phòng ngừa sâu răng cho trẻ em và trẻ vị thành niên ở khu vực này, và rộng hơn là các khu vực có điều kiện kinh tế xã hội tương tự với xã Hoàng Long, huyện Phú Xuyên, Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** The Global Status Report on Oral Health 2022. Accessed October 29, 2024. https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022
2. **Thị Hồng Minh N, Đình Hải T.** Tình trạng sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em Việt Nam năm 2019. VMJ. 2021;502(1). doi:10.51298/vmj. v502i1.549
3. **Trung NT, Loan HK, Duy HB, Hạnh KTH.** Thực trạng viêm lợi và độ nhạy, độ đặc hiệu của chẩn đoán viêm lợi qua ảnh chụp bằng điện thoại smartphone trên học sinh 15 tuổi tại Hưng Yên. TCNCYH. 2021;143(7): 86-93. doi:10.52852/tcncyh.v143i7.652
4. **Thị Mỹ Hạnh T, Hồng Xiêm H, Mạnh Tuấn V, Phú Thắng N, Văn Việt Đ, Thị Tuyết Nga P.** Thực trạng bệnh viêm lợi và vệ sinh răng miệng của học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, Gia Lâm, Hà Nội năm 2020. VMJ. 2021;506(2). doi:10.51298/vmj.v506i2.1292
5. **Nguyễn Mạnh Hùng.** Thực Trạng Sâu Răng, Viêm Lợi và Một Số Yếu Tố Liên Quan Của Học Sinh Trung Học Cơ Sở Hương Canh Huyện Bình Xuyên Tỉnh Vĩnh Phúc Năm Học 2015-2016. 2016.
6. **Lưu Trọng Huy.** Tình Trạng Sâu Răng và Viêm Lợi Của Học Sinh 12-15 Tuổi Tại Trường THCS Huy Văn Đống Đa, Hà Nội, Năm 2013. 2013.
7. **Vũ Thị Sao Chi, Nguyễn Thị Trang Nhung, Thẩm Chí Dũng.** Thực trạng sâu răng, viêm lợi và một số yếu tố liên quan ở học sinh Trường THCS Tân Bình Thành phố Hải Dương năm 2015. Kỷ yếu Hội nghị KHCN Tuổi trẻ các trường Đại học Cao đẳng Y Dược Việt Nam lần thứ XVII. Published online 2015.
8. **Van Chuyen N, Van Du V, Van Ba N, Long DD, Son HA.** The prevalence of dental caries and associated factors among secondary school children in rural highland Vietnam. BMC Oral Health. 2021;21(1):349. doi:10.1186/s12903-021-01704-y
9. **Trần Đình Tuyên.** Thực Trạng Bệnh Sâu Răng và Hiệu Quả Can Thiệp Phục Hồi Tổn Thương Sâu Răng Giai Đoạn Sớm Bằng Gel Fluor Đối Với Học Sinh 12 Tuổi Tại Tỉnh Thái Nguyên. 2021.

TỈ LỆ TÁI PHÁT VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Phạm Thanh Hoàng[1], Võ Minh Tuấn[1], Phan Nguyễn Nhật Lệ[2], Nguyễn Thị Hiền[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư buồng trứng là một trong những bệnh lý gây tử vong hàng đầu trong ung thư phụ khoa. Ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) chiếm đa số trong thể bệnh này. Việc tìm kiếm các yếu tố tiên lượng sớm cho khả năng tái phát có ý nghĩa quan trọng trong việc cá thể hóa điều trị và theo dõi bệnh nhân. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát của UTBMBT. **Phương pháp:** Nghiên cứu (NC) đoàn hệ hồi cứu trên 392 trường hợp UTBMBT được điều trị tại bệnh viện Từ Dũ, nhập viện từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019. **Kết quả:** Thời gian theo dõi có trung vị là 71,8 tháng (phạm vi, 4,1 - 121,6 tháng). Tỉ lệ tái phát chung là 32,8%. Tần suất tái phát tích lũy tại thời điểm 12 tháng là 2,2% (KTC 95% 1,1 - 4,3); tại thời điểm 36 tháng là 20,6% (KTC 95% 16,8 - 25,2); tại thời điểm 60 tháng là 27,1% (KTC 95% 22,8 - 32,1). Hai yếu tố liên quan độc lập với tái phát là: ung thư giai đoạn tiến xa (FIGO III - IV) (HR = 2,62; KTC 95% 1,54 - 4,47) và tổng số chu kỳ hóa trị > 6 (HR = 1,66; KTC 95% 1,01 - 2,70). **Kết luận:** Tỉ lệ tái phát UTBMBT là 32,8%. Ung thư giai đoạn tiến xa và tổng số chu kỳ hóa trị > 6 làm tăng nguy cơ tái phát

