

Chuyên đề 8: Ung thư đại tràng

PHẦN 1: K ĐẠI TRÀNG TRÁI

K đại tràng là K thường gặp ở đường tiêu hóa. Đứng hàng thứ 2 sau K dạ dày, K gan. Bệnh nhân thường đến viện ở giai đoạn muộn khi đã có biểu hiện rõ rệt nên gây khó khăn cho điều trị. Điều trị cơ bản là phẫu thuật. Ngày nay, PT đại tràng đã có nhiều tiến bộ, giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên do bệnh ở giai đoạn muộn nên thời gian sống sau 5 năm thường không cao.

UTĐT trái bao gồm những tổn thương ác tính nằm ở vị trí từ nửa trái ĐT ngang đến đoạn nối giữa ĐT sigma-trực tràng. Chiếm 50% K đại tràng.

1. Đặc điểm GPB:

1.1. Vị trí, số lượng u:

- Vị trí UT: Gặp nhiều nhất ở đại tràng sigma, sau đó đến manh tràng, đại tràng lên. Đại tràng ngang, ĐT xuống ít gặp.

- Số lượng: Đa số chỉ có 1 khối u 95%. UT nhiều ổ ít gặp 5% (polypes ung thư hoá).

1.1. Đại thể

- Thở u sùi: Khối u sùi vào lòng đại tràng, nhiều múi, chân rộng, thường bị loét ở giữa khối u. Thường gặp ở ĐT phải đặc biệt manh tràng

- Thở loét thâm nhiễm: ổ loét có nền cứng, bờ cao và nhám nhở. Loét tiến triển dần chiếm toàn bộ chu vi đại tràng, có dạng như khuôn đúc.

- Thở thâm nhiễm cứng: Tổn thương lúc đầu là mảnh cứng dẹt, phát triển theo chu vi làm 1 đoạn đại tràng dày lên vài cm, cứng nhưng không loét. Thường gây tắc ruột

1.2. Vi thể:

Ung thư BM tuyến (adeno carcinome) chiếm 97%, tùy mức độ biệt hóa chia các loại sau:

- Ung thư liên bào trụ rất biệt hóa: Chiếm 80%. Điển hình là cấu tạo bởi các TB hình trụ cao, các ống tuyến đều đặn. Sự bài tiết các ống tuyến giảm hoặc không tiết.

- Ung thư liên bào trụ biệt hóa vừa và ít biệt hóa: ít gặp, cấu trúc tuyến còn ít. Các ống tuyến nhỏ không đều, bên cạnh là đám Tb đa diện rất kiềm tính với nhiều TB phân chia.

- Ung thư liên bào chế nhầy: 10-15%. Cấu trúc vi thể là đám Tb hình nhẵn, biệt lập hoặc xếp thành từng dải nằm trong đám chất nhầy màu, các ống tuyến bị giãn to, đôi khi bị vỡ.

Sarcom: ít gặp gồm ung thư cơ trơn và ung thư tổ chức bạch huyết.

1.3. Di căn:

- Theo đường máu: Qua hệ TM cửa về gan, vì thế hay gặp di căn gan, di căn hạch thượng đòn...

- Theo đường bạch mạch.

- Phân loại theo Dukes: Dukes A=UT chưa xâm lấn tới lớp cơ thành ĐT, chưa có di căn hạch. Dukes B=Đã xâm lấn đến lớp cơ và cũng chưa có di căn hạch. Dukes C=Đã có di căn hạch. Phân loại cải tiến của Astler-Coller được áp dụng rộng rãi hơn: Dukes A, B1 B2, C1 C2, D (đã có di căn xa). Còn cách phân loại theo OMS: Theo các yếu tố TNM (T=xâm lấn tại chỗ của u, có T1-T4. N=xâm lấn hạch, có N0 N1. M=di căn xa, có M0 M1).

A. Chẩn đoán:**1. Giai đoạn sớm:**

- Chẩn đoán sớm ung thư đại tràng là phát hiện ung thư đại tràng khi không có biểu hiện lâm sàng. Nếu được điều trị ở giai đoạn này: khả năng sống tăng lên rất nhiều.
- Đây là vấn đề khó khăn vì ung thư đại tràng có thời gian ủ bệnh lâu dài, triệu chứng không đặc hiệu, cần tập trung vào nhóm người có nguy cơ cao:
 - Trên 40 tuổi.
 - Có bệnh lý tiền ung thư:
 - Polyp đại tràng, đặc biệt polyp to dạng tuyến và dạng nhung mao.
 - Bệnh viêm loét đại tràng chảy máu.
 - Bệnh Crohn.
 - Có yếu tố di truyền: trong gia đình có người ung thư đại tràng, polyp đại tràng gia đình, hội chứng Turcot, Lynch, Peutz – Jergher ..
 - Người có chế độ dinh dưỡng nhiều đạm, mỡ, ít sợi, ít calci.
 - Rối loạn tiêu hoá kéo dài, ỉa máu, soi phân có hồng cầu trong phân
- Cần tiến hành chụp đại tràng đối quang kép, soi đại tràng, sinh thiết đại tràng để chẩn đoán xác định.

