

Chỉ số TyG có giá trị ở mức trung bình trong dự đoán nguy cơ BCTM theo FRS và SCORE_VN với điểm cắt TyG tại 9,0.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Araújo SP, Juvanol LL, Bressan J, Hermsdorff HHM. Triglyceride glucose index: A new biomarker in predicting cardiovascular risk. Preventive Medicine Reports. 2022;29:101941.
2. Group SBR. Risk of fatal coronary heart disease in familial hypercholesterolaemia. BMJ: British Medical Journal. 1991;893-896.
3. Liu Q, Zhang Y, Chen S, et al. Association of the triglyceride-glucose index with all-cause and cardiovascular mortality in patients with cardiometabolic syndrome: a national cohort study. Cardiovasc Diabetol. Feb 24 2024;23(1):80. doi:10.1186/s12933-024-02152-y
4. Sánchez-Iñigo L, Navarro-González D, Fernández-Montero A, Pastrana-Delgado J, Martínez JA. The TyG index may predict the development of cardiovascular events. European journal of clinical investigation. 2016;46(2):189-197.
5. Tao S, Yu L, Li J, et al. Association between the triglyceride-glucose index and 1-year major adverse cardiovascular events in patients with coronary heart disease and hypertension. Cardiovasc Diabetol. Nov 8 2023;22(1):305. doi:10.1186/s12933-023-02018-9
6. Wang L, Cong HL, Zhang JX, et al. Triglyceride-glucose index predicts adverse cardiovascular events in patients with diabetes and acute coronary syndrome. Cardiovasc Diabetol. Jun 13 2020;19(1):80. doi:10.1186/s12933-020-01054-z
7. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. 2018:218.
8. Xue Y, Xu J, Li M, Gao Y. Potential screening indicators for early diagnosis of NAFLD/MAFLD and liver fibrosis: Triglyceride glucose index-related parameters. Front Endocrinol (Lausanne). 2022;13:951689. doi:10.3389/fendo.2022.951689

GIÁ TRỊ CỦA CẬN LÂM SÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Ngô Phan Thanh Thúy^{1,2}, Vũ Bá Quyết¹, Đinh Thị Mỹ Linh²

TÓM TẮT⁷⁵

Mục tiêu: Khảo sát giá trị các công cụ cận lâm sàng trong chẩn đoán ung thư niêm mạc tử cung. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 267 người bệnh ung thư NMTC tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Các trường hợp ung thư NMTC phát hiện có 97,6% trường hợp bệnh nhân đã mãn kinh có dày niêm mạc tử cung. 91,3% trường hợp sinh thiết niêm mạc tử cung có tế bào ác tính. Chỉ có 3,1% trường hợp phát hiện tế bào ác tính trên phiên đồ cổ tử cung – âm đạo. 2,1% trường hợp có soi buồng tử cung trước phẫu thuật, có 10,8% trường hợp được chụp MRI hỗ trợ chẩn đoán giai đoạn. **Kết luận:** Các xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị để chẩn đoán ung thư NMTC, giúp lựa chọn phương pháp điều trị nhanh chóng và hiệu quả. **Từ khóa:** ung thư niêm mạc tử cung, FIGO, đặc điểm cận lâm sàng

SUMMARY

THE VALUE OF PARACLINICAL EXAMINATIONS IN THE DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL CANCER AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To investigate the value of

paraclinical examinations in the diagnosis of endometrial cancer. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on 267 patients diagnosed endometrial cancer at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Results:** A total 267 patients participated in this study, there is 97.6% of postmenopausal patients had thick endometrial on ultrasound, 91.3% of cases had malignant endometrial biopsy results. Only 3.1% of case shows malignant cells in pap smears. 2.1% of cases had hysteroscopy before surgery, and 10.8% of cases had MRI scans to support stage diagnosis. **Conclusion:** Subclinical tests are valuable for diagnosis of endometrial cancer, helping to select treatments quickly and effectively.