Từ khóa: ung thư buồng trứng biểu mô, tái phát, các yếu tố liên quan, KELIM

SUMMARY

RECURRENCE RATE AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH EPITHELIAL OVARIAN CANCER AT TU DU HOSPITAL

Background: Ovarian cancer is one of the leading causes of mortality among gynecologic malignancies. Epithelial ovarian cancer (EOC) accounts for the majority of ovarian cancer cases. Identifying early prognostic factors for recurrence is crucial for individualizing treatment and patient follow up. **Objective:** To determine the recurrence rate and associated factors in patients with EOC **Methods:** A retrospective cohort study was conducted on 392 cases of EOC diagnosed at Tu Du Hospital from January 2015 to December 2019. **Results:** The median follow up time was 71.8 months (range, 4.1 - 212.6 months). The overall recurrence rate was 32.8%. Cumulative recurrence rates were 2.2% at 12 months (95% CI: 1.1 - 4.3), 20.6% at 36 months (95% CI: 16.8 - 25.2), and 27.1% at 60 months (95% CI: 22.8 - 32.1). Two independent factors associated with recurrence were advanced stage disease (FIGO stage III - IV) (HR = 2.62; 95% CI: 1.54 - 4.47) and total number of chemotherapy cycles > 6 (HR = 1.66;

[1]*Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh*
[2]*Bệnh viện Từ Dũ, TP. Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn
Email: vominhtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025
Ngày duyệt bài: 25.8.2025

95% CI: 1.01 - 2.70). **Conclusion:** The recurrence rate of EOC was 32.8%. Advanced stage cancer and receiving more than 6 cycles of chemotherapy were associated with an increased risk of recurrence.

Keywords: epithelial ovarian cancer, recurrence, associated factors, KELIM

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) chiếm đa số (91%) trong các dạng ung thư buồng trứng. Bệnh thường khởi phát và tiến triển âm thầm, không triệu chứng đặc hiệu, nên đa phần bệnh nhân khi được chẩn đoán đã ở giai đoạn tiến xa (FIGO III-IV), khi đó tiên lượng sống còn kém và khả năng tái phát cao [1]. Khi đã tái phát, khả năng điều trị khỏi là rất thấp, bệnh nhân thường tiếp tục trải qua nhiều đợt hóa trị với tiên lượng dè dặt và sau cùng tử vong vì căn bệnh này. Do đó, việc tìm kiếm các yếu tố tiên lượng sớm cho khả năng tái phát có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong việc cá thể hóa điều trị và theo dõi bệnh nhân.

Một số yếu tố tiên lượng tái phát đã được công bố như: CA-125, HE4 trước điều trị, giai đoạn ung thư, độ biệt hóa tế bào, số chu kỳ hóa trị và tình trạng sót mô sau phẫu thuật [2-5]. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều NC phân tích các yếu tố tiên lượng tái phát UTBMBT. Vì vậy, chúng tôi thực hiện NC này nhằm xác định tỉ lệ tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát UTBMBT. Từ đó, có thêm bằng chứng giúp phân tầng nguy cơ tái phát và xây dựng chiến lược điều trị cá thể hóa cho từng bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh UTBMBT được điều trị tại bệnh viện Từ Dũ, nhập viện từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019 thỏa tiêu chuẩn nhận vào và không có các tiêu chuẩn loại trừ như sau:

- ***Tiêu chuẩn nhận vào:*** Người bệnh có kết quả giải phẫu bệnh (GPB) là UTBMBT và được hóa trị ít nhất 03 chu kỳ với phác đồ Carboplatin – Paclitaxel. Sau hóa trị có đáp ứng điều trị hoàn toàn.
- ***Tiêu chuẩn loại trừ:*** Người bệnh mắc các bệnh ung thư khác hoặc không đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ hồi cứu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu sống còn

$$n = \frac{2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(lnHR)^2}$$

N = n / (tỉ lệ tái phát chung)

Trong đó, n là số ca tái phát tối thiểu, N là cỡ mẫu, HR (Hazard ratio) là tỉ số nguy hại. α = 0,05; β = 0,1.

Theo NC của Wu 2021, ung thư giai đoạn III-IV làm tăng nguy cơ tái phát lên 2,58 lần so với giai đoạn I - II [6]. Thế HR = 2,58 vào công thức ta có được số ca tái phát tối thiểu n = 56. Với tỉ lệ tái phát của UTBMBT là 35,5% - 38,4% [2], ta có số ca UTBMBT tối thiểu N = 158 trường hợp.

2.3. Biến số. Đáp ứng điều trị được định nghĩa theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 [7]. Ba tuần sau khi kết thúc chu kỳ hóa trị cuối, bệnh nhân được hẹn tái khám để đánh giá mô bướu còn lại bằng hình ảnh học và thử CA-125. Bệnh nhân được xác định đáp ứng điều trị khi không còn mô bướu sau điều trị và CA-125 < 35 U/mL; bệnh nhân không đáp ứng điều trị khi còn mô bướu sau điều trị hoặc CA-125 ≥ 35 U/mL

KELIM được tính thông qua website Circulating tumor biomarker - Biomarker Kinetics™ bằng cách sử dụng nồng độ CA-125 trong 3 chu kỳ hóa trị đầu tiên. KELIM được chia thành 2 nhóm: thuận lợi (KELIM ≥ 1) và không thuận lợi (KELIM < 1) [8].

Tỉ lệ của bạch cầu đa nhân trung tính với lympho (NLR) và tỉ lệ của tiểu cầu với lympho (PLR) được phân nhóm dựa trên điểm cắt tối ưu có độ nhạy 90% dự báo tái phát trong vòng 5 năm (NLR: 1,19; PLR: 95,45).

UTBMBT tái phát được chẩn đoán khi có cả 3 yếu tố [9]: (i) UTBMBT đã được phẫu thuật và hóa trị, (ii) Có thời gian đáp ứng điều trị, (iii) Phát hiện tổn thương mới, hoặc tại vị trí cũ khi khám lâm sàng hay cận lâm sàng.

Thời gian sống còn không tái phát (tính theo tháng): được định nghĩa là thời gian từ khi chẩn đoán bệnh (từ ngày nhập viện lần đầu) đến thời điểm phát hiện bệnh tái phát hoặc ngày cuối cùng xác nhận bệnh nhân chưa tái phát, hoặc đến thời điểm kết thúc NC (tháng 3/2025).

2.4. Phương pháp thực hiện. Tại khoa Ung bướu Phụ khoa, bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi tìm kiếm danh sách bệnh nhân có chẩn đoán ung thư buồng trứng (mã ICD: C56) nhập viện từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019. Sau đó chúng tôi nhập từng trường hợp trên phần mềm khám bệnh của khoa để loại ra những trường hợp không thỏa tiêu chuẩn nhận mẫu. Chúng tôi lục tìm những bệnh án phù hợp từ phòng lưu trữ hồ sơ bệnh án. Dữ liệu được thu thập bao gồm: các thông tin dịch tễ cơ bản, đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, đặc điểm điều trị, theo dõi sau điều trị, tái phát, thời gian sống còn chưa tái phát và tử vong.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 19.0 (StataCorp). Các đặc điểm của dân số NC

