

Data Linkage Study", JMIR Public Health Surveill, 9, pp. e39459.

7. **Nguyen V. B., Thi K. H. P., Nguyen T. X., et al** (2022), "Diabetes self-management and its associated factors among patients with diabetes in central Vietnam: A cross-sectional study", PLoS One, 17(7), pp. e0270901.

8. **Ruangchaisiwawet A., Bankhum N., Tanasombatkul K., et al** (2023), "Prevalence and the association between clinical factors and Diabetes-Related Distress (DRD) with poor glycemic control in patients with type 2 diabetes: A Northern Thai cross-sectional study", PLoS One, 18(11), pp. e0294810.

VAI TRÒ CỦA XẠ HÌNH XƯƠNG TRONG ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI KHOA XẠ TRỊ, BỆNH VIỆN E

Nguyễn Văn Sang¹, Vũ Sỹ Quân²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá vai trò của xạ hình xương trong đánh giá giai đoạn di căn xa (M) Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) tại Bệnh viện E, xác định tỷ lệ bệnh nhân có di căn xương trên Xạ hình xương (XHX) và phân tích mối liên quan giữa kết quả XHX với các yếu tố nguy cơ PSA và Gleason của khối u. **Đối tượng:** Nghiên cứu bao gồm 253 bệnh nhân nam được chẩn đoán xác định UTTTL và được chụp XHX tại Bệnh viện E. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: (1) Có kết quả giải phẫu bệnh xác nhận ung thư tuyến tiền liệt; (2) Được đánh giá giai đoạn bệnh trước điều trị bằng chụp xạ hình xương toàn thân. Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân được thu nhận trong giai đoạn từ 2/2023 đến 5/2025 tại Khoa Xạ trị, Bệnh viện E. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án và kết quả chụp XHX. **Phương pháp:** Tất cả bệnh nhân được tiêm tĩnh mạch được chất phóng xạ Technetium-99m gắn MDP và chụp XHX toàn thân trên hệ thống gamma camera hai đầu thu (SPECT Intevo của Siemens). Hình ảnh XHX được bác sĩ chuyên khoa Y học hạt nhân đọc. Tiêu chuẩn xác định di căn xương trên XHX có ổ tập trung hoạt độ phóng xạ bất thường khu trú tại xương, không đối xứng hai bên, loại trừ các ổ tăng hoạt độ do chấn thương hoặc thoái hóa xương khớp. Kết quả XHX được đối chiếu với các thông tin lâm sàng và các xét nghiệm khác (như PSA, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ nếu có) nhằm tăng độ chính xác chẩn đoán. Dữ liệu về tuổi, nồng độ PSA ban đầu, điểm Gleason sinh thiết của các bệnh nhân được thu thập. Chúng tôi phân nhóm bệnh nhân theo độ tuổi, mức PSA (< 20 ng/mL hoặc ≥ 20 ng/mL) và thang điểm Gleason (< 8 hoặc ≥ 8) để đánh giá tỷ lệ di căn xương trong từng nhóm. Số liệu được xử lý và phân tích thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 22.0. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 253 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) được chẩn đoán và chụp XHX tại Bệnh viện

E. Kết quả cho thấy 16,6% bệnh nhân có di căn xương, chủ yếu ở nhóm bệnh nhân có PSA ≥ 20 ng/mL và/hoặc điểm Gleason ≥ 8. Tỷ lệ di căn xương tăng theo độ tuổi, với nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi có tỷ lệ di căn cao nhất (26,5%). Trong nhóm PSA ≥ 20 ng/mL, tỷ lệ di căn xương đạt 33,6%, trong khi nhóm PSA < 20 ng/mL chỉ có 2,9% trường hợp di căn. Tương tự, nhóm có điểm Gleason ≥ 8 có tỷ lệ di căn xương lên đến 25%, cao hơn nhiều so với nhóm Gleason < 8 (4,8%). Những kết quả này cho thấy PSA và điểm Gleason là các yếu tố tiên lượng quan trọng đối với di căn xương, trong khi tuổi tác không phải yếu tố độc lập.

