

kinh tế cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mạn tính cải thiện được triệu chứng đau.

## V. KẾT LUẬN

Bơm rửa tuyến nước bọt bằng nước muối sinh lý là một liệu pháp điều trị đơn giản, hiệu quả, giảm đau tốt, an toàn cho bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mạn tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nahlieli O, Bar T, Shacham R, Eliav E, Hecht-Nakar L.** Management of chronic recurrent parotitis: current therapy. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.* Sep 2004;62(9):1150-5. doi:10.1016/j.joms.2004.05.116
2. **Wilson KF, Meier JD, Ward PD.** Salivary gland disorders. *American family physician.* Jun 1 2014; 89(11):882-8.
3. **Cascarini L, McGurk M.** Epidemiology of salivary gland infections. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America.* Aug 2009;21(3):353-7. doi:10.1016/j.coms.2009.05.004
4. **Nahlieli O, Bar T Fau - Shacham R, Shacham R Fau - Eliav E, Eliav E Fau - Hecht-Nakar L, Hecht-Nakar L.** Management of chronic recurrent parotitis: current therapy. (0278-2391 (Print))
5. **Eisenbud L, Cranin N.** The role of sialography in the diagnosis and therapy of chronic obstructive sialadenitis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology.* 1963/10/01/ 1963;16(10):1181-1199. doi:https://doi.org/10.1016/0030-4220(63)90339-6
6. **Drage NA, Brown Je Fau - Wilson RF, Wilson RF.** Pain and swelling after sialography: is it a significant problem? (1079-2104 (Print))
7. **Antoniades D, Harrison JD, Epivatianos A, Papanayotou P.** Treatment of chronic sialadenitis by intraductal penicillin or saline. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.* Apr 2004;62(4):431-4. doi:10.1016/j.joms.2003.07.007
8. **Pace CG, Hwang KG, Papadaki M, Troulis MJ.** Interventional sialoendoscopy for treatment of obstructive sialadenitis. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.* Nov 2014;72(11):2157-66. doi:10.1016/j.joms.2014.06.438
9. **Hawker GA, Mian S Fau - Kendzerska T, Kendzerska T Fau - French M, French M.** Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). (2151-4658 (Electronic))
10. **Lee C, Kim JE, Huh KH, et al.** Therapeutic effect of intraductal irrigation of the salivary gland: A technical report. *Imaging science in dentistry.* Jun 2017;47(2):123-127. doi:10.5624/isd.2017.47.2.123

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHÁNG CẮT TINH HOÀN TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú<sup>1</sup>, Dương Thị Lệ<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Ung thư tuyến tiền liệt đạt tỷ lệ đáp ứng ban đầu lên tới 80%, nhưng cuối cùng hầu như tất cả bệnh nhân đều tiến triển đến giai đoạn kháng cắt tinh hoàn (testosterol <50ng/dl). **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn điều trị tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán kháng cắt tinh hoàn. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán CRPC là 66.4 ± 8.7 với triệu chứng lâm sàng thường

gặp nhất là đau xương (64,5%). Xương, xương chậu và xương cột sống, là vị trí di căn phổ biến nhất tại thời điểm chẩn đoán CRPC (77,4%). Điểm Gleason của bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu là 9-10 điểm. **Kết luận:** Xương là vị trí di căn phổ biến nhất tại thời điểm chẩn đoán CRPC. **Từ khóa:** Kháng cắt tinh hoàn, Ung thư tuyến tiền liệt.

