

KẾT QUẢ SỐNG THÊM SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2019 - 2025

Phạm Văn Bình¹ và Lê Văn Thành^{2,✉}

¹Bệnh viện Vinmec Time City

²Bệnh viện K

Phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi trong điều trị ung thư dạ dày, đặc biệt ở các trường hợp giai đoạn sớm. Nghiên cứu hồi cứu trên 199 người bệnh ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi triệt căn tại Bệnh viện K, giai đoạn 2019 – 2025 nhằm đánh giá kết quả sống thêm và các yếu tố tiên lượng. 71,3% người bệnh thuộc giai đoạn 0–I. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1, 3 và 5 năm lần lượt là 99,4%, 95,3% và 92,6%; tỷ lệ sống thêm không bệnh tương ứng là 95,6%, 89,7% và 81,2%. Phân tích đa biến cho thấy giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ sống thêm thuận lợi ở nhóm người bệnh ung thư dạ dày giai đoạn sớm được phẫu thuật nội soi triệt căn; trong đó giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày vẫn là một trong những thách thức lớn của y học ung thư hiện đại. Theo số liệu cập nhật của GLOBOCAN năm 2022, bệnh đứng trong nhóm năm ung thư có tỷ lệ mắc cao nhất toàn cầu và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư.¹ Tại Việt Nam, gánh nặng bệnh tật do ung thư dạ dày vẫn ở mức cao, với nhiều trường hợp được phát hiện ở giai đoạn tiến triển, đòi hỏi chiến lược điều trị toàn diện và theo dõi lâu dài.

Trong bối cảnh đó, phẫu thuật vẫn giữ vai trò trung tâm trong điều trị ung thư dạ dày có khả năng cắt bỏ. Những năm gần đây, phẫu thuật nội soi đã phát triển mạnh mẽ và ngày càng được ứng dụng rộng rãi, không chỉ ở các trung tâm lớn trên thế giới mà cả tại Việt Nam. Các thử nghiệm lâm sàng và nghiên cứu trên

thế giới cho thấy phẫu thuật nội soi có thể đạt kết quả tương đương mổ mở về mặt ung thư học, đồng thời mang lại lợi ích về hồi phục sau mổ và chất lượng sống.²⁻⁵ Một số nghiên cứu lớn tại Hàn Quốc và Nhật Bản ghi nhận tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở nhóm ung thư dạ dày giai đoạn sớm sau phẫu thuật nội soi đạt trên 90%.^{4,6}

Trong thực hành lâm sàng tại các trung tâm ung bướu trong nước, đặc điểm người bệnh, giai đoạn bệnh và chiến lược điều trị có nhiều khác biệt so với các quần thể nghiên cứu quốc tế. Do đó, việc đánh giá kết quả sống thêm dài hạn và xác định các yếu tố tiên lượng dựa trên dữ liệu thực tế có ý nghĩa quan trọng trong việc chuẩn hóa chỉ định, tối ưu hóa điều trị đa mô thức và cải thiện kết quả lâu dài. Đặc biệt, trong bối cảnh phẫu thuật nội soi đang ngày càng được triển khai rộng rãi, các phân tích hệ thống về hiệu quả điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm tại Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Bệnh viện K là trung tâm ung thư tuyến cuối với số lượng lớn người bệnh ung thư dạ dày

Tác giả liên hệ: Lê Văn Thành

Bệnh viện K

Email: benque.471@gmail.com

Ngày nhận: 22/04/2026

Ngày được chấp nhận: 15/05/2026

được điều trị bằng phẫu thuật nội soi trong những năm gần đây. Tuy nhiên, các phân tích dài hạn dựa trên dữ liệu thực tế của giai đoạn 2019 – 2025 còn chưa được báo cáo đầy đủ. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu: 1) *Đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh của người bệnh ung thư dạ dày được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện K, giai đoạn 2019 – 2025*; 2) *Phân tích một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm người bệnh trên*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu bao gồm các người bệnh ung thư biểu mô tuyến dạ dày được điều trị bằng phẫu thuật nội soi triệt căn tại Bệnh viện K trong giai đoạn từ tháng 01/2019 đến tháng 02/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến dạ dày xác định bằng mô bệnh học, được phẫu thuật nội soi triệt căn theo nguyên tắc điều trị ung thư dạ dày với mục tiêu đạt diện cắt R0 và nạo vét hạch D2, có hồ sơ bệnh án đầy đủ và thông tin theo dõi sau mổ phục vụ phân tích sống thêm.

