**UNG THƯ DẠ DÀY**

1. **Yếu tố thuận lợi**

|  |  |
| --- | --- |
| Tăng | Giảm |
| 1. Nam 2. Hút thuốc lá 3. Tiền căn gia đình 4. Chế độ ăn nhiều, muối, nitrate, hoặc thực phẩm ngâm 5. Viêm dạ dày mạn tính – Loét dạ dày 6. Nhiễm H. Pylori 7. Thiếu máu ác tính 8. Tình trạng vô toan của dạ dày 9. Polyp gia đình 10. U tuyến dạ dày 11. U đại trực tràng di truyền không do polyp 12. Tiển sử cắt dạ dày/ dạ dày-tá tràng. 13. Bệnh Ménétrier | 1) Aspirin  2) Vitamin C, Selen  3) Chế độ ăn nhiều rau quả, trái cây |

1. **Giải phẫu học**

Danh pháp:

* U ở vùng ký hiệu chữ cái theo vùng đó: (1/3 trên: U, 1/3 giữa: M, 1/3 dưới: L)
* U ở hơn 1 vùng của dạ dày kí hiệu chữ cái vùng có u chiếm nhiều nhất đứng trước. Ví dụ u chủ yếu ở 1/3 dưới ăn lên 1/3 giữa, ký hiệu là LM, u ở 1/3 giữa là chủ yếu ăn lan xuống 1/3 dưới và 1/3 trên thì ký hiệu là MLU/MUL
* U ăn lan lên thực quản thì ký hiệu E, ăn xuống tá tràng ký hiệu D

5 lớp dạ dày:

* Thanh mạc
* Tấm dưới thanh mạc
* Lớp cơ ( dọc, vòng, chéo)
* Tấm dưới niêm mạc
* Niêm mạc

Mạch máu:

Động mạch

* Cung động mạch bờ cong nhỏ: ĐM vị trái (ĐM thân tạng) và ĐM vị phải (ĐM gan riêng)
* Cung động mạch bờ cong lớn: ĐM vị mạc nối trái (ĐM lách) và ĐM vị mạc nối phải (ĐM vị tá tràng)
* ĐM vị ngắn
* Nhánh TQ của ĐM vị trái (cho vùng đáy và tâm vị)

Tĩnh mạch dạ dày theo nhánh tương ứng động mạch đổ về hệ thống TM cửa

Hạch:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chặng 1 | Chặng 2 | Chặng 3 |
| Nhóm 1: bên P tâm vị  Nhóm 2: bên T tâm vị  Nhóm 3: dọc BCN DD  Nhóm 4:  4sa: dọc đm vị ngắn  4sb: dọc bó mạch vị mạc nối trái  4d: dọc bó mạch vị mạc nối phải  Nhóm 5: trên môn vị  Nhóm 6: dưới môn vị | Nhóm 7: dọc đm vị trái  Nhóm 8: dọc đm gan chung  8a: nhóm trước, trên  8p: nhóm sau  Nhóm 9: quanh đm thân tạng  Nhóm 10: rốn lách  Nhóm 11: dọc đm lách  11p: phần gần  11d: phần xa  Nhóm 12: d/c gan tá tràng  12b: dọc đường mật  12p: phía sau TM cửa | 13: mặt sau đầu tụy  14 v/a: dọc theo TM/ĐM mạc treo tràng trên  15: dọc bó mạch đại tràng giữa  16: dọc ĐM chủ bụng  A1: giữa trụ hoành  A2 : bờ trên ĐM thân tạng đến bờ dưới ĐM thận trái  B1: bờ dưới ĐM thận trái đến bờ trên ĐM mạc treo tràng dưới  B2: bờ trên ĐM mạc treo tràng dưới đến chỗ chia đôi  17: mặt trước đầu tụy  18: dọc theo bờ dưới tụy  19: dưới cơ hoành  20: khe hoành thực quản  110: dọc theo 1/3 dưới thực quản  111: trên cơ hoành  112: trung thất sau |

1. **Giải phẫu bệnh:**

Vi thể:

