

- doi:10.51298/vmj.v520i2.4121
- Virk JS.** Distal Femur Locking Plate: The Answer to All Distal Femoral Fractures. JCDR. Published online 2016. doi:10.7860/JCDR/2016/22071.8759
  - Ranjan R, Kumar R, Singh A.** Role of distal femoral locking plate in management of distal femoral fracture: a prospective study. Int J Res Orthop. 2017; 3(5): 1062-1065. doi:10.18203/issn.2455-4510.IntJResOrthop20173942
  - Văn Huy Q, Xuân Thùy N, Văn Khoa V, Trường Thịnh V.** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành có sự hỗ trợ của màn tăng sáng. VMJ. 2022;509(2). doi:10.51298/vmj.v509i2.1824
  - Hoàng Ngọc Minh.** Nghiên cứu khả năng cố định ổ gãy trên thực nghiệm và kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi người lớn bằng nẹp khóa. Luận án Tiến sĩ y học. Học viện Quân Y; 2020.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ GEMCITABIN- CISPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐƯỜNG NIỆU GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú<sup>1</sup>, Trần Mai Phương<sup>1</sup>, Trần Khắc Hùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phác đồ gemcitabin-cisplatin trên bệnh nhân UTBMĐN giai đoạn tiến triển tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 32 bệnh nhân UTBMĐN giai đoạn tiến triển (14 bệnh nhân giai đoạn tiến xa, 18 giai đoạn di căn) tại Bệnh viện K từ 4/2021 đến 11/2023. **Kết quả:** Độ tuổi hay gặp là  $\geq 60$  tuổi, tuổi trung bình là  $61,25 \pm 9,9$ . Tỷ lệ nam giới chiếm 84,4%. Tỷ lệ BN mắc ung thư bàng quang là 50%. Tỷ lệ đáp ứng là 62,5%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5,6 tháng (4,9-6,3). Điểm chỉ số toàn trạng PS=2 là yếu tố tiên lượng xấu liên quan tới giảm trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,01$ ). Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết là chủ yếu. Độc tính của phác đồ gem-cis là nhẹ và chấp nhận được. **Kết luận:** Phác đồ gemcitabin- cisplatin điều trị bệnh nhân UTBMĐN giai đoạn tiến xa, di căn có tỷ lệ đáp ứng cao. Điểm chỉ số toàn trạng PS=2 là yếu tố tiên lượng xấu liên quan tới giảm trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,01$ ). Phác đồ hóa trị gem-cis an toàn với các tác dụng không mong muốn nhẹ và kiểm soát được.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô đường niệu, Gemcitabin- cisplatin

### SUMMARY

#### EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF GEMCITABIN- CISPLATIN REGIMEN ON PATIENTS WITH UROTHELIAL CANCER AT K HOSPITAL

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

**Objective:** To describe some clinical characteristics, subclinical characteristics and treatment results of the gemcitabin-cisplatin regimen on patients with advanced urothelial cancer at K hospital. **Patients and research methods:** The study describes 32 patients with advanced urothelial cancer who were treated with gemcitabine-cisplatin regimen at K Hospital from 4/2021 to 11/2023. **Results:** The common age is  $\geq 60$  years olds, the mean age is  $61,25 \pm 9,9$  years. The proportion of men accounts for 84.4%. The rate of patients with bladder cancer is 50%. The response rate was 62.5%. Median progression-free survival time was 5.6 months (4.9-6.3). Performance status PS=2 was significant adverse prognostic implications to reduce median PFS ( $P=0,01$ ). Side effects on the hematologic are mainly. The toxicity of the gem-cis regimen was mild and acceptable. The toxicity of the gem-cis regimen was mild and acceptable. **Conclusion:** Gemcitabine-Cisplatin regimen for treating patients with advanced urothelial cancer has a high response rate. Performance status PS=2 was significant adverse prognostic implications to reduce median PFS ( $P=0,01$ ). Gem-cis regimen is safe with mild and controllable side effects. **Keywords:** Urothelial cancer, Gemcitabine- cisplatin.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô đường niệu (UTBMĐN) là bệnh lý ác tính thường gặp trong các ung thư đường tiết niệu chỉ đứng sau ung thư tiền liệt tuyến. UTBMĐN có thể gặp ở bàng quang, niệu quản hay ở thận. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi. Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ.<sup>6</sup> Theo các nghiên cứu có khoảng 10-15% các trường hợp UTBMĐN xuất hiện di căn ngay tại thời điểm chẩn đoán.<sup>7</sup> Việc lựa chọn phác đồ điều trị UTBMĐN giai đoạn tiến triển là tương tự nhau cho dù bệnh biểu hiện ở thận, niệu quản hay bàng quang. Điều trị UTBMĐN giai đoạn tiến triển với đơn hóa trị thường cho tỷ lệ đáp ứng thấp, thời gian sống thêm cũng rất ngắn. Phác

