

- Thông số CDE cao có mối tương quan thuận với mức độ tổn thương của tế bào nội mô giác mạc ở bệnh nhân có hội chứng giả trúc bao.

- Thông số FP3 có mối tương quan với mức độ tổn thương TBNM sau phẫu thuật 3 tháng khi xét về hiệu số giảm ECD.

- Thông số CDE nên được sử dụng nhằm theo dõi và đánh giá mức độ tổn thương tế bào nội mô giác mạc sau phẫu thuật phaco chính xác hơn so với FP3.

V. KIẾN NGHỊ

Các phẫu thuật viên cần lưu ý thăm khám phát hiện hội chứng đặc biệt ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, thủy tinh thể đục nhiều, và hạn chế sử dụng năng lượng khi thực hiện phẫu thuật phaco ở nhóm biểu hiện PEX.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tuteja S, Chawla H. Pseudoexfoliation Syndrome. 2022.
2. Ken Hayashi Shin-ichi Manabe, Koichi Yoshimura, Hiroyuki Kondo. Corneal endothelial damage after cataract surgery in eyes with pseudoexfoliation syndrome. *Cataract Refract Surg* 2013;39:881-7.
3. Sheybani Joel R. Palko; Owen Qi; Arsham. Corneal Alterations Associated with Pseudoexfoliation Syndrome and Glaucoma: A Literature Review. *Journal of ophthalmic and Vision research.* 2017;13(3):16.
4. Gowri I. Kanthan Paul Mitchell, George Burlutsky, Elena Rohtchina, Jie Jin Wang. Pseudoexfoliation and incidence of cataract. *Am J Ophthalmol.* 2012.
5. Naumann G. O., Schlotzer-Schrehardt U. Keratopathy in pseudoexfoliation syndrome as a cause of corneal endothelial decompensation: a clinicopathologic study. *Ophthalmology.* 2000;107(6):1111-24.
6. Eren Ekici Ali Keles, Süleyman Korhan Kahraman. Early Postoperative Effects of Uncomplicated Phacoemulsification Surgery on Corneal Endothelial Cells and Thickness in Patients with Pseudoexfoliation Syndrome. *Research Square.* 2021.
7. Demircan S Atas M, Yurtsever Y. Effect of torsional mode phacoemulsification on cornea in eyes with/without pseudoexfoliation. *Int J Ophthalmol.* 2015;8(2).
8. Ramage A. Fahmy Mahmoud M. Mohamed Genidy, Raafat M.A. Abdalla, Hosny A. Zein. Corneal endothelial evaluation after phacoemulsification in eyes with pseudoexfoliation syndrome. *Delta Journal of Ophthalmology.* 2022;23.
9. Kuldar Kaljurand Pait Teesalu. Exfoliation Syndrome as a Risk Factor for Corneal Endothelial Cell Loss in Cataract Surgery. *Annals of Ophthalmology.* 2007;39:7.
10. Hassan S. Yousef Ibrahim Amer, Shymaa A.A. Thabet. Specular microscopic changes of corneal endothelial cells after phacoemulsification in patients with pseudoexfoliation. *Al-Azhar Assiut Medical Journal.* 2022;20.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG U BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Trần Minh Hiếu¹, Đặng Thị Minh Nguyệt¹, Nguyễn Tuấn Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng u biểu mô buồng trứng được phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả hồi cứu các bệnh nhân u biểu mô buồng trứng được phẫu thuật trong năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân u lành tính là 37,0 ± 15,8 thấp hơn so với tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân u ác tính là 48,8 ± 10,3. Đặc điểm trên siêu âm của u biểu mô buồng trứng nói chung là trống âm, giảm âm (78,64%) và có vách (31,72%); sự xuất hiện của phần tổ chức (hỗn hợp âm) tăng mức độ ác tính của khối u.

