

V. KẾT LUẬN

- Trên hệ tạo huyết, độc tính thường gặp nhất là thiếu máu (61,3% bệnh nhân) và giảm bạch cầu (38,7%), tuy nhiên, chủ yếu độc tính gặp ở mức độ 1-2, tỉ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 chiếm 3,2% và có thể kiểm soát được.

- Độc tính trên gan (29%) và thận (22.6%) gặp ở mức độ nhẹ.

- Các độc tính khác như mệt mỏi, rụng tóc, buồn nôn và chán ăn thường gặp nhưng chủ yếu ở mức độ nhẹ, và thoáng qua.

Như vậy, docetaxel –prednisolone là phác đồ an toàn và có hiệu quả trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **Bùi Văn Kiệt, Trần Minh Anh Thư, Nguyễn Mạnh Tiên 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. **L. Lee, et al.**, Efficacy and safety of docetaxel plus prednisolone chemotherapy for metastatic hormone-refractory prostate adenocarcinoma: single institutional study in Korea. *Cancer Res Treat*, 2010. 42(1): p. 12-7.
4. **S. Naito, et al.**, Docetaxel plus prednisolone for the treatment of metastatic hormone-refractory prostate cancer: a multicenter Phase II trial in Japan. *Jpn J Clin Oncol*, 2008. 38(5): p. 365-72.
5. **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.
6. **E. Tomassini, et al.**, Fulminant hepatocellular necrosis following administration of docetaxel. *Presse Med*, 2001. 30(13): p. 634.
7. **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.

ĐÁNH GIÁ CỘNG HƯỞNG TỪ LƯỢNG THAM SỐ TRƯỚC SINH THIẾT KẾT HỢP VỚI KHÁNG NGUYÊN ĐẶC HIỆU TỶ TRỌNG VÙNG CHUYỂN TIẾP TRONG VIỆC PHÁT HIỆN VÀ LOẠI TRỪ UNG THƯ VÙNG CHUYỂN TIẾP TUYẾN TIỀN LIỆT ĐIỂM GLEASON 7-10

Hoàng Đình Âu¹, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá giá trị tiên đoán khi kết hợp cộng hưởng từ lưỡng tham số và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ) trong việc phát hiện và loại trừ ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt có điểm Gleason từ 7-10, từ đó có chiến lược sinh thiết tốt nhất, cân bằng giữa rủi ro và lợi ích. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đánh giá 60 bệnh nhân nam nghi ngờ ung thư TTL trên lâm sàng (PSA cao hoặc bất thường khi thăm trực tràng) từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022. Tất cả bệnh nhân đều được chụp CHT lưỡng tham số (chuỗi xung T2W và chuỗi xung khuếch tán), sau đó là sinh thiết hệ thống và sinh thiết đích lần đầu các ổ tổn thương nghi ngờ ở vùng chuyển tiếp trên CHT. Các điểm số CHT lưỡng tham số và ngưỡng PSAdTZ khác nhau được sử dụng để đánh giá tỷ lệ phát hiện ung thư Gleason 7-10 và tỷ lệ tránh được sinh thiết khi đối chiếu với kết quả mô bệnh học. **Kết quả:** Ung thư vùng chuyển tiếp được phát hiện ở

