

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY Ở NGƯỜI CAO TUỔI: HỒI CỨU 90 CA BỆNH

Dương Trọng Hiền¹, Trần Kiên², Trịnh Hồng Sơn¹
và Trần Quế Sơn^{3,✉}

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Giao thông Vận tải

³Trường Đại học Y Hà Nội

Ung thư biểu mô dạ dày là căn bệnh phổ biến, trong đó trên 80% trường hợp được phát hiện sau 65 tuổi. Nghiên cứu hồi cứu những bệnh nhân cao tuổi được cắt dạ dày triệt căn tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2019 đến 12/2021. Mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật của nhóm người bệnh trên. Chín mươi bệnh nhân đã được lựa chọn. Tuổi trung bình là 68,3 tuổi (60 - 93). Nam/nữ = 2,7. Tỷ lệ triệu chứng đau thượng vị, sụt cân, nôn và xuất huyết tiêu hóa lần lượt là 85,5%, 40%, 20% và 11%. Vị trí khối u ở 1/3 dưới, 1/3 giữa và 1/3 trên là 68,9%, 26,7% và 4,4%. Theo TNM, giai đoạn I, II, III là 42,1%, 17,8% và 40,1%. Bệnh phối hợp hay gặp là bệnh tim mạch (40% tăng huyết áp, 37,8% van tim), đái tháo đường (37,8%) và hô hấp (41,1%). Cắt bán phần cực dưới và toàn bộ dạ dày là 93,4% và 6,6% kết hợp nạo hạch D2 và D2+ là 73,3% và 26,7%. Biến chứng chung và tử vong là 11,1% và 0%. Thời gian nằm viện 9,6 ngày (6 - 20) và sống thêm trung bình 30,7 tháng (12 - 43). Xác suất sống sau 1-, 2-, 3-năm lần lượt là 86,7%, 71,1%, và 63,3%. Kết luận: cắt dạ dày triệt căn do ung thư biểu mô là khả thi và hiệu quả cho người bệnh cao tuổi. Tuy nhiên, tùy thuộc vào tình trạng chung, giai đoạn bệnh và bệnh lý đi kèm mà lựa chọn phẫu thuật triệt căn hay không.

Từ khóa: Ung thư biểu mô dạ dày, người cao tuổi, cắt dạ dày triệt căn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của GLOBOCAN 2022, ung thư biểu mô dạ dày là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến nhất trên toàn thế giới với 968.350 trường hợp mắc mới (4,9%), đứng thứ năm sau ung thư phổi (12,4%), vú (11,6%), đại trực tràng (9,6%) và tiền liệt tuyến (7,3%).¹ Năm 2022, tại Việt Nam có 16 277 ca mắc mới nhưng số ca tử vong lên tới 13.264 trường hợp, đứng thứ năm về tỷ lệ mắc mới và thứ ba về tỷ lệ tử vong trong số các bệnh ung thư.² Phẫu thuật triệt căn nhằm đảm bảo diện cắt trên và dưới hết u, nạo vét hạch theo chặng mức

D2, cắt bỏ các cơ quan bị xâm lấn hoặc di căn mang lại kết quả tốt cho người bệnh.³ Hiện nay, với sự tiến bộ của kỹ thuật mổ, gây mê hồi sức, dinh dưỡng trong ngoại khoa, phẫu thuật cắt dạ dày đã trở nên phổ biến ở các cơ sở ngoại khoa bằng cả kỹ thuật mổ mở và mổ nội soi. Tuổi là một yếu tố nguy cơ đáng kể cho sự phát triển ung thư và hầu hết các khối u xuất hiện liên quan đến tuổi. Ở các nước phương Tây, ung thư biểu mô dạ dày hay gặp ở người lớn tuổi.⁴ Các nghiên cứu gần đây, dân số cao tuổi ngày càng tăng trên toàn thế giới, đặc biệt là trong hai thập kỷ qua.⁵ Vì vậy, tỷ lệ mắc bệnh ung thư ở người cao tuổi có xu hướng gia tăng. Người bệnh ở độ tuổi này thường có những đặc điểm sinh lý riêng; nhiều bệnh lý phối hợp như tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, thiếu máu và suy dinh

Tác giả liên hệ: Trần Quế Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 10/07/2024

Ngày được chấp nhận: 01/08/2024

dưỡng; khối u được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, đồng mắc u nhiều vị trí.⁶⁻⁹ Những yếu tố trên làm ảnh hưởng đến chiến lược và kết quả điều trị.¹⁰

