

cộng đồng, nên có thể ảnh hưởng đến tính đại diện cho toàn dân số Việt Nam. Có thêm nhiều nghiên cứu triển khai với cỡ mẫu lớn hơn, thu thập dữ liệu đa chiều hơn nhằm đánh giá thêm nhiều yếu tố liên quan đến kích thước hốc mắt của người bình thường tại địa điểm nghiên cứu nói riêng, và lớn hơn là toàn Việt Nam. Để từ đó xây dựng chiến lược giáo dục sức khỏe bảo vệ mắt cho người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Almus E, Sen Akova B, Ozer H, Fitoz S.** Orbital structures in the pediatric age group: A normative assessment using magnetic resonance imaging. *Eur J Radiol.* Sep 2022;154:110418. doi:10.1016/j.ejrad.2022.110418
2. **Willaert R, Degrieck B, Orhan K, et al.** Semi-automatic magnetic resonance imaging based orbital fat volumetry: reliability and correlation with computed tomography. *Int J Oral Maxillofac Surg.* Mar 2021;50(3): 416-422. doi:10.1016/j.ijom.2020.07.027
3. **Lâm Khánh.** Nghiên cứu kích thước của các cơ vận nhãn và vị trí của nhãn cầu ở người bình thường bằng cộng hưởng từ. *Y Học Việt Nam.* 2011;1:8-14.
4. **Shen S, Fong KS, Wong HB, et al.** Normative measurements of the Chinese extraocular musculature by high-field magnetic resonance imaging. *Investigative ophthalmology & visual science.* Feb 2010;51(2):631-6. doi:10.1167/iov.09-3614
5. **Rana K, Juniat V, Rayan A, Patel S, Selva D.** Normative measurements of orbital structures by magnetic resonance imaging. *Int Ophthalmol.* Dec 2022;42(12): 3869-3875. doi:10.1007/s10792-022-02407-1
6. **Phạm Thị Tường Minh, Nguyễn Đại Hùng Linh, Phạm Thy Thiên, Nghiêm Phương Thảo.** Khảo sát ĐK các cơ vận nhãn ở người Việt Nam trưởng thành bằng cắt lớp vi tính. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 02/05 2025;546(3)doi: 10.51298/vmj.v546i3.12766
7. **Ominde BS, Abadom GE, Ikubor JE, Achapu LC, Enakpoya PO, Igbigbi PS.** Normal diameter of the optic nerve using magnetic resonance imaging: A retrospective Nigerian study. *Saudi journal of ophthalmology: official journal of the Saudi Ophthalmological Society.* Jan-Mar 2024;38(1): 53-58. doi:10.4103/sjopt.sjopt_189_23
8. **Gupta V, Prabhakar A, Yadav M, Khandelwal N.** Computed tomography imaging-based normative orbital measurement in Indian population. *Indian J Ophthalmol.* May 2019;67(5): 659-663. doi:10.4103/ijo.IJO_1187_18
9. **Keene KR, van Vught L, van de Velde NM, et al.** The feasibility of quantitative MRI of extraocular muscles in myasthenia gravis and Graves' orbitopathy. *NMR in biomedicine.* Jan 2021;34(1):e4407. doi:10.1002/nbm.4407
10. **Ryu JY, Park Y-K, Park J-H, et al.** Developing an eyeball positioning method in the eye orbit for craniofacial identification in Korean population. *Scientific Reports.* 2024/07/11 2024;14(1):16039. doi:10.1038/s41598-024-66833-0

ĐẶC ĐIỂM CỦA NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĨNH PHÚC GIAI ĐOẠN 2023 - 2025

