

canh đường giữa vùng đỉnh-chẩm thậm chí có thể được cấp máu từ cả 3 nguồn ĐM não trước, ĐM não giữa và ĐM não sau, do đó việc nút mạch tiền phẫu càng đóng vai trò quan trọng trong điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân AVM độ III và độ IV đều được chỉ định nút mạch trước mổ.

Một số biện pháp được áp dụng trong quá trình phẫu thuật giúp cho việc bộc lộ khe liên bán cầu dễ dàng hơn. Cửa sổ xương được mở rộng rãi, vượt quá đường giữa, vạt màng cứng mở sát xoang dọc trên và lật sang bên đối diện. Những trường hợp có máu tụ trong nhu mô não do AVM đã vỡ, việc lấy máu tụ trước khi phẫu tích vào khối làm giảm phù não, tạo thuận lợi khi tiếp cận vào khe liên bán cầu. Ngoài ra, hút bớt dịch não tủy ở các bể dịch quanh thể chai hoặc đặt dẫn lưu dịch não tủy thắt lưng trước mổ giúp xẹp não, thuận tiện cho phẫu tích tiếp cận khối AVM.

Khi tiếp cận những khối AVM đường giữa sâu, quanh thể chai, việc mở rộng khe liên bán cầu là yếu tố quan trọng để tạo đường vào an toàn và hiệu quả, giúp bộc lộ rõ khối dị dạng và các nguồn nuôi. Đặt tư thế bệnh nhân nằm nghiêng sang phía có tổn thương, xoang dọc trên nằm theo phương ngang giúp tận dụng trọng lực để tạo khoảng trống tự nhiên tại khe liên bán cầu, làm rộng phẫu trường, hạn chế việc vén não, từ đó giảm thiểu tổn thương não lành, hạn chế phù não và chảy máu [6].

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp nút mạch trước mổ mang lại hiệu

quả đối với những khối AVM độ III và độ IV. Chiến lược quan trọng trong phẫu thuật AVM đường giữa và cạnh đường giữa bao gồm đường mở xương rộng quá đường giữa và tận dụng trọng lực để mở rộng khe liên bán cầu. Khối AVM cạnh vùng vỏ não vận động cảm giác có nguy cơ biến chứng thần kinh cao hơn. Kết quả phẫu thuật tốt đối với AVM đường giữa và cạnh đường giữa chiếm tỉ lệ cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Quỳnh Trang** (2021), Nghiên cứu điều trị dị dạng động tĩnh mạch não vỡ bằng phối hợp nút mạch và phẫu thuật, Luận án Tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Spetzler R.F., btv.** (2015), Comprehensive management of arteriovenous malformation of the brain and spine, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
3. **Lawton M.T., Rutledge W.C., Kim H. và cộng sự.** (2015). Brain arteriovenous malformations. Nat Rev Dis Primer, 1(1), 15008.
4. **Kim Y.B., Young W.L., và Lawton M.T.** (2011). Parafalcine and midline arteriovenous malformations: surgical strategy, techniques, and outcomes: Clinical article. J Neurosurg, 114(4), 984–993.
5. **Phạm Quỳnh Trang, Nguyễn Thế Hà, và Trần Trung Kiên** (2019). Kết quả điều trị phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch não đường giữa. Tạp Chí Hồ TP Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 23(3), 58–61.
6. **García-García S., González-Sánchez J.J., Gandhi S. và cộng sự.** (2018). Contralateral Transfalcine Versus Ipsilateral Anterior Interhemispheric Approach for Midline Arteriovenous Malformations: Surgical and Anatomical Assessment. World Neurosurg, 119, e1041–e1051.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN NHẠY CẮT TINH HOÀN BẰNG LIỆU PHÁP TRIỆT ANDROGEN KẾT HỢP DOCETAXEL TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Phan Minh Tâm<sup>1</sup>, Vũ Hồng Thăng<sup>2</sup>,  
Nguyễn Văn Đăng<sup>2</sup>, La Vân Trường<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt di căn nhạy cắt tinh hoàn bằng liệu pháp triệt androgen kết hợp docetaxel. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo

