

quản lý bệnh.

Điểm mới, tính ứng dụng: NC của chúng tôi là một trong những NC đầu tiên tập trung đánh giá tỷ lệ hút BTC lần hai các yếu tố liên quan trên BN thai trứng. Cung cấp số liệu thực chứng về tình hình quản lý thai trứng. Đồng thời việc xác định hai yếu tố liên quan giúp cho bác sĩ lâm sàng các nhân hóa chỉ định hút BTC lần hai, góp phần cải thiện kết cục điều trị.

Hạn chế của nghiên cứu: kích thước mẫu hạn chế (94 trường hợp), và số lượng hút buồng tử cung lần hai trong nghiên cứu còn hạn chế (12 trường hợp). Do đó, mặc dù kết quả có ý nghĩa thống kê, chúng nên được xem như phát hiện sơ bộ, cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài hơn để có thể đưa ra khuyến nghị lâm sàng vững chắc.

V. KẾT LUẬN

Tỷ suất diễn tiến hút BTC lần hai là 12,77%. Thể tích mô hút nạo lần đầu ≥ 300 mL và nồng độ β -hCG tái khám lần đầu ≥ 4303 mUI/mL là hai yếu tố liên quan độc lập làm tăng khả năng hút BTC lặp lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS.** Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. Int J Gynaecol Obstet. 2021;155(Suppl 1):86–93.
2. **Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C.** Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. Lancet Oncol. 2003;4(11):670–8.
3. **Yamamoto E, Trinh TD, Sekiya Y.** The management of hydatidiform mole using prophylactic chemotherapy and hysterectomy for high-risk patients decreased the incidence of gestational trophoblastic neoplasia in Vietnam: a retrospective observational study. Nagoya J Med Sci. 2020;82(2):183–91.
4. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** Management of gestational trophoblastic disease: Green-top Guideline No. 38 – June 2020. BJOG. 2021;128(3):e1–27.
5. **Nguyễn Thị Kim Mai, Trần Lệ Thủy.** Diễn tiến nồng độ β -hCG sau hút nạo thai trứng theo các hình thái lâm sàng của bệnh lý nguyên bào nuôi. Luận án Thạc sĩ Y học. TP. Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP HCM; 2020.
6. **Lê Quang Thanh, Nguyễn Duy Tài.** Các yếu tố tiên lượng tân sinh nguyên bào nuôi sau thai trứng tại Bệnh viện Từ Dũ. Luận án Tiến sĩ Y học. TP. Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP HCM; 2019.
7. **Yamamoto E, Nishino K, Niimi K, Watanabe E, Oda Y, Ino K, Kikkawa F.** Evaluation of a routine second curettage for hydatidiform mole: a cohort study. Int J Clin Oncol. 2020;25(6):1178–86.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT GEMCITABINE - CISPLATIN TRƯỚC KẾT HỢP PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TRÊN UNG THƯ BÀNG QUANG XÂM LẤN CƠ

Vũ Quang Toàn¹, Nguyễn Hồng Trường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan sống thêm ở bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ được hóa chất hỗ trợ trước phẫu thuật triệt căn kết hợp phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu 60 bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ (T2–T4aNxM0) được điều trị tại Bệnh viện K từ 8/2017–8/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau hóa chất là 81,7%. Đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học sau phẫu thuật là 25%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $75,8 \pm 4,1$ tháng; tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3, 5 và 7 năm lần lượt 84,4%; 76,7% và

65,9%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $65,9 \pm 4,6$ tháng; tỷ lệ sống thêm không bệnh 3, 5 và 7 năm lần lượt 75,5%; 63,9% và 60,7%. **Kết luận:** Hóa chất trước gemcitabine–cisplatin kết hợp phẫu thuật triệt căn đạt tỷ lệ đáp ứng cao, cải thiện thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ. Đáp ứng sau hóa chất và đáp ứng mô bệnh học sau phẫu thuật là yếu tố tiên lượng quan trọng.

Từ khóa: ung thư bàng quang, gemcitabine–cisplatin, hóa chất hỗ trợ trước.

