

Những bằng chứng trên cho thấy, tác động của thời gian mắc ĐTD đến nguy cơ gãy xương là khác nhau tùy thuộc vào vị trí xương bị gãy. Cụ thể, nguy cơ này khá rõ ràng đối với trường hợp gãy CXĐ, trong khi đó, các nghiên cứu về gãy xương cột sống vẫn chưa đưa ra kết luận thống nhất.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng thời gian mắc ĐTD kéo dài và sự hiện diện của biến chứng võng mạc là những yếu tố nguy cơ độc lập đối với GXĐS. Phát hiện này đặc biệt nhấn mạnh sự cần thiết phải tăng cường công tác tầm soát GXĐS ở nhóm đối tượng này nhằm giảm thiểu các biến chứng nghiêm trọng. Mặt khác, kết quả cũng cho thấy MĐX không phải là chỉ số đáng tin cậy trong việc đánh giá nguy cơ GXĐS. Do đó, cần thực hiện thêm nhiều nghiên cứu chuyên sâu hơn để xác định các thông số tiên lượng chính xác hơn, phục vụ hiệu quả cho thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alexandru D, So W.** Evaluation and management of vertebral compression fractures. Perm J. 2012;16(4):46-51.
2. **Fajardo RJ.** Is Diabetic Skeletal Fragility

- Associated with Microvascular Complications in Bone? Curr Osteoporos Rep. 2017;15(1):1-8.
3. **Fan Y, Wei F, Lang Y, et al.** Diabetes mellitus and risk of hip fractures: a meta-analysis. Osteoporos Int. 2016;27(1):219-28.
 4. **Genant HK, Wu CY, van Kuijk C, et al.** Vertebral fracture assessment using a semiquantitative technique. J Bone Miner Res. 1993; 8(9):1137-48.
 5. **Hygum K, Starup-Linde J, Harslof T, et al.** Mechanisms in endocrinology: Diabetes mellitus, a state of low bone turnover—a systematic review and meta-analysis. Eur J Endocrinol. 2017;176(3):R137-R157.
 6. **Ivers RQ, Cumming RG, Mitchell P, et al.** Diabetes and risk of fracture: The Blue Mountains Eye Study. Diabetes Care. 2001;24(7):1198-203.
 7. **Janghorbani M, Van Dam RM, Willett WC, et al.** Systematic review of type 1 and type 2 diabetes mellitus and risk of fracture. Am J Epidemiol. 2007;166(5):495-505.
 8. **Koromani F, Oei L, Shevroja E, et al.** Vertebral Fractures in Individuals With Type 2 Diabetes: More Than Skeletal Complications Alone. Diabetes Care. 2020;43(1):137-144.
 9. **Melton LJ, 3rd, Leibson CL, Achenbach SJ, et al.** Fracture risk in type 2 diabetes: update of a population-based study. J Bone Miner Res. 2008;23(8):1334-42.
 10. **Moghtaderi A, Bakhshipour A, Rashidi H.** Validation of Michigan neuropathy screening instrument for diabetic peripheral neuropathy. Clin Neurol Neurosurg. Jul 2006;108(5):477-81.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM VÀ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG SAU PHẪU THUẬT Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Đỗ Nhân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi không tế bào nhỏ ngày càng phổ biến ở Việt nam nhờ các tiến bộ trong tầm soát vào hình ảnh học. Tuy nhiên, phẫu thuật triệt để ở người cao tuổi vẫn còn nhiều thách thức do bệnh nền, biến chứng, tuổi sinh học không đồng nhất, đặc điểm bệnh lý, tiên lượng hậu phẫu còn ít thông tin. **Đối tượng, phương pháp:** Cắt ngang mô tả 56 trường hợp ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm được phẫu thuật và theo dõi tại bệnh viện Thống Nhất từ 06/2018 đến 12/2024 nhằm đánh giá đặc điểm bệnh lý và yếu tố tiên lượng sau phẫu thuật. **Kết quả, bàn luận:** Tuổi trung bình là 72,8, nam giới là 78,6%, có tiền sử hút thuốc là 44,6%. Tỷ lệ mắc bệnh

