

- study. Egypt J Radiol Nucl Med. 2022;53(1):165. doi:10.1186/s43055-022-00848-3
- Chick CM, Tan BS, Cheng C, et al.** Long-term follow-up of the treatment of renal angiomyolipomas after selective arterial embolization with alcohol. BJU Int. 2010;105(3):390-394. doi:10.1111/j.1464-410X.2009.08813.x
  - Rolland R, Loubet A, Bommart S, et al.** Safety, Efficacy and Mid-Term Outcome for Transarterial Embolization (TAE) of Renal Angiomyolipoma (AML) Using Ethylene Vinyl Alcohol Copolymer Liquid Embolic Agent (EVOH). J Clin Med. 2023;12(10):3385. doi:10.3390/jcm12103385
  - Patatas K, Robinson GJ, Ettles DF, Lakshminarayan R.** Patterns of renal angiomyolipoma regression post embolisation on medium- to long-term follow-up. Br J Radiol. 2013;86(1024):20120633. doi:10.1259/bjr.20120633
  - Long Jín HJC.** Selective arterial embolization of renal angiomyolipoma: comparing ethanol-lipiodol emulsion and polyvinyl alcohol particles as embolic agents. doi:10.5152/dir.2022.21625
  - Lee W, Kim TS, Chung JW, Han JK, Kim SH, Park JH.** Renal angiomyolipoma: embolotherapy with a mixture of alcohol and iodized oil. J Vasc Interv Radiol JVIR. 1998;9(2):255-261. doi:10.1016/s1051-0443(98)70266-0
  - Rimon U, Duvdevani M, Garniek A, et al.** Ethanol and Polyvinyl Alcohol Mixture for Transcatheter Embolization of Renal Angiomyolipoma. Am J Roentgenol. 2006;187(3):762-768. doi:10.2214/AJR.05.0629
  - Nguyễn Tiến Long.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Hình Ảnh và Kết Quả Điều Trị u Cơ Mỡ Mạch Thận Bằng Can Thiệp Nội Mạch. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
  - Lê Công Hiến.** Nhận Xét Đặc Điểm Chẩn Đoán và Kết Quả Điều Trị u Cơ Mỡ Mạch Của Thận Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
  - Duffy M, Deshwal A, Donnelly R, et al.** Complication Rates and Effectiveness of Renal Angiomyolipoma Embolisation: A Systematic Review and Meta-analysis. Cardiovasc Intervent Radiol. Published online October 2025. doi:10.1007/s00270-025-04205-5

## ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình<sup>1</sup>, Thái Đức An<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Duy<sup>1</sup>,  
Hà Hải Nam<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Thanh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Di căn hạch là yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư biểu mô tuyến dạ dày, ảnh hưởng trực tiếp đến chiến lược điều trị và kết quả sống còn. Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm di căn hạch ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày còn hạn chế. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 155 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tại Bệnh viện K từ 01/2020 đến 06/2025. Các đặc điểm về mô bệnh học và di căn hạch được phân tích nhằm xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ di căn hạch. Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 20.0 với  $p < 0,05$  là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Số hạch nạo vét được trung bình là  $17,3 \pm 6,2$  hạch. Tỷ lệ di căn hạch chung là 19,4%. Tỷ lệ di căn hạch tăng theo mức độ xâm lấn u: từ 1,9% ở pT1 lên 70,0% ở pT4 ( $p < 0,001$ ). Độ biệt hóa thấp (33,3% so với 17,1% và 0%;  $p = 0,02$ ) và xâm nhập mạch lympho/quanh thần kinh (50,0% so với 16,3%;  $p = 0,002$ ) có liên quan chặt chẽ với nguy cơ di căn hạch. **Kết luận:** Mức độ xâm lấn u, độ biệt hóa và tình trạng xâm nhập mạch/lympho là các yếu tố tiên lượng quan trọng đối với nguy cơ di căn hạch trong

ung thư biểu mô tuyến dạ dày phẫu thuật nội soi. Các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao cần được xem xét có chiến lược phẫu thuật nạo vét hạch, điều trị bổ trợ và theo dõi sau mổ phù hợp. **Từ khóa:** Ung thư dạ dày, phẫu thuật nội soi, đặc điểm di căn hạch.

