

3. **Miller AL, Dib C, Li L, et al.** Left Ventricular Ejection Fraction Assessment Among Patients With Acute Myocardial Infarction and Its Association With Hospital Quality of Care and Evidence-Based Therapy Use. *Circ: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2012;5(5):662-671. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.112.965012
4. **Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, et al.** Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *J Am Soc Echocardiogr*. 2015;28(1):1-39.e14. doi:10.1016/j.echo.2014.10.003
5. **Nguyen TH, Nguyen TBY.** Đặc điểm và giá trị tiên lượng của dấu hiệu ST chênh xuống ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim không ST chênh lên. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. March 4, 2023:58-66.
6. **Li L, Zhou X, Jin Z, et al.** Clinical characteristics and in-hospital management strategies in patients with acute coronary syndrome: results from 2,096 accredited Chest Pain Centers in China from 2016 to 2021. *Cardiology Plus*. 2022;7(4):192-199. doi:10.1097/CP9.0000000000000032
7. **Kim YH, Her AY, Jeong MH, et al.** ST-elevation versus non-ST-elevation myocardial infarction after combined use of statin with renin-angiotensin system inhibitor: Data from the Korea Acute Myocardial Infarction Registry. *Cardiol J*. 2022;29(4):647-659. doi:10.5603/CJ.a2021.0007
8. **Patidar N, Kumar K, Gupta BB, Jha RK.** Study of lipid profile of patient with acute myocardial infarction. *IJAR*. 2022;10(12):1374-1380. doi:10.21474/IJAR01/15979.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023-2025

Lâm Đức Tâm¹, Trương Ngọc Thiên Tiên¹,
Huỳnh Thanh Liêm², Hoàng Thị Tuyết Nhung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm, kết quả điều trị tăng sinh nội mạc tử cung (TSNMTC) bằng phương pháp điều trị nội khoa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 55 bệnh nhân điều trị tăng sinh nội mạc tử cung bằng phương pháp điều trị nội khoa và theo dõi sau điều trị 3 tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ từ 4/2023 đến 1/2025. **Kết quả:** có 72,7% ở 40-60 tuổi, trung bình là $49,75 \pm 9,39$ tuổi, phần lớn bệnh nhân ở thành thị chiếm 76,4%, béo phì là 50,9% cao hơn 9 lần so gầy. Triệu chứng là ra huyết bất thường là 76,4% và đau bụng vùng hạ vị (80%). 81,8% có dày nội mạc tử cung trên siêu âm, độ dày trung bình $14,15 \pm 7,26$ mm. Tăng sinh nội mạc tử cung điển hình là 96,4%. Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng số độ dày nội mạc tử cung thay đổi khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$), số ngày hành kinh ở nhóm chưa mãn kinh có thay đổi ($p < 0,05$), tình trạng ra huyết hậu mãn kinh ở nhóm mãn kinh giảm rõ rệt sau 3 tháng chỉ còn 18,2% bệnh nhân ra huyết < 7 ngày. **Kết luận:** Tăng sinh nội mạc tử cung có biểu hiện phổ biến nhất là rong kinh, rong huyết. Hình ảnh siêu âm giúp đánh giá độ dày nội mạc tử cung và phân loại tổn thương. Về điều trị nội khoa, phương pháp này đơn giản, hiệu quả, chi phí thấp: đáp ứng tích cực với

phương pháp sử dụng progestin và phác đồ điều trị nội tiết khác, giúp kiểm soát triệu chứng và làm giảm độ dày nội mạc tử cung.

Từ khóa: tăng sinh nội mạc tử cung, độ dày nội mạc tử cung trên siêu âm.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, ULTRASOUND IMAGES AND TREATMENT RESULTS ENDOMETRIAL HYPERPLASIA BY METHODS MEDICAL TREATMENT AT CAN THO CITY OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL FROM 2023-2025

Objective: To investigate the clinical characteristics, ultrasound findings, and treatment outcomes of endometrial hyperplasia (EH) using medical therapy at Can Tho City Maternity Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 55 patients who were examined and treated for endometrial hyperplasia with medical therapy at Can Tho City Maternity Hospital from June 2023 to January 2025. Patients were monitored for clinical outcomes after three months of treatment. **Results:** The majority of patients were between 40-60 years old, accounting for 72.7%, with a mean age of 49.75 ± 9.39 years. Most patients resided in urban areas (76.4%). The proportion of obese patients was 50.9%, which was nine times higher than that of underweight patients. The most frequent clinical symptoms were abnormal uterine bleeding (76.4%) and lower abdominal pain (80%). Endometrial thickening on ultrasound was found in 81.8% of cases, with an average endometrial thickness of 14.15 ± 7.26 mm. The incidence of

