

KẾT QUẢ XẠ-HÓA TRỊ ĐỒNG THỜI HỖ TRỢ SAU MỔ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY GIAI ĐOẠN II-III

Phan Cảnh Duy¹, Nguyễn Thanh Ái¹, Cao Khả Châu¹,
Võ Thế Thọ¹, Trần Khoa¹, Hoàng Nguyễn Hoài An¹,
Phạm Nguyễn Tường¹, Phạm Như Hiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và độc tính liên quan điều trị bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ.

Vật liệu và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu 77 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn II-III được xạ-hóa trị đồng thời hỗ trợ sau mổ cắt dạ dày tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 9/2010 đến tháng 4/2014.

Kết quả: tuổi trung bình $58,0 \pm 9,7$; Tỷ lệ nam/nữ: 2,8/1; Giai đoạn bệnh sau mổ lần lượt là: IIA 85,7%, IIB 11,7%, IIIA 1,3% và IIIB 1,3%. Phương pháp phẫu thuật cắt dạ dày: bán phần dạ dày 81,8%, toàn bộ dạ dày 21,2%. Thời gian sống thêm toàn bộ 3 năm là 59,9%, sống thêm không bệnh 3 năm là 21,3%. Độc tính thường gặp nhất là giảm bạch cầu độ 1-2, chiếm tỷ lệ 41,6%. Chỉ có 1 bệnh nhân giảm bạch cầu độ 4.

Kết luận: Xạ - hóa trị đồng thời hỗ trợ sau phẫu thuật là một chọn lựa điều trị khả thi và biến chứng là chấp nhận được đối với bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, xạ-hóa trị đồng thời

ABSTRACT

RESULTS OF ADJUVANT POSTOPERATIVE CHEMORADIATION THERAPY FOR ADENOCARCINOMA OF GASTRIC CANCER

Phan Canh Duy¹, Nguyen Thanh Ai¹, Cao Kha Chau¹,
Vo The Tho¹, Tran Khoa¹, Hoang Nguyen Hoai An¹,
Pham Nguyen Tuong¹, Pham Nhu Hiep¹

Objective: To evaluate outcome and toxicity in patients with locally advanced gastric cancer.

Patients and Methods: From 2010 to 2014, 77 patients with adenocarcinoma of gastric cancer underwent adjuvant concurrent chemoradiation therapy after radical gastrectomy at Cancer center of Hue central hospital.

Results: Mean age was 58.5 ± 9.7 . Male/female ratio: 2.8/1. The pathological stage was as follow: 85.5% IIA, 11.7% IIB, 1.3% IIIA, 1.3% IIIB. Subtotal gastrectomy was 81.8% and total gastrectomy was 21.2%. Three-years overall and disease-free survival were 59.9% and 21.3%, respectively. The most common toxicity was grade 1-2 leukopenia, reported in 41.6% of cases. Only one patient developed grade 4 toxicity.

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 12/8/2014; Ngày phản biện (revised): 15/8/2014;
- Ngày đăng bài (Accepted): 26/8/2014
- Người phản biện: TS. Nguyễn Đình Tùng, TS. Trần Thừa Nguyên
- Người phản hồi (Corresponding author): Phan Cảnh Duy
- Email: phancanhduy@yahoo.com; ĐT: 0913420320

Conclusion: *Post-operative chemoradiation therapy is a feasible and well-tolerated treatment for patients with locally advanced adenocarcinoma of gastric cancer and helps to increase locoregional control rate.*