SUMMARY

EVALUATION OUTCOMES OF NEOADJUVANT GEMCITABINE-CISPLATIN REGIMEN AND CURATIVE SURGERY IN MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER

Objectives: To evaluate treatment outcomes and associated prognostic factors with survival in patients with muscle-invasive bladder cancer (MIBC) who received neoadjuvant with gemcitabine–cisplatin regimen followed by radical cystectomy at K Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective study was

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y-Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Toàn

Email: vuquangtoan@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

conducted on 61 patients with MIBC (T2–T4aNxM0) treated at K Hospital from 8/2017-8/2021. **Results:** The overall response rate after chemotherapy was 81,7%. Pathological complete response after surgery was 25% of cases. The mean overall survival (OS) was 75.8 ± 4.1 months; 3-, 5-, and 7-year OS rates were 84.4%, 76.7%, and 65.9%, respectively. The mean disease-free survival (DFS) was 65.9 ± 4.6 months; 3-, 5-, and 7-year DFS rates were 75.5%, 63.9%, and 60.7%, respectively. Both clinical response after chemotherapy and pathological response after surgery were significantly associated with OS and DFS ($p < 0.05$). **Conclusion:** Neoadjuvant gemcitabine–cisplatin combined with radical cystectomy achieved high response rates and improved both DFS and OS in patients with MIBC. Clinical and pathological responses were identified as strong prognostic factors for survival outcomes.

Keywords: bladder cancer, gemcitabine-cisplatin, neoadjuvant

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là ung thư đường tiết niệu phổ biến, đứng sau ung thư tiền liệt tuyến. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi với độ tuổi trung bình khoảng 60-70. Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ. Mô học của UTBQ chủ yếu là tít ung thư biểu mô đường niệu chiếm khoảng 90% [1].

Đối với UTBQ xâm lấn còn khả năng phẫu thuật, điều trị đa mô thức đã chứng minh vai trò của hóa trị hỗ trợ trước mổ so với phẫu thuật đơn thuần. Từ cuối những năm 1980, hóa trị hỗ trợ trước với phác đồ MVAC (Methotrexate, Vinblastine, Doxorubicin, Cisplatin) đã cho thấy đáp ứng giảm giai đoạn bệnh, tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và cải thiện sống thêm sau phẫu thuật triệt căn. Tuy nhiên, ở bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh nền đi kèm, phác đồ MVAC có thể không được dung nạp tốt ở những nhóm này [2], [3].

Các phân tích tổng hợp từ các thử nghiệm hóa trị hỗ trợ trước Gemcitabine kết hợp Cisplatin (GC) trên UTBQ xâm lấn còn phẫu thuật được cho thấy kết quả điều trị tốt, dễ sử dụng trên thực tế lâm sàng, các tác dụng phụ ở mức độ nặng ít gặp hơn, bệnh nhân nhanh phục hồi, phẫu thuật thuận lợi hơn đã được ứng dụng rộng rãi trong thời gian gần đây [3], [4].

Tại Bệnh viện K, UTBQ xâm lấn cơ đã được ứng dụng hóa trị tân bổ trợ gemcitabine–cisplatin kết hợp phẫu thuật triệt căn trong phác đồ điều trị đa mô thức, đưa lại kết quả khả quan cải thiện chất lượng và hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, tới nay chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả về thời gian sống thêm cũng như các yếu tố liên quan. Vì vậy, nghiên cứu thực hiện nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả điều trị hóa chất Gemcitabine – Cisplatin trước kết hợp phẫu thuật triệt căn ung thư bàng quang xâm lấn cơ (T2–T4aNxM0) tại Bệnh viện K.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến sống thêm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTBQ xâm lấn, chưa di căn xa còn khả năng phẫu thuật được điều trị tại Bệnh viện K từ 8/2017 đến 8/2021, theo dõi đến 8/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTBQ xâm lấn còn khả năng phẫu thuật triệt căn, chưa di căn xa (T2–T4aNxM0).
- Có tổn thương đánh giá được trên chẩn đoán hình ảnh hoặc nội soi.
- Chỉ số toàn trạng tốt: PS 0-2.
- Hóa trị tân bổ trợ phác đồ Gemcitabin + Cisplatin 3 - 4 chu kỳ.
- Phẫu thuật triệt căn cắt bàng quang kết hợp nạo vét hạch vùng.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Thể trạng yếu, không còn chỉ định điều trị hóa chất hoặc phẫu thuật hoặc do có bệnh phối hợp.