### SUMMARY

#### LYMPH NODE METASTASIS CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH GASTRIC ADENOCARCINOMA UNDERGOING LAPAROSCOPIC SURGERY AT K HOSPITAL

**Background:** Lymph node metastasis is a major prognostic factor in gastric adenocarcinoma, directly influencing treatment strategies and patient survival. In Vietnam, evidence regarding nodal metastasis patterns in patients undergoing laparoscopic gastrectomy remains limited. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 155 patients with gastric adenocarcinoma who underwent laparoscopic gastrectomy at K Hospital from January 2020 to June 2025. Clinicopathological characteristics and lymph node metastasis were analyzed to identify associated predictive factors. Data were processed using SPSS 20.0, with statistical significance set at  $p < 0.05$ . **Results:** The mean number of retrieved lymph nodes was  $17.3 \pm 6.2$ . The overall rate of lymph node metastasis was 19.4%. Nodal metastasis significantly increased with tumor invasion depth, from 1.9% in pT1 to 70.0% in pT4 ( $p < 0.001$ ). Poor differentiation (33.3% vs. 17.1% and 0%;  $p = 0.02$ ) and lymphovascular/perineural invasion (50.0% vs.

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2025

Ngày duyệt bài: 12.01.2026

16.3%;  $p = 0.002$ ) were strongly associated with a higher risk of nodal metastasis. **Conclusions:** Tumor invasion depth, histological differentiation, and lymphovascular/perineural invasion are important prognostic indicators for lymph node metastasis in gastric adenocarcinoma managed via laparoscopic gastrectomy. Patients with high-risk features require appropriate strategies including extended lymphadenectomy, adjuvant therapy, and close postoperative surveillance. **Keywords:** Gastric cancer; laparoscopic gastrectomy; lymph node metastasis; prognostic factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến trên toàn thế giới, đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong liên quan đến ung thư. Theo số liệu GLOBOCAN 2022, ung thư dạ dày xếp thứ 5 về tỷ lệ mắc mới và thứ 4 về tỷ lệ tử vong do ung thư, đặc biệt có tần suất cao tại các quốc gia châu Á, trong đó có Việt Nam<sup>1</sup>. Mặc dù trong những năm gần đây đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, phần lớn bệnh nhân vẫn được phát hiện ở giai đoạn tiến triển, tiên lượng còn hạn chế.

Phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch vẫn là phương pháp điều trị triệt căn quan trọng nhất đối với ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Di căn theo đường bạch huyết là cơ chế lan tràn sớm và phổ biến của bệnh, có ảnh hưởng trực tiếp đến giai đoạn, quyết định chiến lược điều trị và tiên lượng sống còn của bệnh nhân. Đặc điểm di căn hạch phụ thuộc vào vị trí khối u, mức độ xâm lấn<sup>2</sup>. Do đó, việc hiểu rõ mô hình di căn hạch có ý nghĩa quan trọng trong việc tối ưu hóa phạm vi nạo vét hạch trong phẫu thuật.

Cùng với xu hướng phát triển chung trên thế giới, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày và nạo vét hạch D2 đang ngày càng được triển khai rộng rãi tại Việt Nam, đặc biệt tại các trung tâm điều trị ung thư lớn như Bệnh viện K<sup>3</sup>. PTNS mang lại hiệu quả tốt, giúp giảm xâm lấn, ít đau sau mổ, phục hồi nhanh và rút ngắn thời gian nằm viện. Tuy nhiên, bằng chứng về hiệu quả ung thư học, đặc biệt là về đặc điểm di căn hạch trong nhóm bệnh nhân được điều trị bằng PTNS tại Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đặc điểm di căn hạch của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện K" nhằm đánh giá đặc điểm di căn hạch và một số yếu tố liên quan của nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được PTNS triệt căn tại Bệnh viện K trong giai đoạn từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2025.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** 155 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu. Các trường hợp này đều được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, được chỉ định PTNS cắt dạ dày triệt căn.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.
- Được PTNS cắt dạ dày nạo vét hạch D2 triệt căn.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần thiết phục vụ nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư dạ dày tái phát hoặc ung thư thứ phát.
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư cơ quan khác đã từng điều trị hoặc mới mắc.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

### Phương pháp nghiên cứu:

Thời gian: Từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2025

Địa điểm: Khoa Ngoại bụng 1, Bệnh viện K  
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**Cỡ mẫu:** Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

