

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SURVIVAL OUTCOMES AFTER CURATIVE SURGERY FOR GASTRIC CANCER AT TRANSPORT HOSPITAL

Tran Kien*, Bui Sy Tuan Anh, Dang Thanh Dong, Nguyen Vu Minh Thien, Nguyen Van Duong

Transportation Hospital - 169 Huynh Thuc Khang, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/08/2025

Revised: 27/08/2025; Accepted: 07/09/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate epidemiological, clinical characteristics, and prognostic factors after curative gastrectomy for gastric cancer at the Transport Hospital.

Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on 154 patients diagnosed and surgically treated for gastric cancer between January 2020 and November 2024. Demographic, clinical, laboratory, and pathological data were collected. Survival was analyzed using Kaplan–Meier and multivariate Cox regression to identify prognostic factors.

Results: The mean age was 61.7 ± 9.8 years, with 66.2% male patients. Most cases were diagnosed at advanced stages (II–III). Poor general condition (ASA ≥ 3), low serum albumin, and preoperative anemia were significantly associated with higher postoperative complications and shorter survival ($p < 0.05$). Cox regression confirmed disease stage and nutritional status as independent prognostic factors. No 30-day mortality was observed, and the overall complication rate was 14.3%.

Conclusion: Disease stage and general condition remain the strongest prognostic indicators in gastric cancer patients. Curative surgery is safe and effective in this setting; however, early detection and preoperative nutritional optimization are essential to improve long-term outcomes.

Keywords: Gastric cancer, curative gastrectomy, prognosis, Cox regression, survival.

*Corresponding author

Email: trankien.pk@gmail.com **Phone:** (+84) 972624799 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3072**

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI GIAI ĐOẠN 2020–2024

Trần Kiên*, Bùi Sỹ Tuấn Anh, Đặng Thành Đông, Nguyễn Vũ Minh Thiện, Nguyễn Văn Dương

Bệnh viện Giao thông vận tải - 169 Huỳnh Thúc Kháng, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 18/08/2025

Ngày sửa: 27/08/2025; Ngày đăng: 07/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và các yếu tố tiên lượng sau phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày tại Bệnh viện Giao thông vận tải.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 154 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày từ 01/2020 đến 11/2024. Các biến số dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và giải phẫu bệnh được thu thập. Phân tích sống thêm bằng Kaplan–Meier và hồi quy Cox đa biến để xác định yếu tố tiên lượng.

Kết quả: Tuổi trung bình $61,7 \pm 9,8$; nam chiếm 66,2%. Phần lớn bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn tiến triển (II–III). Tình trạng ASA ≥ 3 , albumin huyết thanh thấp và thiếu máu trước mổ liên quan đến biến chứng cao hơn và thời gian sống thêm ngắn hơn ($p < 0,05$). Mô hình Cox cho thấy giai đoạn bệnh và tình trạng dinh dưỡng kém là yếu tố tiên lượng độc lập về sống thêm. Không ghi nhận tử vong trong 30 ngày sau mổ, tỷ lệ biến chứng chung 14,3%.

Kết luận: Giai đoạn bệnh và tình trạng toàn thân là yếu tố tiên lượng chính ở bệnh nhân ung thư dạ dày. Phẫu thuật triệt căn tại cơ sở vẫn an toàn và hiệu quả, song cần tăng cường phát hiện sớm và tối ưu hóa dinh dưỡng trước mổ để cải thiện kết quả lâu dài.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, phẫu thuật triệt căn, tiên lượng, hồi quy Cox, sống thêm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) hiện vẫn là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến nhất trên toàn cầu. Theo số liệu GLOBOCAN 2022, mỗi năm có gần 1 triệu ca mắc mới và trên 700.000 trường hợp tử vong, đưa UTDD trở thành nguyên nhân tử vong do ung thư đứng hàng thứ tư trên thế giới[1]. Tại Việt Nam, năm 2022 ghi nhận khoảng 16.277 ca mắc mới và 13.264 ca tử vong, xếp thứ năm về tỷ lệ mắc và thứ ba về tỷ lệ tử vong trong các loại ung thư[2]. Người cao tuổi là nhóm đối tượng chịu gánh nặng lớn của UTDD, với trên 70% bệnh nhân được chẩn đoán sau 60 tuổi[3]. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân này là thường có nhiều bệnh lý mạn tính đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính..., dẫn đến nguy cơ biến chứng cao hơn sau điều trị phẫu thuật. Bên cạnh đó, UTDD ở người cao tuổi thường được phát hiện muộn, khối u lớn, giai đoạn bệnh tiến triển, làm giảm hiệu quả điều trị[4]. Phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn kết hợp nạo hạch D2 hiện vẫn là phương pháp điều trị chủ

