

trộn. Qua kết quả, những trường hợp có vết mổ cũ lấy thai cần cần nhắc về hiệu quả của việc điều trị bằng nội khoa, và sau khi sử dụng phác đồ Misoprostol 400 mcg ngậm dưới lưỡi, bệnh nhân có triệu chứng ra huyết trung bình có tiên lượng tốt hơn là khi bệnh nhân chỉ ra huyết ít. Đây cũng là khởi đầu để chúng ta quan tâm hơn vấn đề này trong tương lai, định hướng cho các nghiên cứu khác về sảy thai không trộn cũng như theo dõi, điều trị tốt, một cách thống nhất hơn, dùng liều tối thiểu mà đạt hiệu quả tốt nhất.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thành công của Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi trong điều trị STKT sau phá thai nội khoa ở tuổi thai ≤ 9 tuần trong nghiên cứu là 103/120 (chiếm tỉ lệ 85,8%), với KTC 95% [79,5%-92,2%]. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị STKT bằng phác đồ Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi: Nhóm bệnh nhân có triệu chứng huyết lượng trung bình có tỉ lệ thành công cao hơn 2,86 lần so với nhóm bệnh nhân ra huyết ít (OR hiệu chỉnh = 2,86 ($p = 0,04$)). Nhóm bệnh nhân có tiền căn sanh mổ có tỉ lệ thành công thấp hơn nhóm bệnh nhân chưa từng mổ lấy thai ($p = 0,01$). Phác đồ Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi đem lại hiệu quả cao và an toàn, ưu tiên sử dụng phác đồ này đối với các trường hợp STKT sau phá thai nội khoa với tuổi thai ≤ 9 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bearak, J., et al.**, Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*, 2020. 8(9): p. e1152-e1161.
2. **Zeng, W.-J., et al.**, Expectant therapy versus curettage for retained products of conception after second trimester termination of pregnancy: analysis of outcomes and complications. *Nan fang yi ke da xue xue bao = Journal of Southern Medical University*, 2017. 37(5): p. 569-574.
3. **Nguyen Thi Nhu Ngoc, et al.**, Results from a study using misoprostol for management of incomplete abortion in Vietnamese hospitals: implications for task shifting. *BMC pregnancy and childbirth*, 2013. 13: p. 118-118.
4. **Phạm Hùng Cường**, Đánh giá hiệu quả của phác đồ Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi trong điều trị sảy thai không trộn tuổi thai dưới 12 tuần tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định, in *Luận văn bác sĩ chuyên khoa II*. 2021, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. **Chow, S.C.S., J.; Wang, H.**, *Sample Size Calculations in Clinical Research*. Marcel Dekker. New York, 2003.
6. **WHO**, Proposal for the inclusion of Misoprostol in the WHO model list of essential medicines. 17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 2009: p. 2-20.
7. **ACOG**, *Misoprostol for Postabortion Care*. Committee on International Affairs, 2009. 427.
8. **Diop, A., et al.**, Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009. 79(6): p. 456-62.

THỜI GIAN SỐNG THÊM BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY DƯỚI 40 TUỔI SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thanh Đức¹, Nguyễn Trọng Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư dạ dày dưới 40 tuổi sau phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 54 bệnh nhân ung thư dạ dày < 40 tuổi được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ 1/2018 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 34 tuổi. Trung bình thời gian sống thêm không bệnh là 47,1 tháng. Tỉ lệ sống

thêm không bệnh tại thời điểm 2 năm, 3 năm và 4 năm lần lượt là 97,9%, 95,2% và 51,6%. Trung bình thời gian sống thêm toàn bộ là 52,0 tháng. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ 2 năm, 3 năm và 4 năm lần lượt là 100%, 96,7% và 71,6%. Thời gian sống thêm không bệnh phụ thuộc vào tình trạng di căn hạch và độ sâu xâm lấn. Những bệnh nhân giai đoạn I-II có trung bình thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn so với bệnh nhân giai đoạn III (54,9 tháng so với 47,0 tháng; $p=0,011$). **Kết luận:** Tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ tại thời 4 năm của bệnh nhân ung thư dạ dày < 40 tuổi được phẫu thuật tại Bệnh viện K lần lượt là 51,6% và 71,6%. Tình trạng di căn hạch, độ sâu xâm lấn là những yếu tố ảnh hưởng tới thời gian sống thêm không bệnh.