Nhóm người bệnh cao tuổi được chỉ định phẫu thuật triệt căn có đặc điểm gì và kết quả điều trị ra sao? là những câu hỏi đặt ra cho nghiên cứu này. Bài báo được thực hiện với hai mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm bệnh nhân cao tuổi và đánh giá kết quả phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 2019 đến 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm bệnh nhân ≥ 60 tuổi được phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch do ung thư biểu mô tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 1/2019 đến hết tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tuổi ≥ 60 tuổi. Bao gồm cả mổ nội soi và mổ mở. Chẩn đoán mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tuyến của dạ dày. Hồ sơ đầy đủ thông tin cơ bản về cách thức, kết quả phẫu thuật và tổn thương như mức độ xâm lấn, nhóm hạch nạo vét.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có bệnh lý ung thư tại cơ quan khác; Có kèm các phẫu thuật khác trong cùng lần mổ; Phẫu thuật cắt dạ dày lại do ung thư tái phát.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Nghiên cứu được thực hiện theo các bước sau:

(i) Lựa chọn những bệnh án UTDD được mổ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2019 đến hết tháng 12/2021;

(ii) Chọn những bệnh án có tuổi bệnh nhân

≥ 60 tuổi, đã được phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày;

(iii) Kiểm tra ở phiếu giải phẫu bệnh, nếu hồ sơ nào có kết quả là tổn thương ung thư biểu mô tuyến thì đưa vào đối tượng nghiên cứu;

(iv) Ghi nhận thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu;

(v) Đánh giá kết quả xa qua tái khám trực tiếp, điện thoại, Email.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu bao gồm:

(i) Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu như tuổi, giới, chỉ số BMI, ASA, bệnh phổi hợp, chỉ số xét nghiệm albumin máu, số lượng hồng cầu, bất thường van tim, điện tim;

(ii) Đặc điểm lâm sàng gồm dấu hiệu cơ năng (buồn nôn, sụt cân, ợ hơi, xuất huyết tiêu hóa), thực thể (sờ thấy u);

(iii) Đặc điểm khối u (vị trí, độ biệt hóa, T, N, phân độ TNM);

(iv) Đặc điểm kỹ thuật mổ (thời gian mổ, phương pháp cắt bỏ dạ dày, mức độ nạo hạch, phương pháp lập lại lưu thông);

(v) Kết quả sớm gồm: thời gian nằm viện, rút dẫn lưu, ăn lại đường miệng; ghi nhận các biến chứng;

(vi) Kết quả xa: xác suất sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh, một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ.

Một số quy ước nghiên cứu:

Phẫu thuật đạt tiêu chuẩn triệt căn:

(i) Cắt dạ dày tiêu chuẩn thực hiện với mục tiêu điều trị triệt căn bao gồm cắt ít nhất 2/3 dạ dày và nạo vét hạch D2 (số lượng hạch vét được tối thiểu ≥ 15 hạch).

(ii) Cắt dạ dày không tiêu chuẩn: cắt dạ dày và/hoặc vét hạch tùy thuộc vào giai đoạn và vị trí khối u.

(iii) Phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng: bao gồm cắt dạ dày kèm các tạng xâm lấn và vét hạch D2+;

(iv) Đảm bảo diện cắt an toàn không còn tế bào ung thư ở diện cắt trên và dưới (khoảng cách thay đổi tùy theo giai đoạn bệnh và tổn thương mô bệnh học).

Trong trường hợp không đạt được diện cắt đủ xa, cần làm tức thì diện cắt. Với những khối u xâm lấn thực quản, không cần thiết đảm bảo diện cắt xa u mà cần làm sinh thiết tức thì diện cắt để đảm bảo diện cắt R0.¹¹

Nạo vét hạch hệ thống mức D2 trở lên theo tiêu chuẩn tại Hướng dẫn điều trị UTDD Nhật Bản năm 2018 và Quyết định số 3127/QĐ-BYT ngày 17 tháng 07 năm 2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày”.¹¹

Kết quả sớm được tính từ lúc phẫu thuật cho đến khi bệnh nhân ra viện hoặc chuyển khoa, chuyển viện điều trị bệnh lý khác không liên quan đến phẫu thuật UTDD trong vòng 30 ngày sau mổ.

Phân loại TNM: Phân giai đoạn phẫu thuật sT1-T4a, N0-3, M0 dựa trên hệ thống phân giai đoạn của Ủy ban Ung thư chung Hoa Kỳ/Liên minh Chống ung thư Quốc tế (AJCC/UICC) lần thứ 7.^{11,12}

Tái phát sau mổ: nội soi dạ dày có u sùi, loét, sinh thiết có tế bào ung thư.

Di căn sau mổ: chụp PET - CT phát hiện di căn hoặc chụp CT Scanner có di căn xa (gan, phúc mạc...) và/hoặc có hạch $\geq 10\text{mm}$, mất cấu trúc hạch.

Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Biến định lượng, liên tục được trình bày dưới dạng các số trung bình \pm độ lệch chuẩn. Biến định tính được trình bày dưới dạng n (%). Biểu đồ Kaplan-Meier mô tả xác suất sống thêm giai đoạn bệnh I, II, III theo thời gian. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được thông qua Hội đồng đánh giá luận văn thạc sĩ số 5729/QĐ-ĐHYHN của Trường Đại học Y Hà Nội ngày 2 tháng 11 năm 2023. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật, mã hóa thông tin và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Bệnh nhân (n = 90)	Tỷ lệ (%)
Tuổi, $X \pm SD$ (min - max)	68,3 \pm 6,3 (60 - 93)	
Giới nam	66	73,3
BMI		
< 18,5 (gầy)	8	8,9
18,5 - 24,9 (bình thường)	74	82,2
> 24,9 (béo)	8	8,9
ASA		
1	26	28,9
2	46	51,1
3	18	20

Đặc điểm	Bệnh nhân (n = 90)	Tỷ lệ (%)
Bệnh phối hợp		
Tăng huyết áp	36	40
Đái tháo đường	34	37,8
Tim mạch	16	17,8
Hô hấp	17	18,8
Mắc từ hai bệnh trở lên	15	16,6
Hemoglobin < 100 g/L	14	15,6
Albumin < 35 g/L	15	16,7
Siêu âm tim có bất thường van tim	34	37,8
Điện tim bất thường	11	12,2
Huyết áp cần điều chỉnh	31	34,4
Rối loạn thông khí	37	41,1

Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 68,3 tuổi (dao động 60 - 93). Bệnh nhân chủ yếu trong nhóm tuổi từ 60 - 69 tuổi (56 bệnh nhân) chiếm 62,2%, nam/ nữ xấp xỉ 3/1. 8,9% số BN có BMI thấp; 20% dự kiến đặt nội khí

quản khó. Nhóm bệnh nhân được mổ có nhiều bệnh nội khoa phối hợp, hay gặp nhất là nhóm bệnh lý liên quan đến tim mạch (40% THA, 17,8% tim mạch), đái tháo đường (37,8%) và hô hấp (18,8%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả (n = 90)	
Thời gian khởi bệnh, X ± SD (min - max), tháng	2,5 ± 3,2 (1 - 14)	
Triệu chứng cơ năng, n (%)		
Đau bụng thượng vị	77	85,5
Chán ăn	12	13,3
Đầy bụng	40	44,4
Sụt cân	36	40
Nôn	18	20
Ợ hơi, ợ chua	30	33,3
Nóng rát sau xương ức	12	13,3
Xuất huyết tiêu hóa	10	11
Triệu chứng thực thể, n (%)		
Ấn đau thượng vị	25	27,7
Thiếu máu	15	16,7
Hẹp môn vị	3	3,3

Ung thư dạ dày biểu hiện bởi nhiều triệu chứng khác nhau liên quan đến đường tiêu hóa trên (85,56% đau thượng vị, 44,4% đầy bụng và 40% sút cân).

Bảng 3. Đặc điểm khối u

Đặc điểm khối u, n (%)	Kết quả (n = 90)
Vị trí u	
1/3 trên (Vùng tâm vị)	4 (4,4)
1/3 giữa (Vùng thân vị)	24 (26,7)
1/3 dưới (Vùng hang môn vị)	62 (68,9)
Đại thể khối u, n (%)	
Loét	59 (65,6)
Loét sùi	18 (20)
Sùi	12 (13,3)
Thâm nhiễm	1 (1,1)
Độ biệt hóa u, n (%)	
Biệt hóa cao	15 (16,7)
Biệt hóa vừa	18 (20)
Kém biệt hóa	38 (42,2)
Tế bào nhẵn	19 (21,1)
Mức độ xâm lấn u (T), n (%)	
T1	33 (36,7)
T2	7 (7,7)
T3	15 (16,8)
T4a	30 (33,3)
T4b	5 (5,5)
Di căn hạch (N), n (%)	
N0 (Chưa di căn hạch)	37 (41,1)
N1 (1 - 2 hạch)	18 (20)
N2 (3 - 6 hạch)	10 (11,1)
N3a (7- 15 hạch)	16 (17,8)
N3b (> 16 hạch)	9 (10)
Giai đoạn bệnh (TNM), n (%)	
Ia/Ib	5 (5,6)/32 (35,5)
IIa/IIb	4 (4,4)/12 (13,4)
IIIa/IIIb/IIIc	15 (16,7)/11 (12,2)/11 (12,2)

Phần lớn u nằm ở 1/3 dưới (68,9%) và 1/3 giữa dạ dày với đầy đủ các dạng tổn thương nhưng loét và loét sùi gặp nhiều nhất (65,6%

và 20%), 38,8% các ca đã thâm nhiễm vào tạng xung quanh u, 58,9% đã di căn hạch vùng.