- Những trường hợp bệnh nhân bỏ dở, không đủ liệu trình điều trị không phải lý do chuyên môn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc

2.2.2. Phương pháp tiến hành:

- Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án bao gồm:
 - + Đặc điểm tuổi, giới.
 - + Giai đoạn bệnh theo AJCC phiên bản 8 năm 2017 (dựa trên nội soi và chẩn đoán hình ảnh).
 - + Thể mô bệnh học.
- Điều trị theo phác đồ gemcitabine - cisplatin:
 - + Gemcitabine 1000 mg/m^2 TM ngày 1+8
 - + Cisplatin 70 mg/m^2 TM ngày 1 Hoặc Cisplatin 35 mg/m^2 TM ngày 1+8 (phác đồ phân liều Cisplatin khi độ thanh thải Creatinin trong khoảng $40 < 60 \text{ ml/phút}$)

Chu kỳ 21 ngày. Nếu bệnh nhân ổn định, có đáp ứng thì điều trị đủ 4 chu kỳ. Nếu bệnh không đáp ứng hoặc có dấu hiệu tiến triển thì dừng sau 3 chu kỳ. Các bệnh nhân được phẫu thuật cắt bàng quang triệt căn + nạo vét hạch.

- Đánh giá đáp ứng sau điều trị hóa chất hỗ trợ trước qua đánh giá lâm sàng kết hợp chẩn đoán hình ảnh CTScan hoặc MRI (theo tiêu

chuẩn RECIST 1.1).

- Đánh giá đáp ứng mô bệnh học trên bệnh phẩm sau phẫu thuật.

- Kết quả sống thêm và các yếu tố liên quan:

+ Thời gian sống thêm không bệnh (DFS): tính từ sau khi phẫu thuật triệt căn cho đến khi bệnh tái phát hoặc bệnh nhân tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào hoặc tới ngày có thông tin theo dõi cuối.

- Thời gian sống thêm toàn bộ (OS): tính từ khi bắt đầu điều trị tới khi bệnh nhân tử vong do bất kỳ nguyên nhân gì hoặc tới ngày có thông tin theo dõi cuối.

- Xử lý kết quả bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình là $61,2 \pm 9,1$ (khoảng tuổi 26-78). Tỷ lệ nam/nữ là 14,3/1.

Bảng 1. Giai đoạn bệnh trước điều trị

Giai đoạn	T2 BN (%)	T3 BN (%)	T4a BN (%)	Tổng BN (%)
N0	16 (26,7)	21 (35,0)	6 (10,0)	43 (71,7)
N+	4 (6,7)	11 (18,3)	2 (3,3)	17 (28,3)
Tổng	20 (33,3)	32 (53,3)	8 (13,3)	60 (100)
	Giai đoạn II	Giai đoạn IIIA	Giai đoạn IIIB	Tổng
	16 (26,7)	40 (66,7)	4 (6,7)	60 (100)

Tỷ lệ giai đoạn T2, T3, T4a lần lượt là 33,3%; 53,3% và 13,3%. Tỷ lệ có hạch vùng là 28,3%. Giai đoạn IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,7%.

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học

Đặc điểm	Trước điều trị (n=61)	
	Số BN	Tỷ lệ %
UTBM đường niệu		
- Độ ác tính thấp	58	96,7
- Độ ác tính cao	7	12,1
- Không xếp độ ác tính	27	46,6
	24	41,3
UTBM vảy	2	3,3

UTBM đường niệu chiếm 96,7%. Độ ác tính cao nhất với 46,6%.

Bảng 3. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ %
Hóa chất	Cisplatin ngày 1	46	76,7
	Cisplatin phân liều ngày 1 + 8	14	23,3
Phẫu thuật	Cắt toàn bộ BQ + vét hạch + tạo hình	43	71,7
	Cắt toàn bộ BQ + vét hạch + đưa NQ ra da	17	28,3

Đa số bệnh nhân được sử dụng phác đồ

Bảng 6. Liên quan giữa thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh với một số yếu tố

không phân liều cisplatin với 76,7%; Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang có tạo hình chiếm đa số (71,7%).

