

nhận chỉ có 1 trường hợp bị gãy đinh Kirschner trong khi thao tác do lỗi kỹ thuật, đinh gãy chìm trong chỏm xương, không ảnh hưởng đến sự lành xương và chức năng của bàn tay. Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận bất kỳ biến chứng nào về tổn thương gân, mạch máu, thần kinh, cộm, tuột vít hay nhiễm trùng. Các di lệch còn lại hay thứ phát sau mổ là chấp nhận được và không ảnh hưởng đến liền xương hay phục hồi chức năng. Điều này phù hợp với các nghiên cứu tương tự của Ruchelsman và cs (2014)¹ và Eisenberg và cs (2019)³ cũng không ghi nhận biến chứng nào trong mổ hay sau mổ trong suốt thời gian theo dõi.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật bắt vít nén ép nội tuỷ không đầu trong điều trị gãy xương bàn tay và đốt gần ngón tay cho thấy hiệu quả cao với tỉ lệ liền xương 100%, phục hồi chức năng tốt và rất ít biến chứng. Thời gian liền xương ngắn, bệnh nhân có thể sớm trở lại sinh hoạt và lao động thường ngày. Phương pháp này là lựa chọn điều trị khả thi, an toàn và đáng tin cậy, đặc biệt phù hợp với các cơ sở y tế có điều kiện phẫu thuật giới hạn. Nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn sẽ giúp khẳng định chắc chắn hơn về hiệu quả lâu dài của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ruchelsman, D. E., Puri, S., Feinberg-Zadek, N., Leibman, M. I., & Belsky, M. R. (2014). Clinical outcomes of limited-open retrograde intramedullary headless screw fixation of metacarpal fractures. *The Journal of hand surgery*, 39(12), 2390-2395.
2. Jann, D., Calcaeni, M., Giovanoli, P., & Giesen, T. (2018). Retrograde fixation of metacarpal fractures with intramedullary cannulated headless compression screws. *Hand surgery and rehabilitation*, 37(2), 99-103.
3. Eisenberg, G., Clain, J. B., Feinberg-Zadek, N., Leibman, M., Belsky, M., & Ruchelsman, D. E. (2020). Clinical outcomes of limited open intramedullary headless screw fixation of metacarpal fractures in 91 consecutive patients. *Hand*, 15(6), 793-797.
4. R. Glenn Gaston. "Fractures of the Metacarpal and Phalanges". *Greens Operative Hand Surgery*. 2021:2th ed:pp. 260 - 325.
5. Abbot, H., George, A. R., McCarron, L., Graham, D. J., & Sivakumar, B. (2025). Intramedullary screw fixation of proximal phalangeal fractures: short-to medium-term outcomes. *Hand*, 20(5), 684-690.
6. Jeffs, A. D., Allen, A. D., Zaidi, Z. S., Himmelberg, S. M., Bank, N. C., Conlon, S. C., & Luther, G. A. (2025). Nonsurgical Treatment Versus Intramedullary Fixation of Displaced Metacarpal Shaft Fractures. *The Journal of Hand Surgery*.
7. Dohse, N. M., Jones, C. M., & Ilvas, A. M. (2022). Fixation of hand fractures with intramedullary headless compression screws. *Archives of Bone and Joint Surgery*, 10(12), 1004.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Trần Nam Long¹, Nguyễn Minh Tuấn¹,
Nguyễn Đình Hợp¹, Lò Đức Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm, tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật triệt căn trong điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 19-8. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả 35 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 19-8 từ tháng 07 năm 2021 đến tháng 07 năm 2025. **Kết quả:** 35 bệnh nhân bao gồm 25 nam (71,4%), 10 nữ (28,6%), tỉ lệ nam/nữ là 2,5/1; độ tuổi trung bình

61,7 ± 11,9 tuổi (30 - 84 tuổi); vị trí u thường gặp là 1/3 dưới dạ dày (62,9%); 32 trường hợp cắt bán phần dưới dạ dày (91,4%) và 3 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày (8,6%); thời gian phẫu thuật trung bình là 182,17 ± 19,35 phút (145 - 240 phút), phục hồi lưu thông tiêu hoá kiểu Roux-en-Y là chủ yếu (94,3%), không có tai biến trong mổ và tử vong sau mổ; số lượng hạch vét được là 731 hạch, trung bình 20,88 ± 8,69 hạch (12 - 46 hạch), trong đó 123 hạch di căn chiếm 16,82%; tỉ lệ biến chứng là 8,6%, trong đó có một trường hợp phải mổ lại do tắc ruột sớm; thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 12,25 ± 2,82 ngày (7 - 19 ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 19-8 là kỹ thuật an toàn, bước đầu cho kết quả tốt, mang lại hiệu quả điều trị cao cho người bệnh. **Từ khóa:** Phẫu thuật dạ dày, ung thư dạ dày, cắt đoạn dạ dày.