Từ khóa: ung thư dạ dày, người trẻ tuổi, thời gian sống thêm

SUMMARY

SURVIVAL TIME OF GASTRIC CANCER IN

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: duchanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

PATIENTS UNDER 40 YEARS OLD AFTER RADICAL GASTRECTOMY AT K HOSPITAL

Objectives: Evaluation of survival time of gastric cancer in patients under 40 years old after radical surgery at K Hospital. **Patients and Method:** Retrospective and Prospective Study in 54 patients younger than 40 years old with radical gastrectomy during the period from 1/2018 to 6/2022. **Results:** Of the 54 patients, the mean age was 34 years old. Median disease-free survival was 47.1 months. The disease-free survival rates at 2 years, 3 years and 4 years were 97.9%, 95.2% and 51.6%, respectively. Mean overall survival was 52.0 months. The 2-year, 3-year and 4-year overall survival rates were 100%, 96.7% and 71.6%, respectively. Lymph node metastasis and depth of invasion affected disease-free survival. Stage I-II patients had a better median overall survival than stage III patients (54.9 months vs 47.0 months; $p=0.011$). **Conclusion:** The disease-free and overall survival rates at 4 years of gastric cancer patients <40 years old who underwent surgery at K hospital were 51.6% and 71.6%, respectively. Lymph node metastasis status, depth of invasion are factors affecting disease-free survival time.

Keywords: gastric cancer, younger patients, survival time

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những ung thư phổ biến nhất trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2020 đứng hàng thứ 5 với hơn 1 triệu trường hợp mới mắc mỗi năm, chiếm 5,6% các trường hợp ung thư. Tại Việt Nam UTDD đứng hàng thứ 4 về tỷ lệ mắc và đứng hàng thứ 3 về tỷ lệ tử vong [1].

UTDD có tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là 50 – 70 tuy nhiên tỷ lệ mắc UTDD ở người trẻ dưới 40 tuổi đang có xu hướng gia tăng. UTDD ở người trẻ ít gặp, chiếm khoảng 2-8% bệnh nhân UTDD nói chung và có tiên lượng thường xấu hơn nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi [2].

Điều trị UTDD căn bản là phẫu thuật, các phương pháp hóa chất, tia xạ đóng vai trò bổ trợ. Tại Việt Nam, nhờ sự tiến bộ trong phẫu thuật và hóa chất, nhiều trường hợp bệnh nhân UTDD trẻ tuổi đã được PT triệt căn đạt kết quả tốt. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về kết quả điều trị đặc biệt là thời gian sống thêm trên nhóm đối tượng này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư dạ dày dưới 40 tuổi sau phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 54 BN dưới 40 tuổi chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày

được điều trị phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi < 40.
- Không mắc bệnh ung thư trước đó.
- Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô dạ dày.
- Được phẫu thuật triệt căn cắt dạ dày, vét hạch.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có địa chỉ liên lạc để theo dõi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được hóa trị, xạ trị trước mổ.
- Bệnh nhân phẫu thuật không đảm bảo triệt căn.
- UTDD tái phát
- Bệnh nhân có bệnh ung thư khác.
- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật cắt đoạn dạ dày trước đó.
- Bệnh nhân có tình trạng bệnh cấp tính hoặc mãn tính trầm trọng khác, có khả năng gây tử vong trong thời gian gần.
- Bệnh nhân từ chối, bỏ dở điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện. Thu thập các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2018 tới tháng 6/2022.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu. Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê sử dụng trong nghiên cứu: Mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95%, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống thêm toàn bộ: được tính theo phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan – Meier.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu không can thiệp vào quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, không làm sai lệch hồ sơ bệnh án. Kết quả nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Mọi thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

