

SO SÁNH GIÁ TRỊ COPENHAGEN VÀ CHỈ SỐ ROMA TRONG U BUỒNG TRỨNG Ở PHỤ NỮ MÃN KINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quốc Tuấn¹, Nguyễn Hải Phương¹, Lê Quỳnh Thu²,
Nguyễn Phương Tú², Chu Quang Chiến², Lã Quế Lâm², Đặng Văn Tốt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của phụ nữ mãn kinh có u buồng trứng và so sánh giá trị chỉ số ROMA và Copenhagen (CPH-I) trong dự báo nguy cơ ác tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 211 bệnh nhân mãn kinh có u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (01/2023–01/2025). Các bệnh nhân được xét nghiệm CA-125, HE4 để tính chỉ số ROMA và CPH-I trước mổ. Kết quả mô bệnh học sau mổ được dùng làm tiêu chuẩn vàng đánh giá giá trị dự báo. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $64,2 \pm 8,7$; 55,4% không có triệu chứng. Có 10 ca (4,7%) là ung thư buồng trứng. Độ nhạy và đặc hiệu của ROMA lần lượt là 70,0% và 84,5%; của CPH-I là 70,0% và 79,6%. AUC của ROMA và CPH-I tương ứng là 0,749 và 0,733. **Kết luận:** Cả hai chỉ số đều hỗ trợ hiệu quả trong đánh giá nguy cơ ác tính u buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh. ROMA có độ đặc hiệu cao hơn, phù hợp triển khai tại tuyến chuyên khoa; CPH-I đơn giản, phù hợp với cơ sở tuyến đầu.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng, ROMA, Copenhagen Index, phụ nữ mãn kinh.

SUMMARY

COMPARATIVE DIAGNOSTIC VALUE OF ROMA AND COPENHAGEN INDEX IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH OVARIAN TUMORS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of postmenopausal women with ovarian tumors and to compare the diagnostic performance of the Risk of Ovarian Malignancy Algorithm (ROMA) and the Copenhagen Index (CPH-I) in predicting malignancy. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 211 postmenopausal women with ovarian tumors who underwent surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2023 to January 2025. Serum CA-125 and HE4 levels were measured preoperatively to calculate ROMA and CPH-I. Final histopathological results were used as the gold standard to assess diagnostic performance. **Results:** The mean age was 64.2 ± 8.7 years; 55.4% of patients were asymptomatic. There were 10 cases (4.7%) of ovarian cancer. ROMA showed a sensitivity

and specificity of 70.0% and 84.5%, respectively, while CPH-I showed 70.0% and 79.6%. The areas under the ROC curve (AUC) for ROMA and CPH-I were 0.749 and 0.733, respectively. **Conclusion:** Both ROMA and CPH-I demonstrated reasonable accuracy in predicting malignancy in postmenopausal women with ovarian tumors. ROMA, with higher specificity, is more suitable for use in specialized centers, whereas the simpler CPH-I may be appropriate for primary healthcare settings. **Keywords:** Ovarian cancer, ROMA, Copenhagen Index, postmenopausal women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những bệnh ung thư phụ khoa nghiêm trọng, với tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn cầu. Theo thống kê của GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) năm 2022, ung thư buồng trứng đứng thứ 8 trong tổng 15 loại ung thư thường gặp ở phụ nữ với số ca mới mắc là 324.603 ca bệnh với 206.956 ca bệnh tử vong. Ước tính tới năm 2045, số lượng bệnh nhân mắc ung thư buồng trứng có thể tăng 46,9% với tỷ lệ tử vong tăng 58,9% [1]. Tại Việt Nam, số ca mới mắc được ghi nhận là 1534 với 1003 ca bệnh tử vong và ung thư buồng trứng là một trong số 10 loại ung thư gây tử vong nhiều nhất ở phụ nữ [1].

