

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ TÁI PHÁT CỦA U NGUYÊN BÀO NUÔI SAU 2 NĂM TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Đặng Anh Thảo¹, Lê Quang Thanh¹, Quan Thành Đạt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việt Nam là nước nằm trong vùng dịch tễ có tần suất bệnh nguyên bào nuôi cao. Hai phương pháp chính điều trị u nguyên bào nuôi (UNBN) là dùng hóa chất và phẫu thuật triệt để. Nghiên cứu của tác giả Vũ Bá Quyết năm 2016 ghi nhận có 12% bệnh nhân UNBN bị tái phát sau khi được điều trị đầy đủ và khỏi bệnh¹. Với phác đồ điều trị hiện nay, dù khả năng điều trị thành công cao nhưng vẫn ghi nhận những trường hợp bệnh nhân bị tái phát trở lại. Trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung nghiên cứu mối liên quan của các yếu tố nguy cơ đến tỷ lệ tái phát bệnh UNBN. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan của các yếu tố nguy cơ đến tỷ lệ tái phát bệnh u nguyên bào nuôi sau 2 năm tại bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu bệnh – chứng, tiến hành trên 176 bệnh nhân UNBN đã được điều trị khỏi bệnh từ năm 2017 – 2021 tại bệnh viện Từ Dũ, không có bệnh ung thư khác kèm theo, gồm 44 bệnh nhân thuộc nhóm thỏa tiêu chuẩn tái phát trong 2 năm, 132 bệnh nhân thuộc nhóm không tái phát trong 2 năm. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân tử tinh khác đến điều trị có nguy cơ tái phát thấp hơn, OR = 0,11. Nhóm bệnh nhân đã sinh con 1 lần đến điều trị có nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 6,08. Thời gian từ lúc mang thai đến khi chẩn đoán UNBN ở nhóm trong khoảng 4 – 6 tháng nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 24,87. Nhóm bệnh nhân trên hình ảnh siêu âm có dấu hiệu xâm lấn cơ tử cung có nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 33,96. Nhóm bệnh nhân được củng cố ít nhất 2 đợt sau khi β -hCG về âm tính có nguy cơ tái phát ít hơn, OR = 0,06. Thời gian tái phát trung bình trong nghiên cứu là $12,95 \pm 0,88$. **Kết luận:** Bằng cách xác định các yếu tố nguy cơ chính liên quan đến tái phát, các kết quả của nghiên cứu này có thể được sử dụng để phát triển hoặc cải tiến các hướng dẫn lâm sàng về điều trị và quản lý bệnh nhân UNBN cho các cơ sở y tế, giúp giảm chi phí điều trị dài hạn cho bệnh nhân và hệ thống y tế, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bằng cách giảm thiểu các biến chứng và tăng tỷ lệ sống sót. **Từ khóa:** U nguyên bào nuôi, yếu tố nguy cơ, tái phát

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN RISK FACTORS AND RECURRENCE OF GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA (GTN) AFTER 2 YEARS AT TU DU HOSPITAL

Background: Vietnam is located in an endemic region with a high incidence of gestational

