

hống kê với $\chi^2 = 12,5$ và $p = 0,000 < 0,001$

- Mắt có tiền sử chấn thương và phẫu thuật mắt làm tăng tỉ lệ mắc bệnh VM-DK.

- Tỉ lệ người mắc bệnh glôcôm chung là 0,5%, chủ yếu tập trung ở thành phần hưu trí

- Tuổi < 45 không có trường hợp nào bị glôcôm
- Tuổi > 45: có 8/352 trường hợp, tỉ lệ 2,3% bị glôcôm

V. KẾT LUẬN

- Mô hình bệnh tật về mắt của nhân dân Đà Nẵng tương tự theo mô hình các thành phố phát triển. Ghi nhận 29 bệnh mắt thường gặp. Phù hợp vpwis các NC nước ngoài.

- Tỉ lệ bệnh về mắt khá cao (32,9%), tật khúc xạ và đục TTT chiếm nhiều nhất.

- Tỉ lệ người mù 2 mắt chiếm 1,3% dân số, mù 1 mắt chiếm tỉ lệ 2,1% và người có TL thấp chiếm 10,2%. Tật khúc xạ không phụ thuộc vùng địa lý.

- Tuổi > 45; 2,3% bị glôcôm. Có mối liên quan giữa tuổi và bệnh lý võng mạc.

VI. KIẾN NGHỊ

5.1. Triển khai ngay công tác khúc xạ học đường: tập huấn chuyên môn, tuyên truyền giáo dục, khám tầm soát tật khúc xạ cho lứa tuổi học sinh định kỳ 6 tháng/lần.

5.2. Đẩy mạnh công tác tư vấn chăm sóc mắt dưới nhiều hình thức

5.3. Tiến hành các nghiên cứu tiếp theo về: bệnh ở trẻ em như bệnh võng mạc trẻ đẻ non, khám thường qui tất cả trường hợp nhi sơ sinh trước xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chi cục thống kê TP Đà Nẵng**, Dân số thành phố Đà Nẵng, tr.11 NXB Đà Nẵng, (2006)
2. **Kỷ yếu Hội nghị Phòng chống Mù lòa và Khoa học kỹ thuật ngành Nhãn khoa toàn quốc, Kiểm soát các bệnh gây mù tại TP Hồ Chí Minh**, tr. 48-52, (2006)
3. **Nguyễn Quốc Đạt**, *Kết quả nghiên cứu tình hình mù lòa do đục thể thủy tinh và đục bao sau tại tỉnh Quảng Nam- Đà Nẵng*, Kỷ yếu Hội nghị Nhãn khoa toàn quốc (1995), tr. 24-29.
4. **Hoàng Thị Phúc**, *Nhãn xét tình hình về Mắt công nhân xí nghiệp Dược phẩm Hà Nội*, Công trình nghiên cứu khoa học toàn quốc (1995), tr.202.
5. **Tôn Thị Kim Thanh, Nguyễn Chí Dũng**, *Đề án tổng thể về phòng chống mù lòa và chăm sóc mắt ở Việt Nam hướng tới mục tiêu thị giác năm 2020*, Kỷ yếu Hội nghị phòng chống Mù lòa toàn quốc, trang 1-16, 2006.
6. **Alan n. Carlson**, *What's New in Ophthalmology*, Review of Ophthalmology, p. 1-8, USA, (2004)
7. **Asia-Pacific Academy of Ophthalmology**, *Leading lights in the Asia-Pacific*, Singapore, (2006)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT NHẠY PLATIN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Văn Quảng*, Mai Thị Kim Ngân*,
Nguyễn Xuân Hậu*, Trần Thị Hậu*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư buồng trứng tái phát, nhạy platin và phân tích một số yếu tố liên quan đến đặc điểm tái phát. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu một chùm bệnh gồm 57 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị UTBMBT tái phát từ 2013 đến tháng 2/2015 tại bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình 54,4; giai đoạn III-IV 79%; UTBM tuyến thanh dịch 59,6%; thời gian tái phát trung bình sau điều trị hỗ trợ 18,3 tháng; đau bụng, chướng bụng 38,6%; nồng độ CA-125 trung bình

