

càng lớn ghi nhận hiệu quả điều trị càng tốt. Do vậy, khi đánh giá hiệu quả thuốc, kết quả ghi nhận nếu bệnh nhân có đáp ứng tốt dự báo sẽ có trung vị PFS dài hơn.

## V. KẾT LUẬN

Hầu hết BN đã giảm triệu chứng cơ năng một phần hoặc hoàn toàn sau điều trị chiếm 80,4%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 92,2%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) trung vị là: 12 tháng (ít nhất 4 tháng và dài nhất 37 tháng). PFS tại thời điểm 1 năm là 46,6%. Trung vị PFS nhóm có đột biến EGFR tại exon 19 cao hơn nhóm BN đột biến trên exon 21, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,002$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2024;74(3):229-263.
2. Ganti AK, Klein AB, Cotarla I, Seal B, Chou E. Update of Incidence, Prevalence, Survival, and Initial Treatment in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer in the US. JAMA oncology. 2021;7(12):1824-1832.
3. Castellanos E, Feld E, Horn L. Driven by Mutations: The Predictive Value of Mutation Subtype in EGFR-Mutated Non-Small Cell Lung Cancer. Journal of thoracic oncology : official

- publication of the International Association for the Study of Lung Cancer. 2017;12(4):612-623.
4. Rosell R, Carcereny E, Gervais R, et al. Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EURTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. The Lancet Oncology. 2012;13(3):239-246.
  5. Zhou C, Wu YL, Chen G, et al. Erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study. The Lancet Oncology. 2011;12(8):735-742.
  6. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). Eur J Cancer. 2009;45(2):228-247.
  7. Mai Trọng Khoa, Ngô Thùy Trang, Nguyễn Thị Lan Anh, CS v. Nghiên cứu tiền cứu, dịch tễ học phân tử, đánh giá tình trạng đột biến gen EGFR ở các BN Việt Nam mắc UTP dạng biểu mô tuyến, giai đoạn tiến triển. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2016: 2/2016, 2030-2036.
  8. Lê Thu Hà, Trần Văn Thuận (2016). Đáp ứng thuốc erlotinib trong điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn. Tạp chí Y học thực hành, số 993, tháng 1- năm 2016, trang 53-55.
  9. Shi Y, Au JS, Thongprasert S, et al. A prospective, molecular epidemiology study of EGFR mutations in Asian patients with advanced non-small-cell lung cancer of adenocarcinoma histology (PIONEER). J Thorac Oncol. 2014;9(2):154-162.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U BƯỚNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP

Trần Thu Hằng<sup>1</sup>, Thái Bằng<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Quang<sup>1</sup>,  
Nguyễn Xuân Thành<sup>1</sup>, Bạch Thị Hà Thu<sup>2</sup>, Trần Thị Thu Hiền<sup>1</sup>,  
Vũ Thị Hồng Chính<sup>2</sup>, Nguyễn Quốc Tuấn<sup>3,4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị U buồng trứng (UBT) của bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trong 3 năm từ 1/1/2021 đến 31/12/2023 trên 104 bệnh nhân được phẫu thuật UBT. **Kết quả:** 64,4% UBT có triệu chứng lâm sàng

và 35,6% u buồng trứng được phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ, tỷ lệ mổ nội soi là 78,8%, có 8 trường hợp chuyển mổ mở (7,7%), phương pháp phẫu thuật bóc u bảo tồn buồng trứng chiếm tỷ lệ cao nhất 57,7%, có 3,8% bệnh nhân có biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Những yếu tố như tuổi cao, có nhiều con, u dính hoặc tổn thương phức tạp là yếu tố xem xét để lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp.

