Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 262-266

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF OVARIAN TERATOMA AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Nguyen Tai Bui Dat*, Le Thi Dieu Linh, Le Thi Nhu Ngoc

Nghe An Oncology Hospital - Km 456, National Highway 1A, Vinh Hung Ward, Nghe An Province, Vietnam

Received: 03/06/2026
Revised: 25/07/2026; Accepted: 06/08/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics and evaluate the surgical outcomes of ovarian teratomas treated at Nghe An Oncology Hospital in 2025.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective analyses was conducted on 126 patients histopathologically diagnosed with ovarian teratoma who underwent surgical treatment at Nghe An Oncology Hospital.

Results: Ovarian torsion occurred in 4.8% of cases. The mean tumor size was 60.73 ± 29.56 mm (50-100 mm group accounted for 54%). Ultrasound risk stratification showed O-RADS 2 in 80.2%, O-RADS 3 in 11,9%, and O-RADS 4 in 7.9%. Histopathology revealed mature cystic teratomas in 96% and immature teratomas in 4%. Laparoscopy was the primary surgical approach (95.2%), with open surgery at 3.2% and conversion to open surgery at 2.6%. Ovary-sparing cystectomy was performed in 90.5%, salpingo-oophorectomy in 7.1%, and radical surgery in 2.4%. Postoperative complication rate was low (4%).

Conclusion: Ovarian teratomas primarily affect women of reproductive age and follow an insidious clinical course. Laparoscopic cystectomy with ovarian tissue preservation is a safe, highly effective procedure associated with few complications.

Keywords: Ovarian teratoma, laparoscopic surgery, O-RADS, Nghe An Oncology Hospital.

*Corresponding author
Email: drdat.bvub@gmail.com **Phone**: (+84) 988826712 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6172

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TERATOMA BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2025

Nguyễn Tài Bùi Đạt*, Lê Thị Diệu Linh, Lê Thị Như Ngọc

Bệnh viện Ung bướu Nghệ An - Km 456, Quốc lộ 1A, P. Vinh Hưng, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận: 03/06/2026
Ngày sửa: 25/07/2026; Ngày đăng: 06/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị teratoma buồng trứng tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 126 bệnh nhân được chẩn đoán xác định teratoma buồng trứng bằng mô bệnh học và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

Kết quả: Tỷ lệ biến chứng xoắn buồng trứng là 4,8%. Kích thước u trung bình là 60,73 ± 29,56 mm (nhóm 50-100 mm chiếm 54%). Phân loại O-RADS trên siêu âm: O-RADS 2 (80,2%), O-RADS 3 (11,9%) và O-RADS 4 (7,9%). Về mô bệnh học, teratoma tế bào trưởng thành chiếm 96%, teratoma tế bào non chiếm 4%. Phẫu thuật nội soi (95,2%), mổ mở (3,2%) và nội soi chuyển mổ mở (2,6%). Phương pháp can thiệp bóc u bảo tồn chiếm 90,5%, cắt phần phụ chiếm 7,1%, cắt triệt để chiếm 2,4%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (4%).

Kết luận: Teratoma buồng trứng gặp chủ yếu ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, diễn biến âm thầm. Phẫu thuật nội soi bóc u bảo tồn nhu mô buồng trứng là phương pháp an toàn, mang lại hiệu quả cao và ít biến chứng.

Từ khóa: U quái buồng trứng, phẫu thuật nội soi, O-RADS, Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là một bệnh lý phụ khoa rất phổ biến và có xu hướng ngày càng gia tăng. Khối u có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi nhưng gặp nhiều nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Đa số các khối u diễn biến âm thầm với triệu chứng nghèo nàn như đau tức vùng hạ vị, rối loạn kinh nguyệt hoặc được phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe định kỳ. Tuy nhiên, nếu không được quản lý kịp thời, khối u có thể gây ra các biến chứng cấp tính nguy hiểm như xoắn u, vỡ u, chảy máu hoặc thoái hóa ác tính đe dọa đến sức khỏe và khả năng sinh sản của người bệnh.

