

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện 150 lượt đánh giá đau trong cả 3 quy trình chăm sóc răng miệng, hút đờm và thay đổi tư thế ở người bệnh thở máy xâm nhập, kết quả cho thấy hút đờm là thủ thuật gây đau nhiều nhất (BPS: 7, IQR: 6-7,25), thay đổi tư thế và chăm sóc răng miệng có BPS trung vị như nhau bằng 5 (IQR: 4- 6). Có mối tương quan thuận giữa mức độ an thần của người bệnh (RASS) và cường độ đau trong các quy trình chăm sóc. Giới tính, bệnh lý chính, phương pháp thở xâm lấn và việc sử dụng thuốc giảm đau của người bệnh là những yếu tố có liên quan tới tình trạng đau trong quá trình chăm sóc.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Sử dụng thang điểm BPS để đánh giá đau ở những người bệnh thở máy xâm nhập nên trở thành một quy trình thường quy trong quá trình chăm sóc người bệnh. Khi người bệnh có điểm đau BPS từ 6 trở lên, điều dưỡng cần trao đổi với bác sĩ cân nhắc sử dụng thuốc giảm đau. Trong tương lai, cần làm thêm nghiên cứu đánh giá đau tại nhiều thời điểm, đồng thời kết hợp thêm các công cụ khác như Công cụ quan sát đau trong HSTC (CPOT) để có thể đánh giá chính xác hơn các tình trạng đau của người bệnh, từ đó cải thiện chất lượng chăm sóc và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baratta JL, Schwenk ES, Viscusi ER. Clinical consequences of inadequate pain relief: barriers to optimal pain management. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(4 Suppl 2):15S-21S. doi:10.1097/PRS.0000000000000681
2. Ayasrah S. Care-related pain in critically ill mechanically ventilated patients. *Anaesth*

- Intensive Care. 2016;44(4):458-465. doi:10.1177/0310057X1604400412
3. Alasad JA, Abu Tabar N, Ahmad MM. Patients' experience of being in intensive care units. *J Crit Care.* 2015;30(4): 859.e7-11. doi:10.1016/j.jcrc.2015.03.021
4. Gélinas C, Puntillo KA, Joffe AM, et al. A validated approach to evaluating psychometric properties of pain assessment tools for use in nonverbal critically ill adults. *Semin Respir Crit Care Med.* 2013;34(2):153-168. doi:10.1055/s-0033-1342970
5. Gomarverdi S, Sedighie L, Seifrabiei MA, et al. Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2019;24(2):151-155. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18
6. Al Sutari MM, Abdalrahim MS, Hamdan-Mansour AM, et al. Pain among mechanically ventilated patients in critical care units. *J Res Med Sci.* 2014;19(8):726-732.
7. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2013;41(1): 263-306. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72
8. Wojnar-Gruszka K, Segá A, Płaszewska-Zywko L, et al. Pain Assessment with the BPS and CCPOT Behavioral Pain Scales in Mechanically Ventilated Patients Requiring Analgesia and Sedation. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(17):10894. doi:10.3390/ijerph191710894
9. Rijkenberg S, Stilma W, Endeman H, et al. Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. *J Crit Care.* 2015; 30(1): 167-172. doi:10.1016/j.jcrc.2014. 09.007
10. Stotts NA, Puntillo K, Stanik-Hutt J, et al. Does age make a difference in procedural pain perceptions and responses in hospitalized adults? *Acute Pain.* 2007;9(3): 125-134. doi:10.1016/j.acpain.2007.07.001

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG GIAI ĐOẠN I VÀ GIAI ĐOẠN II THEO PHÂN LOẠI FIGO – 2009 TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Ngô Phan Thanh Thúy^{1,2}, Vũ Bá Quyết¹

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người

bệnh ung thư nội mạc tử cung (NMTC) giai đoạn I (FIGO – I) và II (FIGO – II) theo phân loại FIGO – 2009. Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 267 người bệnh ung thư NMTC tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Kết quả nghiên cứu phát hiện người bệnh ung thư NMTC FIGO – I và FIGO – II chủ yếu ở độ tuổi 50 – 59 (trung bình là 56,4 ± 9,1). Tiền sử hút thuốc tử cung (12,7%) và tăng huyết áp (22,8%) là các yếu tố nguy cơ thường gặp. Chảy máu âm đạo là nguyên nhân nhập viện chính, tiếp theo là rong kinh. Người bệnh FIGO – II có tỷ lệ tử cung to cao hơn (41,9%) so với FIGO – I (18,2%), p = 0,002. Phần lớn