¹Bệnh viện 19-8 Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nam Long

Email: namlongtran87@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF RADICAL SURGERY

FOR GASTRIC CANCER TREATMENT AT 19-8 HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics, and to evaluate the early outcomes, feasibility, safety, and effectiveness of radical surgery in the treatment of gastric cancer at 19-8 Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective and prospective descriptive study of 35 patients who underwent radical surgery for gastric cancer at 19-8 Hospital from July 2021 to July 2025. **Results:** The study included 35 patients: 25 males (71.4%) and 10 females (28.6%), with a male-to-female ratio of 2.5:1. The mean age was 61.7 ± 11.9 years (range: 30–84). The most common tumor location was the distal third of the stomach (62.9%). Subtotal gastrectomy was performed in 32 cases (91.4%), and total gastrectomy in 3 cases (8.6%). The mean operative time was 182.17 ± 19.35 minutes (range: 145–240). The majority of digestive tract reconstructions were Roux-en-Y (94.3%). No intraoperative complications or postoperative mortality were observed. A total of 731 lymph nodes were dissected, with an average of 20.88 ± 8.69 nodes per patient (range: 12–46); among them, 123 metastatic nodes were found, accounting for 16.82%. The postoperative complication rate was 8.6%, including one case requiring reoperation due to early bowel obstruction. The average postoperative hospital stay was 12.25 ± 2.82 days (range: 7–19). **Conclusion:** Radical surgery for gastric cancer at 19-8 Hospital is a safe technique that has shown good preliminary results and provides high treatment efficacy for patients. **Keywords:** Gastric surgery, gastric cancer, gastrectomy.

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 năm 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 tư sau ung thư gan, phổi và vú. [1].

Điều trị ung thư dạ dày là sự phối hợp đa mô thức với nhiều tiến bộ khoa học kỹ thuật, 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.

Trong những năm gần đây tại bệnh viện 19-8 đã triển khai phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày và thu được những kết quả nhất định. Xuất phát từ tình hình thực tế, để góp phần đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư dạ dày, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật triệt căn trong điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 19-8.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 35

bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 19-8 từ tháng 07 năm 2021 đến tháng 07 năm 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả không đối chứng.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư nguyên phát dạ dày được điều trị bằng phẫu thuật cắt dạ dày nạo vét hạch.

* Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

* Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, BMI.

- Một số chỉ tiêu về lâm sàng và cận lâm sàng.

- Đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh: vị trí u, giai đoạn khối u, type mô bệnh học.

- Đặc điểm về hạch: số lượng hạch được nạo vét, số hạch di căn.

- Phương pháp phẫu thuật: cắt bán phần hay cắt toàn bộ dạ dày, phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá.

- Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Tuổi và giới. Từ 07/2021 - 07/2025, 35 bệnh nhân ung thư dạ dày thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh được phẫu thuật cắt dạ dày nạo vét hạch, gồm 25 nam (71,4%), 10 nữ (28,6%), độ tuổi trung bình $61,7 \pm 11,9$ tuổi (30 – 84 tuổi), độ tuổi gặp nhiều nhất là 61 đến 70 tuổi chiếm 42,9%.

