

- 56(1):99–109. doi:10.1007/s12016-018-8713-0. PubMed
3. **Johnston GA, Exton LS, Mohd Mustapa MF, et al (2017)**, "British Association of Dermatologists' guidelines for the management of contact dermatitis". Br J Dermatol. 2017; 176(2):317–29. doi:10.1111/bjd.15239. Journal.
 4. **Li Y, Li L (2021)**, "Contact dermatitis: classifications and management". Clin Rev Allergy Immunol;10.1007/s12016-021-08875-0. doi:10.1007/s12016-021-08875-0. PubMed.
 5. **Modi GM, Doherty CB, Katta R, Orengo IF (2009)**, "Irritant contact dermatitis from plants". Dermatitis;20(2):63–78. PubMed.
 6. **Patel V, Atwater AR, Reeder M (2021)**, "Contact dermatitis of the hands: is it irritant or allergic?". Cutis.107(3):129-32. doi: 10.12788/cutis.0204. Journal.
 7. **Slodownik D, Lee A, Nixon R (2008)**, "Irritant contact dermatitis: a review". Australas J Dermatol.49(1):1–11. doi:10.1111/j.1440-0960.2007.00409.x. PubMed
 8. **Phạm Thị Thanh Huyền (2011)**, "Tình hình, đặc điểm lâm sàng, yếu tố liên quan và ảnh hưởng của bệnh eczema bàn tay đến chất lượng cuộc sống", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 9. **Nguyễn Văn Sơn và Cs (2015)**, "Nghiên cứu bệnh viêm da tiếp xúc ở 301 công nhân sơn của 02 cơ sở là Nhà Nhà máy Đóng tàu Ha Long và Tổng công ty Công nghiệp tàu thủy Phà Rồng".
 10. **Hald M, Veien NK, Laurberg G và cs (2009)**, "Hand eczema - severity and medical attendance in relation to prognosis", PhD thesis. p 16-32.

ĐẶC ĐIỂM VÀ SO SÁNH GIÁ TRỊ CỦA KHÁNG NGUYÊN ĐẶC HIỆU TUYẾN TIỀN LIỆT TOÀN PHẦN (PSAT) VỚI KHÁNG NGUYÊN ĐẶC HIỆU TUYẾN TIỀN LIỆT TỶ TRỌNG (PSAD) TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÙNG CHUYỂN TIẾP TUYẾN TIỀN LIỆT

Hoàng Đình Âu¹, Trương Thị Thanh¹, Doãn Văn Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả và so sánh giá trị của kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt toàn phần (PSAt) với kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt tỷ trọng (PSAd) trong chẩn đoán ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt (UTCTTTL). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 67 bệnh nhân nghi ngờ UTCTTTL (bằng lâm sàng hoặc xét nghiệm PSA, có nhân vùng chuyển tiếp trên cộng hưởng từ (CHT) TTL, được sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022. Mô tả và so sánh giá trị trung bình của PSAt với PSAd giữa nhóm UT và không UT, lập đường cong ROC và tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán âm tính, giá trị chẩn đoán âm tính và giá trị chẩn đoán của PSAt và PSAd trong chẩn đoán UTCTTTL với ngưỡng cut-off lần lượt là 10 ng/ml và 0.15 ng/ml². **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là 66.6±8.3. Thể tích TTL trung bình 56.9±40.2 cm³. Giá trị trung bình PSAt là 32.2±28.7 ng/ml, của PSAd là 0.73±0.67 ng/ml². Có 32 bệnh nhân UTCTTTL và 35 bệnh nhân không UT. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm UTCTTTL với nhóm không UT về PSAt (p=0.005) và PSAd (p<0.001). Với ngưỡng cut-off là ≥10 ng/ml đối với PSAt và ≥0.15 ng/ml² đối với PSAd,

độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo âm tính, giá trị dự báo dương tính và giá trị chẩn đoán UTCTTTL lần lượt là 93.8%; 25.7%; 81.8%; 53.6%; 58.2% đối với PSAt và 96.9%; 31.4%; 91.7%; 56.4%; 62.7% đối với PSAd. Hiệu quả chẩn đoán UTCTTTL của PSAd (AUC=0.77) cao hơn của PSAt (AUC=0.7). **Kết luận:** PSAd có giá trị hơn PSAt trong chẩn đoán UTCTTTL. Cần sử dụng PSAd thay thế PSAt để sàng lọc UTCTTTL nhằm hạn chế các trường hợp dương tính giả do UPDLT TTL hoặc viêm TTL.