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Phan Thanh Thúy

Email: ngophathanhthuy@hmu.edu.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

người bệnh ở 2 giai đoạn FIGO – I và FIGO – II cho thấy tử cung di động và không có tế bào ác tính ở niêm mạc tử cung. Trong quá trình sinh thiết tế bào âm đạo-cổ tử cung, bệnh nhân FIGO – I chủ yếu bình thường (66,3%) trong khi những người bệnh FIGO – II chủ yếu đáng ngờ (54,4%), $p = 0,036$. Niêm mạc tử cung của người bệnh FIGO – II dày hơn đáng kể so với bệnh FIGO – I ($p = 0,01$). Kết luận: Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có thể hữu ích để xác định sớm giai đoạn I hoặc II theo phân loại FIGO, giúp lựa chọn phương pháp điều trị nhanh chóng và hiệu quả.

Từ khóa: ung thư nội mạc tử cung, FIGO, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH STAGE I AND STAGE II ENDOMETRIAL CANCER ACCORDING TO THE FIGO – 2009 CLASSIFICATION AT THE CENTRAL OBSTETRICS HOSPITAL

In order to examine the clinical and paraclinical features of patients with stage I and II endometrial cancer according to the FIGO – 2009 classification. A cross-sectional study was conducted on 267 endometrial cancer patients at the Central Obstetrics and Gynecology Hospital. The study found that patients with FIGO stages I and II were primarily aged 50-59, with an average age of 56.4 ± 9.1 years. The prevalence of uterine aspiration history (12.7%) and hypertension (22.8%) were common risk factors. Vaginal bleeding led to the majority of patients' admission, followed by menorrhagia. FIGO – II had a higher prevalence of uterine enlargement (41.9%) than FIGO – I (18.2%), $p = 0.002$. The majority of FIGO – I and FIGO – II showed a mobile uterus and no malignant cells in the uterine mucosa. Patients with FIGO – I were predominantly normal (66.3%) during vaginal-cervical cell biopsy, while those with FIGO – II were mainly suspicious (54.4%), $p = 0.036$. The endometrium of patients with FIGO-II was significantly thicker than that of patients with FIGO – I ($p = 0.01$). Conclusion: Clinical and paraclinical features might be useful to identify early stage I or II based on FIGO classification, which facilitates the selection of prompt and efficient treatment approaches.

Keywords: endometrial cancer, FIGO, Clinical features, Paraclinical features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) là khối u xuất hiện trong lòng tử cung do sự tăng sinh quá mức các tế bào ác tính ở lớp niêm mạc tử cung. Các tế bào ác tính này có xu hướng xâm lấn sang các tế bào ở cơ quan xung quanh hoặc di chuyển theo đường máu, bạch huyết để xâm lấn các cơ quan ở xa. Ở Mỹ, UTMTC là loại ung thư phổ biến thứ hai ở phụ nữ, ước tính năm 2022 có khoảng 66.000 ca mắc mới.¹ Trên thế giới, UTMTC là loại ung thư phổ biến thứ loại ung thư phổ biến thứ sáu, với 417.000 ca mắc mới và 97.000 ca tử vong vào năm 2020.² Để

chẩn đoán, chỉ định điều trị và tiên lượng lượng bệnh, hiện nay các bác sĩ thường sử dụng hệ thống phân loại giai đoạn ung thư của Liên đoàn Sản phụ khoa quốc tế (FIGO). Theo FIGO, giai đoạn bệnh càng thấp thì tiên lượng càng tốt. Tỷ lệ sống sau 5 năm ở người bệnh được chẩn đoán giai đoạn I là 92,3%, giai đoạn II là 82,5%, giai đoạn III là 68,4% và giai đoạn IV là 29,8%.³ Ngoài ra người bệnh ở giai đoạn I và II đã được chứng minh là có tỷ lệ tái phát thấp hơn đáng kể so với giai đoạn III và IV.⁴ Vì vậy, phát hiện sớm các giai đoạn của UTMTC sẽ giúp điều trị kịp thời và hiệu quả.