SUMMARY

THE ROLE OF BONE SCINTIGRAPHY IN STAGING PROSTATE CANCER AT THE RADIATION ONCOLOGY DEPARTMENT, E HOSPITAL

Study Objective: To evaluate the role of bone scintigraphy in staging prostate cancer (PCa) at E Hospital, determine the rate of patients with bone metastasis detected by BS, and analyze the relationship between BS results and the risk factors PSA and Gleason score of the tumor. **Subjects:** The study included 253 male patients diagnosed with PCa who underwent bone scintigraphy at E Hospital. Inclusion criteria: (1) Pathological confirmation of prostate cancer; (2) Staging evaluation before treatment using whole-body bone scintigraphy. Exclusion criteria: Patients who refused to participate in the study. Patients were enrolled between 02/2023 and 05/2025 at the Radiation Oncology Department, E Hospital. This is a cross-sectional, retrospective, and prospective study based on medical records and bone scintigraphy results. **Method:** All patients received intravenous injection of Technetium-99m MDP and underwent whole-body bone scintigraphy using a two-head gamma camera system (SPECT Intevo, Siemens). The BS images were interpreted by a nuclear medicine specialist. The criteria for detecting bone metastasis on BS were abnormal focal uptake of radioactivity localized in the bones, with asymmetric bilateral involvement, excluding areas of increased uptake due to trauma or osteoarthritis. The BS results were cross-checked with clinical data and other diagnostic tests (such as PSA levels, CT or MRI scans if available) to increase diagnostic accuracy. Data on age, initial PSA levels, and Gleason score from biopsy

¹Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

were collected. We classified patients by age, PSA level (< 20 ng/mL or ≥ 20 ng/mL), and Gleason score (< 8 or ≥ 8) to assess the rate of bone metastasis in each group. The data were processed and analyzed using descriptive statistics with SPSS 22.0.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là bệnh lý ác tính thường gặp ở nam giới lớn tuổi. Di căn xương là hình thái di căn phổ biến nhất của UTTTL giai đoạn tiến xa, ảnh hưởng nghiêm trọng đến tiên lượng và lựa chọn điều trị. Theo y văn, có tới 85–100% bệnh nhân tử vong do UTTTL có tổn thương di căn xương [1]. Xạ hình xương (XHX) sử dụng dược chất phóng xạ để ghi hình toàn thân, được coi là phương pháp tiêu chuẩn vàng để phát hiện di căn xương ở bệnh nhân UTTTL nhờ độ nhạy cao, giúp phát hiện tổn thương sớm hơn so với X-quang thường quy vài tháng. Việc đánh giá đúng giai đoạn bệnh, đặc biệt là phát hiện sớm di căn xương, có ý nghĩa quan trọng trong quyết định phác đồ điều trị và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân.

Tuy nhiên, việc chỉ định XHX thường quy cho tất cả bệnh nhân UTTTL còn gây tranh cãi. Nhiều nghiên cứu cho thấy các yếu tố như nồng độ PSA huyết thanh, điểm Gleason mô bệnh học và giai đoạn lâm sàng có giá trị dự báo khả năng di căn xương [2], [3]. Các hướng dẫn của Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ (AUA) và Hiệp hội Tiết niệu châu Âu (EAU) khuyến cáo có thể bỏ qua XHX ở những bệnh nhân nguy cơ thấp không triệu chứng (u biệt hóa tốt, PSA < 20 ng/mL) do xác suất di căn xương trong nhóm này rất thấp [4]. Ngược lại, bệnh nhân nguy cơ cao (PSA cao, Gleason ≥ 8 hoặc giai đoạn T3 trở lên) nên được chụp XHX thường quy để phát hiện di căn [5]. Thực tế tại Việt Nam, nhiều bệnh nhân được chẩn đoán UTTTL khi đã có PSA cao hoặc điểm Gleason cao, do đó nguy cơ di căn xương có thể cao hơn so với nhóm nguy cơ thấp. Việc xác định vai trò của XHX trong phân tầng nguy cơ và giai đoạn bệnh tại Bệnh viện E sẽ giúp tối ưu hóa chỉ định XHX, giảm bỏ sót di căn ở nhóm nguy cơ cao đồng thời tránh lãng phí ở nhóm nguy cơ rất thấp.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá vai trò của xạ hình xương trong đánh giá giai đoạn UTTTL tại Bệnh viện E, xác định tỷ lệ bệnh nhân có di căn xương trên XHX và phân tích mối liên quan giữa kết quả XHX với các yếu tố nguy cơ PSA và Gleason của khối u.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu bao gồm 253 bệnh nhân nam được chẩn đoán xác định UTTTL và được chụp XHX tại Bệnh viện E.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: (1) Có kết quả giải phẫu bệnh xác nhận ung thư tuyến tiền liệt; (2) Được đánh giá giai đoạn bệnh trước điều trị bằng chụp xạ hình xương toàn thân. Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân được thu nhận trong giai đoạn từ 2/2023 đến 5/2025 tại Khoa Xạ trị, Bệnh viện E. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu dựa trên hồ sơ bệnh án và kết quả chụp Xạ hình xương.

Phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được tiêm tĩnh mạch dược chất phóng xạ Technetium-99m gắn MDP và chụp xạ hình xương toàn thân trên hệ thống gamma camera hai đầu thu (SPECT Intevo của Siemens). Hình ảnh XHX được bác sĩ chuyên khoa Y học hạt nhân đọc. Tiêu chuẩn xác định di căn xương trên XHX là có ổ tập trung hoạt độ phóng xạ bất thường khu trú tại xương, không đối xứng hai bên, loại trừ các ổ tăng hoạt độ do chấn thương hoặc thoái hóa xương khớp. Kết quả XHX được đối chiếu với các thông tin lâm sàng và các xét nghiệm khác (như PSA, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ nếu có) nhằm tăng độ chính xác chẩn đoán. Dữ liệu về tuổi, nồng độ PSA ban đầu, điểm Gleason sinh thiết của các bệnh nhân được thu thập. Chúng tôi phân nhóm bệnh nhân theo độ tuổi, mức PSA (< 20 ng/mL hoặc ≥ 20 ng/mL) và thang điểm Gleason (< 8 hoặc ≥ 8) để đánh giá tỷ lệ di căn xương trong từng nhóm. Số liệu được xử lý và phân tích thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Tuổi của 253 bệnh nhân dao động từ 52 đến 85 tuổi, với tuổi trung bình khoảng $69,8 \pm 8,1$. Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi cao: có 113 bệnh nhân (44,7%) từ 70 tuổi trở lên, 100 bệnh nhân (39,5%) từ 60–69 tuổi, và 40 bệnh nhân (15,8%) dưới 60 tuổi. Nồng độ PSA ban đầu của bệnh nhân rất khác biệt tùy trường hợp, trung vị khoảng 45 ng/mL (từ 4 đến >1000 ng/mL). Điểm Gleason lúc chẩn đoán dao động từ 6 đến 9, trong đó tỷ lệ có Gleason từ 8–9 chiếm phần lớn (khoảng 58,5%).

3.2. Tỷ lệ di căn xương chung: Xạ hình xương phát hiện di căn xương ở 42/253 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 16,6%. Như vậy, cứ khoảng 6 bệnh nhân UTTTL trong nghiên cứu thì có 1 trường hợp có di căn xương. Trong số 42 ca di căn, đa số là di căn nhiều ổ xương (chiếm 71,4%), chỉ một số ít trường hợp di căn đơn độc một ổ xương (28,6%). Vị trí di căn thường gặp là cột sống, xương chậu, xương sườn; không ghi

nhận trường hợp nào di căn xương ngoại vi (như xương dài chi thể) đơn thuần.

3.3. Phân tích theo nhóm tuổi

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân có di căn xương theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi (năm)	Số bệnh nhân (n)	Số BN di căn xương (n)	Tỷ lệ di căn xương (%)
< 60	40	2	5,0%
60 – 69	100	10	10,0%
≥ 70	113	30	26,5%
Tổng	253	42	16,6%

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện di căn xương tăng dần theo nhóm tuổi. Cụ thể, ở nhóm bệnh nhân < 60 tuổi, chỉ có 2/40 bệnh nhân có di căn (tỷ lệ 5,0%); nhóm 60–69 tuổi có 10/100 bệnh nhân di căn (10,0%); trong khi nhóm ≥ 70 tuổi có tới 30/113 bệnh nhân di căn (26,5%). Sự khác biệt về tỷ lệ di căn giữa các nhóm tuổi có xu hướng tăng ở nhóm cao tuổi hơn (Bảng 1), tuy nhiên phân tích thống kê cho thấy tuổi tác không phải yếu tố tiên lượng độc lập cho di căn xương ($p = 0,10$; hiệu chỉnh theo PSA và Gleason).

