

# KẾT QUẢ SỐNG THÊM VÀ CÁC YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY SAU PHẪU THUẬT MỠ TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2019 - 2023

Phạm Văn Bình và Lê Văn Thành✉

Bệnh viện K

*Ung thư dạ dày là bệnh lý ác tính có tỷ lệ tử vong cao, thời gian sống thêm sau phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố tiên lượng, trong đó phẫu thuật mở vẫn giữ vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng. Nghiên cứu hồi cứu trên 962 bệnh nhân được phẫu thuật mở tại Bệnh viện K giai đoạn 2019 - 2023 nhằm đánh giá kết quả sống thêm và các yếu tố liên quan. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1, 2, 3 và 5 năm lần lượt là 88,1%, 83,2%, 80,2% và 75,2%; tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm đạt 76,0% ở nhóm phẫu thuật triệt căn. Phân tích đa biến xác định giai đoạn bệnh tiến triển, tuổi  $\geq 60$  và biến chứng sau phẫu thuật làm giảm thời gian sống thêm toàn bộ, trong khi tuân thủ điều trị hỗ trợ giúp cải thiện sống thêm. Nghiên cứu góp phần làm rõ đặc điểm tiên lượng của bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật mở tại một trung tâm chuyên khoa lớn.*

**Từ khóa:** Ung thư dạ dày, phẫu thuật mở, sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh ung thư phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư dạ dày đứng thứ năm về tỷ lệ mắc mới và đứng thứ tư về tỷ lệ tử vong do ung thư.<sup>1</sup> Tại Việt Nam, đây là một trong những loại ung thư thường gặp và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong, đặt ra nhu cầu cấp thiết trong việc nâng cao hiệu quả điều trị và theo dõi lâu dài cho người bệnh.

Phẫu thuật triệt căn vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu đối với ung thư dạ dày ở giai đoạn còn khả năng phẫu thuật. Tuy nhiên, tiên lượng sau phẫu thuật còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như giai đoạn bệnh, mức độ triệt căn, đặc điểm mô bệnh học và việc phối hợp các phương pháp điều trị hỗ trợ. Việc đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ (Overall Survival - OS) và thời gian sống thêm không bệnh (Disease-

Free Survival - DFS) có ý nghĩa quan trọng trong việc phản ánh hiệu quả điều trị, đồng thời hỗ trợ công tác tiên lượng và theo dõi bệnh nhân.<sup>2</sup> Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu quốc tế đánh giá kết quả sống thêm sau phẫu thuật ung thư dạ dày, tại Việt Nam các số liệu cập nhật từ các trung tâm chuyên khoa lớn còn hạn chế, đặc biệt các nghiên cứu có cỡ mẫu đủ lớn và phân tích yếu tố tiên lượng bằng mô hình hồi quy đa biến vẫn chưa nhiều.<sup>3</sup> Trong bối cảnh điều trị đa mô thức ngày càng được áp dụng rộng rãi và chất lượng phẫu thuật không ngừng cải thiện, việc đánh giá kết quả sống thêm dài hạn cùng với xác định các yếu tố tiên lượng độc lập có ý nghĩa quan trọng nhằm tối ưu hóa chiến lược điều trị và theo dõi sau mổ. Bệnh viện K là bệnh viện chuyên khoa đầu ngành trong điều trị ung thư, tuy nhiên các nghiên cứu hệ thống về kết quả sống thêm của bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật trong giai đoạn gần đây còn chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

- Đánh giá thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân

Tác giả liên hệ: Lê Văn Thành

Bệnh viện K

Email: benque.471@gmail.com

Ngày nhận: 06/02/2026

Ngày được chấp nhận: 04/03/2026

ung thư dạ dày sau phẫu thuật mở tại khoa Ngoại Tiêu hóa 1 - Bệnh viện K từ năm 2019 - 2023.

