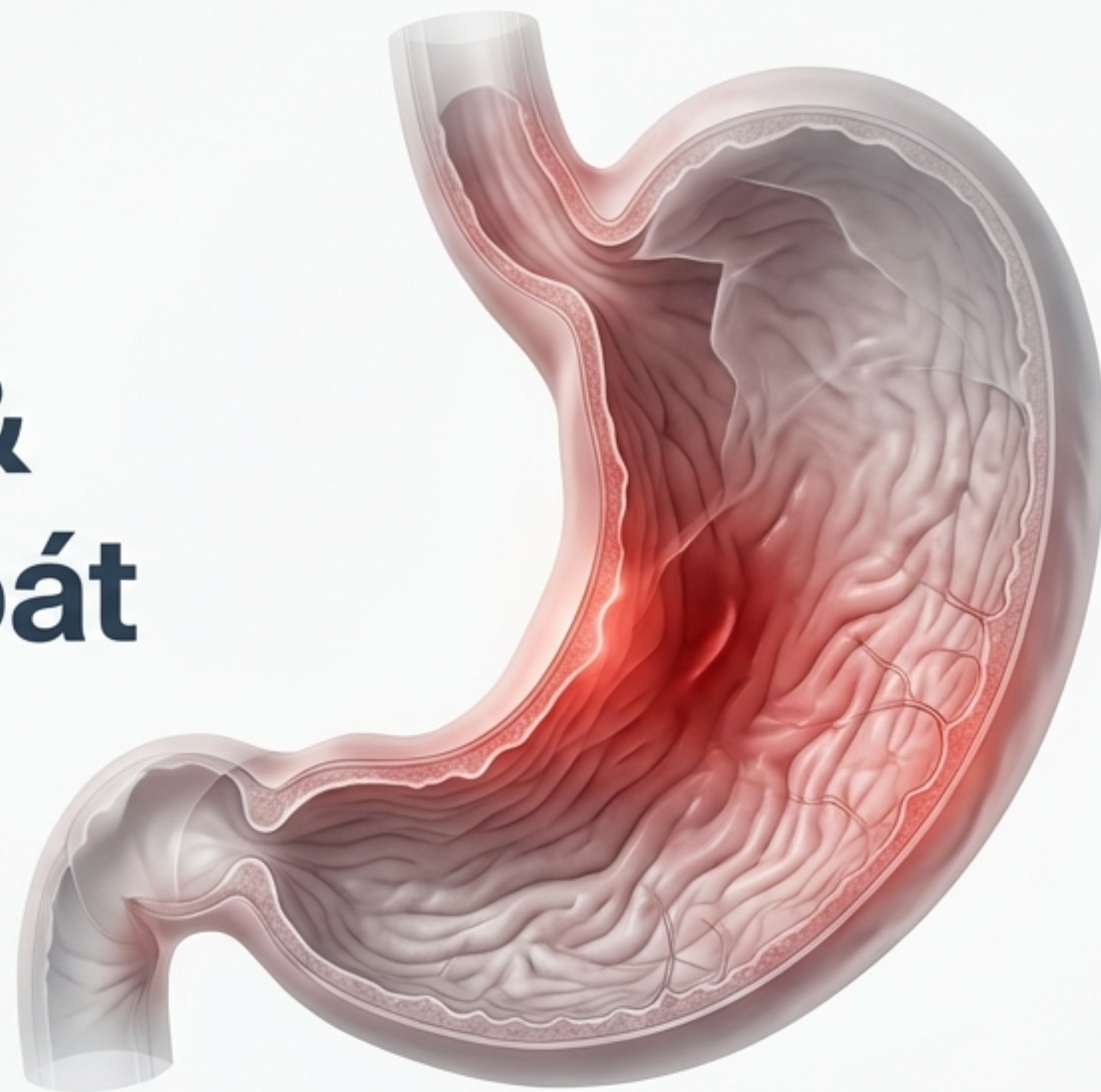


# Ung thư Dạ dày: Toàn cảnh Y khoa & Chiến lược Kiểm soát

Từ cơ chế phân tử đến các liệu pháp  
điều trị tiên tiến nhất

---



Tài liệu y khoa tổng hợp dành cho bệnh nhân và cộng đồng

# Gánh nặng Bệnh tật: Thách thức tại Việt Nam & Thế giới

## Toàn cầu (GLOBOCAN 2022)



**1.09 Triệu**  
ca mắc mới/năm

**769,000**  
Ca tử vong

Xếp hạng: Thứ 5 về số ca mắc, Thứ 4 về tử vong

## Việt Nam



**~16,277**  
Ca mắc mới/năm

**~13,264**  
Ca tử vong

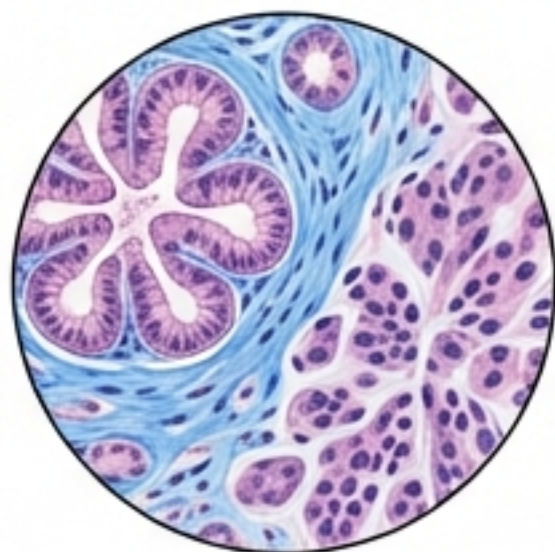
Luôn nằm trong Top 5 loại ung thư phổ biến nhất

**Nghịch lý tỷ lệ tử vong: Hơn 70% các ca bệnh tại Việt Nam được chẩn đoán ở giai đoạn muộn.**

*Tỷ lệ mắc cao hơn trung bình Đông Nam Á do thói quen ăn uống và nhiễm H. pylori.*