**Xử lý số liệu:** Các số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20. Kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher Exact test cho các biến định tính. Kiểm định Independent-Samples T Test hoặc Mann-Whitney U test cho các biến định lượng. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ di căn hạch được tính theo công thức:

$$\frac{\text{Số bệnh nhân di căn hạch}}{\text{Tổng số bệnh nhân}}$$

Tổng số bệnh nhân

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện K xem xét và chấp thuận. Việc thu thập và xử lý số liệu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học, không ảnh hưởng đến quá trình chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu đặc điểm di căn hạch của 155 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được điều trị bằng PTNS tại bệnh viện K, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

**Bảng 1. Số lượng hạch nạo vét được trung bình chia theo giai đoạn u**

Giai đoạn bệnh	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
T1	8	39	16,6 ± 6,1
T2	9	37	18,6 ± 7,9
T3	9	22	15,3 ± 4,3

T4	9	31	19,4 ± 5,4
Tất cả giai đoạn	8	39	17,3 ± 6,2

**Nhận xét:** Số hạch vét được trung bình của toàn bộ nhóm nghiên cứu là 17,3 ± 6,2 hạch (từ 8 đến 39 hạch). Nhóm T4 có số hạch vét được trung bình cao nhất (19,4 ± 5,4 hạch).

**Bảng 2. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ**

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Mức độ xâm lấn u trên GPB sau mổ	T1a	64	41,3	
	T1b	39	25,2	
	T2	16	10,3	
	T3	6	3,9	
	T4	30	19,4	
	Tổng	155	100	
Mức độ di căn hạch trên GPB sau mổ	Không di căn hạch (N0)	125	80,6	
	Có di căn hạch	N1	15	9,7
		N2	8	5,2
		N3	7	4,5
	Tổng di căn hạch	30	19,4	

**Nhận xét:** Trong 155 bệnh nhân nghiên cứu, nhóm T1a chiếm tỷ lệ cao nhất 41,3%, tiếp theo là T1b với 25,2%. Về mức độ di căn hạch, 80,6% bệnh nhân không có di căn hạch (N0).

**Bảng 3. Tỷ lệ di căn hạch chia chi tiết theo vị trí u và giai đoạn bệnh**

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân di căn hạch	Tỷ lệ di căn hạch (%)	p (Fisher exact)
Vị trí u	Thân vị	7	33,3	0,198
	Hang vị	22	17,5	
	Tiền môn vị	1	12,5	
Giai đoạn bệnh sau mổ	pT1	2	1,9	<0,001
	pT2	4	25,0	
	pT3	3	50,0	
	pT4	21	70,0	

**Nhận xét:** Tỷ lệ di căn hạch có sự khác biệt giữa các vị trí u nhưng không có ý nghĩa thống kê (p = 0,198). Trong khi đó, tỷ lệ di căn hạch tăng rõ rệt theo mức độ xâm lấn u và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

**Bảng 4. Phân tích mối quan hệ di căn hạch và các yếu tố ảnh hưởng**

Yếu tố	Có di căn hạch	Không di căn hạch	Giá trị p (Chi bình phương/ Fisher Exact)
<b>Tuổi trung bình</b>	60,9 ± 9,7	59,0 ± 9,0	0,31
<b>Giới tính</b>			
Nam (n = 92)	17 (18,5%)	75 (81,5%)	0,74
Nữ (n = 63)	13 (20,6%)	50 (79,4%)	
<b>Bệnh nền tim mạch/hô hấp</b>			
Có (n=15)	3 (20,0%)	12 (80,0%)	0,95
Không (n=140)	27 (19,3%)	113 (80,7%)	
<b>Độ biệt hóa</b>			
Thấp (n = 45)	15 (33,3%)	30 (66,7%)	0,02
Vừa (n = 70)	12 (17,1%)	58 (82,9%)	
Cao (n = 12)	0 (0,0%)	12 (100,0%)	
<b>Xâm nhập mạch máu lympho/quanh thần kinh</b>			
Có (n=14)	7 (50,0%)	7 (50,0%)	0,002
Không (n=141)	23 (16,3%)	118 (83,7%)	

