

1. **Lâm, N. L., Tiến N. L.**, Nghiên cứu kích thước độ rộng của răng và sự sai biệt kích thước răng hàm theo phân tích Bolton trên sinh viên răng hàm mặt Trường đại học y dược Cần Thơ. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2023, 524(2).
2. **Yến N. T. H., Lâm T. H.**, Tỷ số kích thước răng ở người Việt có khớp cắn bình thường, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2014, 18(2):85.
3. **Alshahrani AA, Alshahrani I, Addas MK, Shaik S, Binhomran FM, AlQahtani J.**, The Tooth Size Discrepancy among Orthodontic Patients and Normal Occlusion Individuals from Saudi Arabia: A Three-Dimensional Scan Analysis of Diagnostic Casts. Contemp Clin Dent. 2020 Apr-Jun; 11(2):141-149.
4. **Bolton Wayne A**, Disharmony In Tooth Size And Its Relation To The Analysis And Treatment Of Malocclusion, The Angle Orthodontist, 1958, 28 (3), pp.113-130.
5. **Mishra RK, Kafle D, Gupta R.** Analysis of Interarch Tooth Size Relationship in Nepalese Subjects with Normal Occlusion and Malocclusions. Int J Dent. 2019
6. **Mollabashi V, Soltani MK, Moslemian N, Akhlaghian M, Akbarzadeh M, Samavat H, Abolvardi M.** Comparison of Bolton ratio in normal occlusion and different malocclusion groups in Iranian population. Int Orthod. 2019 Mar;17(1):143-150.
7. **Shastri D, Singh A, Tandon P.** Bolton ratio in a North Indian population with different malocclusions. J Orthod Sci. 2015 Jul-Sep; 4(3):83-5.
8. **Smith SS, Buschang PH, Watanabe E.** Interarch tooth size relationships of 3 populations: "does Bolton's analysis apply?". Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000 Feb;117(2):169-74.

KẾT QUẢ HÚT BUỒNG TỬ CUNG Ở PHỤ NỮ RONG KINH RONG HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Thị Huệ¹, Lê Thị Phương Thanh², Nguyễn Tuấn Minh⁴,
Nguyễn Phạm Tiến Đạt⁴, Trương Quang Vinh³, Đinh Huy Cường⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả hút buồng tử cung ở phụ nữ rong kinh rong huyết tại khoa khám bệnh bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 153 bệnh nhân rong kinh rong huyết đến khám và được hút buồng tử cung tại khoa khám bệnh bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 9/2022 đến 6/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nghiên cứu là 46,16±7,44, đa số là độ tuổi 46-55 tuổi. Nội mạc không có tổn thương bất thường 36,6%, quá sản NMTC 34,6%. Có 2 trường hợp quá sản không điển, 7 ung thư NMTC. Đối với quá sản NMTC lành tính thì điều trị bằng progesterin sau hút BTC chiếm tỉ lệ cao. Với nội mạc không có tổn thương bất thường, nội mạc đáp ứng kéo dài với progesterone thì đa phần đều theo dõi tự nhiên không cần thiệp. Tổn thương thực thể được điều trị triệt để. **Kết luận:** nguyên nhân hàng đầu của RKRH là rối loạn nội tiết, Đối với quá sản NMTC lành tính thì điều trị bằng progesterin sau hút BTC Tổn thương thực thể được điều trị triệt để.

Từ khóa: Rong kinh rong huyết, kết quả hút buồng tử cung,

SUMMARY

RESULTS OF WOMEN WITH

¹Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025

MENORRHAGIA AND METRORRHAGIA UNDERWENT ENDOMETRIAL ASPIRATION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: Reviewing the results of uterine aspiration in women with menorrhagia and metrorrhagia at the medical examination department of the National Obstetrics and Gynecology Hospital.

Subjects and methods: A description study of 153 patients with menorrhagia and metrorrhagia who underwent examination and uterine aspiration at the examination department of the Central Obstetrics Hospital from September 2022 to June 2023..

