

liệu pháp điều trị nhằm trúng đích EGFR ở BN mắc UTPKTBN giai đoạn tiến triển cho thấy hút thuốc lá (bao gồm cả tiền sử và hiện tại) làm giảm đáng kể PFS và OS so với nhóm không hút thuốc khi điều trị bằng các thuốc kháng EGFR.¹⁰ Trên 135 BN UTPKTBN từ 65 tuổi trở lên có đột biến EGFR điều trị bước một bằng afatinib, nhóm tác giả từ nhiều bệnh viện tại Việt Nam đưa ra kết quả rằng các BN có hút thuốc có thời gian sống thêm toàn bộ là 25,8 tháng, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm BN không hút thuốc (OS đạt 34,1 tháng) với $p = 0,002$.³

Từ các dữ liệu trên, có thể nhận ra rằng tình trạng hút thuốc không chỉ làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư phổi, mà còn ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Afatinib có hiệu quả kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ ở các BN UTPKTBN giai đoạn IIIC-IV có đột biến EGFR, đặc biệt ở các BN nữ, không hút thuốc, có đột biến thường gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer. Cancer Today.** Accessed March 8, 2025. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?types=0_1&mode=cancer&key=total&sort_by=value1&group_populations=1&populations=704
2. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.** Non-Small Cell Lung Cancer. Version 3.2025 - January 14, 2025
3. **Tu Anh Do, Hoa Thi Thai Nguyen, Phuong Cam Pham, et al.** Efficacy and Tolerance of

First-Line Afatinib in Elderly NSCLC Patients with EGFR Mutations in Vietnam: A Multicenter Real-World Study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2024; 25(10): 3567–3576

4. **Keunchil P, Eng H.T, Prof Ken O.B, et al.** Afatinib versus gefitinib as first-line treatment of patients with EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (LUX-Lung 7): a phase 2B, open-label. *Lancet Oncol*. 2016 May; 17(5):577-89
5. **Yi C.C, Ming J.T, Mei H.L, et al.** Lower starting dose of afatinib for the treatment of metastatic lung adenocarcinoma harboring exon 21 and exon 19 mutations. *BMC Cancer*. 2021; 21(1): 495.
6. **Mau E.P, Chee S.C, Chong K.L, et al.** Does dose reduction of afatinib affect treatment outcomes of patients with EGFR-mutant metastatic non-small cell lung cancer in real-world clinical practice?. *Transl Lung Cancer Res*. 2024 Feb 28; 13(2):307–320.
7. **Jian X, Liang Z, Bixiu H, Qiong C.** Impact of Sex and Smoking on the Efficacy of EGFR-TKIs in Terms of Overall Survival in Non-small-Cell Lung Cancer: A Meta-Analysis. *Front Oncol*. 2020 Aug 25; 10:1531.
8. **Joseph A.P, Carlos S.V, Luis E.R, et al.** Gender and outcomes in non-small cell lung cancer: an old prognostic variable comes back for targeted therapy and immunotherapy?. *ESMO Open*. 2018 Apr 13; 3(3):e000344.
9. **Juwahan C, Chang M.C, Yoon S.C, et al.** Real-world first-line afatinib for advanced EGFR mutation-positive non-small cell lung cancer in Korea: updated survival data. *Transl Lung Cancer Res*. 2023 Nov 30; 12(11):2275-2282
10. **Zexun M, Meifeng Y, Hua H, et al.** Influence of Smoking Habits on the Efficacy of EGFR-TKI Therapy in Patients with Advanced NSCLC: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Med Insights Oncol*. 2023 Dec 12; 17: 11795549231215968

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG PHẪU THUẬT MỔ MỎ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Lê Công Lý Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn muộn bằng phẫu thuật mổ mở điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 35 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định

ung thư dạ dày, được phẫu thuật cắt dạ dày mổ mở tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,71 \pm 13,39$, thấp nhất: 39 tuổi, cao nhất: 91 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi, chiếm 68,57%. Nam hay gặp hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ = 1,92/1. Đau bụng thượng vị là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất chiếm 85,71% trường hợp. Thời gian mổ trung bình là $153,94 \pm 60,63$ phút, bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày chiếm nhiều nhất với tỉ lệ 68,57%, có 8,57% bệnh nhân phải cắt dạ dày mở rộng, phần lớn được phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Finsterer. Số hạch nạo vét được trong mổ trung bình là $33,35 \pm 14,32$ (9-69 hạch), số hạch di căn trung bình là $10,16 \pm 9,33$ trong đó số hạch chằng 1 di căn trung bình là $6,48 \pm 5,63$ hạch, số hạch di căn trung