**Từ khóa:** u buồng trứng, phẫu thuật.

### SUMMARY

#### SURGICAL OUTCOMES OF OVARIAN TUMOR AT GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURAL

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the surgical outcomes of patients with ovarian tumors who underwent surgery at General Hospital of Agricultural. **Subjects and Methods:** A retrospective study conducted over a 3-year period from January 1, 2021

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Vinmec

<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

<sup>4</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thu Hằng

Email: tuyphong0810@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

to December 31, 2023, on 104 patients who underwent surgery for ovarian tumors. **Results:** 64.4% of ovarian tumors presented with clinical symptoms, while 35.6% were detected through routine health check-ups. The laparoscopic surgery rate was 78.8%, with 8 cases (7.7%) converted to open surgery. The ovarian-preserving tumor excision method accounted for the highest rate at 57.7%. Postoperative complications occurred in 3.8% of patients. **Conclusion:** Factors such as advanced age, multiparity, adhesions, or complex lesions should be considered when selecting an appropriate surgical approach. **Keywords:** ovarian tumor, surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng (UBT) là một trong những bệnh lý phụ khoa thường gặp nhất, có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi [1]. Tuy phần lớn các khối u này là lành tính nhưng một số biến chứng nguy hiểm như xoắn, vỡ, chảy máu hoặc u ác tính có thể gây hậu quả nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời [2]. Tùy theo đặc điểm của người bệnh, đặc điểm của u buồng trứng mà có thể bảo tồn, cắt bỏ buồng trứng, thậm chí toàn bộ hai buồng trứng và tử cung [3]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu với mục tiêu vừa chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh vừa xử trí triệt để tổn thương, ngăn ngừa các biến chứng [4].

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của y học, phẫu thuật nội soi điều trị UBT ngày càng được ứng dụng rộng rãi tại các bệnh viện tuyến trung ương cũng như địa phương. Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp (BVĐKNN) là bệnh viện hạng I khu vực phía Nam Hà Nội, nơi có khối lượng bệnh nhân phụ khoa ngày một gia tăng. Trước đây, điều trị khối u buồng trứng lành tính tại đây chủ yếu là mổ mở. Trong vài năm trở lại, việc chẩn đoán và điều trị UBT tại BVĐKNN đã có nhiều tiến bộ và phẫu thuật nội soi đã được áp dụng rộng rãi trong quá trình phẫu thuật xử trí UBT. Tuy nhiên, tính đến thời điểm hiện tại vẫn chưa có công trình nào đánh giá đầy đủ và toàn diện về chẩn đoán, điều trị khối UBT, nhằm rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu chính:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UBT được phẫu thuật tại BVĐKNN.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị UBT tại đây.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là khối u buồng trứng

được phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp trong 3 năm từ 1/1/2021 đến 31/12/2023.

### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh án đầy đủ thông tin.
- Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh được chẩn đoán, phẫu thuật UBT tại nơi khác chuyển đến.

## 2.2. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu.

### Cỡ mẫu và cách lấy mẫu:

Cách lấy mẫu: Lấy mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Thực tế, chúng tôi thu thập được 104 bệnh nhân.

### Công cụ nghiên cứu và thu thập số liệu:

Thông tin được trích xuất từ bệnh án nghiên cứu theo bộ câu hỏi được thiết kế trước.

**Phân tích xử lý số liệu:** Số liệu sau khi làm sạch được nhập bằng phần mềm Redcap và phân tích bằng SPSS 16.0. Sử dụng mô hình hồi quy đa biến để kiểm định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ thực hành của phụ nữ về dự phòng HPV và Ung thư cổ tử cung.

**Đạo đức nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu sử dụng hồ sơ bệnh án lưu trữ, không can thiệp trực tiếp vào người bệnh. Nghiên cứu này được Hội đồng khoa học của BVĐKNN cho phép. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng được phỏng vấn chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Kết quả được công bố tổng hợp, không cung cấp thông tin định danh cá nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)**

Đặc điểm		Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 20	12	11,5
	20 – 29	18	17,3
	30 – 39	35	33,7
	40 – 49	17	16,3
	≥ 50	22	21,2
	Trung bình (tuổi)	37,8 ± 15,1 (11 – 86)	
Tiền sử sản khoa	Chưa có con	27	26,0
	Có 1 con	22	21,2
	Có hơn 1 con	55	52,8
Tiền sử mổ cũ	1 lần	15	14,4
	2 lần	9	8,7
	Không có	80	76,9
Hoàn cảnh phát hiện u	Đau hạ vị	57	54,8
	Tự sờ thấy khối u	6	5,8
	Rối loạn kinh nguyệt	4	3,8
	Khám phụ khoa	37	35,6