### SUMMARY

#### STUDYING ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER PATIENTS IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Prostate cancer achieves an initial response rate of up to 80%, but eventually almost all patients progress to the castration-resistant stage (testosterol <50 ng/dl). **Purpose:** To Describe some clinical and paraclinical characteristics of patients with castration-resistant prostate cancer treated in Vietnam National Cancer Hospital. **Methods:** Record the clinical and laboratory characteristics of prostate cancer patients diagnosed resistant to orchiectomy. **Results:** The

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 15.11.2023

mean age of the patients at the CRPC diagnosis was  $66.4 \pm 8.7$ , with the most common clinical symptom being bone pain (64.5%). Bone, pelvis and vertebral column, was the most common site of metastasis at the CRPC diagnosis (77.4%). The Gleason score of the patients participating in the study was mainly 9-10 scores. **Conclusion:** Bone metastasis is the most common of patients with the CRPC diagnosis.

**Keywords:** Castration-resistant, Prostate cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là một trong những bệnh có mối quan hệ giữa tuổi và tỉ lệ mắc mạnh mẽ hơn bất kỳ bệnh ác tính nào khác. UTTTL là ung thư thường gặp thứ hai ở nam giới. Năm 2018, trên toàn thế giới, ước tính có 1.3 triệu nam giới được chẩn đoán mắc bệnh UTTTL, chiếm 13.5% tổng số các trường hợp mắc mới ung thư, đồng thời là nguyên nhân tử vong thứ năm do ung thư ở nam giới, chiếm 6.7% [1]. Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn sớm có thể hoàn toàn không có biểu hiện lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán. Chẩn đoán và điều trị UTTTL đã có nhiều tiến bộ với việc phát hiện ra kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA). Androgen có vai trò quan trọng trong sinh bệnh học của UTTTL và điều trị triệt tiêu androgen (ADT) là xương sống trong điều trị UTTTL tiến triển. Mặc dù tỷ lệ đáp ứng ban đầu lên tới 80% [2], nhưng cuối cùng hầu như tất cả bệnh nhân đều tiến triển đến giai đoạn kháng cắt tinh hoàn (CRPC), được định nghĩa là sự tiến triển của ung thư tuyến tiền liệt mặc dù testosterone ở mức cắt tinh hoàn ( $<50\text{ng/dl}$ ).

Tại bệnh viện K, điều trị ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn bằng phác đồ docetaxel – prednisolone đã được áp dụng từ lâu. Tuy nhiên, cho tới nay còn ít thống kê về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân có UTTTL kháng cắt tinh hoàn nên chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn điều trị tại Bệnh viện K.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân UTTTL giai đoạn kháng cắt tinh hoàn được điều trị tại Bệnh viện K.

### \* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến tiền liệt, đã được điều trị ADT. Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn kháng cắt tinh hoàn theo EAU 2015.

- Còn lưu trữ đủ thông tin nghiên cứu.

### \* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn lựa chọn.
- Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2.

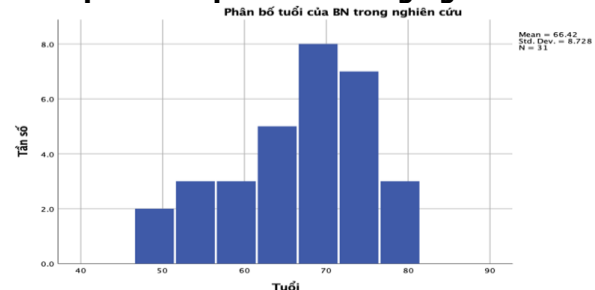
### Phương pháp nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2019 - 9/2020.
- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chúng tôi lựa chọn 31 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia 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.

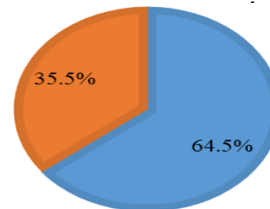
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu



### Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

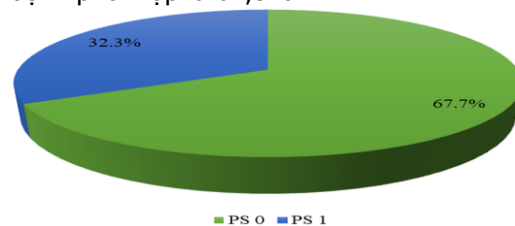
**Nhận xét:** Trong quần thể nghiên cứu, tuổi trung bình của các bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán CRPC là  $66,4 \pm 8,7$  tuổi. Bệnh nhân tuổi thấp nhất là 49 tuổi và cao nhất là 80 tuổi. Gần 50% bệnh nhân ở tuổi ít nhất 70 khi được chẩn đoán.