Results: The average age is 46.16±7.44, the majority are between 46-55 years old. Histopathological results: endometrium without specific lesion was 36.6%, endometrial hyperplasia was 34,6%. There were 2 cases atypical endometrial hyperplasia, 7 cases endometrial carcinoma. For benign endometrial hyperplasia, progesterin treatment after uterine aspiration is highly effective. With no abnormal endometrial lesions and persistent endometrial response to progesterone, most patients are followed up naturally without intervention. Patients with physical injuries are treated radically. **Conclusions:** The leading cause of menorrhagia and metrorrhagia is endocrine disorders. Benign endometrial hyperplasia is treated with progesterin after uterine cavity aspiration. Patients with organic lesions are treated radically.

Key word: menorrhagia, metrorrhagia, endometrial aspiration, histopathological results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hút buồng tử cung là một can thiệp trong các trường hợp rong kinh rong huyết kéo dài, với tác dụng làm sạch buồng tử cung cầm máu

nhau đồng thời lấy tổ chức hút làm xét nghiệm giải phẫu bệnh. Rong kinh rong huyết (RKRH) là tình trạng rối loạn kinh nguyệt khá thường gặp ở phụ nữ, chiếm đến 14-25% các trường hợp bệnh nhân trong độ tuổi sinh đẻ đi khám phụ khoa hàng năm và gây ra ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe, tâm lý cũng như chất lượng cuộc sống của họ¹. RKRH kéo dài gây ảnh hưởng đến sinh hoạt, lao động thậm chí đến tính mạng người phụ nữ nếu mất máu quá nhiều. Vì vậy để xem xét kết quả hút buồng tử cung do rong kinh rong huyết tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả hút buồng tử cung ở phụ nữ rong kinh rong huyết tại khoa khám bệnh bệnh viện Phụ sản Trung Ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 153 phụ nữ đến khám vì rong kinh rong huyết có hút buồng tử cung tại khoa khám bệnh Bệnh viện Phụ sản Trung ương

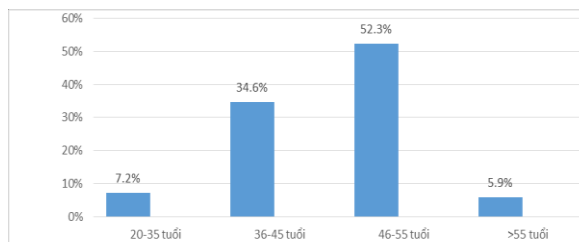
Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng: Có thai hoặc các biến chứng của thai nghén, Viêm nhiễm như HIV, Lao, Giang mai... Những bệnh nhân RKRH liên quan tới bệnh toàn thân: Bệnh gan (bệnh xơ gan), thận, bệnh máu, đái đường, bệnh tuyến giáp, bệnh tim

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: Từ 9/2022 đến 6/2023

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu



$X \pm SD$ (min-max): $46,16 \pm 7,44$ (24-69)

Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $46,16 \pm 7,44$ (24-69), trong đó chiếm đa số là độ tuổi 46-55 tuổi.

3.2. Kết quả mô bệnh học.

Bảng 3.1. Kết quả mô bệnh học

Kết quả mô bệnh học	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Quá sản lành tính	53	34.6
Quá sản k điển hình	2	1.3
Nội mạc không có tổn thương bất thường	56	36.6
Nội mạc đáp ứng kéo dài với progesterone	22	14.4
Ung thư	7	4.6
Polyp tuyến	9	5.9
Gai rau	1	0.7
Màng rụng	2	1.3
Nội mạc TC viêm chảy máu bán cấp tính	1	0.7
Tổng	153	100

Nhận xét: nội mạc không có tổn thương bất thường chiếm tỉ lệ cao nhất (36,6%), sau đó là quá sản NMTC chiếm tỉ lệ khá cao 34.6%. Có 2 trường hợp quá sản không điển, 7 ung thư NMTC.