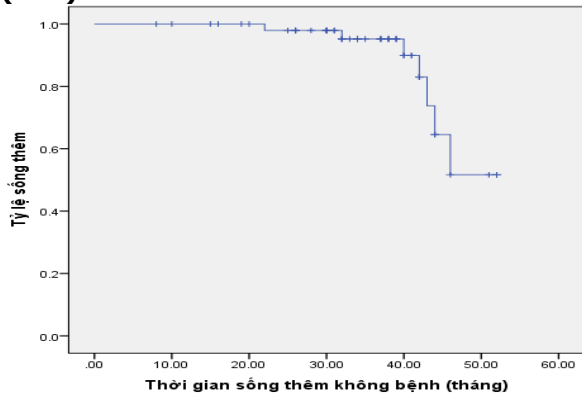
Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi:	20 - 30 tuổi	4	7,4
	30 - 39 tuổi	50	92,6

Giới tính	Nam	28	51,8
	Nữ	26	48,2
Mô bệnh học	UTBM tuyến biệt hóa cao	1	1,9
	UTBM tuyến biệt hóa vừa	2	3,7
	UTBM tuyến biệt hóa thấp	30	55,6
	UTBM tế bào nhân	18	33,3
	UTBM nhày	3	5,6
Độ xâm lấn của u (T)	T1	8	14,8
	T2	14	25,9
	T3	6	11,1
	T4a	23	42,6
	T4b	3	5,6
Di căn hạch (N)	pN0	27	50
	pN1	6	11,1
	pN2	8	14,8
	pN3	13	24,1
Giai đoạn	I	12	22,2
	II	13	24,1
	III	29	53,7
Hóa chất hỗ trợ	XELOX	50	92,6
	EOX	4	7,4

Nhận xét: Tuổi trung bình: 34± 2,87 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 1,07/1. Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa kém thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 55,5%, ung thư biểu mô tế bào nhân 33,3%. U xâm lấn qua thanh mạc (T4a) là thường gặp nhất với 42,6%, chỉ có 14,8% BN u T1. 50% BN UTDD có di căn hạch trong đó di căn N3 là thường gặp nhất (24,1%). Hầu hết BN ở giai đoạn III chiếm 53,7%. Có 25 bệnh nhân giai đoạn I,II chiếm 46,3%. Các bệnh nhân đa phần được điều trị hỗ trợ bằng phác đồ XELOX chiếm 92,6%. Chỉ có 7,4% bệnh nhân điều trị hỗ trợ bằng phác đồ EOX.

3.2. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh

Nhận xét: Trung bình thời gian sống thêm không bệnh là 47,1 tháng (95% khoảng tin cậy

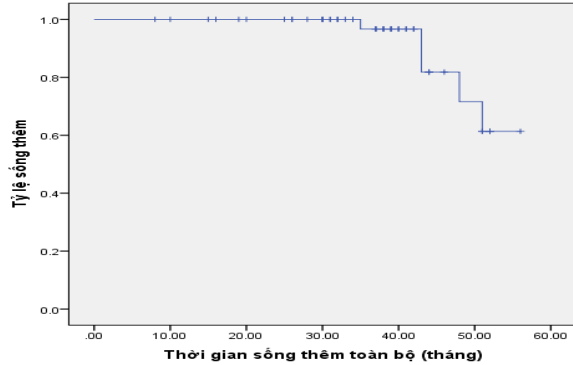
(KTC): 44,3-50,0). Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 2 năm, 3 năm và 4 năm lần lượt là 97,9%, 95,2% và 51,6%.