■ Có bệnh mãn tính phối hợp ■ Không bệnh mãn tính

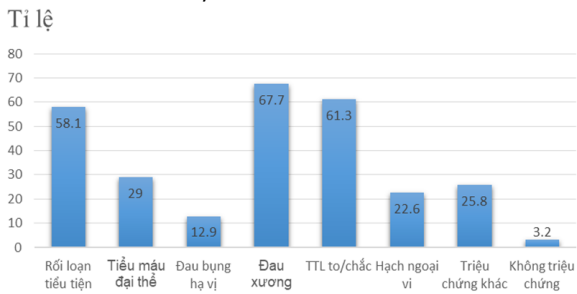
### Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh mãn tính đi kèm

**Nhận xét:** Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu có ít nhất một bệnh lý mãn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường kèm theo, với tỉ lệ có bệnh phối hợp là 64,5%.



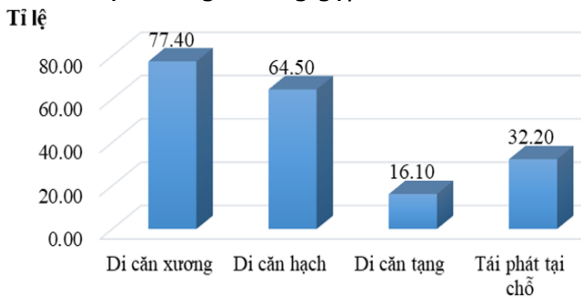
### Biểu đồ 3.3. Chỉ số toàn trạng

**Nhận xét:** Toàn trạng bệnh nhân tốt, trong đó PS 0 chiếm 67,7%.



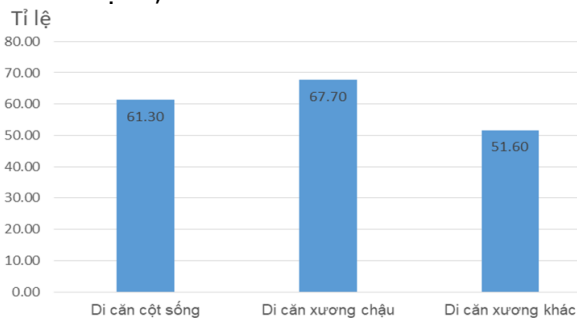
**Biểu đồ 3.4. Triệu chứng lâm sàng**

**Nhận xét:** Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân là đau xương gặp ở 67,7% và rối loạn tiểu tiện gặp ở 58,1% bệnh nhân. Các triệu chứng cơ năng khác có thể gặp bao gồm gầy sút cân, mệt mỏi, phù chân và đại tiện khó. Triệu chứng thực thể đáng chú ý nhất qua thăm khám là tuyến tiền liệt to/ chắc phát hiện qua thăm trực tràng, với tỉ lệ 61,3%. Hạch ngoại vi, chủ yếu là hạch bẹn và hạch thượng đòn là triệu chứng thường gặp thứ hai.



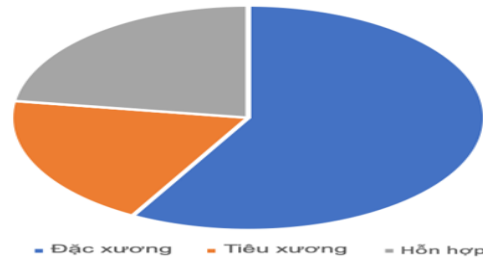
**Biểu đồ 3.5. Các vị trí tổn thương phát hiện qua chẩn đoán hình ảnh**

**Nhận xét:** Tại thời điểm chẩn đoán CRPC, phần lớn các bệnh nhân có di căn xương, với tỉ lệ di căn xương là 77,4%. 64,5% bệnh nhân có tổn thương di căn hạch. Di căn ít nhất một tạng chiếm tỉ lệ 16,1%.



