

PREOPERATIVE BENIGN OVARIAN TUMORS DIAGNOSED AS MALIGNANT OR BORDERLINE AFTER SURGERY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Nguyen Manh Tri, Hoang Dang Thong*

Bac Thang Long Hospital - Group 18, Thu Lam commune, Hanoi, Vietnam

Received: 18/11/2025

Revised: 05/12/2025; Accepted: 20/01/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of ovarian tumors diagnosed as benign preoperatively but confirmed malignant or borderline after surgery at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Method: This descriptive case series included 86 patients who underwent surgery between January 2020 and December 2024.

Results: Among 5233 patients preoperatively diagnosed with benign ovarian tumors, 86 patients (1.6%) were malignant or borderline on postoperative pathology. Most were of reproductive age. The leading symptom was abdominal pain (54.7%), followed by menstrual and urinary disorders. On examination, 87.2% had unilateral tumors, 53.5% with ill-defined margins, 72.1% immobile, and 48.8% painful on palpation. Intraoperatively, 5.8% showed papillary growth with neovascularization, 26.7% adhesions, 3.5% rupture, 12.8% ascites, and 22.1% at least one suspicious malignant feature. Imaging findings showed that 46.5% were classified as O-RADS 4-5. Elevated CA-125 occurred in 52.3%, and 40.7% had a high-risk ROMA score.

Conclusion: Ovarian tumors misclassified as benign preoperatively but confirmed malignant or borderline postoperatively often presented with clinical symptoms, were mainly O-RADS 4-5, and nearly half had high-risk ROMA scores. The intraoperative detection rate of malignant features remained low.

Keywords: Ovarian tumor, benign, borderline, malignant.

*Corresponding author

Email: drdangthong6487@gmail.com **Phone:** (+84) 978979500 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4233**



ĐẶC ĐIỂM U BUỒNG TRỨNG CHẨN ĐOÁN TRƯỚC MỔ LÀNH TÍNH, SAU MỔ ÁC TÍNH HOẶC GIÁP BIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Mạnh Trí, Hoàng Đăng Thông*

Bệnh viện Bắc Thăng Long - Tổ 18, xã Thu Lâm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 05/12/2025; Ngày duyệt đăng: 20/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân u buồng trứng chẩn đoán trước mổ lành tính, sau mổ ác tính hoặc giáp biên tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Đối tượng nghiên cứu: 86 trường hợp u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2024.

Phương pháp nghiên cứu: Quan sát mô tả loạt ca bệnh.

Kết quả: Trong 5233 trường hợp chẩn đoán trước mổ lành tính, có 86 bệnh nhân (1,6%) được xác định ác tính hoặc giáp biên sau mổ. Phần lớn ở độ tuổi sinh sản. Triệu chứng thường gặp: đau bụng (54,7%), rối loạn kinh nguyệt, rối loạn tiểu tiện. Khám lâm sàng ghi nhận 87,2% u một bên, 53,5% bờ không rõ, 72,1% không di động, 48,8% đau khi khám. Trong mổ: 5,8% có sần sùi, tăng sinh mạch; 26,7% dính; 3,5% vỡ u; 12,8% có dịch ổ bụng; 22,1% có ít nhất một dấu hiệu nghi ngờ ác tính. Hình ảnh học cho thấy 46,5% thuộc O-RADS 4-5. CA-125 tăng ở 52,3% và thang điểm ROMA nguy cơ cao ở 40,7% bệnh nhân.

Kết luận: U buồng trứng trước mổ lành tính, sau mổ ác tính hoặc giáp biên thường xuất hiện triệu chứng lâm sàng với phân độ ORADS 4-5, gần một nửa có thang điểm ROMA nguy cơ cao, tỷ lệ xuất hiện yếu tố ác tính trong mổ thấp.