được mô tả bằng tỉ lệ hoặc trung vị. Chúng tôi sử dụng phương pháp bảng sống để xác định tỉ lệ tái phát tích lũy. So sánh thời gian sống còn không tái phát giữa các nhóm bằng phép kiểm Log-rank. Sử dụng mô hình hồi quy Cox đơn biến và đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến tái phát UTBMBT. Các biến có giá trị p < 0,2 trong phân tích đơn biến được đưa vào hồi quy Cox đa biến. Ý nghĩa thống kê được xác định khi p < 0,05

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Từ Dũ, số 592/BVTD-HĐĐĐ, ngày 26 tháng 3 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019, có 392 người bệnh phù hợp tiêu chuẩn nhận mẫu. Trong đó, 105 trường hợp tái phát, 215 trường hợp không tái phát và 72 trường hợp mất dấu trong quá trình theo dõi tái phát. Tỉ lệ tái phát là 32,8%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân UTBMBT

Đặc điểm	Tổng n (%)	Tái phát		p - value *
		Không (N=287) n (%)	Có (N=105) n (%)	
Tuổi				0,877
≤ 50	214 (54,6)	157 (40,1)	57 (14,5)	
> 50	178 (45,4)	130 (33,2)	48 (12,2)	
CA-125 trước điều trị				<0,001
< 35 U/mL	99 (25,2)	88 (22,4)	11 (2,8)	
≥ 35 U/mL	293 (74,8)	199 (50,8)	94 (24,0)	
Thời điểm phẫu thuật giảm khối				<0,001
PDS	375 (95,6)	282 (71,9)	93 (23,7)	
IDS	17 (4,4)	5 (1,3)	12 (3,1)	
Loại phẫu thuật giảm khối				0,051
Tận gốc	367 (93,6)	264 (67,3)	103 (26,3)	
Bảo tồn	25 (6,4)	23 (5,9)	2 (0,5)	
Sót mô bướu sau phẫu thuật				<0,001
Không còn mô	371 (94,6)	277 (70,7)	94 (23,9)	
Còn mô bướu	21 (5,4)	10 (2,6)	11 (2,8)	
Giai đoạn ung thư				<0,001
Giai đoạn sớm	306 (78,0)	251 (64,0)	55 (14,0)	
Giai đoạn tiến xa	86 (22,0)	36 (9,2)	50 (12,8)	
Tổng số chu kỳ hóa trị				<0,001
≤ 6 chu kỳ	242 (61,7)	204 (52,0)	38 (9,7)	
> 6 chu kỳ	150 (38,3)	83 (21,2)	67 (17,1)	
KELIM				0,364
≥ 1	267 (68,1)	198 (50,5)	69 (17,6)	
< 1	125 (31,9)	89 (22,7)	36 (9,2)	
Loại giải phẫu bệnh				<0,001
HGSC	106 (27,0)	60 (15,3)	46 (11,7)	
Khác	286 (73,0)	227 (57,9)	59 (15,1)	
NLR				0,544
≤ 1,19	38 (9,7)	29 (7,4)	9 (2,3)	
> 1,19	354 (90,3)	258 (65,8)	96 (24,5)	
PLR				0,050
≤ 95,45	55 (14,0)	46 (11,7)	9 (2,3)	
> 95,45	337 (86,0)	241 (61,5)	96 (24,5)	

*p-value từ phép kiểm Log-rank; PDS: Phẫu thuật giảm khối thì đầu; IDS: Phẫu thuật giảm khối sau hóa trị tân bổ trợ; HGSC: Ung thư thanh dịch độ cao; KELIM: Tỉ lệ thanh thải CA-125; NLR: Tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính và lympho; PLR: Tỉ lệ tiểu cầu và lympho

Tuổi lúc phát hiện bệnh có trung vị là 50 tuổi (từ 16 đến 74 tuổi). Gần 50% bệnh nhân có tuổi > 50. Đa số bệnh nhân có CA-125 trước điều trị ≥ 35 U/mL. Gần 70% bệnh nhân có KELIM thuận lợi. Hầu hết bệnh nhân có NLR > 1,19 và PLR > 95,45. Gần 80% bệnh nhân được chẩn