Từ khóa: Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt toàn phần, kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt tỷ trọng, ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt.

SUMMARY

CHARACTERIZATION AND COMPARISON OF THE VALUE OF TOTAL PROSTATE-SPECIFIC ANTIGEN (PSAT) WITH PROSTATE-SPECIFIC ANTIGEN (PSAD) IN THE DIAGNOSIS OF PROSTATE TRANSITION ZONE CANCER

Purpose: Describe and compare the value of total prostate specific antigen (PSAt) with prostate specific density specific antigen (PSAd) in the diagnosis of prostate cancer in transition zone (TZ). **Material and method:** Descriptive study on 67 patients with suspected prostate cancer (by clinical or PSA test), with TZ nodule on MRI of the prostate, who had transrectal ultrasound guided prostate biopsy at Hanoi Medical University Hospitals from February 2019 to May 2022. Describe and compare the mean value of PSAt and PSAd between the group of TZ cancer and non-cancer, plot the ROC and calculated the sensitivity, specificity, negative diagnostic value,

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Trường Đại Học Y Dược, ĐHQG Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

negative diagnostic value and diagnostic value of PSAt and PSA_d in the diagnosis of TZ cancer with cut-off threshold of 10 ng/ml for PSAt and 0.15 ng/ml² for PSA_d. **Result:** The mean age of patients was 66.6±8.3. The average prostate volume was 56.9±40.2 cm³. The mean value of PSAt was 32.2±28.7 ng/ml, that of PSA_d was 0.73±0.67 ng/ml². There are 32 patients with TZ cancer and 35 patients without cancer. There was a statistically significant difference between the TZ cancer and the non-cancer groups in PSAt (p=0.005) and PSA_d (p<0.001). With cut-off thresholds of ≥10 ng/ml for PSAt and ≥0.15 ng/ml² for PSA_d, the sensitivity, specificity, negative predictive value, positive predictive value, and diagnostic value for TZ cancer diagnosis was 93.8%; 25.7%; 81.8%; 53.6%; 58.2% respectively for PSAt and 96.9%; 31.4%; 91.7%; 56.4%; 62.7% respectively for PSA_d. The diagnostic performance of PSA_d (AUC=0.77) was higher than that of PSAt (AUC=0.7) for TZ cancer diagnosis. **Conclusion:** PSA_d was more valuable than PSAt in the diagnosis of TZ cancer. It is necessary to use PSA_d instead of PSAt to prostate cancer screening in order to limit false-positive cases due to BHP or prostatitis.

Keywords: Total prostate-specific antigen, density prostate-specific antigen, prostate transition zone cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UT vùng chuyển tiếp TTL mặc dù chỉ chiếm 30% các UT^{1,2} nhưng gây ra những thách thức trong chẩn đoán^{1,2}. Do nằm ở vị trí sâu nên thăm khám qua trực tràng, siêu âm thậm chí sinh thiết qua đường trực tràng có thể bị bỏ sót trong một thậm chí nhiều lần chẩn đoán³. Ngoài ra, do đặc điểm mô học của vùng chuyển tiếp⁴ cũng như sự có mặt của các tổn thương khác như viêm TTL, nốt tăng sản lành tính TTL... tạo ra những hình ảnh giả u gây khó khăn trong chẩn đoán, hậu quả là UT vùng chuyển tiếp TTL thường được phát hiện ở giai đoạn muộn.

Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) là một Enzyme glucoprotein chỉ sản xuất từ biểu mô tuyến tiền liệt. Trong UT^{1,2}, nồng độ PSA toàn phần (PSAt) thường tăng cao và tỷ lệ với thể tích khối ung thư

Tuy nhiên, PSAt tăng cao không chỉ đặc hiệu riêng với UT^{1,2}. Nồng độ PSAt tăng cũng gặp trong trường hợp u phì đại lành tính tuyến tiền liệt (UPDLT TTL) (9-15%), viêm TTL mạn tính cũng như tất cả các tác động trên TTL (đặt sonde niệu đạo, soi bàng quang, ST, thăm TT...).

Để phân biệt các trường hợp PSAt tăng do UPDLT TTL hay do UT^{1,2}, người ta sử dụng PSA tỉ trọng (PSA_d) là tỷ số giữa nồng độ PSAt trên thể tích TTL. Tỷ lệ này càng cao thì khả năng UT càng lớn⁷ và ngược lại.

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm so sánh giá trị

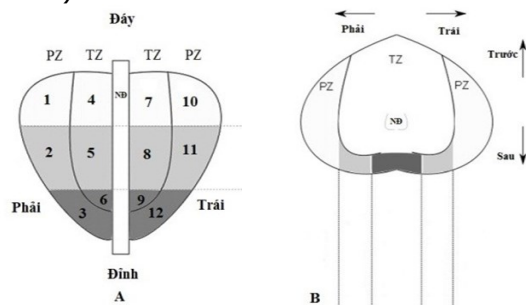
của nồng độ PSAt với PSA_d trong chẩn đoán UTCT TTL trên nhóm bệnh nhân nghi ngờ UT^{1,2}, được chụp CHT TTL và được sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả được tiến hành tại Bệnh viện Đại Học Y Hà nội từ tháng 2/2019 đến 5/2022, lấy mẫu thuận tiện tất cả các bệnh nhân nghi ngờ ung thư TTL, có kết quả xét nghiệm PSA, được chụp CHT TTL đúng quy trình theo PIRADSv2.1, có nhân vùng chuyển tiếp TTL trên CHT, được tiến hành sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng và có kết quả mô bệnh học.

Phương tiện nghiên cứu: CHT TTL được thực hiện trên máy CHT Essenza 1.5Tesla (Siemens Healthineer), bộ thu nhận tín hiệu (coil) bụng. Ảnh CHT sẽ được gửi vào hệ thống PACS (Minerva Pacs). Kết quả xét nghiệm PSA, giải phẫu bệnh được lưu trong hồ sơ bệnh án và thu thập vào bảng số liệu. Thể tích TTL được đo trên CHT bằng cách đo ba chiều của TTL và tính theo công thức: V (cm³) = Cao (cm) x Rộng (cm) x Trước sau (cm) x 0.523.

Sinh thiết (ST) TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng: Sau khi gây tê đám rối quanh trực tràng, sử dụng mặt cắt dọc, lần lượt từ đáy đến đỉnh tuyến, có thể tới sát túi tinh từng bên. Lấy 12 mẫu ST theo bản đồ định khu TTL (đúng thứ tự số và sơ đồ quy định từ phải sang trái: các mẫu số 1, 2, 3 thuộc vùng ngoại vi bên phải; các số 4, 5, 6 thuộc vùng chuyển tiếp bên phải; các số 7, 8, 9 thuộc vùng chuyển tiếp bên trái và các số 10, 11, 12 thuộc vùng ngoại vi bên trái)



Hình 1. Sơ đồ sinh thiết tiền liệt tuyến 12 mẫu

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các giá trị trung bình được so sánh bằng phép kiểm T- Test (phân bố chuẩn), phép kiểm Mann-Whitney U (phân bố không chuẩn). Dựng đường cong ROC, tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán âm tính, giá trị chẩn đoán dương

tính và giá trị chẩn đoán của PSAt và PSAđ khi đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022, có 67 bệnh nhân nam nghi ngờ UT TTL được xét nghiệm PSA, chụp CHT TTL theo phiên bản PIRADS v2.1, được sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng, có kết quả giải phẫu bệnh của mẫu sinh thiết.

3.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình của BN là 66.6±8.3, (thấp nhất 42 tuổi, cao nhất 83 tuổi). Thể tích TTL trung bình 56.9±40.2 cm³, (thấp nhất là 21 cm³, cao nhất là 308 cm³).

