

chính thức cũng như theo dõi sự ảnh hưởng của vạt vách ngăn với sự tăng trưởng của mặt với sự theo dõi sau 5-10 đến 15 năm sau của cách thức phẫu thuật này.

V. KẾT LUẬN

KHMVM toàn bộ một bên là dị tật bẩm sinh thường gặp, với tỷ lệ khe hở bên Phải: khe hở bên Trái ở mức 1,36:1. Nghiên cứu trên 26 trẻ có KHMVM toàn bộ một bên thấy phẫu thuật sử dụng vạt vách ngăn mũi cùng thì với tạo hình môi là phương pháp có ưu điểm, với tỷ lệ thành công và an toàn cao, giảm được kích thước khe hở vòm miệng tại gai mũi sau, giảm tình trạng thông mũi – miệng sau phẫu thuật thuận lợi cho ăn uống và phát âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Giáp, Nguyễn TT, Lê NT, Nguyễn HL, Nguyễn HT. Kết quả điều trị và phục hồi chức năng cho trẻ em mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội năm 2019-2021. VMJ. 2022;514(2).
2. Nguyễn Thị Hồng Tuyền. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng toàn bộ một bên theo phương pháp V-Y pushback tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba năm 2014. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa Cấp II. 2014.
3. Lurian Minatel, Jéssica Marcela de Luna Gomes, Cleidiel Aparecido Araújo Lemos, João Pedro Justino de Oliveira Limirio. Influence of vomer flap on craniofacial growth in

patients with cleft lip and palate: A systematic review. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Volume 47, Issue 6, June 2019, Pages 902-908

4. James D. Martin Smith, Louise Fitzgerald, David J.A. Orr. How reliable is the vomer flap in early hard palate repair. Journal of PlasticReconstructive & Aesthetic Surgery. Volume 70, Issue6, June2017, Pages 826-832.
5. Bram J. A. Smarius, Corstiaan C. Breugem. Use of early hard palate closure using a vomer flap in cleft lip and palate patients 2016. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Volume 44, Issue 8, August 2016, Pages 912-918
6. Nishantha Perinparajah, David Drake. Analysis of changes in the 3-dimensional anatomy of palatal shelves of unilateral cleft lip & palate patients following vomer flap repair 2011. International Journal of Surgery. Volume 9, Issue 7, 2011, Pages 501-502.
7. Gaurav Deshpande, Lisa Wendby, Rasika Jag tap, Björn Schönmeier. The efficacy of vomer flap for closure of hard palate during primary lip repair. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2015. Volume 68, Issue 7, July 2015, Pages 940-945
8. Timbang MR, Gharb BB, Rampazzo A, Papay F, Zins J, Doumit G. A systematic review comparing Furlow double-opposing Z-plasty and straight-line intravelar veloplasty methods of cleft palate repair. Plast Reconstr Surg. 2014;134(5): 1014-1022.
9. Yamaguchi K, Lonc D, Lee CH, Yun C, Lo LJ. Modified Furlow Palatoplasty Using Small Double-Opposing Z-Plasty: Surgical Technique and Outcome. Plastic and reconstructive surgery. 2016;137(6):1825-1831.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ BUỒNG TRỨNG THỂ NHẦY GIAI ĐOẠN I-III TẠI BỆNH VIỆN K

Othitmoura Siama^{1,2}, Lê Trí Chính^{1,2},
Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}, Trần Việt Hoàng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị ung thư buồng trứng thể nhầy giai đoạn I–III tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 47 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và điều trị tại Bệnh viện K giai đoạn 2016–2024. Dữ liệu được phân tích bằng thống kê mô tả và phương pháp Kaplan–Meier để ước tính thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh, với các kiểm định so sánh theo nhóm,

ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của nhóm nghiên cứu đạt $71,6 \pm 4,27$ tháng, với tỷ lệ sống sau 1 năm là 97,8%, sau 2 năm 89,8% và sau 5 năm 81,2%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $55,4 \pm 5,06$ tháng, với tỷ lệ không bệnh sau 1 năm là 89,3%, sau 2 năm 76,8% và sau 5 năm 53,3%. Phân tích cho thấy kết quả sống còn khác biệt có ý nghĩa theo giai đoạn FIGO đối với OS ($p = 0,02$), trong khi sự khác biệt về DFS chưa đạt ý nghĩa ($p = 0,91$). Kích thước khối u có ảnh hưởng rõ rệt đến DFS, với nhóm ≤ 15 cm có kết quả tốt hơn đáng kể so với nhóm > 15 cm ($p < 0,01$), trong khi khác biệt về OS không có ý nghĩa ($p = 0,47$). Ngoài ra, có xu hướng tiên lượng tốt hơn ở bệnh nhân có mô bệnh học xâm nhập kiểu lan rộng so với kiểu thâm nhiễm và ở nhóm CA-125 < 35 U/ml so với ≥ 35 U/ml, mặc dù khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng quan trọng đối với thời gian sống thêm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Othitmoura Siama

Email: neeghlubtiag@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025

toàn bộ, trong khi kích thước khối u có vai trò đáng kể trong tiên lượng sống thêm không bệnh. Hai yếu tố này cần được xem xét trong phân tầng nguy cơ, lựa chọn chiến lược điều trị và theo dõi dài hạn ở bệnh nhân ung thư buồng trứng thể nhầy giai đoạn I–III.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng thể nhầy, giai đoạn I–III, thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm không bệnh, Kaplan–Meier.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF STAGE I–III MUCINOUS OVARIAN CARCINOMA PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: To describe the treatment outcomes of patients with mucinous ovarian carcinoma stage I–III at K Hospital. **Methods:** A retrospective combined with prospective descriptive study was conducted on 47 patients diagnosed histopathologically and treated at K Hospital during 2016–2024. Data were analyzed using descriptive statistics and the Kaplan–Meier method to estimate overall survival and disease-free survival, with group comparisons performed using appropriate statistical tests, and significance set at $p < 0.05$. **Results:** The mean overall survival (OS) was 71.6 ± 4.27 months, with 1-, 2-, and 5-year survival rates of 97.8%, 89.8%, and 81.2%, respectively. The mean disease-free survival (DFS) was 55.4 ± 5.06 months, with corresponding disease-free survival rates of 89.3%, 76.8%, and 53.3%. Analysis showed that OS differed significantly by FIGO stage ($p = 0.02$), with the best outcomes observed in stage I, while DFS differences across stages were not statistically significant ($p = 0.91$). Tumor size was strongly associated with DFS, as patients with tumors ≤ 15 cm had significantly better outcomes than those with tumors > 15 cm ($p < 0.01$), whereas OS did not differ significantly by tumor size ($p = 0.47$). Trends toward better prognosis were also observed in patients with expansile invasion compared to infiltrative patterns and in those with CA-125 < 35 U/ml compared to ≥ 35 U/ml, although these differences did not reach statistical significance. **Conclusion:** Disease stage is an important prognostic factor for overall survival, while tumor size plays a significant role in predicting disease-free survival. Both factors should be carefully considered for risk stratification, treatment decision-making, and long-term follow-up in patients with stage I–III MOC. **Keywords:** Mucinous ovarian cancer, stage I–III, prognosis, survival time, K Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong các bệnh ung thư phụ khoa. Ung thư buồng trứng thể nhầy (UTBTTN) là một khối u hiếm gặp, chiếm khoảng 3%–5% trong tổng số các trường hợp ung thư buồng trứng biểu mô. [1,2] UTBTTN là một bệnh lý đặc biệt cần được quản lý theo cách đặc biệt với sự hiểu biết về các đặc điểm sinh học của bệnh.[3] UTBTTN được đặc trưng bởi các khối u lớn, nhiều ngăn chứa chất

