

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phụ nữ chấp nhận xét nghiệm HPV khi tầm soát ung thư cổ tử cung tại Bệnh viện Từ Dũ là 70,6%. Có đến 29,4% phụ nữ từ chối xét nghiệm, chủ yếu do thiếu kiến thức về HPV và xét nghiệm HPV, lo ngại chi phí, tâm lý sợ kết quả, thiếu tin tưởng vào hiệu quả xét nghiệm hoặc quan niệm sai lầm. Một số yếu tố liên quan đến việc không chấp nhận xét nghiệm bao gồm: chưa từng nghe về xét nghiệm HPV, quan hệ tình dục lần đầu sau 20 tuổi, và không có tiền sử bệnh phụ khoa. Cần có giải pháp cải tiến tư vấn và truyền thông y tế, đặc biệt với nhóm phụ nữ chưa từng tiếp cận thông tin về HPV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization**, WHO guideline for screening and treatment of cervical pre- cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: WHO; 2021. 2021.
2. **Rajaram, S. and B. Gupta**, Screening for cervical cancer: Choices & dilemmas. Indian J

Med Res, 2021. 154(2): p. 210-220.

3. **Koliopoulos, G., et al.**, Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. Cochrane Database Syst Rev, 2017. 8(8): p. Cd008587.
4. **Vũ Văn Du**, Kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng Ung Thư cổ tử Cung của bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương,. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, 2017. 12.
5. **Saraiya, M., A. Kwan, and C.P. Cooper**, Primary HPV testing: U.S. women's awareness and acceptance of an emerging screening modality. Prev Med, 2018. 108: p. 111-114.
6. **Nguyễn Thị Hòa, Trần Văn M**, Kiến thức và thái độ của phụ nữ trong độ tuổi sinh sản về xét nghiệm HPV tại một bệnh viện quận. Tạp chí Y học Dự phòng, 2020. 30(4): p. 67- 72.
7. **Bakker MF, et al.**, High uptake of HPV self-sampling in the Netherlands: results from three randomised population-based trials. Lancet Reg Health Eur, 2019. 394(10208):p. 2085-2091.
8. **Shao, J., et al.**, Knowledge, attitudes, and practices of human papillomavirus and self-sampling among adult women: a cross-sectional study. Front Public Health, 2024. 12:p. 1377343.

TỶ LỆ HÚT BUỒNG TỬ CUNG LẦN HAI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN ĐỐI TƯỢNG THAI TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Thị Hoàng My¹, Nguyễn Hồng Hoa¹, Lưu Minh Văn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hút buồng tử cung (BTC) là phương pháp điều trị chính bệnh thai trứng. Trước đây, thủ thuật được thực hiện hai lần để đảm bảo loại bỏ hoàn toàn mô nguyên bào nuôi. Tuy nhiên, các khuyến cáo gần đây không ủng hộ việc hút lần hai thường quy do không làm giảm nguy cơ tiến triển ác tính mà còn tăng biến chứng và chi phí. Trong thực hành lâm sàng, vẫn có một số trường hợp cần can thiệp hút BTC lần hai, nhưng hiện chưa có nhiều nghiên cứu trong nước đánh giá tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến can thiệp này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ hút BTC lần hai và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân thai trứng tại Bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu báo cáo loạt ca tiến cứu thực hiện tại Bệnh viện Từ Dũ từ 11/2024 đến 05/2025. Đối tượng là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định thai trứng, hút nạo BTC lần đầu tại viện và tái khám trong vòng 30 ngày. **Kết quả:** Sau 30 ngày theo dõi, có 12 bệnh nhân hút BTC lần hai, tỷ suất hút BTC lần hai là 12,77% (KTC 95%: 6,77 – 21,24). Thời gian trung bình giữa hai lần hút nạo BTC là 18,33 ±

8,04 ngày, dao động từ 7 đến 30 ngày. Tỷ suất sự kiện cao nhất được ghi nhận vào thời điểm tái khám sau hút nạo lần đầu 2 tuần. Sau phân tích đa biến, tỷ suất hút BTC lần hai cao hơn trên bệnh nhân có thể tích mô hút nạo lần đầu ≥ 300 mL (OR = 17,40; p = 0,024) và nồng độ β -hCG tái khám lần đầu ≥ 4303 mIU/mL (OR = 98,13; p < 0,001). **Kết luận:** Tỷ suất diễn tiến hút BTC lần hai là 12,77%. Thể tích mô hút nạo lần đầu ≥ 300 mL và nồng độ β -hCG tái khám lần đầu ≥ 4303 mIU/mL là hai yếu tố liên quan độc lập làm tăng khả năng hút BTC lặp lại.

