

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TIÊU HÓA Ở BỆNH NHÂN TỪ 90 TUỔI TRỞ LÊN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình¹, Lê Văn Thành¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dân số già hóa kéo theo tỷ lệ bệnh nhân ung thư ≥90 tuổi ngày càng tăng. Việc chỉ định phẫu thuật ở nhóm tuổi này còn nhiều tranh cãi do nguy cơ biến chứng cao và thời gian sống thêm kỳ vọng ngắn. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học của bệnh nhân từ 90 tuổi trở lên được phẫu thuật ung thư tiêu hóa tại Bệnh viện K. **Đánh giá kết quả** sớm sau phẫu thuật ung thư tiêu hóa của nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 23 bệnh nhân ung thư tiêu hóa ≥90 tuổi được phẫu thuật tại khoa Ngoại bụng 1, Bệnh viện K từ năm 2022–2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 91,4; ung thư đại trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (82,6%). Đa số bệnh nhân có bệnh lý kèm theo (65,2%) và tình trạng frailty (91,5%). Phẫu thuật triệt căn được thực hiện ở 73,9%, chủ yếu qua mổ phiến và mổ mở. Tỷ lệ biến chứng thấp (2 ca viêm phổi), không ghi nhận tử vong trong 30 ngày sau mổ. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ tại 12 và 24 tháng lần lượt là 88,7% và 76,0%; thời gian sống thêm trung bình đạt 32,4 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư tiêu hóa ở bệnh nhân ≥90 tuổi có thể thực hiện an toàn với biến chứng thấp và thời gian sống thêm tương đối khả quan nếu lựa chọn bệnh nhân phù hợp và chăm sóc chu đáo. **Từ khóa:** Phẫu thuật ung thư tiêu hóa, ≥90 tuổi, frailty

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF GASTROINTESTINAL CANCER IN NONAGENARIAN PATIENTS AT K HOSPITAL

Background: Population aging has led to an increasing proportion of cancer patients aged 90 years and older. Surgical indication in this age group remains controversial due to high complication risks and limited expected survival. **Objective:** To describe some clinical, paraclinical, and histopathological characteristics of patients aged 90 and above undergoing gastrointestinal cancer surgery at K Hospital, and to evaluate early postoperative outcomes in this patient group. **Subjects and Methods:** A descriptive retrospective and prospective combined study was conducted on 23 gastrointestinal cancer patients aged ≥90 years who underwent surgery at the Department of Abdominal Surgery 1, K Hospital from 2022 to 2025. **Results:** The mean age was 91.4 years; colorectal cancer accounted for the

highest proportion (82.6%). Most patients had comorbidities (65.2%) and frailty status (91.5%). Curative surgery was performed in 73.9% of cases, mainly via open surgery. The complication rate was low (2 cases of pneumonia), with no 30-day postoperative mortality. Overall survival rates at 12 and 24 months post-surgery were 88.7% and 76.0%, respectively; median survival time was 32.4 months. **Conclusion:** Surgery for gastrointestinal cancer in patients aged ≥90 years can be safely performed with low complication rates and relatively favorable survival outcomes, provided appropriate patient selection and perioperative care. **Keywords:** Nonagenarians, gastrointestinal cancer surgery, frailty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là xu hướng toàn cầu với tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng, đặc biệt nhóm ≥90 tuổi đang gia tăng nhanh theo WHO. Cùng với đó, tỷ lệ ung thư (UT) tiêu hóa ở nhóm tuổi này cũng tăng cao, tạo ra nhiều thách thức trong điều trị do bệnh nhân (BN) thường kèm theo nhiều bệnh lý nền như tim mạch, hô hấp và suy giảm chức năng do tuổi già (frailty). Đặc điểm sức khỏe suy giảm và nguy cơ biến chứng hậu phẫu cao khiến việc đánh giá hiệu quả và an toàn phẫu thuật ở nhóm này trở nên rất quan trọng.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật ở BN ≥90 tuổi thường cao hơn so với nhóm trẻ hơn, đồng thời các yếu tố như suy nhược, bệnh lý kèm theo ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị. Ở Việt Nam, tốc độ già hóa dân số nhanh và số BN UT tiêu hóa cao tuổi nhập viện ngày càng nhiều, tuy nhiên dữ liệu nghiên cứu về kết quả phẫu thuật ở nhóm BN ≥90 tuổi còn hạn chế.