¹Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025

typical endometrial hyperplasia accounts for 96.4%, while atypical endometrial hyperplasia accounts for 3.6%. After one and three months of treatment, endometrial thickness significantly changed, with a statistically significant difference ($p < 0.001$). The number of menstruation days in premenopausal patients also showed a statistically significant change ($p < 0.05$). Postmenopausal bleeding was significantly reduced after three months, with only 18.2% of patients experiencing bleeding for less than seven days and 0% experiencing bleeding for more than seven days. **Conclusion:** Endometrial hyperplasia most commonly presents with abnormal uterine bleeding, including menorrhagia and metrorrhagia. Ultrasound imaging plays a crucial role in diagnosis, aiding in the assessment of endometrial thickness and classification of lesions. Regarding medical treatment, this approach is simple, effective, and cost-efficient. Studies have reported a positive response rate to progestin therapy and other hormonal treatment regimens. These therapies help control symptoms, reduce endometrial thickness, and minimize the risk of progression to endometrial cancer. Additionally, they improve disease prognosis, enhance patients' quality of life, and preserve reproductive organs.

Keywords: endometrial hyperplasia, endometrial thickness on ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh nội mạc tử cung (TSNMTC) là một rối loạn nội mạc tử cung do mất cân bằng nội tiết, trong đó estrogen kích thích sự phát triển quá mức của nội mạc tử cung mà không có sự đối kháng đầy đủ của progesterone. Năm 2024, theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): tăng sinh NMTC thành 2 nhóm: TSNMTC điển hình (không tân sinh), TSNMTC không điển hình hay còn gọi là tân sinh trong biểu mô NMTC (EIN). Biểu hiện lâm sàng của TSNMTC là chảy máu tử cung bất thường bao gồm chảy máu kinh nguyệt nhiều, chảy máu giữa kỳ kinh, chảy máu không đều, chảy máu không theo chu kỳ khi dùng liệu pháp thay thế hormone (HRT), chảy máu sau mãn kinh. Tỷ lệ TSNMTC ước tính cao hơn ít nhất ba lần so với ung thư nội mạc tử cung và nếu không được điều trị có xu hướng phát triển thành ung thư nội mạc tử cung. Ung thư nội mạc tử cung là bệnh ác tính phụ khoa ở phương Tây và tăng sinh NMTC là tiền thân của bệnh. Năm 2012, Vương Quốc Anh ghi nhận có 8617 ca ung thư nội mạc tử cung mới. Tăng sinh NMTC được chẩn đoán dựa vào lâm sàng, hình ảnh siêu âm và mô bệnh học. Trong đó, siêu âm qua đường âm đạo (transvaginal ultrasound – TVUS) có độ nhạy cao phát hiện độ dày nội mạc tử cung hoặc đo độ dày NMTC bất thường sẽ đưa ra thêm lý do để thực hiện sinh thiết NMTC ở những phụ nữ bị chảy máu sau mãn kinh. Điều trị TSNMTC dựa trên kiểm soát nội tiết tố nhằm ức chế sự phát

triển quá mức của nội mạc tử cung, với phương pháp nội khoa bằng progestin (như medroxyprogesterone acetate, dydrogesterone, norethisterone, levonorgestrel - releasing intrauterine system) là có hiệu quả trong việc kiểm soát triệu chứng rong kinh, giảm độ dày nội mạc tử cung và hạn chế nguy cơ tiến triển thành ung thư. Tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ, việc nghiên cứu bệnh lý TSNMTC chưa được báo cáo đầy đủ nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm, kết quả điều trị tăng sinh nội mạc tử cung (TSNMTC) bằng phương pháp điều trị nội khoa nhằm cung cấp dữ liệu thực tiễn, góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân có tăng sinh nội mạc tử cung trên siêu âm và/ hoặc xuất huyết tử cung bất thường, kết quả giải phẫu bệnh là tăng sinh nội mạc tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2023 - 2025 được điều trị nội khoa bằng thuốc ngừa thai phối hợp, Medroxyprogesterone acetate 10mg, Norethisterone (Primolut) 5mg, Micronize progesterone (Utrogestan) 100mg, dụng cụ tử cung chứa LNG (vòng Merina). Loại trừ bệnh nhân có xuất huyết tử cung bất thường do nguyên nhân: u xơ tử cung L0, L1, L2, rối loạn đông máu, ung thư NMTC, ung thư cổ tử cung, có dị tật đường sinh dục: tử cung đôi, tử cung có vách ngăn... Bệnh nhân chưa quan hệ tình dục, đang mang bệnh lý tâm thần hoặc giao tiếp không bình thường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 55 bệnh nhân từ tháng 06/2023 đến tháng 01/2025 tại khoa Khám bệnh và Khoa Phụ Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ.

