

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn thực hành kỹ thuật vi sinh lâm sàng. 2017.
- Abdu, H., F. Tadese, and G. Seyoum,** Comparison of Ischemic and hemorrhagic stroke in the medical ward of Dessie Referral Hospital, Northeast Ethiopia: a retrospective study. *Neurology Research International*, 2021. 2021(1): p. 9996958.
- Hamidon, B., et al.,** The predictors of early infection after an acute ischaemic stroke. *Singapore medical journal*, 2003. 44(7): p. 344-346.
- Friedant, A.J., et al.,** A simple prediction score for developing a hospital-acquired infection after acute ischemic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2015. 24(3): p. 680-686.
- Maki, D.G. and P.A. Tambyah,** Engineering out the risk for infection with urinary catheters. *Emerging infectious diseases*, 2001. 7(2): p. 342.
- Lê Thị Bình,** Thực trạng nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải sau đặt thông tiểu tại bệnh viện Bạch Mai. *Y học thực hành*, 2014. 905: p. 12-16.

ĐẶC ĐIỂM BỘC LỘ CÁC DẤU ẤN WT1, P53, P16 VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI ĐỘ MÔ HỌC Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ BIỂU MÔ THANH DỊCH BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2020-2024

Trần Thị Hải Yên¹, Nguyễn Khánh Dương¹, Đỗ Tiến Dũng², Lê Văn Thu³, Phạm Thị Thanh Yên¹, Đào Thị Thúy Hằng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu 74 trường hợp UTBT nguyên phát được phẫu thuật cắt BT có chẩn đoán mô bệnh học là UTBMTD tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2024. Nhuộm HE thường quy và phân loại mô bệnh học theo phân loại của WHO năm 2020. Nhuộm HMMMD đánh giá sự bộc lộ các dấu ấn WT1, p53, p16 trên UTBMTD buồng trứng bằng phương pháp ABC. Kết quả và kết luận: 1. Về đặc điểm bộc lộ các dấu ấn WT1, p53, p16: UTBMTD độ cao có tỷ lệ dương tính với WT1 khá cao (96,5%), dương tính (3+) chiếm tỷ lệ cao nhất (52,8%), dương tính (2+) chiếm tỷ lệ thấp hơn 24,3%. Dương tính (4+) và (+) chiếm tỷ lệ lần lượt là 12,9% và 10%. Các UTBMTD độ thấp có tỷ lệ dương tính với WT1 thấp hơn (88,2%). Tỷ lệ dương tính với p53 là 100%. Trong đó 97,3% dương tính kiểu hoang dã (kiểu wild type) và 2,7% dương tính không bộc lộ kiểu hình (null phenotype). Dương tính (4+) với p53 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,7%). Dương tính (+) chiếm tỷ lệ thấp hơn 26,4%. Dương tính (2+) và (3+) chiếm tỷ lệ lần lượt là 18,1% và 13,8%. Tỷ lệ dương tính với p16 là 100%. Dương tính (4+) với p16 cao nhất (41,3%). Dương tính (3+) chiếm tỷ lệ thấp hơn 31,1%. Dương tính (2+) là 12,2% và thấp nhất là dương tính (+) chiếm tỷ lệ là 5,4%. 2. Về mối liên quan giữa mức độ bộc lộ các dấu ấn WT1, p53, p16 với độ mô học của ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng: UTBMTD buồng trứng độ cao dương tính (3+) với WT1 (54,1%), dương tính (4+) với p53 (53,3%) và dương tính (4+) với p16 nhiều nhất (60,5%). Mức độ

bộc lộ với WT1, p53, p16 ở các UTBMTD độ thấp thấp hơn so với các tít khác. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các kết quả nghiên cứu đã được so sánh và bàn luận.

Từ khóa: Ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng, hóa mô miễn dịch, dấu ấn WT1, p53, p16.

