nghiên cứu giúp chúng tôi bước đầu có góc nhìn thực tế về hiệu quả của thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch trong UTCTC giai đoạn di căn. Đặc biệt, dù chỉ số CPS chỉ là 2%, bệnh nhân này của chúng tôi vẫn đạt được đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Vào đầu tháng 6 vừa qua, tại hội nghị ASCO 2023, nghiên cứu KEYNOTE-826 đã cập nhật kết quả sống thêm toàn bộ sau thời gian theo dõi trung vị 39,1 tháng. Trong nhóm bệnh nhân có điểm CPS ≥1, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 28,6 tháng ở nhóm Pembrolizumab và 16,5 tháng ở nhóm giả dược (HR=0,60; 95% CI, 0,49-0,74). Kết quả này càng củng cố vững chắc hiệu quả của thuốc miễn dịch này trong điều trị bước đầu UTCTC giai đoạn tái phát, di căn.[9]

IV. KẾT LUẬN

Ca lâm sàng của chúng tôi bàn về một trường hợp ung thư cổ tử cung giai đoạn FIGO IVB được điều trị bằng phác đồ hóa chất bộ đôi Paclitaxel-Cisplatin kết hợp thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch Pembrolizumab và thuốc kháng sinh mạch Bevacizumab đạt được đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Ca bệnh này cho thấy việc cập nhật ứng dụng các tiến bộ mới trong y học phù hợp với hoàn cảnh, điều kiện Việt Nam sẽ giúp tối ưu hoá lợi ích điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **LaVigne AW, Triedman SA, Randall TC, Trimble EL, Viswanathan AN.** Cervical cancer in low and middle income countries: Addressing barriers to radiotherapy delivery. Gynecol Oncol Rep. 2017;22:16-20.
2. **https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf**
3. **Colombo N, Dubot C, Lorusso D, et al.** Pembrolizumab for Persistent, Recurrent, or Metastatic Cervical Cancer. N Engl J Med. 2021;385(20):1856-1867.
4. **Long HJ, Bundy BN, Grendys EC, et al.** Randomized phase III trial of cisplatin with or without topotecan in carcinoma of the uterine cervix: a Gynecologic Oncology Group Study. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 2005;23(21):4626-4633.
5. **Moore DH, Blessing JA, McQuellon RP, et al.** Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 2004;22(15):3113-3119.
6. **Monk BJ, Sill MW, McMeekin DS, et al.** Phase III Trial of Four Cisplatin-Containing Doublet Combinations in Stage IVB, Recurrent, or Persistent Cervical Carcinoma: A Gynecologic Oncology Group Study. J Clin Oncol. 2009; 27(28):4649-4655.
7. **https://www.keytruda.com/how-does-keytruda-work/**
8. **Research C for DE and FDA approves pembrolizumab combination for the first-line treatment of cervical cancer.** FDA. Published online January 31, 2022.
9. **Tewari KS, Sill MW, Penson RT, et al.** Final Overall Survival of the Phase III Randomised Trial of Chemotherapy with and without Bevacizumab for Advanced Cervical Cancer: An NRG Oncology/Gynecologic Oncology Group Study. Lancet Lond Engl. 2017;390(10103):1654-1663.

THỜI GIAN SỐNG CÒN TOÀN BỘ CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN DI CĂN ĐIỀU TRỊ TUẦN TỰ VỚI LIỆU PHÁP ADT VÀ ADT KẾT HỢP ABIRATERONE ACETATE

Đỗ Anh Tú[1], Nguyễn Đình Lợi[2]

