

bằng máng ổn định có cải thiện rõ rệt sau 6 tháng, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thành (2013)⁹ và Lê Nguyên Lâm (2023)¹⁰.

V. KẾT LUẬN

- Hình thái đầu lồi cầu dạng tam giác chiếm đa số (45,1%); loại hình thái lồi và tròn chiếm tỉ lệ thấp nhất (9,7%), phân bố tỉ lệ hình thái đầu lồi cầu không thay đổi trước và sau 6 tháng điều trị.

- Vị trí của lồi cầu sau điều trị 6 tháng có sự dịch chuyển ra trước và về vị trí trung tâm hơn so với trước điều trị.

- Dạng tổn thương đầu lồi cầu mòn và còn sụn chiếm đa số trước điều trị, có khả năng phục hồi sau điều trị trở lại trạng thái bình thường, tuy nhiên các dạng khác thì không thể phục hồi sau điều trị 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yale SH, Allison BD, Hauptfuehrer JD** (1966). An epidemiological assessment of mandibular condyle morphology, Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 21, 169-177.
2. **Kazumi Ikeda** (2009). Assessment of optimal condylar position with limited cone-beam computed tomography, Am J Dentofacial Ortho, 135, 495-501.
3. **Peyron J.G, Altman R.D** (1992). Osteoarthritis: diagnosis and medical/surgical management, Saunders, 2nd edition, 15-37.
4. **Nguyễn Thị Thảo Vân, Võ Huỳnh Trang, Nguyễn Đức Minh** (2022). Đặc điểm hình thái khớp thái dương hàm trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 49, 192-198.
5. **Jaime Gateno** (2004). A comparative assessment of mandibular condylar position in patients with anterior disc displacement of the temporomandibular joint, J Oral Maxillofac Surg, 62, 39-43.
6. **Nguyễn Văn Tâm, Nguyễn Thị Thu Phương, Nguyễn Thị Thuý Nga** (2021). Đặc điểm xương trên hình ảnh cắt lớp chùm tia hình nón của bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm và mối tương quan với triệu chứng lâm sàng, Tạp chí Y học Việt Nam, 505(1), 151-154.
7. **Võ Thị Lê Nguyên, Nguyễn Thị Kim Anh** (2016). Hình ảnh Conebeam CT khớp thái dương hàm của bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm tại khoa Răng Hàm Mặt-ĐH Y dược ĐH TP HCM, Tạp chí nghiên cứu y học TP Hồ Chí Minh, 20(2), 82-89.
8. **Trịnh Văn Duy và CS** (2024). Đánh giá mối tương quan giữa triệu chứng và mức độ đau khớp thái dương hàm với hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân có rối loạn nội khớp, Tạp chí Y học Việt Nam, 539(2), 317-321.
9. **Nguyễn Mạnh Thành** (2013). Đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm bằng máng ổn định, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
10. **Lê Nguyên Lâm, Nguyễn Phúc Vinh** (2023). Đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm bằng máng nhai tại BV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Vietnam Journal of Community Medicine, 64(5), 223-231.

GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC THUỐC ĐỐI QUANG (DCE-MR) TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT TỔ CHỨC CỦA U BUỒNG ÁC TÍNH VỚI TỔ CHỨC CỦA U BUỒNG TRỨNG LẠNH TÍNH

Đoàn Tiến Lưu^{1,2}, Nguyễn Ngọc Cương^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U buồng trứng cấu trúc nang đơn thuần là u lành tính, nhưng u buồng trứng có phần tổ chức trong nang có thể là u ác tính hoặc u lành tính. Tổ chức u buồng trứng ác tính có đặc điểm tăng sinh tân mạch, thể hiện trên trên xung DCE-MR là tổ chức bắt thuốc mạnh, bắt thuốc sớm. Ngược lại, tổ chức u buồng trứng lành tính có đặc điểm giàu xơ, nghèo mạch, ít bắt thuốc đối quang từ, bắt thuốc tăng dần đến thì muộn. Dựa vào đặc điểm này có thể chẩn