- Phân tích một số yếu tố lâm sàng, bệnh học và điều trị liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm bệnh nhân trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân ung thư dạ dày biểu mô tuyến được phẫu thuật mở tại Khoa Ngoại bụng 1, Bệnh viện K trong giai đoạn từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, không phân biệt giới tính, được chẩn đoán ung thư dạ dày biểu mô tuyến xác định bằng mô bệnh học, có chỉ định phẫu thuật mở (triệt căn hoặc phẫu thuật triệu chứng), có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Các trường hợp ung thư dạ dày không phải biểu mô tuyến (u lympho, GIST, carcinoid...), ung thư di căn đến dạ dày; bệnh nhân có ung thư thứ hai; bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng, không kiểm soát hoặc tình trạng toàn thân nặng có nguy cơ tử vong cao trong thời gian ngắn, có thể ảnh hưởng đến việc đánh giá thời gian sống thêm; hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết.

### 2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp phân tích. Phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh học và điều trị với thời gian sống thêm toàn bộ (Overall Survival - OS) và thời gian sống thêm không bệnh (Disease-Free Survival - DFS).

#### **Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 01/2019 đến tháng 09/2025 (bao gồm thu thập số liệu,

theo dõi và phân tích).

**Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Ngoại bụng 1, Bệnh viện K.

#### **Cỡ mẫu và chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện gồm toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong giai đoạn nghiên cứu. Tổng số có 962 bệnh nhân được đưa vào phân tích.

#### **Các biến số nghiên cứu**

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử bệnh lý. Thiếu máu được xác định khi Hb  $< 13$  g/dL ở nam và  $< 12$  g/dL ở nữ theo tiêu chuẩn WHO (2023). Theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học" (Bộ Y tế, 2022), mức độ thiếu máu được phân loại như sau:

+ Thiếu máu nhẹ: Hb từ 90 đến 120 g/L (đối với nữ) hoặc 130 g/L (đối với nam).

+ Thiếu máu vừa: Hb từ 60 đến dưới 90 g/L.

+ Thiếu máu nặng: Hb từ 30 đến dưới 60 g/L.

+ Thiếu máu rất nặng: Hb dưới 30 g/L.

- Đặc điểm bệnh học: giai đoạn bệnh được xác định theo hệ thống phân loại TNM của AJCC phiên bản 8, vị trí u, kích thước u, mức độ biệt hóa mô học, tình trạng di căn hạch và di căn xa.

- Điều trị:

+ Số hạch nạo vét.

+ Điều trị hỗ trợ: hóa trị tân bổ trợ hoặc hóa trị bổ trợ theo phác đồ CAPOX, FOLFOX hoặc các phác đồ chứa fluoropyrimidine theo hướng dẫn điều trị tại Bệnh viện K. Trường hợp tái phát hoặc di căn được điều trị theo phác đồ toàn thân phù hợp.

+ Tuân thủ điều trị được định nghĩa là bệnh nhân hoàn thành đầy đủ phác đồ hóa trị bổ trợ theo chỉ định hoặc được xác nhận hoàn tất điều trị theo kế hoạch.

- Kết cục:

+ **OS**: thời gian từ ngày phẫu thuật đến ngày tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào hoặc ngày theo dõi cuối cùng.

+ **DFS**: thời gian từ ngày phẫu thuật triệt căn (R0) đến khi tái phát hoặc tử vong, tùy theo mức xảy ra trước; các trường hợp giai đoạn IV không được đưa vào phân tích DFS.

#### **Thu thập, phân tích và xử lý số liệu**

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại Bệnh viện K và thông tin theo dõi sau phẫu thuật thông qua tái khám hoặc liên hệ điện thoại với bệnh nhân hoặc người nhà.

Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Phân tích sống thêm được thực hiện bằng phương pháp Kaplan-Meier và mô hình hồi quy Cox. Giá trị  $p \leq 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng các quy định chuyên môn và đạo đức của Bệnh viện K. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối, số liệu sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học và nâng cao chất lượng điều trị.

## **III. KẾT QUẢ**

### **1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân**

**Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

| <b>Đặc điểm bệnh nhân</b>       | <b>Số bệnh nhân</b> | <b>Tỷ lệ (%)</b> |
|---------------------------------|---------------------|------------------|
| <b>Tuổi</b>                     |                     |                  |
| 30 - 40 tuổi                    | 12                  | 1,2              |
| 41 - 50 tuổi                    | 81                  | 8,4              |
| 51 - 60 tuổi                    | 198                 | 20,6             |
| 61 - 70 tuổi                    | 384                 | 39,9             |
| > 70 tuổi                       | 287                 | 29,8             |
| <b>Giới tính</b>                |                     |                  |
| Nam                             | 650                 | 67,6             |
| Nữ                              | 312                 | 32,4             |
| <b>Tình trạng dinh dưỡng</b>    |                     |                  |
| Suy dinh dưỡng (BMI < 18,5)     | 225                 | 23,4             |
| Bình thường (18,5 ≤ BMI ≤ 24,9) | 666                 | 69,2             |
| Thừa cân (BMI ≥ 25)             | 71                  | 7,4              |
| <b>Vị trí u</b>                 |                     |                  |
| Hang - môn vị                   | 720                 | 74,8             |
| Thân vị                         | 189                 | 19,7             |
| Tâm - phình vị                  | 53                  | 5,5              |

