

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA CA125, HBE4 TRONG CHẨN ĐOÁN U NHẦY BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG 5 NĂM TỪ 2016 ĐẾN 2020

Nguyễn Thị Nga¹, Nguyễn Quốc Tuấn²,
Nguyễn Thị Hồng¹, Nông Thị Hồng Lê¹

TÓM TẮT

Phát hiện sớm khối u buồng trứng ác tính là cần thiết cho việc kéo dài thời gian sống trên 5 năm với những bệnh nhân ung thư buồng trứng. Trong các loại u buồng trứng thực thể, khối u nhầy buồng trứng đại diện cho một loạt các rối loạn tân sinh. So với các loại u thực thể khác của u buồng trứng, u nhầy buồng trứng có sự khác biệt nhất, chiếm tỷ lệ khoảng 20%, loại u dễ tái phát và có khả năng biến chứng nguy hiểm nếu không phát hiện sớm, và sự tiến triển âm thầm qua các giai đoạn khiến u nhầy có thể từ lành tính chuyển sang ác tính mà không có dấu hiệu báo trước. **Đối tượng nghiên cứu:** là 240 bệnh nhân được phẫu thuật có kết quả giải phẫu bệnh là u nhầy buồng trứng lành tính hoặc ác tính, tại Bệnh viện Phụ sản Trưng ương từ 01/01/2016 đến 31/12/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 74,6% u nhầy buồng trứng lành tính, 55,7% là ung thư biểu mô chế nhầy, nhóm tuổi thường gặp 20-29 chiếm 24,6%, nhóm tuổi > 40 có tỷ lệ ác tính cao 32,8%. Tỷ lệ u nhầy lành tính trên bệnh nhân có thai 66,7%, tiền sử mô u buồng trứng 10,8%, tỷ lệ ác tính trên bệnh nhân có u buồng trứng tái phát là 30,8%, triệu chứng lâm sàng hay gặp đau bụng 69,65%, rối loạn kinh nguyệt 31,3%, bụng to lên 59,6%. Tỷ lệ u nhầy buồng trứng một bên 91,2%, u nhầy hai bên có tỷ lệ ác tính 48%, u có tính chất không di động tỷ lệ ác tính 48,3%, mật độ không đều tỷ lệ ác tính 81,0%, CA125 bất thường 27,5%, Hbe4 12,1%, trên siêu âm hình ảnh thừa âm vang không đồng nhất tỷ lệ lành tính 96,9%, âm vang hỗn hợp tỷ lệ ác tính 63,0%. CA 125 với điểm cắt 38UI/ml có độ nhạy 60,0%, độ đặc hiệu 81,9%. Giá trị Hbe4 điểm cắt 68,45 độ nhạy 36,7%, độ đặc hiệu 91,5%. Có giá trị trong việc tiên lượng thể bệnh lành tính hay ác tính.

Key words: U nhầy buồng trứng, CA125, Hbe4

SUMMARY

RESEARCH THE VALUE OF CA 125, HBE4 IN DIAGNOSIS OF MUCINOUS TUMOR OF OVARIAN AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FOR 5 YEARS FROM 2016 TO 2020

Early detection of ovarian malignancies is essential for prolonging survival beyond 5 years in ovarian

cancer patients. Among the types of organic ovarian tumors, mucinous ovarian tumors represent a wide range of neoplastic disorders. Compared with other types of ovarian tumors, ovarian mucinous tumors have the most difference, accounting for about 20%, the type of tumor is easy to recur and potentially dangerous complications if not detected early, and The silent progression through stages causes mucinous tumors to change from benign to malignant without warning. **Study subjects:** were 240 patients undergoing surgery with pathological results as benign or malignant ovarian mucinous tumors, at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 1, 2016 to December 31, 2020. **Methods:** Retrospective, cross-sectional study. **Results:** 74.6% of ovarian mucinous tumors were benign, in which benign mucinous cysts were 54.7%, 55.7% were mucinous carcinomas, the common age group 20-29 accounted for 24.6%, the age group > 40 has a high rate of malignancy of 32.8%. The rate of benign mucinous tumors in pregnant patients was 66.7%, the history of ovarian tumor surgery was 10.8%, the rate of malignant tumors in patients with recurrent ovarian tumors was 30.8%, with clinical symptoms. common abdominal pain 69.65%, menstrual irregularities 31.3%, abdominal enlargement 59.6%. The rate of ovarian mucinous tumor on one side 91.2%, mucinous tumor on both ovarian as a malignant rate of 48%, Tumor has non-motile nature, malignancy rate 48.3%, irregular density malignancy rate 81.0%, abnormal CA125 27.5%, Hbe4 12.1%, on ultrasound scan with low sound Homogeneous echo has a benign rate of 96.9%, mixed echo has a malignant rate of 63.0%. CA 125 with a cut-off point of 38UI/ml has a sensitivity of 60.0%, a specificity of 81.9%. Hbe4 cut-off value 68.45, sensitivity 36.7%, specificity 91.5%. Valuable in the prognosis of benign or malignant disease.