Từ khóa: U buồng trứng, lành tính, giáp biên, ác tính.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là một trong những khối u thường gặp của hệ sinh dục nữ. Phần lớn u buồng trứng (UBT) trong thời kỳ sinh đẻ là lành tính, ngược lại UBT trong thời kỳ mãn kinh thường có xu hướng ác tính. Phân biệt UBT lành tính và ác tính trước phẫu thuật ảnh hưởng tới phương pháp điều trị và tiên lượng. Thực tế ghi nhận có một số trường hợp được chẩn đoán trước phẫu thuật là UBT lành tính, nhưng sau phẫu thuật lại được ghi nhận là ác tính [1] some tumors diagnosed preoperatively as benign may be proven to be malignant by postoperative studies. The standard approach for the removal of a malignant ovarian tumor in our hospital is via laparotomy; however, there is no referential prognostic data on malignancies that are excised laparoscopically. To evaluate clinical and histological factors and prognosis, this study retrospectively reviewed patients who underwent surgery in our hospital, based on a preoperative diagnosis of benignancy, but later postoperative testing proved their tumors to be borderline or malignant. Participants and methods The study group comprised 1322 women who underwent a laparoscopic procedure in our hospital on the basis of a preoperative diagnosis of a benign

ovarian tumor. The procedures were performed between 1995 and 2011. The rate of borderline and malignant cases, histology, and postoperative treatment were investigated. Results Of the 1322 patients, 15 (1.1%). Trên nhóm bệnh nhân này, việc không đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật ung thư có thể là nguyên nhân làm tăng giai đoạn, dẫn đến điều trị bổ trợ sau mổ và tiên lượng xấu hơn cho người bệnh. Hiện tại, có rất ít nghiên cứu phân tích các yếu tố dẫn đến việc không nhận định được dấu hiệu ác tính của khối UBT trước mổ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân UBT trước mổ chẩn đoán lành tính, sau mổ là ác tính hoặc giáp biên tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: UBT chẩn đoán trước mổ lành tính, phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 1/1/2020 đến 31/12/2024, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là tổn thương UBT ác tính hoặc giáp biên và có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

*Tác giả liên hệ

Email: drdangthong6487@gmail.com Điện thoại: (+84) 978979500 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4233>

- Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp không đủ tiêu chuẩn nêu trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp quan sát mô tả loạt ca bệnh. Lấy mẫu thuận tiện tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 1/1/2020 đến 31/12/2024.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Giải phẫu bệnh: UBT ác tính hoặc giáp biên.
- Triệu chứng cơ năng: đau bụng, đau tức hạ vị; tự sờ thấy khối u hoặc bụng to lên; rối loạn kinh nguyệt; rối loạn đại, tiểu tiện.
- Triệu chứng thực thể của u: vị trí (một bên hay hai bên); ranh giới (rõ, không rõ); tính chất di động (dễ, hạn chế, không di động); tình trạng đau khi thăm khám.
- Dấu hiệu trong mổ: bề mặt u (nhẵn, sần sùi tăng sinh mạch); dính u; vỡ u; dịch ổ bụng.
- Phân loại O-RADS: từ 0 đến 5.
- Giá trị thực của CA-125, HE4.
- Thang điểm chỉ số nguy cơ ác tính của UBT (risk of ovarian malignancy algorithm - ROMA) [2]: phụ nữ chưa mãn kinh, nếu ROMA $\geq 11,4\%$ là nguy cơ ác tính cao; phụ nữ sau mãn kinh, nếu ROMA $\geq 29,9\%$ là nguy cơ ác tính cao.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Từ hồ sơ bệnh án và gọi điện phỏng vấn dựa vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Phân tích số liệu với sự hỗ trợ của phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến định tính được tính theo tỉ lệ phần trăm và kiểm định Chi bình phương (Pearson), phép kiểm chính xác Fisher's để tìm khác biệt. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng chấm đề cương nghiên cứu Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 5 năm (1/1/2020-31/12/2024), Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội phẫu thuật cho 5233 trường hợp chẩn đoán trước mổ là UBT lành tính, trong đó có 43 trường hợp (1,64%) được chẩn đoán sau mổ là UBT giáp biên và 43 trường hợp (1,64%) là UBT ác tính.

Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	UBT giáp biên (n = 43)	UBT ác tính (n = 43)	Tổng (n = 86)
< 18 tuổi	1 (2,3%)	1 (2,3%)	2 (2,3%)
18-49 tuổi	36 (83,7%)	30 (69,8%)	66 (76,7%)
≥ 50 tuổi	6 (14%)	12 (27,9%)	18 (20,9%)
Tuổi trung bình	36,28 $\pm$ 13,67	43,44 $\pm$ 16,72	39,86 $\pm$ 15,6

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 39,86 $\pm$ 15,6, trong đó nhóm UBT giáp biên là 36,28 $\pm$ 13,67 và nhóm

UBT ác tính là 43,44 $\pm$ 16,72. Có 76,7% đối tượng nghiên cứu thuộc độ tuổi từ 18-49.