Key words: *Gastric cancer, adjuvant chemoradiation*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý thường gặp nhất trong ung thư đường tiêu hóa, đứng thứ tư trong 10 loại ung thư phổ biến trên thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh thay đổi theo từng khu vực, và Việt Nam nằm trong vùng có tỷ lệ mắc bệnh UTDD khá cao. Theo ghi nhận ung thư tại Việt Nam công bố năm 2010, UTDD đứng thứ 2 đối với ung thư ở nam (tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi 24,5/100.000 dân), và đứng thứ 5 ở nữ (tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi 12,2/100.000 dân) [2].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản cho những UTDD còn khả năng cắt bỏ, cho tỷ lệ sống thêm toàn bộ cao đối với giai đoạn sớm. Tuy nhiên, theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, chỉ 10-40% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn khu trú (chưa xâm lấn ra khỏi thành dạ dày và chưa xâm lấn hạch vùng) [6], [15]. Tỷ lệ chữa khỏi UTDD giai đoạn sớm bằng phẫu thuật đơn thuần đạt đến 70-80%. Tuy nhiên, đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, thường xuất hiện tái phát, di căn sau khi đã được phẫu thuật. Mặc dù kỹ thuật phẫu thuật UTDD ngày càng tiến bộ, nhưng kết quả sống thêm toàn bộ của bệnh nhân UTDD giai đoạn tiến triển tại chỗ vẫn thấp, tỷ lệ sống 5 năm chỉ 8-34%. 40-90% trường hợp UTDD tái phát tại vùng sau phẫu thuật, và gần 80% tử vong do tái phát tại vùng. Tái phát tại chỗ, tại vùng chủ yếu xảy ra ở “giường” dạ dày, hạch vùng và miệng nối, ít khi tái phát ở mô mỡ tá tràng [8], [15]. Theo nhiều nghiên cứu cho thấy kết quả điều trị được cải thiện ở nhóm bệnh nhân có xạ-hóa trị đồng thời hỗ trợ sau phẫu thuật UTDD tiến triển tại chỗ. Dựa trên kết quả nghiên cứu của Macdonald và cộng sự năm 2001, xạ-hóa trị hỗ trợ sau mổ UTDD là điều trị chuẩn vì giúp cải thiện tỷ lệ kiểm soát tại chỗ-tại vùng và tăng thời gian sống thêm mặc dù độc tính liên quan đến việc điều trị là khá cao. Tại châu Âu, phác đồ hóa trị trước mổ UTDD lại được

nhiều bác sĩ chọn lựa dựa trên kết quả của nghiên cứu MAGIC (Medical Research Council Adjuvant Gastric Infusion Chemotherapy) [5], [9], [15]. Gần đây, với sự tiến bộ về kỹ thuật xạ trị và chọn lựa hóa trị phù hợp, tỷ lệ độc tính liên quan đến xạ-hóa trị đồng thời trong UTDD ngày càng được cải thiện nhờ đảm bảo được phân bố liều xạ trên mô đích. Cùng với việc đưa kỹ thuật xạ trị theo hình thái 3 chiều bằng máy gia tốc đa mức năng lượng Elekta Precis vào hoạt động từ tháng 9/2010, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

1. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ.*

2. *Đánh giá kết quả và độc tính liên quan đến điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng xạ-hóa trị hỗ trợ sau phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

77 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn II-III đã mổ cắt toàn bộ hoặc bán phần dạ dày, có chỉ số KPS $\geq 80\%$, được điều trị xạ - hóa hỗ trợ sau mổ tại Khoa Xạ trị- TTUB Bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 9/2010 đến tháng 4/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu

2.2.1. Vật liệu nghiên cứu

- Đánh giá trước xạ-hóa trị hỗ trợ: Khám lâm sàng, xét nghiệm CTM, chức năng gan thận. Thu thập thông tin về bệnh nhân, phương pháp mổ, giai đoạn lâm sàng, mô bệnh học sau mổ.

- Xếp giai đoạn lâm sàng theo UICC-2009 [13].

- Tiến hành xạ-hóa đồng thời sau phẫu thuật 4-6 tuần:

+ Mô phỏng: Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay gác quá đầu. Cố định BN bằng mặt nạ thermoplastic. Chụp CT- Scan mô phỏng với lát cắt 0,3-0,5cm.

