

Giám đốc và khoa Hô hấp - Tim mạch bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, cùng các đồng nghiệp đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.64

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Vân Anh** (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện E năm 2021. Khóa Luận Tốt Nghiệp Đại Học Ngành đa khoa Trường Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. <https://suckhoedoisoing.vn> (2024). Hải Phòng giảm hẳn số ca mắc sốt xuất huyết. <https://suckhoedoisoing.vn/hai-phong-giam-han-so-ca-mac-sot-xuat-huyet-169241220165245475.htm>
3. **Hoàng Xuân Cường, Đỗ Như Bình, và Đào Đức Tiến** (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sốt xuất huyết dengue điều trị nội trú tại một số bệnh viện Quân đội năm 2022. Tạp Chí Dược Lâm Sàng 108 Tập 18 - Số 8/2023.
4. **Lê Duy Cường, Vũ Hoàng Trung, Vũ Giang và cộng sự.** (2021). Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sốt xuất huyết đến khám tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa năm 2020. Tạp Chí Dược Lâm Sàng Tập 7, 31–37.
5. **Nguyễn Đăng Mạnh** (2018). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Khu Dã chiến điều trị sốt xuất huyết, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2017. Tạp Chí Dược Lâm Sàng- Tập 7, 7–14
6. **Azin F.R.F.G., Gonçalves R.P., Pitombeira M.H. da S. và cộng sự.** (2012). Dengue: profile of hematological and biochemical dynamics. Rev Bras Hematol E Hemoter, 34(1), 36–41.
7. **Eswarappa M., Reddy S.B., John M.M. và cộng sự.** (2019). Renal manifestations of dengue viral infection. Saudi J Kidney Dis Transplant Off Publ Saudi Cent Organ Transplant Saudi Arab, 30(2), 394–400
8. **Imam A., Ed P., Imam A. và cộng sự.** (2019). Clinical profile of Dengue infection at a center in north Karnataka, India. Glob J Infect Dis Clin Res, 5(1), 006–009.
9. **Kuo H.-J., Lee I.-K., và Liu J.-W.** (2018). Analyses of clinical and laboratory characteristics of dengue adults at their hospital presentations based on the World Health Organization clinical-phase framework: Emphasizing risk of severe dengue in the elderly. J Microbiol Immunol Infect Wei Mian Yu Gan Ran Za Zhi, 51(6), 740–748.
10. **Vuong N.L., Le Duyen H.T., Lam P.K. và cộng sự.** (2020). C-reactive protein as a potential biomarker for disease progression in dengue: a multi-country observational study. BMC Med, 18(1), 35.

## THỰC TRẠNG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG TRONG HAI NĂM 2021-2022

Đào Thị Hải Yến<sup>1</sup>, Nguyễn Thị The<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp lạc nội mạc tử cung đến khám, được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong hai năm 2021-2022. 2. Nhận xét các phương pháp điều trị của các trường hợp trên. **Cỡ mẫu:** Tất cả các bệnh nhân đến khám, được chẩn đoán lạc nội mạc tử cung (LNMTC) và được điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong hai năm 2021-2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình: 35,62±7,74 và nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 30-39 chiếm 40,5%. Triệu chứng lâm sàng: thống kinh chiếm 58,5%, đau bụng vùng chậu 46,5%, hiếm muộn 25,5%, sờ thấy khối ở phần phụ 48% và kích thước tử cung lớn 43,5%. Vị trí LNMTC trên siêu âm: cơ tử cung (43,5%), buồng trứng trái (21,5%), buồng trứng phải (18,5%). Vị trí LNMTC trên MRI: trong cơ tử cung

(42,6%), buồng trứng trái (25,5%), buồng trứng phải (23,4%). Nồng độ CA-125 trung bình: 78,99±59,31 UI/ml, đa số từ 35-100 UI/ml (53,1%). Điều trị nội khoa chủ yếu (66%), ngoại khoa (34%). Trong điều trị nội khoa bằng thuốc tránh thai kết hợp được sử dụng nhiều nhất (57,6%). Phẫu thuật nội soi chiếm 57,4%, phẫu thuật mở bụng chiếm 42,6%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi trung bình là 4,47 ± 1,57 ngày, ngắn hơn phẫu thuật mở bụng trung bình là 5,20 ± 1,25 ngày (p < 0,05). **Từ khóa:** Lạc nội mạc tử cung, chẩn đoán, điều trị

#### SUMMARY

#### DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS AT HAI PHONG OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN TWO YEARS 2021-2022

**Objective:** 1. Describe the clinical and paraclinical characteristics of endometriosis cases examined, are diagnosed and treated at Hai Phong Obstetrics and Gynecology hospital in 2021-2022. 2. Comment on the treatment results of the above cases.