Trên MRI/ CLVT u biểu mô buồng trứng có thành phần chủ yếu dạng dịch đồng nhất chiếm 49,33%, thành phần hỗn hợp và tổ chức ngấm thuốc chủ yếu trong u biểu mô ác tính chiếm 83,33% và 58,33%. Giá trị trung bình của CA125 và HE4 của nhóm lành tính nhỏ hơn nhóm ác tính có ý nghĩa thống kê. Mô bệnh học chiếm nhiều nhất của u biểu mô buồng trứng nói chung và u biểu mô ác tính nói riêng là u biểu mô thanh dịch. **Kết luận:** Khi có u buồng trứng, với bệnh nhân tuổi cao thì nguy cơ ác tính cũng cao hơn. Tính chất khối u hỗn hợp âm (phần đặc và phần dịch) trên siêu âm và thành phần hỗn hợp và tổ chức ngấm thuốc trên MRI/CLVT gợi ý nhiều đến u ác tính. Giá trị trung bình của CA125 và HE4 tăng theo mức độ ác tính của khối u. U biểu mô thanh dịch chủ yếu yếu trong u biểu mô buồng trứng nói chung và chiếm tỷ lệ ác tính cao nhất.

Từ khóa: u biểu mô buồng trứng, cận lâm sàng.

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF OVARIAN SURFACE EPITHELIAL TUMORS THAT

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2023

Ngày duyệt bài: 8.11.2023

UNDERWENT SURGERY AT NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical characteristics of ovarian surface epithelial tumors that underwent surgery. **Subjects and Method:** Descriptive retrospective study of patients with ovarian surface epithelial tumors who underwent surgery in 2022. **Results:** The average age of the benign tumor group was 37.0 ± 15.8 , which was lower than the average age of the malignant tumor group, which was 48.8 ± 10.3 . Ultrasonographic features of ovarian surface epithelial tumors included cystic (78.64%), solid (31.72%), and mixed (79.33%) components. The presence of solid components (mixed echogenicity) increased the malignancy of the tumors. On MRI/CLVT, ovarian surface epithelial tumors primarily had homogeneous fluid components (49.33%), while mixed and solid components predominated in malignant ovarian tumors (83.33% and 58.33%, respectively). The mean values of CA125 and HE4 were significantly lower in the benign group compared to the malignant group. The most common histological subtype of ovarian surface epithelial tumors, both benign and malignant, was serous cystadenoma. **Conclusion:** In patients with ovarian tumors, older age is associated with a higher risk of malignancy. Mixed echogenicity on ultrasound and mixed and solid components on MRI/CLVT suggest malignancy. CA125 and HE4 levels increase with the degree of malignancy. Serous cystadenoma is the most common histological subtype of ovarian surface epithelial tumors, with a higher prevalence in malignant cases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, u buồng trứng (UBT) là một trong những khối u thường gặp trong hệ sinh dục nữ, có xu hướng gia tăng. Năm 2020, trên thế giới tỷ lệ mắc mới của UBT là 6,6%, tỷ lệ tử vong do UBT lên tới 4,2%, số ca UBT mắc ở Việt Nam là 1404 ca [1]. Khối UBT thường phát triển một cách thầm lặng do triệu chứng nghèo nàn tuy nhiên chẩn đoán UBT thường không khó, thường dựa vào siêu âm khi khám phụ khoa định kỳ. Điều quan trọng là có thể phát hiện sớm u buồng trứng đặc nói chung, đặc biệt là ung thư buồng trứng nói riêng, từ đó có thể đưa ra phác đồ điều trị đúng, nhằm cải thiện tiên lượng và kết quả điều trị của bệnh nhân.

Chúng ta có thể phát hiện các khối u ác tính sớm hơn rất nhiều cũng như giai đoạn của bệnh nhờ vào siêu âm, các chất chỉ điểm khối u (CA 125; HE4; CEA, CA 19-9, aFP, beta - hCG, LDH)

Bảng 1: Liên quan tuổi và u biểu mô buồng trứng

Nhóm tuổi	Lành tính		Giáp biên		Ac tính		P
	n	%	n	%	n	%	
< 20	36	12,9	1	7,69	0	0	0,007
20-29	62	22,22	3	23,08	0	0	
30-39	77	27,26	5	38,46	2	11,76	
40-49	49	17,56	2	15,38	9	52,94	

và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác như cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ... Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của u biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

Bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Kết quả giải phẫu bệnh là u biểu mô buồng trứng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân được phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến.