Bệnh viện K là một trong những bệnh viện chuyên khoa ung thư lớn của Việt Nam, tiếp nhận nhiều ca UT tiêu hóa cao tuổi nhưng việc quyết định phẫu thuật cho BN ≥90 tuổi vẫn gặp nhiều khó khăn do nguy cơ biến chứng cao và kỳ vọng sống thêm hạn chế. Do đó, nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật UT tiêu hóa ở BN ≥90 tuổi tại Bệnh viện K, góp phần cung cấp cơ sở dữ liệu thực tiễn để hỗ trợ quyết định điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc cho nhóm BN đặc biệt này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN UT tiêu hóa từ 90 tuổi trở lên được phẫu thuật tại khoa Ngoại bụng 1, Bệnh viện K năm 2022–2025

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 11.8.2025

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.
Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 5 năm 2025, tại khoa Ngoại bụng 1, Bệnh viện K.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu mô tả dựa trên dữ liệu thu thập được từ hồ sơ bệnh án.

- **Mẫu nghiên cứu:** Cách chọn mẫu thuận tiện, dữ liệu được thu thập từ tất cả các BN có hồ sơ bệnh án đầy đủ và đáp ứng tiêu chí lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- BN ≥ 90 tuổi tại thời điểm phẫu thuật.
- Được chẩn đoán xác định UT tiêu hóa (dạ dày, đại trực tràng, ruột non) bằng mô bệnh học.
- Được phẫu thuật triệt căn hoặc phẫu thuật triệu chứng.

- Có thông tin bệnh án đầy đủ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- BN mắc các bệnh lý ác tính khác đồng thời.
- BN từ chối tham gia hoặc không thể theo dõi sau phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.4. Bộ công cụ nghiên cứu. Đánh giá mức độ frailty bằng Fried Frailty Index với 5 tiêu chí:

1. Sụt cân không chủ ý: Giảm >4,5 kg hoặc >5% trọng lượng cơ thể trong vòng 1 năm.

2. Yếu cơ: Đánh giá bằng lực bóp tay (Handgrip Strength).

3. Mệt mỏi: Cảm giác kiệt sức qua câu hỏi phỏng vấn.

4. Giảm tốc độ đi bộ: Đánh giá dựa trên thời gian đi bộ 4,5 m.

5. Giảm mức độ hoạt động thể chất: Tính toán theo mức độ tập luyện hàng ngày.

Đánh giá kết quả:

- BN có ≥3 tiêu chí được xác định là frailty.
- BN có 1-2 tiêu chí được coi là tiền frailty.
- Không có tiêu chí nào được coi là không frailty.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giới nam	7	30,4
Tiền sử bệnh lý:		
Đái tháo đường	3	13,0
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	0	0
Bệnh gan mạn tính	0	0

Bệnh tim mạch mạn tính	11	47,8
Sử dụng thuốc chống đông	0	0
Thay khớp háng	1	4,3
Tuổi (trung bình±SD)	91,39±2,04 (90-98)	
BMI (trung bình±SD)	18,52±2,59 (13,07-24,40)	

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm 30,4%. Tuổi trung bình 91,4 (90–98). Có 65,2% mắc bệnh kèm theo, chủ yếu là tim mạch mạn tính (47,5%).

Bảng 2: Đặc điểm xét nghiệm máu trước phẫu thuật

Đặc điểm	Trung bình	SD
Hồng cầu	114,45	16,90
Bạch cầu	8,09	4,03
Tiểu cầu	290,95	105,68
AST	27,70	17,82
ALT	18,70	9,92
Glucose	5,71	1,56
Ure	5,02	1,20
Cre	69,44	18,12
Albumin	35,32	4,83

Nhận xét: Các chỉ số huyết học và sinh hóa cơ bản đều nằm trong giới hạn cho phép.