Key words: Mucinous tumor of ovarian, CA125, Hbe4

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là một trong những bất thường khá phổ biến ở người phụ nữ. Theo Đinh Thế Mỹ[1] tỷ lệ mắc u nang buồng trứng là 3,6% trong đó u nhầy buồng trứng chiếm tỷ lệ khoảng 20% và có xu hướng gia tăng[2], với tần xuất gặp cao hơn những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

Ngày nay với sự trợ giúp của các phương pháp cận lâm sàng, đặc biệt là siêu âm, xét nghiệm các chỉ số sinh học CA125, HbE4, CEA, việc chẩn đoán UNBT trở lên dễ dàng hơn trước đây, tuy nhiên thái độ xử trí trước từng trường hợp cụ thể cần được xem xét kỹ, đặc biệt với trẻ

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nga

Email: nguyennga.ydtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2021

Ngày duyệt bài: 13.7.2021

em, phụ nữ chưa có con nhằm đảm bảo tối đa quyền lợi của người bệnh[3]. Nhờ sự phát triển của công nghệ, và sự tiến bộ về kỹ thuật của thầy thuốc, phẫu thuật trong UNBT được áp dụng rộng rãi, 80% bệnh nhân UNBT lành tính được điều trị bằng phẫu thuật nội soi[4], các trường hợp u nhầy buồng trứng ác tính cũng đã được phẫu thuật và điều trị hóa trị liệu sau phẫu thuật cho kết quả điều trị tốt. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã và đang phẫu thuật điều trị các trường hợp u nhầy buồng trứng tuy nhiên chưa có nghiên cứu cụ thể nào đề cập đến sự thay đổi giá trị của các xét nghiệm CA125, Hbe4, có liên quan đến tiên lượng u nhầy ác tính hay không. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu và báo cáo về: "Nghiên cứu giá trị của CA125, Hbe4 trong chẩn đoán u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm từ 2016 đến 2020" với 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm từ 2016 đến 2020.

2. Xác định giá trị của triệu chứng lâm sàng, sự thay đổi CA125, Hbe4 trong chẩn đoán u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm 2016 đến 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 240 bệnh nhân nữ có u nhầy buồng trứng được khám và phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có đầy đủ hồ sơ bệnh án từ ngày 01/01/2016 đến ngày 31/12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những bệnh nhân được chẩn đoán là u buồng trứng đã được điều trị phẫu thuật, với kết quả giải phẫu bệnh là u nhầy buồng trứng trong thời gian 5 năm từ 01/01/2016 đến 31/12/2020.

- Hồ sơ có đầy đủ thông tin lâm sàng cần nghiên cứu.

- Hồ sơ có đầy đủ các kết quả thăm dò cận lâm sàng: siêu âm, xét nghiệm máu CA125, Hbe4

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân được phẫu thuật u nhầy buồng trứng có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính từ nơi khác chuyển đến

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả cắt ngang: [2]

$$\frac{p \times q}{(d)^2}$$

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

n: số bệnh nhân cần cho nghiên cứu. $p = 0,19$, $q = 1-p = 0,81$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, $d = 0,05$.

$n = 236,5$. Chúng tôi lấy làm tròn 240 bệnh nhân trong 5 năm

Cách chọn mẫu. Chọn mẫu có chủ đích là tất cả các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân khối u buồng đã được phẫu thuật, có kết quả giải phẫu bệnh là u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ lấy đến khi đủ số liệu theo cỡ mẫu thì dừng lại.

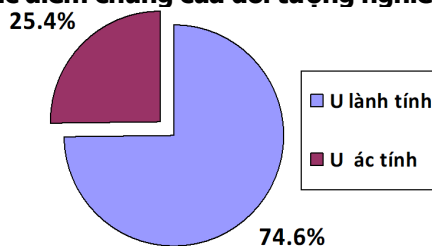
Các bước tiến hành: thu thập số liệu theo mẫu phiếu nghiên cứu có sẵn.