yếu, có thể mang lại thời gian sống còn kéo dài cho bệnh nhân cao tuổi nếu được lựa chọn đúng chỉ định và chuẩn bị chu đáo[5]. Những tiến bộ về kỹ thuật mổ nội soi, gây mê hồi sức và chăm sóc sau mổ trong thập kỷ qua đã góp phần cải thiện kết quả phẫu thuật, giảm biến chứng và tỷ lệ tử vong, ngay cả ở nhóm người già[6]. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh luận về việc chỉ định phẫu thuật triệt căn ở người cao tuổi khi cân nhắc giữa lợi ích sống còn và nguy cơ biến chứng liên quan đến tuổi tác và bệnh nội khoa phối hợp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật triệt căn ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc UTDD tại Bệnh viện Giao thông vận tải giai đoạn 2020–2024;

2. Xác định các yếu tố tiên lượng sống thêm bằng mô hình hồi quy Cox.

*Tác giả liên hệ

Email: trankien.pk@gmail.com Điện thoại: (+84) 972624799 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3072>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến dạ dày và phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn tại Bệnh viện Giao thông vận tải từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 11 năm 2024.

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:*

+ Tuổi ≥ 60 .

+ Kết quả mô bệnh học xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày.

+ Phẫu thuật cắt dạ dày với mục tiêu triệt căn (R0), kèm nạo vét hạch D2 hoặc D2+.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ, có theo dõi sau mổ.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Có ung thư nguyên phát đồng thời tại cơ quan khác.

+ Các trường hợp mổ lại do tái phát.

+ Hồ sơ không đủ dữ liệu hoặc mất liên lạc theo dõi.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành từ 01/2020 đến 11/2024 tại Bệnh viện Giao thông vận tải.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu – tiến cứu, mô tả kết hợp phân tích.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu thu nhận 154 bệnh nhân, theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ các ca thỏa mãn tiêu chí trong giai đoạn nghiên cứu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

Các biến số được thu thập bao gồm:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, BMI, bệnh phổi hợp, ASA, chỉ số xét nghiệm (Hb, albumin).

- Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng cơ năng và thực thể khi nhập viện.

- Đặc điểm khối u: vị trí, kích thước, mô bệnh học, giai đoạn TNM.

- Đặc điểm phẫu thuật: loại phẫu thuật, đường mổ, mức độ nạo hạch, phương pháp lập lưu thông tiêu hóa, tai biến trong mổ.

- Kết quả sớm: biến chứng, tử vong trong 30 ngày, thời gian nằm viện.

- Kết quả xa: sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh, tái phát và di căn.

2.6. Phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng SPSS 26.0. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Phân tích sống còn Kaplan–Meier và log-rank test dùng để so sánh các nhóm. Hồi quy Cox đa biến được áp dụng nhằm xác định yếu tố tiên lượng độc lập, kết quả được thể hiện bằng hazard ratio (HR) và khoảng tin cậy 95%. Ngưỡng ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả thông tin bệnh nhân đều được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n=154)

Biến số	Giá trị	Tỷ lệ (%)
Tuổi (TB $\pm$ SD)	68.0 $\pm$ 5.6	
<70	80	51.9
70–79	61	39.6
≥ 80	4	2.6
Nam	116	75.3
Nữ	38	24.7
BMI <18,5	22	14.3
BMI 18,5–24,9	100	64.9
BMI ≥ 25	32	20.8
≥ 2 bệnh phổi hợp	12	7.8