1. Giai đoạn tiên tri:**a) Lâm sàng:**

- Cơ năng:
 - Đau bụng:
 - Triệu chứng thường gặp.
 - Thường xuất hiện bằng cơn đau đại tràng thực sự.

- Xuất hiện đột ngột ở một vị trí, giảm hay mất khi bệnh nhân ỉa lỏng hay trung tiện.
- Bệnh nhân có thể đen viện trong tình trạng tắc ruột cấp.
- Rối loạn tiêu hoá:
 - Thường táo bón.
 - Có thể táo bón và ỉa lỏng xen kẽ.
 - Đây là triệu chứng gợi ý nếu mới xuất hiện và kéo dài ở bệnh nhân > 40 tuổi.
- ỉa máu:
 - Có thể ỉa máu tươi, máu bọ ngoài phân.
 - Có thể gặp ỉa máu tươi lẫn chất nhầy trong đại tràng sigma.
- Dấu hiệu tắc ruột hay bán tắc ruột:
 - Nhẹ: đau âm ỉ, nặng bụng, bụng chướng.
 - Nặng hơn: hội chứng Koenig: đột ngột đau bụng cơn, buồn nôn, bụng chướng. Cơn đau giảm hoặc mất khi bệnh nhân trung hoặc đại tiện được.
 - Triệu chứng điển hình của tắc ruột thấp: đau bụng cơn, bí trung đại tiện, nôn, bụng chướng.
- Toàn thân:
 - Hội chứng thiếu máu: nhược sắc hồng cầu nhỏ.
 - Da xanh, niêm mạc nhợt.
 - Không rõ nguyên nhân nhiều khi bệnh nhân đi khám vì triệu chứng này.
 - Các triệu chứng gợi ý:
 - Gây sút cân nhanh 4 – 5 kg/tháng.
 - Mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt.
 - Sốt nhẹ kéo dài không rõ nguyên nhân.
 - ăn uống kém dần.
- Thực thể:
 - Khám bụng:
 - Rất hiếm khi sờ thấy u ở đại tràng trái.
 - Bụng chướng nhẹ, manh tràng giãn hơi.
 - Ngoài ra có thể gặp:
 - Gan to: di căn gan.
 - Hạch Troisier.
 - Cổ chướng: di căn màng bụng.

- Di căn buồng trứng ở nữ giới.
- Các triệu chứng này giúp định hướng giai đoạn bệnh để tiên lượng.
- Thăm trực tràng:
 - Không thấy u ở trực tràng.
 - Có thể sờ thấy u ở đại tràng sigma tụt xuống.
 - Có thể sờ thấy u buồng trứng ở phụ nữ.
 - Nếu tắc ruột: bóng trực tràng rộng/ia máu: phân đen theo tay.
- b) Cân lâm sàng:
- Chụp khung đại tràng có Barit kinh điển:
 - Hình ảnh chít hẹp:
 - Một đoạn đại tràng vài cm bị chít hẹp, mất nếp niêm mạc, đại tràng bị vẹo.
 - Tiếp nối đoạn đại tràng ung thư và đoạn lành bởi một góc nhọn hay dấu đóng ngoặc “()”.
 - Hình ảnh khuyết:
 - Nham nhở, độ cản quang không đồng nhất, tạo với đại tràng lành một góc nhọn.
 - Hình ảnh cắt cụt:
 - Gập trong tắc ruột do ung thư đại tràng.
 - Khẩu kính lòng đại tràng hẹp dần, thuốc cản quang bị dừng lại hoàn toàn.
 - Đôi khi thấy nhú lên một mấu nhọn giống ngọn lửa nến.
 - Khi gặp các hình ảnh trên cần phân biệt:
 - Cục phân do thụt tháo chưa kỹ: tạo hình khuyết nhưng chỉ tồn tại trên một film.
 - Khối u từ ngoài đè vào.
 - Co thắt đại tràng, túi thừa Meckel.
- Chụp đại tràng đối quang kép:
 - Đánh giá kết quả dựa vào:
 - Bề mặt tổn thương không đều.
 - Đáy rộng hơn chiều cao.
 - Thành đại tràng đối diện lồi lõm.
 - Ung thư đại tràng giai đoạn sớm:
 - Cứng khu trú ở một vị trí thành đại tràng.
 - Có một ổ loét hoặc khuyết nhỏ trên thành đại tràng.
 - Có sự thay đổi hỗn loạn các nếp nhăn của niêm mạc đại tràng.

