

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ BÀNG QUANG NÔNG BẰNG EPIRUBICIN NỘI BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỞU NGHỆ AN

Dương Thị Sen¹, Nguyễn Thị Cẩm Nhung¹, Nguyễn Thị Kim Oanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng Epirubicin nội bàng quang tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 38 BN UTBQN đã phẫu thuật nội soi cắt u qua đường niệu đạo và điều trị bổ trợ bằng epirubicin bơm hóa chất nội bàng quang trong thời gian từ 01/2020 đến 06/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình $66,42 \pm 8,48$; Nam chiếm 84,2%. Giai đoạn Ta chiếm 68,4%, T1 chiếm 31,6%; 63,2% có độ mô học cao. Thời gian theo dõi trung bình $32,11 \pm 16,48$ tháng. Tỷ lệ tái phát là 21,1%. Tỷ lệ sống không bệnh tại 12, 24 và 36 tháng lần lượt là 86,3%; 83,2% và 79,5%. Tác dụng không mong muốn chủ yếu nhẹ, dung nạp tốt. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy kích thước u ≥ 3 cm, giai đoạn T1 và độ mô học cao là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến nguy cơ tái phát ($p < 0,05$).

Kết luận: Epirubicin có hiệu quả làm giảm tỷ lệ tái phát, an toàn, tác dụng phụ ít. Các yếu tố: kích thước khối u, giai đoạn u, độ mô học là các yếu tố có tiên lượng độc lập có ảnh hưởng đến nguy cơ bệnh tái phát với $p < 0,05$.

Từ khóa: Ung thư bàng quang nông, epirubicin nội bàng quang; một số yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

OUTCOMES OF INTRAVESICAL EPIRUBICIN IN NON-MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the clinical and paraclinical characteristics, as well as the outcomes of intravesical Epirubicin therapy for non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC) at Nghe An Oncology Hospital from January 2020 to June 2023.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 38 patients with non-muscle-invasive bladder cancer who underwent transurethral resection of bladder tumor (TURBT) followed by adjuvant intravesical Epirubicin instillation between January 2020 and June 2023.

Results: The mean age was 66.42 ± 8.48 years; males accounted for 84.2%. Stage Ta and T1 represented 68.4% and 31.6%, respectively; 63.2% had high-grade histology. The mean follow-up duration was 32.11 ± 16.48 months.

¹Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Sen

Email: bssen1863@gmail.com

Mã bài: N627

Ngày nhận bài: 17/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/4/2026

Ngày duyệt bài: 20/5/2026

The recurrence rate was 21.1%. Disease-free survival rates at 12, 24, and 36 months were 86.3%, 83.2%, and 79.5%, respectively. Adverse events were mostly mild and well tolerated. Multivariate regression analysis showed that tumor size ≥ 3 cm, T1 stage, and high-grade histology were independent prognostic factors associated with recurrence ($p < 0.05$).

Conclusion: Epirubicin effectively reduces recurrence rates with a favorable safety profile and minimal side effects. Tumor size, stage, and grade constitute independent prognostic factors for disease recurrence ($p < 0.05$).

Keywords: Non-muscle-invasive bladder cancer; intravesical epirubicin; prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là bệnh ác tính thường gặp của hệ tiết niệu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2022 ghi nhận hơn 614.000 ca mắc mới và 220.000 ca tử vong do ung thư bàng quang trên toàn cầu. Tại Việt Nam, ung thư bàng quang là ung thư thường gặp nhất của hệ tiết niệu, đứng thứ 13 về tỷ lệ mắc ở nam giới¹. Ung thư bàng quang nông (không xâm lấn cơ) chiếm khoảng 70% trường hợp khi chẩn đoán ban đầu, đặc trưng bởi tỷ lệ tái phát cao sau phẫu thuật cắt u qua nội soi niệu đạo (TURBT)². Điều trị bổ trợ nội bàng quang đóng vai trò quan trọng nhằm giảm tái phát và tiến triển bệnh. BCG là lựa chọn ưu tiên, tuy nhiên thường gây nhiều tác dụng phụ và hiện đang thiếu hụt nguồn cung. Trong bối cảnh đó, epirubicin nội bàng quang được xem là một lựa chọn thay thế hiệu quả và an toàn². Tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, epirubicin đã được sử dụng thường quy nhưng chưa có nghiên cứu hệ thống đánh giá kết quả. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng Epirubicin nội bàng quang tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