3.2. Tình trạng bệnh tại thời điểm chẩn đoán

Bảng 3: Phân bố loại ung thư và giai đoạn bệnh

		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Loại ung thư	Dạ dày	4	17,4
	Đại tràng	8	34,8
	Trực tràng	10	43,5
	Đại tràng - trực tràng (2 vị trí)	1	4,3
Giai đoạn	I	4	17,4
	II	7	30,4
	III	9	39,1
	IV	3	13,1
Biến chứng do u	Tắc ruột	2	8,7
	Bán tắc ruột	11	47,8
	Xuất huyết tiêu hóa	3	13,1
	Hẹp môn vị	1	4,3
	Không	6	26,1
Đặc điểm giải phẫu bệnh	UTBM tuyến biệt hóa vừa	18	78,3
	UTBM tuyến biệt hóa cao	2	8,7
	UTBM tuyến chế nhầy	1	4,3
	Lymphoma	1	4,3
Mức độ frailty	GIST	1	4,3
	Frailty	21	91,3
	Tiền frailty	2	8,7
	Không frailty	0	0
Tổng		23	100,0

Nhận xét: UT đại trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (82,6%), trong đó có 1 trường hợp UT hai

vị trí. Phần lớn BN ở giai đoạn tiến triển hoặc di căn (giai đoạn II–IV, 82,6%). Đa số có biến chứng do u, thường gặp nhất là bán tắc ruột (47,8%). Tỷ lệ BN có tình trạng suy giảm chức năng (frailty) là 91,5%.

3.3. Can thiệp phẫu thuật và các biến cố hậu phẫu

Bảng 4: Phẫu thuật và biến chứng hậu phẫu

		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Mục tiêu phẫu thuật	Triệt căn	17	73,9	
	Triệu chứng	6	26,1	
Loại phẫu thuật	Cấp cứu	2	8,7	
	Mổ phiến	21	91,3	
Cách thức phẫu thuật	Cắt gần toàn bộ dạ dày	3	13,1	
	Cắt dạ dày hình chêm	1	4,3	
	Cắt đại tràng/trực tràng, nối ngay	7	30,4	
	Phẫu thuật Hartmann	6	26,1	
	Cắt cụt trực tràng ngã bụng – tăng sinh môn	1	4,3	
	Nối tắt	1	4,3	
	Làm hậu môn nhân tạo đơn thuần	4	17,4	
Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật nội soi	3	13,0	
	Phẫu thuật mở	20	87,0	
Truyền máu trước/trong/sau mổ		4	17,4	
Tử vong trong vòng 30 ngày		0	0	
Biến chứng hậu phẫu	Phẫu thuật	Chảy máu	0	0
		Tắc ruột	0	0
		Rò miệng nối	0	0
	Gây mê-hồi sức	Viêm phổi	2	8,7
		Huyết khối	0	0
	Nhồi máu cơ tim	0	0	
Nhập viện lại trong vòng 90 ngày		0	0	
Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật		2	8,7	
Thời gian mổ (phút)		88,91 ±33,47 (45-150)		
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		9,30±2,60 (6-16)		
Thời gian nằm hồi sức (ngày)		4,04±2,58 (1-10)		

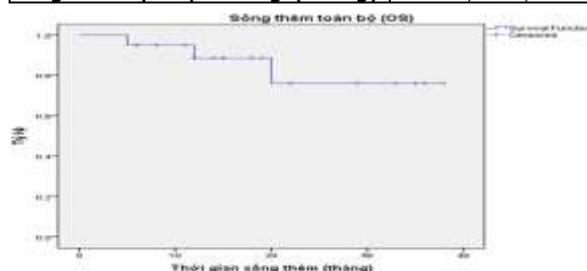
Nhận xét: Đa số BN được phẫu thuật triệt căn (73,9%), mổ phiến (91,3%) và theo phương pháp mổ mở (87,0%). Hai loại phẫu thuật phổ biến nhất là cắt đoạn đại trực tràng nối ngay

(30,4%) và Hartmann (26,1%). Có 2 trường hợp viêm phổi sau mổ, không ghi nhận tử vong trong 30 ngày. Thời gian mổ trung bình 88,9 phút; thời gian nằm viện trung bình 9,3 ngày.