U buồng trứng lành tính thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, trong khi ung thư buồng trứng lại chủ yếu xuất hiện ở giai đoạn mãn kinh, với độ tuổi chẩn đoán trung bình khoảng 63 tuổi. Đáng lưu ý, tiên lượng bệnh có xu hướng xấu hơn khi được phát hiện ở độ tuổi cao. Mặc dù giai đoạn mãn kinh đi kèm với sự suy giảm mạnh của hormone sinh dục, nguy cơ ung thư ở phụ nữ sau mãn kinh vẫn tăng lên, chủ yếu do sự tích lũy tổn thương DNA theo thời gian và tác động của liệu pháp hormone thay thế [2]. Khác với một số ung thư phụ khoa khác như ung thư cổ tử cung hay ung thư vú, vốn đã có chiến lược sàng lọc hiệu quả, ung thư buồng trứng đến nay vẫn chưa có công cụ tầm soát hữu hiệu. Nguyên nhân một phần đến từ đặc điểm giải phẫu, do buồng trứng nằm sâu trong chậu hông, khó tiếp cận hơn các cơ quan khác như tuyến vú, cổ tử cung hay niêm mạc tử cung, khiến việc phát hiện tổn thương sớm gặp nhiều thách thức. Bên cạnh đó, các triệu chứng lâm sàng của ung thư buồng trứng thường mơ hồ, không đặc hiệu và dễ bị bỏ qua. Hệ quả là phần lớn các trường hợp ung thư buồng trứng được

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: BSNT Đặng Văn Tốt

Email: dangvantothmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, làm giảm đáng kể cơ hội sống sót: tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ còn khoảng 20 - 25% nếu chẩn đoán ở giai đoạn muộn, so với khoảng 90% khi phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm [3]. Do đó, việc phát triển các công cụ tầm soát hiệu quả nhằm phát hiện sớm ung thư buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh là nhu cầu cấp thiết, góp phần cải thiện tiên lượng và kết quả điều trị cho nhóm đối tượng này.

Năm 2009, Moore và cộng sự đã đề xuất thuật toán tính nguy cơ ác tính của u buồng trứng, hay ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm) dựa trên ba yếu tố: nồng độ CA125, HE4 và tình trạng hành kinh của bệnh nhân. Trong đó, công thức dành riêng cho phụ nữ mãn kinh được thiết kế để áp dụng hiệu quả cho nhóm đối tượng này [4]. Đến năm 2015, Karlsen và cộng sự giới thiệu chỉ số Copenhagen (CPH-I), được tính dựa trên nồng độ CA125, HE4 và tuổi bệnh nhân, thay vì tình trạng hành kinh nguyệt, với mục tiêu tăng độ chính xác trong dự đoán nguy cơ ung thư buồng trứng [5]. Sự ra đời của hai công cụ này đã mở ra nhiều triển vọng trong việc sàng lọc ung thư buồng trứng nhờ đặc điểm dễ thực hiện, không xâm lấn và mang tính khách quan. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã được thực hiện nhằm đánh giá và so sánh giá trị chẩn đoán của chỉ số ROMA và CPH-I trong phân biệt u buồng trứng lành tính và ác tính.

Nhằm góp phần vào nâng cao chất lượng sàng lọc và chẩn đoán ung thư buồng trứng trước phẫu thuật, đặc biệt là đối với nhóm phụ nữ mãn kinh dựa trên giá trị của ROMA và chỉ số Copenhagen, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở phụ nữ mãn kinh được chẩn đoán u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, đồng thời so sánh giá trị Copenhagen và ROMA trong dự báo nguy cơ ác tính ở nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân mãn kinh được chẩn đoán và điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 1 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân mãn kinh theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) được chẩn đoán u buồng trứng đã được phẫu thuật và đã có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u buồng trứng. Bệnh nhân được xét nghiệm CA125, HE4 trước phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân mãn kinh do cắt tử cung, cắt buồng trứng, hoặc do suy buồng trứng nguyên nhân sử dụng thuốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Thu thập các biến số cần có từ hồ sơ bệnh án phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Bước 2: Tính chỉ số ROMA theo công thức: ROMA (%) = exp(PI)/[1 + exp(PI)]*100

Trong đó PI là giá trị dự đoán, với PI cho phụ nữ mãn kinh được tính như sau:

$$PI = -8,09 + 1,04 * \ln(HE4) + 0,732 * \ln(CA125)$$

Bước 3: Tính chỉ số Copenhagen theo công thức: PP = exp(CPH-I)/[1+exp(CPH-I)]*100

Trong đó: CPH-I = -14,0647 + 1,0649 * log2(HE4) + 0,6050 *log2(CA125) + 0,2672 * Tuổi/10

Bước 4: Đối chiếu các chỉ số với kết quả mô bệnh học để tính toán và so sánh giá trị của chỉ số ROMA và Copenhagen

Bước 5: Phân tích mô tả các biến định lượng và định tính về đặc điểm bệnh nhân để đánh giá các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân

2.3. Xử lý số liệu. Phân tích và xử lý số liệu thu được bằng các thuật toán thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ %. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (X ± SD), giá trị lớn nhất (GTLN), giá trị nhỏ nhất (GTNN).