* 90-95% ung thư dạ dày là carcinoma
* 3% là lymphoma
* 2% là sarcoma cơ trơn
* Ngoài ra còn có u tế bào ưa bạc, …
* Các kết quả giải phẫu bệnh khác:
* Viêm teo niêm mạc dạ dày mạn tính
* Chuyển sản ruột
* Nghịch sản
* Polyp dạ dày
* Bệnh Menetrier

Đại thể:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Type | Tên | Đặc điểm |
| 0 | Bề mặt | u điển hình của khối u T1   * Type 0-I trồi U dạng polyp, >3mm * Type 0-II bề mặt   + Type 0-IIa: hơi gồ lên so với niêm mạc xung quanh   + Type 0-IIb: không lõm không gồ   + Type 0-IIc :Phẳng lõm: hơi lõm type này thường gặp nhất chiếm tỷ lệ từ 30-50%. * Type 0-III - type loét: tổn thương loét sâu nhiều |
| 1 | Khối | u dạng polyp, ranh giới rõ với niêm mạc xung quanh |
| 2 | Loét | u dạng loét với bờ cao lên được bao quanh bởi thành dạ dày dầy với bờ rõ. |
| 3 | Loét thâm nhiễm | giống type 2 nhưng bờ không rõ |
| 4 | Thâm nhiễm lan toả | U không có dạng loét hay có bờ nhô cao, thành dạ dày dày và cứng, không rõ bờ u. |
| 5 | Không xếp loại được | Những khối u mà không thể được phân loại thành bất kỳ loại trên. |

1. **Diễn tiến lan rộng:**

Các vị trí ung thư hay gặp:

* Hang vị- môn vị (50-60%),
* Bờ cong nhỏ (20-30%)
* Tâm vị (10-20%)
* Bờ cong lớn( 0,5%), đáy dạ dày , mặt trước, mặt sau

Các kiểu lan rộng:

1. Trực tiếp: mạc treo và các dây chằng
2. Gieo rắc trong phúc mạc
3. Xâm lấn mạch bạch huyết
4. Đường máu.

* Trực tiếp: mạc treo và các dây chằng
* Mạc nối nhỏ:
  + Dây chằng gan vị, gan tá tràng.
  + Vị trí thường bị xâm lấn từ K dạ dày, thực quản
* Dây chằng vị đại tràng :
  + Một phần mạc nối lớn
  + Dẫn K 🡪 đại tràng ngang.
* Dây chằng vị lách
  + Giới hạn bên của túi mạc nối, liên tục với dây chằng vị hoành, lách thận.
  + K BCL thân và đáy vị 🡪 lách, đuôi tụy.
* Gieo rắc trong phúc mạc:
* Tb ác tính sẽ ↑ ở nơi dịch ổ bụng có thể đọng lại
* Thường gặp nhất:
  + Túi cùng Douglas
  + Phần thấp mạc treo ruột non, gần góc hồi manh tràng
  + Đại tràng chậu hông
  + Cạnh đại tràng (P), dưới gan, hoành (P)
* Xâm lấn mạch bạch huyết

Thường xâm lấn bạch huyết, đi cùng với mạch máu.

🡪lan tràn u vào ruột lân cận hoặc phần xa ống TH

* Đường máu.

Gan và ruột là vị trí thường gặp

TM cửa dẫn tb u vào gan

± ↑ gấp 4 - 6 lần K di căn từ nơi khác.

Vị trí ít gặp hơn: phổi, thượng thận, xương

1. **Lâm sàng**

Giai đoạn sớm: Triệu chứng rất mơ hồ, thường gặp nhất là sụt cân (62%) và đau bụng âm ỉ (52%).

* Nôn ói (32%)
* Chán ăn (32%)
* Nuốt khó (26%)
* Tiêu phân đen (20%)
* Đau như loét (17%)

Giai đoạn tiến triển= Ung thư xâm lấn lớp cơ hay xa hơn, tương đương T2 -> T4.