SUMMARY

EXPRESSION CHARACTERISTICS OF THE MARKERS WT1, P53, P16 AND THE RELATIONSHIP WITH GRADE IN PATIENTS WITH OVARIAN SEROUS CARCINOMA AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN THE PERIOD OF 2020-2024

Study of 74 cases of primary ovarian cancer undergoing oophorectomy with a histopathological diagnosis of serous carcinoma at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology during the period from January 2020 to March 2024. Regular HE staining and histopathological classification according to the WHO 2020 classification. Immunohistochemical staining evaluates the expression of markers WT1, p53, p16 on ovarian serous carcinoma using the ABC method. Results and conclusions: Regarding the characteristics of the markers WT1, p53, p16: high-grade serous carcinoma has a relatively high positive rate for WT1 (96.5%), positive (3+) accounts for a high rate highest (52.8%), positive (2+) accounts for a lower rate of 24.3%. Positive (4+) and (+) account for 12.9% and 10%, respectively. Low-grade serous carcinomas had a lower WT1 positivity rate (88.2%). The positive rate for p53 is 100%. Of these, 97.3% were positive for the wild type and 2.7% were positive for no phenotype (null phenotype). Positive (4+) for p53 accounts for the highest rate (41.7%). Positive (+) accounts for a lower rate of 26.4%. Positive (2+) and (3+) accounted for 18.1% and 13.8%, respectively. The positive rate for p16 is 100%. Positive (4+) for p16 was highest (41.3%). Positive

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

³Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hải Yên

Email: yennhog@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

(3+) accounts for a lower rate of 31.1%. Positive (2+) is 12.2% and the lowest rate is positive (+) is 5.4%. Regarding the relationship between the expression level of markers WT1, p53, p16 and the histological grade of ovarian serous carcinoma: high-grade serous carcinoma is positive (3+) for WT1 (54, 1%), positive (4+) for p53 (53.3%), and most positive (4+) for p16 (60.5%). The expression level of WT1, p53, and p16 in low-grade serous carcinomas is lower than that of other types. However, this difference is not statistically significant with $p > 0.05$. The research results were compared and discussed.

Keywords: Ovarian serous carcinoma, immunohistochemistry, WT1, p53, p16 markers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là bệnh lý phụ khoa ác tính thường gặp ở nữ giới. Theo số liệu của Globocan 2020 ước tính có 313.959 ca chẩn đoán mới, chiếm khoảng 1,6% trong tổng số bệnh lý UT, trong đó có khoảng 207.252 ca tử vong. Tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi trên 10,000 phụ nữ ở Châu Á là 6.2; Đông Nam Á là 8.1. Ở Việt Nam, số ca mắc mới năm 2020 là 1.404, trong đó có 923 trường hợp tử vong. Ung thư biểu mô thành dịch (UTBMTD) độ cao chiếm phần lớn trong các UTBM của buồng trứng, và là loại ung thư biểu mô có tiên lượng xấu nhất vì nó thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Các trường hợp nặng chiếm hơn 70% tổng số UTBMTD độ cao và tỷ lệ sống sót không tiến triển sau 5 năm chỉ là 30% đối với nhóm người bệnh này. UTBMTD độ thấp có diễn biến chậm, tuy không đáp ứng tốt với hóa trị liệu, nhưng chúng có tiên lượng tốt hơn với tỷ lệ sống sót không tiến triển dài hơn đáng kể. Hiện nay, hóa mô miễn dịch (HMMD) được coi là một công cụ hỗ trợ chẩn đoán quan trọng được sử dụng trong chẩn đoán phân biệt và đánh giá các đặc điểm sinh học phân tử, cũng như hỗ trợ thêm trong việc mô tả các đặc điểm hình thái và biểu hiện lâm sàng. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy sự bộc lộ các dấu ấn WT1, p53 và p16 có liên quan đến các típ mô bệnh học (MBH), độ biệt hóa của khối u, giai đoạn bệnh và tiên lượng sự sống còn của người bệnh, vì lý do này dấu ấn WT1 kết hợp với các dấu ấn p16 và p53, được xem như là một dấu ấn HMMD có giá trị trong chẩn đoán UTBMTD. Trong chẩn đoán và đánh giá tiên lượng, ngoài việc phân típ MBH thì việc xếp độ mô học của UTBMTD buồng trứng và phân loại giai đoạn hiện đã được thừa nhận như một yêu cầu cần thiết. Nhiều nghiên cứu trước đây đã cho thấy yếu tố có thể tác động đến thời gian sống thêm của người bệnh UTBMBT sau phẫu thuật có thể bao gồm độ mô học, típ mô học và sự phù hợp của giai đoạn khi phẫu thuật. Nghiên cứu này

