thể tìm được tương xứng ở thân nhân.

Nếu người nhận và người cho là sinh đôi đồng nhất (identical twins), do một trứng được thụ tinh rồi phân chia tạo ra hai thai nhi, thì mọi sự êm đẹp, không có phản ứng khước từ (reject).

Ngược lại khi người cho và người nhận không là sinh đôi đồng nhất thì cần phải tìm một người cho có loại tế bào gần tương tự như tế bào người nhận. Đây là việc làm khá khó khăn, tốn nhiều thời gian để có đối tác tương ứng.

Nhu cầu của bệnh nhân cần được ghép tế bào gốc rất cao mà kiếm được hai loại tế bào tương xứng giữa người cho và người nhận rất khó khăn. Vì thế nhiều tổ chức bất vụ lợi quốc tế đã đứng ra để ghi danh những người tình nguyện hiến tuỷ hoặc tế bào mầm trong máu. Mỗi người ghi danh là một niềm hi vọng cho những bệnh nhân khao khát chờ đợi được cứu sống. Hiện nay danh sách có khoảng hơn 10 triệu người trên thế giới sẵn sàng dâng hiến.

Hiến tuỷ được thực hiện tại cơ sở y tế với đầy đủ phương tiện, sau nhiều sửa soạn chu đáo cho nên rất an

toàn. Mọi người từ 18 tới 60 tuổi, có sức khoẻ tốt và hội đủ một số tiêu chuẩn y tế đều có thể ghi danh.

UNG THƯ VÚ

Ung thư vú là một căn bệnh hay gặp và chiếm tỷ lệ tử vong hàng đầu trong số các ung thư của nữ giới ở nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ước tính là 17,4/100.000 dân. Tại phía Bắc, ung thư vú chiếm hàng đầu trong số các ung thư ở nữ, còn ở phía Nam, căn bệnh này đứng sau ung thư cổ tử cung. Cho đến nay y học đã đạt được rất nhiều tiến bộ trong nghiên cứu cơ chế sinh bệnh học ung thư vú cũng như các biện pháp điều trị bệnh. Điều trị ung thư vú hiện nay là sự kết hợp chặt chẽ giữa các biện pháp điều trị tại chỗ, tại vùng bằng phẫu thuật, tia xạ với các phương pháp toàn thân bằng hoá chất, nội tiết và sinh học.

Ba bộ kinh điển chẩn đoán xác định ung thư vú:

- *Lâm sàng*: Khối u vú thường không gây đau, một số trường hợp có chảy dịch đầu vú (dịch máu hoặc dịch vàng chanh) u có mật độ cứng rắn, mặt gồ ghề, ranh giới có thể rõ hoặc không.

Trong những trường hợp đến muộn, u có thể xâm lấn vào thành ngực làm hạn chế di động hoặc xâm nhiễm da tạo hình ảnh "sần da cam" hoặc vỡ loét, đôi khi ung thư vú cũng biểu hiện như một viêm tấy lan toả vùng vú (ung thư vú thể viêm).

Trong nhiều trường hợp bệnh nhân thường có

hạch nách cùng bên, hạch có thể có các mức độ tổn thương từ mềm đến cứng hoặc xâm nhiễm dính vào xung quanh tuỳ theo mức độ tiến triển bệnh. Trong mọi trường hợp đều phải lưu ý khám hạch thượng đòn và tuyến vú đối bên.

- *Chụp X-quang tuyến vú:* tổn thương điển hình có dạng hình sao nhiều chân, co kéo tổ chức tuyến vú, có nhiều chấm vi canxi hoá tập hợp thành đám.

- *Xét nghiệm tế bào học:* Thường thấy các tế bào ung thư mất sự kết dính, đa hình thái, tỷ lệ nhân nguyên sinh chất tăng...

Khi cả ba phương pháp trong bộ ba kinh điển đều cho kết quả dương tính thì có thể đi đến chẩn đoán xác định. Nếu một trong ba phương pháp này nghi ngờ, bác sĩ lâm sàng có thể chỉ định sinh thiết kim, sinh thiết tức thì hoặc sinh thiết mở thường quy để khẳng định chẩn đoán.

Các phương pháp chẩn đoán khác:

- *Sinh thiết kim*: Cho phép lấy mảnh tổ chức làm xét nghiệm giải phẫu bệnh định typ mô bệnh học và các xét nghiệm cao cấp khác.

- *Sinh thiết tức thì:* Cho phép chẩn đoán xác định ung thư ngay khi bệnh nhân ở trên bàn mổ.

- *Sinh thiết mở:* Trong nhiều trường hợp chỉ phát hiện được ung thư sau khi đã phẫu thuật lấy u. Vì vậy, mọi trường hợp mổ u vú đều bắt buộc phải kiểm tra giải phẫu bệnh khối u, đặc biệt là đối với các bệnh nhân trên 35 tuổi.

Các xét nghiệm đánh giá bilan (sự cân đối) chung

và đánh giá tình trạng di căn xa: xét nghiệm máu, sinh hoá, siêu âm, X-quang

Chẩn đoán giai đoạn

Chẩn đoán TNM và giai đoạn theo Tổ chức Chống ung thư quốc tế UICC 2002.

T: U nguyên phát (Pnmary tumor).

Tx: Không xác định được u nguyên phát.

To: Không có dấu hiệu u nguyên phát.

Tis: Ung thư biểu mô (Carcinoma) tại chỗ: carcinoma nội ống, carcinoma thể thuỳ tại chỗ, hoặc bệnh Paget của núm vú nhưng không sờ thấy u.

T1: U có đường kính lớn nhất không vượt quá 2cm.

T1 vi thể: u có đường kính 0,1 cm.

T1a: 0,1 U 0,5 cm.

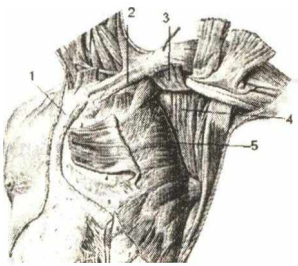
T1b: 0.5 cm U 1 cm.

T1c : 1 < U 2 cm.

T2: 2cm < U 5cm.

T3 U > 5cm.

T4: U mọi kích thước nhưng có xâm lấn thành ngực hoặc da bao gồm.



1. Cơ ngực lớn 2. Cơ dưới đòn 3. Cơ ngực bé 4. Hố nách 5. Cơ răng trước

T4a: Xâm lấn tới thành ngực.

T4b: U xâm lấn tới da bao gồm sần da cam hoặc loét da vú, hoặc nhiều khối u dạng vệ sinh ở da.

T4c: Bao gồm T4a và T4b nhưng giới hạn ở một bên vú.

(*Chú giải:* Thành ngực bao gồm xương sườn, cơ liên sườn 11 và cơ răng trước không tính cơ ngực lớn).

N: Hạch vùng.

Nx : Không xác định được hạch vùng (ví dụ hạch đã được lấy bỏ).

N0 : Không có di căn hạch vùng.

N1 : Di căn hạch nách cùng bên di động.

N2: Di căn hạch nách cùng bên dính nhau hoặc dính vào tổ chức xung quanh.

N3: Di căn hạch vú trong và/hoặc hạch thượng đòn cùng bên.

M : Di căn xa.

Mx: Không xác định được di căn xa.

M0: Không có di căn xa.

M1: Di căn xa.

Điều trị ung thư vú

Phẫu thuật: Phẫu thuật là phương pháp điều trị đầu tiên và cũng là phương pháp chính điều trị ung thư vú, nhất là ở những trường hợp chưa có di căn.

- *Phẫu thuật cắt tuyến vú và vét hạch nách*: Đây là phương pháp phẫu thuật cơ bản, bao gồm cắt bỏ toàn bộ tuyến vú và nạo vét hạch nách thành một khối (en bloc). Nhờ những hiểu biết mới về sinh bệnh học ung thư vú cho rằng đó là căn bệnh có tính chất toàn thân mà hiện nay quan điểm mở rộng độ triệt căn của phẫu thuật như cắt cơ ngực kèm theo cắt tuyến vú hoặc cắt cơ ngực để vét hạch nách... không còn được ưa chuộng. Thay vào đó người ta mở rộng chỉ định điều trị hoá chất bổ trợ để làm hạ giai đoạn bệnh trước phẫu thuật.

- *Phẫu thật bảo tồn tuyến vú:* Áp dụng ở những nơi

có máy xạ trị và bệnh nhân đáp ứng được đầy đủ các yêu cầu về chỉ định. Phẫu thuật bao gồm cắt rộng phần tuyến vú có u và nạo vét hạch nách. Phương pháp điều trị bảo tồn không những không làm thay đổi kết quả sống thêm mà còn nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

- *Phẫu thuật cắt buồng trứng:* Áp dụng cho bệnh nhân ung thư vú còn kinh nguyệt có thụ thể nội tiết dương tính.

Xạ trị: Xạ trị hậu phẫu đã được áp dụng rộng rãi trong điều trị UTV từ những năm đầu thế kỉ XX. Vai trò của điều trị tia xạ trong việc hạn chế tái phát đã được khẳng định, tuy nhiên xạ trị cũng làm tăng nguy cơ mắc ung thư thứ phát và nguy cơ mắc một số bệnh tim mạch. Xạ trị sau phẫu thuật cắt tuyến vú thường sử dụng các trường chiếu tiếp tuyến để tránh làm tổn thương nhu mô phổi với tổng liều 50 Gy.

Trong trường hợp có di căn hạch nách, có thể bổ sung trường chiếu nách và thượng đòn với liều 50 Gy. Xạ trị sau phẫu thuật bảo tồn tuyến vú thường sử dụng trường chiếu rộng để phòng ngừa tình trạng tái phát tại tuyến vú và hạch nách, liều chiếu 50 - 60 Gy.

Hoá trị: Nhờ những hiểu biết sâu hơn về sinh bệnh học ung thư vú mà ngày nay chỉ định điều trị hoá chất đã được mở rộng cho nhiều đối tượng bệnh nhân bởi lẽ theo quan điểm mới UTV là bệnh toàn thân.

Hình thức áp dụng hoá trị liệu cũng phong phú từ điều trị cho bệnh nhân giai đoạn không mổ được tại thời điểm chẩn đoán (điều trị hoá chất tân bổ trợ), điều trị hoá chất sau mổ (điều trị bổ trợ) cho những bệnh

nhân có di căn hạch nách hoặc có các yếu tố nguy cơ cao đến điều trị triệt căn khi bệnh đã ở giai đoạn muộn.

Hoá chất ít khi sử dụng đơn hoá trị mà thường có sự kết hợp các thuốc trong các phác đồ đa hoá trị liệu. Đã có rất nhiều các phác đồ hoá trị liệu được áp dụng, nhưng sơ bộ có thể phân ra làm 3 nhóm: các phác đồ không có anthracyclin, các phác đồ có anthracyclin và các phác đồ có taxanes.

Hiện tại, nhờ sự phát triển của công nghệ sinh học một số kháng thể đơn dòng đã được đưa vào ứng dụng điều trị tại các nước phát triển và Việt Nam như Irastuzumab (herceptin). Kết quả bước đầu cho thấy kháng thể đơn dòng khi kết hợp với hoá chất mang lại hiệu quả cao hơn so với nhóm chỉ được dùng hoá chất đơn thuần trong điều trị ung thư vú có Her-2/neu dương tính.

Điều trị nội tiết: Về mặt sinh lý, sự phát triển của tuyến vú có liên quan mật thiết với các hormone của buồng trứng. Về mặt bệnh lý cũng có trên 60% ung thư vú phụ thuộc vào nội tiết. Cho đến nay điều trị nội tiết cho ung thư vú đã được thừa nhận rộng rãi trên thế giới và đem lại nhiều kết quả rất khả quan. Phương pháp này bao gồm cắt buồng trứng (đối với phụ nữ còn kinh nguyệt) và uống tamoxifen (nội tiết bậc 1) trong 5 năm. Trong nhiều trường hợp tái phát hoặc di căn vẫn có thể áp dụng tiếp phương pháp điều trị nội tiết bằng các thuốc nội tiết bậc 2, bậc 3... kết hợp với các phác đồ hoá chất thích hợp. Hiện tại, với các trường hợp có thụ thể nội tiết dương tính trên phụ nữ đã mãn kinh có thể dùng nội tiết điều trị bổ trợ ngay từ đầu bằng các thuốc chặn men aromatase.

Một số phương pháp điều trị khác:

Các phương pháp điều trị ung thư thường dẫn đến sự tàn phá lớn đối với cơ thể, bên cạnh đó, chẩn đoán ung thư cũng là một điều dễ gây ra những sang chấn (tổn thương) tâm lý cho người bệnh. Do đó, công tác chăm sóc làm giảm các tác dụng phụ của điều trị cũng như nâng đỡ về tinh thần cho người bệnh cũng rất quan trọng giúp người bệnh nhanh chóng trở về với cuộc sống bình thường.

Đối với những trường hợp tái phát, di căn, ung thư giai đoạn cuối cũng rất cần được chăm sóc, điều trị chống đau và giảm nhẹ triệu chứng nhằm đem lại cuộc sống dễ chịu hơn cho người bệnh.

Tóm lại, ung thư vú là một căn bệnh rất phổ biến ở phụ nữ Việt Nam cũng như trên thế giới, trong điều trị ung thư vú đòi hỏi phải nắm vững những kiến thức cơ bản về sinh bệnh học và cũng rất cần có sự kết hợp chặt chẽ giữa các thầy thuốc thuộc nhiều chuyên khoa sâu về ung thư học nhằm đạt được thành công ở mức độ cao nhất.

UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT
(Carcinoma đường mật)

Thông thường người ta chỉ biết ung thư gan dạng ung thư tế bào gan, nhưng có dạng ung thư đường dẫn mật rất quan trọng mà chẩn đoán vô cùng khó khăn, khi đã chẩn đoán ra bệnh thường đã quá trễ.

Chẩn đoán ung thư đường mật là một thách thức từ khi nó được mô tả lần đầu tiên bởi Durand Fardel

vào năm 1840. Tài liệu báo cáo tổng hợp đầu tiên được thực hiện bởi Stewart và cộng sự vào năm 1940.

Vào năm 1965, nhà phẫu thuật Gerald Klaskin đã công bố những nhóm bệnh nhân đầu tiên với carcinoma đường mật ở rốn gan, và giới thiệu khái niệm phẫu thuật tận gốc về bệnh đường mật. Tuy nhiên, tại thời điểm đó việc phẫu thuật có liên quan với tỷ lệ tử vong và thất bại cao. Thêm vào đó do thiếu những kỹ thuật chẩn đoán phù hợp nên bệnh thường được chẩn đoán trễ và không còn khả năng điều trị.

Mặc dù carcinoma đường mật là một ung thư phát triển chậm với khuynh hướng di căn muộn, nhưng đường đi của sự thâm nhiễm và những cấu trúc chức năng liên quan đến sự sống còn của cơ thể đã ngăn cản sự cố gắng điều trị của hầu hết các trung tâm hiện nay. Vào cuối thập niên này đã đưa ra những phát triển mới về X-quang học, dạ dày ruột học và phẫu thuật với một hi vọng cho việc điều trị ở một số lớn bệnh nhân ngày nay.

Dịch tễ học

Carcinoma đường mật được thấy ở 0,01 đến 0,2% của tất cả các khám nghiệm tử thi và khoảng 3.500 trường hợp mới được báo cáo ở Mỹ mỗi năm. Nó thường xảy ra ở người lớn trên 60 tuổi với nam giới hơi chiếm ưu thế, mặc dù thỉnh thoảng người trẻ vẫn mắc bệnh ung thư đường dẫn mật. Những điều kiện khác nhau như viêm đường mật (cholangitis), sỏi, tắc nghẽn đường mật có liên quan đến tần xuất gia tăng carcinoma đường mật. Ví dụ, những bệnh nhân với

viêm xơ chai đường mật nguyên phát (PSC: primary sclerosing cholangitis) có khả năng từ 6 đến 30% phát triển thành carcinoma đường mật trong suốt cuộc đời của họ, và khoảng 10% đến 30% của tất cả các bệnh nhân cần phải ghép gan do PSC có carcinoma đường mật bị che lấp tại thời điểm ghép. Hơn nữa, 2% đến 25% bệnh nhân nang ống mật chủ và 5% bệnh nhân sỏi gan phát triển ung thư đường mật. Vì thế, tắc mật nên được điều trị khi xảy ra, thí dụ như phẫu thuật cắt bỏ ngay cả khi nang ống mật chủ không triệu chứng.

Ghi nhận một số yếu tố gây ung thư đường mật:

Nhiễm sán lá gan.

Bệnh túi mật.

Viêm xơ đường ruột.

Viêm loét đại tràng.

Viêm gan C kèm nhiễm ký sinh trùng.

Phân loại

Carcinoma đường mật chủ yếu là ung thư tế bào biểu mô tuyến tiết nhầy. Vị trí thường gặp nhất là ngã ba của ống mật gan chính trái và phải (quanh ngã ba là 67% các trường hợp). Khối u có khuynh hướng lan tràn dọc theo ống mật và các dây thần kinh xung quanh. Sự di căn xa là hiếm và được tìm thấy chỉ ở một nửa những trường hợp mổ tử thi của những bệnh nhân chết vì ung thư ống mật. Ung thư này được hình thành điển hình là cấu trúc hình vành khuyên ở trong ống mật và có thể gây loét.

Những phân loại khác được dùng để mô tả ung thư đường mật. Theo giải phẫu, ung thư đường mật có thể được chia là trong gan và ngoài gan. Carcinoma đường mật chủ yếu (94%) là ngoài gan. Khối u ngoài gan được chia lần nữa theo vị trí của nó so với ống mật ngoài gan ở 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới, những khối u trung tâm của 1/3 trên được gọi là u Klatskin.

Tuy nhiên, việc phân chia theo mô tả này không phản ánh tiên lượng lâm sàng và cách điều trị. Hiện nay, phân loại được dùng thường xuyên nhất là phân loại Bismuth, mô tả ung thư đường mật theo vị trí xa gần so với chỗ phân nhánh của ống mật, và có ảnh hưởng trực tiếp đến kế hoạch điều trị phẫu thuật. Những u thuộc Bismuth I thì ở bên dưới của phân nhánh gan, và có thể điều trị bằng sự cắt bỏ ống mật đơn thuần. U thuộc Bismuth II đã lan đến chỗ phân nhánh. Người ta thường yêu cầu cắt bỏ thuỳ đuôi. U thuộc Bismuth IIIa là những carcinoma đã lan đến sự phân chia thứ cấp trong ống mật chính bên phải. U thuộc nhóm Bismuth IIIb là sự phân chia thứ cấp đến ống mật chính bên trái. U thuộc nhóm Bismuth III được yêu cầu phẫu thuật cắt bỏ một nửa gan trái hoặc phải cùng với việc cắt bỏ ống mật. Cuối cùng, u Bismuth IV thì thâm nhiễm ống mật dọc đến những ống thứ cấp của sự phân chia ở cả hai nhánh. Khi những u trong giai đoạn này thì sự cân nhắc đầu tiên là không phẫu thuật cắt bỏ, ngày nay chúng tôi đã cố gắng phẫu thuật cắt bỏ điều trị thậm chí cả những bệnh nhân carcinoma đường mật ở giai đoạn Bismuth IV.

Cuối cùng, hệ thống phân chia theo TNM (khối u/ hạch/ di căn) thường được dùng và mô tả bao gồm hạch, phạm vi thâm nhiễm của khối u và sự biểu hiện

của những di căn xa. Nhiều nghiên cứu đã dùng phân loại này để tiên đoán hiệu quả lâm sàng.

Theo hệ thống TNM, u giai đoạn I, II thuộc mô ống mật. U giai đoạn III kèm theo hạch và u giai đoạn IV có cả di căn xa hoặc xâm lấn các cấu trúc xung quanh.

Các dấu hiệu lâm sàng

Đặc điểm then chốt của carcinoma đường mật là sự gia tăng nghẽn đường mật với biểu hiện tắc mật. Những bệnh nhân biểu hiện vàng da với phân bạc màu, tiểu sậm và ngứa. Những triệu chứng không đặc hiệu như mệt mỏi, chán ăn, sụt cân và sốt không tìm được nguyên nhân có thể đồng hành hoặc đi trước sự tiến triển của vàng da. Cẩn thận là cần thiết bởi vì carcinoma đường mật thỉnh thoảng cùng tồn tại với bệnh sỏi mật, mà nó là lý do gây nên sự giải thích sai lầm về lý do của sự tắc nghẽn.

Một mặt khác, carcinoma đường mật gần sự phân nhánh hay carcinoma trong gan sẽ không gây vàng da bởi vì chỉ cần từ 10% đến 20% mô gan chức năng không bị cản trở thì cũng đủ để bài tiết bilirubin hiệu quả. Alkaline phosphatase là một dấu hiệu nhạy cảm cho việc cản trở ống mật sớm, và carcinoma đường mật nên được cân nhắc với những chẩn đoán khác khi những bệnh nhân biểu hiện với một sự gia tăng đơn độc của alkaline phosphatase.

Cản trở đường mật có thể gây nên những vấn đề thứ phát nghiêm trọng. Đầu tiên, những bệnh nhân tắc mật sẽ dẫn đến viêm đường mật. Cấy mật ở những bệnh nhân có cản trở đường mật thì phát hiện nhiễm vi khuẩn ở 32% bệnh nhân. Klebsiella, E. coli, và

Streptococcus faecalis là những tác nhân thường gặp nhất. Dẫn lưu hiệu quả đường mật và điều trị kháng sinh khi bất kỳ một thủ thuật nào về đường mật được thực hiện là then chốt.

Một vấn đề thứ phát thường gặp là thiếu nước và dinh dưỡng ở những bệnh nhân tắc mật trầm trọng do buồn nôn, nôn, và mệt mỏi toàn thân. Sự bổ sung đầy đủ lượng nước thiếu và dinh dưỡng là quan trọng để tránh những biến chứng nặng sau phẫu thuật.

Chẩn đoán

Việc đánh giá bằng X-quang cây đường mật đã có những cải thiện vượt bậc vào cuối thập niên qua. Bước đầu tiên là siêu âm bụng. Sự giãn của ống mật là hình ảnh sớm và có thể xác định được vị trí chít hẹp mật. Tại cùng thời điểm này, tình trạng không bị tắc nghẽn của động mạch gan chính và tĩnh mạch cửa cùng các nhánh của chúng có thể được đánh giá bằng siêu âm Doppler. Sau đó, CT xoắn ốc nhiều giai đoạn nên được thực hiện để đánh giá sâu hơn phạm vi thâm nhiễm của khối u và sự di căn xa nếu có. Nếu khối u có vị trí ở chỗ phân nhánh hay bên trên và liên quan đến việc tăng bilirubin thì X-quang đường mật qua gan dưới da (PTC: percutaneous transhepatic cholangiographi) để tìm kiếm đường dẫn mật của cả hai nhánh đường mật nên được thực hiện để nhìn thấy giới hạn trên của chỗ hẹp, những thông tin chính xác để có đánh giá tin cậy, và để giải quyết việc tắc mật.

Nếu carcinoma đường mật ở vị trí giữa hoặc dưới của ống mật thì nội soi đường mật ngược dòng (ERCP: endoscopic retrograde cholangiographi) là thích hợp.

Mẫu khối u có thể được lấy bằng nội soi chải rửa hay sinh thiết bằng kim qua hướng dẫn của CT hay siêu âm. Chụp X-quang mạch thì thường không nên thực hiện và nên hạn chế với những trường hợp mà sự liên quan mạch máu vẫn còn chưa rõ ràng ở những kiểm tra ít xâm lấn khác.

Chụp đường mật bằng cộng hưởng từ (MRC: magnetic resonance cholangiographi) là một kỹ thuật mới, có khả năng nhìn thấy đường mật mà không xâm lấn. Trong khi vai trò của MRC được so sánh với PTC hay ERCP còn được đánh giá thì nó vẫn có những ưu điểm có ý nghĩa ở những trẻ em hay khi những phương thức chẩn đoán khác không thể thực hiện được. Với những phát triển sau này, kỹ thuật này sẽ có khả năng nhanh chóng trở thành một kiểm tra chẩn đoán thường quy.

Quét PET (positron-emission tomographi) được đề nghị như một phương thức chẩn đoán cho việc phát hiện carcinoma đường mật, đặc biệt cho việc kiểm tra viêm đường mật xơ cứng bì nguyên phát. Trong nhóm của chúng tôi, chúng tôi thấy một sự nhạy cảm cao của quét PET đối với carcinoma đường mật trong gan là trên 90%.

Những kết quả của scan PET đối với những khối u đường mật ngoài gan thì với sự nhạy cảm thấp chỉ 60%. Hiện nay, chúng tôi không thực hiện quét PET nhằm để đánh giá ung thư đường mật ngoài gan. Cuối cùng, siêu âm trong phẫu thuật được thực hiện thường quy tại lúc phẫu thuật để xác định phạm vi của sự phát triển khối u trong gan.

Điều trị

- Phẫu thuật cắt bỏ

Diễn tiến tự nhiên của bệnh nhân carcinoma đường mật là xấu với mong muốn thời hạn sống sót là 5 năm. Chỉ có một phương án điều trị được đưa ra là phẫu thuật cắt bỏ. Điều này đòi hỏi những cân nhắc trước phẫu thuật và sự lựa chọn của bệnh nhân. Nhiều yếu tố tiên lượng đã được mô tả trong những phân tích cố định ở những bệnh nhân sống sót sau phẫu thuật cắt bỏ carcinoma đường mật. Thông thường nhất bao gồm giới hạn của sự cắt bỏ, tình trạng hạch lympho, sự liên quan của mạch máu, kích thước khối u, và loại mô học của khối u.

Tuy nhiên, trong những phân tích nhiều yếu tố khác nhau thì chỉ có khối u có bờ tự do, không có hạch lympho thứ phát và không có di căn xa mới được coi như là có liên quan đến sự thuận lợi của việc phẫu thuật có ý nghĩa cứu sống người bệnh. Sự quan trọng của việc thâm nhiễm hạch lympho vùng vẫn còn là vấn đề đang tranh cãi. Các nhóm nghiên cứu khác nhau có báo cáo không khác nhau về khả năng sống còn ở những bệnh nhân có hay không có sự thâm nhiễm của khối u đến các hạch lympho vùng sau khi điều trị phẫu thuật cắt bỏ.

Carcinoma đường mật trong gan được phát hiện trong 15 đến 20% của tất cả những khối u gan nguyên phát và khoảng 6% của carcinoma đường mật. Vàng da tắc nghẽn chỉ xảy ra muộn trong quá trình diễn tiến của bệnh, và vì vậy hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán khi bệnh đã phát triển. Chỉ có từ 15 đến 50% bệnh

nhân còn khả năng phẫu thuật cắt bỏ tại thời điểm được chẩn đoán. Sự cắt bỏ gan, thường phẫu thuật cắt bỏ một nửa gan theo giải phẫu học hay cắt rộng một nửa gan, là cần thiết để đạt được bờ giới hạn không có khối u. Việc phẫu thuật cắt bỏ gan đối với carcinoma đường mật thì liên quan đến tỷ lệ tử vong do phẫu thuật là 2 đến 3% ở những trung tâm chuyên ngành. Phẫu thuật cắt bỏ khối u hoàn toàn với bờ âm tính thì liên quan đến tỷ lệ sống còn 1 năm, 3 năm và 5 năm là 50% đến 70%, 30 đến 40% và 10 đến 30%. Nếu phẫu thuật điều trị cắt bỏ khối u không đạt được sự sống còn cho bệnh nhân trong khoảng 2 năm thì hiếm.

Carcinoma đường mật ngoài gan biểu hiện khoảng 94% tất cả ung thư đường mật. Điển hình, bệnh nhân biểu hiện với triệu chứng vàng da do tắc nghẽn sớm trong quá trình diễn tiến của bệnh.

Tuy nhiên, những khối u phát triển thâm nhiễm và vị trí gần sát tĩnh mạch cửa và động mạch gan thì tỷ lệ có thể phẫu thuật cắt bỏ thấp khoảng 20 đến 40%. Khối u này thường không có khả năng phẫu thuật cắt bỏ trong trường hợp sự lan rộng đến tĩnh mạch cửa trung tâm hay động mạch gan. Sự phát triển đến ống gan chính ở một bên và động mạch gan chính hay nhánh của tĩnh mạch cửa ở bên đối diện, hay nếu có sự di căn trong gan được thể hiện ở bên đối diện của gan.

Phẫu thuật cắt bỏ điều trị là kết quả tiên đoán mạnh nhất, và có khả năng thực hiện ở những trung tâm chuyên ngành với tỷ lệ tử vong khoảng 5 đến 10%.

Trong những báo cáo gần đây, tỷ lệ tử vong thì không khác nhau ở những bệnh nhân phẫu thuật cắt bỏ ống mật so với việc phối hợp phẫu thuật cắt bỏ ống mật

và gan. Phẫu thuật cắt bỏ điều trị, cắt bỏ ống mật hay sự phối hợp với cắt gan thì kết quả ở sự sống sót 3 năm và 5 năm giữa 40 và 50%, với 20 và 40%, của từng nhóm. Phẫu thuật cắt bỏ với bờ còn u (R1) thì liên quan đến việc sống còn 3 năm và 5 năm là 18 và 9%, trong khi sự sống còn trung bình sau thủ thuật mở bụng thăm dò (explorative laparotomy) chỉ có 6 tháng.

Nếu khối u tại sự phân nhánh của ống mật hay ở trên, sự cắt bỏ ống mật nên được phối hợp với sự được phối hợp với sự cắt bỏ gan để đạt được bờ sạch. Sự thâm nhiễm thuỳ đuôi đã được chứng minh ở 30 đến 95% các bệnh nhân có khối u tại chỗ phân nhánh hay ở trên.

Vì vậy, những khối u ở vị trí phân nhánh hay ở trên nên được phẫu thuật cắt bỏ thuỳ đuôi. Sự sống còn 5 năm được cải thiện có ý nghĩa thống kê đã được báo cáo bởi Sugiura và cộng sự ở những bệnh nhân được điều trị với phẫu thuật cắt bỏ thuỳ đuôi khi so sánh với những bệnh nhân được điều trị chỉ với phẫu thuật cắt bỏ ống mật (46% so với 12%). Sự quan trọng của việc cắt bỏ thuỳ đuôi đã được chứng minh sau đó bởi nhiều nhóm khác. Nếu khối u gần sự phân nhánh, sự phẫu thuật cắt bỏ một nửa gan phải hay trái nên được thêm vào đối với việc phẫu thuật cắt bỏ ống mật tại chỗ và phụ thuộc vào vị trí thâm nhiễm.

Những khối u ở ống mật đoạn giữa hay xa thì thường ít và hầu hết được yêu cầu cắt bỏ một phần tuỵ và tá tràng với có hoặc không cắt một phần dạ dày (quá trình Whipple). Khả năng có thể cắt bỏ của những khối u ống mật đoạn xa được xếp từ 50 đến 70% và hầu hết được giới hạn bởi tĩnh mạch cửa hoặc động mạch mạc treo tràng trên. Việc cắt bỏ một phần tuỵ và tá tràng có

thể thực hiện với mức tử vong dưới 5% ở những trung tâm chuyên ngành ngày nay. Sự cắt bỏ của carcinoma đường mật ở đoạn xa liên quan đến sự sống 5 năm vào khoảng 20 đến 30%.

Chỉ định cho việc cắt bỏ tĩnh mạch cửa hay động mạch gan vẫn còn tranh cãi. Nimura và cộng sự đã báo cáo một tỷ lệ tử vong chấp nhận được là 8% và sự sống còn 5 năm là 41% sau khi kết hợp phẫu thuật cắt bỏ ống mật và cắt bỏ ống mật của carcinoma đường mật.

Tuy nhiên, những tác giả khác đã có những kết quả nghiên cứu kém lạc quan hơn với sự sống còn với thời hạn 5 năm, dưới 5% sau khi cắt bỏ rộng mạch máu. Chỉ định phẫu thuật cắt bỏ lớn bao gồm cắt bỏ và tái tạo lại tĩnh mạch cửa và động mạch gan phải được thực hiện dựa trên từng trường hợp và dựa vào tình trạng bệnh kèm theo của bệnh nhân và phạm vi phát triển của khối u. Chúng tôi đề đạt một hướng phẫu thuật cắt bỏ mạch máu chỉ nên giới hạn ở những bệnh nhân trẻ mà việc làm sạch khối u hoàn toàn có thể đạt được.

Ngược lại, ở những trường hợp với tình trạng bệnh kèm theo đã có sự phát triển rộng khoảng cửa thì chúng tôi không thực hiện quá trình cắt bỏ rộng.

- Hoá trị và xạ trị

Carcinoma đường mật đáp ứng kém với cả điều trị hoá chất và tia xạ. Việc dùng hoá trị và xạ trị đơn độc hay phối hợp với phẫu thuật vẫn còn tranh cãi. Tương lai, những nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh các phương thức điều trị khác nhau để đánh giá những điểm nổi trội của những kế hoạch khác nhau thì khó khăn. Có ba vấn đề khác nhau có thể dùng hoá trị liệu. Đầu tiên,

như là điều trị tân dược trước khi phẫu thuật cắt bỏ, thứ hai là điều trị hỗ trợ sau khi phẫu thuật cắt bỏ điều trị hay phẫu thuật cắt bỏ không điều trị, ba là điều trị giảm đau.

Điều trị tân dược đối với carcinoma đường mật được nghiên cứu ở vài nhóm. Trong một nghiên cứu hồi cứu, 9 bệnh nhân nhận điều trị trước phẫu thuật bằng 5 fluorouacil (5-FU) và tia xạ bên ngoài được so sánh với 31 bệnh nhân chỉ chịu qua cuộc phẫu thuật cắt bỏ. Trong tất cả những bệnh nhân dùng hoá chất tân dược thì sự phẫu thuật điều trị cắt bỏ (RO) đều được, trong khi chỉ có 54% số bệnh nhân những người chỉ chịu sự phẫu thuật là có thể cắt bỏ được. Urego và cộng sự đã báo cáo về 61 bệnh nhân đã nhận 5-FU và xạ ngoài ở carcinoma đường mật, thì 23 người trong số họ được điều trị tân dược trước khi phẫu thuật cắt bỏ hay ghép. Trong một phân tích không thay đổi thì chỉ tiên lượng hiệu quả của sự phẫu thuật cắt bỏ. Hoá trị và xạ trị thì không tương quan với sự sống còn.

Vai trò của hoá trị như là một điều trị hỗ trợ sau khi phẫu thuật cắt bỏ điều trị hay không điều trị thì vẫn còn cân nhắc. Pit và cộng sự đã so sánh trong một nghiên cứu hồi cứu với 23 bệnh nhân nhận tia xạ rộng hỗ trợ sau phẫu thuật cắt bỏ của carcinoma đường mật với 27 bệnh nhân điều trị chỉ với phẫu thuật. Vẫn chỉ có tiên đoán được hiệu quả của phẫu thuật cắt bỏ. Xạ trị không có ảnh hưởng lên sự sống còn của bệnh nhân được nhận phẫu thuật điều trị. Những người khác cũng xác định kết quả này và thiếu một nghiên cứu ngẫu nhiên có những dữ liệu chỉ ra sự thuận lợi của việc điều trị hỗ trợ sau khi thực hiện phẫu thuật cắt bỏ RO.

Ngược lại, một vài nghiên cứu báo cáo một sự thuận lợi cho việc điều trị hoá chất hỗ trợ đối với những bệnh nhân có bờ khối u dương tính sau phẫu thuật. Trong một nghiên cứu hồi cứu 64 bệnh nhân, Verbeek cho thấy sự sống còn trung bình được cải thiện (27 so với 8 tháng) ở những bệnh nhân được điều trị hoá chất sau khi phẫu thuật cắt bỏ không điều trị. Hiện nay, chúng tôi đề nghị điều trị hoá chất sau phẫu thuật (gemcitabine) đối với những trường hợp bờ khối u dương tính sau khi phẫu thuật cắt bỏ.

Chỉ định thông thường nhất của điều trị hoá chất và xạ trị của carcinoma đường mật là điều trị giảm đau. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên tiền cứu, Glimelius và cộng sự đã so sánh một nhóm bệnh nhân được nhận leucovorin và 5-FU với những bệnh nhân chỉ được chăm sóc hỗ trợ.