# Định nghĩa & Phân loại Mô học

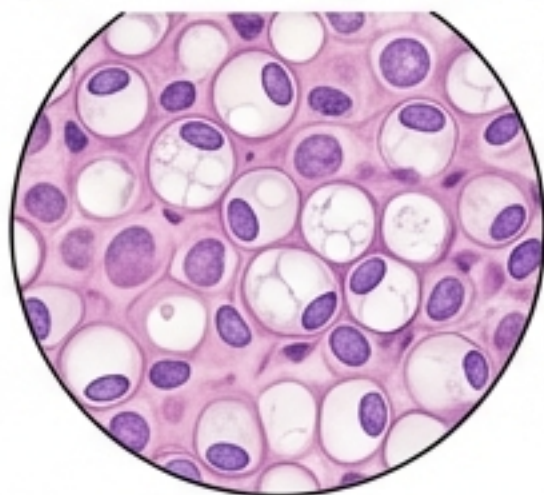
Ung thư dạ dày là khối u ác tính hình thành từ sự tăng sinh mất kiểm soát của các tế bào trong niêm mạc dạ dày (Theo Mayo Clinic).



## Ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma)

Chiếm 90-95%. Gồm dạng ổ (focal) phát triển chậm và dạng lan tỏa (diffuse) xâm lấn nhanh.

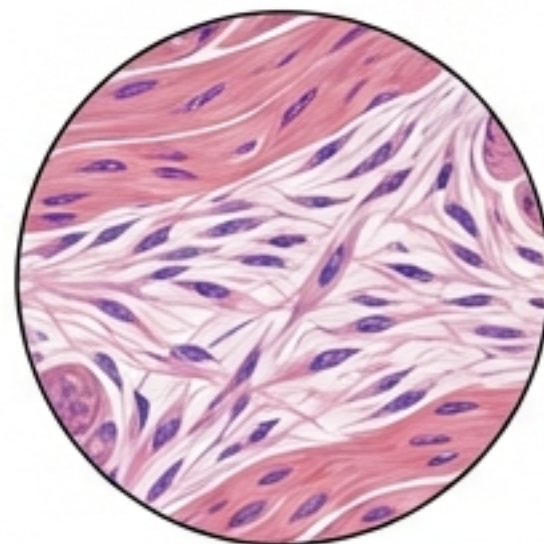
## Ung thư tế bào nhẵn (Signet-ring cell)



## Ung thư tế bào nhẵn (Signet-ring cell)

Chiếm 5-10%. Dạng đặc biệt ác tính, tế bào chứa đầy dịch nhầy đẩy nhân ra sát màng.

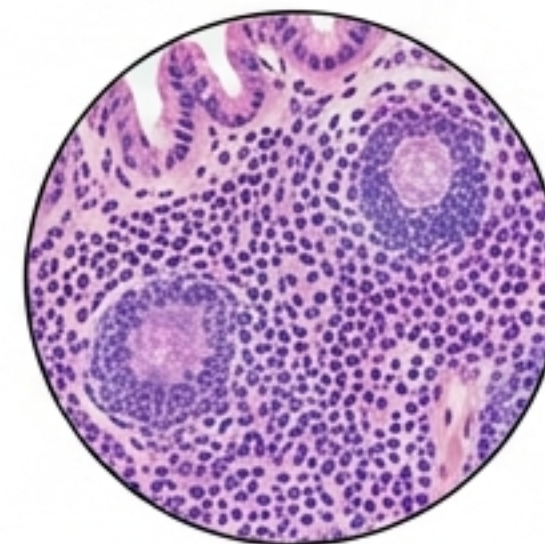
## GIST (U mô đệm tui)



## GIST (U mô đệm tiêu hóa)

Khởi phát từ các tế bào thần kinh kẽ (tế bào Cajal) trong thành dạ dày.