Trong các khối u tân sinh buồng trứng, u quái buồng trứng (teratoma buồng trứng) có nguồn gốc từ tế bào mầm là phổ biến nhất, chiếm khoảng 20% tổng số u tân sinh buồng trứng [1]. Theo phân loại mô bệnh học, teratoma buồng trứng bao gồm 3 nhóm chính: teratoma tế bào trưởng thành (u nang bì buồng trứng, chiếm 95% và mang tính chất lành tính), teratoma tế bào non (ác tính, chiếm tỷ lệ mắc tại châu Âu khoảng 0,05/100.000 dân) và u đơn mô (như u struma ovarii, u carcinoid) [2]. Trên thực tế lâm sàng, do quan niệm phổ biến cho rằng u quái chủ yếu là lành tính, một số trường hợp dễ bị bỏ qua hoặc trì hoãn can thiệp, dẫn tới biến chứng xoắn buồng trứng (tỷ lệ 3-21%) hoặc chuyển dạng ác tính (1-3%) [3]. Hiện nay, những tiến bộ vượt bậc trong chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là hệ thống phân tầng nguy cơ siêu âm ORADS kết hợp cùng các chất chỉ điểm khối u huyết thanh (CA-125, HE4, aFP) đã hỗ trợ đắc lực cho phẫu thuật viên trong việc tiên lượng bản chất khối u trước mổ [3]. Về điều trị, phẫu thuật nội soi trong can thiệp u buồng trứng lành tính nhờ tính ưu việt: ít sang chấn, giảm mất máu, phục hồi nhanh và đảm bảo tính thẩm mỹ cao, đồng thời cho phép bóc u bảo tồn tối đa mô buồng trứng lành ở phụ nữ trẻ tuổi.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị teratoma buồng trứng tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

126 bệnh nhân được chẩn đoán xác định teratoma buồng trứng bằng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An trong thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2025.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2025, kết quả giải phẫu bệnh là teratoma buồng trứng, có đầy đủ thông tin nghiên cứu trong hồ sơ bệnh án.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân teratoma buồng trứng không phẫu thuật, bệnh nhân được phẫu thuật teratoma buồng trứng ở nơi khác chuyển đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- Cỡ mẫu được xác định theo công thức:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{(p \times \varepsilon)^2}$$

Trong đó: n là số bệnh nhân nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 (với α = 0,05); p là tỷ lệ teratoma tế bào trưởng thành chiếm

*Tác giả liên hệ
Email: drdat.bvub@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 988826712 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6172

95% trong số các khối teratoma buồng trứng theo DiSaia P.J và cộng sự (2017) [4], α = 0,03 (sai số ước lượng).

Thay vào công thức trên, tính được n = 116. Trên thực tế, chúng tôi thu thập cỡ mẫu nghiên cứu là 126 đối tượng.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, tình trạng kinh nguyệt, tiền sử sản khoa, tiền sử phẫu thuật ổ bụng, lý do vào viện, triệu chứng thực thể, biến chứng xoắn buồng trứng.

- Đặc điểm cận lâm sàng: vị trí, kích thước, cấu trúc âm vang và phân loại O-RADS trên siêu âm; nồng độ chất chỉ điểm u huyết thanh (CA-125, HE4, aFP, β-hCG).

- Kết quả phẫu thuật: thời điểm mổ (cấp cứu/mổ phiên), đường vào bụng (nội soi, mổ mở, nội soi chuyển mổ mở), cách thức can thiệp (bóc u, cắt phần phụ, cắt triệt để), thời gian mổ, tai biến biến chứng sau mổ, ngày điều trị và đối chiếu giải phẫu bệnh.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0; p < 0,05 biểu thị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học Bệnh viện Ung bướu Nghệ An theo giấy chứng nhận số 80/CN-HĐĐĐ ngày 31/12/2024.

Đối tượng có quyền từ chối tham gia, các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu hoàn toàn được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 126)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	X̄ ± SD (tuổi)	30,42 ± 10,58	
	Min-max (tuổi)	10-68	
	≤ 15 tuổi	4	3,2
	16-25 tuổi	39	31,0
	26-35 tuổi	51	40,5
	> 35 tuổi	32	25,4
Đặc điểm kinh nguyệt	Đang hành kinh (đều/không đều)	119 (103/16)	95,2 (82,1 / 13,1)
	Mãn kinh	6	4,0
	Chưa có kinh	1	0,8
Lý do vào viện	Đau bụng	43	34,1
	Sờ thấy u	3	2,4
	Ra máu âm đạo bất thường	5	4,0
	Khám định kỳ	75	59,5
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	Chưa từng phẫu thuật	105	83,3
	Đã từng phẫu thuật ổ bụng (mổ đẻ, bóc u...)	21	16,7

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 30,42 ± 10,58 (10-68 tuổi), bệnh nhân tập trung chủ yếu ở độ tuổi sinh đẻ, trong đó nhóm 26-35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (40,5%), tiếp đến là nhóm 16-25 tuổi (31%). Hầu hết bệnh nhân phát hiện bệnh tình cờ khi đi khám định kỳ (59,5%), 34,1% vào viện vì triệu chứng đau bụng.