Từ khóa: β -hCG, thể tích mô hút nạo, hút buồng tử cung lần hai, thai trứng.

SUMMARY

SECOND UTERINE EVACUATION RATE AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH HYDATIDIFORM MOLE AT TU DU HOSPITAL

Background: Uterine evacuation is the primary treatment modality for hydatidiform mole. Previously, a repeat uterine curettage is routinely performed to ensure complete removal of residual trophoblastic tissue. However, recent guidelines do not recommend routine second evacuation citing insufficient evidence of benefit in preventing malignant progression, and highlighting increased risks of complications and healthcare costs. In clinical practice, some cases still require a second uterine evacuation, yet few studies in Vietnam have evaluated the observed rate and associated factors of this intervention **Objective:** To determine the rate of second uterine evacuation and

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hoa

Email: drhonghoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025

associated factors in patients with hydatidiform mole at Tu Du Hospital. **Methods:** A prospective case series study was conducted on 94 patients with histologically confirmed hydatidiform mole who returned for follow-up within 30 days after initial uterine evacuation at Tu Du Hospital between November 2024 and May 2025. **Results:** After 30 days of follow-up, 12 patients underwent a second evacuation, corresponding to a rate of 12.77% (95% CI: 6.77–21.24). The mean interval between the two evacuations was 18.33 ± 8.04 days, ranging from 7 to 30 days. The highest event rate was observed at the two-week follow-up. Multivariate analysis showed that second evacuation was more likely in patients with an initial evacuated tissue volume ≥ 300 mL (OR = 17.40; $p = 0.024$) and serum β -hCG level at first follow-up ≥ 4303 mIU/mL (OR = 98.13; $p < 0.001$). **Conclusion:** The rate of second uterine evacuation was 12.77%. An initial evacuated tissue volume ≥ 300 mL and a serum β -hCG level ≥ 4303 mIU/mL at the first follow-up visit were independently associated with an increased likelihood of repeat evacuation.

Keywords: β -hCG, evacuated tissue volume, second uterine evacuation, hydatidiform mole.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai trứng là tình trạng bệnh lý của gai nhau đặc trưng bởi sự phát triển bất thường của các nguyên bào nuôi¹. Tần suất mắc bệnh thay đổi theo từng vùng địa lý khác nhau. Tỷ lệ thấp ở khu vực châu Âu và Bắc Mỹ² (1/1500 thai kỳ), cao ở khu vực châu Á, trong đó Việt Nam là 11,1/1000 thai kỳ³. Hút buồng tử cung (BTC) là phương pháp điều trị đầu tay nhằm loại bỏ toàn bộ mô nguyên bào nuôi. Do tính chất tăng sinh và tiềm năng ác tính của bệnh nên trước đây để đảm bảo loại sạch mô thai trứng, thủ thuật hút BTC được tiến hành hai lần. Tuy nhiên, theo các hướng dẫn gần đây của Liên đoàn Sản Phụ khoa Quốc tế (FIGO) và Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoàng gia Anh (RCOG) năm 2021, việc hút BTC lần hai thường quy không còn được khuyến cáo do không làm giảm tỷ lệ tân sinh nguyên bào nuôi, nhưng làm tăng nguy cơ biến chứng và chi phí điều trị^{1,4}.

Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Từ Dũ, vẫn có một số trường hợp bệnh nhân sau hút nạo lần đầu cần phải can thiệp hút nạo BTC lần hai dựa trên các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng cụ thể. Hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá tỷ lệ thực tế bệnh nhân cần can thiệp hút BTC lần hai, cũng như các yếu tố làm tăng nguy cơ phải hút nạo lại. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ hút buồng tử cung lần hai trên đối tượng thai trứng tại Bệnh viện Từ Dũ.

2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến khả năng hút nạo buồng tử cung lần hai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo loạt ca tiền cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ 20/11/2024 đến 15/05/2025.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ung Bướu Phụ Khoa và Phòng khám Phụ khoa (M207) – Bệnh viện Từ Dũ.

