

vòng 48 giờ sau mổ. Một số tác giả cho rằng tỷ lệ tái phát máu tụ cao hơn ở nhóm rút dẫn lưu trước 72 giờ so với nhóm rút sau 72 giờ và các tác giả cũng khuyến cáo là trong thời gian còn dẫn lưu thì truyền dịch tĩnh mạch 2000 ml sẽ giảm nguy cơ tái phát sau phẫu thuật [7], [8].

V. KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính hay gặp người cao tuổi. Phẫu thuật khoan sọ một lỗ dẫn lưu kín máu tụ DMC mạn tính mang hiệu quả cho người bệnh. Nên rút dẫn lưu máu tụ khoảng 72 giờ sẽ làm giảm nguy cơ tái phát sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Karibe H., Kameyama M., Kawase M., Hirano T.** (2011) Epidemiology of chronic subdural hematoma. *No Shinkei Geka*;39:1149-53.
2. **Krupa M.** (2009) Chronic subdural hematoma: A review of the literature. Part 1. *Ann Acad Med Stetin*; 55:47-52.
3. **Mark S. G** (2016) *Handbook of Neurosurgery*,

- Chronic subdural hematoma, pp 898-901.
4. **Lollis S. S., Wolak M L., Mamourian A C.** (2006) Imaging characteristics of the subdural evacuating port system, a new bedside therapy for subacute/ chronic subdural hematoma. *AJNR Am J Neuroradiol*;27:74-5
 5. **Ducruet AF,** et al. (2012) The surgical management of chronic subdural hematoma. *Neurosurg Rev* 2012;35:155-69.
 6. **Ibrahim I., Maarrawi J., Jouanneau E., Guenot M., Mertens P., Sindou M.** (2010) Evacuation of chronic subdural hematomas with the Twist-Drill technique: Results of a randomized prospective study comparing 48-h and 96-h drainage duration. *Neurochirurgie* 56:23-7
 7. **Janowski M, Kunert P.** (2012) Intravenous fluid administration may improve post-operative course of patients with chronic subdural hematoma: A retrospective study. *PLoS One*; 7:e35634.
 8. **Sindou M, Ibrahim I, Maarrawi J.** (2010) Chronic sub-dural hematomas: Twist drill craniostomy with a closed system of drainage, for 48 hours only, is a valuable surgical treatment. *Acta Neurochir (Wien)* 2010;152:545-6.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TERATOMA BUỒNG TRỨNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Như Ngọc¹, Đặng Thị Minh Nguyệt¹, Nguyễn Tuấn Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân teratoma buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 252 bệnh nhân được phẫu thuật vì u buồng trứng từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, có kết quả giải phẫu bệnh là teratoma buồng trứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 30,42 tuổi (10-68). Có 39 bệnh nhân (11,5%) teratoma buồng trứng ở cả hai bên. Kích thước u trung bình 70,73mm. Phân loại O-RADS độ 2, 3 và 4 trên siêu âm với tỉ lệ lần lượt là 80,6%, 11,5% và 7,9%. Tỉ lệ teratoma tế bào non và tế bào trưởng thành lần lượt là 2% và 98%. Nồng độ CA 125 ở nhóm BN có phân loại O-RADS càng cao thì càng cao; nồng độ CA 125 và aFP ở nhóm bệnh nhân teratoma tế bào non cao hơn tế bào trưởng thành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kích thước u trung bình của nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào non lớn hơn so với nhóm BN Teratoma tế bào trưởng thành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). **Kết luận:** Teratoma tế bào non có kích thước u lớn, phân loại O-RADS độ cao và nồng độ

các chất chỉ điểm u cao (Ca125, HE4, aFP).

Từ khóa: Teratoma buồng trứng, teratoma tế bào non, O-RADS.