nền cao: 60,7%. Adenocarcinoma chiếm ưu thế (67,9%), biệt hóa kém (25%). Giai đoạn I chiếm 71,4%. Các yếu tố: ASA III trở lên ($p=0,04$), CCI ≥ 3 ($p=0,01$), phẫu thuật mở ($p=0,03$) liên quan có ý nghĩa đến biến chứng sau mổ. Tỷ lệ sống 5 năm không bệnh là 82,1% và toàn bộ là 68%. Theo dõi trung bình 48,5 tháng, hạch N2+, CCI ≥ 3 và mô học biệt hóa kém làm giảm tỷ lệ sống 5 năm (hồi quy Cox). **Kết luận:** Phẫu thuật triệt để ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm ở người cao tuổi cho kết quả sống còn khả quan khi được chọn lọc kỹ. Các yếu tố tiên lượng bất lợi bao gồm hạch N2 dương tính sau phẫu thuật, mô học biệt hóa kém và chỉ số bệnh nền CCI ≥ 3 . Kết quả này triển vọng cải thiện chất lượng điều trị giai đoạn còn phẫu thuật ở người cao tuổi. **Từ khóa:** ung thư phổi, người cao tuổi, tiên lượng

SUMMARY

EARLY-STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER IN THE ELDERLY: PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND PROGNOSTIC FACTORS AFTER SURGICAL RESECTION AT

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đỗ Nhân

Email: bsnguyendonhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

THONG NHAT HOSPITAL

Background: Non-small cell lung cancer (NSCLC) has become increasingly prevalent in Vietnam due to advances in screening and imaging techniques. However, curative surgery in elderly patients remains challenging owing to comorbidities, postoperative complications, and heterogeneity in biological age, pathological characteristics and prognostic outcomes following surgery in this population are still underreported. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 56 elderly patients diagnosed with early-stage NSCLC who underwent surgical resection and follow-up at Thong Nhat Hospital between June 2018 and December 2024. The objective was to evaluate clinicopathological features and postoperative prognostic factors. **Results and Discussion:** The mean age was 72.8, with males accounting for 78.6%, and 44.6% having a history of smoking. Comorbidity was common (CCI ≥ 3 in 60.7%). Adenocarcinoma was the predominant histologic type (67.9%), with poor differentiation seen in 25%. Stage I disease accounted for 71.4% of cases. Factors significantly associated with postoperative complications included ASA class III or higher ($p=0.04$), CCI ≥ 3 ($p=0.01$), and open surgery ($p=0.03$). The 5-year disease-free survival (DFS) rate was 82.1%, and overall survival (OS) was 68%. With a median follow-up of 48.5 months, nodal metastasis (N2+), high CCI, and poorly differentiated tumors were independently associated with decreased 5-year survival based on Cox regression analysis. **Conclusion:** Surgical resection for early-stage NSCLC in elderly patients yields favorable survival outcomes when appropriate selection is applied. Adverse prognostic factors include postoperative N2 nodal positivity, poorly differentiated histology, and CCI ≥ 3 . These findings may contribute to optimizing curative treatment strategies for elderly lung cancer patients.

Keywords: lung cancer, elderly, prognosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (non-small cell lung cancer – NSCLC) là một trong các loại ung thư phổ biến nhất. Hiện nay tại Việt Nam, nơi có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất trong khu vực, số lượng bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán xác định ngày càng nhiều nhờ vào các chương trình tầm soát và kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại.