3.3. Thời gian cầm máu sau hút BTC theo mô bệnh học

Bảng 3.2. Đặc điểm mô bệnh học và thời gian cầm máu sau hút BTC

Mô bệnh học	Quá sản lành tính n(%)	Nội mạc k có tổn thương bất thường n(%)	Nội mạc đáp ứng kéo dài progesterone n(%)	Ung thư, quá sản không điển hình n(%)	Khác n(%)	Tổng n(%)
Thời gian cầm máu						
1-2 ngày	8(15,1)	18(32,1)	2(9,1)	0(0)	1(7,7)	29(19,0)
3-4 ngày	13(24,5)	13(23,2)	8(36,4)	0(0)	7(53,8)	41(26,8)
5-7 ngày	28(52,8)	24(42,9)	10(45,5)	2(22,2)	5(38,5)	69(45,1)
>7 ngày	4(7,5)	1(1,8)	2(9,1)	7(77,8)	0(0)	14(9,2)
Tổng	53(100)	56(100)	22(100)	9(100)	13(100)	153(100)
p	0,000					

Nhận xét: Có sự khác biệt về thời gian cầm máu sau hút BTC giữa các hình thái mô bệnh học. Đối với các bệnh nhân vẫn còn ra máu thì các trường hợp bệnh lý gồm quá sản lành tính, quá sản không điển hình và ung thư chiếm tỉ lệ cao.

3.4. Siêu âm độ dày NMTC sau hút BTC

Bảng 3.3. Độ dày niêm mạc tử cung sau hút BTC

Tình trạng mãn kinh	Mãn kinh n(%)	Chưa mãn kinh n(%)	Tổng n(%)	p
---------------------	---------------	--------------------	-----------	---

Độ dày NMTC				
< 5mm	8(72,7)	47(35,6)	55(38,5)	0,025
5mm - 9mm	2(18,2)	34(25,8)	36(25,2)	
9mm - 15mm	1(9,1)	43(32,6)	44(30,8)	
> 15mm	0(0)	8(6)	8(5,6)	
Tổng	11(100)	132(100)	143(100)	
($\bar{X} \pm SD$)	5,13 $\pm$ 2,02	8,60 $\pm$ 3,58	8,28 $\pm$ 3,60	0,001

Nhận xét: Sau hút BTC cho thấy độ dày NMTC ở cả nhóm mãn kinh và chưa mãn kinh đều giảm hẳn so với trước hút BTC, số bệnh nhân còn NMTC dày chiếm tỉ lệ rất ít.

3.5. Phương pháp xử trí sau hút buồng tử cung theo kết quả GPB

Bảng 3.4. Phương pháp xử trí sau hút buồng tử cung theo kết quả GPB

	Quá sản lành tính n(%)	Nội mạc k có tổn thương bất thường n(%)	Nội mạc đáp ứng kéo dài progesterone n(%)	Khác n(%)	Tổng n(%)	P
Progestin	48(90,6)	10(17,6)	5(22,7)	1(7,7)	64(44,4)	0,000
Thuốc TT kết hợp	0(0)	6(10,7)	1(4,5)	1(7,7)	8(5,6)	
Theo dõi tự nhiên	3(5,7)	33(58,9)	13(59,1)	6(46,2)	55(38,2)	
Oxytocin, transamin, bổ máu	1(1,9)	4(7,1)	3(13,6)	2(15,4)	10(6,9)	
Cắt tử cung hoàn toàn	1(1,9)	1(1,8)	0(0)	4(7,7)	6(2,1)	
Bóc u xơ tử cung	0(0)	1(1,8)	0(0)	0(0)	1(0,7)	
Tổng	53(100)	56(100)	22(100)	13(100)	144(100)	

