

trị này cho người bệnh. Các tác dụng không mong muốn khác cho thấy đa phần người bệnh có tác dụng không mong muốn là rụng tóc (100%), tiếp đến triệu chứng buồn nôn (28,8% độ 1 và 3,7% độ 2), nôn (20,3% độ 1), có 13,3% có tình trạng viêm miệng và 3,7% xuất hiện tiêu chảy. Đây cũng là những triệu chứng điển hình trong phác đồ điều trị hóa chất khác, theo báo cáo của Henry Wang tỷ lệ người bệnh có biểu hiện buồn nôn và nôn là 19,0%[5], De Man FM báo cáo các triệu chứng hay gặp đối với đường tiêu hóa là nôn, táo bón và tiêu chảy.[4] Báo cáo của Deepa MJ và cộng sự cho thấy người bệnh có các tác dụng phụ phổ biến như nôn (46,0%), buồn nôn (20,0%), tiêu chảy (20,0%) và mệt mỏi (46,0%).[8]

## V. KẾT LUẬN

Trong số 54 đối tượng nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng với điều trị là 51,8% (đáp ứng một phần là 44,4% và đáp ứng toàn bộ là 7,4%). Các triệu chứng nuốt nghẹn, đau khi nuốt, sặc được cải thiện qua các thời điểm điều trị. Các tác dụng không mong muốn hay xảy ra gồm buồn nôn, nôn, rụng tóc. Tác dụng phụ trên huyết học có tỷ lệ thấp và có thể kiểm soát được. Phác đồ điều trị này nên được áp dụng phổ biến hơn trong điều trị người bệnh ung thư thực quản giai đoạn IV do an toàn và dung nạp tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.,** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 2021. 71(3): p. 209-249.
2. **International Agency for Research on Cancer,** VietNam - Global Cancer Observatory. 2020.
3. **Keresztes, R.S., et al.,** Preoperative chemotherapy for esophageal cancer with paclitaxel and carboplatin: results of a phase II trial. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2003. 126(5): p. 1603-1608.
4. **de Man, F.M., et al.,** Efficacy and Toxicity of Weekly Carboplatin and Paclitaxel as Induction or Palliative Treatment in Advanced Esophageal Cancer Patients. *Cancers (Basel)*, 2019. 11(6).
5. **Wang, H., et al.,** A phase II study of paclitaxel, carboplatin, and radiation with or without surgery for esophageal cancer. *J Thorac Oncol*, 2007. 2(2): p. 153-7.
6. **Nguyễn Đức Lợi,** Đánh giá hiệu quả của hóa xạ trị gia tốc đồng thời trong điều trị ung thư thực quản giai đoạn III, IV bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2018. 471(Số chuyên đề ung thư): p. 48-55.
7. **Noronha, V., et al.,** Clinical Outcome in Definitive Concurrent Chemoradiation With Weekly Paclitaxel and Carboplatin for Locally Advanced Esophageal and Junctional Cancer. *Oncol Res*, 2016. 23(4): p. 183-95.
8. **Joseph, D.M., et al.,** Chemoradiation with Weekly Paclitaxel and Carboplatin in Esophageal Squamous Cell Carcinoma: A Prospective Study. *South Asian J Cancer*, 2021. 10(3): p. 151-154.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG LOẠI TẾ BÀO HẠT TẠI BỆNH VIỆN K

Thiều Tất Khánh<sup>1,3</sup>, Nguyễn Văn Tuyên<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Thu Hương<sup>3</sup>, Nguyễn Quang Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư buồng trứng loại tế bào hạt tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 44 bệnh nhân u buồng trứng đã được phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học tại bệnh viện K, chẩn đoán sau mổ là u tế bào hạt buồng trứng từ năm 2014-2022. **Kết quả:** Độ

tuổi trung bình là  $51,7 \pm 13,3$  tuổi, thể mô bệnh học gặp nhiều nhất là u tế bào hạt tủy trưởng thành (97,2%). Kích thước u của u tế bào hạt là  $11,23 \pm 5,65$ cm (từ 3,5 cm đến 25cm). Bệnh nhân u tế bào hạt giai đoạn I chiếm ưu thế với 50% và giai đoạn II chiếm 20,5%, giai đoạn III chiếm 29,5%. Trung bình thời gian theo dõi là  $47,8 \pm 24,7$  tháng (từ 10,8-94,4 tháng), tỉ lệ sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh (DFS) 5 năm ở nhóm bệnh nhân u tế bào hạt lần lượt là 90,9% và 79,4%. Giai đoạn I có DFS 5 năm lớn hơn giai đoạn II-III (100% so với 54,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ , không có tổn thương còn lại sau phẫu thuật có DFS 5 năm cao hơn có tổn thương còn lại sau phẫu thuật (94,7% so với 0%), sự khác biệt có nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Các yếu tố khác như tuổi, kích thước u không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê lần lượt có  $p$  là 0,091 và 0,706 ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** U tế bào hạt là loại ung thư buồng trứng ít gặp với phân bố tuổi rộng rãi, với phần lớn gặp ở giai đoạn sớm và có tiên