nhầy và thường có tiên lượng kém hơn so với các loại ung thư buồng trứng khác do khả năng đáp ứng kém với các phác đồ hóa trị liệu thông thường. Các nghiên cứu đã phát hiện rằng nếu khối u của UTBTTN bị vỡ trước hoặc trong khi phẫu thuật, chất nhầy trong khoang nang có thể làm tăng nguy cơ tái phát và di căn lâu dài.[4] Hiện nay, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị UTBTTN, đặc biệt UTBTTN giai đoạn I–III tại Việt Nam vẫn còn hạn chế. Để xây dựng kế hoạch điều trị UTBTTN tốt hơn vẫn cần thêm các nghiên cứu. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả kết quả điều trị ung thư buồng trứng thể nhầy giai đoạn I–III tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng của nghiên cứu là các bệnh nhân UTBTTN được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và điều trị tại Bệnh viện K trong giai đoạn 2016–2024. Các bệnh nhân được lựa chọn phải đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn gồm: là nữ, có chẩn đoán mô bệnh học xác định UTBTTN, ở giai đoạn I–III theo FIGO 2014, điều trị tại Bệnh viện K và có hồ sơ bệnh án đầy đủ kèm thông tin theo dõi sau điều trị. Những trường hợp mắc ung thư khác, có bệnh cấp hoặc mạn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong gần, bỏ điều trị không vì lý do chuyên môn, không đồng ý tham gia hoặc mất thông tin theo dõi sau điều trị sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện K. Thời gian triển khai từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025, bao gồm giai đoạn thu thập dữ liệu, theo dõi bệnh nhân và phân tích kết quả.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Phương pháp chọn mẫu là chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu thực tế thu thập được là 47 bệnh nhân.

2.4. Nội dung nghiên cứu. Nội dung nghiên cứu bao gồm bốn nhóm chính: (1) Đặc điểm lâm sàng: tuổi, lý do vào viện, thời gian diễn biến bệnh, chỉ số toàn trạng ECOG PS, các triệu chứng cơ năng và thực thể; (2) Đặc điểm cận lâm sàng: kết quả chẩn đoán hình ảnh (CT, MRI), xét nghiệm máu, nồng độ CA-125, mô bệnh học theo WHO 2014, phân giai đoạn TNM và FIGO; (3) Thông tin điều trị: phương pháp điều trị, loại phẫu thuật, tình trạng tổn thương còn lại, loại phác đồ hóa chất; (4) Kết quả điều trị: tỷ lệ và thời gian tái phát, di căn xa, thời gian sống thêm toàn bộ (OS), thời gian sống thêm

không bệnh (DFS) và tình trạng sống tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

2.5. Quy trình nghiên cứu. Quy trình nghiên cứu bao gồm các bước: lập danh sách bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh; liên hệ bệnh nhân qua điện thoại hoặc thư mời tái khám để bổ sung dữ liệu; ghi nhận đầy đủ vào bệnh án nghiên cứu; và theo dõi dọc từ thời điểm phẫu thuật đến khi kết thúc nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến định tính được thống kê bằng tần suất và tỷ lệ (%), biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (min-max). Phân tích sống còn sử dụng phương pháp Kaplan-Meier để tính OS và DFS, so sánh sự khác biệt giữa các nhóm bằng các kiểm định thống kê thích hợp, với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị UTBTTN, không phục vụ mục đích thương mại. Thông tin cá nhân và dữ liệu bệnh án của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu dao động từ 16 đến 76 tuổi, trung bình $52,85 \pm 13,94$, trong đó nhóm 40–59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (48,9%), tiếp đến là nhóm ≥ 60 tuổi (34,1%) và thấp nhất là nhóm < 40 tuổi (17,0%). Về lý do vào viện, đau bụng hoặc tức bụng là triệu chứng thường gặp nhất với 55,3% trường hợp, tiếp theo là bụng to (40,4%) và ít gặp nhất là tự sờ thấy u (8,5%). Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân đi khám trung bình là $1,83 \pm 1,07$ tháng (từ 0,25 đến 5 tháng), trong đó đa số bệnh nhân đến khám trong vòng < 1 tháng (53,2%), tiếp đến là nhóm 2–3 tháng (25,5%) và các khoảng thời gian khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Bảng 1 cho thấy trong 47 bệnh nhân theo dõi, có 17/30 trường hợp tử vong chiếm 36,2%.