3.2. Đáp ứng điều trị

Bảng 4. Mức độ đáp ứng sau điều trị

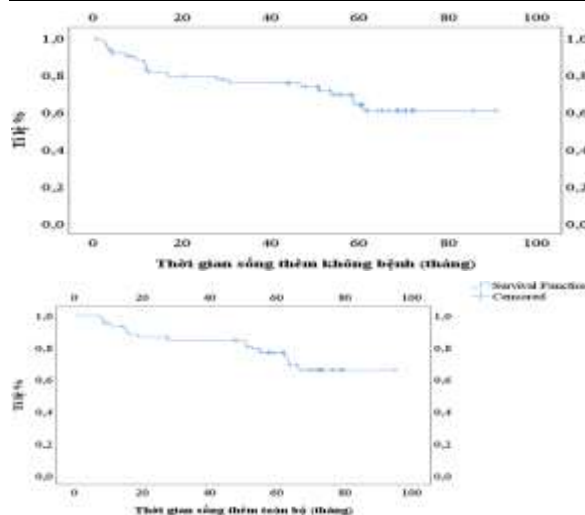
Đáp ứng	Sau điều trị hóa chất BN (%)	Sau phẫu thuật BN (%)
	BN (%)	BN (%)
Toàn bộ (hoàn toàn + một phần)	49 (81,7)	41 (68,3)
Hoàn toàn	10 (16,7)	15 (25,0)
Một phần	39 (65,0)	26 (43,3)
Không đáp ứng	8 (13,3)	13 (21,7)
Bệnh tiến triển	3 (5,0)	6 (10,0)
Tổng	60 (100)	60 (100)

Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau hóa chất là 81,7%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học đạt 25%.

3.3. Thời gian sống thêm và một số yếu tố liên quan

Bảng 5. Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh

Thời gian sống thêm	Trung bình (tháng)	2 năm (%)	3 năm (%)	5 năm (%)	7 năm (%)
Toàn bộ	$75,8 \pm 4,1$ (95% CI: 67,8 - 83,8)	86,2	84,4	76,7	65,9
Không bệnh	$65,9 \pm 4,6$ (95% CI: 57,0 - 74,9)	79,3	75,5	63,9	60,7



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh

Trung bình thời gian sống thêm toàn (mOS) bộ đạt $75,8 \pm 4,1$ tháng. Trung bình thời gian sống thêm không bệnh (mDFS) đạt $65,9 \pm 4,6$ tháng.

Đặc điểm		Số lượng	Trung bình DFS (tháng)	p	Trung bình OS (tháng)	p
Độ biệt hóa	Thấp	7	73,3 ± 11,2	0,544	68,5 ± 9,7	0,533
	Cao	27	66,2 ± 6,5		72,7 ± 6,0	
	Không xếp loại	24	52,2 ± 5,7		64,6 ± 4,1	
Phân liều cisplatin	Ngày 1	46	66,0 ± 5,2	0,958	77,4 ± 4,4	0,549
	Ngày 1 + 8	14	51,8 ± 6,7		58,0 ± 6,5	
Phương pháp phẫu thuật	Tạo hình bàng quang	43	72,4 ± 4,7	0,037	77,6 ± 4,6	0,543
	Dẫn lưu niệu quản ra da	17	41,2 ± 7,4		60,8 ± 6,5	
Đáp ứng sau hóa chất	Toàn bộ	49	76,0 ± 3,9	0,000	83,0 ± 3,4	0,000
	Không đáp ứng	11	18,5 ± 7,2		35,6 ± 9,5	
Đáp ứng sau phẫu thuật	Hoàn toàn	15	87,5 ± 2,9	0,009	92,0 ± 2,8	0,023
	Không hoàn toàn	45	55,6 ± 4,6		61,2 ± 4,0	