SUMMARY

PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF OVARIAN TERATOMA PATIENTS

Objective: Paraclinical characteristics of surgically treated ovarian teratoma patients. **Subjects and Methods:** This cross-sectional retrospective study enrolled 252 patients diagnosed with and surgically treated for ovarian teratoma from January 2022 to December 2022 at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** The mean age was 30.42 years (range: 10-68). Bilateral ovarian teratomas were found in 39 patients (11.5%). The mean tumor size was 70.73mm. O-RADS classification 2, 3, and 4 on ultrasound accounted for 80.6%, 11.5%, and 7.9%, respectively. Immature and mature teratomas constituted 2% and 98%, respectively. CA 125 levels increased with higher O-RADS classification; CA 125 and aFP levels were higher in immature teratoma patients compared to mature teratoma patients, with statistically significant differences ($p < 0.05$). The mean tumor size of the immature teratoma group was larger than that of the mature teratoma group, with a statistically significant difference ($p < 0.01$). **Conclusion:** Immature teratomas exhibited larger tumor sizes, higher O-RADS classifications, and elevated levels of tumor markers (Ca125, HE4, aFP).

Keywords: Ovarian teratoma, immature

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023

teratoma, O-RADS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng (UBT) là một bệnh lý phụ khoa rất hay gặp và có xu hướng ngày càng gia tăng. UBT có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất ở độ tuổi sinh sản với các triệu chứng nghèo nàn như đau tức hạ vị hoặc rối loạn kinh nguyệt,... Chẩn đoán UBT thường không khó tuy nhiên UBT có thể gây ra những biến chứng như xoắn u, vỡ u, chảy máu trong u, chèn ép...các biến chứng này có thể được chẩn đoán chậm trễ hoặc bị bỏ qua gây hậu quả nghiêm trọng. Các khối UBT được phân thành 3 loại chính dựa theo nguồn gốc của chúng: u biểu mô (chiếm 60% UBT nói chung và 90% UBT ác tính nói riêng), u tế bào mầm (30%) và u dây sinh dục (8%). Teratoma buồng trứng là UBT có nguồn gốc từ tế bào mầm thường gặp nhất, chiếm 20% u tân sinh buồng trứng.¹ Về mặt giải phẫu bệnh, Teratoma buồng trứng gồm 3 loại: teratoma tế bào trưởng thành, teratoma tế bào non và u dạng đơn mô.¹ Trong đó 10% các trường hợp teratoma buồng trứng có thể có xuất hiện ở cả 2 bên buồng trứng.² Teratoma tế bào trưởng thành là lành tính, chiếm 50% các khối UBT và 95% các khối teratoma buồng trứng. Ngược lại, teratoma tế bào non là ác tính, theo tác giả Ray – Coquard I(2019) tỷ lệ mắc teratoma tế bào non ở các nước châu Âu là 0,05 trên 100.000 dân.³ Trên lâm sàng, quan điểm của nhiều bác sĩ cho rằng teratoma buồng trứng là lành tính và vì thế có thể bỏ qua những trường hợp này, hoặc trì hoãn điều trị dẫn tới biến chứng hoặc di căn đe dọa đến tính mạng của người bệnh. Ngày nay nhờ những tiến bộ khoa học, các yếu tố tiên lượng có thể được đánh giá trước mổ gồm các chất chỉ điểm u như: CA-125, αFP, HE4, β-hCG và bảng phân loại O-RADS trên siêu âm.⁴ Với mong muốn tìm hiểu giá trị của kết quả cận lâm sàng của teratoma buồng trứng trong chẩn đoán và dự báo lành tính ác tính nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của teratoma buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 252 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật bệnh lý teratoma buồng trứng từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân được phẫu thuật teratoma buồng trứng tại Bệnh viện

phụ sản Hà Nội năm 2022.

- Kết quả giải phẫu bệnh là teratoma buồng trứng.

- Có đầy đủ thông tin nghiên cứu trong hồ sơ bệnh án

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân teratoma buồng trứng không phẫu thuật.

- Bệnh nhân được phẫu thuật teratoma buồng trứng tại nơi khác chuyển đến

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả.

2.3. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định theo công thức :

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p \times \epsilon)^2}$$

Trong đó: n: số bệnh nhân nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với $\alpha = 0,05$)

p: Tỷ lệ teratoma tế bào trưởng thành chiếm 95% trong số các khối teratoma buồng trứng theo Disaia và cs năm 2017.⁵

$\epsilon = 0,03$ (sai số ước lượng)

