

- Circulation 149, e1-e156 (2024). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001193>
8. **Kosiuk, J. et al.** Left ventricular diastolic dysfunction in atrial fibrillation: predictors and relation with symptom severity. *Journal of cardiovascular electrophysiology* 23, 1073-1077 (2012).
9. **Watanabe, T. et al.** Optimal noninvasive assessment of diastolic heart failure in patients with atrial fibrillation: comparison of tissue doppler echocardiography, left atrium size, and brain natriuretic peptide. *J Am Soc Echocardiogr* 21, 689-696 (2008). <https://doi.org/10.1016/j.echo.2007.08.014>
10. **Abudiab, M. M., Chebrolu, L. H., Schutt, R. C., Nagueh, S. F. & Zoghbi, W. A.** Doppler Echocardiography for the Estimation of LV Filling Pressure in Patients With Mitral Annular Calcification. *JACC Cardiovasc Imaging* 10, 1411-1420 (2017). <https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2016.10.017>

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA O-RADS MRI V.2024 ACR TRONG PHÂN BIỆT U PHẦN PHỤ LÀNH TÍNH VÀ ÁC TÍNH

Nguyễn Thị Nhân¹, Nguyễn Thanh Hải¹,
Hoàng Thị Kim Khuyên¹, Lê Hồng Chiến¹, Nguyễn Quang Nam¹,
Nguyễn Ngọc Chiến¹, Nguyễn Thị Xuyên¹, Lê Ngọc Mây¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hệ thống O-RADS MRI v.2024 của Hội Điện quang Hoa Kỳ (ACR) cung cấp khung tham chiếu chuẩn hóa trong phân loại nguy cơ u phần phụ. Mặc dù đã được chứng minh hiệu quả ở nhiều quốc gia, việc áp dụng trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Phân tích mối tương quan giữa phân loại O-RADS MRI và kết quả mô bệnh học của các khối u buồng trứng, đồng thời đánh giá các dấu hiệu hình ảnh có vai trò tiên lượng ác tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu bao gồm 63 tổn thương u buồng trứng ở 57 bệnh nhân đã được chụp cộng hưởng từ (MRI) vùng chậu trước phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh từ tháng 1/2023 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Trong số 63 u buồng trứng, tỷ lệ ác tính: 28,6% (n=18), bao gồm ung thư biểu mô buồng trứng xâm lấn (n=11), ung thư dạ dày di căn buồng trứng (n=1) và u giáp biên (n=6). Sự hiện diện của mô đặc ngấm thuốc mạnh là yếu tố dự báo mạnh nhất (OR=35,6; KTC 95%: 4,15–304,7; p=0,001). Ngưỡng O-RADS MRI ≥ 4 đạt độ nhạy 78%, độ đặc hiệu 93%, với AUC 0,884. Tỷ lệ ác tính tăng theo phân độ O-RADS: 2 (0%), 3 (14,3%), 4 (75%), 5 (80%). **Kết luận:** O-RADS MRI có giá trị chẩn đoán cao trong phân biệt u phần phụ lành và ác, đặc biệt nhờ đánh giá chính xác đặc điểm mô đặc ngấm thuốc, từ đó giúp đưa ra hướng xử trí thích hợp. **Từ khóa:** O-RADS MRI; U phần phụ; Ung thư buồng trứng; Tiên lượng ác tính.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF ACR O-RADS MRI v.2024 IN DIFFERENTIATING BENIGN AND MALIGNANT ADNEXAL MASSES