Tính p- value theo Fisher's Exact Test hoặc Chi-squared Test. Vẽ đường cong ROC của biến chỉ số ROMA, giá trị Copenhagen, HE4, CA125 sau khi phân loại kết quả mô bệnh học và tính diện tích dưới đường cong (AUC) cùng khoảng tin cậy 95%. Từ đó tìm ra điểm cut-off và độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp) của từng chỉ số.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 211 bệnh nhân thoả mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu và thu được được kết quả như sau:

Bảng 1. Phân bố tuổi của nhóm nghiên cứu

Tuổi	Tổng	
	n	%
<55 tuổi	21	10%
55 – 60 tuổi	63	29,9%
>60 tuổi	127	60,2%
X ± SD	64,2 ± 8,716	
GTNN-GTLN	50 - 90	

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,2 ± 8,716. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 50 tuổi, nhiều tuổi nhất là 90 tuổi.

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện		n	%
Có triệu chứng	Đau bụng	58	27,5%
	Sờ thấy khối	19	9%
	Bụng to nhanh	17	8,1%
	Rối loạn đại tiểu tiện	0	0%
Không triệu chứng	Tình cờ phát hiện	117	55,4%

Bệnh nhân đến khám do tình cờ phát hiện chiếm 117 bệnh nhân với tỷ lệ là 55,4%. Triệu chứng đau bụng được ghi nhận ở 58 bệnh nhân, chiếm 27,5%. Bệnh nhân vào viện vì sờ thấy khối gồm 19 bệnh nhân, chiếm 9%. Bệnh nhân vào viện vì thấy bụng to nhanh gồm 17 bệnh nhân, chiếm 8,1%. Không gặp bệnh nhân vào viện do rối loạn đại tiểu tiện.

Bảng 3. Đặc điểm kích thước khối u trên siêu âm

Kích thước (mm)	n	%
≤ 50 mm	52	24,6%
51 - 100 mm	132	62,6%
101 - 150 mm	15	7,1%
> 150 mm	12	5,7%
X ± SD	72,77 ± 38,19	
GTNN - GTLN	15 - 296	

Khối u có kích thước từ 51-100 được quan

Bảng 5. Diện tích dưới đường cong (AUC) và độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp) của các điểm cut-off của ROMA%

	Cut-off	Se (95%CI)	Sp (95%CI)	AUC	Std	95%CI
ROMA%	25,3	0,3 (0,016-0,584)	0,935 (0,901-0,969)	0,749	0,086	0,581-0,918
	15,66	0,7 (0,416-0,984)	0,845 (0,795-0,895)			

Diện tích dưới đường cong của ROMA% là 0,749 với khoảng tin cậy 95% là 0,581-0,918. Tại điểm cut-off 25,3, ROMA% có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,3 và 0,935. Tại điểm cut-off 15,66, ROMA% có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,7 và 0,845.

Bảng 6. Diện tích dưới đường cong và độ nhạy, độ đặc hiệu của các điểm cut-off của CPH-I

	Cut-off	Se (95%CI)	Sp (95%CI)	AUC	Std	95%CI
CPH-I	1	0,8 (0,552-1,048)	0,383 (0,315-0,450)	0,733	0,095	0,547-0,919
	2,56	0,7 (0,416-0,984)	0,796 (0,740-0,852)			
	3	0,6 (0,296-0,903)	0,836 (0,784-0,887)			

Diện tích dưới đường cong của CPH-I là 0,733 với khoảng tin cậy 95% là 0,547-0,919. Tại điểm cut-off là 1, CPH-I có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,8 và 0,383. Tại điểm cut-off là 2,56, CPH-I có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,7 và 0,796. Tại điểm cut-off là 3, CPH-I có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,6 và 0,836.

IV. BÀN LUẬN

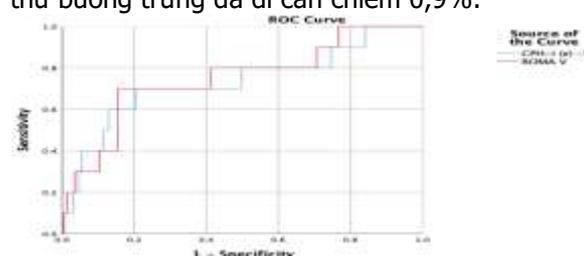
Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các bệnh nhân mãn kinh được chẩn đoán u buồng trứng, với độ tuổi trung bình là 64,2 ± 8,716, dao động từ 50 đến 90 tuổi. Cụ thể, trong các nghiên cứu

sát thấy ở 132 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 62,6%. Khối u có kích thước dưới 50 chiếm 24,6%. Kích thước trung bình của các khối u quan sát được trên siêu âm là 72,77 mm. Khối u lớn nhất quan sát được là 296mm, khối u nhỏ nhất là 15mm.