dõi dọc thực hiện trên 60 bệnh nhân (BN) ung thư tuyến tiền liệt di căn nhạy cắt tinh hoàn bằng liệu pháp triệt androgen (ADT) kết hợp docetaxel tại bệnh viện TWQĐ 108 từ 1/1/2022 đến 1/1/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 71,7 tuổi (52 - 88 tuổi). Triệu chứng đau xương (43,3%), đi khó (80%), bí đái (31,7%). Tỷ lệ BN có thời gian chẩn đoán trên 6 tháng (38,3%). Tỷ lệ BN có nồng độ t-PSA > 100ng/ml (60%), điểm ECOG phần lớn 1 điểm (58,3%). Điểm gleason ≥ 8 điểm chiếm ưu thế (73,3%). Có di căn xương (88,3%). Thể tích di căn lớn chiếm đa số (81,7%), thể tích di căn nhỏ (18,3%). BN cắt tinh hoàn ngoại khoa (58,3%), cắt tinh hoàn nội khoa (41,7%). Đáp ứng PSA đạt 100% (giảm ≥50% PSA nền). Trung vị PSA

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Tâm

Email: bsminhtam12@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2025

Ngày duyệt bài: 11.8.2025

nadir nhóm cắt tinh hoàn ngoại khoa (0,70 ng/ml), cắt tinh hoàn nội khoa (1,80 ng/ml),  $p=0,579$ . Tỷ lệ BN có thời gian đến PSA nadir  $\geq 6$  tháng ở nhóm cắt tinh hoàn ngoại khoa (31,7%), nhóm cắt tinh hoàn nội khoa (30,0%). Nhóm cắt tinh hoàn ngoại khoa kết hợp docetaxel có trung vị thời gian đến PSA nadir (6,0 tháng), cắt tinh hoàn nội khoa (9,0 tháng). Nhóm có PSA nadir  $< 0,2$  ng/ml PFS (13,0 tháng) so với nhóm PSA nadir  $\geq 0,2$  ng/ml (7,0 tháng),  $p=0,013$ . PFS nhóm BN có thời gian đến PSA nadir  $< 6$  tháng (7,5 tháng), nhóm  $\geq 6$  tháng (12,0 tháng),  $p=0,044$ . Tác dụng không mong muốn (TDKMM) hay gặp nhất là mệt mỏi (30%) và chán ăn (30%). **Kết luận:** BN có PSA nadir  $< 0,2$  ng/ml và thời gian đến PSA nadir  $\geq 6$  tháng có PFS kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê. Kết hợp liệu pháp triệt androgen và docetaxel có hiệu quả trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt di căn nhạy cắt tinh hoàn với tác dụng không mong muốn chấp nhận được. **Từ khóa:** Ung thư tuyến tiền liệt, PSA nadir, cắt tinh hoàn, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

## SUMMARY

### TREATMENT OUTCOMES OF METASTATIC CASTRATION-SENSITIVE PROSTATE CANCER WITH ANDROGEN DEPRIVATION THERAPY COMBINED WITH DOCETAXEL AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the treatment outcomes of metastatic castration-sensitive prostate cancer (mCSPC) using androgen deprivation therapy (ADT) combined with docetaxel. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 60 patients with mCSPC treated with ADT (surgical or medical castration) combined with docetaxel at 108 Central Military Hospital from January 1, 2022 to January 1, 2025. **Results:** The mean age was 71.7 years (range: 52–88). Common symptoms included bone pain (43.3%), urinary hesitancy (80%), urinary retention (31.7%). 38.3% of patients experienced a diagnostic delay of more than 6 months. Initial t-PSA levels were  $>100$  ng/mL in 60% of patients. ECOG performance status was predominantly 1 (58.3%). Gleason scores  $\geq 8$  were observed in 73.3% of cases. Bone metastases were present in 88.3%. High-volume disease was seen in 81.7% of patients, while 18.3% had low-volume metastases. Surgical castration was performed in 58.3% and medical castration in 41.7%. PSA response (defined as a  $\geq 50\%$  decline from baseline) was achieved in 100% of patients. The median PSA nadir was 0.70 ng/mL in the surgical group and 1.80 ng/mL in the medical group ( $p=0.579$ ). A time to PSA nadir  $\geq 6$  months was observed in 31.7% of the surgical group and 30.0% of the medical group. Median time to PSA nadir was 6.0 months (surgical) and 9.0 months (medical). Patients with PSA nadir  $< 0.2$  ng/mL had a longer progression-free survival (PFS) of 13.0 months compared to 7.0 months in those with PSA nadir  $\geq 0.2$  ng/mL ( $p=0.013$ ). PFS was also longer in patients with time to PSA nadir  $\geq 6$  months (12.0 months) compared to those with  $< 6$  months (7.5 months) ( $p=0.044$ ). The most common adverse events were fatigue (30%) and anorexia (30%). **Conclusion:** Patients with PSA nadir  $< 0.2$  ng/mL and time to PSA nadir  $\geq 6$  months had