| Đặc điểm bệnh nhân                                                         | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%)    |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| <b>Giai đoạn bệnh</b>                                                      |              |              |
| 0                                                                          | 9            | 0,9          |
| I                                                                          | 250          | 26,0         |
| II                                                                         | 209          | 21,7         |
| III                                                                        | 432          | 44,9         |
| IV                                                                         | 62           | 6,4          |
| <b>Phương pháp phẫu thuật</b>                                              |              |              |
| Cắt bán phần dạ dày cực dưới                                               | 693          | 72,1         |
| Cắt toàn bộ dạ dày                                                         | 213          | 22,1         |
| Mở thông dạ dày/ Nối vị tràng/<br>Mở thông hồng tràng/ thăm dò, sinh thiết | 56           | 5,8          |
| <b>Số hạch nạo vét được</b>                                                |              |              |
| < 16 hạch                                                                  | 449          | 46,7         |
| ≥ 16 hạch                                                                  | 513          | 53,3         |
| <b>Tổng số</b>                                                             | <b>962</b>   | <b>100,0</b> |

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là  $64,92 \pm 10,40$  tuổi (30 - 95 tuổi). Nhóm tuổi 61 - 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (39,9%), tiếp theo là nhóm trên 70 tuổi (29,8%) và nhóm 51 - 60 tuổi (20,6%). Các nhóm tuổi dưới 40 và trên 80 chiếm tỷ lệ thấp.

Bệnh nhân nam chiếm đa số (67,6%). Phần lớn bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường (69,2%), tuy nhiên tỷ lệ suy dinh dưỡng

còn tương đối cao (23,4%). U dạ dày chủ yếu gặp ở hang - môn vị (74,8%). Bệnh nhân được chẩn đoán chủ yếu ở giai đoạn III (44,9%), tiếp theo là giai đoạn I và II. Phẫu thuật cắt bán phần dạ dày được thực hiện nhiều nhất (72,1%), và hơn một nửa số bệnh nhân có số hạch nạo vét ≥ 16 hạch (53,3%).

#### ***Biến chứng sau phẫu thuật***

**Bảng 2. Biến chứng sau phẫu thuật**

| Biến chứng          | Số lượng bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|------------------------|-----------|
| Không có biến chứng | 933                    | 97,0      |
| Viêm phổi           | 17                     | 1,8       |
| Tắc ruột            | 2                      | 0,2       |
| Rò miệng nối        | 3                      | 0,3       |
| Hẹp miệng nối       | 2                      | 0,2       |

| Biến chứng                      | Số lượng bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%)  |
|---------------------------------|------------------------|------------|
| Chảy máu                        | 2                      | 0,2        |
| Toác vết mổ, nhiễm trùng vết mổ | 2                      | 0,2        |
| Rò mủ tá tràng                  | 1                      | 0,1        |
| <b>Tổng số</b>                  | <b>962</b>             | <b>100</b> |
| Mổ lại do biến chứng            | 11                     | 1,1        |
| Tử vong do biến chứng           | 4                      | 0,4        |

Phần lớn bệnh nhân không gặp biến chứng sau phẫu thuật (97,0%). Tỷ lệ biến chứng thấp, trong đó viêm phổi là biến chứng thường gặp nhất (1,8%), các biến chứng khác như rò miệng nối, chảy máu, tắc ruột và nhiễm trùng vết mổ

chiếm tỷ lệ rất thấp. Tỷ lệ mổ lại do biến chứng là 1,1% và tử vong do biến chứng là 0,4%.