482,7 U/ml; vị trí tái phát gặp nhiều nhất là tiểu khung - ổ bụng 82,5%. Thời gian tái phát liên quan đến giai đoạn lúc chẩn đoán lần đầu; Nồng độ CA-125 không có mối liên quan đến số lượng và vị trí tái phát. **Kết luận:** ung thư buồng trứng hay tái phát ổ bụng, thời gian tái phát sau điều trị ban đầu sớm

Từ khóa: ung thư buồng trứng, tái phát

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF RECURRENT OVARIAN CARCINOMASENSITIVE PLATINUM AND RELATED FACTORS AT K HOSPITAL

Objets: Commenting some clinical and subclinical features of platinum - sensitive recurrent ovarian carcinoma and analyzing some factors correlating with recurrent characteristics at K hospital. **Methods:** Retrospective descriptive a beam study on 57 patients diagnosed getting platinum- - sensitive recurrent ovarian cancer at K hospital from 2013 to

* Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Quảng

Email: quanglevan72@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2017

Ngày duyệt bài: 23.01.2017

02/2016. **Results:** Average age 54.4; stage III-IV 79%; serous carcinoma 59.6%; The average time of relapse after adjuvant treatment of 18.3 months; abdominal pain, distention 38.6%; CA-125 concentrations average 482.7 U/ml; Location recurrent pelvic and abdomencavity 82.5%. The recurrent interval related with stage disease firstly; CA-125 concentration didn't collerate with the recurrent quantity and site. **Conclusions:** common ovarian cancer recurrent abdominal, time relapse after initial treatment early

Keywords: ovarian cancer, recurrence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp ở phụ nữ, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất hay gặp ở nhóm phụ nữ da trắng (châu Âu và Bắc Mỹ), tỷ lệ thấp ở các nước châu Á. Ung thư buồng trứng tái phát nhạy Platin là bệnh xuất hiện trở lại sau 6 tháng kể từ lúc hoàn thành điều trị phác đồ có platin. Vì bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn nên dù được điều trị đúng theo phác đồ, tỉ lệ tái phát của ung thư buồng trứng còn rất cao, thời gian tái phát ngắn.

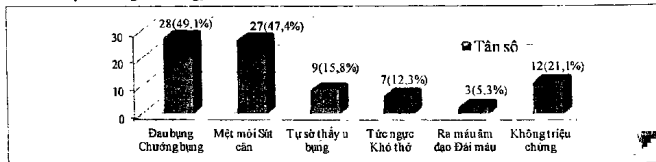
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 57 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị UTBMBT tái phát nhạy platin từ 2013 đến tháng 2/2015

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán xác định UTBMBT bằng mô bệnh học.
- Được chẩn đoán UTBMBT tái phát sau phẫu

3.2 Triệu chứng cơ năng, toàn thân



Biểu đồ 3.1: Triệu chứng cơ năng, toàn thân

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là "đau bụng-chướng bụng" chiếm 49,1%

- **Triệu chứng thực thể:** Triệu chứng gặp nhiều nhất là có dịch ổ bụng, chiếm 45,6%.

- **Đặc điểm tổn thương trên siêu âm ổ bụng:** khối u tiểu khung có tỉ lệ cao nhất là 38,6%; tiếp theo là dịch ổ bụng 29,8%. Di căn hạch và gan thấy tương ứng ở 15,8% và 8,8% bệnh nhân.

- **Đặc điểm tổn thương trên CLVT và CHT**

Bảng 3.1: Tổn thương trên CLVT và CHT

Tổn thương	Tần số	Tỷ lệ %
Tiểu khung	29	50,9
Hạch	17	29,8
Dịch ổ bụng	13	22,8

thuật triệt căn và hóa trị bước 1 có platin.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trên

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu một chùm bệnh.

- Các bước tiến hành: Lập bệnh án nghiên cứu và lấy số liệu theo các chỉ tiêu.

- Các số liệu thu thập được mã hóa trên máy vi tính và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20,0.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi BN: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 54,4±9,3. Tuổi cao nhất là 81, tuổi thấp nhất là 34. Nhóm tuổi từ 40-60 chiếm tỉ lệ cao nhất.

Giai đoạn lúc chẩn đoán ban đầu: Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu thuộc giai đoạn III, chiếm 70,2%.

Loại mô bệnh học: UTBM tuyến thanh dịch chiếm tỉ lệ cao nhất 59,6%, UTBM thể nhầy chiếm 14%, UTBM dạng NMTC chiếm 7%.