significantly longer PFS. The combination of androgen deprivation therapy and docetaxel was effective and well-tolerated in the treatment of metastatic castration-sensitive prostate cancer.

**Keywords:** Prostate cancer, PSA nadir, orchiectomy, progression-free survival.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tiền liệt tuyến là một trong các ung thư phổ biến nhất ở nam giới, đặc biệt là tại các nước phát triển. Theo GLOBOCAN 2022, trên thế giới ước tính có 1.466.680 trường hợp mới mắc, và 396.792 trường hợp tử vong do UTTL, đứng hàng thứ tám trong các bệnh ung thư [1]. Trên thế giới có 78% BN được chẩn đoán ở giai đoạn tại chỗ, 12% có di căn hạch vùng và 5% có di căn xa [2]. Tại Việt Nam theo nghiên cứu của Ngô Xuân Thái tại tỷ lệ BN có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán là 70,7% [3].

UTTL ở giai đoạn di căn nhạy cắt tinh hoàn (mHSPC), ADT kết hợp docetaxel là một lựa chọn điều trị hiệu quả đã được chứng minh cải thiện sống thêm toàn bộ (OS) so với ADT đơn thuần theo các thử nghiệm CHARTED (HR 0,72) và STAMPEDE (HR 0,76) [4,5]. ADT kết hợp docetaxel còn cho thấy hiệu quả cải thiện PFS và rPFS (radiographic progression-free survival) trong thử nghiệm GETUG-AFU 15 [6].

ADT kết hợp docetaxel đã được khuyến cáo trong hướng dẫn của ESMO 2020 và NCCN 2024 version 3. Tuy có nghiên cứu quốc tế đã chứng minh hiệu quả phác đồ ADT kết hợp docetaxel cho đối tượng mHSPC tuy nhiên tại Việt Nam, số liệu lâm sàng công bố còn hạn chế, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt di căn nhạy cắt tinh hoàn bằng liệu pháp triệt androgen kết hợp docetaxel tại Bệnh viện TWQĐ 108.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thời gian và địa điểm: Bệnh nhân được điều trị từ 01/2022 đến 01/2025 tại Bệnh viện TWQĐ 108

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:

- Được chẩn đoán xác định ung thư TTL bằng mô bệnh học, thể adenocarcinoma
- Có bằng chứng di căn trên xạ hình xương và/hoặc trên CT/MRI/PET, di căn đồng thời (đi căn tại thời điểm chẩn đoán ban đầu)
- Còn nhạy cắt tinh hoàn theo tiêu chuẩn lâm sàng và sinh hóa
- Chỉ số toàn trạng tính theo thang điểm

ECOG PS = 0-2 điểm. Với trường hợp PS = 2 điểm chỉ lựa chọn bệnh nhân khi yếu tố tăng điểm PS là triệu chứng của di căn.

- Các chỉ số xét nghiệm chức năng các tạng trong giới hạn cho phép:

+ Neutrophil  $\geq$  1,5 G/l.

+ Tiểu cầu  $\geq$  100 G/l.

+ ALT  $\leq$  2 giới hạn trên khoảng tham chiếu (ULN).

+ Độ thanh thải creatinin (CrCl)  $\geq$  30 ml/phút (tính theo công thức Cockcroft – Gault).

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin phục vụ nghiên cứu (cận lâm sàng, PSA, điều trị, theo dõi).

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có ung thư thứ hai.

- Đang có các bệnh cấp tính hay mạn tính nguy hiểm như cơn đau thắt ngực, suy tim sung huyết, nhồi máu cơ tim trong vòng sáu tháng trước đây.