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

<sup>2</sup>Bệnh viện K

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thiều Tất Khánh

Email: thieutatkhánh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

lượng tốt. Giai đoạn bệnh và tổn thương còn lại sau phẫu thuật là yếu tố tiên lượng quan trọng của u tế bào hạt.

**Từ khóa:** u tế bào hạt, u mô đệm – dây sinh dục.

## SUMMARY

### RESULTS OF TREATMENT FOR OVARIAN CANCER OF THE GRANULOSA CELL TYPE AT K HOSPITAL

**Objective:** Describe some clinical and paraclinical characteristics and evaluate the results of treatment of patients with granulosa cell ovarian cancer at K hospital. **Research subjects and methods:** Retrospective and prospective descriptive study on 44 ovarian tumor patients who were operated on and histopathologically tested at K hospital. Postoperative diagnosis was ovarian granulosa cell tumor eggs from 2014 -2022. **Results:** The average age was  $51.7 \pm 13.3$  years old, the most common histopathological type was adult granulosa cell tumor (97.2%). The tumor size of granulosa cell tumor is  $11.23 \pm 5.65$ cm (from 3.5cm to 25cm). Stage I granulosa cell tumor patients predominate with 50%, stage II accounts for 20.5%, and stage III accounts for 29.5%. Average follow-up time was  $47.8 \pm 24.7$  months (range 10.8-94.4 months), overall survival (OS) and disease-free survival (DFS) rates were 5 years in the patient group. granulosa cell tumors were 90.9% and 79.4%, respectively. Stage I has a greater 5-year DFS than stages II-III (100% vs. 54.1%), the difference is statistically significant with  $p < 0.001$ , no residual lesions after surgery have a DFS of 5 More years had residual damage after surgery (94.7% compared to 0%), the difference was statistically significant with  $p < 0.001$ . Other factors such as age and tumor size did not have a statistically significant difference with  $p$  of 0.091 and 0.706, respectively ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** Granulosa cell tumor is a rare type of ovarian cancer with a wide age distribution, with the majority occurring in the early stages and with a good prognosis. Disease stage and remaining lesions after surgery are important prognostic factors for granulosa cell tumors. **Keywords:** granulosa cell tumor, stromal tumor – sex cord.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong ung thư phụ khoa và đứng thứ tám trong ung thư nói chung ở phụ nữ. Theo số liệu GLOBOCAN 2020 công bố: thế giới có 313.959 người mắc mới ung thư buồng trứng, tỷ lệ mắc bệnh 7,3/100.000 người, ước tính tử vong khoảng 207.252 người.<sup>1</sup> U tế bào hạt (UTBH) của buồng trứng là một loại ung thư buồng trứng hiếm gặp bắt nguồn từ thành phần mô đệm dây sinh dục (UDDSD) của buồng trứng, nhưng chúng lại là loại phổ biến nhất của UDDSD chiếm tới 70%.<sup>2</sup> UTBH có đặc điểm là khả năng tiết ra estrogen có thể gặp ở mọi lứa tuổi gây ra triệu chứng cường estrogen. Bệnh thường phát hiện ở giai đoạn sớm có tiên lượng bệnh khá tốt

diễn biến chậm và tái phát muộn.<sup>3</sup>

Về điều trị UTBH, phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo. Phẫu thuật bảo tồn có thể thực hiện ở phụ nữ trẻ còn nhu cầu sinh con và giai đoạn sớm (giai đoạn IA), độ mô học thấp vì loại u này có xu hướng ở một bên buồng trứng và ít di căn.<sup>3</sup> Ở phụ nữ sau mãn kinh và những người bị bệnh nặng hơn, phẫu thuật công phá u tối đa là phương pháp điều trị thích hợp. Vai trò của hóa chất hỗ trợ còn chưa được thống nhất, tuy nhiên có thể dùng cho những bệnh nhân tiên lượng xấu hơn như bệnh giai đoạn cao, u vỡ vỏ, kích thước u lớn trên 10-15cm.<sup>3</sup>

Tại Việt Nam nghiên cứu về UTBH hiện tại còn rất hạn chế do tính chất hiếm gặp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư buồng trứng loại tế bào hạt và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân này.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 44 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học tại Bệnh viện K, chẩn đoán sau mổ là u tế bào hạt buồng trứng trong giai đoạn 2014-2022.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân ung thư buồng trứng có kết quả giải phẫu bệnh là u tế bào hạt được phẫu thuật tại bệnh viện K.

+ Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ và thông tin theo dõi sau điều trị.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Mắc bệnh ung thư khác.

+ Mắc các bệnh cấp và hoặc mạn tính trầm trọng có nguy cơ gây tử vong gần.

+ Bệnh nhân bỏ điều trị không vì lý do chuyên môn, không đồng ý tham gia nghiên cứu, hoặc mất thông tin sau điều trị.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiến cứu, có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu: thuận tiện.

**2.2.2. Phương pháp tiến hành:** Thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị được hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, Giải đoạn bệnh được đánh giá lại theo phân loại FIGO 2017. Mô bệnh học được xếp theo phân loại của tổ chức Y Tế Thế Giới 2014. Sống thêm được khai thác khi liên lạc với bệnh nhân (BN) qua điện thoại. OS và DFS được tính từ thời điểm bắt đầu điều trị. Kết quả điều trị được đánh giá trên những bệnh nhân hoàn thành điều trị và có

thông tin cuối cùng qua gọi điện.

**2.2.3. Xử lý số liệu:** Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê sử dụng trong nghiên cứu: Mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95%, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Đánh giá thời gian sống thêm sử dụng phương pháp Kaplan – Meier có kiểm định Logrank

**2.2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Phác đồ nghiên cứu đã được phê duyệt trong “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư buồng trứng” của Bộ Y Tế. Đảm bảo thông tin mà bệnh nhân và người nhà cung cấp được giữ bí mật, không công bố danh tính người tham gia nghiên cứu

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu (NC) của chúng tôi thu thập được 44 bệnh nhân UTBH trong giai đoạn 2014-2022 thỏa mãn nguyên tắc lựa chọn bệnh nhân ở trên

**Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

Đặc điểm		n (%)
<b>Tuổi</b>	Trung bình	51,7±13,3
<b>Kinh nguyệt</b>	Chưa mãn kinh	16 (36,4)
	Mãn kinh	28 (63,6)
<b>Mô bệnh học</b>	Thể trưởng thành	43 ( 97,7)
	Thể thiếu niên	1 (2,3)
<b>Triệu chứng cơ năng</b>	Đau bụng hạ vị	31 (70,5)
	Đau bụng cấp tính	1 (2,3)
	Tự sờ thấy u	3 (6,8)
	Chướng bụng	7 (15,9)
	Rối loạn kinh nguyệt	25 (56,8)
	Có 2 triệu chứng trở lên	27 (61,4)
	Không có	5 (9,1)
<b>Vị trí u</b>	Bên phải	20 (45,4)
	Bên trái	16 (36,4)
	2 bên	8 (18,2)
<b>Kích thước u</b>	Trung bình	11,23±5,65 cm
<b>Số lượng u</b>	Một u	33 (75)
	Nhiều u	11 (25)
<b>Giai đoạn</b>	Ia	8 (18,2)
	Ib	2 (4,5)
	IIc	12 (27,3)
	II	9 (20,5)
	III	13 (29,5)
	IV	0

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình UTBH: 51,7±13,3, thấp nhất là 20 tuổi, nhiều nhất là 87 tuổi. U tế bào hạt chủ yếu gặp ở các bệnh nhân đã mãn kinh chiếm tỉ lệ 63,6%, còn lại 36,4% chưa mãn kinh. Nhóm u tế bào hạt thể trưởng thành chiếm 97,7% và có 1 bệnh nhân UTBH thể

thiếu niên. Phần lớn bệnh nhân đều có triệu chứng trước khi được chẩn đoán bệnh với 90,9%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau bụng hạ vị gặp ở 70,5%, tiếp theo là rối loạn kinh nguyệt chiếm 59,1%, bụng chướng chiếm 13,6% và tự sờ thấy u chiếm 6,8% và đau bụng cấp tính chiếm 2,3%. U có kích thước trung bình là 11,23±5,65 cm, thường có 1 u (75%) và ở 1 bên chiếm 81,8%. Bệnh nhân UTBH ở giai đoạn I có tỉ lệ cao nhất lần lượt là 50%, tiếp đến là giai đoạn III ở UTBH chiếm 29,5% và cuối cùng là giai đoạn II ở UTBH chiếm 20,5%, không có bệnh nhân nào giai đoạn IV.