* Đau thượng vị thường chỉ đau nhẹ, mơ hồ, âm ỉ, không lan, không giảm sau ăn. 🡪 25% đau như loét dd-tt.
* Da xanh, thiếu máu.
* Các triệu chứng tùy thuộc vị trí của khối u.
  + - Tâm vị: nuốt khó
    - Thân vị: không có triệu chứng
    - Hang môn vị: nôn ói

Giai đoạn muộn:

* Suy kiệt
* Da xanh, thiếu máu nặng
* Đau rõ rệt, liên tục
* Khối u lổn nhổn, ranh giới không rõ, không di động
* Các di căn xa
* Có thể có vàng da, báng bụng, phù chân
* Các triệu chứng của di căn:
  + Hạch: thượng đòn trái (Virchow), hạch nách trái (Irich), hạch quanh rốn ( Sister Mary Joseth).
  + Tràn dịch màng phổi
  + Phúc mạc: báng bụng, u Krukenberg của buồng trứng, mảng Blumer.
  + Gan to, vàng da
  + Có thể nôn dịch đục, thối do dò vị - tràng; tắc ruột do u to chèn ép đại tràng ngang,…

🡪 chấn đoán dễ nhưng không giúp ích cho phẫu thuật triệt căn

Biến chứng:

* Hẹp môn vị
  + Gặp nhiều vì ung thư hang vị chiếm ~ 2/3
  + Lâm sàng gần giống như hẹp môn vị do loét
* Thủng
  + Thủng do hoại tử mô ung thư từ niêm mạc ra tới thanh mạc
  + Lâm sàng giống trong thủng do loét dạ dày tá tràng, khác thường không có tiền sử
* Chảy máu
  + Máu chảy rỉ rả từ mô ung thư bị hoại tử
  + Có thể chảy từ mạch máu do hoại tử thành mạch
  + Chảy máu cấp tính hiếm gặp