của chúng tôi được tiến hành tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương nhằm đánh giá sự khác biệt về sự bộc lộ của các dấu ấn WT1, p53 và p16 cũng như mối liên quan với các đặc điểm MBH của UTBMTD buồng trứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 74 trường hợp UTBT nguyên phát được phẫu thuật cắt BT có chẩn đoán mô bệnh học là UTBMTD tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: các trường hợp UTBM buồng trứng nguyên phát được phẫu thuật cắt toàn bộ BT chứa u, các vùng mô kèm theo (tử cung/mạc nối/vòi tử cung và hạch vùng nếu có) có chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật là UTBMTD. Các trường hợp nghiên cứu còn đủ tiêu bản mô u, mô lân cận u, còn các khối nền đủ bệnh phẩm và đạt yêu cầu chất lượng để cắt nhuộm HE và HMMD, phải có hồ sơ lưu trữ đầy đủ các thông tin cần thiết (tuổi, chẩn đoán lâm sàng, chẩn đoán giai đoạn sau phẫu thuật).

Tiêu chuẩn loại trừ: tất cả những trường hợp không thỏa mãn bất kỳ một trong số các tiêu chuẩn chọn mẫu nêu trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ mẫu bệnh phẩm UTBMTD buồng trứng giai đoạn 2020-2024. Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả những người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ có thông tin kết quả xét nghiệm được lưu trữ trên phần mềm và số lưu trữ tại Khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Phân tích số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý theo chương trình phần mềm tin học SPSS 26.0. Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi. Trong tổng số 74 bệnh nhân nghiên cứu, độ tuổi trung bình chung là $52,38 \pm 13,82$, tuổi nhỏ nhất gặp UTBMTD là 19, lớn nhất là 80 tuổi, thường gặp nhất độ tuổi 40-69.

Bảng 3.1. Tỷ lệ Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 40 tuổi	11	14,9
40 – 49 tuổi	22	29,7
50 – 59 tuổi	16	21,6

60 – 69 tuổi	18	24,3
≥ 70 tuổi	7	9,5
Tổng	74	100,0

3.2. Phân bố độ mô học ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng

Bảng 3.2. Tỷ lệ phân bố các típ mô bệnh học của người bệnh UTBMTD

Độ mô học	Độ cao			Tổng
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	
Số lượng (n)	16	25	33	74
Tỷ lệ (%)	21,6	33,8	44,6	100,0

Nhận xét: Nhóm UTBMTD độ cao gặp nhiều nhất (chiếm tỷ lệ 78,4%), nhóm UTBMTD độ thấp chiếm tỷ lệ ít hơn 21,6%.

3.3. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn WT1, p53, p16 trong ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng

Bảng 3.3. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn WT1, p53, p16 trong ung thư biểu mô thanh dịch

	Dương tính	Âm tính
Dấu ấn WT1	94,6%	5,4%

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa mức độ bộc lộ các dấu ấn WT1, p53, p16 độ mô học

Độ mô học	Dấu ấn WT1 (n,%)					p*
	Âm tính	Dương tính (+)	Dương tính (++)	Dương tính (+++)	Dương tính (++++)	
Độ 1	2	6	8	0	0	>0,05
Độ 2	2	0	5	17	1	
Độ 3	0	1	4	20	8	
Dấu ấn p53 (n,%)						
Độ 1	0	11	3	1	1	>0,05
Độ 2	0	1	6	5	13	
Độ 3	2	7	4	4	16	
Dấu ấn p16 (n,%)						
Độ 1	0	2	6	7	1	>0,05
Độ 2	0	2	2	7	14	
Độ 3	0	0	1	9	23	

Nhận xét: UTBMTD buồng trứng độ cao dương tính (3+) với WT1 (54,1%), dương tính (4+) với p53 (53,3%) và dương tính (4+) với p16 nhiều nhất (60,5%). Mức độ bộc lộ với WT1, p53, p16 ở các UTBMTD độ thấp thấp hơn so với các típ khác. Tuy nhiên, sự khác biệt về mức độ bộc lộ các dấu ấn WT1, p53, p16 với độ mô học đều không có ý nghĩa thống kê với p >0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về phân bố theo nhóm tuổi của bệnh nhân UTBTD buồng trứng. Trong nghiên cứu của tôi, độ tuổi trung bình chung là 52,38 ± 13,82, tuổi nhỏ nhất gặp UTBMTD là 19, lớn nhất là 80 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 40-49 tuổi (chiếm tỷ lệ 29,7%). Nhóm tuổi 60-69 và 50-59 tuổi chiếm tỷ lệ 24,3% và 21,6%. Nhóm tuổi <40 chiếm tỷ lệ 14,9%. Ít gặp nhất là nhóm tuổi ≥ 70 với tỷ lệ 9,5%. Kết quả nghiên

Dấu ấn p53	100,0%	0%
Dấu ấn p16	100,0%	0%

Nhận xét: Các UTBMTD có tỷ lệ dương tính với WT1, p53 và p16 khá cao.

