

giúp điều trị hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN

Trẻ động kinh khởi phát trước 1 tuổi thường có bất thường cấu trúc não và chậm phát triển tâm thần - vận động. Hình ảnh CHT sọ não hay gặp là tổn thương phát triển và tổn thương mắc phải, trong đó loạn sản vỏ não và teo não hay gặp nhất. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trẻ có tổn thương trên CHT sọ não và trẻ chậm phát triển tâm thần - vận động nặng. Kết hợp chụp CHT sọ não với xét nghiệm di truyền và chuyển hóa giúp xác định nguyên nhân chính xác và hướng dẫn can thiệp sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wirrell E, Wong-Kissel L, Mandrekar J, Nickels K. Predictors and course of medically intractable epilepsy in young children presenting before 36 months of age: a retrospective, population-based study. *Epilepsia*. 2012; 53(9): 1563-1569. doi:10.1111/j.1528-1167.2012.03562.x
2. Muthaffar OY. Brain Magnetic Resonance Imaging Findings in Infantile Spasms. *Neurol Int*. 2022;14(1):261-270. doi:10.3390/neurolint14010021
3. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-482. doi:10.1111/epi.12550
4. Denver Developmental Screening Tests. In: Wikipedia. 2025. Accessed August 24, 2025. https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Denver_Developmental_Screening_Tests&oldid=1301044558
5. Coryell J, Gaillard WD, Shellhaas RA, et al. Neuroimaging of Early Life Epilepsy. *Pediatrics*. 2018;142(3):e20180672. doi:10.1542/peds.2018-0672
6. Lê Đức Anh, Đào Thị Nguyệt, Nguyễn Thị Thanh Mai. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị động kinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022, tập 516, tháng 7, số 2: 242-244.
7. Đặng Anh Tuấn. Nghiên cứu lâm sàng, tổn thương não và các yếu tố liên quan đến động kinh cục bộ kháng thuốc ở trẻ em. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2018.
8. Eltze CM, Chong WK, Cox T, et al. A population-based study of newly diagnosed epilepsy in infants. *Epilepsia*. 2013;54(3):437-445. doi:10.1111/epi.12046
9. Gaily E, Lommi M, Lapatto R, Lehesjoki AE. Incidence and outcome of epilepsy syndromes with onset in the first year of life: A retrospective population-based study. *Epilepsia*. 2016;57(10): 1594-1601. doi:10.1111/epi.13514
10. Harini C, Sharda S, Bergin AM, et al. Detailed Magnetic Resonance Imaging (MRI) Analysis in Infantile Spasms. *J Child Neurol*. 2018;33(6):405-412. doi:10.1177/0883073818760424

NHẬN XÉT KẾT QUẢ HÚT BUỒNG TỬ CUNG Ở PHỤ NỮ 30 - 49 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Ngô Thị Thu¹, Phạm Thị Thanh Hiền^{1,2},
Nguyễn Thị Hội¹, Vũ Thị Thảo¹, Phạm Thị Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và kết quả hút buồng tử cung của phụ nữ 30 - 49 tuổi tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu trên 191 phụ nữ 30 - 49 tuổi bằng phông vấn, số khám bệnh ngoại trú được thiết kế sẵn tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ ngày 01/07/2024 đến ngày 31/12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 42,2 ± 5 tuổi, thường gặp nhất trong độ tuổi 40 - 49 với tỷ lệ 71,2%. Trong nghiên cứu có 31,9% bệnh nhân có tiền sử rong kinh, rong huyết. Độ dày nội mạc tử cung (NMTC) trung bình là 12,2 ± 5,4 mm; trong đó nhóm có độ dày ≥ 10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (64,4%). Đa