Khi không có sự khác nhau về sự sống còn mà các tác giả báo cáo về chất lượng cuộc sống tốt hơn ở nhó n được nhận điều trị hoá chất giảm đau. Tương tự như vậy, xạ trị có thể cải thiện được sự dẫn lưu mật ở những bệnh nhân carcinoma đường mật không có khả năng phẫu thuật. Hai nghiên cứu báo cáo về sự giảm vàng da đối với điều trị xạ trị khi so sánh với chỉ là sự chăm sóc hỗ trợ.

Tuy nhiên, tia xạ giảm đau thì không có kết quả trong việc sống còn thời gian dài của các nhóm. Chỉ định điều trị hoá chất và xạ trị làm giảm đau phải được thảo luận với mỗi bệnh nhân. Mặc dù nó không có khả năng kéo dài sự sống, nó được lựa chọn để bệnh nhân có thể cải thiện được chất lượng cuộc sống nhờ sự điều trị giảm đau.

Ghép gan

Ghép gan đã được đề xuất như là một điều trị lý tưởng cho những khối u gan tiên phát, hỗ trợ cho việc cắt bỏ khối u hoàn toàn. Những kết quả của việc ghép gan đối với carcinoma đường mật là thất bại, với tỷ lệ sống còn 5 năm chỉ có 17% và thời gian sống còn trung bình chỉ là 15 tháng.

Tuy nhiên, một báo cáo gần đây cho thấy những kết quả khích lệ đối với việc dùng đa phương pháp: tiến hành điều trị tia xạ hỗ trợ mới không xâm lấn và ghép gan ở một nhóm được lựa chọn của những bệnh nhân carcinoma đường mật. Trong loạt này, 56 bệnh nhân carcinoma đường mật được nhận hoá xạ trị trước phẫu thuật. Trong đó, 8 bệnh nhân có sự phát triển khối u với hoá xạ trị, 48 bệnh nhân nhận được sự phẫu thuật mổ bụng trước khi ghép. Trong suốt cuộc phẫu thuật, 14 bệnh nhân có khối u ngoài gan đã hồi phục và việc ghép cuối cùng được thực hiện ở 28 bệnh nhân. Việc ghép gan ở những bệnh nhân này có liên quan đến sự sống còn thật tuyệt vời là 84%.

Vì vậy, trong carcinoma đường mật vẫn được coi như là chống chỉ định ghép gan ở hầu hết các trung tâm, những kế hoạch hỗ trợ mới và những kỹ thuật chẩn đoán mới có thể đưa đến một sự cân nhắc lại về việc ghép gan ở carcinoma đường mật. Có sự chấp nhận rộng rãi là những bệnh nhân với carcinoma đường mật bị che lấp, được tìm thấy tình cờ trong quá trình ghép, có kết quả tương tự khi so sánh với những bệnh nhân ghép mà không có khối u ác tính.

Điều trị giảm đau

Điều trị vàng da do tắc nghẽn là trọng tâm chính ở những bệnh nhân carcinoma đường mật không phẫu thuật được. Những phẫu thuật khác như phẫu thuật bắc cầu (surgical bypass), phẫu thuật luồn ống, và đặt ống dẫn lưu dưới da hay bằng nội soi. Những nghiên cứu có kiểm soát so sánh những quy trình khác nhau không thấy sự tiện dụng nào hơn. Sự lựa chọn từng phương pháp điều trị dựa vào mức độ bệnh và tình trạng của bệnh nhân.

Phẫu thuật bắc cầu là một kế hoạch hấp dẫn đối với những bệnh nhân được phát hiện mà không còn khả năng phẫu thuật cắt bỏ. Thủ thuật mở nối ống gan hỗng tràng đem lại sự giảm tạm thời của vàng da ở 90% bệnh nhân, trong khi việc phẫu thuật bắc cầu đem lại kết quả thành công thấp hơn. Phẫu thuật bắc cầu chỉ nên được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Tuy nhiên, phẫu thuật rộng nên tránh bởi vì thậm chí là thủ thuật bắc cầu cũng liên quan đến tỷ lệ tử vong là 9%.

Những thuận lợi của các kỹ thuật dưới da và nội soi trong thập niên này được đánh giá là mới và an toàn hơn đối với cây đường mật. Stent có thể đặt ở 90% bệnh nhân vàng da tắc nghẽn. Viêm đường mật là biến chứng thường xảy ra nhất sau khi đặt stent, xảy ra ở 7% các trường hợp và liên quan đến việc tử vong ở ngày thứ 30 là 10%. Các kỹ thuật khác của dẫn lưu đường mật thường phối hợp với hoá trị giảm đau và tia xạ. Như những điều nói ở trên, không có một dữ liệu nào chỉ ra sự sống còn lâu dài bằng việc hoá xạ trị giảm đau.

Tuy nhiên, tình trạng không tắc nghẽn đường mật có thể được kéo dài và theo một vài tác giả báo cáo thì nó cải thiện được chất lượng cuộc sống sau khi được điều trị bằng hoá trị liệu và xạ trị giảm đau.

UNG THƯ RUỘT GIÀ

Ung thư ruột già là một trong những ung thư thường xuyên và nguy hiểm nhất tại Hoa Kỳ. Mỗi năm trên nước Mỹ hơn 130 ngàn người bị ung thư ruột già và trong số này gần phân nửa sẽ từ trần trong một thời gian ngắn sau khi bệnh được khám phá. Nếu so với các loại ung thư khác, ung thư ruột già đứng hàng thứ hai về số tử vong hàng năm, sau ung thư phổi. Người ta ước đoán khoảng 6% dân chúng sống tại Hoa Kỳ sẽ bị ung thư ruột già, và 6 triệu người đang sống trên nước Mỹ sẽ lìa trần vì bệnh này. Điều đáng ngại nhất là trong số những bệnh nhân này, tỷ số người Á châu càng ngày càng tăng nhanh.

Ruột già dài khoảng 1 thước 2, được chia thành đại tràng lên (ascending colon), tràng ngang (tranverse colon), tràng xuống (ascending colon), tràng sigma (sigmoid colon) và đoạn cuối cùng (khoảng 15 đến 20cm) là hậu môn (rectum). Tuy hậu môn vẫn được xem là một phần của ruột già, ung thư hậu môn có một số cá tính khá đặc biệt.

Ung thư ruột già là gì?

Ung thư xảy ra khi một tế bào nào đó trong cơ thể của chúng ta bỗng dưng trở nên "hoang dại", sinh sôi

nẩy nở một cách nhanh chóng vượt khỏi sự kiểm soát chặt chẽ của các nhiễm thể. (Nhiễm thể với tên khoa học là DNA nằm trong nhân của tế bào chứa đựng những đặc tính di truyền của mỗi một cá nhân). Vì thế, tế bào ung thư sẽ tăng trưởng từ 1 thành 2, 2 thành 4, 4 thành 8, 8 thành 16... một cách rất nhanh và vô trật tự. Nếu đó là tế bào da, ta bị ung thư da; nếu đó là tế bào ruột ta bị ung thư ruột.

Thông thường ung thư ruột phát xuất từ một tế bào nào đó trên màng ruột già. Ban đầu chỉ là u nhỏ sau đó từ từ lớn dần và từ đó biến dạng thành ung thư.

Thông thường u lớn hơn 2cm bắt đầu biến dạng thành tế bào ung thư. Trong một vài trường hợp hiếm hoi hơn, ung thư ruột thành hình một cách trực tiếp mà không qua trạng thái u ruột như đã trình bày ở trên. Trong trường hợp này tế bào ung thư không mọc lên như những nấm nhỏ mà chỉ "nhô" lên một chút (flat lesions) hay đôi khi bị lõm xuống (depressed lesions), nên rất khó định bệnh. Ngay cả khi soi ruột già hoặc chụp hình quang tuyến, bệnh có thể không được khám phá trong những thời gian sơ khởi. Đáng kể hơn cả, loại ung thư này có khuynh hướng phát triển nhanh chóng và lan tràn qua những cơ quan khác một cách dễ dàng hơn.

Ai có thể bị ung thư ruột già?

Nói một cách tổng quát, ung thư ruột già là bệnh của người lớn tuổi. Nguy cơ bị ung thư ruột già tăng nhanh khi tuổi đời bước sang thập niên thứ năm. Hơn 90% ung thư ruột già được khám phá ở những người 50 tuổi trở lên. Cả hai phái nam và nữ đều có thể bị ung

thư ruột già. Người ta ước đoán cứ trong 16 người sống trên nước Mỹ sẽ có một người bị ung thư ruột già.

Cách đây không lâu, người ta vẫn cho rằng ung thư ruột già là bệnh của người da trắng, sống trong những thành phố kỹ nghệ, ăn nhiều thịt và chất béo hơn rau và trái cây.

Tuy nhiên theo một thống kê gần đây, tỷ lệ ung thư ruột già của người Á châu đã và đang gia tăng một cách đáng ngại, nhất là với những người Á châu định cư lâu năm ở các quốc gia phồn thịnh. Nếu phân biệt theo từng sắc dân sống trên Hoa Kỳ, người Nhật tại Hawaii có tỷ lệ bị ung thư ruột già cao nhất nước Mỹ, người Trung Hoa tại vùng Los Angeles có tỷ lệ ung thư ruột già gần như tương đương với người Mỹ da trắng.

Người Việt chúng ta sau một thời gian định cư tại Hoa Kỳ với lối sống và cách thức ăn uống tương tự như dân địa phương cũng bắt đầu bị ung thư ruột già càng ngày càng nhiều hơn.

Những nguy cơ đưa đến ung thư ruột già

Có lẽ cách thức ăn uống cũng như lối sống của chúng ta đóng một vai trò quan trọng nhất trong sự phát triển của ung thư ruột già. Người dùng quá nhiều chất béo, thịt, mỡ, thức ăn với nhiều chất cholesterol sẽ dễ bị ung thư ruột già hơn, nhất là nếu họ lại không ăn chất xơ, rau hoặc trái cây, hoặc quá mập.

Cũng như một số các loại ung thư khác, ung thư ruột già cũng có đặc tính di truyền. Nghĩa là nếu bố mẹ bị ung thư ruột già, con cái cũng có thể dễ bị. Điều này rất đúng cho những trường hợp khi vì đặc tính di

truyền, bệnh nhân bỗng dưng có trên màng ruột của mình hàng trăm "cục" u (polyp). Các u này xuất hiện một cách nhanh chóng và biến dạng thành các tế bào ung thư.

Thí dụ điển hình là căn bệnh có tên là Familial Polyposis, khi hầu hết các bệnh nhân sẽ chết vì ung thư ruột già vào lứa tuổi 35 - 40, nếu không được khám và chữa trị kịp thời. Ngoài ra người bị viêm đường ruột như Crohn's Disease, Ulcerative Colitis cũng dễ bị ung thư ruột già hơn.

Vì đặc tính di truyền (bẩm sinh) của ung thư ruột già, ung thư vú và ung thư tử cung cùng nằm trên một nhiễm thể, người bị ung thư vú hoặc tử cung dễ bị ung thư ruột già hơn, và ngược lại.

Triệu chứng của ung thư ruột già

Ung thư ruột già tăng trưởng tương đối chậm chạp, nên đa số bệnh nhân hoàn toàn không có một triệu chứng nào, đến khi bệnh đã phát triển đến giai đoạn trầm trọng, hoặc lan tràn khắp nơi.

Tuỳ theo vị trí và tuỳ theo từng loại ung thư, bệnh nhân có thể chỉ bị đau bụng sơ sài, không đáng kể, hoặc bụng chỉ hơi bị trướng, khó chịu, hoặc đau "tưng tức" sau hoặc trước bữa ăn. Vấn đề đại tiện có thể trở nên khác thường. Ngày bị bón, ngày đi tiêu chảy. Phân trở nên nhỏ lại, có thể pha với máu. Thông thường ung thư ruột già trong những giai đoạn đầu chỉ chảy rất ít máu, nên người bệnh sẽ không phát hiện thấy. Đến khi ung thư trở nên lớn hơn, nhất là nếu ung thư nằm gần hậu môn, xuất huyết ruột già có thể rõ ràng hơn với những

vết máu đỏ tươi hoặc máu bầm pha lẫn với phân. Mất máu lâu ngày, bệnh nhân có thể cảm thấy khó thở, hoặc chóng mệt. Nếu không chữa kịp thời và đúng lúc, bệnh nhân có thể sẽ tiếp tục giảm cân rất nhiều.

Một lần nữa, vì đa số ung thư ruột già không gây ra một triệu chứng nào đáng kể trong những thời gian đầu, bệnh thường trở nên nặng một khi bệnh bộc phát. Điều này một lần nữa nhấn mạnh tầm quan trọng của việc khám bệnh thường xuyên và định kỳ.

Làm thế nào để tránh bị ung thư ruột già

Sau đây là những lời khuyên của Hội Ung thư Hoa Kỳ (*The American Cancer Society*) để tránh bị ung thư ruột già:

Từ 40 tuổi trở đi, cả hai phái nam và nữ cần phải đi khám bệnh tổng quát hàng năm. Trong lúc khám định kỳ, bác sĩ sẽ thử phân xem trong phân có máu hay không. Vì mục đích là truy tầm ung thư, nên đi khám trước khi bị đau đớn hoặc bệnh tật. Nếu chờ đến lúc triệu chứng trở nên rõ rệt, chẳng hạn như đi tiêu ra máu mới đi bác sĩ, có thể lúc đó ung thư đã quá lớn và rất khó chữa.

Nếu một trong những thân nhân gần của bạn bị ung thư ruột già, hoặc nếu bạn đã hoặc đang bị ung thư vú, ung thư tử cung, bạn nên đi khám bác sĩ chuyên khoa về đường ruột, để được khám về khả năng có ung thư ruột già bằng phương pháp nội soi.

Bạn nên ăn nhiều rau, uống nhiều nước. Nhất là các loại rau đậm màu và nhiều loại trái cây khác nhau. Thực ra, điều này nói dễ hơn làm. Trung bình bạn nên

ăn khoảng 30g chất xơ mỗi ngày. Để so sánh: một quả cam, hoặc táo chỉ chứa khoảng 3g chất xơ mà thôi. Vì thế, nếu bạn vì một lý do nào đó không thể ăn nhiều chất xơ được, chúng tôi khuyên bạn nên dùng thêm chất cám được bày bán trên thị trường như Metamucil, Konsyl, Citrucel v.v...

Vitamin A, C, E. Nếu dùng đúng cách có thể làm ung thư ruột già phát triển chậm lại.

Người ta cũng nhận thấy một số các loại thuốc chống đau nhức như trong gia đình của chất Aspirin hay Ibuprofen, nếu được uống đều đặn có thể ngăn cản sự tạo hình của u ruột già. Vì thế, một số các bác sĩ vẫn khuyên nếu bạn hơn 40 tuổi mà không bị đau bao tử, bạn nên uống mỗi ngày một viên Aspirin loại 81mg. Như thế Aspirin không những tránh cho chúng ta đỡ bị tắc nghẽn mạch máu mà còn có thể giúp chúng ta đỡ bị ung thư ruột già hơn.

Trong một cuộc khảo cứu gần đây, người ta cũng nhận thấy rằng nếu uống Calcium mỗi ngày có thể giảm đi sự tái phát của u ruột già.

Tập thể dục đều đặn không những sẽ tạo cho bạn một cơ thể khoẻ mạnh, còn có thể giúp vấn đề đại tiện trở nên tốt đẹp hơn. Người quá mập cũng dễ bị ung thư ruột già hơn.

Từ 50 tuổi trở đi, bạn nên đi soi hậu môn và tràng Sigma (Flexible Sigmoidoscopy). Nếu kết quả tốt, bạn chỉ cần soi định kỳ mỗi 3 đến 5 năm một lần. Gần đây hơn, Hội Ung thư Hoa Kỳ đề nghị từ 50 tuổi trở lên, ngay cả khi chưa có một triệu chứng nào cả, bệnh nhân cũng nên đi soi nguyên cả đại tràng (*colonoscopy*) thay vì

chỉ soi một đoạn ngắn mà thôi. Lời khuyên căn cứ trên sự nhận xét là ung thư ruột già trong những năm vừa qua có khuynh hướng xuất hiện phần ruột bên trong, nên nếu chỉ soi hậu môn (*sigmoidoscopy*), một số ung thư sẽ không được khám phá kịp thời. Vì đây là một khuyến cáo mới cho một phương pháp khá mắc tiền nên một số các bảo hiểm cũng như bác sĩ vẫn chưa ứng dụng một cách triệt để.

Cách thức định bệnh

Nhiều phương pháp khác nhau được ứng dụng trong việc khám nghiệm và truy tìm những bệnh tật của ruột già:

Chụp hình quang tuyến:

+ Barium Enema.

+ CT Colonographi.

+ Soi ruột "ảo thật" (Virtual Colonoscopy).

Nội soi đường ruột (Colonoscopy)

Trong tất cả những phương pháp kể trên chỉ có phương pháp "Soi ruột ảo tưởng" (Virtual Colonoscopy) là không cần phải uống thuốc sổ ruột.

Barium Enema: Khi chụp hình quang tuyến với danh từ y khoa là Barium Enema, một ít chất huỳnh quang (Barium) sẽ được bơm thẳng vào hậu môn. Sau đó ruột của bệnh nhân sẽ được thổi phồng lên bằng không khí để bác sĩ chuyên khoa về quang tuyến có thể nhận diện các sự thay đổi trên thành ruột già một cách dễ dàng hơn. Vì trong quá trình định bệnh bằng phương pháp này bệnh nhân không cần thuốc mê hoặc

chống đau, nên người bệnh có thể cảm thấy rất khó chịu trong một thời gian ngắn.

Phương pháp chụp hình quang tuyến, tuy rẻ tiền hơn nhưng không được rõ ràng và chính xác bằng phương pháp nội soi đại tràng. Vì thế từ đầu năm 1998, Medicare (Hãng bảo hiểm sức khoẻ cho người lớn hơn 65 tuổi hoặc tàn tật) chỉ cho bệnh nhân chụp hình Barium Enema nếu vì một lý do đặc biệt nào đó bệnh nhân không thể đi soi ruột già được.

Endoscopy: Trong phương pháp nội soi (*Gastrointestinal Endoscopy)*, bác sĩ sẽ dùng một dụng cụ đặc biệt có khả năng phóng đại màng của ruột già lên màn ảnh TV. Dụng cụ này là một ống cao su mềm lớn khoảng bằng đầu ngón tay út với một máy quay phim tinh vi gọi là colonoscope. Ống quay phim này sẽ được luồn từ từ vào hậu môn để tiếp tục đi dần vào ruột già.

Nếu chỉ cần soi hậu môn và tràng sigma *(flexible sigmoidoscopy)*, bệnh nhân có thể được soi tại phòng mạch bác sĩ mà không cần thuốc gây mê hoặc chống đau.

Tuy nhiên, nếu cần phải soi hết đại tràng, bệnh nhân thông thường sẽ được soi tại một trung tâm ngoại chẩn do một bác sĩ chuyên khoa về hệ thống tiêu hoá. Để giảm đi sự khó chịu và đau đớn, bệnh nhân sẽ được tiêm một ít thuốc ngủ và thuốc chống đau như Versed và Demerol.

Tuy phương pháp này mất công và mắc tiền hơn chụp hình quang tuyến, những tế bào tình nghi hoặc những bướu ruột già nếu không quá lớn, có thể được gắp ra hoặc cắt bỏ đi một cách an toàn mà không cần phải mổ xẻ. Khác với trường hợp phải gây mê toàn diện khi đi giải phẫu, đa số các bệnh nhân khi soi ruột già

chỉ cảm thấy hơi buồn ngủ mà thôi. Với sự tiến triển của y khoa, nội soi đường ruột trở nên an toàn hơn.

Tuy thế, một ít người kém may mắn có thể gặp một số trở ngại khi soi ruột già như bị dị ứng với các loại thuốc chống ngủ/đau nhức, bị chảy máu, nhiễm trùng, thủng ruột hoặc thiệt mạng. May mắn thay, những điều kể trên ít khi xảy ra. Vì thế, ngày nay nội soi đường ruột đã trở thành phương pháp độc nhất, hữu hiệu nhất, an toàn và thông dụng nhất trong việc định bệnh và trị bệnh liên quan đến ruột già.

CT Colonographi: Song song với sự tiến triển trong ngành điện toán, nhiều phương pháp chụp hình quang tuyến tối tân hơn được ứng dụng trong việc truy tầm ung thư ruột già. Đáng kể nhất là CT ruột già (CT Colonographi) và soi ruột già ảo thực (Virtual Colonoscopy). Đặc điểm của hai phương pháp này, là bệnh nhân không cần phải tiêm thuốc ngủ trong lúc thử nghiệm.

CT Colonographi là một phương pháp chụp hình quang tuyến chính xác và rõ ràng hơn Barium Enema. Tuy nhiên, giống như trong lúc chụp Barium Enema, trong phương pháp này bệnh nhân vẫn phải uống thuốc sổ để rửa ruột cho sạch. Sau đó, họ sẽ uống hoặc được bơm một ít chất huỳnh quang vào ruột già.

Để hình ảnh được rõ ràng hơn, một ít không khí hoặc khí CO_2 sẽ được đưa vào hậu môn để "ép" chất huỳnh quang vào thành của ruột già. Tuy nhiên thay vì dùng quang tuyến X bình thường như trong lúc chụp Barium Enema, trong phương pháp này, người ta dùng máy quang tuyến điện toán (Computer Tomographi

Scan) để tìm kiếm những sự thay đổi nếu có trên màng của ruột già. Đây là một phương pháp mới với khả năng khám phá ra u ruột già một cách tương đối chính xác.

Người ta ước đoán khoảng 90% những u ruột lớn hơn 10mm sẽ được nhìn thấy trên hình ảnh của CT Colonographi. Con số này giảm xuống khoảng 60% cho những u nhỏ hơn 5mm. Vì thế nếu so với phương pháp soi ruột già, CT Colonographi kém chính xác hơn. Nhưng vì đây là một phương pháp không cần phải tiêm thuốc ngủ, nên sẽ đỡ tốn kém hơn và an toàn hơn.

Virtual Colonosopy

Gần đây nữa, nhờ vào tiến triển của ngành điện toán, người ta đã có khả năng nhận diện ruột già với hình 3 chiều (3 dimensional) tương tự như trong lúc soi ruột bằng máy quay phim, thay vì 2 chiều như Barium Enema và CT Colonographi. Phương pháp này là bước tiến dài của y khoa trong việc truy tầm ung thư ruột già với tên là Virtual Colonosopy. Phương pháp này được xem rất chính xác với khả năng nhận diện những thương tích trên màng ruột già gần bằng với phương thức soi ruột.

Lợi điểm nhất của phương pháp này là bệnh nhân không cần phải uống thuốc xổ và không phải tiêm thuốc ngủ hay thuốc chống đau như trong trường hợp soi đại tràng. Trong phương pháp này, bệnh nhân sẽ phải uống một ít thuốc huỳnh quang trước khi chụp hình điện toán.

Sau đó ruột già được "thổi phồng" lên bằng một ống cao su cắm vào hậu môn. Toàn cơ thể bệnh nhân sẽ được đưa vào một máy chụp hình điện toán đặc biệt,

và sau một thời gian từ 30 đến 60 phút, những dữ kiện thâu nhặt được từ máy chụp hình điện toán sẽ được sắp xếp lại thành hình để bác sĩ nghiên cứu. Khi ruột bị "căng cứng" vì hơi trong một thời gian khá lâu, bệnh nhân có thể bị đau "quặn bụng" trong một thời gian ngắn. Khuyết điểm của phương pháp này là không thể khám phá những mạch máu bất bình thường hoặc những u quá nhỏ. Nếu thuốc huỳnh quang không trộn đều trong ruột, một số phân có thể được nhận diện như là những thay đổi bất bình thường của màng ruột già. Hơn nữa, nếu đó là bướu hoặc u năng, bệnh nhân cần phải lấy ra hoặc khảo cứu bằng phương pháp tuy cổ điển - nhưng vẫn chính xác và hữu hiệu nhất - Đó là soi ruột già.

Lợi điểm của việc soi ruột già

Ung thư ruột già thường phát xuất từ một tế bào nào đó trên màng ruột. Lâu dần chúng biến thành những u nhỏ (polyp). Khi soi ruột già, các u này có thể được cắt đi để thử nghiệm dưới kính hiển vi. Vì thế, khác với tất cả các cách thức truy tầm ung thư ruột già kể trên, nội soi đường ruột là phương pháp độc nhất có thể chữa và cắt bỏ những bướu ruột già nếu không quá lớn. Sau đây là cách thức cắt bỏ những bướu ruột già trong lúc soi ruột già.

Uu (Polyp) đại tràng U đang được cắt bỏ U sau khi cắt xong.

Nếu u có đặc tính hoàn toàn lành, người ta gọi là HIPERPLASTIC. U hiperplastic sẽ không biến thành u ung thư, nên không cần phải lo lắng gì nữa.

Mặt khác, nếu u có trạng thái hoặc khả năng biến

dạng thành ung thư, được gọi là ADENOMATOUS. Đây là một loại tiền ung thư. U này nếu không được lấy ra sẽ biến thành ung thư trong một thời gian từ 3 đến7 năm, tuỳ theo kích thước và cơ cấu. Vì thế bệnh nhân với u adenomatous cần được theo dõi kỹ lưỡng hơn. Họ cần soi ruột già định kỳ, cứ 3 năm một lần.

Cách chữa ung thư ruột già

Theo thống kê của Hội Ung thư Hoa Kỳ, khoảng 50% tất cả các loại ung thư một khi được khám phá ra sẽ được chữa trị hoàn toàn. Con số này có thể cao hơn nữa, nếu các bệnh ung thư được phát hiện sớm hơn. Vì ung thư ruột già thường không gây ra một triệu chứng nào cả trong giai đoạn đầu nên việc phòng bệnh và truy tầm bệnh vẫn tốt hơn cả.

Nếu ung thư ruột chỉ rất nhỏ tiềm ẩn trong u ruột như trong trường hợp carcinoma-in-situ, tế bào ung thư có thể được cắt bỏ một cách dễ dàng trong lúc nội soi. Nếu u hoặc ung thư quá lớn, bệnh nhân cần phải được giải phẫu. Một khi được lấy ra ngoài, bệnh nhân có thể sẽ hoàn toàn hết bệnh và trở lại sinh hoạt bình thường.

Một khi ung thư đã lan đến những vùng lân cận hoặc những cơ quan khác nhau, bệnh sẽ khó chữa hơn. Hiện nay, người ta vẫn chưa khám phá ra một phương thức nào có thể chữa dứt bệnh ung thư ruột già trong trường hợp bệnh đã lan ra khắp nơi (metastatic colon cancer). Sau khi mổ, một số bệnh nhân có thể được tiếp tục chữa trị bằng nhiều loại thuốc khác nhau, danh từ y khoa là Chemotherapy. Các lối chữa trị bấy giờ, chỉ hi vọng kéo dài đời sống hoặc giúp cho bệnh nhân có một đời sống tương đối bình thường trong những

ngày tháng cuối cùng của họ. Điều này một lần nữa nhấn mạnh sự quan trọng trong việc phòng ngừa căn bệnh đáng sợ này.

Một số bệnh nhân vì hoàn cảnh tài chính hoặc lý do riêng tư ngần ngại không muốn mổ ngay sau khi được khám phá ung thư ruột. Điều này sẽ đưa đến những hậu quả đau đớn và tai hại hơn. Khi ung thư lớn dần, họ sẽ tiếp tục mất máu, mỗi ngày một nhiều hơn. Khi ruột bị tắc nghẽn vì "khối" ung thư, bụng trở nên vô cùng đau đớn và nhiều khi phải mổ khẩn cấp, nếu không sẽ bị thối hoặc thúng ruột. Hơn nữa, nếu ung thư lan đến những cơ quan khác sẽ gây ra nhiều triệu chứng như đau nhức xương, lưng, ngộp thở, mệt mỏi, khó chịu v.v...

Tóm lại, ung thư ruột già là một căn bệnh mà chúng ta ai ai cũng có thể bị. Càng lớn tuổi càng dễ bị. Tuy bệnh khó chữa, nhưng ung thư ruột già có thể phòng ngừa được một cách tương đối dễ dàng. Tiếc thay, cho đến nay, người ta cũng chưa khám phá ra một phương pháp truy tầm ung thư ruột già nào hoàn hảo, nghĩa là vừa tốt, an toàn, nhanh chóng không đau đớn khó chịu và rẻ tiền.

Cho đến nay vẫn chưa có một loại thử máu nào có thể dùng trong việc phát hiện ung thư ruột già một cách chính xác. CEA, một chất hoá học bài tiết từ các tế bào ung thư ruột già, có thể tăng cao trong một số bệnh nhân bị ung thư ruột già. Nhưng chất hoá học này có thể hoàn toàn bình thường trong nhiều trường hợp ung thư khác nhau. Vì thế đa số các bác sĩ chỉ thử nghiệm chất CEA này để theo dõi sự phát triển của ung thư nhiều hơn là để phát hiện ung thư.

Thử máu trong phân (Fecal Occult Blood Test) đã và đang được phổ biến và ứng dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Tuy nhiên phương pháp này cũng không được hoàn hảo, một phần ung thư ruột già không phải lúc nào cũng chảy máu, một phần vì một số thức ăn uống hằng ngày có thể làm kết quả thử máu trong phân trở nên kém chính xác hoặc sai lầm. Chẳng hạn, như nếu thử phân sau khi ăn tiết canh vịt, cháo huyết, v.v... kết quả có thể sẽ trở nên dương tính.

Soi hậu môn và tràng sigma chỉ khám phá được những mầm ung thư ở đây mà thôi. Các mầm ung thư đại tràng lên và tràng ngang (ascending and transverse colon) sẽ không được khám phá ra bằng phương pháp này.

Hiện nay chỉ có một phương pháp độc nhất và chắc chắn nhất để truy tầm ung thư ruột già là nội soi cả đại tràng. Tuy nhiên phương pháp này rất tốn kém và tương đối rắc rối. Hi vọng trong một tương lai gần, chụp hình quang tuyến theo lối virtual colonoscopy sẽ được phổ biến rộng rãi hơn.

UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Tiền liệt tuyến là gì?

Tiền liệt tuyến là một cơ quan nằm ở bụng dưới hay cổ bàng quang. 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 như quả óc chó. Tuy nhiên tiền liệt tuyến lớn lên theo tuổi. 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 nguyên nhân của vấn đề ở người đàn ông lớn tuổi. Chẳng hạn tiền liệt tuyến lớn có thể gây chèn ép hay gây ảnh hưởng 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). Hơn nữa, 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?

Năm 1999, có 185.000 trường hợp ung thư tiền liệt tuyến mới được chẩn đoán tại Mỹ. Trong số đó có hơn 31.000 trường hợp tử vong có liên quan đến bệnh ung thư tiền liệt tuyến năm 2000. Vì vậy, ung thư tiền liệt tuyến là một bệnh ác tính thường gặp ở đàn ông Mỹ, nguyên nhân tử vong thứ 2 của bệnh ung thư, 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 bệnh

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.

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.

Triệu chứng

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, xin xem bên dưới hoặc sờ thấy một khối cứng ở tiền liệt tuyến.

Trước tiên theo thông lệ, người bác sĩ sẽ dùng ngón tay trỏ đưa vào trực tràng, qua đó mới sờ thấy được tiền liệt tuyến, 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.

Cách phát hiện bệnh

Tầm soát ung thư tiền liệt tuyến là thực hiện thường xuyên, cách đều 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 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 trỏ đưa qua ngả 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 nghi ngờ ung thư tiền liệt tuyến. Vì vậy, bác sĩ thường khuyên 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 ý kiến này còn chưa thống nhất.

Kết quả PSA trong máu thấp hơn 4 nanogram/ml thường được xem là bình thường (xem phần *PSA dương tính giả và những nét đặc biệt của xét nghiệm PSA*). Kết quả PSA từ 4 đến 10nanogram/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 10nanogram/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.

Yếu tố ảnh hưởng đến độ chính xác của xét nghiệm

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 ngả 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 đến 10nanogram(*)/ml. Nhưng mức dương tính giả có thể tăng cao đến 25 hay 30nanogram/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.

Chẩn đoán bệnh

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 ngã 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

(*) 1 nanogram (ng) = 10^{-9}g.

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 của 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 lận 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, 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 đụng 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 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 bệnh

Việc chọn lựa điều trị ung thư tiền liệt tuyến như thế nào?

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 còn tại chỗ, u lớn nhưng chưa lan ra, hay di căn. Chọn lựa điều trị tuỳ theo mức độ lan của ung thư, nếu ung thư khu trú tại chỗ điều trị bao gồm: Phẫu thuật, xạ trị, hormone 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 đến 10nanogram/ml), chứng tỏ 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 hormone 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.

Các phương pháp điều trị:

- 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 tỷ 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, 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 huỷ các tế bào ung thư và ngăn 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 khu trú tại chỗ tuỳ 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 khu trú 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.

Xạ trị có thể là xạ trị ngoài thời gian 6 - 7 tuần hoặc cũng có thể là xạ trị trong, tức cắm 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 cắm xuyên qua tuyến tiền liệt ung thư dưới hướng dẫn của siêu âm. Về mặt lý thuyết, lợi ích của xạ trị trong 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.

- Hormone điều trị ung thư tiền liệt tuyến là gì?

Hormone nam còn gọi là testosterone, hormone này kích thích tế bào tiền liệt tuyến bị ung thư, làm u to ra thêm. Lý tưởng nhất trong tất cả các hormone 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 hormone khác là LH-RH. LH-RH là viết tắt của luteinizing hormone-releasing hormone và còn gọi là hormone hướng sinh dục. Hormone 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 hormone cũng được kể đến như là biện pháp làm giảm lượng testosterone trong máu, cũng có thể bằng mổ hoặc bằng thuốc. Điều trị phẫu thuật tinh hoàn là phương pháp làm giảm hormone. Phẫu thuật này là cắt bỏ tận gốc nơi sản xuất ra testosterone của cơ thể. Điều trị bằng hormone 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 cắt bỏ 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 hormone cũng ngang như thiến. Cả hai phương pháp điều trị bằng hormone này đều có tác dụng loại bỏ sự kích thích tế bào ung thư của testosterone. Tuy nhiên, một số u tiền 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 hormone (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 hormone 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 hormone có làm tăng thêm hiệu quả điều trị của xạ trị hay không.

Thường phương pháp điều trị bằng hormone 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 hormone 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 hormone thường áp dụng cho ít hơn 10% bệnh nhân bị ung thư tiền liệt tuyến còn khu trú. Nên nhớ rằng, điều trị bằng hormone 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 là gì?

Liệu pháp "lạnh" là một trong những phương pháp chữa trị mới mẻ đang được thử nghiệm dùng trong chữa trị ung thư tiền liệt tuyến 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 kỹ thuật mới. Nói cách khác, đó là sự cải tiến từ một kỹ thuật cũ đã sử dụng trước đây, nhưng kỹ 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 lý do nào đó không thể thực hiện được bất kỳ 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.

- Thế nào là hoá trị trong ung thư tiền liệt tuyến?

Hoá trị là phương pháp điều trị bằng thuốc, mà ở đây là những thuốc chống ung thư. Đây được coi như là một phương pháp điều trị tạm thời dành cho những trường hợp bệnh đã tiến triển xa, không thể điều trị có hiệu quả. Cũng cần ghi nhận rằng những thuốc này làm khối u phát triển chậm hơn và làm giảm các triệu chứng của bệnh nhân. Thường không áp dụng hoá trị cho ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn còn khu trú bởi còn nhiều

phương pháp khác tốt hơn. Hoá trị thường dùng trong trường hợp ung thư tiền liệt tuyến đã di căn xa (tế bào ung thư đã xâm nhập đến những nơi khác trong cơ thể) và không đáp ứng với những phương pháp điều trị khác.

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 hormone).

Những tác dụng khác thường thấy của hoá trị là mệt mỏi, buồn nôn, rụng tóc, và gây suy tuỷ. Đối với suy tuỷ, 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 tại các trung tâm ung bướu ở khắp nước Mỹ và nhiều nơi khác. Chẳng hạn, các nhà ung thư học đã thử nghiệm paclitaxel (Taxol) và docetaxel (Taxotere) trong điều trị ung thư tiền liệt tuyến đã di căn (hai loại thuốc này cho thấy có hiệu quả trong điều trị ung thư vú đã di căn). Một thuốc mới đang được khảo sát cho điều trị ung thư tiền liệt tuyến - không lệ thuộc androgen là Suramin.