Chỉ định phẫu thuật nội soi chủ yếu áp dụng cho các trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn sớm hoặc tiến triển tại chỗ chưa xâm lấn cơ quan lân cận, được đánh giá có khả năng cắt bỏ triệt căn trước mổ. Giai đoạn lâm sàng trước mổ được xác định bằng nội soi, mô bệnh học và CT scan theo phân loại TNM AJCC phiên bản 8.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ các trường hợp không phải ung thư biểu mô di căn đến dạ dày; người bệnh có ung thư nguyên phát khác; bệnh lý nội khoa nặng hoặc tình trạng toàn thân nghiêm trọng có thể ảnh hưởng đến đánh giá sống thêm; và các trường hợp thiếu dữ liệu cần thiết cho phân tích.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, có phân tích các yếu tố liên quan đến kết quả sống thêm.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2025 (bao gồm thu thập số liệu, theo dõi và phân tích).

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại Tiêu hóa 1, Bệnh viện K.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 02/2025 được đưa vào nghiên cứu. Tổng số 199 người bệnh đủ điều kiện được phân tích.

Các biến số nghiên cứu

Nhóm biến đặc điểm chung:

- Tuổi tại thời điểm phẫu thuật.
- Giới tính.
- Nhóm biến liên quan đến khối u:
 - Giai đoạn bệnh theo hệ thống TNM (AJCC phiên bản 8).
 - Vị trí tổn thương trong dạ dày.
 - Mức độ biệt hóa mô học.
 - Tình trạng di căn hạch và di căn xa.

Nhóm biến điều trị:

- Phẫu thuật triệt căn được xác định là cắt dạ dày đạt diện cắt âm tính trên mô bệnh học (R0) kèm nạo vét hạch theo nguyên tắc điều trị ung thư dạ dày, chủ yếu ở mức D2 theo khuyến cáo của Hiệp hội Ung thư Dạ dày Nhật Bản (JGCA).
 - Phạm vi phẫu thuật nội soi (cắt bán phần hoặc toàn bộ dạ dày).
 - Số lượng hạch được nạo vét.
 - Điều trị toàn thân: Người bệnh được chỉ định hóa trị tân bổ trợ hoặc hóa trị bổ trợ theo các phác đồ chuẩn như CAPOX, FOLFOX hoặc các phác đồ chứa fluoropyrimidine, phù hợp với hướng dẫn điều trị tại Bệnh viện K.
 - Tuân thủ điều trị: Người bệnh được coi là tuân thủ khi thực hiện đầy đủ kế hoạch điều trị theo chỉ định, bao gồm hoàn tất hóa trị bổ trợ (nếu có chỉ định) hoặc được xác nhận đã hoàn

thành điều trị theo kế hoạch. Các trường hợp không thực hiện hoặc ngừng điều trị được xếp vào nhóm không tuân thủ.

- Điều trị tân bổ trợ hoặc bổ trợ chủ yếu được chỉ định cho các trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ theo hội chẩn đa chuyên khoa. Các trường hợp giai đoạn rất sớm, bao gồm nhóm giai đoạn 0 (Tis), không có chỉ định điều trị bổ trợ sau phẫu thuật.

Biến kết cục

- Thời gian sống thêm toàn bộ (Overall Survival - OS) được tính từ thời điểm phẫu thuật đến khi tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào hoặc thời điểm kết thúc theo dõi.

- Thời gian sống thêm không bệnh (Disease-Free Survival - DFS) được tính từ thời điểm phẫu thuật đạt R0 đến khi ghi nhận tái phát, di căn hoặc tử vong.

Thu thập, phân tích và xử lý số liệu

Dữ liệu nghiên cứu được trích xuất từ hệ thống hồ sơ bệnh án và cơ sở dữ liệu quản lý người bệnh của Bệnh viện K. Thông tin theo dõi sau mổ được cập nhật thông qua các lần tái

khám định kỳ hoặc liên hệ trực tiếp với người bệnh/người nhà khi cần thiết.