27/60 (chiếm 45%) trong đó có 20/60 ung thư điểm Gleason 7-10 (chiếm 33%), còn 33/60 tổn thương không phải ung thư (chiếm 55%). Giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị) của tuổi, thể tích vùng chuyển tiếp TTL, PSA toàn phần, PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ) lần lượt là 66 tuổi (62-70), 30.7 cc (17.2-40), 17.3 ng/ml (11.1-39.3) và 0.74 ng/ml/cc (0.27- 2.1). Với điểm số CHT lưỡng tham số ≤ 3, có 27 bệnh nhân trong đó có 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10, còn 24 BN không phải ung thư (sinh thiết quá mức). Kết hợp điểm số CHT lưỡng tham số ≤ 3 và PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc, chỉ còn 10 BN nhưng vẫn phát hiện được 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10 nhưng hạn chế sinh thiết được 16 BN không phải ung thư (chỉ còn 8 BN sinh thiết quá mức). Với điểm số CHT lưỡng tham số ≥ 4, có 33 BN trong đó có 18 BN ung thư điểm Gleason 7-10 và 9 BN không phải ung thư (sinh thiết quá mức). Kết hợp điểm số CHT lưỡng tham số ≥ 4 và PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc, có 23 BN trong đó có 17 BN ung thư điểm Gleason 7-10 (bỏ sót 1 ung thư loại này) nhưng chỉ còn 4 BN không phải ung thư (giảm được 5 trường hợp sinh thiết quá mức). Như vậy, PSAdTZ đã ảnh hưởng đáng kể đến các giá trị tiên đoán của CHT lưỡng tham số trong việc phát hiện và loại trừ ung thư điểm Gleason 7-10. Điều này làm giảm 64% số BN sinh thiết không cần thiết (21/33) trong khi chỉ bỏ sót 5% (1/20) tổn thương ung thư điểm Gleason 7-10. **Kết luận:** Kết hợp CHT

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

lượng tham số với PSAdTZ cải thiện độ chính xác chẩn đoán và giá trị tiên đoán để phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp điểm Gleason 7–10 ở BN sinh thiết lần đầu. Kết hợp kết quả CHT lượng tham số với ngưỡng PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc là chiến lược chọn lọc BN sinh thiết tốt nhất, cân bằng giữa rủi ro và lợi ích một cách hiệu quả. **Từ khóa:** ung thư vùng chuyển tiếp, cộng hưởng từ lượng tham số, kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt vùng chuyển tiếp

SUMMARY

PRE-BIOPSY BI-PARAMETRIC MAGNETIC RESONANCE ASSESSMENT COMBINED WITH PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN DENSITY OF TRANSITION IN THE DETECTION AND EXCLUSION OF GLEASON 7–10 TRANSITION ZONE PROSTATE CANCER

Purpose: To evaluate the diagnostic accuracy, predictive value and the best biopsy strategy combining bi-parametric magnetic resonance and prostate specific antigen density of transition zone (PSAdTZ) in detecting and excluding transition zone prostate cancer Gleason score of 7–10. **Material and methods:** Evaluation of 60 biopsied male patients with clinical suspicion of prostate cancer (high PSA or abnormal digital rectal) from February 2019 to May 2022. All patients underwent bi-parametric MRI (T2W and diffusion sequences), followed by systemic and targeted biopsies of suspected lesions in the prostate transition zone on MRI. Different bi-parametric MRI scores and PSAdTZ thresholds were evaluated using cancer Gleason score 7–10 detection rates, predictive value, and biopsy avoidance rates. **Results:** Transition zone prostate cancer was detected in 27/60 (accounting for 45%) of which 20/60 had Gleason score 7–10 (33%), and 33/60 lesions were non-cancerous (accounting for 55%). The median (interquartile range) for age, prostate transition volume, total PSA, transition zone PSA (PSAdTZ) were 66 years (62–70), 30.7 cc (17.2–40), 17.3 ng/ml (11.1–39.3) and 0.74 ng/ml/cc (0.27–2.1). With a bi-parametric MRI score ≤ 3 , there were 27 patients, including 2 patients with Gleason score 7–10, and 24 patients without cancer (excess biopsies). Combining the bi-parametric MRI score ≤ 3 and PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc, there were only 10 patients in which 2 cancer with Gleason score of 7–10 but limited biopsies to 16 non-cancerous patients (only 8 patients with excessive biopsies). With a bi-parametric MRI score ≥ 4 , there were 33 patients, including 18 lesions with Gleason score 7–10 and 9 lesions with non-cancerous (excess biopsies). Combining the bi-parametric MRI score ≥ 4 and PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc, there are 23 lesion including 17 lesions with Gleason score 7–10 (missing 1 cancer of this score) but only 4 lesions without cancer (reducing 5 cases of excessive biopsies). Thus, PSAdTZ significantly influenced the predictive values of bi-parametric MRI in the detection and exclusion of Gleason score of 7–10 transition zone prostate cancer. This reduces the number of men with unnecessary biopsies by 64% (21/33) while only missing 5% (1/20) men with a Gleason score of 7–10. **Conclusions:** The combination of bpMRI with PSAdTZ