Keywords: endometrial cancer, FIGO, Paraclinical examinations features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư niêm mạc tử cung (UTNMTC) là khối u xuất hiện do sự tăng sinh quá mức các tế bào ác tính ở lớp niêm mạc tử cung. Các tế bào ác tính này có xu hướng xâm lấn sang các tế bào ở cơ quan xung quanh hoặc di chuyển theo đường máu, bạch huyết để xâm lấn các cơ quan ở xa. Ở Mỹ, UTMTC là loại ung thư phổ biến thứ hai ở phụ nữ, ước tính năm 2022 có khoảng 66.000 ca mắc mới¹. Ung thư niêm mạc tử cung thường gặp ở các quốc gia phát triển. Yếu tố nguy cơ của bệnh bao gồm chỉ số khối cơ thể (BMI) cao, tăng huyết áp, tăng insulin máu và tiếp xúc kéo dài với estrogen không đối kháng (thường liên quan tới tình trạng không sinh con hoặc vô sinh, hội chứng buồng trứng đa nang hoặc sử dụng

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Phan Thanh Thúy

Email: ngophathanhthuy@hmu.edu.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

tamoxifen). Ung thư niêm mạc tử cung trước đây được phân loại thành 2 týp dựa theo tính chất mô bệnh học. Tuy nhiên, hệ thống phân loại này đang trong giai đoạn chuyển tiếp và dần được thay thế bằng phân loại chính xác dựa trên sinh học phân tử. Mặc dù trên 90% ung thư niêm mạc tử cung là tự phát, vẫn có 5 – 10% là di truyền, thường là một phần trong hội chứng ung thư đại trực tràng di truyền không do polyp (HNPCC) hoặc Hội chứng Lynch². Để chẩn đoán, chỉ định điều trị và tiên lượng bệnh, hiện nay các bác sĩ thường sử dụng hệ thống phân loại giai đoạn ung thư của Liên đoàn Sản phụ khoa quốc tế (FIGO). Theo FIGO, giai đoạn bệnh càng thấp thì tiên lượng càng tốt. Tỷ lệ sống sau 5 năm ở người bệnh được chẩn đoán giai đoạn I là 92,3%, giai đoạn II là 82,5%, giai đoạn III là 68,4% và giai đoạn IV là 29,8%³. Vì vậy, phát hiện sớm các giai đoạn của UTNMTC sẽ giúp điều trị kịp thời và hiệu quả.

Ở Việt Nam, chưa có nhiều đề tài tìm hiểu giá trị cận lâm sàng trong chẩn đoán ung thư niêm mạc tử cung. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "Khảo sát giá trị các công cụ cận lâm sàng trong chẩn đoán ung thư niêm mạc tử cung".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư niêm mạc tử cung bằng giải phẫu bệnh sau mổ và được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 1/1/2014 đến 31/12/2018.

Có thông tin đầy đủ (về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng) cho đến khi kết thúc nghiên cứu.

Gia đình và bản thân người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có bệnh lý thực thể hoặc rối loạn tâm thần nặng kèm theo.

Có ung thư từ nơi khác di căn đến tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích, cỡ mẫu thuận tiện. Kết thúc nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 267 người bệnh ung thư niêm mạc tử cung.

2.3. Công cụ thu thập số liệu. Bệnh án nghiên cứu chuyên biệt để thu thập biến số và chỉ số

Siêu âm đầu dò âm đạo đo độ dày niêm mạc tử cung

Phiến đồ âm đạo – cổ tử cung

Sinh thiết niêm mạc tử cung

Chụp MRI tiểu khung

2.4. Phân tích số liệu. Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Gia đình hoặc người tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích, nội dung cũng như những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra.

Người tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Mọi thông tin của người tham gia nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa độ dày NMTC và tình trạng kinh nguyệt (n=267)

	Mãn kinh		Chưa mãn kinh	
	≥4mm	<4mm	≥15mm	<15mm
n	206	5	45	31
Tỷ lệ %	97,6	2,4	59,2	40,8

Nhận xét: 97,6% trường hợp bệnh nhân đã mãn kinh có độ dày niêm mạc tử cung. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Kết quả sinh thiết niêm mạc tử cung (n=267)

Sinh thiết NMTC	Số lượng	Tỷ lệ %
Có tế bào ác tính	262	91,3
Không có tế bào ác tính	16	5,6
Không làm	9	3,1
Tổng	287	100

Nhận xét: Có 9 trường hợp (3,1%) không làm sinh thiết niêm mạc tử cung. Có 16 trường hợp (5,6%) có kết quả hút buồng tử cung không có tế bào ác tính.