38 bệnh nhân ung thư bàng quang nông đã phẫu thuật nội soi lấy u, được điều trị bổ trợ bằng bơm epirubicin nội bàng quang tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân mới được chẩn đoán xác định là UTBQ nông, đã được phẫu thuật cắt u bàng quang triệt căn qua nội soi.

Mô bệnh học là ung thư biểu mô đường niệu không xâm lấn lớp cơ, đã hoàn thành điều trị bổ trợ bằng Epirubicin giai đoạn tấn công theo đúng phác đồ.

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án thông tin điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân UTBQ giai đoạn muộn khi u đã xâm lấn, di căn là các giai đoạn T2,T3,T4 theo UICC.
- Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật không có lớp cơ trên bệnh phẩm.
- Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2.
- Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính nặng khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.
- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1.Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

- Nhóm tuổi 61-70 có tỷ lệ cao nhất chiếm 42,1%. Độ tuổi trung bình: $66,42 \pm 8,48$ tuổi; tuổi thấp nhất là 44 tuổi, tuổi cao nhất là 85 tuổi.

- BN nam giới chiếm tỷ lệ là 84,2%; nữ giới chiếm tỷ lệ là 15,8%. Tỷ lệ Nam/Nữ = 5,33/1.

3.2. Đặc điểm u

Bảng 3.1. Bảng đặc điểm u

Đặc điểm u	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng u	1	24	63,2
	2–7	14	36,8
	≥8	0	0
Kích thước u (cm)	<3	31	81,6
	≥3	7	18,4
Giai đoạn T	Ta	26	68,4
	T1	12	31,6
Độ mô học	UTBM đường niệu thể nhú độ cao	24	63,2
	UTBM đường niệu thể nhú độ thấp	14	36,8
Tổng		38	100

Nhận xét:

- Đa phần bệnh nhân gặp 1 u (63,2%), kích thước chủ yếu < 3cm (81,6%). Thường gặp ung thư biểu mô đường niệu thể nhú độ cao (63,2%). Giai đoạn Ta chiếm tỷ lệ cao (68,4%).

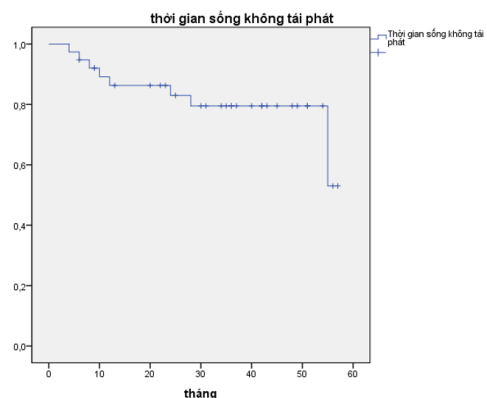
3.3.Kết quả điều trị bơm Epirubicin nội bàng quang

Với thời gian theo dõi trung bình là $32,11 \pm 16,48$ tháng.

Bảng 3.2. Tỷ lệ tái phát

Bệnh tái phát	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có tái phát	8	21,1
Không tái phát	30	78,9
Tổng	38	100

Nhận xét: Trong thời gian theo dõi chỉ có 21,1% bệnh nhân có tái phát.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sống không tái phát theo thời gian (biểu đồ Kaplan-Meier)

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tái phát trung bình là $32,11 \pm 16,48$ tháng. Tỷ lệ sống thêm bệnh không tái phát ở thời điểm 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng lần lượt là 86,3%; 83,2% và 79,5%. Tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, vẫn còn BN chưa tái phát sau 57 tháng điều trị và theo dõi.