3.2. Kết quả sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng: Kết quả giải phẫu bệnh các mẫu sinh thiết cho thấy có 32 bệnh nhân UT vùng chuyển tiếp TTL chiếm 48%,

có 35 BN không có ung thư chiếm 52%.

Trong số 32 bệnh nhân UT, có 7 BN điểm Gleason=6 (chiếm 21.9%), 14 BN có điểm Gleason =7 (chiếm 43.8%), 7 BN có điểm Gleason =8 (chiếm 21.9%) và 4 BN có điểm Gleason =9 (chiếm 12.4%)

Trong số BN không UT, có 27 BN có UPDLT TTL (chiếm 77%), có 6 BN viêm TTL (chiếm 17.2%), số viêm hạt và PIN lần lượt là 1 BN (chiếm 2.9% mỗi loại).

3.3. So sánh giá trị chẩn đoán UT vùng chuyển tiếp TTL giữa PSAt với PSAđ:

- **PSAt:** giá trị trung bình 32.2±28.7 ng/ml, giá trị trung vị là 17.8 ng/ml (thấp nhất là 5.3 ng/ml, cao nhất là 100 ng/ml). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0.005) về PSAt giữa nhóm UT và nhóm không UT (Mann-Whitney U test)

Bảng 1: Phân bố giá trị PSAt trong nhóm UT và không UT vùng chuyển tiếp TTL

Mô bệnh học PSAt (ng/ml)	UT		Không UT		Tổng	
	Số lượng (n)	%	Số lượng (n)	%	Số lượng (n)	%
4 - 10	1	10.00%	9	90.00%	10	100%
10 - 20	7	33.33%	14	66.67%	21	100%
>20	24	66.67%	12	33.33%	36	100%
$\bar{X} \pm SD^*$	45.18 ± 31.40		20.98 ± 19.48		32.53 ± 28.41	
Min-Max	9.2 - 100		5.33 - 100		5.33 - 100	

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu có nồng độ PSAt ≤ 4ng/ml. Trong nhóm PSAt > 20 ng/ml, tỷ lệ bệnh nhân UT cao hơn nhóm bệnh nhân không UT với 66.67%. Ngược lại PSAt từ 10-20 ng/ml và nhóm PSAt từ 4-10 ng/ml, tỷ lệ không UT chiếm cao hơn với 66.6% và 90%. Trong nhóm UT, giá trị trung bình của PSAt là 45.18 ng/ml, trong đó nhóm có PSAt > 20 ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất với 24/32 bệnh nhân (75%). Trong nhóm không UT, giá trị trung bình của PSAt là 20.98 ng/ml, trong đó PSAt từ 10-20 ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất với 14/35 bệnh nhân (40%).

Bảng 2: Độ nhạy và độ đặc hiệu của PSAt với ngưỡng cut-off là 10 ng/ml

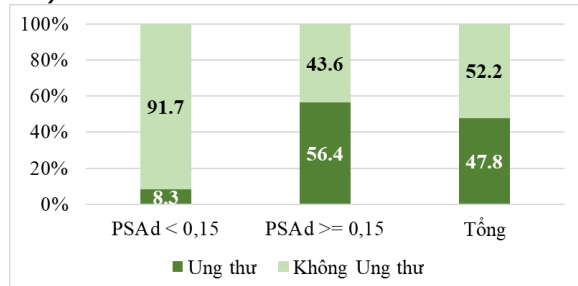
MBH PSAt (ng/ml)	Ung thư	Không ung thư	Tổng
PSAt <10	2	9	11
PSAt ≥ 10	30	26	56
Tổng	32	35	67

Se = 93.8%; Sp = 25.7%; NPV=81.8%; PPV = 53.6%; Độ chính xác = 58.2%

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0.005) về nồng độ PSAt ≥ 10 ng/ml giữa nhóm UT và nhóm không UT. Với giá trị cut-off 10 ng/ml, nồng độ PSAt có độ nhạy là 93.8%; độ đặc hiệu là 25.7%; giá trị dự đoán âm tính là

81.8%; giá trị dự đoán dương tính là 53.6%, độ chính xác là 58.2% trong chẩn đoán UT vùng chuyển tiếp TTL.