- Bệnh thần kinh ngoại vi độ  $\geq$  2

- Có tiền sử quá mẫn với docetaxel, prednisolon, hoặc các thuốc nội tiết sử dụng trong nghiên cứu như goserelin, degarelix với BN cắt tinh hoàn nội khoa.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

**Cỡ mẫu:** Lấy mẫu toàn bộ, lấy toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu từ 01/2022–01/2025.

**Cách thức tiến hành:** Các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được thu thập theo mẫu tiêu chuẩn. Các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và theo dõi được ghi nhận đầy đủ. Bệnh nhân được đánh giá sau mỗi chu kỳ hóa trị và sau khi hoàn tất liệu trình docetaxel.

### 2.3. Chỉ tiêu, tiêu chuẩn nghiên cứu

#### 2.3.1. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng mẫu nghiên cứu

- Đáp ứng PSA, PSA nadir, thời gian đến PSA nadir

- Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS)

- Tác dụng không mong muốn (TDKMM)

#### 2.3.2. Tiêu chuẩn đánh giá

- Toàn trạng: Thang điểm ECOG

- Thời gian chẩn đoán: Thời gian từ xuất hiện triệu chứng đến chẩn đoán xác định bệnh

- Thể tích di căn lớn (High Volume): Có di căn tạng hoặc trên 3 tổn thương xương trong đó ít nhất 1 tổn thương ngoài xương cột sống và xương chậu [4]

- Đáp ứng PSA: Theo định nghĩa của Prostate Cancer Working Group (PCWG3), giảm  $\geq$ 50% PSA nền và duy trì  $\geq$ 3 tuần

- PSA nadir: là mức PSA thấp nhất trong 24 tuần sau điều trị

- Thời gian đến PSA nadir: Thời gian từ thời điểm điều trị đến đạt PSA nadir

- PFS: Được tính từ thời điểm khởi trị đến thời điểm ghi nhận bệnh tiến triển (qua PSA, hình ảnh, hoặc triệu chứng), hoặc tử vong do mọi nguyên nhân.

**2.4. Phân tích số liệu:** số liệu được nhập và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0

### 2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Phương pháp điều trị đã được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới.

- Có sự cho phép của bệnh nhân và bệnh viện.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và điểm gleason**

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi</b>	71,7 (52 - 88)	
<b>ECOG</b>	0	24 (40,0)
	1	35 (58,3)
	2	1 (1,7)
<b>Lý do vào viện</b>	Bí đái	19 (31,7)
	Đái khó	48 (80)
	Đái máu	6 (10)
	Đau xương	26 (43,3)
	Yếu liệt chi	5 (8,3)
<b>Bệnh kết hợp</b>	Có tăng huyết áp	26 (43,3)
	Có đái tháo đường	13 (21,7)
<b>Thời gian chẩn đoán</b>	< 1 tháng	9 (15,0)
	1-3 tháng	18 (30,0)
	3-6 tháng	10 (16,7)
	> 6 tháng	23 (38,3)
<b>Gleason</b>	< 8 điểm	16 (26,7)
	$\geq$ 8 điểm	44 (73,3)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 71,7 tuổi (52 - 88 tuổi). Tỷ lệ mắc tăng huyết áp (43,3%) chiếm ưu thế so với tăng huyết áp. BN có điểm gleason  $\geq$  8 (73,3 %), dưới 8 (26,7%). Bệnh nhân đến viện vì đái khó chiếm tỷ lệ cao nhất (80,0%), tiếp theo là đau xương (43,3%), bí đái (31,7%) và đái máu (10%) và yếu liệt chi (8,3%). Thời gian chẩn đoán trên 6 tháng chiếm đa số (38,3%).

**Bảng 2. Đặc điểm PSA ban đầu**

	Trị số (ng/ml)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
<b>t-PSA ban đầu</b>	< 100,0	24	40,0
	$\geq$ 100,0	36	60,0
<b>t-PSA trung vị</b>	100,0 ng/ml		

**Nhận xét:** BN t-PSA ban đầu trên 100,0 ng/ml chiếm đa số (60%), dưới 100,0 ng/ml (40%).

**Bảng 3. Đặc điểm giai đoạn bệnh.**

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
----------	-----------	-----------