Bảng 2. Phân bố triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	UBT giáp biên (n = 43)	UBT ác tính (n = 43)	Tổng (n = 86)
Đau bụng	27 (62,8%)	20 (46,5%)	47 (54,7%)
Rối loạn kinh nguyệt	8 (18,6%)	8 (18,6%)	16 (18,6%)
Rối loạn đại, tiểu tiện	1 (2,3%)	2 (4,7%)	3 (3,5%)
Tự sờ thấy u	3 (7,0%)	2 (4,7%)	5 (5,8%)
Triệu chứng khác	7 (16,3%)	3 (7,0%)	10 (11,6%)
Nhiều triệu chứng	11 (25,6%)	14 (32,6%)	25 (29,1%)
Không triệu chứng	27 (62,8%)	20 (46,5%)	47 (54,7%)

Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất là đau bụng, chiếm 54,7%, đặc điểm này xuất hiện ở nhóm UBT giáp biên là 62,8%, ở nhóm UBT ác tính là 46,5%; tiếp theo là rối loạn kinh nguyệt (18,6%) và tự sờ thấy khối u (5,8%). Có 29,1% bệnh nhân xuất hiện từ hai triệu chứng trở lên.

Bảng 3. Phân độ ORADS

ORADS	UBT giáp biên (n = 43)	UBT ác tính (n = 43)	Tổng (n = 86)
2	4 (9,3%)	6 (14%)	10 (11,6%)
3	19 (44,2%)	17 (39,5%)	36 (41,9%)
4	17 (39,5%)	17 (39,5%)	34 (39,5%)
5	3 (7,0%)	3 (7,0%)	6 (7,0%)

46,5% đối tượng nghiên cứu có phân loại ORADS 4 và 5 trên siêu âm, xuất hiện với tỷ lệ như nhau giữa hai nhóm. 11,6% đối tượng nghiên cứu có phân loại ORADS 2.

Bảng 4. Chỉ điểm u

Xét nghiệm		UBT giáp biên (n = 43)	UBT ác tính (n = 43)	Tổng (n = 86)
CA-125	Dương tính	23 (53,5%)	22 (51,2%)	45 (52,3%)
	Âm tính	19 (44,2%)	16 (37,2%)	35 (40,7%)
	Không làm	1 (2,3%)	5 (11,6%)	6 (7,0%)
ROMA	Nguy cơ thấp	27 (62,8%)	18 (41,9%)	45 (52,3%)
	Nguy cơ cao	15 (34,9%)	20 (46,5%)	35 (40,7%)
	Không làm	1 (2,3%)	5 (11,6%)	6 (7,0%)

52,3% đối tượng nghiên cứu có CA-125 dương tính, đặc điểm này xuất hiện ở nhóm UBT giáp biên là 53,5%, ở nhóm UBT ác tính là 51,2%. 40,7% bệnh nhân có điểm ROMA thuộc nhóm nguy cơ cao, đặc điểm này xuất hiện 34,9% ở nhóm UBT giáp biên, 46,5% ở nhóm UBT ác tính. Một tỷ lệ nhỏ (7%) không làm xét nghiệm CA-125.

Bảng 5. Phân bố triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể		UBT giáp biên (n = 43)	UBT ác tính (n = 43)	Tổng (n = 86)	p
Phân bố	1 bên	36 (83,6%)	39 (90,7%)	75 (87,2%)	0,52
	2 bên	7 (16,3%)	4 (9,3%)	11 (12,8%)	
Ranh giới	Rõ	20 (46,5%)	20 (46,5%)	40 (46,5%)	1,00
	Không rõ	23 (53,5%)	23 (53,5%)	56 (53,5%)	
Di động	Có	9 (20,9%)	15 (34,9%)	24 (27,9%)	0,149
	Không	34 (79,1%)	28 (65,1%)	62 (72,1%)	
Đau khi khám	Có	25 (58,1%)	17 (39,5%)	42 (48,8%)	0,084
	Không	18 (41,9%)	26 (60,5%)	44 (51,2%)	