Bệnh viện Trung ương Huế

+ Xạ trị ngoài bằng máy xạ trị gia tốc ELEKTA PRECIS. Sử dụng kỹ thuật xạ trị 4 trường chiếu (trước, sau, bên phải và bên trái) để chọn lựa phương án tối ưu: đạt được liều cho thể tích điều trị, giảm tối đa liều xạ cho cơ quan nguy cấp xung quanh, đảm bảo các thông số an toàn bức xạ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội xạ trị ung thư (RTOG). Trong lập kế hoạch xạ trị chúng tôi chọn và sắp xếp các trường chiếu xạ bao trùm thể tích bia lâm sàng (CTV) gồm: giường u và chuỗi hạch vùng (hạch bờ cong nhỏ, bờ cong lớn, trực thân tạng, trên tụy, tụy- tá tràng, rốn lách, TM cửa gan và hạch cạnh động mạch chủ bụng đến mức giữa đốt sống L3). Thể tích bia lập kế hoạch (PTV) được vẽ tự động cách rìa CTV 1,0 cm. Các cơ quan nguy cấp (OAR) bao gồm tủy sống, gan, thực

quản, tim, thận trái, thận phải. Kế hoạch xạ trị tối ưu được chọn lựa khi đã đảm bảo các tiêu chí theo RTOG [9], [16]:

. Gan: V60 < 30 Gy (60% thể tích gan < 30 Gy).

. Tim: V30 < 50 Gy (30% thể tích tim < 50 Gy).

. Thận: ít nhất một thận V60 < 20 Gy (60% thể tích một thận < 20 Gy).

. Tủy sống < 45 Gy

+ Tổng liều xạ trị 4500cGy, 180cGy/phân liều × 25 phân liều.

+ Hóa trị: Capecitabine (Xeloda®) 645mg/m²/ lần x 2 lần/ngày (ngày 1 đến ngày 5) x 5 tuần, uống đồng thời với quá trình xạ trị.

2.2.2. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 19.0 for Windows, xác suất sống thêm tính theo phương pháp Kaplan-Meier

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	58,01 ± 9,72	
Giới		
Nam	57	74,0
Nữ	20	26,0
Nam/Nữ	2,8/1	
Triệu chứng khởi bệnh		
Đau thượng vị	67	87,0
Chán ăn, đầy bụng	35	45,5
Buồn nôn, nôn	12	15,6
Đi cầu phân đen	1	1,3
Nôn ra máu	5	2,6
Giai đoạn T		
T2	12	15,6
T3	62	80,5
T4	3	3,9
Giai đoạn N		
N0	48	62,3
N1	29	37,7
Xếp giai đoạn		
IIA	66	85,7
IIB	9	11,7
IIIA	1	1,3
IIIB	1	1,3

UTDD có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng chủ yếu sau 40 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN nhỏ nhất là 34 tuổi, tuổi mắc bệnh trung bình là $58,01 \pm 9,72$. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nhóm tuổi từ 40-70 tuổi thường gặp nhất, chiếm đến 77,5%. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 2,8/1. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy trong UTDD nam gặp nhiều hơn nữ, với tỷ lệ thay đổi từ 1,4-3/1 [2], [7]... Có thể lý giải nguyên nhân là do đa số nam giới có thói quen sử dụng nhiều và thường xuyên các chất kích thích (rượu, bia, hút thuốc lá...).

Triệu chứng của UTDD không đặc hiệu và vì vậy phần lớn bệnh nhân vào viện ở giai đoạn tương đối muộn hoặc một số được phát hiện một cách tình cờ. Hầu hết bệnh nhân đến khám hoặc được nội soi dạ dày do đau thượng vị âm ỉ kiểu nặng tức, hay cảm giác chướng tiêu [3], [7]. Một số bệnh nhân vào viện do sụt cân không rõ nguyên do. Đôi khi

bệnh nhân vào viện do triệu chứng của hẹp môn vị, chảy máu tiêu hóa. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 87% bệnh nhân vào viện do triệu chứng đau thượng vị đơn thuần hay kết hợp với các triệu chứng khác như chán ăn, đầy bụng, buồn nôn, nôn, nôn ra máu, đi cầu phân đen. Có 6 bệnh nhân vào viện do biến chứng xuất huyết tiêu hóa, chiếm 3,9%.