- **PSAđ:** giá trị trung bình 0.73±0.67 ng/ml², giá trị trung vị là 0.43ng/ml², thấp nhất là 0.07 ng/ml², cao nhất là 2.63 ng/ml²). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.001) về PSAđ giữa nhóm UT và nhóm không UT (Mann-Whitney U test)



Biểu đồ 1: Phân bố giá trị PSAđ trong nhóm UT và không UT vùng chuyển tiếp TTL

Nhận xét: Trong nhóm PSAđ < 0.15 ng/ml², tỷ lệ bệnh nhân không UT chiếm ưu thế với 91.7%. Trong nhóm PSAđ ≥ 0.15 ng/ml², tỷ lệ bệnh nhân không UT và UT chiếm tỷ lệ gần tương đương nhau (43.6% và 56.4%).

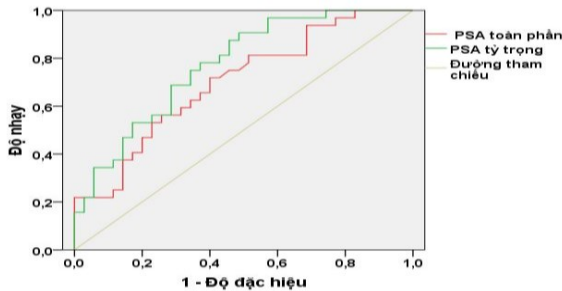
Bảng 3: Độ nhạy và độ đặc hiệu của PSAđ với ngưỡng cut-off là 0.15ng/ml²

Mô bệnh học PSAd (ng/ml ²)	Ung thư	Không ung thư
PSAd < 0.15	1	11
PSAd ≥ 0.15	31	24

Se = 96.9%; Sp = 31.4%; NPV=91.7%; PPV = 56.4%; Độ chính xác = 62.7%

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.0001$) về PSAd giữa nhóm UT và nhóm không UT. Với ngưỡng cut-off ≥ 0.15 ng/ml², PSAd có độ nhạy là 96.9%; độ đặc hiệu là 31.4%; giá trị dự đoán âm tính là 91.7%; giá trị dự đoán dương tính là 56.4%, độ chính xác là 62.7% trong chẩn đoán UT vùng chuyển tiếp TTL.

- So sánh giá trị chẩn đoán UTCT TTL giữa PSAt và PSAd:



Hình 2: Hiệu quả chẩn đoán UTCT TTL của PSAt và PSAd

Nhận xét: Hiệu quả chẩn đoán (AUC) của PSAd (0.77) cao hơn của PSAt (0.70)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với độ tuổi trung bình của BN UTCT TTL là 66.65 ± 8.31. Lứa tuổi từ 60-69 tuổi chiếm chủ yếu (50%). Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Castro⁸ là (67.8 ± 7.09), nghiên cứu của Thai⁹ (66.5 ± 7.1).

Như vậy có thể thấy độ tuổi trung bình mắc UTCT TTL trong nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả khác là khá cao ≥ 60 tuổi, ở nhóm tuổi này khi chẩn đoán xác định UTTTL sẽ không có ý nghĩa trong việc điều trị triệt căn, do đó các tác giả khuyến cáo nên tiến hành kiểm tra sàng lọc cho các bệnh nhân từ >50 tuổi trở lên.

Nhóm bệnh nhân UTCT TTL trong nghiên cứu của chúng tôi khi xét nghiệm PSA trong máu không ghi nhận có trường hợp nào có nồng độ PSAt ≤ 4 ng/ml, nhóm có nồng độ PSAt >20 ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất 66.67% (bảng 1). Giá trị trung bình PSAt là 32.53 ± 28.4 ng/ml cao hơn so với các nghiên cứu khác như của Castro⁸ là 6.61 ± 1.85 ng/ml và nghiên cứu của Thai⁹ là 11.5 ± 16.4 ng/ml.