**Nhận xét:** Trong các yếu tố được phân tích, độ biệt hóa và tình trạng xâm nhập mạch máu lympho/quanh thần kinh cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với di căn hạch (p < 0,05).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có u nguyên phát ở giai đoạn sớm chiếm phần lớn với tỷ lệ pT1a là 41,3% và pT1b là 25,2%. Trên thực tế, chỉ định phẫu thuật của chúng tôi dựa vào nội soi và cắt lớp vi tính đánh giá xâm lấn thành và di căn hạch trước mổ. Các trường hợp ung thư giai đoạn sớm được đánh giá theo phân loại của Hội Ung thư Dạ dày Nhật Bản dưới nội soi. Các tổn thương giai đoạn sớm được ưu tiên lựa chọn phương pháp phẫu thuật

nội soi. Vì vậy, việc tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn sớm chiếm ưu thế trong nghiên cứu là hoàn toàn phù hợp với quy trình đánh giá và lựa chọn bệnh nhân tại cơ sở của chúng tôi.

Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn sớm cũng lý giải tỷ lệ không di căn hạch (N0) cao trong nghiên cứu (80,6%). Khi phân tích theo mức độ xâm lấn u nguyên phát, kết quả cho thấy tỷ lệ di căn hạch tăng mạnh theo giai đoạn bệnh, tăng từ 1,9% ở pT1 lên 25,0% ở pT2, 50,0% ở pT3, và 70,0% ở pT4. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê rất cao (p < 0,001), hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh: khi khối u xâm nhập càng sâu đến các lớp dưới niêm hoặc thanh mạc, nơi hệ thống bạch huyết phong phú, nguy cơ lan tràn hạch sẽ tăng lên đáng kể. Kết quả này tương đồng với các

nghiên cứu quốc tế, ví dụ tổng quan hệ thống của de Jong (2023) ghi nhận tỷ lệ di căn hạch tăng rõ theo giai đoạn u nguyên phát, với nhóm hạch dọc bờ cong nhỏ có tỷ lệ lần lượt: T1 5,5%, T2 21,9%, T3 41,9%, T4 71,0%<sup>4</sup>.

Số lượng hạch được nạo vét trung bình trong toàn bộ nhóm nghiên cứu là  $17,3 \pm 6,2$  hạch (dao động từ 8 đến 39 hạch). Giá trị này đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn tối thiểu để phân loại giai đoạn bệnh lý theo hệ thống phân loại của Ủy ban Ung thư Hoa Kỳ (AJCC)/Liên minh Kiểm soát Ung thư Quốc tế (UICC), tức là phải có ít nhất 16 hạch được nạo vét và đánh giá mô bệnh học<sup>5</sup>. Điều này giúp giảm nguy cơ đánh giá thiếu giai đoạn, đặc biệt ở nhóm bệnh tiến triển, và góp phần bảo đảm độ tin cậy của phân loại N trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ biệt hóa u cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng di căn hạch ( $p = 0,02$ ). Cụ thể, nhóm u kém biệt hóa có tỷ lệ di căn hạch 33,3% (15/45), cao gấp khoảng 2 lần so với nhóm u biệt hóa vừa 17,1% (12/70), trong khi nhóm biệt hóa cao hoàn toàn không ghi nhận di căn hạch trong mẫu nghiên cứu. Điều này phản ánh đúng bản chất sinh học của các u kém biệt hóa: đặc điểm mất kết dính tế bào, xâm nhập mô đệm mạnh và lan tràn theo đường bạch huyết sớm, từ đó làm tăng nguy cơ xuất hiện di căn hạch. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu: Feng và cs. (2018) phân tích 3.090 trường hợp ghi nhận độ biệt hóa thấp liên quan có ý nghĩa với giai đoạn u nguyên phát muộn hơn và tỷ lệ di căn hạch cao hơn ( $p < 0,001$ ), đồng thời nhóm bệnh nhân này cũng có thời gian sống thêm toàn bộ kém hơn<sup>6</sup>. Tương tự, nghiên cứu của Wang và cs. (2021) trên nhóm 611 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm cũng khẳng định u kém biệt hóa làm tăng nguy cơ di căn hạch đáng kể và là yếu tố nguy cơ độc lập về tiên lượng sống còn<sup>7</sup>. Chính vì vậy, các trường hợp độ biệt hóa kém hơn đòi hỏi chiến lược điều trị hỗ trợ tích cực để cải thiện kết cục lâm sàng, đồng thời cần theo dõi sát do liên quan đến lan tràn vi thể và tái phát sau mổ<sup>8</sup>.