Bảng 3.3. Triệu chứng tại chỗ sau khi bơm Epirubicin

Tác dụng không mong muốn	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	03	7,9
Tiểu buốt, tiểu khó	11	28,9
Tiểu máu	02	5,3
Đau vùng hạ vị	04	10,5
Không có triệu chứng	18	47,4
Tổng	38	100

Nhận xét:

Tác dụng phụ thường gặp là các triệu chứng về đường tiêu: tiêu buốt, tiêu khó chiếm 28,9%. Các triệu chứng còn lại ít gặp.

Bảng 3.4 Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tỷ lệ tái phát

Yếu tố	OR	p
Tuổi: ≤ 65 tuổi, > 65 tuổi	15,055 (0,908-24,969)	0,058
Giới tính: Nam, Nữ	1,504 (0,712 - 8,751)	0,999
Số lượng u: Nhiều u, 1 u	11,852 (0,875-16,048)	0,063
Kích thước u: ≥ 3cm, < 3cm	14,298 (1,249-15,020)	0,043
Giai đoạn u: T1, Ta	3,208 (1,701 – 26,133)	0,042
Độ mô học u: Cao, thấp	9,538 (1,025-19,634)	0,029

Nhận xét: Qua phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố kích thước u, độ mô học và giai đoạn u là các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng tới nguy cơ bệnh tái phát với $p < 0.05$.

Những yếu tố khác như tuổi, giới tính, số lượng u chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ tái phát.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Trong 38 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi. Độ tuổi trung bình là $66,42 \pm 8,48$ tuổi; Tuổi thấp nhất là 44 tuổi, tuổi cao nhất là 85 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu Đỗ Anh Tú và cộng sự³ tuổi trung bình chung là $58,53 \pm 12,18$. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 5,33/1. Theo NC của Lê Đình Khánh⁴ tỷ lệ Nam/Nữ = 3,71; Nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nữ giới gấp khoảng 3-5 lần. Lý do diễn giải cho kết quả này được cho là từ các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, uống rượu, yếu tố nguy cơ nghề nghiệp thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới.

4.2. Một số đặc điểm của khối u

Hầu hết BN được chẩn đoán bệnh với số lượng u 1-2 u chiếm tỷ lệ 63,2%. Bệnh nhân u đa ổ chiếm tỷ lệ 36,8%. Phần đa các BN được phát hiện khi kích thước u còn nhỏ < 3cm, chiếm tỷ lệ 81,6%. Về mô bệnh học có 63,2 % bệnh nhân có độ mô học UTBM đường niệu thể nhú độ cao còn lại 36,8% BN có độ mô học thấp. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự

tương đồng với NC của Đỗ Anh Tú và cộng sự³ cho thấy đa phần là 1 u chiếm 78,2%, bệnh nhân có đa u chiếm tỷ lệ thấp hơn, phần lớn đối tượng có độ mô học thấp chiếm 60,2 (%) độ mô học cao chiếm 29,3%³. Phân loại T theo giai đoạn: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khối u ở giai đoạn Ta có tỷ lệ cao hơn giai đoạn T1, tương ứng 68,4% và 31,6%. Không có khối u giai đoạn Tis. So với NC của Đỗ Anh Tú và cộng sự cũng cho kết quả tương đồng, bệnh nhân ở giai đoạn Ta chiếm 69,2%, giai đoạn T1 là 29,3%, giai đoạn Tis với tỷ lệ 1,5%³. Kết quả tỷ lệ u ở giai đoạn Tis thấp hoặc không có, có thể được lý giải bởi một số lý do sau: phương tiện chẩn đoán hiện tại chưa có thể phát hiện bệnh nhân ở giai đoạn sớm như giai đoạn Cis, tới giai đoạn phát hiện được trên hình ảnh thì hầu như bệnh nhân đã ở giai đoạn xâm lấn. Theo Daneshmand S soi bằng quang bằng ánh sáng huỳnh quang dựa vào porphyrin phát hiện được CIS với tỷ lệ 91%, còn bằng ánh sáng màu trắng thì chỉ phát hiện được với tỷ lệ 76%⁵.