3.1.2. Chỉ số khối cơ thể (BMI)

Bảng 3.1. Chỉ số khối cơ thể

BMI	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<18,5 (thiếu cân)	9	25,7
18,5-24,9 (bình thường)	22	62,9
≥25 (thừa cân)	4	11,4

Nhận xét: Số bệnh nhân có chỉ số khối bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 62,9%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng		
Đau bụng	34	97,1
Sút cân	8	22,9
Buồn nôn và nôn	5	14,3
Nôn ra máu	0	0
Thiếu máu	2	5,7

Đi ngoài phân đen	3	8,6
Bán tắc ruột	0	0
Mệt mỏi	15	42,9
Thời gian nhập viện từ khi có triệu chứng		
Không có triệu chứng	0	0
Dưới 1 tháng	12	34,3
Từ 1 tháng đến 3 tháng	19	54,3
Trên 3 tháng đến dưới 6 tháng	2	5,7
Trên 6 tháng	2	5,7
Tiền sử phẫu thuật bụng		
Có	6	17,1
Không	29	82,9
Bệnh kết hợp		
Đột quy não	1	2,9
Đái tháo đường type 2	3	8,6
Suy tim	1	2,9
Tăng huyết áp	4	11,4
Tăng huyết áp + Đột quy não	1	2,9
Tăng huyết áp + Đái tháo đường type 2	4	11,4

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng đau bụng chiếm tỉ lệ cao nhất 97,1%

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng thiếu máu		
Không thiếu máu	24	68,6
Thiếu máu mức độ nhẹ	4	11,4
Thiếu máu mức độ vừa	5	14,3
Thiếu máu mức độ nặng	2	5,7
Đặc điểm tổn thương trên CLVT ổ bụng		
Bình thường	8	22,9
Dày thành dạ dày	23	65,7
Hẹp môn vị	7	20,0
Hạch ổ bụng	17	48,6
Giải phẫu bệnh trước mổ		
Loạn sản	0	0,0
Tổ chức viêm	0	0,0
Ung thư	35	100

Nhận xét: 32,4% bệnh nhân có thiếu máu, giải phẫu bệnh trước mổ 100% là ung thư biểu mô tuyến.

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.3.1. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.4. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2	32	91,4
Cắt bán phần trên dạ dày, vét hạch D2	0	0
Cắt toàn bộ dạ dày, vét hạch D2	3	8,6
Tổng	35	100%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 chiếm 91,4%

3.3.2. Kết quả trong mổ

- Tai biến trong mổ: 0.
- Tử vong trong và sau mổ: 0.
- Thời gian phẫu thuật: trung bình 182,17 ± 19,35 phút (145 - 240 phút).

Bảng 3.5. Chỉ số trong mổ

Chỉ số trong mổ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm miệng nối		
Billroth I	0	0,0
Billroth II	2	5,7
Roux-en-Y	33	94,3
Khâu tay toàn bộ	35	100
Nối máy toàn bộ	0	0,0
Kết hợp nối máy và khâu tay	0	0,0
Đặc điểm dẫn lưu		
Có dẫn lưu	35	100
Không dẫn lưu	0	0,0

Nhận xét: 100% miệng nối thực hiện bằng khâu tay, trong đó 94,3% tái lập lưu thông tiêu hoá kiểu Roux-en-Y.

3.3.3. Kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 3.6. Số lượng hạch

	Trung bình (hạch)	Min (hạch)	Max (hạch)	Tổng
Hạch vét được	20,88±8,69	12	46	731
Hạch dương tính	3,51±5,63	0	25	123

Nhận xét: Tỉ lệ hạch dương tính là 16,82%, 100% bệnh nhân lấy được từ 12 hạch trở lên.

Bảng 3.7. Giải phẫu bệnh sau mổ

Vi thể sau mổ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô tuyến	33	94,3
Ung thư tế bào nhân	2	5,7
Tổng	35	100

Nhận xét: 02 trường hợp sau mổ có kết quả ung thư tế bào nhân khác với kết quả trước mổ.

3.4. Kết quả sớm sau mổ

Bảng 3.8. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu chân dẫn lưu	1	2,85
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,85
Tắc ruột	1	2,85
Mổ lại	1	2,85

Nhận xét: 01 bệnh nhân phải mổ lại do quai ruột bị kẹt ở chân dẫn lưu, chiếm 2,85%.