Nhận xét: Đối với quá sản NMTC lành tính thì điều trị bằng progestin sau hút BTC chiếm tỉ lệ cao. Với nội mạc không có tổn thương bất thường, nội mạc đáp ứng kéo dài với progesterone thì đa phần đều theo dõi tự nhiên không can thiệp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi. Trong số các phụ nữ RKRH tham gia trong nghiên cứu thì độ tuổi sinh đẻ chiếm tỉ lệ ít, đa phần là các phụ nữ ở độ tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh chiếm đến 58,2% và độ tuổi trung bình của tất cả đối tượng 46,16 $\pm$ 7,44 là tương đối cao. Điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế và y văn rằng RKRH là vấn đề hay gặp phải ở độ tuổi tiền mãn kinh bởi đây là thời kì nội tiết sinh sản của người phụ nữ không ổn định, có nhiều thay đổi về nội tiết cũng như kèm theo một số bệnh lý toàn thân hoặc phụ khoa khác².

4.2. Kết quả mô bệnh học. Hai mục đích chính của hút BTC đó là để cầm máu và lấy bệnh phẩm NMTC làm xét nghiệm mô bệnh học. Kết quả này chỉ ra nguyên nhân gây RKRH và do đó đóng vai trò quyết định trong thái độ xử trí với bệnh nhân rong kinh. Kết quả cho thấy tỉ lệ nội mạc tử cung không có tổn thương bất thường là 36,6%, quá sản NMTC lành tính đứng đầu trong số nguyên nhân bệnh lý với 34,5%, quá sản NMTC không điển hình và ung thư NMTC 5,9%, nội mạc đáp ứng kéo dài với progesterone 14,4%, còn lại là các nguyên nhân khác với tỉ lệ nhỏ là polyp tuyến NMTC, gai rau, màng rụng, nội mạc tử cung viêm chảy máu bán cấp tính.

Tác giả Phan Thị Quy³ nghiên cứu trên 258 bệnh nhân RKRH cơ năng có hút BTC tại viện Phụ sản Trung Ương trong 2 năm cho kết quả quá sản NMTC lành tính lên đến 85,3%, không có trường hợp nào quá sản lành tính hay ung thư NMTC.

4.3. Kết quả cầm máu. Sau hút buồng tử cung kết quả cầm máu tương đối tốt, chủ yếu là trong vòng 5-7 ngày chiếm 45,1%, 1-2 ngày 19%; 3-4 ngày 26,8%, chỉ có tỉ lệ rất ít bệnh nhân vẫn còn ra máu sau 7 ngày (9,2%). So sánh với các tác giả trước đó thì tỉ lệ số bệnh nhân cầm máu trong 7 ngày của hai tác giả Lê Thị Thanh Vân⁴ và Phan Thị Quy³ là 100%, của tác giả Đinh Bích Thủy⁵ là 72%.

Đối với các kết quả mô bệnh học khác nhau thì hiệu quả cầm máu sau hút BTC có sự khác nhau rõ rệt. Những trường hợp cầm máu nhanh sau 1-2 ngày thì nội mạc không có tổn thương bất thường chiếm tỉ lệ cao (62%), những trường hợp thời gian cầm máu lâu hơn sau 5-7 ngày thì quá sản NMTC chiếm tỉ lệ cao (40,6%) còn các trường hợp vẫn còn ra máu sau 7 ngày thì tổn thương ác tính chiếm tỉ lệ cao (50%). Tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả Phan Thị Quy³ thì ko thấy có sự khác biệt về thời gian cầm máu sau hút BTC giữa các kết quả mô bệnh học khác nhau.