+ Bệnh nhân u buồng trứng giải phẫu bệnh không phải là u biểu mô buồng trứng.

+ Bệnh nhân u biểu mô buồng trứng không phẫu thuật.

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

2.3. Cỡ mẫu

- Chúng ta sẽ sử dụng công thức sau:

$$n = Z^2 \times \frac{p \times (1-p)}{e^2}$$

Trong đó:

- n: kích thước mẫu cần xác định.
- Z: giá trị tra bảng phân phối Z dựa vào độ tin cậy lựa chọn. Thông thường, độ tin cậy được sử dụng là 95% tương ứng với $Z = 1.96$.

- p: tỷ lệ u buồng trứng được phẫu thuật nội soi = 0,769 [2]

- e: sai số cho phép. Hiện nay các nhà thống kê đưa ra gợi ý tính e dựa trên giá trị của p như sau: $e = 0.05$

Dựa vào công thức ta tính ra $n = 273$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 309 bệnh nhân được chẩn đoán là u biểu mô buồng trứng có can thiệp phẫu thuật tại Bệnh viện phụ sản Trung ương từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Trong nghiên cứu có 279/309 bệnh nhân có UBT lành tính (chiếm 90,29%), 13/309 bệnh nhân có UBT giáp biên (chiếm 4,21%) và 17/309 bệnh nhân có UBT ác tính (chiếm 5,5%).

>50	55	19,71	2	15,38	6	35,29	
Tuổi trung bình	37,0 ± 15,8		35,2 ± 11,6		48,8 ± 10,3		0,0018

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân u lành tính hay gặp trong nhóm tuổi từ 20-29 và 30-39 tuổi; nhóm bệnh nhân u giáp biên hay gặp trong nhóm tuổi từ 30-39 tuổi và nhóm bệnh nhân u ác tính gặp chủ yếu trong nhóm 40-49 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân u lành tính là 37,0 ± 15,8 thấp hơn so với tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân u ác tính là 48,8 ± 10,3. Kết quả phân tích cho thấy sự khác biệt về trị số tuổi trung bình có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 2: Các đặc điểm trên siêu âm của u biểu mô buồng trứng

Đặc điểm trên siêu âm	Lành tính (n=279)		Giáp biên (n=13)		Ac tính (n=17)		Tổng (n=309)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tính chất u	Trống âm, giảm âm	227	81,36	7	53,85	9	52,94	243	78,64
	Có vách, có nhú	84	30,11	8	61,54	6	35,29	98	31,72
	Tăng âm	8	2,87	1	7,69	1	5,88	10	3,24
	Hỗn hợp âm	44	15,77	5	38,46	7	41,18	56	18,12
	Tăng sinh mạch máu	1	0,36	1	7,69	1	5,88	3	0,97
Vị trí u	Bên phải	130	46,59	4	30,77	5	29,41	139	44,98
	Bên trái	121	43,37	6	46,15	8	47,06	135	43,70
	Hai bên	28	10,04	3	23,08	4	23,53	35	11,33
	P	0,202							
KT u	< 50 mm	17	6,10	0	0	0	0	17	5,51
	50-100 mm	200	71,68	7	53,85	10	58,82	217	70,23
	>100 mm	62	22,22	6	46,15	7	41,18	75	24,27
	P	0,14							
	KT trung bình	96,53 ± 56,7		126,54 ± 64,59		108,06 ± 41,40			
P	0,0147								