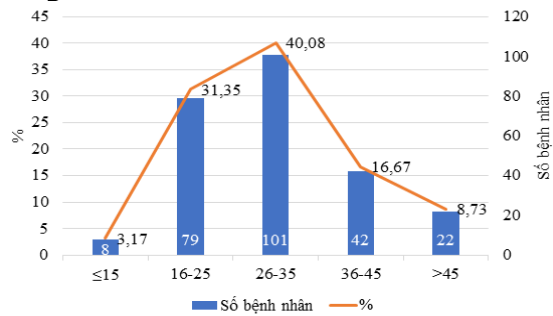
Thay vào công thức trên ta có n = 225. Thực tế chúng tôi thu thập được 252 bệnh nhân

Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- **Phân bố bệnh nhân teratoma buồng trứng theo tuổi**



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Tuổi trung bình: 30,42 ± 10,58 (10-68), hầu hết teratoma buồng trứng trong độ tuổi sinh đẻ, trong đó độ tuổi hay gặp nhất là 26-35 tuổi với 101BN (40,08%), tiếp theo là 16-25 tuổi với 79BN (31,35%); chỉ có 8 bệnh nhân từ 15 tuổi trở xuống chiếm 3,17%.

3.2. Đặc điểm khối u trên siêu âm

Bảng 3.1. Đặc điểm khối u trên siêu âm (N=252)

Vị trí u	Đặc điểm	
	Trái	Phải
	n (%)	n (%)
	108 (42,9)	115 (45,6)

	Hai bên	39 (11,5)
Kích thước u (mm)	< 50	63 (25,0)
	50 - 100	155 (61,5)
	>100	34 (13,5)
	X ± SD (Min-Max)	70,73 ± 29,56 (20-187)
Tính chất u	Trống âm, giảm âm	32 (12,7)
	Đậm âm/tăng âm	125 (49,6)
	Cổ vách, có nhú	22 (8,7)
	Hỗn hợp âm	73 (29,0)
Phân loại O-RADS	O-RADS 2	203 (80,6)
	O-RADS 3	29 (11,5)
	O-RADS 4	20 (7,9)

Giá trị trung bình biểu diễn X ± SD (Min - Max), biến định tính biểu diễn n (%).

Nhận xét: Vị trí u bên phải và bên trái là gần tương đương nhau với số bệnh nhân và tỉ lệ lần lượt là 115 BN (45,6%) và 108 BN (42,9%). Có

39BN (11,5%) gặp u buồng trứng ở cả hai bên.

Kích thước u hay gặp trong khoảng từ 50-100mm với 155BN (61,5%), kích thước u trên 100mm có 34BN chiếm 13,5%. Kích thước u trung bình là 70,73mm trong đó nhỏ nhất là 20mm và lớn nhất là 187mm.

Tính chất u trên siêu âm hay gặp nhất là đậm âm/tăng âm với 126BN (49,6%), tiếp đến là hỗn hợp âm với 73BN chiếm 28,7%. Ít gặp nhất là u có vách, có nhú với 22BN chiếm 8,7%

Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu có phân loại O-RADS 2 trên siêu âm với 203BN chiếm 80,6%. O-RADS 3 và 4 gặp ít hơn với số bệnh nhân và tỉ lệ lần lượt là 29BN (11,5%) và 20BN (7,9%).

3.3. Giá trị các chất chỉ điểm u ở bệnh nhân teratoma buồng trứng

Bảng 3.2. Giá trị các chất chỉ điểm u ở bệnh nhân teratoma buồng trứng

Các chất chỉ điểm u		n (%)
Xét nghiệm CA 125 (U/ml) (n=247)	Bình thường (<35)	210 (85,0)
	Tăng (≥35)	37 (15,0)
	X ± SD (Min-Max)	28,21 ± 51,13 (2,61 - 707,3)
Xét nghiệm HE4 (pmol/ml) (n=241)	Bình thường	220 (91,3)
	Tăng	21 (8,7)
	X ± SD (Min-Max)	47,22 ± 14,29 (4,38 - 195,1)
Xét nghiệm β-hCG* (mUI/ml) (n=230)	Bình thường (<5,3)	225 (97,8)
	Tăng (≥5,3)	5 (2,2)
	X ± SD (Min-Max)	0,39 ± 1,40 (0,1 - 10,37)
Xét nghiệm αFP (ng/ml) (n=245)	Bình thường (<7)	235 (95,5)
	Tăng (≥7)	10 (4,5)
	X ± SD (Min-Max)	17,40 ± 132,55 (0,47 - 1587,0)

*β-hCG không tính ở bệnh nhân mang thai (4BN), sót rau sau hút thai (1BN)

Nhận xét: CA 125: có 247BN được làm xét nghiệm này, giá trị trung bình là 28,21U/ml trong đó có 37BN chiếm 15% có giá trị tăng với mốc tham chiếu.