Ở các nước phát triển, nhất là ở Nhật Bản, nhờ có chương trình sàng lọc phát hiện ung thư và hệ thống các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng hiện đại cũng góp phần giúp cho việc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm nhằm làm nâng cao hiệu quả điều trị [7]. Kết quả các nghiên cứu ở Việt Nam về ung thư dạ dày đều cho thấy phần lớn bệnh nhân vào viện đều đã ở giai đoạn muộn [2], [11], [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có u xâm lấn đến thanh mạc, với tỷ lệ T3-T4 lần lượt là 80,5% và 3,9%.

3.2. Vị trí u, phương pháp mổ và đặc điểm mô bệnh học

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Vị trí		
1/3 trên	5	6,5
1/3 giữa	27	35,1
1/3 dưới	45	58,4
Thể mô bệnh học		
Biểu mô tuyến ống	68	88,3
Biểu mô tuyến nhú	1	1,3
Biểu mô tuyến nhầy	4	5,2
Biểu mô tuyến vảy	1	1,3
Biểu mô TB nhần	3	3,9
Độ biệt hóa		
Biệt hóa tốt	26	33,8
Biệt hóa vừa	27	35,1
Kém biệt hóa	21	27,3
Không biệt hóa	3	3,8
Phương pháp mổ		
Cắt dạ dày toàn bộ	14	18,2
Cắt dạ dày bán phần	63	81,8
Vết hạch D1	56	72,7
Vết hạch D2	21	27,3

Bệnh viện Trung ương Huế

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn UTDD ở vị trí 1/3 dưới, chiếm tỷ lệ 58,4%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới [3], [11], [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất với 88,3%, độ biệt hóa tốt chiếm 33,8%, độ biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ 35,1%, biệt hóa kém chiếm tỷ lệ 27,3%. Lê Đình Roanh, Đặng Thế Căn cũng cho thấy có 40,24% ung thư biểu mô tuyến ống có độ biệt hóa cao, 30,48% ung thư biểu mô tuyến có độ biệt hóa kém. Nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Thăng, Nguyễn Bá Đức cho thấy có 55,6% ung thư dạ dày có độ biệt hóa cao và trung bình, có 28,9% ung thư biểu mô biệt hóa kém và 15,5% ung thư biểu mô không biệt hóa. Như vậy, so với các kết

quả nghiên cứu của các tác giả khác kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt với ung thư biểu mô tuyến ống có độ biệt hóa cao và trung bình chiếm đa số [7].

Vấn đề vết hạch D1 hay D2 trong phẫu thuật UTDD vẫn còn nhiều tranh cãi. Ở châu Á, vết hạch D2 được áp dụng rộng rãi như là phẫu thuật triệt căn. Nghiên cứu ở Hàn Quốc cho thấy xạ-hóa hỗ trợ sau mổ UTDD có vết hạch D2 cải thiện kết quả điều trị. Một nghiên cứu khác ở Đức đã so sánh kết quả sống thêm giữa 2 nhóm vết hạch D1/D2 không có sự khác biệt, trong khi nghiên cứu ở Ý lại cho thấy kết quả tốt hơn ở nhóm vết hạch D2 [3], [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn là phẫu thuật vết hạch D1, với tỷ lệ 72,7% D1 và 27,3% D2.