Giá trị trung bình của nồng độ PSAt nhóm BN

UTCT TTL 45.18 ± 31.40 ng/ml (cao nhất là 100 ng/ml, thấp nhất là 9.2 ng/ml (bảng 1). Giá trị này cao hơn so với nghiên cứu của Liu và cs¹⁰ có giá trị trung bình là 14.73 ng/ml (thấp nhất là 10.97 ng/ml và cao nhất là 36 ng/ml) và cao hơn nghiên cứu của Chang và cs¹¹ với giá trị trung bình là 10.68 ± 4.05 ng/ml.

Giá trị PSA trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể được giải thích do việc phát hiện và chẩn đoán UTCT TTL muộn, ngoài ra có thể bị ảnh hưởng bởi thể tích TTL, tăng sản lành tính hoặc viêm TTL.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về PSAt với $p = 0.005$ giữa nhóm UT và nhóm không UT. Với ngưỡng cut-off là ≥ 10 ng/ml, PSAt có độ nhạy là 93.8%, độ đặc hiệu 25.7%, giá trị dự báo âm tính là 81.8%, giá trị dự báo dương tính là 53.6%, độ chính xác 58.2% trong chẩn đoán UTCT TTL. Độ nhạy của trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn với độ nhạy trong nghiên cứu của Liu và cs (76.7%), tuy nhiên thấp hơn về độ đặc hiệu (45.8%), giá trị dự báo dương tính (76.7%) và giá trị dự báo âm tính (73.7%).

Với độ nhạy cao rất phù hợp trong việc sử dụng PSA như một xét nghiệm sàng lọc trên diện rộng trong phát hiện sớm UTTTL. Tuy nhiên PSA là dấu ấn đặc hiệu cho TTL nói chung hơn là chỉ trong UT do có một số yếu tố gây tăng PSA khác như tuổi tác, tăng sản lành tính TTL, viêm TTL... Để cải thiện độ chính xác trong chẩn đoán và tránh các thủ thuật không cần thiết Beson và cs đã đề xuất nồng độ PSA tỷ trọng (PSAd), là tỷ số giữa nồng độ PSAt trên thể tích TTL. Tỷ lệ này càng cao thì khả năng UT càng lớn⁷.

Kalish và cs¹² là những người đầu tiên nghiên cứu việc sử dụng PSAd như một yếu tố dự đoán chính xác hơn về UTCT TTL với mức PSAt từ 4.1 đến 10 ng/ml. Việc sử dụng PSAd của người Châu Á cũng được báo cáo trước đây và kết quả cho thấy tỷ lệ phát hiện UTTTL được cải thiện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm PSAd < 0.15 ng/ml² chiếm ưu thế 91.7%, nhóm PSAd ≥ 0.15 ng/ml² chiếm 56.4% (biểu đồ 1).

Giá trị trung bình của PSAd của nhóm UT trong nghiên cứu của chúng tôi là 1.03 ng/ml², cao hơn nghiên cứu của Thai và cs⁹ là 0.24 ng/ml², của Chang và cs¹¹ là 0.31 ng/ml², nghiên cứu của Yusim và cs¹⁴ là 0.27 ng/ml². Điều này có thể do bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn của bệnh. Giá trị trung bình của PSAd trong nhóm không UT là 0.46 ng/ml² cao hơn nghiên cứu của Castro và cs⁸ là 0.16 ng/ml², của Yusim và cs¹⁴ là 0.14 ng/ml².