2.3. Dân số chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán thai trứng và điều trị, theo dõi tại khoa Ung Bướu Phụ Khoa – Bệnh viện Từ Dũ từ ngày 20/11/2024 đến 15/05/2025 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Những bệnh nhân được chẩn đoán thai trứng lúc nhập viện thỏa điều kiện:

- Hút nạo thai trứng lần đầu tại Bệnh viện Từ Dũ
- Kết quả giải phẫu bệnh: thai trứng toàn phần hoặc thai trứng bán phần
- Tái khám lần đầu tiên trong khoảng thời gian 30 ngày sau khi hút trứng
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có chỉ định phẫu thuật cắt tử cung trong quá trình theo dõi

- Bệnh nhân từ chối tiếp tục tham gia đề án

2.4. Cỡ mẫu: Thu thập bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu

2.5. Phương pháp, công cụ đo lường, thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân và ghi nhận từ hồ sơ bệnh án.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

Công cụ thu thập số liệu: Phiếu khảo sát thu thập số liệu.

2.6. Biến số và tiêu chí đánh giá

Biến kết cục: Tình trạng hút buồng tử cung lần hai.

Biến độc lập: Gồm 37 biến liên quan đến đặc điểm dịch tễ học, tiền sử, lâm sàng và cận lâm sàng lúc nhập viện ban đầu, đặc điểm quá trình hút nạo buồng tử cung, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thời điểm tái khám.

2.7. Quy trình nghiên cứu và xử lý số liệu

Bước 1: Sàng lọc đối tượng thỏa tiêu chuẩn nhận mẫu và không có tiêu chuẩn loại.

Bước 2: Giải thích mục đích nghiên cứu và ký đồng thuận tham gia.

Bước 3: Theo dõi quá trình hút nạo BTC, tái khám trong vòng 30 ngày từ thời điểm hút nạo BTC lần đầu.

Bước 4: Hoàn thành bảng khảo sát thu thập

số liệu.

Bước 5: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata, xử lý và phân tích số liệu trên phần mềm Stata 17.0

Bước 6: Phân tích thống kê mô tả và hồi quy Logistic đơn biến, đa biến để tìm các yếu tố liên quan đến hút nạo BTC lần hai.

Xử lý và phân tích số liệu: Việc xác định ngưỡng cắt tối ưu nồng độ β -hCG tại thời điểm tái khám đầu, chúng tôi tiến hành phân tích đường cong ROC. Từ bảng điểm cắt khi phân tích đường cong ROC, chúng tôi tính được chỉ số Youden tương ứng với mỗi ngưỡng. Ngưỡng β -hCG tương ứng với chỉ số Youden lớn nhất được chọn làm điểm cắt tối ưu cho phân tích.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học – Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thông qua theo Quyết định số 3158/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 30/10/2024. Bệnh nhân được giải thích rõ mục tiêu, quyền lợi, tính bảo mật và ký cam kết đồng thuận tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

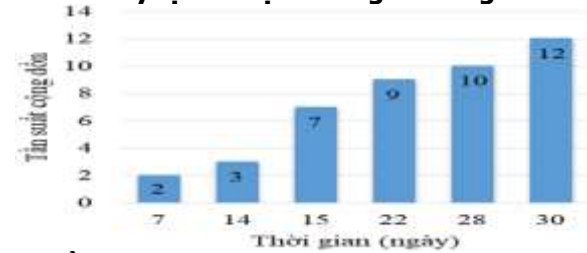
Trong thời gian từ 20/11/2024 đến 15/05/2025, chúng tôi đã tiếp cận được 158 bệnh nhân chẩn đoán lâm sàng thai trứng và có chỉ định hút nạo buồng tử cung lần đầu tại viện. Trong đó, có 137 bệnh nhân, được giải phẫu bệnh xác nhận kết quả chẩn đoán thai trứng. Theo dõi trong vòng 30 ngày sau hút nạo, có 28 ca phẫu thuật cắt tử cung do thai trứng nguy cơ cao lớn tuổi đủ con, và 15 ca không tái khám, cuối cùng còn 94 ca được đưa vào phân tích.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC). Trung vị tuổi của đối tượng nghiên cứu là 29,5 (IQR=13), dao động từ 16 đến 50 tuổi. Dân tộc Kinh chiếm đa số với tỷ lệ 90,43% và phần lớn sống ngoài TP.HCM (87,23%). Khoảng $\frac{2}{3}$ ĐTNC có mức BMI bình thường theo chuẩn người Châu Á. Hơn $\frac{1}{2}$ ĐTNC đã sinh con, tỷ lệ đã từng sinh con ≥ 2 chiếm 29,79%. Tiền căn sảy thai chiếm tỷ lệ 70,21%.

