

6. **Nguyễn Đình H.** Luận án Tiến sĩ Y học: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và kết quả phẫu thuật điều trị chấn thương sọ não nặng. Published 2018. Accessed May 10, 2023. <https://123docz.net/document/6475596-luan-an-tien-si-y-hoc-nghien-cuu-dac-diem-lam-sang-cat-lop-vi-tinh-va-ket-qua-phau-thuat-dieu-tri-chan-thuong-so-nao-nang.htm>
7. **Ban SP, Son YJ, Yang HJ, Chung YS, Lee SH, Han DH.** Analysis of complications following decompressive craniectomy for traumatic brain injury. J Korean Neurosurg Soc. 2010;48(3):244-250. doi:10.3340/jkns.2010.48.3.244
8. **Maas AIR, Steyerberg EW, Marmarou A, et al.** IMPACT recommendations for improving the design and analysis of clinical trials in moderate to severe traumatic brain injury. Neurother J Am Soc Exp Neurother. 2010;7(1):127-134. doi:10.1016/j.nurt.2009.10.020
9. **Yang XF, Wen L, Shen F, et al.** Surgical complications secondary to decompressive craniectomy in patients with a head injury: a series of 108 consecutive cases. Acta Neurochir (Wien). 2008;150(12):1241-1247; discussion 1248. doi:10.1007/s00701-008-0145-9
10. **Rahme R, Weil AG, Sabbagh M, Moumdjian R, Bouthillier A, Bojanowski MW.** Decompressive craniectomy is not an independent risk factor for communicating hydrocephalus in patients with increased intracranial pressure. Neurosurgery. 2010;67(3):675-678; discussion 678. doi:10.1227/01.NEU.0000383142.10103.0B

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN DI CĂN KHÁNG CẮT TINH HOÀN BẰNG ABIRATERONE ACETATE: THỜI GIAN SỐNG CÒN TOÀN BỘ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG

Đỗ Anh Tú¹, Nguyễn Đình Lợi²

TÓM TẮT

Tổng quan: Trong thực hành lâm sàng, bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn (mCRPC) có đặc điểm đa dạng hơn so với thử nghiệm COU – AA 302. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá thời gian sống còn toàn bộ của bệnh nhân mCRPC điều trị bước một bằng abiraterone acetate (AAP) và một số yếu tố ảnh hưởng tới thời gian sống còn toàn bộ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên bệnh nhân mCRPC điều trị bước một bằng AAP tại bệnh viện K từ tháng 1/2014 đến 5/2023. Ước tính thời gian thất bại điều trị và thời gian sống còn toàn bộ theo phương pháp Kaplan – Meier. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống còn toàn bộ sử dụng phương pháp hồi qui Cox với độ tin cậy 95% ($p = 0,05$). **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu trên 65 bệnh nhân cho thấy, tuổi trung vị là 70 tuổi (khoảng tứ phân vị [IQR]: 64–76). Bệnh nhân có ECOG PS ≥ 2 là 24,6%, triệu chứng đau (BPS – SF > 3) là 36,9% và di căn tạng là 16,9% là những tiêu chí loại trừ trong thử nghiệm COU-AA 302. Tỷ lệ bệnh nhân đạt PSA đáp ứng là 73,8%, PFS sinh hóa trung vị là 10,5 tháng (95% CI: 7,4-13,6), TTF trung vị là 15,0 tháng (95% CI: 11,1-18,9) và OS trung bình là 24,9 tháng (95% CI: 18,9-30,9). Các yếu tố tiên lượng độc lập với thời gian sống còn toàn bộ là điểm Gleason (≥ 8), thời gian từ khi bắt đầu ADT đến AAP (< 12 tháng), di căn tạng và không đạt PSA đáp

ứng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Abiraterone acetate kết hợp prednisone dung nạp tốt và hiệu quả cao trên bệnh nhân mCRPC.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt di căn kháng cắt tinh hoàn (mCRPC), abiraterone acetate, thời gian sống còn toàn bộ.

