

tích tụ mỡ trong gan. Kết quả này củng cố vai trò của đái tháo đường type 2 và kiểm soát đường huyết trong sinh bệnh học của NAFLD, tương tự với các nghiên cứu của tác giả Trần Thị Khánh Tường^{1,6} và Ajmera². Cuối cùng, yếu tố có mối liên quan đến mức độ gan nhiễm mỡ là nồng độ triglyceride (OR = 1,39; 95% CI: 1,13–1,71; p = 0,002). Mối liên quan này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ajmera² và Chen⁴. Một yếu tố cần bàn luận thêm trong kết quả nghiên cứu này là BMI. So sánh trung bình BMI giữa các mức độ gan nhiễm mỡ cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, ngay cả khi đưa vào hồi quy logistic cũng ghi nhận mối liên quan với mức độ gan nhiễm mỡ. Tuy nhiên, khi đưa vào hồi quy đa biến lại không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ gan nhiễm mỡ. Xem xét các nghiên cứu của Chen⁴ và Hartleb⁵ trên nhóm đối tượng người cao tuổi có và không có đái tháo đường, BMI có mối liên quan với gan nhiễm mỡ. Điều này lại không xảy ra với các nghiên cứu của Ajmera² và Yamane⁷ có đối tượng là bệnh nhân đái tháo đường type 2, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc gan nhiễm mỡ không do rượu ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường type 2 là 54,2%, với mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 37,3%, 12,3% và 4,6%. Các yếu tố độc lập có liên quan đến mức độ gan nhiễm mỡ bao gồm: giới tính, chu vi vòng eo, HbA1C và triglyceride.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tường TTK.** Yếu tố nguy cơ dự đoán xơ hóa gan tiến triển trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 bị bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. 2020; 15(4).
2. **Ajmera V, Cepin S, Tesfai K, et al.** A prospective study on the prevalence of NAFLD, advanced fibrosis, cirrhosis and hepatocellular carcinoma in people with type 2 diabetes. *Journal of hepatology*. 2023/03/01/ 2023;78(3):471-478. doi:https://doi.org/10.1016/j.jhep.2022.11.010.
3. **Alqahtani SA, Schattenberg JM.** NAFLD in the Elderly. *Clinical interventions in aging*. 2021;16:1633-1649. doi:10.2147/cia.S295524.
4. **Chen TP, Lai M, Lin WY, et al.** Metabolic profiles and fibrosis of nonalcoholic fatty liver disease in the elderly: A community-based study. *Journal of gastroenterology and hepatology*. Sep 2020;35(9):1636-1643. doi:10.1111/jgh.15073.
5. **Hartleb M, Barański K, Zejda J, et al.** Non-alcoholic fatty liver and advanced fibrosis in the elderly: Results from a community-based Polish survey. 2017;37(11):1706-1714. doi:https://doi.org/10.1111/liv.13471.
6. **Tuong TTK, Tran DK, Phu PQT, et al.** Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Patients with Type 2 Diabetes: Evaluation of Hepatic Fibrosis and Steatosis Using Fibroscan. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*. Mar 14 2020;10(3)doi:10.3390/diagnostics10030159.
7. **Yamane R, Yoshioka K, Hayashi K, et al.** Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease and its association with age in patients with type 2 diabetes mellitus. *World journal of hepatology*. Jun 27 2022;14(6):1226-1234. doi:10.4254/wjh.v14.i6.1226.
8. **Younossi ZM, Golabi P, de Avila L, et al.** The global epidemiology of NAFLD and NASH in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of hepatology*. Oct 2019;71(4):793-801. doi:10.1016/j.jhep.2019. 06.021.