ĐTNC nhập viện với triệu chứng ra máu âm đạo chiếm 60,64%, kích thước tử cung nhỏ ≤ 12 tuần chiếm 92,56%. Triệu chứng cường giáp, tiền sản giật tương đối hiếm gặp với tỷ lệ lần lượt là 1,06% và 5,32%. Nồng độ β -hCG trước hút nạo trung bình là $265.807,9 \pm 311.913,6$

mUI/mL, trung vị là 160.096,5 mUI/mL. Tỷ lệ BN hậu thai trứng nguy cơ cao theo phân loại WHO-1983 chiếm 23,40%. Thể tích mô hút nạo lần đầu trung bình là $192,61 \pm 193,65$ mL, nhỏ nhất là 40 mL, lớn nhất là 1600 mL, trung vị là 150 mL. Tỷ lệ BN có thể tích mô hút nạo ≥ 300 mL chiếm 11,70%. Về GPB mô hút nạo lần đầu, TTTP và TTBP được ghi nhận với tỷ lệ lần lượt là 46,81% và 53,19%.

3.2. Tỷ lệ hút nạo buồng tử cung lần hai



Biểu đồ 1: Tần suất cộng dồn hút nạo BTC lần hai theo thời gian

Biểu đồ thể hiện tần suất cộng dồn số trường hợp hút nạo buồng tử cung lần hai theo thời gian. Từ biểu đồ có thể thấy tần suất cộng dồn tăng dần theo thời gian tái khám.

Cụ thể, vào ngày thứ 7 sau hút nạo lần đầu, có 2 trường hợp cần hút nạo BTC lần hai. Con số này tăng lên 3 trường hợp vào ngày thứ 14 và đạt 7 trường hợp vào ngày thứ 15. Tần suất tiếp tục tăng lên 9 vào ngày thứ 22, 10 vào ngày thứ 28 và đạt 12 trường hợp vào ngày thứ 30.

Sự gia tăng liên tục của tần suất cộng dồn phản ánh rằng nhu cầu can thiệp hút nạo BTC lần hai có thể xuất hiện rải rác trong giai đoạn theo dõi ban đầu, với xu hướng tích lũy tăng dần theo thời gian.

3.3. Đặc điểm các trường hợp hút buồng tử cung lần hai. Thể tích mô hút nạo lần hai trung bình là $94,17 \pm 101,82$ mL, thể tích nhỏ nhất là 10 mL, lớn nhất là 350 mL, trung vị là 55 mL. Ghi nhận 01 trường hợp thủng tử cung cần phẫu thuật nội soi để khâu lỗ thủng chiếm tỷ lệ 1,06%. Giải phẫu bệnh mô hút nạo lại: TTTP và TTBP ghi nhận với tỷ lệ lần lượt 46,81% và 53,19%. Tổn thương khác chiếm tổng 50% gồm: tế bào nuôi tăng sinh dị dạng (25%), tế bào nuôi không điển hình (8,33%) và mô màng rụng hoại tử (16,67%).

Bảng 1: Đặc điểm giá trị β -hCG và GPB các trường hợp hút nạo BTC lần hai

STT	β -hCG trước hút nạo lần đầu (mIU/mL)	β -hCG trước hút nạo lần hai (mIU/mL)	Khoảng cách (ngày)	GPB lần hai
1	1248757	220654	14	TTTP
2	543692	2579	28	Mô MRHT
3	492500	4569	15	Mô MRHT

4	440617	23563	7	Tế bào nuôi tăng sinh dị dạng
5	411384	166255	22	TTTP
6	205396	683	30	Tế bào nuôi tăng sinh dị dạng
7	188200	1022242	15	TTBP
8	152394	16498	30	TTTP
9	140633	9844	7	TTTP
10	122842	2043	22	Tế bào nuôi không điển hình
11	36997	202902	15	TTTP
12	13032	26904	15	Tế bào nuôi dị dạng