SUMMARY

OVERALL SURVIVAL OUTCOME AND PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH CHEMOTHERAPY-NAÏVE METASTATIC CASTRATION – RESISTANT PROSTATE CANCER TREATED WITH ABIRATERONE ACETATE

Background: In real - life, metastatic castration – resistant prostate cancer patients (mCRPC) had more complex clinical presentation than patients in the COU - AA 302 trial. This study primarily aimed to describe overall survival of chemotherapy-naïve mCRPC treated with abiraterone acetate plus prednisone (AAP). Other relevant outcomes, baseline characteristics of these patients were also evaluated. **Methods:** This retrospective, observational study collected data from chemotherapy-naïve mCRPC patients treated with AAP in Vietnam National cancer hospital. Kaplan-Meier curves were used to estimate time to treatment failure (TTF), and overall survival (OS). The impact of baseline characteristics on OS was explored using univariate and multivariate Cox proportional hazard models. **Results:** Data from 65 eligible patients were analyzed. At AAP initiation, the median age of patients was 70 years (interquartile range [IQR]: 64–76). Patients had ECOG PS ≥ 2 was 24,6%, pain symptoms (BPS – SF > 3) was 36,9% and visceral metastases were 16,9%; exclusion criterion in the COU-AA-302 trial. The rate of PSA response was 73,8%, median PSA PFS was 10,5 months (95% CI:

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 13.9.2023

7,4-13,6), median TTF was 15,0 months (95% CI: 11,1-18,9), and median OS was 24,9 months (95% CI: 18,9-30,9). Shorter OS was significantly associated with higher Gleason score (≥ 8), shorter the time from ADT start to AAP (<12 months), visceral metastases, and $< 50\%$ PSA decline ($p < 0.05$). **Conclusion:** Abiraterone acetate plus prednisone is well tolerated and effective for chemotherapy-naïve mCRPC patients in clinical practice.

Keywords: Metastatic castration-resistant prostate cancer, abiraterone acetate, overall survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UT TTL) là một trong các ung thư phổ biến nhất ở nam giới, đặc biệt tại các nước phát triển, Theo ước tính của GLOBOCAN 2020, trên thế giới, UT TTL đứng hàng thứ 2 về tỉ lệ mắc mới với 1,414,259 ca và thứ 5 về tỉ lệ tử vong với 375,304 ca [1]. Tại Việt Nam, UT TTL đứng thứ 5 về tỉ lệ mắc và thứ 7 về tỉ lệ tử vong với lần lượt 6,248 trường hợp mắc mới và 2,628 trường hợp tử vong trong năm 2020 [1]. Nếu như ở Mỹ, nơi có tỉ lệ UT TTL cao và bệnh nhân được chẩn đoán sớm do việc sàng lọc PSA và sinh thiết tuyến tiền liệt thực hiện tốt thì tỉ lệ UT TTL giai đoạn IV là 8%, do đó tỉ lệ sống sau 5 năm của bệnh nhân UT TTL đạt gần 100% [1]. Trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân UT TTL giai đoạn IV tại Việt Nam là trên 75%, điều này tạo gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân và áp lực chi phí điều trị cho gia đình và xã hội.