đoán phân biệt được u buồng trứng ác tính với u buồng trứng lành tính. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá giá trị của cộng hưởng từ động học thuốc đối quang từ DCE-MR trong chẩn đoán phân biệt tổ chức ác tính với tổ chức lành tính của u buồng trứng. **Đối tượng nghiên cứu:** 127 trường hợp ung thư buồng trứng có tổ chức đặc, trong đó 90 trường hợp u buồng trứng ác tính, 37 trường hợp u buồng trứng lành tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiến cứu. So sánh kết quả chẩn đoán xung chụp cộng hưởng từ động học DCE-MR với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. **Kết quả nghiên cứu:** Xung DCE-MR có giá trị cao trong chẩn đoán phân biệt tổ chức u buồng trứng ác tính với tổ chức u buồng trứng lành tính. **Từ khóa:** u buồng trứng lành tính, u buồng trứng ác tính, cộng hưởng từ động học thuốc đối quang từ

SUMMARY

THE VALUE OF DYNAMIC CONTRAST-

¹Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Tiến Lưu

Email: doantienluu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

ENHANCED MAGNETIC RESONANCE IMAGING (DCE-MRI) IN DIFFERENTIATING THE TISSUE OF MALIGNANT OVARIAN TUMORS FROM THAT OF BENIGN OVARIAN TUMORS

Introduction: Simple cystic ovarian tumors are benign, whereas ovarian tumors with solid components within the cyst may be either malignant or benign. Malignant ovarian tumor's tissues are characterized by neoangiogenesis, which manifests on dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging (DCE-MRI) as early and intense contrast uptake. In contrast, benign ovarian tumor's tissues are typically fibrous and hypovascular, demonstrating minimal contrast uptake with gradual enhancement in the delayed phase. These characteristics allow for the differentiation between malignant and benign ovarian tumors. **Study Objective:** To evaluate the diagnostic value of dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging (DCE-MRI) in differentiating malignant from benign solid components in ovarian tumors. **Methods:** A total of 127 cases of ovarian tumors with solid components were included, comprising 90 cases of malignant ovarian tumors and 37 cases of benign ovarian tumors. **Methods:** This was a descriptive, cross-sectional, prospective study. The diagnostic performance of DCE-MRI was compared with histopathological findings obtained postoperatively. **Results:** DCE-MRI demonstrated high diagnostic accuracy in distinguishing malignant from benign solid components in ovarian tumors.

Key words: benign ovarian tumors, malignant ovarian tumors, dynamic contrast-enhanced MR

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng có thể lành tính hoặc ác tính, là một trong các nguyên nhân phải phẫu thuật hàng đầu ở phụ nữ [1]. Việc chẩn đoán phân biệt u buồng trứng ác tính với u lành tính đóng vai trò quan trọng trong định hướng điều trị. Phần lớn các u buồng trứng ác tính được phẫu thuật cắt u, cắt bỏ tối đa các nốt di căn phúc mạc, cắt bỏ hai buồng trứng, tử cung và mạc nối lớn. Ngược lại, đối với u buồng trứng lành tính, phẫu thuật cắt bỏ u, bảo tồn buồng trứng và tử cung, vẫn bảo tồn được khả năng sinh đẻ và chức năng nội tiết buồng trứng [2]. Chẩn đoán phân biệt u buồng trứng ác tính với lành tính dựa vào cấu trúc của u. Các trường hợp nang đơn thuần thường là u lành tính. Các trường hợp u có tổ chức đặc thì có khả năng là u ác tính hoặc u lành tính. Chẩn đoán phân biệt tổ chức có đặc điểm ác tính hay lành tính giúp chẩn đoán phân biệt được u buồng trứng ác tính hay u buồng trứng lành tính.