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về PSAđ ($p < 0.001$) giữa nhóm UT và nhóm không UT. Với ngưỡng cut-off là ≥ 0.15 ng/ml², PSAđ có độ nhạy là 96.9%, độ đặc hiệu 31.4% trong chẩn đoán UTCT TTL. So sánh với nghiên cứu của Yusim và cs có độ nhạy vào độ đặc hiệu lần lượt là 70% và 70%. Nghiên cứu của Castro và cs⁸ độ nhạy 91.9% và độ đặc hiệu là 50.6%. Theo Benson và cs¹⁵, PSAđ với ngưỡng 0.15 ng/ml² làm giảm chỉ định sinh thiết TTL không cần thiết đối với những bệnh nhân không có dấu hiệu nghi ngờ UT trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ PSAt tăng cao không những trong ung thư TTL mà còn trong UPDLT TTL. PSAđ có giá trị hơn PSAt trong chẩn đoán UTCT TTL. Cần sử dụng PSAđ thay thế PSAt để sàng lọc UTCT TTL nói riêng và UT TTL nói chung nhằm hạn chế các trường hợp dương tính giả do UPDLT TTL hoặc viêm TTL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Haas GP, Sakr WA. Epidemiology of prostate cancer. CA: a cancer journal for clinicians. 1997;47(5):273-287.
2. Akin O, Sala E, Moskowitz CS, et al. Transition zone prostate cancers: features, detection, localization, and staging at endorectal MR imaging. Radiology. 2006;239(3):784-792.

3. Lawrentschuk N, Haider MA, Daljeet N, et al. 'Prostatic evasive anterior tumours': the role of magnetic resonance imaging. BJU international. 2010;105(9):1231-1236.
4. Rosenkrantz AB, Kim S, Campbell N, Gaing B, Deng F-M, Taneja SS. Transition zone prostate cancer: revisiting the role of multiparametric MRI at 3 T. American Journal of Roentgenology. 2015;204(3):W266-W272.
5. Tazi K, Moudouni SM, Elfassi J, et al. Leiomyosarcoma of the prostate: a study of two cases. Paper presented at: Annales d'urologie 2001.
6. Terris MK. Sensitivity and specificity of sextant biopsies in the detection of prostate cancer: preliminary report. Urology. 1999;54(3):486-489.
7. Karazanashvili G, Abrahamsson P-A. Prostate specific antigen and human glandular kallikrein 2 in early detection of prostate cancer. The Journal of urology. 2003;169(2):445-457.
8. Castro HA, Iared W, Santos JEM, Solha RS, Shigueoka DC, Ajzen SA. Impact of PSA density of transition zone as a potential parameter in reducing the number of unnecessary prostate biopsies in patients with psa levels between 2.6 and 10.0 ng/mL. International braz j urol. 2018;44:709-716.
9. Thai JN, Narayanan HA, George AK, et al. Validation of PI-RADS version 2 in transition zone lesions for the detection of prostate cancer. Radiology. 2018;288(2):485-491.
10. Liu J, Pan S, Dong L, et al. The Diagnostic Value of PI-RADS v2. 1 in Patients with a History of Transurethral Resection of the Prostate (TURP). Current Oncology. 2022;29(9):6373-6382.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI TẠI CỘNG ĐỒNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Lê Văn Thâm¹, Nguyễn Thị Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở khoa Hô hấp bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Toàn bộ bệnh nhân VPMPCTĐ đều có tổn thương viêm phổi trên phim X-quang với tổn thương điển hình (32%) và tổn thương không điển hình (68%); Đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng (56%); Đa số bệnh nhân có tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng (66%); Đa số cấy đờm không mọc vi khuẩn (68%); Trong 14 mẫu mọc vi khuẩn (28%), đa số là vi khuẩn K. pneumoniae (50%), tiếp theo là M. catarrhalis (28.58%), các vi khuẩn A. baumannii, E. faecalis, S.

pneumoniae đều chiếm tỷ lệ là 7,14%. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân có tổn thương viêm phổi trên phim X-quang với tổn thương không điển hình (68%); số lượng bạch cầu tăng (56%), cấy đờm không mọc vi khuẩn (68%), đa số kết quả cấy đờm là vi khuẩn K. pneumoniae (50%)

SUMMARY

PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA TREATMENT IN XANH PON GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe paraclinical characteristics of patients with community acquired pneumonia who are treating at the Respiratory ward in Xanh Pon General Hospital. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Results:** All patients with community acquired pneumonia had chest X-ray with typical lesions (32%) and atypical lesions (68%); Most patients had an increased white blood cell count (56%); Most patients had an increased percentage of

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thâm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023