3.4. Mức độ bộc lộ WT1, p53, p16 trong ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng

Bảng 3.4. Mức độ bộc lộ WT1, p53, p16 trong ung thư biểu mô thanh dịch

	Dương tính (+)	Dương tính (++)	Dương tính (+++)	Dương tính (++++)
Dấu ấn WT1	10,0%	24,3%	52,8%	12,9%
Dấu ấn p53	26,4%	18,1%	13,8%	41,7%
Dấu ấn p16	5,4%	12,2%	31,1%	41,3%

Nhận xét: Các UTBMTD bộc lộ với WT1, p53 và p16 chủ yếu ở mức độ dương tính (3+) và (4+).

3.3. Mối liên quan giữa mức độ bộc lộ các dấu ấn WT1, p53, p16 độ mô học ở người bệnh ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng

cứu của chúng tôi có điểm tương đồng và cũng có sự khác biệt với một số nghiên cứu: điểm tương đồng là tuổi 40-49 chiếm tỷ lệ đa số, điểm khác biệt là đỉnh cao của tuổi mắc bệnh là dưới 60. Một nghiên cứu được thực hiện tại Đan Mạch từ 2005-2018 với tổng số 5522 bệnh nhân được chẩn đoán mắc UTBM buồng trứng, trong đó 4539 (60%) bệnh nhân <70 tuổi và 983 bệnh nhân (40%) ≥ 70 tuổi. Độ tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là 66 và độ tuổi dao động từ 19 đến 101 tuổi. Ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hơn, độ tuổi trung bình là 60 và ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi hơn, độ tuổi trung bình là 76 tuổi (5).

4.2. Về độ mô học của ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, xem xét dựa trên 4 hệ thống được sử dụng phổ biến nhất ở trên để phân loại các UTBMTD buồng trứng và chúng tôi lựa chọn hệ

thống phân loại Silverberg (7). Hệ thống này được đơn giản hóa và có khả năng tái tạo cao so với các hệ thống khác. Hệ thống phân loại độ mô học Silverberg so với hệ thống phân loại hai cấp như sau: UTBMTD độ thấp (tương đương độ 1 Silverberg) và UTBMTD độ cao (tương đương độ 2 và độ 3 Silverberg). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu trên thế giới về độ mô học của các UTBMTD buồng trứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm UTBMTD độ cao gặp nhiều nhất (chiếm tỷ lệ 78,4%), trong đó các u độ 3 chiếm tỷ lệ 44,6% và u độ 2 chiếm 33,8%. Nhóm UTBMTD độ thấp chiếm tỷ lệ ít hơn 21,6%. Trong một nghiên cứu do Mayr và CS thực hiện (3), hệ thống phân loại của Silverberg đã được thử nghiệm trên một loạt 192 ung thư biểu mô buồng trứng và cung cấp bằng chứng về tính hợp lệ của hệ thống phân loại này. Nghiên cứu của Sato và CS đã áp dụng hệ thống này cho 70 trường hợp ung thư biểu mô buồng trứng và thu được kết quả tương tự của chúng tôi (6). Cả hai tác giả đều chỉ ra rằng hệ thống phân loại này có thể dễ dàng áp dụng cho các loại ung thư buồng trứng khác nhau, ngoại trừ ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng bao gồm cả ung thư biểu mô di căn.