Phân tích số liệu: Các số liệu được mã hóa và xử lý theo chương trình SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Đã được thông qua hội đồng y đức Bệnh viện Phụ sản Trung ương

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Giải phẫu bệnh u nhầy buồng trứng

Trong tổng số 240 bệnh nhân có u nhầy buồng trứng thực thể vào điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương thì tỷ lệ u nhầy buồng trứng lành tính 74,6% và ác tính là 25,4%.

Trong số bệnh nhân xếp trong nhóm u buồng trứng ác tính có 25 bệnh nhân là u nhầy buồng trứng thể giáp biên. U giáp biên không phải là u lành vì đặc tính tái phát, và u giáp biên cũng không phải là u ác vì không xâm lấn và không di căn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp u nhầy buồng trứng ác tính có nguồn gốc do di căn từ ung thư nguyên phát là ung thư dạ dày (có tên gọi là u Krukenberg). Theo Abdulaziz Babaier [5] các ước tính về tần suất ung thư biểu mô chế nhầy nguyên phát nằm trong khoảng 6-25%, Abdulaziz Babaier and Prafull Ghatage (2020)[6] tỷ lệ này là 4,9%.

Phân bố u nhầy với nhóm tuổi. Bệnh nhân bị u nhầy buồng trứng tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 20-29 chiếm tỷ lệ 24,6%, tuổi ≥ 50 chiếm 25,4%. Đây là hai nhóm độ tuổi sinh đẻ và tuổi đã mãn kinh. Độ tuổi trung bình là $37,29 \pm 18,19$, tuổi lớn nhất trong nghiên cứu là 87 tuổi, tuổi

nhỏ nhất là 9 tuổi. Nghiên cứu liên quan giữa nhóm tuổi và thể bệnh có thể thấy, tỷ lệ u nhầy buồng trứng ác tính gặp nhiều nhất ở độ tuổi 40-49 và ≥ 50 với tỷ lệ tương ứng là 31,0% và 32,8%. Nhóm tuổi < 16 tỷ lệ u nhầy ác tính 14,3%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Theo Hacker's gynecologic.[7] các khối u buồng dạng nhầy thường ảnh hưởng nhiều độ tuổi bệnh nhân phụ thuộc vào tuýp mô bệnh học. Có thể ảnh hưởng đến phụ nữ ở độ tuổi từ 20 đến 40, hoặc 40- 49 tuổi. Theo nghiên cứu của Lê Quang Vinh [8] u biểu mô chế nhầy lành tính có ở tất cả các khoảng tuổi nhưng cao nhất ở khoảng 20-29(28,5%), thứ đến khoảng tuổi 40-49 (25,5%) và khoảng tuổi 30-39 (20,9%).

Phân bố u nhầy buồng trứng theo số con. Bệnh nhân chưa có con điều trị u nhầy buồng trứng chiếm tỷ lệ cao 41,7%. Số bệnh nhân có 2 con chiếm tỷ lệ 28,3%, đây chính là nhóm được coi là đã đủ con, ít còn nhu cầu sinh đẻ. Số bệnh nhân có từ 3 con trở lên là 38 chiếm tỷ lệ 15,8%. Trong nhóm u nhầy buồng trứng ác tính, nhiều tác giả cho thấy phụ nữ chưa sinh con có nguy cơ tăng ung thư biểu mô niêm mạc, một nghiên cứu thuần tập hồi cứu của hơn 20.000 phụ nữ, thấy rằng phụ nữ đã sinh con đã giảm đáng kể nguy cơ ung thư buồng trứng (tỷ lệ nguy cơ HR 0,49, khoảng tin cậy 95% 0,25-0,95). Tiền sử mang thai toàn thời gian có liên quan đến việc giảm nguy cơ ung thư chế nhầy buồng trứng. Điều này được minh họa trong nghiên cứu của EPIC trong đó bao gồm hơn 300.000 phụ nữ và thấy có nguy cơ giảm đáng kể ở phụ nữ đã sinh đẻ so với phụ nữ chưa sinh đẻ (0,27 so với 0,30%, RR 0,71. Ở phụ nữ có thai ít nhất một thai kỳ, nguy cơ MOC giảm 8% cho mỗi thai kỳ sau.