Bảng 3.9. Đặc điểm hậu phẫu

Thời gian	Trung bình (ngày)	Min (ngày)	Max (ngày)
Thời gian dùng	4,14±1,08	3	7

giảm đau sau mổ			
Thời gian trung tiện trở lại sau mổ	4,45±1,12	3	8
Thời gian rút ống dẫn lưu sau mổ	5,57±1,80	3	12
Thời gian nằm viện sau mổ	6,96±1,77	4	12

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi. Trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình là $61,7 \pm 11,9$ tuổi, thấp nhất 30 tuổi, cao nhất 84 tuổi, nhóm tuổi 61–70 tuổi chiếm đa số. Nam giới cao hơn nữ giới với tỉ lệ nam/nữ là 2,5/1. Bệnh ít gặp ở lứa tuổi dưới 40 (5,7%). Theo nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn: tuổi trung bình $64,7 \pm 9,8$ (dao động 27 - 81 tuổi) và tỷ lệ nam/nữ là 2,3/1. Như vậy, tuổi trung bình mắc UTDD theo các nghiên cứu nước ngoài cao hơn so với các kết quả trong nước, điều này do nước ta nằm trong vùng dịch tễ có nguy cơ cao hơn nên tuổi trung bình thấp hơn, mặt khác điều này có thể giải thích là do yếu tố địa dư, điều kiện kinh tế - xã hội và do tập tục thói quen của chúng ta ăn nhiều dưa cà muối chứa nitrate, nitrate là một trong những yếu tố nguy cơ cao gây ung thư dạ dày [2]. Theo thống kê tại bệnh viện của chúng tôi thì tuổi mắc bệnh UTDD chủ yếu là sau 40 tuổi, nam có xu hướng tăng nhanh và cao hơn nữ giới.

Triệu chứng lâm sàng của UTDD thường nghèo nàn, không đặc hiệu. Đau bụng thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 97,1%, và cũng là nguyên nhân phổ biến nhất khiến bệnh nhân phải đi khám và nhập viện. Một số tác giả nghiên cứu về UTDD ở nước ta như Nguyễn Đức Huân, thì tỷ lệ đau bụng vùng thượng vị cũng tương đương với giai đoạn muộn có tỷ lệ 92,7%; Vũ Hải đau bụng vùng thượng vị trên bệnh nhân UTDD sớm là 100% [3]. Theo chúng tôi triệu chứng đau vùng thượng vị chiếm một tỷ lệ cao như vậy có thể do phần lớn bệnh nhân có tiền sử viêm loét dạ dày. Chúng tôi không gặp trường hợp nào bệnh nhân tự sờ thấy khối u. Những bệnh nhân suy kiệt cơ thể do hẹp môn vị được nuôi dưỡng tĩnh mạch. Những bệnh nhân thiếu máu, xuất huyết tiêu hóa được truyền máu, điều trị hết xuất huyết tiêu hóa. Khi thể trạng tốt hơn, các chỉ số xét nghiệm máu gần với chỉ số bình thường, hoặc bình thường, chúng tôi chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2.

Phần lớn bệnh nhân đến viện trong vòng 3 tháng đầu tiên kể từ khi xuất hiện triệu chứng (chiếm 88,6%), chỉ có 11,4% bệnh nhân phát hiện bệnh quá 3 tháng. Kết quả này thấp hơn

một số tác giả trước đây như Trịnh Hồng Sơn (trung bình 6 tháng), Nguyễn Đức Huân (trung bình 12 tháng) [2], [3]. Điều này phản ánh ý thức khám bệnh của người dân khi có triệu chứng đã cải thiện trong thời gian gần đây.

Tiền sử mắc các bệnh kết hợp: Bệnh nhân tuổi càng cao, thì càng có nhiều bệnh kết hợp. Nghiên cứu của chúng tôi có 15 bệnh nhân có các bệnh lý kết hợp như tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, đột quỵ não, suy tim (42,85%). Bên cạnh đó có 6 trường hợp mổ cũ vùng bụng (17,1%). Bệnh lý kết hợp và tiền sử mổ bụng cũ gây khó khăn và đôi khi là chống chỉ định cho phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo vét hạch. Do đó cách tiếp cận phẫu thuật mở là tối ưu hơn cho các bệnh nhân này.

Theo WHO, huyết sắc tố ở nam dưới 130g/l, huyết sắc tố ở nữ dưới 120g/l là thiếu máu. Đối chiếu với WHO, chúng tôi có 11 bệnh nhân (31,4%) thiếu máu. Theo Trịnh Hồng Sơn phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 cho bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa chiếm tỷ lệ 11,1% [2]. Các trường hợp thiếu máu chúng tôi đều điều trị tích cực, có thể truyền máu sau đó phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 để giải quyết nguyên nhân thiếu máu và xuất huyết tiêu hóa.