Liệu pháp ADT là phương pháp điều trị "xương sống" trong UT TTL giai đoạn di căn, những tác động kháng u của ADT cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách làm giảm đau xương cũng như tỷ lệ các biến chứng. Tuy nhiên, sau khoảng trung bình 18 đến 24 tháng, bệnh sẽ tiến triển tới giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn (mCRPC) và đa số bệnh nhân sẽ tử vong ở giai đoạn này. Thử nghiệm COU-AA 302[2], tiến hành nghiên cứu trên 1088 bệnh nhân mCRPC không hoặc có triệu chứng mức độ nhẹ và chưa điều trị hóa trị trước đó, kết quả cho thấy hiệu quả của abiraterone acetate (AAP) so với giả dược giúp cải thiện thời gian sống còn toàn bộ. Trong thực hành lâm sàng bệnh nhân mCRPC có đặc điểm đa dạng hơn so với thử nghiệm COU-AA 302. Nhiều bệnh nhân mCRPC có thể trạng kém, bệnh đồng mắc, triệu chứng đau xương mức độ trung bình-nặng hoặc di căn tạng không nằm trong đối tượng nghiên cứu của thử nghiệm COU-AA 302. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của AAP trên bệnh nhân mCRPC chưa hóa trị tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân UT TTL di căn kháng cắt tinh hoàn tại bệnh viện K từ 01/2014 đến 5/2023.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán kháng cắt tinh hoàn.
- Chưa dùng các phương pháp điều trị nào cho giai đoạn mCRPC trước đó (Docetaxel, Enzalutamide, Radium 223).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang,
- Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện.
- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: hồi cứu hồ sơ bệnh án sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu.
- Xử lý và phân tích số liệu: các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.
- Ước tính thời gian thất bại điều trị và thời gian sống còn toàn bộ theo phương pháp Kapan – Meier.
- Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống còn toàn bộ sử dụng phương pháp hồi qui Cox với độ tin cậy 95% ($p = 0,05$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

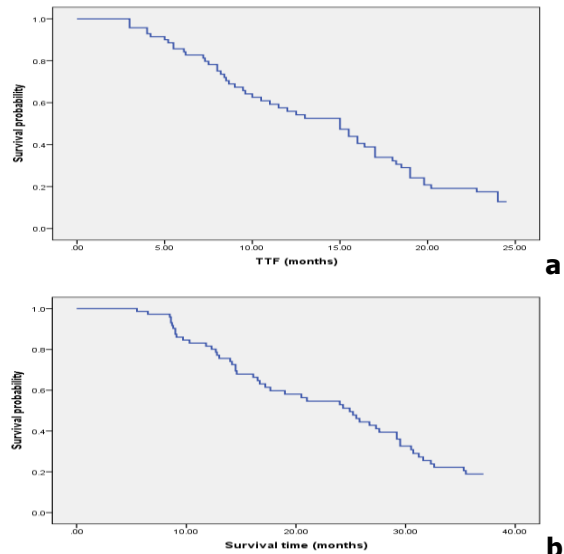
Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 65 bệnh nhân mCRPC điều trị bước một với AAP từ tháng 1/2014 đến tháng 5/2023 tại Bệnh viện K. Tại thời điểm phân tích kết quả sau 3 năm điều trị, không có bệnh nào dừng điều trị do tác dụng phụ của AAP, 2 bệnh nhân (3,1%) tiếp tục điều trị với AAP, 14 bệnh nhân (21,5%) còn sống. Sau khi thất bại với AAP, 40 bệnh nhân (61,5%) điều trị bước 2 với docetaxel và 10 bệnh nhân (15,4%) điều trị bước 3 với enzalutamide. 86,4% bệnh nhân điều trị với thuốc chống hủy xương (zoledronic acid hoặc denosumab).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

	N (%)
Tuổi trung vị (IQR)	70 (64-76)
Bệnh đồng mắc, n (%)	28 (43,1)
Tim mạch	23 (35,4)
Đáo tháo đường	6 (9,2)
Bệnh khác	4 (6,2)
Gleason n (%)	
< 8	14 (21,5)
≥ 8	51 (78,5)
Chẩn đoán ban đầu n (%)	
Tái phát	16 (24,6)
De novo	49 (75,4)
Thời gian từ khi ADT tới mCRPC (tháng), trung vị (IQR)	16,0(11,0-23,0)
ECOG PS n (%)	
0	18 (27,7)
1	31 (47,7)
≥ 2	16 (24,6)