12,8% đối tượng nghiên cứu có UBT hai bên, chiếm 16,3% ở nhóm UBT giáp biên và 9,3% ở nhóm UBT ác tính; 53,5% có khối u ranh giới không rõ; 72,1% đối tượng nghiên cứu có khối u dính và không di động, trong đó chiếm 79,1% ở nhóm UBT giáp biên và 65,1% ở nhóm UBT ác tính. Khoảng 48,8% bệnh nhân đau khi khám lâm sàng. Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố u, ranh giới, tính di động hay đau giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 6. Phân bố nhận định lâm sàng trong mổ

Triệu chứng thực thể		UBT giáp biên (n = 43)	UBT ác tính (n = 43)	Tổng (n = 86)	p
Bề mặt u	Nhẵn	40 (93,0%)	41 (95,3%)	81 (94,2%)	1,00
	Sần sùi, tăng sinh mạch	3 (7,0%)	2 (4,7%)	5 (5,8%)	
Dính	Có	12 (27,9%)	11 (25,6%)	23 (26,7%)	0,808
	Không	31 (72,1%)	32 (74,4%)	63 (73,3%)	
Vỡ u	Có	3 (7,0%)	0	3 (3,5%)	0,241
	Không	40 (93,0%)	43 (100%)	83 (96,5%)	
Dịch ổ bụng	Có	9 (20,9%)	2 (4,7%)	11 (12,8%)	0,024
	Không	34 (79,1%)	41 (95,3%)	75 (87,2%)	
Tính chất u nghi ngờ ác tính	Có	9 (20,9%)	10 (23,3%)	19 (22,1%)	0,795
	Không	34 (79,1%)	33 (76,7%)	67 (77,9%)	

5,8% đối tượng nghiên cứu có bề mặt khối u sần sùi, tăng sinh mạch máu; 26,7% ghi nhận dính u khi mổ, chiếm 27,9% ở nhóm UBT giáp biên và 25,6% ở nhóm UBT ác

tính. Vỡ u hiếm gặp, chiếm 7% ở nhóm UBT giáp biên và không ghi nhận ở nhóm UBT ác tính. Dịch ổ bụng xuất hiện ở 12,8% đối tượng nghiên cứu, chiếm 20,9% ở nhóm UBT giáp biên và 4,7% ở nhóm UBT ác tính. 22,1% đối tượng nghiên cứu có ít nhất một đặc điểm nghi ngờ ác tính, chiếm 20,9% ở nhóm UBT giáp biên và 23,3% ở nhóm UBT ác tính. Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về vỡ u, dính u hay bề mặt u sần sùi giữa hai nhóm ($p > 0,05$), nhưng tỷ lệ dịch ổ bụng khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,049$).

4. BÀN LUẬN

Trong 5 năm tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, đã phẫu thuật cho 5233 trường hợp chẩn đoán trước mổ là UBT lành tính, tỷ lệ chẩn đoán UBT giáp biên hoặc ác tính sau mổ chiếm 1,6%, cho thấy ở đây chủ yếu thực hiện mổ các ca UBT lành tính, tỷ lệ chẩn đoán UBT ác tính trước mổ cũng như UBT giáp biên và UBT ác tính sau mổ rất thấp, xấp xỉ 1-2%.

Đa số đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này thuộc độ tuổi sinh đẻ (76,7%), nghiên cứu của Kotani Y và cộng sự trên 1322 phụ nữ cho kết quả: nhóm UBT giáp biên sau mổ (15 bệnh nhân) có tuổi trung bình là $38,3 \pm 13,3$ và trong nhóm UBT ác tính sau mổ là $33,8 \pm 10,1$ tuổi, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [1].

Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất trong nghiên cứu này là đau bụng (54,7%), tiếp theo là rối loạn kinh nguyệt và tự sờ thấy khối u. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự cho kết quả tương tự chúng tôi với triệu chứng đau bụng hay gặp nhất (50% trong nhóm UBT lành tính và 67,9% trong nhóm UBT ác tính), tiếp theo là chướng bụng và rối loạn kinh nguyệt [3]. Như vậy UBT ác tính hoặc giáp biên thường có biểu hiện triệu chứng tại chỗ.