<b>Biến chứng do u</b>	Xoắn	6	5,7
------------------------	------	---	-----

Tuổi trung bình của ĐTNC là  $37,8 \pm 15,1$  (nhỏ nhất 11, lớn nhất 86). Đa số ĐTNC có hơn 1 con, chiếm 52,8%. 76,9% ĐTNC không có tiền sử mổ cũ. Tỷ lệ ĐTNC có triệu chứng khi vào viện chiếm 64,4%, trong đó hay gặp nhất là đau hạ vị chiếm 54,8%. Có 6 bệnh nhân (5,7%) có biến chứng xoắn.

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của khối UBT**

Đặc điểm trên siêu âm		Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
<b>Hình ảnh trên siêu âm</b>	Trống âm		
	Giảm âm	24	23,1
	Tăng âm	21	20,2
	Có vách, có nhú	14	13,5
	Âm vang hỗn hợp	34	32,6
<b>Vị trí khối u</b>	Bên trái	53	51,0
	Bên phải	36	34,6
	Hai bên	14	14,4
<b>Kích thước khối U (cm)</b>	<5	21	20,2
	5 – 10	76	73,1
	>10	7	6,7
	Trung bình	$6,4 \pm 2,4$ (3 – 15)	
<b>Nồng độ CA125 (UI/ml)</b>	≤ 35	84	95,5
	> 35	4	4,5
<b>Nồng độ HE4 (pmol/l)</b>	≤70	86	97,7
	>70	2	2,3

Hình ảnh khối u trên siêu âm có âm vang hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (32,6%). Vị trí khối u bên trái gặp nhiều hơn bên phải (51,0% so với

**Bảng 4. Tương quan giữa phương pháp xử trí và một số yếu tố**

Một số tương quan		Phương pháp xử trí			p
		Bóc u (n,%)	Cắt u (n,%)	Cắt phần phụ (n,%)	
<b>Phương pháp phẫu thuật</b>	Nội soi	53 (88,3)	28 (80,0)	1 (7,1)	P<0,05
	Mổ mở	7 (11,7)	3 (8,6)	4 (28,6)	
	Nội soi chuyển mổ mở	0 (0,0)	5 (14,3)	3 (64,3)	
<b>Nhóm tuổi</b>	< 20	11 (18,3)	1 (2,8)	0 (0,0)	P<0,05
	20–29	16 (26,7)	2 (5,6)	0 (0,0)	
	30–39	23 (38,3)	11 (30,6)	1 (12,5)	
	40–49	5 (8,3)	12 (33,3)	0 (0,0)	
	≥ 50	5 (8,3)	10 (27,8)	7 (87,5)	
<b>Số con</b>	< 2 con	45 (75,0)	3 (8,3)	1 (12,5)	P<0,05
	≥ 2 con	15 (25,0)	33 (91,7)	7 (87,5)	
<b>Độ dính</b>	Không dính	56 (93,3)	28 (77,8)	4 (50,0)	P<0,05
	Dính	4 (6,7)	8 (22,2)	4 (50,0)	

Bóc u chủ yếu được thực hiện qua nội soi (88,3%), rất ít phải mổ mở (11,7%). Các yếu tố

34,6%), 14,4% ĐTNC có khối u hai bên. Đa phần khối u có kích thước từ 5 – 10 cm (73,1%). Đa số bệnh nhân có nồng độ CA125 và HE4 ở mức bình thường.