Phân bố u theo tiền sử mổ phụ khoa. Tiền sử phẫu thuật, đối tượng có tiền sử phẫu thuật do u buồng trứng thực thể cũ là 10,8%, tiền sử mổ u xơ tử cung 2,1%, tiền sử mổ lấy thai cũ 17,5%. Tỷ lệ ác tính trên bệnh nhân có tiền sử mổ u buồng trứng là 30,8%, tỷ lệ ác tính trên bệnh nhân không có tiền sử mổ u buồng trứng là 24,8%. Trong số bệnh nhân có tiền sử mổ u buồng trứng có 10(4,1%) bệnh nhân mổ lần 1 là u nhầy buồng trứng. Tỷ lệ ác tính trong số u tái phát 30,8%. Theo Surapan Khunamornpong (2011)[8]. Theo dõi 144 bệnh nhân u nhầy buồng trứng loại ác tính thấp, các tác giả nhận thấy tỷ lệ tái phát 4,2%, tuổi dưới 45 nguy cơ tái phát 0,032. Các u nang nhầy buồng trứng tái phát thường nhiều gặp ở hai

bên, kích thước tối đa <10cm và ở giai đoạn tiến triển[8].

Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Triệu chứng nổi bật là đau bụng âm ỉ vùng hạ vị 69,9%. Rối loạn kinh nguyệt 31,3%, bệnh nhân thấy bụng to lên 59,6%. Đặc biệt có 22 bệnh nhân thấy dấu hiệu gây sút cân chiếm 9,2%, đây là dấu hiệu đáng được quan tâm đối với bệnh nhân có u buồng trứng. Rối loạn kinh nguyệt lại không phải là triệu chứng hay gặp, chỉ thấy ở 31,3% các trường hợp, vì đặc điểm lâm sàng của u buồng trứng thực thể cũng ít gây rối loạn kinh nguyệt. Ngoài ra do kích thước khối u thường to bệnh nhân có thể táo bón, hoặc tiểu tiện thay đổi 10% số bệnh nhân.

Đối với các trường hợp u nhầy buồng trứng ác tính thì theo triệu chứng khó chịu ở bụng, cảm giác nặng bụng, đầy bụng và bụng to hơn là những triệu chứng thường gặp, ngoài ra có thể ra huyết âm đạo bất thường, ngoài ra tạo bón, đi tiêu khó, do u lớn chèn ép vào thành trực tràng và đường tiết niệu[4]

Triệu chứng toàn thân. Theo kết quả bảng 3.9 có thể thấy Triệu chứng toàn thân của bệnh nhân có một số trường hợp có thay đổi: 2,5% có thay đổi về mạch, có 1 trường hợp sốt, huyết áp cao do có bệnh nền cao huyết áp 7,9%, chiều cao trung bình $1,56 \pm 0,05(m)$, cân nặng trung bình $51,32 \pm 6,66(kg)$, chỉ số BMI trung bình $21,02 \pm 2,47$. Theo bệnh nhân u nang nhầy buồng trứng có biểu hiện của việc tăng BMI.điều này rất dễ hiểu bởi nguyên nhân do khối u ngày càng tăng lên về kích thước và khối lượng[8]

Liên quan giữa vị trí khối u với giải phẫu bệnh. U nhầy buồng trứng phải có tỷ lệ ác tính là 27,9%, bên trái có tỷ lệ 18,0%, tỷ lệ ác tính của nhóm u xuất hiện ở cả hai bên buồng trứng là tỷ lệ 48,0%. Với $p < 0,05$ cho thấy kết quả giải phẫu bệnh lành tính hay ác tính có sự khác nhau với vị trí khối u. Theo tác giả Yansik và cộng sự u nang nhầy hai bên chiếm 5-7%. Các khối u cả hai bên buồng trứng tỷ lệ lành tính trong 5-10% các trường hợp. Theo Abdulaziz Babaier and Michael Frumovitz[7] hầu hết các u nhầy buồng trứng là 1 bên 79%, u nhầy buồng trứng ở 2 bên có tỷ lệ ác tính 21,3%,u nhầy giáp biên ở hai bên 7%.