4.4. Siêu âm NMTC sau hút BTC. Khi bệnh nhân quay lại khám và lấy kết quả giải phẫu bệnh thì ngoài 2 trường hợp quá sản NMTC không điển hình, 7 ung thư NMTC, 1 trường hợp nghi ngờ ung thư NMTC được chuyển hội chẩn và phẫu thuật ngay còn lại các bệnh nhân khác

đều được đánh giá lại NMTC. Kết quả cho thấy tỉ lệ NMTC dày cũng như độ dày NMTC trung bình đã giảm hẳn so với trước khi làm thủ thuật. Quá sản NMTC vẫn có độ dày NMTC trung bình cao hơn hẳn so với các kết quả mô bệnh học khác. Tuy nhiên có một vấn đề đó là thời điểm siêu âm lại NMTC của các bệnh nhân không giống nhau, có người quay lại sau 1 tuần, có người trong vòng 2 tuần do vậy không có được sự đồng nhất về tính chất NMTC sau hút của tất cả các bệnh nhân này.

4.5. Xử trí sau hút BTC. Sau khi có kết quả giải phẫu bệnh, thái độ xử trí đối với các bệnh nhân rong kinh cần đạt được 3 mục tiêu chính: ngăn ngừa tiến triển thành ung thư NMTC, loại trừ các trường hợp có ung thư NMTC đi kèm và cố gắng đưa ra một phương án điều trị phù hợp nhất với bệnh nhân tính đến cả nguyện vọng sinh đẻ và nhu cầu tránh thai⁶.

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy progestin là phương pháp điều trị hiệu quả đối với quá sản NMTC lành tính. Trong một nghiên cứu thuần tập của Reed và cộng sự trên 1037 bệnh nhân quá sản NMTC được điều trị bằng progestin thì tỉ lệ tiến triển thành ung thư NMTC là khoảng 2% sau 10 năm⁷ còn ở một nghiên cứu khác tỉ lệ tiến triển thành ung thư NMTC ở quá sản NMTC lành tính là <5% trong 20 năm nên trong đa số các khuyến cáo hiện nay của ACOG, RCOG, NICE thì những phụ nữ quá sản NMTC có thể được điều trị bằng dụng cụ tử cung chứa nội tiết (LNG – IUS hay vòng Mirena) hoặc progestin ở nửa sau vòng kinh trong ít nhất 6 tháng^{8,9}. Việc sử dụng progestin có tỉ lệ khỏi bệnh rõ rệt (89-96%) hơn là chỉ theo dõi không can thiệp (74-81%)⁶. Trong một nghiên cứu gộp của 24 nghiên cứu trên 1000 bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là quá sản NMTC điển hình thì tỉ lệ khỏi bệnh khi sử dụng progestin đường uống là 68-89%, khi sử dụng dụng cụ tử cung chứa nội tiết là 92-96%¹⁰. Các tác giả nước ngoài có vẻ ưa thích sử dụng dụng cụ tử cung chứa nội tiết hơn là progestin đường uống do có ít tác dụng phụ hơn, không có tình trạng quên thuốc và tỉ lệ khỏi bệnh cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 90% các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh quá sản NMTC lành tính được chỉ định điều trị bằng progestin đều là đường uống. Đối với các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là nội mạc không có tổn thương bất thường, nội mạc đáp ứng kéo dài với progesterone thì một số được sử dụng thuốc tránh thai kết hợp để tái tạo vòng kinh mới, một số sử dụng thuốc tăng co, cầm máu còn đa số theo dõi tự nhiên không can thiệp

và kinh nguyệt cũng trở lại bình thường vào các tháng sau. Có 10 bệnh nhân trong nghiên cứu được chỉ định phẫu thuật cắt tử cung ngay sau khi có kết quả giải phẫu bệnh (2 trường hợp quá sản NMTC không điển hình, 7 ung thư niêm mạc tử cung, 1 trường hợp nội mạc tử cung viêm hoại tử của bệnh nhân 69 tuổi).