TÓM TẮT

Tổng quan: Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá thời gian sống còn toàn bộ của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn (mPCa) được điều trị tuần tự ADT và ADT kết hợp Abiraterone acetate (AAP). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên bệnh nhân mPCa điều trị tuần tự ADT và ADT kết hợp AAP tại bệnh viện K từ tháng 1/2014 đến 5/2023. Ước tính thời gian 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). **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu trên 65 bệnh nhân cho thấy, tuổi trung vị là 67 tuổi (khoảng tứ phân vị [IQR]: 62–74). Tỉ lệ bệnh nhân de novo là 75,4%, Gleason ≥ 8 là 78,5%, và ECOG PS ≥ 2 là 24,6%. Tỉ lệ bệnh nhân có gánh nặng khối u cao là (high burden) là 46,2%. PSA trung vị là 150,6 ng/ml (IQR:41,6-292,2). Thời gian sống còn toàn bộ trung vị là 44,5 tháng (95%CI: 37,5-51,5) và tỉ lệ bệnh nhân còn sống sau 5 năm là 20%. Tuổi (≥ 70), thể trạng (PS ≥ 2), điểm Gleason (≥ 8), chẩn đoán ban đầu (de

[1]*Bệnh viện K*
[2]*Trường đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú
Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.9.2023
Ngày duyệt bài: 5.10.2023

novo) là những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với OS (p < 0,05). **Kết luận:** Thời gian sống còn toàn bộ trung vị là 44,5 tháng (95%CI: 37,5-51,5). Tỉ lệ bệnh nhân còn sống sau 5 năm là 20%.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn (mPCa), ADT, ADT kết hợp Abiraterone acetate, thời gian sống còn toàn bộ.

SUMMARY

OVERALL SURVIVAL OUTCOME IN METASTATIC PROSTATE CANCER TREATED WITH SEQUENTIAL ADT AND ADT PLUS ABIRATERONE ACETATE

Background: Our study evaluated the overall survival of patients with metastatic prostate cancer (mPCa) receiving sequential ADT and ADT plus Abiraterone acetate (AAP). **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 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. The median age was 67 years (interquartile range [IQR]: 62–74). The rate of patients de novo was 75,4%, Gleason ≥ 8 was 78,5%, and ECOG PS ≥ 2 was 24,6%. The rate of patients with high burden was 46,2%. The median PSA was 150,6 ng/ml (IQR: 41,6-292,2). The median overall survival was 44,5 months (95% CI: 37,5-51,5) and the 5-year survival rate was 20%. Age (≥ 70), ECOG PS (PS ≥ 2), Gleason score (≥ 8), de novo were factors with independent prognostic value for OS (p < 0,05). **Conclusion:** The median overall survival was 44,5 months (95% CI: 37,5-51,5) and the 5-year survival rate was 20%.

Keywords: Metastatic prostate cancer (mPCa), ADT, ADT plus 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. Ung thư tuyến tiền liệt là bệnh có tiên lượng tốt nếu được được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn sớm. Tại Mỹ, đa số bệnh nhân UT TTL được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, chỉ có 8% bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn di căn và do đó tỉ lệ sống sau 5 năm của bệnh nhân UT TTL đạt 98%. Tuy nhiên, nếu bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn thì tỉ lệ sống sau 5 năm giảm đáng kể, khoảng 34% [2]. 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 "xương sống" trong điều trị mPCa, 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 [3], tiến hành nghiên cứu trên 1088 bệnh nhân mCRPC, kết quả cho thấy hiệu quả của AAP so với giả dược giúp cải thiện thời gian sống còn toàn bộ. Gần đây, kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy ADT kết hợp với các thuốc nội tiết thế hệ mới hoặc/ và docetxel giúp cải thiện thời sống còn toàn bộ trên bệnh nhân UT TTL di căn nhạy nội tiết (mHSPC) có gánh nặng khối u lớn (high burden) so với điều trị tiêu chuẩn (SOC). Tại Việt Nam, đa số bệnh nhân UT TTL giai đoạn di căn được điều trị tuần tự ADT và ADT kết hợp AAP hoặc docetaxel. Do vây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá thời gian sống còn toàn bộ của bệnh nhân mPCa điều trị tuần tự ADT và ADT kết hợp AAP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân UT TTL giai đoạn di căn sau thất bại với ADT được điều trị bước 2 với AAP, tại bệnh viện K từ 01/2014 đến 5/2023.