trophoblastic disease (GTD). The two main treatment methods for gestational trophoblastic neoplasia (GTN) are chemotherapy and radical surgery. A 2016 study by author Vu Ba Quyet reported that 12% of GTN patients experienced relapse after receiving full treatment and being cured¹. Despite the current treatment regimens having a high success rate, there are still cases of patients experiencing recurrence. In this study, we focus on examining the relationship between risk factors and the recurrence rate of GTN. **Objective:** To determine the relationship between risk factors and the recurrence rate of gestational trophoblastic neoplasia (GTN) after 2 years at Tu Du Hospital. **Methods:** A case-control study was conducted on 176 patients with gestational trophoblastic neoplasia (GTN) who had been successfully treated between 2017 and 2021 at Tu Du Hospital, with no accompanying cancers. The study included 44 patients who met the criteria for recurrence within 2 years and 132 patients who did not experience recurrence within 2 years. **Results:** The group of patients from other provinces had a lower risk of recurrence, OR = 0.11. The group of patients who had given birth once had a higher risk of recurrence, OR = 6.08. The time from pregnancy to GTN diagnosis in the group between 4 to 6 months was associated with a higher risk of recurrence, OR = 24.87. Patients with ultrasound images showing signs of uterine muscle invasion had a higher risk of recurrence, OR = 33.96. The group of patients who received at least two consolidation cycles after β -hCG became negative had a lower risk of recurrence, OR = 0.06. The average time to recurrence in the study was 12.95 ± 0.88 months. **Conclusion:** By identifying the key risk factors related to recurrence, the results of this study can be used to develop or improve clinical guidelines for the treatment and management of gestational trophoblastic neoplasia (GTN) patients at medical facilities. This will help reduce long-term treatment costs for both patients and the healthcare system, while also improving the quality of life for patients by minimizing complications and increasing survival rates. **Keywords:** Gestational trophoblastic neoplasia, risk factors, recurrence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nguyên bào nuôi liên quan đến thai kỳ là các bệnh có tăng sinh bất thường của các nguyên bào nuôi kết hợp với thai kỳ, được chia làm hai dạng: thai trứng và u nguyên bào nuôi (UNBN). Trong đó, UNBN gồm: thai trứng xâm lấn, ung thư nguyên bào nuôi, u nguyên bào nuôi nơi nhau bám, u nguyên bào nuôi dạng biểu mô và nốt nơi nhau bám không điển hình. Theo báo cáo của Dương Thị Cương (1995) hàng năm số bệnh nhân thai trứng trong cả nước chiếm tỷ lệ 1,5/1000 phụ nữ có thai, tỷ lệ tử

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Thanh

Email: thaodang0697@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024

vong sau 5 năm theo dõi là 12% do thai trứng xâm lấn và 25% do ung thư nguyên bào nuôi². Theo Đinh Xuân Tửu (1983) một phần ba số bệnh nhân thai trứng tiến triển thành UNBN³. Trong số các trường hợp bị UNBN thì 97% xuất hiện sau thai trứng. Như vậy, sau thai trứng, người bệnh dù được điều trị vẫn đứng trước nguy cơ trở thành bệnh UNBN.

Hai phương pháp chính điều trị UNBN là dùng hóa chất và phẫu thuật triệt để. Theo nghiên cứu của Junjun Yang và cộng sự năm 2006 ghi nhận rằng dù tỷ lệ chữa khỏi bệnh UNBN cao nhưng vẫn có tỷ lệ bệnh nhân bị tái phát sau khi được điều trị khỏi. Tỷ lệ tái phát chung cho bệnh UNBN ở các giai đoạn là 4 - 8%^[4]. Nghiên cứu của Yujia Kong và cộng sự năm 2020 cũng đã ghi nhận về tỷ lệ tái phát chung của UNBN là khoảng 6.5% sau khi đã hoàn thành điều trị đầy đủ và khỏi bệnh^[5]. Như vậy qua các nghiên cứu có thể thấy, với phác đồ điều trị hiện nay, dù bệnh nhân UNBN được điều trị đầy đủ và khỏi bệnh thì vẫn có một tỷ lệ bệnh tái phát trở lại.

Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện hàng đầu điều trị bệnh UNBN. Dù khả năng điều trị thành công cao nhưng vẫn có những trường hợp bệnh nhân bị tái phát trở lại và hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về các yếu tố liên quan đến vấn đề tái phát này. Liệu ngoài những yếu tố mà các tác giả khác đã nghiên cứu thấy thì còn yếu tố nào liên quan đến vấn đề tái phát này hay không. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và tái phát của u nguyên bào nuôi sau 2 năm tại bệnh viện Từ Dũ" với mong muốn sau nghiên cứu sẽ tập trung vào các yếu tố có thể can thiệp được nhằm làm giảm tỉ lệ tái phát cũng như cải thiện kết cục điều trị cho bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. *Xác định mối liên quan của các yếu tố nguy cơ đến tỷ lệ tái phát bệnh u nguyên bào nuôi sau 2 năm tại bệnh viện Từ Dũ.*

2. *Xác định thời gian tái phát trung bình của u nguyên bào nuôi sau 2 năm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu bệnh – chứng

Dân số nghiên cứu. Bệnh nhân u nguyên bào nuôi đã được điều trị khỏi bệnh từ năm 2017 - 2021 tại bệnh viện Từ Dũ.