ĐÁNH GIÁ THỜI GIAN SỐNG THÊM KHÔNG BỆNH TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY ĐƯỢC HÓA TRỊ BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ CAPOX TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Tuấn Anh^{1,2}, Nguyễn Thị Hạnh³,
Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm không bệnh trên bệnh nhân ung thư dạ dày được hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

²Trường Đại học y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 26.6.2025

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc trên 65 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IB-III được phẫu thuật triệt căn, điều trị hóa chất phác đồ CAPOX tại Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,3, nhóm trên 60 tuổi chiếm 50,7%, 6,2% bệnh nhân dưới 40 tuổi (4/65). Bệnh nhân là nam giới chiếm 75,4%. U ở vị trí hang môn vị là 78,5%. Bệnh nhân ở giai đoạn IIIB chiếm tỷ lệ cao nhất (23,1%), giai đoạn IIB (21,5%) và IIIA (20,0%). 78,5% bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn dạ dày; 58,5% bệnh nhân được nạo vét hạch D2 mở rộng. 69,2 % bệnh nhân được điều trị hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật 4-6 tuần. Thời gian sống thêm

không bệnh trung bình là $49,4 \pm 3,2$ tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm, 5 năm lần lượt là 66,2% và 47,7%. Sống thêm không bệnh 5 năm ở nhóm ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa (70,2%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ung thư kém biệt hóa (44,8%) và tế bào nhân (41,1%). Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm ở nhóm không có xâm nhập mạch - thần kinh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có xâm nhập mạch thần kinh ($p=0,002$); Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sống thêm không bệnh giữa các giai đoạn bệnh theo phân loại TMN; cụ thể khi giai đoạn bệnh tiến triển thì tỷ lệ sống thêm 5 năm giảm dần ($p<0,001$). **Kết luận:** Phác đồ hóa chất bổ trợ CAPOX cho thấy hiệu quả trên các bệnh nhân ung thư dạ dày đã phẫu thuật triệt căn, đặc biệt là các bệnh nhân có giai đoạn bệnh II, III.

Từ khóa: ung thư dạ dày, điều trị bổ trợ, phác đồ CAPOX

SUMMARY

EVALUATION OF DISEASE-FREE SURVIVAL IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER RECEIVING ADJUVANT CHEMOTHERAPY WITH CAPOX REGIMEN AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To evaluate disease free survival in patient treated with CAPOX regimen for gastric cancer at Viet Duc Friendship Hospital. **Subjects and methods:** A descriptive study with longitudinal follow-up of 65 patients with stage IB-III gastric cancer who underwent radical surgery and received chemotherapy with CAPOX regimen at Viet Duc Hospital. **Results:** The average age of patients was 58.3 years, the group over 60 years old accounted for 50.7%, 6.2% of patients were under 40 years old (4/65). Male patients accounted for 75.4%. Tumors in the pyloric antrum were 78.5%. Patients in stage IIIB accounted for the highest proportion (23.1%), stage IIB (21.5%) and IIIA (20.0%). 78.5% of patients underwent gastrectomy; 58.5% of patients underwent extended D2 lymphadenectomy. 69.2% of patients received adjuvant chemotherapy 4-6 weeks after surgery. The mean disease-free survival was 49.4 ± 3.2 months. The 3-year and 5-year disease-free survival rates were 66.2% and 47.7%, respectively. The 5-year disease-free survival rate in the moderately differentiated adenocarcinoma group (70.2%) was statistically significantly higher than that in the poorly differentiated (44.8%) and signet ring cell (41.1%) cancer groups. The 5-year disease-free survival rate in the group without neurovascular invasion was statistically significantly higher than that in the group with neurovascular invasion ($p=0.002$); The difference in disease-free survival between disease stages according to TMN classification was statistically significant; specifically, as the disease stage progressed, the 5-year survival rate decreased ($p<0.001$). **Conclusion:** The CAPOX adjuvant chemotherapy regimen showed effectiveness in patients with gastric cancer who had undergone radical surgery, especially patients with stage II and III disease. **Keywords:** gastric cancer, adjuvant chemotherapy, CAPOX regimen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của GLOBOCAN 2022, ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới, chiếm 4,8% với 968784 ca mới mắc; số người tử vong đứng hàng thứ 5 với ước tính hơn 660000 trường hợp. Tại Việt Nam, ung thư dạ dày cũng là một trong những gánh nặng bệnh tật, đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới và thứ 3 về tỷ lệ tử vong [1]. Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật đã trở thành thường quy cho ung thư dạ dày giai đoạn IB-III. Nhiều phác đồ hóa chất có thể được lựa chọn như phác đồ FLOT trước và sau phẫu thuật, phác đồ CAPOX, S-1, Docetaxel- S1, ... Hiệu quả của phác đồ CAPOX đã được chứng minh qua nghiên cứu pha 3, mang lại lợi ích sống thêm so với phẫu thuật đơn thuần, giảm nguy cơ tái phát 42%, giảm nguy cơ tử vong 34% [2]. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là cơ sở ngoại khoa hàng đầu tại Việt Nam, mỗi năm tiến hành phẫu thuật hàng trăm ca bệnh ung thư dạ dày. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá về điều trị hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX ung thư dạ dày tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*" với hai mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX ung thư dạ dày tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
2. Một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 65 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IB-III đã được phẫu thuật triệt căn, điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ CAPOX tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2017 đến tháng 06/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày nguyên phát bằng mô bệnh học.
- ECOG là 0-2. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật là IB- IIIC theo AJCC8 năm 2017.
- Đã được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn, nạo vét hạch tối thiểu D2, bổ trợ bằng phác đồ CAPOX tối thiểu 4 chu kỳ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn lựa chọn nói trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