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 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

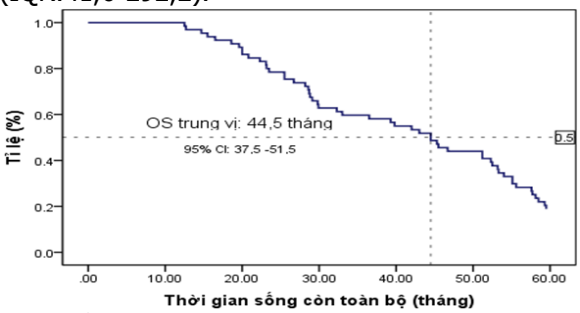
Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành thu thập bệnh nhân từ tháng 1/2014 đến tháng 5/2023 tại Bệnh viện K. Kết quả nghiên cứu trên 65 bệnh nhân UT TTL giai đoạn di căn được điều trị tuần tự với ADT đơn thuần và ADT kết hợp AAP. Tại thời điểm phân tích kết quả sau 5 năm điều trị, 2 bệnh nhân (3,1%) tiếp tục điều trị với

AAP, 13 bệnh nhân (20,0%) còn sống. Sau khi thất bại với AAP, 40 bệnh nhân (61,5%) điều trị bước 3 với docetaxel và 10 bệnh nhân (15,4%) điều trị bước 4 với enzalutamide. Đa số bệnh nhân điều trị với thuốc chống hủy xương zoledronic acid hoặc denosumab (86,4%).

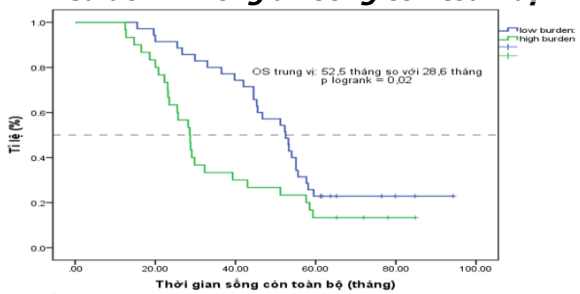
Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán mPCa

	N (%)
Tuổi trung vị (IQR)	67 (62-74)
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)
ECOG PS n (%)	
0	18 (27,7)
1	31 (47,7)
≥ 2	16 (24,6)
Di căn n (%)	
Di căn xương	55 (84,6)
Di căn hạch	23 (35,4)
Di căn tạng	9 (13,8)
Gánh nặng khối u n (%)	
Thấp	35 (53,8)
Cao	30 (46,2)
PSA trung vị (IQR)	150,6 (41,6-292,2)

Tuổi trung vị của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán UT TTL giai đoạn di căn là 67 (IQR: 62-74), 43,1% bệnh nhân có bệnh đồng mắc trong đó bệnh tim mạch chiếm 35,4%. Tỉ lệ bệnh nhân de novo là 75,4%, Gleason ≥ 8 là 78,5%. Bệnh nhân có thể trạng ECOG PS ≥ 2 là 24,6%. Tỉ lệ di căn xương, hạch, tạng lần lượt là 84,6%, 35,4% và 13,8%. Tỉ lệ bệnh nhân có high burden là 46,2%. PSA trung vị là 150,6 ng/ml (IQR:41,6-292,2).