Hình ảnh cộng hưởng từ chụp động học sau tiêm thuốc đối quang (DCE-MR) là phương pháp chẩn đoán hình ảnh đánh giá được mức độ bắt thuốc và sự biến đổi mức độ bắt thuốc theo thời gian của tổ chức. Do đó DCE-MR có giá trị trong

chẩn đoán phân biệt tổ chức ung thư có tăng sinh tân mạch với tổ chức u lành tính nghèo mạch [3]. DCE-MR đang được nghiên cứu và ứng dụng ngày càng nhiều hơn trong chẩn đoán u vú và u buồng trứng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Đánh giá giá trị của hình ảnh cộng hưởng từ động học thuốc đối quang trong chẩn đoán phân biệt tổ chức ác tính với tổ chức lành tính của u buồng trứng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 127 bệnh nhân chụp CHT tiểu khung với chẩn đoán u buồng trứng có phần tổ chức đặc tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, sau đó các bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 7 năm 2024. Trong đó bao gồm 90 trường hợp ung thư buồng trứng, 37 trường hợp u buồng trứng lành tính.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Kỹ thuật chụp cộng hưởng từ tiểu khung: Các bệnh nhân được chụp bởi máy cộng hưởng từ 1,5 Tesla của hãng GE. Trước tiêm thuốc đối quang từ chụp tiểu khung xung T2W theo ba mặt phẳng nằm ngang, đứng ngang và đứng dọc, các xung DW-b1000, T1W và T1W xóa mỡ theo mặt phẳng nằm ngang. Sau tiêm thuốc đối quang từ, chụp xung động học (DCE-MR) bằng xung T1W xóa mỡ theo mặt phẳng nằm ngang, chụp liên tục 12 xung trong 6 phút, chụp bắt đầu ngay khi tiêm thuốc. Thuốc đối quang từ dùng trong nghiên cứu là Dotarem 1mmol/ml, tiêm 0,2ml/kg cân nặng, tốc độ tiêm 2ml/s, sau tiêm thuốc đối quang từ tiêm tiếp 20ml nước muối sinh lý.

Phân tích đặc điểm hình ảnh CHT: Dựa vào đặc điểm hình ảnh trên các xung cơ bản trước tiêm thuốc đối quang từ (T2W, DW, T1W, T1W) và các xung sau tiêm thuốc đối quang từ chụp động học để phân tích cấu trúc u. Tổ chức là thành phần có bắt thuốc đối quang từ ít hoặc nhiều. Các cấu trúc dịch, mỡ, máu và các cấu trúc khác không bắt thuốc đối quang từ.

Dùng công cụ phân tích chức năng của cộng hưởng từ (function tool) để phân tích hình ảnh xung chụp động học DCE-MR, so sánh tín hiệu hình ảnh tổ chức sau tiêm thuốc đối quang từ với hình ảnh tổ chức trước tiêm đối quang từ, đánh giá sự biến đổi tín hiệu của tổ chức theo thời gian sau tiêm thuốc đối quang từ, từ đó đánh giá động học của thuốc đối quang từ trong tổ chức. Chọn vùng tổ chức bắt thuốc mạnh nhất của khối u để phân tích, đặt ROI kích thước từ 15-150 mm², ROI chiếm khoảng 2/3 diện tích vùng khảo sát. Sau khi đặt ROI ta có biểu đồ bắt

thuốc theo thời gian của tổ chức u. Có ba loại biểu đồ thể hiện ba loại bắt thuốc khác nhau của u. Biểu đồ loại I: Tổ chức u bắt thuốc chậm, bắt thuốc tăng dần, không có đỉnh bắt thuốc, đến thì muộn vẫn tiếp tục bắt thuốc tăng lên. Biểu đồ loại II: Tổ chức u bắt thuốc nhanh, đạt đỉnh bắt thuốc trong khoảng 60 giây, sau đó biểu đồ nằm ngang, không có biểu hiện rửa thuốc. Biểu đồ loại III: Tổ chức u bắt thuốc nhanh, đạt đỉnh bắt thuốc trong khoảng 60 giây, sau đó biểu đồ dốc xuống thể hiện sự rửa thuốc ở thì muộn. Tổ chức u lành tính thường nghèo mạch, có biểu đồ bắt thuốc loại I. Tổ chức ung thư thường có tăng sinh tân mạch, có biểu đồ bắt thuốc loại III. Biểu đồ loại II là loại biểu đồ trung gian, có thể gặp trong tổ chức u lành tính hoặc tổ chức ung thư. Tính tỷ lệ các loại biểu đồ bắt thuốc trong nhóm u lành tính, u giáp biên, ung thư.