## 2. Kết quả sống thêm

*Tình hình điều trị bổ trợ sau phẫu thuật và theo dõi sau điều trị*

**Bảng 3. Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật và theo dõi sau điều trị**

|                                                                  | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%)  |
|------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| <b>Điều trị bổ trợ</b>                                           |              |            |
| Bệnh nhân điều trị bổ trợ sau mổ hoặc được ra viện theo chỉ định | 778          | 80,9       |
| Bệnh nhân bỏ điều trị                                            | 184          | 19,1       |
| <b>Theo dõi sau điều trị</b>                                     |              |            |
| Được theo dõi đầy đủ                                             | 793          | 82,4       |
| Mất liên lạc (censored)                                          | 169          | 17,6       |
| <b>Tổng</b>                                                      | <b>962</b>   | <b>100</b> |

80,9% được điều trị bổ trợ sau mổ hoặc được ra viện theo đúng chỉ định, trong khi 19,1% bệnh nhân bỏ điều trị bổ trợ.

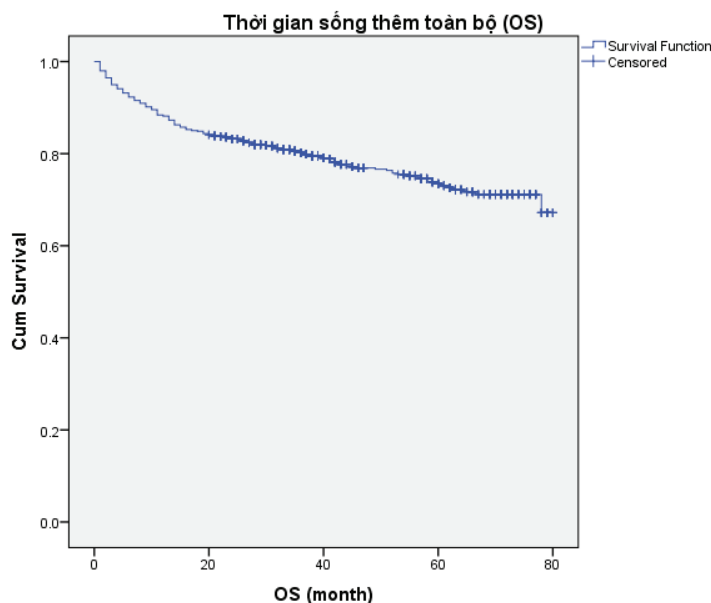
đủ trong quá trình nghiên cứu, trong khi 169 bệnh nhân (17,6%) bị mất liên lạc và được xem là trường hợp kiểm duyệt (censored).

793 bệnh nhân (82,4%) được theo dõi đầy

## Kết quả sống thêm

**Bảng 4. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh (DFS) theo Kaplan-Meier**

| Thời điểm | OS (%) | DFS (%) |
|-----------|--------|---------|
| 1 năm     | 88,1   | 89,6    |
| 2 năm     | 83,2   | 85,3    |
| 3 năm     | 80,2   | 82,2    |
| 5 năm     | 75,2   | 76,0    |



**Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan-Meier sống thêm toàn bộ (OS)**

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) theo phương pháp Kaplan-Meier của bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật lần lượt là 88,1% sau 1 năm, 83,2% sau 2 năm, 80,2% sau 3 năm và 75,2% sau 5 năm.

Tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS) theo

phương pháp Kaplan-Meier của bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật lần lượt là 89,6% sau 1 năm, 85,3% sau 2 năm, 82,2% sau 3 năm và 76,0% sau 5 năm.

### 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ

**Bảng 5. Phân tích đơn biến thời gian sống thêm toàn bộ theo các yếu tố lâm sàng và điều trị**

| Yếu tố                      | Nhóm           | p (Log-rank) |
|-----------------------------|----------------|--------------|
| Giới                        | (nữ/nam)       | 0,252        |
| Tuổi                        | < 60 / ≥ 60    | <b>0,021</b> |
| BMI                         | < 18,5/ ≥ 18,5 | 0,408        |
| Giai đoạn TNM               | III, IV/ I, II | <b>0,000</b> |
| Số hạch nạo vét             | < 16 / ≥ 16    | 0,839        |
| Thiếu máu vừa/nặng trước mổ | Có / Không     | <b>0,031</b> |
| Biến chứng sau mổ           | Có / Không     | <b>0,000</b> |
| Tuân thủ điều trị           | Có / Không     | <b>0,000</b> |

Phân tích đơn biến cho thấy tuổi ≥ 60, giai đoạn bệnh, tình trạng thiếu máu trước mổ, biến chứng sau phẫu thuật và tuân thủ điều trị bổ trợ

có liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian sống thêm toàn bộ.