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025

bình của chặng 2 là $3,88 \pm 4,72$ hạch. Thời gian sống thêm toàn bộ là $29,89 \pm 1,41$ (tháng), CI95% [21,13–32,65], và thời gian sống thêm không bệnh là $8,88 \pm 2,08$ (tháng), CI95% [4,81–12,95]. **Kết luận:** Ung thư dạ dày biểu hiện triệu chứng lâm sàng thường không điển hình, tỉ lệ bệnh nhân thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn vẫn còn cao. Mổ mở cắt dạ dày, nạo vét hạch thường được áp dụng với trường hợp giai đoạn muộn hoặc có biến chứng mà không thể thực hiện được phẫu thuật nội soi. Đây là phẫu thuật an toàn có tỉ lệ biến chứng sau mổ rất giúp kéo dài thời gian sống thêm sau mổ cho người bệnh.

Từ khoá: Ung thư dạ dày, phẫu thuật triệt căn, kết quả xa.

SUMMARY

RESULTS OF OPEN SURGERY FOR ADVANCED GASTRIC CARCINOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Describe clinical and paraclinical characteristics and outcome assessment for late-stage gastric cancer by open surgery for gastric carcinoma at the Department of General Surgery - Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Retrospective descriptive study analyzed 35 patients who were definitively diagnosed with gastric cancer and underwent open gastrectomy at the Department of General Surgery - Hanoi Medical University Hospital from January 2022 to December 2023. **Results and discussion:** The mean age of the study group was 64.71 ± 13.39 , the lowest: 39 years old, the highest: 91 years old. The most common age group was over 60 years old, accounting for 68.57%. Males were more frequently than women, with a male/female ratio of 1.92/1. Epigastric pain was the most common symptom observed in 85.71% of cases. The mean operative time was 153.94 ± 60.63 minutes. Distal gastrectomy was the most frequently performed procedure, accounting for 68.57% of cases, whereas extended gastrectomy was required in 8.57% of patients. The majority of cases underwent gastrointestinal reconstruction was predominantly achieved using the Finsterer method. The mean number of lymph nodes dissected during surgery was 33.35 ± 14.32 (9-69 nodes). The mean number of metastatic lymph nodes was 10.16 ± 9.33 , including a mean of 6.48 ± 5.63 metastatic nodes in the first station and 3.88 ± 4.72 metastatic nodes in the second station. The estimated overall survival (OS) was 29.89 ± 1.41 months, CI95% [21.13–32.65], and the disease-free survival (DFS) was 8.88 ± 2.08 months, CI95% [4.81–12.95]. **Conclusions:** Gastric cancer symptoms are not specific, and the rate of patients diagnosed at a late stage is still high. Open gastrectomy and lymph node dissection are often used in advanced gastric cancer or cases with complications that cannot be treated by laparoscopic surgery. This is a safe surgery with a very low rate of postoperative complications and prolongation of survival times.

Keywords: Advanced gastric cancer, radical surgery, long-term results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của GLOBOCAN 2020, ung

thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến nhất trên toàn thế giới với 1.089.103 trường hợp mắc mới, đứng thứ 5 sau ung thư vú, phổi, tiền liệt tuyến và đại tràng. Tại Việt Nam, năm 2020 có 17.906 trường hợp UTDD mắc mới, đứng thứ 4 sau ung thư gan, phổi và vú. UTDD cũng là nguyên nhân tử vong do ung thư đứng thứ 4 trên thế giới sau ung thư phổi, đại trực tràng và gan với 768.793 trường hợp, và thứ 3 tại Việt Nam sau ung thư phổi và gan với 14.615 trường hợp thống kê được trong năm 2020. Điều trị UTDD là sự phối hợp điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn kèm theo nạo vét hạch tiêu chuẩn vẫn đóng vai trò chính và có ảnh hưởng quyết định tới kết quả điều trị.¹