improves diagnostic accuracy and predictive value for cancer Gleason score of 7–10 detection rates in biopsy-naive male patients. Combining bi-parametric MRI results with PSAdTZ threshold > 0.6 ng/ml/cc was the best biopsy selection strategy in our study, effectively balancing risks and benefits.

Keywords: transition zone prostate cancer, bi-parametric magnetic resonance, transition zone prostate specific antigen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) đa tham số trước sinh thiết đã trở thành công cụ chẩn đoán thay thế sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng để phát hiện ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng một cách không xâm lấn, tránh sinh thiết quá mức^{1,2}. Tuy nhiên, CHT có thể bỏ sót các ung thư có điểm Gleason 7 cho tới 28% trường hợp³. Do đó, cần thiết phải bổ sung các yếu tố dự báo khác cho CHT đa tham số.

Đo kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt tự trọng (PSAd) (PSA/thể tích TTL) có thể cung cấp một yếu tố dự báo như vậy^{4,5} và đặc biệt khi nó được điều chỉnh theo thể tích vùng chuyển tiếp TTL (PSAdTZ) (PSA/thể tích vùng chuyển tiếp TTL). Chỉ số này nếu sử dụng một mình có hạn chế khi đưa ra quyết định sinh thiết, nhưng khi kết hợp với kết quả CHT đa tham số sẽ cải thiện đáng kể tỷ lệ phát hiện ung thư TTL.

Vì CHT đa tham số tốn thời gian và chi phí cao do tiêm thuốc đối quang từ, nên đã có những nghiên cứu chụp CHT lượng tham số đơn giản hơn, nhanh hơn, sử dụng ít chuỗi xung chụp hơn và không tiêm đối quang tĩnh mạch nhằm giảm thời gian và chi phí chụp⁶. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá xem việc kết hợp CHT lượng tham số với PSAdTZ có thể cải thiện hay không giá trị tiên đoán trong việc phát hiện và loại trừ ung thư vùng chuyển tiếp TTL điểm Gleason 7–10 ở BN nghi ngờ ung thư TTL trên lâm sàng. Từ đó xác định chiến lược sinh thiết tốt nhất và tỷ lệ BN có thể tránh sinh thiết tuyến tiền liệt một cách an toàn dựa trên điểm số CHT lượng tham số và ngưỡng PSAdTZ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Chọn lựa bệnh nhân:** Bao gồm các bệnh nhân nam nghi ngờ trên lâm sàng ung thư TTL (PSA cao và/hoặc bất thường thăm trực tràng) tại Bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022. Các tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân là sinh thiết TTL trước đó, tổn thương nghi ngờ không nằm ở vùng chuyển tiếp TTL, nhiễm trùng đường tiết niệu hoặc viêm tuyến tiền liệt cấp tính, chống chỉ định chung đối với chụp CHT, phẫu thuật thay khớp háng trước đó hoặc cấy

ghép kim loại khác ở vùng xương chậu.

- **Chụp CHT và sinh thiết:** CHT lưỡng tham số TTL được thực hiện trên máy CHT 1.5 T (Siemens Healthineer, Đức) với cuộn thu tín hiệu tiểu khung. Kết quả CHT lưỡng tham số được đánh giá và cho điểm theo thang điểm năm bởi một chuyên gia có ≥ 10 năm kinh nghiệm đọc CHT TTL. Điểm CHT được chia thành 2 nhóm: độ nghi ngờ thấp- trung bình (điểm ≤ 3) và độ nghi ngờ cao (điểm ≥ 4). Tất cả các bệnh nhân đều được sinh thiết hệ thống từ 10-12 lõi sau đó sinh thiết đích ổ tổn thương nghi ngờ và được thực hiện bởi một bác sỹ chuyên sinh thiết TTL. Các mảnh sinh thiết được đánh dấu và đặt trong khay riêng để phân tích mô bệnh học.