- Phương pháp thu thập số liệu: hồi cứu theo dõi dọc.

2.3. Xử lý số liệu: - Thu thập các thông tin theo bệnh án nghiên cứu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Phân tích sống thêm bằng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan-Meier.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Thông tin hồ sơ bệnh án được bảo mật, số liệu thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân		Số bệnh nhân (n=65)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình		58,3 ± 9,7 (22-78)	
Nhóm tuổi	<40 tuổi	4	6,2
	40-60 tuổi	28	43,1
	>60 tuổi	33	50,7
Giới	Nam	49	75,4
	Nữ	16	24,6
Vị trí u	Đáy vị	5	7,7
	Thần vị	5	7,7
	Hàng môn vị	51	78,5
	Thế thâm nhiễm	4	6,2
Giai đoạn bệnh	IB	5	7,7
	IIA	10	15,4
	IIB	14	21,5
	IIIA	13	20,0
	IIIB	15	23,1
	IIIC	8	12,3

Nhận xét: - Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,3 trong đó nhóm trên 60 tuổi chiếm 50,7% (33/65), chỉ có 6,2% bệnh nhân dưới 40 tuổi (4/65).

- Đa số bệnh nhân là nam giới (chiếm 75,4%).

- U ở vị trí hàng môn vị chiếm chủ yếu với 78,5%.

- Bệnh nhân ở giai đoạn IIIB chiếm tỷ lệ cao nhất (23,1%), sau đó đến giai đoạn IIB (21,5%) và IIIA (20,0%).

Bảng 2. Đặc điểm điều trị của bệnh nhân

Đặc điểm phẫu thuật		Số bệnh nhân (n=65)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt đoạn dạ dày	51	78,5
	Cắt toàn bộ dạ dày	24	21,5
Nạo vét hạch	Vét hạch D2	27	41,5
	Vét hạch D2 mở rộng	38	58,5

Bảng 4. Ảnh hưởng của một số yếu tố đến sống thêm không bệnh

Các yếu tố	Số bệnh nhân	Sống thêm không bệnh	Sống thêm không bệnh 5	p-value
------------	--------------	----------------------	------------------------	---------

Thời gian bắt đầu hóa trị	< 4 tuần	3	4,6
	4- 6 tuần	45	69,2
	6- 8 tuần	13	20,0
	> 8 tuần	4	6,2

Nhận xét:

- Số lượng bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn dạ dày chiếm chủ yếu với 78,5%.

- Đa số bệnh nhân được nạo vét hạch D2 mở rộng (58,5%).

- Đa phần bệnh nhân được điều trị hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật 4-6 tuần (69,2%).