- Nội dung nghiên cứu: tuổi, nơi ở, BMI, rong kinh, rong huyết, ra huyết hậu mãn kinh, đau bụng vùng hạ vị, huyết chảy ra từ lòng tử cung, độ dày nội mạc tử cung trên siêu âm trước và sau điều trị 1 tháng, 3 tháng, kết quả mô bệnh học, số ngày hành kinh ở bệnh nhân còn kinh, số ngày ra huyết bất thường ở bệnh nhân mãn kinh sau điều trị 1 tháng, 3 tháng.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê mô tả: tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn. Phân tích thống kê so sánh: test t độc lập, Fisher's exact test. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Hồ sơ y đức số

23.086.HV/PCT-HĐĐĐ và Bệnh viện Phụ Sản Tp. Cần Thơ đồng ý thực hiện nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

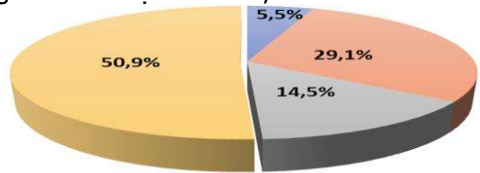
Có 55 bệnh nhân có tăng sinh nội mạc tử cung ghi nhận kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, nơi ở

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 40	8	14,5
40 – 60	40	72,7
> 60	7	12,7
Trung bình (X±SD)	49,75 ±9,39	
Nơi ở		
Thành thị	42	76,4
Nông thôn	13	23,6
Tổng	55	100

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 49,75 ±9,39, nhóm 40-60 tuổi chiếm 72,7%. Tỷ lệ sống ở thành thị chiếm 76,4%.



■ Gầy ■ Bình thường ■ Tiền béo phì ■ Béo phì

Biểu đồ 3.1. Phân nhóm BMI

Nhận xét: 50,9% bệnh nhân bị béo phì. 5,5% bệnh nhân có BMI ở mức gầy.

3.2. Đặc điểm lâm sàng - hình ảnh siêu âm của những bệnh nhân tăng sinh nội mạc tử cung

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng (n=55)	Tỷ lệ (%)
Ra huyết bất thường	42	76,4
Rong kinh	19	34,5
Rong huyết	14	25,5
Ra huyết hậu mãn kinh	9	16,4
Đau bụng vùng hạ vị		
Có	44	80,0%
Không	11	20,0%
Huyết chảy ra từ lòng tử cung		
Có ra huyết	38	69,1%
Không ra huyết	17	30,9%

Nhận xét: 76,4% bệnh nhân có triệu chứng ra huyết bất thường: rong kinh: 34,5%, rong huyết: 25,5%, ra huyết hậu mãn kinh: 16,4%. 80% bệnh nhân có đau bụng vùng hạ vị.

3.2.2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm

Bảng 3.3. Độ dày nội mạc tử cung

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
----------	----------	-----------

	(n=55)	
Độ dày nội mạc tử cung		
< 4 mm	2	3,6
4 - 8 mm	6	10,9
8 - 12 mm	15	27,3
> 12 mm	32	58,2
Trung bình (X±SD)	14,15 ± 7,26 mm	
Tăng sinh nội mạc tử cung		
Có	45	81,8%
Không	10	18,9%

Nhận xét: Độ dày NMTC dao động từ 3mm đến 47mm, trung bình là 14,15 ± 7,26 mm. Độ dày NMTC > 12mm cao nhất (58,2%). Có 81,9% bệnh nhân tăng sinh NMTC trên siêu âm

3.2.3. Kết quả tạo sinh thiết NMTC

Bảng 3.4. Kết quả giải phẫu bệnh

Phân loại	Số lượng (n=55)	Tỷ lệ (%)
Tăng sinh NMTC điển hình	53	96,4
Tăng sinh NMTC không điển hình	2	3,6