Thời gian tái phát, di căn: Thời gian tái phát, di căn trung bình 18,3±12,5 tháng, tỉ lệ BN tái phát trong vòng 12 tháng là 40,4% và tái phát trong vòng 24 tháng chiếm 80,2%. Bệnh nhân tái phát sớm nhất là 6 tháng, muộn nhất là 79 tháng.

Lí do vào viện: bệnh nhân đến viện khám định kì và chẩn đoán tái phát chiếm tỉ lệ cao nhất là 45,6%.

Gan	10	17,5
Phúc mạc	5	8,8
Phổi - MP	5	8,8

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân tái phát trong ổ bụng phát hiện qua hình ảnh như khối u tiểu khung 50,9%, dịch ổ bụng 22,8%.

Nồng độ CA-125 huyết thanh: Có 49 bệnh nhân chiếm 86% có nồng độ CA-125 tăng khi được chẩn đoán tái phát.

3.3. Đặc điểm tái phát, di căn và môi liên quan với một số yếu tố

Bảng 3.2: Vị trí tái phát

Vị trí	Tần số	Tỷ lệ (%)
TK-ổ bụng	47	82,5
Hạch	18	31,6
Gan	13	22,8
Phổi	8	14,0
Không phát hiện được	1	1,8

Nhận xét: di căn hay gặp nhất là tiểu khung-ổ bụng chiếm 82,5% gồm các vị trí: tiểu khung, phúc mạc, lách, tụy. Tái phát, di căn hạch ổ bụng, sau phúc mạc, bẹn có tỉ lệ cao là 31,6%.

- **Số vị trí tái phát, di căn:** Hơn 50% bệnh nhân khi tái phát, di căn có tổn thương từ 2 vị trí trở lên. Có 1 BN không phát hiện ra vị trí tái phát. Tỉ lệ BN có 1 vị trí tái phát là 38,6%.

3.4 Môi liên quan giữa thời gian tái phát và một số yếu tố

Với tuổi (lúc chẩn đoán ban đầu): Không có sự khác biệt về thời gian tái phát, di căn trung bình của UTBMT tính theo tuổi

- **Giai đoạn bệnh ban đầu:** Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu ở giai đoạn I có thời gian tái phát lâu nhất là $48,0 \pm 17,8$ tháng, giai đoạn II là $21,6 \pm 3,0$ tháng, giai đoạn III là $14,9 \pm 7,6$ tháng và giai đoạn IV trung bình là $11,2 \pm 3,7$ tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

- **Với loại mô bệnh học:** Sự khác biệt về thời gian tái phát, di căn trung bình giữa các thể mô bệnh học theo bảng trên không có ý nghĩa thống kê

3.5 Môi liên quan giữa đặc điểm tái phát, di căn và nồng độ CA-125

- **Số vị trí tái phát, di căn và nồng độ CA-125:** Không có sự khác biệt về tỉ lệ nồng độ CA-125 <500 U/ml giữa 2 nhóm bệnh nhân có nhiều hơn hay ít hơn 2 vị trí tái phát. Ngoài ra, giá trị tuyệt đối của nồng độ CA-125 trung bình của 2 nhóm cũng không có sự khác biệt.

- **Vị trí tái phát, di căn và nồng độ CA-125:** Tỉ lệ BN có nồng độ CA-125 ≥ 500 U/ml giữa nhóm có di căn xa và không có di căn xa không có sự khác biệt. Giá trị tuyệt đối của nồng độ CA-125 trung bình cũng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- **Tuổi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân khi được chẩn đoán UTBT tái phát là $54,4 \pm 9,3$. Kết quả này tương

đương với một số tác giả như Trần Bá Khuyển (2013) nghiên cứu trên 52 BN, tuổi trung bình là $54,5 \pm 9,8$ [1],[2]. Tác giả Donovan HS Đại học Pittsburg Mỹ ghi nhận trên 60 BN thấy tuổi trung bình là $56,5 \pm 9,2$ [3].

