

hóa liên quan đến mảng xơ vữa động mạch chi dưới nhưng không liên quan đến bệnh động mạch chi dưới do xơ vữa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

VI. KIẾN NGHỊ

Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 khi có một trong những yếu tố sau, gồm tuổi từ 60, thời gian mắc đái tháo đường típ 2 trên 10 năm và bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa cần được siêu âm doppler tâm soát mảng xơ vữa động mạch chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Minh Quân, Trần Thị Khánh Tường, Cao Đình Hưng, cs.** Tỷ lệ bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;534(1B):319-322.
2. **Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al.** 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J. 2020;41(2):255-323.
3. **Guo K, Zhang L, Lu J, et al.** Non-alcoholic fatty liver disease is associated with late but not early atherosclerotic lesions in Chinese inpatients with type 2 diabetes. J Diabetes Complications. 2017;31(1):80-5.
4. **Karlas T, Petroff D, Garnov N, et al.** Non-invasive assessment of hepatic steatosis in patients with NAFLD using controlled attenuation parameter and 1H-MR spectroscopy. PLoS One. 2014;9(3):e91987.
5. **Méndez-Sánchez N, Díaz-Orozco LE.** Editorial: International Consensus Recommendations to Replace the Terminology of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) with Metabolic-Associated Fatty Liver Disease (MAFLD). Med Sci Monit. 2021;27:e933860.
6. **Schaberle W.** Ultrasonography in Vascular Diagnosis – A Therapy-Oriented Textbook and Atlas. Springer; 2018.
7. **Targher G, Day CP, Bonora E.** Risk of cardiovascular disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease. N Engl J Med. 2010;363(14):1341-50.
8. **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). 2020;10(3):1-11.
9. **Wong VW, Vergniol J, Wong GL, et al.** Diagnosis of fibrosis and cirrhosis using liver stiffness measurement in nonalcoholic fatty liver disease. Hepatology. 2010;51(2):454-62.
10. **Zou Y, Li X, Wang C, et al.** Association between non-alcoholic fatty liver disease and peripheral artery disease in patients with type 2 diabetes. Intern Med J. 2017;47(10):1147-53.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VINH PHÚC GIAI ĐOẠN 2023 - 2025

Trương Tiến Thịnh¹, Lê Văn Tịnh¹,
Trịnh Hồng Sơn², Nguyễn Đình Phúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 130 người bệnh ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật trong giai đoạn 01/2023-9/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 130 người bệnh cho thấy: vị trí hang-mô vi thường gặp nhất 45,2%; các dạng tổn thương chủ yếu là loét sùi (52,2%) và tổn thương đơn ổ (97,4%). Kích thước U trung bình là 39,01 ± 17,90 mm. Thể mô bệnh học chủ yếu là biệt hóa kém (32,2%) và vừa (46,1%). 88,5% bệnh nhân được nạo hạch, 65,2% bệnh nhân có di căn và 80% được phẫu thuật triệt căn. Thời gian mổ trung bình của toàn bộ mẫu là

211,04 ± 55,18 phút, với khoảng dao động rộng 58-285 phút, thời gian nằm viện trung bình 19,66 ± 5,61 ngày. Có 31 NB gặp tai biến - biến chứng (23,8%), 1 NB tử vong sau mổ (0,8%). Tỷ lệ dùng hoá chất sau mổ là 50,0%. Khi phân tích theo mục tiêu phẫu thuật, nhóm triệt căn có 51,9% điều trị bổ trợ phù hợp vai trò hoá chất kiểm soát hệ thống, còn nhóm giảm nhẹ 20,0% lựa chọn cá thể hoá. **Kết luận:** Phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô dạ dày có kết quả khá tốt, phù hợp với mục tiêu triệt căn.