3.3. Phân tích theo nồng độ PSA

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân di căn xương theo nhóm nồng độ PSA

Nhóm PSA (ng/mL)	Số bệnh nhân (n)	Số BN di căn (n)	Tỷ lệ di căn (%)
< 20	140	4	2,9%
≥ 20	113	38	33,6%
Tổng	253	42	16,6%

Nhận xét: Trong số 42 bệnh nhân có di căn xương, chỉ có 4 bệnh nhân thuộc nhóm PSA < 20 ng/mL. Ngược lại, có 38 bệnh nhân di căn thuộc nhóm PSA ≥ 20 ng/mL. Như vậy, tuyệt đại đa số (≈90,5%) trường hợp di căn xương xảy ra ở nhóm có PSA ban đầu cao (≥ 20). Tỷ lệ phát hiện di căn trên XHX ở nhóm PSA ≥ 20 ng/mL lên tới 33,6%, cao gấp nhiều lần so với tỷ lệ chỉ 2,9% ở nhóm PSA < 20 ng/mL (Bảng 2). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.4. Phân tích theo điểm Gleason

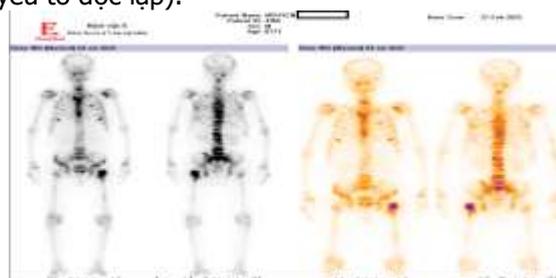
Bảng 3. Phân bố bệnh nhân di căn xương theo thang điểm Gleason

Thang điểm Gleason	Số bệnh nhân (n)	Số BN di căn (n)	Tỷ lệ di căn (%)
Gleason <8	105	5	4,8%
Gleason ≥8	148	37	25,0%
Tổng	253	42	16,6%

Nhận xét: Kết quả tương tự được ghi nhận khi so sánh giữa nhóm Gleason < 8 và Gleason ≥ 8. Chỉ có 5 bệnh nhân di căn thuộc nhóm có Gleason thấp (< 8), chiếm 11,9% số ca di căn. Ngược lại, 37/42 ca di căn (88,1%) xảy ra ở nhóm Gleason cao (≥ 8). Tỷ lệ bệnh nhân có di

căn xương ở nhóm Gleason ≥ 8 là 25,0%, cao gấp nhiều lần so với 4,8% ở nhóm Gleason < 8 (Bảng 3). Sự khác biệt giữa hai nhóm Gleason có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy 16,6% bệnh nhân UT TTL có di căn xương trên xạ hình. Tỷ lệ này tương đương với các báo cáo trên thế giới (khoảng 15% bệnh nhân mới chẩn đoán có di căn xương). Quan trọng hơn, nguy cơ di căn xương tập trung chủ yếu ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao: PSA ban đầu ≥ 20 ng/mL và/hoặc Gleason ≥ 8. Bệnh nhân có PSA hoặc Gleason thấp hiếm khi bị di căn xương – chỉ dưới ~10% trường hợp PSA < 20 ng/mL hoặc Gleason < 8 có di căn trong nghiên cứu của chúng tôi, phù hợp với xu hướng ghi nhận ở các nghiên cứu khác. Như vậy, PSA và điểm Gleason có mối liên hệ chặt chẽ với kết quả xạ hình xương, trong khi yếu tố tuổi tác đơn thuần không cho thấy tương quan rõ rệt (tuổi cao thường đi kèm PSA, Gleason cao hơn nên bản thân tuổi không phải yếu tố độc lập).