- Thế còn những loại 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, ít nhất là ở Mỹ, 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.

Phòng ngừa bệnh

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. 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" (thịt thú, thịt bò), vì 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.

Làm thế nào để đảm bảo việc theo dõi ung thư?

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.

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 kỳ 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 10nanogram hay thấp hơn) và người có bệnh nặng kèm theo như bệnh lý của tim, phổi, cao huyết áp khó kiểm soát, bệnh tiểu đường, AIDS, hay những bệnh ung thư khác.

UNG THƯ DA

Ung thư da là gì?

Ung thư da - một tình trạng phát triển bất thường của tế bào da - là một dạng ung thư phổ biến nhất hiện nay.

Ba loại ung thư da thường gặp là ung thư tế bào đáy, tế bào sừng và tế bào hắc tố, trong đó phổ biến nhất là ung thư tế bào đáy và tế bào sừng. Cả hai loại này đều ở bề mặt, tốc độ phát triển chậm và khả năng chữa lành cao, nhất là khi được phát hiện sớm. Loại ung thư tế bào hắc tố nặng hơn, ảnh hưởng đến các lớp sâu hơn của da và có nguy cơ di căn đến các mô khác cao nhất trong ba loại.

Hiện nay số người bị ung thư da ngày một tăng lên. Những người sống tại các vùng nhiều ánh nắng mặt trời có nguy cơ cao nhất, đặc biệt những người thường xuyên tiếp xúc với tia cực tím (UV).

Một điều đáng mừng là hầu hết các loại ung thư da đều có thể phòng ngừa được bằng cách hạn chế

hoặc tránh tiếp xúc thường xuyên với tia UV và phát hiện ngay từ sớm những biến đổi trên da bạn. Nếu phát hiện sớm, hầu hết các loại ung thư da đều có khả năng được chữa khỏi rất cao. Chính vì vậy, bạn phải luôn bảo vệ làn da của mình tránh ánh nắng mặt trời cũng như thường xuyên kiểm tra các dấu hiệu ung thư da định kỳ.

Nếu không được điều trị hoặc điều trị không đúng, ung thư da ngày một phát triển, ảnh hưởng xấu đến sức khoẻ và nguy cả tính mạng người bệnh. Ung thư da đã cướp đi mạng sống của hàng chục nghìn người trên thế giới mỗi năm.

Dấu hiệu và triệu chứng

Dấu hiệu báo động thường gặp nhất của ung thư da là một chỗ biến đổi bất thường của da, ví dụ như một vết loét đau, chảy máu, đóng vảy trên bề mặt, lành rồi sau đó lại loét trở lại ngay đúng vị trí này.

Dấu hiệu đầu tiên thường gặp của ung thư tế bào hắc tố thường là sự biến đổi bất thường của một nốt ruồi có sẵn hoặc xuất hiện thêm những nốt ruồi mới đáng nghi ngờ.

Thường ung thư da xuất hiện trên những vùng da tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời da đầu, mặt, môi, tai, cổ, ngực, cánh tay, bàn tay và cẳng chân ở phụ nữ.

Tuy nhiên, ung thư da vẫn có thể xuất hiện ở những vùng da còn lại, như lòng bàn tay, vùng gian ngón chân hoặc da vùng cơ quan sinh dục. Sang thương ung thư da có thể xuất hiện từ từ, phát triển chậm nhưng cũng có thể xuất hiện đột ngột.

Hầu hết các ung thư da đều gây ra những biến đổi trên một vùng da khu trú. Do vậy, nếu chú ý, bạn có thể tự phát hiện sớm được những biến đổi đáng nghi ngờ và nên đến khám ở bác sĩ càng sớm càng tốt, không nên chờ đợi lâu hơn vì ung thư da ít khi gây đau.

Các dấu hiệu và triệu chứng thường gặp gồm:

Ung thư tế bào đáy: Xuất hiện các u trên da vùng mặt, tai hoặc cổ dạng hạt. Các sang thương dạng sẹo phẳng màu nâu hoặc đỏ nâu trên ngực hoặc lưng.

Ung thư tế bào sừng: Một nốt đỏ, cứng chắc trên da mặt, môi, tai, cổ, bàn tay hoặc cánh tay. Một sang thương phẳng, có vảy hoặc vỏ cứng trên da mặt, tai, cổ, bàn tay, cánh tay,...

Ung thư tế bào hắc tố:

- Một đốm lớn màu hơi nâu với những chấm lốm đốm màu đen, ở bất cứ nơi nào trên cơ thể bạn.

- Một nốt ruồi đơn độc có biến đổi màu sắc, kích thước, mật độ, chảy máu hoặc ức chế sự phát triển của lông tóc xung quanh.

- Một sang thương nhỏ có vùng biên bất thường màu đỏ, trắng, xanh hoặc xanh đen trên thân thể hoặc tay chân.

- Những u da sáng màu, cứng chắc, dạng bán cầu ở bất cứ nơi nào trên cơ thể bạn.

- Những sang thương sậm màu ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, đầu ngón tay ngón chân hoặc trên màng nhầy da lót mặt trong miệng, mũi, âm đạo và hậu môn.

Ngoài ra, còn có những dạng ung thư da khác hiếm gặp, như sarcome Kaposi (dạng ung thư da nặng, thường gặp ở những người bị suy giảm miễn dịch, như

mắc hội chứng AIDS hoặc uống thuốc ức chế miễn dịch trong ghép cơ quan).

Các sang thương tiền ung thư, như chứng dày sừng quang hoá cũng có thể hoá ác. Các sang thương này thường là những mảng có bề mặt xù xì, có vảy, màu hồng sậm, thường gặp trên da mặt, cẳng tay hoặc bàn tay và những vùng da phơi nắng.

Mặc dù có nhiều bệnh lý khác không phải ung thư da đôi khi cũng gây ra những biến đổi da tương tự, nhưng tốt nhất bạn nên đến khám ở bác sĩ để có chẩn đoán xác định.

Nguyên nhân

Da bạn gồm có hai lớp. Ung thư da có thể khởi phát từ lớp ngoài cùng, nơi hình thành các tế bào sừng. Lớp bên trong có các tế bào đáy và tế bào hắc tố (melanocyte). Tế bào hắc tố sản xuất ra melanin (một sắc tố màu đen) tạo nên màu da của bạn. Khi da tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, các tế bào hắc tố tạo ra nhiều melanin hơn làm cho da đen sạm. Khi các tế bào hắc tố tập trung thành cụm, chúng tạo ra một nốt ruồi.

Bình thường các tế bào da phát triển theo một trình tự tổ chức rất chặt chẽ trong biểu bì. Những tế bào mới còn non đẩy những tế bào trưởng thành lên bề mặt da. Khi các tế bào lên đến lớp trên cùng, chúng chết đi và bị tróc ra.

Ung thư da là kết quả của sự phát triển bất thường của các tế bào da. Nguyên nhân chính là do da bị tổn thương bởi tia cực tím. Đây là một loại sóng ánh sáng phát ra từ ánh sáng mặt trời và thường được sử dụng

trong các kỹ thuật làm sạm da (giường tắm nắng nhân tạo...). Tia cực tím có thể xuyên qua da và làm tổn thương các tế bào, chịu trách nhiệm cho phần lớn các trường hợp ung thư da cũng như các vết nhăn và nốt tàn nhang do tuổi tác.

Có 2 loại tia cực tím là A (UVA) và B (UVB). Tia UVA xuyên qua da sâu hơn tia UVB, do vậy sau một thời gian phơi nhiễm tia này, khả năng chống ung thư của da bạn sẽ bị suy yếu. Tia UVB, do xuyên qua da kém hơn, nên thường gây bỏng nắng và chịu trách nhiệm cho các ung thư lớp nông ung thư tế bào sừng hoặc tế bào đáy.

Ung thư tế bào hắc tố cũng có liên quan với tia cực tím. Các chuyên gia nhận thấy rằng, những người thỉnh thoảng tiếp xúc với ánh nắng gắt trong một khoảng thời gian ngắn hạn (như những người làm việc trong văn phòng thỉnh thoảng đi tắm nắng trên bãi biển vào những ngày nghỉ) có nguy cơ bị ung thư tế bào hắc tố rất cao so với các nông dân, công nhân làm đường hoặc những người thường xuyên làm việc dưới ánh nắng mặt trời nhiều giờ mỗi ngày.

Tuy nhiên, sự phơi nhiễm với ánh sáng mặt trời thường xuyên không giải thích được một số trường hợp ung thư các vùng da ít tiếp xúc với ánh sáng, như lòng bàn chân chẳng hạn. Di truyền và gia đình cũng đóng một vai trò không nhỏ. Ngoài ra, đôi khi ung thư da còn do tiếp xúc quá thường xuyên với độc chất hoặc tia xạ. Hiện nay các trường hợp này cơ chế còn chưa được hiểu rõ.

Yếu tố gây ung thư da

Các yếu tố sau có thể làm tăng nguy cơ ung thư da của bạn:

Da trắng: Da ít hắc tố (melanin) có khả năng bảo vệ chống tia cực tím thấp. Nếu bạn có mái tóc hoe vàng hoặc nâu đỏ, mắt sáng màu, da dễ bị tàn nhang hoặc dễ sạm nắng, nguy cơ ung thư da của bạn cao gấp 20 - 30 lần hơn so với những người có đặc điểm tương ứng sậm màu hơn.

Tiền sử da sạm nắng: Sạm nắng là một hiện tượng tự bảo vệ của da chống lại các tia mặt trời có hại. Cứ mỗi lần phơi nắng, bạn lại làm tăng nguy cơ ung thư da. Những người từng bị sạm nắng nặng một hoặc nhiều lần khi còn nhỏ có nguy cơ ung thư da tăng cao lúc trưởng thành.

Phơi nắng quá nhiều: Những người tiếp xúc nhiều với ánh sáng mặt trời, nhất là không dùng kem chống nắng hoặc quần áo, có nguy cơ cao bị ung thư da. Tắm nắng cũng có tác hại tương tự.

Khí hậu nhiệt đới hoặc vùng núi cao: Những người sống trong vùng nhiệt đới, nóng ấm và nhiều ánh sáng mặt trời có nguy cơ ung thư da cao hơn người ở xứ lạnh. Cũng tương tự cho người sống ở vùng cao, nơi ánh sáng mặt trời gay gắt hơn và chịu ảnh hưởng của tia cực tím nhiều hơn.

Nốt ruồi: Những người bị loạn sản nơ-vi có nguy cơ cao bị ung thư da. Những nốt ruồi này trông bất thường và lớn hơn những nốt ruồi thông thường. Nếu bạn có những nốt ruồi loại này, nên theo dõi thường xuyên sự biến đổi của nó. Ngoài ra, những người có quá nhiều nốt ruồi có nguy cơ cao gấp 15-20 lần bình thường.

Các tổn thương da tiền ung thư: Mắc một số sang thương da, như chứng dày sừng quang hoá, có thể tăng nguy cơ phát triển ung thư da. Chúng thường là những mảng gồ ghề, có vảy, màu nâu hoặc hồng sậm, thường thấy ở da mặt, cẳng tay, bàn tay của những người có nước da trắng bị sạm nắng thường xuyên.

Tiền sử gia đình có người bị ung thư da: Nguy cơ ung thư da của bạn tăng lên nếu cha mẹ ruột hoặc anh chị em ruột đã bị bệnh này.

Tiền sử bản thân: Người từng bị ung thư da, sẽ có nguy cơ cao tái phát.

Hệ miễn dịch bị suy yếu: Những bệnh nhân ghép cơ quan phải sử dụng các thuốc ức chế hệ miễn dịch, người mắc bệnh ung thư máu, có nguy cơ cao ung thư da.

Da mỏng: Da bị mỏng do bỏng hoặc tổn thương bởi các bệnh lý khác, hoặc một số biện pháp điều trị bệnh vẩy nến, có thể làm tăng nguy cơ ung thư da.

Tiếp xúc với những nguy hại của môi trường như môi trường hoá chất, thuốc diệt cỏ,cũng tăng nguy cơ ung thư da.

Nói chung, nguy cơ mắc ung thư da của bạn tăng lên theo tuổi, thường nhất là sau 50 tuổi. Tuy nhiên một số trường hợp vẫn thấy ung thư ở người trẻ từ 20 đến 40 tuổi.

Điều trị

Các biện pháp điều trị ung thư và sang thương tiền ung thư da thay đổi tuỳ theo kích thước, phân loại, độ ăn sâu và vị trí của một hoặc nhiều sang thương. Hầu hết đều dùng biện pháp vô cảm tại chỗ và điều trị ngoại

trú, nhưng đôi khi chỉ thực hiện sinh thiết sang thương. Một số phương pháp thường dùng là:

Đông lạnh: Người ta có thể phá huỷ các tế bào dày sừng hoặc các ung thư nhỏ giai đoạn sớm bằng cách làm đông lạnh chúng với Nitơ lỏng. Mô chết sẽ bị tróc ra sau khi giải đông. Biện pháp này cũng có thể dùng để điều trị các vết sẹo trắng nhỏ.

Phẫu thuật: Áp dụng cho tất cả các loại ung thư da. Bác sĩ cắt bỏ mô ung thư và bao phủ vùng bị cắt bởi mô da bình thường. Ung thư tế bào hắc tố thường phải khoét rộng hơn do mô ung thư ăn sâu hơn. Phẫu thuật viên cần phải có kinh nghiệm phục hình da để tránh sẹo xấu, nhất là vùng da mặt.

Điều trị bằng laser: Chùm sáng năng lượng cao và được điều khiển rất chính xác có thể ngăn chặn, phá huỷ vùng mô bệnh và một khu vực nhỏ mô bao quanh với khả năng chảy máu, sưng tấy cũng như sẹo xấu rất thấp. Thường sử dụng biện pháp này cho các sang thương ung thư và tiền ung thư bề mặt, ngay cả ở môi.

Phẫu thuật Moh: Dùng cho các sang thương ung thư da lớn hơn, tái phát hoặc khó điều trị, cho cả loại ung thư tế bào đáy và tế bào sừng. Phẫu thuật cắt bỏ từng lớp da bị ung thư, kiểm tra dần từng lớp bên dưới cho đến lớp tế bào lành. Không gây nhiều tổn thương cho vùng da bình thường xung quanh.

Nạo và đông khô tế bào bằng xung điện

Xạ trị: Dùng tia phóng xạ điều trị mỗi ngày, thường kéo dài khoảng 1-4 tuần, có thể phá huỷ các tế bào đáy hoặc sừng ung thư nếu không có chỉ định phẫu thuật.

Hoá trị liệu: Trong phương pháp này, người ta

dùng thuốc để tiêu diệt tế bào ung thư mà không gây nguy hại cho tế bào bình thường. Thuốc có thể dùng thoa tại chỗ hoặc dùng đường uống, chích tĩnh mạch.

Các phương pháp đang còn nghiên cứu: Quang động học; liệu pháp sinh học (còn gọi là miễn dịch liệu pháp).

Phòng ngừa

Hầu hết các trường hợp ung thư da đều có thể phòng ngừa được. Bạn nên thực hiện theo một số biện pháp sau để duy trì sự khoẻ mạnh của làn da:

- *Giảm thời gian phơi nắng.* Tránh làm việc và tiếp xúc ánh nắng mặt trời quá lâu. Bỏng nắng, sạm nắng đều làm tăng nguy cơ ung thư da. Tránh để con bạn phơi nắng nhiều trên bãi biển, hồ bơi, tuyết, nước, băng... đều phản xạ ánh nắng mặt trời. Tia cực tím thường mạnh nhất vào khoảng từ 10 giờ sáng đến 3 giờ chiều mỗi ngày. Các đám mây chỉ hấp thụ và che chắn một phần nhỏ các tia nguy hại này.

Nên dùng kem chống nắng trước khi tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời. Các loại kem chống nắng hiện nay chứa các chất ngăn chặn tác hại của tia UVA và UVB, thường gặp là: avobenzone, titanium, dioxide, kẽm oxide. Dùng kem chống nắng cho tất cả những vùng phơi sáng, kể cả môi, 30 phút trước khi ra nắng, rồi thoa lại sau vài giờ (nên thoa nhiều lần hơn nếu bạn đi bơi, tắm biển...). Bạn cần dùng kem chống nắng cho các em nhỏ cũng như hướng dẫn các bé lớn cách sử dụng.

Hãy tránh xa những chiếc giường tắm nắng và những yếu tố làm da rám nắng nhiều hơn.

Kiểm tra sức khoẻ da thường xuyên, ít nhất mỗi 3

tháng/lần, phát hiện sớm những vùng da phát triển bất thường, các nốt ruồi thay đổi kích thước, tính chất; kiểm tra những vùng da thường xuyên phơi sáng cũng như lòng bàn tay, bàn chân và da vùng sinh dục.

Để phát hiện ung thư tế bào hắc tố và các loại ung thư da khác nhau, bạn cần theo các bước A - B- C - D sau đây:

A (Asymmetrical shape): Tổn thương không đối xứng giữa hai bên thân người.

B (Border): Chu vi tổn thương bất thường, nhất là các nốt ruồi hoá ác.

C (Color): Màu sắc thay đổi, nhiều màu hoặc màu không đồng nhất.

D (Diameter): Đường kính nốt ruồi, nghi ngờ nếu đường kính lớn hơn inch (6mm).

Nếu gia đình bạn từng có người bị ung thư tế bào hắc tố, đồng thời bạn đang có nhiều nốt ruồi trên người đặc biệt là ở cổ, nơi bạn ít để ý nhất, bạn cần khám ở các chuyên gia da liễu để kiểm tra chúng thường xuyên, theo lịch sau:

Nếu từ 20-39 tuổi: kiểm tra mỗi 3 năm.

Nếu từ 40 tuổi trở lên: kiểm tra hàng năm.

UNG THƯ BIỂU MÔ KHOANG MIỆNG

Ung thư khoang miệng cần phát hiện sớm

Ung thư khoang miệng có thể phát hiện sớm do bản thân bệnh nhân nhìn thấy hoặc được thầy thuốc thăm khám. Hằng năm, số lượng bệnh nhân mới ung

thư khoang miệng tới 20.000, chiếm từ 6 - 15% tổng số các loại ung thư. Tuy là loại ung thư dễ dàng quan sát được nhưng phần lớn các bệnh nhân ung thư khoang miệng lại đến viện ở giai đoạn muộn, khi tổn thương ung thư đã lan rộng, phá huỷ nhiều cấu trúc lân cận do đó tiên lượng sống của bệnh nhân bị giảm nhiều.

Vì sao khoang miệng bị ung thư?

Tuổi dễ mắc ung thư khoang miệng là từ 45 - 60 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới và nữ giới bị bệnh ung thư khoang miệng là tương đương nhau. Rượu, thuốc lá, ăn trầu được xem là những yếu tố nguy cơ dẫn đến ung thư khoang miệng.

Tình trạng vệ sinh răng miệng kém cũng được một số nhà nghiên cứu nhắc đến và coi là nguyên nhân gây loại ung thư này. Ung thư khoang miệng có thể gặp ở mọi cấu trúc giải phẫu như ung thư môi, ung thư vòm khẩu cái, ung thư lưỡi, ung thư lợi, ung thư sàn miệng, ung thư các tuyến nước bọt, ung thư niêm mạc miệng. Thời gian khởi phát bệnh trung bình từ 4 - 6 tháng.

Dấu hiệu của ung thư khoang miệng

Thường gặp là các tổn thương sùi ở các vị trí khác nhau của khoang miệng, sùi như mụn cóc, hơi thở hôi, đôi khi có hiện tượng thâm nhiễm cứng. Rất ít trường hợp bệnh nhân có cảm giác đau, chảy máu hoặc ảnh hưởng tới các chức năng nói, nuốt nên bệnh nhân thường chủ quan và không đi khám. Giai đoạn muộn, các tế bào ung thư tấn công vào toàn bộ khoang miệng, lan xuống vùng cổ gây nuốt vướng, nuốt khó, nuốt đau.

Khối u hoại tử làm cho bệnh nhân hay nhổ ra máu, mùi hôi thối. Đau nhức răng, lung lay răng là một trong những triệu chứng hay gặp.

Ung thư có thể phá huỷ phần ngăn cách giữa khoang miệng và hốc mũi - khẩu cái cứng - gây ra sự thông thương giữa hai khoang này làm cho họ phát âm một số từ khó khăn như m, n. Xuất hiện hạch cổ thường là hạch dưới cằm, dưới hàm hạch cứng chắc, ít di động, dính vào da và thậm chí thâm nhiễm ra da.

Ung thư khoang miệng được điều trị như thế nào?

Khi sinh thiết khối u làm giải phẫu bệnh chủ yếu hình ảnh bệnh lý của ung thư khoang miệng là carcinom tế bào gai ít đáp ứng với tia xạ và hoá chất nên biện pháp phẫu thuật đến nay vẫn được xem như là phương pháp tối ưu kéo dài tuổi thọ cho bệnh nhân. Do đó việc phát hiện sớm ung thư khoang miệng giúp ích rất nhiều trong việc bảo tồn các phần của khoang miệng bị lấy đi, bảo đảm cho bệnh nhân về mặt thẩm mỹ cũng như chức năng của khoang miệng.

Ở giai đoạn muộn, khi phải lấy bỏ khoang miệng rộng thì trong khi phẫu thuật ung thư khoang miệng, thầy thuốc thường phải kết hợp tạo hình lại một số vùng lấy đi nhằm bảo đảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau đó như tạo hình môi, tạo hình lưỡi... để bảo đảm về các chức năng nhai, nuốt, cảm giác vùng môi, tạo hình phân cách khoang miệng và mũi để tránh sặc khi ăn và phát âm chính xác.

Một số trường hợp ung thư khoang miệng tiến

triển đến giai đoạn không còn chỉ định phẫu thuật hoặc khi khối u đã lan rộng (T3, T4) sau phẫu thuật cần thiết phải kết hợp với tia xạ để bảo đảm tiêu diệt hết các tế bào ung thư còn sót lại.

Phương pháp phòng bệnh được khuyến cáo đối với việc hạn chế ung thư khoang miệng cho mọi người bằng cách sử dụng các biện pháp vệ sinh răng miệng thật tốt, không nên sử dụng vôi trong khi ăn trầu, không hút thuốc lá và có cuộc sống lành mạnh.

UNG THƯ VÒM HỌNG

Trên 30 năm trước, ung thư vòm còn được gọi là ung thư Quảng Đông (ở Trung Quốc) vì tỉnh này có tỷ lệ bệnh cao nhất thế giới. Tại các quốc gia Âu Mỹ và Phi thì tỷ lệ ở những người da trắng và da đen thấp hơn nhiều, ở những quốc gia đó phần đông trong số người bị ung thư vòm họng cũng thường là những người Trung Hoa di cư hoặc con cháu của họ, đặc biệt con cháu những người di cư từ tỉnh Quảng Đông từ một vài thế hệ trước đến nay vẫn chiếm tỷ lệ cao hơn những người bản địa.

Nguyên nhân

Cho đến ngày nay nguyên nhân của ung thư vòm họng vẫn không biết một cách chính xác, mặc dù có nhiều giả thuyết về nguyên nhân như có sự hiện diện của virus Epstein-Barr (EBV) ở bệnh nhân ung thư vòm, hút thuốc lá hoặc thường tiếp xúc với khói, hoá chất, nhang...

Đặc biệt, chế độ ăn uống có tính đặc thù của cư

dân vùng duyên hải cũng được đề cập như món cá tẩm muối kiểu Quảng Đông (cá khô), sốt cá lên men, tôm muối nhồi bột, nước tương, dầu hào (vì có chất 3 - MPCD và 1,3 DCP được cho là chất sinh ung thư), sữa đậu đông lên men, trứng vịt muối, nho để trữ lâu (nho khô), rau quả đóng hộp để lâu...

Hiện nay, giới khoa học đang tập trung nghiên cứu về sự tác động qua lại giữa những yếu tố cơ địa (host factors), sự nhiễm virus EBV và chế độ ăn uống truyền thống địa phương như đã nêu.

Triệu chứng

- Hạch cổ nổi một bên là triệu chứng rất thường gặp, hạch cứng, kích thước có thể từ 2 - 3cm đến 7 - 8cm, xung quanh không có dấu viêm nhiễm như sưng, nóng đỏ và đau, ban đầu di động, sau đó thì dính vào tổ chức xung quanh, vị trí thường là góc hàm, bên cổ.

- Nghẹt mũi là thường gặp lúc đầu một bên sau có thể nghẹt cả hai bên hoặc ban đầu là chảy máu mũi, chảy nhiều lần mỗi lần một ít, hoặc chảy chất nhầy từ mũi do viêm xoang thứ phát sau ung thư.

- Ù tai hoặc nghe kém, đau trong tai và vùng thái dương.

- Nhức đầu, đau quanh mắt, sau ổ mắt, hoặc tê vùng má, tuy nhiên có thể bị lé mắt do ung thư xâm lấn gây liệt dây thần kinh.

Chẩn đoán và điều trị

Soi mũi và lấy một "miếng thịt" trong mũi để thử (còn gọi là sinh thiết) là điều bắt buộc phải làm và cũng

là duy nhất để có chẩn đoán chính xác, sinh thiết qua mũi bằng nội soi để xác định bệnh là rất chính xác vì qua màn hình bác sĩ thấy rõ nơi cần đến và bấm chỗ nào đúng nhất.

Cũng cần lưu ý rằng, kết quả sinh thiết âm tính không có nghĩa là không có ung thư, cần làm sinh thiết lại nếu thấy rằng kết quả này không phù hợp với khám trên bệnh nhân. Bệnh nhân ung thư vòm thường được khám và phát hiện bởi bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng vì các triệu chứng ù tai, nghẹt mũi, chảy nước mũi... nhưng được điều trị xạ trị bởi bác sĩ chuyên khoa ung thư, việc tái khám để theo dõi kết quả điều trị được phối hợp bởi liên chuyên khoa này, một số trường hợp còn phải kết hợp xạ trị và phẫu thuật lấy hạch cổ tái phát.

Kết quả tuỳ thuộc vào việc bệnh nhân đi khám sớm hay muộn, càng phát hiện bệnh sớm tỷ lệ khỏi càng cao, thường tỷ lệ sống sau 5 năm kể từ khi được phát hiện là khoảng 40 - 60% (tại Việt Nam). Ở Singapore và Hồng Kông thì tỷ lệ này là trên 80%.

UNG THƯ AMIDAN

Ung thư amidan là một dạng ung thư đầu và cổ.

Ung thư amidan phát triển trong một phần của họng chỉ ngay sau miệng, được gọi là khẩu - hầu.

Nó bao gồm:

- Mặt sau của gốc lưỡi.
- Phần mềm phía sau gốc miệng (phần vòm miệng mềm).

- Amidan và 2 mào của mô phía trước và sau amidan.

- Thành sau của họng.

Nguy cơ rủi ro chính gia tăng ung thư dạng này là do hút thuốc và thường xuyên uống quá nhiều rượu. Nếu bạn hút thuốc và uống rượu cùng nhau, nguy cơ mắc bệnh càng tăng cao.

Phương pháp điều trị

Bạn có thể được đề nghị 1 trong những phương pháp điều trị ung thư dưới đây:

Bạn có thể phẫu thuật hoặc xạ trị để điều trị sớm ung thư amidan. Sớm nghĩa là khi bạn có một khối u nhỏ nằm trong amidan. Nếu khối u to hơn và chèn ép toàn bộ amidan thì bạn có thể sẽ được yêu cầu phẫu thuật kèm theo xạ trị. Ung thư giai đoạn cuối di căn ra các cơ quan bên ngoài amidan có thể được làm teo lại trước khi có thể phẫu thuật loại bỏ.

Bạn có thể được điều trị bằng hoá trị hoặc xạ trị hoặc kết hợp cả 2 phương pháp để làm teo khối u. Phương pháp này được gọi là Giảm giai đoạn bệnh, Nếu khối u teo lại, sau đó bạn có thể phẫu thuật để loại bỏ nó hoàn toàn.

Ung thư giai đoạn cuối gây ra các triệu chứng như là đau đớn, chảy máu và khó nuốt. Bạn có thể điều trị bằng xạ trị hoặc hoá trị hoặc kết hợp cả hai để giúp kiểm soát các triệu chứng này.

Có các phương pháp điều trị thử nghiệm khác đang được nghiên cứu, ví dụ phương pháp quang động trị liệu (PDT). Đối với phương pháp này, bạn phải uống

một loại thuốc có tác dụng tấn công tập trung vào các tế bào ung thư. Loại thuốc này sẽ vô hại cho đến khi có tia sáng toả ra trong các tế bào ung thư. Sau đó nó được bật lên và tiêu diệt các tế bào ung thư.

Như bạn có thể thấy, điều trị phụ thuộc vào các tế bào ung thư phát triển nhanh đến mức nào. Vì vậy, bước đầu tiên mà bác sĩ chuyên khoa của bạn sẽ làm là tìm ra:

- Các tế bào ung thư phát triển trong các mô cục bộ nhanh đến mức nào?

- Nó đã di căn tới gần các tuyến hạch lympho hay chưa?

- Nó đã di căn tới các khu vực khác trong cơ thể hay chưa?

Đây được gọi là giai đoạn của ung thư. Bác sĩ của bạn sẽ có thể nói cho bạn biết nhiều hơn về phương pháp điều trị nào là tốt nhất cho bạn một khi giai đoạn bệnh của bạn đã được chỉ rõ.

Phẫu thuật

Bạn có thể được phẫu thuật để loại bỏ một phần họng nơi xuất hiện khối u. Có nhiều dạng phẫu thuật khác nhau. Một phần họng của bạn được cắt bỏ phụ thuộc vào kích cỡ chính xác của khối u. Nếu khối u nhỏ, bạn chỉ cần thực hiện phẫu thuật đơn giản bằng cách gây mê cục bộ hoặc mổ lazer và không cần ở lại bệnh viện. Nhưng đối với những khối u phát triển to hơn, bạn có thể sẽ phải tiến hành phẫu thuật phức tạp hơn và cần ở lại bệnh viện trong vài ngày. Đối với những ca phẫu thuật phức tạp nhất, bạn có thể phải có cắt bỏ một phần vòm miệng mềm hoặc cuống lưỡi

và tái tạo lại bằng mô lấy từ phần khác trong cơ thể.

Tất cả các phương pháp điều trị đều có phản ứng phụ. Đôi khi, phẫu thuật vùng họng gây ra sưng tấy và khiến người bệnh khó thở. Nếu gặp trường hợp này bác sĩ phẫu thuật sẽ cần mở một lỗ trong khí quản, tại phần cuối cổ. Thủ thuật này được gọi là phương pháp mở thông khí quản và cho phép bạn thở bình thường cho đến khi chỗ sưng tấy xẹp đi. Đây chỉ là phương pháp tạm thời và sẽ được bỏ đi khi vết thương của bạn lành lại.

Một số phương pháp phẫu thuật ở họng có thể ảnh hưởng tới giọng nói của bạn. Bạn vẫn có thể nói bình thường nhưng đó thực sự là một quá trình khó khăn. Để tạo ra âm thanh, chúng ta sử dụng họng, vòm miệng, môi, mũi, miệng và lưỡi. Nếu bạn phải phẫu thuật bất cứ phần nào, giọng nói của bạn sẽ bị thay đổi. Điều này có lẽ không quá nghiêm trọng và có thể chỉ xảy ra tạm thời.

Tuy nhiên đôi khi sự thay đổi là vĩnh viễn. Nếu bạn có bất cứ khó khăn gì trong việc phát âm thì chuyên gia trị liệu giọng nói sẽ giúp bạn kiểm soát vấn đề này.

Xạ trị

Điều trị đơn thuần bằng xạ trị đối với u amidan dạng nhỏ.

Trước hoặc sau phẫu thuật đối với u dạng lớn.

Để giúp giảm các triệu chứng của ung thư amidan giai đoạn cuối.

Cả hai phương pháp xạ trị bên ngoài và xạ trị bên trong (Liệu pháp tia xạ để gần) đều được sử dụng để điều trị ung thư amidan. Bạn luôn sử dụng xạ trị bên

ngoài để điều trị một ngày 1 lần trong vài tuần. Liệu pháp tia xạ để gần thường được sử dụng để điều trị những khối u nhỏ. Bạn có thể dùng phương pháp này nếu ung thư tái phát sau khi điều trị bằng xạ trị tia bên ngoài.

Hoá trị

Hoá trị sử dụng các loại dược phẩm chống ung thư (độc hại tế bào) để phá huỷ ung thư. Hoá trị không phải là phương pháp điều trị luôn được lựa chọn đối với ung thư amidan. Tuy nhiên, nghiên cứu gần đây cho rằng việc kết hợp giữa hoá trị và xạ trị có thể cho kết quả hữu hiệu như với phẫu thuật đối với những khối u lớn ở vùng đầu và cổ bao gồm cả ung thư amidan.

Nếu bạn bị ung thư amidan có thể bạn sẽ được điều trị bằng hoá trị trước khi phẫu thuật để làm teo nhỏ khối u. Phương pháp này được gọi là phương pháp điều trị bổ trợ mới. Phụ thuộc vào việc khối u đáp ứng với hoá trị ra sao mà việc điều trị này thậm chí cần một cuộc phẫu thuật nhỏ hơn.

Khi khối u bị làm teo trước khi phẫu thuật thì được gọi là Giảm giai đoạn bệnh. Các loại thuốc thường được sử dụng để điều trị ung thư amidan là:

- 5-flurouracil (5-FU).

- Cisplatin.

Người ta nhận thấy rằng 2 loại thuốc này sẽ hữu hiệu hơn trong việc làm teo khối u khi sử dụng cùng nhau hơn là điều trị bằng từng loại đơn lẻ. Cũng có các loại thuốc hoá trị khác và các loại kết hợp khác nhau được kiểm nghiệm tuy nhiên cho đến nay chưa có loại nào cho kết quả tốt hơn cisplatin và 5FU.

UNG THƯ CÁC XOANG MẶT

Đại cương: Ung thư các xoang mặt chỉ những thương tổn ở vùng hàm, mũi, mặt. Các xoang mặt bao gồm: xoang sàng trước và sau, xoang hàm, xoang bướm, xoang trán. Hay gặp nhất là ung thư xoang sàng, xoang hàm. Khi một trong hai xoang bị ung thư thì dễ có sự lan toả ung thư vào xoang lân cận.

Thực ra thuật ngữ "ung thư các xoang mặt" cũng chưa thật chính xác về mặt giải phẫu định khu bởi vì các u ác tính ở vùng này thường xuất hiện từ xương hàm trên, hoặc từ vung lân cận xương hàm trên, chẳng hạn như ung thư tiên phát có thể từ xoang sàng trước, hoặc xoang sàng sau hoặc từ xương khẩu cái. Theo nhiều tác giả ung thư xuất phát từ xoang sàng sau hoặc từ ranh giới của xương hàm trên là hay gặp nhất, từ đó ung thư lan vào xoang hàm gây nên các triệu chứng ung thư xoang hàm.

Các yếu tố liên quan đến bệnh sinh:

Với bệnh tích viêm nhiễm mạn tính tại chỗ như bệnh tích thoái hoá viêm xoang sàng thành polip với ung thư xoang sàng.

Do bệnh nghề nghiệp: Tiếp xúc với hoá chất như các công nhân tiếp xúc với niken, acsenic, crom, amiant...

Tổ chức học:

- Hay gặp nhất là loại ung thư biểu mô lát (chiếm trên 80%), thường gặp thương tổn xuất phát từ niêm mạc bao phủ các xoang mặt và hốc mũi. Loại biểu mô

của các niêm mạc trên là tế bào trụ có lông chuyển, ung thư xuất phát từ đó mang tính chất lát và do các xoang bị viêm nhiễm dẫn đến sự di sản tế bào lát và mang tính chất thật sự trạng thái tiền ung thư. Loại ung thư biểu mô này nói chung hay gặp là hình thái một ung thư biểu mô dạng bì và ít khi có cầu sừng.

- Còn loại ung thư liên kết (sacoma) thì ít gặp hơn và có nhiều chủng loại hơn. Đó là: sacoma sụn, sacoma xương, sacoma xơ (fibrosarcome), sacoma tuỷ, sacoma lưới...