Ở Việt Nam, chưa có đề tài tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của từng giai đoạn UTMTC theo phân loại FIGO 2009. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I và giai đoạn II theo phân loại FIGO – 2009 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư nội mạc tử cung bằng giải phẫu bệnh sau mổ và được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

Có thông tin đầy đủ (về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng) cho đến khi kết thúc nghiên cứu.

Gia đình và bản thân người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

*** Tiêu chuẩn loại trừ:** Có bệnh lý thực thể hoặc rối loạn tâm thần nặng kèm theo.

Có ung thư nơi khác di căn đến tử cung.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Thời gian: từ 1/1/2014 đến 31/12/2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện theo công thức "Ước tính một tỷ lệ trong quần thể":

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: số người bệnh giai đoạn I và II theo FIGO; α : Mức ý nghĩa thống kê.

$Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$ ứng với $\alpha = 0,05$

$d = 0,05$ là khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ mẫu và tỷ lệ quần thể

$p = 78,0\%$, là tỷ lệ ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I theo FIGO 2009 trong nghiên cứu của

Jerzy Korczynski và cộng sự (2011).⁵

Cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là n = 264. Kết thúc nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 267 người bệnh ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I và giai đoạn II theo FIGO.

2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu. Biến số, chỉ số nghiên cứu bao gồm: tuổi, yếu tố nguy cơ, lý do vào viện, triệu chứng thực thể và cận lâm sàng.

2.5. Công cụ thu thập số liệu. Bệnh án nghiên cứu chuyên biệt để thu thập biến số và chỉ số

Xét nghiệm công thức máu

Thiếu máu ở phụ nữ được chia ra làm 3 mức độ dựa vào lượng Hemoglobin theo phân loại của WHO (2011)

Thiếu máu nhẹ: $110 \leq Hb < 120$ g/l

Thiếu máu trung bình: $80 \leq Hb < 110$ g/l

Thiếu máu nặng: $Hb < 80$ g/l

Siêu âm đầu dò âm đạo đo độ dày nội mạc tử cung

Phiến đồ âm đạo – cổ tử cung

Sinh thiết niêm mạc tử cung

Bảng phân loại giai đoạn ung thư nội mạc tử cung theo FIGO 2009.⁶

Giai đoạn I: u giới hạn ở nội mạc tử cung.

Giai đoạn II: u xâm lấn tới mô liên kết CTC nhưng không lan ra khỏi tử cung.

Giai đoạn III: u lan ra ngoài tử cung nhưng còn khu trú trong khung chậu.

Giai đoạn IV: u xâm lấn tới niêm mạc bàng quang và/hoặc niêm mạc ruột hoặc di căn xa.

2.6. Phân tích số liệu. Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Gia đình hoặc người tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích, nội dung cũng như những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra.

Người tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào

Mọi thông tin của người tham gia nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Giai đoạn I và giai đoạn II của FIGO theo tuổi (n=267)

Nhóm tuổi	FIGO – I		FIGO – II		Chung		p
	n	%	n	%	n	%	
< 40	14	5,9	0	0,0	14	5,2	0,058*
40 – 49	27	11,4	7	22,6	34	12,7	
50 – 59	110	46,6	19	61,3	129	48,3	
60 – 69	70	29,7	5	16,1	75	28,1	
≥ 70	15	6,4	0	0,0	15	5,6	
Tổng số	236	100,0	31	100,0	267	100,0	
Tuổi trung bình (Min-Max)	56,7±9,4 (27–80)		54,3±6,5 (43–68)		56,4±9,1 (27–68)		0,168

Nhận xét: Tuổi trung bình chung của FIGO – I và II là $56,4 \pm 9,1$. Thấp nhất là 27 tuổi và cao nhất là 68 tuổi.

Bảng 2. Giai đoạn I và giai đoạn II của FIGO theo yếu tố nguy cơ (n=267)

Yếu tố nguy cơ	FIGO – I		FIGO – II		Chung		p
	n	%	n	%	n	%	
Tăng huyết áp	55	23,3	6	19,4	61	22,8	0,62
Đái tháo đường	21	8,9	2	6,5	23	8,6	>0,05*
Điều trị vô sinh	13	5,5	0	0,0	13	4,9	0,375*
Tiền sử hút buồng tử cung	30	12,7	4	12,9	34	12,7	>0,05*
Chưa mang thai	23	9,7	1	3,2	24	9,0	0,515
Chưa có con	28	11,9	1	3,2	29	10,9	0,297*
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng – tiểu khung	22	9,3	3	9,7	25	9,4	>0,05*
Tiền sử mổ đẻ	9	3,8	1	3,2	10	3,7	>0,05*

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tiền sử hút buồng tử cung (12,7%) và tăng huyết áp (22,8%) là các yếu tố nguy cơ thường gặp.