Hình 1. XHX phát hiện di căn xương đa ổ của bệnh nhân Nguyễn D P, 72 tuổi, PSA: 25.6 ng/mL, Gleason 9

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã khẳng định giá trị của XHX trong đánh giá giai đoạn UT TTL, đồng thời làm sáng tỏ vai trò của các yếu tố nguy cơ trong việc chỉ định chụp XHX một cách hợp lý. Tỷ lệ phát hiện di căn xương 16,6% ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với một số nghiên cứu quốc tế. Chẳng hạn, Zhang và cộng sự (2017) báo cáo tỷ lệ di căn xương khoảng 15% trên 703 bệnh nhân UT TTL mới chẩn đoán tại Trung Quốc [3]. Điều này cho thấy tầm quan trọng của XHX trong chẩn đoán di căn xương của UT TTL là có cơ sở.

Một phát hiện đáng chú ý của chúng tôi là sự chênh lệch rõ rệt về tỷ lệ di căn xương giữa các nhóm nguy cơ. Bệnh nhân có PSA ≥ 20 ng/mL hoặc Gleason ≥ 8 có nguy cơ di căn xương cao gấp nhiều lần so với nhóm PSA thấp/Gleason thấp. Kết quả này phù hợp với nhiều công bố trước đây: các nghiên cứu đều

cho thấy PSA và Gleason là hai thông số dự báo độc lập quan trọng nhất đối với di căn xương. Theo Oesterling và cộng sự, bệnh nhân UTTL có PSA < 10 ng/mL hầu như không có di căn xương trên xạ hình [8]; nhiều tác giả khác cũng đề xuất ngưỡng PSA 10 ng/mL hoặc 20 ng/mL để quyết định chỉ định XHX ở bệnh nhân chưa có triệu chứng xương [4]. Điểm Gleason của khối u phản ánh mức độ ác tính, các khối u biệt hóa kém (Gleason 8–10) được chứng minh đi kèm tỷ lệ di căn xa cao hơn hẳn so với u biệt hóa tốt hoặc vừa. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 88% ca di căn rơi vào nhóm Gleason \geq 8, phù hợp với con số \sim 85% ở nhóm nguy cơ cao trong nghiên cứu của Zhang et al. Những bằng chứng này nhấn mạnh rằng PSA \geq 20 ng/mL và Gleason \geq 8 là hai tiêu chí quan trọng định hướng việc chỉ định XHX trong thực hành lâm sàng.

Mặt khác, giá trị của XHX ở nhóm nguy cơ thấp (PSA < 10–20, Gleason < 8) được cho là hạn chế. Chúng tôi chỉ phát hiện 4 trường hợp di căn ở nhóm PSA < 20 và 5 trường hợp ở nhóm Gleason < 8 – chiếm tỷ lệ rất nhỏ so với tổng số ca di căn (dưới 12%). Tương tự, Zhang et al [3] cũng chỉ ghi nhận khoảng 3,8% bệnh nhân di căn thuộc nhóm PSA < 20 và Gleason < 8. Điều này hàm ý rằng chụp XHX thường quy cho mọi bệnh nhân UTTL nguy cơ thấp có thể không thực sự cần thiết, vì tỷ lệ phát hiện dương tính rất thấp. Việc loại trừ chỉ định XHX ở nhóm nguy cơ thấp sẽ giúp giảm gánh nặng chi phí, thời gian cho bệnh nhân và hệ thống y tế, tránh lo lắng không cần thiết cho bệnh nhân, đồng thời giảm phơi nhiễm phóng xạ [8]. Tuy nhiên, cũng cần thận trọng vì vẫn có một tỷ lệ rất nhỏ bệnh nhân nguy cơ thấp có thể có di căn xương ẩn. Do đó, một số tác giả khuyến cáo nếu bệnh nhân nguy cơ thấp nhưng có triệu chứng đau xương hoặc dự kiến điều trị tích cực (phẫu thuật triệt căn), thì vẫn nên cân nhắc chụp XHX để đảm bảo đánh giá chính xác giai đoạn bệnh [7].

