

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ 31 BỆNH NHÂN UNG THƯ TIỀN LIỆT TUYẾN GIAI ĐOẠN IV BẰNG LIỆU PHÁP ỨC CHẾ ANDROGEN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Nguyễn Văn Kiên^{1*}, Lê Khắc Hiệp¹
Trịnh Văn Sơn¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn IV bằng liệu pháp Ức chế androgen tại Bệnh viện Quân y 110.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang 31 bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn IV, điều trị bằng liệu pháp Ức chế androgen tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 11/2020 đến tháng 12/2024. Thực hiện nghiên cứu từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025.

Kết quả: Bệnh nhân trung bình $77,4 \pm 6,7$ tuổi. Số bệnh nhân có chỉ số toàn trạng PS ECOG 0-1 là 48,4%. Bệnh kết hợp thường gặp là tăng huyết áp (61,3%) và đái tháo đường (32,3%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đái khó, bí đái (61,3%), đái máu (25,8%) và đau xương (64,5%). Cận lâm sàng: TPSA > 100 ng/mL: 67,7%, Gleason 9-10: 38,7%, di căn hạch: 41,9%, di căn xương: 77,4%. Kết quả điều trị thấy tỉ lệ đáp ứng TPSA đạt đỉnh và có giá trị thấp nhất ở tháng thứ 6 (93,6% và 61,3%). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 41,5 tháng (trung vị: 38,0 tháng), trong đó số bệnh nhân sống thêm toàn bộ trên 24 tháng chiếm 70,1%.

Kết luận: Phác đồ điều trị bằng liệu pháp Ức chế androgen trên bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn IV cho tỉ lệ đáp ứng cao, dung nạp tốt, kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn di căn, Ức chế androgen, PSA toàn phần.

ABSTRACT

Objectives: To describe some clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of stage IV prostate cancer patients with androgen deprivation therapy (ADT) at Military Hospital 110.

Subjects and methods: A retrospective and prospective study, cross-sectional description of 31 patients with stage IV prostate cancer, treated with androgen deprivation therapy at Military Hospital 110, from November 2020 to December 2024. The study was carried out from August 2024 to July 2025.

Results: The mean age of patients was 77.4 ± 6.7 years. The number of patients with an ECOG performance status (PS) of 0-1 accounted for 48.4%. Common comorbidities included hypertension (61.3%) and diabetes mellitus (32.3%). Frequent clinical symptoms were dysuria or urinary retention (61.3%), hematuria (25.8%), and bone pain (64.5%). Paraclinical findings: total PSA > 100 ng/mL in 67.7% of cases, Gleason score 9-10 in 38.7%, lymph node metastasis in 41.9%, and bone metastasis in 77.4%. Treatment outcomes showed the PSA response rate peaked and reached its lowest value at the 6th month (93.6% and 61.3%, respectively). The mean overall survival was 41.5 months (median: 38.0 months), with 70.1% of patients achieving an overall survival of more than 24 months.

Conclusions: Androgen deprivation therapy in patients with stage IV prostate cancer demonstrated a high response rate, good tolerability, prolonged survival, and improved quality of life for patients.

Keywords: Metastatic prostate cancer, androgen deprivation therapy, total PSA.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Văn Kiên, Email: dr.kien39a@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/7/2025; mời phản biện khoa học: 7/2025; chấp nhận đăng: 23/9/2025.

¹Bệnh viện Quân y 110.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tiền liệt tuyến (UTTTL) là bệnh lý ung thư thường gặp ở nam giới, chỉ đứng thứ 2 sau ung thư phổi ở nam giới trên toàn cầu [1]. Ở Việt

Nam, số ca mắc mới UTTTL năm 2022 là 5.875 ca (chiếm 6,2%), đứng thứ 5 sau ung thư gan, phổi, dạ dày, đại tràng [1]. Tỉ lệ bệnh nhân (BN) phát hiện bệnh ở giai đoạn xâm lấn, di căn với tiên lượng