đồ kết hợp gemcitabine – cisplatin (gem-cis) cho tỷ lệ đáp ứng cao hơn, thời gian sống thêm kéo dài hơn và trở thành phác đồ điều trị chuẩn bước 1 cho những trường hợp UTBMĐN giai đoạn tiến triển. Với những trường hợp chức năng lọc cầu thận của bệnh nhân ở mức giới hạn (độ thanh thải creatinin trong khoảng 40-<60ml/phút) thì phác đồ phân liều cisplatin (cisplatin 35 mg/m<sup>2</sup> truyền tĩnh mạch ngày 1+8) cũng cho thấy kết quả đáp ứng cũng như sống thêm lâu dài không kém phác đồ chuẩn truyền cisplatin vào ngày 1.<sup>2</sup> Tại Việt Nam, có tỷ lệ lớn các bệnh nhân UTBMĐN được phát hiện ở giai đoạn tiến triển không thể điều trị triệt căn. Hóa trị với phác đồ gem-cis đã được ứng dụng trong điều trị cho nhóm bệnh nhân này tuy nhiên có rất ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả đáp ứng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của phác đồ gem-cis trên bệnh nhân UTBMĐN. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả điều trị phác đồ gemcitabin- cisplatin trên bệnh nhân ung thư đường niệu giai đoạn tiến triển tại bệnh viện K".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 32 bệnh nhân UTBMĐN giai đoạn tiến triển (14 bệnh nhân giai đoạn tiến xa, 18 bệnh nhân giai đoạn di căn) tại Bệnh viện K từ 4/2021 đến 11/2023.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTBMĐN giai đoạn tiến xa (T4b, N2, N3) hoặc di căn xa (M1) theo phân loại của AJCC phiên bản 8 năm 2017

- + Mô bệnh học loại ung thư biểu mô đường niệu
- + Chưa được điều trị toàn thân trước đó
- + Có tổn thương đích xác định theo tiêu chuẩn RECIST 1.1
- + Điểm toàn trạng theo ECOG: PS = 0-2
- + Chức năng gan, thận, huyết học cho phép điều trị

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- + Bệnh nhân được điều trị trước đó với phác đồ có Cisplatin
- + Bệnh nhân không có kết quả mô bệnh học để xác định bệnh
- + Những trường hợp bệnh nhân bỏ dở, không đủ liệu trình điều trị không phải lý do chuyên môn

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện

**2.2.3. Phương pháp tiến hành**

**a. Thu thập thông tin:** Lựa chọn, đánh giá bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, thu thập thông tin trước điều trị: lâm sàng, cận lâm sàng

**b. Tiến hành điều trị:**

- Bệnh nhân có mức thanh thải creatinin CrCl ≥60 ml/phút được truyền phác đồ Gem-Cis Chu kỳ 21 ngày: Gemcitabine 1000mg/m<sup>2</sup>, truyền TM ngày 1,8. Cisplatin 70 mg/m<sup>2</sup>, truyền TM ngày 2

- Bệnh nhân có mức thanh thải Creatinin trong khoảng 40-<60 ml/phút, phác đồ phân liều Cisplatin: Gemcitabine 1000mg/m<sup>2</sup>, truyền TM ngày 1,8. Cisplatin 35 mg/m<sup>2</sup> TM ngày 1+8

**c. Đánh giá:** đáp ứng khách quan theo tiêu chuẩn RESICT 1.1, đánh giá trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS), đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố và trung vị thời gian PFS, đánh giá độc tính theo tiêu chuẩn CTAE 5.0.