- **Giai đoạn lúc chẩn đoán ban đầu:** Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán ban đầu thuộc giai đoạn III, chiếm 70,2%. Trong số này BN thuộc giai đoạn IIIc lại chiếm tỉ lệ cao nhất. BN được chẩn đoán lần đầu khi bệnh đã di căn xa chiếm đến 8,8% và cũng chỉ có 8,8% được chẩn đoán khi bệnh ở giai đoạn I. Tác giả Trần Bá Khuyển (2013) nhận thấy bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu ở giai đoạn III chiếm 59,6%, giai đoạn II có tỷ lệ 21,2% [2]. Theo nghiên cứu của nhóm tác giả AmateP, Huchon C, Dessapt AL(2013) tại Pháp ghi nhận: giai đoạn I, IIa có tỷ lệ 20%; giai đoạn IIB đến giai đoạn IV chiếm 62,1% và 17,9% không xác định được giai đoạn [4].

- **Thể mô bệnh học:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTBM tuyến thanh dịch chiếm tỉ lệ cao nhất 59,6%, UTBM thể nhày chiếm 14%, UTBM dạng NMTC chiếm 7%. Ngoài ra, các thể khác xuất hiện trong mẫu nghiên cứu chiếm 19,4% gồm: U Brenner, UTBM kém biệt hóa, UTBM tế bào vảy,...

- **Thời gian tái phát, di căn:** Thời gian tái phát được tính từ thời điểm kết thúc điều trị bước 1 đến thời điểm xác định có triệu chứng tái phát. Chúng tôi nghiên cứu trên 57 BN thấy thời gian tái phát trung bình là $18,3 \pm 12,5$ tháng, tỉ lệ BN tái phát trong vòng 12 tháng là 40,4% và tái phát trong vòng 24 tháng chiếm 80,2%. Bệnh nhân tái phát sớm nhất là 6 tháng, muộn nhất là 79 tháng. Tác giả Trần Bá Khuyển (2013) thấy

hời gian tái phát, di căn trung bình là 16,4±9,6 tháng (6-46) [2]. Nghiên cứu của Ferrandina G nghiên cứu trên 175 bệnh nhân tại Italia cho thấy tái phát, di căn là 31 tháng (9-150 tháng) [5]. Từ các kết quả trên, chúng tôi cho rằng cần có kế hoạch theo dõi BN UTBT rất kĩ đặc biệt là 1-2 năm đầu sau khi kết thúc điều trị bước 1.

- **Lý do bệnh nhân vào viện:** Với các bệnh nhân đến viện vì có triệu chứng cơ năng thì "đau bụng - chướng bụng" là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm 38,6% trong tổng số BN được chẩn đoán. Tác giả nước ngoài Menczer J (2006) nghiên cứu 69 BN ở Israel chỉ có 4,6% bệnh nhân được phát hiện tái phát bằng lâm sàng [6].

- **Triệu chứng cơ năng, toàn thân:** Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là "đau bụng-chướng bụng" chiếm 49,1%, theo sau là "mệt mỏi, sút cân" chiếm tỷ lệ 47,4%; Một bệnh nhân có thể có một hoặc nhiều triệu chứng. Số bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng chiếm 21,1%. Ngoài ra, bệnh nhân có thể xuất hiện các triệu chứng cơ năng khác như: ra máu âm đạo, đái máu, tức ngực - khó thở. So sánh với nghiên cứu của nước ngoài, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt trong kết quả. Tác giả Sun HD(2012) theo dõi 167 bệnh nhân tái phát, triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng chỉ chiếm 28,5%[7], tỷ lệ thấp chứng tỏ bệnh nhân được quản lý và theo dõi tốt và chẩn đoán sớm tái phát khi chưa có triệu chứng.

- **Triệu chứng thực thể:** Một số triệu chứng có thể phát hiện qua thăm khám là: cổ chướng, sờ thấy u ở bụng, thăm âm đạo, trực tràng thấy u hoặc nổi hạch ngoại biên. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả như sau: nhiều nhất là dịch ổ bụng chiếm 45,6%, sờ thấy u ở bụng chiếm 15,8%, thăm âm đạo, trực tràng thấy u chiếm 14%, chỉ có 1 bệnh nhân được sờ thấy hạch ngoại biên chiếm 2,1%. Tỷ lệ bệnh nhân không phát hiện triệu chứng thực thể khá cao không 45,6%.