Bảng 2: Môi liên quan giữa DFS với các yếu tố liên quan

	Số bệnh nhân	Trung bình (tháng)	KTC 95%	p
Giới				
Nam	28	46,2	42,2-50,1	0,537
Nữ	26	48,0	44,0-51,9	
Mô bệnh học				
Biệt hóa kém	30	45,5	41,7-49,3	0,485
Các thể khác	24	48,3	44,8-51,8	
Độ xâm lấn (T)				
T1 - T2	22	50,4	47,6-53,2	0,047
T3 - T4	32	42,9	40,4-45,4	
Di căn hạch				
Có	27	49,8	47,1-52,6	0,007
Không	27	41,8	39,6-44,0	
Giai đoạn				
I-II	25	49,4	46,5-52,3	0,075
III	29	42,5	40,1-45,0	

Nhận xét: Trung bình thời gian sống thêm không bệnh ở nhóm bệnh nhân không di căn hạch và bệnh nhân có độ sâu xâm lấn T1-T2 cao hơn nhóm bệnh nhân di căn hạch và nhóm bệnh nhân có độ sâu xâm lấn T3-T4, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Ngoài ra chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian sống thêm không bệnh với các yếu tố như giới, thể mô bệnh học, giai đoạn bệnh (p>0,05).

3.3. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Trung bình thời gian sống thêm toàn bộ 52,0 tháng (95% KTC: 49,1-55,0). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 2 năm, 3 năm và 4 năm lần lượt là 100%, 96,7% và 71,6%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa OS với các yếu tố liên quan

	Số bệnh nhân	Trung bình (tháng)	KTC 95%	p
Giới				
Nam	28	50,9	46,4-55,2	0,674
Nữ	26	50,6	48,2-52,8	
Mô bệnh học				
Biệt hóa kém	30	51,1	46,6-55,6	0,574
Các thể khác	24	50,5	48,2-52,8	
Độ xâm lấn (T)				
T1 -T2	22	51,2	49,8-52,6	0,153
T3 -T4	32	50,1	45,8-54,5	
Di căn hạch				
Có	27	50,9	48,8-52,9	0,097
Không	27	49,7	45,2-54,3	
Giai đoạn				
I-II	25	54,9	52,8-56,9	0,011
III	29	47,0	42,9-51,1	

Nhận xét: Trung bình thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm bệnh nhân giai đoạn I-II cao hơn nhóm bệnh nhân giai đoạn III, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngoài ra chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian sống thêm toàn bộ với các yếu tố như giới, thể mô bệnh học, độ xâm lấn, tình trạng di căn hạch ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống thêm toàn bộ. Trong 54 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, thời gian theo dõi trung bình 35,7 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 47,1 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 2 năm, 3 năm và 4 năm lần lượt là 97,9%, 95,2% và 51,6%. Trung bình thời gian sống thêm toàn bộ là 52,0 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 2 năm, 3 năm và 4 năm lần lượt là 100%, 96,7% và 71,6%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với kết quả của một số tác giả trong nước trên nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày nói chung: 34,3±1,0 tháng (Trịnh Thị Hoa 2009); 36,9±2,5 tháng (Nguyễn Thị Minh Phương 2014). Nghiên cứu của tác giả Trần Trung Bách (2015) trên 63 bệnh nhân UTDD ở độ tuổi <40 tuổi cho thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 17,7 tháng và 28,4 tháng. Điều này có thể được giải thích bởi nghiên cứu của chúng tôi có 46,3% bệnh nhân thuộc giai đoạn I-II trong khi đó nhóm bệnh nhân giai đoạn I-II trong nghiên cứu của Trần Trung Bách là 9,3%