**Bảng 3. Kết quả phẫu thuật**

Kết quả phẫu thuật		Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
<b>Thời điểm phẫu thuật</b>	Mổ cấp cứu	23	22,1
	Mổ kế hoạch	81	77,9
<b>Phương pháp mổ</b>	Mổ nội soi	82	78,8
	Mổ mở	14	13,5
	chuyển mổ mở	8	7,7
<b>Phương pháp xử trí khối u</b>	Bóc u	60	57,7
	Cắt u	36	34,6
	Cắt phần phụ	8	7,7
<b>Kết quả mô bệnh học</b>	Nang thanh dịch		
	Nang nhầy	28	26,9
	Nang lạc nội mạc	16	15,4
	U quái trưởng thành	8	7,7
	U quái không trưởng thành	49	47,1
	Nang cơ năng	0	0,0
<b>Biến chứng sau mổ</b>	Cổ	4	3,8
	Không	100	96,2

Mổ kế hoạch chiếm đa số (77,9%), trong khi mổ cấp cứu chiếm 22,1%. Mổ nội soi là phương pháp chủ yếu, chiếm 78,8%. Bóc u là phương pháp phổ biến nhất (57,7%), tiếp theo là cắt u (34,6%) và cắt phần phụ (7,7%). U quái trưởng thành chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%), tiếp theo là nang thanh dịch (26,9%), không có trường hợp nào u quái không trưởng thành. Chỉ có 4 trường hợp (3,8%) có biến chứng sau mổ.

như tuổi cao, có nhiều con, u dính đều liên quan đến xu hướng cắt phần phụ (p<0,05).

**Bảng 5. Tương quan giữa phương pháp phẫu thuật và kết quả mô bệnh học**

Kết quả mô bệnh học	Phương pháp phẫu thuật		
	Nội soi (n,%)	Mổ mở (n,%)	Nội soi chuyển mổ (n,%)
U thanh dịch	25(30,5)	1(7,1)	2(25,0)
U nhầy	13(15,9)	2(14,3)	1(12,5)
U dạng nội mạc tử cung	7(8,5)	–	1(12,5)
U quái trưởng thành	34(41,5)	11(78,6)	4(50,0)
U cơ năng	3(3,6)	–	–

100% u cơ năng được phẫu thuật nội soi. Nhóm chuyển NS sang mổ mở có 8 trường hợp trong đó có 4/8 trường hợp là u quái trưởng thành, 2/8 là u thanh dịch.

#### IV. BÀN LUẬN

**Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là  $37,8 \pm 15,1$  tuổi, trong đó nhóm tuổi 30–39 chiếm tỷ lệ cao nhất (33,7%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó, cho thấy u buồng trứng thường gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản [5]. Cũng vì vậy, việc đưa ra phương án điều trị phù hợp nhằm bảo tồn buồng trứng rất quan trọng. Về tiền sử sản khoa, hơn một nửa số bệnh nhân đã có hơn 1 con (52,8%), chỉ 26% chưa có con. Điều này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng trong quyết định xử trí bảo tồn hay cắt bỏ buồng trứng. Bên cạnh đó, phần lớn bệnh nhân chưa từng trải qua mổ bụng (76,9%), điều này thuận lợi cho việc lựa chọn phương pháp mổ nội soi. Đáng chú ý, hoàn cảnh phát hiện u chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng như đau hạ vị (54,8%), tự sờ thấy khối u (25%) hoặc rối loạn kinh nguyệt (22,1%). Tỷ lệ phát hiện khi khám phụ khoa định kỳ còn thấp (35,6%), nhấn mạnh tầm quan trọng của việc khám phụ khoa định kỳ đặc biệt ở độ tuổi đang hoạt động sinh dục nhằm tầm soát các bệnh lý phụ khoa nói chung và u buồng trứng nói riêng để tránh các biến chứng nguy hiểm như xoắn, vỡ u. Biến chứng xoắn u buồng trứng được ghi nhận ở 5,7% bệnh nhân, đây là tình trạng cấp cứu phụ khoa cần lưu ý.

**Đặc điểm cận lâm sàng của khối u.** Về hình ảnh khối u trên siêu âm, âm vang hỗn hợp là hình ảnh phổ biến nhất (32,6%), tiếp theo là trống âm (23,1%) và giảm âm (20,2%). Kết quả siêu âm này khá phù hợp với kết quả giải phẫu bệnh khi tỉ lệ u quái chiếm 47,1%, đây là những khối u có tính chất phản âm hỗn hợp hoặc tăng âm trên siêu âm. Đặc điểm “có vách, có nhú”

chiếm 10,6% là dấu hiệu gợi ý u không điển hình hoặc ác tính, cần được theo dõi sát. Tuy nhiên, kết quả mô bệnh học trong 104 trường hợp chúng tôi không gặp trường hợp UTBT nào, điều này cũng đặt dấu chấm hỏi trong quá trình làm nghiên cứu của chúng tôi.