Nội soi dạ dày là phương pháp chẩn đoán chính xác nhất, có giá trị chẩn đoán cao nhất. Càng sinh thiết nhiều mảnh, độ chính xác càng lớn. Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được nội soi dạ dày để xác định vị trí u, kích thước u, các dạng tổn thương đại thể và được sinh thiết làm chẩn đoán mô bệnh học với kết quả giải phẫu bệnh trước mổ 100% ung thư biểu mô tuyến. Nhờ áp dụng phương pháp nội soi dạ dày và sinh thiết, tỷ lệ phát hiện sớm UTDD ngày càng tăng [4]. Các phương tiện khác như siêu âm ổ bụng, cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng cũng được thực hiện hầu hết (100% bệnh nhân chụp CLVT). Tuy nhiên siêu âm và CLVT bụng chỉ giúp phát hiện các tổn thương kèm theo mà không có giá trị chẩn đoán xác định nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí khối u trên soi dạ dày gặp nhiều nhất ở 1/3 dưới (62,9%), 1/3 giữa gặp 31,5%, 1/3 trên gặp ít hơn với 8,6%. tác giả Trịnh Hồng Sơn trong nghiên cứu của mình cũng cho nhận xét là vị trí u chủ yếu gặp ở vùng hang môn vị và bờ cong nhỏ (1/3 dưới và giữa) [2].

Về cách thức phẫu thuật, đa số bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày kèm vét hạch D2 (91,4%). Chỉ có 3 trường hợp cắt dạ dày toàn bộ do vị trí u ở tâm vị và bờ cong lớn gần tâm vị. Kết quả này tương đương với nghiên

cứu của Roh C.[5], cắt dạ dày bán phần xa là 85%. Chúng tôi thực hiện tái lập lưu thông tiêu hoá toàn bộ bằng khâu tay với kiểu nối Roux-en-y là chủ yếu (94,3%). Sự phục hồi lưu thông tiêu hóa phụ thuộc vào vị trí u, kích thước u, độ xâm lấn và thói quen của phẫu thuật viên. Phương pháp Roux-en-Y là phương pháp ưa thích để chống trào ngược, để phòng viêm dạ dày thực quản, ung thư tái phát tại miệng nối. Phương pháp này có thể áp dụng cho cả cắt bán phần dạ dày và toàn bộ dạ dày. Phương pháp Bilroth II được áp dụng nhiều nhất cho cắt bán phần đầu dưới dạ dày, nó cho kích thước miệng nối phù hợp và lưu thông tiêu hóa tốt. Kết thúc cuộc mổ tất cả bệnh nhân đều được đặt dẫn lưu dưới gan có thể kèm theo dẫn lưu Douglas. Mục đích đặt dẫn lưu là để phát hiện sớm chảy máu, rò tiêu hoá và phòng tránh dịch bạch huyết tiết ra nhiều sau mổ gây ứ đọng thành áp xe tồn dư.

Số lượng hạch vét được trung bình là $20,88 \pm 8,69$ hạch, nhiều nhất 46 hạch và ít nhất 12 hạch, với số hạch di căn trung bình là 3,51 hạch. Không có tai biến biến chứng nào lớn liên quan đến nạo vét hạch. Hạch di căn là một yếu tố tiên lượng độc lập trong UTDD. Mặc dù đa số hạch sẽ tăng kích thước và cứng khi bị di căn, phẫu thuật viên có thể đánh giá bằng đại thể trong khi mổ nhưng khoảng 26% trường hợp tế bào ung thư được tìm thấy trong những hạch kích thước rất nhỏ và bị coi là không di căn khi quan sát đại thể. Chính việc không thể xác định chính xác các hạch di căn ngay trong khi mổ đã làm nảy sinh vấn đề vét hạch rộng rãi [3]. Theo Trịnh Hồng Sơn có hiện tượng di căn "nhảy cóc" trong UTDD, hơn nữa không thể dựa vào kết quả sinh thiết của một hay vài hạch để quyết định có nạo vét hạch rộng rãi hay không [2]. Mặt khác trong điều kiện nước ta hiện nay phần lớn bệnh nhân đến viện khi đã ở giai đoạn tiến triển, do vậy theo chúng tôi việc nạo vét hạch D2 là phù hợp khi các phương tiện giúp chẩn đoán giai đoạn bệnh chính xác trước mổ chưa phổ biến. Theo Andreollo NA và Sano T. vét hạch D2 kèm theo nhóm hạch số 13 dự phòng được vàng da tắc mật do ung thư dạ dày di căn vào nhóm hạch này gây chèn ép [6], [7]. Theo Kikuchi Svét hạch D2 kèm theo vét những hạch cạnh động mạch chủ cho tỷ lệ sống 5 năm lên đến 70,3% [8].