Bảng 3. Kết quả tế bào âm đạo – cổ tử cung (n=267)

Tế bào âm đạo – cổ tử cung	Số lượng	Tỷ lệ %
Không có tế bào ác tính	165	57,5
Nghi ngờ	86	30,0
Có tế bào ác tính	9	3,1
Không làm	27	9,4
Tổng	287	100

Nhận xét: Chỉ có 3,1% trường hợp phát hiện tế bào ác tính trên phiến đồ cổ tử cung – âm đạo.

Bảng 4. Soi buồng tử cung (n=267)

Soi buồng tử cung	n	Tỷ lệ %
Có	6	2,1
Không	281	97,9
Tổng	287	100

Nhận xét: Có 6 trường hợp có soi buồng tử cung trước phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Trong phần lớn các trường hợp, khi nghi ngờ

ung thư niêm mạc tử cung, siêu âm đường âm đạo hoặc đường bụng là chỉ định đầu tay. Siêu âm chủ yếu đánh giá độ dày niêm mạc tử cung, tuy nhiên chỉ số này thường biến đổi đa dạng phụ thuộc vào chu kỳ kinh nguyệt, tình trạng mãn kinh và cá thể hóa từng người bệnh. Trong nhóm bệnh nhân đã mãn kinh có 97,6% trường hợp có độ dày niêm mạc tử cung trên siêu âm và chỉ có 2,4% trường hợp niêm mạc tử cung mỏng với ngưỡng độ dày niêm mạc tử cung là 4mm. Ở nhóm bệnh nhân chưa mãn kinh có 59,2% trường hợp có độ dày niêm mạc tử cung và 40,8% trường hợp độ dày niêm mạc tử cung bình thường (bảng 1). Sự khác biệt ở các nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa thống kê. Trong hầu hết các trường hợp ung thư biểu mô niêm mạc tử cung được chẩn đoán sớm do chảy máu sau mãn kinh. Siêu âm đo độ dày niêm mạc tử cung có thể hữu ích trong việc đánh giá nguy cơ xuất hiện khối u, tuy nhiên việc sử dụng nó chưa được chứng minh là cải thiện tiên lượng và vì có thể bỏ sót ung thư biểu mô loại không phụ thuộc estrogen xảy ra trên nền niêm mạc tử cung bị teo. Không nên đơn thuần dựa vào siêu âm để phát hiện khối u sớm ở phụ nữ không có triệu chứng, cũng không nên là công cụ chẩn đoán duy nhất để ra quyết định, đánh giá chảy máu sau mãn kinh. Vậy độ dày niêm mạc tử cung là bao nhiêu để chẩn đoán dày niêm mạc tử cung để làm sinh thiết và có nên sinh thiết cho các trường hợp mãn kinh ra máu khi niêm mạc tử cung mỏng hay không. Nhiều phân tích tổng hợp trên thế giới về độ dày niêm mạc tử cung để đánh giá độ chính xác của chẩn đoán trong phát hiện ung thư niêm mạc tử cung. Stubert J và cộng sự (2016) khi phân tích sự liên quan giữa độ dày niêm mạc tử cung và ung thư niêm mạc tử cung cho thấy với ngưỡng độ dày niêm mạc tử cung là 3mm thì 97,9% ung thư biểu mô sẽ được chẩn đoán có tỷ lệ dương tính giả là 64,6% (tức là gần 2/3 bệnh nhân không bị ung thư cũng có độ dày niêm mạc tử cung trên 3 mm). Khi độ dày niêm mạc tử cung là ≤ 3 mm, khả năng ung thư biểu mô giảm từ 10 xuống 0,6% mặc dù có sự hiện diện của mãn kinh ra máu. Các tác giả kết luận rằng có thể không cần thiết sinh thiết niêm mạc tử cung khi độ dày niêm mạc tử cung là ≤ 3 mm. Tuy nhiên, vẫn còn một số ít trường hợp có thể bỏ sót vì vậy Hiệp hội Sản Phụ khoa Đức khuyến nghị đánh giá mô học của tất cả các trường hợp mãn kinh ra máu bằng cách soi buồng tử cung và nạo sinh thiết⁴. Tương tự như các tác giả trên, Pirog M (2019) kết luận phụ nữ mãn kinh ra máu bất thường với độ dày niêm mạc tử cung ≤ 4 mm ít có khả năng