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để xử lý số liệu. So sánh tỷ lệ các loại biểu đồ bắt thuốc của các nhóm u lành tính, u ác tính với nhau, kiểm định sự khác biệt bằng test Chi bình phương. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác trong chẩn đoán phân biệt u buồng ác tính, lành tính, giáp biên của các loại biểu đồ bắt thuốc.

Tiêu chuẩn của nghiên cứu: Tiêu chuẩn vàng để đánh giá kết quả chẩn đoán của DCE-MR là kết quả giải phẫu bệnh cuối cùng sau phẫu thuật cắt bỏ u buồng trứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 127 bệnh nhân, trong đó 90 u ác tính 70,9%, 37 u lành tính chiếm 29,1%.

Tuổi trung bình của nhóm ung thư 51,36 ± 13,579 tuổi, u lành tính 42,63 ± 16,535 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Ung thư buồng trứng phân bố chủ yếu ở tuổi 40 – 70 (77,7%), u lành tính phân bố chủ yếu ở tuổi 20 – 60 (78,0%). Như vậy, ung thư buồng trứng thường xuất hiện ở người trung niên và người cao tuổi, u buồng trứng lành tính phân bố rộng, thường gặp ở lứa tuổi trẻ hơn so với ung thư buồng trứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các kết quả nghiên cứu khác trên thế giới, tuổi trung bình ung thư buồng trứng khoảng 55 – 65 tuổi, phần lớn các trường hợp ung thư buồng trứng phân bố ở tuổi 50 – 75 tuổi [4], [5].

Xét nghiệm kháng nguyên ung thư CA125 trong máu, mức CA125 trung bình của nhóm u ác tính (ung thư và u giáp biên) 504,166 ± 113,0707 UI/ml, nhóm u lành tính 36,000 ± 3,3781 UI/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p

< 0,001. Nếu lấy giá trị cut-off là 35,0 UI/ml để chẩn đoán u ác tính thì có độ nhạy 77,4%, độ đặc hiệu 76,9%, độ chính xác 77,2%, giá trị dự báo dương tính 77,4%, giá trị dự báo âm tính 76,9%. Như vậy, xét nghiệm CA125 chẩn đoán xác định ung thư buồng trứng có độ nhạy không cao, giá trị dự báo dương tính cũng không cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các kết quả nghiên cứu khác trên thế giới, lấy giá trị cut-off của CA125 để độ nhạy đạt khoảng 80% thì giá trị dự báo dương tính rất thất chỉ đạt 10 – 30% [6].

3.2. Giá trị của DCE-MR trong chẩn đoán phân biệt u ác tính với u lành tính buồng trứng

Đặc điểm bắt thuốc của tổ chức u buồng trứng trên DCE-MR

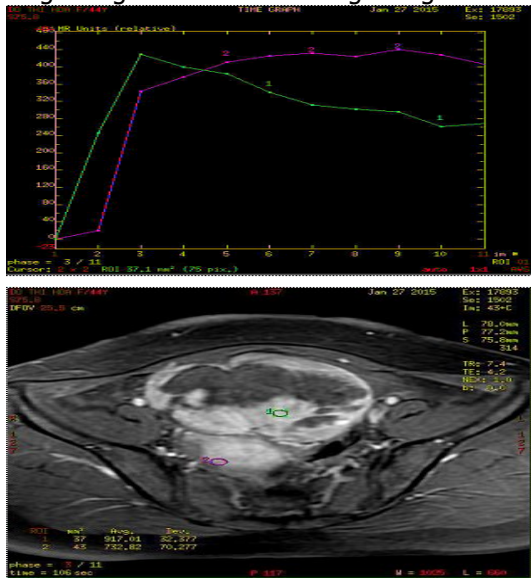
Bảng 2.1: Đặc điểm bắt thuốc trên DCE-MR của tổ chức u buồng trứng

Biểu đồ bắt thuốc	Tổ chức u ác tính	Tổ chức u lành tính	Tổng
Loại I	5 (5,6%)	30 (81,1%)	35 (27,6%)
Loại II	47 (52,2%)	7 (18,9%)	54 (42,5%)
Loại III	38 (42,2%)	0 (0,0%)	38 (29,9%)
Tổng	90 (100%)	37 (100%)	127 (100%)

