

Tư thế em bé.

- **Tư thế em bé:** Bài tập giúp lưu thông máu trên toàn cơ thể, đồng thời điều hòa hơi thở, giải tỏa căng thẳng, thư giãn ngực lưng và vai, nâng cao sức đề kháng.

Cách thực hiện:

- Quỳ trên mặt sàn, hai mũi chân khép lại sát vào nhau và hai đầu gối chạm nhau, đặt tay lên đùi.

- Thở ra đồng thời hạ thấp thân người về phía trước, đặt bụng trên đùi, hai tay duỗi thẳng qua đầu.

- Giữ tư thế này trong 20 - 30 giây, rồi thả lỏng trở về trạng thái ban đầu. Lặp lại 5-7 lần.

- **Tư thế sấm sét:** Giúp thư

giãn tinh thần, tăng cường khả năng tạo máu của xương.

Cách thực hiện:

- Quỳ xuống sàn, 2 đầu gối mở rộng ngang chiều rộng 2 bắp đùi, úp mu bàn chân sát xuống sàn.

- Thở ra đồng thời ngồi xuống trên 2 gót chân.

- Đặt 2 bàn tay lên trên đùi, sát với 2 đầu gối, 2 lòng bàn tay úp xuống, thư giãn 2 vai và phần thân trên, nhưng phải giữ cho xương sống thẳng và rướn cao.

- Hướng đỉnh đầu thẳng lên trần nhà và nhìn thẳng ra phía trước. Giữ tư thế từ 30 giây đến 1 phút. Lặp lại từ 5-7 lần.

- **Xoa chi trên:** Giúp lưu

thông khí huyết hạn chế tạo cục máu đông gây tắc mạch, giảm nguy cơ xuất huyết, bầm tím.

Cách thực hiện:

- Ngồi ở tư thế thông chân, đưa tay trái thẳng ra trước úp xuống, bàn tay phải đè lên bàn tay trái, vuốt từ bàn tay vào đến vai, đồng thời dang tay sang ngang.

- Ngửa tay trái lên, xoa từ trong ra ngoài đồng thời đưa tay trở ra trước, úp tay lại, trở lại từ đầu. Làm 10 - 20 lần. Đổi bên. Thở tự nhiên.

- **Xoa chi dưới:** Tăng cường lưu thông máu tại chi dưới.

Cách thực hiện:

- Tư thế ngồi thông chân, hơi co đầu gối trái, chân phải để thoải mái, hai bàn tay đặt trên đầu gối trái.

- Xoa từ trên xuống phía trước và phía bên cẳng chân, rồi vòng tay ra phía sau và trong, xoa từ cổ chân lên đến hông 10 - 20 lần, đổi bên. Thở tự nhiên.

- Động tác gấp đầu thư giãn: Giúp cơ thể thư giãn, ngủ sâu giấc, giảm lo lắng.

Cách thực hiện:

- Ngồi thoải mái trên thảm và từ từ gấp người về phía trước, hai tay đan vào nhau, đặt trước bàn chân.

- Lưng thẳng, hai chân duỗi thẳng, đối mặt với đầu gối.

- Giữ tư thế này trong 10-15 giây. Sau đó trở lại vị trí thư giãn ban đầu.

3.2. Các hoạt động thể chất khác hỗ trợ người bệnh leukemia cấp

- Đi bộ: Đi bộ là một cách hiệu quả để bắt đầu hoạt động



Cách thực hiện tư thế sấm sét tăng cường khả năng tạo máu cho người bệnh leukemia cấp.



Xoa chi dưới tăng cường lưu thông máu cho người bệnh Leukemia cấp.

thể chất. Nếu mức độ mệt mỏi cao, hãy bắt đầu với mức nhỏ và tăng dần. Có thể chỉ cần 5 phút để bắt đầu, sau đó tăng thêm vài phút mỗi lần.

Người bệnh leukemia cấp nên đi bộ ở nơi yên tĩnh, thoáng mát ngày 20-30 phút giúp thư giãn tinh thần, tăng cường miễn dịch, lưu thông khí huyết, ăn ngủ tốt hơn.

- Đạp xe đạp: Người bệnh

leukemia cấp nên đạp xe mỗi ngày 20-30 phút trên đường hoặc đạp xe tại chỗ để tăng cường sức đề kháng của cơ thể.

3.3. Day huyết huyết hải

Vị trí huyết: Người bệnh đứng thẳng, từ bờ trên xương bánh chè đo lên 2 thốn, sau đó đo ngang từ ngoài vào trong 1 thốn là vị trí huyết.