3.4. Các yếu tố liên quan đến hút buồng tử cung hai

Yếu tố	OR thô (KTC 95%)	P*	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	P**
Đại thể mô hút nạo				
Mô trứng	8,93 (2,38 – 33,59)	0,001	5,59 (0,88 – 35,52)	0,068
Mô trứng + mô nhau	1			
Thể tích lúc hút nạo lần đầu				
<300mL	1			
≥300mL	5,36 (1,28 – 22,35)	0,021	17,40 (1,45 – 208,85)	0,024
Lý do tái khám lần đầu				
Theo lịch hẹn	1			
Ra máu âm đạo	0,28 (0,03 – 2,32)	0,088	0,27 (0,02 – 3,22)	0,299
Nồng độ β-hCG lúc tái khám lần đầu (mUI/mL)				
<4303	1			
≥4303	53,57 (9,74 – 94,53)	<0,001	98,13 (7,96 – 1208,70)	<0,001

*: phép kiểm định Logistic đơn biến; **: phép kiểm định Logistic đa biến

Trong mô hình hồi quy Logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận hai yếu tố là thể tích hút nạo lần đầu (≥ 300 mL) và nồng độ β -hCG tái khám lần đầu (≥ 4303 mUI/mL) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ hút nạo buồng tử cung lần hai.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ hút nạo BTC lần hai trên bệnh nhân thai trứng là 12/94 tương ứng với 12,77%, tương đương với các nghiên cứu tại Bệnh viện Từ Dũ, cụ thể tỷ lệ hút nạo BTC lần hai trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Mai⁵ là 12,68% và Lê Quang Thanh⁶ là 12,8%. So với nghiên cứu nước ngoài, Yamamoto E.⁷, tỷ lệ hút nạo BTC lần hai có chọn lọc là 4/68 trường hợp, tương ứng 5,9%. Tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu chúng tôi. Nguyên nhân xuất phát từ trong NC của chúng tôi, những BN chỉ định hút BTC lần hai dựa vào hình ảnh siêu âm gợi ý sót tổ chức nguyên bào nuôi trong đó ghi nhận chủ yếu là hình ảnh echo hỗn hợp lòng tử cung (11/12 ca hút BTC lần hai). Trong đó, hình ảnh "echo hỗn hợp" là thuật ngữ mô tả phản âm không đồng nhất các cấu trúc bên trong BTC, có thể là máu cục, mô hoại tử, mảnh vỡ nội mạc tử cung... hoặc là nguyên bào nuôi còn sót. Do đó hình ảnh này, là một chỉ điểm không đặc hiệu gợi ý tình trạng sót mô nguyên bào nuôi trên siêu âm. Trong NC tác giả Yamamoto E., sử dụng tiêu chí gợi ý sót tổ chức nguyên bào nuôi trên siêu âm –

hình ảnh nang nhỏ tương ứng với mô nhau thoái hóa nước, nên chỉ định hút nạo lại sẽ thấp hơn trong NC của chúng tôi.

Sau khi phân tích đa biến, chúng tôi thu được hai yếu tố làm tăng khả năng hút nạo BTC lần hai: thể tích hút nạo lần đầu và nồng độ β -hCG lúc tái khám lần đầu. Cụ thể, thể tích hút nạo lần đầu ≥ 300 mL, tăng khả năng phải hút nạo BTC lần hai gấp 17,40 lần [KTC 95%: 1,45 – 208,85; $p = 0,024$] so với nhóm có thể tích mô hút dưới 300 mL. Mối liên quan này gợi ý rằng thể tích mô hút nạo lớn, phản ánh tình trạng tăng sinh nguyên bào nuôi lan rộng, dễ gây chảy máu, làm tăng nguy cơ sót tổ chức nguyên bào nuôi gia tăng, từ đó dẫn đến chỉ định can thiệp lại.

Dựa trên kết quả phân tích đường cong ROC, ngưỡng nồng độ β -hCG 4303 mUI/mL được xác định là điểm cắt có ý nghĩa tiên lượng hút nạo BTC lần hai. Việc lựa chọn ngưỡng này cho phép phân loại bệnh nhân một cách hiệu quả: những BN có nồng độ β -hCG tại thời điểm tái khám lần đầu ≥ 4303 mUI/mL tăng khả năng phải hút nạo BTC lần hai lên 98,13 lần [KTC 95%: 7,96 – 1208,70; $p < 0,001$] so với nhóm có nồng độ β -hCG < 4303 mUI/mL. Phát hiện này củng cố vai trò β -hCG là chỉ dấu quan trọng cho việc đánh giá mô nguyên bào nuôi còn hoạt động sau can thiệp lần đầu. Như vậy, ngưỡng 4303 mUI/mL có thể được xem xét như chỉ điểm lâm sàng có giá trị để tăng cường theo dõi và

quản lý bệnh.