Background: The Ovarian-Adnexal Reporting

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hải

Email: nguyenthanhhai0974@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

and Data System for MRI (O-RADS MRI, version 2024) developed by the American College of Radiology (ACR) provides a standardized framework for risk stratification of adnexal masses. While validated internationally, its application in Vietnam remains limited. **Purpose:** To evaluate the correlation between O-RADS MRI categories and histopathological outcomes of ovarian tumors, and to identify MRI features predictive of malignancy. **Materials and Methods:** This retrospective study included 63 ovarian lesions from 57 patients who underwent preoperative pelvic MRI with histopathological confirmation between January 2023 and July 2025. **Results:** Eighteen of 63 lesions (28.6%) were malignant, including invasive ovarian carcinoma (n=11), ovarian metastasis from gastric carcinoma (n=1) and borderline tumors (n=6). The presence of strongly enhancing solid tissue was the strongest predictor of malignancy (OR = 35.6; 95% CI: 4.15–304.7; p=0.001). An O-RADS MRI cutoff of ≥ 4 achieved a sensitivity of 78% and specificity of 93%, with an AUC of 0.884. Malignancy rates increased across O-RADS categories: 2 (0%), 3 (14.3%), 4 (75%), and 5 (80%). **Conclusion:** O-RADS MRI demonstrates high diagnostic accuracy in differentiating benign from malignant adnexal masses. The assessment of enhancing solid tissue is particularly valuable for predicting malignancy and guiding management. **Keywords:** O-RADS MRI; Adnexal mass; Ovarian cancer; Malignancy prediction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong ung thư phụ khoa. Chẩn đoán sớm quyết định điều trị. Siêu âm là bước đầu nhưng 18–35% tổn thương phần phụ vẫn không xác định được bản chất, dẫn đến xử trí chưa tối ưu[1,2].

Cộng hưởng từ (MRI) vùng chậu cung cấp thông tin chẩn đoán tốt hơn siêu âm, đặc biệt giúp phân biệt tổn thương lành/ác qua đặc điểm

mô đặc ngấm thuốc và đường cong ngấm thuốc[2]. Nhằm chuẩn hóa đánh giá tổn thương phần phụ trên MRI, hội điện quang Hoa Kỳ (ACR) đã giới thiệu hệ thống O-RADS MRI lần đầu năm 2020[2,3], phiên bản cập nhật mới nhất năm 2024, hoàn chỉnh hơn về thuật ngữ và chiến lược đánh giá thang điểm O-RADS[4]. Hệ thống này phân loại tổn thương từ O-RADS 1 đến 5 theo nguy cơ ác tính. Nhiều nghiên cứu đã xác nhận O-RADS MRI đạt độ nhạy ~90%, độ đặc hiệu ~90% trong chẩn đoán phân biệt tổn thương lành tính và ác tính[5,7].

Tại Việt Nam, việc triển khai O-RADS MRI còn gặp nhiều hạn chế do chưa có hệ thống đào tạo chuẩn hóa về O-RADS.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá mối liên quan giữa phân loại O-RADS MRI và kết quả mô bệnh học của tổn thương u buồng trứng, đồng thời phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tính chính xác khi áp dụng hệ thống phân loại này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu thực hiện trên 57 bệnh nhân u buồng trứng được chụp MRI vùng chậu và phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City từ ngày 1/1/2023 đến ngày 31/7/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: (1) có khối u buồng trứng đã được phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học; (2) đã chụp MRI trước phẫu thuật trong vòng 30 ngày; (3) hình ảnh đủ tiêu chuẩn O-RADS MRI ACR [4]; (4) chưa điều trị trước đó (phẫu thuật, hóa/tri xạ).

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: Các trường hợp nang sinh lý, u nguồn gốc từ tử cung hoặc cơ quan lân cận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Cộng hưởng từ:

Tất cả bệnh nhân được chụp MRI vùng chậu trên hệ thống 3.0 Tesla theo quy trình chuẩn của ACR O-RADS MRI [1,2]. Các chuỗi xung gồm: T2WI đa bình diện, T1WI axial, T1W axial xóa mỡ trước và sau tiêm gadolinium, khuếch tán (DWI), và động học tương phản (DCE). DCE được thu thập trong vòng 3 phút sau tiêm, chu kỳ 15 giây/lần, tạo biểu đồ đường cong cường độ ngấm thuốc (Time-intensity curve - TIC)[2,5,7].

Phân loại O-RADS MRI: Mỗi tổn thương được phân loại theo hệ thống O-RADS MRI ACR phiên bản năm 2024 từ 2 đến 5, dựa vào hình thái tổn thương, loại dịch trong nang, sự hiện diện của mô đặc và đặc điểm đường cong ngấm thuốc (TIC type I, II, III)[1,2,7]. Phân loại O-RADS MRI được định nghĩa như sau: O-RADS 2

(nguy cơ ác tính <0,5%), O-RADS 3 ($\leq 5\%$), O-RADS 4 (~50%) và O-RADS 5 (>90%) [4,6]. Ngưỡng nghi ngờ ác tính trong nghiên cứu được chọn là O-RADS MRI ≥ 4 .