Liên quan giữa kích thước u nhầy với giải phẫu bệnh. Tổng số khối u được đánh giá trong phẫu thuật là 165 trong đó u nhầy buồng trứng bên phải là 136 u, bên trái là 129 u. Tại buồng trứng phải, các khối u với kích thước từ >20 cm có tỷ lệ ác tính 41,2%, khối u có kích thước > 10cm 22,0%. Kích thước khối u từ 5-

8cm có tỷ lệ ác tính là 14,8%. Với $p < 0,05$ có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các kích thước khối u ở bên phải buồng trứng. Tại buồng trứng trái, với các u có kích thước $> 10\text{cm}$ tỷ lệ ác tính 44,1%, với u có kích thước từ $>20\text{cm}$ tỷ lệ điều ác tính 34,4%. Với $p > 0,05$ không có liên quan giữa kích thước khối u và giải phẫu bệnh là lành tính hay ác tính.

Theo Abdulaziz Babaier and Michael Frumovitz [7] các khối u nhầy buồng trứng ác tính nguyên phát kích thước trung bình 16-20cm (giới hạn từ 5-48cm) thường 1 bên, so với 11-12cm (giới hạn 2-24cm) đối với ung thư nhầy di căn. 32-48% các khối u di căn từ ung thư tạng khác có kích thước $>10\text{cm}$. Theo nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả kích thước u nhầy buồng trứng tương tự với các tác giả trong và ngoài nước.

Liên quan giữa tính chất di động của khối u với giải phẫu bệnh. Có mối liên quan giữa tính chất di động của khối u với kết quả giải phẫu bệnh. Khối u nhầy có tính chất hạn chế di động hoặc di động kém tỷ lệ ác tính chỉ được 53,8% và 59,8%. Trong khi đó khối u nhầy có tính chất di động tốt, tỷ lệ điều trị tốt tới 96,9%. Điều này có liên quan tới khả năng lành tính và ác tính của khối u, chính vì vậy với $p < 0,001$ cho thấy, khối u càng hạn chế di động, hoặc không di động thì tỷ lệ ác tính càng cao. Theo kết quả nghiên cứu cho thấy với những khối u có mật độ mềm, có kết quả giải phẫu bệnh là lành tính chiếm tới 97,0%, nhưng với khối u có mật độ chắc, không đều thì tỷ lệ ác tính chiếm tới 78,8%. Với $p < 0,001$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Theo Lê Quang Vinh[4] các trường hợp u biểu mô buồng trứng lành tính nói chung đều có mặt ngoài nhẵn bóng, không sùi loét và không dính (100%). Các u biểu mô giáp biên 96,7% có vỏ ngoài nhẵn bóng, có 15,5% tổng số các u ác tính có sùi nhỏ và loét nhỏ ở mặt ngoài. Hầu hết các u biểu mô buồng trứng nói chung và u nhầy buồng trứng lành tính nói riêng đều có vỏ ngoài nhẵn bóng, số có sùi hoặc dính rất ít. Những trường hợp có dính đều là các ung thư xâm lấn vào phúc mạc. Sự khác biệt theo Lê Quang Vinh[4] có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Do vậy, tính chất bề mặt ngoài của u có giá trị gợi ý cho các thầy thuốc lâm sàng hướng tới đó là u lành tính hay ác tính.

Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. U nhầy buồng trứng lành tính thường gặp trên siêu âm với hình ảnh thưa âm đồng nhất hoặc không đồng nhất dạng dịch nhầy chiếm tỷ lệ tương ứng 96,9% và 42,3%.

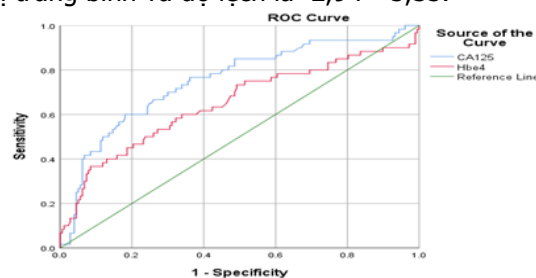
U nhầy buồng trứng ác tính thường thấy có mật độ hỗn hợp âm 63,0%, và tăng âm vang dạng đặc 51,7%. Cấu trúc trên siêu âm có mối liên quan với thể bệnh lành tính hay ác tính, với $p < 0,05$ sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê

Bảng 1 Giá trị CA125, Hbe4 và AFP

Xét nghiệm	Trung bình	Độ lệch	Đánh giá bất thường (n,%)
CA125	50,03	85,32	66(27,5%)
AFP	2,94	5,35	6(2,5%)
Hbe4	49,69	24,97	29(12,1%)

Bệnh nhân có nồng độ CA 125 với giá trị $\geq 35\text{UI/ml}$ là bất thường, trong nghiên cứu này số bệnh nhân có CA-125 bất thường là 66(27,5%). Với giá trị trung bình và độ lệch là $50 \pm 85,32$.