Bảng 4. Đặc điểm kỹ thuật mổ

Đặc điểm	Kết quả	(n = 90)
Thời gian mổ, n (%), X ± SD (min - max), phút		
Mổ mở	72 (80)	162,4 ± 35,7 (100 - 185)
Nội soi	18 (20)	171,3 ± 39,6 (134 - 320)
Mức độ nạo hạch		
Vết hạch D2	66	73,3
Vết hạch D2+	24	26,7
Phương pháp mổ		
Cắt bán phần dưới dạ dày	84 (93,4)	
Cắt toàn bộ dạ dày	6 (6,6)	
Lập lưu thông		
Billroth I	40	44,4
Billroth II	36	40
Roux-en-Y	14	15,6
Tai biến		
Vỡ lách	2	2,2
Rách tĩnh mạch lách	1	1,1

Hai kỹ thuật mổ được áp dụng là mổ mở (80%) và nội soi (20%); nạo hạch D2 trở lên (100%), 93,4% cắt cực dưới lập lưu thông bằng

một trong ba kiểu là Billroth I, Billroth II và Roux-en-Y lần lượt là 44,4%, 40% và 15,6%. Tai biến thấp (3,3%).

Bảng 5. Kết quả sớm và biến chứng

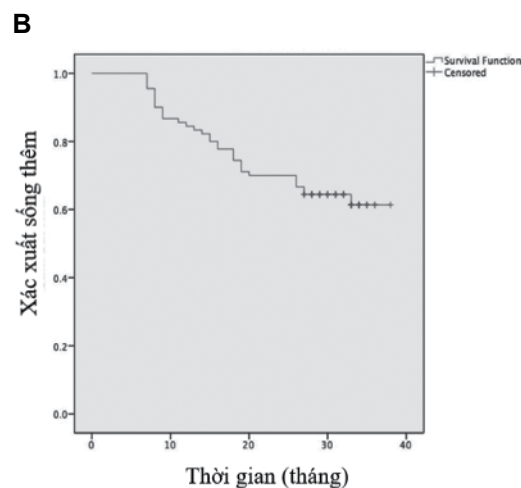
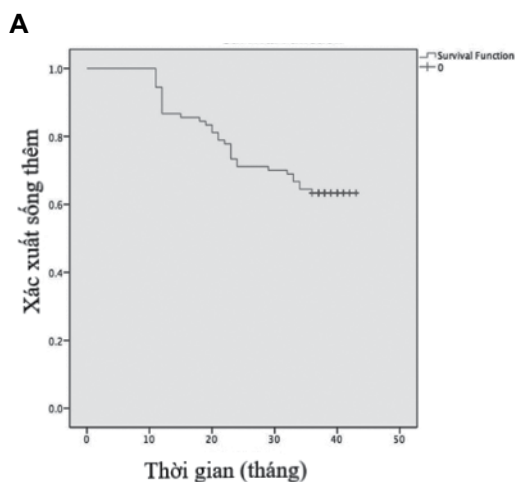
Đặc điểm	Kết quả (n = 90)	Mổ mở	Nội soi
Thời gian,	X ± SD (min. – max)		
Trung tiện (giờ)	52,13 ± 9,28 (28 - 74)	50,45 ± 8,84	53,66 ± 9,64
Rút ống thông dạ dày (ngày)	3,53 ± 1,06 (1 - 6)	3,47 ± 0,98	3,56 ± 1,13
Rút dẫn lưu (ngày)	6,38 ± 1,11 (4 - 10)	5,85 ± 1,05	6,48 ± 1,34
Cho ăn sau mổ (ngày)	4,67 ± 0,95 (2 - 6)	4,16 ± 0,78	4,92 ± 1,04

Đặc điểm	Kết quả (n = 90)	Mổ mở	Nội soi
Nằm viện sau mổ (ngày)	9,63 ± 2,57 (6 - 20)	9,03 ± 2,46	9,94 ± 2,95
Biến chứng, n (%)			
Chảy máu sau mổ	1 (1,1)	1	0
Tắc ruột sớm	1 (1,1)	1	0
Viêm phổi	3 (3,3)	1	2
Loạn thần	1 (1,1)	0	1
Áp xe tồn dư	1 (1,1)	1	0
Nhiễm khuẩn vết mổ	2 (2,2)	2	0
Nhiễm khuẩn tiết niệu	1 (1,1)	0	1
Mổ lại	1 (1,1)	1	0

Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 11,1%, trong đó viêm phổi 3,3%, chảy máu sau mổ 1,1%. Có 1 bệnh nhân phải mổ lại. Không có bệnh nhân rò tiêu hóa, không có bệnh nhân tử vong.

