

Ung thư đại trực tràng

Ung thư
đại trực tràng là gì?

Hãy để chúng tôi
giải thích cho bạn.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org



Tài liệu Hướng dẫn Bệnh nhân ESMO/ACF
dựa trên Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng ESMO

UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG: HƯỚNG DẪN CHO BỆNH NHÂN

THÔNG TIN BỆNH NHÂN DỰA TRÊN HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG ESMO

Tài liệu hướng dẫn dành cho bệnh nhân này được Anticancer Fund biên soạn nhằm giúp bệnh nhân và thân nhân của họ hiểu rõ hơn về bản chất của ung thư đại trực tràng và đánh giá đúng về các lựa chọn điều trị tốt nhất theo các phân loại dưới nhóm của ung thư đại trực tràng. Chúng tôi khuyến cáo bệnh nhân nên hỏi bác sĩ của họ về những xét nghiệm hoặc phương pháp điều trị cần thiết cho loại bệnh và giai đoạn bệnh của họ. Thông tin y tế được mô tả trong tài liệu này dựa trên các hướng dẫn thực hành lâm sàng của European Society for Medical Oncology (ESMO) về điều trị ung thư đại trực tràng. Tài liệu hướng dẫn này đã được xuất bản với sự cộng tác của ESMO và được phổ biến với sự cho phép của ESMO. Hướng dẫn được viết bởi một bác sĩ y khoa và được đánh giá xem xét bởi hai bác sĩ ung thư từ ESMO, bao gồm cả tác giả chính của các hướng dẫn thực hành lâm sàng dành cho các bác sĩ chuyên khoa. Tài liệu này cũng đã được đại diện bệnh nhân từ Nhóm vận động cho bệnh nhân ung thư của ESMO đánh giá.

Thông tin thêm về Anticancer Fund: www.anticancerfund.org

Thông tin thêm về European Society for Medical Oncology: www.esmo.org

Đối với các từ được đánh dấu hoa thị, sẽ có định nghĩa được cung cấp ở phần cuối tài liệu.

Mục lục

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tờ thông tin về ung thư đại trực tràng..... | 3 |
| Định nghĩa về ung thư đại trực tràng..... | 4 |
| Ung thư đại trực tràng có thường gặp không?..... | 5 |
| Nguyên nhân của ung thư đại trực tràng? | 6 |
| Chẩn đoán ung thư đại trực tràng như thế nào? | 9 |
| Sàng lọc ung thư đại trực tràng..... | 12 |
| Những điều quan trọng cần biết để lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu? | 13 |
| Các lựa chọn điều trị là gì?..... | 17 |
| Những tác dụng phụ có thể xảy ra của điều trị là gì?..... | 30 |
| Điều gì sẽ xảy ra sau khi điều trị? | 34 |
| Định nghĩa các từ khó..... | 36 |

Tài liệu này được viết bởi Tiến sĩ An Billiau (Celsus Medical Writing LLC, cho Anticancer Fund) và được xét duyệt bởi Tiến sĩ Gauthier Bouche (Anticancer Fund), Tiến sĩ Svetlana Jezdic (ESMO), Giáo sư Roberto Labianca (ESMO), Giáo sư Bengt Glimelius (ESMO), Giáo sư Eric Van Cutsem (ESMO), Giáo sư Dirk Arnold (ESMO) và Giáo sư Gabriella Kornek (Nhóm Vận động cho Bệnh nhân Ung thư ESMO).

Đây là bản cập nhật đầu tiên của hướng dẫn này. Các bản cập nhật phản ánh những thay đổi trong phiên bản kế tiếp của Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng ESMO. Bản cập nhật đầu tiên này được thực hiện bởi Tiến sĩ Gauthier Bouche (Anticancer Fund), Tiến sĩ Ana Ugarte (Anticancer Fund) và được xét duyệt bởi Tiến sĩ Svetlana Jezdic (ESMO).



Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, Việt Nam tổ chức thực hiện dịch từ bản gốc tiếng Anh sang tiếng Việt.
Tham gia biên dịch: BS. Phạm Nguyên Quý, BS. Nguyễn Quốc Hùng, BS. Trần Kiến Bình, BS. Nguyễn Thành Hiếu, BS. Đặng Thị Huyền Trang. Tham gia hiệu đính bản dịch: BS. Lê Công Định, Bà Ngô Y Sa, Bà Phạm Lũng Hà, DS. Đặng Hoài Thu, BS. Nguyễn Thanh Hằng.

TỜ THÔNG TIN VỀ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Định nghĩa ung thư đại trực tràng

- Ung thư phát triển từ đại trực tràng.

Chẩn đoán

- Ung thư đại trực tràng thường gây ra các triệu chứng khó chịu khi bệnh ở giai đoạn muộn. Các triệu chứng thường gặp là thay đổi thói quen đại tiện, khó chịu vùng bụng, mệt mỏi, sút cân. Máu trong phân có thể là dấu hiệu báo động. Máu có thể được nhìn thấy bằng mắt hoặc qua phân tích phân trong phòng xét nghiệm.
- Nội soi là phương pháp sử dụng một ống có đèn sáng đưa qua lỗ hậu môn vào trong lòng ruột. Nó cho phép quan sát bên trong ruột. Khối u được phát hiện cách rìa hậu môn từ 15cm trở xuống được gọi là u trực tràng, nếu khối u ở xa hơn thì được gọi là u đại tràng.
- Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đặc hiệu cũng giúp xác định vị trí và kích thước của khối u.
- Phân tích máu tìm kháng nguyên ung thư biểu mô phôi (CEA), một chất chỉ điểm khối u, có thể giúp ích trong một số trường hợp nhất định, nhưng không nên chỉ dựa vào đó để chẩn đoán bệnh.
- Chẩn đoán xác định chỉ được đưa ra thông qua phân tích khối u và các mô bị ảnh hưởng trong phòng xét nghiệm (xét nghiệm mô bệnh học).

Điều trị dựa trên mức độ lan rộng của ung thư

Điều trị polyp ác tính

- Polyp được chẩn đoán là ung thư nên được cắt bỏ khỏi đại tràng. Tùy thuộc vào mức độ xâm lấn của tế bào ác tính ở polyp, có thể cần đến phẫu thuật để cắt bỏ trên diện rộng hơn.

Điều trị theo giai đoạn bệnh

Lưu ý: Đôi khi sau khi điều trị bước đầu và phân tích khối u sau khi được cắt bỏ cho thấy ung thư có thể đã ở giai đoạn muộn hơn do đó phác đồ điều trị phải được điều chỉnh lại cho phù hợp.

- Ở giai đoạn 0, ung thư giới hạn ở lớp niêm mạc của thành ruột. Khối u nên được loại bỏ bằng phẫu thuật.
- Giai đoạn I u xâm lấn lớp dưới niêm mạc, và ung thư thậm chí lan đến cơ của đại tràng hoặc trực tràng. Khối u nên được loại bỏ bằng phẫu thuật cùng với các hạch bạch huyết lân cận.
- Giai đoạn II u xâm lấn đến cơ của thành ruột và xâm lấn cơ quan xung quanh. Điều trị bao gồm phẫu thuật loại bỏ tất cả các mô bị ảnh hưởng và với một số bệnh nhân cần bổ sung thêm hóa trị liệu trong trường hợp ung thư đại tràng và xạ trị hoặc xạ trị kết hợp hóa trị cho ung thư trực tràng.
- Giai đoạn III u xâm lấn đến các cấu trúc liền kề với đại tràng và di căn tới các hạch vùng. Điều trị bao gồm phẫu thuật loại bỏ u và các mô ảnh hưởng và liệu pháp hỗ trợ ví dụ như hóa trị liệu cho ung thư đại tràng và xạ trị hoặc hóa trị kèm xạ trị cho ung thư trực tràng.
- Giai đoạn IV di căn đến các cơ quan ở xa, chẳng hạn như gan và phổi. Hóa trị và liệu pháp nhắm trúng đích là những lựa chọn điều trị. Hóa trị giúp giảm kích thước các u di căn, và nếu có thể, sẽ tạo khả năng để chúng có thể được loại bỏ bằng phẫu thuật.

Theo dõi

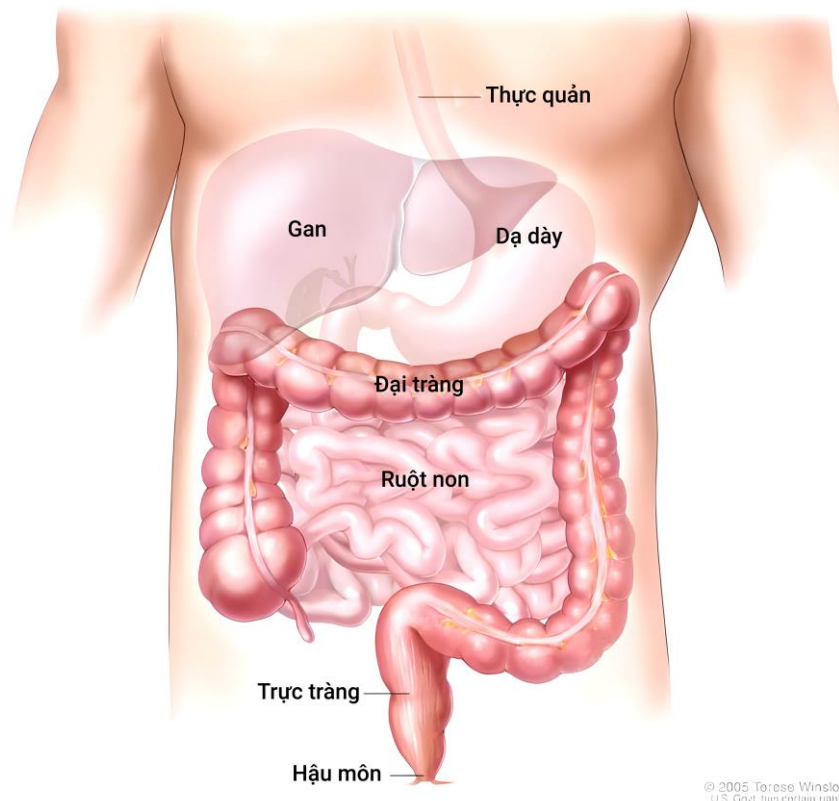
- Nhìn chung, không có quy trình theo dõi chung cho mọi bệnh nhân. Bác sĩ của quý vị sẽ lên lịch hẹn bệnh nhân tái khám sau khi đã hoàn thành điều trị với mục đích theo dõi các tác dụng không mong muốn của điều trị, đánh giá khả năng tái phát của bệnh và cung cấp những hỗ trợ để bệnh nhân quay lại cuộc sống bình thường. Việc theo dõi có thể kéo dài đến 5 năm.

ĐỊNH NGHĨA VỀ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Ung thư đại trực tràng là ung thư phát triển ở ruột già.

Ung thư đại tràng đề cập đến ung thư phát triển ở đại tràng, phần dài nhất của ruột già. Ung thư trực tràng phát triển ở trực tràng, đoạn ruột thẳng cuối cùng của ruột già kết thúc ở hậu môn.

Hậu môn là phần mở của trực tràng ra bên ngoài. Phân được tống xuất qua hậu môn. Ung thư có thể phát triển ở hậu môn, nhưng ung thư hậu môn là một bệnh khác. Ung thư hậu môn không được đề cập trong hướng dẫn này.



Giải phẫu của hệ tiêu hóa. Các phần liên tiếp nhau của hệ tiêu hóa là thực quản, dạ dày, ruột non, ruột già (bao gồm đại tràng và trực tràng) và hậu môn. Gan cũng được hiển thị trên hình này.

UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG CÓ THƯỜNG GẶP KHÔNG?

Ung thư đại trực tràng là bệnh ung thư phổ biến nhất ở châu Âu và là loại ung thư phổ biến thứ ba trên toàn thế giới. Năm 2012, khoảng 447 000 bệnh nhân được chẩn đoán mắc ung thư đại trực tràng ở châu Âu. Tỷ lệ này xấp xỉ 13% tổng số ca ung thư ở khu vực này.

Đa số ung thư đại trực tràng nằm ở đại tràng; chúng được gọi là ung thư đại tràng và chiếm 9% tổng số các bệnh ung thư ở châu Âu. Khoảng 1/3 các ca ung thư đại trực tràng chỉ giới hạn ở trực tràng, chúng được gọi là ung thư trực tràng.

Ung thư đại trực tràng thường gặp ở nam giới hơn nữ giới. Ở châu Âu, cứ 20 nam giới thì có một người và cứ 35 nữ giới thì có một người sẽ bị ung thư đại trực tràng ở thời điểm nào đó trong đời. Nói cách khác, hằng năm, ở châu Âu, khoảng 35/100000 nam giới và khoảng 25/100000 nữ giới nhận chẩn đoán mắc ung thư đại trực tràng. Nhìn chung, tần suất của ung thư đại trực tràng ở các khu vực công nghiệp hóa và đô thị hóa cao hơn các khu vực khác.

Hầu hết bệnh nhân mắc ung thư đại trực tràng ở độ tuổi 60 tuổi vào thời điểm nhận chẩn đoán, và ung thư đại trực tràng hiếm gặp ở độ tuổi dưới 40.

NGUYÊN NHÂN CỦA UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG?

Hiện nay, nguyên nhân của ung thư đại trực tràng vẫn chưa được xác định rõ. Một số yếu tố nguy cơ* của bệnh đã được xác định. Một số yếu tố nguy cơ* làm tăng nguy cơ ung thư xuất hiện, nhưng không nhất thiết và cũng không đủ để gây ra ung thư. Bản thân một yếu tố nguy cơ* không phải là một nguyên nhân.

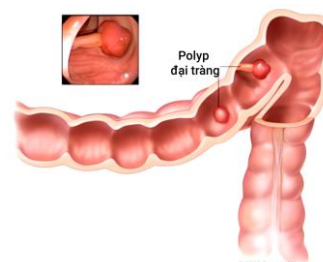
Một vài người có các yếu tố nguy cơ* này lại không bao giờ mắc ung thư đại trực tràng và một số người không có bất cứ yếu tố nguy cơ* nào vẫn có thể mắc ung thư đại trực tràng.

Ung thư đại trực tràng thường xảy ra như một bệnh đơn phát*, nghĩa là nó không liên quan đến gen* di truyền được cho là yếu tố nguy cơ mắc loại ung thư này.

Khoảng 20% trường hợp ung thư đại trực tràng xảy ra có liên quan tới yếu tố gia đình. Ít hơn một nửa trong số này phát sinh do điều kiện di truyền* đã biết. Trong số các trường hợp có yếu tố gia đình còn lại, nguyên nhân gây bệnh vẫn chưa được biết. Sự xuất hiện ung thư trong gia đình có thể không chỉ do chia sẻ gen di truyền mà còn do họ có chung các yếu tố môi trường làm tăng nguy cơ.

Yếu tố nguy cơ* chính của ung thư đại trực tràng là:

- Tuổi: nguy cơ ung thư đại trực tràng tăng dần theo tuổi.
- Các yếu tố nguy cơ* liên quan đến lối sống:
 - o Chế độ ăn: chế độ ăn uống là yếu tố nguy cơ* liên quan tới môi trường quan trọng nhất với ung thư đại trực tràng. Một chế độ ăn giàu thịt đỏ (thịt bò, thịt cừu và thịt lợn) và thịt chế biến sẵn (xúc xích và một số loại thịt nguội), nhiều chất béo và/hoặc ít chất xơ có thể làm tăng nguy cơ phát triển ung thư đại trực tràng. Uống nhiều rượu cũng là một yếu tố nguy cơ* đối với ung thư đại trực tràng.
 - o Béo phì: thừa cân làm tăng nguy cơ phát triển ung thư đại trực tràng.
 - o Lối sống tĩnh tại: những người ít hoạt động thể chất có nguy cơ phát triển ung thư đại trực tràng cao hơn. Điều này không phụ thuộc vào cân nặng của người bệnh.
 - o Đái tháo đường típ 2* làm tăng nguy cơ phát triển khối u ở đại tràng. Nguy cơ này không phụ thuộc vào việc người bệnh có thừa cân hay không.
 - o Thuốc lá: Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ phát sinh các polyp lớn ở đại tràng*, được biết đến như một tổn thương tiền ung thư*.
- Tiền sử polyp đại trực tràng: Polyp* hay u tuyến* hình thành trong lòng ruột không phải là ung thư. Tuy nhiên, những khối tăng sinh này có thể tiến triển thành ung thư sau thời gian dài. Do đó, polyp* được công nhận là tổn thương tiền ung thư*. Khi phát hiện polyp* trong lòng đại tràng, ví dụ trong khi điều tra sàng lọc, polyp* nên được cắt bỏ để ngăn ngừa tiến triển thành ung thư.



- Tiền sử ung thư đại trực tràng: dù cho khối u đã được phẫu thuật triệt để ở lần điều trị trước, bệnh nhân vẫn có nguy cơ phát triển một khối u mới ở đoạn khác của đại tràng cũng như trực tràng.
- Tiền sử các bệnh lý ung thư khác: bệnh nhân có tiền sử các khối u khác, ví dụ như u lympho*, ung thư tuyến tiền liệt* hay ung thư nội mạc tử cung* làm tăng nguy cơ phát triển ung thư đại trực tràng.
- Bệnh lý viêm ruột như bệnh Crohn* hay viêm loét đại tràng*. Đây là những bệnh lý mà trong đó ruột già bị viêm trong một khoảng thời gian dài. Sau nhiều năm, nó có thể gây ra loạn sản*, là sự mất trật tự sắp xếp của tế bào ở lớp lót bên trong của ruột. Loạn sản* có thể tiến triển thành ung thư theo thời gian. Nguy cơ tăng lên cùng thời gian của bệnh viêm ruột cũng như mức độ nặng và phạm vi của tổn thương viêm. Tỷ lệ ung thư đại trực tràng ở bệnh nhân mắc bệnh Crohn* hay viêm loét đại tràng* chiếm khoảng hai phần ba các trường hợp ung thư đại trực tràng đơn phát*.
- Tiền sử gia đình: khoảng 20% ung thư đại trực tràng xảy ra trong bối cảnh gia đình. Nếu có người thân quan hệ huyết thống bậc một mắc ung thư đại trực tràng sẽ làm tăng gấp đôi nguy cơ phát triển ung thư. Điều này có thể do gen di truyền hoặc do sống chung dưới các yếu tố môi trường*. Điều tra về tiền sử ung thư đại trực tràng của gia đình là vô cùng quan trọng. Trong một số trường hợp, sàng lọc ung thư khi còn trẻ và/hoặc tư vấn di truyền* nên được cân nhắc.