Các biến số được mã hóa trước khi nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

Phân tích sống thêm được thực hiện bằng phương pháp Kaplan–Meier và so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định log-rank. Các yếu tố liên quan đến sống thêm được đánh giá bằng 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 trên dữ liệu hồi cứu, không can thiệp điều trị và tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Thông tin người bệnh được mã hóa và bảo mật trong toàn bộ quá trình xử lý. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích khoa học. Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm người bệnh

Một số đặc điểm chung

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

Đặc điểm	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Tuổi</i>		
< 40	6	3,0
41 ≤ Tuổi ≤ 50	22	11,1
51 ≤ Tuổi ≤ 60	64	32,2
61 ≤ Tuổi ≤ 70	77	38,7
>71	30	15,0
<i>Giới tính</i>		
Nam	124	62,3
Nữ	75	37,7
<i>Tình trạng thiếu máu</i>		
Vừa (60 < Hb < 90)	2	1,0
Nhẹ (90 ≤ Hb < 120)	24	12,1
Không thiếu máu (Hb ≥ 120)	167	83,9

Đặc điểm	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Vị trí u</i>		
Hang – môn vị	189	95,0
Thân vị	9	4,5
Tâm - phình vị	1	0,5
<i>Thể mô học</i>		
Ung thư biểu mô tuyến	169	84,9
Ung thư biểu mô tế bào nhẵn	30	15,1
<i>Phân độ mô học</i>		
Biệt hóa cao	20	10,1
Biệt hóa vừa	86	43,2
Biệt hóa kém	63	31,7
<i>Giai đoạn bệnh</i>		
0	5	2,5
I	137	68,8
II	27	13,6
III	30	15,1
Tổng số	199	100,0

Nhóm nghiên cứu gồm 199 người bệnh, chủ yếu ở độ tuổi 51–70 (70,9%), nam giới chiếm ưu thế (62,3%). U tập trung chủ yếu tại hang – môn vị (95,0%). Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa và kém biệt hóa chiếm tỷ

lệ cao nhất (43,2% và 31,7%). Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu thuộc giai đoạn sớm, với 71,3% trường hợp ở giai đoạn 0–I.

Đặc điểm phẫu thuật nội soi và kết quả sớm sau mổ

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật nội soi và biến chứng sớm

Đặc điểm	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Phương pháp phẫu thuật</i>		
Cắt bán phần dạ dày cực dưới	190	95,5
Cắt toàn bộ dạ dày	9	4,5
<i>Biến chứng phẫu thuật</i>		
Bán tắc ruột	1	0,5
Hẹp miệng nói	1	0,5
Chảy máu trong ổ bụng	2	1,0
Viêm phổi	1	0,5

Đặc điểm	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Biến chứng phẫu thuật</i>		
Mổ lại do biến chứng	0	0
Tử vong do biến chứng	0	0
<i>Số hạch nạo vét được</i>		
< 16 hạch	96	48,2
≥ 16 hạch	103	51,8
Tổng số	199	100,0

Trong 199 người bệnh, phần lớn được cắt bán phần dạ dày cực dưới (95,5%). Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (2,5%), chủ yếu là chảy máu trong ổ bụng và các biến chứng đơn lẻ; không có trường hợp phải mổ lại

hoặc tử vong sau mổ. Số hạch nạo vét ≥ 16 hạch đạt 51,8%.

2. Kết quả sống thêm sau phẫu thuật

Tình trạng điều trị hỗ trợ và theo dõi sau phẫu thuật

Bảng 3. Tình trạng điều trị hỗ trợ và theo dõi người bệnh sau mổ

	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Tình hình điều trị hỗ trợ</i>		
Người bệnh tuân thủ điều trị hỗ trợ sau mổ hoặc được theo dõi định kỳ theo chỉ định	186	93,5
Người bệnh bỏ điều trị hỗ trợ	13	6,5
<i>Tình hình theo dõi</i>		
Được theo dõi đầy đủ	177	88,9
Mất theo dõi	22	11,1
Tổng số	199	100