Tất cả các bệnh nhân (100%) được theo dõi sau mổ. Thời gian theo dõi là 30,7 ± 9,2 tháng,

ít nhất 12 tháng, nhiều nhất 43 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, 57 bệnh nhân còn sống, 33 bệnh nhân tử vong (18 bệnh nhân do tái phát; 15 bệnh nhân do nguyên nhân khác), 8 ca tái phát tại chỗ, 10 ca di căn xa.



Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan - Meier về xác suất sống thêm toàn bộ (A) và xác suất sống thêm không bệnh (B). Xác suất sống thêm sau 1-, 2-, 3-năm lần lượt là 86,7%, 71,1%, và 63,3%

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ

Yếu tố liên quan	Kết quả, (n = 90)		p
Nhóm tuổi			
60 - 69 tuổi	56	39,2 ± 5,2	p = 0,08
70 - 79 tuổi	30	34,1 ± 4,9	
> 80	4	22,1 ± 4,0	
Kích thước u			
< 5cm	73	37,9 ± 5,7	p = 0,029
≥ 5cm	17	28,1 ± 5,0	
Giai đoạn bệnh			
I	37	38,0 ± 6,4	p = 0,001
II	16	34,5 ± 5,9	
III	37	25,5 ± 4,3	
Độ biệt hóa			
Vừa và Cao	33	38,9 ± 7,0	p = 0,110
Kém	38	33,2 ± 6,4	
Di căn hạch			
Không	72	38,3 ± 6,1	p = 0,029
Có	18	29,7 ± 4,6	

Kích thước u càng lớn, giai đoạn bệnh càng muộn, di căn hạch là các yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống thêm sau mổ ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Theo luật số 39/2009/QH12 của Quốc hội Việt Nam về luật người cao tuổi thì người cao tuổi được quy định là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trên thế giới sử dụng ngưỡng giá trị khác nhau liên quan đến dân số cao tuổi. Ung thư dạ dày thường có nhiều triệu chứng cơ năng như đau thượng vị (85,5%), chán ăn (13,3%), gầy sút cân (40%), nôn ra máu (20%), đại tiện phân đen (11%) (**Bảng 1**). Nhiều tác giả đã cho rằng,

mức độ sụt cân tỷ lệ với giai đoạn của bệnh, khi bệnh phát hiện càng muộn, thì thể trạng bệnh nhân càng suy kiệt, đây cũng là yếu tố tiên lượng trong và sau phẫu thuật. Đặc biệt ở người bệnh lớn tuổi, các triệu chứng này có thể nghiêm trọng hơn kết hợp với bệnh nội khoa là nguyên nhân làm bệnh nhân chậm hồi phục sau mổ. Một số thông số cần làm để đánh giá bệnh nhân có đảm bảo an toàn trước mổ như đánh giá tình trạng dinh dưỡng (BMI, tình trạng giảm cân/6 tháng, phân loại mức độ suy dinh dưỡng), số lượng hồng cầu, albumin máu, chức năng tim, đo chức năng hô hấp. Nghiên cứu ở Việt Nam, tình trạng sụt cân ở người bệnh ung thư dạ dày khi nhập viện là 76,6%, trong đó sụt cân trên 10% trọng lượng cơ thể là 19,7%,

thiếu hụt năng lượng mạn tính là 29,9%. Nguy cơ suy dinh dưỡng theo là 77,6%, trong đó mức độ nhẹ đến trung bình và nặng lần lượt là 67,2% và 10,4%.¹³ Do vậy, người bệnh cần được hội chẩn đa chuyên khoa, điều chỉnh các rối loạn chức năng như truyền máu, truyền albumin, can thiệp dinh dưỡng trước mổ. Phẫu thuật cắt dạ dày triệt để nội soi thường được sử dụng cho UTDD giai đoạn đầu và ngày càng được sử dụng cho UTDD giai đoạn tiến triển. Quy trình này đã trở thành phương pháp tiếp cận tiêu chuẩn cho các bác sĩ phẫu thuật thành thạo. Tuy nhiên, các bác sĩ phẫu thuật được đào tạo tại các trung tâm có khối lượng công việc thấp hoặc dưới sự hướng dẫn của các giảng viên cắt dạ dày nội soi ít kinh nghiệm có thể gặp phải những thách thức về mặt kỹ thuật.¹²