Các hội chứng di truyền* đã được biết đến có khả năng dẫn đến ung thư đại trực tràng:

- o Đa polyp có tính chất gia đình* (FAP). Những người mắc bệnh lý này thường có đột biến* hoặc thiếu hụt gen FAP*, gây ra sự phát triển của hàng trăm hoặc hàng nghìn polyp* trong đại trực tràng khi ở tuổi đời còn trẻ. Ung thư có thể tiến triển ở một hoặc một số polyp* này trước độ tuổi 40, đôi khi sớm hơn, ở độ tuổi 20. Để ngăn ngừa ung thư, người bệnh cần được phẫu thuật cắt bỏ đại trực tràng. Một thể khác được gọi là hội chứng đa polyp tuyến gia đình suy yếu (AFAP): Hội chứng FAP* thể nhẹ hơn với ít polyp* hơn cũng như xảy ra ở độ tuổi muộn hơn so với hội chứng FAP*.
- o Hội chứng Lynch*, còn được gọi là Ung Thư Đại Trực Tràng Di Truyền Không Polyp (HNPCC). Những người mắc hội chứng này có một số đột biến* gen nhất định gây rối loạn cơ chế sửa chữa DNA*. Hậu quả của việc này là một khối u lành đại trực tràng lành tính có thể phát triển thành ung thư với tốc độ nhanh hơn (trung bình 2 đến 3 năm) so với người không mắc hội chứng Lynch*. Độ tuổi trung bình khi được chẩn đoán ung thư đại trực tràng ở người mắc hội chứng Lynch* là 45 tuổi. Hội chứng Lynch* cũng làm tăng nguy cơ các bệnh ung thư khác như ung thư nội mạc tử cung* hay ung thư buồng trứng*.

Một số hội chứng di truyền khác ít gặp hơn bao gồm hội chứng Turcot*, hội chứng Peutz-Jeghers* và đa polyp liên quan gen MYH*. Những người Mỹ gốc Do Thái có nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng cao hơn do những đột biến gen được di truyền* trong nhóm dân số này.

Một số yếu tố có hiệu quả bảo vệ chống lại sự phát triển của ung thư đại trực tràng:

- Chế độ ăn nhiều rau xanh, hoa quả và ngũ cốc nguyên hạt làm giảm nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng.
- Tăng cường hoạt động thể chất có thể giúp làm giảm nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng.

- Sử dụng các thuốc kháng viêm trong thời gian dài ví dụ như aspirin được gợi ý là một cách làm giảm sự tái phát* của polyp đại trực tràng không di truyền. Aspirin đã được chứng minh làm giảm nguy cơ ung thư đại tràng ở người mắc hội chứng Lynch*. Điều này cũng được gợi ý giúp làm thoái triển polyp* đại trực tràng ở người bệnh mắc hội chứng FAP*, tuy nhiên, cần nghiên cứu thêm để có bằng chứng xác thực.
- Sử dụng các hormon sinh dục nữ ở phụ nữ mãn kinh được gợi ý là một cách làm giảm nguy cơ ung thư đại trực tràng. Tuy nhiên, cần nghiên cứu thêm để có bằng chứng xác thực.

CHẨN ĐOÁN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG NHƯ THẾ NÀO?

Sự nghi ngờ ung thư đại trực tràng có thể xuất hiện trong nhiều trường hợp khác nhau, nhưng phổ biến nhất là khi bệnh nhân có những than phiền hoặc triệu chứng khó chịu nhất định. Ung thư đại trực tràng cũng có thể được phát hiện qua khám sàng lọc. Nhiều quốc gia cung cấp một chương trình sàng lọc có hệ thống cho các bệnh nhân trên 50 tuổi để phát hiện polyp* đại trực tràng và để phát hiện ung thư đại trực tràng ở giai đoạn sớm. Quy trình sàng lọc được giải thích trong chương tiếp theo.

Triệu chứng và dấu hiệu của ung thư đại trực tràng

Triệu chứng

Các triệu chứng chủ yếu của một khối u đại trực tràng ở giai đoạn ban đầu thường rất mơ hồ. Hơn nữa, những triệu chứng này thường xảy ra trong bối cảnh của các tình trạng bệnh lý không ác tính khác, và do đó không đặc hiệu cho ung thư đại trực tràng. Trong giai đoạn rất sớm, hầu hết các bệnh ung thư đại trực tràng không gây ra bất kỳ triệu chứng khó chịu nào.

Dấu hiệu

Sự xuất hiện máu trong phân có thể là dấu hiệu của ung thư đại trực tràng hoặc của một polyp. Máu trong phân có thể có màu đỏ, hoặc đen khi máu được biến đổi ở đường tiêu hóa. Máu sẫm màu trong trường hợp này được gọi là phân đen và thường là kết quả do chảy máu ở phần cao của đường tiêu hóa. Lượng máu mất đi đôi khi không thể nhìn thấy bằng mắt thường (chảy máu vi thể). Mất máu có thể dẫn đến thiếu sắt và/hoặc thiếu máu* (số lượng hồng cầu thấp* và huyết sắc tố thấp*) và dẫn đến các triệu chứng mệt mỏi, khó thở và xanh xao.

Chẩn đoán

Sự phối hợp của các triệu chứng dưới đây, đặc biệt nếu dai dẳng trong một thời gian dài hơn, nên được nghi ngờ là ung thư đại trực tràng và cần được kiểm tra đánh giá thêm để xác thực:

- thay đổi thói quen đại tiện
- đầy chướng bụng
- gầy sút cân không rõ nguyên nhân
- mệt mỏi kéo dài



Chẩn đoán ung thư đại trực tràng dựa trên các thăm khám chi tiết dưới đây. Lưu ý, ở nữ giới, việc loại trừ sự xuất hiện đồng thời ung thư vú, buồng trứng và nội mạc tử cung là rất quan trọng*.

1. Khám lâm sàng

Khám lâm sàng bao gồm khám bụng và thăm trực tràng. Bằng cách sờ nắn vùng bụng, bác sĩ xác định xem liệu khối u có làm gan to hay không và liệu có gây ra dịch ổ bụng hay không, được gọi là cổ trướng. Khi thăm trực tràng, bác sĩ sẽ dùng ngón tay được đeo găng để kiểm tra bên trong hậu môn và trực tràng nhằm phát hiện những chỗ sưng hoặc vết máu bất thường.



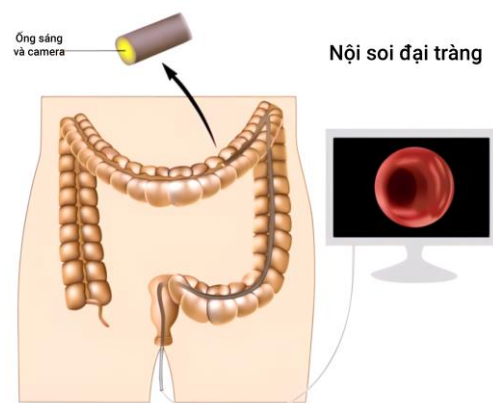
2. Nội soi*

Trong nội soi* đại trực tràng, một ống chiếu sáng nhỏ có camera được đưa qua hậu môn vào trong lòng đại trực tràng. Điều này cho phép bác sĩ kiểm tra bên trong lòng ruột để tìm các vùng bất thường hoặc sự tăng sinh bất thường ở lớp trong của ruột. Bác sĩ đưa một dụng cụ nhỏ qua ống nội soi để sinh thiết* vùng bất thường hoặc cắt toàn bộ polyp – nếu phát hiện có polyp. Phần mô sinh thiết* này sẽ được gửi đến phòng xét nghiệm để làm xét nghiệm mô bệnh học* (xem bên dưới).

Nội soi* có thể được tiến hành ở các vị trí khác nhau, bằng cách đưa dụng cụ phù hợp với các khoảng cách khác nhau vào đại trực tràng. Ống soi trực tràng* là một ống ngắn, cứng chỉ được đưa vào trực tràng (quy trình này được gọi là nội soi trực tràng). Ống soi đại tràng sigma* là một ống mềm, dài hơn một chút được đưa vào phần thấp nhất của đại tràng, phía trên trực tràng (quy trình này được gọi là nội soi đại tràng sigma*). Ống soi đại tràng* là một ống dài và mềm có thể đi qua toàn bộ đại tràng (quy trình này được gọi là nội soi đại tràng*).

Các khối u được phát hiện ở khoảng cách từ 15 cm trở xuống tính từ hậu môn được phân loại là u trực tràng, các khối u ở xa hơn khoảng cách trên gọi là u đại tràng.

Khi nội soi trực tràng phát hiện ra khối u trực tràng, việc nội soi toàn bộ đại tràng là bắt buộc, thực hiện trước hoặc sau phẫu thuật.



3. Chẩn đoán hình ảnh

- **Chụp cắt lớp vi tính đại tràng*.** Kỹ thuật này bao gồm chụp cắt lớp vi tính* ổ bụng, sau đó máy tính sẽ dựng hình ảnh 3 chiều về thành trong của đại trực tràng. Quá trình này được cũng có thể được gọi là **nội soi đại tràng ảo**. Đây không phải là một kỹ thuật được thực hiện thường quy nhưng có thể có ích khi việc nội soi đại tràng gặp khó khăn, ví dụ trong trường hợp tắc ruột do khối u. Nó có thể giúp phẫu thuật viên xác định chính xác vị trí khối u trước cuộc phẫu thuật.
- **Kỹ thuật chụp đối quang kép.** Trong kỹ thuật này này, bari sulfat (một dung dịch màu trắng như phấn thường được sử dụng trong chẩn đoán hình ảnh) và không khí được bơm vào đại tràng qua lỗ hậu môn. Cả bari và không khí đều được nhìn thấy trên X-quang*, điều này sẽ giúp quan sát gián tiếp hình dạng của thành trong đại tràng và trực tràng. Kỹ thuật này ít khi được sử dụng, thường dùng khi ống soi đại tràng* khó tiếp cận phần bên phải đại tràng, nhưng ngày nay cũng thường được thay thế bằng chụp cắt lớp vi tính đại tràng*.
- **Cần chuẩn bị đại tràng đầy đủ trước khi tiến hành nội soi đại tràng bằng ống cứng như nội soi đại tràng ảo.**



4. Các xét nghiệm cận lâm sàng

- **Các xét nghiệm máu thường quy** được thực hiện bao gồm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, xét nghiệm chức năng gan và chức năng thận.
- **Các chất chỉ điểm khối u** là các yếu tố được sản xuất bởi khối u và có thể đo được bằng xét nghiệm máu. Cùng với các xét nghiệm thường quy, chỉ điểm u giúp bác sĩ chẩn đoán sự tái phát* của ung thư sau khi điều trị bước đầu ở giai đoạn sớm của bệnh hoặc theo dõi sự tiến triển của ung thư trong và sau khi điều trị. Rất nhiều nỗ lực nghiên cứu đang được thực hiện để tìm kiếm các chỉ điểm khối u cho bệnh ung thư đại trực tràng. Ngoại trừ kháng nguyên biểu mô phôi thai (CEA, xem bên dưới), có thể có ích đối với một số trường hợp cụ thể, cho đến nay vẫn chưa có thêm xét nghiệm nào tương tự như vậy.
- **Kháng nguyên biểu mô phôi thai* (CEA).** Tế bào ung thư đại trực tràng có thể sản xuất ra yếu tố CEA* và nồng độ CEA* có thể đo được trong xét nghiệm máu. Tuy nhiên, không phải tất cả các ung thư đại trực tràng đều tiết CEA* và CEA* có thể tăng trong các bệnh ung thư khác cũng như các bệnh lý không phải ác tính. Bởi vậy, trong ung thư đại trực tràng, CEA* không phải là một xét nghiệm sàng lọc hữu ích. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân ung thư đại trực tràng có CEA* tăng cao tại thời điểm chẩn đoán, CEA* có thể hữu ích cho đánh giá tiên lượng* và theo dõi sau điều trị.



5. Xét nghiệm mô bệnh học*.

Đây là một xét nghiệm trên mô u. Xét nghiệm này được thực hiện bằng cách sử dụng kính hiển vi để đánh giá bệnh phẩm sinh thiết* hoặc polyp được cắt qua nội soi*. Kết quả mô bệnh học* sẽ giúp chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng và bộc lộ một số đặc điểm cụ thể của khối u.

Nếu bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật, xét nghiệm mô bệnh học* không chỉ được thực hiện trên mô u mà còn trên các hạch bạch huyết* vốn thường sẽ được loại bỏ, và trên các tạng mà khối u đã xâm lấn và sẽ được cắt bỏ trong quá trình phẫu thuật. Xét nghiệm mô bệnh học* đối với tổn thương di căn* cũng có thể cần được thực hiện. Mô bệnh học* là một phần của quá trình chẩn đoán được gọi là chẩn đoán giai đoạn. Chẩn đoán giai đoạn bệnh nghĩa là bác sĩ xác định phạm vi mà khối u đại trực tràng xâm lấn các cơ quan khác hoặc đã gây ra các ổ di căn*. Xác định được giai đoạn bệnh* cho phép các bác sĩ chỉ định phương pháp điều trị tối ưu.



Chương 'Điều quan trọng cần biết để xác định phương pháp điều trị tối ưu' sẽ giải thích thông tin mô bệnh học* giúp bác sĩ chỉ định điều trị như thế nào.

SÀNG LỌC UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nhiều quốc gia cung cấp chương trình sàng lọc một cách hệ thống cho những người trên 50 tuổi để phát hiện polyp* đại trực tràng cũng như ung thư đại trực tràng ở giai đoạn sớm. Lý giải cho điều này, thứ nhất do ung thư đại trực tràng giai đoạn đầu thường tạo ra các triệu chứng mơ hồ hoặc không triệu chứng, thứ hai, polyp* đã được khẳng định là tổn thương tiền ung thư* và thứ ba, lớn tuổi là một yếu tố nguy cơ* quan trọng.

Chương trình sàng lọc thường bao gồm Xét nghiệm tìm máu trong phân (FOBT)* và nội soi đại tràng* để xác định chắc chắn. Các bác sĩ sử dụng FOBT* để kiểm tra phân của bệnh nhân tìm dấu vết của máu: một khối u đại trực tràng có thể chảy một lượng máu nhỏ mà mắt thường không thể nhìn thấy được. Trong quá trình nội soi, một ống chiếu sáng nhỏ có gắn camera được đưa qua hậu môn vào đại tràng để cho phép bác sĩ kiểm tra bên trong đại tràng và trực tràng, đồng thời phát hiện các polyp* hoặc các khối u khác ở đại trực tràng.

Ở Châu Âu, khám sàng lọc được khuyến cáo cho nam giới và phụ nữ từ 50 tuổi trở lên, 1 đến 2 năm một lần, cho đến khoảng 74 tuổi. Chương trình sàng lọc bắt đầu bằng xét nghiệm FOBT* và những người có FOBT* dương tính* sẽ được cho nội soi đại tràng*.

NHỮNG ĐIỀU QUAN TRỌNG CẦN BIẾT ĐỂ LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ TỐI ƯU?

Bác sĩ sẽ cần xem xét nhiều khía cạnh của cả người bệnh và đặc điểm của bệnh ung thư đó để quyết định phương pháp điều trị tốt nhất.



Thông tin liên quan đến người bệnh

- Giới tính
- Tuổi
- Tiền sử y tế cá nhân, các bệnh lý và phương pháp điều trị trước đây
- Tiền sử gia đình về ung thư đại trực tràng, polyp* đại trực tràng và các dạng khác của ung thư
- Sức khỏe chung và toàn trạng
- Những triệu chứng khó chịu cụ thể về mặt thể chất
- Kết quả thăm khám lâm sàng
- Kết quả xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, chức năng gan và thận, CEA*
- Kết quả nội soi và chẩn đoán hình ảnh

Thông tin liên quan đến bệnh ung thư

- **Giai đoạn bệnh***

Khi xác định giai đoạn bệnh ung thư, bác sĩ sử dụng các biện pháp khác nhau để đánh giá mức độ lan rộng tại vùng và ở vị trí di căn xa của ung thư trong cơ thể. Quá trình này được gọi là đánh giá giai đoạn bệnh*. Đánh giá giai đoạn bệnh là cơ sở để đưa ra quyết định điều trị đúng đắn. Giai đoạn bệnh cũng quyết định đến tiên lượng* của bệnh nhân: giai đoạn càng sớm, tiên lượng càng tốt*.

Đánh giá giai đoạn ung thư* thường được thực hiện hai lần. Sau khi thăm khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ sẽ ước tính giai đoạn* của ung thư. Nếu phẫu thuật được thực hiện, việc xác định giai đoạn* sẽ được quyết định bởi đánh giá mô bệnh học* của khối u, hạch bạch huyết* và/hoặc các cơ quan khác sau khi đã được cắt bỏ. Quá trình này được gọi là xác định giai đoạn* sau phẫu thuật. Đánh giá mô bệnh học* bao gồm kiểm tra các diện cắt của mẫu bệnh phẩm, để xác định xem liệu khối u đã lan rộng ra ngoài mô được cắt bỏ hay chưa. Tối thiểu phải nạo vét được 12 hạch bạch huyết* để có thể xác định giai đoạn* một cách chính xác. Ngoài ra, đánh giá mô bệnh học* cần xác định được khối u có xâm lấn mạch máu hoặc thần kinh hay không.

Hệ thống xếp giai đoạn* theo TNM thường được sử dụng. Sự kết hợp của kích thước khối u và tình trạng xâm lấn các mô lân cận (T), tình trạng di căn hạch bạch huyết* (N), và di căn* xa hoặc lan rộng của ung thư đến các cơ quan khác của cơ thể (M), sẽ phân loại ung thư đang ở một trong các giai đoạn được giải thích trong bảng dưới đây. Có các định nghĩa khá chuyên sâu và đề cập đến giải phẫu của ruột và khoang bụng. Nên hỏi bác sĩ để được giải thích cặn kẽ hơn.

| Giai đoạn | Định nghĩa | Phân loại |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Giai đoạn 0 | Ung thư biểu mô tại chỗ: một khối u ác tính giới hạn ở lớp niêm mạc*, chưa xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc* | Ung thư đại trực tràng giai đoạn tại chỗ - tại vùng |
| Giai đoạn I | Khối u xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc* hoặc lớp cơ* | |
| Giai đoạn IIA | Khối u xâm lấn qua lớp cơ* tới lớp dưới thanh mạc* hoặc đến các mô lân cận trong khoang phúc mạc* | |
| Giai đoạn IIB | Khối u xâm lấn qua lớp phúc mạc tạng* và/hoặc xâm lấn trực tiếp đến các cơ quan hay cấu trúc trong khoang phúc mạc* | |
| Giai đoạn III | Khối u di căn* đến các hạch bạch huyết* khu vực. Giai đoạn III được chia thành 3 giai đoạn khác nhau tùy theo mức độ xâm lấn tại vùng của khối u và số lượng hạch bạch huyết* có di căn* ^a <ul style="list-style-type: none"> Giai đoạn IIIA: Khối u xâm lấn lớp dưới niêm mạc* hoặc lớp cơ* và di căn 1-3 hạch bạch huyết* khu vực Giai đoạn IIIB: Khối u xâm lấn lớp dưới thanh mạc*, phúc mạc tạng*, hoặc các cơ quan lân cận, và di căn 1-3 hạch bạch huyết* khu vực Giai đoạn IIIC: Khối u, bất kể mức độ xâm lấn tại chỗ, di căn từ 4 hạch vùng* trở lên | |
| Giai đoạn IV | Khối u đã di căn đến các cơ quan ở xa, bất kể mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u và/hoặc đã di căn đến các hạch vùng* | Ung thư đại trực tràng giai đoạn tiến xa |

^a trong xếp giai đoạn* sau phẫu thuật, tối thiểu 12 hạch bạch huyết* phải được nạo vét để xác định chính xác số lượng hạch* có ung thư.