Bảng 1: Kết quả sống còn của bệnh nhân

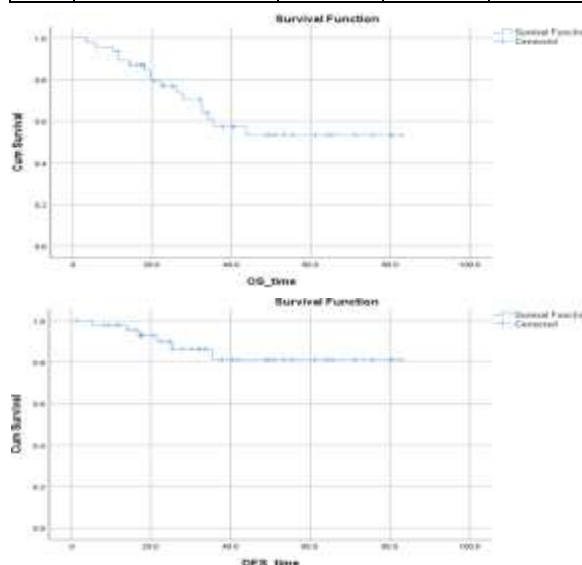
Kết quả điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tử vong	17	36,2
Sống	30	63,8
Tổng	47	100,0

Bảng 2 và Biểu đồ 1 trình bày thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh trung bình của nhóm bệnh nhân. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $55,4 \pm 5,06$ tháng, với tỷ lệ sống sau 1 năm đạt 89,3%, sau

2 năm 76,8% và sau 5 năm 53,3%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $71,6 \pm 4,27$ tháng, tỷ lệ sống sau 1 năm đạt 97,8%, sau 2 năm 89,8% và sau 5 năm 81,2%.

Bảng 2: Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh (DFS) trung bình

Thời gian	Thời gian trung bình (tháng) $\pm$ ĐLC	Tỷ lệ 1 năm (%)	Tỷ lệ 2 năm (%)	Tỷ lệ 5 năm (%)
DFS	$55,4 \pm 5,06$	89,3	76,8	53,3
OS	$71,6 \pm 4,27$	97,8	89,8	81,2



Biểu đồ 1: Xác suất sống thêm toàn bộ và Xác suất sống thêm không bệnh

Bảng 3 cho thấy ở giai đoạn I, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 81,7 tháng với tỷ lệ sống 1 năm, 2 năm và 5 năm đều đạt 100,0%; giai đoạn II là 35,6 tháng với tỷ lệ 1 năm 100,0% và 2 năm 66,7%; giai đoạn III là 41,2 tháng với tỷ lệ 1 năm 95,7% và 2 năm 85,0% ($p = 0,02$). Nhóm xâm nhập kiểu lan rộng có thời gian trung bình 78,8 tháng với tỷ lệ sống 1 năm 100,0%, 2 năm 93,8% và 5 năm 93,8%, trong khi nhóm xâm nhập kiểu thâm nhiễm đạt 60,7 tháng với tỷ lệ 1 năm 96,6%, 2 năm 86,9% và 5 năm 71,0% ($p = 0,18$). Bệnh nhân có CA-125 huyết thanh < 35 U/ml sống trung bình 75,4 tháng với tỷ lệ sống 1 năm 95,5%, 2 năm 95,5% và 5 năm 88,6%, so với nhóm ≥ 35 U/ml là 61,6 tháng với tỷ lệ 1 năm 100,0%, 2 năm 84,0% và 5 năm 72,0% ($p = 0,37$). Nhóm có kích thước khối u ≤ 15 cm đạt 74,7 tháng với tỷ lệ sống 1 năm 96,6%, 2 năm 88,0% và 5 năm 88,0%, trong khi nhóm > 15 cm đạt 52,4 tháng với tỷ lệ 1 năm 100,0%, 2 năm 92,9% và 5 năm 66,9% ($p = 0,47$).

Bảng 3: Thời gian sống thêm toàn bộ theo các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

Biến	Nhóm	Thời gian trung bình (tháng)	Tỷ lệ 1 năm (%)	Tỷ lệ 2 năm (%)	Tỷ lệ 5 năm (%)	P
Giai đoạn bệnh (FIGO)	I	81,7	100,0	100,0	100,0	0,02
	II	35,6	100,0	66,7	–	
	III	41,2	95,7	85,0	–	
Mô bệnh học	Xâm nhập kiểu lan rộng	78,8	100,0	93,8	93,8	0,18
	Xâm nhập kiểu thâm nhiễm	60,7	96,6	86,9	71,0	
CA-125 huyết thanh	<35 U/ml (bình thường)	75,4	95,5	95,5	88,6	0,37
	≥35 U/ml (bất thường)	61,6	100,0	84,0	72,0	
Kích thước khối u	≤15 cm	74,7	96,6	88,0	88,0	0,47
	>15 cm	52,4	100,0	92,9	66,9	