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh nhân ung thư biểu mô da dài tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh 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 Vĩnh Phúc. **Kết quả:** Qua NC 130 NB, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau: Tuổi trung bình: 68,73 ± 11,12 (32 – 95 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ = 1,77. Có 23,1% bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày, 14,6% là mô cũ ổ bụng và 41,6% có ASAI và 6,9% có ASAII. Đa số bệnh nhân có triệu chứng đau bụng thượng vị (80,8%) và đầy hơi ở chửa (46,2%) và có thời gian

khởi phát dưới 1 tuần (33,8%). Trên phim CLVT 77,6% gặp khối u ở hang môn vị và 75% có kiểu ngấm thuốc đồng đều. 15,8% có thâm nhiễm mỡ quanh dạ dày và 2,6% xâm lấn sang tạng lân cận. Về hình thái 89,5% gặp dạng lan tỏa với độ dày u trung bình là 16,84 ± 5,85 mm. 36,2% có phát hiện hạch với kích thước hạch trung bình 12,62 ± 6,65 mm và có 18,5% có di căn. 10,8% có dịch trong ổ bụng. **Kết luận:** Đặc điểm bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày đa dạng. Nhu cầu chuẩn hóa điều trị đa mô thức theo ESMO/NCCN/JGCA và tăng cường phát hiện sớm tại cộng đồng. **Từ khóa:** Đặc điểm bệnh nhân, phẫu thuật, ung thư biểu mô dạ dày.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING SURGICAL TREATMENT FOR GASTRIC CANCER AT VINH PHUC GENERAL HOSPITAL IN THE PERIOD 2023 – 2025

Objective: Describe the characteristics of patients with long-term skin cancer at Vinh Phuc

¹Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trương Tiến Thịnh

Email: thinhgsd@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

Provincial 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:** Through the study of 130 patients, we recorded the following results: Average age: 68.73 ± 11.12 (32 – 95 years old). Male/female ratio = 1.77. 23.1% of patients had a history of gastric ulcer, 14.6% had previous surgery for a septic ulcer, and 41.6% had ASAIL and 6.9% had ASAIL. Most patients had symptoms of epigastric pain (80.8%) and flatulence (46.2%) and had an onset time of less than 1 week (33.8%). On CT scan, 77.6% had tumors in the pyloric antrum and 75% had a uniform enhancement pattern. 15.8% had fatty infiltration around the stomach and 2.6% had invasion of adjacent organs. Morphologically, 89.5% had diffuse tumors with an average tumor thickness of 16.84 ± 5.85 mm. 36.2% had lymph nodes detected with an average lymph node size of 12.62 ± 6.65 mm and 18.5% had metastasis. 10.8% had fluid in the abdomen. **Conclusion:** Characteristics of gastric carcinoma patients are diverse. There is a need to standardize multimodal treatment according to ESMO/NCCN/JGCA and increase early detection in the community. **Keywords:** Patient characteristics, Surgery, gastric carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên phạm vi toàn cầu, ung thư dạ dày đứng thứ năm về số ca mắc mới và nằm trong nhóm nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư.¹ Những năm gần đây, chiến lược điều trị ung thư dạ dày đã dịch chuyển đáng kể theo mô thức: phẫu thuật triệt căn, hóa trị trước mổ hoặc bổ trợ, điều trị đích và miễn dịch. Phẫu thuật vẫn là nền tảng với các trường hợp còn khả năng cắt bỏ.²⁻⁴ Tại Việt Nam, hệ thống y tế nhiều tuyến tạo nên sự khác biệt về nguồn lực giữa tuyến trung ương và cơ sở. Do đó, việc báo cáo dữ liệu tại địa phương có ý nghĩa thiết thực trong công tsaac chuẩn hóa quy trình, đạo tạo. Nghiên cứu (NC) này tổng hợp các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh (NB) mắc ung thư biểu mô dạ dày (UTBMDD) được phẫu thuật tại một bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh có số lượng đáng kể, nhằm cung cấp bằng chứng tham chiếu để cải thiện chất lượng khám và điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu. Tất cả NB có chẩn đoán mô bệnh học UTBMDD và được phẫu thuật trong giai đoạn 01/2023 – 9/2025.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

Tiêu chuẩn chọn: Chẩn đoán sau mổ là UTBMDD; hồ sơ có đủ dữ liệu lâm sàng, cắt lớp vi tính (CLVT), xét nghiệm; thực hiện phẫu thuật triệt căn hoặc giảm nhẹ

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư không thuộc biểu mô, UTBMDD thứ phát

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

2.4. Các biến số nghiên cứu. Tuổi, giới, bệnh kèm theo phân tầng theo ASA, triệu chứng chính và thời gian khởi phát đến khi nhập viện phân theo các mốc thời gian. CLVT: vị trí u, hình thái, mức độ ngấm thuốc, thâm nhiễm quanh dạ dày, xâm lấn, hạch vùng, di căn xa, dịch tự do. Chất chỉ điểm CEA, CA72-4, Hemoglobin, mức độ thiếu máu.