1. **Cận lâm sàng**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chẩn đoán bệnh và chẩn đoán sớm** | | |
| Xquang dạ dày cản quang | Chẩn đoán vị trí  Chẩn đoán mức độ  Chẩn đoán hình thái thương tổn   * Hình lồi (Additional image) * Hình khuyết (Filling defect) * Hình hẹp * Hình nhiễm cứng | Hạn chế của XQ dạ dày   * Không phát hiện được tổn thương nhỏ * Khó đánh giá chính xác tổn thương niêm mạc * Khó quan sát được: phình vị, mặt trước, mặt sau, bờ cong lớn * Chỉ thực hiện được khi BN hợp tác, tình trạng toàn thân ổn định |
| Xquang dạ dày đối quang kép | Tầm soát K dạ dày sớm   * K sớm: loại 1,2,3 * K tiến xa: * Dạng chồi, loét, thâm nhiễm hoặc hỗn hợp * K thể xơ chai * K tâm vị | |
| Nội soi dạ dày tá tràng | Dựa vào thay đổi hình thái, màu niêm mạc  Ung thư niêm mạc gồm loại 0, I, II  EMR hay ESD θ KDD sớm   * Tránh PT cắt dạ dày * Bắt buộc có tiêu chuẩn rất chặc chẽ trước thủ thuật * Mô lấy được phải bảo đảm lấy hết tb K. | độ nhạy là 93,8%, độ đặc hiệu 96,7%  Độ c.xác trong đánh giá xâm lấn # 70-80%  Nếu sinh thiết nhiều vị trí và nhiều lần trên cùng vị trí, độ chính xác đạt 98%  - Ưu điểm: hỗ trợ chẩn đoán, can thiệp điều trị ung thư giai đoạn sớm, điều trị biến chứng (chảy máu, hẹp)  - Khuyết điểm: xâm lấn, không đánh giá được u dưới niêm mạc, độ sâu xâm lấn u, hạch xung quanh, các cấu trúc lân cận  Hạn chế trong ∆ K thể xơ cứng  Tb K thường rời rạc trong mô sợi  NS chải niêm mạc + ST độ nhạy < 50% |
| **Chẩn đoán giai đoạn** | | |
| CT | **Ung thư thể xơ cứng**  - Dày thành khu trú hoặc thành vòng tròn 1-3cm  - Tăng quang đồng nhất hoặc không  - Có thể có dạng hình bia, đóng vôi  - Hình ảnh # có thể gặp trong di căn từ phổi, vú, lymphoma, bệnh hệ thống, viêm…  **∆≠ loét lành và ác tính:**  - Loét lành tính: bắt quang kém, dày thành nhẹ, bảo tồn phân lớp  - Loét ác tính: bắt quang mạnh hơn, thành quanh ổ loét dày nhiều, mất phân lớp  **Chẩn đoán hạch di căn**  Hình dạng:  - Tròn  - Hoại tử trung tâm  - Tăng quang mạnh hay không đồng nhất  - Tua gai quanh hạch | - Ưu điểm: Thấy được khối u, bề dày thành dạ dày, hạch vùng, xâm lấn, di căn xa, đánh giá giai đoạn của K  - Hạn chế: Không phải là phương tiện chẩn đoán sớm, không phát hiện các nhân di căn < 5mm.  Khả năng phát hiện  80-90% EGC, 100% AGC  NS ảo, phát hiện # 100%  Đánh giá gđ T: chính xác 43-82%.  Đánh giá xâm lấn: chính xác 53 - 98%   |  | | --- | | **Đánh giá gieo rắc phúc mạc**  CT là lựa chọn hàng đầu  Độ nhạy thấp, đặc hiệu cao  Độ nhạy tùy thuộc:  - Vị trí, kích thước, hình dạng ổ di căn  - Có hay không dịch ổ bụng  - Mỡ trong ổ bụng  - Mức độ cản quang của ruột.  - Dấu hiệu CT   * Dịch ổ bụng: khách quan, dễ thấy, chìa khóa gợi ý * Bánh mạc nối ày, tăng quang phúc mạc, thành ruột * Mảng hoặc nốt trong phúc mạc (khó phát hiện nếu < 5mm) * Thâm nhiễm mỡ * Thận ứ nước. | |
| Siêu âm nội soi (EUS) | Đánh giá được các phân loại KDD sớm  - Loại I, IIa,b,c:niêm mạc không đều, không liên quan lớp dưới niêm.  - Loại III: liên quan dưới niêm mạc.  Đối với KDD tiến xa:  U phản âm kém, không đồng nhất, lan từ niêm mạc qua các lớp thành dạ dày.  K xơ cứng: dày lan tỏa+ phá hủy lớp dưới niêm, cơ. | - Ưu điểm: đánh giá được các lớp của thành dạ dày -> độ sâu xâm lấn u, các hạch bạch huyết và các cấu trúc lân cận, hướng dẫn sinh thiết  - Khuyết điểm: không thể đánh giá được các hạch hay di căn xa  Độ c.xác trong đánh giá T: 65-92%.  Độ c.xác thấp: u góc BCN, tâm vị, có biến đổi loét  **So với MDCT**:  Gđ T  - KDD sớm: EUS cx hơn  - KDD tiến xa: độ cx #  Hạch:  - EUS ± nhận định hình thái hạch tại chỗ  - Không khảo sát được toàn bộ hạch vùng  Không đánh giá được di căn  Xâm lấn, phụ thuộc người làm: không sử dụng thường qui làm phương tiện đánh giá gđ trước PT |
| MRI | Thấy được các lớp thành dạ dày, đánh giá tốt gđ T  Cần làm căng dạ dày, thuốc giảm nhu động và chích tương phản # CT. | Hạn chế:  - giá thành cao  - ảnh giả do chuyển động  - độ phân giải không gian kém  Vai trò trong đánh giá N và M chưa có khác biệt rõ so với CT |
| PET CT | Vai trò thứ yếu trong ung thư dạ dày  Độ nhạy kém trong ∆ UTBMT dạ dày, di căn hạch  Không có vai trò đánh giá gđ T  Khả năng phát hiện rất khác nhau, tùy vào kích thước, gđ, loại mô học u  Đối với di căn, gieo rắc phúc mạc: PET-CT có độ đặc hiệu >CT, độ nhạy < hơn CT, độ cx # CT. | |
| Nội soi ổ bụng (laparoscopy) | Nghi ngờ di căn gan hay phúc mạc  Phối hợp rửa ổ bụng tìm tế bào ác tính | không thể phát hiện nhân di căn có kích thước < 5mm  Nội soi ổ bụng có độ c.xác > CT trong đánh giá xâm lấn, gieo rắc phúc mạc |
| **Theo dõi bệnh**  CEA, AFP, CA19.9  Tăng trong giai đoạn muộn, không có giá trị trong chẩn đoán sớm, có giá trị trong theo dõi bệnh | | |