phần các bệnh nhân được chỉ định hút buồng tử cung vì rong kinh, rong huyết, băng kinh với tỷ lệ 84,3%. Thời gian cầm máu trung bình sau hút buồng tử cung là 4,5 ± 1,8 ngày, đa số cầm máu trong thời gian một tuần (96,3%). Về kết quả mô bệnh học: 55,5% không thấy tổn thương bất thường, 31,9% quá sản NMTC lành tính, 11% polyp NMTC và 1,6% quá sản NMTC không điển hình. Nghiên cứu có thấy có mối liên quan giữa mô bệnh học và tuổi, mô bệnh học và độ dày NMTC. **Kết luận:** Chỉ định hút buồng tử cung tập trung ở các bệnh nhân đến khám vì rong kinh, rong huyết, băng kinh. Trong đó, gần một nửa trường hợp cho kết quả có bất thường ở NMTC. Các bất thường NMTC gặp chủ yếu ở độ tuổi 40 - 49 và các bệnh nhân có độ dày NMTC ≥ 10 mm. **Từ khóa:** Nội mạc tử cung, hút buồng tử cung, mô bệnh học.

Danh mục từ viết tắt: NMTC: nội mạc tử cung.

SUMMARY

OBSERVATIONS ON THE OUTCOMES OF UTERINE CAVITY ASPIRATION IN WOMEN AGED 30 - 49 YEARS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2024

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thu

Email: thuhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025

Objective: To describe the characteristics and outcomes of uterine cavity aspiration in women aged 30–49 years at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Subjects and methods:** A prospective descriptive study was performed on 191 women aged 30–49 years. Data were collected through structured interviews and standardized outpatient records at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from July 1, 2024, to December 31, 2024. **Results:** The mean age was 42.2 ± 5.0 years; women aged 40–49 years accounted for 71.2%. A history of menorrhagia or abnormal uterine bleeding (AUB) was reported in 31.9%. The mean endometrial thickness was 12.2 ± 5.4 mm, with 64.4% having a thickness ≥ 10 mm. Indications for uterine cavity aspiration were primarily menorrhagia, AUB, or menometrorrhagia (84.3%). The mean time to hemostasis was 4.5 ± 1.8 days, and 96.3% achieved hemostasis within one week. Histopathology showed normal in 55.5%, benign endometrial hyperplasia in 31.9%, endometrial polyps in 11.0%, and atypical endometrial hyperplasia in 1.6%. Significant associations were found between histopathological findings and both age and endometrial thickness. **Conclusion:** Uterine cavity aspiration was most frequently indicated for menorrhagia, abnormal uterine bleeding, or menometrorrhagia. Nearly half of the cases demonstrated endometrial pathology, predominantly among women aged 40–49 years and those with endometrial thickness ≥ 10 mm.

Keywords: Endometrium, uterine cavity aspiration, histopathology.

Abbreviation list: NMTC: Endometrium.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu bất thường tử cung là một bệnh lý rất hay gặp ở phụ nữ, tình trạng này biểu hiện ở một vài bệnh cảnh khác nhau. Hành kinh kéo dài trên 7 ngày hoặc lượng máu mất nhiều hơn 80ml gọi là rong kinh. Ra máu không liên quan đến kỳ kinh, thường kèm theo rối loạn hormone và kéo dài trên 7 ngày là rong huyết.^[1] Rong kinh rong huyết có nhiều nguyên nhân, có thể là nguyên nhân thực thể hoặc cơ năng và có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Rong kinh rong huyết cần được phát hiện sớm và được điều trị kịp thời, vì nếu để kéo dài gây mất máu ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày thậm chí nguy hiểm đến tính mạng, không những thế RKRH kéo dài còn tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển dẫn đến viêm nhiễm cơ quan sinh dục, là một trong những yếu tố góp phần gây nên vô sinh nữ.^[2]

