

năm cuối Đại học Y Dược TP. HCM. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có một số hạn chế như chưa có thang đo cụ thể về kiến thức và thái độ, bộ câu hỏi chưa được chuẩn hóa. Đồng thời có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn, các mối liên quan giữa một số biến số với kiến thức, thái độ vẫn chưa cho thấy có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này, mặc dù đã được chứng minh trong các nghiên cứu trước đây.

Đề xuất: Trong các buổi sinh hoạt công dân đầu khóa của sinh viên năm cuối, phổ biến thêm nội dung về tư vấn và khám SKTKKH. Ngoài ra, cần tiến hành thêm các nghiên cứu về tư vấn và khám SKTKKH ở các nhóm đối tượng là sinh viên các chuyên ngành khác, với cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quốc Hội.** Luật hôn nhân và gia đình. Hà Nội 2014. p. 6-7.
- Memish ZA, Saeedi MY.** Six-year outcome of the national premarital screening and genetic counseling program for sickle cell disease and beta-thalassemia in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* 2011;31(3):229-35. Epub 2011/05/31. doi: 10.4103/0256-4947.81527. PubMed PMID: 21623050; PubMed Central PMCID: PMC3119961.
- Hesketh T.** Getting married in China: pass the medical first. *BMJ.* 2003;326(7383):277-9. Epub 2003/02/01. doi: 10.1136/bmj.326.7383.277. PubMed PMID: 12560286; PubMed Central PMCID: PMC1125129.
- Đặng Phi Yến.** Khảo sát kiến thức về sức khỏe sinh sản - tiền hôn nhân cho nhóm đối tượng là vị thành niên - thanh niên và các cặp nam, nữ chuẩn bị kết hôn năm 2011. 2011.
- Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019** [Internet]. 2019 [cited 21/02/2023]. Available from: <https://vietnam.unfpa.org/vi/news/k%E1%BA%B Ft-qu%E1%BA%A3-t%E1%BB%95ng-%C4%91i%E1%BB%81u-tra-d%E1%BB%91-v%E1%BB%9F-n%E1%BB%83m-2019>.
- J H, R K, M S, F A.** Evaluation of Nursing Students' Concept Concerning Premarital Counseling and Examination. *Egyptian Journal of Health Care.* 2019;10(2):227-36. doi: 10.21608/ejhc.2019.46254.
- Alhowiti A, Shaqran T.** Premarital Screening Program Knowledge and Attitude among Saudi University Students in TABUK City 2019. *International Journal of Medical Research and Health Sciences.* 2019;8:75-84.
- Ali M, Elshabory N, Hassan HE, Nehad, Zahra, Alrefai H, editors.** Perception about Premarital Screening and Genetic Counseling Among Males And Females Nursing Students 2018.

KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ U TẾ BÀO MÀM ÁC TÍNH NGOÀI SỢ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Đào Thị Thanh An¹, Tô Thùy Nhi², Nguyễn Hoan Châu², Trương Đình Khải¹, Trần Diệp Tuấn¹

TÓM TẮT

Tổng quan và mục tiêu: U tế bào mầm là nhóm bệnh ác tính có nguồn gốc từ các tế bào sinh dục trong quá trình phát triển và di chuyển. U có thể xuất phát từ đường sinh dục như tại tinh hoàn, buồng trứng, hay ngoài sinh dục như u nội sọ, u trung thất, cùng cụt, tử cung, âm đạo và chiếm 3,5% các loại ung thư trẻ em dưới 15 tuổi. Các biện pháp điều trị u tế bào mầm ác tính bao gồm phẫu thuật, hoá trị và xạ trị trong đó xạ trị ngày càng ít được sử dụng vì những hậu quả lâu dài do tia xạ gây ra trên trẻ em. Nghiên cứu này với mục tiêu mô tả tiên lượng sau ít nhất 2 năm điều trị của u tế bào mầm ác tính ngoài sọ và các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca ở trẻ Tất cả những