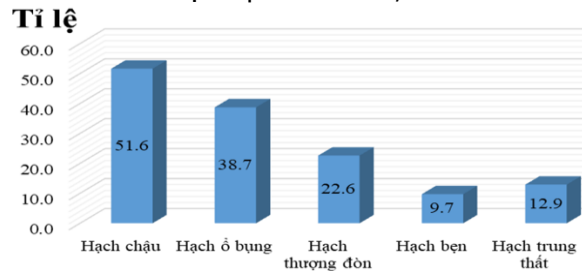
**Biểu đồ 3.6. Các vị trí di căn xương thường gặp**

**Nhận xét:** Vị trí di căn thường gặp nhất là di căn xương chậu với 67,7% và cột sống với 61,3%.



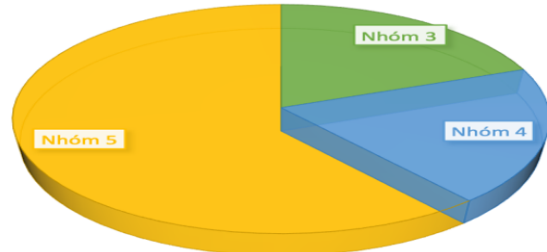
**Biểu đồ 3.7. Dạng tổn thương di căn xương**

**Nhận xét:** Di căn xương trong ung thư tuyến tiền liệt chủ yếu là tổn thương đặc xương, chiếm 58,1% và tổn thương hỗn hợp đặc – tiêu xương với 22,6%. Tổn thương tiêu xương đơn thuần chiếm tỉ lệ thấp hơn với 19,3%.



**Biểu đồ 3.8. Các vị trí di căn hạch thường gặp**

**Nhận xét:** Tỉ lệ di căn hạch chậu là cao nhất, với tỉ lệ 51,6%, sau đó đến di căn hạch cạnh động mạch chủ bụng (38,7%), các vị trí di căn hạch khác như hạch bẹn, hạch trung thất, thượng đòn chiếm tỉ lệ thấp hơn.



**Biểu đồ 3.9. Nhóm điểm Gleason**

**Nhận xét:** Điểm Gleason tại thời điểm chẩn đoán ban đầu UTTL chủ yếu là Gleason nhóm 5 (9-10 điểm), với tỉ lệ 61,2%.

**Bảng 3.1: Giá trị PSA nền tại thời điểm chẩn đoán CRPC**

	Bệnh nhân	Tỉ lệ
PSA trung bình	260,0 ± 357,4 ng/ml	
PSA trung vị	112, 0 ng/ml	
PSA < 20 ng/ml	3	9,7
PSA ≥ 20ng/ml	28	90,3
<b>Tổng</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** PSA huyết thanh tại thời điểm chẩn đoán CRPC trung bình 259,9 ng/ml, trong đó trường hợp có giá trị PSA cao nhất là 1443, thấp nhất là 1.3. Có 3 trường hợp PSA <20 ng/ml.

#### IV. BÀN LUẬN

Ung thư tuyến tiền liệt là ung thư thường gặp thứ hai ở nam giới [1]. Mặc dù tỷ lệ đáp ứng ban đầu với điều trị ADT lên tới 80 đến 90%, nhưng cuối cùng hầu như tất cả bệnh nhân đều tiến triển đến giai đoạn kháng cắt tinh hoàn sau 18-24 tháng.