Tiêu chuẩn nhận vào:

- Được chẩn đoán UNBN: β -hCG bình nguyên hoặc tăng hoặc tồn tại kéo dài sau hút nạo thai trứng, theo tiêu chuẩn chẩn đoán của FIGO.

- Đã điều trị hóa chất và theo dõi đạt tiêu

chuẩn khỏi bệnh; không bệnh ung thư khác kèm theo.

- Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại ra:

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn.

- Trường hợp không khám và điều trị tại bệnh viện Từ Dũ.

- Trường hợp bỏ điều trị, không tái khám tại bệnh viện Từ Dũ, tử vong ngoại viện, tử vong không rõ nguyên nhân.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho mục tiêu chính được tính theo công thức:

$$p = \frac{p_1 + rp_2}{1+r}$$

$$n_1 \geq \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(r+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{rp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{r(p_2-p_1)^2}$$

$$n_2 = n_1 \times r$$

$$N_{Tổng} \geq n_1 + n_2$$

$$OR = \frac{p_2}{1-p_2} / \frac{p_1}{1-p_1}$$

Trong đó: sai lầm loại 1 (α) = 0.05 $\rightarrow Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96; sai lầm loại 2 (β) = 0,2 $\rightarrow Z_{1-\beta}$ = 1,04; tỉ số mẫu trong 2 nhóm: $r = n_2/n_1 = 3$; OR (Odds ratio): tỉ số chênh; tỉ lệ $p_1 = 0,1$, $p_2 = 0.3$ với OR = 3,2. Dựa vào công thức tính được số bệnh nhân trong nhóm bệnh là 44 ca, với tỉ lệ 1:3 thì cỡ mẫu của nhóm chứng là 132 ca. Như vậy, cỡ mẫu nhóm bệnh $N_1 = 44$, nhóm chứng $N_2 = 132$.

Biến số nghiên cứu

Biến số chính: Tái phát sau 3 tháng (tăng β -hCG máu không bao gồm có thai hay xuất hiện di căn mới dựa trên khám lâm sàng, siêu âm, X-quang ngực, MRI hay CT – scan) kể từ lúc hoàn thành điều trị ban đầu.

Phương pháp nhận bệnh và thu thập số liệu. Từ tháng 1/2024 đến 8/2024, chúng tôi tiến hành nghiên cứu:

- Qua hồ sơ ngoại trú, sổ báo cáo hàng tháng, sổ xuất nhập viện tại khoa Ung Bướu Phụ Khoa bệnh viện Từ Dũ bắt đầu từ tháng 12/2021 trở về trước, chúng tôi sẽ chọn ra danh sách những ca UNBN (bao gồm tên bệnh nhân, năm nhập viện, số nhập viện).

- Từ danh sách đã có bao gồm tên, tuổi, năm nhập viện và số nhập viện lần đầu của những bệnh nhân này, chúng tôi sẽ lên khoa Ung Bướu Phụ Khoa dựa vào hồ sơ ngoại trú, sổ theo dõi hàng tháng, sổ xuất nhập viện để lấy tất cả các số nhập viện sau đó của các bệnh nhân này. Sau đó lập danh sách gồm số nhập viện theo từng năm để xuống kho lưu trữ lục hồ sơ, lọc các hồ sơ có đủ tiêu chuẩn nhận mẫu và

không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

- Phân hai nhóm bệnh và chứng theo thứ tự 1 ca nhóm bệnh, sau đó là 3 hồ sơ có mã nhập viện liền kề với nhóm bệnh làm nhóm chứng. Nếu 2 ca bệnh gần nhau thì tiếp theo sau đó sẽ là 6 ca nhóm chứng để đảm bảo sự khách quan và kiểm soát sai lệch chọn lựa.

- Thu thập số liệu theo bảng thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án của số nhập viện lần đầu và số nhập viện mới sau khi xuất viện và hồ sơ ngoại trú. Số liệu được thu thập dựa vào bảng thu thập số liệu của nghiên cứu.

- Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS. Biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ, biến định lượng được mô tả bằng trung bình +/- độ lệch chuẩn. Tương quan giữa các biến số được khảo sát bằng phép kiểm chi bình phương. Kết quả nghiên cứu trình bày dạng: bảng, biểu đồ, hình ảnh, miêu tả.