3.3. Độ tính cấp do xạ-hóa đồng thời

Bảng 3. Độ tính cấp do xạ-hóa đồng thời

Độc tính	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Tổng số	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sút cân	48	(62,3)	20	(26,0)	9	(11,7)	0	(0)	77	100
Ổng tiêu hóa										
Buồn nôn, nôn	16	(20,8)	5	(6,5)	12	(15,6)	0	(0)	33	(42,9)
Tiêu chảy	6	(7,8)	2	(2,6)	0	(0)	0	(0)	8	(10,4)
Đau bụng	8	(10,4)	3	(3,9)	0	(0)	0	(0)	11	(14,3)
Huyết học										
Bạch cầu	31	(40,3)	1	(1,3)	0	(0)	1	(1,3)	33	(42,9)
Hb	15	(19,5)	8	(10,4)	2	(2,6)	0	(0)	25	(32,5)
Tiểu cầu	2	(2,6)	4	(5,2)	3	(3,9)	1	(1,3)	10	(13,0)
Gan										
SGOT	6	(7,8)	2	(2,6)	0	(0)	0	(0)	8	(10,4)
SGPT	6	(7,8)	2	(2,6)	0	(0)	0	(0)	8	(10,4)
Thận										
Ure máu	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Creatinin máu	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)

Tất cả bệnh nhân đều có sút cân. Độ tính thường gặp ở đường tiêu hóa và huyết học, với tỷ lệ khá cao. Độ tính độ 3 chiếm tỷ lệ 33,8%: sút cân 11,7%, tiêu hóa 15,6% và huyết học 6,5%. Kết quả độ tính ở

đường tiêu hóa và huyết học của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu khác. Nghiên cứu ở Canada cho kết quả độ tính độ 3 ở tiêu hóa và huyết học là 56% và 33% [15].

Độc tính nôn/buồn nôn gặp nhiều nhất, chiếm 42,9% nhưng có thể điều trị bằng các thuốc chống nôn thông thường và không có BN nào phải ngưng điều trị vì độc tính này. Độc tính giảm bạch cầu cũng thường gặp, chiếm 42,9%, nhưng đại đa số là độ 1-2 (41,6%).

3.4. Biến chứng muộn

Bảng 4. Biến chứng muộn

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Viêm ruột	0	0,0
Dính ruột	0	0,0
Tắc ruột	1	2,9
Tắc mật	0	0,0
Suy thận	0	0,0
Suy gan	0	0,0
Suy tim	0	0,0

Có 1 bệnh nhân tắc ruột sau điều trị 14 tháng, nguyên nhân do dính ruột, chiếm tỷ lệ 2,9%.

3.5. Tái phát, di căn

Có 1 bệnh nhân tái phát tại chỗ sau 7,51 tháng, chiếm tỷ lệ 1,3%

Có 5 bệnh nhân di căn chiếm 6,5%. Thời gian di căn trung bình là $8,83 \pm 6,37$ tháng, di căn sớm nhất là 3,02 tháng, muộn nhất là 16,07 tháng. Di căn trước 24 tháng là 100%.

Bảng 5: Vị trí di căn

Vị trí	N	Tỷ lệ %
Gan	2	40.0
Phúc mạc+hạch ổ bụng	1	20.0
Phổi	1	20.0
Phúc mạc	1	20.0
Tổng	5	100.0

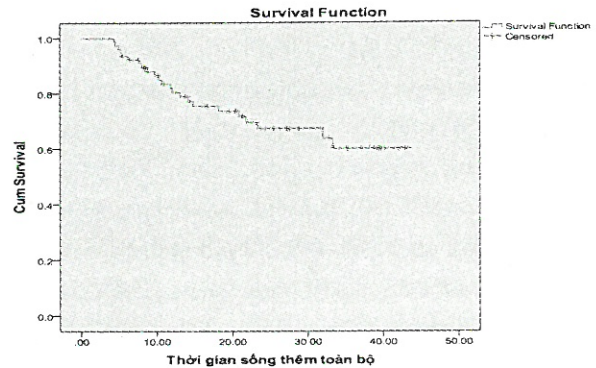
Di căn gan chiếm tỷ lệ 40,0%, di căn phúc mạc chiếm tỷ lệ 40,0%, di căn phổi chiếm 20%.