Biểu đồ 1. Thời gian sống còn toàn bộ



Biểu đồ 2. Thời gian sống còn toàn bộ theo phân nhóm gánh nặng khối u

Bảng 2. 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	42 (64,6)		
	≥ 70	23 (35,4)	2,569 (1,444-4,669)	1,987 (1,047-3,772)
			p = 0,001	p = 0,036
Thể trạng (PS)	0-1	49 (75,4)		
	2-3	16 (24,6)	3,509 (1,857-6,631)	3,109 (1,545-6,256)
			p < 0,001	p = 0,001
Gleason	< 8	14 (21,5)		
	≥ 8	51 (78,5)	3,786 (1,684-8,510)	2,440 (1,072-5,558)
			p = 0,001	p = 0,034
Chẩn đoán ban đầu	Tái phát	16 (24,6)		
	De novo	49 (75,4)	2,577 (1,248-5,321)	2,286 (1,048-4,984)
			p = 0,011	p = 0,038
Bệnh tim mạch	Không	41 (64,6)		
	Có	23 (35,4)	1,175 (0,672-2,056)	1,404 (0,754-2,614)
			p = 0,572	p = 0,285
PSA	≤ 150	32 (49,2)		
	> 150	33 (50,8)	1,293 (0,794-2,232)	0,921 (0,520-1,631)
			p = 0,357	p = 0,777

Gánh nặng khối u	Thấp	35 (53,8)		
	Cao	30 (46,2)	1,820 (1,050-3,155)	1,641 (0,874-3,080)
			p = 0,033	p = 0,123

Thời gian sống còn toàn bộ trung vị là 44,5 tháng (95%CI: 37,5-51,5). Các yếu tố ảnh hưởng đến OS là tuổi (≥ 70), thể trạng (PS ≥ 2), điểm Gleason (≥ 8), de novo và high burden. Trong đó, tuổi (≥ 70), thể trạng (PS ≥ 2), điểm Gleason (≥ 8), de novo là những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với OS (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Liệu pháp ADT là phương pháp "xương sống" trong điều trị mPCa, tuy nhiên sau khoảng 18-24 tháng bệnh sẽ tiến triển tới giai đoạn mCRPC. Tại Việt Nam, đa số bệnh nhân mPCa được điều trị tuần tự ADT đơn thuần và ADT kết hợp AAP hoặc docetaxel. Nghiên cứu của chúng tôi, tiến hành trên 65 bệnh nhân mPCa điều trị tuần tự ADT đơn thuần và ADT kết hợp AAP có nhiều đặc điểm tương đồng với với nhóm bệnh nhân điều trị SOC trong thử nghiệm STAMPEDE nhánh G [4]. Tuổi trung vị của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán mPCa là 67 (IQR: 62-74), 43,1% bệnh nhân có bệnh đồng mắc trong đó bệnh tim mạch chiếm 35,4%, Gleason ≥ 8 là 78,5% và thể trạng ECOG PS ≥ 2 là 24,6%. Tỉ lệ di căn xương, hạch, tạng lần lượt là 84,6%, 35,4%, 13,8% và tỉ lệ bệnh nhân high burden là 46,2%. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có PSA trung vị cao hơn (150,6 ng/ml [IQR:41,6-292,2] so với 97,2 ng/ml [IQR: 26,0-358]) và tỉ lệ bệnh nhân de novo thấp hơn (75,4% so với 95%). Trong thử nghiệm STAMPEDE [4], OS trung vị ở nhóm bệnh nhân SOC là 45,0 tháng (95% CI: 25-92) và tỉ lệ bệnh nhân còn sống sau 5 năm là 41%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả thấp hơn với OS trung vị là 44,5 tháng (95%CI: 37,5-51,5) và tỉ lệ bệnh nhân còn sống sau 5 năm là 20%. Tuy nhiên, kết quả cho thấy OS không đồng nhất giữa các nhóm bệnh nhân.

Gánh nặng sức khỏe cộng đồng của điều trị UT TTL ở người cao tuổi cả giai đoạn sớm lẫn giai đoạn tiến triển ngày càng gia tăng trong những thập kỉ tới. Theo nghiên cứu của Michael R Humphreys và cộng sự [5], tuổi chẩn đoán ban đầu có giá trị tiên lượng thời gian sống còn toàn bộ, trong đó nhóm tuổi < 55 và > 75 là hai nhóm tuổi có OS ngắn nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, OS của nhóm bệnh nhân < 70 tuổi có tiên lượng tốt hơn so với nhóm bệnh nhân ≥ 70 và kết quả phân tích đa biến cho thấy tuổi là yếu tố tiên lượng độc lập với OS (p < 0,05).