Bảng 3. Đặc điểm tái phát và di căn

Đặc điểm			Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tái phát/di căn (n=36)	Số cơ quan tái phát/di căn	1 vị trí	28	77,8
		2 vị trí	6	16,7
		≥ 3 vị trí	2	5,5
	Cơ quan tái phát	Phức mạc	24	66,7
		Hạch ổ bụng	11	30,6
		Gan	8	22,2
		Phổi, thương thận, xương	4	11,1
Tử vong (n= 37)	Do bệnh	35	94,6	
	Do nguyên nhân khác	2	5,4	

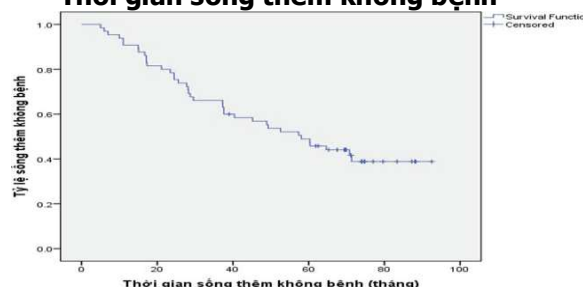
Nhận xét:

- Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu ghi nhận 36/ 65 bệnh nhân tái phát.

- Đa số bệnh nhân tái phát, di căn tại 1 vị trí (77,8%). Vị trí tái phát thường gặp nhất là phức mạc (66,7%) và hạch ổ bụng (30,6%).

- Có 35/36 bệnh nhân tái phát đã tử vong. Ngoài tử vong do ung thư dạ dày tái phát di căn (94,6%), có 2 bệnh nhân tử vong khi chưa tái phát (1 do tai biến mạch não- xuất huyết não và 1 do tai nạn giao thông).

Thời gian sống thêm không bệnh



Nhận xét:

- Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 49,4 ± 3,2 tháng.

- Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm, 5 năm lần lượt là 66,2% và 47,7%.

		(n=65)	(tháng)	năm (%)	
Giới	Nam	49	46,6	43,2	0,154
	Nữ	16	57,9	62,7	
Tuổi	< 40 tuổi	4	42,3	25,1	0,640
	40- 60 tuổi	28	51,8	54,7	
	>60 tuổi	33	48,2	44,6	
Độ biệt hóa	Biệt hóa vừa	9	65,2	70,2	0,021
	Kém biệt hóa	36	48,3	44,8	
	Tế bào nhân	20	45,6	41,1	
Tình trạng xâm nhập mạch - thần kinh	Có xâm nhập	61	47,6	40,3	0,002
	Không xâm nhập	4	76,3	100	
Giai đoạn bệnh	IB	5	70,1	78,8	<0,001
	IIA	10	63,1	71,2	
	IIB	14	62,9	70,0	
	IIIA	13	54,5	62,6	
	IIIB	15	34,2	13,4	
	IIIC	8	11,2	0	

Nhận xét: - Thời gian sống thêm không bệnh ở nhóm bệnh nhân nữ giới (57,9 tháng) cao hơn so với nhóm bệnh nhân nam giới (46,6 tháng); tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,154$).

- Thời gian và tỷ lệ sống thêm không bệnh không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi ($p=0,640$).

- Sống thêm không bệnh 5 năm ở nhóm ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa (70,2%) cao hơn đáng kể so với nhóm ung thư kém biệt hóa (44,8%) và tế bào nhân (41,1%).

- Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm ở nhóm không có xâm nhập mạch- thần kinh cao hơn đáng kể so với nhóm có xâm nhập mạch thần kinh với $p=0,002$.