Từ khóa: Phẫu thuật, ung thư biểu mô dạ dày.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL RESULTS IN TREATING GASTRIC CANCER AT VINH PHUC GENERAL HOSPITAL IN THE PERIOD 2023 - 2025

Objective: To evaluate the results of surgery for long-term skin carcinoma at Vinh Phuc General Hospital. **Method:** Cross-sectional descriptive study on 130 patients with gastric carcinoma who underwent surgery during the period 01/2023-9/2025 at Vinh Phuc General Hospital. **Results:** The study on 130 patients showed that: the most common location

¹Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trương Tiến Thịnh

Email: tinhngsd@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

was cavernous-microscopic 45.2%; the main types of lesions were ulcerative (52.2%) and solitary lesions (97.4%). The average tumor size was 39.01 ± 17.90 mm. The main histopathological types were poorly differentiated (32.2%) and moderately differentiated (46.1%). 88.5% of patients underwent lymph node dissection, 65.2% had metastases and 80% underwent radical surgery. The average surgical time of the entire sample was 211.04 ± 55.18 minutes, with a wide range of 58–285 minutes, and the average hospital stay was 19.66 ± 5.61 days. 31 patients had adverse events (23.8%), and 1 patient died after surgery (0.8%). The rate of postoperative chemotherapy was 50.0%. When analyzed by surgical goals, 51.9% of the radical group received adjuvant treatment appropriate to the role of systemic chemotherapy, while 20.0% of the palliative group chose individualized treatment. **Conclusion:** Radical surgery for gastric carcinoma has quite good results, consistent with the radical goal.

Keywords: Surgery, gastric carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những nguyên nhân tử vong do ung thư hàng đầu trên toàn cầu. Theo ước tính GLOBOCAN mới nhất, gánh nặng UTDD vẫn rất đáng kể với tỷ lệ mắc và tử vong cao, đặc biệt tại khu vực châu Á.¹ Chiến lược điều trị trong hơn một thập kỷ qua có những thay đổi: (1) chuẩn hóa chỉ định và phạm vi phẫu thuật (mức độ nạo vét hạch, diện cắt), (2) mở rộng vai trò của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu (minimally invasive surgery – MIS) ở cả giai đoạn sớm và được chọn lọc ở giai đoạn tiến triển, (3) tăng cường hóa trị trước mổ/ hỗ trợ, và gần đây là điều trị cá thể hóa theo dấu ấn sinh học. Những định hướng này được cập nhật chi tiết trong các khuyến cáo ESMO, JGCA và NCCN.²⁻⁴ Tại Việt Nam, việc áp dụng đồng bộ các tiến bộ trên còn khác biệt giữa các tuyến bệnh viện, phụ thuộc vào nguồn lực nhân lực – trang thiết bị, mô hình bệnh nhân, cũng như mức độ tiếp cận điều trị đa mô thức. Do đó, cần có những số liệu cập nhật tại từng cơ sở nhằm: (1) mô tả đặc điểm bệnh nhân và bệnh học, (2) đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật theo thực hành thường quy, (3) so sánh kết quả với các tiêu chuẩn/khuyến cáo quốc tế và một số báo cáo trong nước để xác định các điểm mạnh – hạn chế và hướng cải tiến chất lượng. Nghiên cứu (NC) của chúng tôi nhằm mô tả mức độ triệt căn, tỷ lệ biến chứng – tử vong sớm, thời gian mổ – nằm viện, và tỷ lệ hóa trị sau mổ. Đây là cơ sở để điều chỉnh quy trình chẩn đoán – điều trị, tăng cường phẫu thuật an toàn, tiêu chuẩn hóa nạo vét hạch, chọn lựa MIS hợp lý, và tối ưu chiến lược điều trị đa mô thức phù hợp điều kiện tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang trên 130 người bệnh ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật trong giai đoạn 01/2023–9/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ:
+ Tiêu chuẩn chọn: Chẩn đoán sau mổ là ung thư biểu mô dạ dày, được phẫu thuật triệt căn hoặc giảm nhẹ; hồ sơ có đủ dữ liệu.
+ Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư không thuộc biểu mô, ung thư biểu mô dạ dày thứ phát

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: thuận tiện, 130 NB

2.4. Các biến số nghiên cứu: đặc điểm giải phẫu bệnh: vị trí, tổn thương, kích thước, khoảng cách tới diện cắt, phân độ xâm lấn, thể mô bệnh học, mức độ xâm nhập, hạch nạo vét, hạch di căn, giai đoạn bệnh, mức độ triệt căn; hoàn cảnh, hình thức, phương pháp thời gian phẫu thuật, tai biến – biến chứng, thời gian nằm viện.