Trong điều trị ung thư nói chung và điều trị UT TTL nói riêng, thể trạng là yếu tố quan trọng trong lựa chọn liệu pháp điều trị và ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị. Kết quả từ thử nghiệm STAMPEDE cho thấy [4], nhóm bệnh nhân thể trạng PS 0 có OS lớn hơn so với nhóm bệnh nhân có PS 1-2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, OS của nhóm bệnh nhân PS 0-1 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân PS ≥ 2 và là yếu tiên lượng độc lập với OS (p < 0,05).

Điểm Gleason được đánh giá trên mô bệnh học bệnh phẩm sinh thiết khối u tuyến tiền liệt, dựa trên đặc điểm cấu trúc của tế bào ung thư và tương quan chặt chẽ với những đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Phân nhóm Gleason liên quan chặt chẽ đến mức độ biểu hiện các triệu chứng lâm sàng, độ ác tính, thời gian đến khi tiến triển và khả năng sống thêm của bệnh nhân UT TTL. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân với điểm Gleason < 8 có OS cao hơn so với nhóm bệnh nhân Gleason ≥ 8. Kết quả phân tích đa biến cho thấy điểm Gleason là yếu tố tiên lượng độc lập với OS (p < 0,05).

Tại Mỹ, đa số bệnh nhân UT TTL được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, chỉ có 8% bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn di căn và tỉ lệ sống sau 5 năm của bệnh nhân UT TTL giai đoạn sớm đạt gần 100%. Tuy nhiên, nếu bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn thì tỉ lệ sống sau 5 năm giảm đáng kể, khoảng 34%. Khi bệnh ở giai đoạn di căn thì nhóm bệnh nhân giai đoạn sớm được điều trị triệt căn tại thời điểm chẩn đoán ban đầu cũng có tiên lượng tốt hơn nhóm bênh nhân de novo. Kết quả từ thử nghiệm CHAARTED cho thấy [6], bệnh nhân "tái phát" được điều trị triệt căn tại thời điểm chẩn đoán có OS trung vị cao hơn so với nhóm bệnh nhân de novo . Nghiên cứu của Mikifumi Koura và cộng sự [7], 28,4% bệnh nhân được điều trị triệt căn tại thời điểm chẩn đoán ban đầu. Kết quả cho thấy OS cao hơn ở nhóm bệnh nhân "tái phát" so với nhóm bệnh nhân de novo. Nghiên cứu của chúng tôi, 24,6% bệnh nhân "tái phát" với OS cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân de novo. Kết quả phân tích đa biến cho thấy điểm giai đoạn chẩn đoán ban đầu là yếu tố tiên lượng độc lập với OS (p < 0,05).

Gần đây, kết quả của các thử nghiệm CHAARTED [6], STAMPEDE [4], và PEACE -1 [8] cho thấy, hiệu quả của liệu pháp ADT kết hợp AAP và/ hoặc docetaxel giúp cải thiện tiên lượng sống còn toàn bộ ở nhóm bệnh nhân high