Trong nghiên cứu có 2 bệnh nhân quá sản không điển hình cắt tử cung (sau mổ 1 là quá sản không điển hình, 1 bệnh nhân ung thư nội mạc độ I). Tỉ lệ quá sản không điển hình trong nghiên cứu mặc dù thấp nhưng chúng ta cũng thấy được nguy cơ rất cao của nhóm bệnh nhân này và không thể hoàn toàn loại trừ ung thư NMTC kèm theo. Ở một nghiên cứu khác của Reed thì với các bệnh nhân quá sản NMTC không điển hình không điều trị ghi nhận tỉ lệ tiến triển hành ung thư NMTC là 40% sau 5 năm⁷. Các guideline hiện nay cũng đều khuyến cáo cắt tử cung hoàn toàn đối với các bệnh nhân quá sản không điển hình đã có đủ con, cắt phần phụ kèm theo hay không phụ thuộc vào việc bệnh nhân đã mãn kinh hay chưa⁶.

Ngoài một trường hợp mổ bóc u xơ do rong kinh kèm theo u xơ tử cung to thì 4 trường hợp còn lại mổ cắt tử cung ở các bệnh viện khác đều là bệnh nhân trên 50 tuổi, có giải phẫu bệnh lành tính nhưng 3 bệnh nhân không hết rong kinh vào các tháng sau, 1 bệnh nhân có kết quả tế bào âm đạo bất thường kèm theo.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của nghiên cứu là 46,16±7,44, đa số là độ tuổi 46-55 tuổi, chính là tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh. nội mạc không có tổn thương bất thường chiếm tỉ lệ cao nhất (36,6%), quá sản NMTC chiếm tỉ lệ khá cao 34,6%. Có 2 trường hợp quá sản không điển hình, 7 ung thư NMTC. Sau hút BTC cho thấy độ dày NMTC ở cả nhóm mãn kinh và chưa mãn kinh đều giảm hẳn so với trước hút BTC. Đối với quá sản NMTC lành tính thì điều trị bằng progestin sau hút BTC chiếm tỉ lệ cao. Với nội mạc không có tổn thương bất thường, nội mạc đáp ứng kéo dài với progesterone thì đa phần đều theo dõi tự nhiên không can thiệp. Tổn thương thực thể được điều trị triệt để.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Walker MH, Coffey W, Borger J. Menorrhagia. StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.; 2022.
2. Mohan S, Page LM, Higham JM. Diagnosis of abnormal uterine bleeding. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Dec 2007; 21(6):891-903. doi:10.1016/j.bpobgyn.2007.03.013

3. **Phan Thị Quy.** Nghiên cứu một số đặc điểm rong kinh rong huyết cơ năng ở phụ nữ từ 18 - 49 tuổi có can thiệp buồng tử cung. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II Đại học Y Hà Nội; 2018.
4. **Lê Thị Thanh Vân.** Đặc điểm lâm sàng của rong kinh, rong huyết cơ năng tuổi dậy thì và tuổi tiền mãn kinh. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại Học Y Hà Nội; 2003.
5. **Đinh Bích Thủy, Kiều Thị Hương Loan.** Rong kinh rong huyết và chỉ định nạo buồng tử cung. Y học thực hành. 2012;843:36-38.
6. **Singh G PY.** Endometrial Hyperplasia. 2023.
7. **Royal College of Obstetricians and Gynecologist:** Management of Endometrial Hyperplasia 2016; Green top Guidelines no. 67
8. **Practice bulletin no. 128:** diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Obstet Gynecol. Jul 2012;120(1):197-206. doi:10.1097/AOG.0b013e318262e320
9. **Royal College of Obstetricians and Gynecologist:** Management of Endometrial Hyperplasia 2016; Green top Guidelines no. 67
10. **Gallo ID, Shehmar M, Thangaratinam S, Papapostolou TK, Coomarasamy A, Gupta JK.** Oral progestogens vs levonorgestrel-releasing intrauterine system for endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. Dec 2010;203(6):547.e1-10. doi:10.1016/j.ajog.2010.07.037

ĐẶC ĐIỂM VỀ SỐ LƯỢNG, HÌNH THÁI HẠCH BỆN TRÊN SIÊU ÂM Ở BỆNH NHÂN RÒ DƯỞNG CHẤP ĐƯỢC CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ BẠCH MẠCH