**Bảng 6. Phân tích hồi quy Cox đa biến các yếu tố tiên lượng thời gian sống thêm toàn bộ**

| <b>Yếu tố</b>                                                  | <b>HR</b> | <b>CI 95%</b> | <b>p</b> |
|----------------------------------------------------------------|-----------|---------------|----------|
| Tuổi $\geq 60$                                                 | 1,55      | 1,09 - 2,20   | 0,015    |
| Giai đoạn bệnh tiến triển (III, IV vs I-II)                    | 4,90      | 2,69 - 8,93   | < 0,001  |
| Thiếu máu trước mổ (không/thiếu máu nhẹ vs thiếu máu vừa/nặng) | 0,58      | 0,38 - 0,89   | 0,013    |
| Biến chứng sau phẫu thuật (có vs không)                        | 2,05      | 1,07 - 3,93   | 0,031    |
| Tuân thủ điều trị (có vs không)                                | 0,43      | 0,32 - 0,60   | < 0,001  |

Phân tích hồi quy Cox đa biến cho thấy tuổi  $\geq 60$ , giai đoạn bệnh tiến triển và biến chứng sau phẫu thuật là các yếu tố tiên lượng độc lập làm giảm thời gian sống thêm toàn bộ, trong khi tuân thủ điều trị hỗ trợ có tác dụng bảo vệ.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 962 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật tại Bệnh viện K trong giai đoạn 2019 - 2023, phản ánh tương đối đầy đủ thực hành điều trị tại một trung tâm ung bướu tuyến cuối ở Việt Nam. Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $64,92 \pm 10,40$ , trong đó nhóm tuổi 61 - 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (39,9%), tiếp theo là nhóm trên 70 tuổi. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của ung thư dạ dày, cho thấy bệnh chủ yếu gặp ở nhóm tuổi cao.<sup>4</sup>

Nam giới chiếm 67,6%, cao gần gấp hai lần so với nữ giới, tương tự thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, trong đó tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày ở nam giới cao hơn rõ rệt so với nữ. Mặc dù, giới tính không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với sống thêm trong phân tích sống còn, sự chênh lệch này phản ánh đặc điểm dịch tễ phổ biến của ung thư dạ dày và gợi ý rằng các chiến lược phòng bệnh, tầm soát và truyền thông sức khỏe vẫn cần tập trung nhiều hơn vào nhóm nam giới lớn tuổi.

Về đặc điểm bệnh học, khối u chủ yếu nằm

ở vùng hang-môn vị (74,8%), dẫn đến tỷ lệ cắt bán phần dạ dày chiếm 72,1%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của ung thư dạ dày tại Việt Nam và nhiều nước châu Á. Đáng chú ý, giai đoạn III chiếm 44,9%, phản ánh thực trạng phát hiện bệnh còn muộn trong thực hành lâm sàng và có ý nghĩa quan trọng đối với chỉ định điều trị hỗ trợ cũng như tiên lượng sống thêm.

Về điều trị, 53,3% bệnh nhân được nạo vét  $\geq 16$  hạch, cho thấy mức độ tuân thủ tương đối các khuyến cáo về nạo vét hạch trong phẫu thuật ung thư dạ dày. 80,9% bệnh nhân được điều trị hỗ trợ sau mổ theo chỉ định, trong khi 19,1% không tuân thủ hoặc không hoàn tất điều trị. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 2,93%, thấp so với nhiều báo cáo, trong đó viêm phổi là biến chứng thường gặp nhất.<sup>5</sup> 2,580 patients underwent gastrectomy for malignancy, divided as total gastrectomy 999 (38.7 % Tỷ lệ bệnh nhân được theo dõi đầy đủ đạt 82,4% (793/962), cho phép tiến hành các phân tích sống thêm với độ tin cậy chấp nhận được trong nghiên cứu hồi cứu đơn trung tâm.