<b>Giai đoạn u</b>	cT2	5	8,3
	cT3	13	21,7
	cT4	42	70,0
<b>Giai đoạn hạch</b>	cN0	45	75,0
	cN1	15	25,0
<b>Giai đoạn di căn</b>	cM1a, M1b	35	58,3
	cM1c	25	41,7
	<b>Cơ quan di căn</b>	Phổi	19
Gan		3	5,0
Màng phổi		3	5,0
Xương		53	88,3
Tủy xương		6	10,0
<b>Thể tích di căn</b>	Low Volume	11	18,3
	High Volume	49	81,7

**Nhận xét:** Đa số BN được chẩn đoán ở giai đoạn cT4 (70%), 25 % bệnh nhân di căn hạch vùng (N1). 41,7% bệnh nhân có di căn tạng ngoài xương thời điểm chẩn đoán và 81,7% BN được xếp loại High Volume. Cơ quan di căn chủ yếu là xương (88,3%), tiếp theo là di căn phổi (31,7%), tủy xương (10%), gan (5%) và màng phổi (5%).

**Bảng 4: Đặc điểm phương pháp điều trị**

Phương pháp	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Cắt tinh hoàn ngoại khoa + Docetaxel	35	58,3
Cắt tinh hoàn nội khoa (Goreselin) + Docetaxel	17	28,3
Cắt tinh hoàn nội khoa (Degarelix) + Docetaxel	8	13,4

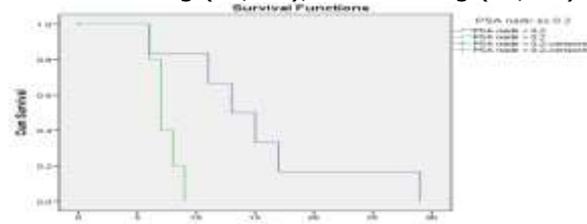
**Nhận xét:** Cắt tinh hoàn ngoại khoa chiếm 58,3%, cắt tinh hoàn nội khoa bằng Goreselin (28,3%), Degarelix (13,4%).

**Bảng 5. Đặc điểm đáp ứng PSA**

Phương pháp	Cắt tinh hoàn ngoại khoa + Docetaxel		Cắt tinh hoàn nội khoa + Docetaxel		p
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	
<b>Đáp ứng PSA</b>	100%				
<b>Trung vị PSA nadir (ng/ml)</b>	0,70		1,80		0,579
<b>PSA nadir (ng/ml)</b>	< 0,2	13 (21,6)	9 (15,0)		
	≥ 0,2	22 (36,7)	16 (26,7)		
<b>Thời gian đến PSA nadir</b>	Tổng	35		25	
	Trung vị (tháng)	6,0		9,0	0,447
	<6tháng	23 (38,3%)			
	≥6tháng	37 (61,7%)			

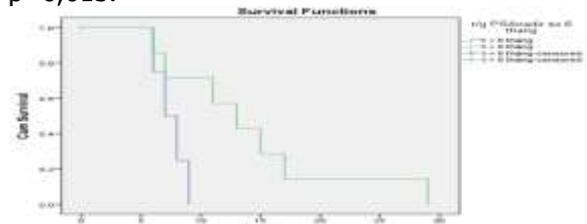
**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng PSA mẫu nghiên cứu là 100%. Đa số BN cắt tinh hoàn đều đạt

PSA nadir ≥ 0,2 ng/ml, cắt tinh hoàn ngoại khoa (36,7%), cắt tinh hoàn nội khoa (26,7%). PSA nadir < 0,2 ng/ml ở nhóm cắt tinh hoàn ngoại khoa (21,6%), cắt tinh hoàn nội khoa (15,0%). Trung vị PSA nadir ở nhóm cắt tinh hoàn ngoại khoa (0,70 ng/ml) thấp hơn nhóm cắt tinh hoàn nội khoa (1,80 ng/ml), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p= 0,579). Trung vị thời gian đến PSA nadir nhóm cắt tinh hoàn ngoại khoa (6,0 tháng) so với cắt tinh hoàn nội khoa (9,0 tháng), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,447). Đa số BN có thời gian đến PSA nadir ≥ 6 tháng (61,7%), dưới 6 tháng (38,3%).



**Hình 1. Môi trường quan PSA nadir và PFS**

**Nhận xét:** PFS nhóm BN có PSA nadir < 0,2 ng/ml (13,0 tháng), nhóm PSA nadir ≥ 0,2 ng/ml (7,0 tháng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p=0,013.