bệnh nhi được chẩn đoán u tế bào mầm ác tính ngoài sọ tại Khoa Ung Bướu Huyết Học, Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 01/01/2011 đến 31/07/2019. Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm REDCap và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Đánh giá hiệu quả điều trị qua EFS và OS: sử dụng phương pháp Kaplan-Meier để ước lượng tỷ lệ sống còn và so sánh bằng phương pháp log-rank test 2 chiều. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Chúng tôi ghi nhận 69 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu trong đó u tế bào mầm ác tính tại đường sinh dục chiếm 69,6%. Tổng thời gian theo dõi trung bình là 53,3 tháng, tỉ lệ sống toàn bộ vào 24 tháng và 60 tháng đều là 92,5%; tỉ lệ sống không biến cố vào 24 tháng và 60 tháng đều là 91%. Tỉ lệ tái phát là 5,8%, tỉ lệ bỏ trị hay không tuân thủ điều trị là 11,6%. Tỉ lệ sống toàn bộ u tế bào mầm giai đoạn I-II là 100%, giai đoạn III-IV là 86,2%. Tỉ lệ sống không biến cố u tế bào mầm ác tính ngoài sọ giai đoạn I-II là 97%, giai đoạn III-IV là 86,2%. Các yếu tố có liên quan đến tỉ lệ sống toàn bộ 5 năm thấp là phân tầng nguy cơ, giai đoạn u khi chẩn đoán, tình trạng tăng AFP > 10,000 kU/L, tình trạng LDH > 400 IU/L khi chẩn đoán, tình trạng bỏ trị. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sống 5 năm không biến cố là phân tầng

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh An

Email: daothithanhan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023

nguy cơ, tình trạng tăng LDH khi chẩn đoán, vị trí khối u. **Kết luận:** U tế bào mầm ác tính ngoài sọ ở trẻ em có tiên lượng rất tốt, tương đương với kết quả điều trị trong nước và khu vực với OS 5 năm là 92,5%; EFS 5 năm là 91%. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sống 5 năm toàn bộ thấp là phân tầng nguy cơ cao, giai đoạn III-IV khi chẩn đoán, tăng AFP > 10,000 kU/L, tăng LDH > 400 IU/L khi chẩn đoán và tình trạng bỏ trị. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sống 5 năm không biến cố thấp là phân tầng nguy cơ cao, tình trạng tăng LDH > 400 IU/L, vị trí khối u ngoài sinh dục.

Từ khóa: u tế bào mầm, u mầm, u tế bào mầm ác tính, u tế bào mầm ngoài sọ.

SUMMARY

OUTCOME AND FACTORS RELATED TO OUTCOME OF OF EXTRA-CRANIAL MALIGNANT GERM CELL TUMORS IN CHILDREN HOSPITAL 2

Background and aims: Germ cell tumors are a group of malignancies that originate in sex cells during development and migration. Tumors can originate from the genital tract such as testes, ovaries, or extra-genital such as intracranial, mediastinal, sacral, uterine, vaginal and account for 3.5% of all childhood cancers. under 15 years old. Treatment options for germ cell malignancies include surgery, chemotherapy, and radiation therapy, of which radiotherapy is avoided because of the long-term consequences of radiation exposure in children. This study aimed to describe the prognosis after at least 2 years of treatment of extra-cranial malignant germ cell tumors and associated factors. **Methods:** A prospective descriptive case series study in children all pediatric patients were diagnosed with extra-cranial malignant germ cell tumors at the Department of Hematology Oncology, Children's Hospital 2 from January 1, 2011 to July 31, 2019. Data were entered using REDCap software and analyzed using SPSS 20.0 software. Evaluation of treatment effectiveness through EFS and OS: using the Kaplan-Meier method to estimate the survival rate and compare it with the 2-way log-rank test method. A value of $p < 0.05$ was considered to be statistically significant. **Results:** We recorded 69 patients who met the sampling criteria, in which malignant germ cell tumors in the genital tract accounted for 69.6%. The mean total follow-up time was 53.3 months, the overall survival at 24 months and 60 months were both 92.5%; The 24-month and 60-month event-free survival rates were both 91%. The relapsed rate is 5.8%, the rate of treatment abandonment or non-adherence is 11.6%. The overall survival rate of germ cell tumors stage I-II is 100%, stage III-IV is 86.2%. The event-free survival rate for stage I-II malignant germ cell tumor stage I-II is 97%, stage III-IV is 86.2%. Factors associated with 5-year overall survival were risk stratification, tumor stage at diagnosis, AFP status > 10,000 kU/L, LDH status > 400 IU/L at diagnosis, and abandonment status. Factors associated with 5-year event-free survival were risk stratification, elevated LDH status at diagnosis, and tumor location. **Conclusions:** Malignant extra-cranial germ cell tumors in children