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về mDFS và mOS theo mức độ biệt hóa ở nhóm mô bệnh học và điều trị không hoặc có phân liều cisplatin ($p > 0,05$). Phẫu thuật có tạo hình bàng quang giúp cải thiện mDFS ($p = 0,037$) tuy nhiên không có sự khác biệt mOS ($p = 0,543$) so với nhóm dẫn lưu niệu quản ra da. Có mối liên quan giữa đáp ứng sau hóa chất hỗ trợ trước và sau phẫu thuật triệt căn UTBQ với mDFS và mOS. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 61,2 ± 9,1. Tỷ lệ nam/nữ là 14,3/1. Giai đoạn u T3 chiếm đa số với 53,3%; tỷ lệ có biểu hiện di căn hạch vùng là 28,3% với giai đoạn IIIA gặp nhiều nhất (66,7%). Mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô đường niệu, chiếm 96,7%, trong đó độ ác tính cao là 46,6%. Phác đồ hóa chất GC với cisplatin không phân liều được sử dụng trên 76,7% bệnh nhân. Đa số bệnh nhân được tạo hình bàng quang (71,7%) sau phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang.

4.1. Kết quả sống thêm. Thời gian theo dõi trung bình trong nghiên cứu là 54,9 ± 23,6 tháng. Trung bình thời gian sống thêm không bệnh là 65,9 ± 4,6 tháng (KTC 95%: 57,0 - 74,9). Tỷ lệ DFS tại thời điểm 3 năm, 5 năm, 7 năm lần lượt đạt 75,5%; 63,9% và 60,7%.

Trung bình thời gian sống thêm toàn bộ là 75,8 ± 4,1 tháng (KTC 95%: 67,8 - 83,8). Tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm, 5 năm và 7 năm lần lượt đạt 84,4%; 76,7% và 65,9%. Khi so sánh tỷ lệ OS tại thời điểm 5 năm, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Lye và cộng sự trên nhóm đối tượng tương tự với OS 5 năm đạt 61% (KTC 95%: 53 - 71) [5]. Nghiên cứu VESPER của Pfister và cộng sự phân tích trên 245 bệnh nhân UTBQ xâm lấn cơ chưa di căn được điều trị hóa chất hỗ trợ trước bằng phác đồ GC cho thấy tỷ lệ OS 5 năm đạt 57% (KTC 95%: 50 - 63) [6]. Sự khác biệt đáng kể này có thể do nghiên cứu của

chúng tôi cỡ mẫu chưa đủ lớn, thời gian theo dõi chưa đủ dài so với các nghiên cứu khác. Bên cạnh đó, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thể trạng tốt và 100% được phẫu thuật sau điều trị hóa chất hỗ trợ trước.

4.2. Các yếu tố liên quan đến kết quả sống thêm

*** Đặc điểm điều trị.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số người bệnh được sử dụng phác đồ cisplatin liều chuẩn với 76,7%. Khi phân tích mối liên quan và ước lượng sống thêm cho thấy mDFS và mOS có xu hướng cao hơn ở nhóm sử dụng cisplatin liều chuẩn ngày 1 so với nhóm phân liều ngày 1 + 8 (mDFS: 66,0 ± 5,2 tháng so với 51,8 ± 6,7 tháng; mOS: 77,4 ± 4,4 tháng so với 58,0 ± 6,5 tháng). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Kết quả các thử nghiệm so sánh cũng cho thấy với những trường hợp chức năng lọc cầu thận của bệnh nhân ở mức giới hạn (độ thanh thải Creatinin trong khoảng 40 - <60 ml/phút) thì phác đồ phân liều cisplatin ngày 1+8 cũng cho thấy kết quả đáp ứng cũng như sống thêm lâu dài không kém phác đồ cisplatin liều chuẩn vào ngày 1.