Bảng 4 cho thấy thời gian sống thêm không bệnh trung bình theo các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. Giai đoạn I đạt 56,8 tháng, giai đoạn II là 34,9 tháng và giai đoạn III là 37,7 tháng ($p = 0,91$). Nhóm xâm nhập kiểu lan rộng có 67,5 tháng so với 44,4 tháng ở nhóm thâm nhiễm (p

$= 0,08$). Bệnh nhân có CA-125 < 35 U/ml đạt 65,6 tháng, trong khi nhóm ≥ 35 U/ml đạt 43,1 tháng ($p = 0,06$). Theo kích thước khối u, nhóm ≤ 15 cm có 66,5 tháng, cao hơn so với nhóm > 15 cm là 33,0 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 4: Thời gian sống thêm không bệnh theo yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

Biến	Nhóm	Thời gian trung bình (tháng)	Tỷ lệ 1 năm (%)	Tỷ lệ 2 năm (%)	Tỷ lệ 5 năm (%)	P
Giai đoạn bệnh (FIGO)	I	56,8	90,0	80,0	55,0	0,91
	II	34,9	100,0	66,7	–	
	III	37,7	86,7	75,3	–	
Mô bệnh học	Xâm nhập kiểu lan rộng	67,5	100,0	82,4	75,5	0,08
	Xâm nhập kiểu thâm nhiễm	44,4	83,1	73,6	37,7	
CA-125 huyết thanh	<35 U/ml (bình thường)	65,6	95,5	90,7	71,3	0,06
	≥35 U/ml (bất thường)	43,1	84,0	64,2	36,0	
Kích thước khối u	≤15 cm	66,5	96,6	92,4	68,2	<0,01
	>15 cm	33,0	77,8	52,5	31,5	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống toàn bộ đạt 63,8% trong thời gian theo dõi, trong khi tỷ lệ tử vong là 36,2%. Kết quả này phản ánh hiệu quả điều trị ở bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng thể nhầy giai đoạn I–III nhìn chung khả quan, tuy nhiên vẫn tồn tại một nhóm bệnh nhân tiên lượng xấu, đặc biệt ở giai đoạn muộn hoặc có đặc điểm mô bệnh học bất lợi. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các chiến lược điều trị hỗ trợ phù hợp và theo dõi sát để cải thiện tiên lượng sống cho nhóm bệnh nhân nguy cơ cao.

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình (OS) của toàn bộ nhóm đạt $71,6 \pm 4,27$ tháng, với tỷ lệ sống sau 1 năm 97,8%, sau 2 năm 89,8% và sau 5 năm 81,2%. Trong khi đó, thời gian sống thêm không bệnh trung bình (DFS) đạt $55,4 \pm 5,06$ tháng, với tỷ lệ sống không bệnh sau 1 năm 89,3%, sau 2 năm 76,8% và sau 5 năm 53,3%. Khoảng cách giữa OS và DFS phản ánh nguy cơ tái phát vẫn còn đáng kể, ảnh hưởng trực tiếp đến tiên lượng dài hạn. Đây là đặc điểm điển hình của ung thư biểu mô buồng trứng thể nhầy,

vốn có thể tái phát muộn và thường kém đáp ứng với hóa trị, dẫn đến làm giảm đáng kể thời gian sống còn. Khi so sánh với nghiên cứu của Hamdani và cộng sự (2023), tỷ lệ lui bệnh đạt 78,7%, tái phát 9,6% và tiến triển 11,7%. [5] Tỷ lệ sống ở thời điểm phân tích đạt 83% và tử vong 17%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có thể do khác biệt về tỷ lệ giai đoạn sớm trong quần thể bệnh nhân. Nghiên cứu của Schlappe và cộng sự (2019) cũng cho thấy PFS và OS 3 năm lần lượt là 90,9% và 90,9%. [6]