have an excellent outcome with 92,5% 5-year OS and 91% 5-year EFS, equivalent to the results of treatment in the country and the region. Factors associated with poor 5-year OS were high risk stratification, stage III-IV at diagnosis, AFP > 10,000 kU/L, LDH > 400 IU/L at diagnosis, and abandonment status. Factors associated with poor 5-EFS survival were high risk stratification, LDH elevation > 400 IU/L and extra-cranial tumors.

Keywords: germ cell tumor, malignant germ cell tumor, extra-cranial malignant germ cell tumor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tế bào mầm là nhóm bệnh ác tính có nguồn gốc từ các tế bào sinh dục trong quá trình phát triển và di chuyển. U có thể xuất phát từ đường sinh dục như tại tinh hoàn, buồng trứng, hay ngoài sinh dục như u nội sọ, u trung thất, cùng cụt, tử cung, âm đạo và chiếm 3,5% các loại ung thư trẻ em dưới 15 tuổi. Các biện pháp điều trị u tế bào mầm ác tính bao gồm phẫu thuật, hoá trị và xạ trị trong đó xạ trị ngày càng ít được sử dụng vì những hậu quả lâu dài do tia xạ gây ra trên trẻ em. Các đặc điểm khi chẩn đoán góp phần tiên lượng bệnh đã được ghi nhận như giai đoạn khối u, sự gia tăng các dấu ấn khối u, giải phẫu mô bệnh học, vị trí ngoài sinh dục.

Nghiên cứu này với mục tiêu mô tả kết cục điều trị bao gồm tổng thời gian điều trị, tỷ lệ sống còn toàn bộ, tỷ lệ sống không biến cố, tỷ lệ tái phát, tỷ lệ bỏ trị và các yếu tố liên quan đến kết cục điều trị u tế bào mầm ác tính ngoài sọ tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ kết cục điều trị, tỉ lệ sống toàn bộ, tỉ lệ sống không biến cố vào thời điểm 2 năm, 5 năm và các yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca

Dân số nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhi được chẩn đoán u tế bào mầm ác tính ngoài sọ tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2011 đến 31/07/2019.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi < 16 tuổi. Nhập viện tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2011 đến 31/07/2019. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định u tế bào mầm ác tính ngoài sọ với giải phẫu bệnh xác định là một trong các loại sau: u mầm bào tinh hoàn, u nghịch mầm buồng trứng, u túi noãn hoàng, carcinoma đệm nuôi, carcinoma phôi, u nguyên bào sinh dục, u tế bào mầm hỗn hợp ác tính, u quái có thành phần u tế bào mầm ác tính

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã điều trị ở bệnh viện khác nhập viện Nhi Đồng 2 ở giai đoạn tái phát. Giải phẫu bệnh không rõ ràng, thay đổi chẩn đoán xác định sau thời gian theo dõi và điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 69 bệnh nhân theo tiêu chuẩn chọn mẫu với các đặc điểm như sau:

Bảng 13. Đặc điểm dịch tễ của dân số nghiên cứu

Đặc điểm dân số nghiên cứu		
Tuổi	Tất cả, trung vị ± KTPV (tháng)	25 (14;102,5)
	Nhóm tuổi	< 11 tuổi 56 (81,2%) ≥ 11 tuổi 13 (18,8%)
Giới tính	Nam/ Nữ	37/32
	Vị trí u tế bào mầm, số ca (%)	
	Tinh hoàn	25 (36,2)
	Buồng trứng	22 (31,9)
	Cùng cụt	14 (29,3)
	Trung thất	5 (7,2)
	Am đạo	2 (2,9)

KTPV: khoảng tứ phân vị

Nhận xét: Tuổi trung bình khi nhập viện của dân số nghiên cứu là 25 tháng tuổi. Đa số bệnh nhân dưới 11 tuổi. Giới tính nam và nữ trong nghiên cứu có tỉ lệ tương đương nhau. Vị trí khối u nhiều thường gặp nhất là vùng sinh dục.