HE4: có 241BN được làm xét nghiệm này, giá trị trung bình là 47,22pmol/ml trong đó có 21BN chiếm 8,7% có giá trị tăng với mốc tham chiếu.

β-hCG: có 230BN được làm xét nghiệm này, giá trị trung bình là 0,39mUI/ml trong đó có 5BN chiếm 2,2% có giá trị tăng với mốc tham chiếu.

αFP: có 245BN được làm xét nghiệm này, giá trị trung bình là 17,40ng/ml trong đó có 10BN chiếm 4,5% có giá trị tăng với mốc tham chiếu.

3.4. Môi liên quan giữa các chất chỉ điểm u với phân loại O-RADS

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa nồng độ các chất chỉ điểm với phân loại O-RADS

O-RADS	Chất chỉ điểm	2	3	4	p*
	CA 125 (U/ml) (n=247)	26,11 ± 52,07 (199)	30,42 ± 34,14 (29)	46,87 ± 60,51 (19)	0,039
	HE4 (pmol/ml) (n=241)	46,62 ± 14,57 (194)	48,37 ± 13,80 (29)	51,79 ± 11,44 (18)	0,140
	αFP (ng/ml) (n=246)	2,56 ± 3,63 (198)	2,42 ± 2,70 (29)	210,21 ± 447,95 (19)	0,537

*Kruskal Wallis Test; các giá trị biểu diễn X ± SD (n) thống kê (p < 0,05).

Nhận xét: CA 125: nhóm BN có phân loại ORADS càng cao thì nồng độ CA 125 trung bình trong máu càng cao sự khác biệt có ý nghĩa

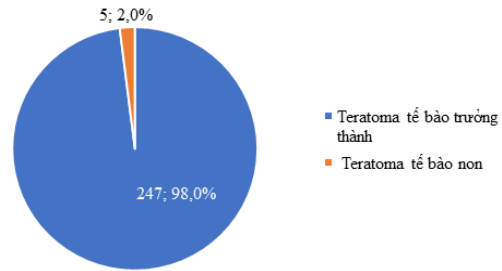
HE4: nhóm BN có phân loại ORADS càng cao thì nồng độ HE4 trung bình trong máu càng cao,

sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

α FP: nhóm BN có phân loại ORADS 4 có nồng độ α FP trung bình cao nhất, sự khác biệt giữa các nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.5. Kết quả giải phẫu bệnh và một số yếu tố liên quan

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có kết quả giải phẫu bệnh là Teratoma tế bào trưởng thành (98%). Chỉ có 5 bệnh nhân có kết quả là teratoma tế bào non (2%).



Biểu đồ 3.2: Kết quả giải phẫu bệnh. Mối liên quan giữa giải phẫu bệnh nồng độ các chất chỉ điểm và kích thước u

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa giải phẫu bệnh với các chất chỉ điểm u

	Teratoma tế bào non	Teratoma tế bào trưởng thành	p*
Kích thước u (mm) (n=252)	141,00 ± 26,08 (5)	69,31 ± 27,89 (247)	<0,001
CA 125 (U/ml) (n=247)	112,93 ± 48,74 (4)	26,82 ± 48,74 (243)	0,02
HE4 (pmol/ml) (n=241)	51,76 ± 13,93 (3)	47,16 ± 14,31 (238)	0,438
αFP (ng/ml) (n=246)	793,56 ± 570,66 (5)	2,50 ± 3,43 (241)	<0,001

*Mann-Whitney Test; các giá trị biểu diễn $X \pm SD$ (n).