Chẩn đoán xác định dựa vào tiêu chuẩn vàng là kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

Các biến số thu thập gồm 13 biến: Tuổi, tiền mãn kinh, CA125, số tổn thương, kích thước, hình thái, loại dịch trong nang, mô đặc, TIC type, O-RADS, giải phẫu bệnh, dưới nhóm, nguy cơ ác tính.

2.3 Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS. Hiệu suất chẩn đoán được đánh giá gồm độ nhạy, đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính và âm tính (PPV, NPV), độ chính xác. Ngưỡng ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

2.4 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các quy định của bệnh viện về nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân và tổn thương trong nghiên cứu.

Đặc điểm	Toàn bộ (N=57 bệnh nhân, 63 tổn thương)	U lành tính (N=45)	U ác tính (N=18)
Tuổi, trung vị (khoảng)	36,5 (11–83)	33 (11–83) tuổi	48 (18–74) tuổi
Mãn kinh, n(%)	15 (26,3%)	8 (17,8%)	7 (36,8%)
Có triệu chứng, n(%)	46 (71,9%)	28 (62,2%)	16 (88,9%)
CA-125 > 35 U/mL, n/N (%)	14/44 (31,8%)*	7/29 (24,1%)*	7/15 (46,7%)*

Ghi chú: *CA-125 chỉ được xét nghiệm ở 44 bệnh nhân (29 u lành, 15 u ác).

Nhận xét: + Nhóm nghiên cứu có 57 bệnh nhân (63 khối u phần phụ đã phẫu thuật và đối chiếu mô bệnh học: 2 bệnh nhân u ác tính buồng trứng 2 bên, 4 bệnh nhân u lành tính buồng trứng hai bên). Tuổi trung bình $38,7 \pm 16,6$; trung vị 36,5 (11–83 tuổi). Nhóm u ác tính lớn tuổi hơn nhóm lành (48 vs. 33; $p \approx 0,03$). Có 15/57 bệnh nhân (26,3%) mãn kinh, cao hơn ở nhóm ác (36,8% vs. 17,8%; $p = 0,18$).

+ 46/63 khối (73,0%) có triệu chứng, hầu hết u ác (94,7%) so với 62,2% u lành ($p \approx 0,02$). CA-125 đo ở 44 ca, trung vị nhóm ác 33,1 U/mL so với 15,9 U/mL nhóm lành, dao động lớn. 46,7% u ác và 24,1% u lành có CA-125 > 35 U/mL.

3.2. Đặc điểm mô bệnh học:

Bảng 2: Phân bố chẩn đoán mô bệnh

học của các khối u phần phụ

Loại tổn thương	Số ca (tỷ lệ %)
U lành tính (n=45)	45 (71,4%)
- U quái trưởng thành (dermoid)	16 (35,6%)
- U nang tuyến thanh dịch lành	12 (26,7%)
- U nang tuyến nhày lành	7 (15,6%)
- Nang lạc nội mạc tử cung	4 (8,9%)
- U xơ buồng trứng (Fibroma)	2 (4,4%)
- U quái tuyến giáp (Struma ovarii)	2 (4,4%)
- U Brenner lành tính	1 (2,2%)
-U nang tuyến nhày-thanh dịch	1 (2,2%)
U ác tính (n=18) †	18 (28,6%)
- Carcinôm thanh dịch xâm lấn	5 (26,3%)
- Carcinôm tế bào sáng	4 (21,1%)
- Carcinôm dạng nội mạc	2 (10,5%)
- U giáp biên thanh dịch	5 (26,3%)
- U giáp biên nhày	1 (5,3%)
- Carcinôm di căn (Krukenberg)	1 (5,3%)

Ghi chú: †Nhóm u ác tính bao gồm cả các u giáp biên (borderline); cụ thể 6/18 trường hợp là u giáp biên buồng trứng.