**Sample size:** All patients who come for examination and are diagnosed with endometriosis and treated for endometriosis at Hai Phong Obstetrics and Gynecology hospital in the two years 2021-2022. **Study method:**

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng  
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hải Yến  
Email: dthyen@hpmu.edu.vn  
Ngày nhận bài: 6.10.2025  
Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025  
Ngày duyệt bài: 8.12.2025

descriptive cross-sectional study. **Outcome and conclusion:** The average age:  $35.62 \pm 7.74$  and the age group from 30-39 has the highest rate, account for 40.5%. Clinical presentation: dysmenorrhea account for 58.5%, pelvic pain 46.5%, infertility account for 25.5%, the result of examination found appendage tumor 48% and a large uterus account for 43.5%. Location of endometriosis on ultrasound: myometrium (43.5%), left ovary (21.5%), right ovary (18.5%). Location of endometriosis on MRI: myometrium (42,6%), left ovary (25,5%), right ovary (23,4%). Average CA-125 concentration:  $78.99 \pm 59.31$  UI/ML, most from 35-100 UI/ml (53.1%). Treatment is mainly medical (66%), surgical (34%). In medical treatment, combined oral contraceptives are used the most (57.6%). Laparoscopic surgery accounts for 57.4%, open abdominal surgery accounts for 42.6%. The average hospital stay after laparoscopic surgery was  $4.47 \pm 1.57$  days, shorter than the average laparoscopic surgery, which was  $5.20 \pm 1.25$  days ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Endometriosis, diagnose, treatment

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) là bệnh lý phụ khoa mạn tính, phức tạp, dễ tái phát, có sự hiện diện của mô giống mô tuyến ở nội mạc tử cung và mô đệm tùy hành nằm ngoài buồng tử cung. Sự hiện diện mô lạc chỗ này thúc đẩy sự hình thành các phản ứng viêm mãn tính và là bệnh lý phụ thuộc estrogen. Triệu chứng của LNMTTC rất khác nhau, thường xuất hiện muộn và ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ. Người bệnh có thể đến khám vì triệu chứng đau theo chu kỳ kinh nguyệt, đau vùng chậu mạn tính, đau trong hoặc sau khi quan hệ tình dục, đau khi đại tiểu tiện... Có khi người bệnh hoàn toàn không có triệu chứng gì mà chỉ đi khám vì vô sinh [1]. Sự đa dạng về mặt lâm sàng khiến cho việc chẩn đoán trở nên khó khăn, có thể bị chậm trễ từ 8-12 năm kể từ khi triệu chứng đầu tiên xuất hiện [2]. Nội soi kết hợp với mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định bệnh. Tuy nhiên siêu âm thanh xám, siêu âm Doppler, cộng hưởng từ, các chất chỉ điểm sinh học... có thể là chìa khóa để thiết lập chẩn đoán LNMTTC ít xâm lấn hơn [3]. Chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả bệnh LNMTTC là vô cùng quan trọng, nhưng hiện nay lại bị hạn chế ở nhiều cơ sở, do thiếu các công cụ để sàng lọc và chẩn đoán, tồn tại nhiều lỗ hổng kiến thức về LNMTTC cả trong cộng đồng lẫn ngành y tế, đặc biệt tại các tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu dẫn đến sự chậm trễ trong chẩn đoán, thiếu hiệu quả trong tiếp cận các phương pháp điều trị [1]. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu LNMTTC tại Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và Huế về siêu âm Doppler màu, MRI trong chẩn đoán, các phương pháp phẫu thuật, điều trị vô

sinh-hiếm muộn... Để góp phần tìm hiểu sâu rộng thêm về bệnh lý này, đề tài này đặt ra nhằm nghiên cứu sâu hơn về các hình thái LNMTTC từ đó góp phần nâng cao nhận thức về bệnh, phòng ngừa, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc lạc nội mạc tử cung hiệu quả với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp lạc nội mạc tử cung đến khám, được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong năm 2022.

2. Nhận xét các phương pháp điều trị của các trường hợp trên

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.2. Cỡ mẫu:** Toàn bộ bệnh nhân LNMTTC đến khám được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong thời gian nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, gồm 406 ca.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những bệnh nhân có bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu về tiền sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, thời gian điều trị.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân được chẩn đoán LNMTTC nhưng:

+ Không điều trị.

+ Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật không phải LNMTTC.