3.2. Đặc điểm dấu ấn khối u, mô bệnh học và phân tầng nguy cơ u tế bào mầm ác tính ngoài sọ

Bảng 2. Đặc điểm chẩn đoán u tế bào mầm ác tính ngoài sọ

Đặc điểm chẩn đoán u tế bào mầm ác tính ngoài sọ	
AFP (kU/L), Trung vị (KTPV)	2.589,9 (206,3-16.114,3)
	Số ca (%)
AFP ≤ 10.000	43 (62,3)
AFP > 10.000	26 (37,7)
β-HCG (IU/mL), Trung vị (KTPV)	60 (19- 1.291)
	Số ca (%)
β-HCG ≤ 5	42 (60,9)
β-HCG > 5	9 (13)
Không rõ	18 (26,1)
LDH (IU/L) (Trung bình ± ĐLC)	412,6 ± 344,5
	Số ca (%)
LDH ≤ 400	39 (56,5)
LDH > 400	11 (15,9)
Không rõ	19 (27,5)

Đặc điểm mô học	Số ca (%)
U túi noãn hoàng	41 (59,4)
U quái có thành phần u túi noãn hoàng	14 (20,3)
U nghịch mầm	7 (10,1)
U tế bào mầm hỗn hợp	5 (7,20)
Carcinoma phổi	2 (2,9)
Giai đoạn khối u	
Không rõ	5 (7,2)
Giai đoạn I-II	33 (47,8)
Giai đoạn III-IV	31 (44,9)
Phân tầng nguy cơ	
Không rõ	7 (10,1)
Nguy cơ thấp	20 (29)
Nguy cơ trung bình	21 (30,4)
Nguy cơ cao	21 (30,4)

Nhận xét: Giá trị trung vị AFP khi chẩn đoán khá cao. Số ca có tăng AFP so với tuổi là 52 ca (75,4%). Hơn 1/3 trường hợp có AFP > 10.000 kU/L. Giá trị trung bình của LDH là 412,6 IU/L. Đặc điểm mô bệnh học ghi nhận tỉ lệ ưu thế u túi noãn hoàng và u quái có thành phần u túi noãn hoàng. Bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn tiến triển khá cao.

3.3. Kết cục điều trị u tế bào mầm ác tính ngoài sọ

Bảng 3. Thời gian theo dõi và kết cục điều trị u tế bào mầm ác tính ngoài sọ

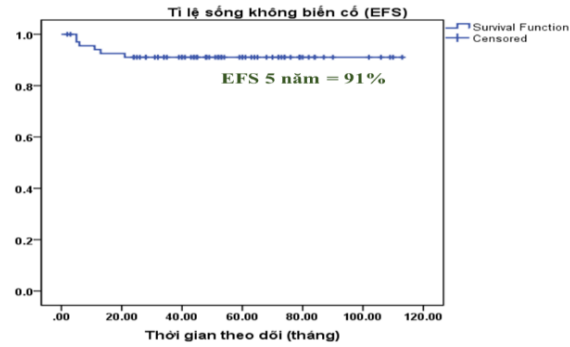
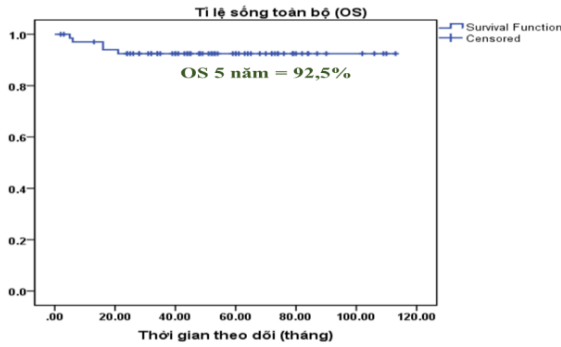
Kết cục điều trị		
Tổng thời gian theo dõi (tháng), trung bình ± ĐLC	53,3 ± 26,8	
Thời gian sống không bệnh tật (tháng), trung bình ± ĐLC	49,8 ± 27,3	
Kết cục điều trị Số ca (%)	Sống	62 (89,9)
	Tử vong	5 (7,2)
	Mất theo dõi	2 (2,9)
Tỉ lệ không tuân thủ điều trị hay bỏ trị, số ca (%)	8 (11,6)	
Tinh hoàn	5/8	
Buồng trứng	3/8	
Tỉ lệ tái phát, số ca (%)	4 (5,8)	
Tỉ lệ sống toàn bộ (OS) vào 24 tháng (%)	92,5	
Tỉ lệ sống không biến cố (EFS) vào 24 tháng (%)	91	
Tỉ lệ sống toàn bộ (OS) vào 60 tháng (%)	92,5	
Tỉ lệ sống không biến cố (EFS) vào 60 tháng (%)	91	