Tuy đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán nhưng UTDD thường được phát hiện ở giai đoạn muộn. Tại Việt Nam, 3/4 số bệnh nhân mới được chẩn đoán xác định UTDD là ở giai đoạn muộn, chỉ 1/4 còn lại là còn khả năng phẫu thuật triệt căn. Ở giai đoạn sớm, bệnh nhân UTDD thường có các triệu chứng mơ hồ không điển hình, không đặc hiệu, dễ nhầm với các bệnh lành tính của dạ dày. Tuy nhiên, có các biểu hiện triệu chứng lâm sàng như sút cân nhiều, đau bụng, hẹp môn vị, xuất huyết tiêu hóa thì bệnh thường đã tiến triển, xâm lấn tại vùng hoặc di căn xa và ở giai đoạn này không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, do đó bệnh thường có tiên xấu. Nhằm đánh giá hiệu quả điều trị UTDD giai đoạn muộn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn muộn bằng phẫu thuật mổ mở tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 35 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày, được phẫu thuật cắt dạ dày mổ mở tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023.

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán giải phẫu bệnh lý là ung thư biểu mô tuyến dạ dày bằng kết quả giải phẫu bệnh trước hoặc sau mổ
- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày mổ mở và nạo vét hạch triệt căn
- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- UTDD giai đoạn sớm

- Ung thư ở các tạng khác di căn hoặc xâm lấn tới dạ dày

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu, số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

	Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	23	65,71
Nữ	12	34,29
Tuổi		
<40	1	2,86
40-60	10	28,57
>60	24	68,57
Tiền sử bản thân		
Bệnh dạ dày	11	31,43
Bệnh phổi hợp	24	68,57
Triệu chứng lâm sàng		
Đau bụng thượng vị	30	85,71
Gầy sút cân	26	74,29
An kém	22	62,86
Nôn, buồn nôn	14	40,00

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,71 \pm 13,39$, thấp nhất: 39 tuổi, cao nhất: 91 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi. Đau bụng thượng vị là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất chiếm 85,71% trường hợp.

Bảng 2: Đặc điểm khối u

Khối u	Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Vị trí u		
Tâm vị	1	2,86
Phình vị	1	2,86
Thân vị	5	14,29
Hang môn vị	30	85,71
Bờ cong nhỏ	17	48,57
Bờ cong lớn	8	22,86
Xâm lấn cơ quan khác		
Không xâm lấn	32	91,43
Xâm lấn cơ quan lân cận	3	8,57
Giải phẫu bệnh		
UTBM tuyến kém biệt hóa	22	62,86
UTBM tuyến biệt hóa vừa	10	28,57
UTBM tuyến biệt hóa cao	1	2,86
UTBM tế bào nhân	2	5,71
Mức độ xâm lấn của u sau phẫu thuật (T)		
T2	3	8,57
T3	16	45,72
T4a	13	37,14

T4b	3	8,57
Mức độ di căn hạch sau phẫu thuật (N)		
N0	2	5,71
N1	8	22,86
N2	11	31,43
N3	14	40,00

Nhận xét: Trong bảng trên cho thấy, khối u nằm ở vị trí hang môn vị có tỉ lệ cao nhất chiếm 85,71%, có 45,71% bệnh nhân có khối u xâm lấn quá thanh mạc (pT4), trong đó có 3 trường hợp xâm lấn cơ quan lân cận (đại tràng ngang, lách, tụy). Đa số các bệnh nhân đều trong giai đoạn di căn hạch chiếm tỉ lệ 94,29%.

Bảng 3: Đặc điểm di căn hạch theo từng chặng

Hạch di căn	Min	Max	TB $\pm$ SD
Hạch chặng 1	3	35	$16,16 \pm 6,67$
Hạch chặng 1 di căn	0	18	$6,48 \pm 5,63$
Hạch chặng 2	2	50	$17,76 \pm 10,33$
Hạch chặng 2 di căn	0	15	$3,88 \pm 4,72$
Tổng số hạch vét được	9	69	$33,35 \pm 14,32$
Tổng số hạch di căn	0	28	$10,16 \pm 9,33$

Nhận xét: Số hạch nạo vét được trung bình trên mỗi bệnh nhân $33,35 \pm 14,32$ (9-69 hạch) trong đó hạch chặng 1 là $16,16 \pm 6,67$ (3-35 hạch), hạch chặng 2 là $17,76 \pm 10,33$ (2-50 hạch). Số hạch di căn trung bình là $10,16 \pm 9,33$.