Trong lĩnh vực sản phụ khoa hiện nay, việc sử dụng kỹ thuật hút buồng tử cung (BTC) được xem như một phương pháp điều trị và hỗ trợ chẩn đoán vô cùng quan trọng đối với các trường hợp ra máu bất thường tử cung, kỹ thuật này cung cấp căn cứ có giá trị về tình trạng niêm mạc tử cung tạo điều kiện để thực hiện các can thiệp phù hợp, đúng với các bệnh lý khác nhau

của tử cung. Nhóm tuổi từ 30 – 49 được xem như nhóm có nhu cầu đặc biệt với các chỉ định hút buồng tử cung, cần cân nhắc và đảm bảo chú ý về chỉ định cũng như những kết quả mô bệnh học quan sát được.^[3]

Hiện nay, khi khoa học công nghệ ngày càng phát triển, các tiêu chuẩn về chăm sóc sức khỏe đặt ra ngày càng cao, bệnh viện Phụ sản Trung ương là bệnh viện đầu ngành trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sản phụ khoa, cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chuyên biệt cho phụ nữ ở mọi nhóm lứa tuổi. Trong các kỹ thuật thực hiện, kỹ thuật hút BTC cũng được xem như kỹ thuật cơ bản, nền tảng nhưng không kém phần quan trọng để chẩn đoán cho điều trị bệnh nhân, tạo điều kiện thuận lợi để xét nghiệm mô bệnh học niêm mạc tử cung, chẩn đoán và điều trị sớm nhất là các bệnh lý liên quan đến ung thư.^[4-6]

Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "*Nhận xét kết quả hút buồng tử cung ở phụ nữ 30 – 49 tuổi tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2024*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân nữ từ 30 đến 49 tuổi được chỉ định và đủ điều kiện hút buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 7/2024 – tháng 12/2024.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp không đủ bệnh phẩm sau hút BTC.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Đề tài được thực hiện theo phương pháp tiến cứu: Mô tả loạt bệnh.

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất, xử trí số liệu bằng phần mềm SPSS 22, sử dụng phương pháp thống kê y học và tính các tỷ lệ %, giá trị trung bình, mối tương quan.

- Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm và kết quả hút buồng tử cung của đối tượng nghiên cứu.

- Quy trình nghiên cứu: Các số liệu thu thập từ sổ khám bệnh ngoại trú, phỏng vấn trực tiếp và được ghi chép vào mẫu phiếu nghiên cứu. Các số liệu được lấy trực tiếp từ kết quả của khoa Khám bệnh và khoa Khám bệnh theo yêu cầu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiến cứu không can thiệp trực tiếp đến người bệnh. Toàn bộ thông tin cá nhân của người bệnh được đảm bảo bí mật. Đề cương đã được hội đồng trường Đại học Y Hà Nội và bệnh

viện Phụ sản trung Ương đồng ý, hội đồng y đức trường Đại học Y Hà Nội và bệnh viện Phụ Sản Trung Ương thông qua. Nghiên cứu chỉ với mục đích tăng cường chăm sóc và điều trị, nâng cao sức khỏe cho phụ nữ, không nhằm mục đích kinh doanh hay mục đích thu lợi nhuận khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn được 191 trường hợp phụ nữ được hút buồng tử cung thỏa mãn những tiêu chuẩn nghiên cứu, kết quả thu được như sau:

Bảng 3.1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	X ± SD	42,2±5	
	30 – 34	23	12
	35 – 39	32	16,8
	40 – 44	67	35,1
	45 – 49	69	36,1
Tiền sử rong kinh, rong huyết	Có	61	31,9
	Không	130	68,1
Độ dày NMTC	X ± SD	12,2±5,4	
	4 mm	11	5,8
	5 – 9 mm	57	29,8
	≥ 10mm	123	64,4
Chỉ định hút buồng tử cung	Rong kinh rong huyết bằng kính	161	84,3
	Mãn kinh ra máu	7	3,7
	Ra máu bất thường khác	16	8,4
	Bất thường trên siêu âm	7	3,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa tuổi và kết quả mô bệnh học