Tổ chức u ác tính phần lớn có biểu đồ bắt thuốc loại III chiếm 38/90 (42,2%) và loại II chiếm 47/90 (52,2%), chỉ có 5/90 (5,6%) có biểu đồ bắt thuốc loại I. Ngược lại, tổ chức u lành tính phần lớn có biểu đồ bắt thuốc loại I chiếm 30/37 (81,1%), loại II chiếm 7/37 (18,9%) trường hợp, không có trường hợp u lành tính nào có biểu đồ bắt thuốc loại III. Sự khác biệt tỷ lệ các loại biểu đồ bắt thuốc trong nhóm u ác tính và u lành tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu khác, Li H-M, Qiang J-W và cộng sự (2017) nghiên cứu đặc điểm biểu đồ bắt thuốc của 102 khối u hỗn hợp buồng trứng, u ác tính có tỷ lệ các loại biểu đồ bắt thuốc là 72,4% loại III, 24,1% loại II, 3,5% loại I. U lành tính 67% biểu đồ loại I, 33% biểu đồ loại II, không trường hợp nào có biểu đồ loại I [7].

Từ tỷ lệ loại biểu đồ bắt thuốc như trên có thể kết luận là u ác tính bắt thuốc mạnh hơn so với u lành tính, bắt thuốc nhanh trong thì sớm, sau đó có sự thoát thuốc dần ở thời gian tiếp theo cho đến thì muộn hoặc không thải thuốc nhưng cũng không bắt thuốc thêm ở thì muộn. Ngược lại, tổ chức u lành tính bắt thuốc kém hơn, bắt thuốc chậm không đạt đỉnh bắt thuốc ở thì sớm, sang thì muộn tiếp tục bắt thuốc tăng lên. Điều này được lý giải bởi sự tăng sinh tân mạch trong tổ chức ung thư, sự tăng sinh tân

mạch là yếu tố cơ bản của tăng sinh tổ chức, sự phát triển nhanh, sự xâm lấn và di căn xung quanh của ung thư. Tổ chức ung thư có các yếu tố tăng sinh tân mạch đó là các yếu tố phát triển biểu mô nội mạch (vascular endothelial growth factor – VEGF), đồng thời trong tổ chức ung thư có sự tăng sinh các thụ thể với các VEGF. Vì vậy tổ chức ung thư của buồng trứng nói riêng và các ung thư nói chung có đặc điểm là tăng sinh tân mạch mạnh. Các mạch máu tăng sinh có đặc điểm cấu trúc thành mạch không hoàn chỉnh, thành mạch yếu, tăng tính thấm thành mạch, càng làm tăng sự bắt thuốc của tổ chức ung thư [3]. Ngược lại, tổ chức u lành tính thường nghèo mạch, không có sự tăng sinh tân mạch, các mạch máu của tổ chức lành tính có tính hệ thống hoàn chỉnh, cấu trúc thành mạch hoàn thiện, không có hiện tượng tăng tính thấm thành mạch [3]. Chính vì vậy có thể dựa vào đặc điểm bắt thuốc của tổ chức u trên DCE-MR để phân biệt u buồng trứng ác tính với u buồng trứng lành tính.



Hình 2.1: U buồng trứng trái có tổ chức với biểu đồ bắt thuốc loại III (biểu đồ 1, màu xanh), so với đường biểu đồ bắt thuốc loại III của cơ tử cung (biểu đồ 2, màu tím). Kết quả giải phẫu bệnh: Ung thư biểu mô tuyến thanh dịch.

Giá trị của xung DCE-MR trong chẩn đoán phân biệt tổ chức u buồng trứng ác tính với tổ chức u buồng trứng lành tính. Chẩn đoán xác định tổ chức u buồng trứng ác tính nếu tổ chức bắt thuốc với biểu đồ bắt thuốc loại III hoặc loại II, đối chiếu với kết quả mô bệnh học sau mổ của u buồng trứng.