Bảng 4. Đặc điểm mô bệnh học

Kết quả giải phẫu bệnh	n	%
U lành tính	192	91%
U giáp biên	9	4,3%
Ung thư buồng trứng chưa di căn	8	3,8%
Ung thư buồng trứng đã di căn	2	0,9%
Tổng	211	100%

Khối u lành tính được ghi nhận ở 192 bệnh nhân, chiếm 91%. U giáp biên chiếm 4,3%. Ung thư buồng trứng chưa di căn chiếm 3,8% và ung thư buồng trứng đã di căn chiếm 0,9%.

**Biểu đồ 1. So sánh đường cong ROC của ROMA%, CPH-I**

của Trần Doãn Tú (2020), Nguyễn Hải Phương (2023) và Lê Trung Tín (2023), tuổi trung bình của bệnh nhân u ác tính đều cao hơn đáng kể so với nhóm u lành tính [6],[7],[8]. Điều này gợi ý rằng cần có những nghiên cứu và chiến lược riêng cho nhóm phụ nữ lớn tuổi, đặc biệt là mãn kinh.

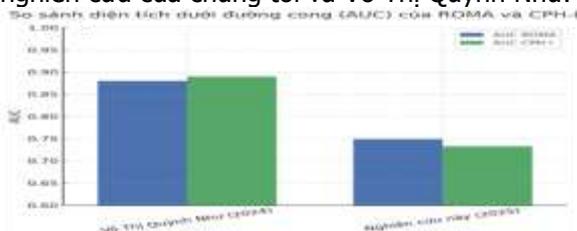
Bảng 7. So sánh phân bố tuổi bệnh nhân u buồng trứng trong một vài nghiên cứu

STT	Tác giả	Năm nghiên cứu	Tuổi trung bình u lành tính	Tuổi trung bình u ác tính
1	Trần Doãn Tú, Nguyễn	2020	35.2 ±15,2	50.5 ±15,7

	Vũ Quốc Huy ⁶			
2	Nguyễn Hải Phương và cộng sự ⁷	2023	35,86 ±11,65	53,55 ±15,16
3	Lê Trung Tín và cộng sự ⁸	2023	35,9 ±12,1	45,1 ±12,8

Về mặt lâm sàng, hơn một nửa bệnh nhân trong nghiên cứu (55,4%) không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe hoặc siêu âm. Điều này phản ánh tính chất âm thầm, không đặc hiệu của ung thư buồng trứng ở giai đoạn sớm và nhấn mạnh vai trò của các chỉ số sinh học trong sàng lọc. Kết quả siêu âm ghi nhận phần lớn khối u có kích thước trung bình đến lớn (51-100 mm), cho thấy bệnh nhân thường đến khám khi tổn thương đã phát triển đáng kể. Đối chiếu với kết quả mô bệnh học sau mổ, nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ u lành tính chiếm 91%, trong khi ung thư buồng trứng chiếm 4,7%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hải Phương và cộng sự (2023) là 290 người trong tổng số 337 người bệnh [7]. U giáp biên và các u ác tính có tỷ lệ thấp hơn một phần phụ thuộc vào cách thức lấy mẫu tự chọn của nghiên cứu. Đây là điểm cần cải thiện của nghiên cứu để có kết quả nghiên cứu chính xác hơn.

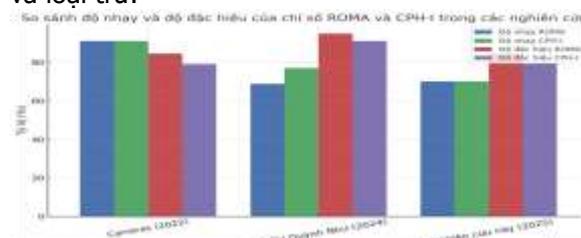
Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm cắt tối ưu của ROMA là 15,66% và điểm cắt tối ưu của CPH-I là 2,56%. Diện tích dưới đường cong (AUC) của ROMA và CPH-I lần lượt là 0,749 và 0,733. Mặc dù ROMA cho AUC nhỉnh hơn, tuy nhiên sự khác biệt không quá lớn. So với nghiên cứu của Võ Thị Quỳnh Như và cộng sự, trong đó AUC của ROMA và CPH-I lần lượt là 0,880 và 0,890 [9], kết quả của chúng tôi thấp hơn đáng kể. Điều này có thể phản ánh sự khác biệt về dân số nghiên cứu, tỷ lệ ác tính và chất lượng dữ liệu. Dưới đây là biểu đồ so sánh AUC giữa nghiên cứu của chúng tôi và Võ Thị Quỳnh Như.