- Các hình ảnh trên film chụp cản quang đại tràng trên chỉ có giá trị chẩn đoán nếu cố định ở một vị trí trên tất cả các film.
 - Soi đại tràng bằng bằng ống mềm:
 - Nguyên tắc:
 - Chuẩn bị sạch đại tràng.
 - Tốt nhất là gây mê để nội soi.
 - Soi bằng ống mềm toàn bộ đại tràng, sinh thiết ngay khi thấy tổn thương.
 - Kết quả:
 - Polyp đơn độc hoặc bệnh lý đa polyp có nguy cơ ung thư phổi.
 - Một vùng niêm mạc đại tràng cứng bất thường, có gờ nổi lên, có ổ loét chạm ống soi vào dễ chảy máu, niêm mạc xung quang và đối diện tổn thương không mềm mại.
 - Muộn hơn: khối u sùi, loét, có khi chít hẹp không đưa ống soi qua được.
 - Đại đa số: niêm mạc không bình thường mà chỉ biểu hiện viêm mạn tính hoặc thấy rõ tổn thương viêm đại tràng chảy máu.
 - Qua nội soi đại tràng tiến hành sinh thiết để chẩn đoán xác định.
 - Siêu âm – nội soi: đánh giá chính xác sự dị căn các lớp thành đại tràng và di căn tạng xung quanh.
 - Các xét nghiệm thăm dò khác:
 - Kháng nguyên bào thai ung thư CEA:
 - Xét nghiệm không đặc hiệu cho chẩn đoán, dùng để tiên lượng, theo dõi tái phát.
 - Kết quả:
 - CEA < 25 ng/ml: có khả năng cắt bỏ u.
 - CEA > 100 ng/ml: gợi ý không có khả năng cắt bỏ hoặc đã di căn xa.
 - Siêu âm ổ bụng, CT scanner: phát hiện hạch ổ bụng, di căn gan và các tạng khác trong ổ bụng.
 - Xquang phổi: phát hiện di căn phổi: hình ảnh thả bóng.
 - Nội soi dạ dày, soi bàng quang, UIV khi nghi ngờ ung thư xâm lấn các cơ quan này.
 - CTM: tình trạng thiếu máu.
- 2. Chẩn đoán giai đoạn:**
- Mục đích để tiên lượng.

- Dựa vào mức độ xâm lấn thành đại tràng và di căn hạch là cơ sở cho nhiều loại phân chia:
 - Theo Dukes:
 - Giai đoạn A: ung thư còn giới hạn ở thành đại tràng.
 - Giai đoạn B: ung thư đã vượt qua đại tràng, chưa di căn hạch.
 - Giai đoạn C: ung thư đã di căn hạch.
 - Giai đoạn D: di căn xa.
 - Theo OMS: gồm các yếu tố TNM.
 - T: xâm lấn tại chỗ của u (T1 – T4).
 - N: di căn hạch (N0 – N2).
 - M: di căn xa (M0 – M1).

B. Điều trị:

- Điều trị phẫu thuật là chủ yếu.
- Hoá trị liệu và điều trị phối hợp có nhiều triển vọng.

1. Điều trị ung thư đại tràng trái chưa có biến chứng:

a) Điều trị triệt căn:

- Nguyên tắc:
 - Cắt đại tràng rộng rãi: cắt cạnh khối u 5 – 6 cm. Tuy nhiên thường cắt rộng hơn do phải nạo vét hạch và thắt các cuống mạch máu sát gốc.
 - Nạo vét hạch triệt để.
 - Thắt và cắt các cuống mạch sát gốc: thực hiện đầu tiên để tránh di căn tế bào ung thư qua đường máu.
 - Lắp lại lưu thông đường tiêu hóa khi đại tràng đã được chuẩn bị sạch.
- Cắt đại tràng có kế hoạch:
 - Chuẩn bị trước mổ:
 - Chống thiếu máu, bù dịch, thăng băng điện giải.
 - Thụt tháo làm sạch đại tràng.
 - Kháng sinh dự phòng.
 - Phẫu thuật:
 - Mở bụng đánh giá tổn thương:
 - Rạch da đường trắng giữa. Che phủ ổ bụng.
 - Không nên sờ nhiều vào khối u.
 - Tránh không để tế bào ung thư rơi ra xa vào lòng ruột: dùng hai dải băng mềm buộc thắt kín lòng đại tràng ở hai phía trước và sau khối u.