Bên cạnh đó, xâm nhập mạch máu hoặc quanh thần kinh là yếu tố tiên lượng bất lợi được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi, với 50,0% bệnh nhân có đặc điểm này xuất hiện di căn hạch, cao gấp ba lần so với nhóm không có (16,3%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,002$ ). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế, trong đó yếu tố xâm nhập này liên quan đến khả năng xâm nhập hệ mạch bạch huyết và lan tràn ung thư sớm, làm tăng nguy cơ

tái phát và tử vong sau phẫu thuật. Wang đã báo cáo xâm nhập mạch máu hoặc quanh thần kinh là yếu tố nguy cơ mạnh nhất của di căn hạch, đồng thời liên quan đáng kể đến giảm tỷ lệ sống thêm 5 năm<sup>7</sup>. Do đó, nhóm bệnh nhân này nên được xếp vào nhóm nguy cơ cao, cần vét hạch triệt để hơn (ít nhất D2) và theo dõi sau mổ chặt chẽ để phát hiện sớm tái phát<sup>8</sup>.

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả hồi cứu và chỉ tại một trung tâm của chúng tôi. Đồng thời, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn T1 (được phát hiện sớm) tương đối cao, điều này dẫn đến tỷ lệ di căn hạch thấp hơn một số nghiên cứu khác và việc đánh giá đầy đủ đặc điểm di căn hạch ở giai đoạn tiến triển còn hạn chế. Do đó, cần có những nghiên cứu đa trung tâm với quy mô lớn hơn và phân bố giai đoạn bệnh đồng đều hơn, nhằm phản ánh đầy đủ đặc điểm di căn hạch ở các trường hợp tiến triển.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ di căn hạch ở nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi là 19,4%, với số lượng hạch nạo vét trung bình đạt  $17,3 \pm 6,2$  hạch. Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy mức độ xâm lấn của u nguyên phát, độ biệt hóa mô học và tình trạng xâm nhập mạch bạch huyết hoặc quanh thần kinh đều có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ di căn hạch.

## 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. doi:10.3322/caac.21834
2. **Rosa F, Costamagna G, Doglietto GB, Alfieri S.** Classification of nodal stations in gastric cancer. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2017;2:2. doi:10.21037/tgh.2016.12.03
3. **Phạm Văn Bình, Nguyễn Đức Duy, Thái Đức An, Hà Hai Nam.** Short-term outcome of laparoscopic distal gastrectomy with intracorporeal anastomosis for the treatment of gastric cancer at Vietnam National Cancer Hospital. *Tạp Chí Dược Học Quân Sự.* 2023;48(4):184-192. doi:10.56535/jmpm.v48i4.320
4. **de Jong MHS, Gisbertz SS, van Berge Henegouwen MI, Draaisma WA.** Prevalence of nodal metastases in the individual lymph node stations for different T-stages in gastric cancer: a systematic review. *Updat Surg.* 2023;75(2):281-290. doi:10.1007/s13304-022-01347-w
5. **Nico R, Veziant J, Chau A, Eveno C, Piessen G.** Optimal lymph node dissection for gastric cancer: a narrative review. *World J Surg Oncol.* 2024;22(1):108. doi:10.1186/s12957-024-03388-4
6. **Feng F, Liu J, Wang F, et al.** Prognostic value of differentiation status in gastric cancer. *BMC Cancer.* 2018;18(1):865. doi:10.1186/s12885-018-4780-0

7. Wang J, Wang L, Li S, et al. Risk Factors of Lymph Node Metastasis and Its Prognostic Significance in Early Gastric Cancer: A Multicenter Study. *Front Oncol.* 2021;11. doi:10.3389/fonc.2021.649035

8. Kook MC. Risk Factors for Lymph Node Metastasis in Undifferentiated-Type Gastric Carcinoma. *Clin Endosc.* 2019; 52(1):15-20. doi: 10.5946/ce.2018.19