Khi phân tích theo giai đoạn FIGO, OS trung bình ở giai đoạn I đạt 81,7 tháng với tỷ lệ sống 1, 2 và 5 năm đều 100%. Trong khi đó, giai đoạn II chỉ đạt 35,6 tháng (sống 2 năm 66,7%) và giai đoạn III là 41,2 tháng (sống 2 năm 85,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$), khẳng định vai trò quyết định của chẩn đoán sớm trong cải thiện kết cục điều trị. Về DFS, xu hướng giảm dần từ giai đoạn I (56,8 tháng) đến giai đoạn II (34,9 tháng) và III (37,7 tháng) được ghi nhận, tuy khác biệt không có ý nghĩa ($p = 0,91$). Đặc điểm mô bệnh học cũng

có vai trò tiên lượng. Nhóm u xâm nhập kiểu lan rộng có OS trung bình 78,8 tháng, tỷ lệ sống 5 năm 93,8%, trong khi nhóm xâm nhập kiểu thâm nhiễm chỉ đạt 60,7 tháng và tỷ lệ sống 5 năm 71,0% ($p = 0,18$). DFS ở nhóm lan rộng cũng cao hơn (67,5 tháng so với 44,4 tháng; $p = 0,08$). Mặc dù khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê, xu hướng này phù hợp với các nghiên cứu trước, khi kiểu thâm nhiễm thường gắn liền với mức độ ác tính cao hơn và nguy cơ di căn sớm.

Dấu ấn CA-125 huyết thanh cho thấy xu hướng liên quan đến tiên lượng, dù chưa đạt ý nghĩa thống kê. Nhóm CA-125 < 35 U/ml có OS trung bình 75,4 tháng và DFS 65,6 tháng, cao hơn so với nhóm ≥ 35 U/ml (OS 61,6 tháng; DFS 43,1 tháng). Tỷ lệ sống 5 năm ở nhóm CA-125 thấp cũng cao hơn (88,6% so với 72,0%), $p = 0,37$ đối với OS và $p = 0,06$ đối với DFS. Điều này gợi ý rằng CA-125 có thể là yếu tố tiên lượng tiềm năng, cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn.

Kích thước khối u cho thấy ảnh hưởng rõ rệt đến DFS. Bệnh nhân có khối u ≤ 15 cm đạt DFS trung bình 66,5 tháng, tỷ lệ sống không bệnh 5 năm 68,2%, trong khi nhóm > 15 cm chỉ đạt 33,0 tháng và 31,5% ($p < 0,01$). Đối với OS, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (74,7 so với 52,4 tháng; $p = 0,47$). Điều này cho thấy kích thước khối u ảnh hưởng nhiều hơn đến nguy cơ tái phát so với sống còn tổng thể.

Kết quả này phù hợp với các dữ liệu quốc tế. Hamdani và cộng sự (2023) báo cáo tỷ lệ tái phát ở giai đoạn I chỉ 5,6% và không ghi nhận ở giai đoạn II, nhưng lên tới 83,3% ở giai đoạn III và 100% ở giai đoạn IV.[5] Hollis và cộng sự (2021) cho thấy bệnh nhân MOC giai đoạn sớm, đặc biệt độ mô học thấp, có tiên lượng rất tốt với tỷ lệ sống đặc hiệu 5 năm 84,5% và 10 năm 95,3%.[7] Ngược lại, Nasioudis và cộng sự (2020) báo cáo OS trung vị chỉ 15,44 tháng ở MOC giai đoạn III–IV khi được hóa trị và chỉ còn 5,06 tháng nếu không điều trị.[8] Simons và cộng sự (2015) cũng ghi nhận tỷ lệ sống 5 năm ở nhóm này chỉ khoảng 11%, tương đương các trường hợp di căn đồng thời đến buồng trứng.[9] Nistor và cộng sự (2023) chỉ ra rằng MOC kiểu lan rộng có DFS 3 năm tới 94,7%, so với 65,6% ở kiểu thâm nhiễm, củng cố vai trò tiên lượng quan trọng của mô học.[9]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này khẳng định sự cần thiết của việc đánh giá các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học để xác định tiên lượng ở bệnh nhân ung thư buồng trứng thể nhầy giai đoạn I–