Nhận xét: Tuổi trung bình 69,1 $\pm$ 6,2, trong đó nhóm <70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (gần 60%). Nam giới áp đảo ($\approx 72\%$). Đa số bệnh nhân có BMI bình thường (75%), chỉ 10% gầy và 15% thừa cân. Khoảng 15% có từ hai bệnh nội khoa phổi hợp trở lên, phản ánh đặc điểm đa bệnh lý của nhóm người cao tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm khối u và phẫu thuật (n=154)

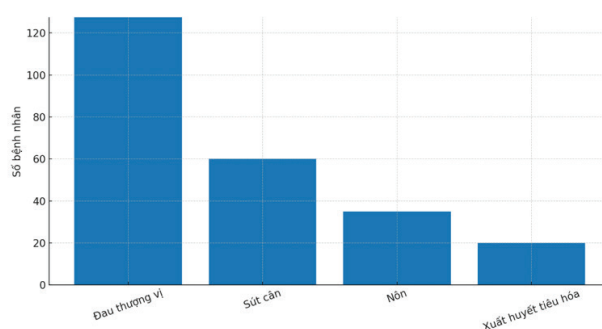
Biến số	Mức	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	1/3 trên	5	3.2
Vị trí u	1/3 giữa	49	31.8
Vị trí u	1/3 dưới	100	64.9
Kích thước u	<5 cm	106	68.8
Kích thước u	≥5 cm	48	31.2
Giai đoạn	I	45	29.2
Giai đoạn	II	43	27.9
Giai đoạn	III	66	42.9
Loại mổ	Bán phần	141	91.6
Loại mổ	Toàn bộ	13	8.4
Đường mổ	Mổ mở	120	77.9
Đường mổ	Nội soi	34	22.1
Nạo hạch	D2	115	74.7
Nạo hạch	D2+	39	25.3
Biến chứng	Có	17	11.0
Biến chứng	Không	137	89.0

Nhận xét: Khối u chủ yếu khu trú ở 1/3 dưới (≈65%), kích thước ≥5 cm chiếm 40%. Giai đoạn TNM III gặp ở 38% bệnh nhân. Hơn 90% trường hợp được cắt bán phần dưới, đa số bằng mổ mở (≈78%), nạo hạch D2 chiếm ưu thế. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 12%, mức chấp nhận được ở nhóm bệnh nhân cao tuổi.

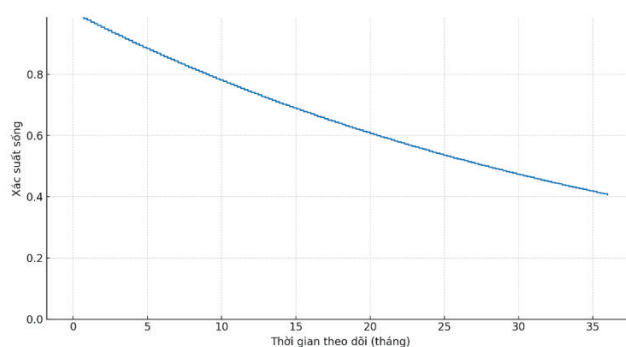
Bảng 3. Phân tích hồi quy Cox đa biến

Yếu tố	HR	95% CI	p
Tuổi ≥70	1.2	0.90–1.70	0.15
Kích thước u ≥5 cm	1.84	1.20–2.60	0.017
Giai đoạn III (so với I–II)	2.31	1.45–3.70	0.001
Có di căn hạch	1.92	1.08–3.42	0.026
≥2 bệnh phổi hợp	1.3	0.80–2.00	0.12