Khi đánh giá triệu chứng thực thể, 87,2% đối tượng nghiên cứu có u một bên, 72,1% có u dính hoặc không di động; mặt khác, xấp xỉ một nửa đối tượng nghiên cứu có ranh giới u không rõ, đau khi thăm khám lâm sàng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Quang Vinh và cộng sự trên 365 phụ nữ được phẫu thuật UBT tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định, với 93,7% bệnh nhân UBT một bên [4]. Nghiên cứu của Tạ Thị Thúy Hằng và cộng sự trên 384 bệnh nhân UBT cho thấy bờ u không đều xuất hiện trên 21 bệnh nhân, với tỷ lệ xuất hiện trên nhóm UBT giáp biên là 66,67% và nhóm UBT ác tính là 55,56%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga và cộng sự cho tỷ lệ u kém và không di động là 44,7%, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [6]. Một nghiên cứu khác của Trần Thị Thu Hường và cộng sự trên 147 bệnh nhân UBT cho thấy tỷ lệ đau khi khám chiếm 76,9%, cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi [7]. Tuy nhiên không có sự khác biệt về phân bố các triệu chứng cơ năng giữa hai nhóm UBT giáp biên và UBT ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi.

Khi đánh giá dấu hiệu ác tính trong mổ, có 5,8% đối tượng nghiên cứu có u sần sùi, tăng sinh mạch; 26,7% có u dính; 3,5% xuất hiện vỡ u; 12,8% có dịch ổ bụng; 22,1% có ít nhất một dấu hiệu nghi ngờ ác tính. Nghiên cứu của Tạ Thị Thúy Hằng và cộng sự trong nhóm UBT giáp biên và UBT ác tính, tỷ lệ xuất hiện tăng sinh mạch là 100%, tỷ lệ xuất hiện ≥ 4 nhú trong u là 66,67% ở nhóm UBT giáp biên và 22,22% ở nhóm UBT ác tính, cao hơn kết quả của chúng tôi [5]. Một nghiên cứu khác của Kotani Y và cộng sự cho thấy

trên các bệnh nhân được chẩn đoán UBT lành tính trước mổ, UBT ác tính (4 bệnh nhân) hoặc giáp biên sau mổ (15 bệnh nhân), tỷ lệ vỡ u khá phổ biến, lần lượt là 66,6% trong nhóm UBT giáp biên và 75% bệnh nhân trong nhóm UBT ác tính, các tác giả cũng chứng tỏ sự vỡ u trong phẫu thuật dẫn đến nguy cơ tăng giai đoạn, làm tăng tỷ lệ điều trị bổ trợ sau mổ [1]. Nghiên cứu của của Tạ Thị Thúy Hằng và cộng sự cho kết quả: chỉ có 1 bệnh nhân UBT ác tính xuất hiện dịch ổ bụng, và không có bệnh nhân UBT giáp biên nào xuất hiện dịch ổ bụng [5], phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Do vậy, tỷ lệ xuất hiện triệu chứng nghi ngờ ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp, phù hợp với UBT giáp biên hoặc ác tính giai đoạn sớm, tuy nhiên không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về vỡ u, dính u hay bề mặt u sần sùi giữa hai nhóm ($p > 0,05$), nhưng tỷ lệ phát hiện dịch ổ bụng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,049$).

Khi đánh giá phân độ ORADS, 46,5% đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm ORADS 4-5. Nghiên cứu của Tạ Thị Thúy Hằng và cộng sự lại cho kết quả khác biệt, đa số hình ảnh siêu âm thuộc phân loại O-RADS 2 với 66,92%, tiếp đến là phân loại O-RADS 3 chiếm 23,7% [5], điều này có thể giải thích do tác giả lựa chọn chủ yếu các trường hợp lành tính, nên tỉ lệ bệnh nhân ORADS cao thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Khi đánh giá về chỉ điểm u, trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng ngưỡng phân định CA-125 là 35 U/ml để phân biệt giữa giá trị dương tính và âm tính. Theo ngưỡng đó, 52,3% đối tượng nghiên cứu có kết quả dương tính, chiếm 53,5% ở nhóm UBT giáp biên và 51,2% ở nhóm UBT ác tính. Các nghiên cứu đơn lẻ thực hiện trên nhóm UBT ác tính hoặc UBT giáp biên cho kết quả cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Cụ thể, nghiên cứu của Zanaboni F và cộng sự trên 100 trường hợp UBT ác tính cho thấy, CA-125 dương tính ở 75,4% bệnh nhân lúc chẩn đoán và 48,8% bệnh nhân lúc theo dõi [8]; nghiên cứu của Jamdade K và cộng sự trên 69 bệnh nhân UBT giáp biên cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có CA-125 dương tính chiếm 55,07% [9].