BPI – SF n (%)	
BPI – SF 0-3	41 (63,1)
BPI – SF > 3	24 (36,9)
Di căn n (%)	
Di căn xương	57 (87,7)
Di căn hạch	25 (38,5)
Di căn tạng	11 (16,9)
PSA trung vị (IQR)	34,7(13,0-106,8)
Hemoglobing trung vị (IQR)	126,0(116-132)

Tuổi trung vị của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán mCRPC là 70 (IQR: 64-76), 43,1% bệnh nhân có bệnh đồng mắc trong đó bệnh tim mạch chiếm 35,4%. Tỷ lệ bệnh nhân de novo là 75,4%, Gleason ≥ 8 là 78,5%. Thời gian trung vị từ khi ADT đến mCRPC là 16,0 tháng (IQR: 11,0-23,0). Bệnh nhân có thể trạng ECOG PS ≥ 2 là 34,8%, bệnh nhân có triệu chứng đau BPS – SF > 3 là 36,9%. Tỷ lệ di căn xương, hạch, tạng lần lượt là 87,7%, 38,5%, 16,9%. PSA trung vị là 34,7 ng/ml (IQR: 13,0-106,8), hemoglobin trung vị là 126,0 g/l (IQR: 116-132).



Biểu đồ 1. (a) Thời gian thất bại điều trị và (b) thời gian sống còn toàn bộ

Bảng 2. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống còn toàn bộ

		N (%)	Univariate HR (95% CI), p-value	Multivariate HR (95% CI), p-value
Tuổi	< 70	33 (50,2)	2,595 (1,466-4,595) p = 0,001	1,253 (0,629-2,494) p = 0,512
	≥ 70	32(49,8)		
Thể trạng (PS)	0-1	49 (75,4)	2,764 (1,465-5,216) p = 0,002	1,707 (0,775-3,736) p = 0,715
	2-3	16 (24,6)		
Gleason	< 8	14 (21,5)	2,506 (1,209-5,197) p = 0,014	3,136 (1,373-7,136) p = 0,007
	≥ 8	51 (78,5)		
Mức độ đau (BPI-SF)	≤ 3	41 (63,1)	3,118 (1,817-5,701) p < 0,001	1,067 (0,522-2,184) p = 0,858
	> 3	24 (36,9)		
PSA	≤ 80	46 (70,1)	1,999 (1,097-3,642) p = 0,024	1,957 (0,906-4,227) p = 0,88
	> 80	19 (29,9)		
Di căn tạng	Không	54 (83,1)	3,355 (1,650-6,842) p = 0,001	2,735 (1,09-6,593) p = 0,032
	Có	11 (16,9)		
Chẩn đoán ban đầu	Tái phát	16 (24,6)	1,297 (0,689-2,440) p = 0,412	0,439 (0,217-1,123) p = 0,092
	De novo	49 (75,4)		
Thời gian từ khi ADT tới mCRPC	≥ 12 months	48 (73,8)	7,746 (3,728-16,098) p < 0,001	3,883 (1,556-9,441) p = 0,003
	< 12 months	17 (26,2)		
PSA đáp ứng	Đạt	48 (73,8)	11,002 (5,063-23,909) p < 0,001	6,425 (2,115-19,520) p = 0,001
	Không đạt	17 (26,2)		

Tỷ lệ bệnh nhân đạt PSA đáp ứng là 73,8%, PFS sinh hóa trung vị là 10,5 tháng (95% CI: 7,4-13,6), thời gian thất bại điều trị trung vị là

15,0 tháng (95% CI: 11,1-18,9), và thời gian sống còn toàn bộ trung vị là 24,9 tháng 95% CI: 18,9-30,9). Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian

sống còn toàn bộ là tuổi (≥ 70), thể trạng ECOG PS (≥ 2), điểm Gleason (≥ 8), triệu chứng đau xương BPI – SF (> 3), PSA (> 80), di căn tạng, de novo, thời gian từ khi ADT đến mCRPC (< 12 tháng), và không đạt PSA đáp ứng. Trong đó, điểm Gleason (≥ 8), di căn tạng, de novo, thời gian từ khi ADT đến mCRPC (< 12 tháng), và không đạt PSA đáp ứng là những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với thời gian sống còn toàn bộ (bảng 2).