Khi phân tích về mối liên quan giữa mDFS và mOS ở nhóm phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng đoạn ruột với nhóm dẫn lưu niệu quản qua da cho thấy có sự cải thiện về thời gian sống thêm không bệnh có ý nghĩa thống kê ($p = 0,037$) ở nhóm có tạo hình bàng quang với mDFS là 72,4 ± 4,7 tháng so với 41,2 ± 7,4 tháng. Tuy nhiên, khi phân tích về mOS thì sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,543$. Trong phân tích tổng hợp từ 18 nghiên cứu của Nabil và cộng sự (2024) trên 3.689 bệnh nhân được cắt toàn bộ bàng quang cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ sống thêm toàn bộ giữa nhóm bệnh nhân được tạo hình bàng quang và nhóm dẫn lưu niệu quản ra

da. Chất lượng cuộc sống không có sự khác biệt lâu dài giữa hai nhóm và một số báo cáo có ghi nhận chất lượng cuộc sống cao hơn ở nhóm tạo hình bàng quang [7]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi bổ sung thêm bằng chứng rằng loại chuyển lưu đường niệu không phải là yếu tố tiên lượng độc lập mà vai trò chủ yếu cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Phân tích dưới nhóm ung thư biểu mô đường niệu với các độ mô học khác nhau cho thấy không có sự khác biệt về mDFS và mOS theo mức độ biệt hóa với $p > 0,05$.

* **Đáp ứng sau điều trị**

Đánh giá đáp ứng sau 3- 4 chu kỳ hóa trị bổ trợ trước đạt đáp ứng toàn bộ là 81,7%, trong đó đáp ứng hoàn toàn 16,7%, một phần là 65%. Có một tỉ lệ nhỏ bệnh tiến triển trên lâm sàng và hình ảnh nên dừng điều trị ở chu kỳ 3 và chuyển phẫu thuật luôn. Các bệnh nhân đều được phẫu thuật triệt căn và đánh giá đáp ứng về mô học. Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô học (pCR: không còn bằng chứng ung thư trên bệnh phẩm) có 15 trường hợp (25%) và tỉ lệ hạ thấp giai đoạn đạt 68,3%. Kết quả này tương tự với Dash và cộng sự, khi tỉ lệ pCR sau GC đạt 26% cũng như của tác giả Lại Phú Thái Sơn (2020) tại Bệnh viện K với tỉ lệ pCR là 26,3% và tỉ lệ hạ giai đoạn là 65,8% [8], [9].

Kết quả của Goel và cộng sự (2018) phân tích các nghiên cứu hóa trị tân bổ trợ UTBQ xâm lấn bằng phác đồ GC cho thấy điều trị đạt đáp ứng về mô bệnh học (30,8% đạt pCR: dao động 20-63%) cũng như tỉ lệ hạ thấp giai đoạn (40,86%: dao động 36-63,3%) [4]. Lyer và cộng sự (2020) phân tích các nghiên cứu hóa trị bổ trợ trước UTBQ xâm lấn bằng phác đồ GC cho thấy điều trị đạt pCR là 21% và tỉ lệ hạ giai đoạn là 46% [5]. Kết quả của Pfister (2020) phân tích trên 245 bệnh nhân UTBQ xâm lấn cơ chưa di căn được điều trị hóa chất bổ trợ trước bằng phác đồ GC cho thấy tỉ lệ pCR là 36% và tỉ lệ hạ giai đoạn là 63% [6].

Khi phân tầng theo đáp ứng sau điều trị hóa chất bổ trợ trước, nhóm bệnh nhân có đáp ứng toàn bộ có mDFS là $76,0 \pm 3,9$ tháng và mOS là $83,0 \pm 3,4$ tháng, vượt trội so với nhóm không đáp ứng (mDFS: $18,5 \pm 7,2$ tháng; mOS: $35,6 \pm 9,5$ tháng) với $p < 0,001$. Khi phân tích về mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học so với nhóm còn lại cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu đã công bố trên Thế giới. Điều này nhấn mạnh

giá trị tiên lượng mạnh mẽ của đáp ứng sớm, phù hợp với các báo cáo quốc tế.