Đặc điểm		Vùng NM không thấy tổn thương bất thường n(%)	Vùng nội mạc có tổn thương bất thường n(%)	cOR (95%CI)	p
Tuổi		41,2 (5,2)	43,4 (4,5)	1,10 (1,03-1,17)	0,003
Nhóm tuổi	30 – 39	38 (35,9)	17 (20)	1	0,017
	40 – 49	68 (64,1)	68 (80)	2,23 (1,15-4,34)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm có vùng nội mạc có tổn thương bất thường là 43,4 cao hơn so với nhóm không thấy tổn thương bất thường là 41,2. Với mỗi tuổi tăng thêm nguy cơ bất thường NMTC tăng lên khoảng 10% với khoảng tin cậy

95% là 1,03 – 1,17, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân 40–49 tuổi có nguy cơ xuất hiện tổn thương bất thường vùng NMTC cao hơn 2,23 lần so với nhóm 30–39 tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,017 < 0,05$).

Bảng 3.2: Thời gian cầm máu sau hút buồng tử cung

Số ngày cầm máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 3 ngày	61	31,9
4 – 7 ngày	123	64,4
> 7 ngày	7	3,7
Tổng	191	100

Nhận xét: Thời gian cầm máu trung bình sau hút buồng tử cung là $4,5 \pm 1,8$ ngày, đa số cầm máu trong thời gian một tuần (96,3%).

Bảng 3.3: Kết quả mô bệnh học

Kết quả mô bệnh học		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lành tính	Không thấy tổn thương bất thường	106	55,5
	Quá sản NMTC lành tính	61	31,9
	Polyp NMTC	21	11
Tiền ung thư	Quá sản NMTC không điển hình	3	1,6
	Tổng	191	100

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân không phát hiện tổn thương bất thường. Trong các trường hợp có tổn thương, chủ yếu là tổn thương lành tính, bao gồm quá sản NMTC lành tính (31,9%) và polyp NMTC (11%). Tỷ lệ tổn thương tiền ung thư rất thấp, chỉ ghi nhận 1,6% trường hợp quá sản NMTC không điển hình.

Bảng 3.5: Mối liên quan giữa độ dày NMTC và kết quả mô bệnh học

Đặc điểm		Vùng NM không thấy tổn thương bất thường n(%)	Vùng nội mạc có tổn thương bất thường n(%)	cOR (95%CI)	p
Độ dày NMTC	<10 mm	38 (40,4)	20 (25,6)	1	0,043
	≥10 mm	56 (59,6)	58 (74,4)	1,97 (1,02-3,78)	

Nhận xét: Bệnh nhân có độ dày NMTC ≥ 10 mm có nguy cơ xuất hiện tổn thương NMTC cao gấp 1,97 lần so với nhóm < 10 mm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,043 < 0,05$) với khoảng tin cậy 95% là 1,02 - 3,78.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $42,2 \pm 5$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 40–44 và 45–49 chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Phương Thanh với tuổi trung bình của bệnh nhân là $46,16 \pm 7,44$ tuổi, độ tuổi dao động rộng từ 24–69. [7] Sự khác biệt này có thể lý giải do đặc điểm lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi giới hạn trong khoảng 30–49 tuổi, trong khi nghiên cứu của tác giả khác bao quát đối tượng rộng hơn. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu cũng ghi nhận độ tuổi trung niên là giai đoạn có tỷ lệ can thiệp hút buồng tử cung cao. Một nghiên cứu báo cáo tỷ lệ cao nhất thuộc nhóm 41–50 tuổi (41%), tiếp theo là nhóm 31–40 tuổi (30%). [8] Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy tuổi 40–49 là giai đoạn dễ gặp rối loạn kinh nguyệt, chảy máu tử cung bất thường, từ đó dẫn tới nhu cầu chẩn đoán và can thiệp. Bên cạnh đó nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có 31,9% bệnh nhân có tiền sử điều trị ra máu bất thường từ tử cung.