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT BẰNG AFATINIB TRÊN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TIẾN XA, CÓ ĐỘT BIẾN KÉP EGFR TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Tuấn Anh<sup>1</sup>, Vũ Hà Thanh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Thái Hoà<sup>2,3</sup>, Phan Thanh Lâm<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Phương Thảo<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đột biến kép trong UTPKTBN là một tình huống ít gặp chỉ chiếm 4 – 26% trong tổng số đột biến EGFR dương tính, với đặc điểm sinh học và đáp ứng điều trị có nhiều khác biệt so với đột biến đơn. Afatinib là EGFR – TKI thế hệ thứ 2, có hiệu quả trên nhóm đột biến kép này. Tuy nhiên dữ liệu tại Việt Nam còn hạn chế. **Đối tượng và phương pháp:** 58 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa (IIIC – IV), loại UTBM tuyến, có đột biến kép EGFR, tại Bệnh viện K, từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2024, theo dõi đến tháng 7 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $61 \pm 10,4$ ; tỷ lệ nam/nữ là 2:1; đa số bệnh nhân có thể trạng ECOG 0–1. Nhóm đột biến không thường gặp + không thường gặp chiếm 56,9%; nhóm thường gặp + không thường gặp chiếm 41,4%. ORR toàn bộ đạt 65,5%; DCR là 91,4%. Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (mPFS) đạt  $16,4 \pm 2,5$  tháng. Nhóm kép có kèm theo Del19/L858R gặp có mPFS cao hơn đáng kể so với nhóm kép không kèm Del19/L858R ( $24,1 \pm 5,7$  vs.  $11,4 \pm 2,3$  tháng;  $p = 0,047$ ). Một số tác dụng phụ thường gặp như tiêu chảy (65,5%), độc tính trên da (58,6%), viêm móng (43,1%),... Tỷ lệ độc tính độ 3 là 13,8%; không ghi nhận độc tính độ 4. **Kết luận:** Afatinib là một lựa chọn hiệu quả trong điều trị bước đầu ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa, có đột biến kép EGFR. Điều trị này cho thấy hiệu quả điều trị tốt với tỷ lệ đáp ứng cao, tỷ lệ kiểm soát bệnh ẩn tượng, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển kéo dài và độc tính nhìn chung có thể kiểm soát được.

**Từ khóa:** Afatinib, Ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn tiến xa, EGFR, đột biến kép.

### SUMMARY

#### FIRST-LINE TREATMENT OUTCOMES WITH

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

<sup>3</sup>Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

<sup>4</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Anh

Email: tuananhnguyenhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025

Ngày duyệt bài: 12.01.2026

### AFATINIB IN ADVANCED NON-SMALL CELL LUNG CANCER HARBORING COMPOUND EGFR MUTATIONS AT K HOSPITAL

**Background:** Compound EGFR mutations in non-small cell lung cancer (NSCLC) are relatively uncommon, accounting for 4–26% of EGFR-positive cases, and exhibit distinct biological characteristics and treatment responses compared to single mutations. Afatinib, a second-generation EGFR-TKI, has demonstrated efficacy in this subgroup; however, data in Vietnam remain limited. **Subject and method:** We retrospectively analyzed 58 patients with advanced-stage (IIIC–IV) NSCLC adenocarcinoma harboring compound EGFR mutations, treated with first-line Afatinib at K Hospital between January 2018 and December 2024, with follow-up until July 2025. **Results:** The median age was  $61 \pm 10.4$  years; male-to-female ratio was 2:1; most patients had ECOG PS 0–1. The uncommon + uncommon mutation subtype accounted for 56.9%, and common + uncommon for 41.4%. The overall response rate (ORR) was 65.5%, and disease control rate (DCR) was 91.4%. Median progression-free survival (mPFS) was  $16.4 \pm 2.5$  months. Patients with Del19 or L858R plus another mutation achieved significantly longer mPFS compared to those without Del19/L858R ( $24.1 \pm 5.7$  vs.  $11.4 \pm 2.3$  months;  $p = 0.047$ ). Common adverse events included diarrhea (65.5%), skin toxicity (58.6%), and paronychia (43.1%); grade 3 toxicity occurred in 13.8%, with no grade 4 events. **Conclusions:** Afatinib is an effective first-line treatment option for advanced NSCLC patients with compound EGFR mutations, providing high response rates, favorable disease control, prolonged PFS, and manageable toxicity. **Keywords:** Afatinib, non-small cell lung cancer, advanced stage, EGFR, compound mutations.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 85% tổng số ca ung thư phổi và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới<sup>1</sup>. Sự phát hiện và hiểu biết về các đột biến gen dẫn đường, đặc biệt là đột biến gen EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor), đã giúp thay đổi đáng kể chiến lược điều trị bệnh trong hơn một thập kỷ qua.