Nhận xét: Phần lớn khối u biểu mô buồng trứng có tính chất u trên siêu âm là hình trống âm, giảm âm chiếm 243/309 (78,64%) trường hợp và có vách chiếm 98/309 (31,72%) trường hợp. Tuy nhiên trong nhóm u giáp biên và ác tính có sự gia tăng tính chất hỗn hợp âm lần lượt là 5/13 (38,46%) và 7/17 (41,18%) trường hợp nhiều hơn so với nhóm u lành tính là 44/279 (15,77%) trường hợp. Trong u biểu mô buồng trứng, u hai bên ít hơn u một bên (11,33% và 88,68%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Phần lớn kích thước khối u từ 50-100mm chiếm 217/309 (70,23%) trường hợp, không có khối u kích thước < 50mm trong nhóm giáp biên và ác tính. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kích thước trung bình của nhóm lành tính là 96,53 ± 56,7; của u giáp biên là 126,54 ± 64,59 và của u ác tính là 108,06 ± 41,40. Sự khác biệt về kích thước của các thể bệnh có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3: Các đặc điểm trên MRI/ CLVT của u biểu mô buồng trứng

Tính chất u	Lành tính (n=59)		Giáp biên (n=9)		Ac tính (n=12)		Tổng (n=75)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thành phần dạng dịch đồng nhất	34	62,96	3	33,33	0	0	37	49,33
Thành phần dịch không đồng nhất	13	24,07	1	11,11	1	8,33	15	20,00
Có vách, nhú	28	51,85	4	44,44	3	25,00	35	46,67
Thành phần tổ chức không ngấm thuốc	1	1,85	1	11,11	0	0	2	2,67
Thành phần hỗn hợp	4	7,41	4	44,44	10	83,33	18	24,00
Xâm nhiễm phúc mạc và tạng khác	1	1,85	2	22,22	5	41,67	8	10,67
Tổ chức ngấm thuốc đều	3	5,56	3	33,33	7	58,33	13	17,33
Tổ chức ngấm thuốc không đều	1	1,85	0	0	1	8,33	2	2,67

Nhận xét: Trong 309 đối tượng nghiên cứu có 75 trường hợp được làm MRI hoặc CLVT nên ta có bảng như trên, trong đó nhóm u lành tính chủ yếu là thành phần u dạng dịch đồng nhất và có vách chiếm lần lượt là 34/59 (62,96%) và 28/59 (51,85%) trường hợp. Trong khi trong nhóm u giáp biên và ác tính chủ yếu thành phần u dạng hỗn hợp (44,44% và 83,33%); phần tổ chức ngấm thuốc đều (33,33% và 58,33%) và xâm nhiễm phúc mạc và tạng khác (22,22% và 41,67%).

Bảng 4: Dấu ấn sinh học u biểu mô buồng trứng

Dấu ấn sinh học		Lành tính (n=279)		Giáp biên (n=13)		Ác tính (n=17)		P
		n	%	n	%	n	%	
CA125 (U/mL)	Bình thường (<35)	204	73,12	5	38,46	5	29,41	0,000
	Tăng (≥ 35)	75	26,88	8	61,54	12	70,59	
	Trung bình	82,49 ± 472,5		155,18 ± 337,26		438,14 ± 749,18		0,0001
HE4 (pmol/L)	Bình thường (≤70)	263	94,27	9	69,23	6	35,29	0,000
	Tăng (>70)	16	5,73	4	30,77	11	64,71	
	Trung bình	45,75 ± 28,54		87,28 ± 105,88		255,03 ± 323,14		0,0001

Nhận xét: Giá trị CA125 trong nhóm bệnh nhân u lành tính chủ yếu < 35 U/mL chiếm 204/279 (73,12%) trường hợp; giá trị CA 125 trong nhóm bệnh nhân u giáp biên và ác tính chủ yếu ≥ 35 U/mL lần lượt chiếm 61,54% và 70,59% trường hợp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Giá trị trung bình của nhóm UBT lành tính nhỏ hơn nhóm UBT giáp biên và ác tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Giá trị HE4 trong nhóm bệnh nhân u lành tính ≤70 pmol/L chiếm 263/279 (94,27%) trường hợp và trong nhóm bệnh nhân u ác tính giá trị HE4 > 70 pmol/L chiếm 11/17 (64,71%) trường hợp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Giá trị trung bình của nhóm UBT lành tính nhỏ hơn nhóm UBT giáp biên và ác tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5: Mô bệnh học