Triệu chứng lâm sàng: Vì các xoang mặt có liên quan mật thiết với nhau về phương diện giải phẫu học nên các triệu chứng lâm sàng tuy rất đa dạng nhưng có thể qui nạp vào 5 hội chứng sau đây:

- *Hội chứng mũi:* Hay gặp nhất, biểu hiện ở tắc ngạt mũi một bên, chảy mũi nhày lẫn chảy mủ hay lẫn máu, chảy máu ca.

- *Hội chứng mắt*: Đau vùng hố mắt, nhãn cầu, chảy nước mắt, viêm túi lệ.

- *Hội chứng biến dạng:* Mắt bị đẩy lồi, má bị đẩy phồng, rễ mũi bị dãn rộng, mất rãnh mũi má, cứng hàm... tuỳ theo vị trí và độ lan rộng của khối u.

- *Hội chứng thần kinh:* đau đầu, đau vùng trán mũi, tê bì vùng da mặt, mất khứu giác, giảm thị lực, mù...

- *Hội chứng hạch cổ*: Thường xuất hiện ở giai đoạn muộn.

Phân loại ung thư các xoang mặt

Nhiều tác giả và các y văn trên thế giới đều dựa trên cơ sở giải phẫu, phôi thai học chia làm 3 loại: ung

thư thượng tầng cấu trúc, ung thư trung tầng cấu trúc, ung thư hạ tầng cấu trúc.

- *Ung thư thượng tầng cấu trúc*: chủ yếu nói đến ung thư vùng xoang sàng trước và xoang sàng sau, xuất phát từ các tế bào sàng.Trong thực tế loại u này thường ở vùng ranh giới giữa xoang sàng và hàm nên còn gọi là ung thư ranh giới. Loại ung thư này bao gồm thể xuất phát từ góc trên và sau của xoang hàm.

- *Ung thư xoang sàng trước:* Hay gặp là ung thư biểu mô malpighi và ung thư biểu mô trụ.

+ Ung thư biểu mô malpighi: là ung thư biểu mô không biệt hoá, các tế bào ung thư này hình trụ hoặc dài, hay có phân bào và nhân to. Một số ít trường hợp là ung thư biểu mô ít biệt hoá và có thể rải rác có thể có cầu sừng.

+ Ung thư biểu mô trụ: Thường phát hiện trên một niêm mạc xoang sàng chưa phát triển đến giai đoạn dị sản malpighi, về tổ chức học trước đây, người ta còn sắp xếp phân loại thành ung thư biểu mô tuyến là loại tế bào u ít nhiều có trạng thái bình thường, ung thư biểu mô không điển hình (atypique) và ung thư biểu mô nhày là loại ung thư sản sinh ra chất nhầy.

- *Ung thư xoang sàng sau*: Phát sinh từ nhóm sau các tế bào sàng, tức là nhóm ở phía sau và trên xương cuốn giữa (nhóm tế bào sàng sau, nhóm tế bào sàng - khẩu cái và nhóm tế bào sàng - bướm) có thể lan lên đến màng não cứng. Trái lại ung thư xoang sàng trước vì còn một khoảng cách xương giữa sàng trước và sàng sau, nên ít lan đến màng não cứng.

Ung thư xoang sàng sau thường lan rất nhanh ra

ngoài, vì mảng xương giấy rất mỏng, dễ bị phá huỷ, u lan vào hốc mắt, nên khi bao tenon đã bị thâm nhiễm thì nhiều tác giả cho rằng phải khoét bỏ nhãn cầu. Ra phía sau là xoang bướm nên thường bị bội nhiễm hơn là bị ung thư thâm nhiễm, nếu u đã lan vào mặt trước và sàn xoang bướm rồi thì phải cắt bỏ 2 phần này. Ở phía trong u thường thâm nhiễm mảnh sàng và mảng đứng xoang sàng để lan sang phía đối diện.

Các triệu chứng lâm sàng

Do khối u ở trong hốc xương, khi chưa lan ra ngoài thì các triệu chứng rất kín đáo, dễ nhầm với viêm xoang sàng mạn tính. Trong thực tế, phần lớn các bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn, nên các triệu chứng thường gặp là tắc mũi, chảy máu mũi, đau nhức vùng mắt mũi, sưng vùng rễ mũi, mũi-mắt, gây nên hội chứng nhãn cầu.

Giai đoạn đầu:

- *Ngạt tắc mũi:* thường một bên và tiến triển từ nhẹ đến nặng, ngạt hoàn toàn đồng thời kèm theo chảy máu mũi, mủ nhày.

- *Chảy máu mũi:* là triệu chứng quan trọng, có thể chảy tự nhiên hoặc do va chạm... chảy máu mũi ngày càng tăng về số lần và lượng máu chảy (khi khám bệnh thấy không phải chảy ở điểm mạch do cao huyết áp).

- *Đau:* thường xảy ra muộn hơn và ít gặp ở giai đoạn này, người bệnh có cảm giác nặng ở vùng rễ mũi hay vùng trán, ở một số trường hợp cá biệt thì có từng cơn đau dữ dội ở vùng trán.

- *Sưng vùng mũi - mắt:* Trong thực tế thường gặp

nhiều nhất là dấu hiệu biến dạng vùng mặt và mắt do tổ chức u lan ra quá giới hạn xoang sàng làm cho rễ mũi phồng ra, sưng vùng gò má và nhất là biến dạng vùng mắt-nhãn cầu cùng bên (nhãn cầu lồi ra trước và ra ngoài), đôi khi mi trên bị sưng nề. Ngoài ra ở một số bệnh nhân có hiện tượng giảm thị lực, song thị. Một số cá biệt bị bội nhiễm ở vùng lệ đạo.

Giai đoạn rõ rệt:

- Ở giai đoạn này, các triệu chứng trên ngày càng nặng dần (lý do để bệnh nhân đến khám). Các triệu chứng hay gặp thường ở vùng trán, quanh hố mắt hay vùng rễ mũi. Nguyên nhân chính là do viêm xoang trán, vì phần lớn ung thư xoang sàng trước thường gây viêm xoang trán, dùng các loại kháng sinh, chống phù nề thì triệu chứng đau giảm dần nhưng nếu do ung thư lan vào xoang trán thì cơn đau sẽ kéo dài, liên tục.

Nếu u ở xoang sàng sau thì đau ở đỉnh đầu hay vùng chẩm, cơn đau tuy không dữ dội nhưng liên tục âm ỉ (cơn đau ở vùng trán) giống như cơn đau do viêm xoang bướm, thường là đau nửa đầu và lan ra sau giống hội chứng Sluder.

- *Ngạt tắc mũi:* Cũng là dấu hiệu hay gặp, 60% người bệnh khi đến khám đã có dấu hiệu này, do u phát triển dần bắt đầu tắc nghẽn một bên sau đó u đẩy vách ngăn sang phía đối diện và gây nên tắc hai bên làm cho bệnh nhân phải thở bằng miệng.

- *Chảy máu mũi:* Giai đoạn này bệnh nhân thường bị chảy máu mũi nhiều lần chiếm 30%), lượng máu nhiều ít tuỳ từng bệnh nhân, có người thì khi xỉ mũi có lẫn ít máu, có người thì chảy máu tươi nhỏ giọt, nhưng

phần nhiều là mũi nhầy lẫn máu. Cá biệt có người chảy máu ồ ạt phải cấp cứu. Vì vậy những bệnh nhân có tiền sử chảy máu mũi thì phải thận trọng nên làm sinh thiết (tốt nhất cho bệnh nhân nằm lưu).

- *Rối loạn khứu giác:* Triệu chứng này ít gặp, nếu có do u ở phần cao của xoang sàng hoặc u thần kinh khứu giác. Khứu giác có thể giảm nhưng cũng có thể mất hoàn toàn, nguyên nhân do tế bào thần kinh khứu giác bị tổn thương hoặc do u làm tắc đường lưu thông không khí.

- *Dị dạng:* Do u đã lan ra ngoài phạm vi xoang sàng phá vỡ thành trước và thành ngoài của xoang làm cho góc trong của mắt bị phồng lên hoặc nhãn cầu bị đẩy lồi, triệu chứng này rất quan trọng trong chẩn đoán.

- *Các triệu chứng về mắt:* Ngoài nhãn cầu bị đẩy lồi ra còn một số triệu chứng khác của mắt cũng hay gặp như: chảy nước mắt, viêm tuyến lệ, phù nề mi mắt có khi viêm kết mạc khiến bệnh nhân thường đến khám ở khoa mắt trước tiên.

Khám lâm sàng:

- *Soi mũi trước:* Thường hốc mũi chứa nhiều xuất tiết nhày lẫn mủ có mùi hôi vì bị bội nhiễm. Sau khi hút sạch dịch mũi có thể thấy ở phần cao, trên của hốc mũi hoặc khe giữa có tổ chức sùi, chạm vào dễ chảy máu, thường các xương cuốn bị phù nề, cương tụ do đó phải gây tê và dùng thuốc co mạch trước để kiểm tra được rõ hơn. Một số trường hợp có hình thái giống như một polip màu hồng, trơn đều bám chặt vào xương cuốn hay khe giữa giống như một tổ chức viêm mạn tính, còn tổ chức ung thư thường bị che lấp ở phía sâu, do đó sau khi cắt polip rồi thì tổ chức sùi mới lộ rõ.

- *Soi mũi sau:* Rất quan trọng nhưng cần phải gây tê tốt mới kiểm tra được. Nhiều trường hợp soi mũi sau không phát hiện có thương tổn gì trong khi mũi trước đầy thương tổn u, khi u đã lan ra cửa mũi sau thường là một tổ chức hạt sùi có thể che lấp cả cửa mũi sau và lan vào vòm. Nếu khối u bị bội nhiễm có thể có loét hoặc lớp giả mạc bao phủ.

- *U lan vào xoang trán:* Ung thư xoang sàng trước thường gây nên viêm xoang trán do đó nhiều khi khó xác định có phải có u thâm nhiễm không, vì các triệu chứng lâm sàng cũng tương tự như một viêm xoang trán thông thường, đau ở góc trong mắt và đau vào thời gian nhất định, thường vào buổi sáng, chỉ có thể dựa vào hình ảnh X-quang để phán đoán một phần.

Trong thực tế, khi phẫu thuật xoang trán lại thấy tổ chức như một niêm mạc thoái hoá thành polip, tổ chức ung thư thường lẫn trong đám niêm mạc này, vì vậy sinh thiết phải cắt nhiều tiêu bản.

- *U lan vào xoang bướm:* Trường hợp này ít gặp hơn ở xoang trán. Các triệu chứng lâm sàng rất khó xác định, chẩn đoán dựa vào X-quang nhất là chụp C.T.Scan có thể thấy rõ hình ảnh thành trước xoang bướm bị phá huỷ.

- *U lan vào xoang hàm:* Là trường hợp hay gặp nhất ở Việt Nam. Ở giai đoạn tiến triển này, khó phân biệt là ung thư tiên phát ở xoang nào, vì vậy thường gọi là ung thư sàng hàm. Về phương diện giải phẫu học thì ít khi ung thư từ xoang sàng trước lan xuống xoang hàm vì xoang sàng trước chỉ liên quan trực tiếp với xoang ở phần dưới trong.

Ngược lại, các khối u ở xoang sàng sau thường lan xuống dưới và ra ngoài vì vậy hay lan xuống xoang hàm. Các triệu chứng lâm sàng thể hiện sự thâm nhiễm xuống xoang hàm là cảm giác tê bì vùng da ở rãnh mũi má tương ứng với vùng chi phối của thần kinh dưới hốc mắt, cảm giác tê bì này lan đến vùng môi trên có khi cả ở mặt trong của môi trên.

Một số bệnh nhân có cảm giác nặng ở vùng xoang hàm và thường kèm theo bội nhiễm của một viêm xoang hàm, với chảy mũi nhày mủ lẫn máu. Chụp X-quang, nhất là chụp C.T.Scan sẽ giúp ta thấy hình ảnh thâm nhiễm này. Trong thực tế các trường hợp bị ung thư sàng hàm thì trên 30% đã có dấu hiệu thâm nhiễm vùng mắt, nhãn cầu.

- *U lan vào hố chân bướm hàm:* Trường hợp này xuất hiện giai đoạn muộn và có các biểu hiện sau: đau ở vùng thần kinh hàm dưới chi phối và vùng do thần kinh hàm trên. Những đợt phù nề mi mắt, hố thái dương, cứng hàm là dấu hiệu muộn nhất và tiến triển từ từ, sau đó các cơ chân bướm hàm cũng bị thâm nhiễm.

- *U lan vào màng não cứng và não*: là giai đoạn cuối cùng và trầm trọng nhất của ung thư xoang sàng, trên lâm sàng người bệnh thường có từng cơn đau nửa đầu phía bên bệnh rất dữ dội, chẩn đoán dựa vào X-quang nhất là chụp C.T.Scan có thể thấy rõ mảnh sàng bị ăn mòn và phá huỷ. Giai đoạn này thì điều trị chủ yếu là triệu chứng.

UNG THƯ TRUNG TÂNG CẤU TRÚC

Là ung thư xoang hàm xuất phát từ niêm mạc hoặc vách xương của xoang hàm. Thống kê của nhiều tác giả còn nhiều điểm khác nhau, một số nhận xét rằng ung thư xoang hàm ít gặp hơn xoang sàng. Theo nhận xét bước đầu của chúng tôi: ung thư xoang sàng chiếm tỷ lệ nhiều hơn ung thư xoang hàm.

Triệu chứng lâm sàng:

Giai đoạn đầu: Các triệu chứng lâm sàng của ung thư xoang sàng rất kín đáo không mang tính đặc hiệu và rất giống các triệu chứng của một viêm xoang sàng mạn tính thông thường, như ngạt tắc mũi một bên, ngày càng tăng dần và thường kèm theo bội nhiễm nên hay kèm theo chảy mũi mủ có khi lẫn máu. Thỉnh thoảng bệnh nhân kêu đau đầu nhưng không dữ dội lắm, dùng thuốc giảm đau thì đỡ hẳn. Khám soi mũi trước ở giai đoạn này thường chưa phát hiện được thương tổn gì trừ một số trường hợp bệnh nhân ở khe giữa có dịch nhày mủ hoặc lẫn máu, do bội nhiễm nên niêm mạc các xương cuốn hoặc các khe mũi thường bị nề đỏ, xung huyết, cá biệt có tổ chức sùi, chạm vào dễ chảy máu. Trên phim X-quang thường có hình ảnh mờ đều nhưng chưa có hiện tượng xương bị phá huỷ.

Tóm lại: Ở giai đoạn đầu ung thư xoang hàm rất dễ nhầm với viêm xoang hàm mạn tính (vậy trên thực tế có một số bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị như một viêm xoang hàm mạn tính). Một số khi phẫu thuật mới phát hiện nghi ngờ có ung thư do những bệnh tích không bình thường của niêm mạc hay thành

xoang có một số hiện tượng chảy máu nhiều lúc mổ và điển hình nhất là sau khi mổ không lâu, bệnh sẽ tái phát nhanh và có bệnh cảnh ác tính (đau đầu càng tăng, sưng nề nửa mặt bên mổ, thậm chí xuất hiện các triệu chứng thần kinh và biến dạng vùng mũi, má...).

Giai đoạn rõ rệt: Bệnh nhân thường đến giai đoạn này mới đến bệnh viện, các triệu chứng ngày càng tăng dần cả về cường độ và thời gian. Đau đầu hoặc đau nhức ở vùng hố mắt và má. Cảm giác tê bì vùng dưới ổ mắt hoặc nửa mặt bên bệnh, ngoài ra do bội nhiễm vùng xoang nên ngoài ngạt tắc mũi thường xỉ mũi có lẫn máu và mùi hôi thối.

Khám soi mũi trước: thấy vách mũi - xoang bị đẩy dồn về phía trong, khe giữa có tổ chức sùi, dễ chảy máu tuỳ khối u to nhỏ mà hốc mũi bị choán một phần hoặc toàn bộ, vách ngăn có thể bị dồn sang phía đối diện gây ngạt mũi cả hai bên và nói có giọng mũi kín.

Soi mũi sau: có thể có một số trường hợp đã lan ra cửa mũi sau hoặc vào vòm.

Tiến triển của bệnh: Tuỳ theo sự lan rộng của khối u mà các dấu hiệu lâm sàng cũng khác nhau.

- Nếu u lan ra mặt trước xoang hàm thì đẩy phồng hố nanh và gò má.

- Nếu u lan ra phía nóc xoang hàm, phá vỡ sàn hốc mắt thì nhãn cầu bị đẩy dồn lên trên và ra trước gây phù nề mi dưới, có thể lan vào xương gò má và xương sàng.

- Nếu lan vào xoang sàng thì các triệu chứng giống như ung thư từ xoang sàng lan xuống xoang hàm và khó xác định được điểm xuất phát của tổ chức ung thư.

- Nếu u lan xuống đáy xoang hàm thì xương khẩu

cái bị phá vỡ niêm mạc khẩu cái bị thâm nhiễm rồi lan đến chân răng làm cho răng bị lung lay rồi rụng dần.

- Nếu bệnh nhân không được điều trị thì bệnh sẽ phát triển rất nhanh, thương tổn tại chỗ lan rộng kèm theo bội nhiễm, bệnh nhân suy kiệt dần do đau đớn, không ăn ngủ được và cuối cùng dẫn đến tử vong hoặc do chảy máu ồ ạt ở các mạch máu lớn vùng mặt (hoại tử kết hợp với bội nhiễm và tổ chức ung thư lan rộng) hoặc do cơ thể suy kiệt kèm theo một bội nhiễm trong sàng hoặc do di căn xa.

Chẩn đoán: ở giai đoạn đầu thường gặp khó khăn. Phần lớn bệnh nhân thường đến ở giai đoạn muộn nên có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng, khám thực thể, kết quả sinh thiết và phim X-quang (Blondeau, Hirtz, C.T. Scan) để có thể chẩn đoán được chính xác. Vấn đề là đánh giá được thương tổn để có một phác đồ điều trị hiệu quả.

Chẩn đoán phân biệt:

Viêm xoang hàm mạn tính: Cơn đau do ung thư gây nên thường dữ dội hơn và các thuốc giảm đau sẽ mất dần tác dụng, thường đau ở vùng xương hàm trên, vùng hốc mắt, xuất tiết mũi thường là dịch mủ nhày lẫn máu, trên phim X-quang hình ảnh xoang hàm bị mờ đều, lan rộng, bờ không đều và có hiện tượng bị phá huỷ bờ xương thành xoang.

U nang quanh răng: Loại này tiến triển chậm, triệu chứng lâm sàng không rầm rộ, thể trạng bệnh nhân bình thường, tại chỗ không có dấu hiệu thâm nhiễm, phim X-quang có thể thấy rõ bờ của u nang.

U lành của xoang hàm: như u nhầy, u xương, u sụn, u xơ, các u này thường tiến triển rất chậm, không đau, không bị bội nhiễm, ít xuất tiết, phim X-quang thường có hình ảnh mờ đều, rõ ràng.

Đau dây thần kinh tam thoa hay đau răng thường đau từng cơn, đau từng cơn và không có hiện tượng biến dạng.

Viêm xoang do nấm: Bệnh tiến triển chậm thể trạng chung bình thường, ít khi có hạch nhưng lại thâm nhiễm rộng nên thường có nhiều lỗ rò.

Ung thư lợi: Dễ nhầm với các loại u sùi xuất ngoại của ung thư vùng bướm hàm nên cần khám kỹ.

UNG THƯ HẠ TẦNG CẤU TRÚC

Hay còn gọi là ung thưthể răng, ung thư răng miệng để nói rõ vị trí ung thư và sự liên quan với chuyên khoa răng hàm mặt. Thương tổn ung thư thường xuất phát từ ranh giới ổ răng của xương hàm trên. Loại ung thư này có thuận lợi là dễ phát hiện được ở giai đoạn sớm do triệu chứng rõ ràng, trừ một số trường hợp cá biệt (khi bệnh đã lan rộng) thì khó xác định được ung thư tiên phát.

Triệu chứng lâm sàng

Đau răng dai dẳng, có khi cơn đau dữ dội, các răng có thể bị lung lay vì vậy khi bệnh nhân đến khám đã được nhổ răng từ một tuyến trước nhưng cơn đau không giảm mà còn tăng thêm. Nếu khám kỹ sẽ thấy các ổ của chân răng đã bị nhổ không liền lại mà còn

mọc lên các nụ sùi hoặc tổ chức hạt, chạm vào dễ chảy máu. Các thương tổn này ngày càng lan rộng và thâm nhiễm ra vùng lợi lân cận làm cho rãnh môi lợi bị đẩy phồng và các răng cũng bị lung lay. Niêm mạc của vùng lợi cũng bị thâm nhiễm sẽ trở thành màu đỏ sẫm, có nhiều mạch máu cương tụ, niêm mạc vòm khẩu cái cũng bị đẩy phồng xuống dưới khiến cho ta tưởng nhầm là ung thư xuất phát từ hàm ếch. Sau đó, vùng má cũng bị sưng phồng lên vì thương tổn ung thư đã bị thâm nhiễm đến vùng quanh răng nanh.

Trong một số trường hợp cá biệt, thương tổn của ung thư lại xuất phát từ răng cửa vì vậy vòm khẩu cái bị thâm nhiễm sớm, sau đó lan lên đến vùng xương hàm hai bên.

Trong một số trường hợp, thương tổn ung thư này bị bội nhiễm gây nên hoại tử, chảy mủ thối giống như một cốt tuỷ viêm răng. Nếu ung thư xuất phát từ các ổ răng khôn thì dễ thâm nhiễm vào hố chân bướm hàm gây nên khít hàm, trường hợp này rất giống dấu hiệu của một răng khôn mọc lệch hoặc một ung thư biểu mô của lợi. Khi ung thư đã lan vào hố chân bướm hàm và gây nên khít hàm thì bệnh nhân rất đau đớn, không ăn ngủ được toàn trạng gầy sút nhanh chóng và tiên lượng nói chung là rất xấu.

Chẩn đoán

Nói chung không khó khăn lắm, dựa vào triệu chứng lâm sàng, khám để phát hiện, làm sinh thiết cũng để lấy đúng thương tổn ung thư. Ngoài ra trên phim X-quang (thế Hirtz) thấy thương tổn vùng chân bướm hàm mà lâm sàng khó đánh giá.

Giai đoạn toàn phát (lan rộng) của ung thư các xoang mặt: Có tác giả gọi là ung thư lan rộng của xương hàm trên. Đây là giai đoạn cuối cùng của ung thư các xoang mặt đã lan rộng ra các vùng lân cận không còn khả năng để xác định điểm xuất phát của ung thư nữa.

Giai đoạn này bộ mặt của bệnh nhân trở thành quái dị do tổn thương ung thư phá huỷ tổ chức xương và lan ra cả phần mềm. Thể trạng chung của bệnh nhân cũng bị suy sụp nhanh chóng lại kèm theo bội nhiễm nên không còn khả năng để điều trị nữa. Chủ yếu là điều trị triệu chứng, chống bội nhiễm và giảm đau, vì theo kết quả mổ tử thi nhiều tác giả đã ghi nhận 65% đã có di căn xa.

Một số hình thái khác của ung thư vùng mũi xoang: U trụ (cylindrome) so với ung thư biểu mô thì u trụ ít gặp hơn nhưng không phải là hiếm thấy. Năm 1859 Biltroth là người đầu tiên miêu tả loại u này. Danh từ u trụ cũng xuất phát từ hình dáng khi đọc thấy trên tiêu bản của thương tổn (hình trụ). Luận văn của Yvesle-Maltre (Pháp) trình bày khá đầy đủ về bệnh này. Trong y văn của Anh thì rất ít khi dùng đến từ này, nói chung các tài liệu trước đây hay gọi là ung thư biểu mô tế bào đáy (épithélioma à cellules basales).

Bệnh lý giải phẫu: U trụ có đặc điểm là tổ chức u thành từng đám, hình trứng (bầu dục), thấu quang (hiatin) hoặc nhày. Do là những thể hình trứng đồng đều nhau đôi khi có hình lưới. Tổ chức đệm rất thay đổi, thường là tổ chức xơ tạo thành các vách ngăn phân chia các đám tế bào thành thuỳ. U trụ thường xuất phát từ tổ chức tuyến, tiến triển dần và rất chậm, đặc biệt không có di căn vào hạch nhưng lại có di căn vào phổi.

Vị trí u trụ có thể từ xoang sàng thường gặp là phần trước khối bên, ít khi gặp ở phần sau, trên thực tế hay gặp ở phần trên của vách ngăn.

Tiến triển bệnh: U phát triển chậm đẩy dần các tổ chức lân cận, không gây thâm nhiễm, nhưng các thành xương liền kề có thể bị lỗ chỗ hoặc biến mất. Sau khi cắt bỏ thương tổn, bệnh tích lại có thể bị tái phát, tuy khoảng thời gian có thể dài ngắn khác nhau. Di căn xa chủ yếu hay gặp ở phổi nhưng phải sau nhiều năm, có khi 10-15 năm.

Nếu không điều trị: Bệnh tiến triển theo từng đợt, giữa các đợt có khoảng ổn định hoặc thoái triển kéo dài nhiều tháng. Đặc biệt là khi bệnh đã có di căn ở phổi, tiến triển chậm, như thương tổn tiên phát ở mũi xoang, vì vậy nhiều tác giả nhận xét rằng, trên những bệnh nhân bị u trụ đã có di căn ở phổi rồi, vẫn có thể tiến hành điều trị bằng phẫu thuật mà không ảnh hưởng đến sự phát triển u và di căn ở phổi.

Điều trị

Chủ yếu là điều trị cắt bỏ thương tổn u và phải cắt bỏ nhiều lần nếu u bị tái phát. Để tránh tái phát hoặc kéo dài khoảng cách thời gian thì cần cắt bỏ rộng, có thể dùng dao điện hoặc đông điện phối hợp lúc mổ.

Phối hợp tia xạ: Hiện nay còn nhiều ý kiến trái ngược nhau về việc phối hợp tia xạ sau mổ, nhưng gần đây thì có nhiều ý kiến cho rằng việc phối hợp tia xạ làm cho bệnh nhân được ổn định và kéo dài thời gian tái phát hơn hẳn so với những bệnh nhân không được tia xạ, mặc dù loại u trụ rất kháng tia. Bệnh nhân u trụ thường kéo dài cuộc sống hàng chục năm nếu được

điều trị, hoặc theo dõi kịp thời, tử vong thường do khối u phát triển quá lớn, chèn ép nhất là nền sọ, hoặc là do di căn ở phổi.

Điều trị ung thư biểu mô các xoang mặt

Cho đến nay phẫu thuật kết hợp với tia xạ là biện pháp chủ yếu để điều trị loại ung thư này. Những năm gần đây, đã có nhiều báo cáo về kết quả đáng khích lệ của phối hợp thêm với hoá chất trước và sau khi mổ, tia xạ.

Điều trị bằng phẫu thuật: Lựa chọn phương pháp phẫu thuật lệ thuộc vào vị trí lan rộng của ung thư. Với vùng thượng tầng kiến trúc, khi u chưa quá lan rộng có thể cắt một phần xương hàm trên, một phần thành dưới và thành trong hốc mắt cùng với xương chính của mũi bên bệnh. Với u vùng trung tầng: phần lớn bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn nên nhiều tác giả chủ động cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên. Còn đối với u hạ tầng kiến trúc căn cứ vào bệnh tích cụ thể mà tiến hành phẫu thuật bảo tồn (cắt một phần xương hàm trên).

Điều trị bằng tia xạ: Là sự phối hợp quan trọng, có thể dùng hai cách: thông thường là tia xạ qua da Co^{60}, lượng tia hàng ngày và tổng liều cũng giống như ung thư khác của vùng đầu mặt cổ, thường 2Gy/ngày, mỗi tuần từ 10-12Gy (trong 4-5 tuần).

Một số tác giả chủ trương đặt áp nguồn tia xạ vào ngay hố mổ, thường dùng nguồn Co^{60} hay radium, gần đây nhiều người sử dụng $indium^{192}$ vì kinh nghiệm cho thấy radium hay gây hoại tử xoang và nhiều biến chứng nặng.

Điều trị bằng hoá chất: Hoá chất có thể sử dụng qua đường tĩnh mạch hoặc động mạch. Các hoá chất hay dùng là 5FU, Bléomycin, Méthotrexate. Việc điều trị hoá chất trong điều trị phối hợp ung thư mũi xoang được trường phái Nhật Bản hết sức quan tâm.

Kết quả điều trị: 20 năm trước đây khi nói đến ung thư vùng mũi xoang, nhất là khi khối u đã lan quá một vùng giải phẫu (quá một xoang), thì kết quả điều trị nói chung là xấu, hơn nữa phẫu thuật cắt bỏ xương hàm trên gây nhiều biến chứng và di chứng cho người bệnh nên tiên lượng xấu.

Gần đây, nhiều tác giả đã có những nhận xét khả quan hơn do sự phối hợp điều trị giữa phẫu thuật, tia xạ và hoá chất.

Nếu điều trị bằng tia xạ đơn thuần: Kết quả rất kém, theo Lederman trên 55 bệnh nhân ung thư biểu mô xoang sàng thì chỉ có 5% sống quá 5 năm. Nhưng theo Errington (1985), điều trị 43 bệnh nhân bị ung thư vùng mũi xoang đã lan rộng (85% là T4) bằng neutron với năng lượng yếu (7,5 MeV) cho 17 bệnh nhân ung thư dạng biểu bì, 11 u trụ, 8 ung thư tuyến, 5 ung thư biểu mô chuyển tiếp, 1 ung thư biểu mô không biệt hoá và 1 u hắc tố ác tính thì kết quả kéo dài tuổi thọ 3 năm là 47% và 72%, còn sau 5 năm là 30% và 55%. Tác giả nhận xét rằng sở dĩ đạt được kết quả trên là do tính chất tổ chức học của u, do tác dụng của neutron so với photon với các tế bào thiếu oxy.

Nếu điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần thì chỉ nên áp dụng đối với các khối u còn bé, chưa lan ra vùng xoang hoặc các tổ chức lân cận. Kết quả tốt nhất

là đối với loại ung thư biểu mô của hạ tầng cấu trúc, từ 30 - 50% có thể sống hơn 5 năm.

Điều trị phối hợp: Nếu phối hợp điều trị phẫu thuật với tia xạ thì rõ ràng là kết quả đạt cao nhất so với hai phương pháp trên. Vấn đề là tia xạ trước hay phẫu thuật trước.

Nhiều báo cáo cho thấy kết quả của tia xẠ trước hay phẫu thuật trước đều không khác nhau mấy. Lập luận của trường phái tia xạ trước là cốt làm bé lại khối u, nhất là tiêu diệt các bệnh ung thư rất bé ở rải rác xung quanh tổn thương chính mà mắt thường không thấy được và có thể lan toả ra xa trong khi phẫu thuật.

Trường phái tia xạ sau khi mổ nhấn mạnh tính chất kháng tia của khối u đã lan vào xương, ngoài ra còn nhận xét rằng mổ trước thì vết mổ sẽ liền tốt hơn. Phối hợp tia xạ sau khi mổ là phương thức điều trị phổ biến.

Phối hợp phẫu thuật với tia xạ đối với ung thư biểu mô vùng mũi xoang nói chung có thể đạt kết quả sống trên 3 năm khoảng 55% và sau 5 năm khoảng 48% (Viện Gustave Roussy ở Pháp năm 1990).

Gần đây, nhiều tác giả Nhật Bản (Yamashta, Sato, Sakai, Shibuya và cộng sự) đã có nhiều báo cáo nói rõ kết quả của việc sử dụng hoá chất (dùng một chất hay nhiều chất) phối hợp phẫu thuật và tia xạ đã nâng cao hiệu quả điều trị cũng như tránh được một phẫu thuật quá rộng (thay thế một phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên bằng một phẫu thuật cắt bỏ một phần xương hàm) những kết quả này đang còn trong giai đoạn thực nghiệm và có nhiều ý kiến khác nhau, tuy nhiên việc sử dụng hoá chất được áp dụng rộng rãi ở nhiều nước trong lĩnh vực này.

UNG THƯ THANH QUẢN

Ung thư thanh quản chiếm khoảng 20% các loại ung thư nói chung. Trong các loại ung thư vùng đầu mặt cổ, nó được xếp thứ 2 sau ung thư vòm. Lứa tuổi thường gặp là 40 - 60, chủ yếu là nam giới.

Thanh quản tham gia vào chức năng hô hấp (dẫn không khí ra vào phổi), bảo vệ đường hô hấp (tạo phản xạ ho, sặc khi có vật lạ rơi vào thanh quản, nhằm tống vật lạ ra ngoài) và phát âm. Sự phát âm được thực hiện khi luồng không khí đi qua khe thanh môn, tạo ra sự rung sóng niêm mạc, áp lực không khí ở hạ thanh môn tạo ra cường độ cho tiếng nói, dây thần kinh điều khiển các cơ làm thay đổi tần số, âm sắc tiếng nói. Tiếng nói hoàn chỉnh khi đi qua các bộ phận như họng, mũi xoang, miệng, lưỡi, môi với những âm sắc đặc trưng cho từng cá nhân. Khi dây thanh bị thương tổn, sẽ gây khàn tiếng hoặc có khi mất hẳn tiếng.

Nguyên nhân gây bệnh

Nguyên nhân gây ung thư thanh quản chưa được xác định rõ, yếu tố nguy cơ là hút thuốc lá nhiều (98% người bị ung thư thanh quản có hút thuốc lá), uống nhiều rượu, viêm mạn tính hoặc những bệnh tích tiền ung thư như bạch sản, sừng hoá, u nhú thanh quản.

Triệu chứng lâm sàng

Khàn tiếng là triệu chứng xuất hiện đầu tiên và ngày càng tăng, dùng các thuốc điều trị viêm thanh quản đều không có tác dụng. Khối u ngày càng phát triển, người bệnh mau mệt, câu nói ngắn hơn. Khi khối u to, dây

thanh bị cố định, thanh môn bị hẹp thì tiếng nói trở nên khàn đặc, mất hết âm sắc, nghe khó hiểu.

Khối u lớn dần làm khẩu kính của thanh môn ngày càng hẹp, gây khó thở. Lúc đầu, khó thở chỉ xuất hiện khi gắng sức (lên cầu thang, bê vật nặng), về sau ngày càng tăng và trở nên liên tục; thỉnh thoảng có những cơn co thắt làm bệnh nhân nghẹt thở tưởng như mình sắp chết. Nếu khi nằm nghỉ ngơi mà vẫn khó thở, bệnh nhân phải được mở khí quản.

Nuốt đau chỉ xuất hiện khi khối u đã lan ra vùng hạ họng, lúc này bệnh nhân không ăn cơm được, chỉ ăn cháo hoặc uống sữa, thậm chí phải đặt ống dạ dày để bơm thức ăn.

Có thể phát hiện bệnh bằng cách soi thanh quản gián tiếp bằng gương, sẽ thấy u sùi nhỏ như bông cải súp lơ, to bằng hạt đậu ở một bên dây thanh, hoặc có vết loét nằm trên một nền thâm nhiễm ở 2/3 trước của dây thanh. Nếu phát hiện trễ, khối u phát triển to sẽ lan sang bên dây thanh đối diện, lan xuống hạ thanh môn hoặc vùng trên thanh môn, lan vào hạ họng, miệng - thực quản.

Các biện pháp chẩn đoán là soi thanh quản trực tiếp bằng ống soi, qua đó lấy một mẫu bệnh phẩm để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý, giúp chẩn đoán xác định ung thư thanh quản.

Biện pháp điều trị

Nếu không được điều trị, ung thư thanh quản sẽ gây tử vong trong vòng 1-3 năm vì bị suy kiệt hay nghẹt thở, chảy máu (do ung thư di căn vào phổi, gan, xương). Nhưng nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp

thời, bệnh nhân có thể khỏi hẳn hoặc sống thêm khá lâu so với những loại ung thư khác.

Có nhiều phương pháp điều trị ung thư thanh quản, tuỳ thuộc vào vị trí, mức độ ăn lan của ung thư và thể trạng người bệnh. Đến nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp thường được lựa chọn, kế đến là xạ trị và hoá trị hoặc phối hợp giữa các phương pháp trên.

Tuy nhiên trong tương lai, với sự tiến bộ về y học, các phương pháp xạ trị, hoá trị sẽ ngày càng hoàn thiện hơn, hoặc có những phương pháp mới thay thế dần phẫu trị và bảo tồn được chức năng của thanh quản.