4.3. Về sự bộc lộ các dấu ấn WT1, P53 và p16 và mối liên quan giữa mức độ bộc lộ với độ mô học của ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các UTBMTD buồng trứng độ 3 có tỷ lệ dương tính (++++) với WT1 gặp nhiều nhất với 20/37 trường hợp, chiếm tỷ lệ 54,1%. Mức độ bộc lộ WT1 ở các UTBMTD độ 1 thấp hơn so với các típ khác, không gặp trường hợp nào độ mô học 1 có bộc lộ dương tính (++++) và (+++), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các UTBMTD buồng trứng độ 3 có tỷ lệ dương tính (++++) với p53 gặp nhiều nhất với 16/30 trường hợp, chiếm tỷ lệ 53,3%. Mức độ bộc lộ với p53 ở các UTBMTD độ 1 thấp hơn so với các típ khác, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các UTBMTD buồng trứng độ 3 có tỷ lệ dương tính (++++) với p16 gặp nhiều nhất với 23/38 trường hợp, chiếm tỷ lệ 60,5%. Mức độ bộc lộ với p16 ở các UTBMTD độ 1 thấp hơn so với các típ khác, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Những nghiên cứu điều tra biểu hiện Ki67 ở UTBMTD độ cao mô tả mức trung bình từ 38% đến 65% (phạm vi 3,6–89%) (1). Hiện tại, không có ngưỡng cắt Ki67 chính xác nào để phân biệt

UTBMTD độ cao và độ thấp được chấp nhận rộng rãi. Köbel và CS đã sử dụng 13% làm ngưỡng cắt cho chỉ số đánh dấu Ki67 cao so với thấp, phân biệt có hiệu quả giữa UTBMTD độ cao và UTBMTD độ thấp (2). Nhiều nghiên cứu khác nhau đã chỉ ra rằng p16 được biểu hiện tốt trong UTBMTD buồng trứng và mức độ bộc lộ của nó thường cao hơn ở các khối u độ cao. Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể về điểm số p16 giữa nhóm u giáp biên và nhóm UTBMTD độ thấp (4). Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra những phát hiện tương tự như các nghiên cứu đã trích dẫn trước đây, liên quan đến mô hình nhuộm p16. Điểm số, sự phân bố, cường độ bộc lộ thấp hơn ở các khối u lành tính, tăng dần ở UTBMTD độ thấp và độ cao. Mặc dù có một số chông chéo về mức độ nhuộm, các UTBMTD độ cao chủ yếu biểu hiện p16 lan tỏa và mạnh so với các UTBMTD độ thấp. Sự khác biệt trong tất cả các thông số p16 và p53 là đáng kể giữa UTBMTD độ thấp và độ cao tuy nhiên không đáng kể giữa các khối u lành tính và UTBMTD độ thấp. Nếu UTBMTD độ cao không cho thấy p53 dương tính khác biệt đáng kể so với UTBMTD độ thấp; có thể những trường hợp này đã tiến hóa từ các khối u cấp độ thấp hoặc có thêm đột biến trong các con đường ức chế khối u khác ngoài p53 nhưng về mặt hình thái là các tổn thương cấp độ cao. Các khối u cấp độ cao về mặt hình thái có điểm p53 yếu hoặc không có cũng có thể là do các đột biến mới hoặc đột biến vô nghĩa không được kháng thể sử dụng phát hiện. Nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp một phân tích về HMMD mở rộng và đặc điểm của các UTBMTD buồng trứng với các dấu ấn WT1, p53, p16. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ cho thấy các dấu ấn này có sự bộc lộ khác cao trong các UTBMTD buồng trứng làm cơ sở để chẩn đoán phân biệt các khối u biểu mô thanh dịch buồng trứng với các u biểu mô thanh dịch ở các vị trí khác.

V. KẾT LUẬN

Trong 74 trường hợp UTBMTD buồng trứng, UTBMTD độ cao có tỷ lệ dương tính với WT1 là 96,5%. Các UTBMTD độ thấp có tỷ lệ dương tính với WT1 thấp hơn (88,2%). Tỷ lệ dương tính với p53 và p16 là 100%. Sự khác biệt về mức độ bộc lộ các dấu ấn WT1, p53, p16 với độ mô học đều không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen M, Yao S, Cao Q, Xia M, Liu J, He M. The prognostic value of Ki67 in ovarian high-grade serous carcinoma: an 11-year cohort study of Chinese patients. *Oncotarget*. 2016 Dec 23; 8 (64):