Nhận xét:

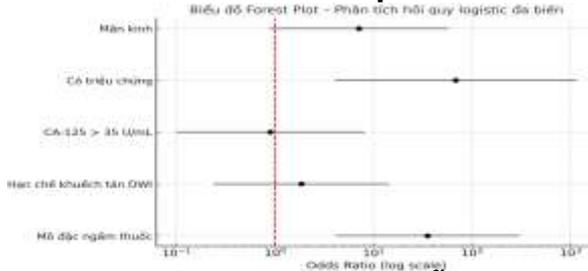
+ Trong 63 khối u, 45 (70,3%) lành tính và 18 (28,6%) ác tính (tính cả u giáp biên). U quái trưởng thành gặp nhiều nhất trong nhóm lành (35,6%), tiếp theo là u nang tuyến thanh dịch (26,7%).

Bảng 3: Giá trị chẩn đoán theo ngưỡng O-RADS MRI.

Ngưỡng O-RADS (≥)	TP	FP	TN	FN	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị chẩn đoán dương tính	Giá trị chẩn đoán âm tính	Độ chính xác
2	18	45	0	0	1.0	0.0	0.29	Nil	28.57
3	18	21	24	0	1.0	0.53	0.46	1.0	66.67
4	14	4	42	3	0.82	0.91	0.78	0.93	88.89
5	8	2	45	8	0.5	0.96	0.8	0.85	84.13

Nhận xét: Ngưỡng O-RADS MRI từ 4 trở lên được coi là xét nghiệm dương tính, hệ thống O-RADS MRI đạt độ nhạy 82%, độ đặc hiệu 91% trong chẩn đoán phân biệt u ác tính. Giá trị tiên đoán dương tính (PPV) là 78% và giá trị tiên đoán âm tính (NPV) đạt 93%, độ chính xác đạt 88,89% trong nghiên cứu.

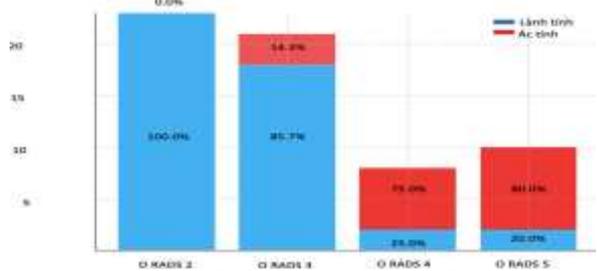
3.4. Phân tích đa biến dự đoán ác tính



Hình 2: Biểu đồ Forest biểu diễn OR (log-scale) và khoảng tin cậy 95% cho các yếu tố độc lập dự báo ác tính theo phân tích hồi quy logistic đa biến

+ Nhóm ác tính gồm 11 ca ung thư biểu mô buồng trứng xâm lấn, 6 u giáp biên và 1 ca di căn buồng trứng từ ung thư dạ dày.

3.3. Đặc điểm hình ảnh học MRI và hiệu năng chẩn đoán O-RADS MRI



Hình 1. Phân bố O-RADS MRI theo nhóm mô bệnh học

Ghi chú: Không có trường hợp O-RADS 1 trong nghiên cứu do các khối u đều có tổn thương thực thể, đã phẫu thuật. Phân loại O-RADS 2-3 là nguy cơ thấp, O-RADS 4-5 là nguy cơ cao (ngưỡng nghi ngờ ác tính).

Nhận xét: Phân loại O-RADS MRI cho thấy phân tầng nguy cơ rõ: 24 khối (38,1%) O-RADS 2 (nguy cơ rất thấp) 0% ác tính, 21 khối (33,3%) O-RADS 3 (trung bình thấp) 14,3% ác tính, 8 khối (12,7%) O-RADS 4 (trung bình cao) 75,0% ác tính, và 10 khối (15,9%) O-RADS 5 (rất cao) 80% ác tính. Hầu hết O-RADS 4-5 là ác tính, còn O-RADS 2-3 chủ yếu lành.

Ghi chú: Đường thẳng đứng màu đỏ tương ứng OR = 1 (mốc không ảnh hưởng). Các yếu tố nằm bên phải đường 1 có OR > 1 nghĩa là làm tăng khả năng khối u ác tính.

Nhận xét: + Kết quả cho thấy sự hiện diện của thành phần mô đặc ngấm thuốc mạnh là yếu tố dự báo độc lập mạnh nhất cho u ác tính.