UNG THƯ THỰC QUẢN

Ung thư thực quản là một loại ung thư cơ quan tiêu hoá thường gặp. Triệu chứng chủ yếu là ngày càng nuốt khó hơn.

Tuổi phát bệnh thường từ 40 ~ 70 tuổi, nam mắc bệnh nhiều hơn nữ.

Bệnh này giống chứng ế cách (nghẹn) của YHCT.

Triệu chứng

Triệu chứng chủ yếu là nuốt khó, bệnh ngày càng nặng thì dù chất đặc hoặc nước cũng khó nuốt. Do lâu ngày ăn uống khó khăn mà cơ thể ốm yếu, suy dinh dưỡng, mất nước, suy kiệt, kèm theo khó nuốt, đau sau xương ức (đau tức hoặc như dao đâm) hoặc vùng lưng đau, ợ hơi, nôn ra chất trắng nhớt hoặc có máu lẫn thức ăn. Bệnh nặng thì nói giọng khàn, nấc cục, khó thở, hạch lâm ba to, gầy mòn, da bọc xương.

Chẩn đoán

Chủ yếu dựa vào:

+ Tuổi trên 40, nam, gia đình có người mắc bệnh này, hoặc uống rượu nhiều.

+ Nuốt khó, đau vùng sau xương ức, có hiện tượng trào ngược thức ăn.

+ Chụp phim cản quang thực quản, soi thực quản, làm sinh thiết niêm mạc thực quản để phát hiện bệnh. Kiểm tra tế bào vòng thực quản dương tính khoảng trên dưới 90%.

Điều trị

Ung thư thực quản thường được điều trị bằng phẫu thuật, nếu có di căn dung hoá liệu, kết hợp với thuốc Đông y để điều trị.

Biện chứng luận trị: Dựa vào triệu chứng lâm sàng, có thể biện chứng theo các thể loại sau:

- ***Đàm khí uất kết:*** Ngực đầy, đau tức hoặc khó thở, nấc cụt, ợ hơi, nuốt khó, miệng khô, táo bón, rêu lưỡi trắng dày, mạch Huyền Hoạt, thường gặp ở giai đoạn mới phát bệnh.

Điều trị: Sơ can, lý khí, hoá đàm, giáng nghịch. Dùng bài ***Toàn phúc đại giả thạch thang*** gia giảm: Toàn phúc hoa 12g, Đại giả thạch 20g, Khương bán hạ (hoặc Sinh bán hạ - sắc trước 1 giờ), Hương phụ 8g, Mộc hương 8g, Uất kim 10g, Đan sâm 16g, Phục linh 12g, Chỉ xác 10g, Cát cánh, Toàn qua lâu, Phỉ bạch, Uy linh tiên đều 12g, Chế nam tinh 8g, Bạch anh 12g, Hạ khô thảo 16g, Trúc nhự 12g, Ngoã lăng tử 16g.

Khí hư thêm Đảng sâm, Thái tử sâm đều 12g.

- *Huyết ứ:* Ngực đau, ăn vào nôn ra, nặng thì khó uống được nước, phân như phân dê, người gầy da khô, lưỡi đỏ, khô, mạch Tế Sáp.

Điều trị: Dưỡng huyết, hoạt huyết, tán kết. Dùng bài ***Đào hồng tứ vật thang*** gia giảm: Sinh địa 16g, Đương quy 20g, Bạch thược 12g, Xuyên khung 8 ~12g, Đào nhân 12g, Hồng hoa 10g.

Nếu nặng thêm Tam thất, Một dược, Đan sâm, Xích thược, Ngũ linh chi, Hải tảo, Côn bố, Bối mẫu, Qua lâu... Nếu nuốt khó cho uống Ngọc xu đơn trước. Trường hợp ngực lưng đau nhiều thêm Diên hồ sách (sao giấm), chích Nhũ hương, chích Một dược, Tỳ qua lạc. Táo bón thêm Nhục thung dung.

- *Nhiệt độc thương âm:* Nuốt rất khó, lưng ngực đau bỏng rát, miệng khô, họng khô, ngũ tâm phiền nhiệt, táo bón, chất lưỡi đỏ, rêu ít hoặc không rêu, mạch Huyền Tế Sác.

Điều trị: Thanh nhiệt, giải độc, dưỡng âm, nhuận táo. Dùng bài ***Tư âm thông cách ẩm*** gia giảm: Bồ công anh 20g, Xuyên hoàng liên 8 ~ 10g, Chi tử 12g, Sinh địa 16g, Đương quy 20g, Xuyên khung 8g, Nam, Bắc sa sâm đều 16g, Mạch môn, Huyền sâm, Tỳ bà diệp tươi, Lô căn tươi đều 20g, Bạch hoa xà thiệt thảo, Bán chi liên, Bạch anh, Hạ khô thảo đều 12g.

Táo bón thêm Tử uyển, Hoả ma nhân, Đào nhân, Nhục thung dung.

- *Âm Dương lưỡng hư:* Nuốt không xuống, ngày càng gầy, mệt mỏi, hồi hộp, sắc mặt tái nhợt, chân tay thân mình mát lạnh, mặt sưng, chân phù, sắc lưỡi nhạt, mạch Tế Nhược.

Điều trị: Ôn bổ Tỳ Thận, tư âm, dưỡng huyết. Dùng bài *Bát trân thang* hợp *Bát vị hoàn* gia giảm: Hồng sâm 8 ~ 12g, chích Hoàng kỳ 20g, Thục địa 16g, Sa nhân 10g, Sơn dược 12g, Nhục quế 6 ~ 8g, Câu kỷ tử 12g, Chế phụ tử 8 ~ 16g (sắc trước), Đương quy 20g, Bạch thược, Bạch truật, Bạch linh, Đại táo đều 12g, Cam thảo 4g, Sinh khương 3 lát.

Một số bài thuốc kinh nghiệm

• *Tiêu ế tán số 3* (Bệnh viện Nhân dân tỉnh An Huy, TQ): Uy linh tiên 60g, Bản lam căn, Miêu nhãn thảo đều 30g, Ngưu hoàng (nhân tạo) 6g, Nao sa (Amoniac) 3g, chế Nam tinh 9g, chế thành cao bột khô. Mỗi lần uống 1,5g, ngày 4 lần.

• *Khai đạo tán:* Bằng sa 60g, Hoả tiêu 30g, Nao sa 6g, Trầm hương, Băng phiến đều 9g, Mông thạch 9 ~ 15g, tán bột mịn. Mỗi lần ngậm nuốt 1g, lúc chảy hết dịch nhớt có thể uống sữa thì ngậm 3 giờ một lần, dùng 2 ngày thì ngưng thuốc.

• *Nao sa tán:* Nao sa 30g, tán mịn bỏ vào ấm sành, thêm 80ml nước đun sôi, lọc bỏ tạp chất, thêm giấm trắng 30ml, đun bắt đầu lửa to sau lửa nhỏ cho khô, lấy bột kết tinh. Mỗi lần uống 0,6 ~ 1,5g, ngày 3 lần.

• *Phức phương nao sa tiễn*: Nao sa 2,7g, Hải tảo, Côn bố đều 15g, Thảo đậu khấu 9g, Ô mai 3 quả, Bạch hoa xà thiệt thảo 120g, Bán chi liên 60g, sắc 2 lần, chia uống ngày 1 thang.

• *Khai quan tán:* Thanh đại 4,5g, Thị sương 1,5g, Hải cáp phấn 30g, Bằng sa 9g, Nao sa 6g, Đường trắng 60g, tán bột. Mỗi lần ngậm 0,9- 1,5g, ngày 4 lần.

• *Ế cách tán*: Cấp tính tử 30g, Mật gấu 1g, Nao sa, Móng tay người nướng đều 1,5g, tán bột mịn. Mỗi ngày uống 2 lần, sáng tối, mỗi lần hoà 3g thuốc uống.

• *Bài thuốc cơ bản trị ung thư thực quản của Thượng Hải*: Khương bán hạ, Trúc nhự, Tuyền phúc hoa, Chỉ thực, Mộc hương, Đinh hương, Trầm hương khúc, Bạch khấu, Xuyên luyện tử, Xuyên Hậu phác, Sa sâm, Thiên đông, Thạch hốc, Cấp tính tử, Khương lang, Đương quy, Tiên hạc thảo.

• *Kháng Nham B*: Sơn đậu căn, Bại tương thảo, Bạch bì, Hạ khô thảo, Thảo hà xa.

• *Bài thuốc có tác dụng chống khó nuốt*: Cấp tính tử, Bích hổ phấn (bột Thằn lằn), Uy linh tiên, Thiên quỳ tử, Thạch kiến xuyên, Hoàng dược tử, Đông lăng thảo.

UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG - HẬU MÔN

Ung thư đại tràng là căn bệnh phổ biến, đứng hàng đầu trong ung thư đường tiêu hoá tại các nước Âu Mỹ. Tại Việt Nam và các nước châu Á, ung thư đại tràng đứng thứ hai trong ung thư đường tiêu hoá sau ung thư dạ dày.

Nguyên nhân

- Chế độ ăn uống nhiều chất mỡ và ít chất sợi từ thực vật.

- Những thương tổn tiền ung thư như polyp, viêm loét đại trực tràng xuất huyết, bệnh Crohn...

Triệu chứng

Bệnh nhân thường có những rối loạn tiêu hoá như

tiêu chảy kéo dài (dễ lầm với viêm đại tràng) và táo bón (đôi khi xen kẽ những đợt tiêu chảy giống như hội chứng lỵ).

Triệu chứng đi tiêu ra máu rất quan trọng. Tuỳ thuộc vị trí của ung thư mà người bệnh đi tiêu ra máu đỏ tươi hay phân đen. Người bệnh thường bị thiếu máu.

Khoảng 3/4 bệnh nhân có triệu chứng đau bụng: Đau ngay vị trí khối u hoặc đau dọc theo khung đại tràng. Thỉnh thoảng có cơn đau quặn bụng, nổi gò bụng và chướng bụng; sau khi trung tiện thì giảm đau và bụng xẹp.

Ở giai đoạn sớm, bệnh thường khó phát hiện, nhưng khi bệnh nhân đến muộn thì bụng có thể đã bị trướng. Đôi khi sờ được khối u ở hố chậu phải, hố chậu trái hay ở thượng vị - thường là ung thư đã ở giai đoạn muộn di căn - thường gặp nhất là qua gan (75%), sờ thấy gan to lổn nhổn, bụng báng. Thỉnh thoảng di căn sang xương, phổi, não và buồng trứng. Lúc này thể trạng bệnh nhân thường suy sụp.

Chẩn đoán

Để xác định chẩn đoán các thầy thuốc sẽ cho bệnh nhân chụp X-quang đại tràng có chuẩn bị, giúp chẩn đoán chính xác các khối u nhỏ hơn 2cm. Phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt nhất hiện nay là nội soi đại tràng và sinh thiết với ống soi mềm, giúp nhìn rõ khối u và làm sinh thiết.

Để tìm và đánh giá tình trạng di căn, bệnh nhân còn được làm xét nghiệm định lượng CEA. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác bao gồm:

Siêu âm bụng

- Chụp cắt lớp điện toán vùng chậu.
- Chụp phổi.
- Chụp hệ niệu có chuẩn bị và nội soi bàng quang.

Biến chứng

Tắc ruột là biến chứng thường gặp nhất (10 - 30%), nhất là ở đại tràng trái. Các biến chứng khác bao gồm: Nhiễm trùng khối u, áp xe, viêm phúc mạc, rò ra ngoài thành bụng hay sang các tạng lân cận.

Điều trị

Đối với ung thư đại tràng chưa biến chứng, phương pháp điều trị triệt để là cắt đại tràng. Đôi khi còn phải cắt bỏ toàn bộ một hay nhiều tạng bị ung thư xâm lấn hay di căn. Trường hợp ung thư di căn không thể cắt triệt để thì cắt bỏ đoạn ruột có khối u hoặc làm hậu môn nhân tạo, để đề phòng các biến chứng.

Trong trường hợp tắc ruột, phương pháp điều trị là cắt đại tràng kèm khối u hoặc làm hậu môn nhân tạo hoặc nối tắt nếu không cắt u được. Nếu khối u đã vỡ gây viêm phúc mạc thì phải cắt đại tràng có u và đưa hai đầu ruột ra ngoài.

Ngoài điều trị bằng phẫu thuật, người ta còn sử dụng hoá trị và miễn dịch liệu pháp 5 fluoro-uracil thường được dùng để điều trị bổ túc sau mổ hoặc kết hợp với levamisol, hay acid folinic cho các trường hợp có di căn xâm lấn. Không dùng xạ trị cho ung thư đại tràng vì dễ gây viêm nhiễm xạ cho các tạng trong ổ bụng.

Tử vong sau mổ ung thư đại tràng là khoảng 3 -

5% nếu chưa biến chứng và 20 - 30% nếu đã có biến chứng. Tiên lượng sống sau 5 năm tuỳ theo giai đoạn ung thư đại tràng (A: 70 - 85%; B: 50 - 60%; C: 25 - 45%; D: 0 - 6%).

UNG THƯ TUỴ

Ung thư tuỵ là một loại ung thư thường gặp trong bộ máy tiêu hoá, nó chiếm khoảng 10% ung thư tiêu hoá và khoảng 2% trong toàn bộ các loại ung thư. Bệnh gặp nhiều ở nam hơn nữ, thường sau tuổi 60, với những yếu tố nguy cơ như thuốc lá, rượu, cà phê, thịt, mỡ, đái tháo đường...

Nhìn chung, ung thư tuỵ là loại ung thư khó chẩn đoán, nên thường được chẩn đoán muộn do đó tiên lượng thường khó khăn. Ung thư tuỵ bao gồm ung thư tuỵ ngoại tiết - loại thường gặp và ung thư tuỵ nội tiết - dạng này ít gặp hơn. Trong phạm vi này chỉ xin đề cập đến vấn đề ung thư tuỵ ngoại tiết.

Biểu hiện lâm sàng như thế nào?

2/3 ung thư tuỵ là xảy ra ở phần đầu tuỵ, 1/3 còn lại ở đuôi và thân tuỵ. Biểu hiện lâm sàng của hai loại tổn thương định khu này là hoàn toàn khác nhau. Mặc dù hiện nay đã có nhiều phương tiện xét nghiệm và thăm dò hiện đại nhưng việc phát hiện các khối u tuỵ < 2cm cũng rất khó khăn. Thường sau khi khối u xuất hiện một thời gian mới có biểu hiện lâm sàng.

Ung thư đầu tuỵ: Biểu hiện vàng da ở đây rất thường gặp, vàng da tăng dần nhưng không có sốt, kèm

theo các biểu hiện như vàng mắt, phân bạc màu, ngứa, sút cân, chán ăn... Đặc biệt đau thượng vị cũng là biểu hiện hay gặp, đau thường lan ra sau lưng. Tuy nhiên ở thể không điển hình, đôi khi chỉ là biểu hiện vàng da đi kèm với đau vùng hạ sườn phải.

Ung thư thân và đuôi tuỵ: Ở thể này chẩn đoán khó khăn hơn, triệu chứng thường thấy là đau thượng vị, lan ra sau lưng và phải ngồi chống gối cúi ra phía trước sẽ đỡ đau; kèm theo các biểu hiện toàn thân như chán ăn, mệt mỏi, gầy sút, rối loạn tiêu hoá...

Cần làm gì để chẩn đoán?

Các xét nghiệm sinh hoá: Chủ yếu là các biểu hiện tăng bilirubin máu nếu có vàng da tắc mật; các chất chỉ điểm khối u như CEA, CA 19 - 9, CA 125 không có tính chất đặc hiệu; xét nghiệm gene sinh ung thư Ki-as, sự đột biến của gene này xảy ra rất sớm, ngay ở giai đoạn loạn sản, độ đặc hiệu phương pháp này là 90% tuy nhiên độ đặc hiệu chỉ có 50%.

Siêu âm: Nếu phát hiện được khối u tuỵ thì nó giúp cho chẩn đoán khá cao, nhưng có đến 20% các trường hợp không thấy được hình ảnh tuỵ, tuy nhiên siêu âm qua nội soi lại rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư đầu tuỵ. Siêu âm còn giúp đánh giá giãn đường mật và ống tuỵ cũng như sự di căn đến hạch quanh tuỵ.

Chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc ba thì: Có giá trị cao trong chẩn đoán tương tự như chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc 3 thì.

Chụp mật tuỵ ngược dòng: Ít có giá trị cho chẩn đoán,

có thể có biểu hiện chít hẹp hoặc cắt cụt nhưng không đặc hiệu.

Chụp động mạch chọn lọc hoặc siêu chọn lọc: Nói chung ít có giá trị trong chẩn đoán.

Biến chứng nào xảy ra?

Ung thư tuỵ có tính chất lan nhanh ra xung quanh đến tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa, tá tràng và di căn hạch quanh tuỵ, cuống gan, hạch mạc treo tràng trên, hạch tạng. Vào lúc bệnh nhân được chẩn đoán thì có đến 25 - 30% bệnh nhân đã có di căn; thường gặp nhất là di căn gan, phúc mạc, hiếm hơn là di căn xương và phổi. Chính vì sự di căn lan rộng nên tiên lượng xấu và hầu như chỉ định phẫu thuật là rất khó khăn.

Điều trị như thế nào?

Điều trị ngoại khoa: Nói chung, chỉ phẫu thuật mới có cơ may kéo dài cuộc sống cho bệnh nhân; tuy nhiên, một số trường hợp không được điều trị ngoại khoa đó là tuổi quá cao (trên 70 tuổi) mà thể trạng không cho phép hoặc có các bệnh mạn tính kèm theo như nhồi máu cơ tim, suy gan, suy thận... hoặc những bệnh nhân có di căn lan rộng. Tuỳ theo tình trạng bệnh nhân và tình trạng khối u mà phẫu thuật viên sẽ quyết định phương pháp phẫu thuật là tạm thời hay cắt bỏ hoàn toàn tuỵ hoặc cắt bỏ bán phần tuỵ.

Điều trị nội khoa: Nếu không có chỉ định phẫu thuật, thì điều trị tạm thời cũng rất cần thiết; chủ yếu là điều trị chứng vàng da bằng cách dẫn lưu mật bằng

ống nội giả qua đường nội soi, tuy nhiên biến chứng có thể xảy ra như tuột ống, chít hẹp đường mật; ngoài ra điều trị nâng đỡ cơ thể và các triệu chứng khác.

Tia xạ, hoá chất trị liệu và hormone liệu pháp: Thường là sự phối hợp giữa tia xạ và hoá chất, hoá chất thường dùng là 5FU; người ra có thể tiến hành xạ trị trong quá trình phẫu thuật, điều này cho phép tia xạ trực tiếp vào tổn thương mà không gây tổn thương xung quanh. Có thể cân nhắc sử dụng kháng nội tiết tố nam hoặc dẫn xuất của somatostatin có tác dụng kéo dài trong một số trường hợp ung thư tuỵ có các thụ thể nội tiết.

Các phương pháp điều trị khác: Dùng các kháng thể đơn dòng hoặc các tế bào lympho tiêu diệt được xử lý trước bằng interleukin 2... tuy nhiên các biện pháp này vẫn còn đang trong quá trình nghiên cứu nhưng cũng hứa hẹn những dấu hiệu khả quan.

UNG THƯ DƯƠNG VẬT

Ung thư của quy (dương vật) thường gặp ở nước kém phát triển. Bệnh này gắn liền với việc không xử lý hoặc xử lý không đúng lúc tật hẹp bao quy đầu bẩm sinh.

Ghi nhận năm 1995, Hà Nội có tỷ lệ mắc bệnh chuẩn theo tuổi là 2,1/100.000 tại TP. Hồ Chí Minh. Ung thư của quý thuộc loại ung thư thường gặp nhất, chiếm 3/4% các loại ung thư. Nguyên nhân ung thư dương vật (UTDV) hiện nay được quy kết cho virus u nhú ở người (Human Papiloma virus C). Vì vậy phương thức phòng bệnh là hướng tới việc cắt bao quy đầu sớm

và cách ly nguồn lây HPV... Trong điều trị đã sử dụng loại kem hoá chất bôi tại chỗ tiêu diệt tế bào ung thư, bảo tồn bộ phận sinh dục cho các bệnh nhân trẻ, cho đến phẫu thuật kết hợp với tia xạ áp sát (Brachitherapy) hoặc dùng máy gia tốc năng lượng cao và hoá trị liệu. Vì vậy bệnh UTDV ngày càng ít dần và tỷ lệ chữa khỏi khá cao so với nhiều loại ung thư khác.

Nguyên nhân

Nhiều người cho rằng da quy đầu bị dơ bẩn gây ra. Da quy đầu bị dơ bẩn là do nước tiểu bị dính khi đi tiểu, cộng thêm chất nhờn bài tiết và lớp tế bào rơi rớt mà tạo thành một lớp dơ bẩn màu sẫm, dẫn đến da quy đầu bị viêm, thậm chí tạo thành kết thạch. Sự kích thích mạn tính trường kỳ dẫn đến bệnh UTDV.

Người có da quy đầu quá dài ngoài việc có thể bị bệnh ung thư, mà còn gây cho người vợ dễ bị ung thư tử cung và ung thư bộ phận sinh dục của họ.

Những biểu hiện của bệnh UTDV thời kỳ đầu

- Ngứa ngáy một vùng, cảm giác như nóng bỏng, hoặc cảm thấy hơi đau nhức. Lớp da quy đầu dơ bẩn sau một thời gian lâu tích tồn, độc tố của nó kích thích đầu dương vật làm cho vùng đó bị sưng đỏ. Ban đầu chỉ cảm thấy ngứa ngáy, nóng bỏng. Cảm giác này trở đi trở lại mãi, ngứa quá phải gãi gây loét, độc tố theo đó mà vào dương vật, gây ra cảm giác đau nhức.

- Khối u cứng hoặc đốm đỏ: Đầu dương vật và da quy đầu xuất hiện những cục u cứng nhỏ, hoặc đầu dương vật trở nên nhám, biến thành những cục cứng, hoặc xuất hiện những vết lở loét chữa mãi không lành.

Da quy đầu bị sưng hoặc tiết ra những chất mủ hôi tanh.

Y học cổ truyền với bệnh UTDV

Y học cổ truyền quy chứng bệnh này vào phạm trù các loại bệnh như thận đầu sinh vết loét, hoa đèn nến, phong phiêu chúc, loét da quy đầu, thân nhâm sinh hoa. Tất cả là do can thận âm suy, tướng hoả nội phát, thuỷ không nuôi mộc, hoả làm uất kết mà gây bệnh, nguyên tắc chữa trị của Đông y là lợi ôn giải độc, thanh độc giáng hoả, tư bổ can thận. Cần phải kết hợp trong uống, ngoài bôi.

Các phương thuốc chữa trị bệnh UTDV

Bài 1: Giải độc thang

Kim ngân hoa 30g, địa đinh 30g, bồ công anh 30g, hoàng bá 20g, bạch hoa xà thiệt thảo 60g, thổ phục linh 30g, bát nguyệt trát 40g, hoàng kỳ 15g. Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần sáng, chiều. Mỗi đợt uống 5 ngày.

Bài 2: Thanh nhiệt tiêu thũng

Giang bản quy 30g, bán biên liên 30g, thạch đả xuyên 30g, trạch tất 10g, đạm trúc diệp 30g, thổ bối mẫu 20g, sinh ý nhân 60g. Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần sáng, chiều. Mỗi đợt uống 5 ngày.

Thuốc chữa ngoài:

Bài 1: Ô mai 27 quả, nước muối loãng (0,9%) 1 lít, đổ vào nồi đất nấu cho sôi rồi dùng lửa riu riu nấu thêm 20 phút; trong 24 giờ, chia ra 6 lần uống, mỗi lần uống 30ml đồng thời lấy nước thuốc thoa vào chỗ đau loét.

Lúc uống thuốc kỵ ăn đường đó, rượu trắng và các món kích thích chua, cay.

Bài 2: Bách hợp tươi lượng thích hợp giã nát, bó vào dương vật. Mỗi ngày 2-3 lần, nếu không có thuốc tươi, dùng thuốc khô, nấu thành cao mà thoa, băng.

Ăn uống với người bệnh UTDV như thế nào?

Người bệnh UTDV nên ăn những thực phẩm có chất đề kháng ung thư, ngừa sự truyền nhiễm như hồ đào, qua lâu, đậu cố, quả trám (cảm lãm), hạnh nhân, mướp, cá diếc...

- Để tăng cường sức miễn dịch, có thể dùng: Ba ba, cá quả, cá trắm đen...

- Đối với triệu chứng mà dùng thực phẩm chống lở loét như rau má, tiểu hoa, lá kim châm, hải điều ngư, cá thu, rau dầu, khoai môn (sọ), đậu xanh, đậu đỏ, trầm tiểu phấn, mã lan cầu, cá chạch, cá cháy.

- Tuyến tinh hoàn sưng to thì dùng: Khoai môn (sọ), hồng hoa, cú năng, bách hợp, dâu, ốc lác, hoàng nhan ngư, thịt mèo, bao tử dê.

- Ăn uống cấm kỵ những thực phẩm làm gia tăng sự phát triển của bệnh, tuyệt đối cấm dùng các thực phẩm ôn nhiệt như thịt dê, thịt chó, hẹ...

Dưới đây là một số món ăn bài thuốc hỗ trợ chữa UTDV:

• *Hạnh nhân hạnh đào:* Hạnh nhân 5g, hạnh đào nhục 2 quả, cùng nặn cho mịn rồi chậm rãi mà nhai.

• *Sơn hạnh cá diếc:* Sơn dược 9g, hạnh nhân 9g, để vào bụng cá diếc, thêm gia vị nấu ăn.

• *Rau sam (rau trường thọ, mã xĩ hiện) xào thịt*: Mã xĩ

hiện tươi 30-60g, rửa sạch xào với thịt.

• *Sâm, kỷ tử nấu bồ câu mái:* Bồ câu làm sạch lông, bỏ phủ tạng rửa sạch, nướng sơ qua. Thêm hành, gừng, đường, rượu vào hấp. Khi nước bốc lên, đổ nhân sâm vào, nước cốt câu kỷ tử nấu sôi, đổ vào trong thân bồ câu.

• *Canh cá thu:* Cá thu 1 con, thêm gia vị nấu canh ăn.

Phương pháp phòng bệnh UTDV

Phương pháp hiệu quả nhất để phòng ngừa bệnh UTDV là cắt hẹp da quy đầu khi còn trẻ. Thường xuyên làm vệ sinh sạch da quy đầu. Kinh nghiệm chứng minh người càng giữ vệ sinh sạch sẽ, càng ít bị mắc bệnh UTDV.

UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN

Định nghĩa

Ung thư biểu mô tế bào thận là một loại ung thư xảy ra ở thận. Các tế bào ung thư được tìm thấy ở tấm đệm của các đường ống nhỏ (tubules) trong thận. Nó là loại ung thư thận phổ biến nhất ở người lớn.

Nguyên nhân, tỷ lệ mắc và các yếu tố có tính nguy cơ

Ung thư biểu mô tế bào thận ảnh hưởng khoảng 3 trên 10.000 người, dẫn đến 32.000 trường hợp mắc mới ở Mỹ hàng năm. Mỗi năm, khoảng 12.000 người ở Mỹ chết vì ung thư biểu mô tế bào thận. Xảy ra phổ biến nhất ở những ở tuổi 50-70, và điển hình ảnh hưởng ở nam giới. Nguyên nhân chính xác chưa được biết.

Những nhân tố có tính nguy cơ:

- Hút thuốc.
- Di truyền.
- Lịch sử có bệnh của gia đình.
- Điều trị thẩm tách (lọc máu ngoà thận).
- Bệnh Hippel-Lindau, một bệnh di truyền ảnh hưởng đến các capillariest của não.

Triệu chứng đầu tiên thường là có máu trong nước tiểu. Đôi khi có liên quan đến cả hai thận. Ung thư lan rộng một cách dễ dàng, phần lớn thường tới phổi và các cơ quan nội tạng khác. Khoảng một phần 3 bệnh nhân có sự lan rộng (di căn) tại thời điểm chuẩn đoán.

Các triệu chứng

- Có máu trong nước tiểu.
- Màu nước tiểu khác thường (sẫm, hay nâu, vàng).
- Đau ở sườn.
- Đau lưng.
- Đau vùng bụng.
- Giảm cân không chủ định nhiều hơn 5% trọng lượng cơ thể.
- Sự lớn lên của một tinh hoàn.
- Sưng hay phù ở bụng.
- Các triệu chứng phụ mà có thể có liên quan đến bệnh này:
- Các bệnh lý về mắt.
- Xanh xao.
- Sự tăng trưởng tóc quá mức ở phụ nữ.
- Táo bón.
- Chịu lạnh kém.

Các dấu hiệu và các xét nghiệm

Bắt mạch vùng bụng có thể chỉ ra một khối lớn lên của nội tạng, đặc biệt là ở thận hay gan. Có thể có các mạch máu quấn dọc theo sự lớn lên của dây tinh hoàn ở đàn ông.

* Các xét nghiệm:

Đếm máu toàn phần (gồm bạch cầu, hồng cầu và tiểu cầu). Xét nghiệm nước tiểu có thể cho thấy các tế bào hồng cầu trong đó:

- Canxi huyết thanh có thể cao.
- SGPT và alkaline phốt phát có thể cao.
- Xét nghiệm tế bào nước tiểu.
- Các xét nghiệm chức năng gan.
- Siêu âm bụng và thận.
- X-quang thận.
- Xét nghiệm IVP.
- Chụp mạch thận.

Các xét nghiệm sau đây có thể được thực hiện để xem liệu có sự lan rộng của ung thư hay không: CT vùng bụng có thể cho thấy một khối gan; chụp cộng hưởng từ (MRI) có thể quyết định liệu ung thư đã lan tới các mạch máu xung quanh chưa; X-quang ngực có thể thấy một khối ở ngực; Scan xương có thể cho thấy sự liên quan của xương.

Điều trị

Phẫu thuật cắt tất cả phần bị ung thư của thận (nephrectomy) sẽ được đề nghị. Điều này có thể bao gồm cả cắt bỏ bàng quang hay các mô xung quanh hay các hạt lympho.

Liệu pháp xạ trị không thường có tác dụng đối với ung thư biểu mô tế bào thận và, do đó, không thường được sử dụng. Các liệu pháp hormone có thể giảm sự tăng trưởng của khối u ở một số trường hợp.

Các thuốc như alpha-interferon và interleukin đã làm giảm thành công sự tăng trưởng của một số trường hợp ung thư biểu mô tế bào thận, bao gồm cả một số đã lan rộng. Bỏ thuốc lá. Làm theo các yêu cầu của chuyên gia về y tế của bạn trong điều trị các rối loạn về thận, đặc biệt các rối loạn mà yêu cầu lọc máu ngoài thận

UNG THƯ BÀNG QUANG

Lời giới thiệu

Ung thư bàng quang thường bắt đầu từ bề mặt của bàng quang, cơ quan có hình quả bóng nhỏ trong khung chậu nơi chứa đựng nước tiểu. Một vài ung thư bàng quang vẫn còn khu trú ở bề mặt, trong khi các trường hợp khác có thể xâm lấn những khu vực khác.

Hầu hết những người mắc ung thư bàng quang là những người già - trên 90% các trường hợp xảy ra ở người trên 55 tuổi, và 50% những trường hợp này trên 73 tuổi. Hút thuốc lá là nguy cơ đơn lẻ gặp nhiều nhất của ung thư bàng quang. Phơi nhiễm với thuốc hoặc những chất độc hoá học nhất định cũng có khả năng phát triển ung thư bàng quang.

Điều trị ung thư bàng quang đã lan rộng có thể rất khó khăn và gồm cả những quá trình phẫu thuật mở rộng. Nhưng nếu ung thư bàng quang được phát hiện sớm trước khi nó xâm lấn ra ngoài giới hạn của bàng

quang bạn có cơ hội điều trị thành công tốt hơn với ít tác dụng phụ.

Những dấu hiệu và triệu chứng

Ung thư bàng quang thường không có những dấu hiệu và triệu chứng khi ở giai đoạn sớm. Dấu hiệu cảnh báo đầu tiên là thường có máu trong nước tiểu (đái máu). Máu có thể thấy ở xét nghiệm nước tiểu, hoặc nước tiểu của bạn có thể xuất hiện màu đỏ đậm hơn bình thường.

Điều này không có nghĩa nhất thiết bạn mắc ung thư bàng quang, tuy nhiên, nhiều trường hợp thông thường khác bao gồm nhiễm khuẩn đường tiết niệu, bệnh thận, sỏi thận hoặc bàng quang, và các bệnh tuyến tiền liệt có thể gây ra đái máu. Những tình trạng này cũng có thể gây ra những triệu chứng khác tương tự như ung thư bàng quang. Nếu bạn có bất kỳ những dấu hiệu hoặc triệu chứng nào dưới đây, bác sĩ của bạn có thể giúp bạn xác định chính xác nguyên nhân.

- Đau khung chậu.

- Đau trong khi đi tiểu.

- Đi tiểu thường xuyên hoặc cảm thấy cần đi tiểu mà không kiểm soát được.

- Dòng nước tiểu bị chậm lại.

Ung thư phát triển như thế nào?

Những tế bào khoẻ mạnh phát triển và phân chia theo trật tự. Quá trình này được kiểm soát bằng AND - vật chất di truyền chứa đựng sự chỉ dẫn cho tất cả các quá trình hoá học trong cơ thể. Khi ADN bị tổn

thương, có những thay đổi trong những thông tin di truyền. Kết quả là những tế bào phát triển không kiểm soát được và thậm chí hình thành khối u, một khối các tế bào ác tính.

Hầu hết ung thư bàng quang bắt đầu từ các tế bào đặc biệt ở bề mặt của thành bàng quang (tế bào chuyển tiếp). Những tế bào tương tự cũng gặp ở thận, niệu quản và niệu đạo, nơi chúng cũng có thể phát triển thành u ác tính.

Một vài ung thư vẫn còn khu trú ở bề mặt của bàng quang (ung thư biểu mô tại chỗ). Những ung thư khác đã xâm lấn, phát triển vào trong hoặc qua thành của bàng quang, và thậm chí vào hạch bạch huyết xung quanh và các cơ quan kế cận. Khi đó, ung thư cũng có thể di căn tới các cơ quan khác, bao gồm phổi, gan hoặc xương.

Những nguyên nhân chưa được biết rõ?

Những nguyên nhân tổn thương ADN dẫn đến ung thư bàng quang chưa hoàn toàn rõ ràng. Một vài trường hợp có biến đổi di truyền ung thư bàng quang di truyền trong gia đình. Thường gặp hơn những đột biến gây ung thư bàng quang phát triển trong suốt đời sống con người. Tổn thương ADN xảy ra tuỳ thuộc vào sự phơi nhiễm với các chất độc hoá học nhất định, như những chất được tìm thấy trong khói thuốc lá.

Mặt khác, những yếu tố di truyền như cách cơ thể chuyển hoá các chất hoá học nhất định có thể giữ một vai trò nào đó. Nhiều người có cơ thể chuyển hoá những chất độc hoá học nhanh ít mắc ung thư bàng

quang hơn những người chuyển hoá các chất hoá học tương tự chậm hơn.

Những yếu tố nguy cơ

Mặc dù các nhà khoa học chưa biết chắc chắn nguyên nhân gây ung thư bàng quang, họ xác định được một số yếu tố có thể góp phần vào sự phát triển của nó, do bản thân các yếu tố đó hoặc kết hợp với các yếu tố khác. Vì các chất hoá học thường đào thải ra khỏi cơ thể qua bàng quang, nhiều trong số những yếu tố nguy cơ này là có phơi nhiễm với các chất hoá học. Có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ được liệt kê dưới đây không chắc chắn bạn sẽ phát triển ung thư bàng quang, mà chỉ làm tăng yếu tố nguy cơ của bạn. Biết về những yếu tố nguy cơ này có thể giúp bạn tạo ra những thay đổi có thể làm giảm nguy cơ của bạn, như không hút thuốc lá.