2.5. Xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua NC 130 NB được phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc từ tháng 01/2023 đến hết tháng 9/2025, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm giải phẫu bệnh (n=115)

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%) - Trung bình
Đại thể		
Vị trí	Tâm vị	1, 0,9%
	Phình vị	1, 0,9%
	Thân vị	7, 6,1%
	Hang vị	27, 23,5%
	Môn vị	20, 17,4%
	Hang – môn vị	52, 45,2%
	Góc bờ cong nhỏ	5, 4,3%
	Miệng nối	2, 1,5%
Tổn thương	Loét sùi	60, 52,2%
	Loét	23, 20,0%
	Sùi	19, 16,5%
	Thâm nhiễm	13, 10,0%
Số lượng tổn thương	Đơn ổ	112, 97,4%
	Đa ổ	3, 2,6%
Kích thước u (mm)		39,01 ± 17,90
Khoảng cách rìa u đến diện cắt (mm)		24,9 ± 17,35
Vi thể		
Phân độ xâm lấn u	T1b	10, 8,7%
	T2	39, 33,9%

(T)	T3	13	11,3%
	T4a	45	39,1%
	T4b	8	7,0%
	T4b – đại tràng	5/8	62,5%
	T4b – túi mật	2/8	25,0%
	T4b – đuôi tụy	1/8	12,5%
Thể mô bệnh học	KBM tuyến, BH kém	37	32,2%
	KBM tuyến, BH vừa	53	46,1%
	KBM tuyến, BH cao	1	0,9%
	KBM tuyến nhầy	6	5,2%
	KBM tế bào nhân	18	15,7%
Xâm nhập mạch máu – bạch huyết		16	13,9%
Xâm nhập thần kinh		16	13,9%
Hạch			
Nạo vét hạch		115	88,5%
Số lượng hạch nạo vét			23,19 ± 9,64
	≥16 hạch	86	74,8%
	<16 hạch	29	25,2%
Di căn hạch		75	65,2%
Số lượng hạch di căn			6,91 ± 6,72
Phân loại hạch (N)	N0 (< 16 hạch)	11	9,6%
	N0	29	25,2%
	N1	21	18,3%
	N2	25	21,7%
	N3a	23	20,0%
	N3b	6	5,2%
Giai đoạn bệnh (n=130)			
Giai đoạn	I	27	20,8%
	II	28	21,5%
	III	51	39,2%
	IV	24	18,5%
Vị trí di căn giai đoạn IV	Phúc mạc	17	13,1%
	Gan	1	0,8%
	Hạch xa	11	8,5%
Mức độ triệt căn	Triệt căn	104	80,0%
	Cắt bớt u	11	8,5%
	Giảm nhẹ	15	12,3%

Bảng 1 cho thấy vị trí hang-mô vi thường gặp nhất 45,2%; các dạng tổn thương chủ yếu là loét sùi (52,2%) và tổn thương đơn ổ (97,4%). Kích thước U trung bình là 39,01 ± 17,90 và khoảng cách rìa u đến diện cắt là 24,9 ± 17,35 mm. Thể mô bệnh học chủ yếu là biệt hóa kém (32,2%) và vừa (46,1%). 88,5% bệnh nhân được nạo hạch và trên 16 hạch (74,8%). 65,2% bệnh nhân có di căn và 80% được phẫu thuật triệt căn.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật		Số lượng – tỷ lệ (n,%)	Trung bình
Hóa chất trước phẫu	Giảm nhẹ	1 – 0,8%	
	Cắt bớt u	0	
	Triệt căn	0	