- **Đánh giá mô bệnh học:** Tất cả các mẫu sinh thiết đã được đọc bởi cùng một bác sỹ giải phẫu bệnh có kinh nghiệm về mô bệnh học TTL. Đối với mỗi lõi sinh thiết dương tính với ung thư TTL, vị trí mảnh sinh thiết, điểm Gleason được ghi nhận. Kết quả mô bệnh học của các mẫu sinh thiết được phân tầng làm ba nhóm cấp độ: lành tính, ung thư điểm Gleason 6 (độ ác tính thấp), ung thư điểm Gleason 7-10 (độ ác tính cao).

Bảng 1: Giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị) của tuổi, PSA toàn phần, thể tích vùng chuyển tiếp (VTZ) và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ) theo kết quả mô bệnh học

	Lành tính (n=33)		Ung thư GS 6 (n=7)		Ung thư GS 7-10 (n=20)	
	Tuổi	67	61.5-70.5	63	58-67	66
PSA (ng/ml)	15.2	9.2-32.5	15.4	10.4-20	38.1	14.9-57.9
VTZ (cc)	45.1	21-63.7	31.9	26.3-43.4	18	12.2-25.4
PSAdTZ (ng/ml/cc)	0.37	0.16-1.1	0.41	0.21-0.98	2.2	1.1-3.9

Bảng 2: So sánh giữa tuổi, thể tích vùng chuyển tiếp và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp giữa các phân tầng kết quả mô bệnh học được trình bày trong bảng 2

Giá trị p	Giữa lành tính với ung thư GS 6	Giữa ung thư GS 6 với ung thư GS 7-10	Giữa lành tính với ung thư GS 7-10
Tuổi	0.58	0.3	0.49
PSA (ng/ml)	0.13	0.001	0.01
VTZ (cc)	0.07	0.025	<0.001
PSAdTZ (ng/ml/cc)	0.36	<0.001	0.001

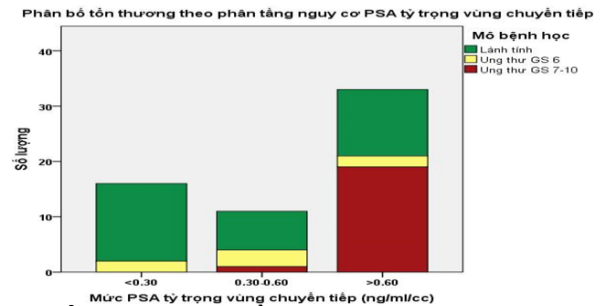
Nhận xét: Ngoại trừ tuổi, các giá trị khác như PSA toàn phần, thể tích vùng chuyển tiếp và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp có sự khác biệt có ý nghĩa giữa ung thư điểm Gleason 7-10 với nhóm lành tính cũng như nhóm ung thư điểm Gleason 6.

- **Xử lý số liệu:** Các đặc điểm của bệnh nhân được phân tầng bằng kết quả sinh thiết và được đánh giá bằng thống kê mô tả. Thể tích vùng chuyển tiếp TTL được đo bằng công thức: $V = (\text{chiều rộng} \times \text{chiều cao} \times \text{chiều dài} \times 0.52)$. PSAdTZ được xác định bằng PSA toàn phần/thể tích vùng chuyển tiếp và được chia thành 3 nhóm: PSAdTZ < 0.30 , $0.30-0.6$ và > 0.60 ng/ml/cc. Giá trị tiên đoán của điểm số CHT lưỡng tham số và PSAdTZ trong việc phát hiện và loại trừ ung thư TTL được tính toán theo các ngưỡng PSAdTZ khác nhau.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