- Đánh giá tử mĩ tốt thương, tình trạng di căn gan, lách, thận, buồng trứng (nữ).
 - Cắt đại tràng trái:
 - Cặp và cắt mạch mạc treo tràng dưới sát gốc.
 - Cắt bỏ từ phần trái đại tràng đến hết đại tràng sigma.
 - Nạo vét hạch.
 - Nối đại tràng ngang với trực tràng tận – tận hoặc bên – bên.
 - Cắt đoạn đại tràng trái cao:
 - Khi ung thư đại tràng góc lách.
 - Cắt phần trái đại tràng ngang và đại tràng xuống.
 - Thất và cắt mạch đại tràng trái trên sát gốc.
 - Nạo vét hạch.
 - Nối đại tràng ngang với đại tràng sigma.
 - Cắt đoạn đại tràng Sigma:
 - áp dụng cho ung thư ở đoạn này.
 - Cắt đoạn đại tràng Sigma.
 - Thất và cắt cuống mạch mạc treo tràng dưới phía dưới chỗ phân nhánh động mạch đại tràng trái trên.
 - Nạo vét hạch.
 - Nối đại tràng xuống với trực tràng.
 - Cắt toàn bộ hoặc toàn bộ đại tràng (để lại đại tràng Sigma), nối hồi tràng – trực tràng:
 - áp dụng cho ung thư đại tràng ở hai hay nhiều vị trí.
- b) Điều trị tam thời:
- Cắt đoạn đại tràng:
 - Chỉ định: ung thư đại tràng đã di căn nhiều nơi.
 - Để tránh các biến chứng: abces, tắc ruột, thủng và tránh phải làm hậu môn nhân tạo.
 - Cắt đại tràng và mạc nối tối thiểu: có thể làm miệng nối chắc chắn và được nuôi dưỡng tốt.
 - Hậu môn nhân tạo trên u:
 - Chỉ định: ung thư đại tràng không có khả năng cắt bỏ và nối tắt.
 - Làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng ngang hay đại tràng Sigma tùy vị trí.
 - Nối tắt:

- Đại tràng ngang - đại tràng Sigma.

2. Điều trị ung thư đại tràng đã có biến chứng:

a) Tắc ruột:

- Nguyên tắc:
 - Điều trị tắc ruột và ung thư.
 - Thái độ xử trí tùy thuộc:
 - Toàn trạng bệnh nhân.
 - Vị trí khối u.
 - Tình trạng đại tràng trước khối u.
 - Mức độ xâm lấn và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.
- Kỹ thuật:
 - Cắt đại tràng hai thì để hạn chế nguy cơ bực miệng nối.
 - Làm hậu môn nhân tạo trước khối u và cắt đại tràng sau 10 – 15 ngày thì 2 khi đại tràng được chuẩn bị tốt.
 - Cắt đại tràng trái cấp cứu, đưa hai đầu làm hậu môn nhân tạo. Nối lại đại tràng tiến hành thì 2.
 - Phẫu thuật Hartmann với ung thư đại tràng Sigma: cắt đoạn đại tràng Sigma, khâu kín đầu trực tràng, làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng xuống.

b) Abces quanh u:

- Không làm thay đổi chỉ định cắt đại tràng và nối ngay.
- Khi mổ chú ý hút sạch mủ trước, che bọc kỹ vùng mổ, đặt miệng nối xa vùng có abces và dẫn lưu tốt vùng abces.

c) Rò đại tràng:

- Làm mất đường rò, xử trí khối u đại tràng theo nguyên tắc chung.

d) Viêm phúc mạc do thủng đại tràng:

- Hồi sức tốt trước, trong và sau mổ.
- Nhất thiết phải cắt đoạn đại tràng cấp cứu, đưa hai đầu ruột ra ngoài ổ bụng làm hậu môn nhân tạo.
- Việc nối lại lưu thông tiêu hoá thực hiện ở lần mổ sau.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Chỉ định: Dukel B, C.
- Hoá trị liệu:
 - Phối hợp 5FU và Lévomisole hay 5FU và Acid Folic.
 - Điều trị 6 đợt, mỗi đợt 5 ngày truyền tĩnh mạch, cách nhau 25 ngày.

- Miễn dịch trị liệu: ASLEM 0,3 mg
 - 2 ống/ngày x 30 ngày liên.
 - Sau đó: 2 lần/tuần. Mỗi lần 1 ống.
- Giúp kéo dài thời gian sống, giảm di căn, giảm tái phát.