2.5. Quy trình chụp phim CLVT: Được thực hiện trên máy chụp đa dãy với thì không tiêm và thì động mạch, tĩnh mạch cửa sau tiêm thuốc cản quang. NB nhịn ăn ≥ 6h, uống nước trước chụp. Lát cắt mỏng được tái tạo để đánh giá liên quan hạch và tạng lân cận. Độ dày thành dạ dày tại vị trí u được đo theo góc vuông với thành, tránh vùng xơ.

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng SPSS 20.0. Thống kê mô tả trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, tần suất và tỉ lệ phần trăm. Khác biệt giữa các nhóm được kiểm định bằng phép phù hợp (ví dụ Chi-square hoặc Fisher) và so sánh bằng kiểm định phi tham số; ngưỡng ý nghĩa thống kê đặt tại p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua NC 130 NB, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau: Tuổi trung bình: 68,73 ± 11,12 (32 – 95 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ = 1,77.

Bảng 1: Tiền sử

Đặc điểm	Số lượng – tỷ lệ
Tiền sử viêm/loét dạ dày	30 – 23,1%
Mổ cũ ổ bụng	19 – 14,6%
Thủng dạ dày	7 – 5,4%
Cắt đoạn dạ dày do K	3 – 2,3%
Cắt đoạn dạ do loét	3 – 2,3%
Cắt ruột thừa	3 – 2,3%
Sỏi đường mật	3 – 2,3%
Bệnh mạn tính ASA II	54 – 41,6%
Tim mạch	24 – 18,5%
Nội tiết	12 – 9,2%
Hô hấp	11 – 8,5%
Khớp	7 – 5,4%
Bệnh mạn tính ASA III	9 – 6,9%
Tim mạch	7 – 5,4%
Nội tiết	2 – 1,5%

Bảng 1 cho thấy 23,1% bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày, 14,6% là mổ cũ ổ bụng và 41,6% có ASAIL và 6,9% có ASAIL

Bảng 2: Triệu chứng

Đặc điểm	Số lượng – tỷ lệ
Triệu chứng	
Đau bụng thượng vị	105 – 80,8%

Đầy bụng/ợ hơi/ợ chua	60 – 46,2%
Nôn/buồn nôn	40 – 30,8%
Gầy sút	37 – 28,5%
Mệt/chán ăn	32 – 24,6%
Đại tiện phân đen	22 – 16,9%
Thời gian khởi phát→nhập viện	
<1 tuần	44 – 33,8%
1 tuần-<1 tháng	38 – 29,2%
1-<3 tháng	39 – 30,0%
3-<6 tháng	6 – 4,6%
≥6 tháng	3 – 2,3%

Bảng 3: Đặc điểm u trên CLVT

Đặc điểm	Số lượng – tỷ lệ
Phát hiện u	76 – 58,5%
Vị trí u	
hang–môn vị	59 – 77,6%
góc bờ cong nhỏ thân vị	9 – 11,8%
tâm–phình vị	3 – 3,9%
miệng nối	2 – 2,6%
toàn bộ dạ dày	2 – 2,6%
Kiểu ngấm thuốc	
đồng nhất	57 – 75,0%
không đồng nhất	18 – 23,7%
hoại tử trung tâm	1 – 1,3%
Thâm nhiễm mỡ quanh dạ dày	12 – 15,8%
Xâm lấn tạng lân cận	2 – 2,6%
Hình thái	
dày thành lan tỏa	68 – 89,5%
thâm nhiễm kèm loét	8 – 10,5%