4.2 Cận lâm sàng

- **Chẩn đoán hình ảnh:** Trong nghiên cứu của chúng tôi: siêu âm ổ bụng quan sát thấy khối u tiểu khung có tỉ lệ cao nhất là 38,6%, tiếp theo là dịch ổ bụng 29,8%. Di căn hạch và gan thấy tương ứng ở 15,8% và 8,8% bệnh nhân. Di căn phúc mạc quan sát thấy ít nhất và tỉ lệ là 5,3%. Ngoài ra, trên siêu âm còn thấy di căn UTBT về các tạng khác như lách, ống mật nhưng rất hiếm gặp. Trên CLVT và CHT ổ bụng thấy khối u tiểu khung 50,9%; dịch ổ bụng 22,8%;

hạch to chiếm 29,8% (mạch treo, ổ bụng, sai phúc mạc); di căn gan 17,5% và tổn thương phúc mạc thấy ở 8,8% BN. CT lồng ngực có quan sát thấy tổn thương di căn phổi ở 8,8% BN. Độ nhạy của siêu âm và CT ổ bụng chẩn đoán u tiểu khung lần lượt là 64,7% và 85,3%.

- **Nồng độ CA-125:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi chẩn đoán tái phát, di căn thấy ở 86% số BN có nồng độ CA-125 tăng (>35U/ml khi được chẩn đoán và giá trị trung bình là 482,7±693,8 U/ml, giá trị nhỏ nhất là 3,6 U/ml và cao nhất là 3521 U/ml. Nghiên cứu trên 9; bệnh nhân tái phát, Ayhan.B (2005) thấy nồng độ CA-125 trung bình là 251,7U/mL.

4.3 Đặc điểm tái phát, di căn và mối liên quan với một số yếu tố

- **Vị trí và số vị trí tái phát, di căn:** Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy: tổn thương tái phát hay gặp nhất là tiểu khung ổ bụng chiếm 82,5%. Di căn hạch ổ bụng, sai phúc mạc, bẹn có tỉ lệ cao là 31,6%. Di căn gan và phổi lần lượt là 22,8% và 14%. Số BN tái phát từ 2 vị trí trở lên chiếm 59,6%. Có 1 BN không phát hiện ra vị trí tái phát. Tỷ lệ BN có 1 vị trí tái phát là 38,6%. Kết quả này phù hợp với vị trí giải phẫu buồng trứng và tử cung kết quả này có thể thấy rất nhiều bệnh nhân khi được chẩn đoán thì tổn thương tái phát đã lan tràn, xâm lấn ra nhiều cơ quan trong cơ thể.

- **Liên quan giữa thời gian tái phát, di căn và một số yếu tố:** Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy: nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu ở giai đoạn I có thời gian tái phát lâu nhất là 48,0±17,8 tháng, giai đoạn II là 21,6±3,0 tháng, giai đoạn III là 14,9±7,6 tháng và giai đoạn IV trung bình là 11,2±3,7 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,000$). Vì BN giai đoạn IV, bệnh nhân thường phải tiến hành điều trị lần 2 ngay trong năm đầu tiên. Vì bệnh nhân giai đoạn II, III thường tái phát trong 2 năm đầu. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh giai đoạn I có tiên lượng tốt nhất, thường tái phát trong năm thứ 3,4 sau điều trị. Như vậy, có thể nói rằng: thời gian tái phát càng ngắn khi bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn càng muộn.

- **Với tuổi (lúc chẩn đoán ban đầu):** Tuổi yếu tố nguy cơ cũng là yếu tố tiên lượng đối với UTBT. Chúng tôi chia bệnh nhân thành 5 nhóm tuổi: <45, 45-49, 50-54, 55-59 và ≥60 và tiến hành so sánh thời gian tái phát trung bình giữa các nhóm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi thấy sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê. Cụ thể thời gian tái phát của

hóm theo thứ tự là: $15,6 \pm 5,7$; $16,6 \pm 9,6$; $16,7 \pm 8,7$; $25,2 \pm 26,6$ và $20,6 \pm 13,9$ (tháng).

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả như sau: thời gian tái phát trung bình với UTBM uyển nang nhú thành dịch là $18,1 \pm 14,0$ tháng; với UTBM thể nhầy là $19,5 \pm 11,4$ tháng; các thể hác là $18,0 \pm 9,9$ (tháng). So sánh các kết quả, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về thời gian tái phát trung bình của UTBM/T tính theo nôm bệnh học. Tác giả Liu S (2003) nghiên cứu trên 106 BN thấy nguy cơ tái phát thấp hơn ở nhóm BN thể nhầy. Kết quả của chúng tôi chưa cho thấy sự khác biệt có thể do cỡ mẫu còn nhỏ và bị ảnh hưởng bởi các yếu tố nguy cơ khác đặc biệt là giai đoạn bệnh.