Bảng 3. Giai đoạn I và giai đoạn II của FIGO theo lý do vào viện (n=267)

Lý do vào viện	FIGO – I		FIGO – II		Chung		p
	n	%	n	%	n	%	
Ra máu âm đạo	170	72,0	20	64,5	190	71,2	0,560*
Ra khí hư hôi bẩn	4	1,7	1	3,2	5	1,9	
Đau bụng	2	0,8	1	3,2	3	1,1	

Rong kinh rong huyết	53	22,5	9	29,0	62	23,2	
Khác	7	3,0	0	0,0	7	2,6	
Tổng	236	100	31	100	267	100	

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Đa số người bệnh FIGO – I và FIGO – II có lý do vào viện là ra máu âm đạo, tỷ lệ lần lượt là 72,0% và 64,5%. Tiếp đó là rong kinh rong huyết, tỷ lệ gặp ở FIGO – I là 22,5% và FIGO – II là 29%.

Bảng 4. Giai đoạn I và giai đoạn II của FIGO theo triệu chứng thực thể và cận lâm sàng (n=267)

Triệu chứng thực thể và cận lâm sàng	FIGO – I		FIGO – II		Chung		p	
	n	%	n	%	n	%		
Tử cung to	43	18,2	13	41,9	56	21,0	0,002	
Tử cung di động	236	100,0	30	96,8	266	99,6	0,116*	
Thiếu máu	29	12,3	6	19,4	35	13,1	0,264*	
Sinh thiết tế bào âm đạo – cổ tử cung	Bình thường	118	66,3	8	38,1	126	63,3	0,036
	Nghi ngờ	7	29,8	11	52,4	64	32,2	
	Ac tính	17	3,9	2	9,5	9	4,5	
Không có tế bào ác tính niêm mạc tử cung	168	94,4	21	100	189	95,0		
Độ dày niêm mạc tử cung (Min – Max)	15,8±10,4	(3–50)	22,1±11,3	(4–50)	16,5±10,6	(3–50)	0,010	

Nhận xét: Tử cung to gặp nhiều ở FIGO – II (41,9%) hơn FIGO – I (18,2%), p = 0,002.

Hầu hết FIGO – I và FIGO – II có tử cung di động và không có tế bào ác tính ở niêm mạc tử cung

Khi sinh thiết tế bào âm đạo – cổ tử cung, người bệnh có FIGO – I đa phần là bình thường (66,3%), còn người bệnh có FIGO – II đa phần là nghi ngờ (54,4%), p = 0,036.

FIGO – II có độ dày niêm mạc tử cung lớn hơn FIGO – I, p = 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Năm 2009, FIGO đã sửa đổi phân loại giai đoạn ung thư nội mạc tử cung từ phiên bản FIGO – 1988 trước đó nhằm thay đổi phân loại từ lâm sàng sang phẫu thuật.⁷ Phân loại này cải thiện khả năng dự đoán khả năng sống sót cũng như kết quả trước khi phẫu thuật hơn phiên bản trước đó.⁸ Kết quả cho thấy, giai đoạn I và giai đoạn thường gặp ở những người có độ tuổi từ 50 – 59, tỷ lệ lần lượt là 46,6% và 61,3%. Tuổi trung bình những người bệnh giai đoạn I là 56,7 ± 9,4 và giai đoạn II là 54,3 ± 6,5 (bảng 1). Tuổi trung bình của người bệnh ở giai đoạn I và II thấp hơn tuổi trung bình của người bệnh ở giai đoạn III và các giai đoạn khác. Nghiên cứu của Angiolo Gadducci và cộng sự (2012) ghi nhận tuổi trung bình của người bệnh ở giai đoạn III là 62 tuổi (dao động từ 39 đến 74 tuổi).⁹ Nghiên cứu của Ulla – Maija Haltia và cộng sự (2014) còn cho biết tuổi trung bình người bệnh UTNMTC cao hơn nữa, trung bình khoảng 67,3 ± 10,6.⁶ Sở dĩ có sự khác biệt trong các kết quả này có thể là do nghiên cứu chúng tôi tập trung vào giai đoạn I và II. Còn các nghiên cứu tập trung vào giai đoạn III hoặc toàn bộ các giai đoạn. Từ kết

quả này có thể thấy giai đoạn I và II thường xuất hiện ở tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh.