4. Theo dõi sau mổ:

- Phát hiện tái phát và di căn.
- Khám lâm sàng toàn diện 3 tháng/lần.
- Định lượng CEA và CA 19 – 9.
 - 3 tháng/lần trong 3 năm đầu.
 - 6 tháng/lần trong các năm tiếp theo.
 - Sự tăng lên sau mổ: dấu hiệu tái phát hoặc di căn.
- Siêu âm ổ bụng hoặc chụp phổi:
 - 3 tháng/lần trong 3 năm đầu.
 - 6 tháng/lần trong các năm tiếp theo.
 - Phát hiện di căn gan và phổi.
- Soi đại tràng bằng ống soi mềm:
 - 1 năm/lần trong 3 năm đầu.
 - 3 năm/lần trong các năm tiếp theo.
 - Phát hiện tái phát miệt nối hay ung thư phân đại tràng còn lại.

PHẦN 2: K ĐẠI TRÀNG PHẢI

ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Ung thư đại tràng phải bao gồm những tổn thương ác tính nằm từ manh tràng qua đại tràng lên tới nửa phải của đại tràng ngang.
- Chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến. Thường gặp thể u sùi vào lòng đại tràng.
- Chẩn đoán chủ yếu là nội soi đại tràng ống mềm và chụp khung đại tràng
- Điều trị hiện nay chủ yếu là phẫu thuật.

GIẢI PHẪU BỆNH

1. Đại thể:

- Vị trí: Nhiều nhất ở manh tràng và đại tràng góc gan.
- Số lượng, kích thước:
 - + Đa số chỉ có 1 vị trí tổn thương, ung thư nhiều ổ ít gặp.
 - + Kích thước trung bình 50mm, hiếm gặp nhỏ hơn 10mm
- Đại thể:
 - + U thể loét:
 - . Loét sùi, bờ cao gồ ghề, thành sâu phẳng đứng, đáy sùi gồ ghề dễ chảy máu.
 - . Loét tiến triển theo hình vòng cung, 2 bờ ổ loét chạm nhau dẫn đến chít hẹp lòng đại tràng. Đại tràng phải lòng rộng vì thế quá trình này xảy ra chậm hơn đại tràng trái.
 - + U thể u sùi:
 - . Hay gặp ở đại tràng phải.
 - . U sùi và lòng đại tràng, thường làm loét ở giữa.
 - + U thể thâm nhiễm cứng (dạng mo cau): ít gặp hơn, chủ yếu thâm nhiễm dưới niêm mạc, thâm nhiễm kiểu vòng nhẫn dễ gây chít hẹp và tắc ruột cấp, hay gặp ở đại tràng góc gan.

2. Vi thể:

Ung thư BM tuyến (adeno carcinome) chiếm 97%, tùy mức độ biệt hóa chia các loại sau:

- Ung thư liên bào trụ rất biệt hóa: Chiếm 80%. Điển hình là cấu tạo bởi các TB hình trụ cao, các ống tuyến đều đặn. Sự bài tiết các ống tuyến giảm hoặc không tiết.
- Ung thư liên bào trụ biệt hóa vừa và ít biệt hóa: ít gặp, cấu trúc tuyến còn ít. Các ống tuyến nhỏ không đều, bên cạnh là đám Tb đa diện rất kiềm tính với nhiều TB phân chia.

- Ung thư liên bào chế nhầy: 10-15%. Cấu trúc vi thể là đám Tb hình nhẫn, biệt lập hoặc xếp thành từng dải nằm trong đám chất nhầy màu, các ống tuyến bị giãn to, đôi khi bị vỡ.

Sarcom: ít gặp gồm ung thư cơ trơn và ung thư tổ chức bạch huyết.

3. Di căn: Tại chỗ và đi xa theo 5 đường

- Làm thủng đại tràng, xâm lấn các cơ quan xung quanh.
- Tổ chức u rưng vào lòng đại tràng, đi xa
- Phát triển ngay ở thành ruột, xâm lấn dưới niêm mạc thường không quá bờ khối u 2cm.
- Theo đường máu: Qua hệ tĩnh mạch cửa về gan, hay gặp di căn gan, troisier.
- Theo đường bạch mạch.