**Hình 2. Môi trường quan thời gian đến PSA nadir và PFS**

**Nhận xét:** PFS nhóm BN có thời gian đến PSA nadir < 6 tháng (7,50 tháng), nhóm ≥ 6 tháng (12,00 tháng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p=0,044.

**Bảng 6. Tác dụng không mong muốn**

	Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tác dụng không mong muốn</b>	Chán ăn	18	30,0
	Mệt mỏi	18	30,0
	Buồn nôn, nôn	2	3,3
	Hạ bạch cầu hạt	6	10,0
	Hạ tiểu cầu	2	3,3
	Thiếu máu	6	10,0
	Suy thận	4	6,7

Tỷ lệ tác dụng không mong muốn chiếm cao nhất là chán ăn và mệt mỏi đều là 30%, các tác dụng ngoại ý khác như hạ bạch cầu hạt, thiếu máu, hạ tiểu cầu, suy thận và buồn nôn, nôn chỉ chiếm từ 10% trở xuống.

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 71,7 (52-88 tuổi), kết quả này tương đương nghiên cứu Lê Thị Khánh Tâm (71,8 tuổi) [7]. Bệnh nhân chủ yếu đến khám vì đái khó (80,0%), đau xương (43,3%) và bí đái (31,7%). BN có thể đến viện khám với nhiều triệu chứng khác nhau, thường có ít nhất một triệu chứng tiết niệu dưới thường do u tuyến tiền liệt chèn ép vào niệu đạo gây đái khó, bí đái, đau xương do di căn xương. Kết quả nghiên cứu khá tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Anh Tuấn với tỷ lệ đái khó (69,2%), đau xương (59,0%) [8]. Thời gian chẩn đoán đa số là trên 6 tháng (38,3%), các nghiên cứu khác thường chưa thể hiện chỉ số này, theo chúng tôi do các triệu chứng tiết niệu dưới thường khởi phát mức độ nhẹ, bệnh nhân do dự đi khám. Về xét nghiệm, 60% bệnh nhân ban đầu t-PSA > 100 ng/ml, trung vị t-PSA là 100,0 ng/ml, tương đồng với kết quả nghiên cứu STAMPEDE (97,0 ng/ml) [5]. Phần lớn BN có điểm gleason  $\geq 8$  (73,3 %), cao hơn nhẹ so với các nghiên cứu nền tảng CHARRTED (60,7%), STAMPEDE (69%) [4,5].

Có 58,3% bệnh nhân cắt tinh hoàn ngoại khoa, 41,7% cắt tinh hoàn nội khoa, tương đương với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Khánh Tâm (tương ứng 52% và 48%) [7]. Tỷ lệ đáp ứng PSA đạt 100%. Cắt tinh hoàn ngoại khoa hay nội khoa có hiệu quả tương đương và đều nên bắt đầu sớm ngay sau khi chẩn đoán mHSPC. Theo tác giả Kaisary thực hiện trên 292 bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến được cắt tinh hoàn ngoại khoa hoặc goserelin cho thấy rằng không có sự khác biệt về tỉ lệ đáp ứng (lần lượt là 71% và 72%,  $p=0,91$ ), thời gian đến đáp ứng (9,0 và 10,2 tuần,  $p=0,51$ ) [9]. Trung vị PSA nadir ở 2 nhóm cắt tinh hoàn ngoại khoa và nội khoa khác nhau không có ý nghĩa thống kê (lần lượt 0,70 ng/ml và 1,80 ng/ml,  $p=0,579$ ), trung vị chung PSA nadir bằng 0,93 ng/ml, cao hơn nhẹ so với kết quả nghiên cứu của Chris H và CS (0,28 ng/ml), có thể do PSA ban đầu nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (100,00 ng/ml so với 47,2 ng/ml). Phần lớn đạt PSA nadir  $\geq 6$  tháng (61,7%), dưới 6 tháng (38,3%). Nhóm BN có PSA nadir < 0,2 ng/ml có PFS dài hơn so với nhóm PSA nadir  $\geq 0,2$  ng/ml (lần lượt 13,0 tháng vs 7,0 tháng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p=0,013$ . Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Chris H và CS và thử nghiệm TITAN. Thử nghiệm TITAN thực hiện trên 1052 BN cũng đã chứng minh việc giảm sâu PSA nadir liên quan đến BN có lợi hơn về sống thêm toàn

bộ, sống thêm bệnh không tiến triển trên sinh hóa cũng như trên chẩn đoán hình ảnh. Nhóm BN có thời gian đến PSA nadir  $\geq 6$  tháng có PFS dài hơn so với nhóm có thời gian đến PSA nadir < 6 tháng (lần lượt 12,0 tháng và 7,5 tháng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p=0,044$ . Kết quả này tương đồng với Chris H và CS và Nicolas Sayegh.