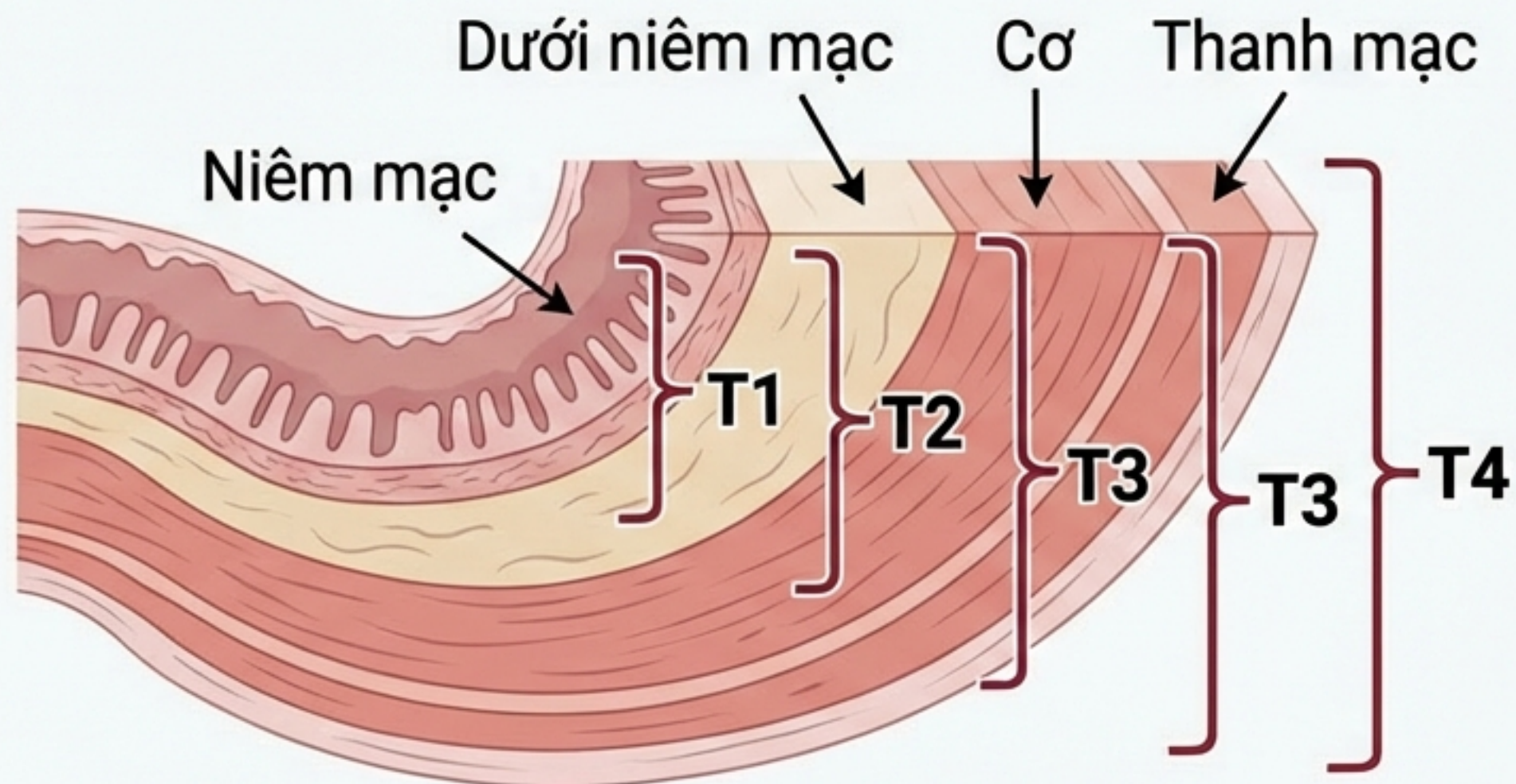
## Lymphoma dạ dày



## Lymphoma dạ dày

U lympho bắt nguồn từ các tế bào miễn dịch trong niêm mạc.