- 107877-107885. doi: 10.18632/oncotarget.14112. PMID: 29296209; PMCID: PMC5746111
2. **Köbel M, Kalloger SE, Boyd N, McKinney S, Mehl E, Palmer C, Leung S, Bowen NJ, Ionescu DN, Rajput A, Prentice LM, Miller D, Santos J, Swenerton K, Gilks CB, Huntsman D.** Ovarian carcinoma subtypes are different diseases: implications for biomarker studies. *PLoS Med.* 2008 Dec 2;5(12):e232. doi: 10.1371/journal.pmed.0050232. PMID: 19053170; PMCID: PMC2592352
 3. **Mayr D, Diebold J.** Grading of ovarian carcinomas. *Int J Gynecol Pathol.* 2000 Oct;19(4):348-53. doi: 10.1097/00004347-200010000-00009. PMID: 11109164
 4. **Rambau PF, Vierkant RA, Intermaggio MP, Kelemen LE et al.** Association of p16 expression with prognosis varies across ovarian carcinoma histotypes: an Ovarian Tumor Tissue Analysis consortium study. *J Pathol Clin Res.* 2018 Oct; 4(4):250-261. doi: 10.1002/cjp2.109. Epub 2018 Sep 21. PMID: 30062862; PMCID: PMC6174617
 5. **Sallum LF, Andrade L, Ramalho S, Ferracini AC, de Andrade Natal R, Brito ABC, et al.** WT1, p53 and p16 expression in the diagnosis of low- and high-grade serous ovarian carcinomas and their relation to prognosis. *Oncotarget.* 2018;9(22):15818-27
 6. **Sato Y, Shimamoto T, Amada S, Asada Y, Hayashi T.** Prognostic value of histologic grading of ovarian carcinomas. *Int J Gynecol Pathol.* 2003 Jan;22(1):52-6. doi: 10.1097/00004347-200301000-00011. PMID: 12496698
 7. **Silverbera SG.** Histopathologic grading of ovarian carcinoma: a review and proposal. *Int J Gynecol Pathol.* 2000 Jan;19(1):7-15. doi: 10.1097/00004347-200001000-00003. PMID: 10638449

ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 15 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Tuyết Minh¹, Không Thị Ngọc Mai²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) ở trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023 - 2024. **Đối tượng:** 139 bệnh nhân từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu điều trị nội trú tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và 278 bệnh nhân tương đồng về tuổi, giới tính, có triệu chứng sốt với nhóm bệnh theo tỉ lệ bệnh: chứng là 1:2. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp với nghiên cứu bệnh chứng. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ NKTN gặp ở nữ 70,5% cao hơn nam 29,5%. Tuổi mắc bệnh hay gặp nhất là nhóm < 2 tuổi chiếm 47,5%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là sốt cao $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ (91,4%), thường gặp sốt cao kèm rét run ở trẻ lớn hoặc kích thích quấy khóc ở trẻ nhỏ chiếm 79,1%, triệu chứng rối loạn tiểu tiện ít gặp 15,8%, các triệu chứng của cơ quan bị bệnh kèm theo gặp tương đối nhiều là triệu chứng cơ quan tiêu hoá 45,2%, triệu chứng cơ quan hô hấp 28,1%. Các yếu tố đóng bím ở nữ, đái dầm, uống ít nước, suy dinh dưỡng vừa và nặng, hẹp bao quy đầu, dị dạng tiết niệu, nhiễm trùng đường hô hấp dưới và táo bón là các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa khi phân tích đơn biến. Khi phân tích đa biến chỉ có yếu tố suy dinh

dưỡng nặng là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc NKTN (OR = 2,65, 95%CI = 1,08 - 6,55). **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME RISK FACTORS FOR URINARY TRACT INFECTIONS IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 15 YEARS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objectives: Describing the clinical characteristics and some risk factors for urinary tract infections (UTI) in children aged 2 months to 15 years old at the Pediatric Center, Thai Nguyen National Hospital during 2023-2024. **Subjects:** 139 patients aged 2 months to 15 years old diagnosed with urinary tract infections treated as inpatients at the Pediatric Center, Thai Nguyen National Hospital and 278 patients of similar age, gender, symptoms of fever with disease group according to case-control ratio of 1:2. **Methods:** Cross-sectional descriptive study combined with case-control study. **Results and conclusion:** The frequency of UTI in female is 70.5% higher than in male 29.5%. The most common age group with the disease is the group < 2 years old, accounting for 47.5%. The common clinical symptom is high fever $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ (91.4%), often high fever with chills in older children or irritability and crying in young children accounting for 79.1%. Urinary disorders symptoms are uncommon at 15.8%, unurinary symptoms are relatively numerous include gastrointestinal symptoms are 45.2%, and respiratory symptoms are 28.1%. Factors such as diaper wearing in female, enuresis, drinking less water, severe and moderate malnutrition, phimosis, urinary malformations, lower respiratory tract infections and constipation were statistically

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tuyết Minh

Email: tuyetminh0396@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024