thuật	Chủ động	107 – 82,3%	
	Cấp cứu	23 – 17,7%	
	Hẹp môn vị	17 – 13,1%	
	Chảy máu	6 – 4,6%	
	Thủng	0	
Hình thức phẫu thuật	Mở	124 – 95,4%	
	Nội soi	6 – 4,6%	
Phương pháp phẫu thuật	Cắt đoạn dạ dày + MNL, nạo vét hạch	99 – 76,2%	
	Cắt toàn bộ dạ dày + MNL, nạo vét hạch	8 – 6,2%	
	Cắt đoạn dạ dày + MNL, nạo vét hạch, kèm cắt tạng	4 – 3,1%	
	Cắt toàn bộ dạ dày + MNL, nạo vét hạch, kèm cắt tạng	4 – 3,1%	
	Mở thông hồng tràng/nối vị – tràng	15 – 11,4%	
	Miệng nối	Finsterer	92 – 80,0%
	Roux-en-Y	12 – 10,4%	
	Péan	11 – 9,6%	
Tai biến – biến chứng	Độ II	31 – 23,8%	
Phân loại Clavien – Dindo	Chảy máu trong mổ	4 – 3,1%	
	Viêm phổi	6 – 4,6%	
	Rò miệng nối	3 – 2,3%	
	Chảy máu miệng nối	2 – 1,5%	
	Nhiễm trùng vết mổ	11 – 8,5%	
	Độ IIIa	7 – 5,4%	
	Viêm phổi	6 – 4,6%	
	Rò miệng nối	1 – 0,8%	
	Độ V	1 – 0,8%	
	Vỡ gan	1 – 0,8%	
	Viêm phổi	1 – 0,8%	
	Thời gian phẫu thuật (phút)		211,04 ± 55,18
	Có tiền sử mổ	18 – 13,8%	193,39 ± 14,97
Không có TS mổ		112 – 86,2%	213,88 ± 5,08
Thời gian nằm viện (ngày)		19,66 ± 5,61	
Không bệnh mạn tính	80 – 61,5%	19,41 ± 5,20	
	Có bệnh mạn tính	50 – 38,5%	20,06 ±

			6,24
	ASA II	42	19,43 ± 5,94
	ASA III	8	23,38 ± 7,13
	Không tai biến – biến chứng	106 – 81,5%	18,82 ± 5,01
	Có tai biến – biến chứng	24 – 18,5%	23,38 ± 6,65
	Hóa chất sau phẫu thuật	65 – 50%	
	Triệt căn	54/104 – 51,9%	
	Cắt bớt u	8/11-72,7%	
	Giảm nhẹ	3/15-20,0%	

82,3% các ca phẫu thuật được tiến hành chủ động và chủ yếu là mổ mở (95,4%), 76,2% cắt đoạn dạ dày + MNL, nạo vét hạch, 80% sử dụng miệng nối Finsterer. Thời gian mổ trung bình của toàn bộ mẫu là 211,04 ± 55,18 phút, với khoảng dao động rộng 58–285 phút, thời gian nằm viện trung bình 19,66 ± 5,61 ngày. Có 31 NB gặp tai biến – biến chứng (23,8%), 1 NB tử vong sau mổ (0,8%). Tỷ lệ dùng hoá chất sau mổ là 50,0% (65/130 NB). Khi phân tích theo mục tiêu phẫu thuật, nhóm triệt căn có 51,9% điều trị bổ trợ, nhóm cắt bớt u 72,7% (phù hợp vai trò hoá chất kiểm soát hệ thống), còn nhóm giảm nhẹ 20,0% lựa chọn cả thể hoá.