Bảng 5: Các chỉ số xét nghiệm

Xét nghiệm	Số lượng – tỷ lệ (n, %)	Trung bình	
Chất chỉ điểm khối u khi vào viện	CEA (ng/mL)	84 – 64,6%	15,23 ± 38,39
	CA 72-4 (U/mL)	56 – 43,1%	25,15 ± 112,91
Mức độ thiếu máu khi vào viện	Không thiếu máu	53 – 40,8%	
	Thiếu máu nhẹ	36 – 27,7%	
	Thiếu máu trung bình	28 – 21,5%	
Thể tích khối hồng cầu đã truyền (mL)	Thiếu máu nặng	13 – 10,0%	
	Không thiếu máu	4/53 NB – 7,55%	1125,00 ± 1120,64
	Thiếu máu nhẹ	8/36 NB – 22,2%	881,25 ± 558,66
	Thiếu máu trung bình	16/28 NB – 57,1%	1012,50 ± 581,81
	Thiếu máu nặng	13/13 NB – 100,0%	1957,69 ± 1141,97
Chung	41/130 NB – 31,5%	1297,56 ± 937,41	

Đa phần bệnh nhân có thiếu máu từ mức nhẹ đến nặng (59,2%). Chất chỉ điểm khối u CEA (ng/mL) trung bình là 15,23 ± 38,39 (ng/mL) và CA 72-4 (U/mL) là 25,15 ± 112,91U/mL.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. NC của chúng tôi bao gồm 130 NB được phẫu thuật điều trị UTBMDD tại Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc trong giai đoạn 2023–2025. Tuổi trung bình 68,73 ± 11,12 (32–95), với tỷ lệ nam/nữ = 1,77, cho thấy quần thể NB thiên về nhóm tuổi cao và ưu

Độ dày u (mm)	16,84 ± 5,85
---------------	--------------

Bảng 2, 3 mô về triệu chứng và đặc điểm khối u trên phim CLVT. Đa số bệnh nhân có triệu chứng đau bụng thượng vị (80,8%) và đầy hơi ở chua (46,2%) và có thời gian khởi phát dưới 1 tuần (33,8%)

Trên phim CLVT 77,6% gặp khối u ở hang môn vị và 75% có kiểu ngấm thuốc đồng đều. 15,8% có thâm nhiễm mỡ quanh dạ dày và 2,6% xâm lấn sang tạng lân cận. Về hình thái 89,5% gặp dạng lan tỏa với độ dày u trung bình là 16,84 ± 5,85 mm.

Bảng 4: Đặc điểm hạch, đặc điểm di căn trên CLVT

Đặc điểm	Số lượng – tỷ lệ
Phát hiện hạch	47 – 36,2%
Kích thước hạch (mm)	12,62 ± 6,65
Di căn xa	24 – 18,5%
Hạch xa	16 – 12,3%
Gan	6 – 4,6%
Phổi	4 – 3,1%
xương	3 – 2,3%
Dịch ổ bụng	14 – 10,8%
Ít	8 – 6,2%
Vừa	3 – 2,3%
Nhiều	3 – 2,3%

Bảng 4 mô tả về đặc điểm hạch trên phim CLVT. 36,2% có phát hiện hạch với kích thước hạch trung bình 12,62 ± 6,65 mm và có 18,5% có di căn. 10,8% có dịch trong ổ bụng

thể giới nam, phù hợp với bức tranh dịch tễ toàn cầu của ung thư dạ dày theo GLOBOCAN và các hướng dẫn lâm sàng lớn.¹⁻⁴ Phân bố tuổi này cũng tương đồng với nhiều báo cáo trong nước, đặc biệt tại các cơ sở có tỷ lệ NB cao tuổi đáng kể.^{5,6} Sự khác biệt giới tính (nam > nữ) được lý giải bởi phơi nhiễm các yếu tố nguy cơ (hút thuốc, rượu, HP); điều này vẫn nhất quán trong các tổng quan hệ thống gần đây.^{2,3}