xấu khá cao. Khi UTTTL đã di căn, chỉ định phẫu thuật triệt căn không còn, phẫu thuật cắt tinh hoàn đã chứng minh hiệu quả trong kiểm soát bệnh. Tuy nhiên, chỉ định phẫu thuật cắt tinh hoàn gặp rào cản tâm lý rất lớn ở nhiều BN. Từ những năm 1990, liệu pháp ức chế androgen (Androgen deprivation therapy - ADT) bằng thuốc nội tiết ức chế hormone luteinizing (LH) ra đời, cho hiệu quả giảm nồng độ testosterone trong máu tương tự phẫu thuật cắt tinh hoàn. Liệu pháp ADT nội khoa đã mang đến một lựa chọn điều trị linh hoạt hơn cho các BN không muốn phẫu thuật. Đến nay, dù có nhiều phương pháp điều trị mới (như nội tiết, miễn dịch, thuốc đích...), đem lại nhiều lựa chọn hiệu quả, song liệu pháp ADT vẫn được áp dụng trong điều trị BN UTTTL giai đoạn di căn nhờ hiệu quả cao, kinh tế và an toàn. Tuy nhiên, việc tuân thủ, quản lý điều trị UTTTL giai đoạn di căn ở nhiều cơ sở trên cả nước hiện còn chưa tốt, các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị còn chưa được nghiên cứu đầy đủ.

Bệnh viện Quân y 110 đã tiếp nhận, điều trị BN ung thư từ năm 2018, trong đó có nhiều trường hợp UTTTL giai đoạn muộn. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng; nhận xét kết quả điều trị BN UTTTL giai đoạn IV bằng liệu pháp ADT, tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 11/2020 đến tháng 12/2024.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

31 BN UTTTL giai đoạn IV, điều trị bước 1 bằng liệu pháp ADT, tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 11/2020 đến tháng 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 40 tuổi trở lên, có chỉ số toàn trạng từ 0-3 điểm PS ECOG; BN có đủ các thông tin và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN mắc kết hợp bệnh ung thư khác hoặc bệnh mạn tính trầm trọng; BN UTTTL di căn não; BN bỏ điều trị ADT nội khoa khi bệnh chưa tiến triển.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện (tất cả các BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ 11/2020-12/2024; chúng tôi lựa chọn được 31 BN vào nghiên cứu). Thời gian tổ chức nghiên cứu từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025.

- Phương pháp tiến hành và tiêu chuẩn áp dụng:

+ Chọn hồ sơ bệnh án (với BN hồi cứu) và BN đủ tiêu chuẩn (với BN tiến cứu), ghi nhận các thông tin về tiền sử, bệnh sử, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị vào mẫu phiếu nghiên cứu.

+ Chẩn đoán xác định UTTTL và giai đoạn bệnh bằng mô bệnh học theo thang điểm Gleason [2]

và AJCC 8th [3]; đánh giá chỉ số toàn trạng theo thang điểm PS ECOG [4]. Đánh giá đáp ứng TPSA khi nồng độ TPSA giảm trên 50% so với thời điểm ban đầu.

+ Quy trình điều trị: sau khi hội chẩn, chỉ định điều trị, giải thích cho BN hiểu về liệu pháp ADT. Cụ thể: liệu pháp ADT nội khoa: bicalutamide 50 mg x 1 viên/ngày x 10 ngày, sau đó, tiêm dưới da goserelin acetate 3,6 mg/mỗi 28 ngày (có thể kết hợp duy trì tiếp bicalutamide tùy từng BN); liệu pháp ADT ngoại khoa: phẫu thuật cắt tinh hoàn; có thể kết hợp thêm bicalutamide 50 mg x 1 viên/ngày và thuốc điều trị hỗ trợ: zoledronic acid 4 mg/tháng ở BN di căn xương. Ngoài ra, BN được điều trị giảm đau, nhiễm trùng niệu... Đánh giá định kỳ kết quả điều trị bằng xét nghiệm máu, chụp CT-scanner, MRI mỗi 3 tháng/lần.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi, chỉ số toàn trạng, bệnh mạn tính kết hợp.

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, nồng độ kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt toàn phần (Total prostate-specific antigen - TPSA), điểm Gleason, bạch cầu trung tính, bạch cầu niệu, kĩ thuật sinh thiết và chẩn đoán hình ảnh trước sinh thiết, giai đoạn u, tình trạng di căn xa.

+ Kết quả điều trị: diễn biến các triệu chứng và nồng độ TPSA sau điều trị 3 tháng; thời gian sống thêm toàn bộ; một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ của BN.