**2.3. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích số liệu thống kê.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân**

Đặc điểm		N	%
Tổng			
	Tuổi		
	<60	14	43,7
	≥60	18	56,3
Giới	Nam	27	84,4
	Nữ	5	15,6
PS	0-1	22	68,8
	2	10	31,2

**Nhận xét:** Bệnh nhân có tuổi ≥ 60 chiếm 56,3%, tuổi trung bình là 61,25±9,9 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm 84,4%. Điểm toàn trạng PS=0-1 chiếm 68,8%.

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 3.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân**

Đặc điểm		N	%
Tổng			
	Vị trí ung thư		
	Bàng quang	16	50,0
	Không phải bàng quang	16	50,0
Giai đoạn	Tiến triển tại chỗ	14	43,8
	Di căn	18	56,3
Thể giải phẫu bệnh	UTBM TB chuyển tiếp	27	84,4
	Khác	5	15,6
Tình trạng di căn tạng	Di căn tạng	8	25
	Không di căn tạng	24	75
Số lượng vị trí tổn thương	1 -2	21	65,6
	> 2	11	34,4

**Nhận xét:** Vị trí ung thư hay gặp nhất là bàng quang chiếm 50%. Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn di căn chiếm 56,3%. Có 8 bệnh nhân di căn tạng chiếm 25%. Thể giải phẫu bệnh chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp chiếm 84,4%. Đa phần bệnh nhân có 1-2 tổn thương chiếm 65,6%

**3.3. Đáp ứng khách quan**

**Bảng 3.3. Tỷ lệ đáp ứng khách quan**

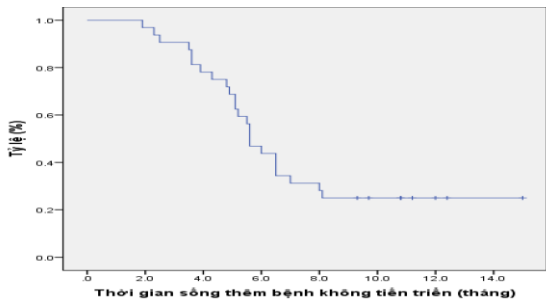
Đáp ứng	Số bệnh nhân (n)	%
Đáp ứng hoàn toàn	6	18,7
Đáp ứng một phần	14	43,8
Bệnh tiến triển	12	37,5

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng là 62,5%. Có 12 bệnh nhân tiến triển bệnh chiếm 37,5%

**3.4. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

**Bảng 3.4. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

Thời gian theo dõi	Số bệnh nhân tiến triển		Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển
	N	%	
6 tháng	18	56,25	43,75
9 tháng	24	75	25
12 tháng	30	93,75	6,25
Trung vị (KTC 95%)	5,6 tháng (4,9-6,3)		



**Biểu đồ 3.1: Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

**Nhận xét:** Trung vị thời gian PFS là 5,6 tháng (4,9-6,3).

**3.5. Môi liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

**Bảng 3.5. Môi liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

Đặc điểm lâm sàng	Số bệnh nhân (n=32)		Trung vị (tháng) KTC 95%	P
	N	%		
Tuổi	<60	14	6,5 (4,8-8,2)	0,225
	≥ 60	18	5,1 (4,5-5,7)	
PS	0-1	22	6,5 (4,6-8,4)	0,01
	2	10	3,6 (2,3-4,8)	

**Nhận xét:** Trung vị thời gian PFS ở nhóm có điểm số PS= 0-1 là 6,5 (4,6-8,4) cao hơn so với nhóm PS=2 điểm là 3,6 (2,3-4,8) với p=0,01 (có ý nghĩa thống kê).