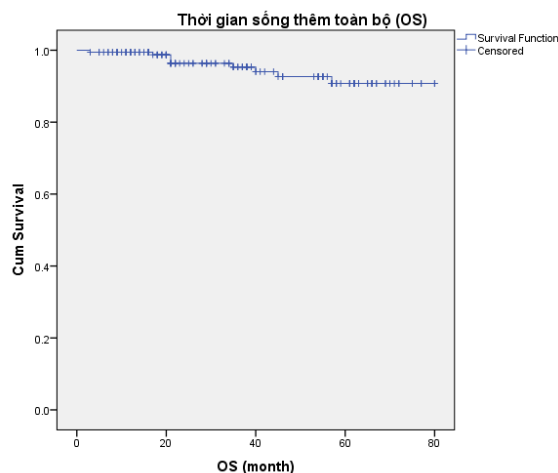
93,5% tuân thủ điều trị hỗ trợ theo chỉ định, chỉ 6,5% bỏ điều trị. Tỷ lệ theo dõi đầy đủ đạt

88,9%, trong khi 11,1% mất liên lạc và được kiểm duyệt trong phân tích sống thêm.

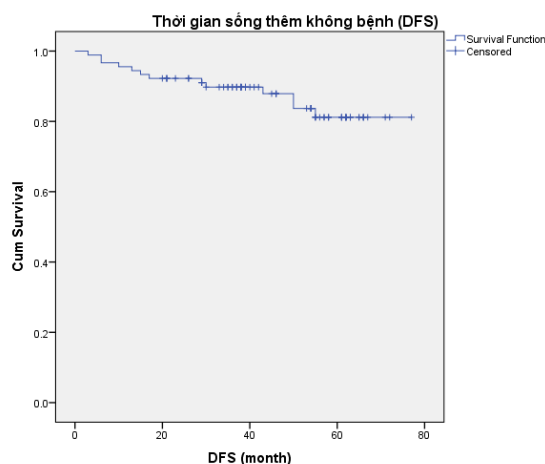
Thời gian sống thêm

Bảng 4. Tỷ lệ sống thêm theo Kaplan-Meier

Thời điểm	OS (%)	DFS (%)
1 năm	99,4	95,6
2 năm	96,4	92,2
3 năm	95,3	89,7
5 năm	92,6	81,2



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



Biểu đồ 2. Biểu đồ Kaplan–Meier sống thêm không bệnh (DFS)

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm 1 năm, 3 năm và 5 năm đạt tương ứng 99,4%, 95,3% và 92,6%. Trong khi đó, tỷ lệ sống thêm không bệnh tại các mốc thời gian tương ứng là

95,6%, 89,7% và 81,2%.

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)	0,683
Tuổi	< 60 / ≥ 60	0,853
Giai đoạn bệnh	I, II/ III	0,000
Số hạch nạo vét	≥ 16 / < 16	0,041
Thiếu máu trước mổ (Hb < 120 g/L)	Có/Không	0,934

Yếu tố	Nhóm	p (Log-rank)
Thẻ giải phẫu bệnh	UTBM tuyến kém biệt hóa, tế bào nhẵn/ UTBM tuyến biệt hóa vừa - cao	0,831
Phương pháp phẫu thuật	Cắt bán phần dạ dày cực dưới/ Cắt toàn bộ dạ dày	0,000
Tuân thủ điều trị	Có/Không	0,000

Phân tích đơn biến cho thấy giai đoạn TNM, số hạch nạo vét, phương pháp phẫu thuật và tuân thủ điều trị có liên quan đến thời gian sống

thêm toàn bộ ($p < 0,05$). Các yếu tố giới, tuổi, thiếu máu trước mổ và thẻ giải phẫu bệnh không có ý nghĩa thống kê.

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

Yếu tố	HR	CI 95%	p
Giai đoạn bệnh (I-II /III)	0,096	0,017 - 0,531	0,009
Số hạch nạo vét được ($< 16 / \geq 16$)	1,880	0,357 - 9,902	0,456
Phương pháp phẫu thuật (Cắt bán phần dạ dày cực dưới / Cắt toàn bộ dạ dày)	0,285	0,054 - 1,514	0,141
Tuân thủ điều trị (Có / Không)	0,592	0,135 - 2,602	0,487

Trong phân tích hồi quy Cox đa biến, chỉ có giai đoạn bệnh (I-II so với III) là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến sống thêm toàn bộ (HR = 0,096; $p = 0,009$). Các yếu tố còn lại không giữ được ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 199 người bệnh ung thư biểu mô tuyến dạ dày được điều trị bằng phẫu thuật nội soi triệt căn tại Bệnh viện K trong giai đoạn 2019 – 2025. Đây là giai đoạn phẫu thuật nội soi đã được triển khai thường quy và được áp dụng rộng rãi trong điều trị ung thư dạ dày có chỉ định phẫu thuật.