1. **Chẩn đoán**

Chẩn đoán sớm:

* Triệu chứng giai đoạn sớm:
  + Đau TV, ăn không tiêu (65-90%)
  + Buồn nôn, nôn (6-40%)
  + Chán ăn (12-40%)
* Triệu chứng cảnh báo chuyển giai đoạn:
  + Thiếu máu (5-15%)
  + Sụt cân (4-40%) 60% trong giai đoạn K xâm lấn
* Nguyên tắc chẩn đoán sớm:
* Tuổi từ khoảng 50 trở lên
* Thay đổi ăn uống: ăn không ngon miệng, chán ăn
* Ăn vào đầy bụng, khó tiêu
* Thay đổi thể trạng: da xanh, mệt mỏi, gầy sút
* Chụp xquang dạ dày, chụp đối quang kép
* Nội soi dạ dày tá tràng: phát hiện thay đổi và thương tổn sớm ở niêm mạc dạ dày. Qua NS, ST, GPB chẩn đoán chính xác ung thư và giai đoạn.

TMN:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tx: không thể xác định  T0: không có dữ kiện  Tis: ung thư biểu mô tại chỗ, không xuyên qua màng đáy.  T1: khối u xâm lấn lớp niêm mạc và dưới niêm mạc.  T2: khối u xâm lấn lớp cơ và dưới thanh mạc.  T3: khối u xuyên qua thanh mạc, chưa xâm lấn cơ quan lân cận.  T4: khối u xâm lấn cấu trúc lân cận. | Nx: k thể xác định  N0: không có di căn  N1: 1-6 hạch vùng.  N2: 7-15 hạch vùng.  N3: >15 hạch vùng. | Mx: không thể xác định M0: không có di căn xa.  M1: di căn xa. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | N0 | N1 | N2 | N3 | Tỉ lệ sống 5 năm  I A 71%  I B 57%  II A 46%  II B 33%  III A 20%  III B 14%  III C 9%  IV 4% |
| T1a (M), T1b (SM) | I A | I B | II A | II B |
| T2 (MP) | I B | II A | II B | III A |
| T3 (SS) | II A | II B | III A | III B |
| T4a (SE) | II B | III A | III B | III C |
| T4b (SI) | III B | III B | III C | III C |
| Có M | IV | | | |

* Giai đoạn 0: ung thư khu trú ở lớp biểu mô của niêm mạc dạ dày.
* Giai đoạn 1: ung thư còn khu trú ở thành dạ dày.
* Giai đoạn 2: ung thư đã di căn tới chặng hạch N1.
* Giai đoạn 3: ung thư đã ra khỏi dạ dày,lan tới chặng hạch N1,N2.
* Giai đoạn 4: đã có di căn xa khỏi vùng dạ dày.