# Hệ thống Phân tầng TNM & Giai đoạn Lâm sàng



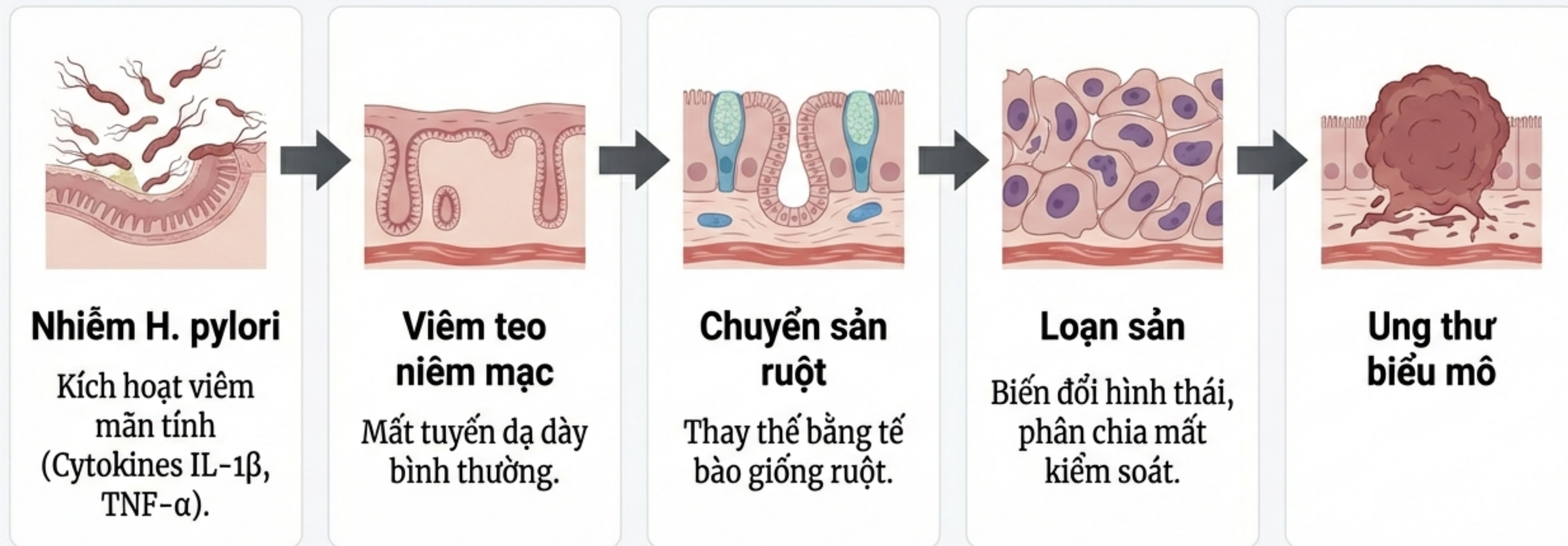
**T (Tumor):** Kích thước và độ sâu xâm lấn vào thành dạ dày.

**N (Nodes):** Mức độ lan sang hạch bạch huyết khu vực.

**M (Metastasis):** Di căn đến cơ quan xa.



# Cơ chế Sinh học: Chuỗi biến đổi Correa



**Context:** Các đột biến gen thúc đẩy quá trình: p53, CDH1 (E-cadherin) và con đường tín hiệu Wnt/ $\beta$ -catenin.

# Kỷ nguyên mới: Phân loại Phân tử TCGA



## **EBV dương tính (EBV+)**

~9% ca bệnh. Liên quan đến virus Epstein-Barr.



## **MSI cao (Microsatellite Instability)**

~22% ca bệnh. Tỷ lệ đột biến cao, đáp ứng tốt miễn dịch.



## **Ổn định về genôm (Genomically Stable)**

~20% ca bệnh. Ít biến đổi cấu trúc nhiễm sắc thể.



## **Không ổn định nhiễm sắc thể (CIN)**

~50% ca bệnh. Phổ biến nhất, rối loạn cấu trúc nhiễm sắc thể.

Hiểu biết về phân nhóm phân tử là chìa khóa cho điều trị cá thể hóa (Precision Medicine).

# “Kẻ thù” Giấu mặt: Nguyên nhân & Yếu tố Nguy cơ

## Môi trường & Lối sống



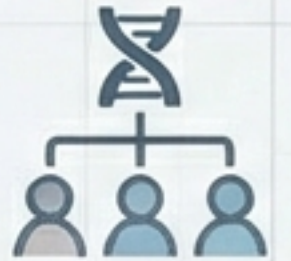
- Nhiễm H. pylori (Tác nhân nhóm 1 WHO)
- Chế độ ăn nhiều muối, thực phẩm ngâm chua (Nitrat)
- Hút thuốc lá
- Lạm dụng rượu bia

## Bệnh lý Tiền thân



- Viêm dạ dày teo mãn tính
- Polyp tuyến dạ dày
- Chuyển sản ruột
- Tiền sử cắt bán phần dạ dày (Billroth II)

## Yếu tố Di truyền



- Tiền sử gia đình (Nguy cơ gấp 2-3 lần)
- Hội chứng Lynch
- Đột biến gen CDH1 (HDGC)
- Nhóm máu A