Tuổi là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của UTTL. Ung thư tuyến tiền liệt hiếm khi được phát hiện ở tuổi dưới 40 nhưng tỉ lệ mắc mới tăng lên theo tuổi nhanh hơn bất kì ung thư nào khác. Từ 50 tuổi trở lên, nguy cơ mắc bệnh tăng theo cấp số nhân. Tỉ lệ mắc bệnh ở nhóm tuổi 45-54 là 10,6/100 000, nhưng ở nhóm tuổi 55-64 là 72,9/100 000 [1]. Đặc điểm của BN tham gia nghiên cứu của chúng tôi là điển hình thường thấy với các trường hợp UTTL kháng cắt tinh hoàn. Trong 31 BN trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là  $66,4 \pm 8,7$ . Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc UTTL tăng dần theo tuổi với nhóm tuổi hay gặp nhất là các bệnh nhân từ 65 đến 75 tuổi. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ docetaxel và prednisone điều trị bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn tại Bệnh viện Bình Dân, Bùi Văn Kiệt và CS đã tiến hành nghiên cứu trên 42 bệnh nhân với tuổi trung bình là 72,3 tuổi [2]. BN tuổi thấp nhất là 45 và cao nhất là 88 tuổi. Trong thử nghiệm TAX 327, Tannock và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu trên các bệnh nhân có tuổi trung vị là 68, với gần 20% bệnh nhân ở tuổi ít nhất 75 tại thời điểm chẩn đoán CRPC [3]. Như vậy, tuổi của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương các nghiên cứu khác về UTTL kháng cắt tinh hoàn tại Việt Nam cũng như trên thế giới.

Phần lớn các bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi có bệnh lý mãn tính đi kèm, chiếm 64,5%, chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường. Tuy vậy, toàn trạng của các bệnh nhân còn được bảo tồn tương đối tốt; các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có chỉ số toàn trạng thuận lợi, PS từ 0-1 trong đó, PS 0 chiếm đa số với 67,7%. Chỉ số toàn trạng cũng là một trong các yếu tố để quyết định điều trị, bệnh nhân thể trạng kém thì cần cân nhắc lợi ích và nguy cơ của điều trị và phác đồ lựa chọn điều trị phải hết sức cẩn trọng. Đặc điểm của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với đặc điểm lựa chọn bệnh nhân của các nghiên cứu khác, các bệnh nhân được lựa chọn còn duy trì sức khỏe tốt.

Sau điều trị bệnh tiên phát, các bệnh nhân được hẹn tái khám định kỳ. Tuy nhiên, tùy điều

kiện kinh tế và nhận thức của từng bệnh nhân khác nhau mà việc tái khám có thể đầy đủ hoặc không. Những bệnh nhân tái khám đầy đủ thường phát hiện bệnh tái phát bằng cận lâm sàng (chủ yếu bằng tăng PSA và các bất thường trên chẩn đoán hình ảnh) trước khi có các triệu chứng lâm sàng. Một số tác giả khác báo cáo, dấu hiệu chính báo hiệu bệnh tiến triển là tăng PSA và phát hiện tổn thương xương qua thăm khám định kỳ.

Các tác giả nước ngoài nghiên cứu về UTTL tái phát thường ít bàn về các triệu chứng lâm sàng tái phát ngoài đau do di căn xương, mà chủ yếu bàn luận về giá trị các xét nghiệm cận lâm sàng trong theo dõi tái phát. Lí do là họ kiểm soát, theo dõi bệnh nhân sau điều trị ban đầu tốt và phát hiện bệnh tái phát khi bệnh nhân chưa có triệu chứng lâm sàng rõ ràng. Đây cũng có thể là lý do mà thời gian sống thêm sau điều trị của họ tốt hơn. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được phát hiện tái phát muộn, khi đã có triệu chứng rõ trên lâm sàng. Trong đó, triệu chứng thường gặp nhất là đau xương (64,5%) và rối loạn tiểu tiện (58,1%). Một số nghiên cứu khác báo cáo triệu chứng đau xuất hiện với tỉ lệ thấp hơn nhiều trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong một nghiên cứu với 85 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt di căn tiến triển sau ADT, bệnh tiến triển được chẩn đoán bằng nồng độ PSA huyết thanh tăng ở 70 (82,4%) bệnh nhân; 17,6% còn lại được chẩn đoán dựa vào tăng số lượng tổn thương trên xạ hình xương và khám sức khỏe. Tannock và CS ghi nhận triệu chứng đau trên 45% bệnh nhân tham gia thử nghiệm TAX 327 [3]. Tương tự, triệu chứng đau cũng được báo cáo ở 42% bệnh nhân tham gia nghiên cứu của Song và CS [4]. Như vậy, tái khám định kỳ và ghi nhận sớm các triệu chứng lâm sàng cũng như cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong phát hiện sớm bệnh tiến triển.