#### 3.2. Điều trị

##### 3.2.1. Các phương pháp điều trị

**Bảng 2. Các phương pháp điều trị**

Chiến lược điều trị	n	Tỷ lệ	UTBH NL n (%)	UTBH TN n (%)
Phẫu thuật đơn thuần	11	25	11 (25,6)	0
Phẫu thuật + Hóa trị sau mổ	33	75	32 (74,4)	1 (100)
<b>Tổng</b>	44	-	43	1

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật trong đó có 11/44 trường hợp chỉ phẫu thuật đơn thuần chiếm 25%. Hóa chất bổ trợ sau mổ được tiến hành ở 33/44 trường hợp (75%), một bệnh nhân u tế bào hạt thiếu niên cần trải qua điều trị hóa chất bổ trợ phẫu thuật.

**Bảng 3. Đặc điểm điều trị**

n	Tỷ lệ (%)	UTBH NL n (%)	UTBH TN n (%)
<b>Phương pháp phẫu thuật (n=44)</b>			
Phẫu thuật bảo tồn	0	0	0
Phẫu thuật lấy u tối đa	44	100	43(100)
Tổn thương đại thể còn lại	Không còn	38	86,4
	Còn	6	13,6
<b>Hóa chất bổ trợ</b>			
BEP	23	69,7	22(68,70)
PC	7	21,2	7(21,9)
EP	3	9,1	3(9,4)
<b>Tổng</b>	33	100	32(100)

**Nhận xét:** - Tất cả 44 bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật lấy u tối đa, không có bệnh nhân nào được phẫu thuật bảo tồn.

- Có 6 trường hợp được mô tả là còn u < 0,5cm sau phẫu thuật chiếm 13,6%.

- Phác đồ BEP (Bleomycin, Etoposide, và Cisplatin) được sử dụng chủ yếu, chiếm 69,7% tiếp theo là phác đồ PC (Paclitaxel và Carboplatin, 21,2%) và phác đồ EP (Etoposide và

Cisplatin, 9,1%).

### 3.2.2. Kết quả theo dõi sau điều trị

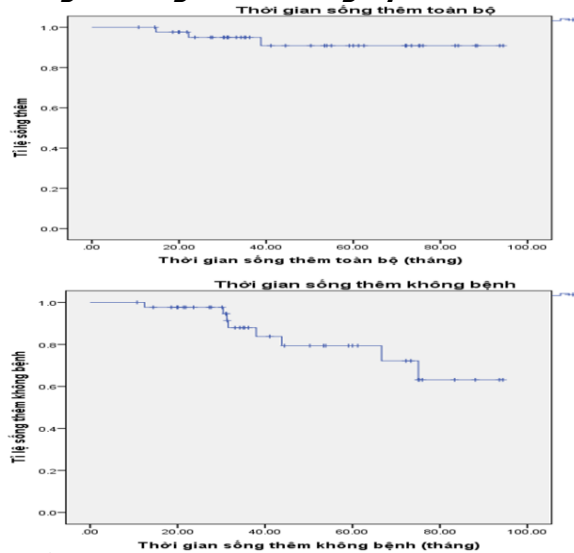
**Bảng 4. Kết quả theo dõi sau điều trị**

Kết quả theo dõi	Thời gian
Thời gian theo dõi trung bình	47,8 ± 24,7 tháng (10,8- 94,4 tháng)
Số bệnh nhân theo dõi ít nhất 5 năm	15 bệnh nhân
Số bệnh nhân còn sống	41 bệnh nhân
Số bệnh nhân đã tử vong	3 bệnh nhân
Số bệnh nhân tái phát	8 bệnh nhân
Tỷ lệ tái phát	18,2%

**Nhận xét:** - Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian theo dõi trung bình là 47,8 ± 24,7 tháng, ngắn nhất là 10,8 tháng, dài nhất là 94,4 tháng.

- Có 3 trường hợp tử vong và 8 trường hợp tái phát, tỷ lệ tái phát chung UTBH là 18,2%.