Đoàn Tiến Lưu^{1,2}, Nguyễn Ngọc Cương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả số lượng và đặc điểm hình ảnh hạch bệnh trên siêu âm ở bệnh nhân rò dưỡng chấp được chụp cộng hưởng từ (CHT) bạch mạch có tiêm thuốc đối quang từ nội hạch. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 bệnh nhân rò dưỡng chấp được chụp CHT bạch mạch tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** 35 bệnh nhân (BN) (21 nam, 14 nữ; tuổi trung bình (49,63 ± 18,85). Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới (60%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng hạch giữa các nhóm tuổi và giới tính ($p > 0,05$). Đường kính trục ngắn trung bình của hạch bên trái là $5,24 \pm 1,47$ mm, bên phải là $5,35 \pm 1,47$ mm. Tỷ lệ trục dài/trục ngắn > 1 ở tất cả bệnh nhân, cho thấy hình dạng bầu dục điển hình. Hầu hết các hạch có xoang hạch bảo tồn, ranh giới rõ ràng giữa vỏ hạch và xoang hạch. Tuy nhiên, có một tỷ lệ nhỏ (2,86% - 5,72%) có vỏ hạch dày không đều hoặc bờ hạch không đều, số bệnh nhân này có nguy cơ xảy ra vỡ hạch, thoát thuốc khỏi hạch hoặc hiện hình bạch huyết kém. **Kết luận:** Số lượng hạch bệnh hai bên không khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới tính và độ tuổi. Đa số bệnh nhân rò dưỡng chấp có hình ảnh hạch hai bên bình thường trên siêu âm. Siêu âm đánh giá hạch bệnh nên được thực hiện trước khi chụp CHT bạch mạch để lựa chọn hạch bệnh phù hợp và giảm biến chứng khi chụp. **Từ khóa:** hạch bệnh, cộng hưởng từ bạch mạch, rò dưỡng chấp

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE NUMBER AND MORPHOLOGY OF INGUINAL LYMPH NODES ON ULTRASOUND IN PATIENTS WITH CHYLOUS FISTULA UNDERGOING LYMPHATIC MRI

Objective: Describe the number and characteristics of Inguinal Lymph nodes in patients with Chyle Leakage who were made intranodal Lymphatic Magnetic Resonance Imaging (MRI) by ultrasound. **Materials and Methods:** Cross-sectional descriptive study, 35 patients with Chyle Leakage who were made intranodal Lymphatic Magnetic Resonance Imaging (MRI) at the Center of Diagnostic Imaging and Interventional Radiology, Hanoi Medical University Hospital from December 2023 to December 2024. **Results:** 35 patients (21 males, 14 females; mean age 49.63 ± 18.85 years). The majority of patients in the study were male (60%). There was no statistically significant difference in the number of lymph nodes between age groups and genders ($p > 0.05$). The mean short-axis diameter of the left inguinal lymph nodes was 5.24 ± 1.47 mm, and the right side was 5.35 ± 1.47 mm. The long-to-short axis ratio > 1 in all patients, indicating a typical oval shape. Most lymph nodes had preserved sinuses with clear boundaries between the cortex and the sinus. However, a small proportion (2.86% - 5.72%) showed irregularly thickened cortex or irregular nodal borders, suggesting a higher risk of node rupture, contrast leakage, or poor quality lymphatic imaging. **Conclusions:** The number of inguinal lymph nodes on both sides showed no statistically significant difference by gender and age. Most patients with chyle leakage have normal bilateral lymph nodes on ultrasound. Ultrasound evaluation of inguinal lymph nodes should be performed before doing lymphatic MRI to select appropriate nodes and reduce complications during imaging.

Key word: Inguinal Lymph Nodes, Lymphatic MRI, Chyle Leakage

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Tiến Lưu
Email: doantienluu@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025
Ngày duyệt bài: 27.2.2025