Nhận xét: Tỷ lệ tăng sinh NMTC điển hình chiếm 96,4% và không điển hình chiếm 3,6%.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị tăng sinh nội mạc tử cung bằng phương pháp điều trị nội khoa sau 1 tháng, 3 tháng

Bảng 3.5. Sự thay đổi độ dày nội mạc tử cung

Độ dày NMTC	Trước điều trị (1) (n=55)	Sau 1 tháng (2) (n=53)	Sau 3 tháng (3) (n=49)
< 4 mm	2 (3,6)	11 (20,8)	4 (8,2)
4- 8 mm	6 (10,9)	22 (41,5)	29 (59,2)
8 - 12 mm	15 (27,3)	12 (22,6)	14 (28,6)
>12 mm	32 (58,2)	8 (15,1)	2 (4,1)
P	p21 < 0,001, p31 < 0,001		

Nhận xét: độ dày NMTC giảm dần theo thời gian, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001)

Bảng 3.6. Thay đổi về số ngày hành kinh của bệnh nhân chưa mãn kinh

Số ngày ra kinh	Trước điều trị (1) (n=44)	Sau 1 tháng (2) (n=44)	Sau 3 tháng (3) (n=44)
Không hành kinh	0 (0)	4 (9,1)	5 (11,4)
< 7 ngày	42 (95,5)	33 (75,0)	39 (88,6)
7-14 ngày	2 (4,5)	7 (15,9)	0 (0)
P	p21 = 0,016*, p31 = 0,027*		

*Fisher's Exact Test

Nhận xét: p21 và p31 < 0,05 chứng tỏ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau điều trị về số ngày hành kinh. Sau 3 tháng không còn bệnh nhân nào có ngày hành kinh > 7 ngày.

Bảng 3.7. Thay đổi về số ngày ra huyết bất thường của bệnh nhân mãn kinh

Số ngày ra huyết	Trước điều trị (1) (n=11)	Sau 1 tháng (2) (n=11)	Sau 3 tháng (3) (n=11)
Không ra huyết	2 (18,2)	7 (63,6)	9 (81,8)
< 7 ngày	7 (63,6)	2 (18,2)	2 (18,2)
≥ 7 ngày	2 (18,2)	2 (18,2)	0 (0)
P	p21 = 0,061*, p31 = 0,013*		

*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Trước điều trị, 81,8% bệnh nhân bị ra huyết <7 ngày hoặc ≥7 ngày. Sau 1 tháng, 63,6% bệnh nhân không còn ra huyết, và sau 3 tháng, con số này tăng lên 81,8 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 3 tháng với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Về phân bố nhóm tuổi, bệnh nhân 40-60 tuổi chiếm 72,7%- tỷ lệ chiếm cao nhất, xu hướng này tương tự kết quả chị Ngô Phan Thanh Thúy, nhóm 40-60 tuổi là 69%, và nghiên cứu của Farzaneh F, nhóm 36-50 tuổi chiếm 52,9%, góp phần củng cố về đặc điểm dịch tễ học của bệnh lý này [4,9].

Bảng 4.1. So sánh về tuổi trung bình

Nghiên cứu	Tuổi trung bình
Kumari P [10]	47,16 ± 3,25
Đặng Thị Minh Nguyệt [1]	46,16 ± 7,44
Farzaneh F [9]	45,41 ± 9,87
Ngô Phan Thanh Thúy [5]	56,4 ± 9,1
Chúng tôi	49,75 ± 9,39

Có sự khác biệt này có thể liên quan đến sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, tiêu chí chọn mẫu. của chúng tôi cho thấy 76,4% bệnh nhân tăng sinh nội mạc tử cung sinh sống ở khu vực thành thị, trong khi chỉ 23,6% đến từ nông thôn. Xu hướng này cũng được quan sát trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Minh, với thành thị chiếm 62% và nông thôn chiếm 38% [8]. Sự chênh lệch này có thể do một số yếu tố: tiếp cận dịch vụ y tế, lối sống, nhận thức về sức khỏe. Kết quả chỉ số khối cơ thể cho thấy béo phì rất cao 50,9%, tiền béo phì 14,5% và gầy 5,5%. Ngoài ra, nghiên cứu của Kumari P và Farzaneh F có tỷ lệ béo phì cao, lần lượt là 42,1% và 32,9% [8,9,10]. Béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng của TSNMTC.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm

Về lâm sàng: triệu chứng rong kinh, rong huyết là 60%. Tương đương với Phan Thị Qui là 68,6% bệnh nhân. Nhưng thấp hơn so nghiên cứu khác, như Ngô Phan Thanh Thúy có 94,4% bệnh nhân nhập viện do rong kinh, rong huyết. Lê Thị Anh Đào và Mai Trọng Hưng ghi nhận 67,7% bị rong kinh và 32,3% bị rong huyết [2, 4,7]. Điều này cho thấy lâm sàng có rong kinh và rong huyết là hai triệu chứng chính đến điều

trị. Chúng tôi ghi nhận 16,4% bệnh nhân bị ra huyết sau mãn kinh nhưng Ngô, tỷ lệ này cao hơn nhiều, (66,9%) [4]. Có sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu, bệnh nhân hậu mãn kinh có triệu chứng ra huyết nhiều hơn. Đau bụng là một lý do nhập viện nhưng tỷ lệ thấp hơn nhiều so với rong kinh, rong huyết. Kết quả đau bụng là 9,1%. Kết quả của Ngô Phan Thanh Thúy: đau bụng là 1,1% và Phan Thị Qui có 2,3% [4,7]. Điều này gợi ý rằng đau bụng không phải là triệu chứng chính, nhưng có thể đi kèm với rong kinh, rong huyết. Kết quả chúng tôi, có 14,5% bệnh nhân nhập viện do tăng sinh NMTC trên siêu âm.

Về hình ảnh siêu âm: TSNMTC trên siêu âm là 81,8%, tương đương với nghiên cứu Nguyễn Văn Tuấn (83,6%) [6]. Độ dày NMTC trung bình là 14,15 ± 7,26 mm, tương đương với kết quả của Nguyễn Phúc Nhơn 14,25 ± 7,24 mm và Phan Thị Qui 13,15 ± 5,61 mm. Điều này có thể phản ánh sự tương đồng về yếu tố địa lý [4, 7]. Khi phân nhóm: nhóm < 4mm chiếm 3,6% tương đương với nghiên cứu khác, đa số <10%. Nhóm 4-8mm chiếm 10,9%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Minh 25% và Đặng Thị Minh Nguyệt 14,8%. Nhóm tỷ lệ cao nhất từ 8mm trở lên là 85,5% tương đương với kết quả của Đặng Thị Minh Nguyệt 83,3% và nghiên cứu Lê Thị Anh Đào, Mai Trọng Hưng 89,3% [1, 2, 8].

Kết quả mô bệnh học: có tỷ lệ TSNMTC điển hình rất cao 96,4%, cao hơn so với nghiên cứu như Nguyễn Phúc Nhơn: TSNMTC điển hình là 74,7% và không điển hình là 25,3%. Farzaneh F ghi nhận 82,85% có điển hình và không điển hình là 17,15%. [4,9]. Điều này có thể phản ánh sự khác biệt trong phương pháp thu thập và phân tích mẫu.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị tăng sinh nội mạc tử cung bằng phương pháp điều trị nội. Độ dày NMTC sau điều trị 1 tháng và 3 tháng ở nhóm 4- 8mm chiếm tỷ lệ cao nhất (41,5% và 59,2%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Anh Đào và Đỗ Tuấn Đạt, có 89,7% và 35,7%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Minh độ dày NMTC sau 3 tháng điều trị nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất 5-10mm chiếm 62% [3, 8].

Sau 1 tháng điều trị, 75% bệnh nhân có số ngày hành kinh dưới 7 ngày, 15,9% có hành kinh kéo dài trên 7 ngày, không hành kinh là 9,1% ($p < 0,05$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và sau 3 tháng điều trị, hiệu quả rõ ràng hơn: 88,6% có số ngày hành kinh dưới 7 ngày, không còn trường hợp nào bị rong kinh kéo dài trên 7

ngày ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Anh Đào và Đỗ Tuấn Đạt với $p < 0,05$ sau 1 tháng và $p < 0,01$ sau 3 tháng, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Minh hiệu quả cũng rõ ràng với $p < 0,05$ sau 3 tháng. Qua đó, phương pháp điều trị nội khoa giúp cải thiện tình trạng rối loạn kinh nguyệt do TSNMTC. Tình trạng ra huyết bất thường ở bệnh nhân mãn kinh cải thiện rõ rệt sau 3 tháng điều trị có 81,8% bệnh nhân không còn ra huyết và không có bệnh nhân nào ra huyết > 7 ngày, ($p < 0,05$) [3, 8].