Trong số các triệu chứng thực thể tái phát, triệu chứng có giá trị nhất là thăm trực tràng phát hiện tuyến tiền liệt to/chắc và thăm khám phát hiện hạch ngoại vi trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tuyến tiền liệt tăng kích thước phát hiện qua thăm khám lâm sàng là 61,3%. So sánh kết quả của chúng tôi với nghiên cứu của các tác giả nói trên thấy tỉ lệ các triệu chứng thực thể của họ rất thấp. Điều này có thể do họ phát hiện tái phát sớm hơn trước khi các triệu chứng thực thể rõ ràng. Như vậy, bệnh nhân UTTL sau điều trị ban đầu cần được theo dõi định kỳ bằng lâm sàng và các

phương tiện cận lâm sàng. Trong đó quan trọng nhất là xét nghiệm PSA định kỳ và chỉ định các thăm dò chẩn đoán hình ảnh phù hợp.

PSA là dấu ấn sinh học được sử dụng rộng rãi nhất trong đánh giá gánh nặng bệnh và đáp ứng với điều trị trong ung thư tuyến tiền liệt. Theo dõi nồng độ PSA huyết thanh và đông học PSA đã được sử dụng làm yếu tố dự báo tiến triển bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, PSA tại thời điểm chẩn đoán kháng cắt tinh hoàn trung bình 260,0 ng/ml, trong đó trường hợp có giá trị PSA cao nhất là 1443 ng/ml, thấp nhất là 1,3 ng/ml. Có 3 trường hợp PSA toàn phần dưới 20ng/ml. Giá trị trung vị PSA là 112,0 ng/ml, giá trị này thấp hơn so với nghiên cứu Tannock và CS (150 ng/ml) và cao hơn so với nghiên cứu của Petrylak và CS (87 ng/ml) [3], [5]. Giá trị PSA này có thể phần nào phản ánh gánh nặng khối u của bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Về chẩn đoán hình ảnh, nhiều nghiên cứu đã được tiến hành ở bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn di căn và cho thấy vai trò của các thăm dò hình ảnh. Các nghiên cứu này chỉ ra rằng, 85-90% các bệnh nhân có tổn thương di căn xương, 20-40% có tổn thương di căn hạch chậu hoặc hạch sau phúc mạc có thể đo lường được và chỉ 5-10% các bệnh nhân di căn tạng (phổi và/ hoặc gan). Tỷ lệ di căn xương của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 77,4% và là vị trí di căn thường gặp nhất trong UTTL. Tỷ lệ này tương đồng với đặc điểm bệnh nhân tham gia các nghiên cứu khác Bùi Văn Kiệt và CS ghi nhận tỷ lệ di căn xương 77,03% ở các bệnh nhân điều trị CRPC tại bệnh viện Bình Dân [2]. Shiota báo cáo tỷ lệ di căn xương là 83,5% trong một nghiên cứu trên 97 bệnh nhân Nhật Bản [6].