3.2. Kết quả sớm phẫu thuật

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

		Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật			
Cắt bán phần dưới dạ dày		24	68,57
Cắt gần toàn bộ dạ dày		8	22,86
Cắt toàn bộ dạ dày		3	8,57
Cắt dạ dày mở rộng	Cắt lách + đuôi tụy	1	2,86
	Cắt lách	1	2,86
	Cắt đại tràng ngang	1	2,86
Kiểu phục hồi lưu thông tiêu hóa			
Roux-en-Y		12	34,29
Finsterer		17	48,57
Billroth 1		6	17,14
Thời gian phẫu thuật (phút)			

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là $153,94 \pm 60,63$ phút, bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày chiếm nhiều nhất với tỉ lệ 68,57%, có 8,57% bệnh nhân phải cắt dạ dày mở rộng. Số trường hợp phục hồi lưu thông kiểu Finsterer chiếm tỉ lệ cao hơn với 48,57%.

Bảng 5: Biến chứng sớm và kết quả sớm sau phẫu thuật

	Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Biến chứng sớm sau phẫu thuật		

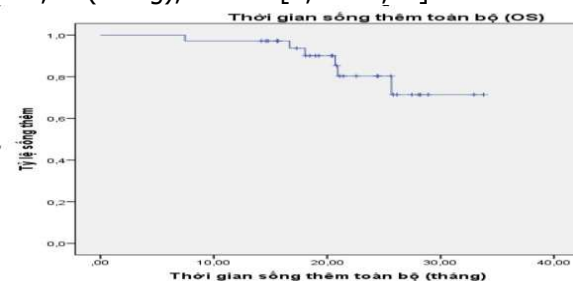
Nhiễm khuẩn vết mổ	3	8,57
Chảy máu sau mổ	0	0,00
Rò mủ tá tràng	1	2,86
Tắc ruột sau mổ	2	5,72
Viêm phổi	2	5,72
Kết quả sớm		
Thời gian trung tiện (ngày)	3,26±1,65	
Thời gian cho ăn lại (ngày)	3,25±2,121	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	13,11±4,95	

Nhận xét: Bệnh nhân phục hồi sau mổ sớm, thời gian trung tiện sau mổ trung bình là 3,26 ± 1,65 ngày, thời gian nằm viện trung bình 13,11 ± 4,95 ngày. Biến chứng sớm hay gặp sau mổ là nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 8,57%, tắc ruột sau mổ và viêm phổi lần lượt đều chiếm 5,72%.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không bệnh

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm không bệnh ước tính là 8,88 ± 2,08 (tháng), CI95% [4,81-12,95].



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: thời gian sống thêm toàn bộ ước tính là 29,89±1,41 (tháng), CI95% [21,13– 32,65].

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Theo GLOBOCAN 2020 tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi có xu hướng trẻ hơn, cụ thể là số bệnh nhân < 50 tuổi tăng lên, là do chương trình tầm soát ung thư tốt hơn nên tỷ lệ phát hiện bệnh sớm hơn, đặc biệt ở các nước phát triển như Nhật Bản, chương trình sàng lọc ung thư dạ dày bằng nội soi ở nước này từ độ tuổi 40 trở lên. Nhưng tuổi mắc bệnh ở nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác ở Việt Nam chủ yếu vẫn ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, tuổi

trung bình 64,71 ± 13,39, thấp nhất: 39 tuổi, cao nhất: 91 tuổi, nhóm tuổi hay gặp chủ yếu từ 60 tuổi trở lên.¹ Theo Sekiguchi nhờ vào sàng lọc phát hiện ung thư sớm làm giảm tỷ lệ cắt dạ dày và tỷ lệ tái biến, biến chứng do khối u kích thước lớn, xâm lấn rộng cũng giảm rõ rệt dẫn đến tỷ lệ tử vong sau mổ cũng giảm đáng kể.²

Tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,9/1. Theo một nghiên cứu về dịch tễ UTDD của Ang và cộng sự (2014) cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân UTDD tập trung tại Đông Á, đặc biệt là Trung Quốc, trong đó tỉ lệ mắc chuẩn theo tuổi của giới nam nhiều hơn gấp đôi so với giới nữ. Tỉ lệ nam/nữ tại Việt Nam cũng như các nước khác trong khu vực dao động từ 1,5-3/1 do cùng nằm trong khu vực dịch tễ nhiễm *Helicobacter pylori* và có nhiều thói quen, phong tục tập quán ăn uống giống nhau.³