Tuy nhiên, điều trị triệt để bằng phẫu thuật, ở người cao tuổi còn gặp nhiều thách thức do đặc điểm sinh học khối u, đa bệnh đồng mắc, biến chứng phẫu thuật, cũng như tuổi sinh học không hoàn toàn đồng nhất [1]. Một số nghiên cứu quốc tế cho thấy người cao tuổi nếu được lựa chọn kỹ và phẫu thuật đúng chỉ định vẫn đạt được kết quả sống còn và chất lượng sống tương đương người trẻ tuổi [1], [2], nhưng các dữ liệu tại Việt Nam còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: Mô tả đặc điểm lâm sàng,

cận lâm sàng và mô bệnh học của bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết cục sớm sau phẫu thuật và yếu tố tiên lượng đến sống còn toàn bộ và không bệnh sau phẫu thuật triệt để.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ cao tuổi được phẫu thuật tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 06/2018 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn chọn: Tuổi ≥ 60 , chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I–II (AJCC 8th) [3], phẫu thuật triệt để có nạo hạch hệ thống, tái khám ≥ 12 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: ung thư khác đồng mắc; phẫu thuật không triệt căn, cắt bỏ thùy không hoàn toàn; hồ sơ thiếu các thông tin nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu (theo công thức ước lượng một tỉ lệ):

$$n = Z^2 \frac{P \times (1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu cần; P: Tỉ lệ mẫu ước tính; α : Mức ý nghĩa thống kê; d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể; $Z(1-\alpha/2)$: Giá trị Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn. Với mục tiêu chính là biến chứng phẫu thuật, vào khoảng 7% [2]. Chúng tôi chọn $p = 0,073$, $d = 0,07$. Với $\alpha = 0,05$, $Z = 1,96$. Thay thế vào công thức, $n = 53$. Chúng tôi đã thu thập được 56 trường hợp vào nghiên cứu.

Quy trình và đánh giá

Chẩn đoán: chụp cắt lớp điện toán lồng ngực cản quang, nội soi phế quản, sinh thiết u xuyên thành dưới hướng dẫn chụp cắt lớp điện toán; phân loại mô bệnh học (WHO2015) [4] bệnh phẩm, hạch. Giai đoạn bệnh I, II theo TNM - AJCC - 8 [3].

Các chỉ số: Chỉ số ASA (American Society Of Anesthesiologists): từ I đến VI [2], chỉ số CCI (Charlson Comorbidity Index) đánh giá 17 bệnh đồng mắc [1], [2], chỉ số dung tích thở ra tối đa (FEV1), chỉ số phân suất tống máu (EF- Ejection Fraction) qua siêu âm tim và điện tim ECG máy đo điện tim.

Phẫu thuật: gây mê nội phế quản chọn lọc, nằm nghiêng. Đặt scope 10 mm liên sườn VII nách giữa, trocar 5 liên sườn VIII và mở ngực nhỏ 3-5 cm qua liên sườn 4,5. Phẫu tích, cắt bằng stapler hoặc khâu cột mạch máu phổi, phế quản. Nạo hạch rốn phổi và trung thất thấy trong mổ.

Theo dõi: định kỳ 06 tháng: X-quang phổi, dấu ấn ung thư phổi, chụp cắt lớp điện toán mỗi 6 tháng hoặc nghi ngờ tái phát. Điều trị hỗ trợ. Đánh giá sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh. Các biến chứng liên quan phẫu thuật có thể: viêm, xẹp phổi, tràn khí màng phổi, suy hô hấp, rung nhĩ, chảy máu vết mổ, nhiễm trùng, rò phế quản, tử vong.

Thu thập và xử lý số liệu: Tuổi, giới, chỉ số ASA, chỉ số Charlson Comorbidity Index. Chức năng hô hấp (thể tích thở ra tối đa- FEV1), phân xuất tổng máu EF. Kích thước u, vị trí phân thùy giải phẫu, loại mô học, mức độ biệt hóa, giai đoạn ung thư (TNM). Phương pháp phẫu thuật, tình trạng nạo hạch (số hạch, hạch N2+ sau phẫu theo TNM). Biến chứng hậu phẫu, tử vong trong viện. Thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống không bệnh.