V. KẾT LUẬN

Hóa chất bổ trợ trước bằng phác đồ gemcitabine-cisplatin kết hợp phẫu thuật triệt căn ở ung thư bàng quang xâm lấn chưa di căn xa đạt tỉ lệ đáp ứng cao. Đáp ứng sau hóa chất và mô bệnh học liên quan chặt chẽ đến tiên lượng sống thêm. Phương pháp phẫu thuật có liên quan đến thời gian sống thêm không bệnh, trong khi độ mô học không cho thấy ảnh hưởng có ý nghĩa đến kết quả sống còn trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leslie SW, Soon-Sutton TL, and Aeddula NR (2025)**, "Bladder Cancer", StatPearls, StatPearls Publishing Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.
2. **Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, et al. (2003)**, "Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer", *N Engl J Med*, 349 (9), pp. 859-66.
3. **Benkhadra R, Nayfeh T, Patibandla SK, et al. (2022)**, "Systematic Review and Meta-Analysis of Cisplatin Based Neoadjuvant Chemotherapy in Muscle Invasive Bladder Cancer", *Bladder Cancer*, 8 (1), pp. 5-17.
4. **Goel S, Sinha RJ, Bhaskar V, et al. (2019)**, "Role of gemcitabine and cisplatin as neoadjuvant chemotherapy in muscle invasive bladder cancer: Experience over the last decade", *Asian J Urol*, 6 (3), pp. 222-229.
5. **Lyer G, Tully CM, Zabor EC, et al. (2020)**, "Neoadjuvant Gemcitabine-Cisplatin Plus Radical Cystectomy-Pelvic Lymph Node Dissection for Muscle-invasive Bladder Cancer: A 12-year Experience", *Clin Genitourin Cancer*, 18 (5), pp. 387-394.
6. **Pfister C, Gravis G, Flechon A, et al. (2024)**, "Perioperative dose-dense methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin in muscle-invasive bladder cancer (VESPER): survival endpoints at 5 years in an open-label, randomised, phase 3 study", *Lancet Oncol*, 25 (2), pp. 255-264.
7. **Nabil, R.A., et al. (2024)**, "Comparison of long-term outcomes between ileal conduit and transuretero-cutaneostomy urinary diversion after radical cystectomy: a systematic review and meta-analysis", *Rep Pract Oncol Radiother*, 29(1): p. 103-112.
8. **Lại Phú Thái Sơn (2020)**. "Đánh giá kết quả hóa chất bổ trợ trước ung thư bàng quang bằng phác đồ gemcitabine cisplatin Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, (2020)."
9. **Dash A, Pettus JAt, Herr HW, et al. (2008)**, "A role for neoadjuvant gemcitabine plus cisplatin in muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder: a retrospective experience", *Cancer*, 113 (9), pp. 2471-7.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY TÁI PHÁT VÀ ĐÁNH GIÁ NGHIỆM PHÁP DIX- HALLPIKE TRONG CHẨN ĐOÁN CHÓNG MẶT TƯ THẾ KÍCH PHÁT LÀNH TÍNH

Đỗ Thị Kim Phượng¹, Lê Ngọc Yến¹,
Tô Hoàn Vũ¹, Hồ Thị Bé Ngoan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ gây tái phát và đánh giá tỷ lệ dương tính của nghiệm pháp Dix - hallpike trong chẩn đoán chóng mặt tư thế kích phát lành tính. **Đối tượng nghiên cứu:** 80 bệnh nhân chóng mặt tư thế kích phát lành tính được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Nội Thần kinh - Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long từ tháng 3/2023 đến tháng 09/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 65,35±11 tuổi, nữ giới chiếm 80%, tỷ lệ bệnh nhân có tái phát trong tiền sử là 75%, chỉ số BMI trung bình là 22,7±2,6 kg/m². Yếu tố nguy cơ gây tái phát chóng mặt tư thế kích phát lành tính: loãng xương ($p < 0,001$; OR = 5,7 (2,1 – 15,7)). Các yếu tố nguy cơ có khả năng gây tái phát BPPV: bệnh lý tim mạch ($p = 0,4$; OR = 1,64 (0,49 – 5,5)), đái tháo đường type 2 ($p = 0,39$; OR = 1,59 (0,54 – 4,7)), rối loạn lipid máu ($p = 0,1$; OR = 2,1 (0,84 – 5,4)), migraine ($p = 0,2$; OR = 2,1 (0,63 – 7,33)), chấn thương đầu ($p = 0,06$; OR = 4,2 (0,86 – 20,1)). Tỷ lệ nghiệm pháp Dix-Hallpike dương tính ở lần 1 là 73,8%, lần 2 có thêm 11,2% dương tính. **Kết luận:** Chóng mặt tư thế kích phát lành tính thường gặp, đặc biệt ở nữ giới (80%), có 63,8% bệnh nhân có tiền sử tái phát. Loãng xương được xác định là yếu tố nguy cơ tái phát có ý nghĩa thống kê, trong khi các bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và migraine chỉ cho thấy xu hướng liên quan. Nghiệm pháp Dix-Hallpike có tỷ lệ dương tính cao (85%) và cần thực hiện ít nhất 2 lần.