Hút thuốc: Hút thuốc biểu hiện như là một yếu tố nguy cơ lớn nhất, đơn lẻ của ung thư bàng quang. Đó là do các chất hoá học gây ung thư trong thuốc lá có thể tập trung trong nước tiểu của bạn và thậm chí làm tổn thương bề mặt của bàng quang. Tổn thương này có thể làm tăng cơ hội của các đột biến di truyền gây ung thư. Những người hút thuốc có khả năng mắc ung thư bàng quang cao hơn những người không hút thuốc ít nhất 2 lần. Nguy cơ tăng lên cùng với số lượng điếu thuốc hút trong 1 ngày và số năm mà bạn hút thuốc. Các chất hoá học công nghiệp. Phơi nhiễm lặp đi lặp lại với các chất hoá học dùng trong sản xuất thuốc nhuộm, cao su, da, dệt và các sản phẩm sơn có thể tăng nguy cơ phát triển ung thư bàng quang nhiều năm sau đó. Những người

hút thuốc làm việc với các chất độc hoá học có nguy cơ đặc biệt cao của ung thư bàng quang.

Tuổi: Khả năng mắc ung thư bàng quang tăng lên khi bạn già đi. Tuổi trung bình của bệnh được chẩn đoán là 68 hoặc 69. Những người dưới 40 tuổi hiếm khi mắc bệnh.

Chủng tộc: Người da trắng có khả năng phát triển ung thư bàng quang gấp hai lần người da đen và người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha. Người châu Á có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất.

Giới tính: Nam giới có khả năng mắc ung thư bàng quang gấp 4 lần nữ giới. Điều trị hoá chất và tia xạ. Điều trị với các thuốc chống ung thư cyclophosphamide (Cytoxan) và ifosfamide (ifex) tăng nguy cơ ung thư bàng quang của bạn. Nghiên cứu những phụ nữ điều trị tia xạ ung thư cổ tử cung chỉ ra rằng họ có nguy cơ cao phát triển ung thư bàng quang sau đó. Nhưng điều tương tự không đúng cho nam giới nhận được điều trị tia xạ ban đầu cho ung thư tuyến tiền liệt.

Viêm bàng quang mạn tính: Nhiễm trùng hoặc viêm bàng quang mạn tính hoặc lặp đi lặp lại như việc dùng ống thông nước tiểu kéo dài, có thể tăng nguy cơ một loại ung thư bàng quang nhất định được gọi là ung thư biểu mô tế bào vảy. Nhưng các bác sĩ không tin nhiễm trùng hoặc viêm đơn thuần có thể gây ra ung thư. Ở một vài vùng của thế giới đang phát triển như Bắc Phi, nhiễm ký sinh trùng mạn tính (sán máng) có thể góp phần vào ung thư biểu mô tế bào vảy. Cả nhiễm trùng này và ung thư biểu mô tế bào vảy không phổ biến ở Mỹ.

Tiền sử cá nhân hoặc gia đình: Mắc ung thư bàng quang một lần làm cho bạn có khả năng mắc bệnh lại. Khối u có thể xảy ra ở niệu quản hoặc niệu đạo cũng như trong bàng quang. Nếu một hoặc nhiều người thân gần gũi với bạn mắc ung thư bàng quang, cũng có thể tăng nguy cơ của bạn, mặc dù hiếm khi ung thư bàng quang di truyền trong gia đình. Tiền sử gia đình của ung thư đại trực tràng di truyền có thể tăng nguy cơ mắc ung thư hệ tiết niệu.

Phơi nhiễm với thạch tín: Uống nước có nồng độ thạch tín cao có liên quan với ung thư bàng quang. Nguy cơ phơi nhiễm với thạch tín trong nước uống thường phụ thuộc vào nơi bạn sống và lượng thạch tín chuẩn chứa trong hệ thống nước của bạn.

Khuyết tật bàng quang bẩm sinh: Những khuyết tật bẩm sinh của bàng quang hiếm gặp có thể dẫn đến dạng ung thư bàng quang không phổ biến được gọi là ung thư biểu mô tuyến.

Nếu bạn nghĩ mình có nguy cơ ung thư bàng quang, hãy trình bày những điều bạn quan tâm với bác sĩ của mình. Bác sĩ có khả năng gợi ý cách làm giảm nguy cơ của bạn.

Sàng lọc và chẩn đoán

Gặp bác sĩ của bạn ngay lập tức nếu bạn có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào của ung thư bàng quang, bao gồm chảy máu, đau hoặc đi tiểu thường xuyên hơn.

Bác sĩ của bạn sẽ hỏi bạn về tiền sử bệnh tật và tiến hành kiểm tra cơ thể toàn diện. Điều này có thể

gồm kiểm tra bên trong khi bác sĩ của bạn dùng ngón tay đeo găng, được bôi trơn vào trong trực tràng hoặc âm đạo của bạn. Để giúp chẩn đoán ung thư bàng quang, bạn cũng có thể cần một hoặc nhiều xét nghiệm dưới đây:

Tế bào học nước tiểu

Mẫu nước tiểu của bạn sẽ được phân tích dưới kính hiển vi để kiểm tra tế bào ung thư. Tuy nhiên, những xét nghiệm này có thể bỏ qua những ung thư giai đoạn sớm.

Nội soi

Trong quá trình này, bác sĩ đưa một ống nhỏ (ống soi) qua niệu đạo. ống soi có thấu kính và hệ thống ánh sáng, cho phép bác sĩ quan sát niệu đạo và bàng quang. Bác sĩ cũng có thể sử dụng ống soi để lấy một mẫu mô (sinh thiết) để phân tích trong phòng thí nghiệm.

Chụp niệu đồ tĩnh mạch

Phương pháp X-quang này cho phép bác sĩ thấy hình ảnh của thận và đường tiết niệu dưới, bao gồm cả bàng quang. Bạn sẽ được tiêm thuốc cản quang qua tĩnh mạch ở tay. Dòng máu sẽ đưa thuốc nhuộm tới thận, niệu quản và bàng quang. Chất đối quang làm cho bác sĩ dễ dàng thấy các bất thường hoặc khối u trên một loạt phim X-quang.

Xét nghiệm chất chỉ điểm u

Các bác sĩ đánh giá hàng loạt phương pháp mới có thể chính xác hơn tế bào học nước tiểu, bao gồm xét nghiệm để kiểm tra mẫu nước tiểu của bạn tìm chất giải phóng ra từ khối u (chất chỉ điểm u). Tại Mỹ, việc

xét nghiệm hai chất chỉ điểm u - BTA và NMP22 - giúp chẩn đoán ung thư bàng quang chính xác. Cả hai xét nghiệm này liên quan đến kiểm tra protein nước tiểu liên quan đến u bàng quang. Chất chỉ điểm khác được nghiên cứu là enzym telomerase, chất hoạt động ở các tế bào ác tính nhưng không hoạt động ở các tế bào bình thường.

Những xét nghiệm này đang rất hứa hẹn, nhưng chúng không được đề nghị sử dụng thường quy cho đến khi có những nghiên cứu sâu hơn được hoàn thành.

Lai huỳnh quang tại chỗ

Xét nghiệm này trong ung thư bàng quang có thể xác định chính xác sự bất thường về nhiễm sắc thể thường được tìm thấy trong ung thư tế bào chuyển tiếp, thể thường gặp nhất của ung thư bàng quang. Xét nghiệm này có thể giúp xác định chính xác tế bào ung thư trước khi u được phát hiện được bằng mắt thường. Xét nghiệm mới này không phải là thường quy, và nhiều nghiên cứu hơn nữa cần được tiến hành trước khi nó có thể được xem như là xét nghiệm chuẩn.

Chẩn đoán giai đoạn

Nếu bạn được xác định có ung thư bàng quang, bạn phải làm các xét nghiệm để xác định liệu ung thư đã di căn chưa - quá trình được biết đến như là giai đoạn. Giai đoạn của ung thư giúp bác sĩ xác định cách điều trị tốt nhất và triển vọng sống thêm của bạn. Xét nghiệm giai đoạn có thể gồm một hoặc nhiều xét nghiệm dưới đây:

Chụp cắt lớp vi tính (CT). Đây là phim chụp X-

quang chi tiết cao, cần thiết, cho phép bác sĩ xem bàng quang của bạn ở không gian hai chiều. Quá trình xử lý một phần của giây ở máy tính tạo ra những hình ảnh khi một loạt các tia X đi qua cơ thể của bạn.

Trong hầu hết các trường hợp, bạn sẽ được tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch trước khi chụp. Thuốc cản quang giúp bác sĩ dễ dàng thấy các cơ quan và xác định sự bất thường biểu hiện có thể gợi ý ung thư. Nguy cơ lớn nhất của bạn với quá trình này là có thể dị ứng với thuốc cản quang.

Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI). Thay vì tia X, xét nghiệm này sử dụng từ trường mạnh và sóng vô tuyến để tạo nên những hình ảnh của đường tiết niệu. Trong suốt xét nghiệm, bạn được bao quanh bởi một ống hình trụ, có thể chứa được một vài người. Máy cũng tạo ra những tiếng động mạnh. Trong hầu hết các trường hợp, bạn sẽ được bịt lỗ tai. Nếu bạn cảm thấy lo sợ như bị giam giữ, hãy hỏi bác sỹ của bạn xem bạn có thể được chụp mở hoặc dùng thuốc giảm đau an thần nhẹ.

Xạ hình xương. Xét nghiệm hình ảnh này được dùng để xác định liệu ung thư đã di căn tới xương chưa. Trong suốt quá trình này, một lượng nhỏ chất phóng xạ tập trung ở xương, được tiêm vào trong tĩnh mạch ở tay. Một máy quét đặc biệt sau đó thu nhận hình ảnh của tất cả xương. Chất phóng xạ làm hiển thị những khu vực xương bất thường.

X-quang ngực: Xét nghiệm này giúp xác định ung thư đã di căn tới phổi của bạn chưa.

Các giai đoạn của Ung thư bàng quang

Ung thư bàng quang thường được chia giai đoạn sử dụng các số từ 0 đến IV. Hầu hết chẩn đoán ung thư bàng quang giai đoạn sớm rơi vào giai đoạn 0 hoặc giai đoạn I.

Giai đoạn 0. Cũng được gọi là ung thư bề mặt hoặc ung thư tại chỗ, ung thư chỉ xảy ra ở bề mặt của thành trong bàng quang. Phát hiện được ung thư ở giai đoạn này làm tăng hi vọng phục hồi hoàn toàn. Ung thư giai đoạn 0 thường có thể lấy bỏ hoàn toàn mà vẫn giữ được bàng quang, nhưng tỷ lệ tái phát cao.

Giai đoạn I. Ung thư giai đoạn này xảy ra ở bề mặt trong của bàng quang, nhưng chưa xâm lấn tới cơ thành bàng quang.

Giai đoạn II. Ở giai đoạn này ung thư xâm lấn tới thành bàng quang.

Giai đoạn III. Tế bào ung thư xâm lấn qua thành bàng quang tới các mô xung quanh. Chúng cũng có thể xâm lấn tới tuyến tiền liệt ở nam hoặc tử cung hoặc âm đạo ở nữ.

Giai đoạn IV. Giai đoạn này tế bào ung thư có thể di căn tới hạch bạch huyết và các cơ quan khác như phổi, xương hoặc gan.

Tái phát. Điều này có nghĩa ung thư quay trở lại sau khi được điều trị. Nó có thể xảy ra ở cùng một chỗ hoặc những phần khác của cơ thể.

Biến chứng: Ung thư bàng quang có thể dẫn tới thiếu máu, đi tiểu không kiểm soát được và tắc niệu quản gây chặn dòng tiểu bình thường xuống bàng

quang (ứ nước thận). Nhưng biến chứng nghiêm trọng nhất là di căn của ung thư tới các cơ quan khác.

Điều trị

Giống như nhiều người mắc ung thư, bạn có thể lựa chọn tham gia vai trò hành động trong các quyết định ảnh hưởng tới các chăm sóc y tế của bạn. Nếu thế, cố gắng biết nhiều trong khả năng của bạn về ung thư bàng quang và những khả năng điều trị của bạn. Khi là một phần của quá trình này, bạn cũng có thể xem xét đến khả năng xin ý kiến tư vấn của cÁc chuyên gia về ung thư bàng quang như bác sĩ tiết niệu, ung thư nội khoa hoặc ung thư tiết niệu.

Cuối cùng, cách điều trị tốt nhất cho bạn sẽ phụ thuộc vào một số yếu tố, bao gồm loại và sự phát triển của ung thư bàng quang, cũng như tuổi, sức khoẻ chung của bạn. Dưới đây là một vài khả năng điều trị:

Phẫu thuật

Điều trị phẫu thuật thường là khả năng tốt nhất cho những người mắc ung thư bàng quang. Những quá trình phổ biến nhất gồm:

Cắt u qua niệu đạo

Thường được dùng để điều trị ung thư bàng quang bề mặt. Trong suốt quá trình cắt u qua niệu đạo, bác sĩ đưa ống soi - một dụng cụ với thấu kính đặc biệt và hệ thống ánh sáng - vào trong bàng quang của bạn qua niệu đạo. Ung thư được lấy bỏ bằng một vòng dây nhỏ và bất kỳ tế bào ung thư nào còn tồn tại sẽ được đốt cháy bằng dòng điện.

Trong một vài trường hợp, laser năng lượng cao được dùng thay thế cho dòng điện. Bản thân cắt u qua niệu đạo gây ra một vài vấn đề bất lợi. Bạn có khả năng có máu trong nước tiểu hoặc đau khi đi tiểu một vài ngày sau quá trình phẫu thuật. Nhưng vì ung thư bàng quang thường tái phát lại, bạn sẽ cần gặp bác sĩ nội soi kiểm tra 3 đến 6 tháng 1 lần.

Cắt bàng quang bán phần

Quá trình này có thể là một khả năng lựa chọn khi u đã xâm lấn 1 phần của thành bàng quang. Nó chỉ lấy bỏ phần bàng quang chứa tế bào ung thư. Để cắt bỏ u, phẫu thuật viên cần tạo một đường rạch trên bụng. Gây mê thông thường được dùng, và bạn thường ở lại bệnh viện 1 tuần đến 10 ngày. Tác dụng phụ chính của phẫu thuật này là đi tiểu thường xuyên. Mặc dù vấn đề thường là tạm thời, nó có thể trở thành vĩnh viễn ở một vài người.

Cắt bàng quang triệt căn

Bác sĩ có thể sử dụng phẫu thuật mở rộng này cho ung thư bàng quang xâm lấn hoặc ung thư bề mặt ảnh hưởng đến phần lớn bàng quang. Nó bao gồm cắt bỏ toàn bộ bàng quang cũng như hạch bạch huyết xung quanh và một phần niệu đạo. Ở nam, tuyến tiền liệt, túi tinh - nơi sản xuất dung dịch trong tinh dịch - và một phần của ống dẫn tinh cũng được lấy bỏ. Ở nữ, cắt bàng quang triệt căn thường có nghĩa cắt bỏ buồng trứng, vòi trứng và một phần âm đạo.

Sau cắt bàng quang triệt căn, phẫu thuật viên có thể tạo 1 bàng quang mới cho bạn hoặc 1 cái túi - ở bên trong hoặc bên ngoài - để thu nước tiểu.

Cắt bàng quang triệt căn có thể làm thay đổi cuộc sống, ảnh hưởng không chỉ đến khả năng đi tiểu mà còn ảnh hưởng đến khả năng tình dục của bạn. Phụ nữ bị mất buồng trứng và vòi trứng không có khả năng mang thai và bắt đầu mãn kinh ngay lập tức.

Ngoài ra, cắt bỏ 1 phần âm đạo khi phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến khả năng hoạt động tình dục.

Trong quá khứ, phần lớn nam giới bị liệt dương sau cắt bỏ bàng quang triệt căn. Ngày nay, quá trình phẫu thuật mới có thể ngăn chặn vấn đề này ở một nhóm nam giới được lựa chọn. Mặc dù vậy, cắt bỏ tuyến tiền liệt và túi tinh có nghĩa tinh dịch không được sản xuất và tinh trùng không được giải phóng trong quá trình phóng tinh.

Ung thư bàng quang thường xảy ra ở nam sau nhiều năm hoạt động tình dục, nhưng một vài người có cắt bỏ bàng quang sớm trong cuộc đời lựa chọn gửi tinh trùng vào ngân hàng trước phẫu thuật. Những người khác có thể sau này quyết định thực hiện quá trình lấy tinh trùng từ tinh hoàn.

Điều trị tia xạ

Điều trị này dùng tia X năng lượng cao để phá huỷ tế bào ung thư và thu nhỏ u. Nó thường được dùng nhất sau phẫu thuật để loại trừ những tế bào ung thư vẫn còn sót lại. Khi không có khả năng phẫu thuật, thỉnh thoảng tia xạ được dùng thay thế, nhưng nó kém hiệu quả hơn phẫu thuật.

Trong điều trị ung thư bàng quang, tia xạ có thể từ bên ngoài cơ thể (xạ ngoài) hoặc từ các chất phóng xạ được đặt trực tiếp vào trong bàng quang (xạ trong).

Xạ ngoài thường được thực hiện trong điều trị ngoại trú, 5 ngày 1 tuần trong vòng 5 đến 7 tuần.

Bạn có thể thấy mệt mỏi trong suốt quá trình xạ trị, đặc biệt là những tuần điều trị cuối. Xạ ngoài có thể làm cho da của bạn trở nên đỏ, yếu và ngứa - cũng như khi bạn phơi nắng. Phụ nữ cũng có thể bị khô âm đạo, và nam giới có thể bị liệt dương. Xạ trị cũng có thể gây ra đi tiểu và đi ngoài không kiểm soát, liệt dương ở nam và kích thích trực tràng dẫn đến ỉa chảy. Những tác dụng phụ này thường là tạm thời. Trong thời gian này, bác sĩ của bạn có thể đánh giá đo lường để làm cho chúng có thể kiểm soát được.

Điều trị hoá chất

Điều trị hoá chất là dùng các thuốc để phá huỷ tế bào ung thư. Bác sĩ của bạn có thể đề nghị điều trị hoá chất sau phẫu thuật để phá huỷ những ổ ung thư nhỏ còn sót lại, nhưng đôi khi cũng có thể điều trị trước phẫu thuật trong cố gắng bảo tồn bàng quang.

Trong nhiều trường hợp, 2 hoặc nhiều thuốc được dùng kết hợp. Đôi khi, chúng được đưa trực tiếp vào trong bàng quang qua niệu đạo - quá trình được gọi là điều trị nội bàng quang. Điều trị này thường được dùng sau cắt u qua niệu đạo để giúp ngăn chặn ung thư bề mặt tái phát. Bạn có khả năng điều trị nội bàng quang 1 đến nhiều tuần.

Điều này không có khả năng áp dụng nếu tế bào ung thư thâm nhập sâu vào trong thành bàng quang hoặc di căn tới các cơ quan khác. Trong trường hợp đó, thuốc hoá chất được đưa vào bằng đường tĩnh mạch để chúng có thể theo dòng máu tới tất cả các phần của cơ

thể (hoá chất toàn thân). Điều trị này được thực hiện nhiều chu kỳ, tạo cơ hội cho cơ thể bạn phục hồi giữa các lần điều trị.

Thậm chí, tác dụng phụ của hoá chất - rụng tóc, buồn nôn, nôn và mệt mỏi - có thể nghiêm trọng. Nó xảy ra do hoá chất ảnh hưởng đến các tế bào lành - đặc biệt các tế bào phát triển nhanh trong đường tiêu hoá, tóc và tuỷ xương - cũng như các tế bào ung thư. Không phải tất cả mọi người đều có tác dụng phụ này, tuy nhiên, ngày nay có nhiều cách tốt hơn để kiểm soát chúng nếu xảy ra.

Hoá chất toàn thân cũng có thể làm giảm số lượng tế bào bạch cầu và hồng cầu của bạn, làm bạn tạm thời dễ bị nhiễm khuẩn và xuất huyết. Ngoài ra, một vài thuốc dùng để điều trị ung thư bàng quang có thể gây tổn thương thận. Để giúp ngăn ngừa các vấn đề về thận, bạn có thể được truyền nhiều dịch trong suốt quá trình điều trị và khuyên uống nhiều dịch.

Điều trị sinh học

Điều trị miễn dịch kích thích hệ thống miễn dịch của bản thân cơ thể bạn chống lại ung thư. Nó thường được dùng sau cắt u qua niệu đạo để giúp ngăn ngừa ung thư bàng quang bề mặt tái phát. Trực khuẩn BCG (Bacille Calmette-Guerin), một vi khuẩn được dùng trong văc-xin phòng lao, chất kích thích miễn dịch thường được sử dụng nhất. Khi vào trong bàng quang của bạn, vi khuẩn gây ra phản ứng ức chế sự hình thành và phát triển của u. BCG được đưa trực tiếp vào trong bàng quang qua một ống nhỏ, mềm (ống thông) trong 2 giờ, mỗi tuần một lần. Điều trị có thể kéo dài 6 đến nhiều tuần.

Trong suốt quá trình điều trị BCG, bạn có thể có phản ứng bàng quang hoặc máu trong nước tiểu và cảm thấy như là bị cúm. Bác sĩ của bạn có thể gợi ý một vài phương pháp y học để giúp giảm một vài dấu hiệu và triệu chứng này. Nếu bạn bị sốt cao kéo dài, không đáp ứng với các thuốc giảm đau, hãy nhanh chóng đến gặp bác sĩ của bạn để điều trị. Điều này có thể chỉ ra rằng nhiễm khuẩn BCG đã lan rộng, có thể nghiêm trọng.

Những điều trị khác

Những điều trị chuẩn cho ung thư bàng quang thường có thể không hiệu quả, hoặc bạn có thể có một vài tác dụng phụ. Trong trường hợp đó, nhiều điều trị khác có thể được dùng. Một khả năng đó là điều trị ánh sáng chức năng.

Quá trình điều trị này gồm hai phần giúp phá huỷ tế bào ung thư bàng quang. Ban đầu, bạn được tiêm hoá chất được thu hút bởi tế bào ung thư nhưng không được thu hút bởi tế bào lành. Những tế bào chứa hoá chất sau đó được tiếp xúc với ánh sáng laser, giết chết hoặc làm tổn thương nghiêm trọng tế bào.

Điều trị ánh sáng chức năng có thể gây ra những tác dụng phụ nghiêm trọng, như nhiễm khuẩn bàng quang mạn tính, hẹp bàng quang và nhạy cảm với ánh sáng kéo dài. Mặc dù có nhiều triển vọng, phương pháp này cũng chỉ được thực hiện ở một số trung tâm ở một số nước và cần có nhiều nghiên cứu trước khi nó được điều trị thường quy.

Phục hồi cấu trúc bàng quang

Trong cắt bàng quang triệt căn, bàng quang của bạn được cắt bỏ toàn bộ. Sau đó ngay lập tức phẫu

thuật viên tái tạo lại hệ tiết niệu để bạn có thể thải nước tiểu hiệu quả. Có nhiều khả năng tái tạo bàng quang. Cách tốt nhất cho bạn phụ thuộc vào một số yếu tố, bao gồm sức khoẻ chung, sự lan rộng của ung thư. Trong tất cả các trường hợp, mục đích là duy trì chất lượng cuộc sống càng nhiều càng tốt. Một vài quá trình tái tạo bao gồm:

- *Ống dẫn nước tiểu:* Đây là phẫu thuật đơn giản nhất với ít nguy cơ biến chứng nhất. Nó tiến hành cô lập một đoạn ruột non của bạn và gắn 1 đầu vào niệu quản. Đầu kia được nối mở ra ngoài ở phần thấp của ổ bụng qua một ống dẫn nước tiểu vào trong một túi nhỏ. Bạn mang túi đó bên ngoài cơ thể và đổ nó 3 đến 4 lần một ngày. Buổi tối bạn có thể sử dụng túi lớn hơn cho phép bạn ngủ qua đêm.

- *Lỗ thoát có thể đưa ống thông vào:* Loại phục hồi này không cần dùng đến túi. Thay vào đó, phẫu thuật viên sẽ tạo nên một túi nhỏ có khả năng chứa được 3 đến 4 tách nước tiểu. Bạn đổ nước tiểu đi từ túi nhiều lần trong một ngày bằng cách dùng ống thông. Bởi vì kích thước của túi không thay đổi, bạn phải đổ nước tiểu trong cả ban đêm.

- *Bàng quang mới:* Trong quá trình phục hồi này, phẫu thuật viên đúng là đã tạo lại một bàng quang. Điều này được hoàn thành bằng cách nối một túi tương tự dùng trong phương pháp lỗ thoát có thể đưa ống thông vào với một ống để đưa nước tiểu khỏi cơ thể bạn (qua niệu đạo). Kết quả là bạn có thể thải nước tiểu mà không cần mở ra bên ngoài, mặc dù bạn có thể cần một ống thông đưa vào trong niệu đạo. Tái tạo bàng quang mới không có khả năng thực hiện nếu một phần hoặc

toàn bộ niệu đạo của bạn đã bị cắt bỏ, và nó có thể dẫn tới một số biến chứng, bao gồm sẹo, rỉ nước tiểu và tiểu tiện không kiểm soát được.

Phòng bệnh

Mặc dù ung thư bàng quang thường không phòng tránh được, bạn có thể thực hiện những bước dưới đây để giúp làm giảm nguy cơ:

- *Không hút thuốc.* Không hút thuốc có nghĩa rằng những chất gây ung thư trong khói thuốc không thể tập trung trong bàng quang.

- *Cẩn thận với những hoá chất và nguồn nước mới.* Nếu bạn làm việc với hoá chất, thực hiện tất cả những hướng dẫn an toàn để tránh phơi nhiễm. Nếu bạn có giếng nước riêng, bạn có thể muốn xét nghiệm để kiểm tra hàm lượng cao thạch tín trong nước.

- *Uống nhiều dịch.* Uống dịch, đặc biệt là nước, làm loãng những chất độc có thể tập trung trong nước tiểu và đưa chúng ra khỏi bàng quang nhanh chóng.

- *Học cách ưa thích bông cải xanh.* Nghiên cứu 10 năm được thực hiện bởi các nhà nghiên cứu tại Trường sức khoẻ cộng đồng Harvard chỉ ra rằng, ăn nhiều rau họ cải, như bông cải xanh và bắp cải, có thể làm giảm nguy cơ ung thư bàng quang ở nam. Mặc dù ăn nhiều rau tươi và quả là quan trọng với sức khoẻ chung, chỉ bông cải xanh và bắp cải dường như có ảnh hưởng giảm nguy cơ ung thư bàng quang. Các bác sĩ Harvard chỉ nghiên cứu ở nam, và kết quả đó không biết liệu có đúng ở nữ hay không.

- *Tập trung phát hiện sớm các vấn đề sức khoẻ.* Nếu thấy máu trong nước tiểu, hãy đến gặp bác sĩ.

- *Kỹ năng:* Sống cùng với ung thư không bao giờ là dễ dàng. Nhưng làm giảm những ảnh hưởng tới cơ thể của ung thư bàng quang và những biện pháp điều trị nó có thể đặc biệt khó khăn. Điều này đặc biệt đúng nếu bạn có một ống dẫn nước tiểu hoặc túi nước tiểu. Bạn có thể băn khoăn về những thay đổi trong cơ thể bạn sẽ ảnh hưởng đến hoạt động bình thường, mối quan hệ và hoạt động tình dục của bạn như thế nào.

Nó có thể giúp để biết việc mang ống dẫn nước tiểu hoặc túi nước tiểu không có nghĩa bạn không thể hoạt động hoặc sống bình thường. Những túi đó nhỏ, kín đáo dưới quần áo và không bị rỉ. Bạn cũng có thể làm việc, du lịch, luyện tập và thậm chí cả bơi.

Những gợi ý dưới đây có thể giúp bạn hạn chế ung thư bàng quang

- *Tìm cách làm cho cuộc sống dễ dàng hơn.* Nếu bạn đi tiểu không kiểm soát hoặc cần thay túi nước tiểu, cố gắng ngồi phía cuối của rạp hát, phòng hoà nhạc hoặc phòng họp. Bằng cách đó bạn có thể kín đáo nếu cần đi vào nhà vệ sinh. Ngồi hàng ghế giữa trên máy bay hoặc tàu. Hãy nghỉ ngơi khi có kế hoạch du lịch, tham quan dài.

Chia sẻ mối quan tâm của bạn với người khác. Khi bạn cảm thấy sẵn sàng, hãy nói chuyện với người mà bạn tin cậy về mối quan tâm của bạn. Có thể với bạn bè, thành viên trong gia đình, bác sĩ, nhân viên xã hội, nhà tư vấn. Bạn cũng có thể thấy hữu ích khi nói chuyện với những người khác mắc ung thư bàng quang. Họ có thể nói cho bạn cách rèn luyện những vấn đề tương tự mà bạn phải đối mặt.

UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

Ung thư nội mạc tử cung thường gặp 70% ở phụ nữ sau mãn kinh, 25% tiền mãn kinh và 5% trong độ tuổi sinh đẻ. Tại Việt Nam, ung thư nội mạc tử cung có tỷ lệ mắc là 2,5/100.000 dân, tỷ lệ tử vong là 0,9/100.000 dân, đứng hàng thứ 12 trong các loại ung thư ở nữ giới.

Tử cung là một tạng rỗng, thân tử cung được cấu tạo chính bởi 2 lớp: trong cùng được lót một lớp mỏng gọi là nội mạc tử cung, phía ngoài là lớp cơ. Ung thư nội mạc tử cung là bệnh mà các tế bào của lớp nội mạc tử cung bị biến đổi ác tính thành tế bào ung thư. Các tế bào ung thư phát triển tạo thành khối u tại chỗ sau đó xâm lấn rộng, phá vỡ các tổ chức xung quanh và cuối cùng theo đường máu hoặc bạch huyết các tế bào ung thư này sẽ di căn đến hạch bạch huyết hoặc các cơ quan ở xa khác như phổi, gan, não, xương...

Các yếu tố nguy cơ gây bệnh

Tuổi ung thư nội mạc tử cung gặp chủ yếu ở phụ nữ sau mãn kinh (75%), đa số trong khoảng 55-60 tuổi, khoảng 5% xuất hiện ở tuổi dưới 40; mất cân bằng estrogen ở những người có vòng kinh không phóng noãn; điều trị nội tiết thay thế bằng estrogen; những người có kinh sớm (trước 12 tuổi) và mãn kinh muộn (sau 50 tuổi); không sinh con; béo phì; chế độ ăn nhiều mỡ động vật; mắc bệnh tăng huyết áp; đái tháo đường; mắc ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng; dùng thuốc tamoxifen điều trị ung thư vú... Các yếu tố có tác dụng phòng bệnh đó là điều chỉnh chế độ ăn uống (tăng

cường rau quả, giảm chất béo động vật), duy trì cân nặng hợp lý, dùng thuốc tránh thai hay thuốc nội tiết thay thế có progestin có thể làm giảm nguy cơ mắc bệnh này.

Triệu chứng thường gặp

- *Ở phụ nữ đã mãn kinh:* Chảy máu, chảy dịch hoặc máu lẫn dịch bất thường ở âm đạo. Chảy máu lúc đầu ở dạng loãng, có các vệt máu, sau đó lượng máu tăng dần lên.

- *Ở phụ nữ chưa mãn kinh:* Chảy máu ngoài chu kỳ kinh nguyệt, chảy máu sau quan hệ tình dục.

Khi có các dấu hiệu bất thường trên, người bệnh cần phải đến các cơ sở y tế chuyên khoa để khám xét tỉ mỉ và làm các xét nghiệm cần thiết giúp chẩn đoán được bệnh từ giai đoạn sớm.

Bệnh ở giai đoạn muộn, các triệu chứng có thể gặp như đau bụng, đái ra máu hoặc bí đái do khối u chèn ép, xâm lấn vào bàng quang, hoặc có khi đi ngoài ra máu hoặc không đi ngoài được do khối u chèn ép, xâm lấn vào trực tràng phía sau. Về toàn trạng, bệnh nhân có thể có các biểu hiện mệt mỏi, thiếu máu, gầy sút cân, đặc biệt có những bệnh nhân đế bệnh quá muộn, khi đến viện bệnh đã ở giai đoạn cuối, di căn nhiều nơi, việc chữa trị rất khó khăn, tốn kém và ít hiệu quả. Vì vậy nhận biết được các dấu hiệu sớm của bệnh, chị em nên đi khám để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Khi đến khám bệnh, bệnh nhân có thể cần làm một số xét nghiệm như: nạo buồng tử cung lấy bệnh phẩm làm tế bào học và giải phẫu bệnh học giúp chẩn

đoán bệnh một cách chắc chắn, ngoài ra cần khám và làm một số xét nghiệm: chụp buồng tử cung vòi trứng, siêu âm, soi buồng tử cung, chụp hệ tiết niệu, soi bàng quang, trực tràng khi nghi ngờ có xâm lấn tới hai cơ quan này; chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ giúp chẩn đoán mức độ lan rộng của bệnh.

Các giai đoạn của bệnh:

Giai đoạn I: U phát triển giới hạn ở thân tử cung.

Giai đoạn II: U xâm lấn lan rộng đến cổ tử cung nhưng chưa lan ra khỏi tử cung.

Giai đoạn III: U lan ra ngoài tử cung nhưng còn khu trú trong khung chậu.

Giai đoạn IV: Đã có di căn xa.

Ở giai đoạn càng sớm thì tỷ lệ chữa khỏi càng cao, đó còn là cơ sở quan trọng giúp cho các bác sĩ lựa chọn các phương pháp điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân.

Phương pháp điều trị bệnh ung thư nội mạc tử cung: Bao gồm phẫu thuật, tia xạ, hoá chất và nội tiết.

Điều trị bằng phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất, được áp dụng cho phần lớn các bệnh nhân ở giai đoạn sớm (giai đoạn I, II). Ở giai đoạn muộn hơn, khi khối u đã lan rộng, việc phẫu thuật triệt căn gặp nhiều khó khăn và có nhiều biến chứng, do vậy điều trị chủ yếu ở giai đoạn này là tia xạ và hoá chất.

Điều trị nội tiết được áp dụng cho những trường hợp khối u phát triển phụ thuộc vào nội tiết. Sau khi kết thúc điều trị các bệnh nhân cần được theo dõi sát bằng khám định kỳ bao gồm khám lâm sàng, siêu âm, chụp phổi,... 3 tháng một lần trong 2 năm đầu, 6 tháng

một lần trong các năm tiếp theo để kịp thời phát hiện tái phát hoặc di căn nếu có.

UNG THƯ ÂM HỘ

Ung thư âm hộ được coi là một bệnh hiếm thấy. Bệnh thường gặp nhiều hơn ở những phụ nữ ngoài 50 tuổi, tuy nhiên, ngày nay bởi nhiều lý do khác nhau như thói quen sinh hoạt, chế độ dinh dưỡng chưa chuẩn mực nhiều trường hợp phụ nữ trẻ cũng mắc bệnh.

Nguyên nhân

Nguyên nhân chính xác của bệnh vẫn chưa rõ nhưng các chuyên gia đã đưa ra một số phỏng đoán như do:

- Những khối u biểu mô bên trong - VIN (viết tắt của cụm từ tiếng Anh vulval intra neoplasia), những khối u biểu mô này biến chuyển thành yếu tố tiền ung thư trong da âm hộ. Khối u này ban đầu có thể chưa phải là ung thư nhưng nó có thể tiến triển thành ung thư.

Tuy nhiên, nếu như ai đó bị các khối u này thì cũng đừng quá lo lắng, vì đa số các trường hợp chỉ là lành tính. Các triệu chứng thường gặp nhất là ngứa. Vùng bị khối u biểu mô có thể sưng lên với vùng da dày và đỏ, với những vết đốm có màu trắng nhợt hơn hoặc sẫm hơn.

- Virus gây u nhú HPV được nghĩ như một nguyên nhân gây bệnh, khoảng từ 3 đến 5/10 trường hợp ung thư âm hộ mà nguyên nhân là do HPV. Virus này lây

truyền qua các đường tình dục. Có nhiều loại virus HPV và một vài loài có nguy cơ gây ung thư cao.

- Nghiện thuốc. Nghiên cứu cho thấy nghiện thuốc có thể tăng nguy cơ phát triển cả ung thư biểu mô và ung thư âm hộ.

- Bệnh da và viêm mãn tính, một số bệnh da có nguy cơ phát triển thành ung thư như bệnh xơ hoá cứng da có những mảng tổn thương cứng tròn, bệnh Lichen hoặc bệnh xơ hoá xương mãn tính tuổi già - bệnh Pagets.