Số liệu được trình bày: trung bình ± SD, tần suất %. So sánh theo phép kiểm t-test, Chi-square test. Phân tích sống còn: Kaplan-Meier, log-rank. Phân tích đa biến: Hồi quy Cox xác định yếu tố tiên lượng (mức ý nghĩa $p < 0,05$).

Y sinh nghiên cứu: toàn bộ số liệu thu thập qua hồ sơ, Dữ liệu được mã hóa bảo mật, không tiết lộ danh tính người bệnh. Nghiên cứu được Hội đồng y đức Bệnh viện Thống nhất qua trong quyết định số 08/2024/CN-BVTN-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh lý ung thư phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi giai đoạn sớm trong mẫu

Bảng 1: Đặc điểm bệnh lý ung thư phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi giai đoạn sớm

Đặc điểm n=56, 100%	Tri giá
Đặc điểm chung	
Tuổi (năm, SD)	72,8 ± 5,1
Nam giới (%)	44 (78,6%)
Hút thuốc (%)	29 (44,6%)
CCI ≥ 3 (%)	34 (60,7%)
ASA > độ III	28 (50,0%)
Chức năng hô hấp, tim mạch	

FEV1 (lít, + SD, %)	1,89 ± 0,52 lít (72%)
Phân suất tổng máu (EF) Có bệnh mạch vành	60 + 7% 16 (28,6%)
Đặc điểm bệnh chính	
U thùy trên phải (n,%)	20 (35,7%)
U thùy trên trái (n,%)	15 (26,8%)
Kích thước u (trung bình, cm)	2,1 + 0,5 cm
Adenocarcinoma (n,%)	38 (67,8%)
Squamous cell (n,%)	15 (26,8%)
Biệt hóa kém (n,%)	14 (25,0%)
Giai đoạn I TNM (n,%)	40 (71,4%)
Giai đoạn II TNM (n,%)	16 (28,6%)
Phẫu thuật và hạch	
Nội soi VATS (n,%)	36 (64,3%)
Số hạch nạo (n, trung bình)	12 + 4 hạch
Hạch N2+ sau phẫu	06 (10,7%)
Không còn u sau phẫu	100%

Tuổi trung bình bệnh nhân là 72,8 ± 5,1, phần lớn là nam giới (78,6%) và có tiền sử hút thuốc (44,6%). Tỷ lệ mắc bệnh nền cao: 60,7% có CCI ≥ 3, 50% có ASA III trở lên. Về mô bệnh học, adenocarcinoma chiếm ưu thế (67,9%), biệt hóa kém là 25%. Giai đoạn I chiếm 71,4%.

Một số yếu tố liên quan kết cục sớm sau phẫu thuật

Bảng 2: Một số yếu tố liên quan kết cục sớm sau phẫu thuật

Yếu tố khảo sát	Có biến chứng n=12 (100%)	Không biến chứng n=44 (100%)	p
ASA >III	8 (66,7%)	20 (45,5%)	0,04
CCI >3	9 (75%)	16 (36,4%)	0,01
Phẫu thuật mở	7 (58,3%)	13 (29,5%)	0,03
Biến chứng sau phẫu (%)	12 (100%)	0%	N/A

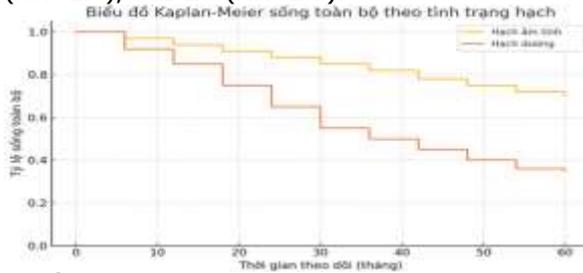
Các yếu tố: ASA III trở lên ($p=0,04$), CCI ≥ 3 ($p=0,01$), phẫu thuật mở ($p=0,03$) liên quan có ý nghĩa đến biến chứng sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 21,4%, trong đó nhóm có các yếu tố nguy cơ nêu trên chiếm đa số.