Kết quả của chúng tôi cho thấy, triệu chứng đau thượng vị là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 85,71% bệnh nhân, triệu chứng sút cân gặp 26 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 74,29%, tuy nhiên biểu hiện này ít khi là triệu chứng làm bệnh nhân phải vào viện. Theo Gennari L, nghiên cứu trên 1405 bệnh nhân UTDD giai đoạn tiến triển thấy 96,2% bệnh nhân mất trên 10% trọng lượng cơ thể và tác giả kết luận rằng bệnh nhân có sút cân thì thời gian sống ngắn hơn so với bệnh nhân không sút cân. Một khi đã có triệu chứng nôn thường bệnh nhân đã ở giai đoạn muộn, khối u lớn gây hẹp môn vị hoặc nhiễm cứng toàn bộ hang môn vị, triệu chứng hay gặp ở ung thư 1/3 dưới dạ dày, bệnh nhân thường có thể trạng không tốt (suy kiệt, rối loạn điện giải) ảnh hưởng lớn đến phục hồi sau mổ, và trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 40% bệnh nhân có biểu hiện nôn, buồn nôn.⁴

Theo GLOBOCAN 2020 tỷ lệ khối u ở phần dưới dạ dày giảm dần, và UTĐ 1/3 trên tăng lên chủ yếu ở các nước phát triển, do có cải thiện về điều trị nhiễm *Helicobacter pylori* (HP), điều kiện bảo quản lương thực thực phẩm và thói quen ăn uống. Tuy nhiên tỉ lệ UTDD phần dưới vẫn cao gấp 2 lần UTDD 1/3 trên. Ngược lại, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khối u ở phần dưới dạ dày là đa số với 94,28%; cao gấp 16 lần ung thư phần trên với 5,72%. Điều này có thể giải thích được do có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm HP và kháng đa thuốc còn rất cao, lần đầu là 48,8% và lần 2 là 45,7%.¹

Phần lớn bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi đều là ung thư biểu mô (UTBM) tuyến chiếm 94,28%, có 2 trường hợp UTBM tế bào nhân. Trong đó UTBM tuyến biệt hóa cao chiếm tỉ lệ thấp nhất 2,86%, UTBM

tuyến biệt hóa vừa chiếm 28,57%, UTBM tuyến kém biệt hóa và UTBM tế bào nhân chiếm tỉ lệ cao nhất là 68,57%. Tỉ lệ các mức độ biệt hóa trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều so với các nghiên cứu khác về UTDD giai đoạn muộn gần đây. Adachi quan sát thấy rằng loại kém biệt hóa thường gặp ở những trường hợp ung thư giai đoạn muộn, xâm lấn thanh mạc, di căn hạch và di căn xa. Điều này một lần nữa cho thấy mối liên quan mật thiết giữa độ biệt hóa tế bào của khối u với giai đoạn bệnh. Những trường hợp ung thư giai đoạn sớm thường có độ mô học thấp, tiến triển chậm tại chỗ với tiên lượng tốt hơn, trong khi những khối u kém biệt hóa hoặc ung thư tế bào nhân thường có xu hướng lan tràn sớm hơn và thường thấy ở những bệnh nhân giai đoạn muộn, với tiên lượng xấu hơn nhiều.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Trong tổng số 35 bệnh nhân trong nghiên cứu có 45,71% bệnh nhân có khối u xâm lấn quá thanh mạc (pT4), trong đó có 3 trường hợp xâm lấn cơ quan lân cận (đại tràng ngang, lách, tụy). Số hạch nạo vét được trung bình trên mỗi bệnh nhân $33,35 \pm 14,32$ (9-69 hạch) trong đó hạch chặng 1 là $16,16 \pm 6,67$ (3-35 hạch), hạch chặng 2 là $17,76 \pm 10,33$ (2-50 hạch) và số hạch di căn trung bình vét được là $10,16 \pm 9,33$. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Park và cộng sự (2018) khi cho thấy số lượng hạch nạo vét được trung bình là $34,9 \pm 14,1$ trên 71 người bệnh mổ mở và 28,5 hạch trên 109 người bệnh mổ nội soi,⁹ nghiên cứu khác của Zhao Y (2015) trên 321 người bệnh cũng cho kết quả số hạch trung bình vét được là 33,2 hạch.¹⁰ Đa số các bệnh nhân đều trong giai đoạn di căn hạch chiếm tỉ lệ 94,29%. Về mặt kỹ thuật, cắt gần toàn bộ dạ dày triệt căn là phẫu thuật lấy đi 80-85% dạ dày, mạc nối lớn, nối nhỏ, phần đầu tá tràng và hệ thống hạch di căn, phẫu thuật được áp dụng chủ yếu cho khối u 1/3 dưới dạ dày (vùng hang môn vị). Khối u này thường được chẩn đoán sớm hơn, có tiên lượng tốt hơn, khoảng 85% bệnh nhân có tổn thương có thể cắt được khi phẫu thuật. Trong nghiên cứu chúng tôi, phần lớn bệnh nhân được cắt bán phần dạ dày. Phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày được áp dụng cho những ung thư vùng hang môn vị khi chưa có những tổn thương xâm lấn lên cao của phần đứng dạ dày. Trong lựa chọn loại hình phương pháp mổ với ung thư 1/3 dưới dạ dày, phần lớn các phẫu thuật viên hay áp dụng kỹ thuật cắt bán phần dưới dạ dày. Kết quả bảng 3 cho thấy phục hồi lưu thông tiêu hóa lưu thông kiểu Finsterer chiếm tỉ lệ cao hơn với