# Triệu chứng Lâm sàng: Sự đánh lừa của Giai đoạn sớm

**Giai đoạn sớm**  
Dễ bỏ qua

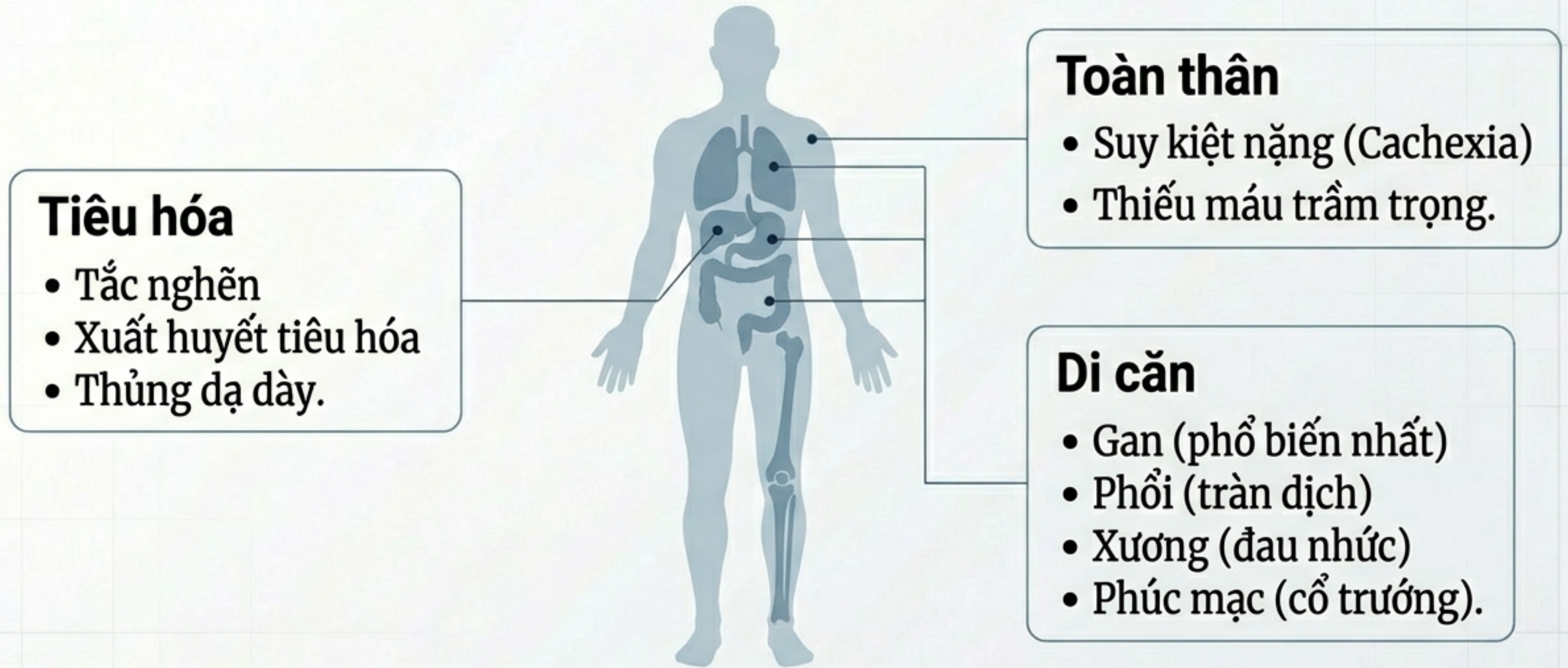
- Khó tiêu (Indigestion)
- Chướng bụng nhẹ
- Chán ăn
- Buồn nôn nhẹ

*Dễ nhầm lẫn  
với viêm dạ dày  
thông thường.*

**Giai đoạn muộn**  
Báo động

- Đau bụng dữ dội
- Sụt cân không rõ nguyên nhân (5-10kg)
- Nôn ra máu (Hematemesis)
- Đi ngoài phân đen (Melena)
- Khó nuốt (Dysphagia)