Đặc điểm tuổi trong nghiên cứu cho thấy bệnh gặp chủ yếu ở nhóm 51 – 70 tuổi, phù hợp với xu hướng dịch tễ chung của ung thư dạ dày. Kết quả của chúng tôi phù hợp với báo cáo của Sung và cộng sự (2021), trong đó nhấn mạnh

rằng ung thư dạ dày là bệnh lý liên quan đến sự tích lũy các tổn thương niêm mạc theo thời gian.⁷ Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới, phản ánh sự khác biệt về giới đã được ghi nhận rộng rãi trong các thống kê dịch tễ quốc tế. Tuy nhiên, trong phân tích sống còn của nghiên cứu này, giới tính không cho thấy ảnh hưởng có ý nghĩa đến thời gian sống thêm, gợi ý rằng yếu tố sinh học khối u và giai đoạn bệnh đóng vai trò quan trọng hơn so với yếu tố nhân khẩu học.

Về đặc điểm bệnh học, tổn thương chủ yếu khu trú ở vùng hang – môn vị, dẫn đến tỷ lệ cắt bán phần dạ dày cực dưới chiếm ưu thế (95,5%). Phần lớn người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn I, cho thấy xu hướng phát hiện bệnh sớm hơn so với nhiều báo cáo trước đây trong nước và có thể góp phần giải thích tỷ lệ sống thêm cao trong nghiên cứu hiện tại. Điều này có thể liên quan đến sự cải thiện trong tiếp cận nội soi chẩn đoán và tầm soát tại các cơ sở chuyên

khoa. Bên cạnh đó, trong thực hành lâm sàng, phẫu thuật nội soi thường được ưu tiên lựa chọn cho các trường hợp giai đoạn sớm hoặc có điều kiện giải phẫu thuận lợi, điều này có thể lý giải tỷ lệ cao người bệnh giai đoạn sớm trong nhóm nghiên cứu.

Trong nghiên cứu có 5 trường hợp được xếp giai đoạn 0 (Tis) dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Theo khuyến cáo hiện nay, các tổn thương Tis nếu được chẩn đoán chính xác trước mổ có thể được điều trị bằng các phương pháp ít xâm lấn hơn như ESD thay vì phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch. Tuy nhiên, việc đánh giá chính xác mức độ xâm lấn trước mổ còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt trong phân biệt tổn thương Tis/T1 với các trường hợp xâm lấn sâu hơn hoặc nghi ngờ di căn hạch trên hình ảnh học. Do đó, các trường hợp này vẫn được chỉ định phẫu thuật triệt căn kèm nạo vét hạch theo nguyên tắc điều trị ung thư dạ dày, và chỉ được xác định là giai đoạn 0 sau khi có kết quả mô bệnh học hậu phẫu. Điều này phản ánh khoảng cách giữa chẩn đoán lâm sàng và giai đoạn bệnh lý trong thực hành thực tế, đồng thời cho thấy vai trò quan trọng của việc nâng cao độ chính xác của chẩn đoán giai đoạn trước mổ nhằm tối ưu hóa chỉ định điều trị. Do số lượng rất nhỏ, nghiên cứu không thực hiện phân tích riêng cho nhóm này.