Mô bệnh học	Lành tính		Giáp biên		Ác tính		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
U thanh dịch	87	87	5	5	8	8	100	32,36
U nhầy	95	95,96	4	4,04	0	0	99	32,04
U dạng nội mạc	88	90,72	3	3,09	6	6,19	97	31,39
U tế bào sáng	2	66,67	0	0	1	33,33	3	0,97
U Brenner	1	100	0	0	0	0	1	0,32
U thanh dịch nhầy	14	93,33	1	6,67	0	0	15	4,85
Khác	0	0	0	0	2	100	2	0,64

Nhận xét: Trong u biểu mô buồng trứng hay gặp nhất là u thanh dịch buồng trứng, u nhầy buồng trứng và u buồng trứng dạng lạc nội mạc tử cung lần lượt chiếm 32,36%; 32,04% và 31,39%. Hiếm gặp là u tế bào sáng và u Brenner. U thanh dịch buồng trứng hay gặp nhất trong đó 87% lành tính, 5% u giáp biên và 8% u ác tính. Theo sau là u nhầy buồng trứng trong đó có 95,96% lành tính và 4,04% u giáp biên. U buồng trứng dạng lạc nội có 90,72% lành tính, 3,09% u giáp biên và 6,19% u ác tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, u biểu mô buồng trứng có thể gặp ở tất cả các nhóm tuổi nhưng tỷ lệ mắc cao nhất ở độ tuổi từ 20-49 tuổi chiếm 209/309 bệnh nhân (67,64%). Bệnh nhân UBT lành tính gặp ở tất cả các nhóm tuổi, hay gặp nhất là nhóm tuổi từ 30-39 tuổi chiếm 27,26% tiếp đến là nhóm tuổi từ 20-29 tuổi chiếm 22,22%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân UBT lành tính là $37 \pm 15,8$. Trong nhóm bệnh nhân UBT giáp biên nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 30-39 tuổi chiếm 38,46% và tuổi trung bình của nhóm này là $35,2 \pm 11,6$. Nhóm bệnh

nhân UBT ác tính hay gặp trong nhóm tuổi từ 40-49 tuổi chiếm 52,94% và tuổi trung bình của nhóm là $48,8 \pm 10,3$ cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm bệnh nhân lành tính ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Minh, nhóm bệnh nhân UBT ác tính hay gặp từ 46-55 tuổi [3]. Theo Disaia và cộng sự: Lứa tuổi hay gặp UBT ác tính là 50-60 [4].

4.2. Đặc điểm siêu âm của u biểu mô buồng trứng. Dựa vào đặc điểm trên siêu âm có thể sơ bộ chẩn đoán các loại u buồng trứng và tính chất lành hay ác tính. Trong u biểu mô buồng trứng các đặc điểm như trống âm, giảm âm và có vách xuất hiện chủ yếu chiếm lần lượt 78,64% và 31,72% trong nghiên cứu của chúng tôi. Đặc điểm trống âm, giảm âm trên siêu âm xuất hiện đa số trong nhóm bệnh nhân UBT lành tính chiếm 81,36%. Trong nhóm bệnh nhân UBT giáp biên các đặc điểm như có vách và hỗn hợp âm (có cả tổ chức đặc và nang dịch) xuất hiện nhiều hơn chiếm lần lượt 61,54% và 38,46%. Đặc biệt trong nhóm bệnh nhân UBT ác tính, đặc điểm hỗn hợp âm trên siêu âm chiếm 41,18%. Theo Lê Quang Vinh, khối u lành tính dạng nang, có khối u dạng hỗn hợp gợi ý hình ảnh ác tính [5]. Dĩ nhiên để khẳng định lành tính hay ác tính

cần thêm giải phẫu bệnh, tuy nhiên hình ảnh đặc điểm trên siêu âm có thể gợi ý phần nào tính chất tương đối ác tính và lành tính.