ĐLC: độ lệch chuẩn; OS: tỉ lệ sống toàn bộ, EFS: tỉ lệ sống không biến cố

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình của dân số nghiên cứu là 53,3 tháng. Tỉ lệ không tuân thủ điều trị hoặc bỏ trị trong nghiên cứu

chiếm 11,6% trong đó có 5 ca u tinh hoàn và 3 ca u buồng trứng. Tỷ lệ tái phát thấp, tỷ lệ tử

vong khá thấp.



Biểu đồ 1. Biểu đồ sống còn và biểu đồ sống không biến cố của u tế bào mầm ác tính ngoài sọ (n=69)

Nhận xét: Kết cục của bệnh nhân u tế bào mầm ác tính ngoài sọ rất tốt sau 5 năm theo dõi. Các biến cố thường xảy ra trong 2 năm đầu sau chẩn đoán.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan tỉ lệ sống còn và tỉ lệ sống không biến cố của u tế bào mầm ác tính ngoài sọ

Yếu tố		Số ca (n)	OS 5 năm (%)	p*	EFS 5 năm (%)	p*
Phân tầng nguy cơ	Thấp	20	100	0,056	100	0,056
	Trung bình	21	95		95	
	Cao	21	80		80	
Giai đoạn	I-II	33	100	0,03	97	0,116
	III-IV	31	86,2		86,2	
AFP (kU/L) ^a	≤ 10,000	43	97,6	0,041	95,2	0,114
	> 10,000	26	84,0		84,0	
LDH	≤ 400	39	100	<0,001	97,4	0,004
	> 400	11	70		70	
Bỏ trị	Không	61	94,9	0,044	93,2	0,095
	Có	8	77		75	
Vị trí	Sinh dục	48	95,7	0,112	95,7	0,035
	Ngoài sinh dục	21	84,4		80	
Vị trí	Tinh hoàn	24	100	0,309	100	0,222
	Buồng trứng	23	90,9		90,9	
	Cùng cụt	14	84,6		92,3	
	Trung thất	5	80		80	
Tuổi	< 11	56	93,0	0,676	91,4	0,781
	≥ 11	13	88,9		88,9	

*Kiểm định bằng phương pháp Kaplan Meier, phép kiểm Log Rank, p có ý nghĩa khi < 0,05. OS: overall survival, tỉ lệ sống toàn bộ, EFS: even free survival, tỉ lệ sống không biến cố, AFP: alpha fetoprotein, LDH: lactate dehydrogenase. ^aAFP (kU/L) = AFP (ng/mL) x 0,84.

Nhận xét: Từ kết quả này cho thấy những yếu tố liên quan đến tỉ lệ sống toàn bộ là giai đoạn khối u, tình trạng tăng AFP, tình trạng tăng LDH, tình trạng bỏ trị hay không tuân thủ điều trị. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sống không biến cố là tình trạng tăng LDH, vị trí thuộc sinh dục hay ngoài sinh dục.