Trong quá trình bệnh xương di căn, sự tương tác giữa các tế bào khối u với nguyên bào xương và tế bào hủy xương tạo ra phản ứng tiêu xương, đặc xương hoặc hỗn hợp. Một phản ứng tiêu xương đơn thuần được đặc trưng bởi sự phá hủy xương bình thường do sự bất hoạt của nguyên bào xương cũng như sự hoạt hóa tế bào hủy xương trong vi môi trường khối u. Đáp ứng đặc xương thuần túy đề cập đến sự lắng đọng của xương mới do quá trình hình thành xương mới, là sự khoáng hóa hoặc vôi hóa vào các mô tổn thương. Phản ứng hỗn hợp là tình trạng mà có sự kết hợp của cả hai thành phần tiêu xương và đặc xương. Trong ung thư tuyến tiền liệt, khác với các ung thư phổi, ung thư tuyến giáp hoặc ung thư thận, các tổn thương xương trong ung thư tuyến tiền liệt chủ yếu là tổn thương đặc

xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương đặc xương chiếm tỷ lệ 58,1%.

Vị trí di căn thường gặp thứ hai sau di căn xương là di căn hạch, chủ yếu di căn hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ bụng với tỷ lệ di căn hạch 64,5%. Tỷ lệ này tương đương với ghi nhận của Oudard và CS [7]. Một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ di căn hạch thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Fukuta và CS báo cáo tỷ lệ di căn hạch ở 40,4% bệnh nhân, tương tự với nghiên cứu của Cho và CS [8], [9].

Về mô bệnh học, tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi đều có mô học chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến. Với ung thư biểu mô tuyến, hệ thống Gleason về phân độ mô học đã được sơ đồ hóa và dựa trên kết quả giải phẫu bệnh từ bệnh phẩm sinh thiết. Việc phân độ mô học ung thư biểu mô tuyến tiền liệt rất quan trọng vì có sự liên quan mật thiết giữa độ mô học với giai đoạn và tiên lượng bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Gleason tại thời điểm chẩn đoán ban đầu UTTL chủ yếu là Gleason nhóm 5 (9-10 điểm), với tỷ lệ 61%. Đây là một yếu tố tiên lượng rất xấu, dự báo tiến triển ác tính và sống thêm kém hơn.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của các bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán CRPC là 66,4 ± 8,7. Trẻ nhất 49, cao tuổi nhất 80. Tuổi chẩn đoán thường gặp nhất 65-75 tuổi.

- Thời gian tiến triển với điều trị ADT trung bình 16,3 tháng.

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau xương (64,5%) và rối loạn tiểu tiện (58,1%). Dấu hiệu thực thể thường gặp nhất là tuyến tiền liệt to/chắc qua thăm trực tràng (61,3%).

- Xương là vị trí di căn phổ biến nhất tại thời điểm chẩn đoán CRPC (77,4%), trong đó xương chậu và cột sống là các vị trí di căn thường gặp hơn cả.

- Di căn hạch chậu (51,6%) và di căn hạch cạnh động mạch chủ (38,7%) là các vị trí di căn hạch thường gặp nhất.

- Nồng độ PSA huyết thanh tại thời điểm chẩn đoán CRPC trung bình là 260,0 ± 372,4ng/ml.

- Điểm Gleason của bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu là 9-10 điểm (61,2%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F. Bray, et al.**, Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 2018. 68(6): p. 394-424.
2. **Bùi Văn Kiệt, Trần Minh Anh Thư, Nguyễn Mạnh Tiến và CS.**, Đánh giá hiệu quả phác đồ