OS được phân tích trên 876 bệnh nhân có đủ dữ liệu theo dõi. Phân tích Kaplan-Meier cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ lần lượt là 88,1% sau 1 năm, 83,2% sau 2 năm, 80,2% sau 3 năm và 75,2% sau 5 năm, phản ánh hiệu quả điều trị phẫu thuật kết hợp đa mô thức tại Bệnh viện K trong giai đoạn 2019 - 2023. Đối với sống thêm



không bệnh, trong nhóm bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn, tỷ lệ DFS đạt 89,6% sau 1 năm, 85,3% sau 2 năm, 82,2% sau 3 năm và 76,0% sau 5 năm.

Kết quả này tương đương so với nhiều báo cáo trong nước và khu vực. Các nghiên cứu báo cáo bệnh nhân ung thư dạ dày ở Nhật Bản và Hàn Quốc có tỷ lệ sống thêm toàn bộ tương đối cao, lần lượt là 71,5 - 73,6% và 65%.<sup>6,7</sup> Theo Kim và cộng sự, DFS 3 năm của bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật triệt căn tại Hàn Quốc đạt khoảng 80 - 81%.<sup>8</sup> Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm nhóm bệnh nhân được phẫu thuật, là nhóm có tiên lượng thuận lợi hơn so với toàn bộ quần thể bệnh nhân ung thư dạ dày.

Khi phân tích sống thêm theo giai đoạn TNM, các đường cong Kaplan-Meier cho thấy sự phân tách rõ rệt giữa các nhóm giai đoạn, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (log-rank  $p < 0,001$ ). Sống thêm giảm dần theo mức độ tiến triển của bệnh, trong đó nhóm giai đoạn I-II có tiên lượng tốt hơn rõ rệt so với nhóm giai đoạn III-IV. Kết quả này tương đồng với các báo cáo của Hiệp hội Ung thư Nhật Bản và nhiều nghiên cứu quốc tế, khẳng định lại vai trò trung tâm của giai đoạn bệnh trong tiên lượng ung thư dạ dày sau phẫu thuật.<sup>9</sup> Trong bối cảnh 44,9% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III, việc cải thiện phát hiện sớm và chuẩn hóa điều trị đa mô thức là yếu tố then chốt để nâng cao kết quả sống thêm lâu dài.

Phân tích đơn biến cho thấy tuổi  $\geq 60$ , giai đoạn bệnh, thiếu máu trước mổ, biến chứng sau phẫu thuật và tuân thủ điều trị bổ trợ đều liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian sống thêm toàn bộ. Nghiên cứu của Kim (2019) cho thấy bệnh nhân cao tuổi thường có nhiều bệnh lý nền, dự trữ sinh lý kém, giảm khả năng dung nạp phẫu thuật và hóa trị bổ trợ, dẫn đến

tiên lượng sống thấp hơn.<sup>10</sup> Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng biến chứng sau mổ, đặc biệt là nhiễm trùng và rò miệng nối, có thể làm trì hoãn hoặc cản trở hóa trị bổ trợ, từ đó làm tăng nguy cơ tái phát sớm.<sup>7</sup> Nghiên cứu CLASSIC báo cáo hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX giúp tăng đáng kể OS so với nhóm chỉ phẫu thuật.<sup>11</sup> Các yếu tố này phản ánh đồng thời ảnh hưởng của đặc điểm bệnh nhân, mức độ tiến triển của bệnh và chất lượng điều trị trong toàn bộ quá trình chăm sóc.

Trong mô hình hồi quy Cox đa biến, các yếu tố tiên lượng độc lập đối với OS gồm: tuổi  $\geq 60$  (HR = 1,55;  $p = 0,015$ ), giai đoạn bệnh tiến triển (III-IV) (HR = 4,90; CI 95%: 2,69 - 8,93;  $p < 0,001$ ) và biến chứng sau phẫu thuật (HR = 2,05;  $p = 0,031$ ). Ngược lại, tuân thủ điều trị bổ trợ là yếu tố bảo vệ độc lập, giúp cải thiện đáng kể thời gian sống thêm (HR = 0,43; CI 95%: 0,32 - 0,60;  $p < 0,001$ ).