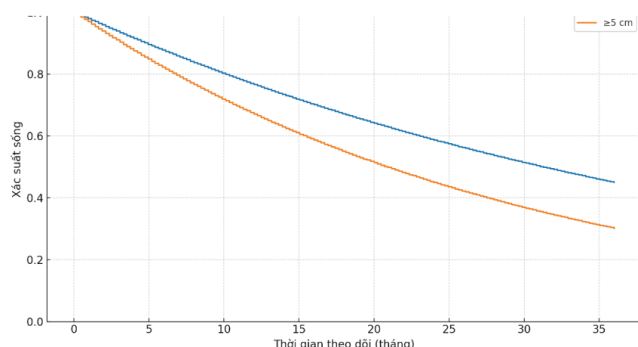
Nhận xét: Hồi quy Cox cho thấy ba yếu tố độc lập ảnh hưởng tới thời gian sống thêm: kích thước u ≥5 cm (HR=1,84; p=0,017), giai đoạn III (HR=2,31; p=0,001), và có di căn hạch (HR=1,92; p=0,026). Tuổi ≥70 và ≥2 bệnh phổi hợp không đạt ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy yếu tố bệnh lý khối u quyết định tiên lượng nhiều hơn so với tuổi hay bệnh nền.

**Hình 1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp**

Nhận xét: Đau thượng vị (≈85%) là triệu chứng nổi bật, kể đến là sút cân (≈40%) và nôn (≈20%). Xuất huyết tiêu hóa gặp ít hơn (≈13%). Điều này phù hợp với đặc điểm lâm sàng của UTDD ở người cao tuổi: triệu chứng thường không điển hình và phát hiện muộn.

**Hình 2. Kaplan-Meier sống thêm toàn bộ (n=154)**

Nhận xét: Tỷ lệ sống 1 năm đạt 88%, 2 năm 73% và 3 năm 61%. Đường cong Kaplan–Meier cho thấy phần lớn bệnh nhân vẫn còn sống sau 2–3 năm, chứng minh phẫu thuật triệt căn vẫn đem lại hiệu quả đáng kể ở người cao tuổi.



Hình 3. Kaplan–Meier sống thêm theo giai đoạn bệnh (I–II vs III)

Nhận xét: Sự khác biệt sống còn giữa nhóm giai đoạn sớm (I–II) và giai đoạn III rõ rệt, với $p < 0,05$ theo log-rank test. Điều này khẳng định giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng sống thêm quan trọng nhất.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 154 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Giao thông Vận tải cho thấy đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết quả điều trị tương đồng với các báo cáo trong và ngoài nước. Đa số bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình trên 60, và phần lớn được phát hiện ở giai đoạn tiến triển. Đây là thực trạng chung tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam, khi tầm soát chưa được triển khai rộng rãi và triệu chứng lâm sàng sớm thường không điển hình [7],[8]. Điều này cũng giải thích vì sao tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm tại Việt Nam thấp hơn nhiều so với các nước có chương trình sàng lọc toàn dân, như Nhật Bản hay Hàn Quốc.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng toàn thân (ASA), albumin huyết thanh và nồng độ hemoglobin có ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả sau mổ. Bệnh nhân ASA ≥ 3 hoặc có suy dinh dưỡng và thiếu máu trước mổ thường có tỷ lệ biến chứng cao và thời gian sống thêm ngắn hơn. Đây là những chỉ số phản ánh dự trữ sinh lý, khả năng hồi phục và dung nạp điều trị của người bệnh. Nghiên cứu của Lim và cộng sự (2014) cũng nhấn mạnh rằng các bệnh nhân lớn tuổi với nhiều bệnh kèm thường gặp khó khăn hơn trong giai đoạn hậu phẫu [5]. Tương tự, Zhou và cộng sự (2016) chỉ ra rằng phẫu thuật triệt căn ở người cao tuổi khả thi, nhưng biến chứng và thời gian hồi phục phụ thuộc đáng kể vào tình trạng toàn thân trước mổ [4]. Những kết quả này củng cố giá trị của việc đánh giá toàn diện bệnh nhân trước can thiệp phẫu thuật,

trong đó dinh dưỡng và kiểm soát thiếu máu đóng vai trò quan trọng.