IV. BÀN LUẬN

U tế bào mầm ác tính ở trẻ em là nhóm bệnh ác tính có nguồn gốc từ các tế bào sinh dục, về tỉ lệ chỉ chiếm 3,5 % các bệnh lý ác tính ở trẻ nhỏ tuy nhiên tăng dần khi trẻ tuổi vị thành niên và dậy thì và người lớn. Vị trí u thường được chia thành hai vùng là sinh dục và ngoài sinh dục, trong đó u sinh dục chiếm 60% tổng số và các vị trí ngoài sinh dục chiếm 40% [2] [1]. Chúng tôi ghi nhận số ca thuộc sinh dục chiếm 72,4%, ưu thế hơn so với u ngoài đường sinh dục (27,5%) (Bảng 1). Tại Việt Nam, thống kê của bệnh viện

Nhi Trung Ương từ năm 2008 đến 2013, tỉ lệ u tế bào mầm sinh dục và ngoài sinh dục tương ứng là 94/168 (56%) và 74/168 (44%), so với kết quả của chúng tôi có sự khác biệt. Alpha fetoprotein (AFP) là một dấu ấn ung thư của u tế bào mầm ác tính, rất có giá trị trong chẩn đoán, theo dõi và tiên lượng u tế bào mầm ác tính, AFP > 10.000 kU/L là yếu tố tiên lượng xấu trong nghiên cứu của Anh quốc và Hoa Kỳ [4]. [9] LDH tăng nhanh chóng khi tế bào có chu trình tế bào tăng bất thường hay khi hiện diện khối u kích thước lớn. Giá trị LDH tăng cao là yếu tố tiên lượng xấu trong u tế bào mầm ác tính đã được báo cáo từ năm 1997 bởi nhóm cộng tác nghiên cứu tế bào mầm quốc tế [6] đặc biệt trên những giai đoạn đã di căn. U túi noãn hoàng là loại mô học thường gặp nhất tương tự các báo cáo của Anh quốc [11] và Brazil [10]. Nhìn chung tỉ lệ chẩn đoán bệnh ở giai đoạn III-IV khá cao và cũng tương đương các báo cáo khác [10]. Trong những trường hợp u tế bào mầm giai đoạn tiến triển việc kết hợp giữa phẫu thuật và hoá trị liệu là biện pháp điều trị hiệu quả do vậy những bệnh nhân này. Hoá trị được thực hiện trước phẫu thuật đối với những trường hợp xâm lấn hay di căn giúp khối u thu nhỏ kích thước tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật sau đó. Kết quả điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi đối với nhóm giai đoạn III-IV tương với báo cáo của Tổ chức Hoàng Gia Anh với cùng phác đồ điều trị [3], [5]. Alpha fetoprotein (AFP) tăng cao được xem là yếu tố tiên lượng trong u tế bào mầm ác tính [3], [4]. Tương tự chúng tôi cũng ghi nhận giá trị AFP khi chẩn đoán có liên quan đến tiên lượng bệnh, bệnh nhân có AFP cao hơn 10,000 kU/L có OS 5 năm thấp hơn nhóm AFP từ 10,000 kU/L trở xuống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ sống toàn bộ 5 năm của nhóm có LDH trong giới hạn bình thường và LDH tăng cao là 94% so với 77% [5]. Kết quả của chúng tôi cũng ghi nhận nhóm bệnh nhân có LDH tăng cao trên 400 IU/L có tiên lượng xấu hơn nhóm LDH < 400 IU/L với OS 5 năm là 70% so với 100%, EFS 5 năm nhóm LDH tăng > 400 IU/L so với LDH < 400 IU/L lần lượt là 70% so với 97,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tình trạng bỏ trị hiếm khi được nhắc đến trong các nghiên cứu ở các nước phát triển, tuy nhiên tại những nước đang phát triển như ở Việt Nam, bỏ trị là một vấn đề khiến các bác sĩ ung bướu rất quan tâm vì ảnh hưởng nhiều đến tiên lượng của điều trị. Kumar và cộng sự [7] đã nhấn mạnh rằng sự thiếu kiến thức và tình trạng bỏ trị khiến cho tỉ lệ bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn IV tại Ấn Độ là