Giấy phép y đức. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu khi đề tài này khi đã được Bộ môn Sản phụ khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua, và ban giám đốc Bệnh viện Từ Dũ đồng ý số 01/BVTD – HĐĐĐ, ngày 02/01/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập số liệu từ 176 đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2021 tại bệnh viện Từ Dũ.

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số N=176	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
Tuổi trung bình	30,9 ± 7,5	
< 20 tuổi	13	7,4
20 - 40 tuổi	149	84,6
> 40 tuổi	14	8,0
Địa chỉ		
TP. HCM	13	7,4
Khác	163	92,6
Số lần sanh con		
0	62	35,3
1	74	42,0
≥ 2	40	22,7
Tiền căn thai trứng		
Có	8	4,5
Không	168	95,5
Thai kỳ trước chẩn đoán UNBN		
Thai thường	29	16,5
Thai trứng bán phần	66	37,5
Thai trứng toàn phần	81	46,0
Nồng độ β-hCG trước chẩn đoán		
< 1000	49	27,8
≥ 1000 - < 10000	65	36,9
≥ 10000 - < 100000	45	25,6
≥ 100000	17	9,7

Thời gian từ thai kỳ đến lúc chẩn đoán		
< 4 tháng	154	87,5
4 – 6 tháng	18	10,2
6 – 12 tháng	1	0,6
> 12 tháng	3	1,7
Nguy cơ UNBN		
Thấp	155	88,1
Cao	21	11,9
Giai đoạn		
I	155	88,1
II	6	3,4
III	13	7,4
IV	2	1,1
Xâm lấn cơ tử cung		
Có	7	4,0
Không	169	96,0
Di căn		
Không	156	88,6
Não	1	0,6
Phổi	14	8,0
Vị trí khác	5	2,8
Phác đồ điều trị		
MTX – FA	99	56,3
Chuyển đa hóa trị	61	34,6
Đa hóa trị	16	9,1
Số tháng hóa trị		
< 4 tháng	75	42,6
4 – 6 tháng	89	50,6
> 6 tháng	12	6,8
Số đợt củng cố		
0	29	16,5
1	19	10,8
≥ 2	128	72,7
Thời gian tái phát 12,95 ± 0,88		
< 6 tháng	8	4,5
6 – 12 tháng	8	4,5
> 12 tháng	28	16,0
Không	132	75,0

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 30,9 ± 7,5 tuổi. Nhóm bệnh nhân trẻ 20 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao với hơn 4/5 tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu. Bệnh nhân từ các tỉnh khác đến chiếm tỉ lệ cao nhất với 92,6%. Tỷ lệ bệnh nhân đã sinh 1 con trước khi mang thai trứng chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,0%. Chỉ 8 bệnh nhân trong nghiên cứu có tiền căn mang thai trứng, chiếm tỷ lệ 4,5%. Đa phần các trường hợp chẩn đoán UNBN thai kỳ trước đều xuất phát từ thai trứng chiếm tỷ lệ 83,5%. Phần lớn nồng độ β-hCG trong khoảng từ 1000 – 10000 chiếm 1/3 trường hợp. Thời gian từ lần mang thai trước đó đến khi chẩn đoán UNBN đa phần trước 4 tháng chiếm 87,5%. Đa số các trường hợp, chiếm 90% trường hợp có nguy cơ

thấp diễn tiến đến UNBN. Hầu hết bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là giai đoạn I, chiếm gần 90%. Chỉ 7 trường hợp có xâm lấn cơ tử cung chiếm tỷ lệ 4%. Phần lớn mẫu nghiên cứu không có di căn chiếm 88%. Đa phần các trường hợp đều điều trị bằng 01 phác đồ MTX-FA chiếm 56,3%. Khoảng 90% trường hợp UNBN được

điều trị khỏi trong vòng 6 tháng, với số đợt điều trị đa phần đến 7 chu kỳ. Khoảng 2/3 trường hợp được điều trị củng cố từ 2 đợt hóa chất trở lên. Trong 44 trường hợp tái phát, có 28 trường hợp tái phát sau 12 tháng, 8 trường hợp tái phát dưới 6 tháng và 8 trường hợp tái phát trong khoảng thời gian từ 6 đến 12 tháng.