Đáng chú ý, trong số các yếu tố có thể can thiệp được, tuân thủ điều trị bổ trợ và hạn chế biến chứng hậu phẫu có ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả sống thêm. Trong khi giai đoạn bệnh và tuổi là các yếu tố không thể thay đổi, việc tối ưu hóa chăm sóc chu phẫu, giảm biến chứng và tăng khả năng hoàn tất điều trị bổ trợ là những hướng can thiệp có tính thực tiễn cao nhằm cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật mở đạt 75,2% (876 bệnh nhân có đủ theo dõi); sống thêm không bệnh 5 năm đạt 76,0% ở nhóm triệt căn. Giai đoạn bệnh tiến triển, tuổi  $\geq 60$  và biến chứng sau mổ là các yếu tố tiên lượng độc lập làm giảm OS, trong khi tuân thủ điều trị bổ trợ giúp cải thiện sống thêm.



## 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: A Cancer Journal for Clinicians*. 2024; 74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834.
2. Jeong SA, Yook JH, Yoo MW, et al. Analysis of risk factors affecting long-term survival in elderly patients with advanced gastric cancer. *Aging Clin Exp Res*. 2023; 35(10): 2211-2218. doi:10.1007/s40520-023-02495-8.
3. Trần Tuấn Anh, Phạm Anh Vũ, Lê Lộc, và cs. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày kèm nạo vét hạch điều trị ung thư dạ dày. *Tạp chí Y Dược Huế - Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế*. 2023;5:58-66.
4. Chon HJ, Hyung WJ, Kim C, et al. Differentiostic Implications of Gastric Signet Ring Cell Carcinoma: Stage Adjusted Analysis From a Single High-volume Center in Asia. *Ann Surg*. Published online 2017: 265(5), 946-953.
5. Papenfuss WA, Kukar M, Oxenberg J, et al. Morbidity and mortality associated with gastrectomy for gastric cancer. *Ann Surg Oncol*. 2014; 21(9): 3008-3014. doi:10.1245/s10434-014-3664-z.
6. Zhao F, Yang D, Lan Y, et al. Different trends of gastric cancer in China, Japan, Republic of Korea and United States of America. *iScience*. 2024; 27(6): 110074. doi:10.1016/j.isci.2024.110074
7. Obana A, Iwasaki K, Suwa T. Impact of postoperative complications on gastric cancer survival. *Surgery*. 2025; 178: 108873. doi:10.1016/j.surg.2024.09.031.
8. Kim HH. KLASS (Korean Laparoendoscopic Gastrointestinal Surgery Study Group) trials: a 20-year great journey in advancing surgical clinical research for gastric cancer. *Ann Surg Treat Res*. 2025; 108(1): 1-11. doi:10.4174/astr.2025.108.1.1.
9. Katai H, Ishikawa T, Akazawa K, et al. Five-year survival analysis of surgically resected gastric cancer cases in Japan: a retrospective analysis of more than 100,000 patients from the nationwide registry of the Japanese Gastric Cancer Association (2001-2007). *Gastric Cancer*. 2018; 21(1): 144-154. doi:10.1007/s10120-017-0716-7.
10. Kim DW, Kwon OK, Yoo MW, et al. Actual compliance to adjuvant chemotherapy in gastric cancer. *Ann Surg Treat Res*. 2019; 96(4): 185-190. doi:10.4174/astr.2019.96.4.185.
11. Noh SH, Park SR, Yang HK, et al. Adjuvant capecitabine plus oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): 5-year follow-up of an open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2014; 15(12): 1389-1396. doi:10.1016/S1470-2045(14)70473-5.

## Summary

### **SURVIVAL OUTCOMES OF PATIENTS WITH GASTRIC CANCER AFTER OPEN SURGERY AT K HOSPITAL FROM 2019 TO 2023**

Gastric cancer is a malignant disease with high mortality, and postoperative survival depends on several prognostic factors, with open surgery still playing an important role in clinical practice. A retrospective study was conducted on 962 patients who underwent open surgery at K Hospital from 2019 to 2023 to evaluate survival outcomes and associated factors. The overall survival rates at 1, 2, 3, and 5 years were 88.1%, 83.2%, 80.2%, and 75.2%, respectively; the 5-year disease-free survival rate was 76.0% in patients who underwent curative resection. Multivariable analysis identified advanced disease stage, age  $\geq 60$  years old, and postoperative complications as independent prognostic factors associated with reduced overall survival, whereas adherence to adjuvant therapy was independently associated with improved survival. The study clarifies prognostic characteristics of gastric cancer patients after open surgery at K Hospital.

**Keywords:** Gastric cancer, open surgery, overall survival. disease-free survival.