Các nước Âu - Mỹ thường gặp tổn thương vùng tâm vị và vị trí tiếp nối thực quản - dạ dày, trong khi các nước Châu Á gặp chủ yếu tổn thương vùng hang - môn vị.^{9,14} **Bảng 3** cho thấy vị trí tổn thương hay gặp nhất ở 1/3 dưới (68,9%), tiếp theo là 1/3 giữa (26,7%). Chính vì vậy, nghiên cứu có 84 trường hợp được cắt bán phần dạ dày cực dưới (92,4%). Về lập lại lưu thông tiêu hóa, tùy vào thói quen của phẫu thuật viên, phần dạ dày được cắt bỏ, cũng như đặc điểm xâm lấn u mà phẫu thuật viên lựa chọn một trong ba cách nối là Billroth-I (44,4%), Billroth-II (40%) hay Roux-en-Y 14 (15,6%) (**Bảng 4**). Mỗi kiểu lập lại lưu thông tiêu hóa đều có ưu và nhược điểm; tùy thuộc vào đặc điểm khối u, thói quen của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu này, phần lớn kỹ thuật nối Roux-en-Y áp dụng sau cắt dạ dày toàn bộ. Nối Billroth I, II áp dụng có các trường hợp cắt dạ dày còn lại. Nhóm người bệnh này không có thông tin liên quan đến kết quả soi sau mổ vì vậy các đặc điểm liên quan đến miệng nối (viêm, ung thư tái phát tại chỗ) chưa được ghi nhận. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp (3,3%) tai biến trong mổ gồm 2

trường hợp tổn thương tạng (rách bao lách gây chảy máu) và 1 trường hợp tổn thương mạch lách được xử trí thành công bằng khâu cầm máu, đặt surgicel. Biến chứng sau mổ là 11,1%, không có trường hợp nào rò mồm tá tràng, rò miệng nối, không tử vong (**Bảng 4**). Một BN phải mổ lại do chảy máu sau mổ giờ thứ 8 chảy 200 mL máu đỏ tươi qua dẫn lưu, xét nghiệm hồng cầu, huyết sắc tố giảm. Bệnh nhân được mổ lại cầm máu, ổ bụng có khoảng 200ml máu đỏ lẫn máu cục, xử trí cầm máu nguồn chảy từ động mạch vị trái. Bệnh nhân xuất viện sau 11 ngày. Nghiên cứu của Phạm Thế Dương (2021) trên 111 bệnh nhân ung thư dạ dày trên 70 tuổi được phẫu thuật triệt căn cắt gần toàn bộ dạ dày, vét hạch D2 có kết quả không tử vong, biến chứng chung là 11,7%, trong đó thường gặp nhất là viêm phổi (4,5%). Thời gian trung tiện là 3,1 ngày, ăn lại đường miệng là 3,72 ngày, nằm viện 10,7 ngày.¹⁵

Zhou và cộng sự báo cáo nồng độ albumin thấp, ASA cao (Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ), nhiều bệnh đi kèm và giai đoạn bệnh tiến triển ở nhóm người bệnh lớn tuổi mắc UTDD.¹⁶ Hơn nữa, các biến chứng có xu hướng gia tăng theo độ tuổi, đặc biệt là các vấn đề về hô hấp ở người già (≥ 80 tuổi).¹⁶⁻¹⁸ Lim và cộng sự đã phân tích 1.107 bệnh nhân cắt dạ dày, chia thành ba nhóm tuổi (<65 , 65 - 74 và ≥ 75 tuổi) và quan sát thấy ở nhóm tuổi càng cao thì khối u thường ở giai đoạn tiến triển và nhiều khối ung thư đồng thời. Điều đó cho thấy cần phải thận trọng trước khi xác định phương pháp điều trị ở những bệnh nhân này.¹⁹ Suematsu và cộng sự đã báo cáo tỷ lệ sống sót và biến chứng sau phẫu thuật tương đương nhau sau khi cắt toàn bộ dạ dày, ngay cả ở những bệnh nhân > 75 tuổi.⁶ Qua các kết quả trên cho thấy, cắt dạ dày triệt căn do ung thư biểu mô ở người cao tuổi là phẫu thuật an toàn, chấp nhận được.^{16,18,20} Các biến chứng và tử vong do phẫu thuật hoàn toàn có thể được hạn chế bằng việc hoàn thiện kỹ thuật

mổ, chuẩn bị trước mổ và hồi sức sau mổ tốt. Tuy nhiên, ở người cao tuổi thường khó thực hiện hóa trị do sự hiện diện của các bệnh tiềm ẩn hoặc rối loạn chức năng cơ quan.⁹ Nghiên cứu của Wakahara và cộng sự cho rằng nên chỉ định mổ và hóa trị hỗ trợ khi điều kiện người bệnh cho phép, tỷ lệ sống thêm tốt hơn ở nhóm được điều trị hóa chất > 3 tháng.⁷