Trên thực hành lâm sàng, độ dày NMTC đôi khi cung cấp giá trị định hướng chẩn đoán, đồng thời ảnh hưởng đến quyết định thực hiện hút buồng tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày NMTC trung bình là $12,2 \pm 5,4$ mm, trong đó nhóm có độ dày ≥ 10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (64,4%). Nghiên cứu của Yuan Tian tại Trung Quốc, tỷ lệ bệnh nhân có NMTC dày trên 10 mm cao hơn, chiếm 72,5%, trong khi dưới 10 mm là 27,5%. [9] Những dữ liệu này cung cấp thông tin tham khảo quan trọng trong đánh giá và quyết định can thiệp lâm sàng, đồng thời nhấn mạnh giá trị của siêu âm như một công cụ thăm dò không xâm lấn nhưng hiệu quả trong chẩn đoán và theo dõi bệnh lý phụ khoa.

Chỉ định hút buồng tử cung chủ yếu do rong kinh, rong huyết, băng kinh chiếm 84,3% tổng số bệnh nhân. Tỷ lệ cao này phản ánh rằng rong kinh, rong huyết, băng kinh vẫn là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân tìm đến can thiệp y tế, đồng thời là chỉ định thường gặp trong thực hành lâm sàng. Các nguyên nhân chiếm tỷ lệ thấp hơn gồm ra máu bất thường khác (8,4%), ra máu sau mãn kinh (3,7%) và bất thường trên siêu âm (3,7%). Mặc dù các nguyên nhân này ít

gặp hơn, nhưng vẫn cần được chú ý, bởi chúng có thể liên quan đến các bệnh lý nghiêm trọng như u xơ, polyp hoặc tổn thương NMTC, đòi hỏi đánh giá kỹ lưỡng trước khi quyết định can thiệp.

Thời gian cầm máu trung bình sau hút buồng tử cung là $4,5 \pm 1,8$ ngày, trong đó nhóm 4–7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (64,4%), tiếp đến là nhóm ≤ 3 ngày (31,9%) và trên 7 ngày chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,7%). Như vậy, đa số bệnh nhân có kết quả cầm máu tương đối tốt, chủ yếu nằm trong khoảng 4–7 ngày. So sánh với các nghiên cứu trước đó, nghiên cứu của Phạm Thị Quy cho thấy 100% bệnh nhân cầm máu trong vòng 7 ngày, kết quả này có phần khả quan hơn nghiên cứu của chúng tôi, khi vẫn còn 3,7% bệnh nhân có thời gian chảy máu kéo dài trên 7 ngày [10]. Sự khác biệt có thể xuất phát từ nhiều yếu tố như đặc điểm đối tượng nghiên cứu như tuổi, bệnh lý kèm theo hay chỉ định hút buồng tử cung, rong kinh, rong huyết, bất thường siêu âm..., cũng như kỹ thuật và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Kết quả mô bệnh học của nghiên cứu cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân không phát hiện tổn thương bất thường (55,5%). Trong số các trường hợp có tổn thương, tổn thương lành tính chiếm đa số, bao gồm quá sản NMTC lành tính (31,9%) và polyp NMTC (11%). Tỷ lệ tổn thương tiền ung thư rất thấp, chỉ ghi nhận 1,6% trường hợp quá sản NMTC không điển hình. Điều này phản ánh rằng phần lớn nguyên nhân gây chảy máu tử cung bất thường ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là do thay đổi lành tính. Kết quả của chúng tôi có điểm tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Phương Thanh ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân không thấy bất thường ở NMTC là 36,6%, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (55,5%), trong khi quá sản lành tính chiếm tỷ lệ tương đương (34,6% so với 31,9%). Tỷ lệ ung thư và quá sản không điển hình trong nghiên cứu của tác giả này cao hơn (5,9% so với 1,6%) [7], có thể do khác biệt về đặc điểm dân số nghiên cứu, nghiên cứu Lê Thị Phương Thanh có độ tuổi lớn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi do đó nguy cơ xuất hiện tổn thương ác tính cũng lớn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Một nghiên cứu trên thế giới thực hiện trên 120 phụ nữ tiền mãn kinh có chảy máu bất thường cho thấy tỷ lệ tổn thương lành tính chiếm tới 68,3%, NMTC bình thường 25% và tổn thương ác tính hoặc tiền ung thư 6,7%. So sánh với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tổn thương lành tính thấp hơn, trong khi tỷ lệ NMTC bình thường lại cao hơn đáng kể. Tỷ lệ ung thư và tổn thương tiền ung thư ở nghiên cứu này cũng cao hơn so với