TDKMM thường gặp nhất là mệt mỏi và chán ăn, thường chỉ xuất hiện trong những chu kỳ hóa chất đầu tiên. TDKMM trên huyết học như hạ bạch cầu hạt, thiếu máu, hạ tiểu cầu xuất hiện dưới 10% và có thể kiểm soát được.

#### V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nhóm nghiên cứu thường cao tuổi, trung bình 71,7 tuổi, tỷ lệ bệnh kết hợp cao, bệnh nhân thường vào viện vì triệu chứng đường niệu dưới, thời gian chẩn đoán kéo dài. Xương là vị trí di căn hay gặp nhất. Liệu pháp ức chế androgen kết hợp docetaxel là một lựa chọn điều trị trong ung thư tiền liệt tuyến di căn nhạy cắt tinh hoàn, kết quả trung vị PSA nadir đạt 0,93 ng/ml, Phần lớn bệnh nhân đạt PS nadir sau ít nhất 6 tháng. Giá trị PSA nadir và thời gian đến PSA nadir là hai yếu tố tiên lượng PFS, Nhóm bệnh nhân đạt thời gian đến PSA nadir trên 6 tháng hoặc PSA nadir đạt dưới 0,2 ng/ml có tiên lượng PFS dài hơn nhóm còn lại. TDKMM chủ yếu là mệt mỏi, chán ăn, các TDKMM khác gặp tỷ lệ thấp và có thể kiểm soát được.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray, F., et al.,** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 2024.
2. **Hernando Polo, S., et al.,** Changing the history of prostate cancer with new targeted therapies. *Biomedicines*, 2021. 9(4): p. 392.
3. **Ngô, X.T. and N.H. Nguyễn,** Nghiên cứu đặc điểm bệnh ung thư tuyến tiền liệt điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 2011-2015. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*, 2016: p. 130-138
4. **Sweeney, C.J., et al.,** Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med*, 2015. 373(8): p. 737-46.
5. **Clarke, N.W., et al.,** Addition of docetaxel to hormonal therapy in low-and high-burden metastatic hormone sensitive prostate cancer: long-term survival results from the STAMPEDE trial. *Annals of Oncology*, 2019. 30(12): p. 1992-2003.
6. **Gravis, G., et al.,** Androgen deprivation therapy (ADT) plus docetaxel versus ADT alone in metastatic non castrate prostate cancer: impact of metastatic burden and long-term survival analysis of the randomized phase 3 GETUG-AFU15, 2016. 70(2): p. 256-262
7. **Lê Thị Khánh, Tâm.** Đánh giá kết quả điều trị nội tiết ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn IV. *Diss. Lê Thị Khánh Tâm*, 2019.
8. **Nguyễn, Anh Tuấn, and Hồng Thăng Vũ.** "Kết

quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt di căn bằng liệu pháp ức chế Androgen." Tạp chí Y học Việt Nam 507.2 (2021).

9. **Kaisary, A. V., et al.** "Comparison of LHRH analogue (Zoladex) with orchiectomy in patients with metastatic prostatic carcinoma." British journal of urology 67.5 (1991): 502-508.

10. **Choueiri, Toni K., et al.** "Time to prostate-specific antigen nadir independently predicts overall survival in patients who have metastatic hormone-sensitive prostate cancer treated with androgen - deprivation therapy." Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society 115.5 (2009): 981-987.