Tỷ lệ tiền sử bệnh lý nền mức ASA II–III tương đối cao (ASA II: 41,6%; ASA III: 6,9%), phản ánh gánh nặng bệnh đồng mắc tim mạch –

nội tiết ở NB lớn tuổi. Đây là yếu tố quan trọng khi cân nhắc khi chọn phương pháp gây mê, phẫu thuật (mở mổ hay xâm lấn tối thiểu), và kế hoạch điều trị.^{2,3} Ở nhóm NB cao tuổi, nhiều nghiên cứu cho thấy phẫu thuật vẫn khả thi với kết quả chấp nhận được nếu đánh giá toàn diện nguy cơ, tối ưu hóa trước mổ và lựa chọn chiến lược phù hợp.^{5,7}

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Các triệu chứng phổ biến là: đau bụng thượng vị (80,8%), rối loạn tiêu hóa kiểu đầy hơi - ợ (46,2%), nôn/buồn nôn (30,8%), gầy sút (28,5%), mệt/chán ăn (24,6%) và đại tiện phân đen (16,9%). Các triệu chứng này tương tự mô tả kinh điển của ung thư dạ dày tiến triển, đau thượng vị và khó chịu tiêu hóa "mơ hồ" chiếm đa số.^{2,3} Đáng chú ý, khoảng 63% NB đến viện trong vòng < 1 tháng từ khi khởi phát triệu chứng (33,8% < 1 tuần; 29,2% từ 1 tuần-< 1 tháng), song vẫn có 32,3% nhập viện muộn hơn (≥ 1 -< 6 tháng hoặc ≥ 6 tháng), gợi ý một phần "độ trễ" trong chẩn đoán.

So với một số báo cáo trong nước khác, quần thể của chúng tôi có vẻ đến viện muộn hơn: khi triệu chứng đã rõ, ít phát hiện tình cờ.^{8,9} Với bối cảnh Nhật Bản - Hàn Quốc có chương trình sàng lọc quốc gia nên tỷ lệ ung thư giai đoạn sớm cao,^{4,10} số liệu của chúng tôi nghiêng về giai đoạn tiến triển, điều được "gợi ý" bởi phổ triệu chứng và dấu hiệu thiếu máu (bảng 5). Điều này đặt ra yêu cầu tăng cường giáo dục sức khỏe cộng đồng và tiếp cận nội soi chẩn đoán sớm ở địa phương.

4.3. Hình ảnh CLVT. Trong 76 NB có dữ liệu CLVT chi tiết, vị trí u tập trung chủ yếu ở hang - môn vị (77,6%), tiếp theo là góc bờ cong nhỏ (11,8%), trong khi tổn thương thân - tâm vị - hình vị ít gặp hơn (3,9-2,6%). Phân bố này nhất quán với các báo cáo lâm sàng khác, u 1/3 dưới chiếm ưu thế.⁵ U hang - môn vị thường biểu hiện hẹp môn vị, nôn, thiếu máu do chảy máu mạn, và có xu hướng xâm nhập thành dạ dày theo chiều dọc; phẫu thuật tiêu chuẩn là cắt bán phần dưới dạ dày kèm nạo hạch D1+ hoặc D2 (hướng dẫn JGCA/ESMO).^{2,4}

Kiểu ngấm thuốc chủ yếu đồng nhất (75,0%), một phần không đồng nhất (23,7%) và hiếm hoại tử trung tâm (1,3%). Hình thái dày thành lan tỏa (89,5%) chiếm ưu thế so với dạng thâm nhiễm kèm loét (10,5%). Dày thành trung bình $16,84 \pm 5,85$ mm. Các đặc điểm này, dù không thay thế nội soi - GPB, hỗ trợ phân tầng T trên CLVT và lập kế hoạch phẫu thuật, đặc biệt khi cân nhắc mức độ xâm lấn thanh mạc và tạng lân cận.^{2,4} Tỷ lệ thâm nhiễm mỡ quanh dạ dày

15,8% và xâm lấn tạng lân cận 2,6% phù hợp với giả định "đa số NB ở giai đoạn tiến triển khu trú hoặc cục bộ", trong đó xâm lấn cơ quan lân cận ít gặp nhưng không hiếm. Thực tiễn Việt Nam cho thấy các ca cần cắt kèm tạng lân cận để đạt R0 vẫn có vai trò lớn và đạt kết quả tốt tại các trung tâm nhiều kinh nghiệm.