3.4. Kết quả sống thêm ở bệnh nhân ≥90 tuổi sau phẫu thuật

Bảng 5: Kết quả sống thêm sau phẫu thuật

	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả sống thêm		
Mất thông tin	3	13,0
Tử vong	3	13,0
Còn sống	17	74,0
Sống có bệnh	2	
Sống không bệnh	15	
Thời gian sống sau mổ		
12 tháng	18	88,7
24 tháng	17	76,0
Thời gian sống thêm trung bình (tháng)	32,4±2,9 (5-38)	
Ung thư dạ dày (tháng)	26,5±4,6	
Ung thư đại trực tràng (tháng)	32,4±2,6	



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm toàn bộ theo Kaplan-Meier

Nhận xét: Trong số 23 BN, có 17 BN còn sống (74,0%). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 88,7% và 76,0%. Thời gian sống thêm trung bình là 32,4 tháng (dao động từ 5 đến 38 tháng). BN UT dạ dày có thời gian sống thêm trung bình ngắn hơn so với UT đại trực tràng (26,5 tháng so với 32,4 tháng), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân từ 90 tuổi trở lên được phẫu thuật ung thư tiêu hóa. Phẫu thuật UT nói chung và UT tiêu hóa nói riêng ở người cao tuổi, đặc biệt là nhóm BN ≥ 90 tuổi, là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 23 trường hợp từ 90 tuổi trở lên được phẫu thuật UT tiêu hóa tại Bệnh viện K, cho thấy một số đặc điểm đáng chú ý về dịch tễ học và bệnh lý đi kèm.

Tỷ lệ nam giới chiếm 30,4%, thấp hơn các nghiên cứu ung thư khác do tuổi thọ nữ cao hơn

ở nhóm rất cao tuổi. Bệnh tim mạch mạn tính phổ biến nhất (47,8%), phù hợp với lão hóa và tăng nguy cơ theo tuổi. Các bệnh mạn tính khác như đái tháo đường ít gặp (13%), không có bệnh phổi tắc nghẽn hay gan mạn, cho thấy bệnh nhân có sức khỏe nền khá tốt. Người ≥ 90 tuổi thường mắc nhiều bệnh kèm theo như tăng huyết áp, suy dinh dưỡng, frailty, làm tăng biến chứng. Tỷ lệ có bệnh kèm theo ở nhóm tuổi này có thể lên đến 90%; Horiuchi và cộng sự còn ghi nhận 100% BN ≥ 90 tuổi được phẫu thuật bụng có ít nhất một bệnh lý nền.

Tuổi trung bình của nhóm BN là $91,39 \pm 2,04$, tuổi thấp nhất là 90 tuổi, tuổi cao nhất là 98 tuổi. Chỉ số BMI trung bình là 18,52, trong khoảng giới hạn dưới bình thường, phản ánh tình trạng dinh dưỡng hạn chế. Đây là một đặc điểm phổ biến ở người ≥ 90 tuổi và cần đặc biệt quan tâm trong quá trình hồi sức trước và sau mổ. Các chỉ số huyết học và sinh hóa cơ bản đều nằm trong giới hạn cho phép, mặc dù có sự dao động lớn (SD cao), phản ánh sự đa dạng về thể trạng của nhóm BN. Nhìn chung, đặc điểm BN trong nghiên cứu phản ánh chiến lược chọn lọc kỹ càng để đảm bảo an toàn cho phẫu thuật UT tiêu hóa ở người ≥ 90 tuổi.

4.2. Đặc điểm chẩn đoán và giai đoạn bệnh. Trong nghiên cứu, đại trực tràng là vị trí UT chiếm ưu thế (82,6%), đặc biệt là trực tràng (43,5%). Điều này phù hợp với xu hướng dịch tễ học, trong đó UT đại trực tràng phổ biến hơn ở người cao tuổi, trong khi tỷ lệ UT dạ dày ở nhóm ≥ 90 tuổi giảm dần theo tuổi.

Về giai đoạn bệnh, giai đoạn III chiếm nhiều nhất (39,1%), tiếp theo là giai đoạn II (30,4%) và giai đoạn I (17,4%). Phần lớn số BN được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển hoặc di căn, phản ánh đặc điểm phát hiện muộn ở người cao tuổi do triệu chứng không điển hình hoặc trì hoãn trong tiếp cận y tế.

Các biểu hiện biến chứng do u (tắc ruột, xuất huyết, bán tắc ruột...) chiếm tỷ lệ cao (73,9%), là yếu tố thúc đẩy chỉ định can thiệp phẫu thuật ngay cả khi tuổi rất cao. Phẫu thuật chủ yếu được thực hiện theo hướng mổ phiến (91,3%), cho thấy nhóm BN được chuẩn bị kỹ về mặt tổng trạng trước can thiệp. Đa số trường hợp là UT biểu mô tuyến biệt hóa vừa (78,3%), phù hợp với đặc điểm giải phẫu bệnh thường gặp ở UT đại trực tràng người già.