• Đánh giá hình ảnh

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có thể giúp xác định sự lan rộng tại chỗ, tại vùng của khối u và sự hiện diện của di căn*. Chẩn đoán hình ảnh có thể bao gồm:

- **Chụp cắt lớp vi tính (CT)*** ngực và bụng được thực hiện thường quy trước khi phẫu thuật để phát hiện sự lan rộng di căn của khối u.
- **Siêu âm* gan trong lúc phẫu thuật** giúp xác định sự hiện diện của khối u di căn* gan và xem chúng có phù hợp để cắt bỏ hay không.
- **Chụp cộng hưởng từ* (MRI)** rất hữu ích để đánh giá chính xác mức độ lan rộng của khối u và phát hiện hoặc khẳng định sự hiện diện của di căn*. MRI* trực tràng là một quy trình thường quy dùng để xác định giai đoạn* trong ung thư trực tràng.
- **Siêu âm nội soi*** có thể được sử dụng để thay thế cho MRI* trong ung thư trực tràng giai đoạn sớm nhằm xác định mức độ lan rộng của khối u.



- **Chụp cắt lớp phát xạ positron* (PET)** không phải là một kiểm tra thường quy, nhưng có thể hữu ích để cung cấp hình ảnh về di căn*. PET* có thể giúp xác định một khối tổn thương ở xa có bản chất ác tính hay không, đặc biệt nếu được sử dụng kết hợp với chụp cắt lớp vi tính (CT). PET* cũng có thể giúp nhận diện chính xác các ổ di căn* ở gan có thích hợp cho phẫu thuật cắt bỏ hay không. PET* cũng hữu ích trong xác định u còn sót lại hoặc tái phát* sau khi xạ trị* và/hoặc phẫu thuật.
- **Đánh giá mô bệnh học***

Trong quá trình nội soi đại tràng, mẫu sinh thiết* được lấy từ các vùng nghi ngờ, và - nếu có thể - từ các polyp* được cắt bỏ hoàn toàn. Các mẫu mô này sẽ được kiểm tra trong phòng xét nghiệm. Quá trình này được gọi là đánh giá mô bệnh học*. Khi phẫu thuật được chỉ định, đánh giá mô bệnh học* lần thứ hai sẽ thực hiện trên bệnh phẩm khối u và hạch bạch huyết* sau phẫu thuật cắt bỏ. Việc này rất quan trọng để khẳng định kết quả mô bệnh học* lần thứ nhất và cung cấp thêm thông tin về bệnh ung thư.

Kết quả đánh giá mô bệnh học* nên bao gồm:

- **Loại mô học của tổn thương**
Loại mô học đề cập đến loại tế bào cấu thành tổn thương. Hầu hết các ung thư đại trực tràng là ung thư biểu mô tuyến* hoặc các dưới nhóm của ung thư biểu mô tuyến* (dạng chế nhầy hoặc dạng vòng nhẵn). Các loại ung thư đại trực tràng hiếm gặp khác bao gồm ung thư biểu mô tế bào vẩy*, ung thư biểu mô tuyến vẩy*, ung thư biểu mô không biệt hóa, và ung thư biểu mô thể tủy.
Ung thư biểu mô thần kinh nội tiết* là loại ung thư phát triển từ các tế bào thần kinh nội tiết của đại tràng hoặc trực tràng. Các ung thư này có biểu hiện khác biệt, do đó phương pháp điều trị cũng có sự khác biệt. Thông tin trong hướng dẫn này không áp dụng cho dạng ung thư này của đại trực tràng.
- **Độ mô học**
Độ mô học được xác định dựa trên sự khác biệt cơ bản của các tế bào khối u so với các tế bào bình thường khác trong niêm mạc đại trực tràng. Các đặc tính bất thường thể hiện tốc độ nhân lên của tế bào và mức độ xâm lấn của chúng.
Trong ung thư đại trực tràng, có bốn cấp độ mô học được phân biệt. Ở **độ 1**, mô khối u gần giống với mô đại trực tràng bình thường, trong khi ở **độ 4**, các tế bào khối u trông rất khác thường. **Độ 2 và 3** là các cấp độ trung gian. Các cấp độ mô học của ung thư đại trực tràng thường được gọi chung hơn, như **độ thấp** (độ 1-2) và **độ cao** (độ 3-4). Ung thư biểu mô tế bào vòng nhẵn, ung thư biểu mô tế bào nhỏ, và ung thư biểu mô không biệt hóa luôn luôn được xếp vào nhóm có độ mô học cao.
- **Mức độ xâm lấn của polyp* ác tính đại trực tràng**
Ung thư đại trực tràng thường phát triển từ polyp đại trực tràng lành tính. Khi một polyp đại trực tràng được cắt bỏ và đánh giá sự hiện diện của ung thư biểu mô xâm nhập, bác sĩ giải phẫu bệnh* sẽ đặc biệt quan tâm tới việc tìm kiếm các đặc tính có thể dự đoán sự ác tính của ung thư.

Nhiều hệ thống đã được đề xuất nhằm phân giai đoạn “polyp* ác tính” nhằm giúp định hướng điều trị. Một trong số đó là “mức độ xâm lấn”, nhằm xác định mức độ xâm lấn vào cấu trúc polyp của ung thư biểu mô. Trong các **polyp* có cuống** (polyp* gắn vào niêm mạc ruột bằng một thân dài hẹp) có bốn mức độ xâm lấn đã được phân loại. Trong các **polyp* không cuống** (các polyp* không có thân) có ba mức độ xâm lấn đã được phân loại.

Các thông tin khác về mô bệnh học cũng cho phép dự đoán kết quả tiến triển ác tính, bao gồm sự hiện diện của các tế bào ung thư ở diện cắt của các polyp được cắt bỏ, sự xâm lấn của tế bào ung thư vào mạch máu hoặc mạch bạch huyết*, và tổn thương có độ mô học cao.

- **Xét nghiệm phân tử**

Ung thư hình thành khi các gen chịu trách nhiệm cho việc điều hòa sự tăng trưởng và biệt hóa của tế bào bị biến đổi. Những biến đổi gen như vậy có thể bao gồm sự thay đổi trình tự DNA của một gen (được gọi là đột biến*), sự thay đổi về số lượng, hoặc sự đứt gãy, của các nhiễm sắc thể* (được gọi là sự mất ổn định của nhiễm sắc thể*) và sự thay đổi độ dài của các trình tự lặp lại đặc hiệu trong DNA (được gọi là sự mất ổn định vi vệ tinh*).

Xét nghiệm phân tử là một kỹ thuật nhằm bộc lộ toàn bộ tập hợp các gen được biểu hiện trong một tế bào hoặc trong một mẫu mô. Kỹ thuật này ngày càng được sử dụng nhiều hơn nhằm xác định hồ sơ các gen và sự biến đổi gen biểu hiện trong bệnh lý ung thư. Bằng cách so sánh những đặc điểm phân tử giữa các loại ung thư, và liên hệ chúng với thông tin lâm sàng, có thể giúp cho bác sĩ hiểu được nguồn gốc của ung thư, tiềm năng di căn, khả năng đáp ứng với điều trị, cũng như khả năng tái phát. Đối với ung thư đại tràng, một số biến đổi gen đã được mô tả, như đột biến RAS*, đột biến BRAF*, đột biến MLH1*, sự bất ổn định nhiễm sắc thể* và sự bất ổn định vi vệ tinh*. Sự hiện diện hay vắng mặt của những đặc điểm phân tử này giúp phân loại các khối u đại trực tràng và giúp xác định phương pháp điều trị tối ưu. Điều này đặc biệt đúng đối với đột biến RAS* (cả KRAS hay NRAS) trong việc xác định xem hai thuốc đặc hiệu có thể có hiệu quả hay không.

CÁC LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ LÀ GÌ?

Việc lập kế hoạch điều trị cần sự tham gia của nhóm chuyên gia y tế liên ngành*. Điều này thường nghĩa là sẽ có một hội chẩn giữa các bác sĩ từ các chuyên khoa khác nhau, được gọi là hội chẩn đa chuyên khoa* hoặc hội chẩn của các tiểu ban ung bướu*. Trong cuộc hội chẩn này, việc lập kế hoạch điều trị sẽ được thảo luận dựa trên các thông tin liên quan đã được đề cập ở phần trước.



Việc điều trị thường sẽ kết hợp các liệu pháp nhằm:

- Tác động lên vị trí ung thư, chẳng hạn như phẫu thuật hoặc xạ trị*
- Tác động hệ thống lên các tế bào ung thư (trên toàn bộ cơ thể) như hóa trị* hay liệu pháp sinh học nhắm trúng đích*

Mức độ điều trị sẽ tùy thuộc vào giai đoạn của bệnh ung thư, các đặc tính của khối u và các rủi ro đối với bệnh nhân.

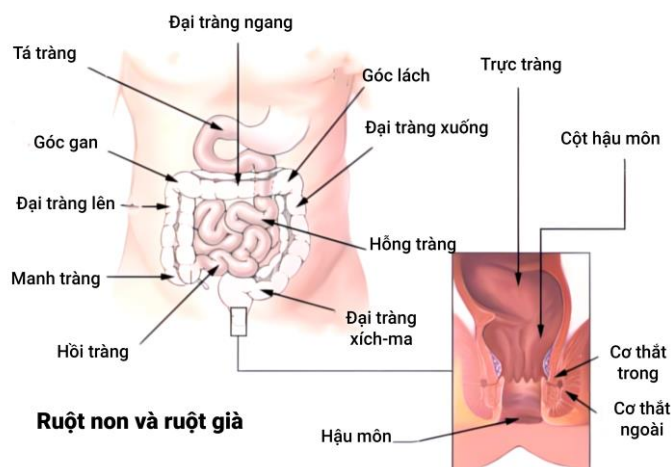
Dưới đây, các nguyên tắc chung trong điều trị ung thư đại trực tràng được liệt kê đầu tiên. Ung thư đại trực tràng thường được tìm thấy trong một polyp; việc điều trị polyp* ác tính sẽ được mô tả riêng. Tiếp theo sẽ là mô tả các kế hoạch điều trị cho từng giai đoạn. Ung thư đại tràng và ung thư trực tràng được mô tả riêng biệt.

Tất cả các phương pháp điều trị đều có lợi ích, rủi ro và chống chỉ định* của chúng. Người bệnh nên hỏi bác sĩ về những lợi ích và rủi ro có thể có của mỗi phương pháp điều trị để có thông tin về các hệ quả của việc điều trị. Đối với một số người bệnh, có thể có vài phương án điều trị khả thi, và việc lựa chọn cần được thảo luận dựa trên sự cân bằng giữa lợi ích và rủi ro.

CÁC NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật

Phẫu thuật nhằm mục đích loại bỏ khối u. Với những bệnh nhân ở giai đoạn tiến xa, phẫu thuật cũng có thể được thực hiện để loại bỏ các tổn thương di căn.



Phạm vi phẫu thuật để loại bỏ khối u sẽ phụ thuộc vào mức độ lan rộng tại chỗ, tại vùng của khối u. Trong **phẫu thuật lấy u đơn thuần**, khối u sẽ được cắt bỏ tại chỗ từ lớp bề mặt nông bên trong của thành ruột. Khi ung thư phát triển từ một polyp, toàn bộ polyp sẽ được cắt bỏ, tiến trình này được gọi là **phẫu thuật cắt bỏ polyp***. Trong **phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột**, đoạn ruột nơi chứa khối u sẽ được cắt bỏ và đoạn ruột còn lại sẽ được nối với nhau.



Các phẫu thuật tiêu chuẩn hiện nay được đánh giá là phù hợp hơn so với các phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột trong điều trị ung thư đại tràng. Tùy thuộc vào vị trí của khối u, phẫu thuật tiêu chuẩn bao gồm cắt bỏ đại tràng lên (cắt đại tràng phải*) hoặc cắt bỏ đại tràng xuống (cắt đại tràng trái*) hay cắt bỏ đại tràng sigma (cắt đại tràng sigma). Cắt đại tràng phải và trái* đôi khi được mở rộng đến đại tràng ngang và được gọi là phẫu thuật cắt nửa đại tràng mở rộng* (phải hoặc trái). Các đoạn ruột tương ứng sẽ được cắt bỏ cùng với các hạch vùng tương ứng* và bất kỳ phần nào của những cơ quan lân cận bị khối u xâm lấn. Điều cần thiết là phải nạo vét được tối thiểu 12 hạch vùng* để đánh giá giai đoạn* được chính xác. Phẫu thuật viên cũng cần phải tính đến cấu trúc của nguồn cấp máu cho đoạn ruột còn lại do đó diện cắt có thể sẽ rộng hơn. Đối với trường hợp ung thư trực tràng, lớp mạc treo trực tràng* chứa hạch vùng tương ứng* có thể sẽ được cắt bỏ, tiến trình này được gọi là **phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (TME)**.

Thông thường, hai đoạn ruột bình thường còn lại sẽ được phẫu thuật nối lại với nhau trong thì mổ đầu tiên (được gọi là **phẫu thuật nối thông***). Khi phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng được thực hiện, đại tràng và hậu môn sẽ được phẫu thuật nối thông* lại với nhau. Tuy nhiên, trên các một số người bệnh nhất định, phẫu thuật viên cần phải mở miệng nối tạm thời giữa ruột non hoặc ruột già với thành bụng, đây được gọi là **hậu môn tạm thời ruột non** hoặc **hậu môn tạm thời ruột già** (tiến trình này được gọi là **mở hậu môn nhân tạo hồi tràng** hay **mở hậu môn nhân tạo đại tràng**, tương ứng, xem dưới đây). Các hậu môn nhân tạo này thường là tạm thời, nhưng đối với một số bệnh nhân, nó có thể là vĩnh viễn, đặc biệt là bệnh nhân phẫu thuật do ung thư phần thấp của trực tràng.

Đối với ung thư trực tràng, phẫu thuật cắt bỏ tại vùng có thể được thực hiện bằng cách sử dụng một ống soi phóng đại được đưa qua hậu môn vào trực tràng. Tiến trình này được gọi là **phẫu thuật nội soi qua đường hậu môn*** và yêu cầu chuyên môn chuyên biệt. Đối với những khối u đại tràng, phẫu thuật cắt bỏ u đơn thuần và phẫu thuật cắt polyp* có thể được thực hiện bằng **ống nội soi đại tràng***.

Phẫu thuật có thể được thực hiện bằng **phẫu thuật mở**, hoặc bằng **phẫu thuật nội soi**. Phẫu thuật mở cần đến mở bụng, nghĩa là phẫu thuật viên sẽ rạch một đường lớn ở bụng để thực hiện cuộc mổ. Trong khi đó với **phẫu thuật nội soi**, các ống và dụng cụ được trang bị đèn chiếu sáng được đưa vào ổ bụng thông qua 3 đến 4 đường rạch nhỏ ở thành bụng. Sau phẫu thuật nội soi, bệnh nhân thường hồi phục nhanh hơn và dễ dàng hơn so với phẫu thuật mở.

Khi ung thư gây tắc nghẽn ruột, phẫu thuật viên có thể cần giải phóng chỗ tắc và chờ miệng nối liền lại bằng cách đặt một **stent**, hoặc **phẫu thuật mở hậu môn nhân tạo**. Stent là một ống thông được đặt vào trong ruột để mở lối thông tự nhiên tương ứng vị trí khối u. Trong khi đối với phẫu thuật mở hậu môn nhân tạo, đoạn ruột lành phía trên khối u được nối trực tiếp ra da thành bụng và đoạn ruột phía dưới được đóng lại; phân bây giờ sẽ ra khỏi cơ thể thông qua con đường mới này và được thu vào một túi nhựa gắn vào da thành bụng. Lỗ mở mới này được gọi là **hậu môn nhân tạo**. Thông thường, hậu môn nhân tạo là tạm thời, có nghĩa là - khi khối u được cắt bỏ và miệng nối có thời gian lành lại- một cuộc mổ thứ hai sẽ được thực hiện để nối hai đoạn ruột lại với nhau (**phẫu thuật nối thông***), và đóng hậu môn nhân tạo. Hậu môn nhân tạo có thể là vĩnh viễn trên một số bệnh nhân (ví dụ, những bệnh nhân có vị trí khối u ở trực tràng rất thấp).

Hóa trị*

Hóa trị* nhằm mục đích tiêu diệt các tế bào ung thư. Hóa trị* có thể được dùng bằng đường uống hoặc đường tĩnh mạch, và từ đó cho tác dụng toàn thân. Thuốc hóa trị* chính trong điều trị ung thư đại trực tràng là các loại thuốc nhóm fluoropyrimidine*, được sử dụng như một liệu pháp đơn lẻ (được gọi là hóa trị đơn chất), hoặc kết hợp với các loại thuốc khác (được gọi là hóa trị kết hợp).



Các fluoropyrimidine* được sử dụng là **5-fluorouracil* (5-FU)**, được truyền tĩnh mạch*, và **capecitabine*** hay **tegafur - uracil* (UFT)**, được dùng bằng đường uống. Fluoropyrimidine* thường được sử dụng kết hợp với **leucovorin* (LV)**, còn được gọi là folinic acid*, một loại thuốc giúp tăng cường hiệu quả của fluoropyrimidine*. Thông thường, 5-FU* được dùng cùng với LV*, viết tắt là **5-FU/LV**.



Trong hóa trị* kết hợp, fluoropyrimidine* thường được kết hợp với các loại thuốc hóa trị khác như **oxaliplatin*** hay **irinotecan***.

Liệu pháp sinh học nhắm trúng đích*

Liệu pháp sinh học nhắm trúng đích* là phương pháp sử dụng các hoạt chất sinh học được bào chế đặc hiệu để can thiệp vào sự phát triển của tế bào.

Bevacizumab* là một kháng thể đơn dòng* liên kết vào thụ thể yếu tố tăng trưởng* nội mô mạch máu* (VEGF), một yếu tố tăng trưởng của mạch máu. Những tế bào ung thư đại trực tràng tạo ra một lượng lớn VEGF*, kích thích sự hình thành nên các mạch máu mới ở trong và xung quanh khối u (nuôi dưỡng khối u). Ức chế VEGF* bằng thuốc bevacizumab* có thể giúp ngăn chặn điều này xảy ra.

Cetuximab* và **panitumumab*** là những kháng thể đơn dòng* hoạt động bằng cách kháng lại thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGFR*), một cấu trúc trên bề mặt của tất cả tế bào bình thường giúp chúng phát triển. Tế bào đại trực tràng mang một lượng lớn EGFR* trên bề mặt của chúng, sự gắn kết cetuximab* hay panitumumab* vào EGFR* sẽ cản trở sự phát triển của các tế bào khối u và khiến chúng chết đi.

Aflibercept* là một protein dung nạp tái tổ hợp liên kết với VEGF* trong tuần hoàn và ức chế hoạt động của các phân tử khác nhau thuộc gia đình VEGF*. Nó ức chế sự phát triển của mạch máu trong khối u.