đoán ở giai đoạn sớm (FIGO I-II), nhiều nhất là giai đoạn Ic (40,1%). Điều này dẫn đến hầu hết bệnh nhân (> 90%) được phẫu thuật giảm khối thì đầu (PDS) và không còn sót mô sau phẫu thuật. Hơn 60% bệnh nhân được hóa trị ≤ 6 chu kỳ Carboplatin-Paclitaxel. Ung thư dạng thanh dịch độ cao (HGSC) chiếm tỉ lệ nhiều nhất (27,0%), tiếp theo là ung thư dạng nội mạc tử cung (EC) chiếm 23,5%; các dạng còn lại gồm ung thư thanh dịch độ thấp, ung thư tế bào sáng, ung thư dạng nhầy chiếm từ 13,0% đến 17,0%.

3.2. Tần suất tái phát tích lũy

Bảng 2. Tần suất tái phát tích lũy của UTBMBT

Thời gian (tháng)	Số bệnh nhân lúc bắt đầu	Số trường hợp tái phát	Tần suất tái phát tích lũy (%)	KTC 95%
0	392	0	-	-
12	360	8	2,2	1,1 - 4,3
24	312	39	13,0	9,9 - 16,9
36	279	27	20,6	16,8-25,2
48	252	16	25,3	21,1-30,1
60	236	6	27,1	22,8-32,1
72	196	6	29,0	24,5-34,1
84	120	3	30,2	25,7-35,4

Thời gian theo dõi trung vị là 71,8 tháng (ngắn nhất là 4,1 tháng và nhiều nhất là 121,6 tháng). Tần suất tái phát tích lũy tại thời điểm 12 tháng là 2,2% (KTC 95% 1,1 - 4,3); tại thời điểm 36 tháng là 20,6% (KTC 95% 16,8 – 25,2); tại thời điểm 60 tháng là 27,1% (KTC 95% 22,8 - 32,1).

3.2. Các yếu tố liên quan đến tái phát. Trong thời gian theo dõi có 67 trường hợp tử vong, trong đó có 21 trường hợp không tái phát và tử vong. Tuy nhiên, 21 trường hợp này, tử vong xảy ra sau khi mất dấu theo dõi tái phát. Do đó, các trường hợp tử vong và không tái phát không ảnh hưởng đến kết quả phân tích tái phát và các yếu tố liên quan.

Khi phân tích hồi quy Cox đơn biến chúng tôi ghi nhận được 08 yếu tố có liên quan đến tái phát với p < 0,2 là CA-125 trước điều trị, thời điểm phẫu thuật giảm khối, loại phẫu thuật giảm khối, tình trạng sót mô bướu sau phẫu thuật, giai đoạn ung thư, tổng số chu kỳ hóa trị, loại giải phẫu bệnh và PLR. Khi đưa các yếu tố này vào hồi quy Cox đa biến, chúng tôi ghi nhận 2 yếu tố có liên quan đến tái phát là: Ung thư giai đoạn tiến xa (HR = 2,62, KTC 95% 1,54 – 4,47) và tổng số chu kỳ hóa trị > 6 (HR = 1,66, KTC 95% 1,01 – 2,70) (Bảng 3).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tái phát