- Docetaxel + Prednisolon trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn tại bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2014. 18.
3. **I. F. Tannock, et al.,** Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. *N Engl J Med*, 2004. 351(15): p. 1502-12.
  4. **G. Song, et al.,** Prostate-specific antigen response rate of sequential chemotherapy in castration-resistant prostate cancer: the results of real life practice. *Prostate Int*, 2013. 1(3): p. 125-32
  5. **D. P. Petrylak, et al.,** Docetaxel and estramustine compared with mitoxantrone and prednisone for advanced refractory prostate cancer. *N Engl J Med*, 2004. 351(15): p. 1513-20.
  6. **M. Shiota, et al.,** The oncological outcomes and risk stratification in docetaxel chemotherapy for castration-resistant prostate cancer. *Jpn J Clin Oncol*, 2014. 44(9): p. 860-7.
  7. **S. Oudard, et al.,** Cabazitaxel Versus Docetaxel As First-Line Therapy for Patients With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer: A Randomized Phase III Trial-FIRSTANA. *J Clin Oncol*, 2017. 35(28): p. 3189-3197.
  8. **F. Fukuta, et al.,** Efficacy and safety of docetaxel and prednisolone for castration-resistant prostate cancer: a multi-institutional retrospective study in Japan. *Jpn J Clin Oncol*, 2015. 45(7): p. 682-7.
  9. **I. C. Cho, et al.,** Treatment outcome of docetaxel plus prednisolone for metastatic castration-resistant prostate cancer in Korea. *J Cancer Res Ther*, 2014. 10(2): p. 251-7.

## CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Phạm Thị Vân Phương<sup>1</sup>, Phan Minh Trung Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định điểm số trung bình chất lượng cuộc sống (CLCS) và các yếu tố liên quan đến điểm số CLCS ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (ĐHYD TPHCM) năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 160 bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện ĐHYD TPHCM. Thang đo SF-36 được dùng để đánh giá CLCS của bệnh nhân. Các dữ liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp. **Kết quả:** Điểm trung bình CLCS chung của bệnh nhân ĐTĐ là 70,1±14,2 điểm. Điểm trung bình CLCS của lĩnh vực sức khỏe thể chất (SKTC) và sức khỏe tinh thần (SKTT) lần lượt là 65,0±18,8 và 75,2±12,6. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa điểm số CLCS lĩnh vực SKTC với nhóm tuổi, trình độ học vấn, phương pháp điều trị, bệnh kèm theo. Các yếu tố liên quan đến điểm số CLCS chung được tìm thấy bao gồm trình độ học vấn và phương pháp điều trị. **Kết luận:** Bệnh nhân ĐTĐ có điểm số CLCS chưa cao, đặc biệt ở khía cạnh sức khỏe tổng quát và cảm nhận sức sống. Những bệnh nhân lớn tuổi, trình độ học vấn thấp, có bệnh khác kèm theo và đang điều trị bằng tiêm insulin cần được quan tâm hơn về sức khỏe thể chất và tinh thần để cải thiện CLCS của bệnh nhân. **Từ khóa:** chất lượng cuộc sống, bệnh nhân đái tháo đường type 2, SF-36.

### SUMMARY

#### QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS UNDERGOING OUTPATIENT TREATMENT AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER AT HO CHI MINH CITY IN 2023

**Objective:** To determine the mean score of quality of life and related factors in patients with type 2 diabetes undergoing outpatient treatment at the University Medical Center at Ho Chi Minh City (UMC HCMC) in 2023. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 160 patients with type 2 diabetes undergoing outpatient treatment at the UMC HCMC. The SF-36 scale was used to assess the quality of life of patients with type 2 diabetes. The data were collected by direct interview method. **Results:** The mean score of overall quality of life of patients with diabetes was 70.1±14.2 points. The mean quality of life scores for the physical and mental health domains were 65.0±18.8 and 75.2±12.6, respectively. The study found an association between physical health quality of life scores and age group, education level, treatments, and comorbidities. Factors associated with overall quality of life scores were found to include education level and treatments. **Conclusion:** Patients with type 2 diabetes have low quality of life scores, especially in terms of general health and sense of vitality. Patients who are elderly, have low educational attainment, have other comorbidities and are being treated with insulin injections need to be more concerned about their physical and mental health to improve the patient's quality of life. **Keywords:** quality of life, patients with type 2 diabetes, SF-36.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vân Phương

Email: phamphuong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023