IV. BÀN LUẬN

Quần thể NB của chúng tôi có phân bố tổn thương nhiều nhất ở vùng hang–môn vị (45,2%), tiếp theo là hang vị (23,5%) và môn vị (17,4%), tương đồng với nhiều báo cáo tại châu Á — nơi ung thư 1/3 dưới dạ dày vẫn chiếm ưu thế và phù hợp với thực hành phẫu thuật cắt đoạn là chủ đạo ở nhóm vị trí này. Hình ảnh đại thể “loét sùi” chiếm 52,2%, phản ánh tỷ lệ bệnh ở giai đoạn tiến triển vẫn còn cao, tương tự các số liệu trong nước gần đây.⁵⁻⁹

Về mức độ xâm lấn của khối u, tỷ lệ T4a là 39,1% và T4b là 7,0%, cao hơn so với các NC khác tại Nhật–Hàn (nơi ung thư giai đoạn sớm nhiều hơn), nhưng phù hợp với bối cảnh Việt Nam khi phần lớn NB đến muộn.^{3,9,10}

Sự hiện diện của tủy tế bào nhân (15,7%) có ý nghĩa tiên lượng (nguy cơ di căn phúc mạc, đáp ứng hóa chất tương đối hạn chế), cho thấy cần cá thể hóa điều trị theo mô học và dấu ấn sinh học theo khuyến cáo ESMO/NCCN.^{2,4,10}

Chất lượng nạo vét hạch là vấn đề then chốt của phẫu thuật triệt căn. Số hạch nạo vét trung bình 23,19 ± 9,64; 74,8% ca có ≥16 hạch, đáp ứng ngưỡng tối thiểu để phân giai đoạn.^{3,4} Song, vẫn còn khoảng 25,2% ca chưa đạt ≥16 hạch, chúng tôi cần chuẩn hóa kỹ thuật hơn để lập bản

đồ hạch.

Tỷ lệ có hạch di căn là 65,2% (trung bình 6,91 hạch), phù hợp với bệnh cảnh “đến muộn”, giải thích phần nào tỷ lệ giai đoạn III (39,2%) và IV (18,5%) trong toàn bộ mẫu. Điều này tương đồng với các báo cáo trong nước khác, tỷ lệ giai đoạn tiến triển thường vượt quá 50%.^{5,7-9,13}

Khoảng cách diện cắt trung bình 24,9 ± 17,35 mm, để tối ưu kiểm soát tại chỗ, chúng tôi đã gửi giải phẫu bệnh diện cắt trên và dưới nhưng việc chuẩn hóa trước mổ (phối hợp nội soi định vị – kẹp đánh dấu), đánh giá lan rộng dưới niêm mạc và sinh thiết nhiều vị trí sẽ giúp quyết định mức diện cắt phù hợp hơn trong mổ.

Phân bố mô học cho thấy tuyến biệt hóa vừa /kém chiếm đa số (~78,3%), tế bào nhân 15,7%, kèm xâm nhập mạch–bạch huyết và thần kinh đều 13,9%. Đây đều là các yếu tố tiên lượng xấu, cần nêu cao chiến lược điều trị đa mô thức (hóa trị trước mổ hoặc bổ trợ) ở giai đoạn ≥II theo các khuyến cáo để nâng cao chất lượng điều trị.^{2,4,10} Việc hóa trị trước mổ — đặc biệt ở NB T3–4/N+ được chứng minh cải thiện kiểm soát vi di căn và tăng khả năng R0.^{13,14}

Về giai đoạn bệnh: nhóm I–II chiếm 42,3% và III–IV chiếm 57,7%, nhu cầu nạo vét D2 đầy đủ và hóa chất bổ trợ là rất cần thiết; đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của sàng lọc/ phát hiện sớm để chuyển dịch sang các phẫu thuật ít xâm lấn hơn.^{3,4,10} Trong bối cảnh đó, việc đạt “triệt căn” ở 80,0% ca là tín hiệu tích cực, song vẫn còn dư địa cải thiện bằng: (1) chuẩn hóa chỉ định và kỹ thuật D2, (2) hội chẩn đa chuyên khoa sớm, (3) tăng độ chính xác giai đoạn trước mổ để chọn lựa chiến lược phù hợp.²⁻⁴