Tác dụng: Giúp tăng cường lưu thông khí huyết, giúp tạo



Vị trí huyết huyết hải trên cơ thể.

máu, tăng cường sức đề kháng.

Cách thực hiện: Day huyết huyết hải 02 lần/ngày, mỗi lần 10 phút.

4. Những lưu ý dành cho người bệnh leukemia cấp khi tập luyện

Thời điểm tập tốt trong ngày: Nên tập vào buổi sáng, cơ thể tràn năng lượng; tránh tập luyện khi cơ thể mệt mỏi, khi đói bụng; tránh tập đêm khuya, thời gian 20 phút đến 40 phút một ngày.

Trong giai đoạn bệnh cấp tính sốt, thể trạng yếu, nhiễm trùng, chảy máu dưới da niêm mạc không tập luyện. Khi bệnh tình điều trị ổn định bắt đầu tập, tập luyện cần tham khảo ý kiến bác sỹ.

Cách tập không gây hại sức khỏe

- Chọn bài tập phù hợp tình trạng bệnh lý, sức khỏe, cường độ tập tăng dần, nên phối hợp nhiều bài tập, khởi động trước khi tập luyện.

- Tập trong môi trường thông thoáng, ăn mặc rộng rãi, uống đủ nước.

- Khi tập luyện lắng nghe cơ thể khi có triệu chứng như khó thở, mệt mỏi, đau bụng, tức ngực, hoa mắt thì dừng ngay.

- Tập luyện với chế độ ăn uống khoa học bổ sung vitamin A, B, C, canxi có trong các thực phẩm như trứng sữa, tránh xa dầu mỡ, chất kích thích như cà phê, rượu.

- Tập thể dục khi năng lượng ở mức tốt nhất.

- Tùy chỉnh bài tập mỗi ngày để phù hợp với tình trạng thể chất hoặc tâm lý của người bệnh. 🌸

Kết quả điều trị bổ trợ sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn ở nhóm đối tượng nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ

 Bùi Xuân Nội, Đỗ Anh Tuấn, Đỗ Huyền Nga, Đỗ Anh Tú, Trần Sơn Tùng
Bệnh viện K

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn ở nhóm đối tượng nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt và được điều trị sau mổ bằng liệu pháp ức chế androgen và/hoặc xạ trị tại bệnh viện K từ 01/2018 đến 12/2023. **Kết quả:** Tổng cộng có 61 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn và điều trị bổ trợ sau mổ. Thời gian theo dõi trung bình là 35,8 tháng. Các phương pháp điều trị bổ trợ sau phẫu thuật là ADT chiếm 34,4%, xạ trị 13,1%, ADT+ xạ trị 52,5%. Tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 36 tháng là 96,3%. Xác suất sống không di căn sau 12 tháng là 97,6%, sau 18 tháng là 90,1%, sau 24 tháng là 84,8%, sau 36 tháng là 77,1%. **Kết luận:** Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ làm giảm nguy cơ tái phát sinh hoá, tăng thời gian sống còn toàn bộ và thời gian tiến triển không bệnh. Phương pháp điều trị đa mô thức ở nhóm bệnh nhân này giúp nâng cao hiệu quả và chất lượng điều trị.

Từ khóa: phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn, điều trị bổ trợ, ADT

SUMMARY OUTCOMES WITH ADJUVANT THERAPY AFTER RADICAL PROSTATECTOMY IN HIGH-RISK LOCALIZED AND LOCALLY ADVANCED PROSTATE CANCER Objective: Evaluation of outcomes with adjuvant therapy after radical prostatectomy in high risk localized and locally advanced prostate cancer. Patients and methods: A cross-sectional descriptive study on 61 patients with adjuvant therapy after radical prostatectomy in high risk localized and locally advanced prostate cancer in Vietnam National Cancer Hospital from January 2018 through December 2023. Results: A total of 61 patients with high-risk and locally advanced prostate cancer underwent radical prostatectomy and postoperative adjuvant treatment. The average follow-up time was 35.8 months. Adjuvant therapies after surgery are ADT accounting for 34.4%, radiotherapy 13.1%, ADT + radiotherapy 52.5%. The overall survival rate after 18 months was 96.3%. The metastasis free survival after 12 months is 97.6%, after 18 months is 90.1%, after 24 months is 84.8%, after 36 months is 77.1%. Conclusion: Adjuvant treatment after radical prostatectomy in high risk and locally advanced patients reduces the risk of biochemical recurrence, increases overall survival and progression free survival. Multimodal therapies in this group of patients improve the effectiveness and quality of treatment.