4. Phân loại:

- . Mục đích để tiên lượng.
- . Dựa vào mức độ xâm lấn thành đại tràng và di căn hạch là cơ sở cho nhiều loại phân chia.
- Theo Dukes: Phân loại trong mổ, nhanh, đơn giản, thường được áp dụng
 - + Giai đoạn A: Ung thư xâm lấn tới thanh mạc, chưa di căn hạch.
 - + Giai đoạn B: Thanh mạc bị xâm lấn, chưa di căn hạch.
 - + Giai đoạn C: Đã di căn hạch.
- Theo phân loại cải tiến: Astler-Coller: áp dụng rộng rãi gồm A, B1, B2, C1, C2, D (đã di căn xa).
- Theo OMS: gồm các yếu tố TMN
 - + T: Xâm lấn tại chỗ của u (T1-T4)
 - + N: Xâm lấn hạch (No-N1)
 - + M: Di căn xa (Mo-M1)

I. Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán ở giai đoạn sớm:

- Chẩn đoán sớm ung thư đại tràng là phát hiện ung thư khi không có biểu hiện lâm sàng, nếu bệnh nhân được điều trị ở giai đoạn này sẽ giúp khả năng sống của bệnh nhân tăng lên rất nhiều.

- Tuy nhiên đây là vấn đề khó khăn, cần tập trung vào nhóm người có nguy cơ cao:

- + Trên 40 tuổi.

- + Có bệnh lý tiền ung thư: Polyp đại tràng, đặc biệt loại polyp to dạng tuyến và dạng nhung mao. Bệnh viêm loét chảy máu đại tràng, bệnh Crohn.
- + Có yếu tố di truyền: Trong gia đình có người K đại tràng. Polyp đại tràng gia đình. Hội chứng Turcot, Lynch, Peutz-Jergher ...
- + Những người có chế độ dinh dưỡng nhiều đạm, mỡ, ít sợi, ít calci.
- Khi đã nghi ngờ tiến hành chụp đại tràng đối quang kép, soi ống mềm và sinh thiết giúp chẩn đoán xác định.

2. Chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển:

2.1. Lâm sàng: Dấu hiệu gợi ý chẩn đoán ung thư đại tràng phải:

a) Cơ năng:

- Đau bụng:
 - + Lúc đầu chỉ có cảm giác đầy hơi, chướng bụng, sau đau tăng dần cảm giác như đau co thắt.
 - + Con đau thường kết thúc hoặc giảm đi bằng hiện tượng trung tiện hoặc sôi bụng lọc xọc (hội chứng Koenig).
- Rối loạn tiêu hóa: ỉa lỏng.
- Ỉa máu:
 - + Thường ỉa máu vi thể: soi thấy hồng cầu trong phân.
 - + Có khi có ỉa máu đen.
- Dấu hiệu tắc ruột hoặc bán tắc ruột:
 - + ở mức độ nhẹ: Biểu hiện bằng dấu hiệu đau âm ỉ hoặc cảm giác nặng bụng, chướng bụng.
 - + ở mức độ nặng hơn: dấu hiệu Koenig: Đột ngột lên cơn đau bụng, buồn nôn, bụng chướng hơi, cơn đau giảm hoặc mất hẳn khi bệnh nhân trung tiện hoặc đại tiện.
 - + tắc ruột điển hình của tắc ruột thấp: Đau bụng cơn, xuất hiện đột ngột, buồn nôn, bí trung đại tiện, bụng chướng.

b) Toàn thân:

- Mệt mỏi, kém ăn.
- Gầy sút nhiều cân trong thời gian ngắn: 4-5kg/1tháng.
- Sốt nhẹ kéo dài không rõ nguyên nhân.
- Biểu hiện thiếu máu: Da xanh niêm mạc nhợt.

c) Thực thể:

- Giai đoạn sớm: Không có gì đặc biệt.
- Giai đoạn muộn:
 - + Sờ thấy u ở hố chậu phải, hạ sườn phải, cạnh rốn phải:
 - . Chắc, ít đau, di động hoặc ít di động.
 - . Ranh giới rõ ở bờ ngoài và bờ dưới, bờ khối u không đều.
 - + TR:
 - . Không thấy u ở trực tràng.
 - . Có thể sờ thấy u buồng trứng cạnh tử cung ở nữ giới.
 - . Nếu có tắc ruột: Bóng trực tràng rỗng
 - . Nếu có ỉa máu: Thấy phân đen theo tay.
 - + Bụng chướng nhẹ, manh tràng giãn hơi.
 - + Các dấu hiệu di căn:
 - . Gan to: Di căn gan.
 - . Cổ trướng: Di căn ra màng bụng
 - . Hạch Troisier.
 - . Di căn buồng trứng ở nữ giới.

2.2. Cận lâm sàng:

2.2.1. *Chụp khung đại tràng có thụt baryte*: Các hình ảnh tổn thương tồn tại ở một vị trí trên các phim chụp.