mắc bệnh ác tính. Tuy nhiên, vai trò của mô học vẫn rất quan trọng, đặc biệt là ở những phụ nữ có nguy cơ ung thư niêm mạc tử cung cao, và sinh thiết niêm mạc tử cung thường xuyên nên được xem xét. Tác giả khuyến cáo nên thay đổi mức cắt xuống còn 2 mm trong thực hành lâm sàng⁵. Ở những phụ nữ mãn kinh không có triệu chứng ra máu có nên sinh thiết trong trường hợp siêu âm thấy dày niêm mạc tử cung. Một nghiên cứu của Anh trên 48000 phụ nữ mãn kinh không ra máu xem mối tương quan với ung thư niêm mạc tử cung thì thấy độ dày niêm mạc tử cung là ≥ 5 mm ở 77,1% phụ nữ mắc ung thư niêm mạc tử cung, nhưng nếu sử dụng ngưỡng độ dày niêm mạc tử cung 5mm để chỉ định làm mô bệnh học thì ung thư biểu mô chỉ có 1,4% trường hợp. Do vậy, mô bệnh học không nên được thực hiện chỉ dựa trên các tiêu chí siêu âm⁶. Tóm lại, các nghiên cứu hiện tại không khuyến cáo sử dụng siêu âm để sàng lọc ung thư niêm mạc tử cung.

Sinh thiết NMTC là yêu cầu bắt buộc trong chẩn đoán ung thư NMTC. Lợi ích của hút buồng tử cung là xác định tổn thương lành tính hay ác tính và nếu là ác tính thì xác định mô bệnh học, tít mô bệnh học, ung thư nguyên phát ở NMTC hay ở cổ tử cung. Mãn kinh ra máu thường là dấu hiệu lâm sàng chính của ung thư biểu mô niêm mạc tử cung. Đây là một triệu chứng sớm, chủ yếu của bệnh và nhắc nhở bác sĩ lâm sàng thực hiện sinh thiết niêm mạc tử cung. Ở Đức và hầu hết các nước Tây Âu, điều này được thực hiện thông qua soi buồng tử cung và sinh thiết từng đoạn. Tuy nhiên, hút buồng tử cung là một phương pháp lấy mẫu thay thế vì kỹ thuật đơn giản, không cần gây mê và có thể được thực hiện ở cơ sở ngoại trú. Trong nghiên cứu này, có 9 trường hợp (3,1%) không làm sinh thiết niêm mạc tử cung và có 16 trường hợp (5,6%) hút buồng tử cung không có tế bào ác tính (bảng 2).

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3): có 90,6% trường hợp được làm phiên đồ tế bào âm đạo và chỉ có 3,1% (9 trường hợp) có tế bào ác tính trên tiêu bản tế bào âm đạo – cổ tử cung. Tuy nhiên, có đến 30% (86 trường hợp) có tế bào nghi ngờ trên phiên đồ tế bào âm đạo – cổ tử cung (Pap smear) bao gồm: tế bào tuyến không điển hình, tế bào vảy tổn thương độ cao, có tế bào niêm mạc tử cung ở phụ nữ đã mãn kinh. Tỷ lệ bệnh nhân có tế bào Pap ác tính với phân loại theo FIGO là 77,8% giai đoạn I và 22,2% giai đoạn II - IIIA. Bệnh nhân có tế bào Pap nghi ngờ với phân loại theo FIGO là 80,2% giai đoạn I và 19,8% giai đoạn II - IIIA. Tỷ lệ bệnh nhân có tế bào Pap bình thường thì có