Phát hiện hạch vùng trên CLVT ở 36,2% NB, kích thước trung bình $12,62 \pm 6,65$ mm; di căn xa ghi nhận 18,5% (hạch xa 12,3%, gan 4,6%, phổi 3,1%, xương 2,3%). Tỷ lệ di căn xa gần 1/5 khẳng định gánh nặng bệnh ở tuyến tính, nơi nhiều NB đến muộn. Theo NCCN và ESMO, nhóm di căn xa chủ yếu được điều trị hệ thống (hóa trị +/- đích/miễn dịch), với phẫu thuật giảm nhẹ cân nhắc ở bối cảnh biến chứng (xuất huyết, tắc nghẽn, thủng) hoặc đáp ứng chọn lọc sau điều trị toàn thân.^{2,3}

Tỷ lệ hạch vùng (36,2%) và di căn xa (18,5%) là những chỉ báo bệnh tiến triển; so sánh với báo cáo của Park tại Hàn Quốc - nơi sàng lọc rộng rãi, tỷ lệ bệnh sớm cao hơn đáng kể.¹⁰ Điều này hàm ý rằng chiến lược nâng cao tiếp cận nội soi và khám định kỳ - đặc biệt ở nhóm ≥ 40 tuổi hoặc có triệu chứng cảnh báo sẽ giúp giảm tỷ lệ chẩn đoán muộn.

4.4. Chất chỉ điểm khối u và tình trạng thiếu máu. Tại thời điểm nhập viện, CEA được làm ở 64,6% NB (trung bình $15,23 \pm 38,39$ ng/mL), CA72-4 ở 43,1% NB ($25,15 \pm 112,91$ U/mL). Theo ESMO/NCCN, các marker này không dùng để sàng lọc hay chẩn đoán mà chủ yếu hỗ trợ theo dõi sau điều trị ở những ca có tăng trước điều trị.^{2,3} Tỷ lệ làm marker "không 100%" có thể phản ánh hạn chế về chi phí - sẵn có xét nghiệm, đồng thời cho thấy thực hành hợp lý khi không lạm dụng marker trong chẩn đoán ban đầu.

Thiếu máu hiện diện ở gần 60% NB (nhẹ: 27,7%; trung bình: 21,5%; nặng: 10,0%), phù hợp với biểu hiện chảy máu mạn và dinh dưỡng kém ở u môn vị - hang vị. Nhu cầu truyền khối hồng cầu tăng theo mức độ thiếu máu (không thiếu máu: 7,55%; thiếu nhẹ: 22,2%; thiếu trung bình: 57,1%; thiếu nặng: 100%), với thể tích trung bình dao động 881-1.958 mL, toàn bộ quần thể 1.298 ± 937 mL. Đây là chỉ dấu lâm sàng quan trọng vì thiếu máu làm tăng nguy cơ biến cố mổ phẫu và có thể ảnh hưởng đến tiên lượng ngắn - dài hạn.² Tối ưu hóa trước mổ (bổ sung sắt/erythropoietin khi phù hợp, cải thiện dinh dưỡng, kiểm soát chảy máu) nên được chuẩn hóa trong điều trị.