+ Khối u có mô đặc tăng sinh mạch làm tăng nguy cơ ác tính khoảng 35 lần so với khối không có mô đặc ngấm thuốc (OR = 35,6; CI 95%: 4,2-304,7; p = 0,001).

+ Yếu tố có triệu chứng lâm sàng cũng liên quan độc lập với ác tính, với OR = 68,6 (CI 95%: 4,1-1156; p = 0,003).

+ Ngược lại, tăng CA-125 > 35 U/mL không cho thấy ý nghĩa thống kê trong mô hình sau khi đã hiệu chỉnh các yếu tố khác (OR = 0,90; CI 95%: 0,10–8,23; p = 0,93). Tương tự, tín hiệu hạn chế khuếch tán DWI đơn thuần không phải là yếu tố độc lập (p = 0,55).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy O-RADS MRI giúp phân biệt u phần phụ lành và ác với độ chính xác cao. Độ đặc hiệu đạt 91%, độ nhạy 82% cho khối u ác. Kết quả này tương đồng các báo cáo quốc tế: Thomassin-Naggara và cộng sự báo cáo ngưỡng O-RADS ≥ 4 đạt độ nhạy 93% và đặc hiệu 91%[8]. Trong nghiên cứu này, tất cả ung thư buồng trứng xâm lấn đều được phân loại đúng (O-RADS 4,5). Các âm tính giả chủ yếu là u giáp biên, thường không có đặc điểm xâm lấn nên dễ bị xếp nhóm nguy cơ thấp[7,8].

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây về O-RADS MRI. Nhóm IOTA và ACR báo cáo độ nhạy 93% và đặc hiệu 91%[6]. Mitchell và cộng sự cho thấy MRI có độ nhạy cao hơn O-RADS US với độ nhạy lần lượt là 100% và 95,2%[6]. Nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm của Thomassin-Naggara và cộng sự cho thấy hệ thống phân loại nguy cơ O-RADS MRI cho hiệu quả chẩn đoán cao với độ nhạy 93%, độ đặc hiệu 91%, giá trị tiên đoán dương 90% và giá trị tiên đoán âm 98% trong phát hiện ung thư, khi xuất hiện một số đặc điểm hình ảnh đặc trưng như đường cong TIC type III[9]. Nhìn chung, bổ sung O-RADS MRI nâng cao tính đặc hiệu, giúp giảm phẫu thuật không cần thiết mà không bỏ sót ung thư[8].

Kết quả cũng làm rõ hạn chế và sai số thường gặp đã nêu trong y văn. Các trường hợp âm và dương tính giả chủ yếu có liên quan đến nhận định sai mô đặc. Trong 63 u, 3/4 dương tính giả là u lành có cấu trúc bên trong ngấm thuốc (2 struma ovarii, 1 u nang thanh dịch), dễ bị nhầm ác tính. Theo O-RADS, chỉ cần phát hiện thành phần mỡ điển hình là đủ để xếp loại 2, bất kể phần đặc bắt thuốc[2]. Ở nhóm âm tính giả, ghi nhận 3 u giáp biên O-RADS 2,3 với vách mỏng, bề mặt trơn, mô đặc không rõ hoặc bắt thuốc nhẹ type I. Các ca này cho thấy giới hạn hình ảnh: u giáp biên hoặc ung thư nhỏ, nếu không có dấu hiệu ác tính rõ, MRI có thể bỏ sót, cần theo dõi chặt khi nghi ngờ[8].

Phân tích đa biến cho thấy mô đặc ngấm thuốc mạnh là dấu hiệu quan trọng nhất gợi ý ác tính, phù hợp với sự hiện diện mô đặc ngấm thuốc là tiêu chí quan trọng trong phân loại O-RADS MRI. Theo đó, tổn thương có mô đặc bắt

thuốc sớm, mạnh được xếp tối thiểu loại 4, nguy cơ ác tính khoảng 50%[4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định trên, với 15/18 u ác có mô đặc ngấm thuốc, OR rất cao (35,6); 24/24 tổn thương xếp loại O-RADS 2 không mô đặc đều lành tính.