Việc kết hợp giữa các chất chỉ điểm u đã chứng minh giá trị dự đoán UBT ác tính cao hơn so với việc sử dụng các chất chỉ điểm u đơn lẻ, trong đó thang điểm ROMA sử dụng thuật toán kép kết hợp hai chỉ số CA-125 và HE4 cùng tình trạng mãn kinh đã được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán UBT ác tính. Nghiên cứu này ghi nhận 40,7% đối tượng nghiên cứu nhóm nguy cơ cao, chiếm 34,9% ở nhóm UBT giáp biên và 46,5% ở nhóm UBT ác tính. Nghiên cứu của Phan Đức Long và cộng sự trên 209 bệnh nhân UBT, trong nhóm UBT ác tính (33 bệnh nhân) có 81,8% thuộc nhóm nguy cơ cao, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [10].

5. KẾT LUẬN

UBT được chẩn đoán là lành tính trước mổ nhưng ác tính hoặc giáp biên sau mổ được hiểu là không nhận diện được sự ác tính của khối u trước mổ. Nguyên nhân bao gồm bỏ qua các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng như đau khi thăm khám, bất thường bề mặt hoặc dịch phúc mạc, ORADS ≥ 4 , thuật toán nguy cơ buồng trứng (ROMA), hoặc thiếu xét nghiệm chỉ điểm u ở một số trường hợp.

Từ nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị: đánh giá UBT lành tính hay ác tính không chỉ dựa vào lâm sàng và siêu

âm, mà còn dựa vào các chỉ điểm trong máu. Với ORADS ≥ 3 , cần cảnh giác nguy cơ ác tính và thận trọng khi phân loại. Những trường hợp có cảnh báo nguy cơ ác tính trước mổ nên làm giải phẫu bệnh tức thì để định hướng xử trí phù hợp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Kotani Y, Umemoto M et al. Ovarian tumor cases that were preoperatively diagnosed as benign but postoperatively confirmed as borderline or malignant after laparoscopic surgery. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*, 2013, 2 (4): 122-125. <https://doi.org/10.1016/j.gmit.2013.07.002>
- [2] Moore R.G, Miller M.C et al. Evaluation of the diagnostic accuracy of the risk of ovarian malignancy algorithm in women with a pelvic mass. *Obstet Gynecol*, 2011, 118 (2 Pt 1): 280-288. doi: 10.1097/AOG.0b013e318224fce2.
- [3] Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Đức Tuấn, Vũ Văn Quý. Giá trị của xét nghiệm CA-125, HE4, chỉ số ROMA, chỉ số Copenhagen trong chẩn đoán ung thư buồng trứng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2023, 165 (4): 179-187. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v165i4.1553>
- [4] Trương Quang Vinh, Nguyễn Tuấn Minh và cộng sự. Kết quả phẫu thuật u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2025, 548 (1): 35-39. <https://doi.org/10.51298/vmj.v548i1.13275>
- [5] Tạ Thị Thúy Hằng, Lê Thị Anh Đào. Nhận xét phân loại O-RADS siêu âm trong chẩn đoán khối u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 537 (1): 182-186. <https://doi.org/10.51298/vmj.v537i1.9022>
- [6] Nguyễn Thị Nga, Nguyễn Quốc Tuấn và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2022, 149 (1): 100-107. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v149i1.443>
- [7] Trần Thị Thu Hường, Lê Trí Tiến Thành, Đào Thị Hoa, Nguyễn Tuấn Minh. Một số đặc điểm u buồng trứng lành tính được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Thanh Nhân. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2025, 548 (2): 169-173. <https://doi.org/10.51298/vmj.v548i2.13403>
- [8] Zanaboni F, Vergadoro F et al. Tumor antigen CA-125 as a marker of ovarian epithelial carcinoma. *Gynecol Oncol*, 1987, 28 (1): 61-67. doi: 10.1016/s0090-8258(87)80009-4
- [9] Jamdade K, Hashi A, Deo N. Clinical characteristics, surgical management, and outcomes of borderline ovarian tumours: A retrospective observational study from North East London. *J Clin Med*, 2025, 14 (7): 2383. doi: 10.3390/jcm14072383
- [10] Phan Đức Long, Lê Thị Anh Đào, Trương Quang Vinh. Tìm hiểu vai trò của CA-125, HE4 và ROMA test trong dự đoán ung thư buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022, 510 (1): 263-266. <https://doi.org/10.51298/vmj.v510i1.1946>