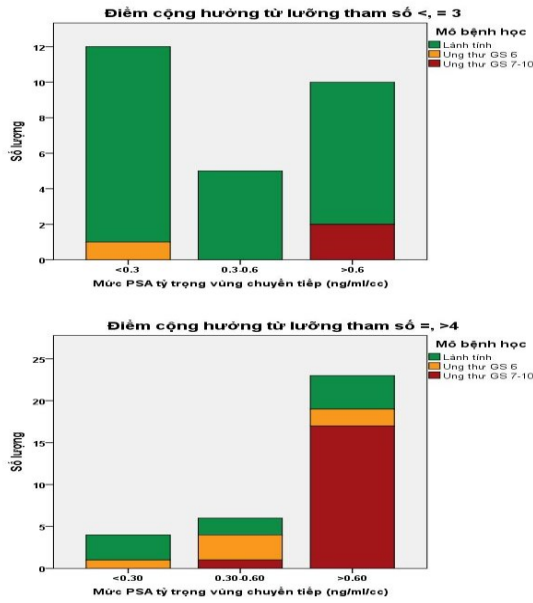
Trong thời gian từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022, có 60 bệnh nhân nam nghi ngờ ung thư TTL được xét nghiệm PSA, chụp CHT TTL, được sinh thiết TTL lần đầu dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng, có kết quả mô bệnh học của mẫu sinh thiết.

Ung thư vùng chuyển tiếp được phát hiện ở 27/60 (chiếm 45%) trong đó có 20/60 ung thư điểm Gleason 7-10 (chiếm 33%), còn 33/60 lành tính (chiếm 55%).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ tổn thương lành tính, ung thư điểm Gleason 6, ung thư điểm Gleason 7-10 vùng chuyển tiếp theo từng ngưỡng PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp trên CHT lưỡng tham số được trình bày trong biểu đồ 1.

Ung thư vùng chuyển tiếp TTL được phát hiện ở 27/60 (chiếm 45%), còn 33/60 là tổn thương lành tính. Hầu hết các ung thư có điểm Gleason 7-10 (19/20, chiếm 95%) nằm trong ngưỡng PSAdTZ > 0.60 ng/ml/cc.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ tổn thương lành tính, ung thư điểm Gleason 6, ung thư điểm Gleason 7-10 vùng chuyển tiếp theo từng ngưỡng PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp ở nhóm điểm nguy cơ thấp-trung bình (điểm ≤3) và cao (điểm ≥4) trên CHT lưỡng tham số

Nhận xét: Với điểm số CHT lưỡng tham số ≤ 3 (biểu đồ bên trái) có 27 bệnh nhân trong đó có 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10, còn 24 BN không có ung thư (sinh thiết quá mức). Kết hợp điểm số CHT lưỡng tham số ≤3 và PSAdTZ >0.6 ng/ml/cc, chỉ có 10 BN nhưng vẫn phát hiện được 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10 nhưng hạn chế sinh thiết được 16 BN không phải ung thư (chỉ còn 8 BN sinh thiết quá mức).

Với điểm số CHT lưỡng tham số ≥ 4 (biểu đồ bên phải), có 33 BN trong đó có 18 BN ung thư điểm Gleason 7-10 và 9 BN không phải ung thư (sinh thiết quá mức). Kết hợp điểm số CHT lưỡng tham số ≥ 4 và PSAdTZ >0.6 ng/ml/cc, có 23 BN trong đó có 17 BN ung thư điểm Gleason 7-10 (bỏ sót 1 ung thư loại này) nhưng chỉ còn 4 BN không phải ung thư (giảm được 5 trường hợp sinh thiết quá mức).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư vùng chuyển tiếp TTL mặc dù chỉ chiếm 30% các ung thư của toàn bộ TTL nhưng gây ra nhiều khó khăn trong chẩn đoán do vùng chuyển tiếp khi phì đại sẽ tạo ra các nhân quá sản dễ nhầm lẫn với nhân ung thư⁷.