Thách thức đặt ra là xác định đúng mô đặc thật sự, tức mô có tín hiệu/cấu trúc riêng biệt và bắt thuốc sau tiêm[5,8]. Các cấu trúc giống mô đặc nhưng không ngấm thuốc (cục máu đông, mô hoại tử, màng bã) không được xem là đáng ngại. Mẫu bì (Rokitansky nodule) trong u quái bắt thuốc là lành tính[3,4]. O-RADS MRI khuyến cáo kết hợp T1W, T2W, DWI, TIC: mô đặc giảm tín hiệu mạnh trên T2W, DWI, ngấm thuốc TIC type I, khả năng cao là lành (u xơ buồng trứng) [6]. Ngược lại, mô đặc ác tính thường tín hiệu trung bình hoặc cao trên T2W, hạn chế khuếch tán rõ, TIC type III[9].

Ngoài ra, các dấu hiệu MRI khác cũng hỗ trợ chẩn đoán. Hạn chế khuếch tán DWI thường gặp ở khối ác do mật độ tế bào cao; 74% ung thư buồng trứng trong nghiên cứu của chúng tôi có DWI(+). Tuy nhiên, DWI đơn thuần ít đặc hiệu vì các khối lành (nang lạc nội mạc, áp-xe) cũng hạn chế khuếch tán[3]. Biểu đồ đường cong ngấm thuốc (TIC) type III- ngấm nhanh, mạnh- gợi ý ác, type I- ngấm chậm, ít- gợi ý lành, type II trung gian. Đa số ung thư có TIC type III, u lành thường type I. Tuy nhiên, u giáp biên đôi khi type I, và u lành như struma ovarii vẫn type III[1,3,8]. Vì vậy, nên kết hợp TIC với các chuỗi xung khác và bối cảnh lâm sàng. Dấu hiệu ngoài buồng trứng: tràn dịch ổ bụng, nốt di căn phúc mạc gần như khẳng định ác tính; 5/5 ca trong loạt ca của chúng tôi có dấu hiệu này đều là ung thư (O-RADS 5). Theo ACR O-RADS, nốt di căn phúc mạc hoặc tràn dịch ổ bụng không do nguyên nhân khác được xếp loại 5[4].

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nhỏ (63 khối u, 18 ác tính) làm giảm ý nghĩa thống kê và mở rộng khoảng tin cậy. Thứ hai, thiết kế hồi cứu một trung tâm với đối tượng đều phẫu thuật có thể tạo thiên hướng đánh giá cao nguy cơ. Nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn, theo dõi các ca bảo tồn sẽ cho đánh giá toàn diện hơn.

Hệ thống O-RADS MRI cung cấp ngôn ngữ thống nhất, thang điểm nguy cơ để hỗ trợ xử trí khối u phần phụ, có độ đặc hiệu cao, giúp giảm đáng kể các phẫu thuật không cần thiết ở u lành, đặc biệt ở phụ nữ trẻ còn nhu cầu sinh sản. Chúng tôi đồng thuận với khuyến cáo sử dụng MRI khi siêu âm thấy khối nghi ngờ O-RADS US 4,5[1,6]. Tại cơ sở chúng tôi, khuyến nghị: (1)

Khối nghi ngờ, có yếu tố nguy cơ nên được đánh giá bằng MRI vùng chậu. (2) O-RADS MRI 1–2 có thể theo dõi hoặc mổ chọn lọc. (3) O-RADS MRI 4,5 cần hội chẩn và phẫu thuật chuyên sâu[8]. (4) Khi đọc MRI, bác sĩ cần tuân thủ thuật ngữ và tiêu chí O-RADS[4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy O-RADS MRI có độ tin cậy và độ đặc hiệu cao trong phân loại tổn thương buồng trứng, giúp định hướng điều trị phù hợp cho các trường hợp nghi ngờ ác tính, đồng thời giảm can thiệp, phẫu thuật không cần thiết đối với các tổn thương lành tính. Dấu hiệu mô đặc ngấm thuốc sớm, mạnh, tương ứng với O-RADS MRI 4-5 là yếu tố then chốt nâng cao độ chính xác của chẩn đoán và định hướng chiến lược điều trị tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dabi Y, Rockall A, Sadowski E, Touboul C, Razakamanantsoa L, Thomassin-Naggara I, et al.** O-RADS MRI to classify adnexal tumors: from clinical problem to daily use. *Insights Imaging*. 2024 Jan 30;15(1):29.
2. **Sadowski EA, Thomassin-Naggara I, Rockall A, Maturen KE, Forstner R, Jha P, et al.** O-RADS MRI Risk Stratification System: Guide for Assessing Adnexal Lesions from the ACR O-RADS Committee. *Radiology*. 2022 Apr;303(1):35–47.
3. **Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, Froyman W, Benacerraf BR, Bennett GL, et al.** O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data