cao và ảnh hưởng nhiều đến kết cục điều trị. Tại Việt Nam, nghiên cứu năm 2020 trên đối tượng là tất cả bệnh nhân bệnh ác tính của tác giả Bùi Ngọc Lan và cộng sự cho biết tỉ lệ không tuân thủ điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung Ương là 45,5% gồm 35,5% trước khi điều trị và 10,3% trong quá trình điều trị [8]. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ không tuân thủ điều trị là 11,6%, so với bệnh viện Nhi Trung Ương thì tỉ lệ này thấp hơn tuy vậy khó có thể so sánh vì sự khác biệt về dân số bệnh chung và tính chuyên biệt của dân số bệnh nhi u tế bào mầm của chúng tôi vốn là loại bệnh ác tính có tiên lượng tốt hơn so với những loại bệnh ung thư khác ở trẻ em. Mặc dù tỉ lệ bỏ trị, không tuân thủ điều trị là 11,6% chúng tôi vẫn thấy nhóm này có tiên lượng xấu hơn so với nhóm tuân thủ điều trị. Vị trí tế bào mầm ngoài sinh dục đặc biệt ở trung thất có tiên lượng kém hơn so với nhóm sinh dục. Chúng tôi ghi nhận tương tự nhóm sinh dục có tiên lượng tốt hơn so với nhóm tế bào mầm ác tính ngoài sinh dục.

V. KẾT LUẬN

Trong dân số nghiên cứu của chúng tôi, tổng thời gian theo dõi trung bình là 53,3 tháng, tỉ lệ sống toàn bộ vào 24 tháng và 60 tháng đều là 92,5%; tỉ lệ sống không biến cố vào 24 tháng và 60 tháng đều là 91%. Tỉ lệ tái phát là 5,8%, tỉ lệ bỏ trị hay không tuân thủ điều trị là 11,6%. Tiên lượng bệnh nhân rất tốt với tỉ lệ sống toàn bộ u tế bào mầm giai đoạn I-II là 100%, giai đoạn III-IV là 86,2%, tỉ lệ sống không biến cố u tế bào mầm ác tính ngoài sọ giai đoạn I-II là 97%, giai đoạn III-IV là 86,2%.

Các yếu tố có liên quan đến tỉ lệ sống toàn bộ 5 năm là phân tầng nguy cơ (nguy cơ thấp OS 5 năm là 100%, nguy cơ trung bình OS 5 năm là 95%, nguy cơ cao OS 5 năm là 80%, $p=0,056$) giai đoạn u khi chẩn đoán (giai đoạn I-II OS 5 năm là 100% so với giai đoạn III-IV có OS 5 năm là 86,2%, $p=0,03$), tình trạng tăng AFP (AFP $\leq 10,000$ uK/L có OS 5 năm là 97,6% so với AFP > 10,000 kU/L có OS 5 năm là 84%, $p=0,041$); tình trạng tăng LDH khi chẩn đoán (LDH ≤ 400 IU/L có OS 5 năm là 100% so với LDH > 400 IU/L có OS 5 năm là 70%, $P<0,001$), tình trạng bỏ trị (bệnh nhân có bỏ trị OS 5 năm là 77%, không bỏ trị OS 5 năm là 94,9%, $p=0,044$).

Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sống 5 năm không biến cố là phân tầng nguy cơ (nguy cơ thấp EFS 5 năm là 100%, nguy cơ trung bình EFS 5 năm là 95%, nguy cơ cao EFS 5 năm là 80% với $P=0,056$), tình trạng tăng LDH khi chẩn đoán (LDH ≤ 400 IU/L có EFS 5 năm là 97,4%

so với LDH > 400 IU/L có EFS 5 năm là 70%, P=0,004), vị trí khối u (u thuộc sinh dục có EFS 5 năm là 95,7% so với u ngoài sinh dục có EFS 5 năm là 80%, p=0,035).