[3]. Đối chiếu với kết quả một số nghiên cứu nước ngoài về UTDD ở người dưới 40 tuổi, chúng tôi nhận thấy thời gian sống thêm của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của nhiều tác giả. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm ở nhóm điều trị triệt căn trong nghiên cứu của Santoro (2007) là 93%, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm trong nghiên cứu của Park (2009) là 80,8% và của Kunisaki (2006) cũng ở mức rất cao 79,6%. Khi so sánh thời gian sống thêm toàn bộ giữa các bệnh nhân ở các nhóm tuổi được thực hiện, phần lớn các tác giả nhận định rằng: mặc dù bệnh nhân ung thư dạ dày người trẻ tuổi thường ở giai đoạn muộn chiếm tỷ lệ cao hơn, mức độ xâm lấn của khối u tại chỗ cao hơn, di căn hạch và mô bệnh học kém biệt hóa hơn, tuy nhiên kết quả phân tích lại không cho thấy sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa nhóm bệnh nhân trẻ tuổi và các nhóm tuổi còn lại. Điểm thú vị là kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi được điều trị triệt căn thậm chí còn tốt hơn ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [4],[5]. Các tác giả cũng nhận định rằng, UTDD ở người trẻ tuổi mặc dù ác tính nhưng khi được chẩn đoán sớm, những đối tượng này nhờ có thể trạng tốt, ít bệnh lý phối hợp nên có thể chấp nhận được tốt với phẫu thuật triệt căn và điều trị bổ trợ, do đó kết quả điều trị thường cao [5].

4.2. Thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống thêm toàn bộ và một số yếu tố liên quan. Một trong những đặc biệt của ung thư dạ dày ở người trẻ tuổi là tỉ lệ nam:nữ thấp hơn so với tỉ lệ này khi xét ở mọi lứa tuổi. Sự khác biệt này được giải thích qua các yếu tố nguy cơ đặc trưng của ung thư dạ dày trẻ tuổi có xu hướng ảnh hưởng tới nữ giới nhiều hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy sự liên quan giữa giới tính với thời gian sống thêm ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Seker (2013) cũng chỉ ra chỉ ra không có sự liên quan về sống thêm và giới tính ở các bệnh nhân ung thư dạ dày trẻ tuổi [6].

Độ xâm lấn cao thường đi kèm với tăng tỉ lệ di căn hạch và tái phát, tiến triển trong ổ bụng ngay cả khi phẫu thuật triệt căn. Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra thời gian sống thêm giảm khi mức độ xâm lấn tại chỗ của u tăng lên. Theo Nguyễn Quang Bộ, bệnh nhân có tổn thương xâm lấn tới lớp cơ (T2) có thời gian sống thêm trung bình là 59,8 tháng, trong khi bệnh nhân T3 và T4 có thời gian sống thêm trung bình lần lượt chỉ là 42,4 tháng và 35,3 tháng. Maruyama và cộng sự phân tích đa trung tâm với 25000 bệnh

nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật triệt căn ở Nhật Bản cho thấy tỉ lệ sống trên 5 năm ở nhóm bệnh nhân có tổn thương xâm lấn lớp cơ là 49,8% - 64,5%, ở nhóm bệnh nhân có tổn thương xâm lấn thanh mạc là 22,1% - 34,1%, và bệnh nhân có tổn thương xâm lấn cơ quan kế cận chỉ là 7,3 - 15,7% [7]. Nghiên cứu của tác giả Koea cũng cho nhận xét tương tự khi bệnh nhân ở giai đoạn T2 có thời gian sống thêm trung bình 44,7 tháng, trong khi bệnh nhân ở giai đoạn T3 có thời gian sống thêm trung bình là 26,4 tháng [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của nhóm bệnh nhân T1-T2 là 51,2 tháng, và của nhóm bệnh nhân T3-T4 là 50,1 tháng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,153$. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình ở các bệnh nhân T1-T2 và T3-T4 theo thứ tự là 50,4 tháng và 42,9 tháng ($p = 0,047$).

Ung thư dạ dày có đặc điểm di căn chủ yếu qua đường bạch huyết. Số hạch di căn càng nhiều, mức độ di căn càng rộng tiền lượng càng xấu. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của các tác giả khác khi nhận thấy rằng những bệnh nhân di căn hạch có thời gian sống thêm không bệnh kém hơn những bệnh nhân không di căn hạch ($p < 0,05$). Tuy nhiên thời gian sống thêm toàn bộ giữa 2 nhóm chưa khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,097$. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít, thời gian theo dõi chưa dài, do đó để nhận xét được khách quan và chính xác hơn, cần có thêm thời gian theo dõi và cỡ mẫu lớn hơn.