Thời gian phẫu thuật trung bình $182,17 \pm 19,35$ phút (145 - 240 phút). Chúng tôi không gặp trường hợp nào tai biến trong mổ. Biến chứng sớm sau mổ 8,55% bao gồm 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 1 trường hợp chảy máu

chân dẫn lưu và 1 trường hợp tắc ruột sớm do quai ruột kẹt vào chân dẫn lưu phải mổ lại. Không có trường hợp nào tử vong trong mổ và 30 ngày sau mổ.

Thời gian trung tiện trung bình là $4,45 \pm 1,12$ ngày, tất cả bệnh nhân trung tiện trong 3 đến 8 ngày. Thời gian lưu dẫn lưu trung bình $5,57 \pm 1,80$ ngày, ngắn nhất 3 ngày và dài nhất 12 ngày. Thời gian trung bình nằm viện là $12,25$ ngày, ngắn nhất 7 ngày và dài nhất 19 ngày.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 35 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 19-8 từ tháng 07 năm 2021 đến tháng 07 năm 2025 chúng tôi thấy tuổi trung bình $61,7 \pm 11,9$ tuổi (30 - 84 tuổi), thời gian phẫu thuật trung bình $182,17 \pm 19,35$ phút (145 - 240 phút), tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp, không có tử vong trong và sau mổ, thời gian nằm viện trung bình sau mổ: $12,25 \pm 2,82$ ngày.

Phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 19-8 là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, đảm bảo được nguyên tắc triệt căn của ung thư và bước đầu cho kết quả tốt.

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 May;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660.
2. **Trịnh Hồng Sơn.** Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày Luận án Tiến sĩ Y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2001.
3. **Nguyễn Đức Huân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của ung thư dạ dày tại Bệnh viện K. Luận văn Bác sĩ nội trú. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2006.
4. **Everett SM, Raxon AT.** Early gastric cancer in Europe. *Gut.* 1997;41:142-150.
5. **Roh C, Choi S, Seo W, et al.** Incidence and treatment outcomes of leakage after gastrectomy for gastric cancer: experience of 14,075 patients from a large volume centre. *Eur J Surg Oncol.* 2021 Feb 25.
6. **Andreollo NA, Lopes LR, Coelho Neto JS.** Postoperative complications after total gastrectomy in the gastric cancer: analysis of 300 patients. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2011;24:126-130.
7. **Sano T, Coit DG, Kim HH, et al.** Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer Association staging project. *Gastric Cancer.* 2017;20:
8. **Kikuchi S, Sakasibara Y, Sakuramoto S, et al.** Recent results in the surgical treatment of gastric cancer according to the Japanese and TNM classification. *Anticancer Res.* 2001;48(1):1227-1230

KẾT QUẢ ĐÁP ỨNG VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA ATEZOLIZUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC 2 UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV

Bùi Tiến Đạt¹, Nguyễn Thị Thái Hoà²,
Nguyễn Thị Thu Hường^{1,2}, Trịnh Lê Huy^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ đáp ứng và tác dụng không mong muốn (TDKMM) của Atezolizumab trong điều trị bước 2 ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 59 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV đã thất bại với hóa trị bộ đôi có platinum trước đó. Các bệnh nhân được điều trị bước 2 bằng Atezolizumab tại Bệnh viện K từ tháng 11/2020 đến tháng 5/2025. Đánh giá tỷ lệ đáp ứng và một số TDKMM của phác đồ điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) là 17%, và tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 45,8%. Bệnh tiến triển ở 54,2% bệnh nhân. TDKMM hầu hết là độ 1-2 như men gan (18,6%), mệt mỏi (18,7%), buồn nôn (8,5%). Không có TDKMM nặng (Độ 3-4) nào được ghi nhận, ngoại trừ một trường hợp mệt mỏi độ 3 (1,7%). **Kết luận:** Điều trị bước 2 bằng phác đồ Atezolizumab đơn trị mang lại kết quả khả quan về tỷ lệ đáp ứng và an toàn cho những bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV đã thất bại với phác đồ hóa trị trước đó. Hiệu quả này đặc biệt rõ rệt ở những bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt (PS 0-1). **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, Giai đoạn IV, Atezolizumab, Điều trị bước 2, Hiệu quả điều trị, Tác dụng không mong muốn.

SUMMARY

EFFICACY AND ADVERSE EFFECTS OF ATEZOLIZUMAB AS SECOND-LINE TREATMENT IN STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Objective: This study aimed to evaluate the response rate and adverse effects of Atezolizumab as a second-line treatment in patients with stage IV non-small cell lung cancer (NSCLC). **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 59 patients with stage IV NSCLC who had previously failed platinum-based doublet chemotherapy. These patients received second-line treatment with Atezolizumab at K Hospital from November 2020 to May 2025. The study assessed treatment response rates and treatment-related adverse events. **Results:** The objective response rate (ORR) was 17%, and the disease control rate (DCR) was 45.8%. Disease

progression occurred in 54.2% of patients. Most adverse events were grade 1–2, including elevated liver enzymes (18.6%), fatigue (18.7%), and nausea (8.5%). No grade 3–4 adverse events were recorded, except for one case of grade 3 fatigue (1.7%). **Conclusion:** Second-line monotherapy with Atezolizumab demonstrated promising efficacy and safety in patients with stage IV NSCLC who had failed prior chemotherapy. The treatment was particularly effective in patients with good performance status (PS 0–1). **Keywords:** Non-small cell lung cancer, Stage IV, Atezolizumab, Second-line treatment, Treatment efficacy, Adverse events.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính phổ biến và là mối đe dọa lớn đối với sức khỏe toàn cầu. Theo báo cáo Globocan 2022 của Tổ chức Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC), mỗi năm có khoảng 2,5 triệu ca mắc mới, chiếm 12,4% tổng số ca mắc, và 1,8 triệu ca tử vong, chiếm 18,7% số ca tử vong do ung thư. Tại Việt Nam, ung thư phổi đứng thứ ba sau ung thư vú và ung thư gan, với 24.426 ca mắc mới mỗi năm (13,5%) và 22.597 ca tử vong (18,8%).[1,2]

UTPKTBN di căn có tiên lượng xấu, điều trị toàn thân là liệu pháp căn bản cho giai đoạn này. Đối với bệnh nhân có đột biến gen EGFR và ALK, việc sử dụng thuốc đích đã cho thấy tăng tỷ lệ đáp ứng và kéo dài thời gian sống. Tuy nhiên, gần 50% bệnh nhân không có đột biến dẫn đường và không nhạy cảm với thuốc ức chế Tyrosin kinase (TKI) nên hoá trị là lựa chọn phổ biến. Hoá trị bộ đôi cải thiện sống thêm trung bình 8-10 tháng so với chăm sóc giảm nhẹ. Tuy nhiên, sau khi bệnh tiến triển, đơn hoá trị với Docetaxel, Pemetrexed được coi như điều trị tiêu chuẩn ở thời điểm trước khi phát triển các phương pháp điều trị miễn dịch.[3]

Điều trị miễn dịch là liệu pháp dùng thuốc để giải phóng và kích thích hệ miễn dịch của cơ thể nhằm chống lại sự phát triển của khối u. Trong điều trị bước 2, nghiên cứu OAK là nghiên cứu giai đoạn 3, một nghiên cứu đa trung tâm, đa quốc gia, ngẫu nhiên, nhãn mở trên 1225 bệnh nhân UTPKTBN di căn. Nghiên cứu này đã so sánh hiệu quả của Atezolizumab với hoá trị bằng Docetaxel đơn trị. Kết quả của nghiên cứu đưa đến kết luận: theo dõi lâu dài cho thấy lợi ích

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Đạt

Email: tiendat.onc@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025