Trong thời gian điều trị với AAP, triệu chứng thường gặp nhất là phù (23,1%), hạ kali máu có (15,4%), tăng huyết áp (10,7%), tăng enzyme AST/ALT (7,7%) và tăng đường huyết (7,7%). Đa số bệnh nhân có tác dụng phụ đều ở mức độ nhẹ - vừa, không có bệnh nhân nào phải dừng điều trị do tác dụng phụ của AAP.

IV. BÀN LUẬN

Thử nghiệm COU-AA 302 [2], tiến hành trên 1088 bệnh nhân mCRPC chưa điều trị hóa chất trước đó, thể trạng PS 0-1, không hoặc có triệu chứng đau mức độ nhẹ trên lâm sàng, không có bệnh lý tim mạch và không di căn tạng kết quả cho thấy hiệu quả của AAP giúp cải thiện tiên lượng bệnh so với placebo (OS 34,7 tháng so với 30,3 tháng). Tuy nhiên, thực tế lâm sàng cho thấy tại thời điểm chẩn đoán mCRPC bệnh nhân đặc điểm không đồng nhất. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm đa dạng hơn so với thử nghiệm COU – AA 302. Tuổi trung vị là 70 (IQR: 64-76), 35,4% bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, 75,4% bệnh nhân de novo, Gleason ≥ 8 là 78,5%, ECOG PS ≥ 2 là 24,6%, bệnh nhân có triệu chứng đau BPS – SF > 3 là 36,9%, và tỉ lệ bệnh nhân di căn tạng 16,9%. PSA trung vị là 34,7 ng/ml (IQR: 13,0-106,8), và hemoglobin trung vị là 126,0 g/l (IQR: 116-132). Nghiên cứu của chúng tôi, PSA đáp ứng là 73,8% cao hơn so với thử nghiệm COU – AA 302 (62%) nhưng PFS sinh hóa trung vị thấp hơn với so với thử nghiệm COU – AA 302 (10,5 tháng (95% CI: 7,4-13,6) so với 11,1 tháng).

Theo Prostate Cancer Clinical Trials Working Group 3 (PCWG3), đánh giá tiến triển của tổn thương di căn xương trên xạ hình xương theo quy tắc 2+2. Tuy nhiên, điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam thường đánh giá tổn thương di căn xương không đầy đủ. Ngoài ra, kết quả thử nghiệm COU – AA 302 [2] cho thấy, 38% bệnh nhân mặc dù tiến triển lâm sàng nhưng không có bằng chứng tiến triển trên hình ảnh. Vì vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá TTF (TTF là thời gian điều trị cho đến khi có 2 trong 3

yếu tố tiến triển là tiến triển sinh hóa, tiến triển hình ảnh, tiến triển lâm sàng). Kết quả cho thấy, TTF trung vị đạt 15,0 tháng (95% CI: 11,1-18,9) cao hơn so với kết quả thử nghiệm COU – AA 302 [2] với TTF trung vị 13,8 tháng và các nghiên cứu đời thực khác (10,0 tháng và 6,8 tháng) [3], [4].

Trong thử nghiệm COU – AA 302 [2], 67% bệnh nhân sau thất bại với AAP tiếp tục điều trị bước hai, trong đó chủ yếu là docetaxel (48%) và tỉ lệ bệnh nhân điều trị bước 3 là 36%. Kết quả cho thấy, bệnh nhân mCRPC sau thất bại với AAP điều trị bước hai với docetaxel giúp cải thiện tiên lượng so với điều trị triệu chứng. Nghiên cứu của chúng tôi, sau thất bại với AAP, 40 bệnh nhân (61,5%) điều trị bước 2 với docetaxel và 10 bệnh nhân (15,4%) điều trị bước 3 với enzalutamide. Kết quả cho thấy, OS trung vị là 24,9 tháng (95% CI: 18,9-30,9) tương đồng với các nghiên cứu đời thực khác (27,1 tháng và 23,7 tháng) [4] nhưng thấp hơn so với kết quả thử nghiệm COU – AA 302 với OS trung vị 34,7.