### 3.2.3. Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh



**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ**

**Nhận xét:** Trung bình thời gian sống thêm toàn bộ được tính là 88,3 ± 3,4 tháng (CI 95%: 81,7 – 94,9 tháng). OS 3 năm và 5 năm lần lượt là 95% và 90,9%. Thời gian sống thêm không bệnh của UTBH trung bình là 78 ± 4,9 tháng (CI 95%: 68,4 – 87,7 tháng). DFS 3 năm và 5 năm lần lượt là 88% và 79,4%.

### 3.2.4. Mối liên quan giữa các yếu tố với DFS 5 năm

**Bảng 5. Liên quan một số yếu tố với thời gian sống thêm không bệnh**

Đặc điểm	DFS 5 năm	p
Tuổi	≤ 50 tuổi	67,1%
	> 50 tuổi	89,4%
		0,091

Kích thước u	< 10 cm	64,9%	0,706
	≥ 10 cm	89,3%	
Giai đoạn bệnh	I	100%	<0,001
	II-III	54,1%	
Tổn thương còn lại	Không	97,4%	<0,001
	Còn	0%	

**Nhận xét:** - Giai đoạn bệnh I có DFS 5 năm 100% cao hơn giai đoạn II-III 54,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$

- Tổn thương còn lại còn là yếu tố tiên lượng xấu đến DFS 5 năm với  $p < 0,001$

- Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm kích thước u < 10cm và ≥ 10 cm cũng như nhóm tuổi ≤ 50 tuổi và > 50 tuổi với p lần lượt là 0,706, 0,091 đều có  $p > 0,05$ .

## IV. BÀN LUẬN

Trên 44 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy độ tuổi trung bình của u tế bào hạt là 51,7 ± 13,3 tuổi, thể mô bệnh học gặp nhiều nhất là u tế bào hạt tủy trưởng thành (97,2%). Kích thước u của u tế bào hạt là 11,23±5,65cm (từ 3,5 cm đến 25cm). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, Khosla và cộng sự nhận thấy tuổi trung bình và kích thước u trung bình lần lượt là 50 và 10,5, tỉ lệ bệnh nhân.<sup>4</sup> Bệnh nhân u tế bào hạt giai đoạn I chiếm ưu thế với 50% và giai đoạn II chiếm 20,5%, giai đoạn III chiếm 29,5%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ giai đoạn I thấp hơn tuy nhiên vẫn chiếm ưu thế, giai đoạn tiến triển cao hơn của tác giả Khosla và cộng sự tỉ lệ giai đoạn I, II, III, IV lần lượt là 69,2%, 11,5%, 15,4%, 3,9%.<sup>4</sup> Trong nghiên cứu tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật triệt để không có bệnh nhân nào được phẫu thuật bảo tồn. Nghiên cứu có 75% bệnh nhân được hóa chất bổ trợ sau mổ từ giai đoạn Ic-III, còn lại 25% chỉ phẫu thuật đơn thuần.<sup>5</sup> Kết quả này là tương tự với các nghiên cứu khác trên thế giới như tác giả Khosla và cộng sự nhận thấy 100% bệnh nhân được phẫu thuật, trong đó 11,5% phẫu thuật bảo tồn, 65,4% bệnh nhân sau đó được điều trị hóa chất bổ trợ.<sup>4</sup> Lý giải vấn đề này là do bệnh nhân trong nghiên cứu ở nhóm Ic-III có tỉ lệ trên 50% nên tỉ lệ điều trị hóa chất cao và các bệnh nhân ở giai đoạn sớm đều không có nhu cầu sinh thêm con nên đều phẫu thuật triệt để mà không điều trị phẫu thuật bảo tồn đúng như NCCN khuyến cáo.<sup>5</sup>

Sau thời gian theo dõi trung bình 47,8 ± 24,7 tháng, dài nhất là 94,4 tháng và ngắn nhất là 10,8 tháng. Tại thời điểm kết thúc theo dõi, chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp tử vong và 8 trường hợp tái phát. Đánh giá kết quả điều trị 44

bệnh nhân u tế bào hạt, chúng tôi thấy OS và DFS 5 năm của các bệnh nhân u tế bào hạt là 90,9% và 79,4%. Kết quả này tương tự với kết quả của Khosla và cộng sự ở OS và sống thêm không sự kiện 5 năm (84,6 % và 76,5%).<sup>4</sup>