Nhận xét: Kích thước u trung bình của nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào non lớn hơn so với nhóm BN Teratoma tế bào trưởng thành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Nồng độ chất CA 125 trung bình ở nhóm BN Teratoma tế bào non cao hơn so với nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào trưởng thành sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nồng độ chất HE4 trung bình ở nhóm BN Teratoma tế bào non cao hơn so với nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào trưởng thành tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nồng độ chất α FP trung bình ở nhóm BN Teratoma tế bào non cao hơn so với nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào trưởng thành sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 30,42, hầu hết teratoma buồng trứng trong độ tuổi sinh đẻ, trong đó độ tuổi hay gặp nhất là 26-35 tuổi với 101BN (40,08%), tiếp theo là 16-25 tuổi với 79BN (31,35%) (biểu đồ 3.1). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh (2018) tại BVPSTU: U buồng trứng thực thể tập trung chủ yếu ở độ tuổi 20-49 chiếm 78%. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra teratoma tế bào trưởng thành có thể phát sinh ở mọi lứa tuổi nhưng khối u này hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và là khối u phân phụ hay gặp nhất ở phụ nữ mang thai (chiếm 30,8% trường hợp). Tuổi trung bình của loại u này khi được chẩn đoán là 30 tuổi.⁷ Đây cũng là

khối u buồng trứng lành tính phổ biến nhất ở bệnh nhân < 20 tuổi. Nghiên cứu của chúng 8 bệnh nhân (3,17%) dưới 15 tuổi, tuy nhiên chỉ có 1 trường hợp chưa có kinh nguyệt (10 tuổi) và phải phẫu thuật vì xoắn buồng trứng. U buồng trứng ở trẻ em thường không có triệu chứng, thường phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe định kỳ hoặc bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng khi đã có biến chứng của u (xoắn u hoặc vỡ u); tuy nhiên đây là một triệu chứng không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác như viêm ruột thừa, tắc ruột, lồng ruột hoặc rối loạn tiêu hóa dẫn đến dễ bỏ sót và chẩn đoán muộn và tăng nguy cơ hoại tử buồng trứng. Trong y văn cũng đã ghi nhận trường hợp tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ nữ 11 tuổi, vào viện cấp cứu vì đau bụng từng cơn, đã chẩn đoán nhầm ban đầu là viêm ruột, sau đó là tắc ruột, 1 tháng sau bệnh nhân đau trở lại chụp cắt lớp vi tính phát hiện u nang buồng trứng xoắn và phải phẫu thuật cấp cứu cắt buồng trứng.⁸

4.2. Giải phẫu bệnh: Trong nghiên cứu này có 5BN (2%) là teratoma tế bào non, tỷ lệ này là thấp hơn so với một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới như tác giả Nguyễn Thị Thủy Hà (2022) nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương tỷ lệ này là 6%; tác giả Disaia và CS (2017) tỷ lệ này là 5%. Có thể lý giải điều này do các bệnh nhân teratoma tế bào non hiện nay được xem như ung thư buồng trứng và được phát hiện nhờ các dấu ấn chỉ điểm u và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh trước mổ do đó thường được điều trị tại các bệnh viện chuyên về ung thư. Trong nghiên cứu này chúng tôi còn nhận thấy một số đặc điểm như: tuổi trung bình

của nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào non thấp hơn so với nhóm BN Teratoma tế bào trưởng thành, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kích thước u trung bình của nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào non lớn hơn so với nhóm BN Teratoma tế bào trưởng thành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

4.3. Đặc điểm trên siêu âm

Vị trí của u: trong nghiên cứu này vị trí u bên phải và bên trái là gần tương đương nhau với số bệnh nhân và tỉ lệ lần lượt là 115 BN (45,6%) và 108 BN (42,9%). Có 39BN (11,5%) gặp u buồng trứng ở cả hai bên. Tỷ lệ này là tương tự với các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới với tỷ lệ teratome buồng trứng hai bên khoảng 10%, u buồng trứng bên phải được ghi nhận nhiều hơn bên trái ở một số nghiên cứu tuy nhiên sự khác biệt thường không có ý nghĩa thống kê.⁹

Kích thước u: Teratoma tế bào trưởng thành thường phát triển chậm với tốc độ trung bình khoảng 1,8mm mỗi năm, do đó một số nhà nghiên cứu ủng hộ việc không phẫu thuật đối với u có kích thước $< 6\text{cm}$.¹ Trong nghiên cứu này kích thước u trung bình là 70,73mm trong đó nhỏ nhất là 20mm và lớn nhất là 187mm.