III, đồng thời cung cấp bằng chứng hỗ trợ cho việc lựa chọn phương pháp điều trị và xây dựng kế hoạch theo dõi phù hợp trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Heinzelmann-Schwarz VA, Gardiner-Garden M, Henshall SM, Scurry JP, Scolyer RA, Smith AN, et al.** A distinct molecular profile associated with mucinous epithelial ovarian cancer. *British journal of cancer*. 2006;94(6):904-13. doi: 10.1038/sj.bjc.6603003. PubMed PMID: 16508639; PubMed Central PMCID: PMC1361366.
2. **Gorringe KL, Cheasley D, Wakefield MJ, Ryland GL, Allan PE, Alsop K, et al.** Therapeutic options for mucinous ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol*. 2020;156(3):552-60. Epub 20200102. doi: 10.1016/j.ygyno.2019.12.015. PubMed PMID: 31902686; PubMed Central PMCID: PMC7056511.
3. **Wang Y, Liu L, Yu Y.** Mucins and mucinous ovarian carcinoma: Development, differential diagnosis, and treatment. *Heliyon*. 2023;9(8):e19221. Epub 20230817. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e19221. PubMed PMID: 37664708; PubMed Central PMCID: PMC10468386.
4. **Jonckheere N, Skrypek N, Van Seuningen I.** Mucins and tumor resistance to chemotherapeutic drugs. *Biochim Biophys Acta*. 2014;1846(1):142-51. Epub 20140429. doi: 10.1016/j.bbcan.2014.04.008. PubMed PMID: 24785432.
5. **Hamdani SAM, Azhar M, Wahab A, Yasmeen T, Siddiqui N.** Evaluation of Outcomes of Mucinous Ovarian Cancer Treated at a Tertiary Care Cancer Hospital in Pakistan. *South Asian J Cancer*. 2023;12(1):81-6. Epub 20220822. doi: 10.1055/s-0042-1755582. PubMed PMID: 36860587; PubMed Central PMCID: PMC9970748.
6. **Schlappe BA, Zhou QC, O'Cearbhaill R, Iasonos A, Soslow RA, Abu-Rustum NR, et al.** A descriptive report of outcomes of primary mucinous ovarian cancer patients receiving either an adjuvant gynecologic or gastrointestinal chemotherapy regimen. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2019;29(5):904-9. doi: 10.1136/ijgc-2018-000150.
7. **Robert LH, Lorna JS, Samantha H, Clare B, Michael C, et al.** Clinicopathological Determinants of Recurrence Risk and Survival in Mucinous Ovarian Carcinoma. *Cancers*. 2021;13(22):5839. doi: 10.3390/cancers13225839.
8. **Dimitrios N, Dimitrios N, Benjamin BA, Emily MK, Ashley H, Robert LG, et al.** Advanced stage primary mucinous ovarian carcinoma. Where do we stand. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2020;301(4):1047-54. doi: 10.1007/S00404-020-05489-3.
9. **Sabina N, Sally E-T, Flora W, Andreas Z, Rene R, Sanjiv M, et al.** The clinicopathological characteristics and survival outcomes of primary expansile vs. infiltrative mucinous ovarian adenocarcinoma: a retrospective study sharing the experience of a tertiary centre. *Translational cancer research*. 2023;12:2682-92. doi: 10.21037/tcr-23-863.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LUỒNG TRÀO NGƯỢC BÀNG QUANG - NIỆU QUẢN NGUYÊN PHÁT BẰNG KỸ THUẬT COHEN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lại Minh Hoàn^{1,3}, Nguyễn Duy Việt², Vũ Hồng Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị luồng trào ngược bàng quang - niệu quản nguyên phát bằng kỹ thuật Cohen tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh gồm 46 bệnh nhân (BN) chẩn đoán trào ngược bàng quang - niệu quản (TNBQNG) nguyên phát được phẫu thuật điều trị bằng kỹ thuật Cohen tại khoa Ngoại tiết niệu, bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 39 tháng (9 - 140 tháng). Tỷ lệ trẻ nữ là 26,1%. Biểu hiện đa số là nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) với 80,4%. Cấy nước tiểu dương tính 34,8%, trong đó E.coli chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5%. Tất cả các trường hợp là TNBQNG 2 bên. Trào ngược mức độ trung bình (độ III) và nặng (độ IV-V) chiếm 97,8%. Siêu âm: thận nhỏ 37%, giãn hệ tiết niệu trên 56,5%. Xạ hình thận: tổn thương thận là 66,7%. Thời gian mổ trung bình: 97,8 ± 21,7 phút (60 - 160 phút). Thời gian nằm viện sau mổ: 6,5 ± 1,6 ngày (5 - 13 ngày), thời gian rút ống thông JJ sau mổ là 36,8 ± 9,8 ngày (21- 62 ngày). Biến chứng sớm: 4 trường hợp NKĐTN, 1 trường hợp tụt ống thông JJ kèm nhiễm nấm Candida tropicalis. Theo dõi xa: không ghi nhận trường hợp nào có triệu chứng NKĐTN, 3 trường hợp còn bạch cầu niệu dương tính, siêu âm đường tiết niệu còn giãn sau mổ còn 7/46 BN (15,2%), có 18/46 BN (39,1%) được chụp lại niệu đạo - bàng quang kiểm tra, tỷ lệ hết trào ngược chiếm 94,4%. **Kết luận:** Kỹ thuật tạo đường hầm dưới niêm mạc trong bàng quang của Cohen điều trị luồng trào ngược bàng quang - niệu quản nguyên phát là phương pháp an toàn, hiệu quả.