Kết quả từ thử nghiệm COU – AA 302 [2] và các nghiên cứu đời thực cho thấy đặc điểm bệnh nhân mCRPC bao gồm [5], [6] tuổi, điểm Gleason, thể trạng (PS), đặc điểm di căn, giá trị PSA, PSA đáp ứng là những yếu tố có giá trị tiên lượng OS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi (≥ 70), điểm Gleason (≥ 8), thể trạng (PS ≥ 2) triệu chứng đau (BPI – SF > 3), PSA (> 80), di căn tạng, de novo, thời gian từ khi điều trị ADT đến mCRPC (< 12 tháng), không đạt PSA đáp ứng là những yếu tố giá trị tiên lượng OS ($p < 0,05$). Tuy nhiên, kết quả phân tích đa biến cho thấy chỉ có điểm Gleason (≥ 8), di căn tạng, thời gian từ khi điều trị ADT đến mCRPC (< 12 tháng), không đạt PSA đáp ứng là những yếu tố tiên lượng độc lập với OS.

Kết quả từ thử nghiệm CHAARTED cho thấy [7], bệnh nhân "tái phát" được điều trị triệt căn tại thời điểm chẩn đoán có OS tốt hơn so với nhóm bệnh nhân de novo. Nghiên cứu của Mikifumi Koura và cộng sự [8], 28,4% bệnh nhân được điều trị triệt căn tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, Kết quả cho thấy OS cải thiện ở nhóm bệnh nhân "tái phát" so với nhóm bệnh nhân de novo (HR 0,56, 95% CI: 0,33–0,93). Nghiên cứu của chúng tôi, 24,6% bệnh nhân "tái phát", tuy nhiên OS khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân de novo ($p = 0,092$).

Abiraterone acetate ức chế CYP-17OH làm tăng tổng hợp mineralocorticoid gây giữ muối giữ nước, hạ kali máu, làm tăng huyết áp, phù, tăng các biến cố tim mạch. Ngoài ra, AAP còn chuyển

hóa qua gan có thể gây tăng enzyme gan thường gặp trong 3 tháng đầu. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân gặp tác dụng phụ do AAP thấp hơn so với thử nghiệm COU – AA 302, triệu chứng phù thường gặp nhất (23,1%), hạ kali máu có (15,4%), tăng huyết áp (10,7%), tăng men gan (7,7%) và tăng đường huyết (7,7%). Đa số bệnh nhân có tác dụng phụ đều ở mức độ nhẹ - vừa, không có bệnh nhân nào phải dừng điều trị do tác dụng phụ của AA.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 65 bệnh nhân mCRPC với đặc điểm đa hơn so với thử nghiệm COU – AA 302. Kết quả cho thấy, AAP dung nạp tốt và hiệu quả trên bệnh nhân mCRPC với TTF trung vị là 15,0 tháng và OS trung vị là 24,9 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** <<http://gco.iarc.fr/today/home>>, accessed: 05/08/2023.
2. **Ryan C.J., Smith M.R., De Bono J.S. và cộng sự.** (2013). Abiraterone in Metastatic Prostate Cancer without Previous Chemotherapy. *N Engl J Med*, 368(2), 138–148.
3. **Boegemann M., Khaksar S., Bera G. và cộng sự.** (2019). Abiraterone acetate plus prednisone for the Management of Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC) without prior use of chemotherapy: report from a large, international, real-world retrospective cohort study. *BMC Cancer*, 19(1), 60.
4. **Pilon D., Behl A.S., Ellis L.A. và cộng sự.** (2017). Duration of Treatment in Prostate Cancer Patients Treated with Abiraterone Acetate or Enzalutamide. *J Manag Care Spec Pharm*, 23(2), 225–235.
5. **Alvim C.M., Mansinho A., Paiva R.S. và cộng sự.** Prognostic factors for patients treated with abiraterone. *Future Sci OA*, 6(2), FSO436.
6. **Tseng C.-S., Yang J.-H., Huang S.-W. và cộng sự.** (2023). Survival outcomes and prognostic factors for first-line abiraterone acetate or enzalutamide in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer. *BMC Cancer*, 23, 568.
7. **Sweeney C.J., Chen Y.-H., Carducci M. và cộng sự.** (2015). Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med*, 373(8), 737–746.
8. **Koura M., Shiota M., Ueda S. và cộng sự.** (2021). Prognostic impact of prior local therapy in castration-resistant prostate cancer. *Jpn J Clin Oncol*, 51(7), 1142–1148.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG COVID-19 Kéo DÀI TẠI PHÒNG KHÁM HỒ HẤP - BỆNH VIỆN TÂM ANH