Giá trị xét nghiệm Hbe4 bất thường là $\geq 70\text{pmol/L}$, tỷ lệ bất thường của Hbe4 trong nghiên cứu này là 12,1%. Giá trị xét nghiệm AFP phát hiện có 6(2,5%) trường hợp bất thường, với giá trị trung bình và độ lệch là $2,94 \pm 5,35$.



Biểu đồ 2. Đường cong ROC tiên lượng kết quả giải phẫu bệnh của CA125 và HBe4

Các trường hợp có u buồng trứng nói chung và u nhầy buồng trứng nói riêng đều cần được phát hiện và tiên lượng cũng như chẩn đoán khả năng ung thư hóa, vì ung thư buồng trứng là bệnh lý tiên lượng xấu, tiến triển âm thầm, không có triệu chứng làm cho bệnh lý rất dễ bỏ sót, không được nhận diện sớm, vì vậy xét nghiệm CA125, Hbe4 hay ROMA test là chỉ báo sinh học có thể giúp nhận diện được sớm ung thư tuyến thanh dịch buồng trứng, ung thư tuyến dịch nhầy buồng trứng. Nhiều nghiên cứu cho thấy MOC thường được liên kết với mức CA125, CEA và CA19-9 cao hơn. Carcinoembryonic antigen (CEA) là chất chỉ điểm khối u có giá trị nhất để xác định MOC trước hoạt động. Theo Vũ Bá Quyết [7] " Tạp chí y học thực hành (715) số 5-2010 tất cả 148 bệnh nhân trước mổ ung thư buồng trứng đều có CA 125 trên 38UI/ml. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 29,7% trường hợp có CA 125 trên 38,45 UI/ml, những bệnh nhân này có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư chiếm 52,9%. Với $p < 0,0001$, giá trị này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2 Bảng so sánh giá trị trung bình của CA125 giữa một số tác giả nghiên cứu

	Số u ác/ số BN	CA 125 trung bình(UI/ml)	
		U lành	U ác
D.N. Hiền	42/42		619,65
H.T.H.Anh [9]	10/101	58,9	511
Đỗ Thị Minh Nguyệt	52/338	32,18	523,82
Chúng tôi	61/240	50,03	

Ngoài CA125, thì chỉ số Hbe4 (Human epididymal protein 4) là xét nghiệm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao đối với ung thư buồng trứng, đặc biệt ở giai đoạn I-giai đoạn không triệu chứng, đã được đưa vào lâm sàng. Hiện nay Giá trị bình thường của nồng độ HE4 huyết tương ở phụ nữ khỏe mạnh là ≤ 70 pmol/L, có thể tăng theo tuổi, giá trị cắt (cut-off) hay được sử dụng là ≤ 150 pmol/L. Trong nghiên cứu này giá trị Hbe4 tăng cao > 70 pmol/L chiếm tỷ lệ 12,1% gặp ở 29 trường hợp u nhầy. Với điểm cắt 68,35 thì Hbe4 có độ nhạy 36,7% và độ đặc hiệu 91,5%, diện tích dưới đường cong 0,650. Tỷ lệ Hbe4 $\geq 68,35$ chiếm tỷ lệ 15,4%, trong đó tỷ lệ ác tính 59,5%.

Sự kết hợp xét nghiệm HE4 và CA 125 có thể giúp chẩn đoán phân biệt giữa khối u lành tính hoặc ác tính vùng chậu hông chính xác hơn việc sử dụng mỗi xét nghiệm đơn lẻ. Ngoài ra CA125 và Hbe4 còn có giá trị để theo dõi diễn biến của bệnh, hiệu quả điều trị, và phát hiện tái phát sau phẫu thuật ung thư buồng trứng. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy 33 trường hợp sau điều trị hóa chất, giá trị CA125 đều trở về < 35 UI/ml.