ngiên cứu của chúng tôi. ^[9] Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi yếu tố chủng tộc, tuổi bệnh nhân, giai đoạn sinh sản tiền mãn kinh, mãn kinh cũng như sự khác nhau trong chỉ định hút buồng tử cung.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của nhóm có vùng nội mạc có tổn thương bất thường là 43,4 cao hơn so với nhóm không thấy tổn thương bất thường chỉ là 41,2. Với mỗi tuổi tăng thêm nguy cơ có vùng nội mạc tổn thương bất thường tăng lên khoảng 10% với khoảng tin cậy 95% là 1,03 – 1,17, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nhóm bệnh nhân 40–49 tuổi có nguy cơ xuất hiện tổn thương bất thường ở NMTC cao hơn 1,23 lần so với nhóm 30–39 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,017 < 0,05$). Điều này khẳng định vai trò của tuổi tác như một yếu tố nguy cơ quan trọng có ý nghĩa thống kê với tổn thương bất thường vùng NMTC. Cả khi xem xét tuổi dưới dạng biến liên tục (mỗi năm tăng thêm) và dạng phân nhóm (40–49 so với 30–39), đều cho thấy xu hướng người lớn tuổi có nguy cơ tổn thương cao hơn. So sánh với nghiên cứu của Lê Thị Phương Thanh, nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các hình thái mô bệnh học ở hai nhóm dưới 45 tuổi và trên 45 tuổi. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn cho thấy tỷ lệ quả sản không điển hình và ung thư NMTC cao hơn rõ rệt ở nhóm bệnh nhân trên 45 tuổi. ^[7] Như vậy, cả hai nghiên cứu đều cho thấy xu hướng mắc các tổn thương ác tính hoặc tiền ung thư gia tăng ở các bệnh nhân lớn tuổi hơn.

Một yếu tố nguy cơ quan trọng khác đối với các tổn thương NMTC là độ dày NMTC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có độ dày NMTC ≥ 10 mm có nguy cơ xuất hiện tổn thương cao gấp 1,97 lần so với nhóm < 10 mm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,043 < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Phương Thanh, tác giả cũng ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa độ dày NMTC và kết quả mô bệnh học. Cụ thể, khi NMTC > 15 mm, quả sản NMTC lành tính chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Trong khoảng 9 – 15 mm, đa phần bệnh nhân có tổn thương quá sản NMTC. Ngược lại, độ dày từ 6 – 9 mm hoặc < 6 mm thường gặp ở các trường hợp rong kinh, rong huyết cơ năng. Đáng chú ý, nghiên cứu này cũng cho thấy các trường hợp có độ dày NMTC > 9 mm đều có thể liên quan đến ung thư NMTC. ^[7] Như vậy, cả hai nghiên cứu đều khẳng định độ dày NMTC là

một chỉ số có giá trị gợi ý quan trọng trong tiên lượng tổn thương, đặc biệt là nguy cơ quá sản và ác tính.