Nguyễn Văn Ngân¹, Phan Thu Phương¹,
Ngô Quý Châu², Chu Thị Hạnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: COVID-19 là đại dịch toàn cầu gây tổn hại nặng nề cho tính mạng, sức khỏe con người. Một số người sau khi khỏi bệnh COVID-19 xuất hiện các triệu chứng dai dẳng hoặc mới kéo dài hàng tuần hoặc hàng tháng được gọi là "COVID kéo dài". Các nghiên cứu trên thế giới báo cáo tỷ lệ COVID-19 kéo dài dao động từ 10 – 30% và có thể kéo dài trên 1 năm. Hiện nay, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân có triệu chứng COVID-19 kéo dài. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân COVID-19 kéo dài.
Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có triệu chứng COVID-19 kéo dài.
Đối tượng và Phương pháp: Mô tả cắt ngang 172 bệnh

nhân COVID-19 kéo dài tại phòng khám khoa Hô hấp - Bệnh viện Tâm Anh từ 2/2022 đến 10/2022. **Kết quả:**

1. Lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng COVID-19 kéo dài hay gặp: mệt mỏi (57%), khó thở, hụt hơi (51,2%), ho (43,6%), đau ngực (27,3%), mất ngủ (25%) và rối loạn tập trung hay giảm khả năng tập trung, chú ý (25,3%). **2. Cận lâm sàng:** Xét nghiệm máu: AST > 40 U/l (2,9%), ALT > 40U/l (4,1%), CRP > 0,5 mg/dl (10,1%), Ferritin >300 ng/ml (19,6%), D-dimer > 0,5 µg FEU/ml (9,9%). X-quang tim phổi (n=152): Dày thành phế quản (13,2%) đồng đặc (3,9%), kính mờ (3,9%), nốt mờ (2,6%). Chụp CT ngực (n= 56): dài xơ, dài mờ nhu mô (37,5%), giãn và dày thành phế quản (33,9%), kính mờ (21,4%), nốt mờ (19,6%) và đồng đặc (10,7%), xơ phổi (8,9%); Chức năng thông khí: 18,02% hướng tới rối loạn thông khí hạn chế, 5,81% rối loạn thông khí tắc nghẽn; Test đi bộ 6 phút (n = 93): 87,1% giảm quãng đường đi được sau test, quãng đường đi được trung bình: 468,05 ± 61,12 (m). **Kết luận:** COVID-19 kéo dài là bệnh lý biểu hiện đa cơ quan gây ra các vấn đề sức khỏe dai dẳng. Các triệu chứng thường gặp: Mệt mỏi, khó thở, hụt hơi, giảm quãng đường đi được sau test đi bộ 6 phút... Cần theo dõi và quản lý lâu dài các bệnh nhân có triệu chứng COVID-19 kéo dài.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ngân

Email: nguyenvannhan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 14.9.2023