Biểu đồ 2. So sánh AUC của ROMA và CPH-I trong các nghiên cứu gần đây^[9]

Khi đánh giá giá trị chẩn đoán, cả ROMA và CPH-I đều đạt độ nhạy 70% tại điểm cắt tối ưu. Tuy nhiên, ROMA cho độ đặc hiệu cao hơn (84,5% so với 79,6%) và AUC lớn hơn (0,749 so

với 0,733), cho thấy khả năng phân biệt bệnh nhỉnh hơn. Dù vậy, độ nhạy của cả hai chỉ số vẫn thấp hơn so với một số nghiên cứu đã công bố trước đây. Chẳng hạn, nghiên cứu của Carreras và cộng sự (2022) ghi nhận ROMA có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 91,1% và 84,6%, trong khi CPH-I cho thấy độ nhạy 91,1% với độ đặc hiệu 79,2% [10]. Tương tự, Võ Thị Quỳnh Như và cộng sự (2024) báo cáo độ nhạy/độ đặc hiệu của ROMA đạt 68,85%/95,01% và CPH-I đạt 77,05%/91,08% [9]. Lý giải cho sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu ung thư còn hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như sự khác nhau giữa tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.



Biểu đồ 3. So sánh độ nhạy và độ đặc hiệu của ROMA và CPH-I trong các nghiên cứu khảo sát giá trị của hai chỉ số này^{[9],[10]}

Đáng chú ý, điểm cắt 25,3 của ROMA đạt độ đặc hiệu rất cao (93,5%) nhưng độ nhạy chỉ còn 30%, do đó không phù hợp cho mục tiêu sàng lọc. Ngược lại, điểm cắt thấp của CPH-I như 1% mang lại độ nhạy cao (80%) dù độ đặc hiệu thấp (38,3%). Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lựa chọn điểm cắt phù hợp tùy theo mục tiêu lâm sàng - sàng lọc hay chẩn đoán xác định.

Tổng thể, kết quả nghiên cứu cho thấy ROMA và CPH-I đều có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam với mức độ chính xác chấp nhận được, đặc biệt khi lựa chọn điểm cắt phù hợp theo mục tiêu chẩn đoán hay sàng lọc. Tuy nhiên, cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để có những kết luận rõ ràng hơn khi so sánh ROMA và CPH-I.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của ung thư buồng trứng thường mơ hồ và không đặc hiệu. ROMA và CPH-I thể hiện độ nhạy và độ đặc hiệu tốt tại điểm cut-off 15,66 và 2,56. ROMA và chỉ số Copenhagen có cùng độ nhạy nhưng độ đặc hiệu của ROMA cao hơn. Diện tích dưới đường cong của ROMA cao hơn không đáng kể so với CPH-I. Vì vậy, chỉ số Copenhagen và ROMA có thể giúp phân tầng nguy cơ ung thư buồng trứng một cách đơn giản, khách quan, rẻ tiền, có thể áp dụng trên lâm sàng. CPH-I phù hợp sàng lọc tại