Bảng 2. Phân tích hồi quy đa biến mô liên quan giữa các yếu tố với tỷ lệ tái phát

Yếu tố liên quan		OR	OR *	KTC 95%	p**
Địa chỉ:	Khác	0,36	0,11	0,02 – 0,68	0,02
Số lần sinh:	1 lần	3,19	6,08	1,29 – 28,55	0,02
	≥ 2 con	1,71	1,19	0,24 – 5,77	0,83
Tiền căn thai trứng:	Có	24,78	8,38	0,33 – 201,43	0,19
Thai kỳ trước:	TTBP	0,96	1,14	0,17 – 7,47	0,89
	TTTT	2,54	1,89	0,32 – 11,33	0,48
Thời gian đến CD:	4 – 6 tháng	11,7	24,87	2,21 – 279,95	0,01
	> 6 tháng	13,5	12,86	0,16 – 1007,1	0,25
Nguy cơ UNBN:	Cao	6,50	1,15	0,06 – 20,82	0,95
Giai đoạn:	II	0,83	4,78	0,01 – 794,65	0,99
	III - IV	27,1	3,91	0,01 – 256,56	0,99
Xâm lấn cơ TC:	Có	4,30	33,96	2,85 – 404,31	0,005
Di căn:	Phổi	15,4	0,001	0,01 – 893,24	0,99
	Vị trí khác	4,20	0,019	0,01 – 452,23	0,99
Phác đồ điều trị:	Đa hóa trị	11,41	1,00	0,01 – 356,76	0,99
	Chuyển đa hóa trị	2,0	2,29	0,50 – 10,44	0,28
Số đợt củng cố:	1	0,78	0,46	0,07 – 3,07	0,42
	≥ 2	0,22	0,06	0,01 – 0,30	0,001

Nhận xét: Sau khi sử dụng phân tích hồi quy Cox đa biến để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu và đồng tác động, còn 5 yếu tố liên quan đến tái phát UNBN là địa chỉ, số lần sinh, thời gian từ lúc mang thai đến chẩn đoán, xâm lấn cơ tử cung và số đợt củng cố sau khi β -hCG đã về âm tính. Nhóm bệnh nhân từ tỉnh khác đến điều trị có nguy cơ tái phát thấp hơn, OR = 0,11. Nhóm bệnh nhân đã sinh con 1 lần đến điều trị có nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 6,08. Thời gian từ lúc mang thai đến khi chẩn đoán UNBN ở nhóm trong khoảng 4 – 6 tháng nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 24,87. Nhóm bệnh nhân trên hình ảnh siêu âm có dấu hiệu xâm lấn cơ tử cung có nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 33,96. Nhóm bệnh nhân được củng cố ít nhất 2 đợt sau khi β -hCG về âm tính có nguy cơ tái phát ít hơn, OR = 0,06. Thời gian tái phát trung bình trong nghiên cứu là $12,95 \pm 0,88$.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi: so với nhóm bệnh nhân ở TP. HCM thì nhóm bệnh nhân từ tỉnh khác đến điều trị có nguy cơ tái phát sau điều trị UNBN thấp hơn 0,11 lần, với $p = 0,02$, cho thấy bệnh nhân từ các tỉnh thành khác có xu hướng tỷ lệ tái phát UNBN thấp hơn

so với bệnh nhân từ TP. HCM. Có thể do điểm hạn chế của nghiên cứu là trích lục lại hồ sơ chỉ ghi nhận theo hộ khẩu thường trú của bệnh nhân ở tỉnh thành khác, nhưng có thể bệnh nhân tạm trú tại TP. HCM, vì vậy bệnh nhân có xu hướng đi tái khám đúng thời gian của phác đồ nên việc phát hiện bệnh sớm, kịp thời, điều trị đúng mức đã làm giảm tỷ lệ tái phát trên nhóm này. Braga (2021) cũng đã tìm thấy mối liên quan giữa vị trí địa lý và nguy cơ tái phát UNBN, với bệnh nhân ở các khu vực ít phát triển hơn có nguy cơ tái phát cao hơn (OR = 2,0, CI 95%: 1.1 – 3.6). Điều này có vẻ mâu thuẫn với kết quả của chúng tôi, nhưng có thể giải thích bằng sự khác biệt về cách thức chẩn đoán và điều trị, cũng như các đặc điểm bệnh nhân khác nhau giữa các nghiên cứu.⁶