Đáng chú ý, 91,3% BN trong nghiên cứu được xác định là "frailty" (già yếu) theo tiêu chuẩn lâm sàng, phản ánh đúng đặc điểm sinh lý của nhóm ≥ 90 tuổi. Tình trạng suy giảm dự trữ sinh lý khiến các stress nhỏ cũng có thể dẫn đến

hậu quả nghiêm trọng, ngay cả khi được chăm sóc y tế tối ưu. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng frailty làm tăng nguy cơ biến chứng hậu phẫu từ 2–3 lần và kéo dài thời gian nằm viện. Do đó, việc đánh giá frailty đóng vai trò quan trọng trong cân nhắc chỉ định phẫu thuật cho người rất cao tuổi.

4.3. Đặc điểm phẫu thuật và biến chứng sau mổ. Phẫu thuật triệt căn được thực hiện ở 73,9% BN, cho thấy nhóm ≥ 90 tuổi vẫn có thể được điều trị tích cực nếu được lựa chọn kỹ. Các phẫu thuật phổ biến gồm cắt đại tràng (30,4%), Hartmann (26,1%) và cắt dạ dày (17,4%). Phẫu thuật mở vẫn chiếm ưu thế (87%), phản ánh thói quen lâm sàng và hạn chế kỹ thuật nội soi ở người rất già yếu.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 85,9 phút – tương đối ngắn so với các nghiên cứu trên nhóm tuổi trẻ hơn. Tỷ lệ truyền máu thấp (17,4%), không có tử vong trong 30 ngày và không ghi nhận biến chứng hậu phẫu nghiêm trọng (rò miệng nối, chảy máu, tắc ruột...) cho thấy phẫu thuật an toàn trong nhóm BN này. Tuy nhiên, hai trường hợp viêm phổi sau mổ (8,7%) cho thấy các nguy cơ nội khoa vẫn hiện hữu, đặc biệt ở BN frailty. Thời gian nằm viện trung bình 9,3 ngày và thời gian hồi sức 4 ngày cho thấy khả năng hồi phục sau mổ là tương đối tốt.

Một điểm đáng chú ý là không có trường hợp tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ. Trong khi đó, nghiên cứu của Siam cho thấy tỷ lệ tử vong sau 30 ngày là 6,6% ở nhóm mổ phiến và tới 39,3% ở nhóm mổ cấp cứu. Tương tự, các nghiên cứu khác cũng ghi nhận nguy cơ biến chứng và tử vong sau mổ tăng cao ở BN ≥ 90 tuổi, đặc biệt trong phẫu thuật cấp cứu. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chọn lọc BN phù hợp và chăm sóc hậu phẫu tối ưu để đảm bảo an toàn phẫu thuật ở nhóm tuổi rất cao.

4.4. Thời gian sống thêm sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống không bệnh ở bệnh nhân ≥ 90 tuổi sau phẫu thuật ung thư tiêu hóa là đáng khích lệ, dù đây là nhóm tuổi có nhiều bệnh kèm và dự trữ chức năng hạn chế. Tỷ lệ sống tại thời điểm khảo sát là 74%, với thời gian sống trung bình $32,4 \pm 2,9$ tháng. Tỷ lệ sống sau 12 và 24 tháng lần lượt là 88,7% và 76%, tương đương với nghiên cứu của Sudlow (29 tháng ở nhóm mổ phiến), cho thấy hiệu quả lâu dài của phẫu thuật ngay cả ở nhóm nguy cơ cao.

Ở nhóm ung thư đại trực tràng, thời gian sống thêm trung bình đạt $32,4 \pm 2,6$ tháng, cao hơn so với ung thư dạ dày ($26,5 \pm 4,6$ tháng), phù hợp với tiên lượng tốt hơn và phẫu thuật ít

phức tạp hơn ở đại trực tràng. Tỷ lệ sống không bệnh đạt 88,2%, cho thấy phẫu thuật không chỉ kéo dài sự sống mà còn có thể loại bỏ hoàn toàn tổn thương ác tính. Mất thông tin chỉ 13%, giúp tăng độ tin cậy cho kết luận.