Về vị trí trong u biểu mô buồng trứng, u hai bên ít hơn u một bên chiếm chủ yếu lần lượt là 11,33% và 88,68%. Theo Nguyễn Tuấn Minh, u hai bên chiếm 18%, u một bên chiếm 82% [3]. Kết quả nghiên cứu của Vũ Bá Quyết cho thấy tỷ lệ bệnh nhân u một bên chiếm tỷ lệ cao (61,6%) và tỷ lệ bệnh nhân có u cả hai bên chiếm 38,4% [6]. Tuy nhiên sự khác biệt về vị trí u của các thể bệnh không có ý nghĩa thống kê.

Phần lớn kích thước khối u từ 50-100mm chiếm 217/309 (70,23%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kích thước trung bình của nhóm lành tính là $96,53 \pm 56,7\text{mm}$; của u giáp biên là $126,54 \pm 64,59\text{mm}$ và của u ác tính là $108,06 \pm 41,40\text{mm}$. Sự khác biệt về kích thước của các thể bệnh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Minh, kích thước trung bình của u lành tính là $8,55 \pm 4,28\text{cm}$, của u giáp biên là $9,68 \pm 4,43\text{mm}$ và của u ác tính là $10,99 \pm 4,43\text{cm}$ [3].

4.3. Đặc điểm trên MRI/ CLVT của u biểu mô buồng trứng. Các hình ảnh trên MRI hay CVLT rất hữu ích trong việc phân biệt các loại u buồng trứng nói chung và các thể bệnh của u biểu mô buồng trứng nói riêng. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm u lành tính chủ yếu là thành phần u dạng dịch đồng nhất và có vách chiếm lần lượt là 34/59 (62,96%) và 28/59 (51,85%) trường hợp. Và trong nhóm u giáp biên và ác tính chủ yếu thành phần u dạng hỗn hợp (cả thành phần đặc và dạng nang) lần lượt là 44,44% và 83,33%; phần tổ chức ngấm thuốc đều (33,33% và 58,33%) và xâm nhiễm phúc mạc và tạng khác (22,22% và 41,67%). Theo Ayumi Ohya và cộng sự, trên MRI tổn thương dạng nang chủ yếu là các khối u buồng trứng lành tính như u nang huyết thanh, u nang chức năng, u nang biểu mô bề mặt, và lạc nội mạc tử cung, và tổn thương nang có thành phần rắn có nhiều khả năng là ác tính, nhưng một số có thể được chẩn đoán là lành tính [7].

4.4. Dấu ấn sinh học của u biểu mô buồng trứng. CA 125 huyết thanh là kháng nguyên được phát hiện và được khẳng định từ rất nhiều nghiên cứu là một xét nghiệm trong việc tiên lượng nguy cơ ác tính của khối u buồng trứng. Nồng độ CA 125 > 35 U/ml được coi là có nguy cơ ác tính. Mức giới hạn được chấp nhận rộng rãi ở 35 U/ml được sử dụng thường xuyên trong thực hành lâm sàng dựa trên sự phân bố các giá trị ở 99% trong số 888 đàn ông và phụ

nữ khỏe mạnh [8], [9]. Tuy nhiên CA 125 tăng trong một số bệnh khác như nhiều loại ung thư khác, viêm nhiễm vùng chậu, bệnh lạc nội mạc tử cung, UBT dạng lạc nội mạc tử cung, u nang buồng trứng,... Trong nghiên cứu của chúng tôi giá trị trung bình của nhóm bệnh nhân UBT lành tính là $82,49 \pm 472,5 > 35$ U/ml. Giá trị trung bình này có được là trong 279 bệnh nhân UBT lành tính có 2 giá trị CA125 là 4353 và 6579 của UBT dạng lạc nội mạc tử cung lành tính vỡ trong ổ bụng dẫn đến giá trị trung bình của nhóm tăng lên. Tuy vậy trong nghiên cứu này cho kết quả giá trị CA 125 tăng dần theo mức độ ác tính của u biểu mô buồng trứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có sự tương đồng với hầu hết các nghiên cứu trong nước và quốc tế.