So với nhóm bệnh nhân chưa sinh con lần nào thì nhóm bệnh nhân đã sinh con 1 lần, đến điều trị có nguy cơ tái phát sau điều trị UNBN cao hơn 6,08 lần, với $p = 0,02$. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Braga (2021) cũng cho thấy rằng những phụ nữ đã sinh con, đặc biệt là sinh một lần, có nguy cơ tái phát UNBN cao hơn so với những người chưa từng sinh.⁶ Điều này có thể do các thay đổi nội tiết và miễn dịch liên quan đến sinh nở, tạo điều kiện cho sự phát

triển của các tế bào nguyên bào nuôi.

Thời gian từ lúc mang thai đến khi chẩn đoán UNBN ở nhóm trong khoảng từ 4 – 6 tháng so với nhóm phát hiện trước 4 tháng, có nguy cơ tái phát gấp 24,87 lần, với $p = 0,01$. Theo nghiên cứu của Yang (2006)⁴, thời gian từ khi có triệu chứng đến khi chẩn đoán > 6 tháng: OR = 2,5 (CI 95%: 1,3 – 5,0), điều này cho thấy những bệnh nhân có thời gian dài từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi chẩn đoán có nguy cơ tái phát cao hơn, phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi về thời gian chẩn đoán muộn làm tăng nguy cơ tái phát. Những bệnh nhân được chẩn đoán muộn hơn có thể đã trải qua các giai đoạn tiến triển hơn của bệnh, dẫn đến khối u phức tạp hơn, kháng trị hơn hoặc dễ dàng lan rộng, do đó tăng nguy cơ tái phát.

Bệnh nhân trên hình ảnh siêu âm có dấu hiệu xâm lấn cơ tử cung có nguy cơ tái phát gấp 33,96 lần, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005$. Nghiên cứu của Cecil (2021) nhấn mạnh rằng xâm lấn cơ tử cung là một dấu hiệu quan trọng của nguy cơ tái phát hoặc kháng hóa trị liệu, đặc biệt trong trường hợp có các khối u lớn hoặc khối u có sự xâm lấn vào các cơ quan lân cận.⁷ Nguy cơ tái phát cao có thể liên quan đến sự xâm lấn sâu và rộng của khối u, làm tăng độ khó khăn trong việc loại bỏ hoàn toàn các tế bào ung thư và tăng khả năng tái phát sau điều trị.

Những bệnh nhân được củng cố ít nhất 2 đợt sau khi β -hCG về âm tính so với những bệnh nhân không được củng cố đợt nào, có nguy cơ tái phát ít hơn gấp 0,06 lần, với $p = 0,001$. Nghiên cứu của Paydas (2023) báo cáo rằng các bệnh nhân được củng cố thêm đợt hóa trị có nguy cơ tái phát thấp hơn so với những bệnh nhân chỉ điều trị ban đầu. OR cho những bệnh nhân không được củng cố là 0,08 (CI 95%: 0,02-0,3), tương đương với nguy cơ tái phát cao hơn đáng kể nếu không có hóa trị củng cố⁸. Điều này tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, khẳng định rằng việc củng cố hóa trị giúp giảm nguy cơ tái phát.

Thời gian tái phát trung bình trong nghiên cứu là $12,95 \pm 0,88$.

Điểm mới của nghiên cứu: nghiên cứu tập trung vào việc phân tích các yếu tố nguy cơ cụ thể có thể dẫn đến tái phát của bệnh UNBN sau 2 năm điều trị, là một hướng nghiên cứu mới, nhấn mạnh vào việc dự đoán và phòng ngừa tái phát bệnh, điều này có thể cải thiện hiệu quả điều trị và giảm gánh nặng y tế. Khác với nhiều nghiên cứu trước đó, nghiên cứu này không chỉ liệt kê các yếu tố nguy cơ mà còn đánh giá khả năng can thiệp để giảm tỷ lệ tái phát. Các yếu tố

như thời gian từ khi kết thúc thai kỳ đến khi bắt đầu hóa trị, số đợt hóa trị cần thiết để đạt mức β -hCG bình thường, và các yếu tố khác như tuổi, tiền sử sản khoa được xem xét kỹ lưỡng. Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu bệnh - chứng giúp đưa ra những kết luận có ý nghĩa thống kê cao.