Regorafenib* là một liệu pháp nhắm trúng đích* dùng bằng đường uống, một chất ức chế đa kinase. Regorafenib* nhắm vào thụ thể tyrosine kinase, là thụ thể có ái lực cao trên bề mặt tế bào, là tác nhân chính điều hòa các quá trình bình thường trong tế bào, và cũng có vai trò rất quan trọng trong sự phát triển và tiến triển của khối u.

Xạ trị*

Xạ trị* nhằm mục đích tiêu diệt các tế bào khối u thông qua quá trình bức xạ ion hóa. Xạ trị* có thể được sử dụng đơn thuần hoặc kết hợp với hóa trị* (hóa - xạ trị*), trước khi phẫu thuật cho một số giai đoạn nhất định của ung thư trực tràng. Phẫu thuật thường được thực hiện 6-8 tuần sau khi kết thúc hóa - xạ trị*.



Trong ung thư trực tràng, xạ trị* hoặc hóa - xạ trị* trước mổ nên được tiến hành càng sớm càng tốt khi có chỉ định. Xạ trị* hoặc hóa - xạ trị* sau phẫu thuật dành cho những bệnh nhân ung thư trực tràng có nguy cơ tái phát* cao và những người chưa được xạ trị* trước phẫu thuật.

Tại những trung tâm có kinh nghiệm, xạ áp sát* hoặc các kỹ thuật tiếp cận đặc biệt* có thể được sử dụng thay thế cho phẫu thuật tại chỗ (có hoặc không kèm theo hóa - xạ trị* bổ trợ) cho một số dạng ung thư trực tràng.

ĐIỀU TRỊ POLYP* ÁC TÍNH

Khi một ung thư biểu mô được tìm thấy trong một polyp đại tràng hoặc trực tràng, nó còn được gọi là một polyp ác tính. Điều trị tổn thương này tùy thuộc vào mức độ xâm lấn của ung thư biểu mô vào chính polyp đó hoặc vượt ra khỏi polyp vào thành ruột, dù có sự hiện diện của các đặc điểm mô học bất lợi hay không (xem phần: Đánh giá mô bệnh học*).*

Polyp* ác tính ở đại tràng

Nếu ung thư biểu mô ở polyp không có biểu hiện xâm lấn hoặc mức độ xâm lấn thấp/trung bình (mức độ 1-3 đối với polyp có cuống, mức độ 1-2 đối với polyp không cuống), chỉ cần **phẫu thuật cắt polyp*** là đủ. Nếu mức độ xâm lấn cao (mức độ 4 đối với polyp có cuống, mức độ 2-3 đối với polyp không cuống) hoặc hiện diện đặc điểm mô học bất lợi, **phẫu thuật cắt đoạn ruột hoặc phẫu thuật tiêu chuẩn**, như đã được mô tả trong phần trước (và do đó bao gồm luôn cả nạo hạch bạch huyết*) sẽ được chỉ định.

Polyp* ác tính ở trực tràng

Nếu ung thư biểu mô ở polyp* không có biểu hiện xâm lấn hoặc mức độ xâm lấn thấp/trung bình (mức độ 1-3 đối với có cuống*, mức độ 1-2 đối với polyp* không cuống), cắt bỏ tại chỗ thông qua **phẫu thuật nội soi qua đường hậu môn*** là đủ.

Nếu ung thư biểu mô ở một polyp* đã cắt có biểu hiện mức độ xâm lấn cao (mức độ 4 đối với polyp có cuống*, mức độ 2-3 đối với polyp* không cuống) hoặc có đặc điểm mô học bất lợi, khuyến cáo nên thực hiện phẫu thuật cắt bỏ trên phạm vi rộng hơn, được gọi là **phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (TME)**, trong đó toàn bộ trực tràng được cắt bỏ cùng với nạo vét hạch vùng* khu trú trong mạc treo*. Ở những bệnh nhân không đủ sức khỏe để can thiệp phẫu thuật trên phạm vi rộng hơn, hóa - xạ trị* sau phẫu thuật được khuyến cáo.

Nếu ung thư biểu mô xâm nhập được chẩn đoán trên mẫu sinh thiết* của polyp* và nếu dự kiến điều trị tại chỗ bằng **phẫu thuật nội soi qua đường hậu môn***, thì **hóa - xạ trị*** nên được thực hiện trước phẫu thuật.

Trên một số người bệnh nhất định, bác sĩ có thể xem xét **xạ trị tại chỗ*** (còn được gọi là **xạ áp sát***) hoặc các **liệu pháp tiếp cận tại chỗ*** để thay thế cho phẫu thuật tại chỗ kèm hoặc không kèm với hóa - xạ trị*.

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ THEO GIAI ĐOẠN BỆNH

Kế hoạch điều trị cho giai đoạn 0

Ở giai đoạn này, ung thư chỉ giới hạn trong lớp niêm mạc* và chưa xâm lấn lớp dưới niêm mạc*. Do khối u chỉ giới hạn ở lớp nông nhất của thành ruột, mục tiêu chính của điều trị là loại bỏ khối u tại chỗ bằng phẫu thuật và không cần thiết phải điều trị bổ trợ.

Giai đoạn lâm sàng của ung thư sẽ được nhận định trước khi phẫu thuật dựa trên thăm khám lâm sàng và kết quả chẩn đoán hình ảnh. Trên thực tế, giai đoạn xác định chỉ được biết sau khi đánh giá mô khối u được cắt bỏ trong quá trình phẫu thuật. Chính vì vậy, kế hoạch điều trị có thể được điều chỉnh sau khi phẫu thuật.

Khối u đại tràng hoặc trực tràng được cắt bỏ bằng **phẫu thuật cắt u đơn thuần**. Các tổn thương lớn hơn ở đại tràng khó loại bỏ hơn, và trong những trường hợp này, đoạn ruột chứa khối u sẽ được cắt bỏ (được gọi là **phẫu thuật cắt đoạn ruột**), tiếp theo là phẫu thuật nối đoạn ruột*. Đối với ung thư trực tràng, bác sĩ sẽ sử dụng kỹ thuật **cắt u nội soi qua đường hậu môn***.

Kế hoạch điều trị cho Giai đoạn I

Ở giai đoạn này, ung thư đã phát triển vào lớp dưới niêm mạc* và có thể đã phát triển vào lớp cơ của ruột. Do khối u đã phát triển sâu hơn vào thành ruột, việc điều trị đòi hỏi phạm vi phẫu thuật rộng rãi hơn, và cần nạo vét các hạch vùng*. Tuy nhiên, vì khối u vẫn được xem là giai đoạn tại chỗ, việc điều trị thêm là không cần thiết.

Giai đoạn lâm sàng của ung thư sẽ được nhận định trước khi phẫu thuật dựa trên thăm khám lâm sàng và kết quả chẩn đoán hình ảnh. Trên thực tế, giai đoạn xác định chỉ được biết sau khi đánh giá mô khối u được cắt bỏ trong quá trình phẫu thuật. Chính vì vậy, kế hoạch điều trị có thể được điều chỉnh sau khi phẫu thuật.

Đối với ung thư đại tràng, bác sĩ sẽ thực hiện **phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột**, bao gồm loại bỏ đoạn đại tràng chứa khối u, cũng như các hạch vùng tương ứng*. Đối với ung thư trực tràng, phương pháp điều trị là **phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng**, trong đó toàn bộ trực tràng được cắt bỏ, cùng với các hạch vùng* trong mạc treo trực tràng*.

Kế hoạch điều trị cho Giai đoạn II

Ở giai đoạn này, ung thư đã phát triển vượt qua khỏi lớp cơ của ruột và có thể xâm lấn đến các cơ quan xung quanh đại tràng hoặc trực tràng. Phương pháp điều trị chính bao gồm phẫu thuật, nhằm mục đích loại bỏ khối u và các cơ quan lân cận bị khối u xâm lấn. Tuy nhiên, trên một số bệnh nhân nhất định, điều trị bổ trợ có thể được khuyến cáo vì nó làm giảm nguy cơ khối u xuất hiện trở lại. Đối với ung thư đại tràng, điều trị bổ trợ bao gồm hóa trị*, đối với ung thư trực tràng, điều trị bổ trợ bao gồm xạ trị* hoặc hóa - xạ trị*.

Giai đoạn lâm sàng của bệnh ung thư trước khi phẫu thuật được đánh giá dựa trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Trên thực tế, giai đoạn xác định chỉ được biết sau khi đánh giá mô khối u được cắt bỏ trong quá trình phẫu thuật. Chính vì vậy, kế hoạch điều trị có thể được điều chỉnh sau khi phẫu thuật.

Ung thư đại tràng

Đối với ung thư đại tràng, bác sĩ sẽ thực hiện **phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột**, bao gồm loại bỏ đoạn đại tràng chứa khối u, các hạch vùng*, cũng như các cơ quan lân cận bị khối u xâm lấn.

Đối với người bệnh có nguy cơ cao, **hóa trị bổ trợ*** được khuyến cáo sử dụng. Hóa trị được dùng bổ trợ cho phương pháp chính ban đầu là phẫu thuật, nhằm ngăn chặn khối u xuất hiện trở lại. Nói chung, bệnh nhân giai đoạn IIB được coi là có nguy cơ cao, cũng như những bệnh nhân có ít nhất một trong các đặc điểm sau: khối u gây tắc ruột, khối u xuyên thủng phúc mạc tạng* và/hoặc xâm lấn các cơ quan lân cận, không nạo vét đủ (tối thiểu 12) hạch vùng* để xác định có di căn hạch bạch huyết* không, khối u kém biệt hóa, hoặc khối u xâm lấn các mô* mạch máu*, lym phô* hoặc thần kinh*.

Hóa trị* bao gồm **oxaliplatin*** và **5FU/LV**, được truyền tĩnh mạch*. Sự kết hợp này còn được gọi là phác đồ **FOLFOX**. Cũng có thể thay thế bằng cách kết hợp capecitabine* đường uống với oxaliplatin* truyền tĩnh mạch*. Thay vào đó, một phác đồ với **5FU/LV** truyền tĩnh mạch* hay **capecitabine*** dùng đường uống có thể được cân nhắc. Hóa trị* được thực hiện trong 6 tháng. Ở bệnh nhân trên 70 tuổi, nên thận trọng khi sử dụng kết hợp các thuốc hóa trị* như oxaliplatin*.

Việc tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng được khuyến khích nhằm giúp phát triển phương pháp điều trị tối ưu cho các bệnh nhân trong nhóm này.

Ung thư trực tràng

Trong ung thư trực tràng, MRI* vùng chậu là phương tiện cơ bản để xác định sự lan rộng tại chỗ, tại vùng của khối u trước khi bắt đầu điều trị. Ở một số trường hợp, điều trị tiền phẫu không cần thiết vì chỉ cần phẫu thuật là đủ. Đối với tất cả các trường hợp khác, khuyến cáo nên xạ trị* hoặc hóa - xạ trị* trước khi phẫu thuật. Phác đồ khuyến cáo phụ thuộc vào mức độ lan rộng tại chỗ, tại vùng của khối u. Nếu khối u có thể được loại bỏ hoàn toàn bằng **phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng** và khối u chỉ lan đến những cơ quan có thể dễ dàng cắt bỏ, **xạ trị*** hoặc **hóa - xạ trị*** tiền phẫu sẽ được chỉ định.

Nếu **phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng** không cho phép loại bỏ hoàn toàn khối u, và/hoặc nếu khối u lan đến các cơ quan không thể cắt bỏ, **hóa - xạ trị*** nên được thực hiện.

Phác đồ **xạ trị*** bao gồm xạ 25 Gray*, được chia thành 5 phân liều 5 Gray*, trong hơn 1 tuần, ngay sau đó tiến hành phẫu thuật. Phác đồ **hóa - xạ trị*** bao gồm xạ trị* 46 – 50,4 Gray* với phân liều từ 1,8 đến 2 Gray*, kết hợp với hóa trị* 5FU* (truyền tĩnh mạch* hoặc uống), hay capecitabine* hoặc UFT* (uống), sau 6-8 tuần thì thực hiện phẫu thuật. Ở bệnh nhân trên 80 tuổi hoặc không phù hợp để hóa - xạ trị*, phác đồ xạ trị* với 5 phân liều 5 Gray* có thể được xem xét và phẫu thuật nên trì hoãn 6-8 tuần sau khi kết thúc xạ trị*.

Trong quá trình phẫu thuật, bác sỹ thực hiện **phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng**, do đó loại bỏ toàn bộ trực tràng, hạch vùng* trong mạc treo trực tràng*. Bác sỹ cũng cắt bỏ các cơ quan lân cận bị khối u xâm lấn, nếu có thể.

Kế hoạch điều trị cho giai đoạn III

Ở giai đoạn này, ung thư đã di căn đến các hạch vùng*. Khối u nguyên phát có thể giới hạn tại ruột hoặc có thể đã xâm lấn đến các cơ quan lân cận. Vì ung thư đã lan rộng ra khỏi ruột, việc điều trị không chỉ bao gồm phẫu thuật để loại bỏ tất cả các mô khối u mà cần có liệu pháp bổ trợ vì nó có thể làm giảm nguy cơ khối u tái phát. Đối với ung thư đại tràng, liệu pháp bổ trợ bao gồm hóa trị*, đối với ung thư trực tràng sẽ bao gồm xạ trị* hoặc hóa - xạ trị*.*

Giai đoạn lâm sàng của ung thư sẽ được nhận định trước khi phẫu thuật dựa trên thăm khám lâm sàng và kết quả chẩn đoán hình ảnh. Trên thực tế, giai đoạn xác định chỉ được biết sau khi đánh giá mô khối u được cắt bỏ trong quá trình phẫu thuật. Chính vì vậy, kế hoạch điều trị có thể được điều chỉnh sau khi phẫu thuật.

Ung thư đại tràng

Bác sĩ sẽ thực hiện **phẫu thuật cắt đoạn ruột**, loại bỏ đoạn đại tràng chứa khối u, hạch vùng*, cũng như các cơ quan lân cận bị khối u xâm lấn.

Hóa trị bổ trợ* tiêu chuẩn bao gồm **oxaliplatin*** và **5FU/LV** truyền tĩnh mạch*. Sự kết hợp này còn được gọi là phác đồ **FOLFOX**. **Sự kết hợp capecitabine và oxaliplatin*** (còn gọi là phác đồ **CAPOX**) **cũng có thể được đề xuất**. **Oxaliplatin*** bị chống chỉ định* ở một số bệnh nhân: những trường hợp này, phác đồ tiêu chuẩn là **5FU/LV** truyền tĩnh mạch* hoặc **capecitabine*** uống. Hóa trị* được thực hiện trong 6 tháng.

Ung thư trực tràng

Trong ung thư trực tràng, MRI* vùng chậu là phương tiện cơ bản để xác định sự lan rộng tại chỗ, tại vùng của khối u trước khi bắt đầu điều trị. Tuy nhiên, cả MRI* và những phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác đều không thể cho biết chính xác liệu ung thư đã lan đến các hạch bạch huyết* khu vực hay chưa. Trong hầu hết các trường hợp, khuyến cáo nên xạ trị* hoặc hóa - xạ trị* trước khi phẫu thuật. Phác đồ sử dụng phụ thuộc vào sự lan rộng tại vùng của khối u.

Nếu khối u có thể được loại bỏ hoàn toàn bằng **phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng** và khối u chỉ lan đến những cơ quan có thể dễ dàng cắt bỏ, **xạ trị*** hoặc **hóa - xạ trị*** trước phẫu thuật sẽ được chỉ định.

Nếu **phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng** không cho phép loại bỏ hoàn toàn khối u, và/hoặc nếu khối u lan đến các cơ quan không thể cắt bỏ, **hóa - xạ trị*** nên được thực hiện.

Phác đồ **xạ trị*** bao gồm 25 Gray*, được chia thành 5 phân liều 5 Gray*, trong hơn 1 tuần, tiến hành phẫu thuật ngay sau đó. Phác đồ **hóa - xạ trị*** bao gồm xạ trị* 46 – 50,4 Gray* với phân liều từ 1,8 đến 2 Gray*, kết hợp với hóa trị* 5FU* (truyền tĩnh mạch* hoặc uống), hay capecitabine* hoặc UFT* (uống), phẫu thuật sau đó 6-8 tuần. Ở bệnh nhân trên 80 tuổi hoặc không phù hợp để hóa - xạ trị*, có thể xem xét dùng phác đồ xạ trị* với 5 phân liều 5 Gray* và phẫu thuật nên trì hoãn 6-8 tuần sau khi kết thúc xạ trị*.

Trong quá trình phẫu thuật, bác sĩ thực hiện **phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng**, bao gồm loại bỏ toàn bộ trực tràng, các hạch vùng* trong mạc treo trực tràng*. Bác sĩ cũng cắt bỏ các cơ quan lân cận bị khối u xâm lấn, nếu có thể.

Kế hoạch điều trị ung thư đại trực tràng di căn: Giai đoạn IV

Ở giai đoạn này, khối u đã lan rộng đáng kể và di căn đến các cơ quan ở xa như gan và phổi. Do đó việc điều trị không chỉ nhằm mục đích loại bỏ khối u bằng phẫu thuật, mà còn cần tác động toàn thân đến các tế bào khối u bằng hóa trị*, hoặc bằng việc kết hợp hóa trị* với liệu pháp sinh học nhắm trúng đích*.*

Giai đoạn di căn cần được xác nhận bằng các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh phù hợp. Thường sẽ cần phải có xác nhận về mặt mô bệnh học* của các ổ di căn* trước khi bắt đầu hóa trị*. Kế hoạch điều trị nên được tối ưu hóa cho từng bệnh nhân. Kế hoạch này được xác định bởi nhóm đa chuyên ngành* và cần tính đến một số yếu tố. Hầu hết bệnh nhân có di căn không thể phẫu thuật được*. Tuy nhiên, đánh giá giai đoạn* một cách cẩn thận cho phép bác sĩ nhận biết được những ổ di căn* có tiềm năng phù hợp để phẫu thuật cắt bỏ khi thể tích của chúng giảm xuống sau hóa trị*. Điều này rất quan trọng để xác định tình trạng bệnh của bệnh nhân phẫu thuật được ngay, không thể phẫu thuật được, hay không thể phẫu thuật được ngay nhưng có tiềm năng phẫu thuật được sau khi hóa trị*. Hơn nữa, tổng trạng chung của bệnh nhân, chức năng của các cơ quan, sự hiện diện của các bệnh lý đi kèm, và mong muốn của người bệnh sẽ định hướng việc ra quyết định khi thiết lập kế hoạch điều trị tối ưu cho cá thể đó.

Các nguyên tắc điều trị được thảo luận dưới đây. Hóa trị* và liệu pháp sinh học nhắm trúng đích* được bàn luận dựa trên việc liệu các di căn* có thể cắt bỏ được hay không. Phẫu thuật bao gồm loại bỏ khối u nguyên phát, nhưng cũng có thể bao gồm cắt bỏ các khối di căn*.