48,57%, tiếp theo là kiểu Roux-en-Y với tỉ lệ 34,29% và Billroth 1 là 17,14%. Tùy thuộc ưu điểm của từng phương pháp mà phẫu thuật viên có thể lựa chọn để tái lập lưu thông tiêu hóa cho bệnh nhân góp phần làm hạn chế những ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau này. Một số nghiên cứu so sánh đặc điểm của 2 phương pháp Roux -en -Y và Billroth II (Polya, Finsterer) nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về chất lượng cuộc sống về mặt tiêu hóa nhưng tác giả khẳng định kỹ thuật Roux-en-Y là kỹ thuật được lựa chọn để tái lập lưu thông tiêu hóa nếu so với Billroth I, Billroth II.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, 1 trường hợp rò mòm tá tràng, 2 trường hợp tắc ruột sau mổ và 2 trường hợp viêm phổi. Tỉ lệ biến chứng chung sau mổ là 22,86% (chiếm 8 trường hợp). Theo nghiên cứu của Catarci thì biến chứng chung sau phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn do ung thư là 25,9% và tỉ lệ tử vong sau mổ chiếm dưới 1%. Theo dõi xa sau mổ với thời gian theo dõi ngắn nhất là 7,5 tháng và dài nhất là 33,8 tháng, trong tổng số 35 trường hợp có 6 trường hợp tử vong sau mổ do tái phát chiếm 17,1%. Thời gian sống thêm trung bình là $29,89 \pm 1,41$ tháng. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $8,88 \pm 2,08$ tháng. Theo Fujitani có sự khác biệt về thời gian sống còn dựa vào vị trí khối u, u ở vị trí đoạn xa tương ứng 1/3 dưới thường có tiên lượng sống sau mổ tốt hơn. Một nghiên cứu của Zhong so sánh kết quả phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày kèm nạo hạch D2 điều trị ung thư dạ dày ở người trẻ và trung niên, tỉ lệ sống 5 năm theo vị trí khối u ở nghiên cứu này cao trên 60%.⁶⁻⁸

V. KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày biểu hiện triệu chứng lâm sàng thường không điển hình, bệnh nhân thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn là phương pháp hiệu quả được lựa chọn ưu tiên trong điều trị với tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp, hầu như không có tỉ lệ tử vong sau mổ và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3): 209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. Sekiguchi M, Oda I, Matsuda T, Saito Y. Epidemiological Trends and Future Perspectives of Gastric Cancer in Eastern Asia. *Digestion.* 2022;103(1):22-28. doi:10.1159/000518483
3. Ang TL, Fock KM. Clinical epidemiology of gastric cancer. *Singapore Med J.* 2014;