Keywords: Radical prostatectomy, adjuvant therapy, ADT

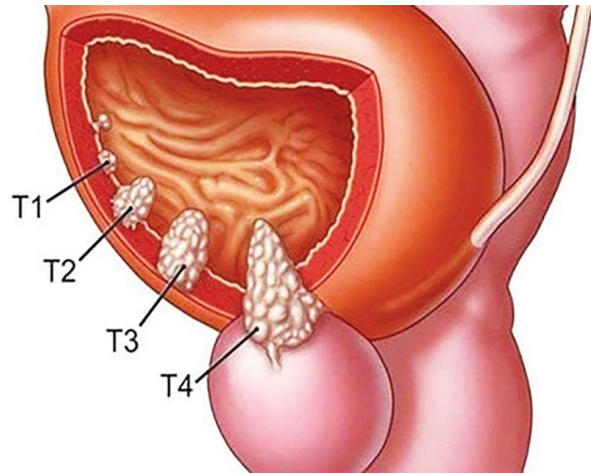
Ngày nhận bài: 23/9/2024

Ngày nhận phản biện, đánh giá và sửa chữa: 04/11/2024

Ngày duyệt đăng: 02/12/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UT TTL) là một trong các ung thư phổ biến nhất ở nam giới, đặc biệt tại các nước phát triển. Theo ước tính của GLOBOCAN 2020, trên thế giới, UT TTL đứng hàng thứ 2 về tỉ lệ mắc mới với 1,414,259 ca và thứ 5 về tỉ lệ tử vong với 375,304 ca. Tại Việt Nam, UT TTL đứng thứ 5 về tỉ lệ mắc và thứ 7 về tỉ lệ tử vong với lần lượt 6,248 trường hợp mắc mới và 2,628 trường hợp tử vong trong năm 2020. Nếu như ở Mỹ, nơi có tỉ lệ UT TTL cao và bệnh nhân được chẩn đoán sớm do việc sàng lọc PSA và sinh thiết tuyến tiền liệt thực hiện tốt thì tỉ lệ UT TTL giai đoạn IV là 8%, do đó tỉ lệ sống sau 5 năm của bệnh nhân UT TTL đạt gần 100%. Trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân UT TTL giai đoạn IV tại Việt Nam là trên 75%, điều này tạo gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân và áp lực chi phí điều trị cho gia đình và xã hội. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn được xem là phương pháp điều trị chuẩn đối với ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú. Trong những năm gần đây, do tăng cường thêm những hiểu biết về giải phẫu vùng tuyến tiền liệt cũng như sự cải tiến trong các phương pháp phẫu thuật, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt cũng có thể được tiến hành ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ. Tuy nhiên, những đối tượng này cần được theo dõi sát và điều trị bổ trợ vì khả năng tái phát và tiến triển vẫn còn cao sau phẫu thuật triệt căn. Điều trị bổ trợ bao gồm liệu pháp ức chế androgen (ADT) và/ hoặc xạ trị (EBRT). Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn đã được chứng minh hiệu quả làm giảm khả năng tái phát và tiến triển qua các nghiên cứu đa trung tâm trên thế giới. Năm 2006, Messing và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu ngẫu nhiên ở nhóm bệnh nhân có di căn hạch sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt cho thấy điều trị ADT sớm sau phẫu thuật làm tăng OS, PFS và CSS đáng kể. Một số nghiên cứu khác của Briganti và Abdollah cũng chỉ ra rằng khi có tổn thương di căn hạch đòi hỏi điều trị tại chỗ kết hợp với điều trị toàn thân. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của điều trị bổ trợ sau phẫu thuật, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết quả điều trị bổ trợ sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn ở nhóm đối tượng nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ”.



II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Các bệnh nhân UT TTL nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn và được điều trị bổ trợ sau phẫu thuật tại bệnh viện K từ 01/2018 đến 12/2023.

- Tiêu chuẩn UT TTL nguy cơ cao theo hội niệu khoa châu Âu (EAU) có một trong các tiêu chí sau: PSA >20ng/mL, Gleason score >7 (ISUP 4-5), giai đoạn T2c.

- Tiêu chuẩn UT TTL tiến triển tại chỗ theo hội niệu khoa châu Âu (EAU): giai đoạn T3-4 và/hoặc N+

- Các phương pháp phẫu thuật bao gồm phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi - Các phương pháp điều trị bổ trợ bao gồm liệu pháp ức chế androgen (ADT) và/ hoặc xạ trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện.

Tổng cộng có 61 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt thuộc nhóm nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn và điều trị bổ trợ sau mổ bằng ADT và/ hoặc xạ trị.

- Kỹ thuật, công cụ thu thập số liệu: hồi cứu hồ sơ bệnh án sử dụng mẫu bệnh án 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.