Ung thư nội mạc tử cung thường liên quan mật thiết đến hormone đặc biệt là estrogen. Một nghiên cứu phân tích tổng quan có hệ thống trên 51 bài báo của Suzanna Hutt và cộng sự (2022) cho biết các yếu tố liên quan đến estrogen và làm tăng nguy cơ xuất hiện UTNMTC bao gồm: sử dụng biện pháp tránh thai đường uống hoặc dụng cụ tránh thai, số lần sinh con, dậy thì sớm, mãn kinh muộn, tiểu đường típ 2, buồng trứng đa nang, chỉ số khối cơ thể (BMI), sử dụng estrogen trong thời gian dài... Trong đó, BMI là yếu tố dự báo mạnh mẽ nhất. Người bệnh có BMI từ 25 trở lên thì nguy cơ ung thư nội mạc tử cung tăng lên 2,01%, BMI từ 30 đến 40 thì nguy cơ UTNMTC tăng lên 5,24% và BMI từ 40 trở lên làm tăng 6,9%. Yếu tố dự báo mạnh mẽ tiếp theo là buồng trứng đa nang. Nguy cơ ung thư nội mạc tử cung tăng lên 4,2% ở những người có buồng trứng đa nang.¹⁰ Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại nhận thấy yếu tố nguy cơ thường gặp nhất đối với người bệnh UTNMTC giai đoạn I và II là áp tăng huyết áp (22,8%) và tiền sử hút buồng tử cung (12,7%) (bảng 2). Có sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu có thể là do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn cỡ mẫu trong các nghiên cứu của các tác giả. Trong nghiên cứu chúng tôi không kiểm tra BMI nên không đánh giá yếu tố nguy cơ là BMI. Nhưng BMI cao thì thường kèm với các bệnh lý chuyển hóa như tăng huyết áp hoặc đái tháo đường.

Nghiên cứu về lý do vào viện chúng tôi nhận thấy cả FIGO – I và FIGO – II đều có biểu hiện

ra ra máu âm đạo, nhưng tỷ lệ không cao, tỷ lệ lần lượt là 72,0% và 64,5%. Tỷ lệ chung cho cả 2 giai đoạn là 71,2%. Tiếp theo đó là biểu hiện rong kinh rong huyết, tỷ lệ gặp ở FIGO – I là 22,5% và FIGO – II là 29%. Tỷ lệ chung cho cả 2 giai đoạn là 23,2% (bảng 3). Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ trong nghiên cứu của một số tác giả. Stefano Restaino và cộng sự (2023) cho biết có tới 90% phụ nữ UTMTC ra máu bất thường và thường gặp nhất là trong thời kỳ mạn kinh.⁴ Có sự khác biệt trong kết quả này với kết quả của các tác giả là do nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung làm rõ đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của UTMTC giai đoạn I và II. Còn các tác giả khác thì mô tả đặc điểm lâm sàng của UTMTC ở tất cả các giai đoạn. Từ kết quả này, nên khám xét toàn diện để tránh bỏ sót vì UTMTC giai đoạn I và II không phải lúc nào cũng ra máu âm đạo