Hạn chế của nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu bệnh - chứng có hạn chế về tính chính xác trong việc xác định mối quan hệ nhân quả. Thiết kế nghiên cứu này dựa trên dữ liệu hồi cứu, dễ dẫn đến sai lệch trong chọn mẫu và thu thập dữ liệu. Mặc dù nghiên cứu đã xem xét nhiều yếu tố nguy cơ, vẫn có khả năng tồn tại những yếu tố nhiễu chưa được kiểm soát chặt chẽ. Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, có thể làm giảm tính tổng quát của kết quả nghiên cứu, giảm sức mạnh thống kê, khó khăn trong việc phát hiện các mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố nguy cơ và tái phát. Tính đại diện của mẫu nghiên cứu cho toàn bộ dân số bệnh nhân UNBN tại Việt Nam hoặc ở các khu vực khác còn chưa rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu bệnh – chứng tiến hành trên 176 bệnh nhân UNBN đã được điều trị khỏi bệnh từ năm 2017 – 2021 tại bệnh viện Từ Dũ gồm 132 nhóm chứng và 44 nhóm bệnh, số liệu cho thấy: nhóm bệnh nhân từ tỉnh khác đến điều trị có nguy cơ tái phát thấp hơn, OR = 0,11. Nhóm bệnh nhân đã sinh con 1 lần đến điều trị có nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 6,08. Thời gian từ lúc mang thai đến khi chẩn đoán UNBN ở nhóm trong khoảng 4 – 6 tháng nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 24,87. Nhóm bệnh nhân trên hình ảnh siêu âm có dấu hiệu xâm lấn cơ tử cung có nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 33,96. Nhóm bệnh nhân được củng cố ít nhất 2 đợt sau khi β -hCG về âm tính có nguy cơ tái phát ít hơn, OR = 0,06. Thời gian tái phát trung bình trong nghiên cứu là $12,95 \pm 0,88$. Kết quả của nghiên cứu này có thể được sử dụng phát triển hoặc cải tiến các hướng dẫn lâm sàng về điều trị và quản lý bệnh nhân UNBN cho các cơ sở y tế, giúp giảm chi phí điều trị dài hạn cho bệnh nhân và hệ thống y tế, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bằng cách giảm thiểu các biến chứng và tăng tỷ lệ sống sót.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Bá Quyết.** Thực trạng bệnh u nguyên bào nuôi ở bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí phụ sản. 2016;14(01):133-136.
2. **Dương Thị Cuong.** Gestational trophoblastic disease in Viet Nam prevalence, clinical features, management. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1988;Vol 60:pp. 131.

3. **Đinh Xuân Tửu.** Hình thái học của chửa trứng vi thể. Nội san Sản phụ khoa. 1983:tr. 44 - 46.
4. **Yang J, Xiang Y, Wan X, Yang X.** Recurrent gestational trophoblastic tumor: Management and risk factors for recurrence. Gynecologic Oncology. 2006/11/01/ 2006;103(2):587-590. doi:https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2006.04.007
5. **Yujia Kong.** Management and risk factors of recurrent gestational trophoblastic neoplasia. 2020;
6. **Braga A, Elias KM, Horowitz NS, Berkowitz RS.** Treatment of high-risk gestational trophoblastic neoplasia and chemoresistance/relapsed disease. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2021/07/01/ 2021;74:81-96. doi:https://doi.org/ 10.1016/j.bpobgyn.2021.01.005
7. **Cecil GH, Chandramohan A, Peedicayil A.** Imaging in Gestational Trophoblastic Disease and Implication of Uterine Artery Doppler Study. In: Nayak B, Singh U, eds. Gestational Trophoblastic Disease: Benign to Malignant. Springer Singapore; 2021:53-65.
8. **Paydas S.** Immune checkpoint inhibitor using in cases with gestational trophoblastic diseases. Med Oncol. Feb 23 2023;40(3):106. doi:10.1007/s12032-022-01941-3

ĐÁNH GIÁ TÍNH GIÁ TRỊ VÀ ĐỘ TIN CẬY CỦA THANG ĐO FALL-PREVENTION ACTIVITIES PHIÊN BẢN TIẾNG VIỆT TRONG ĐÁNH GIÁ THỰC HÀNH PHÒNG NGỪA TẾ NGÃ CỦA ĐIỀU DƯỠNG