- Đạo đức: nghiên cứu đã thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Quân y 110. BN được bảo mật thông tin và không phải chi trả bất cứ xét nghiệm hoặc thuốc nào liên quan đến nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số BN (n = 31)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	Từ 65-69 tuổi	4	12,9
	Từ 70-79 tuổi	12	38,7
	Từ 80-90 tuổi	15	48,4
	Trung bình	77,4 ± 6,7	
Chỉ số toàn trạng	0-1 điểm	15	48,4
	2 điểm	13	41,9
	3 điểm	3	9,7
Bệnh kết hợp	Bệnh phổi mạn tính	2	6,4
	Tăng huyết áp	19	61,3
	Đái tháo đường	10	32,3

BN phân bố từ 65-90 tuổi, trung bình $77,4 \pm 6,7$ tuổi. Gặp tỉ lệ cao BN ≥ 80 tuổi; chỉ số toàn trạng từ 0-2 điểm; mắc kèm theo bệnh tăng huyết áp.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Lâm sàng, cận lâm sàng		Số BN (n = 31)	Tỉ lệ (%)
Lâm sàng	Bí đái	6	19,4
	Đái khó	13	41,9
	Đái máu	8	25,8
	Đau xương	20	64,5
Nồng độ TPSA	10,1-20,0 ng/mL	3	9,7
	20,1-100,0 ng/mL	7	22,6
	> 100,0 ng/mL	21	67,7
Điểm Gleason	9-10 điểm	12	38,7
	8 điểm	10	32,3
	7 điểm	9	29,0
Bạch cầu trung tính	0-5 G/L	12	38,7
	≥ 5 G/L	19	61,3
Bạch cầu niệu	0 Leu/UL	24	77,4
	25-500 Leu/UL	7	22,6
Kĩ thuật sinh thiết	Nội soi cắt 1 phần u	23	74,2
	Sinh thiết kim	8	25,8
Kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh	MRI	16	51,6
	CT-scanner	5	16,3
	Siêu âm	31	100

Khi nhập viện, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau xương, đái khó, đái máu; ít gặp nhất là bí đái. Tỉ lệ cao BN có nồng độ TPSA > 100 ng/mL, điểm Gleason từ 9-10 điểm, chẩn đoán qua siêu âm, MRI và nội soi cắt một phần u.

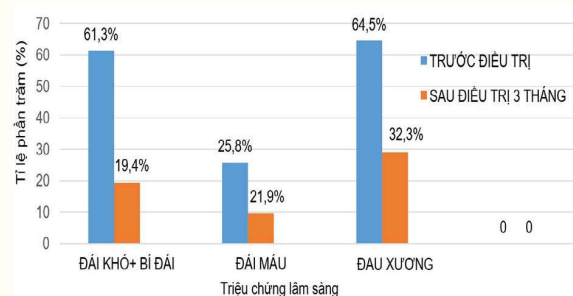
Bảng 3. Giai đoạn và mức độ xâm lấn

Giai đoạn và xâm lấn, di căn		Số BN (n = 31)	Tỉ lệ (%)
U khu trú 1-2 thùy		18	58,1
U xâm lấn túi tinh		3	9,7
U xâm lấn rộng bàng quang, trực tràng		10	32,2
Tình trạng di căn xa	Gan	4	12,9
	Xương	24	77,4
	Phổi	4	12,9
	Hạch	13	41,9
Số cơ quan di căn	1 cơ quan	18	58,1
	2-4 cơ quan	13	41,9

Chủ yếu BN có u khu trú 1-2 thùy tuyến; có di căn xương và di căn đến 1 cơ quan.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng sau 3 tháng điều trị:



Mức độ cải thiện triệu chứng sau 3 tháng điều trị.

Sau 3 tháng điều trị, thấy các tất cả triệu chứng đều thuyên giảm.

Bảng 4. Đặc điểm TPSA toàn phần

Đặc điểm TPSA toàn phần		Số BN (n = 31)	Tỉ lệ (%)
Thời điểm đáp ứng TPSA sau điều trị	1 tháng	23	74,2
	3 tháng	27	87,1
	6 tháng	29	93,6
	12 tháng	20	64,5
Thời điểm TPSA thấp nhất sau điều trị	1 tháng	0	0
	3 tháng	11	35,5
	6 tháng	19	61,3
	12 tháng	1	3,3
Trung vị TPSA thấp nhất: 1,2 ng/mL CI 95%: 0,3-32,5			

Tỉ lệ đáp ứng TPSA trong nhóm nghiên cứu tăng dần theo thời gian, đạt đỉnh ở tháng thứ 6 (93,6%), sau đó giảm nhẹ. Thời điểm TPSA đạt giá trị thấp nhất vào tháng thứ 6 (61,3%). Mức trung vị TPSA thấp nhất sau điều trị là 1,2 ng/mL.