Bản chất HE4 được sản sinh và tiết dưới dạng một glycoprotein bởi tế bào ung thư buồng trứng. Vì vậy càng nhiều tế bào ung thư buồng trứng, nồng độ HE4 được tiết ra càng nhiều. Theo Nguyễn Tuấn Minh, ngưỡng cắt tối ưu của HE4 là 70 pmol/L [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả giá trị HE4 trong nhóm bệnh nhân u lành tính ≤ 70 pmol/L chiếm 263/279 (94,27%) trường hợp và trong nhóm bệnh nhân u ác tính giá trị HE4 > 70 pmol/L chiếm 11/17 (64,71%) trường hợp và giá trị HE4 cũng tăng dần theo mức độ ác tính của u biểu mô buồng trứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này phù hợp với nhiều cứu khác trong nước và quốc tế.

4.5. Mô bệnh học. Kết quả nghiên cứu cho thấy: trong u biểu mô buồng trứng loại thanh dịch, nhầy và UBT dạng LNMTC chiếm nhiều nhất lần lượt là 32,36%; 32,04% và 31,39%. Trong 279 bệnh nhân UBT lành tính hay gặp nhất là u nhầy chiếm 95 trường hợp (34,05%), sau đó lần lượt tới UBT dạng lạc nội mạc tử cung và u thanh dịch (31,54% và 31,18%). U tế bào sáng và U brenner hiếm gặp nhất chiếm 2 và 1 trường hợp (0,76 và 036%).

Trong nhóm bệnh nhân UBT ác tính và giáp biên, nhóm loại thanh dịch chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 8/17 và 5/13 trường hợp (47,06% và 38,46%). Trong nhóm bệnh nhân UBT ác tính, đứng thứ 2 là ung thư biểu mô dạng lạc nội mạc tử cung chiếm 6/17 trường hợp (35,29%) và hiếm gặp ung thư tế bào sáng 1 trường hợp (5,88%). Còn trong nhóm bệnh nhân UBT giáp biên đứng thứ 2 là u nhầy giáp biên chiếm 4/13 trường hợp (30,77%) và tiếp theo là u dạng nội mạc tử cung giáp biên chiếm 3/13 trường hợp (23,08%). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả gần giống như đa số nghiên cứu khác như Robbin, Peterson, Nguyễn Thu Trang cho kết

quả là ung thư biểu mô thanh dịch hay gặp nhất, sau đó đến ung thư biểu mô nhầy và ung thư biểu mô dạng lạc nội mạc tử cung.

V. KẾT LUẬN

- U biểu mô buồng trứng có thể gặp các lứa tuổi chủ yếu trong độ tuổi sinh sản (từ 20-49 tuổi). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân UBT ác tính cao hơn nhóm lành tính. Vậy là, khi có u buồng trứng, với bệnh nhân tuổi cao thì nguy cơ ác tính cũng cao hơn.

- Siêu âm có thể sơ bộ chẩn đoán các loại u buồng trứng và tính chất lành hay ác tính dựa. Tính chất khối u dạng hỗn hợp gợi ý hình ảnh ác tính.

- CLVT/ MRI giúp ích trong việc phân biệt các loại u buồng trứng nói chung và các thể bệnh của u biểu mô buồng trứng nói riêng. Thành phần hỗn hợp (cả phần tổ chức và phần nang) và tổ chức ngấm thuốc gợi ý nhiều đến ác tính.

- Với dấu ấn sinh học CA125 và HE4, giá trị trung bình tăng theo mức độ ác tính của u biểu mô buồng trứng.