Bảng 2.2: Giá trị của DCE-MR chẩn đoán phân biệt tổ chức u ác tính với u lành tính

Đặc điểm bắt thuốc của tổ chức u	U ác tính	U lành tính	Tổng
U có tổ chức với biểu đồ bắt thuốc loại II, III	85 (94,4%)	7 (18,9%)	92 (72,4%)
U có tổ chức với biểu đồ bắt thuốc loại I	5 (5,6%)	30 (81,1%)	35 (27,6%)
Tổng	90 (100%)	37 (100%)	127 (100%)

Như vậy, dựa vào đặc điểm u có tổ chức với biểu đồ bắt thuốc loại II hoặc III để chẩn đoán xác định u buồng trứng ác tính, tỷ suất chênh OR = 86,603 (32,357 – 228,906) với CI 95%, độ nhạy Se = 94,4%, độ đặc hiệu Sp = 81,1%, độ chính xác Acc = 90,6%, giá trị dự báo dương tính PPV = 85/92 = 95,7%, giá trị dự báo âm tính NPV = 30/35=85,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với một số nghiên cứu khác, Li H-M, Qiang J-W và cộng sự (2017) nghiên cứu đặc điểm biểu đồ bắt thuốc của các u buồng trứng có tổ chức đặc trên máy cộng hưởng từ 3 Tesla, dựa vào đặc điểm biểu đồ bắt thuốc chẩn đoán xác định u ác tính có độ nhạy cao 94,0%, độ đặc hiệu 80,0%, độ chính xác 92,0% [7]. Isabelle Thomasin và cộng sự (2008) nghiên cứu đặc điểm biểu đồ bắt thuốc của các u buồng trứng có tổ chức đặc trên máy cộng hưởng từ 1,5 Tesla, tổ chức u ác tính phần lớn có biểu đồ bắt thuốc loại II,III, u lành tính phần lớn có biểu đồ bắt thuốc loại I, toàn bộ các trường hợp có biểu đồ bắt thuốc loại III đều là u ác tính, dựa vào đặc điểm biểu đồ bắt thuốc chẩn đoán xác định u ác tính có độ nhạy 92,0%, độ đặc hiệu 90% [8].

VI. KẾT LUẬN

Tổ chức u buồng trứng ác tính có tăng sinh tân mạch, thể hiện trên trên xung DCE-MR là tổ chức bắt thuốc mạnh, bắt thuốc sớm, biểu đồ bắt thuốc loại III hoặc II (đạt đỉnh bắt thuốc ở thì sớm, sau đó biểu đồ dốc xuống do thoát thuốc hoặc biểu đồ nằm ngang không bắt thuốc thêm). Ngược lại tổ chức u buồng trứng lành tính giàu xơ, nghèo mạch, ít bắt thuốc đối quang từ, biểu đồ bắt thuốc loại I (bắt thuốc chậm, tăng dần, không đạt đỉnh bắt thuốc, thì muộn tiếp tục bắt thuốc). Dựa vào đặc điểm này có thể chẩn đoán phân biệt được u buồng trứng ác tính với u buồng trứng lành tính với độ nhạy cao (94,4%), độ đặc hiệu cao (81,1%), độ chính xác cao (90,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reid B. M., Permuth J. B., Sellers T. A. (2017). Epidemiology of ovarian cancer: a

- review. *Cancer Biol Med*, 14(1), 9-32.
2. **Bookman M. A. (2016)**. Optimal primary therapy of ovarian cancer. *Ann Oncol*, 27 Suppl 1, i58-i62.
3. **Bamberger E. S., Perrett C. W. (2002)**. Angiogenesis in epithelial ovarian cancer. *Mol Pathol*, 55(6), 348-59.
4. **Cramer D. W. (2012)**. The epidemiology of endometrial and ovarian cancer. *Hematol Oncol Clin North Am*, 26(1), 1-12.
5. **Harter P., Gershenson D., Lhomme C. et al. (2014)**. Gynecologic Cancer InterGroup (GIG) consensus review for ovarian tumors of low malignant potential (borderline ovarian tumors). *Int J Gynecol Cancer*, 24(9 Suppl 3), S5-8.
6. **Partheen K., Kristjansdottir B., Sundfeldt K. (2011)**. Evaluation of ovarian cancer biomarkers HE4 and CA-125 in women presenting with a suspicious cystic ovarian mass. *J Gynecol Oncol*, 22(4), 244-52.
7. **Li H. M., Qiang J. W., Ma F. H. et al. (2017)**. The value of dynamic contrast-enhanced MRI in characterizing complex ovarian tumors. *J Ovarian Res*, 10(1), 4.
8. **Thomassin-Naggara I., Bazot M., Darai E. et al. (2008)**. Epithelial ovarian tumors: value of dynamic contrast-enhanced MR imaging and correlation with tumor angiogenesis. *Radiology*, 248(1), 148-59.