Phân loại O-RADS: đây là hệ thống phân loại và xử trí các khối u buồng trứng dựa trên siêu âm, là cách tiếp cận dựa trên kiểu mẫu thường được sử dụng ở Bắc Mỹ và hệ thống IOTA được sử dụng rộng rãi ở Châu Âu. Hiện tại đây là hệ thống phân loại duy nhất có đầy đủ các nhóm nguy cơ và cánh quản lý cho từng nhóm. Độ O-RADS càng cao thì tỉ lệ ung thư buồng trứng càng cao. Trong nghiên cứu này hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu có phân loại O-RADS 2 trên siêu âm với 203BN chiếm 80,6%. O-RADS 3 và 4 gặp ít hơn với số bệnh nhân và tỉ lệ lần lượt là 29BN (11,5%) và 20BN (7,9%). Tất cả bệnh nhân teratoma tế bào non đều có phân loại ORADS 4. Tỷ lệ teratoma tế bào non ở bệnh nhân có O-RADS 4 là 20% tương đương với các nghiên cứu trên thế giới tỷ lệ này là 10%-50%.⁶

4.4. Các chất chỉ điểm u

CA-125 (Carbohydrate Antigen 125): CA-125 đã được sử dụng vào đầu những năm 1980 khi Bast và cộng sự đã phân lập cụ thể kháng thể đơn dòng OC125 trong mô buồng trứng UT so với mô buồng trứng khỏe mạnh. Theo Chou C và cộng sự, CA-125 có thể được phát hiện trong huyết thanh của 86% bệnh nhân mắc UT buồng trứng, với mức độ trên 35 U/mL được coi là nghi ngờ bệnh ác tính. Trong một phân tích tổng hợp

của Ferraro và cộng sự, độ đặc hiệu của CA125 để phát hiện UT buồng trứng là 78%. Tuy nhiên nồng độ CA125 trong huyết thanh tăng cao đã được tìm thấy trong u nội mạc tử cung, do đó tỷ lệ dương tính giả khá cao. Mặc dù vậy, CA-125 vẫn có vai trò trong theo dõi tái phát ung thư buồng trứng, thông thường sau phẫu thuật CA-125 trở về bình thường sau 3 tháng.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm BN có phân loại ORADS càng cao thì nồng độ CA 125 trung bình trong máu càng cao sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Nồng độ chất CA 125 trung bình ở** nhóm BN Teratoma tế bào non cao hơn so với nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào trưởng thành sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

α FP (kháng nguyên UT bào thai alphafoetoprotein): Ở trong huyết thanh bào thai người, α FP xuất hiện từ tuần lễ thứ 10-20, sau đó đậm độ giảm dần và biến mất vài ngày sau sinh. Nồng độ α FP tăng ở những bệnh nhân ung thư dòng tế bào mầm buồng trứng là UT bào thai và u túi noãn hoàng. Một số báo cáo ca bệnh gần đây chỉ ra nồng độ α FP cao đột biến ở một số bệnh nhân teratome tế bào non, các tác giả lý giải có thể là do trong khối u có mô gan chưa trưởng thành, biểu mô đường tiêu hóa hoặc hô hấp gây ra hiện tượng này. Các trường hợp này thường nhạy cảm với hóa chất và xạ trị nên phẫu thuật bảo tồn khả năng sinh sản thường được khuyến khích. Trong nghiên cứu này nhóm BN có phân loại ORADS 4 có nồng độ α FP trung bình cao nhất, sự khác biệt giữa các nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nồng độ chất α FP trung bình ở nhóm BN Teratoma tế bào non cao hơn so với nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào trưởng thành sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

HE4 (Human Epididymis Protein 4): là một dấu ấn sinh học mới xuất hiện đã được đánh giá để chẩn đoán các khối u ác tính buồng trứng. Yanaranop và cộng sự báo cáo độ đặc hiệu của HE4 là 86% và cao hơn CA-125. Những dữ liệu này, phù hợp với những dữ liệu được báo cáo trong một nghiên cứu đa trung tâm gần đây của Ý bao gồm 387 bệnh nhân, cho thấy HE4 để chẩn đoán UT biểu mô buồng trứng có vẻ đáng tin cậy hơn CA125. HE4 độc lập với CA-125, tốt hơn so với CA-125 nhưng sự kết hợp của cả hai sẽ cho nhiều thông tin hơn so với việc dùng đơn lẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm BN có phân loại ORADS càng cao thì nồng độ HE4 trung bình trong máu càng cao, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nồng độ