Trong ung thư TTL, nồng độ PSA toàn phần (PSAt) thường tăng cao và tỷ lệ với thể tích khối ung thư⁸. Tuy nhiên, PSA toàn phần tăng cao

không chỉ đặc hiệu riêng với ung thư TTL. Nồng độ PSAt tăng cũng gặp trong trường hợp tăng sản tuyến TL lành tính⁹.

Bệnh lý phì đại lành tính tuyến tiền liệt chỉ xảy ra ở vùng chuyển tiếp, vì vậy, một số nghiên cứu cho thấy PSA tỷ trọng khi được điều chỉnh theo thể tích vùng chuyển tiếp (PSAdTZ) có giá trị vượt trội so với PSAd trong việc phân biệt các trường hợp tăng sản tuyến lành tính với ung thư vùng chuyển tiếp TTL¹⁰.

Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy PSAdTZ ảnh hưởng đáng kể đến việc phát hiện và loại trừ ung thư điểm Gleason 7-10. Ngoại trừ tuổi, các giá trị khác như PSA toàn phần, thể tích vùng chuyển tiếp và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp có sự khác biệt có ý nghĩa giữa ung thư điểm Gleason 7-10 với nhóm lành tính cũng như với nhóm ung thư điểm Gleason 6 (p < 0.001, bảng 1). Với điểm số CHT lưỡng tham số ≤ 3, có 27 bệnh nhân trong đó có 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10, còn 24 BN không có ung thư (sinh thiết quá mức). Kết hợp điểm số CHT lưỡng tham số ≤3 và PSAdTZ > 0.6 ng/ml/cc, chỉ có 10 BN nhưng vẫn phát hiện được 2 BN ung thư điểm Gleason 7-10 chỉ còn 8 BN lành tính. Như vậy nếu kết hợp PSAdTZ với CHT lưỡng tham số, chúng ta không bỏ sót trường hợp ung thư điểm Gleason 7-10 nào nhưng hạn chế được 16/24 (chiếm 67%) trường hợp sinh thiết quá mức. Hơn nữa, các bệnh nhân trong nhóm này có ngưỡng giá trị PSAdTZ <0.6 ng/ml/cc có thể không phải sinh thiết vì không có trường hợp ung thư điểm Gleason 7-10 nào.

Có 33 bệnh nhân có điểm số CHT lưỡng tham số ≥ 4 trong đó có 18 BN ung thư điểm Gleason 7-10 và 9 BN lành tính. Kết hợp điểm số CHT lưỡng tham số ≥ 4 và PSAdTZ ≥0.6 ng/ml/cc, có 23 BN trong đó có 17 BN ung thư điểm Gleason 7-10 (bỏ sót 1/18 ung thư loại này, chiếm 5.6%) nhưng chỉ còn 4 BN lành tính. Như vậy, đã giảm được 5/9 trường hợp sinh thiết quá mức (chiếm 56%).

Việc bỏ sót 5.6 % ung thư TTL điểm Gleason từ 7-10 trên sinh thiết TTL trong khi giảm được 56% trường hợp sinh thiết quá mức là chiến lược cân bằng lợi ích- rủi ro có thể chấp nhận được. Trong một nghiên cứu trên 143 BN nam chưa từng sinh thiết đã trải qua chụp CHT lưỡng tham số, Rais-Bahrami và cộng sự⁶ nhận thấy rằng sự kết hợp giữa dữ liệu CHT lưỡng tham số và PSA hoặc PSAd đã cải thiện độ chính xác chẩn đoán của việc phát hiện ung thư TTL so với chỉ sử dụng một trong hai tham số. Những phát hiện này cũng được áp dụng cho ung thư TTL điểm

Gleason ≥ 7 . Các nghiên cứu gần đây cho thấy PSAđ ảnh hưởng đáng kể đến các giá trị tiên đoán của điểm nghi ngờ CHT đa tham số để phát hiện và loại trừ ung thư TTL có GS ≥ 7 . Nghiên cứu của Washino và cộng sự trên 288 BN nam chưa từng làm sinh thiết và không thấy ung thư GS ≥ 7 ở BN có kết quả CHT đa tham số ít điểm ≤ 3 và giá trị PSAđ < 0.15 ng/ml/cc, có đối chiếu với sinh thiết.