Bảng 3. So sánh kết quả nghiên cứu về độ nhạy và độ đặc hiệu của CA125 ở một số tác giả

Nghiên cứu	Số u ác/ số BN	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu(%)
H.T.H.Anh [8]	10/101	58,9	511
Đỗ Thị Minh Nguyệt [9]	52/338	92,3	80,8
Chúng tôi	61/240	60,0	81,9

Qua bảng so sánh trên cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của CA125 ở ngưỡng 35 UI/ml để

chẩn đoán phân biệt u buồng trứng lành tính và ác tính của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Giải phẫu bệnh: tỷ lệ u nhầy lành tính 74,6%, ác tính 25,4%

Triệu chứng lâm sàng: u nhầy lành tính hay gặp nhóm tuổi 20-29 với 24,6%, tỷ lệ ác tính cao ở nhóm tuổi >40 32,8%. Tỷ lệ u nhầy ác tính trên bệnh nhân có thai 33,3%, tiền sử mổ u buồng trứng 10,8%, tỷ lệ ác tính trên bệnh nhân có u buồng trứng tái phát là 30,8%.

Triệu chứng đau bụng gặp 69,6%, rối loạn kinh nguyệt 31,3%, bụng to lên 59,6%, gầy sút cân 9,2%

Tỷ lệ u nhầy buồng trứng một bên 91,2%, u nhầy hai bên có tỷ lệ ác tính 48%

U có tính chất không di động, tỷ lệ ác tính 48,3%, mật độ không đều tỷ lệ ác tính 81,0%.

U có tính chất hạn chế hoặc không di động và mật độ không đều có tỷ lệ ác tính cao

Siêu âm: hình ảnh thưa âm vang đồng nhất tỷ lệ lành tính 96,9%, hình ảnh âm vang hỗn hợp tỷ lệ ác tính 63,0%, Cấu trúc trên siêu âm có mối liên quan với thể bệnh lành tính hay ác tính, với $p < 0,05$ sự khác nhau có ý nghĩa thống kê.

Giá trị của chẩn đoán: lâm sàng, kích thước, tính chất, mật độ khối u có ý nghĩa trong chẩn đoán thể bệnh của u nhầy buồng trứng.

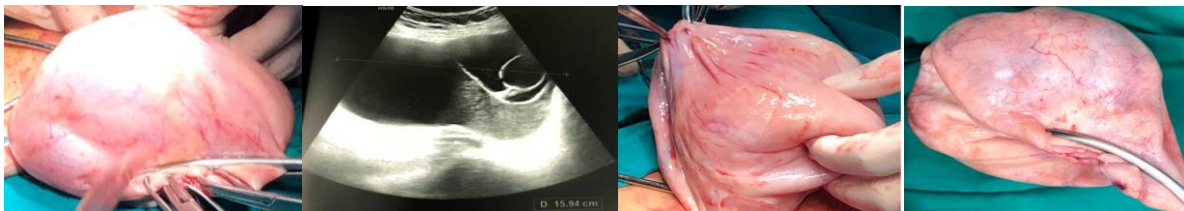
CA 125 với giá trị tốt nhất là 38UI/ml có độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán phân biệt u buồng trứng lành và ác tính là 60,0% và 81,9%. Diện tích dưới đường cong 0,751.

Với điểm cắt 68,35Hbe4 có độ nhạy 36,7% và độ đặc hiệu 91,5%, diện tích dưới đường cong 0,650

BỆNH NHÂN MINH HỌA

Bệnh nhân: Tòng Thị V 35 tuổi. Địa chỉ Thanh hưng, Điện Biên. Para 2022, lý do vào viện: đau bụng. Phát hiện có u buồng trứng 1 năm. Siêu âm: khối thưa âm vang không đồng nhất kt 160x90mm, bên trong có vách. MRI nghi tới tổn thương khối u nang lớn buồng trứng.

CA 125 33,24 U/ml, Hbe4 37,83pmol/L. Giải phẫu bệnh: u biểu mô chế nhầy lành tính.-+*+-.0