- Mối liên quan giữa đặc điểm tái phát, tỉ căn và nồng độ CA-125

Nồng độ CA-125 huyết thanh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $482,7 \pm 693,8$ do đó chúng tôi lấy giá trị 500 U/ml để làm mốc định tính nồng độ CA-125 đồng thời tiến hành định lượng nồng độ CA-125 trung bình theo các nhóm về vị trí và số vị trí tái phát, tỉ căn.

Về vị trí tái phát, chúng tôi chia thành 2 nhóm để so sánh là ≥ 2 và < 2 vị trí tái phát, tỉ căn. Qua tính toán, so sánh nhận thấy không có sự khác biệt về định tính và định lượng nồng độ CA-125 với vị trí tái phát, tỉ căn (tương ứng $\chi^2=0,685$ và $p=0,483$). Về số vị trí tái phát, tỉ căn chia thành 2 nhóm có và không có tỉ căn xa (gan, lách, phổi) chúng tôi cũng không tìm thấy sự khác biệt về nồng độ CA-125 cả về định tính và định lượng ($p=0,323$ và $0,334$).

V. KẾT LUẬN

UTBT là bệnh có tiên lượng xấu, hầu hết các bệnh nhân được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, thời gian tái phát ngắn, hầu hết trong vòng 2 năm đầu sau điều trị. Khi bệnh tái phát, có thể phát hiện sớm dựa trên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và sự tăng lên của CA-125. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng có liên quan mật thiết đến thời gian tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel R, Ma J, Zou Z, et al (2014) Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*, 64, 9-29
2. Trần Bá Khuyến (2013), *Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư buồng trứng tái phát, tỉ căn bằng Pegylated Liposomal Doxorubicin*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại Học Y Hà Nội
3. Donovan HS, Ward SE, Sereika SM (2013), *Web-Based Symptom Management for Women With Recurrent Ovarian Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial of the Writing Symptoms Intervention*, 318-327
4. Amate P, Huchon C, Dessapt AL (2013), *Ovarian cancer: sites of recurrence*, *Int J Gynecol Cancer*, 23, 1590-1596
5. Petrillo M, Ferrandina G (2013), *Timing and pattern of recurrence in ovarian cancer patients with high tumor dissemination treated with primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy*, 3955-3960
6. Menczer J, Chebit A, Szaletski S (2006), *Follow-up of ovarian and primary peritoneal carcinoma: the value of physical examination in patients with pretreatment elevated CA-125 level*, 137-140
1. Sun HD, Lin H, Jao MS, Wang KL (2012), *A long-term follow-up study of 176 cases with adult-type Recurrent Ovarian Cancer*, 244-249.

CÁC BƯỚC PHẢI LÀM VÀ TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ CONG VEỌ DƯƠNG VẬT

Trần Văn Hình*, Nguyễn Phương Hồng**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bên cạnh thành công, các phẫu thuật sửa chữa con ọ dương vật (CVDV) còn để lại những biến chứng đáng phải suy nghĩ, như ngắn tương vật, rối loạn cương dương (RLCD), vẫn còn

CVDV... Mục đích của bài viết là mô tả các phương pháp phẫu thuật, nêu lên các bước phải làm và các tiêu chuẩn lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp để nâng cao kết quả điều trị. **Phương pháp:** Tham khảo sách và các công trình nghiên cứu trên thế giới, liên quan đến CVDV, được công bố trong thời gian gần đây. **Kết quả:** CVDV gồm 2 thể bệnh: bẩm sinh và mắc phải. Hỏi tiền sử, bệnh sử và khám bệnh để xác định vị trí, chiều hướng, mức độ, thể bệnh và ảnh hưởng của CVDV đối với bệnh nhân và vợ bệnh nhân. Chụp cộng hưởng từ và siêu âm màu dương vật để biết vị trí, kích thước, tính chất của màng tổn thương và bản chất của RLCD tỉ kèm (trong một số trường hợp). Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc

*Hoc viện Quân Y

**Phòng Khám Đa khoa Áu Việt

Trịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hình

email: hinhhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2016

Ngày phân biện khoa học: 2.01.2017

Ngày duyệt bài: 9.01.2017