- 55(12):621-628. doi:10.11622/smedj.2014174
4. **Gennari L, Bozzetti F, Bonfanti G, et al.** Subtotal versus total gastrectomy for cancer of the lower two-thirds of the stomach: a new approach to an old problem. *Br J Surg.* 1986;73(7):534-538. doi:10.1002/bjs.1800730706
5. **Cianchi F, Indennitate G, Trallori G, et al.** Robotic vs laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: a retrospective comparative mono-institutional study. *BMC Surg.* 2016;16(1):65. doi:10.1186/s12893-016-0180-z
6. **Catarci, M., et al.,** Lymph node retrieval and examination during the implementation of extended lymph node dissection for gastric cancer in a non-specialized western institution. *Updates Surg.* 2010. 62(2): p. 89-99.
7. **Fujitani K, Kwang Yang H et al** (2016), "Gastrectomy plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric cancer with a single non-curative factor (REGATTA): a phase 3, randomized controlled trial", *The Lancet Oncology*, s1470-2045 (15), pp. 1-10.
8. **Zhong Zhang J, Shan Lu H et al** (2011), "Outcome of palliative total gastrectomy for stage IV proximal gastric cancer", *Am J Surg*, 202(1), pp.
9. **Park JH, Jeong SH, Lee YJ, et al.** Comparison of long-term oncologic outcomes of laparoscopic gastrectomy and open gastrectomy for advanced gastric cancer: A retrospective cohort study. *Korean J Clin Oncol.* 2018;14:21-29.
10. **Zhao LY, Zhang WH, Chen XZ, et al.** Prognostic Significance of Tumor Size in 2405 Patients With Gastric Cancer: A Retrospective Cohort Study. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(50): e2288.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐỘT BIẾN GEN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đinh Thị Phương Anh¹, Nguyễn Thị Huệ¹, Lê Minh Châu¹,
Nguyễn Ngọc Sơn¹, Lê Thị Quyên², Nguyễn Thu Hằng³,
Nguyễn Thị Minh Hạnh⁴, Đào Thị Huyền Trang¹, Đoàn Viết Trình⁶,
Trần Ngọc Minh⁶, Lương Thị Lan Anh^{1,6}, Trần Thị Hải Yến¹,
Tô Thị Thu Hà⁵, Nguyễn Kim Đồng⁶, Nguyễn Thị Trang^{1,6}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh lý ác tính hàng đầu với tỷ lệ mắc và tử vong ngày càng gia tăng, hiểu biết về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đột biến gen cần thiết để tối ưu hóa chiến lược chẩn đoán và điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đột biến gen ở bệnh nhân UTĐTT và khảo sát mối tương quan giữa đột biến gen và một số đặc điểm cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu trên 60 bệnh nhân UTĐTT có mẫu mô ung thư được lưu trữ và có kết quả xét nghiệm gen. **Kết quả:** Đau bụng và phân máu là hai triệu chứng phổ biến của UTĐTT. Đặc điểm khối u trên nội soi đại trực tràng hay gặp nhất ở trực tràng (43,3%), dạng sùi (71,7%) và độ biệt hóa vừa (85%). Marker ung thư CEA và CA 19-9 tăng gấp ở 67% và 40% các trường hợp chẩn đoán. Tỷ lệ đột

biến KRAS cao nhất chiếm 40%, đứng thứ hai là tỷ lệ đột biến gen BRAF 8,3%. Phát hiện các đột biến khác trên các gen PIK3CA, TP53, APC, NRAS, PTEN với tần suất thấp lần lượt là 5%; 3,3%; 3,3%; 1,7% và 1,7%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đột biến gen và vị trí khối u. Không có mối liên quan giữa đột biến gen với mức độ biệt hóa và marker ung thư. **Kết luận:** Việc mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng kết hợp hồ sơ phân tử khối u bằng công nghệ giải trình tự gen thế hệ mới cung cấp cái nhìn bao quát về bộ gen ung thư từ đó hướng đến cá thể hóa điều trị bệnh nhân. **Từ khóa:** Ung thư đại trực tràng, đột biến gen, NGS, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị đích

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND GENE MUTATIONS IN COLORECTAL CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Colorectal cancer (CRC) is one of the most common malignancies worldwide, with increasing incidence and mortality rates. Understanding the clinical, subclinical, and genetic mutation characteristics of CRC is crucial for optimizing diagnostic and therapeutic strategies. **Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics of colorectal cancer patients and to investigate the correlation between genetic mutations and certain subclinical features. **Subjects and Methods:** A retrospective and prospective cross-sectional study was conducted on 210 CRC patients treated, who had available genetic testing results.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội

³Bệnh viện A Thái Nguyên

⁴Bệnh viện Châm cứu Trung ương

⁵Trường Đại học y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁶Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: trangnguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025