Biểu đồ Kaplan–Meier cho thấy đường cong sống ổn định 12 tháng đầu, giảm nhẹ sau 18–24 tháng, trùng với các trường hợp tử vong hoặc mất theo dõi. Tỷ lệ sống cao sau 24 tháng cho thấy nhiều bệnh nhân có thể sống lâu dài nếu vượt qua giai đoạn sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Trong số 23 bệnh nhân ung thư tiêu hóa từ 90 tuổi trở lên được phẫu thuật có đặc điểm lâm sàng nổi bật là tỷ lệ bệnh lý kèm theo cao (65,2%) và tình trạng frailty chiếm đa số (91,5%). Ung thư đại trực tràng chiếm tỷ lệ lớn nhất (82,6%) và phẫu thuật triệt căn được thực hiện ở 73,9% trường hợp. Phẫu thuật chủ yếu được tiến hành theo chương trình (mổ phiên) và qua đường mổ mở. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (8,7%, gồm 2 ca viêm phổi), không ghi nhận tử vong trong vòng 30 ngày hậu phẫu. Về tiên lượng sống, tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng sau mổ lần lượt đạt 88,7% và 76,0%, với thời gian sống thêm trung bình là 32,4 tháng.

Những kết quả này cho thấy việc lựa chọn

chỉ định phẫu thuật phù hợp và chăm sóc chu phẫu tích cực có thể mang lại lợi ích sống còn cho nhóm BN rất cao tuổi mắc ung thư tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., et al. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146–M157.
2. Sudlow A., Tuffaha H., Stearns A., et al. (2018). Outcomes of surgery in patients aged ≥ 90 years in the general surgical setting. *Annals*, 100(3), 172–177.
3. Siam B., Cooper L., Orgad R., et al. (2022). Outcomes of surgery in patients 90 years of age and older: A retrospective cohort study. *Surgery*, 171(5), 1365–1372.
4. Horiuchi A., Akehi S., Fujiwara Y., et al. (2024). Predictors of emergency abdominal surgery for patients aged 90 years or older: A retrospective study. *Surgery Open Science*, 20, 140–144.
5. Racz J., Dubois L., Katchky A., et al. (2012). Elective and emergency abdominal surgery in patients 90 years of age or older. *Can J Surg*, 55(5), 322–328.
6. Pelavski A.D., Lacasta A., Rochera M.I., et al. (2011). Observational study of nonagenarians undergoing emergency, non-trauma surgery. *Br J Anaesth*, 106(2), 189–193.
7. Arenal J.J., Teresa G. de, Tinoco C., et al. (2007). Abdominal Surgery in Nonagenarians: Short-Term Results. *Surg Today*, 37(12), 1064–1067.
8. Clegg A., Young J., Iliffe S., et al. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO ĐƯỜNG GIỮA VÀ CẠNH ĐƯỜNG GIỮA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Tất Đặng¹, Nguyễn Thế Hào¹,
Phạm Quỳnh Trang¹, Vũ Tân Lộc¹, Khổng Ngọc Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật khối dị dạng động tĩnh mạch não (AVM) đường giữa và cạnh đường giữa, các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 39 trường hợp AVM đường giữa và cạnh đường giữa đã được phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2023 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam: nữ là 29:10, tuổi trung bình là 38,8 (14-77 tuổi). Tỷ lệ AVM vỡ là 71,8%. 13 bệnh nhân (33,3%) được nút mạch trước mổ. Kết quả tốt là 32/39 trường hợp (82,1%). **Kết luận:** Kết quả điều trị tốt chiếm tỉ lệ cao. Can

thiệp nút mạch trước mổ đối với những khối AVM độ III trở lên theo Spetzler-Martin, phẫu thuật với đường mổ xương rộng quá đường giữa, mở rộng khe liên bán cầu và tận dụng trọng lực tự nhiên giúp cải thiện kết quả điều trị. **Từ khóa:** AVM đường giữa, AVM cạnh đường giữa, can thiệp nút mạch.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF MIDLINE AND PARAMEDIAN CEREBRAL ARTERIOVENOUS MAL FORMATIONS AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate surgical outcomes and to analyze management strategies of midline and paramedian AVMs. **Methods:** Retrospective study of 39 patients diagnosed with midline and paramedian AVM underwent surgical operation at Bach Mai hospital from Jan, 2023 to April, 2024. **Results:** 29 male and 10 female patients with mean age of 38,8 (14-77 years old). 71,8% of cases were ruptured AVMs. 13 patients (33,3%) had pre-operative

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tất Đặng

Email: tatdang@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 12.8.2025