2.3. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện K.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Chỉ số	X±SD hoặc n(%)
Số bệnh nhân (N)	61
Tuổi (năm)	68,8±6,1 (54-79)
PSA trước điều trị (ng/mL)	37,6±20,3(14,4- 86,6)
ISUP sau phẫu thuật (n,%)	
- ISUP 1	1 (1,64)
- ISUP 2	6 (9,84)
- ISUP 3	9 (14,75)
- ISUP 4	16 (26,23)
- ISUP 5	29 (47,54)
Phân loại T sau phẫu thuật (%)	
- pT1	2 (3,28)
- pT2	27 (44,26)
- pT3a	9 (14,75)
- pT3b	20 (32,79)
- pT4	3 (4,92)
Di căn hạch (%)	34 (55,74)
Diện cắt dương tính (%)	18 (29,51)

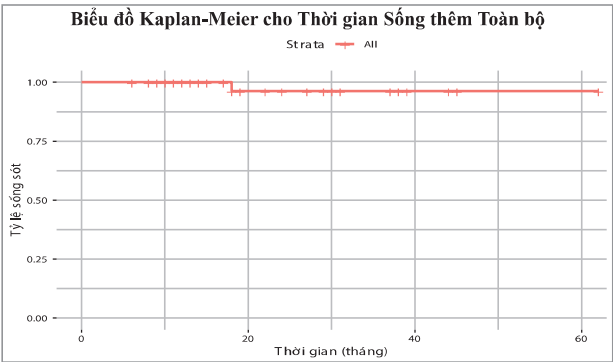
Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 68,8. PSA trước mổ nhóm >20ng/mL chiếm chủ yếu với tỷ lệ 80,3%. Tỷ lệ ISUP 4-5 chiếm 73,7%. Tỷ lệ di căn hạch 55,7%. Có 18 bệnh nhân trong nghiên cứu có diện cắt dương tính chiếm tỷ lệ 29,5%, chủ yếu thuộc nhóm pT3-4.

Bảng 2: Thời gian theo dõi và các phương pháp điều trị bổ trợ

Chỉ số	X±SD hoặc n(%)
Thời gian theo dõi (tháng)	35,8±16,5(6-60)
Phương pháp điều trị bổ trợ (n, %)	
- ADT	21 (34,43)
- Xạ trị	8 (13,11)
- ADT + Xạ trị	32 (52,46)

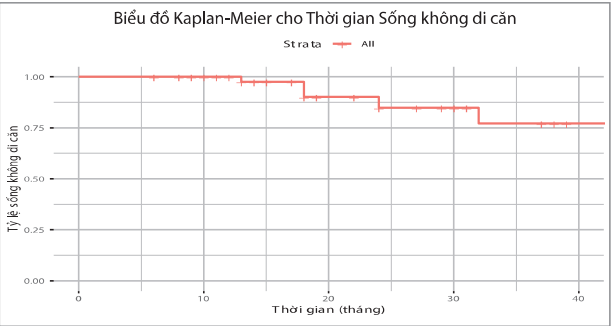
Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình là 35.8 tháng, thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 60 tháng. Phương pháp điều trị bổ trợ chủ yếu trong nghiên cứu là ADT và ADT+ Xạ trị chiếm 86,8%.

Biểu đồ 1: Biểu đồ thời gian sống thêm toàn bộ



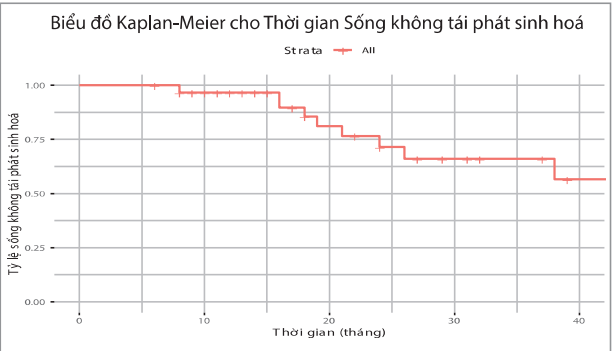
Nhận xét: OS tại thời điểm 36 tháng là

Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm không di căn



Nhận xét: Xác suất sống không di căn sau 12 tháng là 97,6%, sau 18 tháng là 90,1%, sau 24 tháng là 84,8%, sau 36 tháng là 77,1%

Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm không tái phát sinh hóa



Bảng 3. Xác suất sống không tái phát sinh hoá

Tháng	Xác suất không tái phát sinh hoá
12	96,6
18	85,6
24	71,5
36	62,3

Nhận xét: Xác suất sống thêm không tái phát sinh hóa tại thời điểm 36 tháng là 62,3%.