Bảng 5. Thời gian sống thêm toàn bộ

Thời gian sống thêm toàn bộ	Số BN (n = 31)	Tỉ lệ (%)
6 tháng	29	93,6
12 tháng	27	87,1
18 tháng	24	77,4
24 tháng	22	70,1
Trung bình (tháng)	41,5	
Trung vị (tháng)	38,0	
CI95% (nhỏ nhất-lớn nhất)	27,5-48,5	

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 41,5 tháng (trung vị 38,0 tháng). Trong đó số BN sống thêm toàn bộ trên 24 tháng chiếm 70,1%.

Bảng 6. Liên quan giữa thời gian sống thêm toàn bộ với một số yếu tố

Yếu tố		Thời gian sống thêm toàn bộ		p _{đơn biến}	p _{đa biến}
		Trung vị	CI95%		
Tuổi	60-79 tuổi	54,6	38,9-70,2	0,06	
	80-89 tuổi	29,8	20,3-39,3		
Chỉ số toàn trạng	0-1 điểm	66,4	53,0-77,8	0,002	0,08
	2-3 điểm	24,0	19,7-28,3		
Điểm Gleason	9-10 điểm	26,5	17,7-35,3	0,08	
	7-8 điểm	47,5	33,7-61,29		
Bạch cầu trung tính	0-5 G/L	59,1	43,4-74,8	0,003	0,89
	> 5 G/L	25,7	19,8-31,5		
TPSA thấp nhất	< 1,21 ng/mL	56,9	42,6-71,3	0,001	0,12
	≥ 1,21 ng/mL	22,6	16,7-28,4		
Di căn	1 cơ quan	57,0	42,4-71,5	0,001	0,11
	2-4 cơ quan	23,0	15,8-30,3		

Phân tích đơn biến thấy các yếu tố liên quan đến kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ của BN gồm toàn trạng từ 0-1 điểm; bạch cầu trung tính < 5 G/L, TPSA thấp nhất sau điều trị < 1,2 ng/mL và di căn 1 cơ quan. Thực hiện phân tích đa biến, các yếu tố trên lại không có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

BN UTTLT giai đoạn IV phân bố từ 65-90 tuổi, trung bình $77,4 \pm 6,7$ tuổi, 48,4% BN ≥ 80 tuổi. Kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu của Chin H.W tại Hoa Kỳ (BN UTTLT từ 65-68 tuổi, hiếm có BN < 50 tuổi) [5], Lê Thị Khánh Tâm (BN trung bình $71,8 \pm 7,7$ tuổi), hay Trần Quốc Cường (tuổi trung bình của BN là $69,2 \pm 6,5$ tuổi) [6], [7].

Tỉ lệ mắc các bệnh kết hợp như tăng huyết áp và đái tháo đường trong nghiên cứu này (61,3% và 32,3%) cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Khánh Tâm (lần lượt là 22,7% và 12,0%) [6]. Tuổi cao, thể trạng yếu, nhiều bệnh kết hợp là các yếu tố khách quan ảnh hưởng đến khả năng lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp và yêu cầu nâng cao công tác theo dõi, chăm sóc BN.

Lâm sàng gặp tỉ lệ cao các BN có đau xương (64,5%), tiếp đến là đái khó (41,9%) và đái máu (25,8%), ít gặp BN có bí đái (19,4%); tương đương với ghi nhận của Lê Thị Khánh Tâm (đau xương: 58,7%, đái khó: 30,7%) [6]. Chúng tôi ghi nhận có BN bí đái, suy thận cấp, phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu đặt sonde bàng quang trên xương mu, sinh thiết chẩn đoán thực hiện ở thì 2.

Thông thường, nồng độ TPSA < 4 ng/mL và có thể tăng nhẹ trong các bệnh lý lành tính (như viêm, phì đại lành tính tuyến tiền liệt, viêm tiết niệu...). Trong UTTLT, TPSA tăng mạnh tương quan chặt