4.3. Kết quả điều trị bơm Epirubicin nội bàng quang

Thời gian theo dõi trung bình là $32,11 \pm 16,48$ tháng, thời gian theo dõi ngắn nhất là 04 tháng, dài nhất là 57 tháng.

Trong tổng số 38 bệnh nhân nghiên cứu, tính đến thời điểm kết thúc theo dõi, có 8/38 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 21,1% có tái phát u. Theo NC của Daryanto cho thấy việc sử dụng hóa chất nội bàng quang Epirubicin giúp giảm nguy cơ tái phát khoảng 31% so với chỉ phẫu thuật nội soi cắt u đơn thuần⁶. Điều này cho thấy vai trò của Epirubicin như một phương pháp điều trị hỗ trợ hiệu quả. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ tái phát tại nghiên cứu của Osamu Ryoji (2015) là 30,1% (n = 83)⁷; Theo sơ đồ 3.1 tỷ lệ sống không có u giảm theo thời gian, có nghĩa là theo thời gian thì tỷ lệ bệnh nhân tái phát tăng lên. Tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, vẫn còn bệnh nhân chưa tái phát sau 57 tháng điều trị và theo dõi. Nghiên cứu của Kuroda trên 622 bệnh nhân UTBQN, bao gồm cả các bệnh nhân mới chẩn đoán và đã tái phát, được hỗ trợ bằng Epirubicin nội bàng quang với liều 20mg/40m² trong 12 tháng, liều 30mg/40mL trong 7 tháng hoặc 40mg/40ml, trong 4 tháng trị bổ trợ bằng epirubicin nội bàng quang khác nhau cho kết quả lần lượt là 67,1%; 73,0% và 73,9% ở thời điểm 1 năm và 48,7%, 55,1% và 60,1% ở thời điểm 2 năm⁸. Nghiên cứu này kết luận nhóm bệnh nhân dùng liều cao nhất cho hiệu quả điều trị tốt nhất. Sự khác biệt về tỷ lệ tái phát giữa các nghiên cứu có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố như: đặc điểm khối u (kích thước, số lượng, độ mô học), phân tầng nguy cơ, phác đồ điều trị (liều, số lần bơm), cũng như thời

gian theo dõi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có u đơn độc và kích thước nhỏ chiếm ưu thế, đây là những yếu tố tiên lượng tốt, góp phần làm giảm nguy cơ tái phát. Đa số các tác dụng không mong muốn dung nạp được, không cần ngừng điều trị. Bệnh nhân không có triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 47,4%. Một số ít bệnh nhân xuất hiện tiểu buốt, tiểu khó chiếm tỷ lệ 28,9%. 3 BN xuất hiện sốt chiếm tỷ lệ 7,9%, tiểu máu có tỷ lệ thấp nhất 5,3%.

Qua phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố kích thước u, độ mô học và giai đoạn u là các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng tới nguy cơ bệnh tái phát: kích thước u (u kích thước ≥ 3 cm làm tăng nguy cơ tái phát gấp 14,298 lần u kích thước < 3 cm; (OR=14,29; CI 95%: 1,249 –25,020, $p = 0,0436$), giai đoạn u (u ở giai đoạn T1 làm tăng nguy cơ tái phát gấp 3,208 lần u giai đoạn Ta; (OR=3.208; CI 95%: 1.701- 26,133, $p = 0,042$), độ mô học u (u có độ mô học cao làm tăng nguy cơ tái phát gấp 9,538 u có độ mô học thấp; (OR=9.538; CI 95%: 1.025- 19.634, $p = 0,029$). Những yếu tố khác như tuổi, giới tính, số lượng u chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ tái phát ($p > 0.05$). NC của chúng tôi cũng tương đồng với NC của Nguyễn Quỳnh Hương cho thấy số lượng u (đơn ổ và đa ổ), kích thước u (trên 3 cm và dưới 3cm), độ mô học (cao và thấp), giai đoạn u (T1, Tis và Ta) là các yếu tố tiên lượng độc lập⁹. Nhìn chung kết quả ghi nhận được mối tương quan một số yếu tố nguy cơ lâm sàng, giải phẫu bệnh với tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu này có sự tương quan đối với các nghiên cứu.

Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát có thể thay đổi theo các nghiên cứu khác nhau, tỷ lệ này phụ thuộc vào nhiều yếu tố, liệu pháp hỗ trợ, đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu, thời gian theo dõi... Với nghiên cứu của chúng tôi, cỡ mẫu chưa đủ lớn, thời gian theo dõi ngắn hơn nên vẫn sẽ có những sự khác biệt không đáng kể về mối tương quan các yếu tố nguy cơ với tỷ lệ tái phát.

V. KẾT LUẬN

Epirubicin có hiệu quả làm giảm tỷ lệ tái phát, an toàn, tác dụng phụ ít. Các yếu tố: kích thước khối u, giai đoạn u, độ mô học là các yếu tố có tiên lượng độc lập có ảnh hưởng đến nguy cơ bệnh tái phát với $p < 0.05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO Cancer Today.** <https://gco.iarc.who.int/today/> (2022).
2. **Chen, F. et al.** Efficacy and safety of short-term intravesical gemcitabine vs. long-term intravesical epirubicin in the treatment of moderate to high-risk non-muscle-invasive bladder cancer: a pilot study. *Holist. Integr. Oncol.* **3**, 8 (2024).
3. **Đỗ Anh Tú & Trịnh Lê Huy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân Ung thư bàng quang nông được điều trị hỗ trợ bằng epirubicin nội bàng quang tại Bệnh viện K. *Tạp chí y học Việt Nam* (2023).
4. **Lê Đình Khánh, Hoàng Văn Tùng & Đoàn Quốc Huy.** Đánh giá kết quả sớm điều trị u bàng quang nông bằng cắt đốt nội soi kết hợp Doxorubicin một liều duy nhất sau mổ. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.* 283–288 (2012).
5. **Zainfeld, D. & Daneshmand, S.** Transurethral Resection of Bladder Tumors: Improving Quality Through New Techniques and Technologies. *Curr. Urol. Rep.* **18**, 34 (2017).
6. **Daryanto, B., Purnomo, A. F., Seputra, K. P., & Budaya, T. N.** (2022). Comparison Between Intravesical Chemotherapy Epirubicin and Mitomycin-C after TURB vs TURB Alone With Recurrence Rate of Non-Muscle Invasive Bladder Cancer: Meta-Analysis. *Medical Archives*, 76(3), 198–201. <https://doi.org/10.5455/medarh.2022.76.198-201>
7. **Ryoji, O. et al.** A phase II study of prophylactic intravesical chemotherapy with epirubicin in the treatment of superficial bladder cancer. Tokyo Women's Medical College Bladder Cancer Collaborating Group. *Cancer Chemother. Pharmacol.* **35 Suppl**, S60-64 (2015).
8. **Kuroda, M. et al.** Effect of prophylactic treatment with intravesical epirubicin on recurrence of superficial bladder cancer--The 6th Trial of the Japanese Urological Cancer Research Group (JUCRG): a randomized trial of intravesical epirubicin at dose of 20mg/40ml, 30mg/40ml, 40mg/40ml. *Eur. Urol.* **45**, 600–605 (2004).
9. **Nguyễn Quỳnh Hương.** Kết Quả Điều Trị Hỗ Trợ Ung Thư Bàng Quang Nông Bằng Epirubicin Nội Bàng Quang Tại Bệnh Viện K. *Tạp chí Y Học Việt Nam.* tr22-23 (2023).