Triệu chứng

- Ngứa rát và đau xung quanh âm hộ.
- Cục u hoặc mụn nổi lên rất rõ trên da.
- Ra máu và khí hư nhiều.
- Đau rát khi tiểu tiện.

Khi có một trong các dấu hiện trên chưa chắc bạn đã có bệnh liên quan đến ung thư, tuy nhiên vẫn nên đi khám, kiểm tra để có thể phát hiện bệnh sớm.

Chuẩn đoán và chữa trị

Bác sĩ phụ khoa sẽ cho bạn làm xét nghiệm máu, thăm khám bên ngoài để phát hiện những vùng có các mô tế bào bất bình thường. Kiểm tra bên trong để tìm những chỗ khác thường của âm đạo, cổ tử cung và có thể lấy sinh thiết để xác minh chuẩn đoán.

Phẫu thuật là biện pháp xử lý chính đối với ung thư âm đạo. Điều trị bằng hoá chất và trị xạ cũng có thể là những biện pháp cần thiết. Các lựa chọn điều trị sẽ phụ thuộc vào loại ung thư cũng như vị trí và kích thước của khối u đó.

UNG THƯ XƯƠNG

Ung thư xương là gì?

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, Ewings 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.

Ewings 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. Nhưng không bàn luận ở đây.

Leukemia, đa u tuỷ, và u lympho là ung thư bắt nguồn từ tế bào ở tuỷ 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 nhu cầu mỗi bệnh nhân.

Các phương pháp điều trị

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 bệnh viện, dưỡng đường, hay phòng khám tại nhà của bác sĩ. Tuy nhiên, tuỳ theo loại thuốc điều trị bệnh nhân cần phải ở trong bệnh viện một thời gian ngắn.

Hoá trị luôn phối hợp với phẫu thuật ung thư xương. Đôi lúc, hoá trị được dùng để thu nhỏ kích thước u trước khi phẫu thuật. Hoá 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 tái phát. Có khi bệnh nhân được hoá trị trước và sau phẫu thuật. Đối với vài loại ung thư xương hoá trị phối hợp với xạ trị. Hoá 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 huỷ u hay những tế bào ung thư còn sót lại sau phẫu thuật.

Bệnh nhân cần phải đến bệnh viện hay dưỡng đường mỗi ngày để xạ trị. Thường điều trị 5 ngày một tuần, trong 5 đến 8 tuần.

UNG THƯ THẬN

Bạn cần biết gì về bệnh ung thư thận?

Nhiều nhà khoa học đang nghiên cứu bệnh ung thư thận để hiểu biết thêm về loại bệnh này. Họ đang tìm kiếm thêm về nguyên nhân gây bệnh, và các bác sĩ cũng đang thăm dò thêm nhiều cách mới để điều trị bệnh.

Thận

Thận là một cặp cơ quan ở hai bên của cột sống trong phần bụng dưới, trên đỉnh của mỗi thận là một tuyến thượng thận. Một khối mô mỡ và một lớp mô xơ bao bọc ở phía ngoài quanh hai thận và tuyến thượng thận.

Hai thận là một phần của hệ thống tiết niệu. Chúng sản xuất ra nước tiểu bằng việc loại bỏ nước và lượng nước thừa trong máu. Nước tiểu tụ tập trong một khoảng trống (bể thận) ở giữa thận. Nước tiểu đi từ bể thận vào trong bàng quang qua một ống được gọi là niệu quản. Nước tiểu ra khỏi cơ thể qua một đường ống khác (niệu đạo).

Thận còn sản xuất ra những chất giúp kiểm soát huyết áp và sản xuất ra các hồng cầu.

Sự hiểu biết về bệnh ung thư thận

Ung thư bắt đầu trong các tế bào là những thành phần tạo thành các mô. Các mô tạo thành các cơ quan của cơ thể. Thông thường, các tế bào phát triển và phân chia thành những tế bào mới khi cơ thể cần đến chúng. Khi các tế bào già, chúng chết đi và những tế bào mới thay thế chúng.

Đôi khi, quá trình có trật tự này bị sai sót. Những tế bào mới sinh ra khi cơ thể không cần đến chúng và những tế bào già không chết đi khi chúng cần phải chết. Những tế bào tăng thêm này có thể tạo thành một khối mô được gọi là tăng sản hoặc khối u. Những khối u có thể là lành tính hoặc ác tính.

Một số bệnh ung thư có thể bắt đầu từ trong thận. Loại bệnh này đôi khi được gọi là ung thư biểu mô thận hoặc u dạng mô thượng thận.

Một loại khác của ung thư là ung thư tế bào chuyển tiếp, ảnh hưởng đến vùng bể thận. Loại ung thư này cùng loại với ung thư bàng quang và nó thường được điều trị như ung thư bàng quang. U Wilms là loại phổ biến nhất của ung thư thận ở trẻ em. Loại ung thư này khác với ung thư thận ở người lớn và đòi hỏi quá trình điều trị khác nhau.

Khi ung thư thận lan tràn ra ngoài thận, các tế bào ung thư thường được tìm thấy gần các hạch bạch huyết. Ung thư thận còn có thể lan tràn vào phổi, xương hoặc gan. Ung thư cũng có thể lan tràn từ thận này sang thận bên kia.

Khi ung thư lan tràn (di căn) từ vị trí nguyên phát của nó đến các phần khác của cơ thể, khối u mới có những tế bào bất thường cùng loại và có tên giống với khối u nguồn gốc.

Ví dụ, nếu ung thư thận lan tràn đến phổi, các tế bào ung thư trong phổi trên thực tế là các tế bào ung thư thận. Bệnh này là ung thư thận di căn, không phải ung thư phổi. Bệnh được điều trị như ung thư thận, không phải ung thư phổi. Đôi khi, các bác sĩ gọi khối u mới là khối u di căn hoặc bệnh ở "xa".

Ai có nguy cơ bị ung thư thận?

Hầu hết, bệnh ung thư thận thường phát triển ở những người trên 40 tuổi, nhưng không ai biết chính xác nguyên nhân của loại bệnh này. Các bác sĩ hiếm khi có thể giải thích được tại sao ở người này phát triển bệnh ung thư thận và ở người khác thì không. Tuy nhiên, có điều rõ ràng là bệnh ung thư thận không lây truyền. Không ai có thể "nhiễm" bệnh từ một người khác.

Những nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người có một số yếu tố nguy cơ nhất định thì có khả năng phát triển bệnh ung thư thận hơn những người khác. Yếu tố nguy cơ là bất cứ điều gì làm tăng khả năng phát triển bệnh của người đó.

Nhiều nghiên cứu đã tìm được những yếu tố nguy cơ đối với bệnh ung thư thận như sau:

- *Hút thuốc lá:* Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ chính. Những người hút thuốc lá có khả năng phát triển bệnh ung thư thận gấp hai lần những người không hút thuốc. Hút thuốc lá còn có thể làm tăng nguy cơ của bệnh này.

- *Béo phì:* Những người béo phì có tăng nguy cơ bệnh ung thư thận.

- *Huyết áp cao:* Huyết áp cao làm tăng nguy cơ bệnh ung thư thận.

- *Sự thẩm tách kéo dài:* Thẩm tách là một phương pháp điều trị dành cho những người có hai thận hoạt động kém. Phương pháp này loại bỏ những chất độc trong máu. Điều trị thẩm tách trong nhiều năm là một yếu tố nguy cơ của bệnh ung thư thận.

- *Hội chứng Von Hippel-Lindau* (VHL): VHL là một bệnh hiếm gặp trong một số gia đình. Bệnh này gây nên do những sự thay đổi trong gene VHL. Gene VHL bất thường làm tăng nguy cơ của bệnh thận. Bệnh này có thể còn gây ra những u nang hoặc những khối u trong mắt, não, và những bộ phận khác của cơ thể. Các thành viên trong những gia đình có hội chứng này cần làm xét nghiệm để kiểm tra gene VHL bất thường. Đối với những người có gene VHL bất thường, các bác sĩ có thể gợi ý nhiều cách để cải thiện sự phát triển bệnh ung thư thận và những bệnh khác trước khi các triệu chứng bệnh phát triển.

- *Nghề nghiệp:* Một số người có nguy cơ cao bị bệnh ung thư thận vì họ tiếp xúc với một số chất hoá học nhất định hoặc những chất trong môi trường làm việc. Những công nhân luyện than trong ngành công nghiệp sắt và thép là có nguy cơ cao. Những công nhân bị phơi nhiễm với amiăng hoặc catmi cũng có thể có nguy cơ ung thư thận.

- *Giới tính:* Nam giới có khả năng được chẩn đoán bệnh ung thư thận hơn nữ giới. Hàng năm ở Mỹ có khoảng 20 nghìn nam giới và 12 nghìn phụ nữ biết được họ bị bệnh ung thư thận.

Hầu hết, những người có những yếu tố nguy cơ này lại không mắc phải bệnh ung thư thận. Nói cách khác, hầu hết những người mắc phải căn bệnh này có những yếu tố nguy cơ không được biết đến. Những người nghĩ rằng mình có thể có nguy cơ nên hỏi ý kiến bác sĩ. Bác sĩ có thể gợi ý cho bạn những cách để làm giảm nguy cơ và có thể lập ra một lịch kiểm tra thích hợp.

Những triệu chứng

Những triệu chứng phổ biến của bệnh ung thư thận bao gồm:

- Máu trong nước tiểu (làm cho nước tiểu bình thường nhạt màu thành đỏ sẫm).
- Đau ở bên sườn mà không khỏi.
- Xuất hiện một cục hoặc một khối u bên sườn hoặc ổ bong.
- Giảm cân.
- Sốt.
- Cảm thấy rất mệt mỏi hoặc có cảm giác sức khoẻ chung xấu đi.

Thông thường, những triệu chứng này không có nghĩa là bệnh ung thư. Sự nhiễm khuẩn, một u nang, hoặc một vấn đề khác cũng có thể gây ra những triệu chứng như vậy. Một người có bất cứ triệu chứng nào trong số những triệu chứng trên nên đi khám bệnh, như vậy bệnh có thể được chẩn đoán và điều trị sớm nhất có thể.

Chẩn đoán

Nếu một bệnh nhân có những triệu chứng gợi ý bệnh ung thư thận, bác sĩ có thể thực hiện một hoặc nhiều hơn những biện pháp sau đây:

- *Kiểm tra tổng thể:* Bác sĩ kiểm tra những dấu hiệu chung của sức khoẻ và xét nghiệm nếu có sốt và huyết áp cao. Bác sĩ còn nắn vùng bụng và sườn để tìm những khối u.

- *Xét nghiệm nước tiểu:* Kiểm tra nước tiểu để tìm máu và những dấu hiệu khác của bệnh.

- *Xét nghiệm máu:* Phòng xét nghiệm kiểm tra máu để xem hai thận đang làm việc có tốt không. Phòng xét nghiệm cũng có thể kiểm tra mức của một vài chất khác, ví dụ như creatinin. Một mức cao của creatinin có thể có nghĩa là thận làm việc không được tốt.

- *Chụp X-quang tĩnh mạch* (IVP): Bác sĩ tiêm một loại thuốc đặc biệt vào một tĩnh mạch ở cánh tay. Thuốc này theo máu chảy đi khắp cơ thể và tụ tập trong thận. Thuốc được tiêm vào làm cho hai thận hiện rõ trên hình ảnh X-quang. Sau đó, một loạt các hình ảnh X-quang theo dấu vết thuốc được chụp hình vì thuốc chảy qua hai thận đến niệu quản và bàng quang. Phim X-quang có thể cho thấy một khối u thận hoặc những vấn đề khác nếu có.

- *Chụp cắt lớp vi tính:* Một máy chụp X-quang được nối với một máy vi tính tạo ra hàng loạt các hình ảnh chi tiết của hai thận. Người bệnh có thể được tiêm một loại thuốc đặc biệt để cho thận hiện rõ trên phim. Chụp cắt lớp có thể cho thấy khối u thận.

- *Xét nghiệm siêu âm:* Thiết bị siêu âm sử dụng những sóng âm mà con người không thể nghe thấy được. Những sóng âm này phát ra từ hai thận, và một máy vi tính sử dụng những tiếng vang để tạo ra một hình ảnh được gọi là siêu âm đồ. Một khối u đặc hoặc u nang được hiện rõ trên siêu âm đồ.

- *Sinh thiết:* Trong một số trường hợp, bác sĩ có thể thực hiện một sinh thiết. Sinh thiết là lấy ra một mẫu mô để tìm các tế bào ung thư. Bác sĩ đưa một kim nhỏ qua da vào trong thận để lấy ra một mảnh mô nhỏ. Bác sĩ có thể dùng siêu âm hoặc máy X-quang để hướng

dẫn mũi kim. Bác sĩ nghiên cứu giải phẫu bệnh dùng một kính hiển vi để tìm các tế bào ung thư trong mảnh mô đó.

- *Phẫu thuật:* Trong hầu hết các trường hợp, dựa trên kết quả chụp cắt lớp và chụp X-quang, bác sĩ có đủ thông tin để đề nghị phẫu thuật lấy ra một phần hoặc cả một bên thận. Bác sĩ nghiên cứu giải phẫu bệnh sẽ đưa ra chẩn đoán cuối cùng qua việc nghiên cứu mẫu mô dưới kính hiển vi.

Định giai đoạn

Để lập được kế hoạch điều trị tốt nhất, bác sĩ cần biết được giai đoạn của bệnh (phạm vi bệnh). Giai đoạn bệnh được dựa trên kích thước của một khối u, ung thư đã lan tràn chưa, nếu có thì đã lan tràn đến phần nào của cơ thể.

Định giai đoạn có thể bao gồm những xét nghiệm hình ảnh như siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính. Bác sĩ có thể còn sử dụng kỹ thuật chụp cộng hưởng từ MRI. Đối với loại xét nghiệm này, một cục nam châm cực mạnh được nối với một máy tính tạo ra những hình ảnh chi tiết của các bộ phận và mạch máu.

Các bác sĩ mô tả bệnh ung thư thận bằng các giai đoạn sau:

- *Giai đoạn I:* Là giai đoạn sớm của bệnh ung thư thận. Khối u đo được lên đến 7cm. Khối u này không lớn hơn một quả bóng tennis. Các tế bào ung thư chỉ được tìm thấy trong thận.

- *Giai đoạn II:* Cũng là giai đoạn sớm của bệnh ung thư thận, nhưng khối u đo được lớn hơn 7cm. Các tế

bào ung thư chỉ được tìm thấy trong thận.

- *Giai đoạn III*: Là một trong những trường hợp sau:

+ Khối u không lan rộng ra ngoài thận, nhưng các tế bào ung thư đã lan tràn qua hệ thống bạch huyết đến một hạch bạch huyết gần đó; hoặc

+ Khối u đã xâm lấn vào tuyến thượng thận hoặc lớp mỡ và mô xơ xung quanh thận, nhưng các tế bào ung thư vẫn chưa lan tràn vượt ra ngoài lớp mô xơ. Các tế bào ung thư có thể được tìm thấy trong một hạch bạch huyết gần đó; hoặc

+ Các tế bào ung thư đã lan tràn từ thận đến một mạch máu lớn gần đó. Các tế bào ung thư có thể được tìm thấy trong một hạch bạch huyết gần đó.

- *Giai đoạn IV*: là một trong những trường hợp sau:

+ Khối u đã lan rộng ra ngoài lớp mô xơ xung quanh thận; hoặc

+ Các tế bào ung thư được tìm thấy trong nhiều hơn một hạch bạch huyết; hoặc

+ Ung thư đã lan tràn đến các nơi khác trong cơ thể, ví dụ như phổi.

Bệnh ung thư tái phát là bệnh đã quay trở lại (phát bệnh lại) sau điều trị. Bệnh có thể trở lại ở thận hoặc trong một phần khác của cơ thể.

Điều trị

Nhiều người bị ung thư thận muốn nắm được từng bước trong việc ra những quyết định về chăm sóc sức khoẻ của mình. Họ muốn học hỏi tất cả những gì có thể về bệnh tật và những sự lựa chọn điều trị.

Bác sĩ có thể giới thiệu bệnh nhân đến một bác sĩ

chuyên khoa, hoặc bệnh nhân có thể yêu cầu được giới thiệu với các bác sĩ chuyên khoa. Các bác sĩ chuyên khoa điều trị bệnh ung thư thận bao gồm các bác sĩ chuyên về những loại bệnh của hệ thống tiết niệu (khoa tiết niệu) và các bác sĩ chuyên về ung thư (bác sĩ chuyên khoa ung thư nội khoa và các bác sĩ chuyên khoa xạ trị ung thư).

Chuẩn bị cho quá trình điều trị

Việc điều trị phụ thuộc chủ yếu vào giai đoạn bệnh và độ tuổi và tình hình sức khoẻ chung của bệnh nhân. Bác sĩ có thể mô tả những lựa chọn điều trị và thông báo về những kết quả mong đợi. Bác sĩ và bệnh nhân có thể cùng tham gia để phát triển một kế hoạch điều trị phù hợp với những nhu cầu của bệnh nhân.

Những phương pháp điều trị

Những người bị ung thư thận có thể được phẫu thuật, gây nghẽn mạch động mạch, liệu pháp xạ trị, liệu pháp sinh học hoặc hoá trị liệu. Một số người có thể được điều trị kết hợp nhiều phương pháp.

Ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh, những người bị ung thư thận có thể phải điều trị để kiểm soát sự đau đớn và những triệu chứng khác, để giảm nhẹ những tác dụng phụ của điều trị và để làm dịu những xúc cảm và những vấn đề thiết thực khác. Loại điều trị này được gọi là chăm sóc hỗ trợ, quản lý triệu chứng hoặc chăm sóc giảm nhẹ. Thông tin về chăm sóc hỗ trợ có trên trang web của Trung tâm Nghiên cứu và phát hiện sớm ung thư.

Người bệnh có thể muốn hỏi bác sĩ về việc tham gia vào một thử nghiệm lâm sàng, chuyên nghiên cứu tìm kiếm những phương pháp điều trị mới.

Phẫu thuật

Phẫu thuật là phương pháp điều trị phổ biến nhất đối với bệnh ung thư thận. Đây là một loại của liệu pháp cục bộ. Phương pháp này xử lý khối ung thư trong thận và vùng gần với khối u.

Một ca mổ để loại bỏ thận được gọi là phẫu thuật cắt bỏ thận. Có một số kiểu phẫu thuật cắt bỏ thận. Loại phẫu thuật phụ thuộc chính vào giai đoạn của khối u. Bác sĩ có thể giải thích từng ca mổ và mô tả loại nào là thích hợp nhất đối với người bệnh.

- *Cắt bỏ thận hoàn toàn:* Ung thư thận thường được xử lý bằng cắt bỏ thận hoàn toàn. Bác sĩ phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ thận cùng với tuyến thượng thận và một số mô xung quanh thận. Một số hạch bạch huyết trong vùng này cũng có thể được cắt bỏ.

- *Phẫu thuật cắt bỏ thận đơn giản:* Bác sĩ phẫu thuật chỉ cắt bỏ thận. Một số người với bệnh ung thư thận giai đoạn I có thể chỉ cần làm phẫu thuật này.

- *Cắt bỏ thận từng phần:* Bác sĩ phẫu thuật chỉ cắt bỏ phần thận có khối u. Loại phẫu thuật này có thể được sử dụng khi người bệnh chỉ có một thận, hoặc khi khối ung thư ảnh hưởng đến cả hai thận. Hơn nữa, một người với khối u thận nhỏ (nhỏ hơn 4cm) có thể được áp dụng loại phẫu thuật này.

Gây nghẽn (tắc) động mạch

Gây nghẽn động mạch là một loại của liệu pháp

cục bộ làm khối u co nhỏ lại. Đôi khi phương pháp này được áp dụng trước khi mổ để làm cho việc phẫu thuật dễ dàng hơn. Khi phẫu thuật không thích hợp, gây nghẽn động mạch có thể được sử dụng để giúp làm giảm nhẹ những triệu chứng của bệnh ung thư thận.

Bác sĩ đưa vào mạch máu ở chân một ống nhỏ (ống thông). Ống này được luồn đến mạch máu chính (động mạch thận) cung cấp máu cho thận. Bác sĩ tiêm một chất vào mạch máu để ngăn chặn dòng chảy của máu vào thận. Sự bao vây này ngăn chặn khối u nhận oxy và những dưỡng chất khác mà nó cần để phát triển.

Liệu pháp xạ trị

Liệu pháp xạ trị là một loại khác của liệu pháp cục bộ. Phương pháp này sử dụng những tia năng lượng cao để giết các tế bào ung thư. Phương pháp này chỉ tác dụng lên các tế bào ung thư trong vùng được điều trị. Một chiếc máy lớn chiếu trực tiếp tia xạ vào cơ thể. Bệnh nhân được điều trị phương pháp này ở bệnh viện 5 ngày một tuần, trong một vài tuần.

Một số nhỏ các bệnh nhân phải điều trị tia xạ trước khi phẫu thuật để làm co nhỏ khối u lại. Một số bệnh nhân phải điều trị sau phẫu thuật để giết các tế bào ung thư có thể còn sót lại trong vùng đó. Những người không thể phẫu thuật được có thể điều trị tia xạ để giảm nhẹ đau đớn và những vấn đề khác gây nên do ung thư.

Liệu pháp sinh học

Liệu pháp sinh học là một loại của liệu pháp toàn cơ thể. Phương pháp này sử dụng những chất lưu chuyển qua dòng máu, nắm bắt và tác động đến các tế

bào trên khắp cơ thể. Liệu pháp sinh học sử dụng khả năng tự nhiên của cơ thể (hệ thống miễn dịch) để chống lại bệnh ung thư.

Đối với những bệnh nhân bị ung thư thận ác tính, bác sĩ có thể gợi ý loại interferon-1 hoặc interleukin-2 (còn được gọi là IL-2). Thông thường, cơ thể sản sinh ra những chất này với lượng nhỏ để đối phó lại những nhiễm khuẩn và những bệnh khác. Đối với việc điều trị ung thư, những chất này được sản xuất trong phòng thí nghiệm với một lượng lớn để sử dụng cho bệnh nhân.

Hoá trị liệu

Hoá trị liệu cũng là một loại của liệu pháp cơ thể. Các loại thuốc chống ung thư đi vào dòng máu và đi khắp cơ thể. Mặc dù là hữu ích đối với nhiều bệnh ung thư khác, những loại thuốc chống ung thư cũng có những hạn chế khi sử dụng chống lại bệnh ung thư thận. Tuy nhiên, các bác sĩ đang nghiên cứu nhiều loại thuốc mới và nhiều loại kết hợp mới để có thể chứng minh sự hữu ích hơn.

Những tác dụng phụ của điều trị ung thư

Do điều trị có thể gây nguy hiểm cho những tế bào và mô khoẻ mạnh, những tác dụng phụ không mong muốn là phổ biến. Những tác dụng phụ này phụ thuộc chính vào loại và phạm vi của điều trị. Những tác dụng phụ có thể không giống đối với mỗi người, và chúng có thể thay đổi từ đợt điều trị này đến đợt điều trị khác. Trước khi điều trị bắt đầu, các bác sĩ sẽ giải thích những tác dụng phụ có thể có và gợi ý những cách để giúp người bệnh chế ngự chúng.

Phẫu thuật

Phải mất một thời gian để lành vết thương sau phẫu thuật, và thời gian cần để bình phục đối với mỗi người là khác nhau. Nhiều bệnh nhân thường thấy khó chịu trong vài ngày đầu. Tuy nhiên, dùng thuốc có thể thường xuyên kiểm soát được sự đau đớn của họ. Trước khi phẫu thuật, bác sĩ có thể điều chỉnh lại kế hoạch điều trị nếu cần làm giảm nhẹ sự đau đớn hơn nữa.

Thường thì bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi hoặc ốm yếu trong một thời gian. Các bác sĩ theo dõi bệnh nhân để tìm những dấu hiệu của những vấn đề về thận bằng việc giám sát lượng nước bệnh nhân uống vào và lượng nước tiểu thải ra. Họ còn theo dõi những dấu hiệu của máu, nhiễm khuẩn, hoặc những vấn đề khác phụ thuộc vào lần điều trị gần đây nhất. Phòng xét nghiệm làm những xét nghiệm giúp đội chăm sóc sức khoẻ giám sát dấu hiệu của những vấn đề này.

Nếu một thận phải cắt bỏ, bên thận còn lại nói chung phải thực hiện công việc của cả hai thận. Tuy nhiên, nếu thận còn lại làm việc không tốt hoặc nếu cả hai thận đã bị cắt bỏ, cần phải dùng phương pháp thẩm tách để lọc máu. Đối với một vài bệnh nhân, ghép thận có thể là một sự lựa chọn. Bác sĩ phẫu thuật ghép thay thế thận của bệnh nhân bằng một thận khoẻ mạnh của một người hiến tặng.

Sau khi dùng phương pháp gây tắc nghẽn mạch, một số bệnh nhân bị đau tái phát hoặc bị sốt. Những tác dụng phụ khác là buồn nôn và bị nôn. Những vấn đề này sẽ hết sớm.

Điều trị tia xạ

Những tác dụng phụ của điều trị tia xạ phụ thuộc chính vào lượng tia xạ và phần cơ thể được điều trị. Bệnh nhân có thể trở nên rất mệt mỏi trong quá trình điều trị tia xạ, đặc biệt trong những tuần cuối của đợt điều trị. Việc nghỉ ngơi là quan trọng nhưng các bác sĩ thường khuyên bệnh nhân cố gắng duy trì các hoạt động khi họ có thể.

Điều trị tia xạ vào thận và những vùng xung quanh có thể gây nên chứng buồn nôn, nôn, ỉa chảy, hoặc khó đi tiểu. Điều trị tia xạ còn có thể gây nên sự giảm số lượng các tế bào bạch cầu khoẻ mạnh, giúp bảo vệ cơ thể chống lại sự nhiễm khuẩn. Hơn nữa, vùng da điều trị đôi khi có thể bị đỏ, khô và nhạy cảm. Tuy nhiên, những tác dụng phụ của điều trị tia xạ có thể đang là mối nguy hiểm, bác sĩ có thể thường xuyên xem xét và kiểm soát chúng.

Liệu pháp sinh học

Liệu pháp sinh học có thể gây ra những triệu chứng giống như bệnh cúm, ví dụ cảm giác ớn lạnh, sốt, nhức mỏi cơ, ốm yếu, mất cảm giác ngon miệng, buồn nôn, nôn, và ỉa chảy. Nhiều bệnh nhân có thể còn bị phát ban ở da. Những vấn đề này có thể có ảnh hưởng xấu nhưng chúng có thể hết sau khi điều trị kết thúc.

Hoá trị liệu

Những tác dụng phụ của hoá trị liệu phụ thuộc chính vào những loại thuốc cụ thể và lượng thuốc dùng mỗi lần. Nhìn chung, những loại thuốc chống ung thư ảnh hưởng đến các tế bào phân chia nhanh, đặc biệt là:

- *Những tế bào máu:* Những tế bào này chống lại sự

nhiễm khuẩn, giúp cho máu đông và vận chuyển oxy đến tất cả các bộ phận của cơ thể. Khi những loại thuốc này tác động đến các tế bào máu, bệnh nhân có thể dễ bị nhiễm khuẩn hơn, có thể dễ bị vết thâm tím và chảy máu, và có thể cảm thấy rất yếu và mệt mỏi.

- *Các tế bào chân tóc:* Hoá trị liệu có thể gây ra rụng tóc. Tóc sẽ mọc trở lại, nhưng đôi khi lớp tóc mới có phần khác về màu sắc và cấu trúc.

- *Các tế bào lót bộ máy tiêu hoá:* hoá trị liệu có thể gây ra chứng chán ăn, buồn nôn và nôn, tiêu chảy, hoặc miệng và môi lở loét. Nhiều triệu chứng này có thể kiểm soát được bằng các loại thuốc.

Dinh dưỡng và chăm sóc tiếp tục

- *Dinh dưỡng:* Người bệnh cần phải ăn tốt trong suốt quá trình điều trị ung thư. Họ cần có đủ lượng calo để duy trì một mức cân nặng hợp lý và lượng protein để giữ sức khoẻ. Dinh dưỡng tốt thường giúp cho bệnh nhân ung thư cảm thấy khoẻ hơn và có năng lượng tốt hơn.

Nhưng việc ăn uống tốt có thể rất khó khăn. Bệnh nhân có thể thấy không muốn ăn nếu họ thấy khó chịu và mệt mỏi. Hơn nữa, những tác dụng phụ của điều trị như chán ăn, buồn nôn, hoặc nôn, có thể là một khó khăn. Một số bệnh nhân còn thấy rằng thức ăn không có mùi vị ngon trong suốt quá trình điều trị ung thư.

Bác sĩ, chuyên gia dinh dưỡng, hoặc các nhà chăm sóc sức khoẻ khác có thể gợi ý cho bạn nhiều cách để duy trì một chế độ ăn khoẻ mạnh. Bệnh nhân và gia đình của họ có thể đọc thêm những cuốn sách nhỏ

hoặc trên website của chúng tôi để có nhiều kiến thức hữu ích.

- *Chăm sóc tiếp tục*: Tiếp tục chăm sóc sau điều trị ung thư thận là quan trọng. Thậm chí, khi mà dường như khối ung thư đã hoàn toàn được loại bỏ và tiêu diệt, đôi khi bệnh vẫn quay trở lại vì những tế bào ung thư có thể vẫn còn trong cơ thể sau khi điều trị. Bác sĩ giám sát sự phục hồi của người bệnh đã được điều trị ung thư thận và kiểm tra sự tái phát của bệnh ung thư. Những kiểm tra này giúp đảm bảo rằng bất cứ sự thay đổi nào về sức khoẻ đều được ghi chép lại. Người bệnh có thể phải làm nhiều loại xét nghiệm, chụp X-quang ngực, chụp cắt lớp hoặc những xét nghiệm khác.

Việc sống chung với một loại bệnh nguy hiểm như ung thư thận không phải là điều dễ dàng. Những người bị bệnh ung thư thận có thể thấy lo lắng về việc chăm lo cho gia đình của họ, làm thế nào để giữ được việc làm, hoặc là việc tiếp tục được những hoạt động hàng ngày. Những lo lắng về những lần điều trị tiếp theo và kiểm soát được những tác dụng phụ, những lần phải ở lại bệnh viện và việc thanh toán tiền thuốc là hết sức bình thường. Các bác sĩ, y tá và những nhà tư vấn có thể trả lời những câu hỏi về việc điều trị, việc làm, hoặc những hoạt động khác. Việc gặp gỡ với một nhà tư vấn có thể rất hữu ích cho những người muốn được nói ra những cảm giác của họ hoặc được cùng thảo luận về những lo lắng của họ.

Những hội hỗ trợ nếu có cũng có thể giúp bạn được. Trong những nhóm này, bệnh nhân hoặc các thành viên trong gia đình gặp gỡ với các bệnh nhân hoặc các thành viên của các gia đình khác để cùng chia

sẻ những gì họ học hỏi được trong vấn đề đối phó với bệnh tật và những ảnh hưởng của điều trị. Những nhóm này có thể hỗ trợ trực tiếp từng người, qua điện thoại, hoặc trên mạng Internet.

Sự hứa hẹn của nghiên cứu ung thư

Các bác sĩ ở nhiều nước đang chỉ đạo nhiều loại thử nghiệm lâm sàng. Đây là những nghiên cứu có nhiều người tình nguyện tham gia. Trong những thử nghiệm lâm sàng này, các bác sĩ đang nghiên cứu nhiều phương pháp mới để điều trị bệnh ung thư thận. Nghiên cứu đã đưa đến những tiến bộ, và những nhà nghiên cứu tiếp tục tìm kiếm những phương pháp điều trị có tác dụng hơn.

Những bệnh nhân tham gia vào những nghiên cứu này có cơ hội được hưởng lợi ích trước tiên từ những điều trị đã cho thấy có triển vọng trong những nghiên cứu trước đó. Họ còn đóng góp quan trọng cho nền khoa học Y khoa bằng việc giúp các bác sĩ hiểu biết tốt hơn về bệnh. Tuy nhiên, những thử nghiệm lâm sàng có thể gây ra một số nguy cơ, các nhà nghiên cứu đang làm tất cả có thể để bảo vệ bệnh nhân của mình.

Các nhà khoa học đang nghiên cứu về phẫu thuật, liệu pháp sinh học, hoá trị liệu và những sự kết hợp của những loại điều trị này. Họ còn đang phối hợp hoá trị liệu với nhiều phương pháp điều trị mới, như là ghép tế bào gốc. Ghép tế bào gốc cho phép bệnh nhân được điều trị với liều lượng thuốc cao. Lượng thuốc cao tiêu diệt cả những tế bào ung thư và những tế bào bình thường trong tuỷ xương. Sau đó, bệnh nhân nhận được những tế bào gốc khoẻ mạnh từ một người hiến tặng.

Những tế bào máu mới phát triển ra từ những tế bào gốc được cấy ghép.

Những phương pháp khác cũng đang được nghiên cứu. Ví dụ, nhiều nhà nghiên cứu đang nghiên cứu những loại vacxin ung thư, giúp cho hệ thống miễn dịch tìm kiếm và tấn công các tế bào ung thư thận.

UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Những điều cần biết về ung thư tuyến giáp

Tuyến giáp là một tuyến nằm ở cổ. Có hai loại tế bào sản xuất hormone. Các tế bào nang (các tế bào tạo thành các hình túi nhỏ hay còn gọi là nang tuyến) sản xuất hormone tuyến giáp, nó ảnh hưởng đến nhịp tim, nhiệt độ và mức năng lượng của cơ thể. Các tế bào C sản xuất calcitonin, một hormone giúp kiểm soát mức calci trong máu.

Tuyến giáp hình con bướm, nằm ở trước cổ, bên cạnh hộp thanh âm. Nó có hai phần hoặc hai thuỳ. Hai thuỳ phân cách nhau bởi một phần mỏng gọi là eo.

Tuyến giáp thường không thể sờ thấy qua da. Một thuỳ giáp sưng to có thể nhìn thấy hay sờ thấy như một cục ở trước cổ. Tuyến giáp sưng to được gọi là bướu giáp. Phần lớn các bướu giáp sinh ra do không đủ iod trong thức ăn. Iod là một chất tìm thấy trong loài giáp xác (sò, tôm, cua) và muối iod.

Các typ chính của ung thư tuyến giáp:

Ung thư biểu mô nhú và nang chiếm tới 80 đến 90% tất cả các ung thư tuyến giáp. Cả hai loại bắt

nguồn từ các tế bào nang của tuyến giáp. Hầu hết các ung thư nhú và nang có xu hướng phát triển chậm. Nếu chúng được phát hiện sớm, hầu hết có thể được điều trị có hiệu quả.

Ung thư tuyến giáp thể tuỷ chiếm 5 đến 10% các trường hợp ung thư tuyến giáp. Nó phát sinh từ các tế bào C, không phải từ các tế bào nang. Ung thư tuyến giáp thể tuỷ có thể dễ dàng kiểm soát nếu nó được tìm thấy và điều trị trước khi nó lan tràn ra các phần khác của cơ thể.

Ung thư tuyến giáp mất biệt hoá là loại ung thư tuyến giáp ít phổ biến nhất (chỉ chiếm 1 - 2% các trường hợp). Nó phát sinh trong các tế bào nang. Các tế bào ung thư bất thường cao và khó nhận biết. Loại này của ung thư rất khó kiểm soát vì các tế bào ung thư có xu hướng phát triển và lan tràn rất nhanh.

Nếu ung thư tuyến giáp lan tràn (di căn) ra ngoài tuyến giáp, các tế bào ung thư được tìm thấy ở gần hạch bạch huyết, dây thần kinh hoặc các mạch máu. Nếu ung thư xâm nhập được vào các hạch bạch huyết, các tế bào ung thư cũng có thể lan tràn tới các hạch bạch huyết khác hoặc tới các cơ quan khác như phổi hoặc xương.

Khi ung thư lan tràn từ một vị trí nguồn gốc (ban đầu) tới một phần khác của cơ thể, u mới có các tế bào bất thường cùng loại và cùng tên với u nguyên phát. Ví dụ nếu ung thư tuyến giáp lan tràn tới phổi, các tế bào ung thư ở phổi là tế bào ung thư tuyến giáp. Bệnh là ung thư tuyến giáp di căn, không phải là ung thư phổi. Nó được điều trị như một ung thư tuyến giáp, không

phải như một ung thư phổi. Đôi khi các bác sĩ gọi u mới là "bệnh xa" hoặc bệnh di căn.