Đến thời điểm kết thúc nghiên cứu của chúng tôi, có 57 bệnh nhân còn sống, 33 bệnh nhân đã tử vong. Trong các trường hợp tử vong, có 18 bệnh nhân tái phát và di căn sau mổ. Có 11 trường hợp bệnh nhân tử vong do mắc COVID-19 tại thời điểm đại dịch COVID-19 bùng phát ở Việt Nam và trên Thế giới. Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều là bệnh nhân tuổi cao, có bệnh lý ung thư và bệnh lý nền nên là đối tượng có nguy cơ tử vong cao khi mắc COVID-19. Bốn ca tử vong còn lại có 1 trường hợp tử vong do suy hô hấp, viêm phổi trên nền COPD, 1 bệnh nhân tử vong do nhồi máu cơ tim, 2 bệnh nhân tử vong do đột quỵ não. Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh lý với thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ, chúng tôi thấy thời gian sống thêm toàn bộ ở các nhóm tuổi 60 - 69 tuổi, 70 - 79 tuổi, > 80 tuổi là không có sự khác biệt ($p = 0,08$). Có sự khác nhau về thời gian sống thêm ở nhóm bệnh có kích thước $u \leq 5\text{cm}$ dài so với $> 5\text{cm}$ (0,029), giai đoạn I, II và III ($p = 0,001$), nhóm không tái và nhóm có tái phát u ($p = 0,029$). Fujiwara Y. và cộng sự (2017) đánh giá ảnh hưởng của tuổi đến kết quả gần sau cắt dạ dày giữa nhóm A (115 BN > 80 tuổi) và nhóm B (333 bệnh nhân < 79 tuổi) cho thấy tỷ lệ biến chứng, đặc biệt là biến chứng hô hấp và tử vong tại viện của nhóm A lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm B ($p < 0,05$). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ nói chung ở bệnh nhân nhóm A thấp hơn đáng kể so với bệnh nhân nhóm B. Nhiều nghiên cứu cho thấy giai đoạn bệnh, mức độ nạo hạch triệt căn, biến chứng là các yếu tố tiên lượng độc lập cho thời

gian sống thêm của người bệnh.^{18,21} Ueno và cộng sự nghiên cứu 366 bệnh nhân thấy những bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, biến chứng và giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập về khả năng sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh. Ngược lại, ở những bệnh nhân từ 74 tuổi trở xuống, nạo hạch triệt căn và hóa trị hỗ trợ sau mổ là các yếu tố tiên lượng độc lập cho khả năng sống thêm và sống thêm không bệnh. Hạn chế biến chứng có thể góp phần cải thiện tiên lượng sống của bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh ung thư dạ dày. Tác giả cho rằng, cần phải tùy thuộc vào tình trạng chung và bệnh lý đi kèm của bệnh nhân mà lựa chọn phẫu thuật hạn chế thay vì phẫu thuật triệt căn.^{21,22}

Một số hạn chế của bài nghiên cứu này: (i) chưa đánh giá được tình trạng dinh dưỡng sau mổ cũng như mức độ chít hẹp hay trào ngược của các miệng nối sau cắt dạ dày. (ii) Vai trò của hóa xạ trị phối hợp, các liệu pháp miễn dịch nhắm trúng đích chưa được đề cập đến trong nghiên cứu này. (iii) Nghiên cứu cũng chưa đánh giá được hiệu quả của phẫu thuật triệt căn đối với các nhóm tuổi khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Cắt dạ dày triệt căn do ung thư biểu mô là khả thi, an toàn ở nhóm người bệnh cao tuổi. Tuy nhiên, việc quyết định cắt dạ dày triệt căn cần phải cân nhắc, thận trọng khi người bệnh có khối u dạ dày ở giai đoạn cao, nhiều bệnh phổi hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, 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. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M ea. Global cancer observatory: cancer today. *International Agency*

for *Research on Cancer*. 2020; 2022(25): <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>.

3. Iwu CD, Iwu-Jaja CJ. Gastric Cancer Epidemiology: Current Trend and Future Direction. 2023; 3(3): 256-268.

4. Díaz Del Arco C, Ortega Medina L, Estrada Muñoz L, Molina Roldán E, García Gómez de Las Heras S, Fernández Aceñero MJ. Impact of Age at Diagnosis on Clinicopathological Features, Prognosis, and Management of Gastric Cancer: A Retrospective Single-Center Experience from Spain. *Cancers*. 2023; 15(17).

5. Yazici H, Esmer AC, Eren Kayaci A, Yegen SC. Gastric cancer surgery in elderly patients: promising results from a mid-western population. *BMC Geriatrics*. 2023; 23(1): 529.

6. Suematsu H, Kunisaki C, Miyamoto H, et al. Laparoscopic Total Gastrectomy for Gastric Cancer in Elderly Patients. *In Vivo*. 2020; 34(5): 2933-2939.

7. Wakahara T, Ueno N, Maeda T, et al. Impact of Gastric Cancer Surgery in Elderly Patients. *Oncology*. 2018; 94(2): 79-84.