3.6. Sống thêm sau điều trị

3.6.1. Sống thêm toàn bộ

Bảng 6. Sống thêm toàn bộ

Sống thêm theo Kaplan-Meier	12 tháng	24 tháng	36 tháng
Số tử vong tích lũy	14	21	23
Tỷ lệ sống thêm tích lũy(%)	80,4	67,2	59,9
Thời gian sống thêm trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn(tháng)	$32,28 \pm 1,86$		



Biểu đồ 1. Sống thêm toàn bộ

Kết quả nghiên cứu này:

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $32,26 \pm 1,86$ tháng.

Xác suất sống thêm toàn bộ sau 12 tháng là 80,4%.

Xác suất sống thêm toàn bộ sau 24 tháng là 67,2%.

Xác suất sống thêm toàn bộ sau 36 tháng là 59,9%.

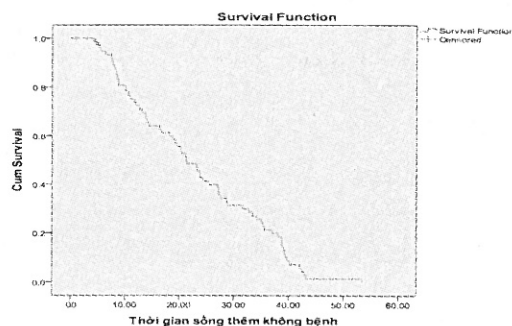
Tiên lượng đối với UTDD giai đoạn tiến triển tại chỗ (T3-T4/N+) vẫn còn kém, với tỷ lệ sống toàn bộ sau 5 năm chỉ 20-30%, thất bại chủ yếu là tái phát tại chỗ-tại vùng và di căn xa [14], [16]. Thử nghiệm pha III Intergroup 0116 (McDonald và cs.) so sánh nhóm xạ - hóa hỗ trợ với nhóm quan sát, cho thấy hiệu quả cải thiện tỷ lệ sống thêm toàn bộ cao hơn ở nhóm điều trị phối hợp. Qua theo dõi 7 năm: thời gian sống thêm trung bình ở nhóm có xạ-hóa hỗ trợ là 35 tháng, nhóm quan sát là 26 tháng. Kết quả của chúng tôi là $32,26 \pm 1,86$, tương đương với tác giả McDonald [4], [15].

Kết quả sống thêm toàn bộ 3 năm của nghiên cứu này là 59,9%, tương đương với các tác giả Leong (60,6%) và tác giả Otis- Ý (59,3%) [15].

3.6.2. Sống thêm không bệnh

Bảng 7. Sống thêm không bệnh

Sống thêm không bệnh theo Kaplan-Meier	12 tháng	24 tháng	36 tháng
Số tái phát-di căn tích lũy	5	6	6
Tỷ lệ sống thêm không bệnh tích lũy(%)	72,3	41,2	21,3
Thời gian sống thêm trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn(tháng)	23.005 ± 1.489		



Biểu đồ 2. Sống thêm không bệnh

Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $23,00 \pm 1,49$ tháng.

Xác suất sống thêm không bệnh sau 12 tháng là 72,3%.

Xác suất sống thêm không bệnh sau 24 tháng 41,2%.

Xác suất sống thêm không bệnh sau 3 năm là 21,3%.

Nghiên cứu của tác giả Leong trên 70 bệnh nhân ung thư dạ dày điều trị xạ-hóa hỗ trợ sau phẫu thuật cắt dạ dày kèm vét hạch D2 cho kết quả: sống thêm

không bệnh 3 năm là 44,5% [15]. Trong nghiên cứu chúng tôi, tổng cộng có 6 bệnh nhân tái phát và di căn, xác suất sống thêm không bệnh 3 năm (21,3%) thấp hơn tác giả Leong. Điều này có thể giải thích vì trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn là phẫu thuật vét hạch D1, với tỷ lệ 72,7% D1 và 27,3% D2.