Nhìn tổng thể, bảng 2 thể hiện các chỉ số trong và sau mổ, phản ánh một quần thể NB ung thư dạ dày ở giai đoạn tương đối muộn, có bệnh kèm theo dẫn đến thời gian mổ, thời gian nằm viện kéo dài và tỉ lệ biến chứng đáng kể. Thời gian mổ trung bình của toàn bộ mẫu là 211,04 ± 55,18 phút, với khoảng dao động rộng 58–285 phút, cho thấy sự không đồng nhất về độ khó của phẫu thuật (bao gồm xâm lấn rộng, cắt kèm tạng hay thăm dò, sinh thiết). Thời gian nằm viện trung bình 19,66 ± 5,61 ngày — cao hơn đáng kể so với các NC khác (thường 6–10 ngày với MIS tiêu chuẩn).¹⁰

NC có 31 NB gặp tai biến – biến chứng (23,8%), 1 NB tử vong sau mổ (0,8%). Tương đương các báo cáo: Phan Cảnh Duy (2018): biến chứng 24,1%, tử vong 1,2%, Nguyễn Trọng Đức (2023): 21,3%, tử vong 0,7%,⁶ Dương Trọng Hiền (2024): 22,0%, tử vong 1,0%.⁹ Các biến chứng trong NC chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ

và viêm phổi, thường gặp ở NB lớn tuổi, ASA III, hoặc có bệnh mạn tính (đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính). Tỷ lệ rò /chảy máu miệng nổi đều thấp, chứng tỏ kỹ thuật khâu nối và kiểm soát mạch máu được đảm bảo. Tử vong duy nhất do vỡ gan – viêm phổi nặng, xảy ra ở NB có nhiều bệnh phổi hợp, nằm trong tỷ lệ chấp nhận được (<1%).

Nhóm NB có bệnh mạn tính (38,5%) nằm viện trung bình $20,06 \pm 6,24$ ngày so với $19,41 \pm 5,20$ ngày ở nhóm không bệnh mạn, chênh lệch không đáng kể. Nhóm ASA III (16,0%) có thời gian nằm viện $23,38 \pm 7,13$ ngày, dài hơn ASA II ($19,43 \pm 5,94$ ngày), nhấn mạnh vai trò tối ưu hoá trước mổ (hô hấp, dinh dưỡng, kiểm soát bệnh nền) để rút ngắn thời gian hồi phục. Các khuyến cáo của ESMO/NCCN/JGCA đều nhấn mạnh đánh giá, tối ưu hoá nguy cơ trước mổ, vì liên quan chặt chẽ đến biến chứng và thời gian nằm viện.^{2,4}

Về thời gian mổ theo tiền sử phẫu thuật ổ bụng, NB “đã mổ trước” có thời gian mổ lâu hơn so với “chưa mổ” (do dính, biến đổi giải phẫu), đây cũng là một yếu tố cần tiên lượng trong lập kế hoạch (chuẩn bị dính, khả năng chuyển mổ mở).

Tỷ lệ dùng hoá chất sau mổ là 50,0% (65/130 NB). Khi phân tích theo mục tiêu phẫu thuật, nhóm triệt căn có 51,9% điều trị bổ trợ, nhóm cắt bớt u 72,7% (phù hợp vai trò hoá chất kiểm soát hệ thống), còn nhóm giảm nhẹ 20,0% lựa chọn cá thể hoá. Con số 51,9% ở nhóm triệt căn do có một phần NB giai đoạn sớm (không cần bổ trợ). Theo ESMO và NCCN 2022–2025, điều trị hệ thống bổ trợ hoặc trước mổ nhằm cải thiện kiểm soát vi di căn và sống còn.^{2,3,5}

Một vài tín hiệu từ Bảng 1 giúp “giải thích” các kết quả trong Bảng 2. Thứ nhất, tỷ lệ T4a/T4b cao (46,1% cộng gộp) và có 8 ca xâm lấn tạng lân cận (đại tràng, túi mật, đuôi tụy) cho thấy gánh nặng phẫu thuật lớn — kéo theo thời gian mổ dài và nguy cơ biến chứng cao hơn.^{3,4} Thứ hai, mô bệnh học có 15,7% tế bào nhẵn—thường liên quan xâm nhập lan tủa và dính, làm khó kỹ thuật bóc tách; đây cũng là yếu tố kéo dài thời gian mổ. Cuối cùng, khoảng cách rìa u trung bình $24,9 \pm 17,35$ mm; tuy nhiên với tỳ lan tủa, các hướng dẫn khuyến cáo cần nhắc rìa rộng hơn để hạn chế tái phát tại chỗ — điều này có thể làm tăng thời phẫu tích trong.²⁻⁴