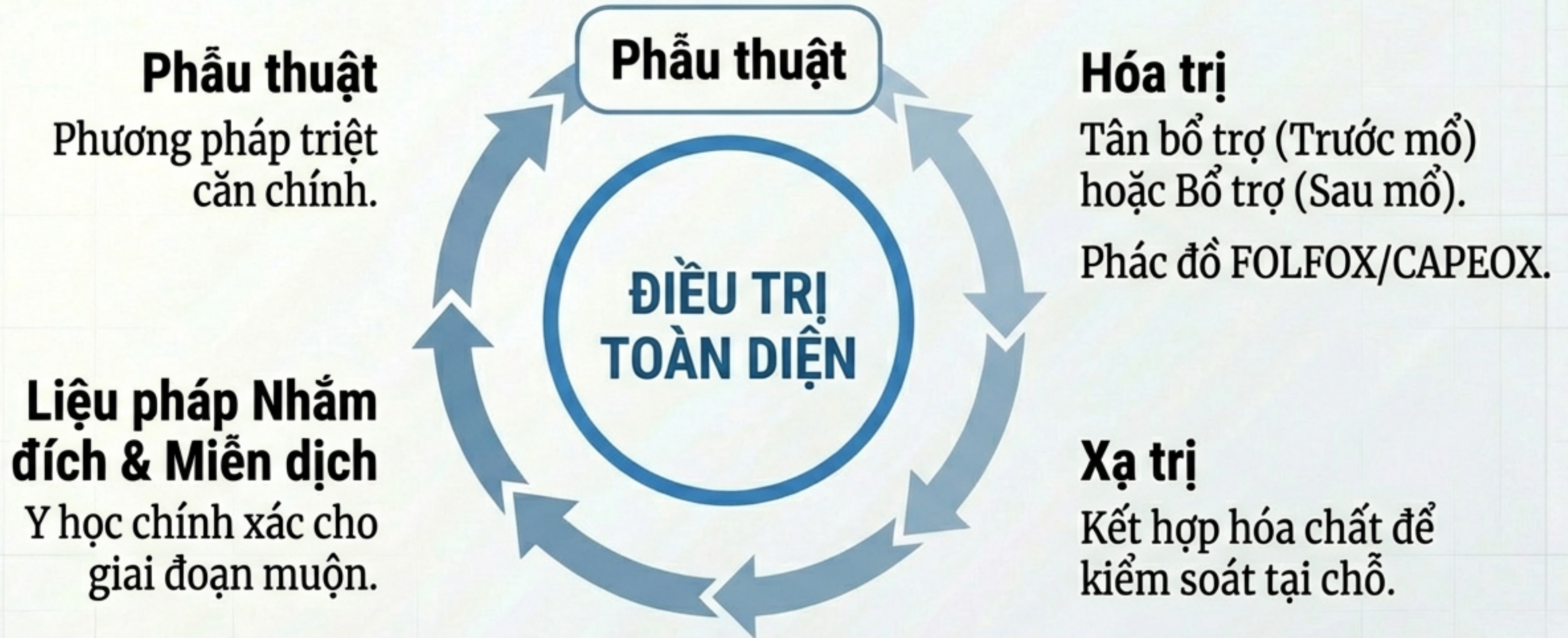
# Hậu quả & Biến chứng Hệ thống



*Suy giảm chất lượng cuộc sống nghiêm trọng và hội chứng Dumping sau điều trị.*

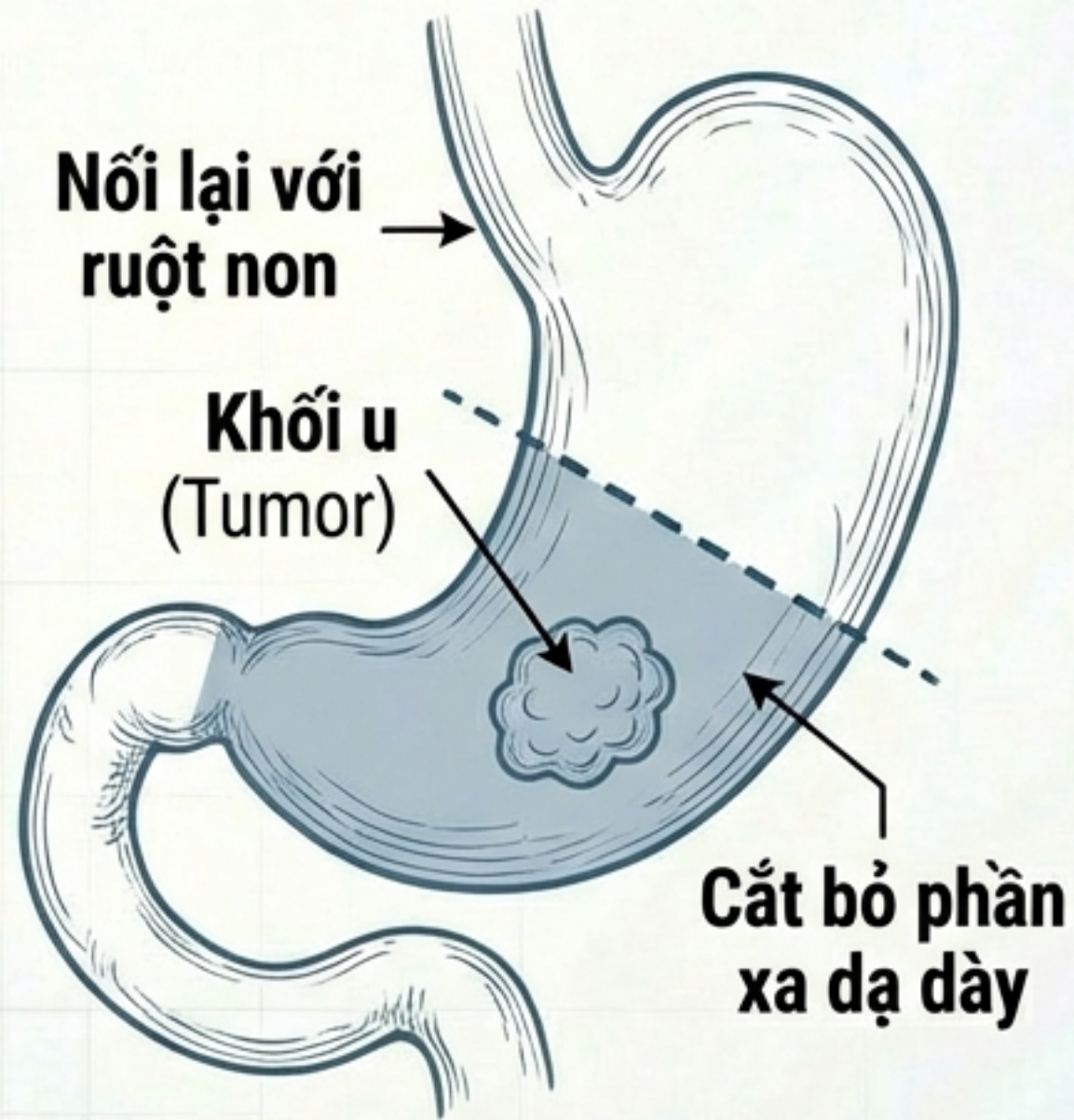
# Chiến lược Điều trị Đa mô thức

Phác đồ cá thể hóa dựa