Từ khóa: nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN), trào ngược bàng quang - niệu quản (TNBQNG), kỹ thuật Cohen

SUMMARY

RESULTS OF THE COHEN TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF PRIMARY VESICoureTERAL REFLUX AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: The study was aimed to evaluate the results of Cohen technique in the treatment of primary vesicoureteral reflux at the National Children's

Hospital. **Material and methods:** A retrospective case series, 46 patients diagnosed with primary vesicoureteral reflux who underwent surgical treatment with the Cohen procedure at the Department of Urology, National Children's Hospital, from January 2020 to June 2024. **Results:** The mean age was 39 months (range 9 -140 months). The proportion of female patients was 26.1%. The majority had recurrent urinary tract infections (UTIs) at 80.4%. Positive urine cultures were found in 34.8%, among which Escherichia coli was the most prevalent pathogen at 37.5%. All cases involved bilateral vesicoureteral reflux (VUR). Moderate (grade III) and severe (grades IV-V) VUR accounted for the majority (97.8%). The rate of small kidneys detected by ultrasound was 37%, and the rate of upper urinary tract dilation was 56.5%. Among patients who underwent renal scintigraphy, the rate of renal damage was 66.7%. The average operation time was 97.8 ± 21.7 minutes (range 60-160 minutes). The average postoperative hospital stay was 6.5 ± 1.6 days (range 5-13 days), and the average time to remove the double-J stent was 36.8 ± 9.8 days (range 21-62 days). Early complications included 4 cases of febrile urinary tract infection and 1 case of double-J stent displacement complicated by Candida tropicalis infection. Long-distance monitoring: no cases of febrile urinary tract infection were recorded; 3 cases still had positive urine leukocytes but without clinical signs of infection. Postoperative urinary tract dilation decreased, with 7/46 cases (15.2%) remaining. Postoperative cystography after surgery was 18/46 cases (39.1%), showing a reflux resolution rate of 94.4%. **Conclusion:** The Cohen ureteric reimplantation under a common submucosal tunnel was safely and effectively in the treatment of primary vesicoureteral reflux.

Keywords: urinary tract infections (UTIs), vesicoureteral reflux (VUR), Cohen technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Luồng trào ngược bàng quang - niệu quản hay trào ngược bàng quang - niệu quản là hiện tượng trào ngược nước tiểu từ bàng quang vào niệu quản, có thể lên đến đài bể thận và cả trong thận. Bệnh chiếm tỷ lệ gần 1% ở trẻ khỏe mạnh nhưng lên đến từ 20% - 40% ở trẻ có nhiễm khuẩn đường tiết niệu¹. Ở trẻ em đa số các trường hợp trào ngược bàng quang - niệu quản là nguyên phát. TNBQNG có thể gây nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn mà hậu quả cuối cùng là sẹo thận và suy giảm chức năng thận. Nhiễm khuẩn tái diễn càng nhiều lần thì càng làm nguy cơ sẹo thận². Hiện nay có hai phương pháp điều trị TNBQNG là điều trị nội khoa bảo tồn và điều

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

³Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Lại Minh Hoàn

Email: drminhhoan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025