V. KẾT LUẬN

So với khuyến cáo hiện hành, chúng tôi đã đạt được: số hạch nạo vét trung bình vượt ngưỡng tối thiểu; tỷ lệ R0 cao; mô tả chi tiết đặc điểm mô học và yếu tố xâm nhập vi thể. Các điểm cần cải thiện gồm nâng tỷ lệ ca đạt ≥ 16

hạch lên mức tiệm cận 100%, và mở rộng điều trị đa mô thức dựa trên phân tầng nguy cơ (T/N, tỳ mô học, LVI/PNI). Đồng thời, tăng cường tầm soát, phát hiện sớm có thể giúp chuyển dịch gánh nặng từ T4/N+ sang T1–T2, qua đó mở ra cơ hội phẫu thuật xâm lấn tối thiểu rộng rãi hơn.

Thời gian mổ trung bình 211 phút và thời gian nằm viện sau mổ $\sim 19,7$ ngày phản ánh độ nặng bệnh và phẫu thuật; tỷ lệ biến chứng 23,8%; 50% NB được hoá chất sau mổ với mức độ áp dụng khác nhau theo mục tiêu. Mục tiêu trọng tâm tiếp theo của chúng tôi là cải thiện là ERAS – tối ưu trước mổ, chuẩn hoá can thiệp xâm lấn tối thiểu khi thích hợp, và tăng bao phủ điều trị hệ thống theo các khuyến cáo, hướng dẫn quốc tế nhằm rút ngắn thời gian nằm viện, duy trì an toàn và nâng kết cục dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. International Agency for Research on Cancer.** GLOBOCAN 2022: Cancer Today. IARC; 2020. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/7-stomach-fact-sheet.pdf>
- 2. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, et al.** Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2022;33(10): 1005-1020. doi:10.1016/j.annonc.2022.07.004
- 3. Japanese Gastric Cancer Association.** Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). *Gastric Cancer.* 2023;26(1):1-25. doi:10.1007/s10120-022-01331-8
- 4. Ajani JA, D’Amico TA, Bentrem DJ, et al.** Gastric Cancer, Version 2.2025, NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network.* 2025; 23(5): 169-191. doi:10.6004/jnccn.2025.0022
- 5. Võ Duy Long, Nguyễn Hoàng Bắc.** Đặc điểm và kết quả điều trị ung thư dạ dày ở người trẻ tuổi. *VMJ.* 2024;537(1B). doi:10.51298/vmj.v537i1B.9113
- 6. Nguyễn Trọng Đức, Kim Văn Vụ, Nguyễn Văn Trọng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư biểu mô tại Bệnh viện K. *VMJ.* 2023;529(1B). doi:10.51298/vmj.v529i1B.6385
- 7. Bùi Trung Nghĩa.** Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại bệnh viện Việt Đức. *Luận án Tiến sĩ Y học.* Trường Đại học Y Hà Nội; 2023.
- 8. Phạm Tùng Lâm, Kim Văn Vụ.** Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. *VMJ.* 2023;532(2). doi:10.51298/vmj.v532i2.7523
- 9. Dương Trọng Hiền, Trần Kiên, Trịnh Hồng Sơn, Trần Quế Sơn.** Kết quả phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô dạ dày ở người cao tuổi: Hồi cứu 90 ca bệnh. *TCNCYH.* 2024;181(8): 325-336. doi:10.52852/tcncyh.v181i8.2612
- 10. Kim IH, Kang SJ, Choi W, et al.** Korean Practice Guidelines for Gastric Cancer 2024: An Evidence-based, Multidisciplinary Approach (Update of 2022 Guideline). *J Gastric Cancer.* 2025;25(1):5. doi:10.5230/jgc.2025.25.e11