Điểm mới, tính ứng dụng: NC của chúng tôi là một trong những NC đầu tiên tập trung đánh giá tỷ lệ hút BTC lần hai các yếu tố liên quan trên BN thai trứng. Cung cấp số liệu thực chứng về tình hình quản lý thai trứng. Đồng thời việc xác định hai yếu tố liên quan giúp cho bác sĩ lâm sàng các nhân hóa chỉ định hút BTC lần hai, góp phần cải thiện kết cục điều trị.

Hạn chế của nghiên cứu: kích thước mẫu hạn chế (94 trường hợp), và số lượng hút buồng tử cung lần hai trong nghiên cứu còn hạn chế (12 trường hợp). Do đó, mặc dù kết quả có ý nghĩa thống kê, chúng nên được xem như phát hiện sơ bộ, cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài hơn để có thể đưa ra khuyến nghị lâm sàng vững chắc.

V. KẾT LUẬN

Tỷ suất diễn tiến hút BTC lần hai là 12,77%. Thể tích mô hút nạo lần đầu ≥ 300 mL và nồng độ β -hCG tái khám lần đầu ≥ 4303 mUI/mL là hai yếu tố liên quan độc lập làm tăng khả năng hút BTC lặp lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. Int J Gynaecol Obstet. 2021;155(Suppl 1):86–93.
2. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. Lancet Oncol. 2003;4(11):670–8.
3. Yamamoto E, Trinh TD, Sekiya Y. The management of hydatidiform mole using prophylactic chemotherapy and hysterectomy for high-risk patients decreased the incidence of gestational trophoblastic neoplasia in Vietnam: a retrospective observational study. Nagoya J Med Sci. 2020;82(2):183–91.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of gestational trophoblastic disease: Green-top Guideline No. 38 – June 2020. BJOG. 2021;128(3):e1–27.
5. Nguyễn Thị Kim Mai, Trần Lê Thủy. Diễn tiến nồng độ β -hCG sau hút nạo thai trứng theo các hình thái lâm sàng của bệnh lý nguyên bào nuôi. Luận án Thạc sĩ Y học. TP. Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP HCM; 2020.
6. Lê Quang Thanh, Nguyễn Duy Tài. Các yếu tố tiên lượng tân sinh nguyên bào nuôi sau thai trứng tại Bệnh viện Từ Dũ. Luận án Tiến sĩ Y học. TP. Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP HCM; 2019.
7. Yamamoto E, Nishino K, Niimi K, Watanabe E, Oda Y, Ino K, Kikkawa F. Evaluation of a routine second curettage for hydatidiform mole: a cohort study. Int J Clin Oncol. 2020;25(6):1178–86.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT GEMCITABINE - CISPLATIN TRƯỚC KẾT HỢP PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TRÊN UNG THƯ BÀNG QUANG XÂM LẤN CƠ

Vũ Quang Toàn¹, Nguyễn Hồng Trường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan sống thêm ở bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ được hóa chất hỗ trợ trước phẫu thuật triệt căn kết hợp phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu 60 bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ (T2–T4aNxM0) được điều trị tại Bệnh viện K từ 8/2017–8/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau hóa chất là 81,7%. Đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học sau phẫu thuật là 25%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $75,8 \pm 4,1$ tháng; tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3, 5 và 7 năm lần lượt 84,4%; 76,7% và

65,9%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $65,9 \pm 4,6$ tháng; tỷ lệ sống thêm không bệnh 3, 5 và 7 năm lần lượt 75,5%; 63,9% và 60,7%. **Kết luận:** Hóa chất trước gemcitabine–cisplatin kết hợp phẫu thuật triệt căn đạt tỷ lệ đáp ứng cao, cải thiện thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ. Đáp ứng sau hóa chất và đáp ứng mô bệnh học sau phẫu thuật là yếu tố tiên lượng quan trọng.

Từ khóa: ung thư bàng quang, gemcitabine–cisplatin, hóa chất hỗ trợ trước.

SUMMARY

EVALUATION OUTCOMES OF NEOADJUVANT GEMCITABINE-CISPLATIN REGIMEN AND CURATIVE SURGERY IN MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER

Objectives: To evaluate treatment outcomes and associated prognostic factors with survival in patients with muscle-invasive bladder cancer (MIBC) who received neoadjuvant with gemcitabine–cisplatin regimen followed by radical cystectomy at K Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective study was

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y-Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Toàn

Email: vuquangtoan@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025