Yếu tố	Thời gian nguy cơ (tháng)	Tái phát (N = 105)		Mô hình hồi quy Cox: HR (KTC 95%)	
		n/Tổng	Tỉ lệ mắc mới (trên 1000 người-tháng)	Phân tích đơn biến	Phân tích đa biến
Tuổi					
≤ 50	13508	57/214	4,22	1	
> 50	11280	48/178	4,26	0,97 (0,66 – 1,42)	
p-value				0,877	
CA-125 trước điều trị					
< 35 U/mL	7317	11/99	1,50	1	1
≥ 35 U/mL	17471	94/293	5,38	3,50 (1,87 – 6,54)	1,90 (0,98 – 3,68)
p-value				< 0,001	0,056
Thời điểm phẫu thuật giảm khối					
PDS	24209	93/375	3,84	1	1
IDS	580	12/17	20,69	5,02 (2,73 – 9,21)	1,85 (0,93 – 3,67)
p-value				< 0,001	0,080
Loại phẫu thuật giảm khối					
Tận gốc	23060	103/367	4,47	1	1
Bảo tồn	1729	2/25	1,16	0,27 (0,67 -1,10)	0,42 (0,10 – 1,76)
p-value				0,069	0,236
Sót mô bướu sau phẫu thuật					
Không còn mô	24072	94/371	3,91	1	1
Còn mô bướu	717	11/21	15,34	4,34 (2,32 – 8,13)	1,45 (0,72 – 2,96)
p-value				< 0,001	0,300
Giai đoạn ung thư					
Giai đoạn sớm	21350	55/306	2,58	1	1
Giai đoạn tiến xa	3439	50/86	14,54	5,32 (3,61 – 7,85)	2,62 (1,54 – 4,47)
p-value				< 0,001	< 0,001
Tổng số chu kỳ hóa trị					

≤ 6 chu kỳ	16539	38/242	2,30	1	1
> 6 chu kỳ	8250	67/150	8,12	3,51 (2,35 – 5,23)	1,66 (1,01 – 2,70)
p-value				< 0,001	0,044
KELIM					
≥ 1	17347	69/267	3,98	1	
< 1	7441	36/125	4,83	1,20 (0,81 – 1,80)	
p-value				0,365	
Loại giải phẫu bệnh					
Khác	19148	59/286	3,08	1	1
HGSC	5641	46/106	8,16	2,46 (1,67 – 3,62)	1,13 (0,73 – 1,75)
p-value				< 0,001	0,589
NLR					
≤ 1,19	2565	9/38	3,51	1	
> 1,19	22224	96/354	4,32	1,23 (0,62 – 2,45)	
p-value				0,545	
PLR					
≤ 95,45	3944	9/55	2,28	1	1
> 95,45	20845	96/337	4,61	1,96 (0,99 – 3,88)	1,56 (0,78 – 3,13)
p-value				0,054	0,212

HR: Tỉ số nguy hại

IV. BÀN LUẬN

UTBMBT thường được chẩn đoán ở phụ nữ lớn tuổi, đa phần đã mãn kinh [3, 4]. Nghiên cứu không ghi nhận tình trạng mãn kinh, nhưng tuổi trung vị của dân số NC là 50 tuổi, với 83% bệnh nhân trên 40 tuổi. Tuổi chẩn đoán trong NC có cùng xu hướng lớn tuổi như các NC đã công bố [2, 4]. Tuy nhiên, độ tuổi trung vị của NC của chúng tôi thấp hơn một số báo cáo ở các quốc gia khác [3, 5]. Điều này có thể phản ánh sự khác biệt về dịch tễ ở các vùng lãnh thổ.

Ung thư buồng trứng không có triệu chứng đặc hiệu và tiến triển âm thầm, do đó đa số bệnh nhân phát hiện bệnh khi đã ở giai đoạn tiến xa [1]. Điều này được chứng minh ở đa số các nghiên cứu [2-4]. Nghiên cứu ghi nhận 78% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (FIGO I-II), tỉ lệ này cao hơn đáng kể so với nhiều NC trước. Sự khác biệt này có thể đến từ đặc điểm dân số, khả năng tiếp cận chẩn đoán chuyên khoa và chiến lược tầm soát khác nhau. Việc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm tạo thuận lợi cho điều trị. Cụ thể, hơn 90% bệnh nhân được phẫu thuật giảm khối thì đầu và hầu hết bệnh nhân đạt được phẫu thuật giảm khối tối ưu. Tỉ lệ không còn mô sau phẫu thuật của chúng tôi cao hơn so với các NC khác, vốn có tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn tiến xa cao hơn [2, 4].