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sống thêm không bệnh giữa các giai đoạn bệnh theo phân loại TMN; cụ thể khi giai đoạn bệnh tiến triển thì tỷ lệ sống thêm 5 năm giảm dần ($p<0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $58,3 \pm 9,7$ với 43,1% bệnh nhân trong độ tuổi 40- 60 và 50,7% bệnh nhân trên 60 tuổi. Ung thư dạ dày phổ biến ở nam giới hơn nữ giới do liên quan đến các yếu tố của ung thư da dày như hút thuốc, uống rượu. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Bang và CS (2012) [3]. Chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi u nằm ở hang môn vị chiếm 78,5%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Bang và CS (2012) là 46% [3]. Sự khác biệt đáng kể này có thể đến từ cơ chế bệnh sinh của ung thư da dày, các khối u vùng hang môn vị thường liên quan đến tình trạng nhiễm HP, còn u vùng tâm vị lại liên quan đến tình trạng trào ngược dạ dày thực quản. Tại Việt Nam, nhiễm HP vẫn đóng vai trò quan trọng

trong cơ chế sinh bệnh. Chính vì thế ta cũng thấy được kết quả tương tự đến từ các nghiên cứu trong nước.

Chỉ định cắt dạ dày toàn bộ hay bán phần trước tiên phụ thuộc vào vị trí, kích thước và mức độ xâm lấn của khối u. Đối với các khối u vùng tâm vị, đáy vị, thân vị hoặc u thâm nhiễm toàn bộ dạ dày thì chỉ định cắt toàn bộ dạ dày là rõ ràng. Đối với nhóm còn lại cắt bán phần dưới dạ dày là chủ yếu, đủ đảm bảo cho phẫu thuật đạt được mục tiêu triệt căn. Nạo vét hạch D2 là một tiêu chuẩn quan trọng trong phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày được công nhận rộng rãi, tuy nhiên, vấn đề nạo vét hạch tối mức nào vẫn còn gây tranh cãi. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nạo vét hạch D2 mở rộng, được định nghĩa là nạo vét hạch D2 tiêu chuẩn theo phân loại của Nhật Bản và kèm theo các hạch nhóm 13- 16, chiếm chủ yếu với 58,5%.

Thời điểm bắt đầu hóa trị bổ trợ phụ thuộc vào tuổi, thể trạng, bệnh lý kết hợp, biến chứng sau mổ, khả năng liền vết thương, tình trạng dinh dưỡng của từng bệnh nhân. Nghiên cứu của Greenleaf và CS (2016), 58% hóa trị trong vòng 8 tuần sau phẫu thuật, 28% điều trị sau 8-12 tuần và 14% điều trị sau 12 tuần [4]. Nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga và CS (2022), hóa trị sớm trong 4-6 tuần sau mổ chiếm 52,4% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân được điều trị hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật 4-6 tuần (69,2%). Nguyên nhân có thể đến từ lý do bệnh nhân được điều trị tại khoa Ung bướu bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ lúc chẩn đoán, phẫu thuật, bác sĩ xác định những bệnh nhân có chỉ định hóa trị ngay từ khi có kết quả giải phẫu bệnh và lên kế hoạch hẹn tái khám phù hợp đảm bảo thời gian tối ưu. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có 4,6% (3 bệnh

nhân) được điều trị sớm sau mổ <4 tuần (cả 3 bệnh nhân nhập viện lại sau mổ sớm hơn lịch hẹn vì bán tắc ruột và nhiễm trùng vết mổ, đều ở giai đoạn IIIC- việc điều trị thực hiện bổ trợ sau khi có sự hội chẩn với phẫu thuật viên đã ổn định về ngoại khoa và thể trạng bệnh nhân cho phép điều trị hóa chất sớm); 6,2% bệnh nhân điều trị sau mổ >8 tuần (do có biến chứng sau mổ, bệnh nhân thể trạng kém, bệnh nhân đến khám muộn so với lịch hẹn).

Kết quả sống thêm không bệnh (DFS).

Hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật đã được chứng minh hiệu quả qua nhiều nghiên cứu pha 3 và được đưa vào trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị trên thế giới cũng như Bộ Y tế Việt Nam. Mục đích của hóa chất bổ trợ làm giảm nguy cơ tái phát và di căn vì vậy sống thêm không bệnh là chỉ số quan trọng đánh giá hiệu quả điều trị.