Tỷ lệ nạo vét ≥ 16 hạch đạt 51,8%, đáp ứng tương đối yêu cầu đánh giá chính xác giai đoạn bệnh theo khuyến cáo hiện hành. Mặc dù tất cả người bệnh đều được nạo vét hạch D2, số lượng hạch thu được sau mổ còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như giai đoạn bệnh, kích thước hạch, đặc điểm mô mỡ quanh dạ dày, cũng như quá trình xử lý và phẫu tích bệnh phẩm tại khoa giải phẫu bệnh. Đặc biệt, ở nhóm ung thư dạ dày giai đoạn sớm, hạch thường nhỏ và khó nhận diện hơn. Vì vậy, số lượng hạch thấp không nhất thiết phản ánh nạo vét hạch không đầy đủ. Gần đây, ứng dụng huỳnh quang

indocyanine green (ICG) trong phẫu thuật nội soi ung thư dạ dày được cho là có thể hỗ trợ định hướng nạo vét hạch và nâng cao chất lượng phẫu thuật D2, đặc biệt trong các trường hợp phẫu thuật ít xâm lấn.⁸ Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu này là 2,5%, thấp hơn so với kết quả của thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm KCLASS-01 (2019) nơi tỷ lệ biến chứng chung được ghi nhận là 13%.⁶ Sự khác biệt này có thể liên quan đến cỡ mẫu hoặc tiêu chuẩn chọn người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi, vốn tập trung vào các trường hợp ít phức tạp hơn. Tuy nhiên, kết quả “không ghi nhận trường hợp tử vong hoặc mổ lại” hoàn toàn tương đồng với các báo cáo của Phạm Hữu Ninh (2021) tại Bệnh viện Chợ Rẫy, khẳng định rằng phẫu thuật nội soi dạ dày hiện nay đã đạt đến độ an toàn và tin cậy rất cao.⁹

Kết quả phân tích Kaplan–Meier cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ đạt 99,4% sau 1 năm, 95,3% sau 3 năm và 92,6% sau 5 năm. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tương ứng là 95,6%, 89,7% và 81,2%. Kết quả sống thêm thuận lợi trong nghiên cứu này trong nghiên cứu này có thể liên quan đến việc phần lớn người bệnh thuộc giai đoạn sớm và được lựa chọn phẫu thuật nội soi triệt căn. Xu hướng kết quả thuận lợi này phù hợp với các báo cáo từ Hàn Quốc và Nhật Bản về vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm.⁶

Đáng chú ý, tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS) sau 5 năm là 81,2% cho thấy khả năng kiểm soát tại chỗ và di căn xa của phẫu thuật nội soi triệt căn là rất tốt. Điều này củng cố quan điểm của Katai và cộng sự (2020) trong nghiên cứu JCOG0912, khẳng định rằng khi được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm, phẫu thuật nội soi đảm bảo tính triệt để về mặt ung thư học tương đương với mổ mở truyền thống.⁴ Tại Việt Nam, kết quả của chúng tôi cũng phản ánh xu hướng tương tự như nghiên cứu của Võ Duy Long (2021), cho thấy

phẫu thuật nội soi là phương pháp phù hợp và hiệu quả cho nhóm người bệnh giai đoạn sớm, mang lại cơ hội khỏi bệnh lâu dài cùng chất lượng cuộc sống sau mổ tốt.¹⁰ Khoảng cách giữa OS và DFS ở mốc 5 năm (92,6% so với 81,2%) phản ánh nguy cơ tái phát vẫn tồn tại trong quá trình theo dõi dài hạn, nhấn mạnh vai trò của giám sát sau mổ và điều trị hỗ trợ thích hợp.

Trong phân tích đơn biến, giai đoạn TNM, số hạch nạo vét, phương pháp phẫu thuật và tuân thủ điều trị có liên quan đến sống thêm toàn bộ. Tuy nhiên, các kết quả này có thể chịu ảnh hưởng của yếu tố nhiễu do sự khác biệt về phân bố giai đoạn bệnh giữa các nhóm. Đặc biệt, nhóm cắt toàn bộ dạ dày chủ yếu là các trường hợp u lan rộng hoặc vị trí phần trên dạ dày, khác với nhóm cắt bán phần cực dưới chủ yếu ở giai đoạn sớm. Do đó, sự khác biệt về sống thêm giữa hai nhóm có thể chịu ảnh hưởng bởi đặc điểm bệnh học nền hơn là bản thân kỹ thuật phẫu thuật. Sau khi hiệu chỉnh trong mô hình đa biến, chỉ còn giai đoạn bệnh giữ được ý nghĩa thống kê. Kết quả phân tích đa biến trong nghiên cứu này, với giai đoạn TNM là yếu tố tiên lượng độc lập duy nhất, hoàn toàn phù hợp với các báo cáo lớn trên thế giới. Trong thử nghiệm lâm sàng CLASS-01 (2020), các tác giả cũng ghi nhận rằng dù phân tích đơn biến có thể thấy sự khác biệt ở một số yếu tố kỹ thuật, nhưng khi đưa vào mô hình hiệu chỉnh đa biến, giai đoạn bệnh là những biến số quyết định thời gian sống thêm, trong khi phẫu thuật nội soi được chứng minh là an toàn về mặt ung thư học tương đương với mổ mở.¹¹ Kết quả này tiếp tục củng cố vai trò của giai đoạn bệnh như yếu tố tiên lượng quan trọng nhất đối với sống thêm toàn bộ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện K giai đoạn 2019 – 2025 đạt tỷ lệ