1. **Điều trị**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Phẫu thuật** | | |
| Phẫu thuật triệt để | | |
| PT tiêu chuẩn | cắt trên 2/3 dạ dày kèm nạo hạch D2 | PT tiêu chuẩn áp dụng cho cN+ hoặc T2- T4a |
| PT không tiêu chuẩn | cắt rộng dạ dày tùy theo đặc điểm của u  - PT cải biên: Mức độ cắt DD và nạo hạch GIẢM so với cắt DD tiêu chuẩn  - PT mở rộng: Cắt DD kèm theo các cơ quan lân cận hoặc cắt DD kèm theo nạo hạch rộng hơn D2  các phương pháp cắt rộng:   1. Cắt toàn bộ dạ dày 2. Cắt bán phần dưới dạ dày 3. Cắt bán phần trên dạ dày 4. Cắt dạ dày bảo tồn môn vị 5. Cắt dạ dày từng đoạn 6. Cắt dạ dày khu trú 7. Phẫu thuật tạm (nối tắt, mở dạ dày ra da, mở hỗng tràng ra da) | Cắt bán phần dưới dạ dày:   * Ung thư ở 1/3 dưới DD * Nối vị tràng theo kiểu Billroth I hoặc Billroth II   Cắt toàn bộ dạ dày:   * Ung thư 1/3 trên hay 1/3 giữa dạ dày * Ung thư nằm ở tâm vị hay chỗ nối thực quản- tâm vị * Ung thư hang vị xâm lấn tụy,   có thể cắt lách và tụy kèm theo  PT bảo tồn môn vị: mặt cắt đầu xa khối u cách môn vị >= 4cm |
| **Nạo hạch:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | D1 | T1a mà không đáp ứng tiêu chí để thực hiện EMR/ESD  cT1bN0 : đường kính u =< 1,5 cm và u dạng có biệt hóa | Chặng 1 | | D1 + | các dạng cT1N0 còn lại | D1 và 8a, 9, 11p | | D2 | T2-T4 hoặc cTN+  Tuy nhiên, chẩn đoán hạch di căn trước và trong phẫu thuật không đáng tin cậy, nạo hạch D2 nên được thực hiện bất cứ khi nào có hạch nghi ngờ | D1 và D2  🡺 phẫu thuật R2 | | D3 | D2 kết hợp “lột trần” động mạch chủ đoạn sau tụy | |  * Lí tưởng: sinh thiết lạnh * Thực tế: tùy thuộc vào mức độ xâm lấn của khối u (T), tổn thương thanh mạc của DD, độ biệt hóa, tính trạng hạch lympho của các chặng   **Chống chỉ định phẫu thuật:**   * Di căn màng bụng * Di căn xa * N3-N4 (hình ảnh học/sinh thiết) * Xâm nhập mạch máu lớn (trừ MM lách) * Tình trạng BN không chịu được cuộc mổ   **Bờ cắt:**  Theo sách giáo khoa:   * Quan trọng trong PT triệt căn * Cắt phần dạ dày có khối u phải đảm bảo sao cho bờ cắt không có tế bào ung thư * Để bảo đảm điều này, bờ cắt phải cách giới hạn của khối u 5 - 6cm * Với ung thư 1/3 dưới chỉ cần cắt xuống dưới môn vị 2cm   Theo **JGCA:**   * T1 : khoảng cách giữa 2 bờ cắt là 2 cm * T2 : bờ cắt cách u ít nhất 3 cm * U sâu hơn T2 phát triển dạng xâm lấn : bờ cắt cách u ít nhất 5 cm   **Các phương pháp nối sau PT**   * **Cắt toàn bộ DD**: Nối thực quản-hỗng tràng theo Roux-en-Y * **Cắt bán phần dưới DD**: Billroth I, Billroth II, Nối vị-hỗng tràng theo Roux-en-Y, * **Cắt DD bảo tồn môn vị**: Nối DD-DD * **Cắt bán phần trên DD**: Nối TQ-DD, Jejunal interposition, Double tract method   **Tai biến và biến chứng của phẫu thuật cắt dạ dày**   * **Sớm :** * Xì miệng nối * Xì mỏm tá tràng * Chảy máu * **Muộn :** * HC dumping * HC quai đến, HC quai đi * Viêm DD do trào ngược dịch mật | | |
| Cắt qua nội soi dạ dày:  Chỉ định: Ung thư biểu mô tuyến loại biệt hóa cao mà không có loét, T1a trên lâm sàng và d<=2cm | | |
| Phẫu thuật không tiệt để: PT tạm bợ và PT giảm nhẹ  **Tạm bợ ( Non- Curative Surgery )**   * PT giảm nhẹ ( Palliative Surgery ) :   + Nhằm giải quyết biến chứng ( chảy máu, hẹp môn vị, ..) ở BN có di căn xa   + Tạo hình DD + nối vị tràng có hiệu quả trội hơn so với nối vị tràng đơn thuần * PT làm sạch ( Reduction Surgery ) :   + PT cắt DD trên BN có di căn xa nhưng không có biến chứng   + Hiện chưa có bằng chứng chứng minh PT làm sạch có khả năng kéo dài thời gian sống | | |
| Nối vị tràng |  | Chỉ định:   * Khối u làm chít hẹp vùng hang môn vị * Khối u dính chặt vào cuống gan hoặc tụy |
| Mở thông hỗng tràng nuôi ăn |  | Chỉ định:   * Khối u làm chít hẹp lòng DD * Khối u dính chặt vào tụy * Di căn gan không thể cắt bỏ |
| **Hoá trị**   * Bổ túc cho phẫu thuật: * Trước mổ: giảm tổng khối TB ung thư * Sau mổ: diệt các TB ung thư còn sót * Vài công thức thường dùng: * 5-FU đơn thuần * 5-FU kết hợp với folinic acid (FUFA) * Paclitaxel, 5-FU và Cisplatin   **Xạ trị**  Còn đang nghiên cứu | | |
| **Liệu pháp nhắm đích**   * HER2: human epidermal growth factor receptor 2   Xét nghiệm HER2: 2 phương pháp   * + Hóa mô miễn dịch (IHC)   + Lai tạo phát huỳnh quang (FISH)   **Khuyến cáo NCCN**  Ung thư dạ dày thường được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, xét nghiệm HER2 được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân di căn, tiến triển tại thời điểm chẩn đoán   * Trastuzumab: kháng thể đơn dòng kháng thụ thể HER2   Các nghiên cứu cho thấy liệu pháp này làm bệnh tiến triển chậm hơn, phối hợp với hóa trị cho kết quả tốt hơn | | |