Điều trị đa mô thức: Hướng dẫn NCCN 2025 khuyến cáo hóa trị cho giai đoạn $\geq T2$ hoặc N+, và điều trị đích/miễn dịch theo xét nghiệm HER2,

PD-L1, MSI, EBV ở bệnh tiến triển/di căn.³ Các báo cáo trong nước cho thấy xu hướng tăng áp dụng hóa trị trước mổ và phẫu thuật R0 ở nhóm chọn lọc, cải thiện kết quả ngắn hạn và xa.⁹ Tuy nhiên, trong NC không có NB nào điều trị tân bổ trợ, không đi sâu kết cục sau điều trị, nhưng dữ liệu lâm sàng – CLVT của chúng tôi nhấn mạnh nhu cầu tổ chức quy trình xét nghiệm sinh học phân tử (HER2, MSI, PD-L1) và hội chẩn đa chuyên khoa để quyết định hóa chất hợp lý, giúp thu hẹp “khoảng cách chuẩn” với trung ương.^{2-4,9}

V. KẾT LUẬN

(1) NB chủ yếu là người cao tuổi, nam giới chiếm ưu thế; (2) Triệu chứng khi vào viện điển hình của bệnh tiến triển, với đau thượng vị và rối loạn tiêu hóa chiếm đa số; (3) U tập trung ở hang – môn vị, hình thái dày thành lan tỏa chiếm ưu thế; (4) Tỷ lệ hạch vùng và di căn xa không thấp, và thiếu máu phổ biến, kéo theo nhu cầu truyền máu đáng kể; (5) Những đặc điểm này nhấn mạnh nhu cầu chuẩn hóa điều trị đa mô thức theo ESMO/NCCN/JGCA và tăng cường phát hiện sớm tại cộng đồng. Các kết quả phù hợp với bối cảnh trong nước và quốc tế, nhưng song song đó, cần: tối ưu hóa trước mổ, cá thể hóa chỉ định phẫu thuật – nạo hạch, triển khai có chọn lọc phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, và thiết lập hành lang kỹ thuật – sinh học phân tử cho quyết định hóa trị.

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. **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
4. **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
5. **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/tcnych.v181i8.2612
6. **Nguyễn Trọng Đức, Kim Văn Vu, 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. **Komori K, Kano K, Aoyama T, et al.** The Short- and Long-term Outcomes of Gastrectomy in Elderly Patients With Gastric Cancer. *In Vivo.* 2020;34(5):2697-2703. doi:10.21873/invivo.12090
8. **Bùi Trung Nghĩa.** Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô tuyến da dày tại bệnh viện Việt Đức. *Luận án Tiến sĩ Y học.* Trường Đại học Y Hà Nội; 2023.
9. **Phạm Tuấn Anh, Nguyễn Trường Kiên, Nguyễn Thị Phương Anh.** Kết quả điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật kết hợp hoá chất trước mổ tại bệnh viện K. *VMJ.* 2025;549(2). doi:10.51298/vmj.v549i2.13733
10. **Park SH, Han M, Yoon HM, et al.** Real-world Nationwide Outcomes of Minimally Invasive Surgery for Advanced Gastric Cancer Based on Korean Gastric Cancer Association-Led Survey. *Journal of Gastric Cancer.* 2024;24(2):210-219. doi:10.5230/jgc.2024.24.e16

GIÁ TRỊ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM QUA ĐƯỜNG TRỰC TRÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Ketsana Vongphachan¹, Nguyễn Thanh Thủy²,
Vũ Đăng Lưu^{1,2}, Nguyễn Duy Khánh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét giá trị của siêu âm qua đường trực tràng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt có đối chiếu với giải phẫu bệnh. **Đối tượng và**

phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 81 bệnh nhân nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt được siêu âm và sinh thiết tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Bạch Mai từ 08/2024 đến 09/2025. Các đặc điểm hình ảnh trên siêu âm qua đường trực tràng được ghi nhận và đối chiếu với kết quả mô bệnh học, bao gồm: trọng lượng tuyến, cấu trúc nhu mô, tăng sinh mạch, nhân bất thường, và bờ tuyến. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 81 bệnh nhân được siêu âm tuyến tiền liệt qua đường trực tràng, trong đó sinh thiết xác định 47 trường hợp ung thư tuyến tiền liệt. Trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt, siêu âm qua đường trực tràng có độ nhạy 76,6%, độ đặc hiệu 58,8% và độ chính xác 69,1%. Các đặc điểm siêu âm có ý nghĩa thống kê

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện A Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Ketsana Vongphachan

Email: katana121@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025