IV. KẾT LUẬN

Xạ - hóa trị đồng thời hỗ trợ sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn II-III là một chọn lựa điều trị khả thi, giúp cải thiện kết quả điều trị, tăng tỷ lệ kiểm soát tại chỗ và tại vùng, tăng thời gian sống thêm mặc dù độc tính do điều trị nhiều nhưng bệnh nhân vẫn chấp nhận được. Việc thay thế 5-FU bằng Capecitabine đường uống tạo sự an toàn và tiện lợi cho bệnh nhân.

Kỹ thuật hiện đại như xạ trị điều biến cường độ (IMRT) cần được nghiên cứu để chọn lựa phương pháp điều trị tối ưu, giảm độc tính liên quan điều trị, giúp cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Bằng và cs. (2006), "Nghiên cứu mô bệnh học ung thư dạ dày sau phẫu thuật cắt dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Huế 2002-2006", *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, tr. 486- 490.
2. Nguyễn Bá Đức và cộng sự (2010), "Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam năm 2010 qua số liệu của 6 vùng ghi nhận giai đoạn 2004-2008", *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 1, tr.73- 80.
3. Lê Mạnh Hà (2007), *Nghiên cứu phẫu thuật cắt đoạn dạ dày và vét hạch chặng 2, chặng 3 trong điều trị ung thư dạ dày*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế, tr. 10-15.
4. Phạm Duy Hiền và cộng sự (2010), "Đánh giá kết quả bước đầu hóa-xạ trị đồng thời sau mổ ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển", *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 1, tr.301- 308.
5. Võ Đức Hiếu và cộng sự (2009), "Hóa trị sau mổ carcinôm dạ dày giai đoạn II-III", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13(6), tr. 188- 207.
6. Nguyễn Chấn Hùng (2004), *Ung bướu học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 265- 268.
7. Nguyễn Văn Lượng (2007), *Nghiên cứu ứng dụng miêng nối Roux-en-Y cải tiến sau cắt đoạn dạ dày cực dưới để điều trị loét dạ dày-tá tràng và ung thư dạ dày*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế, tr. 3-13.
8. Đoàn Hữu Nghị (2006), "Ung thư dạ dày và điều trị bằng phẫu thuật", *Y học lâm sàng*, tr. 8.
9. Ann B., Jane D., Stephen M., Tom R., (2009), "Oesophagus and stomach", in: *Practical Radiotherapy Planning*, 4th edition, Hodder Arnold, UK, pp. 294- 302.
10. David P. Kelsen (2008), "Gastric cancer" in: *Principles and practice of Gastrointestinal Oncology*, Second Edition, pp. 264- 268.
11. Jaffer A, Tanios B.S (2008), "Gastric cancer", *NCCN Clinical practice guidelines in oncology*, pp. 397- 425.

12. Lawrence S.B. (2008), "Gastric cancer" in: *Harrison's Manual of Oncology*, Mc Graw Hill Medical, p. 395- 401.
13. Leslie Sobin (2009), "Stomach" in: *TNM Classification of malignant tumors*, Seventh Edition, UICC, pp. 73- 78.
14. Marianne C.N, Kenneth G.M.P. Leslie M.S (2008), "Stomach" in: *Treatment of Cancer*, 5th edition, pp. 602- 613.
15. Otis et al (2012), *Postoperative concurrent chemoradiation in advanced gastric cancer in Anticancer Research*, 32, pp.1399- 1401.
16. Zhen Zhang (2008), "Gastric cancer" in: *Radiation Oncology An evidence-based Approach*, Springer, pp. 189-208.