Tìm hiểu đặc điểm của triệu chứng thực thể và cận lâm sàng chúng tôi nhận thấy: Tử cung to thường gặp ở UTBMTC giai đoạn II (41,9%) hơn UTBMTC giai đoạn I (18,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$. Hầu hết FIGO – I và FIGO – II có tử cung di động và không có tế bào ác tính ở niêm mạc tử cung. Khi sinh thiết tế bào âm đạo – cổ tử cung, đa phần người bệnh ở giai đoạn I có biểu hiện (66,3%), còn phần nhiều người bệnh ở giai đoạn II có biểu hiện nghi ngờ (54,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,036$. Người bệnh UTBMTC giai đoạn II có độ dày niêm mạc lớn hơn người bệnh UTBMTC giai đoạn I. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$. Độ dày niêm mạc tử cung ở người bệnh giai đoạn I trung bình là $15,8 \pm 10,4$ mm, ở người bệnh giai đoạn II trung bình là $22,1 \pm 11,3$ mm. Độ dày niêm mạc tử cung chung cho cả 2 giai đoạn là $16,5 \pm 10,6$ mm (bảng 4). Ở phụ nữ trong giai đoạn tiền mạn kinh có chảy máu bất thường, Ozdemir và cộng sự ghi nhận độ dày niêm mạc tử cung ≥ 8 cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu tốt nhất để sàng lọc bất thường nội mạc tử cung. Có sự khác biệt về kích thước nội mạc tử cung giữa bình thường với tăng sản nội mạc tử cung ($12,71 \pm 4,24$ mm) và ung thư tử nội mạc tử cung ($15,25 \pm 8,23$ mm). Ở phụ nữ trong giai đoạn mạn kinh có chảy máu bất thường, nghiên cứu của Timmermans A và cộng sự (2010) trên 13 nghiên cứu với 2896 bệnh nhân cho biết ngưỡng cắt thường dùng là 4 mm và 5 mm có độ nhạy lần lượt là 95% và 90%. Ở ngưỡng cắt 3 mm, độ nhạy cao nhất là 98%. Do đó, các tác giả khuyến nghị sử dụng 3 mm làm ngưỡng cắt để loại trừ UTMTC ở phụ nữ trong giai đoạn mạn kinh có chảy máu bất thường.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 267 người bệnh, chúng tôi nhận thấy: người bệnh có độ I, II theo FIGO phần nhiều gặp ở nhóm tuổi 50 – 59, tuổi trung bình cho cả 2 nhóm là $56,4 \pm 9,1$ tuổi. Tăng huyết áp (22,8%) và tiền sử hút buồng tử cung (12,7%) là yếu tố nguy cơ thường gặp. Đa số người bệnh có lý do vào viện là ra máu âm đạo, tiếp đó là rong kinh rong huyết. Tử cung to gặp nhiều ở FIGO – II (41,9%) hơn FIGO – I (18,2%), $p = 0,002$. Hầu hết FIGO – I và FIGO – II có tử cung di động và không có tế bào ác tính ở niêm mạc tử cung. Khi sinh thiết tế bào âm đạo – cổ tử cung, người bệnh có FIGO – I đa phần là bình thường (66,3%), còn người bệnh có FIGO – II đa phần là nghi ngờ (54,4%), $p = 0,036$. Niêm mạc tử cung của người bệnh có FIGO – II dày hơn niêm mạc tử cung của người bệnh có FIGO – I ($p = 0,01$).

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Phụ sản Trung Ương đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miller KD, Nogueira L, Devasia T, et al.** Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(5):409-436. doi:10.3322/caac.21731
2. **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
3. **Creasman WT, Odicino F, Maisonneuve P, et al.** Carcinoma of the corpus uteri. *Int J Gynecol Obstet.* 2003;83: 79-118. doi:10.1016/S0020-7292(03)90116-0
4. **Restaino S, Paglietti C, Arcieri M, et al.** Management of Patients Diagnosed with Endometrial Cancer: Comparison of Guidelines. *Cancers.* 2023;15(4): 1091. doi:10.3390/cancers15041091
5. **Korczyński J, Jesionek-Kupnicka D, Gottwald L, Piekarski J.** Comparison of FIGO 1989 and 2009 recommendations on staging of endometrial carcinoma: pathologic analysis and cervical status in 123 consecutive cases. *Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol.* 2011;30(4): 328-334. doi:10.1097/PGP.0b013e3182069c30
6. **Haltia UM, Bützow R, Leminen A, Loukovaara M.** FIGO 1988 versus 2009 staging for endometrial carcinoma: a comparative study on prediction of survival and stage distribution according to histologic subtype. *J Gynecol Oncol.* 2014;25(1):30. doi:10.3802/jgo.2014.25.1.30
7. **Lewin SN.** Revised FIGO staging system for endometrial cancer. *Clin Obstet Gynecol.* 2011; 54(2): 215-218. doi:10.1097/GRF.0b013e3182185baa