## KẾT QUẢ XỬ TRÍ ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TÁI PHÁT Ở NGƯỜI BỆNH CÓ TIỀN SỬ PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

Mai Trọng Hưng<sup>1</sup>, Trần Trung Kiên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả xử trí chữa ngoài tử cung tái phát ở người bệnh có tiền sử phẫu thuật điều trị chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả các bệnh nhân chữa ngoài tử cung từ lần hai tại vòi tử cung được điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 01/01/2019 đến 31/12/2019, có tiền sử đã điều trị chữa ngoài tử cung. **Kết quả:** Tất cả các trường hợp chữa ngoài tử cung tái phát của chúng tôi đều được xử trí bằng phương pháp điều trị ngoại khoa, trong đó mổ nội soi là 98,31%, mổ mở là 1,69%. Điều trị chữa ngoài tử cung từ lần 2: Có 177/178 (99,44%) trường hợp phẫu thuật cắt vòi tử cung. Chỉ có duy nhất 1 trường hợp bảo tồn vòi tử cung, đây là trường hợp chữa ngoài tử cung bên đối diện và lần chữa ngoài tử cung trước đã phẫu thuật cắt vòi tử cung. Có 1,7% số bệnh nhân phải truyền máu, trường hợp truyền nhiều nhất là 2 đơn vị hồng cầu. Số ngày nằm viện trung bình của các bệnh nhân chữa ngoài tử cung tái phát là  $4,5 \pm 1,8$  ngày, của phương pháp mổ mở là  $5,67 \pm 1,15$  ngày, đặc biệt là phương pháp mổ nội soi là  $3,32 \pm 2,43$  ngày. **Kết luận:** Xử trí chữa ngoài tử cung tái phát ở bệnh viện Phụ sản Hà Nội đối với tất cả các bệnh nhân đều được điều trị bằng phương pháp ngoại khoa, trong đó mổ nội soi là 98,31%, mổ mở là 1,69%. Cách thức phẫu thuật chủ yếu là cắt vòi tử cung bên có khối chứa (99,44%), chỉ có duy nhất 1 trường hợp bảo tồn được vòi tử cung (chiếm 0,56%). Có 1,7% trường hợp chữa ngoài tử cung tái phát phải truyền máu. **Từ khóa:** chữa ngoài tử cung tái phát; tiền sử phẫu thuật chữa ngoài tử cung tại vòi; phẫu thuật cắt vòi tử cung

### SUMMARY

#### THE TREATMENT OUTCOMES OF ECTOPIC PREGNANCY IN PATIENTS WITH A HISTORY OF ECTOPIC PREGNANCY SURGERY

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: drhung.pshn1@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025

**Objective:** Evaluate the effectiveness of the treatment methods for ectopic pregnancy from the second occurrence at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** We conducted a retrospective cohort study on all patients with recurrent ectopic pregnancy in the fallopian tubes treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2019, to December 31, 2019, with a history of ectopic pregnancy treatment. **Results:** A total of 178 cases (100%) underwent surgical treatment, of which 98.31% were laparoscopic surgeries and 1.69% were open surgeries. For recurrent ectopic pregnancy treatment, 177 out of 178 cases (99.44%) underwent salpingectomy. Only one case preserved the fallopian tube, which involved an ectopic pregnancy on the opposite side, with the tube on the previous side already surgically removed. Blood transfusion was required in 1.7% of cases, with the highest amount being 2 units of red blood cells. The average hospital stay for patients with recurrent ectopic pregnancy treatment was  $4.5 \pm 1.8$  days, with open surgery requiring  $5.67 \pm 1.15$  days and laparoscopic surgery requiring  $3.32 \pm 2.43$  days. **Conclusion:** All cases (100%) received surgical treatment, with 98.31% undergoing laparoscopic surgery and 1.69% undergoing open surgery. For recurrent ectopic pregnancy treatment, 177 out of 178 cases (99.44%) underwent salpingectomy, only one case preserved the fallopian tube. 1.7% of cases of recurrent ectopic pregnancy require blood transfusion.

**Keywords:** ectopic pregnancy; history of surgery for tubal ectopic pregnancy; salpingectomy

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là một bệnh lý phụ khoa phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong giai đoạn đầu thai kỳ. Bệnh có thể gặp ở mọi độ tuổi từ dậy thì đến mãn kinh. Đây là tình trạng cấp cứu nguy hiểm, có thể gây ra nhiều di chứng nghiêm trọng, ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng sinh sản, hạnh phúc gia đình, và thậm chí đe dọa tính mạng nếu không được xử lý kịp thời. Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, một trong hai bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về Sản - Phụ khoa, luôn cập nhật các kỹ thuật mới nhất trong chẩn đoán và điều trị nhằm