Ai có nguy cơ mắc ung thư tuyến giáp?

Không ai biết các nguyên nhân chính xác của ung thư tuyến giáp. Nhưng rõ ràng là ung thư tuyến giáp không lây.

Các nghiên cứu vừa chứng minh rằng những người có một số yếu tố nguy cơ dễ phát sinh ung thư tuyến giáp hơn những người khác. Yếu tố nguy cơ là một cái gì đó làm tăng cơ hội của một người phát sinh bệnh.

Những yếu tố nguy cơ dưới đây kết hợp với tăng cơ hội phát sinh ung thư tuyến giáp:

- *Xạ trị*: Những người phơi nhiễm với các mức cao của tia xạ dễ bị phát sinh ung thư nhú hoặc nang tuyến giáp hơn những người khác.

- *Một nguồn quan trọng của nhiễm xạ là điều trị bằng tia X*. Giữa những năm 1920 và 1950, các bác sĩ sử dụng tia X liều cao để điều trị các trẻ em có amidan sưng to, mụn trứng cá và các vấn đề khác ảnh hưởng đến vùng đầu và cổ. Sau này, các nhà khoa học đã tìm thấy rằng ở một số người được điều trị theo hình thức này phát sinh ung thư tuyến giáp. Các tia X được sử dụng để chẩn đoán thường quy như chụp phim X-quang răng, chụp phim lồng ngực sử dụng một liều rất nhỏ tia X. Lợi ích của nó thường vượt xa rất nhiều so với các nguy cơ.

Tuy nhiên, phơi nhiễm nhắc lại có thể có hại, vì vậy một ý tưởng tốt cho mọi người là hãy hỏi nha sĩ và bác sĩ của mình về yêu cầu cho mỗi lần chụp X-quang và đề nghị sử dụng các trường che (shield) bảo vệ các phần khác của cơ thể.

- *Một nguồn bức xạ khác của cơ thể là bụi phóng xạ.* Nguồn bụi phóng xạ này có thể từ các vụ thử vũ khí hạt nhân (như các vụ thử vũ khí hạt nhân ở Mỹ và các nơi khác chủ yếu trong những năm 1950 và 1960, tai nạn của nhà máy điện nguyên tử (như vụ nổ nhà máy điện nguyên tử ở Chernobyl năm 1986 ở Liên xô cũ) hoặc bụi phóng xạ thoát ra từ nhà máy chế tạo vũ khí hạt nhân (như ở nhà mÁy Hanford ở bang Washington vào cuối những năm 1940. Các bụi phóng xạ này có chứa iod phóng xạ (I-131). Những người phơi nhiễm với một hay nhiều nguồn I-131, đặc biệt, nếu là trẻ em vào thời điểm phơi nhiễm có thể tăng nguy cơ với bệnh tuyến giáp.

- *Lịch sử gia đình.* Ung thư biểu mô tuyến giáp thể tuỷ có thể gây nên do một biến đổi hoặc tổn hại trong một gene gọi là RET. Gene RET bị tổn hại có thể được truyền từ bố mẹ cho con. Hầu như mỗi người có gene RET bị tổn hại sẽ phát sinh ung thư tuyến giáp thể tuỷ. Một xét nghiệm máu có thể phát hiện được gene RET bị tổn hại. Nếu một gene RET bị tổn hại được phát hiện ở một người ung thư biểu mô tuỷ tuyến giáp, bác sĩ có thể gợi ý các thành viên trong gia đình xét nghiệm gene RET. Với những người có mang gene RET biến đổi, bác sĩ có thể yêu cầu xét nghiệm thường xuyên hoặc phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp trước khi ung thư phát sinh. Khi ung thư tuyến giáp thể tuỷ xảy ra trong một gia đình, bác sĩ có thể gọi đây là "ung thư tuyến giáp thể tuỷ gia đình" hoặc "hội chứng nhiều u nội tiết" (hội chứng MEN). Những người có hội chứng MEN có xu hướng phát sinh một số loại ung thư khác.

Một số nhỏ những người có lịch sử gia đình mắc bệnh bướu giáp hoặc một số poc-lyp tiền ung thư ở đại tràng có nguy cơ phát sinh ung thư tuyến giáp thể tuỷ.

- *Là phụ nữ.* Tại Mỹ, phụ nữ có nguy cơ mắc ung thư tuyến giáp cao hơn nam giới từ 2 đến 3 lần.

- *Tuổi.* Hầu hết các bệnh nhân ung thư tuyến giáp ở tuổi trên 40. Những người với ung thư tuyến giáp mất biệt hoá thường trên 65 tuổi.

- *Chủng tộc.* Tại Mỹ, những người Mỹ nguồn gốc châu Phi thường bị ung thư tuyến giáp nhiều hơn.

- *Không đủ iod trong chế độ ăn.* Tuyến giáp cần iod để sản xuất hormone của mình. Tại một số nước và ở Việt Nam iod được bổ sung vào muối để bảo vệ người dân khỏi bị bệnh tuyến giáp. Ung thư tuyến giáp hình như ít phổ biến hơn ở những nước iod không là một phần của khẩu phần ăn.

Nhiều người có các yếu tố nguy cơ đã biết không bị ung thư tuyến giáp. Trái lại nhiều người mắc ung thư tuyến giáp nhưng không có bất kỳ yếu tố nào trong các yếu tố nguy cơ này. Những người nghĩ rằng mình có nguy cơ phát sinh ung thư tuyến giáp có thể trình bày những băn khoăn của mình với bác sĩ. Bác sĩ có thể gợi ý các phương pháp để làm giảm nguy cơ hoặc có thể lập các kế hoạch thích hợp để kiểm tra.

Các triệu chứng

Ung thư tuyến giáp sớm thường không gây các triệu chứng. Tuy nhiên khi bệnh phát triển, các triệu chứng có thể bao gồm:

- Một u hay một nhân ở trước cổ vùng tuyến giáp.

- Giọng khàn hoặc khó nói giọng bình thường.
- Hạch bạch huyết sưng to, đặc biệt là các hạch cổ.
- Khó nuốt hoặc khó thở.
- Đau ở họng hoặc ở cổ.

Các dấu hiệu này không phải là dấu hiệu chắc chắn của ung thư tuyến giáp. Một nhiễm trùng, một bướu giáp lành tính hoặc một vấn đề khác cũng có thể gây nên các triệu chứng này. Một người nào đó có các triệu chứng này cần đi khám bác sĩ càng sớm càng tốt. Chỉ có bác sĩ mới có thể chẩn đoán và điều trị các biểu hiện bệnh này.

Chẩn đoán

Nếu một người có các triệu chứng gợi ý ung thư tuyến giáp, bác sĩ có thể thực hiện khám thực thể và hỏi về lịch sử bệnh của cá nhân bệnh nhân và gia đình. Bác sĩ cũng có thể chỉ định các xét nghiệm hoặc các thử nghiệm chẩn đoán hình ảnh để có các hình ảnh của tuyến giáp và các vùng khác.

Việc khám và xét nghiệm có thể bao gồm:

- *Khám thực thể.* Bác sĩ sẽ sờ vùng cổ, tuyến giáp và các hạch ở cổ để phát hiện những phát triển (nhân u) hoặc xưng to bất thường.

- *Các xét nghiệm máu.* Bác sĩ có thể xét nghiệm các mức bất thường của hormone kích thích tuyến giáp TSH trong máu. TSH cũng kiểm soát các tế bào của tuyến giáp nhanh như thế nào.

Nếu một ung thư tuyến giáp thể tuỷ bị nghi ngờ, bác sĩ sẽ kiểm tra mức cao bất thường của calci trong

máu. Bác sĩ cũng có thể chỉ định các xét nghiệm máu để phát hiện gen RET biến đổi hoặc tìm mức cao của calcitonin.

Siêu âm: Máy siêu âm sử dụng sóng âm con người không nghe thấy được. Các sóng dịch chuyển qua tuyến giáp và một máy vi tính sử dụng các âm này để tạo nên hình ảnh gọi là siêu âm đồ. Trên hình ảnh này, bác sĩ có thể nhìn thấy có bao nhiêu nhân u trong tuyến giáp, chúng lớn bằng nào và liệu chúng là đặc hay chứa đầy dịch bên trong.

Quét hình y học hạt nhân: Bác sĩ có thể yêu cầu xét nghiệm quét hình y học hạt nhân. Phương pháp này sử dụng một lượng rất nhỏ vật liệu phóng xạ để làm cho các nhân u tuyến giáp hiện hình trên ảnh. Các nhân hấp thụ ít các vật liệu phóng xạ hơn mô tuyến giáp xung quanh gọi là nhân lạnh. Các nhân lạnh có thể lành tính hay ác tính. Các nhân nóng hấp thụ nhiều các vật liệu phóng xạ hơn mô tuyến giáp xung quanh và thường là lành tính.

Sinh thiết: Kỹ thuật lấy mô để tìm tế bào ung thư gọi là sinh thiết. Sinh thiết có thể cho biết ung thư, những thay đổi mô dẫn đến ung thư và các bệnh khác. Sinh thiết là phương pháp duy nhất để biết liệu một nhân u có phải là ung thư không.

Bác sĩ có thể lấy mô bằng kim hay không trong khi phẫu thuật:

Hút kim nhỏ: Với nhiều bệnh nhân, bác sĩ lấy mẫu mô từ nhân u tuyến giáp bằng một kim nhỏ. Bác sĩ giải phẫu bệnh (bác sĩ bệnh học) quan sát các tế bào dưới kính hiển vi để tìm ung thư. Đôi khi bác sĩ sử dụng

máy siêu âm để hướng dẫn kim vào nhân u.

Sinh thiết phẫu thuật: nếu một chẩn đoán không thể thực hiện được bằng hút kim nhỏ, bác sĩ có thể mổ để lấy nhân u. Sau đó bác sĩ giải phẫu bệnh sẽ kiểm tra mô này để tìm các tế bào ung thư.

Giai đoạn bệnh

Nếu một chẩn đoán tuyến giáp là ung thư, bác sĩ cần biết giai đoạn bệnh (hay sự lan tràn của bệnh) để lập kế hoạch điều trị một cách tốt nhất. Xác định giai đoạn là một việc làm thận trọng để biết liệu ung thư đã lan tràn chưa và nếu đã lan tràn thì ung thư lan tràn tới phần nào của cơ thể.

Bác sĩ có thể sử dụng siêu âm, chụp cộng hưởng từ hạt nhân (còn gọi là MRI) hoặc chụp cắt lớp vi tính (còn gọi là CT) để tìm hiểu liệu ung thư đã lan tràn đến hạch bạch huyết hoặc các vùng khác ở cổ chưa. Bác sĩ cũng có thể sử dụng quét hình y học hạt nhân toàn cơ thể, chẳng hạn như "quét hình toàn cơ thể bằng I-131 để chẩn đoán" hoặc các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh khác để biết liệu ung thư tuyến giáp đã lan tràn tới các vị trí xa của cơ thể chưa.

Điều trị

Những người mắc ung thư tuyến giáp thường muốn tham gia tích cực vào các quyết định chăm sóc sức khoẻ cho mình. Họ muốn biết tất cả những điều họ có thể biết về bệnh của mình và sự lựa chọn tốt nhất cho việc điều trị bệnh. Tuy nhiên cú sốc và sang chấn tinh thần mạnh sau khi biết mình được chẩn đoán là

ung thư thường làm cho họ khó có thể nghĩ về mọi điều họ muốn hỏi bác sĩ. Thường bệnh nhân nên ghi trước các câu hỏi mình muốn hỏi bác sĩ.

Để giúp nhớ được bác sĩ nói gì, bệnh nhân có thể ghi lại hoặc nếu có điều kiện bệnh nhân có thể xin phép bác sĩ ghi âm lại những điều bác sĩ giải thích. Một số bệnh nhân muốn có một thành viên gia đình hoặc một người bạn cùng có mặt khi họ nói chuyện với bác sĩ để tham gia vào việc thảo luận ghi chép hoặc cùng nghe.

Bác sĩ có thể gửi bệnh nhân đến các bác sĩ ung thư học chuyên về điều trị ung thư hoặc bệnh nhân có thể hỏi các trung tâm tư vấn. Các chuyên gia điều trị ung thư bao gồm các bác sĩ ngoại khoa, các nhà nội tiết học (chuyên điều trị các bệnh tuyến nội tiết), các nhà ung thư học nội khoa (các bác sĩ chuyên điều trị bệnh ung thư bằng thuốc) và các nhà ung thư học xạ trị. Điều trị thường bắt đầu vài tuần sau chẩn đoán. Làm như vậy để có thời gian bệnh nhân hỏi bác sĩ về việc lựa chọn biện pháp điều trị, nghe thêm một ý kiến thứ hai và học hỏi nhiều hơn về ung thư tuyến giáp.

Nghe thêm một ý kiến thứ hai

Trước khi bắt đầu điều trị, bệnh nhân nên nghe một ý kiến thứ hai về chẩn đoán và kế hoạch điều trị bệnh. Cách tốt nhất là tham khảo ý kiến của một bác sĩ giải phẫu bệnh và một bác sĩ chuyên về ung thư học. Bác sĩ giải phẫu bệnh có thể giúp bệnh nhân hiểu rõ thêm về các thể giải phẫu bệnh của bệnh ung thư tuyến giáp và tiến triển của từng thể bệnh. Công việc này đòi hỏi một ít thời gian. Trong nhiều trường hợp, sự chậm lại một thời gian ngắn không làm việc điều trị kém hiệu quả hơn.

Chuẩn bị cho việc điều trị

Bác sĩ có thể giải thích cho bệnh nhân việc lựa chọn biện pháp điều trị và các kết quả hi vọng đạt được với từng cách điều trị. Bác sĩ và bệnh nhân có thể cùng hợp tác để lập một kế hoạch điều trị phù hợp với yêu cầu của bệnh nhân.

Việc điều trị phụ thuộc vào một số yếu tố, bao gồm loại (giải phẫu bệnh) ung thư tuyến giáp, kích thước của nhân u, tuổi của bệnh nhân và liệu ung thư đã lan tràn hay chưa.

Các phương pháp điều trị

Bệnh ung thư tuyến giáp có nhiều cách điều trị. Phụ thuộc vào loại giải phẫu bệnh và giai đoạn, ung thư tuyến giáp có thể được điều trị bằng phẫu thuật, iod phóng xạ, điều trị bằng hormone, xạ ngoài hoặc hoá trị. Một số bệnh nhân được điều trị kết hợp.

Bác sĩ là người trình bày tốt nhất các phương pháp điều trị chọn lọc và thảo luận về các kết quả hi vọng đạt được.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị phổ biến nhất với ung thư tuyến giáp. Phẫu thuật viên cắt bỏ một phần hay toàn bộ tuyến giáp. Loại phẫu thuật phụ thuộc vào loại và giai đoạn bệnh của ung thư tuyến giáp, kích thước u và tuổi của bệnh nhân.

Cắt tuyến giáp toàn bộ - Phẫu thuật lấy toàn bộ tuyến giáp được gọi là cắt tuyến giáp toàn bộ. Phẫu thuật viên lấy tuyến giáp qua một đường rạch ở cổ. Các hạch bạch huyết ở gần cũng được lấy đi. Nếu bác sĩ giải phẫu bệnh tìm thấy các tế bào ung thư trong các hạch,

có nghĩa là bệnh có thể lan tràn ra các phần khác của cơ thể. Trong một số nhỏ các trường hợp, bác sĩ lấy các mô khác ở cổ đã bị ung thư xâm nhập. Một số bệnh nhân đã được mổ cắt tuyến giáp toàn bộ cũng được dùng iod phóng xạ hoặc xạ trị ngoài.

Cắt bỏ thuỳ tuyến - Một số bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú và thể nang có thể được điều trị bằng cắt bỏ thuỳ tuyến. Thuỳ tuyến có nhân ung thư được cắt bỏ. Bác sĩ phẫu thuật cũng có thể lấy một phần mô giáp còn lại hoặc các hạch bạch huyết ở gần. Một số bệnh nhân được cắt bỏ thuỳ tuyến cũng được điều trị bằng iod phóng xạ hoặc phẫu thuật bổ sung để lấy mô tuyến giáp còn lại.

Gần như tất cả các bệnh nhân được mổ cắt một phần hoặc toàn bộ tuyến giáp được dùng viên hormone tuyến giáp để thay thế hormone tự nhiên.

Sau phẫu thuật lần đầu, có thể bác sĩ cần mổ lại vùng cổ vì ung thư đã lan tràn. Các bệnh nhân đã được tiến hành các phẫu thuật này có thể được được điều trị bằng iod 131 (I-131) hoặc xạ trị ngoài để điều trị ung thư tuyến giáp đã lan xa.

Điều trị iod phóng xạ sử dụng iod phóng xạ (I-131) để phá huỷ các tế bào ung thư ở mọi nơi trong cơ thể. Điều trị thường được dùng theo đường miệng (dung dịch hoặc viên nang) với liều nhỏ không gây tác dụng phụ cho những người dị ứng với iod. Sau khi được hấp thu ở ruột, I-131 đi theo đường máu và được tập trung trong các tế bào tuyến giáp. Các tế bào ung thư còn lại ở vùng cổ và các tế bào ung thư đã lan ra các phần khác của cơ thể bị giết khi chúng hấp thụ I-131.

Nếu liều I-131 đủ thấp, bệnh nhân thường được điều trị ngoại trú bằng I-131. Nếu liều I-131 cao, bác sĩ có thể bảo vệ các người khác khỏi bị nhiễm xạ bằng cách ly bệnh nhân trong bệnh viện trong thời gian điều trị. Hầu hết các phóng xạ diễn ra trong một vài ngày. Sau ba tuần chỉ còn lại các vệt iod phóng xạ còn lại trong cơ thể.

Các bệnh nhân mắc ung thư tuyến giáp thể tuỷ hoặc ung thư tuyến giáp mất biệt hoá nói chung không được điều trị bằng I-131. Các loại ung thư tuyến giáp này hiếm khi đáp ứng với điều trị bằng I-131.

Điều trị nội tiết tố. Điều trị nội tiết tố sau phẫu thuật thường là một phần của kế hoạch điều trị các ung thư nhú và nang. Khi bệnh nhân uống viên hormone tuyến giáp, sự phát triển của các tế bào ung thư tuyến giáp còn lại, điều đó làm chậm nguy cơ bệnh tái phát trở lại.

Sau phẫu thuật hoặc sau điều trị bằng I-131 (cắt bỏ hoặc phá huỷ mô tuyến giáp), các bệnh nhân với ung thư tuyến giáp có thể cần dùng viên hormone tuyến giáp để thay thế hormone tuyến giáp tự nhiên.

Xạ trị ngoài. Xạ trị ngoài sử dụng các tia X năng lượng cao để giết các tế bào ung thư. Một máy lớn sẽ hướng các tia phóng xạ vào vùng cổ hoặc vào các vùng của cơ thể có ung thư đã lan tràn.

Xạ trị ngoài là điều trị tại chỗ. Nó chỉ tiêu diệt các tế bào ung thư ở vùng được điều trị. Xạ trị ngoài được sử dụng chủ yếu để điều trị cho những người ung thư tuyến giáp giai đoạn muộn không đáp ứng với điều trị bằng iod phóng xạ. Để xạ trị ngoài, bệnh nhân phải đi

đến bệnh viện, thường 5 ngày một tuần trong nhiều tuần. Xạ trị ngoài cũng được sử dụng để làm giảm đau hoặc chữa các triệu chứng khác.

Hoá trị - là dùng thuốc để giết các tế bào ung thư, đôi khi được sử dụng để điều trị ung thư tuyến giáp. Hoá trị (còn gọi là điều trị hoá chất) được biết là một điều trị hệ thống vì thuốc đi vào dòng máu và đi khắp cơ thể. Với một số bệnh nhân hoá trị có thể kết hợp với xạ trị ngoài.

Những tác dụng phụ của điều trị

Phẫu thuật

Bệnh nhân thường không thoải mái trong những ngày đầu sau điều trị. Tuy nhiên có thể dùng thuốc để làm giảm đau. Bệnh nhân có thể đề nghị bác sĩ hoặc các điều dưỡng viên để được điều trị giảm đau. Bệnh nhân cũng thường cảm thấy mệt mỏi và yếu. Thời gian hồi phục sau phẫu thuật thay đổi theo từng bệnh nhân.

Sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp và các mô và các cơ quan ở gần, chẳng hạn như các tuyến cận giáp, các bệnh nhân có thể cần dùng thuốc (hormone tuyến giáp) hoặc vitamin và các chất bổ sung muối khoáng (vitamin D và calci). Trong một số ít trường hợp, các dây thần kinh và cơ có thể bị tổn thương hoặc lấy đi trong khi phẫu thuật. Nếu điều đó xảy ra, bệnh nhân có thể có biến đổi giọng nói hoặc một bên vai có thể thấp hơn vai bên kia.

Điều trị iod phóng xạ (I-131)

Bệnh nhân có thể có nôn và buồn nôn trong ngày đầu điều trị I-131. Mô tuyến giáp còn lại ở cổ sau phẫu thuật có thể sưng và đau. Nếu ung thư tuyến giáp đó

lan tràn đến các phần khác của cơ thể, I-131 tập trung ở đây có thể gây đau và sưng. Có hiện tượng sưng và đau như vậy vì I-131 phá huỷ các tế bào ung thư nên gây phản ứng viêm tại chỗ.

Bệnh nhân cũng có thể bị khô miệng và mất vị giác hoặc khứu giác (ngửi) trong một thời gian ngắn sau điều trị bằng I-131. Nhai kẹo cao su không đường hoặc mút kẹo cứng không đường có thể làm giảm các triệu chứng này.

Trong quá trình điều trị, bệnh nhân cố gắng uống nhiều nước và các dịch khác. Vì các dịch giúp I-131 đi qua cơ thể nhanh hơn, việc tiếp xúc của bàng quang với I-1131 giảm đi. Như vậy sẽ đảm bảo cho bàng quang ít bị ảnh hưởng của I-131.

Vì điều trị bằng iod phóng xạ sẽ phá hủy các tế bào sản xuất hormone tuyến giáp, bệnh nhân cần dùng viên hormone tuyến giáp để thay thế hormone tự nhiên.

Một tác dụng phụ ở nam giới được điều trị bằ g các liều lớn I-131 là mất khả năng sinh sản. Ở phụ nữ, I-131 không gây mất khả năng sinh sản, nhưng một số bác sĩ khuyên các bệnh nhân nữ nên tránh có mang trong một năm sau khi điều trị bằng I-131.

Theo một số nhà nghiên cứu đã báo cáo rằng phần ít bệnh nhân có thể phát sinh bệnh bạch cầu sau một số năm khi điều trị bằng I-131.

Điều trị hormone (nội tiết tố)

Các viên hormone tuyến giáp không bao giờ gây các tác dụng phụ. Tuy nhiên, một số bệnh nhân có thể bị nổi mụn ở da hoặc rụng một số tóc trong những tháng đầu điều trị.

Bác sĩ sẽ phải theo dõi chặt chẽ mức hormone tuyến giáp trong máu dựa trên những lần đến kiểm tra. Quá nhiều hormone tuyến giáp có thể gây sốt cao và cảm thấy nóng và toát mồ hôi. Nó cũng có thể gây đau ngực, chuột rút và ỉa chảy. Các biểu hiện này được gọi là "cường giáp". Nếu mức hormone tuyến giáp quá thấp, bệnh nhân có thể cảm thấy lạnh, da khô. Bác sĩ thường gọi các biểu hiện này là "thiểu năng tuyến giáp". Nếu cần thiết bác sĩ sẽ điều chỉnh liều cho bệnh nhân.

Xạ trị ngoài

Xạ trị ngoài có thể làm cho bệnh nhân rất mệt mỏi khi điều trị tiếp tục. Nghỉ ngơi là quan trọng nhưng bác sĩ thường khuyên bệnh nhân cố gắng duy trì hoạt động đến mức có thể được. Thêm vào đó, khi bệnh nhân nhận xạ trị ngoài, biểu hiện khá phổ biến là da bệnh nhân trở nên đỏ, khô và căng trong vùng điều trị. Khi vùng cổ được xạ trị ngoài, bệnh nhân có thể cảm thấy giọng khản hoặc khó nuốt. Các biểu hiện khác phụ thuộc vào vùng cơ thể được điều trị. Nếu hoá trị được thực hiện vào cùng thời điểm, các tác dụng phụ có thể nặng hơn. Bác sĩ có thể gợi ý các phương pháp làm giảm nhẹ tác dụng này.

Hoá trị

Có tác dụng phụ của hoá trị phụ thuộc vào các thuốc đặc hiệu được sử dụng. Các tác dụng phụ phổ biến nhất bao gồm buồn nôn, đau miệng, và rụng tóc. Một số tác dụng phụ có thể dùng thuốc để làm giảm nhẹ.

Theo dõi sau điều trị

Theo dõi sau điều trị ung thư tuyến giáp là một phần quan trọng của kế hoạch điều trị nói chung. Kiểm

tra đều đặn đảm bảo bất cứ một thay đổi nào về sức khoẻ đều được ghi nhận. Những vấn đề phát hiện phải được điều trị sớm nhất. Việc kiểm tra cụ thể bao gồm khám lâm sàng, chụp X-quang và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh. Bác sĩ cũng có thể giải thích kế hoạch theo dõi cho bệnh nhân: bệnh nhân phải đi khám thường xuyên như thế nào và loại xét nghiệm nào là cần thiết.

Xét nghiệm quan trọng sau điều trị ung thư tuyến giáp là đo mức thiroglobulin trong máu. Hormone tuyến giáp được lưu giữ trong tuyến giáp được gọi là thiroglobulin. Nếu tuyến giáp đó được cắt bỏ, hay cắt rất ít hoặc không cắt thiroglobulin trong máu. Mức cao của thiroglobulin có nghĩa là các tế bào ung thư tuyến giáp đó phát triển trở lại.

Sáu tuần trước khi xét nghiệm thiroglobulin, bệnh nhân phải dừng uống viên hormone tuyến giáp. Trong thời gian này, một số bệnh nhân có thể uống loại hormone tuyến giáp khác tác dụng ngắn hơn.

Tuy nhiên, tất cả các bệnh nhân phải dừng uống mọi loại hormone tuyến giáp trong hai tuần cuối cùng trước khi xét nghiệm. Khi không có được mức hormone tuyến giáp thích hợp bệnh nhân sẽ cảm thấy không thoải mái. Họ sẽ cảm thấy rất mệt mỏi. Bệnh nhân cần hỏi bác sĩ về các phương pháp đối phó với những khó khăn này. Sau khi xét nghiệm, bệnh nhân lại trở lại với việc điều trị bằng viên hormone tuyến giáp như thường lệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Các bệnh ung thư thường gặp và Đông y phòng chữa bệnh ung thư* - NXB Y học

2. *Các bệnh răng miệng thường gặp - cách phát hiện và điều trị* - NXB Y học

3. *Bệnh gan - Những điều nên và không nên trong cuộc sống* - NXB Hà Nội

4. *Những điều cần biết về ung thư cổ tử cung và ung thư tử cung* - Trung tâm Nghiên cứu và phát hiện sớm ung thư.

5. *Những điều cần biết về ung thư dạ dày và ruột* - Trung tâm Nghiên cứu và phát hiện sớm ung thư.

6. *Cách ăn uống phòng bệnh ung thư* - NXB Phụ nữ.

MỤC LỤC

Phần I. SƠ LƯỢC VỀ BỆNH UNG THƯ 3

BỆNH UNG THƯ LÀ GÌ? 3
Nguyên nhân 4
Triệu chứng 6
8 DẤU HIỆU CẢNH BÁO UNG THƯ 8
20 CÁCH ĐƠN GIẢN PHÒNG CHỐNG BỆNH UNG THƯ 10
NHỮNG THỰC PHẨM DÁNH BẠI BỆNH UNG THƯ 14

Phần II. MỘT SỐ BỆNH UNG THƯ THƯỜNG GẶP VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ 17

UNG THƯ GAN 17
Triệu chứng 18
Nguyên nhân gây bệnh 18
Tình trạng ung thư gan 19
Điều trị ung thư gan 21
UNG THƯ PHỔI 24
Nguyên nhân gây bệnh 24
Triệu chứng 25
Chẩn đoán 26
Điều trị ung thư phổi 29
UNG THƯ BẠCH CẦU 29
Nguyên nhân 31
Dấu hiệu 31
Chẩn đoán bệnh 32
Điều trị 32

Phòng ngừa 34
Ghép tế bào gốc 34
UNG THƯ VÚ 37
Ba bộ kinh điển chẩn đoán xác định ung thư vú:.... 37
Chẩn đoán giai đoạn 39
Điều trị ung thư vú 40
Một số phương pháp điều trị khác:..... 43
UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT (Carcinoma đường mật) .. 43
Dịch tễ học 44
Ghi nhận một số yếu tố gây ung thư đường mật: 45
Phân loại 45
Các dấu hiệu lâm sàng 47
Chẩn đoán 48
Điều trị 50
UNG THƯ RUỘT GIÀ 58
Ung thư ruột già là gì? 58
Ai có thể bị ung thư ruột già? 59
Những nguy cơ đưa đến ung thư ruột già 60
Triệu chứng của ung thư ruột già 61
Làm thế nào để tránh bị ung thư ruột già..... 62
Cách thức định bệnh..... 64
Cách chữa ung thư ruột già 69
UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT 71
Tiền liệt tuyến là gì? 71
Ung thư tiền liệt tuyến là gì?..... 72
Tại sao ung thư tiền liệt tuyến lại nguy hiểm?.... 73
Nguyên nhân gây bệnh 73
Triệu chứng 74
Cách phát hiện bệnh..... 75
Yếu tố ảnh hưởng đến độ chính xác của xét nghiệm.. 76
Chẩn đoán bệnh 77

Các giai đoạn của ung thư tiền liệt tuyến 78
Điều trị bệnh 79
Các phương pháp điều trị:..... 81
Phòng ngừa bệnh..... 88
UNG THƯ DA..... 90
Ung thư da là gì? 90
Dấu hiệu và triệu chứng..... 91
Nguyên nhân 93
Yếu tố gây ung thư da 95
Điều trị..... 96
Phòng ngừa 98
UNG THƯ BIỂU MÔ KHOANG MIỆNG 99
Ung thư khoang miệng cần phát hiện sớm..... 99
Vì sao khoang miệng bị ung thư?..... 100
Dấu hiệu của ung thư khoang miệng..... 100
Ung thư khoang miệng được điều trị như thế nào?..... 101
UNG THƯ VÒM HỌNG 102
Nguyên nhân 102
Triệu chứng 103
Chẩn đoán và điều trị 103
UNG THƯ AMIDAN..... 104
Phương pháp điều trị..... 105
UNG THƯ CÁC XOANG MẶT 109
Các yếu tố liên quan đến bệnh sinh: 109
Tổ chức học:..... 109
Phân loại ung thư các xoang mặt..... 110
Các triệu chứng lâm sàng..... 112
UNG THƯ TRUNG TẤNG CẤU TRÚC 117
Triệu chứng lâm sàng: 117
Chẩn đoán phân biệt:..... 119

UNG THƯ HẠ TẦNG CẤU TRÚC 120
Triệu chứng lâm sàng 120
Chẩn đoán 121
Điều trị 123
Điều trị ung thư biểu mô các xoang mặt 124
UNG THƯ THANH QUẢN 127
Nguyên nhân gây bệnh 127
Triệu chứng lâm sàng 127
Biện pháp điều trị 128
UNG THƯ THỰC QUẢN 129
Triệu chứng 129
Chẩn đoán 130
Điều trị 130
Một số bài thuốc kinh nghiệm 132
UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG - HẬU MÔN 133
Nguyên nhân 133
Triệu chứng 133
Chẩn đoán 134
Điều trị 135
UNG THƯ TUỴ 136
Biểu hiện lâm sàng như thế nào? 136
Cần làm gì để chẩn đoán? 137
Biến chứng nào xảy ra? 138
Điều trị như thế nào? 138
UNG THƯ DƯƠNG VẬT 139
Nguyên nhân 140
Những biểu hiện của bệnh UTDV thời kỳ đầu 140
Y học cổ truyền với bệnh UTDV 141
Các phương thuốc chữa trị bệnh UTDV 141
Ăn uống với người bệnh UTDV như thế nào? 142
Phương pháp phòng bệnh UTDV 143

UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN 143
Định nghĩa 143
Nguyên nhân, tỷ lệ mắc
và các yếu tố có tính nguy cơ 143
Các triệu chứng 144
Các dấu hiệu và các xét nghiệm 145
Điều trị 145
UNG THƯ BÀNG QUANG 146
Những dấu hiệu và triệu chứng 147
Ung thư phát triển như thế nào? 147
Những nguyên nhân chưa được biết rõ? 148
Những yếu tố nguy cơ 149
Sàng lọc và chẩn đoán 151
Chẩn đoán giai đoạn 153
Các giai đoạn của Ung thư bàng quang 155
Điều trị 156
Phòng bệnh 163
UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG 165
Các yếu tố nguy cơ gây bệnh 165
Triệu chứng thường gặp 166
Các giai đoạn của bệnh: 167
UNG THƯ ÂM HỘ 168
Nguyên nhân 168
Triệu chứng 169
Chuẩn đoán và chữa trị 169
UNG THƯ XƯƠNG 170
Ung thư xương là gì? 170
Triệu chứng của ung thư xương? 171
Chẩn đoán ung thư xương 171
Điều trị ung thư xương 173
UNG THƯ THẬN 175

Bạn cần biết gì về bệnh ung thư thận? 175
Ai có nguy cơ bị ung thư thận? 177
Những triệu chứng 179
Chẩn đoán 179
Định giai đoạn 181
Điều trị 182
Chuẩn bị cho quá trình điều trị 183
Những phương pháp điều trị 183
Những tác dụng phụ của điều trị ung thư 186
Dinh dưỡng và chăm sóc tiếp tục 189
Sự hứa hẹn của nghiên cứu ung thư 191
UNG THƯ TUYẾN GIÁP 192
Những điều cần biết về ung thư tuyến giáp 192
Các triệu chứng 196
Chẩn đoán 197
Giai đoạn bệnh 199
Điều trị 199
Theo dõi sau điều trị 206
TÀI LIỆU THAM KHẢO 208

Bệnh ung thư và cách điều trị

Lê Anh Sơn (Biên soạn)

NHÀ XUẤT BẢN DÂN TRÍ

Số 9 - Ngõ 26 - Phố Hoàng Cầu- Q. Đống Đa - TP Hà Nội

VPGD: Số 45 TT2 KĐT Văn Phú - Q. Hà Đông - TP Hà Nội

ĐT: (04).66860751 - : (04).66860752

Email: nxbdantri@gmail.com

Website: nxbdantri.com.vn

Chịu trách nhiệm xuất bản:

BÙI THỊ HƯƠNG

Chịu trách nhiệm bản thảo:

PHẠM VIỆT LONG

Biên tập:	Vũ Thị Thu Ngân
Vẽ bìa:	Hải Nam
Sửa bản in:	Nguyễn Thảo
Trình bày sách:	Thái Tuấn
Chế bản:	Dương Phong

In 1000 cuốn, khổ 13x20,5cm tại Công ty CP In Khoa học và Công nghệ

Địa chỉ: 189/89 Hoàng Hoa Thám, Q. Ba Đình, Hà Nội

Số xác nhận đăng ký xuất bản số: 1905-2015/CXBIPH/23 - 67/DT

Quyết định xuất bản số 1905-23/QĐXB/NXBDT

do Nhà xuất bản Dân trí cấp ngày 17/8/2015

Mã số ISBN: 978-604-88-1829-6

In xong, nộp lưu chiểu năm 2015

MỜI CÁC BẠN TÌM ĐỌC TỦ SÁCH BỆNH VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ



CÔNG TY CP SÁCH TRÍ THỨC VIỆT - NHÀ SÁCH ĐỐNG ĐA
Nhà 6/1 Phạm Văn Đồng - Mai Dịch - Cầu Giấy - HN
ĐT: 04. 37921346 - 0904243231 Email: sachdongda@gmail.com

9786048818296
Giá: 52.000đ