**3.6. Môi liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng và trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

**Bảng 3.6. Môi liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

Đặc điểm cận lâm sàng		Số bệnh nhân (n=32)	Trung vị (tháng) KTC 95%	P
Giai đoạn bệnh	Tiến triển tại chỗ	14	5,1 (4,6-5,7)	0,456
	Di căn	18	6,0 (4,8-7,2)	
Số lượng vị trí tổn thương	1 -2	21	6,0 (4,1-7,9)	0,28
	> 2	11	5,2 (5,1-6,1)	
Vị trí u nguyên phát	Bàng quang	16	6,0 (4,2-7,8)	0,607
	Vị trí khác	16	5,1 (3,8-6,4)	
Tình trạng di căn tạng	Di căn tạng	8	6,0 (5,1- 6,8)	0,672
	Không di căn tạng	24	5,2 (4,5-5,9)	

**Nhận xét:** Bệnh nhân giai đoạn tiến triển tại chỗ, số lượng vị trí tổn thương >2, vị trí u không ở bàng quang hay tình trạng không di căn tạng có trung vị thời gian PFS ngắn hơn, không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

**3.7. Tác dụng không mong muốn**

	Tổng		Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
	Số chu kỳ	%				
Thiếu máu	55	42	35 (26,7)	16 (12,2)	4 (3,1)	0(0)
Hạ bạch cầu hạt	39	29,8	9 (6,9)	18 (13,7)	8 (6,1)	4 (3,1)
Hạ tiểu cầu	15	11,4	10 (7,6)	3(2,3)	0(0)	2 (1,5)
Tăng AST/ALT	16	12,2	13 (9,9)	2(1,6)	1(0,7)	0(0)
Tăng creatinin	37	28,2	33 (25,2)	1(0,7)	0(0)	3 (2,3)

**Nhận xét:** Đa phần các bệnh nhân bị thiếu máu chiếm tỷ lệ 42%. Tỷ lệ hạ bạch cầu hạt độ 3,4 là 9,2%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng creatinin là 28,2%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Một số đặc điểm lâm sàng của đôi**

**tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTBMĐN gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới chiếm 84,4%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 61,25±9,9 tuổi. Hầu hết bệnh nhân có tuổi ≥ 60 chiếm 56,3%. Hầu hết bệnh nhân có điểm toàn trạng PS<2 chiếm 65,6%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu ở trong nước và quốc tế cũng như các đặc điểm dịch tễ học của UTBMĐN trong y văn.<sup>3,7,8,9</sup>

**4.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ví trí u hay gặp nhất là ung thư bàng quang chiếm 50%. UTBMĐN có thể gặp ở bàng quang, niệu quản hay ở thận trong đó UTBMĐN trên chỉ chiếm khoảng 5-10%. Do vậy việc lựa chọn phác đồ điều trị UTBMĐN giai đoạn tiến triển là tương tự nhau cho dù bệnh biểu hiện ở thận, niệu quản hay bàng quang.<sup>7</sup>

**4.3. Đáp ứng khách quan.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng là 62,5%, trong đó đáp ứng một phần chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,8%. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Malcolm J. Moore và cộng sự, tỷ lệ đáp ứng trong nghiên cứu là 57%. Tỷ lệ đáp ứng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả H. von der Maase và cộng sự với tỷ lệ đáp ứng là 49,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Jonathan và cộng sự với tỷ lệ đáp ứng là 36% có thể do trong nghiên cứu này, bệnh nhân có thể điều trị hóa trị tân bổ trợ hoặc bổ trợ trước đó > 1 năm. Điều này gợi ý rằng, tỷ lệ đáp ứng với điều trị ở bệnh nhân UTBMĐN có xu hướng giảm dần ở những bước điều trị sau.

**4.4. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị thời gian PFS là 5,6 tháng (4,9-6,3). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Donald Kaufman và cộng sự với kết quả trung vị thời gian PFS là 5,5 tháng (95% CI, 4.5- 6.5 tháng).<sup>9</sup> Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả H. von der Maase và cộng sự với trung vị thời gian PFS ở nhóm điều trị gem-cis là 7,4 tháng (95% CI, 4.0-9,1 tháng).<sup>14</sup> Trung vị thời gian PFS giữa các nghiên cứu có sự khác biệt không đáng kể và thường dưới 1 năm, điều này phản ánh một thực tế mặc dù tỷ lệ đáp ứng khách quan tương đối cao nhưng tác động đến khả năng sống sót ở bệnh nhân mắc UTBMĐN giai đoạn tiến triển, di căn vẫn còn khá hạn chế.