Trong quá trình điều trị, theo dõi được thực hiện để đánh giá đáp ứng với hóa trị*. Một phác đồ điều trị được khuyến cáo đánh giá 2-3 tháng về diễn biến bệnh, tổng trạng, tác dụng phụ của hóa trị*, tác động của hóa trị* đến chất lượng cuộc sống, khám lâm sàng, xét nghiệm nồng độ CEA* (nếu ban đầu có tăng cao), và chụp CT* các vùng có liên quan.

Các lựa chọn điều trị

Các liệu pháp chính được sử dụng ở giai đoạn này được giới thiệu một cách ngắn gọn trong phần dưới đây. Đọc phần này sẽ giúp hiểu được phần tiếp theo về mô tả chiến lược điều trị tốt nhất tùy thuộc vào đặc điểm của bệnh và tình trạng sức khỏe chung của người bệnh.

Phẫu thuật

Phẫu thuật khối u nguyên phát

Bác sĩ sẽ thực hiện **phẫu thuật cắt bỏ đoạn** ruột, bao gồm loại bỏ đoạn đại tràng chứa khối u, hạch vùng*, cũng như các cơ quan lân cận bị khối u xâm lấn.

Cắt bỏ các khối di căn*

Vị trí di căn* thường gặp nhất của ung thư đại trực tràng là ở gan. Phẫu thuật cắt bỏ nên được xem xét đối với các khối di căn* gan đơn độc hoặc khu trú, vì nó có thể mang đến cơ hội kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh ngay cả khi di căn* gan có thể tái phát lại sau cắt bỏ ở khoảng ¼ số bệnh nhân. Đốt sóng cao tần*, kết hợp với điều trị toàn thân, đang được nghiên cứu như một biện pháp thay thế, hoặc bổ sung, cho phẫu thuật cắt bỏ di căn* gan ở những trường hợp không thể thực hiện phẫu thuật được hoặc không thể phẫu thuật triệt để.

Một số di căn* ở phổi cũng có thể được phẫu thuật cắt bỏ. Điều này chỉ có thể hữu ích nếu không có các dấu hiệu tiên lượng xấu khác.

Nói chung, phẫu thuật cắt bỏ các khối di căn* có thể thành công với điều kiện vị trí của những di căn* này không gây nguy cơ nào cho cuộc mổ, và với điều kiện phần cơ quan lành còn lại vẫn đủ để thực hiện chức năng (ví dụ tối thiểu là 30% mô gan). Do đó cắt bỏ nhiều vị trí có thể được thực hiện. Một số khối di căn* có thể trở nên cắt bỏ được nếu chúng giảm kích thước trong quá trình hóa trị*; các bệnh nhân như vậy nên được điều trị bằng các phác đồ hóa trị đặc hiệu (xem bên dưới).

Hóa trị* và liệu pháp sinh học nhắm trúng đích*

Danh sách các thuốc được phê duyệt trong điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn IV ngày càng tăng dần trong suốt 10 năm qua. Thêm vào đó, các thử nghiệm lâm sàng đã đem đến nhiều thông tin hữu ích về những kết hợp thuốc và hiệu quả tương ứng của chúng. Danh sách các thuốc và các kết hợp thuốc sẽ được trình bày dưới đây.

Các thuốc hóa trị* đơn chất

- 5-fluorouracil (viết tắt là 5-FU)*
 - 5-FU* luôn được sử dụng kết hợp với leucovorin (viết tắt là LV)*. Leucovorin* là acid folinic* yếu và làm gia tăng hiệu quả của 5-FU*. Sự kết hợp của cả hai được viết tắt là 5-FU/LV hay FOLF.
 - 5-FU* được đưa vào tĩnh mạch bằng cách truyền trong khoảng thời gian ngắn (< 60 phút) hoặc truyền chậm trong 24 giờ. Truyền tĩnh mạch chậm nên được ưu tiên hơn vì dung nạp tốt hơn.
- Capecitabine (viết tắt là CAP)*
 - Capecitabine* sẽ chuyển hóa thành 5-FU* trong cơ thể.
 - Capecitabine* được dùng bằng đường uống.
- Oxaliplatin (viết tắt là OX)*
 - Oxaliplatin* thường được dùng kết hợp với các thuốc khác trong điều trị ung thư đại trực tràng.
 - Oxaliplatin* được truyền tĩnh mạch thường trong 2 giờ.
- Irinotecan (viết tắt là IRI)*
 - Irinotecan* hiếm khi dùng đơn độc trong điều trị ung thư đại trực tràng.
 - Irinotecan* được truyền tĩnh mạch thường trong 90 phút.

Các kết hợp hóa trị* trong điều trị ung thư đại trực tràng

- FOLFOX là sự kết hợp của 5-FU*, LV* và oxaliplatin*.
- FOLFIRI là sự kết hợp của 5-FU*, LV* và irinotecan*.
- FOLFOXIRI là sự kết hợp của 5-FU*, LV*, oxaliplatin* và irinotecan*.
- CAPOX là sự kết hợp của capecitabine* và oxaliplatin*.

Liệu pháp sinh học nhắm trúng đích*

- Aflibercept*
 - Aflibercept* chỉ được sử dụng kết hợp với FOLFIRI ở những bệnh nhân đã được điều trị với phác đồ có oxaliplatin* trước đó.
 - Aflibercept* thường được truyền tĩnh mạch trong 60 phút.
- Bevacizumab (viết tắt là BEV)*
 - Bevacizumab* có thể được sử dụng cùng với bất kỳ thuốc hóa trị* nào.
 - Bevacizumab* được truyền vào tĩnh mạch thường trong khoảng 30 đến 90 phút.

- Cetuximab*
 - Cetuximab* có thể được sử dụng đơn độc hoặc kết hợp với hóa trị*.
 - Việc sử dụng thuốc này chỉ giới hạn ở các bệnh nhân có khối u không có sự hiện diện của đột biến RAS*. Đột biến RAS* được phát hiện sau khi phân tích mẫu khối u trong phòng xét nghiệm.
 - Cetuximab* được truyền tĩnh mạch thường trong khoảng 1 đến 2 giờ.
- Panitumumab*
 - Panitumumab* có thể được sử dụng đơn độc hoặc kết hợp với hóa trị*.
 - Sử dụng thuốc này chỉ giới hạn ở các bệnh nhân có khối u không có sự hiện diện của đột biến RAS*. Đột biến RAS* được phát hiện sau khi phân tích mẫu khối u trong phòng xét nghiệm.
 - Panitumumab* được truyền tĩnh mạch thường trong 1 giờ.
- Regorafenib*
 - Regorafenib* được sử dụng như là một loại thuốc đơn độc. Thuốc có thể được đề xuất cho những bệnh nhân trước đó đã được điều trị với tất cả các lựa chọn điều trị khác.
 - Regorafenib* được sử dụng bằng đường uống.

Xạ trị*

Xạ trị* nên được xem xét (có thể kết hợp với hóa trị*) cho bệnh nhân ung thư trực tràng di căn để giảm nhẹ các triệu chứng từ khối u nguyên phát. Xạ trị* cũng có thể được sử dụng để làm giảm các triệu chứng do di căn* xương. Các loại xạ trị sử dụng nguồn xạ từ bên ngoài (máy xạ trị*) được gọi là xạ trị ngoài*.

Liệu pháp xạ trị trong có chọn lọc bao gồm việc tiêm các hạt vi cầu hoặc dược chất phóng xạ vào các động mạch cấp máu cho khối u. Phương pháp nút mạch phóng xạ này có thể được đề xuất cho bệnh nhân chỉ có di căn* gan và đã trước đó đã sử dụng tất cả các lựa chọn hóa trị hiện có. Nút mạch phóng xạ sử dụng các hạt Yttrium 90 nhằm mục đích gây tắc mạch cũng như mang bức xạ* đến gần khối u. Một ống nhỏ được đặt trong động mạch chính đến gan (động mạch gan), qua đó các hạt vi cầu sẽ được giải phóng. Những hạt này đi đến khối u theo các mạch máu của gan và chứa dược chất phóng xạ gọi là Yttrium 90. Chúng ngăn chặn nguồn cấp máu cho khối u, đồng thời phát ra bức xạ* tiêu diệt các tế bào khối u xung quanh chúng. Vì bức xạ* được truyền trực tiếp vào mạch máu cung cấp cho khối u nên phương pháp xạ trị* này hiệu quả hơn so với xạ trị ngoài*. Hoạt tính phóng xạ của các vi cầu này sẽ mất đi sau khoảng 2 tuần.

Chiến lược điều trị hay cách quyết định phương pháp điều trị tốt nhất

Quyết định về phương pháp điều trị tốt nhất đã trở nên phức tạp do danh sách những thuốc được phê duyệt để điều trị ung thư đại trực tràng di căn ngày càng dài hơn. Trong một số trường hợp nghiên cứu so sánh trực tiếp giữa các phương pháp điều trị đã được thực hiện và nó có thể giúp hướng dẫn trong việc đưa ra quyết định.

Bất cứ khi nào có thể, cắt bỏ (các) khối u bằng phẫu thuật nên được ưu tiên. Trả lời được câu hỏi về “khả năng” cắt bỏ (các) khối u sẽ giúp định hướng cho chiến lược điều trị bằng cách chia bệnh nhân thành các nhóm.

1- Bệnh nhân được nhóm đa chuyên khoa* nhận định rằng việc cắt bỏ các khối di căn* là khả thi. Những bệnh nhân này được gọi là bệnh di căn* có thể phẫu thuật cắt bỏ.

Đối với bệnh nhân có sự hiện diện của di căn* gan và/hoặc phổi có thể phẫu thuật cắt bỏ, việc điều trị bao gồm phẫu thuật cắt bỏ các khối di căn* và hóa trị* kết hợp. Hóa trị* bao gồm phác đồ **5-FU/LV với oxaliplatin* (FOLFOX)** trong 6 tháng. FOLFOX có thể được sử dụng chu phẫu, nghĩa là sử dụng trong 3 tháng trước và 3 tháng sau phẫu thuật hoặc, sau khi phẫu thuật, trong 6 tháng.

2- Bệnh nhân được nhóm đa chuyên khoa* nhận định rằng cắt bỏ các di căn* ngay là chưa khả thi, nhưng có tiềm năng cắt bỏ nếu các khối di căn* thu nhỏ lại. Những bệnh nhân này gọi là bệnh không thể phẫu thuật cắt bỏ nhưng có tiềm năng phẫu thuật cắt bỏ được sau hóa trị*.

Một số bệnh nhân có sự hiện diện di căn* gan mà ban đầu không thể cắt bỏ được, nhưng có thể cắt bỏ được khi khối u giảm kích thước bởi hóa trị*. Các bệnh nhân này được điều trị bằng hóa trị* phối hợp tiêu chuẩn bao gồm **5-FU/LV và irinotecan* (FOLFIRI)** hay **5-FU/LV và oxaliplatin* (FOLFOX)**. Việc thêm một thuốc hóa chất thứ ba (**FOLFOXIRI**), hoặc những thuốc sinh học như **bevacizumab***, **cetuximab*** hay **panitumumab*** sẽ làm gia tăng độc tính điều trị nhưng có thể được xem xét trên một số bệnh nhân. Cetuximab* và panitumumab* có thể đem đến kết quả tốt hơn so với bevacizumab* trong tình huống đặc biệt này, nhưng không thể sử dụng được trên bệnh nhân có khối u mang đột biến RAS*.

Bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ trong quá trình hóa trị*. Phẫu thuật được chỉ định sớm nhất có thể ngay khi các khối di căn* được cho là có thể cắt bỏ được. Tuy nhiên, phẫu thuật cần được trì hoãn tối thiểu 4 tuần sau chu kỳ cuối cùng sử dụng cetuximab*, và tối thiểu 6 tuần sau chu kỳ cuối cùng sử dụng bevacizumab*. Sự trì hoãn này giúp làm giảm nguy cơ biến chứng của phẫu thuật.

3- Bệnh nhân được nhóm đa chuyên khoa* nhận định rằng việc cắt bỏ các di căn* là không khả thi ở bất kỳ thời điểm nào. Những bệnh nhân này được gọi là bệnh lan tràn không thể phẫu thuật cắt bỏ.

Tùy theo tình trạng sức khỏe chung của bệnh nhân, việc điều trị ít tích cực hoặc tích cực hơn sẽ được đề xuất. Điều trị sẽ dựa vào hóa trị* và liệu pháp sinh học nhắm trúng đích*.

Các bác sĩ đang cố gắng liên tục cải thiện các phương pháp điều trị cho người bệnh di căn không thể phẫu thuật được và do đó điều trị tối ưu cũng đang có nhiều tiến bộ nhanh chóng. Mục đích của điều trị và các lựa chọn điều trị khác nhau để đạt được mục đích này sẽ được điều chỉnh để phù hợp từng với từng cá thể và có thể khác nhau giữa các bệnh nhân. Trong trường hợp người bệnh có triệu chứng, liệu pháp điều trị phối hợp được ưu tiên lựa chọn, và phương pháp tiếp cận tuần tự vẫn là một lựa chọn có giá trị trên một số bệnh nhân nhất định và thể trạng yếu.

Một số **phác đồ hóa trị bước một** có thể được đề xuất. Nếu bệnh nhân thất bại với phác đồ hóa trị bước một*, và tổng trạng chung cho phép, điều trị tiếp theo với **hóa trị bước hai*** nên được cân nhắc.

Liệu pháp sinh học nhắm trúng đích* nên được xem xét cho những bệnh nhân phù hợp. Phác đồ điều trị tối ưu được điều chỉnh cho phù hợp với từng người bệnh và với loại liệu pháp bước một đã sử dụng trước đó.

Thời gian điều trị có thể khác nhau giữa các bệnh nhân. Các lựa chọn điều trị gồm điều trị trong khoảng thời gian cố định từ 3 đến 6 tháng, hoặc điều trị cho đến khi bác sĩ ghi nhận bệnh tiến triển. Sau thời gian đầu hóa trị* kết hợp, điều trị duy trì có thể giúp cải thiện kết quả so với ngưng điều trị, và việc bắt đầu lại hóa trị* kết hợp được khuyến cáo nếu bệnh tiến triển. Nguyên tắc đằng sau việc điều trị duy trì là tiếp tục sử dụng thuốc đã được dung nạp tốt. Thuốc điều trị duy trì thường gồm 5-FU hoặc capecitabine*, có thể xem xét kết hợp với bevacizumab*. Hóa trị* kết hợp có thể ngưng hoặc đổi sang phác đồ ít tích cực hơn nếu gia tăng độc tính, và/hoặc khi bệnh đã được kiểm soát, hoặc khối di căn* trở nên phẫu thuật cắt bỏ được.

Hóa trị bước một*:

Các phác đồ có thể là:

- Phác đồ **5-FU/LV** truyền tĩnh mạch*, hoặc đơn trị liệu với **capecitabine*** đường uống.
- Phác đồ kết hợp **5-FU/LV với oxaliplatin* (FOLFOX)** hoặc **5-FU/LV với irinotecan* (FOLFIRI)**, truyền tĩnh mạch. Đây là điều trị ưu tiên. Những phác đồ này được truyền tĩnh mạch trong 48 giờ mỗi 2 tuần. Cả hai có hiệu quả như nhau nhưng tác dụng phụ lại khác nhau.

Một phác đồ thay thế, dựa trên fluoropyrimidine* dùng đường uống (capecitabine*), là sự kết hợp của **capecitabine* với oxaliplatin* (CAPOX)** được sử dụng trong 3 tuần. Kết hợp **capecitabine* với irinotecan*** ít được sử dụng hơn vì độc tính cao hơn nhưng dường như được ủng hộ hơn trước đây.

- Kết hợp 3 loại thuốc (5-FU*, oxaliplatin* và irinotecan* gọi là **FOLFOXIRI**) chưa được nghiên cứu rộng rãi nhưng kết quả cho thấy, mặc dù bệnh nhân gặp nhiều tác dụng phụ, kết hợp này giúp kéo dài thời gian sống của bệnh nhân. Ở những bệnh nhân thể trạng kém, các thuốc này có thể được dùng tuần tự hơn là kết hợp, để làm giảm độc tính.

Hóa trị bước hai*:

Việc lựa chọn hóa trị bước hai* dựa trên phác đồ đã sử dụng ở phác đồ bước một:

- Nếu phác đồ 5-FU/LV hoặc capecitabine* đã được sử dụng ở bước một, có thể tiếp nối bằng **5-FU/LV với oxaliplatin* (FOLFOX)** hoặc **5-FU/LV với irinotecan* (FOLFIRI)**
- Nếu phác đồ kết hợp 5-FU/LV với oxaliplatin* (FOLFOX) hoặc capecitabine* với oxaliplatin* (CAPOX) đã được sử dụng ở bước một, có thể tiếp nối bằng phác đồ kết hợp **5-FU/LV với irinotecan* (FOLFIRI)**
- Nếu phác đồ kết hợp 5-FU/LV với irinotecan* (FOLFIRI) đã được sử dụng ở bước một, có thể tiếp nối bằng **capecitabine* với oxaliplatin* (CAPOX)**, hoặc **5-FU/LV với oxaliplatin* (FOLFOX)**

Liệu pháp* sinh học nhắm trúng đích

Liệu pháp sinh học nhắm trúng đích* nên được xem xét kết hợp với các phác đồ hóa trị* chọn lọc:

- **Bevacizumab*** nên được xem xét kết hợp với phác đồ bước một như 5-FU*, capecitabine*, 5-FU/LV với oxaliplatin* (FOLFOX) và 5-FU/LV với irinotecan* (FOLFIRI). Nó cũng có thể được xem xét kết hợp với phác đồ bước hai như 5-FU/LV + oxaliplatin* (FOLFOX) hoặc FOLFIRI. Điều trị với bevacizumab* có thể tiếp tục kết hợp với hóa trị* cho đến khi bệnh tiến triển, độc tính không chấp nhận được hoặc di căn* có thể phẫu thuật được.
- **Cetuximab*** có thể được xem xét kết hợp với 5-FU/LV thêm irinotecan* (FOLFIRI), 5-FU/LV thêm oxaliplatin* (FOLFOX) và kết hợp với irinotecan.
Panitumumab* có thể được xem xét kết hợp với 5-FU/LV + oxaliplatin* (FOLFOX) và 5-FU/LV + irinotecan* (FOLFIRI).
Xét nghiệm phân tử khối u giúp xác định sự phù hợp của phác đồ kết hợp. Khoảng 50% trường hợp ung thư đại trực tràng di căn có đột biến RAS* và 5-10% có đột biến BRAF*. Sự kết hợp cetuximab* và FOLFIRI được khuyến cáo cho điều trị ở những bệnh nhân có đủ sức khỏe và khối u không có đột biến RAS*. Cetuximab* và panitumumab* không có hiệu quả ở các khối u đại trực tràng có đột biến RAS*, và đột biến BRAF*. Do đó cetuximab* và panitumumab* chỉ nên được sử dụng cho những khối u không có đột biến RAS*.
Nếu liệu pháp bước một và bước hai thất bại, cetuximab* với irinotecan* là điều trị ưu tiên, mặc dù cetuximab* hoặc panitumumab* đơn trị cũng có thể được xem xét.
- **Aflibercept*** được sử dụng kết hợp với FOLFIRI trên bệnh nhân đã được nhận phác đồ có oxaliplatin trước đó.
- **Regorafenib*** có thể được xem xét sau khi đã sử dụng tất cả các lựa chọn trên. Đây là một loại thuốc uống được sử dụng đơn độc.