chẽ với mức độ di căn và tiến triển khối u. Một số nghiên cứu cho thấy, TPSA > 50 ng/mL thì 80% khối u đã xâm lấn túi tinh hoặc di căn hạch; TPSA > 100 ng/mL thì 100% BN đã có di căn xa [3]. Nghiên cứu của Trịnh Lê Huy (2021) ghi nhận nồng độ TPSA > 20 ng/mL thì tỉ lệ di căn xương là 35,1% [8]. Chúng tôi gặp 67,7% BN có TPSA > 100 ng/mL, cho thấy mức độ di căn trong nhóm là rất cao. Điểm Gleason càng cao phản ánh mô học kém biệt hóa, khả năng xâm lấn nhanh và tiên lượng BN xấu hơn [9]. Tỉ lệ BN có điểm Gleason 9-10 trong nghiên cứu này (38,7%) thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Khánh Tâm (62,7%) [6]. Chỉ số bạch cầu trung tính < 5 G/L được một số tác giả đề cập như một yếu tố liên quan đến tiên lượng BN UTTLT sống thêm tốt hơn [6]. Tuy nhiên, vai trò của nó trong tiên lượng BN vẫn còn nhiều tranh cãi, do đây là chỉ số dễ biến động dưới ảnh hưởng của nhiều yếu tố, như tình trạng tủy xương/các bệnh lý viêm nhiễm.

Do Bệnh viện Quân y 110 chưa triển khai sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm, nên chủ yếu sử dụng kĩ thuật nội soi cắt một phần u để chẩn đoán mô bệnh học. Dù kĩ thuật này có thể bỏ sót các u nhỏ ở vùng ngoại vi trong giai đoạn khu trú, nhưng vì hầu hết BN nghiên cứu đều ở giai đoạn muộn, khối u lớn, xâm lấn gây tắc nghẽn đường niệu, nên kĩ thuật này được xem là phù hợp cả về chẩn đoán lẫn cải thiện triệu chứng. Việc chẩn đoán giai đoạn khối u trước điều trị đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh và chỉ định phương pháp điều trị, đặc biệt, với các BN còn khả năng điều trị triệt căn. Siêu âm có giá trị ban đầu trong đánh giá kích thước u và tình trạng xâm lấn túi tinh. Trong giai đoạn muộn, siêu âm ổ bụng vẫn được chấp nhận như một kĩ thuật chẩn đoán trước khi tiến hành phẫu thuật nội soi hoặc sinh thiết kim chẩn đoán mô bệnh học. Tuy nhiên, để đánh giá toàn diện giai đoạn bệnh, các kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại như MRI, CT-scanner, xạ hình xương là không thể thiếu, giúp xác định mức độ xâm lấn và di căn chính xác hơn. Kết quả nghiên cứu này thấy chủ yếu BN có u khu trú 1-2 thùy (58,1%), có di căn xương (77,4%). Kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh trước sinh thiết thường áp dụng là siêu âm (100%) và MRI (51,6%). 58,1% BN di căn 1 cơ quan và 41,9% BN di căn từ 2-4 cơ quan. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Lê Thị Khánh Tâm (76% BN di căn xương) [6]. UTTLT có ái tính cao với tủy xương, nên xạ hình xương là kĩ thuật chẩn đoán cần thiết trong trường hợp nồng độ TPSA cao và nghi ngờ di căn xương, nhất là khi CT-scanner hoặc MRI không phát hiện được tổn thương. Tỉ lệ

di căn hạch và di căn nhiều tạng trong nghiên cứu này (41,9% và 41,9%) thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Khánh Tâm (60% và 68,4%) [6]. Di căn nhiều vị trí có thể gây triệu chứng chèn ép, suy mòn nhanh. Song, UTTTL ít di căn gan, phổi nên nguy cơ đe dọa trực tiếp đến các chức năng sống cũng thấp hơn so với nhiều bệnh lý ác tính khác. Trong nghiên cứu này, có 8 BN chuyển tuyến sau sinh thiết kim chẩn đoán.

Hiệu quả cải thiện triệu chứng của BN trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2021), trong đó tỉ lệ đau khó và đau xương lần lượt giảm từ 69,2% và 59,0% xuống còn 20,5% và 28,2% sau 3 tháng điều trị [10]. Sự cải thiện triệu chứng đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống người bệnh, giúp họ trở lại sinh hoạt bình thường, giảm gánh nặng tâm lý và thể chất trong quá trình sống chung với bệnh. Kết quả đáp ứng TPSA trong nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Lê Thị Khánh Tâm (81,3%) [6]. Mức TPSA giảm sau điều trị phản ánh hiệu quả thu nhỏ kích thước khối u, cải thiện triệu chứng lâm sàng và kéo dài thời gian sống thêm. Tuy nhiên, mức TPSA trung bình sau điều trị (1,2 ng/mL) còn cao hơn nhiều so với ngưỡng TPSA lý tưởng (< 0,05 ng/mL). Điều này cho thấy một số BN đáp ứng u còn hạn chế, có thể do đặc điểm sinh học u hoặc do các yếu tố liên quan đến BN. Kết quả sống thêm thấp hơn so với các nghiên cứu của Lê Thị Khánh Tâm (81,2%) [6] và Meng-Bo Hu (74% BN sống thêm sau 3 năm) [11]. Nguyên nhân có thể do đặc điểm dân số trong nghiên cứu (thể trạng kém, độ tuổi trung bình và tỉ lệ mắc bệnh mạn tính cao hơn) làm ảnh hưởng đáng kể đến khả năng đáp ứng điều trị và tiên lượng sống thêm của người bệnh.