Đa số khối u có kích thước từ 5–10 cm (73,1%), trung bình  $6,4 \pm 2,4$  cm. Kết quả này phù hợp với chỉ định phẫu thuật đồng thời khi can thiệp vào thời điểm này sẽ giảm khó khăn khi phẫu thuật cũng như các biến chứng của u.

Về chỉ điểm sinh học, gần như toàn bộ bệnh nhân có nồng độ CA125 và HE4 trong giới hạn bình thường (95,5% và 97,7%), gợi ý phần lớn là u lành tính. Kết quả này là phù hợp với kết quả mô bệnh học khi nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào u quái không trưởng thành.

#### **Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị**

**UBT.** Hầu hết bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật có kế hoạch (77,9%), chỉ 22,1% là mổ cấp cứu, trong đó chủ yếu là do xoắn hoặc đau cấp tính. Mổ nội soi là phương pháp chính được sử dụng (78,8%), thể hiện xu hướng ngày càng ưu tiên phẫu thuật xâm lấn tối thiểu. Việc này cũng cho thấy các bác sỹ của BVĐKNN có nhiều kinh nghiệm thực hiện mổ nội soi và do đa phần là u lành tính, kích thước trung bình cho nên các bác sỹ đã có những lựa chọn phù hợp. Tuy nhiên, vẫn còn một số trường hợp cần mổ mở (13,5%) hoặc chuyển mổ mở từ nội soi (7,7%), chủ yếu do dính nhiều trong ổ bụng hoặc kích thước u lớn, gây cản trở mổ nội soi. Qua tìm hiểu thông tin trên hồ sơ bệnh án chúng tôi thấy: 4 trường hợp có biến chứng sau mổ trên đều nằm trong 8 trường hợp chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở, có tình trạng dính trong ổ bụng nhiều và có tiền sử từng can thiệp phẫu thuật vào trong ổ bụng trước. Vậy để làm giảm tai biến sau mổ chúng tôi cần tiền lượng chính xác tình trạng ổ bụng, mức độ di động của UBT từ đó lựa chọn phương pháp can thiệp thích hợp và có kế hoạch dự phòng khi gặp phải tình trạng UBT phức tạp.

Tại bảng 4, bóc u chủ yếu được thực hiện qua nội soi (88,3%). Trong khi đó, cắt phần phụ lại thường phải chuyển mổ mở (64,3%), cho thấy đây là nhóm tổn thương nặng, cần kỹ thuật phức tạp hơn. Chúng tôi nhận định đây là tỷ lệ cắt u và cắt phần phụ của nghiên cứu vẫn còn cao, nguyên nhân đa phần là do những bệnh nhân này có biến chứng ko thể bảo tồn hoặc tuổi đã cao hoặc đã đủ con và buồng trứng đối diện bình thường. Tuy nhiên cần hạn chế những chỉ định như vậy nhằm đảm bảo nội tiết cũng như chức năng sinh sản cho bệnh nhân.

Cũng trong bảng 4 cho thấy phương pháp xử

trí khối u có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ dính của khối u với  $p < 0,05$ . Trong đó nhóm bệnh nhân bóc u có 93,3% là không dính, còn nhóm bệnh nhân cắt u có 22,2% là có dính, nhóm phải cắt phần phụ có 50% trường hợp bệnh nhân có dính. Kết quả trên cho thấy rằng mức độ dính càng nhiều thì phẫu thuật càng khó khăn làm giảm tỷ lệ bảo tồn buồng trứng.