sống thêm toàn bộ lần lượt 99,4%, 95,3% và 92,6% sau 1 năm, 3 năm và 5 năm; tỷ lệ sống thêm không bệnh tương ứng là 95,6%, 89,7% và 81,2%. Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ.

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. Yu J, Huang C, Sun Y, et al. Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival in Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019;321(20):1983-1992. doi:10.1001/jama.2019.5359
3. Hyung WJ, Yang HK, Park YK, et al. Long-Term Outcomes of Laparoscopic Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: The KLASS-02-RCT Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol*. 2020;38(28):3304-3313. doi:10.1200/JCO.20.01210
4. Katai H, Mizusawa J, Katayama H, et al. Survival outcomes after laparoscopy-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy with nodal dissection for clinical stage IA or IB gastric cancer (JCOG0912): a multicentre, non-inferiority, phase 3 randomised controlled trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2020;5(2):142-151. doi:10.1016/S2468-1253(19)30332-2
5. Zhong H, Liu X, Tian Y, et al. Comparison of short- and long-term outcomes between laparoscopic and open gastrectomy for locally advanced gastric cancer following neoadjuvant chemotherapy: a propensity score matching analysis. *Surg Endosc*. 2023;37(8):5902-5915.

doi:10.1007/s00464-023-10052-7

6. Kim HH, Han SU, Kim MC, et al. Effect of Laparoscopic Distal Gastrectomy vs Open Distal Gastrectomy on Long-term Survival Among Patients With Stage I Gastric Cancer: The KLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2019;5(4):506-513. doi:10.1001/jamaoncol.2018.6727

7. 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. doi:10.3322/caac.21660

8. Chen QY, Zhong Q, Liu ZY, et al. Indocyanine green fluorescence imaging-guided versus conventional laparoscopic lymphadenectomy for gastric cancer: long-term outcomes of a phase 3 randomised clinical trial.

Nat Commun. 2023;14(1):7413. doi:10.1038/s41467-023-42712-6

9. Phạm Hữu Ninh. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị ung thư tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Phẫu thuật Nội soi và Nội soi Việt Nam.* Published online 2021.

10. Võ Duy Long, Nguyễn Hoàng Bắc, Trần Phùng Dũng Tiến. Kết quả sống còn sau 5 năm của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2021;25(2):166-173.

11. Huang C, Liu H, Hu Y, et al. Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: Five-Year Outcomes From the CLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2022;157(1):9-17. doi:10.1001/jamasurg.2021.5104

Summary

SURVIVAL OUTCOMES AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA AT K HOSPITAL, 2019 - 2025

Laparoscopic surgery is increasingly used in the treatment of gastric cancer, particularly in early-stage disease. This retrospective study included 199 patients with gastric adenocarcinoma who underwent curative laparoscopic resection at K Hospital between 2019 and 2025 to evaluate survival outcomes and prognostic factors. 71.3% of the patients had stage 0–I disease. The overall survival rates at 1, 3, and 5 years were 99.4%, 95.3%, and 92.6%, respectively; the corresponding disease-free survival rates were 95.6%, 89.7%, and 81.2%. Multivariable analysis identified disease stage as an independent prognostic factor for overall survival ($p < 0.05$). Favorable survival outcomes were observed in patients undergoing curative laparoscopic surgery for gastric cancer, predominantly in early-stage disease, with disease stage identified as an independent prognostic factor affecting overall survival.

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