NHỮNG TÁC DỤNG PHỤ CÓ THỂ XẢY RA CỦA ĐIỀU TRỊ LÀ GÌ?

Phẫu thuật

Rủi ro chung và tác dụng phụ

Có một số rủi ro nhất định ứng với mỗi can thiệp phẫu thuật có gây mê toàn thân*. Các biến chứng này là hiếm gặp và bao gồm huyết khối tĩnh mạch sâu*, các vấn đề về tim hoặc hô hấp, chảy máu, nhiễm trùng hoặc phản ứng với thuốc mê*. Những biến chứng này có thể được dự phòng một cách tối đa bằng đánh giá y khoa toàn diện trước phẫu thuật.

Sau phẫu thuật đại tràng, bệnh nhân thường gặp các vấn đề về nhu động đường ruột. Các vấn đề này có thể bao gồm đau quặn, tiêu chảy, táo bón và buồn nôn. Tắc ruột không phải là một biến chứng hiếm gặp, và cần được can thiệp ngay lập tức. Nôn mửa hoặc không đại tiện, trung tiện (không đi phân, không xì hơi) có thể là dấu hiệu của tắc ruột và cần được thông báo với nhân viên y tế ngay lập tức.

Dinh dưỡng qua đường miệng được khuyến khích bắt đầu sớm sau phẫu thuật và có thể được thực hiện bằng cách sử dụng ống thông mũi – dạ dày* ở một số bệnh nhân. Bệnh nhân nên được tư vấn về dinh dưỡng để giảm thiểu những khó chịu ở đường ruột.

Đại tràng nằm trong ổ bụng và dàn trải trên toàn ổ bụng. Một phần của đại tràng nằm hoàn toàn trong khoang phúc mạc*, và một phần trong khoang sau phúc mạc* và khoang dưới phúc mạc*. 2/3 dưới của trực tràng nằm trong khoang dưới phúc mạc*. Do đó, đại trực tràng nằm gần một số cơ quan, các hạch bạch huyết* và các mạch máu chính. Trong quá trình can thiệp phẫu thuật, tùy vào phạm vi lan rộng của khối u và phạm vi cần thiết của phẫu thuật để có được kết quả tốt nhất, một số cấu trúc lân cận này có thể bị tổn thương. Đánh giá giai đoạn* chính xác trước phẫu thuật và các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh sẽ giúp giảm thiểu những rủi ro như vậy trong phẫu thuật.

Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo

Nếu ung thư đã gây tắc nghẽn ruột, bác sĩ phẫu thuật có thể giải quyết tắc nghẽn và chờ miệng nối phía dưới lành lại bằng phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo. Trong phẫu thuật này, ruột khỏe mạnh ở phần trên khối u được kết nối trực tiếp với thành bụng, trong khi đầu dưới ruột được đóng lại. Phần bây giờ có thể rời khỏi cơ thể qua con đường mới này và được gom lại trong một túi nhựa gắn vào da. Lỗ mở mới này được gọi là lỗ hậu môn nhân tạo. Lỗ mở này thường là tạm thời, nghĩa là - khi khối u được cắt bỏ hoặc miệng nối ruột đã đủ thời gian lành lại - một ca mổ thứ hai sẽ được thực hiện để nối hai đầu ruột lại với nhau (phẫu thuật nối thông*), và để đóng lỗ hậu môn nhân tạo. Ở một số bệnh nhân, hậu môn nhân tạo có thể là vĩnh viễn.

Hóa trị*

Các tác dụng phụ của hóa trị* là khá phổ biến, ngay cả khi đã có nhiều tiến bộ trong việc kiểm soát chúng bằng các biện pháp hỗ trợ phù hợp. Tác dụng phụ sẽ phụ thuộc vào loại thuốc được sử dụng, liều lượng và các yếu tố cá nhân khác. Nếu bệnh nhân đã từng bị các vấn đề y tế khác trong quá khứ, nên thực hiện các biện pháp phòng ngừa và/hoặc điều chỉnh điều trị sao cho phù hợp.

Các tác dụng phụ có thể xảy ra với một hoặc một số thuốc hóa trị* hiện dùng cho ung thư đại trực tràng được liệt kê dưới đây. Đặc tính, tần suất và độ nghiêm trọng của các tác dụng phụ là khác nhau, tùy theo sự kết hợp các thuốc hóa trị được sử dụng.

Các tác dụng phụ thường gặp nhất của hóa trị* là:

- Giảm số lượng tế bào máu, có thể dẫn đến thiếu máu*, chảy máu, bầm tím và nhiễm trùng
- Mệt mỏi, có thể kéo dài
- Buồn nôn hoặc nôn
- Tiêu chảy
- Đau miệng hoặc loét miệng*



Dưới đây là các tác dụng phụ cụ thể hơn có thể gặp với thuốc hóa trị sử dụng cho ung thư đại trực tràng. Đối với một số tác dụng phụ, bác sĩ có thể phải điều chỉnh phương pháp điều trị.

- Điều trị bằng **5-Fluorouracil* (5-FU)**
 - Các tác dụng phụ nghiêm trọng có thể xảy ra ở những người có tình trạng thiếu hụt bẩm sinh dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD)*: những người này không có đủ mức enzyme dihydropyrimidine dehydrogenase cần thiết để phân hủy loại thuốc này.
 - Da nhạy cảm với ánh nắng: nên tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời ít nhất một năm sau khi hoàn thành điều trị
 - Hội chứng bàn tay - bàn chân (xem bên dưới)
- Điều trị bằng **capecitabine***:
 - Hội chứng bàn tay - bàn chân (còn gọi là hồng ban bàn tay - bàn chân*): da lòng bàn tay và bàn chân bị tấy đỏ và đau; da có thể bị bong tróc. Hội chứng này thường nhẹ.
 - Thiếu hụt enzyme dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD)* (xem ở trên) có thể gây nên tác dụng phụ nghiêm trọng
 - Capecitabine* có thể tương tác với các điều trị khác, làm tăng nguy cơ bị tác dụng phụ của thuốc này. Nên thông báo với bác sĩ về tất cả các loại thuốc đang dùng, đặc biệt là axit folic*, warfarin* và cây Ban Âu* (St John's wort).
- Điều trị bằng **tegafur-uracil* (UFT)**
 - Phát ban ở da
 - Da nhạy cảm với ánh nắng
- Điều trị bằng **irinotecan***
 - Đổ mồ hôi
 - Chảy nước mắt
 - Tăng sản xuất nước bọt
 - Đau quặn bụng
 - Tiêu chảy bắt đầu từ ngày bắt đầu điều trị
 - Rụng tóc hoặc thưa tóc

- Điều trị bằng **oxaliplatin***
 - Tê môi, bàn tay hoặc bàn chân
 - Ngứa ran bàn tay hoặc bàn chân
 - Nhạy cảm với lạnh
 - Các tác dụng phụ này có thể tồn tại dai dẳng sau khi kết thúc điều trị với oxaliplatin*.

Liệu pháp nhắm trúng đích sinh học*

Dưới đây là danh sách các tác dụng phụ thường gặp nhất của thuốc sinh học được sử dụng trong ung thư đại trực tràng. Sự kết hợp các liệu pháp sinh học với hóa trị* làm tăng nguy cơ gặp tác dụng phụ của hóa trị*, đặc biệt là với cetuximab* và panitumumab*.

- Điều trị bằng **cetuximab*** và **panitumumab**
 - Phát ban dạng mụn trứng cá xảy ra ở hầu hết bệnh nhân
 - Hạ magiê máu
 - Phản ứng dị ứng, thường hay gặp hơn khi dùng cetuximab* so với panitumumab*.
- Điều trị bằng **bevacizumab***
 - Tăng huyết áp* và protein niệu* xảy ra khá thường xuyên
 - Các tác dụng phụ hiếm gặp nhưng nghiêm trọng khác bao gồm huyết khối động mạch*, chảy máu niêm mạc* (miệng, mũi, âm đạo, trực tràng), thủng ruột* và ảnh hưởng tới việc lành vết thương.
- Điều trị bằng **aflibercept***
 - Nhức đầu
 - Mệt mỏi
 - Các vấn đề về gan sẽ được theo dõi bằng xét nghiệm chỉ số men gan
 - Tăng huyết áp* và protein niệu*
 - Tiêu chảy
 - Giảm số tế bào máu, có thể dẫn đến thiếu máu*, chảy máu, bầm tím và nhiễm trùng
 - Chảy máu
- Điều trị bằng **regorafenib***
 - Phản ứng da tay - da chân: da lòng bàn tay và bàn chân đỏ lên và cảm thấy đau, đặc biệt tập trung ở vùng chịu áp lực hoặc ma sát trên da
 - Phát ban ở da
 - Mệt mỏi
 - Các vấn đề về gan sẽ được theo dõi bằng xét nghiệm chỉ số men gan
 - Tăng huyết áp* và protein niệu*
 - Tiêu chảy
 - Chảy máu

Xạ trị*

Trong quá trình xạ trị*, các tác dụng phụ có thể xảy ra ở các cơ quan trực tiếp nhận tia xạ, nhưng cũng có thể xảy ra ở những cơ quan khỏe mạnh nằm gần vùng chiếu xạ và không thể tránh được tia X*. Các tác dụng phụ sẽ nặng hơn khi xạ trị* được thực hiện cùng với hóa trị*. Điều trị xạ trị* phối hợp với phẫu thuật cũng làm tăng nguy cơ gặp biến chứng do phẫu thuật.

Ảnh hưởng của tia xạ lên đường tiêu hóa dưới bao gồm khó chịu ở trực tràng, tiêu chảy, tăng tiết chất nhầy và chảy máu trực tràng.

Ảnh hưởng của tia xạ trên đường tiết niệu hiếm gặp hơn. Tác dụng phụ có thể bao gồm đau khi đi tiểu, tiểu gấp, tiểu máu, tắc nghẽn đường tiết niệu* và loét* hoặc hoại tử* niêm mạc bàng quang.

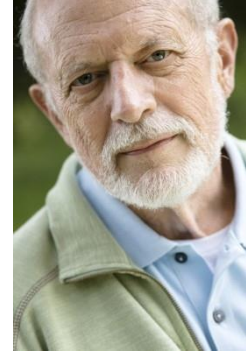
Ở phụ nữ, hẹp âm đạo là một tác dụng có thể xảy ra muộn sau xạ trị vùng chậu*.

Các bác sĩ chuyên khoa xạ trị ung thư* sẽ hướng dẫn các chiến lược để ngăn ngừa và giảm thiểu tối đa các phản ứng sau xạ trị.

ĐIỀU GÌ SẼ XẢY RA SAU KHI ĐIỀU TRỊ?

Việc người bệnh ung thư gặp phải các triệu chứng liên quan đến điều trị sau khi điều trị đã kết thúc không phải là hiếm.

- Người bệnh có thể bị lo lắng, khó ngủ hoặc trầm cảm, và có thể cần hỗ trợ tâm lý.
- Trong và sau khi điều trị, dinh dưỡng có thể trở thành vấn đề cần quan tâm do chán ăn, buồn nôn và khó chịu.
- Khó tập trung và giảm trí nhớ là những tác dụng phụ không phải hiếm gặp sau khi điều trị toàn thân*.



Theo dõi định kỳ với bác sĩ

Sau khi hoàn thành điều trị, bác sĩ sẽ đề xuất một kế hoạch theo dõi định kỳ nhằm mục đích:

- Phát hiện và ngăn ngừa các tác dụng phụ của điều trị
- Phát hiện ung thư tái phát* càng sớm càng tốt và đưa ra các hướng dẫn điều trị thích hợp
- Cung cấp thông tin y tế, hỗ trợ tâm lý và giới thiệu đến những nguồn hỗ trợ chuyên biệt để tối ưu hóa việc người bệnh trở lại cuộc sống thường ngày.

Quy trình theo dõi sau điều trị sẽ bao gồm các xét nghiệm và thăm khám định kỳ. Quy trình sẽ phụ thuộc vào giai đoạn* bệnh ung thư đã điều trị và dạng điều trị được chỉ định. Nhìn chung, nội dung các buổi thăm khám theo dõi có thể bao gồm:

- Các câu hỏi về tình hình sức khỏe chung và triệu chứng liên quan đến ung thư đại trực tràng
- Thăm khám lâm sàng
- Đo nồng độ kháng nguyên carcinoembryonic* (CEA) có thể giúp phát hiện tái phát*
- Nội soi đại tràng để phát hiện tái phát*
- Chẩn đoán hình ảnh để phát hiện sự tiến triển hoặc tái phát* của ung thư nguyên phát, hoặc sự xuất hiện của di căn*

Đối với những bệnh nhân đã cắt **polyp đại trực tràng**, việc theo dõi và nội soi đại tràng là cần thiết.

Bệnh nhân đã điều trị **ung thư đại trực tràng** nên được theo dõi tích cực. Tuy nhiên, vẫn chưa có sự đồng thuận về một quy trình theo dõi chung.

Sau đây là quy trình theo dõi có thể được áp dụng sau khi điều trị **ung thư đại tràng khu trú**.

- Hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng 3 đến 6 tháng một lần trong 3 năm, và 6 đến 12 tháng một lần trong năm thứ 4 và 5.
- CEA* có thể được đo trong những lần tái khám này.
- Nội soi đại tràng sau 1 năm, và sau đó cứ 3 đến 5 năm một lần để phát hiện các khối u ác tính hoặc không ác tính. Điều quan trọng cần lưu ý là sau khi chẩn đoán ung thư đại tràng, toàn bộ khung đại tràng nên được đánh giá tổng thể trước mổ để phát hiện hết những khối u đồng thời khác.
- Ở những bệnh nhân được coi là có nguy cơ tái phát cao*, việc chụp CT* ngực và bụng 6 đến 12 tháng một lần trong 3 năm đầu có thể được cân nhắc.
- Chụp CT bụng* có thể được thay thế bằng siêu âm* có sử dụng chất cản quang.

- Ở những bệnh nhân có các triệu chứng cụ thể gây lo ngại về nguy cơ tái phát, những xét nghiệm hoặc khảo sát hình ảnh bổ sung thích hợp nên được thực hiện.

Ở bệnh nhân **ung thư trực tràng**, quy trình theo dõi tương tự như đối với ung thư đại tràng mô tả ở trên.

Trở lại cuộc sống bình thường

Việc trở lại cuộc sống thường ngày có thể khó khăn khi biết rằng ung thư có thể quay trở lại. Nếu đã biết có bất kỳ yếu tố nguy cơ* tái phát nào đối với ung thư đại trực tràng, quý vị nên loại bỏ tối đa các yếu tố này.

Những buổi tái khám với bác sĩ tạo cơ hội cho người bệnh nhận được các thông tin y khoa, hỗ trợ tâm lý và giới thiệu đến những bộ phận hỗ trợ chuyên biệt. Lời khuyên về tâm lý từ các chuyên gia có thể có giá trị, và một số người bệnh có thể tìm thấy sự hỗ trợ từ các nhóm đồng bệnh hoặc kênh thông tin chuyên biệt dành cho người bệnh. Các chuyên gia dinh dưỡng có thể đưa ra lời khuyên về dinh dưỡng phù hợp. Nhân viên công tác xã hội có thể giúp đỡ trong việc tìm kiếm các nguồn lực để đảm bảo phục hồi chức năng thành công.

Điều gì sẽ xảy ra nếu ung thư tái phát?

Nếu ung thư quay trở lại, nó được gọi là 'tái phát*'. Mức độ tái phát* định hướng quyết định điều trị, và điều này nên được xác định một cách cẩn thận cho từng người bệnh.

Người bệnh tái phát tại chỗ/tại vùng hoặc tái phát di căn xa sau khi điều trị **ung thư đại tràng** nguyên phát sẽ được điều trị theo phác đồ dành cho người bệnh ung thư tiến triển (xem 'những lựa chọn điều trị là gì'). Người bệnh giai đoạn tiến triển không đáp ứng với phác đồ điều trị bước một bằng hóa trị* hoặc hóa trị* kết hợp với liệu pháp nhắm trúng đích sinh học* sẽ được điều trị bằng phác đồ điều trị bước hai; nếu liệu pháp bước hai thất bại, việc điều trị bằng liệu pháp nhắm trúng đích sinh học* (như regorafenib*) được khuyến nghị (xem 'những lựa chọn điều trị là gì').

Việc điều trị cho những người bệnh **ung thư trực tràng** tái phát* tại chỗ phụ thuộc vào việc điều trị trước đó có bao gồm xạ trị* hay không và liệu có thể phẫu thuật cứu cánh được hay không.

Nếu xạ trị* không được sử dụng trong điều trị ban đầu, xạ trị* nên được thực hiện cùng với hóa trị*. Nếu điều trị trước đó đã bao gồm xạ trị*, xạ trị bổ sung* có thể được xem xét dưới các phương thức như xạ trị ngoài, xạ trị trong phẫu thuật hoặc xạ trị áp sát*. Tuy nhiên, nếu đã từng xạ trị*, xạ trị bổ sung* thường ít khi kiểm soát sự phát triển của ung thư một cách hiệu quả.

Phẫu thuật được chỉ định 6-10 tuần sau xạ trị*. Nếu phẫu thuật vớt vát không phải là một lựa chọn, hóa trị* nên được cân nhắc.

Trong ung thư đại tràng, phổi là nơi di căn đầu tiên* trên khoảng 20% bệnh nhân và việc cắt thùy phổi có thể được xem xét nếu khả thi. Di căn phổi* thường gặp hơn ở ung thư trực tràng.

Nếu ung thư tái phát dưới dạng di căn* ở gan, phẫu thuật cắt bỏ khối di căn* có thể được xem xét ở những bệnh nhân phù hợp, như được mô tả trong đoạn "Kế hoạch điều trị cho ung thư đại trực tràng: giai đoạn IV".

ĐỊNH NGHĨA CÁC TỪ KHÓ

5-fluorouracil (5-FU)

Một thuốc được dùng để điều trị ung thư đại tràng, vú, dạ dày, và tụy. Thuốc còn được dùng ở dạng kem bôi để trị một số bệnh về da. 5-fluorouracil ngăn chặn tế bào tạo DNA, từ đó giết chết tế bào. Đây là một loại thuốc ức chế chuyển hoá. Còn được gọi với tên 5-FU và fluorouracil.

Aflibercept

Một thuốc được dùng để điều trị ung thư đại trực tràng. Thuốc còn được sử dụng để điều trị thoái hoá điểm vàng, một tình trạng có thể dẫn đến mất thị lực. Aflibercept là một thuốc ức chế VEGF*. Về mặt cấu trúc, đây là một phân tử protein tái tổ hợp, liên kết với các VEGF* lưu hành trong tuần hoàn và ức chế hoạt động của các phân tử khác nhau thuộc họ VEGF*. Trong khối u, thuốc này ức chế sự phát triển mạch máu.