- Hình ảnh chít hẹp: Một đoạn đại tràng cài cm bị chít hẹp, chỗ đó mất niêm mạc, đại tràng bị vụn vẹo. Tiếp nối 2 đầu của đoạn ung thư với đại tràng lành làm thành 1 góc nhọn hoặc đóng dấu ngoặc đơn “()”

- Hình ảnh khuyết: Hình ảnh này nằm ở 1 bên hoặc 2 bên của đại tràng với tính chất nhám nhở, độ cản quang không đồng nhất tạo với đại tràng lành 1 góc nhọn.

- Hình ảnh cắt cụt: Gặp trong tắc ruột do ung thư đại tràng, khẩu kính của lòng đại tràng hẹp dần và thuốc cản quang bị ngừng lại hoàn toàn, đôi khi thấy nhú lên một mẩu nhọn giống như ngọn lửa nến.

* Chú ý phân biệt hình ảnh trên với:

- + Phân trong đại tràng do thụt ko kỹ với khối u tại thành hình khuyết xong hình ảnh đó chỉ có ở một phim.
- + Khối u từ ngoài đè vào.
- + Co thắt đại tràng.
- + Viêm đại tràng do túi thừa Meckel.

- + Các khối u khác như u amíp, u lao ...

2.2.2. *Chụp đại tràng đối quang kép*: Giúp chẩn đoán sớm K đại tràng.

- Đánh giá kết quả dựa vào:

- + Bề mặt tổn thương có đều không.
- + Đáy rộng hơn chiều cao.
- + Thánh đại tràng đối diện.

- Từ đánh giá trên giúp gợi ý chẩn đoán K đại tràng giai đoạn sớm, với hình ảnh:

- + Cứng khu trú ở 1 vị trí thành đại tràng.
- + Có 1 ổ loét hoặc khuyết nhỏ ở thành đại tràng.
- + Có sự thay đổi hỗn loạn các nếp nhăn của niêm mạc đại tràng.

- Tất cả các hình ảnh tổn thương trên tồn tại ở 1 vị trí trên tất cả các phim chụp, sau đó tiến hành ngay soi và sinh thiết để giúp chẩn đoán xác định.

2.2.3. *Soi đại tràng ống mềm*: Sau khi chuẩn bị đại tràng sạch, dùng ống soi mềm thăm dò toàn bộ đại tràng. Các hình ảnh

- Polyp đơn độc hay bệnh lý của đa polyp có nguy cơ ung thư cao.
- Một vùng của niêm mạc đại tràng cứng bất thường, chạm đầu ống soi vào dễ chảy máu, xung quanh có gờ nổi lên. Niêm mạc xung quanh và đối diện tổn thương không mềm mại như bình thường. Hoặc có một vùng cứng dễ chảy máu và ở giữa có ổ loét.

- Giai đoạn muộn hơn thấy: Khối u sùi và loét ở đại tràng, có khi chít hẹp không thể đưa ống soi qua được, hoặc chỉ thấy một lỗ hẹp nhỏ.

- Đa số các trường hợp niêm mạc của đại tràng không được bình thường, có biểu hiện của viêm mạn tính không đặc hiệu hoặc thấy rõ tổn thương của viêm đại tràng chảy máu.

* *Sinh thiết qua soi đại tràng*: Đúng vị trí, đủ số mảnh, giúp chẩn đoán xác định.

* *Siêu âm qua nội soi*: Giúp đánh giá chính xác sự di căn các lớp thành của đại tràng và di căn xa các tạng xung quanh.

2.2.4. *Các xét nghiệm khác*:

- Xn kháng nguyên bào thai ung thư CEA

+ Xét nghiệm này không đặc hiệu cho ung thư đại tràng xong dùng để theo dõi điều trị và tiên lượng.

- + Kết quả: CEA < 25ng/ml: Còn khả năng cắt bỏ

CEA > 100ng/ml không còn khả năng cắt bỏ.

- Siêu âm bụng: Đánh giá các di căn tạng khác như gan, hạch ...
- X quang phổi: Phát hiện di căn ung thư phổi, cho hình ảnh bóng bay.
- Một số thăm dò khác: Nội soi dạ dày, tá tràng, tìm di căn buồng trứng, soi bàng quang, chụp UIV đánh giá xâm lấn vào hệ tiết niệu.
- CTM: tình trạng thiếu máu, protein máu ...

II. Điều trị:

Nguyên tắc:

- Điều trị phẫu thuật là chủ yếu.
- Hóa trị liệu điều trị phối hợp có nhiều triển vọng

1. Điều trị ung thư đại tràng phải chưa có biến chứng:

1.1. Nguyên tắc:

- Cắt đại tràng rộng rãi: Trên và dưới khối u ít nhất 5cm
- Nạo vét hạch triệt để.
- Thắt các mạch nuôi đại tràng sát gốc.
- Lập lại lưu thông đường tiêu hóa.