trên giai đoạn và thể trạng (NCCN Guidelines)



# Phẫu thuật: Nền tảng của Điều trị Triệt căn

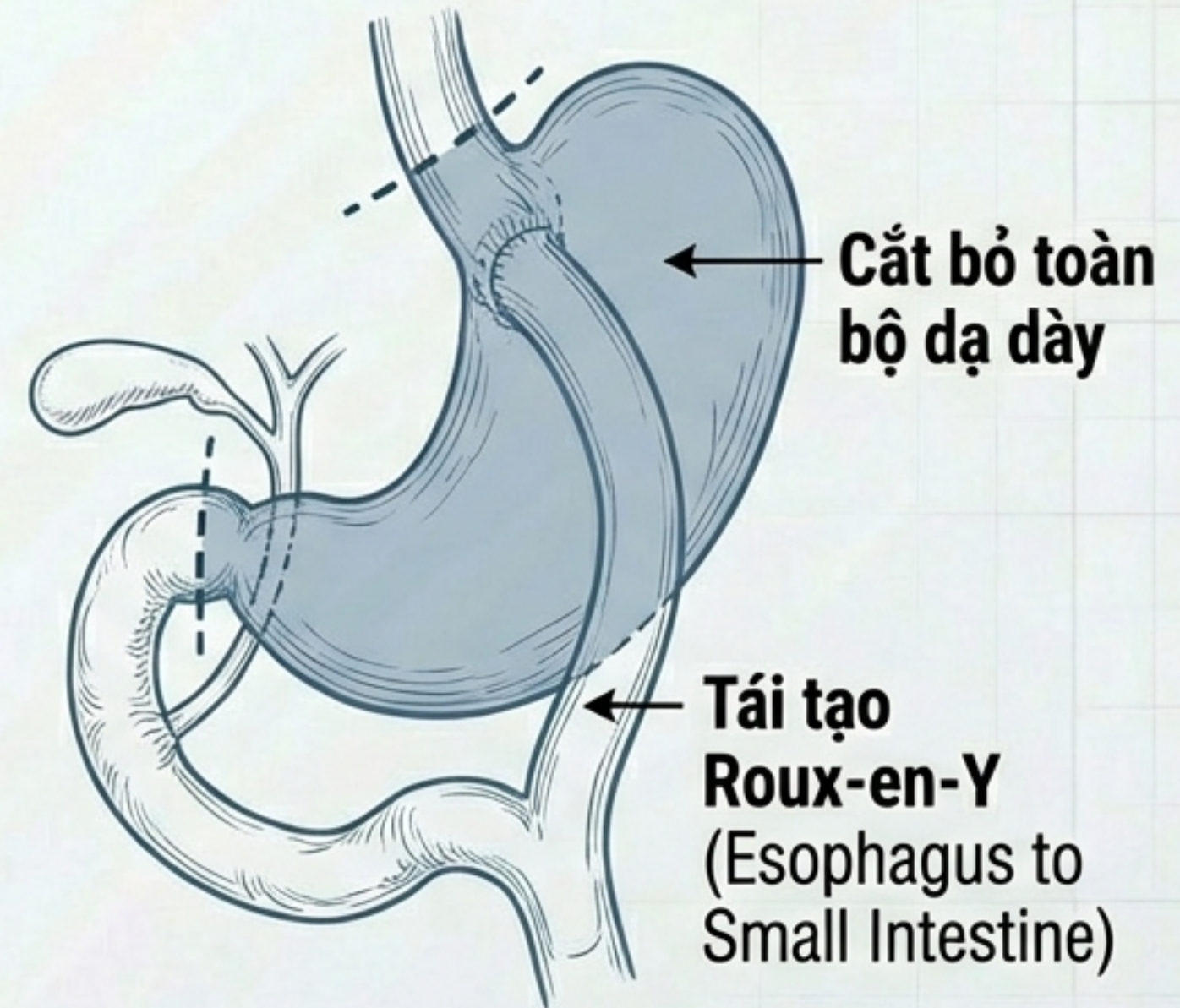
## Cắt bán phần (Subtotal Gastrectomy)



Bắt buộc: Vết hạch D2 (Lymph node dissection) để đảm bảo sạch tế bào ung thư.