**4.5. Phân tích các yếu tố liên quan tới trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.** Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh

nhân có điểm toàn trạng PS=2 là yếu tố tiên lượng xấu, liên quan tới giảm trung vị thời gian PFS có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,01$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả H. von der Maase và cộng sự chỉ ra rằng điểm toàn trạng PS=2 là yếu tố tiên lượng xấu liên quan đến giảm trung vị thời gian PFS có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Bên cạnh đó, tình trạng di căn tạng, tuổi ≥ 70 cũng là yếu tố làm giảm trung vị thời gian PFS có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự.<sup>8,9</sup>

Các nghiên cứu khác nhau đưa ra các yếu tố tiên lượng không thuận lợi khác nhau với kết quả điều trị bệnh nhân UTBMĐN bằng phác đồ gem-cis có thể do cỡ mẫu các nghiên cứu là khác nhau. Tuy nhiên phần đa các nghiên cứu đều cho rằng điểm toàn trạng PS=2, tình trạng di căn tạng là các yếu tố tiên lượng xấu tới kết quả điều trị.

**4.6. Tác dụng không mong muốn.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân gặp tác dụng phụ trên hệ tạo huyết độ 1-2. Tác dụng phụ hay gặp nhất trên hệ tạo huyết là thiếu máu chiếm 42%. Tác dụng phụ độ 3,4 hay gặp nhất trên hệ tạo huyết là hạ bạch cầu hạt chiếm 9,2%. Tác dụng phụ ngoài hệ tạo huyết hay gặp là tăng creatinin chiếm 28,2% trong đó tăng creatinin độ 3,4 chỉ chiếm 2,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu nước ngoài với độc tính trên hệ tạo huyết là hay gặp hơn. Tuy nhiên độc tính của phác đồ gem-cis thường ở mức độ nhẹ và chấp nhận được.

## V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi hay gặp là ≥ 60 tuổi, tuổi trung bình là 61,25±9,9. Tỷ lệ nam giới chiếm 84,4%. Tỷ lệ BN mắc ung thư bàng quang là 50%.

- Phác đồ gem-cis đạt tỷ lệ đáp ứng là 62,5%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5,6 tháng (4,9-6,3). Điểm chỉ số toàn trạng PS=2 liên quan tới giảm trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,01$ ).

- Phác đồ hóa trị gem-cis an toàn với các tác dụng không mong muốn nhẹ và kiểm soát được

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AJCC Cancer Staging Manual**, 8 th, Pathologic TNM staging of differentiated and anaplastic thyroid cancer (2017).
2. **Anne BA, Lisa S, Hans Von DM** (2008), Gemcitabine and cisplatin in locally advanced and metastatic bladder cancer; 3- or 4-week schedule?, *Acta Oncologica*, 47:1, 110-119.
3. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al** (2018), *Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN*

- Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA CANCER J CLIN, 2018;0:3-31.
4. **David A. Green (2013).** Urothelial Carcinoma of the Bladder and the Upper Tract: Disparate Twins. the journal of urolog. 189 ( 2013), 1214-1221,
  5. **Dean F. Bajorin và cộng sự (1999).** Long-Term Survival in Metastatic Transitional-Cell Carcinoma and Prognostic Factors Predicting Outcome of Therapy. Clin Oncol 17(1999), 3173-3181
  6. **Dogliotti L, Carten G, SienaSet al (2007),** Gemcitabine plus Cisplatin versus Gemcitabine plus Carboplatin as First-Line Chemotherapy in Advanced Transitional Cell Carcinoma of the Urothelium: Results of a Randomized Phase 2 Trial, European urology, 52 (2007) 134-141
  7. **Donald Kaufman và cộng sự (2000).** Phase II Trial of Gemcitabine Plus Cisplatin in Patients With Metastatic Urothelial Cancer. J Clin Oncol 18 (2000), 1921-1927
  8. **H. von der Maase và cộng sự (1999).** Weekly gemcitabine and cisplatin combination therapy in patients with transitional cell carcinoma of the urothelium: A phase II clinical trial. Annals of Oncology 10: 1461-1465.
  9. **H. von der Maase và cộng sự (2000).** Gemcitabine and Cisplatin Versus Methotrexate, Vinblastine, Doxorubicin, and Cisplatin in Advanced or Metastatic Bladder Cancer: Results of a Large, Randomized, Multinational, Multicenter, Phase III Study. Journal of Clinical Oncology, 17-17 (2000), tr 3068-3077
  10. **Lorusso V, Manzione L, De Vita F và cộng sự (2015),** Gemcitabine plus cisplatin for advanced transitional cell carcinoma of the urinary tract: a phase II multicenter trial, J Urol. 2000 Jul;164(1):53-6.

## NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VỚI CHỈ SỐ FIBROSCAN TRONG CHẨN ĐOÁN XƠ HÓA GAN Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 199

Đỗ Văn Tá<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ số Fibroscan trên đối tượng nghiên cứu. Đánh giá mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng với chỉ số Fibroscan trên bệnh nhân xơ hóa gan. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Tỷ lệ có xơ hóa gan 75,4% trường hợp. Trong đó tỷ lệ có xơ hóa đa số ở giai đoạn F2 (xơ hóa vừa) chiếm 50,2%, xơ hóa nhẹ (F1) là 15,5%, xơ hóa nặng (F3) là 6,6% và chỉ có 3,0% ở giai đoạn xơ gan (F4). Người cao tuổi có tỷ lệ xơ hóa gan cao, tăng dần theo tuổi, giới tính nam, thói quen sử dụng rượu bia, rối loạn chuyển hóa lipid. Thói quen sử dụng rượu bia làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=11,56). Rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=5,587), Viêm gan virus B mạn tính làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=5,587), viêm gan virus (OR=5,587). **Kết luận:** Rất ít trường hợp có triệu chứng lâm sàng. Có 10,8% bệnh nhân có biểu hiện chán ăn, 8,4% có biểu hiện đau tức hạ sườn phải và 31,1% bệnh nhân có tăng AST. Có 29,3% bệnh nhân tăng ALT. Tỷ lệ có xơ hóa đa số ở giai đoạn F2 (xơ hóa vừa) chiếm 50,2%, xơ hóa nhẹ (F1) là 15,5%, xơ hóa nặng (F3) là 6,6% và chỉ có 3,0% ở giai đoạn xơ gan (F4). Rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=5,587), Viêm gan virus B mạn tính làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=5,587), viêm gan virus (OR=5,587). **Từ khóa:** Xơ hóa gan, đo độ đàn hồi gan.

### SUMMARY

#### SEARCHING THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL AND PARA-CLINICAL RESULTS AND THE FIBROSCAN INDEX IN THE DIAGNOSIS OF LIVER FIBROSIS IN PATIENTS COMING FOR EXAMINATION AND TREATMENT AT THE 199 HOSPITAL

**Objective:** Describe clinical and paraclinical results and Fibroscan index on subjects of the research. Evaluate the relationship between clinical and paraclinical symptoms with Fibroscan index in patients with Liver Fibrosis. **Research method:** A cross-sectional description with analysis. **Results:** The rate of Liver Fibrosis is 75.4% of total. Of which, the majority of Fibrosis in stage F2 (moderate fibrosis) accounts for 50.2%, mild Fibrosis (F1) is 15.5%, severe Fibrosis (F3) is 6.6% and only 3.0% in Cirrhosis stage (F4). Elderly people have a high rate of liver fibrosis, which gradually increases with age, male gender, alcohol use habits, and lipid metabolism disorders. Habitual alcohol use increases the risk of liver fibrosis (OR=11.56). Dyslipidemia increases the risk of liver fibrosis (OR=5.587), chronic hepatitis B increases the risk of liver fibrosis (OR=5.587), viral hepatitis (OR=5.587). **Conclusion:** a very few cases of clinical symptoms. 10.8% of patients show signs of loss of appetite, 8.4% showed signs of right upper quadrant pain and 31.1% of patients had increased AST. There are 29.3% of patients with increased ALT. The majority of fibrosis in stage F2 (moderate fibrosis) accounts for 50.2%, mild fibrosis (F1) is 15.5%, severe Fibrosis (F3) is 6.6% and only 3.0% in Cirrhosis stage (F4). Dyslipidemia increases the risk of Liver fibrosis (OR=5.587), chronic hepatitis B increases the risk of Liver Fibrosis (OR=5.587), viral hepatitis

<sup>1</sup>Bệnh viện 199 - Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Tá  
Email: quangta2007.med.@gmail.com  
Ngày nhận bài: 2.2.2024  
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024  
Ngày duyệt bài: 10.4.2024