Tỉ lệ tái phát của chúng tôi là 32,8% tương đương với một số NC khác có tỉ lệ tái phát dao động từ 21,1% đến 52,3 [2, 4]. Phần lớn các trường hợp tái phát xảy ra trong 4 năm đầu sau điều trị (85,7%). Khi phân tích hồi quy Cox đa biến, chúng tôi ghi nhận được 2 yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với tái phát là giai đoạn ung thư và tổng số chu kỳ hóa trị.

Giai đoạn tiến xa làm tăng nguy cơ tái phát lên 2,62 lần so với giai đoạn sớm. Điều này phù hợp với NC của Yang và cộng sự 2021 [5], ghi nhận ung thư giai đoạn tiến xa có HR = 2,39 (KTC 95% 1,23 – 4,38). Ung thư giai đoạn III hay IV làm tăng nguy cơ tái phát khi so với giai đoạn I được ghi nhận ở nhiều NC khác [2, 4, 6]. Điều này thể hiện tầm quan trọng của chiến lược tầm soát nhằm phát hiện nhiều hơn bệnh nhân ở giai đoạn sớm, mang lại tiên lượng tốt hơn, gia tăng thời gian sống cho bệnh nhân.

Bệnh nhân có tổng số chu kỳ hóa trị > 6 làm tăng nguy cơ tái phát lên 1,66 lần so với bệnh nhân có tổng số chu kỳ ≤ 6. Trái ngược với kết quả này, NC của Yang và cộng sự 2024 [4] cho thấy việc kéo dài hóa trị > 6 chu kỳ làm giảm nguy cơ tái phát 63%. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm quần thể NC: trong khi gần 2/3 bệnh nhân trong NC của chúng tôi có ≤ 6 chu kỳ hóa trị, thì con số này ở NC của Yang chỉ chiếm 1/4. Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc điểm đáp ứng khác nhau, tỉ lệ giữa các loại giải phẫu bệnh khác nhau hoặc sự khác biệt trong chỉ định kéo dài hóa trị ở bệnh nhân đáp ứng kém, vốn có tiên lượng xấu.

Các yếu tố như CA-125 trước điều trị, thời điểm phẫu thuật giảm khối, tình trạng sót mô bướu sau phẫu thuật, loại giải phẫu bệnh, NLR và PLR có liên quan đến tái phát ở hồi quy Cox đơn biến nhưng không giữ được ý nghĩa liên quan trong phân tích đa biến. Các yếu tố này được ghi nhận có liên quan đến tái phát ở các NC khác một cách không đồng nhất. Ngoài ra, một số yếu tố khác được ghi nhận có liên quan

đến tái phát như: độ biệt hóa tế bào, HE4, số lượng tiểu cầu, tình trạng di căn hạch, di căn phúc mạc [2-5].

Hạn chế của NC: là thiết kế hồi cứu nên không tránh khỏi một số sai lầm do ghi chép. Hơn nữa, mỗi dạng mô học của UTBMBT có đặc điểm sinh học và đáp ứng điều trị khác nhau, nhưng chưa được phân tích riêng biệt trong nghiên cứu này.