Loại mô bệnh học cũng là một yếu tố quan trọng để tiên lượng bệnh nhân ung thư dạ dày. Ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, có tỉ lệ cao hơn của nhóm ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa và ung thư biểu mô tế bào nhẵn. Nhìn chung, đây là hai thể mô bệnh học có khả năng lan tràn, di căn mạnh mẽ hơn, đồng nghĩa với tiên lượng xấu hơn so với số còn lại. Maruyama theo dõi trên 25000 bệnh nhân ung thư dạ dày ở Nhật Bản cũng đưa ra kết luận các bệnh nhân có mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa có tiên lượng xấu hơn so với số còn lại [7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, chưa tìm thấy mối liên quan giữa thời gian sống thêm theo loại mô bệnh học.

Với ung thư dạ dày nói riêng và các bệnh ung thư nói chung, giai đoạn chẩn đoán bệnh là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị và tiên lượng của bệnh nhân. Kết quả

nghiên cứu của Phan Hải Thanh chỉ ra tỉ lệ sống thêm 3 năm giảm dần theo giai đoạn. Giai đoạn I, II, III có tỉ lệ sống thêm 3 năm lần lượt là 100%, 86% và 45% [9]. Trong số 54 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, có 25 bệnh nhân chẩn đoán sau mổ ở giai đoạn I - II và 29 bệnh nhân chẩn đoán sau mổ ở giai đoạn III. Bệnh nhân giai đoạn I - II có trung bình thời gian sống thêm toàn bộ cao hơn so với nhóm bệnh nhân giai đoạn III (54,9 tháng so với 47,0 tháng, $p = 0,011$).

V. KẾT LUẬN

Trung bình thời gian sống thêm không bệnh là 47,1 tháng. Tỉ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 2 năm, 3 năm và 4 năm lần lượt là 97,9%, 95,2% và 51,6%. Trung bình thời gian sống thêm toàn bộ 52,0 tháng. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ 2 năm, 3 năm và 4 năm lần lượt là 100%, 96,7% và 71,6%.

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;71(3):209-249.
2. **C P Theuer, C de Virgilio, G Keese et al.** (1996) Gastric adenocarcinoma in patients 40 years of age or younger. *Am J Surg.* 172(5):473-7.
3. **Trần Trung Bach.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư dạ dày ở người trẻ tuổi tại bệnh viện K. Luận văn Bác sĩ nội trú. Đại học Y Hà Nội. 2015.
4. **Park JC, Lee YC, Kim JH, et al.** Clinicopathological aspects and prognostic value with respect to age: an analysis of 3,362 consecutive gastric cancer patients. *J Surg Oncol.* 2009;99(7):395-401.
5. **Kist M, Thomaschewski M, Keck Y, et al.** Specifics of Young Gastric Cancer Patients: A Population-Based Analysis of 46,110 Patients with Gastric Cancer from the German Clinical Cancer Registry Group. *Cancers.* 2022;14(23):5927. doi:10.3390/cancers14235927
6. **Seker M, Aksoy S, Ozdemir NY, Uncu D, Zengin N.** Clinicopathologic Features of Gastric Cancer in Young Patients. *Saudi J Gastroenterol.* 2013;19(6):258-261.
7. **Maruyama K, Okabayashi K, Kinoshita T.** Progress in gastric cancer surgery in Japan and its limits of radicality. *World J Surg.* 1987;11(4):418-425.
8. **Koea JB, Karpeh MS, Brennan MF.** Gastric cancer in young patients: demographic, clinicopathological, and prognostic factors in 92 patients. *Ann Surg Oncol.* 2000;7(5):346-351.
9. **Phan Hải Thanh, Hiệp PN, Lộc L, et al.** Cắt dạ dày bán phần xa nội soi kèm nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày. *Tạp chí Y Dược học.* 2014;4(2):24.