**Hội chứng Dumping**

* Thường xảy ra sau nối vị tràng hay Billroth II
* Nguyên nhân: miệng nối dạ dày quá rộng hay phần da dày còn lại quá ít
* Xuất hiện sớm: 10-30 phút sau ăn, triệu chứng tiêu hóa và triệu  
  chứng vận mạch
* Xuất hiện muộn: 2-3 giờ sau ăn, ít phổ biến, triệu chứng mạch  
  nhanh, đổ mồ hôi
* Điều trị nội khoa: Tránh ăn đường, giảm khẩu phần carbohydrate, hạn chế uống nuớc trong khi ăn, Sandostatin
* Điều trị phẫu thuật: nối vị tràng theo phương pháp Roux-en Y  
  đảo chiều một đoạn hỗng tràng 10-20 cm

**HC quai đến (Afferent Loop Syndrome)**

* Quai đến là đoạn ruột đưa dịch mật, dịch tụy vào dạ dày
* Hầu hết xảy ra sau phẫu thuật Billroth II
* Hội chứng quai đến cấp tính thường do tắc nghẽn hoàn toàn của quai ruột đến và là một trường hợp khẩn cấp cần phẫu thuật. Cần được chẩn đoán và phẫu thuật khẩn trương. Mãn tính thường do tắc nghẽn một phần. Không cần phải phẫu thuật khẩn cấp
* Triệu chứng đặc hiệu là đau bụng và nôn ra dịch mật, sau nôn thì đỡ đau. Chẩn đoán xác định bằng quang vị: trên phim thấy quai đến dãn to
* Dù cấp hay mãn, điều trị hội chứng quai đến là điều trị bằng phẫu thuật: chuyển phẫu thuật Billroth II thành phẫu thuật nối vị tràng theo phương pháp Roux-en-Y.

**HC quai đi ( Efferent Loop Syndrome )**

* Xảy ra sau phẫu thuật Billroth II
* Nguyên nhân:  
  – Thoát vị nội qua lỗ mạc treo ruột  
  – Dính ruột  
  – Lồng miệng nối vị tràng
* Điều trị ngoại khoa: tùy theo nguyên nhân

**Viêm dạ dày do trào ngược dịch mật**

* Xảy ra sau phẫu thuật Billroth II
* Triệu chứng: đau rát bỏng vùng thượng vị, nôn bất chợt,nôn ra dịch mật, sau khi nôn thì không bớt đau
* Chẩn đoán CLS:  
  – Xét nghiệm acid mật trong dịch vị  
  – Nội soi dạ dày: niêm mạc dạ dày bở, viêm đỏ, có  
  nhiều sang thương loét chợt
* Điều trị:  
  – Nội khoa: thuốc kháng thụ thể H2, cholestyramine,  
  metoclopramide  
  – Phẫu thuật: chuyển phẫu thuật Billroth II thành phẫu  
  thuật nối vị tràng theo phương pháp Roux-en Y..

**RL chuyển hóa**

* Thiếu máu: do thiếu sắt, vitamine B12 hay folate.
* Giảm hấp thu mỡ, dẫn đến tiêu phân mỡ và thiếu hụt các vitamin tan trong mỡ.
* Chứng rỗng xương do giảm hấp thu can-xi