Từ khóa: chóng mặt tư thế kích phát lành tính (BPPV), yếu tố nguy cơ, nghiệm pháp Dix-Hallpike

SUMMARY

RISK FACTORS FOR RECURRENCE AND EVALUATION OF THE DIX-HALLPIKE MANEUVER IN THE DIAGNOSIS OF BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO

Objective: To investigate risk factors for recurrence and evaluate the positive rate of the Dix-Hallpike maneuver in the diagnosis of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 80 patients diagnosed with BPPV and treated at the Department of Neurology, Hoan My Cuu

Long General Hospital, from March 2023 to September 2024. **Results:** The mean age of patients was 65.35 ± 11 years; females accounted for 80%. A history of recurrence was noted in 75% of patients. BMI score was 22.7 ± 2.6 kg/m². Osteoporosis was identified as a significant risk factor for BPPV recurrence ($p < 0.001$; OR = 5.7, 95% CI: 2.1–15.7). Potential risk factors included cardiovascular disease ($p = 0.4$; OR = 1.64, 95% CI: 0.49–5.5), type 2 diabetes mellitus ($p = 0.39$; OR = 1.59, 95% CI: 0.54–4.7), dyslipidemia ($p = 0.1$; OR = 2.1, 95% CI: 0.84–5.4), migraine ($p = 0.2$; OR = 2.1, 95% CI: 0.63–7.33), and head trauma ($p = 0.06$; OR = 4.2, 95% CI: 0.86–20.1). The Dix-Hallpike maneuver yielded a positive result in 73.8% of patients on the first attempt, with an additional 11.2% testing positive on the second attempt. **Conclusion:** BPPV was more common in females (80%), with 63.8% of patients experiencing a history of recurrence. Osteoporosis was identified as a statistically significant risk factor for recurrence, whereas cardiovascular disease, diabetes mellitus, hyperlipidemia, and migraine showed only a trend toward association. The Dix-Hallpike maneuver demonstrated a high positive rate (85%) and should be performed at least twice

Keywords: Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), risk factors, Dix-Hallpike maneuver

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chóng mặt là một trong những triệu chứng thường gặp nhất trong cộng đồng, tỷ lệ lưu hành từ 17% đến 30%, ảnh hưởng đến khoảng 15% đến hơn 20% người trưởng thành trong các nghiên cứu dựa trên dân số lớn (6). Chóng mặt gây ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống người bệnh nói riêng và kinh tế xã hội nói chung.

Chóng mặt tư thế kích phát lành tính (BPPV) là một trong những nguyên nhân gây chóng mặt phổ biến nhất, cứ 1 trong 3 người có triệu chứng chóng mặt sẽ do chóng mặt tư thế kích phát lành tính gây ra, nhìn chung mức độ phổ biến của BPPV đã được báo cáo trong phạm vi từ 10,7 đến 140 trên 100.000 dân (8). BPPV có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng phổ biến hơn ở phụ nữ trên 40 tuổi. Tỷ lệ lưu hành suốt đời của BPPV là 3,2% ở nữ giới, 1,6% ở nam giới và 2,4% tổng thể, tỷ lệ 1 năm được tính là 0,6% (7).

Tỷ lệ tái phát BPPV sau điều trị khá cao, gây lo lắng cho người bệnh, làm giảm chất lượng cuộc sống và tăng nguy cơ té ngã do mất thăng bằng. Do đó, việc nhận diện các yếu tố nguy cơ

¹Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Kim Phượng

Email: phuongeth95@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025