Tính ứng dụng của NC: xác định tỉ lệ tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát giúp củng cố cơ sở khoa học cho việc phân tầng nguy cơ tái phát, xây dựng chiến lược điều trị và theo dõi cá thể hóa cho từng bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tái phát chung của UTBMBT tại bệnh viện Từ Dũ là 32,8%. Ung thư giai đoạn tiến xa và tổng số chu kỳ hóa trị > 6 là những yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát. Cần có chiến lược điều trị và theo dõi đối với người bệnh có các yếu tố nguy cơ cao để phát hiện tái phát sớm và điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, Miller KD, Samimi G, Runowicz CD, et al.** Ovarian cancer statistics, 2018. CA Cancer J Clin. 2018;68(4):284-96. doi: 10.3322/caac.21456.
2. **Tang X, He J, Huang Q, Chen Y, Chen K, Liu J, et al.** Development and validation of a nomogram to predict recurrence in epithelial ovarian cancer using complete blood count and lipid profiles. Front Oncol. 2025;15:1525867. doi: 10.3389/fonc.2025.1525867.
3. **Zhou L, Hong H, Chu F, Chen X, Wang C.** Predicting the Recurrence of Ovarian Cancer Based on Machine Learning. Cancer Manag Res. 2024;16:1375-87. doi: 10.2147/cmar.S482837.
4. **Yang LR, Yang M, Chen LL, Shen YL, He Y, Meng ZT, et al.** Machine learning for epithelial ovarian cancer platinum resistance recurrence identification using routine clinical data. Front Oncol. 2024;14: 1457294. doi: 10.3389/fonc.2024.1457294.
5. **Yang J, Ma J, Jin Y, Cheng S, Huang S, Zhang N, et al.** Development and validation for prognostic nomogram of epithelial ovarian cancer recurrence based on circulating tumor cells and epithelial-mesenchymal transition. Sci Rep. 2021;11(1): 6540. doi: 10.1038/s41598-021-86122-4.
6. **Wu Y, Gao Y, Chen L, Jin X, Chen P, Mo Q.** Prognostic implications of tumour-infiltrating lymphocytes for recurrence in epithelial ovarian cancer. Clin Exp Immunol. 2021;206(1):36-46. doi: 10.1111/cei.13639.
7. **Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, et al.** New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). Eur J Cancer. 2009;45(2): 228-47. doi: 10.1016/j.ejca.2008.10.026.
8. **You B, Sehgal V, Hosmane B, Huang X, Ansell PJ, Dinh MH, et al.** CA-125 KELIM as a Potential Complementary Tool for Predicting Veliparib Benefit: An Exploratory Analysis From the VELIA/GOG-3005 Study. J Clin Oncol. 2023;41(1):107-16. doi: 10.1200/jco.22.00430.
9. **Ozga M, Aghajanian C, Myers-Virtue S, McDonnell G, Jhanwar S, Hichenberg S, et al.** A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence. Palliat Support Care. 2015;13(6): 1771-80. doi: 10.1017/s1478951515000127.

ỨNG DỤNG CHỈ SỐ VIÊM LIÊN QUAN ĐẾN NEUTROPHIL ĐỂ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG VIÊM TRÊN BỆNH NHÂN MÀY ĐAY MẠN TÍNH

Phạm Vũ Hạnh Dung[1], Văn Thế Trung[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa neutrophil-lymphocyte ratio (NLR) và eosinophil-neutrophil ratio (ENR) với các yếu tố dịch tễ, lâm sàng ở bệnh nhân mày đay mạn tính (MĐMT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân MĐMT, so sánh với 60 bệnh nhân mày đay cấp (MĐC) và 60 người khỏe mạnh (NKM) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 10/2024 đến tháng 07/2025. MĐMT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn EAACI/GA²LEN/EDF/WAO (triệu chứng sẩn phù hoặc phù mạch kéo dài ≥6 tuần). NLR và ENR được tính từ công thức máu ngoại vi. Mann–Whitney U test được sử dụng để so sánh giữa các nhóm, và hệ số tương quan Spearman đánh giá mối liên hệ giữa chỉ số viêm với mức độ hoạt động bệnh (thang điểm Urticaria Activity Score 4 – UAS4). **Kết quả:** Ba nhóm nghiên cứu (MĐMT, MĐC, NKM) tương đồng về tuổi và giới. ENR ở nhóm MĐMT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm MĐC ($p < 0,05$), trong khi NLR không khác biệt giữa ba nhóm. Không ghi nhận sự khác biệt đáng kể của NLR và ENR theo tuổi hoặc giới tính trong từng nhóm. Trong nhóm MĐMT, thang điểm UAS4 có tương quan thuận với NLR ($r = 0,5008$; $p = 0,0000$) và tương quan nghịch với ENR ($r = –0,4400$; $p = 0,0004$). **Kết luận:** ENR tăng cao ở bệnh nhân MĐMT so với MĐC, gợi ý vai trò của viêm type 2 trong bệnh sinh. NLR không khác biệt giữa hai nhóm,

[1]*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung
Email: trungvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025
Ngày duyệt bài: 27.8.2025