Võ Thị Khuyên¹, Đỗ Thị Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tế ngã là một trong các sự cố y khoa có nhiều tác động tiêu cực đến người bệnh. Phòng ngừa tế ngã đóng vai trò quan trọng trong nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị. Thang đo Fall-Prevention Activities (FPA) được sử dụng tại nhiều nước trên thế giới để đánh giá thực hành phòng ngừa tế ngã của điều dưỡng trong bệnh viện. Tuy nhiên, môi trường chăm sóc của điều dưỡng tại mỗi nơi có những nét đặc thù riêng. **Mục tiêu:** Chuyển ngữ và xác định tính giá trị và độ tin cậy của phiên bản tiếng Việt của thang đo FPA. **Phương pháp nghiên cứu:** Thang đo FPA được chuyển ngữ sang tiếng Việt theo quy trình dịch xuôi và ngược. Phiên bản tiếng Việt được gửi cho hội đồng chuyên gia đánh giá tính giá trị nội dung so với phiên bản gốc và để hình thành thang đo tiếng Việt hoàn chỉnh. Thang đo bản tiếng Việt (FPA-V) sau đó được sử dụng khảo sát thực hành phòng ngừa tế ngã trên 30 điều dưỡng để đánh giá độ tin cậy và phù hợp của thang đo trước khi khảo sát chính thức. **Kết quả:** Thang đo FPA phiên bản tiếng Việt có tính giá trị nội dung tương đồng với phiên bản gốc. Tuy nhiên, có một số nội dung được điều chỉnh để phù hợp với bối cảnh môi trường chăm sóc tại Việt Nam. Thang đo gồm 20 câu hỏi. Tính giá trị của thang đo sau khi điều chỉnh I-CVI = 1, S-CVI = 1, và S-CVI/UA = 1. Hệ số Cronbach's alpha của bộ câu hỏi là 0,935. Điều dưỡng mất khoảng 10 phút để hoàn thành bảng khảo sát. 100% đối tượng tham gia nghiên cứu đánh giá bộ câu hỏi phù hợp sử dụng để khảo sát thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa tế ngã cho người bệnh tại Việt Nam. **Kết luận:** Thang đo có tính giá trị và đáng tin cậy để đo lường thực

hành của điều dưỡng về phòng ngừa tế ngã cho người bệnh tại Việt Nam. **Từ khóa:** Thang đo, thực hành, phòng ngừa tế ngã, tính giá trị, độ tin cậy.

SUMMARY

EVALUATION OF THE VALIDITY OF THE VIETNAMESE VERSION OF THE FALL-PREVENTION ACTIVITIES SCALE IN ASSESSING NURSES' FALL-PREVENTION PRACTICES

Introduction: Falls are medical incidents that have many negative impacts on patients. Fall prevention is important for improving the quality of care and treatment. The Fall-Prevention Activities (FPA) scale is used in many countries worldwide to assess hospital nurses' fall-prevention practices. However, the nursing care environment in each location has its unique characteristics. **Objective:** To translate and determine the validity and reliability of the Vietnamese version of the FPA scale. **Research Method:** The FPA scale was translated into Vietnamese following a forward and backward translation process. The Vietnamese version was sent to a panel of experts to assess content validity compared to the original version, resulting in a complete Vietnamese version of the scale. The Vietnamese version (FPA-V) was then used to survey fall-prevention practices among 30 nurses to evaluate the reliability and suitability of the scale before conducting the official survey. **Results:** The Vietnamese version of the FPA scale has content validity similar to the original version. However, some items were adjusted to fit the context of Vietnamese nursing care. The scale consists of 20 questions. The scale's validity after adjustments had an I-CVI of 1, an S-CVI of 1, and an S-CVI/UA of 1. The Cronbach's alpha coefficient for the questionnaire was 0.935. Nurses took about 10 minutes to complete the survey. 100% of the research participants evaluated the questionnaire as suitable for assessing nurses' practices in fall prevention for patients in Vietnam. **Conclusion:** The scale is valid and reliable for

¹Bệnh viện huyện Củ Chi

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hà

Email: doha@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024