tuyến cơ sở nhờ công thức đơn giản (dùng tuổi), trong khi ROMA phù hợp tại các cơ sở có điều kiện xét nghiệm HE4 và CA125, hoặc để hỗ trợ chẩn đoán xác định trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024).** Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed July 12, 2025.
2. **Ovejero-Sánchez M, González-Sarmiento R, Herrero AB.** DNA Damage Response Alterations in Ovarian Cancer: From Molecular Mechanisms to Therapeutic Opportunities. *Cancers*. 2023;15(2):448. doi:10.3390/cancers15020448
3. **Bonifácio VDB.** Ovarian Cancer Biomarkers: Moving Forward in Early Detection. In: Serpa J, ed. *Tumor Microenvironment: The Main Driver of Metabolic Adaptation*. Springer International Publishing; 2020:355-363. doi:10.1007/978-3-030-34025-4_18
4. **Moore RG, McMeekin DS, Brown AK, et al.** A novel multiple marker bioassay utilizing HE4 and CA125 for the prediction of ovarian cancer in patients with a pelvic mass. *Gynecol Oncol*. 2009;112(1):40-46. doi:10.1016/j.ygyno.2008.08.031
5. **Karlsen MA, Høgdall EVS, Christensen IJ, et al.** A novel diagnostic index combining HE4, CA125 and age may improve triage of women with suspected ovarian cancer — An international multicenter study in women with an ovarian mass. *Gynecol Oncol*. 2015;138(3):640-646. doi:10.1016/j.ygyno.2015.06.021
6. **Trần Doãn Tú, Nguyễn Vũ Quốc Huy.** So sánh chỉ số Copenhagen với chỉ số ROMA trong dự báo tiên phẫu ung thư buồng trứng. *Tạp Chí Phụ Sản*. 2020;18(3):41-48. doi:10.46755/vjog.2020.3.1145
7. **Nguyễn Hải Phương và cộng sự.** Khảo sát chỉ số Copenhagen trên bệnh nhân u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;524(2). doi:10.51298/vmj.v524i2.4874
8. **Lê Trung Tín và cộng sự.** Giá trị xét nghiệm CA125, HE4 và roma test trong chẩn đoán ung thư buồng trứng tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu. *Tạp chí Dược học Cần Thơ*. 2023;(69):7-14. doi:10.58490/ctump.2023i69.2110
9. **Vo TQN, Tran DT, Nguyen TTN, Vo VD, Le MT, Nguyen VQH.** Diagnostic performances of the Ovarian Adnexal Reporting and Data System, the Risk of Ovarian Malignancy Algorithm, and the Copenhagen Index in the preoperative prediction of ovarian cancer: a prospective cohort study. *J Gynecol Oncol*. 2024;36(2):e30. doi:10.3802/jgo.2025.36.e30
10. **Carreras-Dieguez N, Glickman A, Munmany M, et al.** Comparison of HE4, CA125, ROMA and CPH-I for Preoperative Assessment of Adnexal Tumors. *Diagn Basel Switz*. 2022;12(1):226. doi:10.3390/diagnostics12010226

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VÀ TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA PSEUDOMONAS AERUGINOSA PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Châu Minh Đăng¹, Trương Thiên Phú²,
Huỳnh Minh Tuấn^{1,3}, Châu Minh Quỳnh¹

TÓM TẮT

Pseudomonas aeruginosa là vi khuẩn Gram âm thường gặp trong môi trường bệnh viện, đặc biệt ở những người bệnh nặng. Tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn này đang là vấn đề đáng báo động toàn cầu, được WHO (2024) xếp vào tác nhân gây bệnh quan trọng, ưu tiên cao. Tại Việt Nam, tỷ lệ kháng các nhóm kháng sinh chủ lực như carbapenem, fluoroquinolone và aminoglycoside đang ở mức cao, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến cuối như bệnh viện Chợ Rẫy. **Mục tiêu:** khảo sát đặc điểm dịch tễ học,

phân bố lâm sàng và tình hình kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* phân lập tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2023 đến tháng 7/2024. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện với 90 chủng *P. aeruginosa* phân lập từ bệnh phẩm lâm sàng. Vi khuẩn được định danh và kiểm tra kháng sinh bằng hệ thống Vitek2 Compact và phương pháp vi pha loãng với colistin, phiên giải theo tiêu chuẩn CLSI M100-2024. **Kết quả:** tỷ lệ phân lập *P. aeruginosa* cao ở nam giới (81,1%) và nhóm tuổi ≥60 (41,1%). Loại nhiễm khuẩn phổ biến nhất là đường hô hấp (34,4%) và thường gặp ở Khối Ngoại 45,6%. Tỷ lệ kháng kháng sinh rất cao: levofloxacin và ticarcillin-clavulanic acid (75,6%), imipenem (72,2%), meropenem và ciprofloxacin (71,1%), ceftazidime và cefepime (68,9%). Colistin có tỷ lệ kháng thấp nhất (1,1%). Không có sự khác biệt thống kê về tỷ lệ kháng kháng sinh theo giới tính và nhóm tuổi. **Kết luận:** tình trạng kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* tại Bệnh viện Chợ Rẫy có tỷ lệ kháng kháng sinh cao, đòi hỏi tăng cường quản lý sử dụng kháng sinh, kiểm soát nhiễm khuẩn và giám sát kháng thuốc để hạn

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Châu Minh Quỳnh

Email: quynh.cm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025