Một số yếu tố liên quan tiên lượng sống còn

Bảng 3: Đánh giá các yếu tố tiên lượng liên quan phẫu thuật ung thư phổi giai đoạn sớm

Đánh giá yếu tố tiên lượng		Yếu tố		
		Độ mô học III	Hạch N2+	CCI > 3
Kaplan Meier	Sống còn(OS) 5 năm có Yếu tố (%)	42	35	40
	Sống còn 5 năm không Yếu tố (%)	75	72	78
	p (log-rank)	0,01	0,002	0,03
Hồi quy Cox	Tỉ số rủi ro HR đơn biến (tin cậy 95%)	2,8(1,3-6,0)	3,2(1,5-6,9)	2,5(1,1-5,7)
	p (đơn biến)	0,007	0,003	0,03
	Tỉ số rủi ro HR đa biến (tin cậy 95%)	2,9(1,1 -7,5)	3,4(1,3-8,6)	2,7(1,0-6,9)
	p (đa biến)	0,03	0,01	0,04

Tỉ lệ sống 5 năm không bệnh là 82,1% và toàn bộ là 68%. Tình trạng hạch dương, CCI ≥ 3 và mô học biệt hóa kém làm giảm tỉ lệ sống 5 năm. Trường hợp N2+ sau phẫu còn 35% sống còn sau 5 năm so với 72% ở nhóm hạch âm tính ($p=0,002$). Trong kiểm hồi quy Cox, mô học biệt hóa kém, hạch N2+, CCI ≥ 3 đều có ý nghĩa thống kê. Hạch N2+ (HR=3.4), biệt hóa kém (HR=2.9), CCI ≥ 3 (HR=2.7).



Biểu đồ 1. Kaplan-Meier sống còn toàn bộ theo tình trạng hạch N2+ sau phẫu

Biểu đồ Kaplan-Meier sống còn toàn bộ theo tình trạng hạch N2+, thời gian theo dõi trung bình 48,5 tháng (tối đa 60 tháng, tối thiểu 08 tháng). Tỉ lệ sống toàn bộ 5 năm ở nhóm hạch N2+ dương là khoảng 35%, so với 72% ở nhóm không hạch N2+.

IV. BÀN LUẬN

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân ≥ 60 tuổi- tuổi trung bình ghi nhận là $72,8 \pm 5,1$, được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm là nam giới (78,6%) có tiền sử hút thuốc (44,6%), với tỉ lệ bệnh đồng mắc cao như tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Tỉ lệ chỉ số bệnh đồng mắc nguy cơ (Charlson Comorbidity Index -CCI) ≥ 3 điểm là 60,7%, cho thấy gánh nặng bệnh nền đáng kể ở nhóm tuổi này. Xu hướng tương tự đã được ghi nhận trong các nghiên cứu gần đây. Nakamura H (2020) tại Nhật Bản và Lee JH (Hàn Quốc) nghiên cứu ảnh hưởng của bệnh đồng mắc sau phẫu thuật ung thư phổi, ghi nhận tỉ lệ bệnh nền phức tạp ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ ≥ 70 tuổi dao động từ 55–70% và có liên quan đến việc chậm trễ điều trị phẫu thuật do nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật [5], [6]. Vì vậy, nhóm tuổi này khi mắc ung thư phổi có đặc điểm riêng, nên được đánh giá toàn diện, tiền phẫu cá nhân hóa không chỉ về đặc điểm khối u mà còn về tuổi sinh học và sức chịu đựng của người bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mặc dù tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là gần 73, tỉ lệ biến chứng hậu phẫu chung là 21,4% (12 trường hợp), trong đó phần lớn là