NGUY CƠ TẾ NGÃ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM NHẬP VIỆN

Nguyễn Phú Cường¹, Trần Kim Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tế ngã là biến cố bất lợi lớn tại bệnh viện và bệnh nhân suy tim ≥ 65 tuổi có nguy cơ tế ngã cao hơn 14% so với những người không mắc suy tim[1]. Công cụ đánh giá nguy cơ tế ngã Johns Hopkins (JHFRAT) được sử dụng rộng rãi chăm sóc người bệnh bao gồm cả người suy tim. JHFRAT là một công cụ hữu ích giúp cho người điều dưỡng có thể lượng giá nguy cơ và thực hiện các biện pháp chăm sóc toàn diện bệnh nhân suy tim nhưng cần phối hợp với bác sĩ trong việc thu thập thêm thông tin về triệu chứng lâm sàng, điều chỉnh phác đồ điều trị, tư vấn sử dụng các thiết bị hỗ trợ, hướng dẫn bệnh nhân và gia đình. **Mục tiêu:** Xác định sự phân bố các mức nguy cơ tế ngã và các mối liên quan đến nguy cơ tế ngã trên bệnh nhân suy tim nhập viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 91 trường hợp suy tim nhập khoa Nội Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy. Các bệnh nhân được thu thập thông tin và đánh giá nguy cơ tế ngã bằng công cụ Johns Hopkins. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $60,8 \pm 14,5$, nam giới chiếm 42,9%. Bệnh nhân suy tim có nguy cơ tế ngã cao chiếm 28,6%, nguy cơ trung bình và thấp lần lượt là 47,2% và 24,2%. Các mối liên quan đến nguy cơ tế ngã trên bệnh nhân suy tim bao gồm hội chứng mạch vành mạn, hạ kali máu, sử dụng lợi tiểu furosemide, ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể và nitrate. **Kết luận:** nhân viên y tế, đặc biệt là điều dưỡng, xem xét sử dụng công cụ Johns Hopkins để đánh giá nguy cơ tế ngã ở bệnh nhân suy tim điều trị nội trú.

Từ khóa: Công cụ đánh giá nguy cơ tế ngã John Hopkin, nguy cơ tế ngã, suy tim.

SUMMARY

FALL RISK AND SOME RELATED FACTORS IN HOSPITALIZED HEART FAILURE PATIENTS

Background: Falls are among the most significant adverse events in hospitals. Hospitalized heart failure patients aged 65 years or older have a 14% higher risk of falling compared to those without heart failure. The Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT) is widely used in patient care, including for heart failure patients. JHFRAT is a useful tool that helps nurses assess fall risk and implement comprehensive care measures for heart failure patients. However, its application requires collaboration with physicians to collect further information about clinical symptoms, adjust treatment regimens, provide guidance on the use of assistive devices, and educate patients as well as their families. **Objective:** To define the prevalence of fall risk levels and the factors involved in fall risk in hospitalized heart failure patients. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 91 cases diagnosed with heart failure admitted to the Department of Cardiology, Cho Ray Hospital. We collected patient information and performed a Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT). **Results:** The mean age was 60.8 ± 14.5 years, male patients accounted for 42.9% of the study population. The heart failure patients with a high risk of falls was 28.6%, the moderate and low fall risk were 47.2% and 24.2%, respectively. Conditions associated with an increased risk in falls include chronic coronary syndrome, hypokalemia, medications such as furosemide, ACE inhibitors or receptor inhibitors, and nitrates. **Conclusion:** Clinicians, especially nurses, should consider using the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool to evaluate fall risk in hospitalized patients with heart failure. **Keywords:** Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool, Fall Risk, Heart Failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tế ngã là một trong những nguyên nhân

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Cường

Email: phucuong250895@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 10.3.2025