Phân tích đơn biến cho thấy nhiều yếu tố có thể liên quan đến tiên lượng sống thêm tốt, đặc biệt là thể trạng tốt, đáp ứng TPSA thấp nhất < 1,2 ng/mL và di căn ít vị trí. Tuy nhiên, trong phân tích đa biến, các yếu tố này không có ý nghĩa thống kê, chứng tỏ có sự tương tác và nhiễu lẫn nhau giữa các biến. Vai trò của chỉ số bạch cầu trung tính cũng không có ý nghĩa trong mô hình đa biến ($p = 0,89$), phù hợp với những nghi ngờ trước đó về giá trị tiên lượng của chỉ số này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 31 bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn IV, điều trị bằng liệu pháp nội tiết ức chế androgen, tại Bệnh viện Quân y 110, kết luận:

- Bệnh nhân có độ tuổi trung bình $77,4 \pm 6,7$ tuổi, trong đó 48,4% bệnh nhân ≥ 80 tuổi. Bệnh kết hợp thường gặp là tăng huyết áp (61,3%), đái tháo đường (32,3%). 90,3% bệnh nhân có chỉ số toàn trạng từ 0-2 điểm. Triệu chứng khi nhập viện hay gặp nhất là đau xương (64,5%), đái khó (41,9%), nồng độ TPSA > 100 ng/mL (67,7%),

điểm Gleason từ 9-10 điểm (38,7%). Có 74,2% bệnh nhân chẩn đoán mô bệnh học qua phẫu thuật nội soi cắt một phần u tuyến và 41,9% bệnh nhân di căn từ 2-4 cơ quan.

- Sau 3 tháng điều trị, tất cả các triệu chứng trên bệnh nhân đều thuyên giảm. Tỉ lệ đáp ứng TPSA đạt đỉnh và có giá trị thấp nhất ở tháng thứ 6 (93,6% và 61,3%). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 41,5 tháng, trong đó số bệnh nhân sống thêm toàn bộ trên 24 tháng chiếm 70,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, et al. (2024), "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *74* (3): 229-263.
2. Gleason D.F (1966), "Classification of prostatic carcinomas", *Cancer Chemother Rep.*, 1966 Mar; 50 (3): 125-8.
3. Paner G.P, Stadler WM, et al. (2018), "Updates in the Eighth Edition of the Tumor-Node-Metastasis Staging Classification for Urologic Cancers", *Eur Urol.* 2018; 73: 560-9.
4. Conill C, Verger E, Salamero M (1990), "Performance status assessment in cancer patients", *Cancer*, 1990 Apr 15; 65 (8): 1864-1866.
5. Chin H.W, et al. (2015), "Prostate Cancer in Seniors: Part 1: Epidemiology, Pathology, and Screening", *Fed Pract*, 32 (Suppl 4): 41s-44s.
6. Lê Thị Khánh Tâm (2017), *Đánh giá kết quả điều trị UTTTL giai đoạn IV*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Trần Quốc Cường và CS (2024), "Đánh giá kết quả điều trị UTTTL bằng Goserelin Acetate, tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, 2022-2023", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 73: 159-165.
8. Trịnh Lê Huy và CS (2021), "Nhận xét mối tương quan giữa nồng độ PSA và tổn thương xương trong ung thư tiền liệt tuyến", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 143 (7): 48-52.
9. Siegel D.A, et al. (2020), "Prostate cancer incidence and survival, by stage and race/ethnicity - United States, 2001-2017", *MMWR Morb Mortal Wkly*, Rep 69 (41): 1473-1480.
10. Nguyễn Anh Tuấn và CS (2021), "Kết quả điều trị UTTTL di căn bằng liệu pháp ức chế androgen" *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 507 (2).
11. Hu M.B, et al. (2018), "Prognostic factors in Chinese patients with prostate cancer receiving primary ADT: validation of J-CAPRA score and impacts of pre-existing obesity and diabetes mellitus", *Int J Clin Oncol*, 23 (3): 591-598. □