Nhóm tuổi cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến hướng xử trí. Bóc u phổ biến ở nhóm < 40 tuổi (83,4%), đặc biệt là nhóm 30–39 tuổi. Cắt phần phụ chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm  $\geq 50$  tuổi (87,5%), không gặp ở nhóm < 30 tuổi. Phụ nữ lớn tuổi ( $\geq 50$ ) thường được chỉ định cắt phần phụ do không còn nhu cầu sinh sản và nguy cơ ác tính cao hơn. Ngược lại, bóc u được ưu tiên ở phụ nữ trẻ nhằm bảo tồn chức năng sinh sản.

Tương tự, phụ nữ có ít con (< 2 con) chủ yếu được bóc u (75%), trong khi phẫu thuật triệt căn như cắt phần phụ chỉ định nhiều hơn ở nhóm đã có  $\geq 2$  con (87,5%). Việc bảo tồn buồng trứng thường được ưu tiên cho phụ nữ chưa đủ số con, còn nhu cầu sinh sản. Với phụ nữ đã đủ con, việc cắt phần phụ để được chấp nhận và an toàn hơn về lâu dài.

Tại bảng 5, phần lớn các u lành tính đều được thực hiện mổ nội soi, đặc biệt đối với u nhầy và u lạc nội mạc tử cung là hai loại u dễ gây dính. Nguyên nhân một phần là ở cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi, đây là những trường hợp không phải quá phức tạp tuy nhiên đây là một bước tiến lớn nhờ vào kỹ thuật và kinh nghiệm của các phẫu thuật viên.

Những phân tích trên khẳng định rằng

phương pháp xử trí khối u buồng trứng phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tuổi, số con, mức độ dính và đặc điểm khối u. Phẫu thuật bảo tồn được ưu tiên cho phụ nữ trẻ, ít con và tổn thương lành tính, để thực hiện qua nội soi.

## V. KẾT LUẬN

Các phân tích trong nghiên cứu cho thấy phần lớn u buồng trứng lành tính, có thể phát hiện sớm qua triệu chứng lâm sàng hoặc siêu âm. Phẫu thuật nội soi bóc u chiếm ưu thế, đặc biệt ở nhóm phụ nữ trẻ, chưa sinh đủ con. Những yếu tố như tuổi cao, có nhiều con, u dính hoặc tổn thương phức tạp là yếu tố xem xét cho chỉ định cắt phần phụ hoặc chuyển mổ mở. Việc lựa chọn phương pháp xử trí cần được cá thể hóa, cân nhắc giữa bảo tồn chức năng sinh sản và đảm bảo an toàn, triệt để trong điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thị Cương, Nguyễn Đức Hình**, Khối u buồng trứng, Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành, Nhà xuất bản Y học, 2004; 219-273.
2. **Nguyễn Quốc Tuấn**, Các khối u buồng trứng, Các bệnh lý ung thư phụ khoa, Nxb Y học, 2018; 11-34.
3. **Lok, I. H., Sahota, D. S., Rogers, M. S., & Yuen, P. M.** (2000). Complications of laparoscopic surgery for benign ovarian cysts. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists, 7(4), 529-534.
4. **Bottomley C, Bourne T.** Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009 Oct;23(5):711-24.
5. **Okugawa, K., Hirakawa, T., Fukushima, K., Kamura, T., Amada, S., & Nakano, H.** (2001). Relationship between age, histological type, and size of ovarian tumors. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 74(1), 45-50.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT AFATINIB Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIC - IV TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Văn Đức<sup>1</sup>, Phạm Tuấn Anh<sup>1,3</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của afatinib trong điều trị bước một cho bệnh nhân ung

thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IIIC-IV có đột biến gen thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGFR) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 41 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIC-IV có đột biến EGFR, được điều trị bước một bằng afatinib tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2025. **Kết quả:** Tuổi trung vị của bệnh nhân là 64 (khoảng 35-83). Tỷ lệ nữ giới chiếm 63,41% (26/41) và không hút thuốc chiếm 58,54% (24/41). Chỉ số toàn trạng ECOG 0-1 chiếm 87,8%. Đột biến mất đoạn exon 19 chiếm 56,1% (23/41), L858R chiếm 31,7% (13/41) và đột biến hiếm gặp chiếm 12,2% (5/41). Di căn não gặp ở 31,71% (13/41) bệnh nhân.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025