- System Committee. *Radiology*. 2020 Jan;294(1):168–85.
4. **American College of Radiology.** O-RADS™ MRI Risk Stratification and Management System. Reston (VA): American College of Radiology; <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Clinical-Tools-and-Reference/Reporting-and-Data-Systems/O-RADS/MRI>
5. **Sadowski EA, Stein EB, Thomassin-Naggara I, Rockall A, Nougaret S, Reinhold C, et al.** O-RADS MRI After Initial Ultrasound for Adnexal Lesions: AJR Expert Panel Narrative Review. *Am J Roentgenol*. 2023 Jan;220(1):6–15.
6. **Mitchell S, Gleeson J, Tiwari M, Bailey F, Gaughran J, Mehra G, et al.** Accuracy of ultrasound, magnetic resonance imaging and intraoperative frozen section in the diagnosis of ovarian tumours: data from a London tertiary centre. *BJC Rep*. 2024 July 2;2(1):50.
7. **Kılıçkap G.** Diagnostic performance of the O-RADS MRI system for magnetic resonance imaging in discriminating benign and malignant adnexal lesions: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Diagn Interv Radiol*. 2024 July 8; <https://dirjournal.org/articles/doi/dir.2024.242784>
8. **Thomassin-Naggara I, Belghitti M, Milon A, Abdel Wahab C, Sadowski E, Rockall AG, et al.** O-RADS MRI score: analysis of misclassified cases in a prospective multicentric European cohort. *Eur Radiol*. 2021 Dec;31(12):9588–99.
9. **Thomassin-Naggara I, Poncet E, Jalaguier-Coudray A, Guerra A, Fournier LS, Stojanovic S, et al.** Ovarian-Adnexal Reporting Data System Magnetic Resonance Imaging (O-RADS MRI) Score for Risk Stratification of Sonographically Indeterminate Adnexal Masses. *JAMA Netw Open*. 2020 Jan 24;3(1):e1919896.

TÌNH TRẠNG VIÊM LỢI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SINH VIÊN NĂM NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI NĂM 2024

Hoàng Tuyết Linh¹, Trịnh Đình Hải¹, Đỗ Thị Thu Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng viêm lợi và nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng viêm lợi ở sinh viên năm nhất Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 205 sinh viên năm nhất Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội tại Phòng khám Đa khoa 182 Lương Thế Vinh từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025. **Kết quả:** 68,8% sinh viên có biểu hiện viêm lợi, chủ yếu ở mức nhẹ (51,7%). Chảy máu rãnh lợi phần

lớn ở mức ít (53,2%), không có trường hợp nào chảy máu rất nhiều. Tình trạng vệ sinh răng miệng đa số đạt mức từ trung bình đến tốt, chiếm 87,8%. Nghiên cứu xác định được mối liên quan rõ rệt giữa tình trạng viêm lợi với các yếu tố như tần suất sử dụng thực phẩm chứa đường và acid, tần suất chải răng, sử dụng chỉ nha khoa, nước súc miệng và thăm khám nha sĩ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tình trạng viêm lợi vẫn phổ biến ở sinh viên năm nhất và có mối liên quan rõ rệt đến thói quen vệ sinh răng miệng và chế độ ăn uống chứa nhiều đường, acid. Nghiên cứu khuyến nghị tăng cường truyền thông giáo dục và xây dựng các chương trình can thiệp phù hợp để cải thiện sức khỏe răng miệng trong cộng đồng sinh viên.

Từ khoá: viêm lợi, sinh viên, vệ sinh răng miệng, thói quen ăn uống.

SUMMARY

GINGIVITIS STATUS AND SOME RELATED

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tuyết Linh

Email: linhh9233@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.12.2025

Ngày duyệt bài: 12.01.2026