mức độ nhẹ (viêm phổi, rối loạn nhịp thoáng qua). Không có tử vong hậu phẫu trong 30 ngày. Những kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Okami và cộng sự, ghi nhận tỉ lệ biến chứng 24,1% và tử vong sau phẫu thuật 1,2% ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ ≥ 70 tuổi được phẫu thuật nội soi cắt phổi (VATS) [2]. Phẫu thuật nội soi lồng ngực với video hỗ trợ (VATS) chiếm 64,3% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, góp phần vào việc giảm tỉ lệ biến chứng và thời gian nằm viện. Các phân tích hồi cứu lớn Gossot D (2019) và Kim HK (2022) cũng ghi nhận, VATS giúp giảm 40–60% nguy cơ biến chứng hậu phẫu so với phẫu thuật mở ở người cao tuổi [7], [8].

Đánh giá về đặc điểm mô học, trong kết quả của chúng tôi, đa số các trường hợp thuộc nhóm adenocarcinoma (67,8%) có mô học biệt hóa vừa (50%), kích thước u trung bình 2,1 cm, và hạch âm tính. Tuy nhiên, yếu tố mô học biệt hóa kém (25%), có hạch N2 di căn và CCI ≥ 3 là các yếu tố tiên lượng sống còn giảm. Zhang J (2021) nghiên cứu phân tích từ cơ sở dữ liệu SEER (Mỹ) về di căn hạch và tiên lượng sống còn ở giai đoạn I, II (TNM) trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ cũng ghi nhận hạch di căn góp phần suy giảm sống còn 5 năm [9]. Theo kết quả của TSutani trình bày trong hiệp hội phẫu thuật phổi Nhật Bản, hạch dương là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến sống còn 5 năm (HR 2,5-3,8) [10]. Ngoài ra, nghiên cứu của Ichinose và cộng sự mô tả CCI ≥ 3 làm tăng nguy cơ tử vong sau mổ ung thư phổi không tế bào nhỏ lên gần 3 lần, và đề nghị xem chỉ số này như là một tiêu chí phân tầng nguy cơ trước phẫu thuật.

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ sống 5 năm không bệnh là 82,1% và toàn bộ (Overall Survival) là 68%. Kết quả có phần khả quan dù dân số nghiên cứu là người cao tuổi. Nghiên cứu của Watanabe ở người cao tuổi (> 70 tuổi) mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, ≥ 70 tuổi, trong đó sống thêm toàn bộ 5 năm là 69,2%. Tỉ lệ sống không bệnh phản ánh sự cần thiết của lựa chọn bệnh nhân theo xu hướng cá nhân hóa hiện nay, kết hợp với phẫu thuật an toàn. Trong đó, đa số các trường hợp trong mẫu chúng tôi điều trị theo phương pháp phẫu thuật nội soi với video hỗ trợ và chăm sóc chu phẫu phù hợp. Hiện nay, xu hướng "không loại trừ phẫu thuật vì tuổi" ngày càng được quan tâm, nếu bệnh nhân được đánh giá đầy đủ chức năng và kiểm soát bệnh nền hợp lý. Kết quả phân tích Kaplan-Meier theo tình trạng hạch cho thấy tỉ lệ sống toàn bộ sau 5 năm giảm rõ rệt ở nhóm có