Tái phát trong những năm đầu sau điều trị thường gặp. 65 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 1 năm là 90,8% và giảm xuống còn 78,5% tại thời điểm 2 năm. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Hồ Văn Chiên và CS (2022) lần lượt là 95,3% và 89,1% do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn bệnh muộn hơn [6]

Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm và 5 năm trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 66,2% và 47,7%. Kết quả sống thêm không bệnh 3 năm tương tự nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga và CS (2022) là 63,0% [5].

Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $49,4 \pm 3,2$ tháng (95%CI = 41,1– 55,4) thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga và CS (2022) là 54,5 tháng [5].

Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng quan trọng trong bệnh ung thư nói chung và bệnh ung thư dạ dày nói riêng. Giai đoạn càng muộn thì tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm càng giảm, giai đoạn IA là 91,5%; IB là 83,3%; II là 68,9%; IIIA là 49,6%; IIIB là 32,3% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự với tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm giai đoạn IB là 78,8%; IIA là 71,2%, IIB là 70,0%; IIIA là 62,6%; IIIB là 13,4%; IIIC là 0%.

Tế bào u xâm nhập vào mạch máu và hoặc mạch bạch huyết làm tăng nguy cơ di căn hạch và di căn xa do đó làm giảm thời gian sống thêm. Xâm nhập thần kinh cũng được xác định là một trong những yếu tố tiên lượng xấu, làm giảm đáng kể sống thêm. Kết quả của chúng tôi chỉ ra tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ tại thời điểm 5 năm cao hơn có ý nghĩa

ở nhóm có xâm nhập mạch- thần kinh và không xâm nhập (100% so với 40,3%; $p=0,002$; và 100% so với 49,1%; $p=0,001$). Nghiên cứu của Wu và CS (2019), tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở nhóm đã có xâm nhập mạch thấp hơn rõ rệt ở nhóm chưa có xâm nhập mạch (42,8% so với 68,9%; $p<0,001$) [8].

V. KẾT LUẬN

- Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $49,4 \pm 3,2$ tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại các thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm lần lượt là 90,8%; 78,5%; 66,2%; 55,4% và 47,7%.

- Các yếu tố tiên lượng có ý nghĩa liên quan đến kết quả sống thêm: giai đoạn bệnh, tình trạng xâm nhập mạch- thần kinh, và độ mô học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray, F., Laversanne, et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74(3), 229–263.
2. Noh, S. H., Park, et al. (2014). Adjuvant capecitabine plus oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): 5-year follow-up of an open-label, randomised phase 3 trial. The Lancet. Oncology, 15(12), 1389–1396.
3. Bang, Y.-J., Kim, et al. (2012). Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): A phase 3 open-label, randomised controlled trial. Lancet (London, England), 379(9813), 315–321.
4. Greenleaf, E. K., Kulaylat, et al. (2016). Timing of Adjuvant Chemotherapy and Impact on Survival for Resected Gastric Cancer. Annals of Surgical Oncology, 23(13), 4203–4213.
5. Lê Thị Thu Nga, Nguyễn Thị Minh Phương, Lê Đình Roanh. (2022). Đánh giá kết quả điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ XELOX sau phẫu thuật ung thư dạ dày triệt căn [Luận án Tiến sĩ y học]. Trường đại học Y Hà Nội.
6. Hồ Văn Chiên, Vũ Hồng Thăng. (2022). Hóa trị bổ trợ phác đồ XELOX tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An [Luận văn thạc sĩ y học]. Trường đại học Y Hà Nội.
7. Katai, H., Ishikawa, et al. (2018). Five-year survival analysis of surgically resected gastric cancer cases in Japan: A retrospective analysis of more than 100,000 patients from the nationwide registry of the Japanese Gastric Cancer Association (2001-2007). Gastric Cancer: Official Journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association, 21(1), 144–154.
8. Wu, L., Liang, et al. (2019). Prognostic significance of lymphovascular infiltration in overall survival of gastric cancer patients after surgery with curative intent. Chinese Journal of Cancer Research = Chung-Kuo Yen Cheng Yen Chiu, 31(5), 785–796.