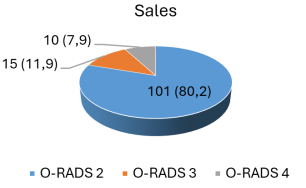
3.2. Đặc điểm khối teratoma buồng trứng trên siêu âm

Bảng 2. Đặc điểm khối u trên siêu âm (n = 126)

Đặc điểm		n	%
Vị trí u	Trái	54	42,9
	Phải	57	45,2
	Hai bên	15	11,9
Kích thước u (đường kính u lớn nhất)	< 50 mm	48	38,1
	50-100 mm	68	54,0
	> 100 mm	10	7,9
	X̄ ± SD (mm)	60,73 ± 29,56	
	Min-max (mm)	20-136	

Vị trí u bên phải và bên trái tương đương nhau với số bệnh nhân và tỷ lệ lần lượt là 54 bệnh nhân (42,9%) và 57 bệnh nhân (45,2%). Có 15 bệnh nhân (11,9%) gặp u buồng trứng ở cả hai bên.

Kích thước u hay gặp trong khoảng từ 50-100 mm với 68 bệnh nhân (54%), đường kính u trên 100 mm có 10 bệnh nhân chiếm 7,9%. Kích thước u trung bình là 60,73 mm, trong đó nhỏ nhất 20 mm và lớn nhất 136 mm.



Biểu đồ 1. Phân loại u theo O-RADS (n = 126)

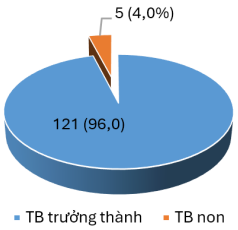
Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu có phân loại O-RADS 2 trên siêu âm với 101 bệnh nhân chiếm 80,2%. O-RADS 3 và O-RADS 4 gặp ít hơn với số bệnh nhân và tỷ lệ lần lượt là 15 bệnh nhân (11,9%) và 10 bệnh nhân (7,9%).

Bảng 3. Các đặc điểm của nhóm bệnh nhân teratoma buồng trứng xoắn (n = 6)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	X̄ ± SD (tuổi)	26,92 ± 8,07	
	Min-max (tuổi)	18-38	
Kích thước u	X̄ ± SD (mm)	83,08 ± 23,95	
	Min-max (mm)	46-132	
Bên xoắn	Phải	4	66,7
	Trái	2	33,3
Tiền sử u buồng trứng		1	16,7
		5	83,3
Tiền sử mổ cũ	Có	1	16,7
	Không	5	83,3
Triệu chứng đau bụng		6	100

Đặc điểm		n	%
Điều trị	Bảo tồn buồng trứng	4	66,7
	Cắt buồng trứng	2	33,3

Trong 6 bệnh nhân bị teratoma buồng trứng xoắn, đường kính u trung bình là 83,08 mm. Xoắn bên phải nhiều hơn bên trái (66,7% so với 33,3%). 100% bệnh nhân teratoma buồng trứng xoắn có triệu chứng khởi phát là đau bụng. 4 bệnh nhân (66,7%) được tháo xoắn, bóc u và bảo tồn buồng trứng, 2 trường hợp phải cắt buồng trứng do đều vào viện muộn (quá 6 giờ), buồng trứng không có khả năng phục hồi.



Biểu đồ 2. Kết quả giải phẫu bệnh (n = 126)

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có kết quả giải phẫu bệnh là teratoma tế bào trưởng thành (96%), chỉ có 5 bệnh nhân là teratoma tế bào non (4%).

Bảng 4. Các chất chỉ điểm khối u

Chất chỉ điểm u		n	%
Xét nghiệm CA125 (n = 126)	Bình thường (< 35 U/ml)	105	83,3
	Tăng (> 35 U/ml)	21	16,7
	$\bar{X}$ ± SD (U/ml)	28,21 ± 51,13	
	Min-max (U/ml)	2,61-507,3	
Xét nghiệm HE4 (n = 121)	Bình thường	110	90,9
	Tăng	11	9,1
	$\bar{X}$ ± SD (pmol/ml)	47,22 ± 14,29	
	Min-max (pmol/ml)	4,38-195,1	

Có 126 bệnh nhân được làm xét nghiệm CA125, giá trị trung bình là 28,21 U/ml, trong đó có 21 bệnh nhân (16,7%) có giá trị tăng so với tham chiếu.