Kết quả nghiên cứu tại Khoa Xạ trị, Bệnh viện E bổ sung thêm dữ liệu thực tiễn cho thấy tính hợp lý của việc áp dụng các ngưỡng PSA 20 ng/mL và Gleason 8 trong hướng dẫn chỉ định XHX. Đa số bệnh nhân có di căn thuộc nhóm vượt các ngưỡng này, do đó việc tuân thủ khuyến cáo chụp XHX cho nhóm nguy cơ cao là cần thiết. Ngược lại, chúng tôi cũng đồng thuận với khuyến cáo của các hiệp hội rằng bệnh nhân UTTL nguy cơ thấp (PSA thấp, Gleason thấp, không triệu chứng) có thể chưa cần thiết phải chụp XHX ngay [6]. Thay vào đó, nên tập trung nguồn lực chẩn đoán hình ảnh cho những bệnh nhân nguy cơ cao, nhằm phát hiện sớm di căn

và điều trị kịp thời.

Bên cạnh PSA và Gleason, một số yếu tố khác cũng có thể liên quan đến nguy cơ di căn xương nhưng chưa được phân tích chi tiết trong nghiên cứu này. Ví dụ, giai đoạn T lâm sàng (kích thước và mức độ xâm lấn khối u) cũng là một yếu tố quan trọng: những khối u giai đoạn T3–T4 (xâm lấn vỏ bao, túi tinh hoặc cơ quan lân cận) thường đi kèm nguy cơ di căn cao hơn so với T1–T2 khu trú tại chỗ. Do hạn chế về dữ liệu giai đoạn lâm sàng trong hồ sơ bệnh án, chúng tôi chưa đánh giá được ảnh hưởng của yếu tố này. Ngoài ra, các dấu ấn sinh học khác như phosphatase kiềm xương, PSA dạng tự do, v.v., có thể bổ trợ dự báo di căn nhưng không nằm trong phạm vi nghiên cứu. Đây sẽ là những hướng cần được xem xét trong các nghiên cứu tiếp theo nhằm xây dựng mô hình tiên lượng di căn xương chính xác hơn cho bệnh nhân UTTL.

Hạn chế của nghiên cứu: Do là nghiên cứu hồi cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế (253 bệnh nhân), kết quả có thể chưa phản ánh đầy đủ mọi đối tượng bệnh nhân UTTL. Chúng tôi chưa có điều kiện đối chứng kết quả XHX với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại hơn như PET/CT với chất đánh dấu PSMA – vốn có độ nhạy và đặc hiệu cao cho di căn xương. Tuy vậy, trong bối cảnh thực hành tại đa số các bệnh viện, XHX vẫn là kỹ thuật khả thi và hiệu quả về chi phí để tầm soát di căn xương. Nghiên cứu của chúng tôi khẳng định những ngưỡng PSA, Gleason do các hướng dẫn quốc tế đề xuất là phù hợp, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lựa chọn đúng bệnh nhân để chỉ định XHX.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết luận: Xạ hình xương là phương pháp hữu ích để phát hiện di căn xương trong đánh giá giai đoạn ở bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt. Nghiên cứu tại Bệnh viện E cho thấy tỷ lệ phát hiện di căn xương là 16,6%, tập trung chủ yếu ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao. Những bệnh nhân có PSA \geq 20 ng/mL và/hoặc Gleason \geq 8 có nguy cơ di căn xương rất cao, chiếm phần lớn các trường hợp di căn trong nghiên cứu. Ngược lại, bệnh nhân nguy cơ thấp (PSA dưới 20 ng/mL, khối u biệt hóa tốt hoặc vừa) hiếm khi có di căn xương.

Kiến nghị: Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhấn mạnh khuyến cáo nên chỉ định chụp xạ hình xương bắt buộc cho tất cả bệnh nhân UTTL có PSA \geq 20 ng/mL và/hoặc Gleason \geq 8, nhằm phát hiện sớm di căn xương nếu có. Đây là nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, rất cần