V. KẾT LUẬN

Biểu hiện tăng sinh nội mạc tử cung là rong kinh, rong huyết. Hình ảnh siêu âm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, đánh giá độ dày nội mạc tử cung và phân loại tổn thương. Điều trị nội khoa là phương pháp này đơn giản, hiệu quả, chi phí thấp, đáp ứng tích cực với phương pháp sử dụng progestin và phác đồ điều trị nội tiết khác, giúp kiểm soát triệu chứng và làm giảm độ dày nội mạc tử cung, cải thiện tiên lượng bệnh, chất lượng cuộc sống và giúp bảo tồn cơ quan sinh dục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Minh Nguyệt và cộng sự.** Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng những phụ nữ rong kinh, rong huyết có hút buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. *Tap Chi Y Hoc Viet Nam.* 2023;(530):103-107.
2. **Lê Thị Anh Đào, Mai Trọng Hưng.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân quá sản

- niêm mạc tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. *Tap Chi Y Hoc Viet Nam.* 2022;(513):197-200.
3. **Lê Thị Anh Đào, Đỗ Tuấn Đạt.** Điều trị quá sản niêm mạc tử cung điển hình bằng Merina tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. *Tap Chi Y Hoc Viet Nam.* 2022;(513):143-147.
4. **Nguyễn Phúc Nhơn, et al.** Giá trị bề dày nội mạc trong tiên đoán ung thư nội mạc tử cung ở phụ nữ ra máu bất thường quanh và sau mãn kinh. *Tap Chi Phu San.* 2021;19(3):31-38.
5. **Ngô Phan Thanh Thủy.** Đặc điểm lâm sàng, 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. *Tap Chi Phu San.* 2025;1(3):111-116.
6. **Nguyễn Văn Tuấn, et al.** Vai trò của siêu âm Doppler trong chẩn đoán bệnh lý buồng tử cung ở phụ nữ ra máu bất thường quanh và sau mãn kinh. *Tap Chi Phu San.* 2020;18(2):48-56.
7. **Phan Thị Quý.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rong kinh rong huyết cơ năng ở phụ nữ 18-49 tuổi có can thiệp buồng tử cung [thesis]. Hà Nội, Việt Nam: Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
8. **Nguyễn Ngọc Minh.** Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị quá sản nội mạc tử cung bằng Lynestrenol [dissertation]. Hà Nội, Việt Nam: Trường Đại học Y Hà Nội; 2005.
9. **Farzaneh F, Mirgaloybayat S, Niazi AA, Dehghan Haghighi J, Ajdary M, Eslahi N, Raisi M.** Prevalence of Endometrial Hyperplasia and Its Related Factors in Patients with AUB. *J Obstet Gynecol Cancer Res.* 2023;9(3):311. doi:10.30699/jogcr.9.3.311.
10. **Kumari P, et al.** Endometrial cut off thickness as predictor of endometrial pathology in perimenopausal women with abnormal uterine bleeding: a cross-sectional study. *Obstet Gynecol Int.* 2022.

ĐẶC ĐIỂM ĐAU TRÊN NGƯỜI BỆNH PARKINSON CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Trần Viết Lực^{1,2}, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2}, Nguyễn Xuân Thanh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm đau trên người bệnh Parkinson cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 126 đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán Parkinson đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $69,4 \pm 6,1$. Tỷ lệ nữ/ nam $\sim 1,86$. Tỷ lệ đau là 65,1%, trong đó đau ở mức độ rất nhẹ và nhẹ với tỷ lệ lần lượt là 42,7% và 35,3%, đau trung bình là 17,1% và đau

nặng chiếm 4,9%. Đau cơ xương khớp chiếm tỷ lệ 73,0%, đau rễ thần kinh chiếm tỷ lệ 29,4%. **Kết luận:** Tỷ lệ đau ở người bệnh Parkinson cao tuổi khá cao, với hơn 20% bệnh nhân trải qua đau mức độ trung bình đến nặng. Do đó, việc sàng lọc đau thường quy và áp dụng các biện pháp điều trị phù hợp là cần thiết để cải thiện chất lượng sống cho nhóm bệnh nhân này. **Từ khóa:** đau, người cao tuổi, Parkinson.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PAIN IN OLDER ADULTS WITH PARKINSON'S DISEASE AT THE NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of pain in older adults with Parkinson's disease. **Methods:** This was a cross-sectional study conducted on 126 patients diagnosed with Parkinson's disease who visited and received treatment at the National Geriatric Hospital. **Results:** The average age of participants

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Lực

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025