89,1% giai đoạn I và 10,9% giai đoạn II - IIIA. Tế bào Pap thông thường là một công cụ sàng lọc hiệu quả đối với ung thư cổ tử cung. Tuy nhiên, còn ít nghiên cứu đề cập đến giá trị của phiên đồ tế bào âm đạo – cổ tử cung trong chẩn đoán ung thư niêm mạc tử cung. Kết quả của chúng tôi tương tự với các tác giả. Nadaf A và cộng sự (2017) sàng lọc tế bào Pap của bệnh nhân ung thư niêm mạc tử cung để xem mối tương quan với bệnh lý lâm sàng cho kết quả 28,1% tế bào học cổ tử cung là bình thường và 71,2% tế bào không điển hình. Có mối tương quan giữa tình trạng mãn kinh và độ biệt hóa. Tác giả kết luận rằng Pap smear chủ yếu là xét nghiệm sàng lọc ung thư biểu mô tế bào vảy. Nếu các tế bào tuyến không điển hình được nhìn thấy, cần phải làm thêm các xét nghiệm. Tất cả phụ nữ có tế bào niêm mạc tử cung không điển hình trong xét nghiệm Pap cần lấy mẫu niêm mạc tử cung bất kể tuổi hay tình trạng kinh nguyệt⁷. Serdy K (2016) nghiên cứu 1817 trường hợp ung thư niêm mạc tử cung có 73% trường hợp được làm phiên đồ âm đạo – cổ tử cung thì 38% có tế bào tuyến bất thường và chỉ có 6,2% có các tế bào niêm mạc tử cung lành tính ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên. Sự hiện diện của tế bào tuyến bất thường trên xét nghiệm Pap có mối tương quan đáng kể với kích thước khối u, loại khối u, mức độ xâm lấn cơ tử cung và xâm lấn hạch bạch huyết. Tỷ lệ phát hiện các tế bào tuyến bất thường cao hơn trong các trường hợp có giai đoạn muộn so với các trường hợp có giai đoạn sớm (47,5% so với 35,5%). Tác giả kết luận rằng xét nghiệm Pap có thể đóng một vai trò trong việc phát hiện ung thư biểu mô niêm mạc tử cung, đặc biệt đối với những người có tổn thương cổ tử cung, xâm lấn hạch bạch huyết và hoặc giai đoạn tiến triển⁸.

Soi buồng tử cung bằng sinh thiết vẫn là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư niêm mạc tử cung và cho độ chính xác cao hơn so với sinh thiết mù hoặc nạo hút buồng tử cung. Có 2,1% trường hợp được soi buồng tử cung (bảng 4). Soi buồng tử cung là phương pháp hỗ trợ chẩn đoán, đặc biệt trong những trường hợp hút buồng tử cung không kết quả hay niêm mạc tử cung quá mỏng. Độ chính xác của phương pháp này cao hơn so với hút buồng tử cung thông thường đã được chứng minh trong một nghiên cứu tổng quan của tác giả Gkrozou F (2015)⁹. Tuy nhiên, do sử dụng nước tạo môi trường và áp lực trong tử cung, có thể tạo điều kiện cho việc đẩy các tế bào ác tính vào khoang bụng qua vòi tử cung. Nhiều nghiên cứu hồi cứu đã chỉ ra rằng mặc dù tỷ lệ tế bào phúc mạc dương tính