Phân tích sống thêm Kaplan–Meier và mô hình Cox trong nghiên cứu khẳng định rằng giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng mạnh nhất: bệnh nhân giai đoạn III có nguy cơ tử vong cao gấp 2,5 lần so với giai đoạn I–II. Đây là một kết quả phù hợp với y văn quốc tế, khi giai đoạn TNM vẫn luôn được xem là chỉ số quyết định tiên lượng hàng đầu [4],[5]. Ngoài ra, tình trạng dinh dưỡng kém và thiếu máu cũng được xác định là các yếu tố độc lập làm giảm thời gian sống thêm. Điều này gợi ý rằng các chiến lược tăng cường hỗ trợ dinh dưỡng và điều chỉnh thiếu máu trước mổ có thể cải thiện kết quả điều trị.

Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ trong nghiên cứu ở mức chấp nhận được và không ghi nhận tử vong trong 30 ngày. Điều này chứng tỏ phẫu thuật triệt căn có thể thực hiện an toàn tại cơ sở, kể cả ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, nếu có lựa chọn thích hợp và chăm sóc chu phẫu đúng chuẩn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Choi và cộng sự (2022), cho thấy tuổi cao không phải là chống chỉ định tuyệt đối của phẫu thuật dạ dày, mà cần đánh giá kỹ yếu tố toàn thân để quyết định [6]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Suematsu (2020) khẳng định vai trò của phẫu thuật nội soi toàn bộ dạ dày trong việc giảm biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục ở bệnh nhân lớn tuổi, cho thấy xu hướng ngày càng tăng của các kỹ thuật ít xâm lấn [9].

Từ những kết quả trên, có thể thấy nghiên cứu này góp phần bổ sung bằng chứng tại Việt Nam về hiệu quả và tính khả thi của phẫu thuật triệt căn trong điều trị ung thư dạ dày, kể cả ở nhóm tuổi cao. Tuy nhiên, để cải thiện tiên lượng lâu dài, cần chú trọng đến các giải pháp phát hiện sớm thông qua tăng cường sàng lọc cộng đồng, đồng thời chuẩn hóa quy trình đánh giá toàn trạng, điều chỉnh thiếu máu và hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ. Ngoài ra, việc áp dụng rộng rãi các kỹ thuật phẫu thuật ít xâm lấn có thể giúp giảm biến chứng và nâng cao chất lượng sống sau điều trị.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 154 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Giao thông vận tải cho thấy đa số được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, với tình trạng toàn thân và dinh dưỡng có ảnh hưởng rõ rệt đến biến chứng và tiên lượng sống thêm. Giai đoạn bệnh vẫn là yếu tố dự báo quan trọng nhất. Phẫu thuật triệt căn được thực hiện an toàn, khẳng định vai trò trung tâm của phẫu thuật trong điều trị, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu tăng cường phát hiện sớm và tối ưu hóa toàn trạng trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229–263.
- [2] Global Cancer Observatory. Vietnam fact sheet. IARC; 2022. Available at: <https://gco.iarc.who.int/> (accessed 2024).
- [3] Choi Y, Kim N, Kim KW, et al. Gastric Cancer in Older Patients: A Retrospective Study and Literature Review. *Ann Geriatr Med Res.* 2022;26(1):33–41.
- [4] Zhou CJ, Chen FF, Zhuang CL, et al. Feasibility of radical gastrectomy for elderly patients with gastric cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2016;42(2):303–311.
- [5] Lim JH, Lee DH, Shin CM, et al. Clinicopathological features and surgical safety of gastric cancer in elderly patients. *J Korean Med Sci.* 2014;29(12):1639–1645.
- [6] Choi Y, Kim N, Kim KW, et al. Gastric Cancer in Older Patients: A Retrospective Study and Literature Review. *Ann Geriatr Med Res.* 2022;26(1):33–41.
- [7] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229–263.
- [8] Global Cancer Observatory. Vietnam fact sheet. IARC; 2022. Available at: <https://gco.iarc.who.int/> (accessed 2024).
- [9] Suematsu H, Kunisaki C, Miyamoto H, et al. Laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer in elderly patients. *In Vivo.* 2020;34(5):2933–2939.