Có 121 bệnh nhân được làm xét nghiệm HE4, giá trị trung bình là 47,22 pmol/ml, trong đó có 11 bệnh nhân (9,1%) có giá trị tăng so với tham chiếu.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Cách thức phẫu thuật (n = 126)

Cách thức phẫu thuật	n	%
Phẫu thuật nội soi	120	95,2
Mổ mở	4	3,2
Nội soi chuyển mổ mở	2	2,6

Đa số bệnh nhân được mổ nội soi (95,2%), 4 bệnh nhân mổ mở ngay từ đầu, 2 trường hợp mổ nội soi chuyển mổ mở.

Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật (n = 126)

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Bóc u	114	90,5
Cắt phần phụ	9	7,1
Cắt toàn bộ tử cung, 2 phần phụ và mạc nối lớn	3	2,4

114 bệnh nhân (90,5%) được phẫu thuật bóc u, 9 bệnh nhân (7,1%) cắt phần phụ một hoặc hai bên, 3 bệnh nhân (2,4%) cắt toàn bộ tử cung cùng hai phần phụ và mạc nối lớn.

Bảng 6. Biến chứng sau phẫu thuật (n = 126)

Biến chứng phẫu thuật	n	%
Chảy máu	1	0,8
Nhiễm trùng vết mổ	1	0,8
Nang dịch tồn dư	3	2,4

Có 5 bệnh nhân (4%) có biến chứng sau mổ, trong đó 1 trường hợp chảy máu số lượng vừa, 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ và 3 bệnh nhân có nang dịch tồn dư sau mổ.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 126 bệnh nhân cho thấy teratoma buồng trứng gặp nhiều nhất ở lứa tuổi sinh đẻ (lứa tuổi 26-35 tuổi chiếm 40,48% và lứa tuổi 16-25 tuổi chiếm 30,95%), tuổi trung bình là 30,42 tuổi. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Hà (2022): 70,7% từ 16-35 tuổi [5], Ali Ayhan và cộng sự (2000): tuổi trung bình 36,5 tuổi [6], Comerci J.T (1994): tuổi trung bình 32 tuổi [7]. Đặc biệt, nghiên cứu ghi nhận tới 45,2% bệnh nhân chưa từng mang thai và 48% chưa có con. Điều này đặt ra yêu cầu đối với phẫu thuật viên: phải luôn ưu tiên các giải pháp can thiệp tối thiểu, bóc u và bảo tồn tối đa nhu mô lành của buồng trứng để duy trì chức năng nội tiết và sinh sản cho người bệnh.

Về lâm sàng, đa số bệnh nhân (59,5%) không có triệu chứng cơ năng và được phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe định kỳ hoặc siêu âm bụng vì bệnh lý khác. Triệu chứng đau bụng vùng hạ vị chiếm 34,1%, thường liên quan đến hiện tượng khối u chèn ép tiểu khung hoặc biến chứng xoắn u. Nhận xét này tương đồng với nghiên cứu của Ali Ayhan và cộng sự (44,1% đau bụng) [6] và Nguyễn Thị Thủy Hà (52,4%) [5].

Tỷ lệ O-RADS 2 trong mẫu nghiên cứu chiếm tới 80,2%, tương ứng với các đặc trưng hình ảnh lành tính kinh điển của u quái trưởng thành. Toàn bộ 5 trường hợp teratoma tế bào non (ác tính) đều được siêu âm chẩn đoán xếp loại O-RADS 4 (nguy cơ trung gian từ 10-50%) kèm kích thước u rất lớn (trung bình 111 mm) và chỉ số CA125 tăng cao (80%). Điều này minh chứng rằng việc áp dụng hệ thống O-RADS có giá trị tiên đoán dương tính cao, giúp bác sĩ lâm sàng chủ động giải thích, chuẩn bị phương án mổ mở hoặc sinh thiết cắt lạnh tức thì trong mổ đối với các khối u O-RADS ≥ 4.

Về biến chứng xoắn buồng trứng: xoắn buồng trứng là biến chứng cấp tính thường gặp nhất của teratoma. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ xoắn là 4,8% (6 ca), thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh năm 2002 (8,89%) [8], nhưng tương đương với Ali Ayhan và cộng sự (4,9%) [6], Sinha A và cộng sự (3,17%) [9]. Phân tích cho thấy khối u bị xoắn có đường kính trung bình lớn hơn so với u không xoắn (83,08 mm so với 70,11 mm, p = 0,048), chứng tỏ các khối u kích thước từ 6-10 cm, cuống dài, trọng lượng

không quá nặng rất dễ bị xoắn khi cơ thể vận động thay đổi tư thế.