burden mHSPC so với điều trị ADT đơn thuần. Kết quả thử nghiệm STAMPEDE trên nhánh bệnh nhân SOC cho thấy, tỉ lệ sống sau 5 năm ở nhóm bệnh nhân low burden cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân high burden (55% và 28%). Khi so sánh OS giữa hai nhóm bệnh high burden (ADT + AAP và SOC), kết quả cho thấy AAP giúp giảm 46% tỉ lệ tử vong so với nhóm bệnh nhân SOC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, OS trung vị của nhóm bệnh nhân low burden cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân high burden (55,2 tháng so với 26,8 tháng, p logrank = 0,02). Từ kết quả của các thử nghiệm pha III và kết quả trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng nhóm bệnh nhân high burden có tiên lượng xấu hơn so với nhóm bệnh nhân low burden và AAP giúp cải thiện OS đối với bệnh nhân high burden.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 65 bệnh nhân mPCa điều trị tuần tự với liệu pháp ADT và ADT kết hợp AAP. Kết quả cho thấy, OS trung vị là 44,5 tháng (95%CI: 37,5-51,5), tỉ lệ bệnh nhân còn sống sau 5 năm là 20%. Tuổi (≥ 70), thể trạng (PS ≥ 2), điểm Gleason (≥ 8), chẩn đoán ban đầu (de novo) là những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với OS (p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** <http://gco.iarc.fr/today/home>, accessed: 05/08/2023.
2. **Cancer of the Prostate - Cancer Stat Facts.** SEER, <https://seer.cancer.gov/statfacts/ html /prost.html>, accessed: 05/08/2023.
3. **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.
4. **James N.D., Clarke N.W., Cook A. và cộng sự.** (2022). Abiraterone acetate plus prednisolone for metastatic patients starting hormone therapy: 5-year follow-up results from the STAMPEDE randomised trial (NCT00268476). Int J Cancer, 151(3), 422–434.
5. **Humphreys M.R., Fernandes K.A., và Sridhar S.S.** (2013). Impact of Age at Diagnosis on Outcomes in Men with Castrate-Resistant Prostate Cancer (CRPC). J Cancer, 4(4), 304–314.
6. **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.
7. **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.
8. **Abiraterone plus prednisone added to androgen deprivation therapy and docetaxel in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1):** a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study with a 2 × 2 factorial design - The Lancet.

ĐÁNH GIÁ HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG THEO THANG ĐIỂM SEGA Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI BỊ ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC GIANG

Lương Thị Thanh[1], Trần Viết Lực[2,3], Phạm Thắng[3,4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng của hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi bị đột quỵ nhồi máu não cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 197 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp, nhập viện trong vòng 72 giờ từ khi khởi phát triệu chứng, điều trị tại bệnh viện Đa khoa Bắc Giang. Tình trạng HCDBTT được đánh giá bằng thang điểm SEGA. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 77,9±9,0, nữ giới chiếm 53,6% và chủ yếu tới từ nông thôn (74,6%). Dưa theo thang điểm SEGA, tỉ lệ bệnh nhân có HCDBTT là 86,3% (28,9% có HCDBTT nhẹ và 57,4% có HCDBTT nặng). Chưa phát hiện mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa HCDBTT với phương pháp điều trị. Giới nữ, tuổi cao, BMI thấp, nhiều bệnh lý nền, mức độ đột quỵ nặng hơn (điểm NIHSS cao hơn) và thời gian nằm viện dài hơn liên quan có ý nghĩa với tình trạng HCDBTT nặng hơn. **Kết luận:** Tỉ lệ HCDBTT ở bệnh nhân cao tuổi bị đột quỵ nhồi máu não cấp tại bệnh viện đa khoa Bắc Giang là tương đối cao. HCDBTT liên quan tới tuổi, giới, BMI, bệnh đồng mắc, mức độ đột quỵ và thời gian nằm viện dài. Tầm soát sớm và có những biện pháp điều trị/chăm sóc kịp thời với những bệnh nhân mắc HCDBTT là cần thiết.

Từ khóa: đột quỵ nhồi máu não cấp, hội chứng dễ bị tổn thương, SEGA

[1]*Bệnh viện Đa khoa Bắc Giang*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[3]*Bệnh viện Lão khoa Trung ương*
[4]*Hội Lão Khoa Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Thanh
Email: luongthanh100680@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.8.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023
Ngày duyệt bài: 5.10.2023