cao hơn ở soi buồng tử cung, nhưng không có bằng chứng nào cho thấy soi buồng tử cung có liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ tử vong hoặc tiên lượng xấu đi ở phụ nữ mắc ung thư niêm mạc tử cung. Tuy vậy, cho đến nay, tất cả các nghiên cứu đánh giá nguy cơ soi buồng tử cung trong tiên lượng ung thư niêm mạc tử cung chủ yếu bao gồm các bệnh nhân mắc ung thư niêm mạc tử cung loại I. Trong khi đó, ung thư niêm mạc loại II có tiên lượng xấu hơn vì độ ác tính của nó. Chen J và cộng sự (2017) tiến hành nghiên cứu hồi cứu 140 bệnh nhân bị ung thư niêm mạc tử cung loại II chia làm hai nhóm soi buồng tử cung và nạo sinh thiết buồng tử cung thấy không có sự khác biệt về tuổi tác, mô học, giai đoạn, độ sâu xâm lấn của niêm mạc tử cung, phần phụ hoặc di căn hạch giữa hai nhóm. Tế bào học dương tính đã được tìm thấy ở 30% bệnh nhân sau soi buồng tử cung và 12% sau nạo hút buồng tử cung (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê). Tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ sống còn sau điều trị trong thời gian theo dõi giữa hai nhóm. Không có sự khác biệt về vị trí tái phát giữa các nhóm. Tác giả kết luận, soi buồng tử cung chẩn đoán làm tăng đáng kể tỷ lệ tế bào phúc mạc dương tính ở bệnh nhân ung thư niêm mạc tử cung loại II này, tuy nhiên không có sự khác biệt về tiên lượng¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 267 người bệnh, chúng tôi nhận thấy: có 97,6% trường hợp bệnh nhân đã mãn kinh có dày niêm mạc tử cung. 91,3% trường hợp sinh thiết niêm mạc tử cung có tế bào ác tính. Chỉ có 3,1% trường hợp phát hiện tế bào ác tính trên phiên đồ cổ tử cung – âm đạo. 2,1% trường hợp có soi buồng tử cung trước phẫu thuật, có 10,8% trường hợp được chụp MRI hỗ trợ chẩn đoán giai đoạn. Các xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị để chẩn đoán ung thư NMTC, giúp lựa chọn phương pháp điều trị nhanh chóng và hiệu quả.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Phụ sản Trung Ương đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miller KD, Nogueira L, Devasia T, et al.** Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(5):409-436. doi:10.3322/caac.21731
2. **Domchek SM, Robson ME.** Update on Genetic Testing in Gynecologic Cancer. *JCO.* 2019;37(27):2501-2509. doi:10.1200/JCO.19.00363
3. **Creasman WT, Odicino F, Maisonneuve P, et**

- al. Carcinoma of the corpus uteri. *Int J Gynecol Obstet.* 2003;83:79-118. doi:10.1016/S0020-7292(03)90116-0
4. J. Stubert, B. Gerber (2016), "Current Issues in the Diagnosis and Treatment of Endometrial Carcinoma", *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 76(2), pp. 170-175
 5. M. Pirog, O. Kacalska-Janssen, T. Bereza et al (2019), "The thin red line - postmenopausal abnormal uterine bleeding with endometrial thickness less than 4 mm", *Contemp Oncol (Pozn)*, 23(1), pp. 43-46
 6. I. Jacobs, A. Gentry-Maharaj, M. Burnell et al (2011), "Sensitivity of transvaginal ultrasound screening for endometrial cancer in postmenopausal women: a case-control study within the UKTOCS cohort", *Lancet Oncol*, 12(1), pp. 38-48
 7. A. Nadaf, H. Rani, S. P. S et al (2017), "Pap Smears in Endometrial Adenocarcinoma: Does It Have a Role?", *Asian Pac J Cancer Prev*, 18(4), pp. 1145-1150
 8. K. Serdy, I. Yildiz-Aktas, Z. Li et al (2016), "The Value of Papanicolaou Tests in the Diagnosis of Endometrial Carcinoma: A Large Study Cohort From an Academic Medical Center", *Am J Clin Pathol*, 145(3), pp. 350-4
 9. F. Gkrozou, G. Dimakopoulos, T. Vrekoussis et al (2015), "Hysteroscopy in women with abnormal uterine bleeding: a meta-analysis on four major endometrial pathologies", *Arch Gynecol Obstet*, 291(6), pp. 1347-54.
 10. J. Chen, L. H. Clark, W. M. Kong et al (2017), "Does hysteroscopy worsen prognosis in women with type II endometrial carcinoma?", *PLoS One*, 12(3), pp. e0174226