V. KẾT LUẬN

Chỉ định hút buồng tử cung tập trung ở các bệnh nhân đến khám vì rong kinh, rong huyết, băng kinh. Trong đó, gần một nửa trường hợp cho kết quả có bất thường ở NMTC. Các bất thường NMTC gặp chủ yếu ở độ tuổi 40 – 49 và các bệnh nhân có độ dày NMTC ≥ 10 mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barbara L. Hoffman ea.** Williams Gynecology, Third edition. Abnormal Uterine Bleeding. 2016:41.
2. **MacNaughton J, Banah M, McCloud P, Hee J, Burger H.** Age related changes in follicle stimulating hormone, luteinizing hormone, oestradiol and immunoreactive inhibin in women of reproductive age. Clin Endocrinol (Oxf). Apr 1992;36(4):339-45.
3. **Jadhav MV, Phatke AS, Kadgi NV, Rane SR, Kulkarni KK.** Endometrial aspiration cytology in gynecological disorders. Journal of cytology. Jan-Mar 2016;33(1):13-6. doi:10.4103/0970-9371.175488
4. **Fox CH, Turner FG, Johnson WL, Thornton WN, Jr.** Endometrial cytology. A new technique. American journal of obstetrics and gynecology. Jun 15 1962;83:1582-91. doi:10.1016/0002-9378(62)90174-6
5. **Iversen OE, Segadal E.** The value of endometrial cytology. A comparative study of the Gravlee jet-washer, Isaacs cell sampler, and Endoscann versus curettage in 600 patients. Obstetrical & gynecological survey. Jan 1985;40(1):14-20.
6. **Foster-Rosales A, Koontz SL, Molina de Perez O, Leon K.** Cost savings of manual vacuum aspiration for endometrial sampling in El Salvador. Contraception. Nov 2003;68(5):353-7. doi:10.1016/j.contraception.2003.08.007
7. **Đặng Thị Minh Nguyệt Lê Thị Phương Thanh, Phạm Minh Giang, Phạm Thị Hồng Vân, Nguyễn Thị Nhi, Nguyễn Thị Hồng Phượng.** Lâm sàng, cận lâm sàng những phụ nữ rong kinh rong huyết có hút buồng tử cung tại bệnh viện phụ sản trung ương. Tạp chí y học Việt Nam. 2023;530(1B):103-107. doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v530i1B.6685
8. **N. G. Sawke, G. K. Sawke, H. Jain.** Histopathology findings in patients presenting with menorrhagia: A study of 100 hysterectomy specimen. J Midlife Health. Oct-Dec 2015;6(4): 160-3. doi:10.4103/0976-7800.172299
9. **Bìn Bai Yuan Tian, Li Wang, Zongchang Zhou, Jiahui Tang.** Contributing factors related to abnormal uterine bleeding in perimenopausal women: a case-control study. J Health Popul Nutr.2024;43(1)doi:10.1186/s41043-024-00540-4
10. **Phạm Thị Quy.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rong kinh rong huyết ở phụ nữ từ 18-49 tuổi có can thiệp buồng tử cung. Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội. 2018;

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ ĐÁP ỨNG HÓA TRỊ TÂN BỔ TRỢ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN TIẾN XA

Ngô Văn Ty^{1,2}, Nguyễn Xuân Hậu^{1,2,3}, Phùng Thị Huyền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật và đáp ứng hóa trị tân bổ trợ ở ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa, đồng thời phân tích mối liên quan giữa hai yếu tố. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 98 bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC–IV (2019–2025) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K. Tất cả được hóa trị tân bổ trợ, sau đó phẫu thuật giảm thiểu u gian kỳ. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,4±9; 92,9% ECOG 0–1. ORR đạt 95,9% (mạc nối) và 94,9% (buồng trứng), CR trên 44%. CRS3 chỉ 16%. Phẫu thuật đạt R0 82,6%. Biến chứng thấp (tắc ruột 1%, chảy máu 3,1%). **Kết luận:** hóa trị tân bổ trợ (NACT) kết hợp phẫu thuật giảm thiểu u gian kỳ (IDS) hiệu quả, an toàn, nâng cao tỷ lệ R0. Tuy nhiên, đáp ứng mô bệnh học sâu còn hạn chế, phản ánh khó khăn trong loại bỏ hoàn toàn tế bào ung thư. **Từ khóa:** Hóa trị tân bổ trợ, ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa, phẫu thuật giảm thiểu u gian kỳ