This diagram shows a cluster of lymph nodes, representing the D2 lymph node dissection. The text below it states that this procedure is mandatory to ensure the removal of cancer cells.

## Cắt toàn bộ (Total Gastrectomy)

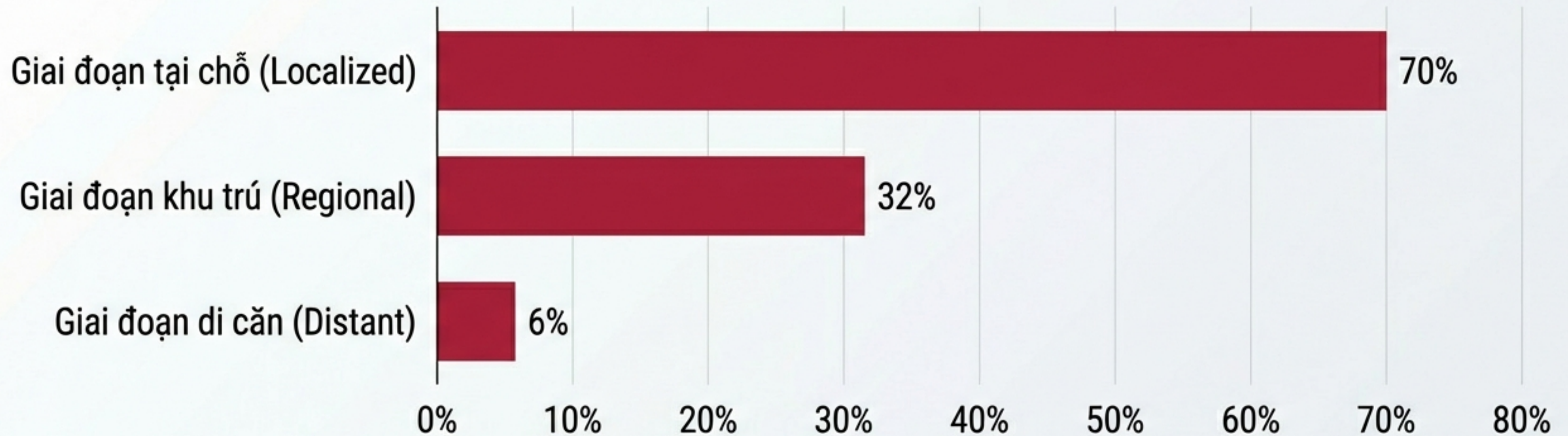


# Kỷ nguyên mới: Liệu pháp Nhắm trúng đích & Miễn dịch

<b>Mục tiêu HER2</b>	Thuốc: Trastuzumab (Herceptin). Chỉ định: Ung thư biểu mô tuyến có HER2 dương tính.
<b>Mục tiêu VEGFR2 (Tăng sinh mạch)</b>	Thuốc: Ramucirumab. Cơ chế: Ngăn chặn hình thành mạch máu nuôi khối u.
<b>Điểm kiểm soát miễn dịch (PD-1)</b>	Thuốc: Pembrolizumab (Keytruda), Nivolumab. Chỉ định: MSI-H hoặc PD-L1 dương tính.

Mang lại hy vọng mới cho bệnh nhân giai đoạn tiến xa hoặc tái phát.

# Tiên lượng Sống còn: Thời gian là Sự sống



**“Tiên lượng phụ thuộc hoàn toàn vào thời điểm chẩn đoán.”**

(Nguồn: American Cancer Society)

# Phòng ngừa Chủ động: Thay đổi Lối sống



## Dinh dưỡng

- ✓ Giảm muối (<5g/ngày).
- ✓ Tránh thịt hun khói/muối chua.
- ✓ Tăng cường chất xơ và Vitamin C.



## Y tế

Diệt trừ vi khuẩn *H. pylori* ngay nếu xét nghiệm dương tính.



## Thói quen

- ✓ Bỏ thuốc lá hoàn toàn.
- ✓ Hạn chế rượu bia.
- ✓ Duy trì BMI 18.5-24.9.



## Tinh thần

Quản lý stress để giảm tác động xấu lên niêm mạc dạ dày.

# Tầm soát & Lời khuyên Chuyên gia



**Tiêu chuẩn vàng: Nội soi dạ dày (Gastroscopy).**

**Ai cần tầm soát?** Người trên 50 tuổi, có tiền sử gia đình, hoặc có triệu chứng tiêu hóa dai dẳng.

**Ung thư dạ dày hoàn toàn có thể kiểm soát và chữa khỏi nếu được phát hiện sớm. Đừng đợi đến khi có triệu chứng rõ ràng.**