8. Schendel J, Jost E, Mah M, et al. Gastric cancer management in elderly patients: a population-based study of treatment patterns and outcomes in gastric cancer patients ≥ 75 years from Alberta, Canada. *Am J Surg*. 2021; 221(4): 839-843.

9. 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.

10. Mikami K, Hirano K, Futami K, Maekawa T. Gastrectomy with limited surgery for elderly patients with gastric cancer. *Asian J Surg*. 2018; 41(1): 65-72.

11. Bộ Y tế. Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư

dạ dày”. 2020.

12. Vo Duy Long, Dang Quang Thong, Tran Quang Dat, et al. Risk factors of postoperative complications and their effect on survival after laparoscopic gastrectomy for gastric cancer. *Ann Gastroenterol Surg*. 2024; 8(4): 580-594.

13. Tran Hieu Hoc, Nguyen Duy Hieu, Pham Van Phu, Tran Thu Huong, Tran Que Son. Nutritional status of patients undergoing upper gastrointestinal cancer surgery: A cross-sectional study at a single centre. *Tạp chí Nghiên cứu Y Học*. 2021; 148(12E9): 158 - 164.

14. Sasako M, Sakuramoto S, Katai H, et al. Five-year outcomes of a randomized phase III trial comparing adjuvant chemotherapy with S-1 versus surgery alone in stage II or III gastric cancer. *J Clin Oncol*. 2011; 29(33): 4387-4393.

15. Thế Dương Phạm, Văn Vụ Kim, Tiền Trung Nguyễn, Trung Thông Phạm. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày vết hạch trong điều trị ung thư dạ dày ở người cao tuổi. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 507 (130 - 133).

16. 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.

17. Wong JU, Tai FC, Huang CC. An examination of surgical and survival outcomes in the elderly (65-79 years of age) and the very elderly (≥ 80 years of age) who received surgery for gastric cancer. *Curr Med Res Opin*. 2020; 36(2): 229-233.

18. Fujiwara Y, Fukuda S, Tsujie M, et al. Effects of age on survival and morbidity in gastric cancer patients undergoing gastrectomy. *World J Gastrointest Oncol*. 2017; 9(6): 257-262.

19. 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.

20. Jung HS, Park YK, Ryu SY, Jeong O. Laparoscopic Total Gastrectomy in Elderly Patients (≥ 70 Years) with Gastric Carcinoma: A Retrospective Study. *J Gastric Cancer.* 2015; 15(3): 176-182.

21. Ueno D, Matsumoto H, Kubota H, et al.

Prognostic factors for gastrectomy in elderly patients with gastric cancer. *World J Surg Oncol.* 2017; 15(1): 59.

22. Endo S, Yamatsuji T, Fujiwara Y, et al. Prognostic factors for elderly gastric cancer patients who underwent gastrectomy. *World J Surg Oncol.* 2022; 20(1): 10.

Summary

RESULTS OF RADICAL GASTRECTOMY TO TREAT GASTRIC CANCER IN ELDERLY PATIENTS: A RETROSPECTIVE STUDY OF 90 CLINICAL CASES

Gastric adenocarcinoma is a common disease. In 80% of cases, gastric cancers are detected after the age of 65. We conducted a retrospective study including patients over 60 years old treated for gastric cancer at Vietduc University Hospital from January 2019 to December 2022. The aim of this study was to evaluate the short-term safety and long-term benefits of radical gastrectomy for gastric cancer in elderly patients. Ninety patients were included. The mean age was 68.3 years (60 - 93). The male/female ratio was 2.7. The tumor was revealed by epigastralgia, deterioration of performance status, vomiting, and digestive hemorrhages at 85.5%, 40%, 20%, and 11%, respectively. Endoscopy showed that tumors occurred in the lower third, middle third, and upper third at 68.9%, 26.7%, and 4.4%, respectively. According to the TNM, stages I, II, and III were 42.1%, 17.8%, and 40.1%, respectively. Co-morbidities were cardiovascular disease (40% hypertension, 37.8% heart valves), diabetes mellitus (37.8%), and respiratory disease (41.1%). Distal and total gastrectomy were 93.4% and 6.6%. D2 and D2+ lymph nodes radical were 73.3% and 26.7%. Morbidity and mortality were 11.1% and 0%. The mean of hospital stay was 9.6 days (6 - 20), and overall survival was 30.7 months (12 - 43). The overall survival after 1-, 2-, and 3-years was 86.7%, 71.1%, and 63.3%, respectively. In conclusion, radical gastrectomy is feasible and effective for elderly patients. However, radical surgery selection would depend on the patients' general condition and co-morbidities.

Keywords: Gastric adenocarcinoma, Elderly, Radical gastrectomy.