CHUYỂN NGỮ VÀ THẨM ĐỊNH BỘ CÂU HỎI CHẤT LƯỢNG SỐNG NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CHÂU Á ASIANDQOL

Quang Ánh Nguyệt^{1*}, Nguyễn Xuân Thắng², Bùi Hồng Ngọc²,
Phạm Thị Ngọc Nữ², Nguyễn Mạnh Hùng¹,
Ngô Lê Lan Uyên¹, Phạm Đình Luyện¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính nguy hiểm. Tại Việt Nam, ít có các nghiên cứu sử dụng công cụ đo lường chất lượng sống (CLS) chuyên biệt cho người bệnh (NB) ĐTĐ. **Mục tiêu:** Chuyển ngữ và thẩm định bộ câu hỏi CLS NB ĐTĐ châu Á AsianDQOL phiên bản tiếng Việt. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên NB ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Central Park, gồm 3 bước: (1) chuyển ngữ bộ câu hỏi AsianDQOL từ tiếng Anh sang tiếng Việt, (2) Kiểm định và rút gọn bộ câu hỏi AsianDQOL tiếng Việt sau khi khảo sát sơ bộ (35 NB) bằng kiểm định Cronbach's alpha (CR α), hệ số tương quan biến – tổng (HSTQBT) và phân tích nhân tố khám phá, và (3) kiểm định lại bộ câu hỏi AsianDQOL tiếng Việt rút gọn sau khi khảo sát chính thức (163 NB) bằng CR α và HSTQBT. **Kết quả:** Bộ câu hỏi AsianDQOL tiếng Việt rút gọn (gồm 17 câu hỏi thuộc 5 khía cạnh) có hệ số CR α là 0,817. Hệ số CR α của từng khía cạnh cao hơn giá trị chấp nhận ($\alpha \geq 0,6$), cụ thể: Chế độ và thói quen ăn uống (0,825), Năng lượng (0,844), Trí nhớ và nhận thức (0,680), Tài chính (0,889), Mỗi quan hệ cá nhân (0,825). HSTQBT của từng biến khảo sát có giá trị lớn hơn giá trị chấp nhận

0,4. **Kết luận:** Bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt rút gọn bước đầu đạt độ tin cậy.

Từ khóa: Chất lượng sống, đái tháo đường, AsianDQOL, bộ câu hỏi, thẩm định.

SUMMARY

TRANSLATION AND VALIDATION OF THE ASIAN DIABETES QUALITY OF LIFE (ASIANDQOL) QUESTIONNAIRE

Background: Diabetes is a dangerous chronic disease. In Vietnam, there are few studies using specialized quality of life questionnaires for diabetic patients. **Objective:** Translation and validation of the Vietnamese version of the AsianDQOL Questionnaire. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on outpatients with type 2 diabetes at Vinmec Central Park International Hospital. The study comprised 3 steps: (1) translating the AsianDQOL Questionnaire from English to Vietnamese, (2) validating and shortening the AsianDQOL Questionnaire in Vietnamese after the preliminary survey of 35 patients by analyzing reliability using Cronbach's alpha, item – total correlation and exploratory factor analysis (EFA), and (3) validating the shortened Vietnamese version of the AsianDQOL Questionnaire after the official survey of 163 patients by analyzing reliability using Cronbach's alpha. **Results:** The Cronbach's alpha coefficient of the shortened Vietnamese version of the AsianDQOL Questionnaire, which includes 17 questions belonging to 5 domains, was 0.817. Cronbach's alpha coefficient of each domain was higher than the accepted value ($\alpha \geq 0.6$): Diet and eating habits (0.825), Energy (0.844), Memory and Cognition (0.680), Finance (0.889), Interpersonal relationship (0.825). The

¹Đại học Y Dược TP HCM

²Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Central Park, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Quang Ánh Nguyệt

Email: qanguyet@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025