1.2. Chuẩn bị trước mổ:

- Đảm bảo nước điện giải.
- Làm sạch đại tràng.
- Kháng sinh dự phòng: Flagyl ...
- Bilan đánh giá trước mổ: tình trạng bệnh nhân, sự phát triển của u để đưa ra chỉ định điều trị triệt để hay tạm thời.

1.3. Phẫu thuật:

1.3.1. Phẫu thuật triệt căn: Mổ có chuẩn bị: Cắt đại tràng + nạo vét hạch

- Mổ bụng, đánh giá tổn thương:
 - + Rạch da đường cạnh giữa phải. Che phủ ổ bụng.
 - + Không nên sờ nhiều vào khối u.
 - + Tránh không để tế bào ung thư rơi ra xa vào lòng ruột: Dùng 2 dải băng mềm buộc thắt kín lòng đại tràng ở 2 phía trước và sau khối u.
 - + Đánh giá tỉ mỉ tổn thương, tình trạng di căn gan lách thận, buồng trứng (nữ giới).
- Thắt và cắt cuống mạch nuôi đại tràng phải sát gốc (xuất phát từ bờ phải của động mạch mạc treo tràng trên)
- Lấy toàn bộ manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan và nửa phải đại tràng ngang.

- Lấy mạc treo đại tràng phải, đại tràng ngang sát gốc.
- Nạo vét hạch.
- Lập lại lưu thông tiêu hóa: Nối hồi tràng với đại tràng ngang (tận tận hoặc bên bên)

1.3.2. Phẫu thuật tạm thời:

- Chỉ định:
 - + Khối u không có khả năng cắt bỏ.
 - + Di căn nhiều, di căn phúc mạc.
 - + Thể trạng bệnh nhân không cho phép.
- Xử trí:
 - + Nối tắt hồi tràng vào đại tràng ngang.
 - + Cắt đoạn đại tràng:
 - . Cắt đoạn đại tràng có u.
 - . Không nạo vét hạch để tránh biến chứng do u.
 - . Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn trước u.

2. Điều trị ung thư đại tràng phải đã có biến chứng:

2.1. Tắc ruột:

- Phẫu thuật phụ thuộc vào:
 - + Thể trạng bệnh nhân.
 - + Giai đoạn sớm hay muộn.
 - + Vị trí khối u.
 - + Khả năng của PTV, GMHS
- Kỹ thuật:
 - + Mở 1 thì: Cắt 1/2 đại tràng phải, nối ngay.
 - + Mở 2 thì:
 - . Đưa manh tràng hoặc hồi tràng lên làm HMNT.
 - . Sau 10 ngày cắt tu và nối lại.
 - + Nếu u không có khả năng cắt bỏ: Nối tắt hồi tràng vào ĐT ngang.

2.2. Viêm phúc mạc:

- Hồi sức tích cực.
- Cắt đại tràng cấp cứu, sau cắt đưa 2 đầu ruột ra ngoài.
- Mở lại nối sau 4-6 tuần.

2.3. Absces quanh u:

- Không làm thay đổi chỉ định cắt đại tràng phải.
- Hút sạch mủ, che bọc kỹ vết mổ.

2.4. Rò: Cắt u và giải quyết đường rò

3. Điều trị bổ trợ:

- Hoá trị liệu: 5FU + Acid Folic.
6 đợt. Cách 25 ngày dùng 1 đợt Mỗi đợt truyền trong 5 ngày.
- Miễn dịch trị liệu: ASLEM 0,3mg
2ống / ngày x 30 ngày liên.
Sau đó: 2 lần / tuần. Mỗi lần 1 ống

4. Chăm sóc sau mổ:

- Khám lâm sàng toàn diện 3 tháng 1 lần.
- Định lượng CEA và CA₁₉₋₉, siêu âm bụng và chụp phổi
+ 3 Năm đầu: 3 tháng 1 lần.
+ Mỗi năm sau: 6 tháng 1 lần.

Nếu thấy tăng cao chứng tỏ có tái phát hoặc di căn, cần kiểm tra lại toàn thể và có chỉ định điều trị thích hợp.

- Siêu âm bụng và chụp phổi.
- Soi đại tràng ống mềm:
+ 3 Năm đầu: mỗi năm 1 lần.
+ Các năm sau: 3 năm 1 lần.

Kiểm tra tái phát ở miệng nối hoặc phát hiện ung thư ở các đoạn còn lại.