được đánh giá đầy đủ để lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. Ngược lại, với những bệnh nhân PSA thấp và Gleason thấp, xạ hình xương nên cân nhắc từng trường hợp cụ thể do giá trị chẩn đoán thấp, đặc biệt nếu bệnh nhân không có triệu chứng gợi ý di căn xa. Việc áp dụng chiến lược chụp XHX có chọn lọc như trên sẽ giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán, tiết kiệm nguồn lực y tế và tránh cho người bệnh những can thiệp không cần thiết. Các nghiên cứu mở rộng với cỡ mẫu lớn hơn và kết hợp thêm các phương pháp chẩn đoán mới như PET/CT ⁶⁷Ga PSMA được khuyến khích nhằm tiếp tục khẳng định và hoàn thiện tiêu chí chỉ định XHX trong đánh giá giai đoạn ung thư tuyến tiền liệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện TWQĐ 108.** Quản lý sức khỏe xương cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt. Ngày 14/03/2024.
2. **Vinmec.** Ung thư tuyến tiền liệt di căn xương sống được bao lâu?. Ngày 21/08/2024.
3. **Zhou J. et al.** When to perform bone scintigraphy in patients with newly diagnosed prostate cancer? BMC Urol, 2017.
4. **Lê Việt.** Nhận xét mối tương quan giữa nồng độ PSA và tổn thương xương trong UTTLT. BV K, 2018.
5. **Bathily EAL et al.** Contribution of Bone Scintigraphy in Staging of Prostate Cancer: 288 Cases in Senegal. OJB, 2024.
6. **EAU – Guidelines on Prostate Cancer** 2023.
7. **Ritenour CW et al.,** 2012. Is bone scintigraphy necessary in initial staging of prostate cancer patients with PSA < 20 and Gleason < 8? J Urol.
8. **Coleman RE et al.,** 1998. Clinical course and prognostic factors following bone recurrence from breast cancer. Br J Cancer.

TỶ LỆ GÃY XƯƠNG ĐỐT SỐNG VÀ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X-QUANG CỘT SỐNG Ở PHỤ NỮ MÃN KINH MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Cao Đình Hưng^{1,2,3}, Mai Duy Linh¹,
La Nguyễn Huy Thành¹, Huỳnh Minh Nhật¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương đốt sống là vấn đề phổ biến nhưng chưa được quan tâm đúng mức. Nhiều trường hợp chỉ được phát hiện thông qua hình ảnh học tầm soát như X-quang cột sống mà không hề có bất kỳ một than phiền nào trước đó. Dù không có triệu chứng nhưng các đối tượng này vẫn đối diện với nguy cơ gặp phải các biến chứng tàn phế nếu gãy xương diễn tiến và không được can thiệp kịp thời. Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp một số thông tin quan trọng về lĩnh vực này. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặt ra 2 mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ gãy xương đốt sống ở phụ nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2 và (2) Mô tả một số đặc điểm hình ảnh học về gãy xương đốt sống ở phụ nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên các đối tượng là phụ nữ mãn kinh được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 điều trị tại khoa Nội tiết và khoa Cơ xương khớp bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 03/2024 đến tháng 07/2024. X-quang cột sống ngực – thắt lưng ở 2 tư thế thẳng-nghiêng được sử dụng để xác định gãy xương đốt sống. **Kết quả:** Nghiên cứu đã thu thập số liệu từ 128 phụ nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2, kết quả ghi nhận tỷ lệ gãy xương đốt sống là

22,67%. Phần lớn là gãy một đốt sống, chủ yếu là mức độ trung bình – nặng và tập trung ở điểm chuyển tiếp T12 - L1. Gãy hình chêm là kiểu gãy phổ biến nhất ở các ca gãy xương đốt sống được ghi nhận. **Kết luận:** Cần tầm soát gãy xương đốt sống trên đối tượng phụ nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2 bởi tỷ lệ mắc gãy xương đốt sống trên nhóm dân số này là tương đối cao. **Từ khóa:** Gãy xương đốt sống, đái tháo đường típ 2, phụ nữ mãn kinh.

SUMMARY

PREVALENCE AND RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF VERTEBRAL FRACTURES IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Background: Vertebral fractures are common but often under-recognized. Many cases are only identified incidentally through radiographic screening, such as spinal X-rays, in patients without symptoms or clinical complaints. Despite being asymptomatic, these individuals remain at risk for serious complications and disability if the fractures progress without timely intervention. This study aims to contribute essential insights into this underexplored yet clinically important issue. **Objectives:** The study had two primary aims: (1) to determine the prevalence of vertebral fractures in postmenopausal women with type 2 diabetes mellitus, and (2) to describe the radiographic characteristics of these fractures in the target population. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among postmenopausal women diagnosed with type 2 diabetes mellitus who were receiving treatment at the Endocrinology and Rheumatology Departments of Nguyen Tri Phuong Hospital between

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Hưng

Email: hungcd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025