VI. LỜI CẢM ƠN

Các tác giả xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ kinh phí cho chúng tôi thực hiện đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. Calaminus et al.** (2020), "Age-Dependent Presentation and Clinical Course of 1465 Patients Aged 0 to Less than 18 Years with Ovarian or Testicular Germ Cell Tumors; Data of the MAKEI 96 Protocol Revisited in the Light of Prenatal Germ Cell Biology", *Cancers (Basel)*, 12, (3),
2. **G. Cecchetto** (2014), "Gonadal germ cell tumors in children and adolescents", *J Indian Assoc Pediatr Surg*, 19, (4), 189-194
3. **S. Depani et al.** (2019), "Results from the UK Children's Cancer and Leukaemia Group study of extracranial germ cell tumours in children and adolescents (GCIII)", *Eur J Cancer*, 118, 49-57
4. **A. L. Frazier et al.** (2015), "Revised risk classification for pediatric extracranial germ cell tumors based on 25 years of clinical trial data from the United Kingdom and United States", *J Clin Oncol*, 33, (2), 195-201
5. **C. C. C. Hulsker et al.** (2021), "Treatment and Survival of Malignant Extracranial Germ Cell Tumours in the Paediatric Population: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Cancers (Basel)*, 13, (14),
6. **"International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor-based staging system for metastatic germ cell cancers. International Germ Cell Cancer Collaborative Group"**, (1997), *J Clin Oncol*, 15, (2), 594-603
7. **Hemanth Kumar et al.** (2020), "Analysis of extracranial germ cell tumors in male children: Experience from a single centre in India", *Pediatric Hematology Oncology Journal*, 5, (2), 37-42
8. **B. N. Lan et al.** (2019), "Adherence to childhood cancer treatment: a prospective cohort study from Northern Vietnam", *BMJ Open*, 9, (8), e026863
9. **A. E. Lawrence et al.** (2020), "Understanding the Value of Tumor Markers in Pediatric Ovarian Neoplasms", *J Pediatr Surg*, 55, (1), 122-125
10. **L. F. Lopes et al.** (2009), "Cisplatin and etoposide in childhood germ cell tumor: brazilian pediatric oncology society protocol GCT-91", *J Clin Oncol*, 27, (8), 1297-1303
11. **J. R. Mann et al.** (2000), "The United Kingdom Children's Cancer Study Group's second germ cell tumor study: carboplatin, etoposide, and bleomycin are effective treatment for children with malignant extracranial germ cell tumors, with acceptable toxicity", *J Clin Oncol*, 18, (22), 3809-3818

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ VÀNG DA SƠ SINH CỦA CÁC THAI PHỤ TẠI XÃ TAM THANH, HUYỆN VỤ BẢN, TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2022

Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Phạm Thị Hiếu¹, Bùi Thị Hương¹,
Trần Thị Nhi¹, Phạm Thị Thúy Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh của các thai phụ tại xã Tam Thanh, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 128 thai phụ tại xã Tam Thanh năm 2022. **Kết quả:** Kiến thức về theo dõi vàng da sơ sinh: có 43% thai phụ biết cách quan sát vàng da dưới ánh sáng mặt trời và 48,4% trả lời đúng vàng da sơ sinh xuất hiện sớm trong 24h đầu sau sinh có nguy cơ cao tiến triển thành bệnh lý. Kiến thức về xử trí vàng da sơ sinh: 32,8% thai phụ lựa chọn cho trẻ đi khám ngay; 14,1% lựa chọn biện pháp phơi nắng và có tới 38,3% thai phụ không biết cách xử trí khi trẻ bị vàng

da sơ sinh. **Kết luận:** Kiến thức về theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh của thai phụ còn hạn chế với 37,3% có kiến thức không đạt.

Từ khóa: kiến thức, theo dõi và xử trí, vàng da sơ sinh

SUMMARY

THE SITUATION OF THE PREGNANT WOMEN' KNOWLEDGE ABOUT MONITORING AND HANDLING NEONATAL JAUNDICE AT TAM THANH COMMUNE, VU BAN DISTRICT, NAM DINH PROVINCE IN 2022

Objective: To describe the current status of knowledge of monitoring and handling neonatal jaundice of pregnant women in Tam Thanh commune, Vu Ban district, Nam Dinh province in 2022. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 128 pregnant women at Tam Thanh commune. **Results:** Knowledge about neonatal jaundice monitoring: 43% of pregnant women know how to observe jaundice in sunlight and 48,4% correctly answered that neonatal jaundice appearing early in the first 24 hours after birth is at

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền Trang
Email: nguyenhuyentrang@ndun.edu.vn
Ngày nhận bài: 13.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023
Ngày duyệt bài: 23.5.2023