V. KẾT LUẬN

CHT lưỡng tham số kết hợp với PSAđTZ cải thiện độ chính xác chẩn đoán và giá trị tiên đoán để phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp điểm Gleason 7-10 ở nam giới nghi ngờ ung thư TTL trên lâm sàng và sinh thiết lần đầu. Hạn chế sinh thiết cho bệnh nhân có điểm số CHT lưỡng tham số ≤ 3 và PSAđTZ < 0.6 ng/ml/cc là chiến lược sinh thiết tốt nhất trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, cân bằng giữa lợi ích và rủi ro một cách hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmed HU et al.** Diagnostic accuracy of multiparametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. *Lancet* 2017;389:815–22.
2. **Thompson JE et al.** The diagnostic performance of multiparametric magnetic resonance imaging to detect significant prostate cancer. *J Urol* 2016;195:1428–35.
3. **Borofsky S, George AK, Gaur S, et al.** What are we missing? False-negative cancers at multiparametric MR imaging of the prostate. *Radiology* 2018;286:186–95.
4. **Nordström T et al.** Prostate-specific antigen (PSA) density in the diagnostic algorithm of prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2018;21:57–63.
5. **Jue JS et al.** Re-examining prostate-specific antigen (PSA) density: defining the optimal PSA range and patients for using PSA density to predict prostate cancer using extended template biopsy. *Urology* 2017;105:123–8.
6. **Rais-Bahrami S et al.** Diagnostic value of biparametric magnetic resonance imaging (MRI) as an adjunct to prostate-specific antigen (PSA)-based detection of prostate cancer in men without prior biopsies. *BJU Int* 2015;115:381–8.
7. **Etzioni R, Tsodikov A, Mariotto A, Szabo A, Falcon S, Weeqlin J, et al.** Quantifying the role of PSA screening in the US prostate cancer mortality decline. *Cancer Causes Control*. 2008;19:175–181.
8. **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.
9. **Nadler RB, Humphrey PA, Smith DS, Catalona WJ, Ratliff TL.** Effect of inflammation and benign prostatic hyperplasia on elevated serum prostate specific antigen levels. *J Urol*. 1995;154(2 Pt 1):407–413.
10. **Kang SH, Bae JH, Park HS, Yoon DK, Moon DG, Kim JJ, et al.** Prostate-specific antigen adjusted for the transition zone volume as a second screening test: a prospective study of 248 cases. *Int J Urol*. 2006;13:910–914.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ HÀ TĨNH

Ngô Anh Vinh¹, Trần Anh Pháp²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 420 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2022. **Kết quả:** Nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn ở nhóm con của những mẹ có học vấn thấp so với con của mẹ có học vấn cao ($p < 0,05$), ở gia đình có trên 2

con so với con ở gia đình chỉ có từ 1-2 con ($p < 0,05$), ở gia đình nghèo và cận nghèo so với con của gia đình khá giả ($p < 0,05$). Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp hơn ở nhóm trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu so với trẻ không được bú mẹ hoàn toàn ($p < 0,05$). Tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn ở trẻ có cân nặng khi sinh dưới 2500 gram so với trẻ có cân nặng khi sinh trên 2500 gram ($p < 0,05$), ở các bà mẹ tăng cân trong quá trình mang thai < 8 kg so với con của bà mẹ tăng cân trên 8kg ($p < 0,05$). Bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường của mẹ trong quá trình mang thai có ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng của con ($p < 0,05$). **Kết luận:** Yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi bao gồm: trình độ học vấn của mẹ, thu nhập của gia đình, số con trong gia đình, trẻ không bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, cân nặng khi sinh của trẻ dưới 2500g, mẹ tăng cân khi có thai dưới 8 kg, mẹ mắc các bệnh lý trong quá trình mang thai. **Từ khoá:** yếu tố liên quan, suy dinh dưỡng, dưới 5 tuổi

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Thành phố Hà Tĩnh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023