Axit folic

Axit folic là một vitamin tan trong nước, còn được gọi là vitamin B9, là chất cần cho việc sản xuất tế bào hồng cầu* khoẻ mạnh.

Bác sĩ giải phẫu bệnh

Là bác sĩ xác định bệnh bằng cách kiểm tra tế bào và mô dưới kính hiển vi.

Bác sĩ ung thư

Bác sĩ chuyên điều trị ung thư. Một số bác sĩ chuyên điều trị một số loại ung thư riêng biệt. Ví dụ, một bác sĩ xạ trị điều trị ung thư bằng việc sử dụng tia xạ.

Bệnh Crohn

Bệnh viêm mạn tính của đường tiêu hóa, thường xảy ra ở ruột non và đại tràng. Bệnh Crohn làm tăng nguy cơ ung thư đại - trực tràng và ung thư ruột non. Còn được gọi là viêm ruột vùng.

Bệnh/ung thư mắc phải

Ung thư xảy ra trên những người không có tiền sử gia đình mắc ung thư hay mang biến đổi di truyền làm tăng nguy cơ ung thư đó trong DNA của họ.

Bevacizumab

Một loại thuốc được sử dụng trong điều trị ung thư đại trực tràng, ung thư phổi, ung thư thận và u nguyên bào thần kinh (một loại ung thư não). Thuốc này còn đang được nghiên cứu trong điều trị những loại ung thư khác. Bevacizumab gắn với một protein gọi là yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu* (VEGF). Điều này giúp ngăn ngừa sự phát triển các mạch máu mới cần cho sự phát triển khối u. Đây là một loại thuốc kháng sinh mạch và là kháng thể đơn dòng*.

Capecitabine

Một loại thuốc được sử dụng để điều trị ung thư trực tràng giai đoạn III trên những bệnh nhân đã được phẫu thuật để cắt bỏ ung thư. Thuốc này còn được sử dụng để điều trị ung thư vú di căn sau khi đã điều trị với những thuốc kháng u khác mà không cải thiện. Capecitabine cũng đang được nghiên cứu và sử dụng trong điều trị một số loại ung thư khác. Khi vào tế bào ung thư, chúng được bẻ gãy thành 5-fluorouracil*, một chất tiêu diệt tế bào ung thư. Capecitabine là một loại thuốc chống chuyển hoá.

Cắt nửa đại tràng

Phẫu thuật cắt nửa đại tràng, có thể bên phải hoặc bên trái, phụ thuộc vào đoạn đại tràng được cắt là đại tràng lên (bên phải) hoặc đại tràng xuống (bên trái).

Cắt polyp

Một can thiệp để cắt bỏ một polyp.

Cây Ban Âu

Cây Ban Âu (*Hypericum perforatum*, St John's wort) là một chất chống trầm cảm phổ biến đang được quảng cáo như một liệu pháp điều trị ung thư. Mặc dù đã có những nghiên cứu tiền lâm sàng cho kết quả đáng khích lệ, chưa có một nghiên cứu lâm sàng nào chỉ ra rằng cây Ban Âu có thể thay đổi diễn tiến tự nhiên của bất kỳ loại ung thư nào. Cây Ban Âu có thể gây giảm nồng độ thuốc trong máu, bao gồm cả một số loại thuốc ung thư.

Cetuximab

Một loại thuốc được dùng để trị ung thư vùng đầu cổ, và ung thư đại trực tràng khi đã di căn đến những phần khác của cơ thể. Thuốc này cũng đang được nghiên cứu để điều trị những ung thư khác. Cetuximab gắn với một protein được gọi là thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGFR*), hiện diện trên bề mặt của một số loại tế bào ung thư. Điều này có thể khiến các tế bào ung thư ngừng tăng sinh. Cetuximab là một loại kháng thể đơn dòng*.

Chống chỉ định

Tình trạng hoặc triệu chứng ngăn cản việc chỉ định một phương pháp điều trị hoặc thủ thuật cho bệnh nhân. Chống chỉ định có thể là tuyệt đối, tức điều trị này không nên được áp dụng cho những bệnh nhân có tình trạng hoặc triệu chứng này, hoặc tương đối, có nghĩa việc điều trị có thể mang nguy cơ nhiều hơn lợi ích ở một số bệnh nhân có tình trạng hoặc triệu chứng này.

Chụp cắt lớp vi tính (chụp CT)

Một loại phương tiện hình ảnh học giúp khảo sát các cơ quan trong cơ thể bằng tia X* và kết quả được máy vi tính tổng hợp để tạo ra hình ảnh các bộ phận trong cơ thể.

Chụp cộng hưởng từ (MRI)

Một kỹ thuật hình ảnh sử dụng từ trường được ứng dụng trong y khoa. Trong một số trường hợp, một dung dịch có thể được tiêm vào người bệnh để tăng tính tương phản giữa mô khác nhau giúp các cấu trúc được quan sát một cách rõ ràng hơn.

Chụp đại tràng bằng cắt lớp vi tính

Đây là phương pháp kiểm tra lòng đại tràng bằng tia X*. Máy vi tính sẽ dựng hình ảnh 2D hoặc 3D của đại tràng từ tia X*. Những hình ảnh này được lưu lại, thay đổi để dễ quan sát hơn, có thể xem lại sau khi chụp, thậm chí sau vài năm. Còn gọi là chụp cắt đại tràng bằng cắt lớp vi tính, nội soi đại tràng ảo.

Chụp PET

Phương pháp sử dụng một lượng nhỏ glucose (đường) phóng xạ truyền vào tĩnh mạch, và một thiết bị quét được sử dụng để ghi lại hình ảnh những vùng trong cơ thể mà tại đó glucose tăng hoạt động chuyển hoá. Vì tế bào ung thư sử dụng glucose nhiều hơn tế bào bình thường, nên những hình ảnh ghi nhận được có thể xác định vị trí của những nơi có tế bào ác tính trong cơ thể.

Cơ chế sửa chữa DNA

Là tiến trình giúp duy trì sự ổn định và toàn vẹn của bộ gen.

Đa polyp liên quan MYH

Một tình trạng di truyền có xu hướng làm tăng khả năng xuất hiện nhiều polyp* trong đại tràng và tăng nguy cơ ung thư đại tràng.

Đa polyp mang tính gia đình (FAP)

Một tình trạng di truyền trong đó hiện diện nhiều polyp* (một loại tổn thương tăng sinh từ màng nhầy) ở mặt trong thành đại tràng và trực tràng. Tổn thương này làm tăng nguy cơ ung thư đại - trực tràng. Đa polyp mang tính gia đình còn được gọi là FAP.

Đái tháo đường tuýp 2

Một bệnh rối loạn chuyển hoá gây ra bởi sự tăng đường huyết do thiếu hụt hoặc đề kháng với insulin của các tế bào trong cơ thể. Insulin là một hormon cho phép đường trong máu đi vào tế bào để cung cấp năng lượng. Đái tháo đường tuýp 2 không giống đái tháo đường tuýp 1 ở chỗ không phụ thuộc insulin, vì sự thiếu hụt insulin ở đây không phải là tuyệt đối.

Đánh giá giai đoạn

Là việc thực hiện thăm khám và xét nghiệm để xác định phạm vi của ung thư trong cơ thể, đặc biệt để xác định liệu bệnh đã lan tràn đến những vùng khác trong cơ thể hay chưa. Việc xác định giai đoạn bệnh đặc biệt quan trọng để lên kế hoạch điều trị tối ưu nhất.

Đánh giá giai đoạn sau phẫu thuật/đánh giá giai đoạn mô bệnh học

Phương pháp được sử dụng để xác định giai đoạn bệnh ung thư (mức độ xâm lấn của ung thư) bằng cách lấy một số mẫu mô trong khi phẫu thuật. Xếp loại giai đoạn mô bệnh học dựa vào sự khác biệt của tế bào ung thư so với tế bào bình thường khi quan sát dưới kính hiển vi.

Di căn

Sự lan tràn ung thư từ một nơi đến nơi khác của cơ thể. Một khối u được hình thành bởi các tế bào di căn tới được gọi là u di căn hay ổ di căn. Khối u di căn này chứa các tế bào giống tế bào ung thư trong u nguyên phát.

Điều trị/liệu pháp nhắm trúng đích (sinh học)

Phương pháp điều trị sử dụng thuốc hoặc các chất, ví dụ như kháng thể đơn dòng, có khả năng nhận biết và tấn công các tế bào ung thư đặc hiệu. Liệu pháp nhắm trúng đích có thể ít tác dụng phụ hơn những thuốc điều trị ung thư khác.

Đốt bằng sóng cao tần

Một thủ thuật sử dụng sóng cao tần để đốt và phá huỷ những tế bào bất thường. Những sóng cao tần được truyền qua electrode (những thiết bị nhỏ dẫn điện). Đốt bằng sóng cao tần có thể được sử dụng trong điều trị ung thư và một số tình trạng bệnh lý khác.

Đột biến BRAF

Một loại đột biến đặc biệt* (thay đổi) trong gen BRAF, là gen chịu trách nhiệm tổng hợp protein liên quan đến dẫn truyền tín hiệu trong tế bào và trong tăng sinh tế bào. Loại đột biến gen BRAF này có thể gặp trong một số ung thư như ung thư tế bào hắc tố (Melanoma) và ung thư đại trực tràng. Đột biến này có thể dẫn đến sự tăng sinh và xâm lấn của các tế bào ung thư. Xét nghiệm đột biến gen BRAF trong mô u giúp định hướng kế hoạch điều trị.

Đột biến MLH1

Thay đổi trong gen MLH1, liên quan đến ung thư đại tràng không polyp có tính gia đình.

Đột biến

Thay đổi trong trình tự các cặp base trong DNA cấu tạo nên một gen. Những đột biến trong một gen không nhất thiết làm thay đổi vĩnh viễn gen đó.

Fluoropyrimidine

Một nhóm chất được sử dụng để điều trị ung thư. Fluoropyrimidine là một loại thuốc chống chuyển hoá. Ví dụ như capecitabine*, floxuridine, và fluorouracil (5-FU*).

Gen RAS (đột biến*)

Một họ gen có thể gây ung thư khi chúng bị đột biến (thay đổi). Chúng tạo ra những protein tham gia vào con đường tín hiệu nội bào, tăng sinh tế bào, và chết tế bào theo lập trình. Những thuốc ức chế hoạt động của gen RAS bị đột biến và những protein của nó có thể ngăn sự phát triển của tế bào ung thư. Thành viên của họ gia đình gen RAS gồm KRAS, HRAS và NRAS.

Gray (Gy)

Đơn vị để đo lường năng lượng, thường trên mỗi kilogram mô.

Hạch bạch huyết

Là một tổ chức mô bạch huyết được bao bọc bằng lớp vỏ là mô liên kết. Hạch bạch huyết giúp lọc bạch mạch và là nơi lưu trú các tế bào bạch huyết. Chúng nằm dọc theo các mạch bạch huyết*. Hạch bạch huyết còn được gọi là tuyến bạch huyết.

Hemoglobin

Một loại protein nằm trong tế bào hồng cầu* đảm nhiệm chức năng chuyên chở oxy từ phổi đến các mô và cơ quan khác trong cơ thể, và thải CO₂ qua phổi. Xét nghiệm lượng hemoglobin trong máu là một phần trong xét nghiệm tổng phân tích máu ngoại vi. Xét nghiệm này thường dùng để kiểm tra tình trạng thiếu máu*, mất nước và suy dinh dưỡng.

Hoá trị

Một phương thức để điều trị ung thư bằng việc sử dụng thuốc để giết tế bào ung thư và/ hoặc hạn chế sự phát triển của chúng. Những thuốc này thường được đưa vào cơ thể người bệnh qua truyền tĩnh mạch chậm, hoặc dạng uống, hoặc tiêm trực tiếp vào chi hoặc gan, tùy theo vị trí ung thư.

Hoại tử

Dùng để mô tả sự chết đi của mô sống.

Hội chứng Lynch

Một rối loạn di truyền khiến một người có nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng và một số ung thư khác như ung thư nội mạc tử cung* cao hơn bình thường, thường xảy ra trước 50 tuổi. Hội chứng này còn được gọi là ung thư đại tràng không polyp có tính di truyền hay HNPCC.

Hội chứng Peutz-Jeghers

Một rối loạn di truyền gây ra sự hình thành các polyp* trong ruột và những đốm đen ở miệng và ngón tay. Những cá nhân mắc hội chứng này sẽ tăng nguy cơ mắc ung thư đường tiêu hóa và một số loại ung thư khác. Hội chứng Peutz-Jeghers còn được gọi là PJS.

Hội chứng Turcot

Tình trạng mà các tế bào ở đại tràng trở nên bất thường, tạo thành những khối gọi là polyp*. Hội chứng này còn đặc trưng bởi các u hệ thống thần kinh.

Hồng ban bàn tay - bàn chân/Hội chứng bàn tay – bàn chân

Một tình trạng biểu hiện bằng đau, sưng, tê, ngứa ran hoặc đỏ ở bàn tay hoặc bàn chân. Tình trạng này đôi khi xảy ra do tác dụng phụ của thuốc điều trị ung thư. Còn được gọi là hội chứng ban đỏ lòng bàn tay.

Huyết khối

Sự hình thành hoặc xuất hiện huyết khối (cục máu đông) bên trong mạch máu.

Huyết khối tĩnh mạch sâu

Là sự hình thành cục máu đông nằm trong tĩnh mạch sâu ở chân hoặc phần thấp vùng chậu. Những triệu chứng gồm đau, sưng, nóng, đỏ vùng bị ảnh hưởng. Còn được gọi là DVT (Deep vein thrombosis).

Irinotecan

Irinotecan là thuốc được sử dụng trong điều trị ung thư. Irinotecan ngăn cản sự tháo xoắn DNA bằng cách ức chế men topoisomerase I. Về mặt hóa học, irinotecan là một chất bán tổng hợp của alkaloid camptotecin tự nhiên. Thuốc này được sử dụng chủ yếu trong điều trị ung thư đại tràng, đặc biệt khi phối hợp với các thuốc hoá trị khác; như trong phác đồ FOLFIRI, bao gồm 5-fluorouracil, leucovorin và irinotecan dạng truyền.

Kháng nguyên biểu mô phôi thai (CEA)

Một chất có thể tìm thấy trong máu của những bệnh nhân ung thư đại trực tràng, và một số loại ung thư hoặc bệnh khác, hoặc những người hút thuốc lá. Nồng độ kháng nguyên biểu mô phôi thai có thể giúp theo dõi điều trị có hiệu quả không hay liệu ung thư có đang tái phát không. Nó là một chất chỉ điểm khối u, còn được gọi là CEA.

Kháng thể đơn dòng

Những kháng thể đơn dòng là những kháng thể thực sự giống nhau vì đều được sản xuất bằng cách nhân lên từ cùng một dòng tế bào bố mẹ.

Khoang dưới phúc mạc

Khu vực bên trong ổ bụng nằm dưới khoang trong phúc mạc*.

Khoang trong phúc mạc

Khu vực bên trong ổ bụng được bao phủ bằng một lớp màng gọi là phúc mạc*.

Kiểm tra mô bệnh học/giải phẫu bệnh

Nghiên cứu về những tế bào và mô bị bệnh dưới kính hiển vi.

Leucovorin (LV)

Một phần hoạt tính của leucovorin được sử dụng để giảm độc tính của các thuốc ức chế hoạt tính của acit folic*, đặc biệt là thuốc điều trị ung thư methotrexate. Leucovorin còn được sử dụng để điều trị một số loại thiếu máu* và được phối hợp với fluorouracil trong điều trị ung thư đại trực tràng. Thuốc này cũng đang được nghiên cứu trong điều trị một số loại ung thư và các tình trạng bệnh lý khác. Leucovorin là một dạng acit folic*. Nó là một dạng thuốc bảo vệ trong hoá trị và là thuốc làm tăng nhạy cảm hoá chất. Thuốc này còn được gọi là axit folinic.

Liệu pháp điều trị tại chỗ

Những lựa chọn điều trị tại chỗ, như xạ trị* hoặc phẫu thuật để điều trị những u nhỏ, khu trú.

Liệu pháp hoá - xạ trị

Cách điều trị phối hợp giữa liệu pháp hoá trị* và xạ trị, còn được gọi là hoá - xạ trị.

Loạn sản

Các tế bào trông bất thường dưới kính hiển vi nhưng không phải tế bào ung thư.

Loét

Sự phát triển của vết loét trên phần rách của da, hoặc trên lớp lót một tạng hay trên bề mặt một mô.

Lớp cơ

Lớp cơ của nhiều cơ quan. Nằm ở vị trí kế tiếp lớp dưới niêm mạc*, và tham gia vào vận động của cơ quan như nhu động ruột.

Lớp dưới niêm mạc

Trong đường tiêu hoá, lớp dưới niêm mạc là lớp mô liên kết đặc không đều hoặc mô liên kết lỏng lẻo nằm hỗ trợ phía dưới lớp niêm mạc*, chúng kết nối lớp niêm mạc* với lớp cơ trơn bên dưới (các sợi cơ vòng nằm trong các sợi cơ dọc).

Lớp dưới thanh mạc

Lớp dưới thanh mạc là lớp mô nằm giữa lớp cơ* và lớp thanh mạc. Thuật ngữ này được sử dụng trong mô bệnh học và đặc biệt được sử dụng trong đánh giá giai đoạn* ung thư (ví dụ trong đánh giá giai đoạn* ung thư đại tràng).

Mạc treo trực tràng

Nếp phúc mạc* hoặc mạc treo giúp nâng đỡ trực tràng.

Mạch (mô)

Liên quan đến các mạch máu, ví dụ mô tạo thành các mạch máu được gọi là mô mạch máu.

Mạch/mô bạch huyết

Mô bạch huyết là loại mô do các mô và cơ quan của hệ thống bạch huyết tạo nên. Hệ thống bạch huyết sản xuất, lưu trữ, và vận chuyển những tế bào bạch cầu để chống lại nhiễm trùng và những bệnh khác. Hệ thống này gồm tuỷ xương, lách, tuyến ức, hạch bạch huyết*, và mạch bạch huyết (một mạng lưới ống nhỏ để lưu thông bạch huyết và tế bào bạch cầu). Mạch bạch huyết có nhiều nhánh giống như mạch máu đi để đi vào các mô khác nhau trong cơ thể. Chúng là những ống nhỏ để vận chuyển bạch huyết (dịch bạch huyết) và tế bào bạch cầu vào hệ thống bạch huyết.

Mất ổn định nhiễm sắc thể

Là sự gia tăng xu hướng mất hoặc thêm 1 phần lớn hoặc toàn bộ bộ nhiễm sắc thể* trong quá trình tế bào phân chia, dẫn đến kết quả làm sai lệch nhiễm sắc thể*.

Mất ổn định vi vệ tinh

Sự thay đổi xảy ra trên DNA của một số tế bào (ví dụ tế bào ung thư), trong đó sự lặp lại của một số vi vệ tinh (là những đoạn trình tự ngắn và lặp lại của DNA) khác với số lần lặp lại được quy định trên DNA qua di truyền. Nguyên nhân của mất ổn định vi vệ tinh có thể do thiếu hụt khả năng sửa lỗi trong quá trình DNA được sao chép trong tế bào. Mất ổn định vi vệ tinh còn được gọi là MSI.