- Đặc điểm về mô bệnh học: u biểu mô thanh dịch buồng trứng chiếm tỷ cao nhất trong u biểu mô buồng trứng nói chung; u biểu mô giáp biên và ác tính nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. và cộng sự.** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide

for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 71(3), 209–249.

2. **Nguyễn Hải Linh.** Nghiên Cứu Một Số Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Phương Pháp Phẫu Thuật Các Khối u Buồng Trứng Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương Từ Tháng 1- 2012 Đến Tháng 12- 2012. Bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2013.
3. **Nguyễn Tuấn Minh.** Một Số Đặc Điểm Lâm Sàng và Phương Kết Quả Phẫu Thuật U Biểu mô Buồng Trứng Tại Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội. Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
4. **Philip J. DiSaia** (1994). Ovarian neoplasm, Danforths obstetrics and gynecology edition, seventh. J.B Lippincott company Philadelphia,, 977-1016
5. **Lê Quang Vinh.** Nghiên cứu hình thái học u biểu mô buồng trứng. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2008.
6. **Vũ Bá Quyết.** Nghiên cứu giá trị của CA125 trong chẩn đoán giai đoạn và theo dõi điều trị bệnh ung thư biểu mô buồng trứng, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.
7. **Ohya A. và Fujinaga Y.** (2022). Magnetic resonance imaging findings of cystic ovarian tumors: major differential diagnoses in five types frequently encountered in daily clinical practice. Jpn J Radiol, 40(12), 1213–1234.
8. **Bischof P., Tseng L., Brioschi P.A. và cộng sự.** (1986). Cancer antigen 125 is produced by human endometrial stromal cells. Hum Reprod Oxf Engl, 1(7), 423–426.
9. **Kenemans P., Yedema C.A., Bon G.G. và cộng sự.** (1993). CA 125 in gynecological pathology--a review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 49(1–2), 115–124.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN VÀ MỨC ĐỘ KHÁNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 199 - BỘ CÔNG AN

Trần Ngọc Hải¹, Trần Nam Chung¹,
Võ Đăng Linh¹, Nguyễn Thị Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ và sự phân bố các loại vi khuẩn gây bệnh phân lập được tại Bệnh viện 199 Đà Nẵng và đánh giá mức độ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn đó. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả các chủng vi khuẩn phân lập được từ các loại bệnh phẩm của bệnh nhân điều trị tại bệnh viện 199 trong khoảng thời gian từ tháng 12/2022 đến tháng 8/2023. **Kết quả:** Tỉ lệ nhiễm khuẩn của các bệnh phẩm là 88,2%.

Có 8 chủng vi khuẩn gây bệnh, trong đó Pseudomonas spp và Streptococcus spp là hai tác nhân thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ tương ứng là 44,8% và 35,8%. Một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp khác là Staphylococcus, Enterobacter, Klebsiella, Acinobacter, Proteus với tỉ lệ từ 1,5 đến 9,0%. Các vi khuẩn đề kháng kháng sinh cao, cụ thể 88,1% vi khuẩn có kháng kháng sinh, trong đó trên 80% đa kháng (kháng từ 3 kháng sinh trở lên). Trong hai vi khuẩn thường gặp, Pseudomonas spp đề kháng hoàn toàn với Ampicillin, Ticarcillin (100 %); đề kháng cao với Trimethoprim-Sulfamethoxazole (76,5%); Amoxicillin/Clavulanic acid (AC), Lindamycin, Penicillin (66,5%); còn nhạy cảm với Vancomycin, Ofloxacin (100%); Amikacin (92,6%); Colistin (91,3%). Streptococcus spp đề kháng hoàn toàn với nhiều kháng sinh như Ampicillin, Cefuroxin, Ceftriaxone, Ticarcillin, Ticarcillin - Clavulanic acid, Optocin, Bacitracin (100%), đề kháng cao với Norfloxacin (75%), Teracilin (68,7 %),

¹Bệnh viện 199 Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Hải

Email: bienngoclab2@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023