Đánh giá liên quan một số yếu tố với thời gian sống bệnh không tiến triển, chúng tôi nhận định các yếu tố ảnh hưởng xấu đến kết quả DFS 5 năm là tăng giai đoạn bệnh (I tỉ lệ 100% so với II-III: 54,1%,  $p<0,001$ ) và có tổn thương còn lại sau phẫu thuật (còn 0%, không còn: 97,4%,  $p<0,001$ ). Theo tác giả Ayhan và CS cho thấy tỷ lệ tái phát ở giai đoạn I, II, và III tương ứng là 5,4%; 21%; và 40% và so với các giai đoạn tiến triển hơn, tỷ lệ tái phát thấp hơn đáng kể ở những bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn I (5,4% so với 25,0%,  $p=0,019$ ).<sup>6</sup> Tác giả Chan và CS nhận thấy không còn u sau mổ có tiên lượng một cách độc lập với cải thiện sống thêm (HR: 0,162; 95% CI: 0,043-0,610).<sup>7</sup> Nghiên cứu chỉ ra rằng không có sự liên quan giữa tuổi ( $\leq 50$  là 67,1% so với  $> 50$  tuổi là 89,4%,  $p=0,091$ ) và kích thước u ( $<10\text{cm}$  là 64,9% so với  $\geq 10\text{ cm}$  là 89,3%,  $p= 0,706$ ) với thời gian sống thêm không bệnh ( $p>0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 44 bệnh nhân UTBH, chúng tôi thấy U tế bào hạt là loại ung thư buồng trứng ít gặp với phân bố tuổi rộng rãi, thường phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm với tiên lượng tốt. Phương pháp điều trị chính UTBH là phẫu thuật lấy u tối ưu và hóa chất khi bệnh nhân ở giai đoạn Ic-IV, cân nhắc phẫu thuật bảo tồn ở giai đoạn sớm (IA).<sup>5</sup> Chúng tôi nhận thấy OS và DFS 5 năm của các bệnh nhân u tế bào hạt người lớn

là 90,9% và 79,4%. Tỷ lệ tái phát chung là 18,2%. Giai đoạn ban đầu và bệnh còn sót lại là yếu tố tiên lượng quan trọng của thể mô bệnh học này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. Bryk S, Pukkala E, Martinsen JJ, et al. Incidence and occupational variation of ovarian granulosa cell tumours in Finland, Iceland, Norway and Sweden during 1953-2012: a longitudinal cohort study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2017;124(1): 143-149. doi:10.1111/1471-0528.13949
3. Chi, Dennis S.; Berchuck, Andrew; Dizon, Don S.; Yashar, Catheryn M. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
4. Khosla D, Dimri K, Pandey AK, Mahajan R, Trehan R. Ovarian granulosa cell tumor: clinical features, treatment, outcome, and prognostic factors. North Am J Med Sci. 2014;6(3):133-138. doi:10.4103/1947-2714.128475
5. Armstrong DK, Alvarez RD, Bakkum-Gamez JN, et al. Ovarian Cancer, Version 2.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2021;19(2): 191-226. doi:10.6004/jnccn.2021.0007
6. Ayhan A, Salman MC, Velipasaoglu M, Sakinci M, Yuce K. Prognostic factors in adult granulosa cell tumors of the ovary: a retrospective analysis of 80 cases. J Gynecol Oncol. 2009;20(3): 158-163. doi:10.3802/jgo.2009. 20.3.158
7. Zhang M, Cheung MK, Shin JY, et al. Prognostic factors responsible for survival in sex cord stromal tumors of the ovary--an analysis of 376 women. Gynecol Oncol. 2007;104(2):396-400. doi:10.1016/j.ygyno.2006.08.032

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ NGỘ ĐỘC CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Phan Trọng Hiếu<sup>1</sup>, Tạ Văn Trâm<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Toàn<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp ở trẻ em. Đây cũng là một trong những vấn đề

quan trọng tác động đến sự phát triển về thể chất, tinh thần và thậm chí gây tử vong ở trẻ em. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ ngộ độc cấp góp phần giúp nhân viên y tế chẩn đoán sớm và nâng cao chất lượng điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ một số đặc điểm dịch tễ học ở bệnh nhi ngộ độc cấp tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả vừa hồi cứu vừa tiến cứu trên 294 bệnh nhi ngộ độc cấp từ 6/2021 đến 6/2023 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 3,2; khoảng tứ phân vị là 7,6 (1,8-9,3); nhỏ nhất là 26 ngày tuổi và lớn nhất là 16 tuổi. Ngộ độc xảy ra ở nhóm tuổi  $<3$  tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (47,3%), trong đó 1 – 3 tuổi chiếm 37,4%.

<sup>1</sup>Đại học Trà Vinh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

<sup>3</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phan Trọng Hiếu

Email: drtronghieus@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024