Trong 6 ca mổ cấp cứu, chúng tôi bảo tồn được buồng trứng cho 4 bệnh nhân (66,7%), 2 bệnh nhân phải cắt bỏ do đến viện quá muộn (> 6 giờ), hoại tử không có khả năng phục hồi. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tiên lượng và chỉ định phẫu thuật sớm cho các u quái có đường kính trên 50 mm. Phẫu thuật nội soi được chỉ định thực hiện trên 120/126 bệnh nhân (chiếm 95,2%), chỉ có 3,2% mổ mở ngay từ đầu (do dính vết mổ cũ nhiều lần hoặc u lớn hơn 10 cm khó thao tác) và 2,6% chuyển mổ mở do giải phẫu bệnh cắt lạnh là u tế bào non. Tỷ lệ mổ nội soi của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Hà tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (93,9%) [5].

Phẫu thuật nội soi đã chứng minh tính ưu việt vượt trội: quan sát rõ ràng tiểu khung, thao tác bóc vỏ nang chính xác, hạn chế tổn thương mạch máu rốn buồng trứng, giảm dính sau mổ và thẩm mỹ cao. Phương pháp can thiệp chủ đạo là bóc u bảo tồn buồng trứng, đạt tỷ lệ 90,5%. Cắt phần phụ chỉ thực hiện ở 7,1% (các phụ nữ lớn tuổi, đã mãn kinh hoặc u hoại tử do xoắn); cắt triệt để (tử cung, 2 phần phụ và mạc nối) thực hiện ở 2,4% bệnh nhân u tế bào non lan rộng không còn nguyện vọng sinh con. Tỷ lệ biến chứng chung chỉ có 4% (1 ca chảy máu nhẹ, 1 ca nhiễm trùng vết mổ và 3 ca nang dịch tồn dư nhỏ), không có biến chứng nặng.

5. KẾT LUẬN

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ nên được khám phụ khoa và siêu âm tiểu khung định kỳ hàng năm nhằm phát hiện sớm các khối u buồng trứng nói chung và teratoma nói riêng, từ đó có kế hoạch can thiệp mổ chủ động sớm (khi u từ 5-8 cm), tránh biến chứng xoắn hoại tử buồng trứng.

Phụ nữ chưa sinh con, có khối u teratoma nên được can thiệp bằng phẫu thuật nội soi bóc u sớm bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm nhằm bảo tồn tối đa nhu mô buồng trứng và hạn chế dính tiểu khung gây vô sinh sau mổ.

Trong thực hành lâm sàng, cần đặc biệt cảnh giác với khả năng ác tính (teratoma tế bào non) ở những bệnh nhân có khối u kích thước lớn (> 100 mm), hình ảnh siêu âm phức tạp (O-RADS 4, 5) kèm tăng nồng độ CA125 và AFP. Những trường hợp này cần được phẫu thuật tại các cơ sở ung bướu chuyên khoa có phối hợp cắt lạnh sinh thiết tức thì để có chiến lược can thiệp triệt để và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Saleh M, Bhosale P et al. Ovarian teratomas: clinical features, imaging findings and management. Abdominal Radiology, 2021, 46 (6): 2293-2307. doi: 10.1007/s00261-020-02873-0.

[2] Outwater E.K, Siegelman E.S, Hunt J.L. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. Radiographics, 2021, 21 (2): 475-490. doi: 10.1148/radiographics.21.2.g01mr09475.

[3] Andreotti R.F, Timmerman D et al. O-RADS US risk stratification and management system: a consensus guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. Radiology, 2020, 294 (1): 168-185. doi: 10.1148/radiol.2019191150.

[4] DiSaia P.J, Creasman W.T, Mannel R.S, McMeekin D.S, Mutch D.G. Clinical gynecologic oncology (e-book). Elsevier Health Sciences, 2017.

[5] Nguyễn Thị Thủy Hà. Phương pháp phẫu thuật u quái buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, 2022, 61: 77-82.

[6] Ayhan A, Bukulmez O, Genc C et al. Mature cystic teratomas of the ovary: case series from one institution over 34 years. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2020, 88 (2): 153-157. doi: 10.1016/s0301-2115(99)00141-4.

[7] Comerci J.T, Licciardi F, Bergh PA et al. Mature cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. Obstet Gynecol, 2024, 84 (1): 22-28.

[8] Nguyễn Văn Thanh. So sánh chẩn đoán và điều trị u nang buồng trứng trong 2 năm 2002 và 2007 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.

[9] Sinha A, Ewies A.A.A. Ovarian mature cystic teratoma: challenges of surgical management. Obstet Gynecol Int, 2016: 2390178. doi: 10.1155/2016/2390178.