hạch dương tính (35% so với 72% ở nhóm hạch âm tính). Tình trạng di căn hạch vùng, dù ở giai đoạn sớm, vẫn là yếu tố tiên lượng bất lợi. Gần đây, sự thay đổi giai đoạn bệnh trước và sau phẫu thuật ung thư phổi do các phát hiện hạch N2+ cũng là một trong các vấn đề được quan tâm và báo cáo. Do đó, chuyển giai đoạn ung thư nặng hơn sau phẫu cần được quan tâm khi quyết định chiến lược theo dõi hoặc điều trị bổ sung. Phát hiện nhóm nguy cơ cao như hạch bạch huyết N2+, mô học biệt hóa kém, CCI ≥ 3 có ý nghĩa đặc biệt trong dân số cao tuổi, nơi mà dung nạp điều trị bổ sung thường hạn chế. Do đó, đánh giá hạch kỹ lưỡng trong và sau phẫu và mô bệnh học rất cần thiết, nhằm xác định giai đoạn và cá thể hóa theo dõi, điều trị sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thay đổi sinh học theo tuổi (phản ánh qua CCI, ASA) có giá trị hơn tuổi theo con số qua các phép kiểm định giá trong xác định nguy cơ biến chứng và sống còn. Nghiên cứu này có phần hạn chế về cỡ mẫu do tính chất bệnh ít gặp và không mô tả chi tiết tình trạng liên quan người cao tuổi như dinh dưỡng, tâm lý, nghề nghiệp trong xu hướng điều trị cá thể hóa hiện nay ở người cao tuổi đang được ủng hộ, đặc biệt trong các khuyến cáo mới của NCCN (2024) và Hội Lồng ngực châu Âu (ESTS 2023), trong đó đề xuất sử dụng chỉ số lâm sàng tổng hợp thay cho giới hạn tuổi tuyệt đối khi chỉ định mổ [1].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật triệt để ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm ở người cao tuổi cho kết quả sống còn khả quan khi được chọn lọc kỹ. Các yếu tố tiên lượng bất lợi bao gồm hạch N dương tính sau phẫu thuật, phân độ mô học cao và chỉ số bệnh nền (theo Charson,CCI) ≥ 3 . Kết

quả này triển vọng góp phần định hướng điều trị cá thể hóa và tiên lượng điều trị giai đoạn còn phẫu thuật ở người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gregory J Riely, Douglas E Wood, David S Ettinger, et al.** Non-Small Cell Lung Cancer, Version 4.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2024 May;22(4):249-274
2. **Okami J, et al.** Surgical outcomes of VATS lobectomy in elderly NSCLC patients: a multicenter analysis. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2020;68(12):1442-1449.
3. **Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, et al.** The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. J Thorac Oncol. 2016;11(1):39-51.
4. **Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG, et al.** The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification. J Thorac Oncol. 2015;10(9):1243-1260.
5. **Nakamura H, et al.** Comorbidity index and surgical outcomes in elderly patients with early-stage NSCLC. J Thorac Dis. 2020;12(6):3148-3156.
6. **Lee JH, et al.** Influence of comorbidities on survival after lung cancer surgery in elderly. Korean J Thorac Cardiovasc Surg. 2021;54(4):243-250.
7. **Gossot D, et al.** Minimally invasive surgery for lung cancer in the elderly. Eur J Cardiothorac Surg. 2021;59(1):48-54.
8. **Kim HK, et al.** Comparative outcomes of VATS vs. open lobectomy in elderly NSCLC patients. Ann Thorac Surg. 2022;113(3):752-760.
9. **Zhang J, et al.** Lymph node status and survival in resected stage I-II NSCLC: a SEER analysis. Lung Cancer. 2021;160:1-9.
10. **Tsutani Y, et al.** Prognostic impact of nodal metastasis in elderly patients with early-stage NSCLC. J Thorac Oncol. 2020;15(9):1462-1470.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN PHONG TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH GIA LAI ĐẾN THÁNG 6 NĂM 2023

Lê Thanh Nhân¹, Văn Thế Trung², Nguyễn Lê Trà Mi²

TÓM TẮT

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Gia Lai

²Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung

Email: trungvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng tàn tật ở bệnh nhân phong đang được quản lý tại tỉnh Gia Lai đến tháng 6 năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 422 bệnh nhân phong, thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 với các phân tích thống kê mô tả, kiểm định Chi-square, hồi quy logistic đơn biến và đa biến. **Kết quả:** Bệnh nhân phong thể MB chiếm đa số (94,5%), tổn thương thường gặp ở da (96,9%) và thần kinh ngoại biên (89,8%). Tỷ lệ tàn tật chung là