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt, Đinh Thế Mỹ(2000), "khối u buồng trứng" Lâm sàng sản phụ khoa. NXB Y học Hà Nội, tr.458-472.
2. Morice P., Gouy S., Leary A. Mucinous ovarian carcinoma. N. Engl. J. Med. 2019;380:1256–1266. doi:10.1056/NEJMra1813254. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Đoàn Lan Hương(2008), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật khối u buồng trứng trong thời kỳ tại BVPSTU từ năm 2003-2007", Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Lê Quang Vinh(2008), Nghiên cứu hình thái học các u biểu mô buồng trứng. Luận án tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Köbel M., Kalloger S.E., Huntsman D.G., Santos J.L., Swenerton K.D., Seidman J.D., Gilks C.B. Differences in tumor type in low-stage versus high-stage ovarian carcinomas. Int. J. Gynecol. Pathol. 2010;29:203–211. doi: 10.1097/PGP.0b013e3181c042b6.
6. YansikR., Ries G.L., Yates Z.W. (1986), "Ovarian cancer in elderly an analysis of surveillance epidemiology and end result
7. Vũ Bá Quyết(2011), " 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.
8. Hồ Thị Hoàng Anh(2007), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, CA125 và giá trị siêu âm theo thang điểm Schillinger trong chẩn đoán khối u buồng trứng, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y-Dược Huế.
9. Đỗ Thị Minh Nguyệt(2012), " Nghiên cứu giá trị của siêu âm và Ca125 trong chẩn đoán khối u buồng trứng tại Cần Thơ" Tạp chí Y học Thực hành(834)-số 7/2012. Tr141-145

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Minh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét 1 số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính chấn thương sọ não ở trẻ em điều trị tại khoa Phẫu thuật Thần kinh-Cột sống Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 67 trường hợp chấn thương sọ não ở trẻ em điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2020. **Kết quả:** 67/534 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ (12,5%): gồm 51 nam (76,1%), 16 nữ (23,9%), Tuổi trung bình 10,1 ± 4,9; nhỏ tuổi nhất: 2 tuổi, lớn tuổi nhất: 18 tuổi. Nhóm tuổi mẫu giáo (20,9 %), tiểu học (40,3%); trung học cơ sở (14,9%); phổ thông trung học (23,9%). Nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm (55,2%). Tỉ lệ chấn thương sọ não nhẹ theo GCS: 65 bệnh nhân (97,0%); trung bình: 2 bệnh nhân (3,0%). Cắt lớp vi tính: vỡ xương sọ (31,3%); máu tụ ngoài màng cứng (28,4%); 2 loại tổn thương (22,4%). Thái độ xử trí: Điều trị nội khoa 63 bệnh nhân (94,0%); phẫu thuật 4 bệnh nhân (6,0%). Kết quả ra viện: Tốt 66 bệnh nhân (98,5%). Không có tử vong. **Kết luận:** Nguyên nhân chấn thương sọ não ở trẻ em do tai nạn giao thông vẫn cao; Lứa tuổi tiểu học chiếm tỉ lệ cao nhất, do đó cần quan tâm hơn tới đối tượng này để giảm tỉ lệ chấn thương nói chung và chấn thương sọ não nói riêng.

Từ khóa: Chấn thương sọ não; chấn thương sọ não trẻ em; điều trị chấn thương sọ não

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
 Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải
 Email: vuminhhai777@gmail.com
 Ngày nhận bài: 12.5.2021
 Ngày phản biện khoa học: 25.6.2021
 Ngày duyệt bài: 12.7.2021

SUMMARY

PEDIATRIC TRAUMATIC BRAIN INJURY TREATED AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To assess some clinical characteristics and lesions on CT scan of pediatric traumatic brain injury treated at the Department of Neurological &, Spinal Surgery, Thai Binh General Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 67 cases of traumatic brain injury in children treated at Thai Binh General Hospital from February to September 2020. **Result:** 67/534 patients, accounting for the rate (12,5%): including 51 males (76.1%), 16 females (23.9%), Median age 10.1, youngest: 2 years old, oldest: 18 years old. Kindergarten (20.9%), primary school (40.3%); junior secondary school (14.9%); high school (23.9%). Traffic accidents, the most common cause, accounted for (55.2%). The rate of minor traumatic brain injury according to GCS: 65 patients (97.0%); moderate: 2 patients (3.0%). CTscan: skull fracture (31.3%); epidural hematoma (28.4%); both these lesions (22.4%). Management attitude: Conservative treatment for 63 patients (94.0%); surgery for 4 patients (6.0%). Discharge results: Good-66 patients (98.5%). No deaths. **Conclusion:** The cause of traumatic brain injury in children due to traffic accidents is still high; Primary school age accounts for the highest percentage, so it is necessary to pay more attention to this subject to reduce the rate of trauma in general and traumatic brain injury in particular.

Keywords: Pediatric traumatic brain injury; traumatic brain injury in children; treatment of traumatic brain injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