8. **Werner HMJ, Trovik J, Marcickiewicz J, et al.** Revision of FIGO surgical staging in 2009 for endometrial cancer validates to improve risk stratification. *Gynecol Oncol.* 2012;125(1):103-108. doi:10.1016/j.ygyno.2011.11.008
9. **Gadducci A, Cosío S, Fabrini MG, Guerrieri ME, Greco C, Genazzani AR.** Analysis of failures in patients with FIGO stage IIIc1-IIIc2 endometrial cancer. *Anticancer Res.* 2012;32(1):201-205.
10. **Hutt S, Mihaies D, Karteris E, Michael A, Payne AM, Chatterjee J.** Statistical Meta-Analysis of Risk Factors for Endometrial Cancer and Development of a Risk Prediction Model Using an Artificial Neural Network Algorithm. *Cancers.* 2021;13(15):3689. doi:10.3390/cancers13153689

TỈ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM - THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ

Phạm Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Thu Hà², Trương Thị Thùy Dương³

TÓM TẮT

Sàng lọc đái tháo đường thai kỳ là yêu cầu cần thiết trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các cơ sở y tế. **Mục tiêu:** xác định tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 231 thai phụ mang thai từ tuần thứ 24 đến 28 đến khám thai tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 07/2023 - 07/2024. **Kết quả:** Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ là 35,9%. Tuổi thai phụ, tiền sử viêm âm đạo, hình thức thụ thai, tiền sử gia đình, trọng lượng tăng đến hết quý 2, tình trạng đa ối, Glucose niệu (+) là các yếu tố liên quan đến tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ. **Kết luận:** Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ khá cao. Khi thăm khám, quản lý thai nghén cần tuyên truyền về nguy cơ mắc bệnh, thời điểm và cách thức sàng lọc đái tháo đường thai kỳ, chế độ ăn uống hợp lý và cách dự phòng bệnh cho các thai phụ. **Từ khóa:** đái tháo đường thai kỳ, yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ.

SUMMARY

PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES AND SOME FACTORS RELATED TO GESTATIONAL DIABETES AT VIETNAM - SWEDEN UONG BI HOSPITAL

Screening for gestational diabetes is an essential requirement in reproductive health care in medical facilities. **Objective:** To determine the rate of gestational diabetes and some factors related to gestational diabetes at Vietnam-Sweden Uong Bi Hospital. **Method:** a cross-sectional descriptive study of 231 pregnant women from the 24th to 28th week of pregnancy who came for prenatal check-ups at

Vietnam - Sweden Uong Bi Hospital, Quang Ninh from July 2023 to July 2024. **Results:** The prevalence of gestational diabetes is 35.9%. Maternal age, history of vaginitis, method of conception, family history, weight gain until the end of the second trimester, polyhydramnios, and positive glucose in urine are factors related to the rate of gestational diabetes. **Conclusion:** The rate of gestational diabetes is quite high. When examining and managing pregnancy, it is necessary to propagate the risk of disease, the time and method of screening for gestational diabetes, reasonable diet, and disease prevention for pregnant women. **Keywords:** gestational diabetes, factors related to gestational diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là quốc gia Đông Nam Á đang phát triển và có tỷ lệ đái tháo đường tít 2 ngày càng tăng. Năm 2021, tỉ lệ đái tháo đường ở người trưởng thành là 7,1% [1]. Cùng với bệnh đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) cũng ngày càng tăng do tuổi sinh đẻ tăng, phụ nữ ngày càng thừa cân, béo phì và ít vận động. Khoảng 50% phụ nữ mắc ĐTĐTK sẽ tiến triển thành ĐTĐ tít 2 trong vòng 5-10 năm sau sinh và chỉ có 31,1% được chẩn đoán. Trong số bệnh nhân được chẩn đoán, chỉ có 28,9% được điều trị [1]. Do vậy sàng lọc ĐTĐTK là một công tác thường quy trong chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các cơ sở y tế.

Tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh hàng năm có hàng trăm phụ nữ có thai mới được quản lý thai nghén, trong đó tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ ngày càng phổ biến hơn trong các thai phụ đến thăm khám. Tuy nhiên đến nay, chưa có nghiên cứu nào về tình trạng đái tháo đường thai kỳ ở các sản phụ đến khám và điều trị tại bệnh viện. Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu sau: *Xác định tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí.*

¹Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

³Trường đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hiền

Email: bshienub@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024