Mô quanh thần kinh

Mô xung quanh một dây hoặc bó dây thần kinh.

Nhiễm sắc thể

Một cấu trúc để mã hoá các gen quy định các đặc tính của cơ thể như màu tóc hay giới tính. Tế bào người có 23 cặp nhiễm sắc thể (46 nhiễm sắc thể). Tế bào ung thư thường có bất thường nhiễm sắc thể, như nhân đôi bộ nhiễm sắc thể hay thêm nhiễm sắc thể (47 nhiễm sắc thể) hoặc mất đoạn nhiễm sắc thể hoặc mất một nhiễm sắc thể (45 nhiễm sắc thể). Đảo đoạn nhiễm sắc thể hoặc gen là khi không có sự thêm vào hay mất đi nhiễm sắc thể, thay vào đó đoạn nhiễm sắc thể bị đảo ngược.

Niêm mạc

Lớp màng ẩm, lót bên trong các tạng hoặc các khoang cơ thể. Các tuyến ở niêm mạc tiết nhầy. Còn được gọi là lớp màng nhầy.

Nội soi đại tràng

Một dụng cụ mỏng, hình ống được sử dụng để kiểm tra bên trong lòng đại tràng. Ống nội soi có đèn và kính để quan sát và có thể có dụng cụ để sinh thiết mô.

Nội soi đại tràng sigma

Thiết bị gồm một ống soi được đưa vào bên trong lòng đại tràng. Ống nội soi đại tràng sigma được trang bị đèn và kính để quan sát và có dụng cụ để sinh thiết mô.

Nội soi

Là một thủ thuật y khoa, trong đó bác sĩ sẽ đưa một dụng cụ dạng ống vào trong cơ thể để quan sát được cấu trúc bên trong. Có nhiều loại nội soi khác nhau, được thiết kế để phù hợp với từng phần cơ thể.

Nội soi trực tràng

Một thiết bị gồm ống nội soi được đặt vào trong hậu môn và trực tràng. Ống nội soi trực tràng được trang bị đèn sáng và kính để quan sát. Ống này cũng có thể có dụng cụ để sinh thiết mô để kiểm tra dưới kính hiển vi nhằm tìm ra các dấu hiệu bệnh. Một thiết bị ngắn hơn gồm một ống nhỏ có gắn nguồn sáng, được đặt vào trực tràng để quan sát gọi là ống soi trực tràng ngắn (protoscope).

Ống thông mũi - dạ dày

Một ống nhựa mềm được đặt qua mũi xuống dạ dày.

Oxaliplatin

Là thuốc được sử dụng phối hợp với các thuốc khác trong điều trị ung thư đại trực tràng ở giai đoạn tiến xa hoặc tái phát. Nó cũng đang được nghiên cứu để điều trị các loại ung thư khác. Oxaliplatin gắn kết với DNA trong tế bào và có thể tiêu diệt tế bào ung thư đó. Thuốc này là một loại hợp chất platinum.

Panitumumab

Panitumumab là một kháng thể đơn dòng*. Panitumumab được thiết kế để gắn với EGFR* hiện diện trên bề mặt một số loại tế bào, bao gồm tế bào của một số loại ung thư. Do đó, những tế bào này không còn nhận được tín hiệu dẫn truyền qua EGFR* để tăng sinh, tiến triển và xâm lấn nữa. Panitumumab không có hiệu quả trên những tế bào ung thư có đột biến KRAS*. Nguyên nhân là do kiểu tăng sinh của các tế bào này không bị kiểm soát bởi tín hiệu dẫn truyền qua EGFR* và do đó chúng vẫn tiếp tục tăng sinh ngay cả khi EGFR* bị khoá.

Phẫu thuật nội soi qua đường hậu môn

Phương pháp cắt u tại chỗ điều trị ung thư trực tràng. Nó được thực hiện bằng sử dụng ống nội soi chuyên biệt đưa vào trực tràng qua hậu môn.

Phẫu thuật nối thông

Thủ thuật nối các phần cơ thể lành có cấu trúc hình ống với nhau sau khi đã phẫu thuật cắt bỏ một đoạn bất thường do bệnh.

Phúc mạc

Lớp mô lót trong thành bụng và bao phủ hầu hết các cơ quan trong ổ bụng.

Phúc mạc tạng

Lớp mô bao phủ mặt ngoài hầu hết các tạng trong ổ bụng bao gồm cả ruột.

Polyp (có cuống hay không cuống)

Phần tăng sinh nhô ra từ lớp niêm mạc. Khi chúng nối với niêm mạc bởi một cuống nhỏ thì được gọi là polyp có cuống, nếu không có thì gọi là polyp không cuống.

Protein niệu

Lượng protein trong nước tiểu cao hơn mức bình thường.

Regorafenib

Một thuốc được sử dụng trong điều trị ung thư đại trực tràng và u mô đệm đường tiêu hoá. Đây là liệu pháp nhắm trúng đích dạng đường uống; ức chế nhiều kinase với thụ thể đích tyrosine kinase của nhiều cơ chế tham gia vào tiến trình tăng sinh và tiến triển u - tăng sinh mạch máu, sinh ung thư và vi môi trường u. Chúng ức chế một số tyrosine kinase là thụ thể VEGF* đóng vai trò trong phát triển mạch máu mới trong u. Ngoài VEGF 1-3, chúng còn ức chế những kinase khác như TIE-2, RAF-1, BRAF, KIT, RET, PDGFR và FGFR.

Siêu âm (trong mổ và nội soi)

Phương pháp sử dụng sóng âm năng lượng cao dội lại từ các mô và các tạng để tạo nên các hồi âm. Những loại hồi âm khác nhau hiện diện trên màn hình máy siêu âm, tạo thành hình ảnh của những cấu trúc mô cơ thể gọi là hình ảnh siêu âm.

Sinh thiết

Là quá trình lấy tế bào hoặc mô để kiểm tra bản chất mô học bởi bác sĩ giải phẫu bệnh*. Bác sĩ giải phẫu bệnh* sẽ xem mô u dưới kính hiển vi hoặc thực hiện một số xét nghiệm trên tế bào hoặc mô. Có nhiều loại thủ thuật sinh thiết khác nhau. Những loại thường gặp gồm: (1) sinh thiết mở chỉ lấy một phần mẫu mô; (2) sinh thiết trọn u; (3) sinh thiết bằng kim, một mẫu mô hoặc dịch được lấy qua kim. Khi kim lớn được sử dụng, thủ thuật này gọi là sinh thiết lõi (core biopsy). Khi kim nhỏ được sử dụng, thủ thuật này được gọi là chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA).

Tái phát

Ung thư hoặc một số bệnh (thường là tự miễn) có thể quay trở lại sau một thời gian khỏi bệnh. Tái phát có thể xảy ra ở đúng vị trí của khối u lúc ban đầu (nguyên phát) hoặc ở vị trí khác trong cơ thể.

Tăng huyết áp

Là tình trạng huyết áp đo được từ 140/90 mmHg trở lên. Tăng huyết áp thường không có triệu chứng. Bệnh này gây hại cho mạch máu và làm tăng nguy cơ đột quỵ, thiếu máu cơ tim, suy thận, và mù loà. Tăng huyết áp còn được gọi là huyết áp cao.

Tế bào hồng cầu

Loại tế bào máu thường gặp nhất. Chúng làm máu có màu đỏ. Chức năng chính của hồng cầu là chuyên chở oxy.

Tegafur-uracil (UFT)

Một chất đang được nghiên cứu để sử dụng trong điều trị một số loại ung thư. Nó là sự phối hợp giữa tegafur và uracil. Tegafur được đưa vào tế bào ung thư và biến đổi thành 5-FU*, một chất giết tế bào ung thư. Uracil khiến một lượng lớn 5-FU ở lại trong tế bào và giết chết tế bào. Tegafur-uracil là một loại thuốc chống chuyển hoá.

Thiếu hụt men Dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD)

Là rối loạn chuyển hoá mang tính di truyền biểu hiện bởi sự giảm hoặc thiếu hoạt tính men dihydropyrimidine dehydrogenase. Trong điều kiện bình thường, men này có chức năng bẻ gãy phân tử thymine và uracil trong tế bào. Sự rối loạn này có thể gây ra triệu chứng hoặc không. Tuy nhiên, dù có triệu chứng hay không thì người mắc rối loạn này cũng đều có nguy cơ phản ứng với nhóm thuốc fluoropyrimidine*, thường được sử dụng trong điều trị ung thư.

Thiếu máu

Một tình trạng đặc trưng bởi sự thiếu hụt các tế bào hồng cầu* hoặc huyết sắc tố* (hemoglobin), sắt dẫn đến quá trình hemoglobin* vận chuyển oxy từ phổi đến toàn bộ cơ thể bị giảm.

Thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGFR)

Một loại protein hiện diện trên bề mặt tế bào ung thư và gắn với yếu tố tăng trưởng biểu bì, dẫn đến phân chia tế bào. Thụ thể này xuất hiện nhiều một cách bất thường trên bề mặt nhiều loại tế bào ung thư, khiến các tế bào tăng phân chia khi hiện diện yếu tố tăng trưởng biểu bì. Thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì còn được gọi là EGFR, ErB1 và HER1.

Thủng đường tiêu hóa

Một tình trạng cấp cứu khi có lỗ thủng xuyên thành ở bất kỳ vị trí nào trên đường tiêu hóa, từ thực quản đến trực tràng, bao gồm cả túi mật.

Thuyên tắc động mạch

Tình trạng xuất hiện huyết khối (cục máu đông) trong động mạch.

Tia X

Tia X là một dạng bức xạ được sử dụng để chụp hình ảnh bên trong của những vật thể chúng đi qua. Trong y khoa, tia X thường được sử dụng để chụp các hình ảnh bên trong cơ thể.

Tiền lượng

Kết cục hoặc diễn biến có thể xảy ra của một bệnh; cơ hội cho hồi phục hoặc tái phát*.

Tổn thương tiền ung thư

Những tổn thương bất thường trong mô chưa phải là ung thư, tuy nhiên là dấu hiệu cho thấy có thể diễn tiến thành ung thư trong tương lai.

Trong tĩnh mạch

Khoảng trống bên trong một tĩnh mạch. Bên trong tĩnh mạch là nơi thuốc hoặc các chất được đưa vào qua kim hoặc ống dẫn. Trong tĩnh mạch còn được gọi tắt là IV.

Tư vấn di truyền

Quá trình trao đổi giữa chuyên gia y tế được đào tạo chuyên sâu và người quan tâm đến nguy cơ di truyền của bệnh. Trong quá trình tư vấn, tiền sử bệnh của cá nhân và gia đình sẽ được thảo luận, và có thể cần đến xét nghiệm gen sau đó.

U lympho

Một loại ung thư bắt nguồn từ các tế bào hệ miễn dịch. Có 2 loại u lympho. Một loại là u lympho Hodgkin, với sự hiện diện các tế bào Reed-Sternberg. Một loại khác là u lympho ác tính không Hodgkin, là một nhóm lớn, đa dạng của ung thư hệ thống miễn dịch. U lympho ác tính không Hodgkin lại được chia ra thành loại tiến triển chậm và loại tiến triển nhanh. Những phân nhóm này có biểu hiện và đáp ứng khác nhau với điều trị. Cả u lympho Hodgkin và u lympho ác tính không Hodgkin đều có thể xảy ra ở trẻ em và người lớn, tiên lượng* và điều trị phụ thuộc vào giai đoạn và loại ung thư.

U tuyến

U lành tính bắt nguồn từ tuyến. Theo thời gian, u lành tính này có thể thành ác tính, và kể cả khi ở dạng lành tính nó có thể gây ra vấn đề sức khỏe vì chèn ép các cơ quan khác.

Ung thư biểu mô tế bào vảy

Ung thư bắt nguồn từ những tế bào vảy. Tế bào vảy là những tế bào trụ mảnh giống như vảy cá, được tìm thấy ở mô trên bề mặt da, lót mặt trong một số tạng rỗng, lót mặt trong đường hô hấp và đường tiêu hoá. Hầu hết ung thư của ống hậu môn, cổ tử cung, vùng đầu cổ, và âm đạo là ung thư biểu mô tế bào vảy.

Ung thư biểu mô tuyến (dạng chế nhầy hoặc tế bào nhẵn)

Ung thư bắt nguồn từ các tế bào lót trong của một số cơ quan nội tạng và có đặc điểm giống tuyến (chế tiết).

Ung thư biểu mô tuyến vẩy

Một dạng ung thư gồm 2 loại tế bào: tế bào vẩy* (các tế bào mỏng, phẳng, lót ở một số cơ quan nhất định) và tế bào dạng tuyến.

Ung thư biểu mô/tế bào thần kinh nội tiết

Tế bào thần kinh nội tiết là loại tế bào liên hợp giữa hệ thần kinh và hệ nội tiết. Đặc biệt, chúng sản xuất và phóng thích hooc-môn vào máu để đáp ứng với những kích thích của hệ thần kinh. Các tế bào thần kinh nội tiết có thể có ở khắp cơ thể. Chính vì vậy, ung thư biểu mô thần kinh nội tiết có thể bắt nguồn từ nhiều cơ quan khác nhau, gồm phổi và đường tiêu hoá. Loại ung thư này thường phát triển chậm, nhưng vì chúng bắt nguồn từ các tế bào sản xuất nội tiết tố (hooc-môn), ung thư biểu mô thần kinh nội tiết cũng có thể sản xuất nội tiết tố và những chất giống nội tiết tố với một lượng lớn, gây nên các triệu chứng cho người bệnh.

Ung thư buồng trứng

Ung thư hình thành từ mô buồng trứng. Buồng trứng là tuyến thuộc cơ quan sinh sản của phụ nữ, nơi hình thành tế bào trứng. Hầu hết ung thư buồng trứng là ung thư biểu mô buồng trứng hoặc u tế bào mầm ác tính. Ung thư biểu mô buồng trứng là ung thư bắt nguồn từ các tế bào trên bề mặt buồng trứng. U tế bào mầm ác tính là ung thư bắt nguồn từ những tế bào trứng.

Ung thư nội mạc tử cung

Ung thư xuất phát từ mô của thân tử cung (cơ quan nhỏ, rỗng, hình quả lê nằm trong vùng chậu của phụ nữ để thai nhi phát triển). Có 2 loại ung thư thân tử cung là ung thư nội mạc tử cung và sarcoma thân tử cung. Ung thư nội mạc tử cung là ung thư xuất phát từ các tế bào lót mặt trong của thân tử cung. Sarcoma thân tử cung là loại ung thư hiếm, bắt nguồn từ cơ và những loại mô khác trong thân tử cung.

Ung thư tinh hoàn

Loại ung thư bắt nguồn từ mô tinh hoàn. Tinh hoàn là một tuyến hình trứng, chứa trong bìu, nơi sản xuất ra tinh trùng và nội tiết tố sinh dục nam.

Viêm loét đại tràng

Tình trạng viêm đại tràng mạn tính dẫn đến các ổ loét* trên bề mặt lòng đại tràng. Tình trạng này có thể gây đau bụng, co thắt, đại tiện phân lỏng lẫn mủ, máu, hoặc nhầy.

Vô cảm

Tình trạng mất cảm giác tạm thời có thể phục hồi, gây ra bởi thuốc gây mê, khiến bệnh nhân không đau, không có những phản xạ bình thường, ít đáp ứng với căng thẳng. Vô cảm có thể là gây mê toàn thân hoặc gây tê cục bộ để bệnh nhân có thể phẫu thuật.

Ung thư đại trực tràng: hướng dẫn cho bệnh nhân. Dựa trên Hướng dẫn thực hành lâm sàng ESMO - v.2016.1 Trang 46

Tài liệu này được cung cấp bởi Anticancer Fund với sự cho phép của ESMO.

Thông tin trong tài liệu này không thay thế vai trò của tư vấn y tế. Nó chỉ dành cho mục đích sử dụng cá nhân và không thể sửa đổi, sao chép hoặc phổ biến theo bất kỳ cách nào mà không có sự cho phép bằng văn bản của ESMO và Anticancer Fund.

Warfarin

Một thuốc để ngăn ngừa hình thành cục máu đông, thuộc nhóm thuốc chống đông.

Xạ trị áp sát

Là một loại xạ trị mà chất phóng xạ được đặt trong kim, hạt, dây hoặc catheter và được đặt trực tiếp hoặc gần với khối u. Phương thức này còn được gọi là xạ trị trong.

Xạ trị

Liệu pháp điều trị ung thư thông qua việc chiếu bức xạ vào những khu vực cụ thể của cơ thể có ung thư.

Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân (FOBT)

Một loại xét nghiệm để tìm máu trong phân. Một mẫu phân nhỏ được cố định trên khay chuyên biệt và được gửi đến cho bác sĩ hoặc phòng xét nghiệm để kiểm tra. Máu trong phân có thể là một dấu hiệu của ung thư đại trực tràng. Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân còn được gọi là FOBT.

Ý kiến đa chuyên khoa

Một cách tiếp cận trong lập kế hoạch điều trị trong đó các bác sĩ là các chuyên gia thuộc những chuyên khoa khác nhau cùng xem xét và thảo luận về tình trạng bệnh và các lựa chọn điều trị cho bệnh nhân. Trong điều trị ung thư, ý kiến đa chuyên khoa gồm ý kiến của bác sĩ nội khoa ung thư* (người điều trị ung thư bằng thuốc), bác sĩ ngoại khoa ung thư* (người điều trị ung thư bằng phẫu thuật), và bác sĩ xạ trị ung thư* (người điều trị ung thư bằng tia xạ). Còn được gọi là hội chẩn tiểu ban ung thư.

Yếu tố nguy cơ

Những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc một bệnh. Một số ví dụ cho yếu tố nguy cơ mắc ung thư là tuổi, tiền sử gia đình mắc ung thư, hút thuốc lá, phơi nhiễm với phóng xạ hoặc hoá chất, nhiễm một số loại virus hoặc vi khuẩn, và những thay đổi gen khác.

Yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu

Là một chất do tế bào tạo ra làm thúc đẩy việc hình thành những mạch máu mới. Yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu còn được gọi là VEGF.

Tài liệu Hướng dẫn Bệnh nhân của ESMO/Anticancer Fund được thiết kế nhằm hỗ trợ bệnh nhân, người nhà và người chăm sóc hiểu biết về đặc tính của các loại ung thư khác nhau đồng thời đánh giá các lựa chọn điều trị tốt nhất hiện nay. Các thông tin y khoa được mô tả trong tài liệu này dựa trên Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng ESMO – tài liệu hướng dẫn các bác sỹ nội ung bướu trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị các loại ung thư khác nhau. Các tài liệu hướng dẫn này được xây dựng bởi Anticancer Fund phối hợp với Nhóm Hướng dẫn Thực hành ESMO và Nhóm Vận động cho Bệnh nhân Ung thư ESMO.

Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập www.esmo.org và www.anticancerfund.org