chất HE4 trung bình ở nhóm BN Teratoma tế bào non cao hơn so với nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào trưởng thành tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Kết quả giải phẫu bệnh là Teratoma tế bào trưởng thành (98%). Chỉ có 5 bệnh nhân có kết quả là teratoma tế bào non (2%). Teratoma tế bào non có: kích thước u lớn, phân loại O-RADS độ cao và nồng độ các chất chỉ điểm u cao (Ca125, HE4, α FP).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL.** Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. *Radiographics*. 2001;21(2):475-490.
2. **Caruso PA, Marsh MR, Minkowitz S, Karten G.** An intense clinicopathologic study of 305 teratomas of the ovary. *Cancer*. 1971;27(2):343-348.
3. **Ray-Coquard I, Trama A, Seckl MJ, et al.** Rare ovarian tumours: Epidemiology, treatment challenges in and outside a network setting. *European Journal of Surgical Oncology*. 2019;45(1):67-74.
4. **Pectasides D, Pectasides E, Kassanos D.** Germ cell tumors of the ovary. *Cancer treatment reviews*. 2008;34(5):427-441.
5. **DiSaia PJ, Creasman WT, Mannel RS, McMeekin DS, Mutch DG.** *Clinical Gynecologic Oncology E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2017.
6. **Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, 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;294(1):168-185. doi:10.1148/radiol.2019191150
7. **Saleh M, Bhosale P, Menias CO, et al.** Ovarian teratomas: clinical features, imaging findings and management. *Abdom Radiol (NY)*. 2021; 46(6):2293-2307. doi:10.1007/s00261-020-02873-0
8. **Kwon HJ.** Torsion of ovarian teratoma in a child before menarche. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*. 2022;77:102170. doi:10.1016/j.epsc.2021.102170
9. **Chun S, Jeon GH, Cho HJ, Ji YI.** Comparison Between Incidence of Right- and Left-sided Ovarian Cystic Teratomas. *Journal of Reproductive Endocrinology*. 2016;4(1):43-48.
10. **Trần Thị Phương Mai.** Ung thư buồng trứng và vòi Fallopian. In: *Bệnh Học Ung Thư Phụ Khoa*. NXB Y học; 2005:81-101.

KẾT QUẢ THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN CHUÔI DÀI KHÔNG XI MĂNG ĐIỀU TRỊ GỠ LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI Ở BỆNH NHÂN TRÊN 70 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Văn Việt¹, Lê Mạnh Sơn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy liên mấu chuyển xương đùi là loại gãy xương khá thường gặp. Phẫu thuật thay khớp háng được chỉ định cho những trường hợp gãy liên mấu chuyển không vững ở người già, loãng xương nặng, cho phép bệnh nhân tập phục hồi chức năng sớm, rút ngắn thời gian nằm viện. Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở bệnh nhân trên 70 tuổi tại bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, không nhóm chứng ở 69 bệnh nhân trên 70 tuổi gãy mất vững liên mấu chuyển xương đùi (nhóm A2 theo phân loại AO), được mổ thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng tại bệnh viện E từ tháng 11/2019 đến hết tháng 08/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 86,25±6,39 tuổi. Đa

số chuỗi khớp trục trung gian chiếm tỷ lệ 76,8%; trục nghiêng trong chiếm 20,3%; trục nghiêng ngoài chiếm 2,9%. Độ áp khít chuỗi khớp trung bình là 81,53±4,31%; độ áp khít trên 80% chiếm tỷ lệ 79,7%. Đánh giá chức năng khớp háng sau phẫu thuật: rất tốt và tốt đạt 78,4%; điểm Harris trung bình là 81,81±8,95 điểm. **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi là một giải pháp hiệu quả cho người cao tuổi.

Từ khóa: Gãy liên mấu chuyển xương đùi, thay khớp háng bán phần chuỗi dài.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF PARTIAL CEMENTLESS LONG STEM HIP REPLACEMENT FOR UNSTABLE INTERTROCHANTERIC FRACTURES IN PATIENTS ABOVE 70-YEARS-OLD AT E HOSPITAL

Background: Intertrochanteric hip fractures are quite common. Hip replacement surgery is recommended for unstable intertrochanteric fractures in elderly with severe osteoporosis, making patients early rehabilitate and reduce time of hospitalisation. **Objective:** To evaluate the treatment outcomes of partial cementless long stem hip replacement surgery

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt

Email: bsviet.ctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023