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES AND RESPONSE TO NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN ADVANCED EPITHELIAL OVARIAN CANCER

Objectives: To evaluate surgical outcomes and response to neoadjuvant chemotherapy (NACT) in advanced-stage epithelial ovarian carcinoma and to analyze the association between these two domains. **Materials and methods:** A descriptive cohort of 98 patients with FIGO stage IIIC–IV ovarian cancer treated from 2019 to 2025 at Hanoi Medical University Hospital and K Hospital; all patients received NACT followed by interval debulking surgery (IDS). **Results:** Mean age 59.4 ± 9.0 years; 92.9% had ECOG performance status 0–1. The overall response rate was 95.9% for omental disease and 94.9% for ovarian tumors, with complete responses exceeding 44%. A Chemotherapy Response Score of 3 (CRS3) was observed in 16% of cases. R0 cytoreduction (no macroscopic residual disease) was achieved in 82.6%. Postoperative morbidity was low (bowel obstruction 1.0%, hemorrhage 3.1%). **Conclusions:** NACT followed by IDS is effective and safe in advanced-stage disease, yielding high R0 rates; however, the depth of histopathologic response remains limited (CRS3 16%), underscoring the persistent challenge of

complete eradication of malignant cells. **Keywords:** Neoadjuvant chemotherapy, advanced epithelial ovarian cancer, interval debulking surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những bệnh ung thư phụ khoa phổ biến và có tiên lượng xấu, với hơn 70% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa (FIGO IIIC–IV)¹. Phẫu thuật giảm khối u nguyên phát (PDS) kết hợp hóa trị bổ trợ là phương pháp điều trị chuẩn, tuy nhiên chỉ khoảng 30% bệnh nhân đạt được kết quả phẫu thuật tối ưu do khối u lớn và thể trạng kém, dẫn đến tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ cao. Chính vì lý do này, hóa trị tân bổ trợ (NACT) kết hợp phẫu thuật giảm khối u gian kỳ (IDS) đã được áp dụng như một lựa chọn thay thế. Các nghiên cứu EORTC 55971 và CHORUS đã chứng minh rằng NACT kết hợp IDS có hiệu quả sống còn tương đương với PDS nhưng giảm đáng kể biến chứng và tử vong sau mổ^{2,3}. Tuy nhiên, NACT có thể gây xơ hóa mô, làm tăng độ khó trong quá trình phẫu tích và đặt ra câu hỏi về khả năng đạt cắt bỏ triệt để trong IDS. Do đó, việc đánh giá đáp ứng NACT là một yếu tố quan trọng trong điều trị. Hiện tại, việc đánh giá này chủ yếu dựa vào các tiêu chí RECIST 1.1, nồng độ CA125, và các yếu tố mô học. Thang điểm Chemotherapy Response Score (CRS) là một công cụ quan trọng trong việc đánh giá đáp ứng mô bệnh học sau NACT, đặc biệt là ở mạc nối. CRS được chia thành ba nhóm: CRS 1 (đáp ứng kém, với phần lớn tổn thương u còn lại), CRS 2 (đáp ứng trung bình với sự hiện diện của mô u còn lại nhưng có các dấu hiệu tái tạo mô), và CRS 3 (đáp ứng tốt, với mô u gần như không còn hoặc chỉ còn rất ít tế bào ung thư)⁴. Mặc dù CRS cao có mối liên quan chặt chẽ với tiên lượng sống tốt và có thể giúp dự đoán khả năng tái phát bệnh, thang điểm này vẫn gặp một số hạn chế khi áp dụng cho ung thư buồng trứng, đặc biệt trong việc đánh giá độ sâu của đáp ứng mô bệnh học và khả năng cắt bỏ triệt để trong IDS. Vì lý do này, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật và đáp ứng hóa trị tân bổ trợ ở bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa, với phương pháp NACT và IDS được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Ty

Email: dr.ngovantyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025