**2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Từ tháng 01/2021 đến hết tháng 12/2022, tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

**2.4. Các biến số nghiên cứu:**

+ Đặc điểm lâm sàng: tuổi, triệu chứng cơ năng, thực thể.

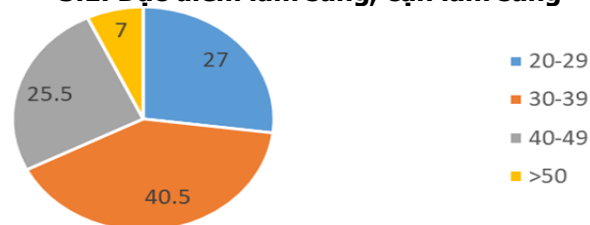
+ Cận lâm sàng: vị trí LNMTTC trên siêu âm, cộng hưởng từ (MRI), nồng độ CA-125.

+ Điều trị: nội khoa, ngoại khoa...

**2.5. Xử lý và phân tích số liệu:** Theo phần mềm thống kê SPSS 20.0.

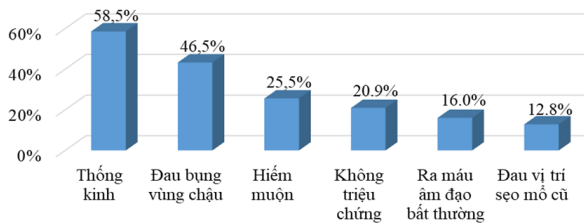
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng



**Hình 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu**

Nhóm tuổi 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất 40,5%, sau đó đến nhóm tuổi từ 20-29 là 27%, ít nhất là nhóm tuổi >50 với 7%. Tuổi trung bình:  $35.62 \pm 7.74$



**Hình 2. Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là thống kinh chiếm 58,6%, đau bụng vùng chậu chiếm 46,3%, hiếm muộn chiếm 25,5%. Triệu chứng đau ở vị trí sẹo mổ cũ ít gặp nhất chiếm 12,8%.

**Bảng 1. Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng thực thể	n	%
Phần phụ sờ có khối	195	48
Tử cung kích thước lớn	177	43,6
Phần phụ kém di động	51	12,6
Sẹo mổ cũ sờ có khối (TSM và thành bụng)	53	13
Tử cung kém di động	12	3
Túi cùng douglas ấn đau	10	2,5

Gặp nhiều nhất là triệu chứng sờ thấy có khối ở phần phụ (48%) và tử cung kích thước lớn (43,6%). Triệu chứng ít gặp nhất là túi cùng douglas ấn đau (2,5%)

**Bảng 2. Vị trí lạc nội mạc tử cung trên siêu âm**

Vị trí LNMTC trên siêu âm	n	%
Không thấy LNMTC	25	6,2
Buồng trứng trái	87	21,4
Buồng trứng phải	75	18,5
Buồng trứng 2 bên	35	8,6
Cơ tử cung	177	43,6
Sẹo mổ cũ	53	13,1

LNMTC có thể được phát hiện trên siêu âm ở nhiều vị trí trên cùng một bệnh nhân. Vị trí hay gặp nhất ở cơ tử cung chiếm 43,6%, tiếp đến là LNMTC ở buồng trứng trái chiếm 21,4%, buồng trứng phải chiếm 18,5%. Vị trí ít gặp nhất là ở cả 2 bên buồng trứng với 8,6%.

**Bảng 3. Vị trí lạc nội mạc tử cung trên cộng hưởng từ**

Vị trí LNMTC trên MRI	n	%
Buồng trứng trái	24	25,5
Buồng trứng phải	22	23,4
Buồng trứng 2 bên	8	8,5
Cơ tử cung	40	42,6
Tổng	94	100

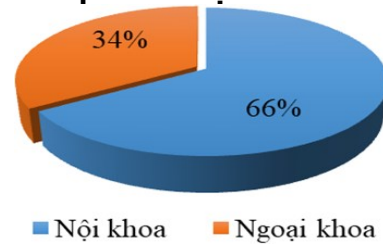
Trong 94 bệnh nhân được làm cộng hưởng từ, vị trí LNMTC được xác định ở cơ tử cung gặp nhiều nhất chiếm 42,6% ở buồng trứng trái 25,5% và buồng trứng phải chiếm 23,4%, ít gặp nhất là ở cả 2 bên buồng trứng với 8,5%.

**Bảng 4. Nồng độ CA-125**

CA-125 (UI/ml)	n	%	X±SD
<35	18	28,1	78,99±59,31 UI/ml
35-100	34	53,1	
>100	12	18,8	
Tổng	64	100	

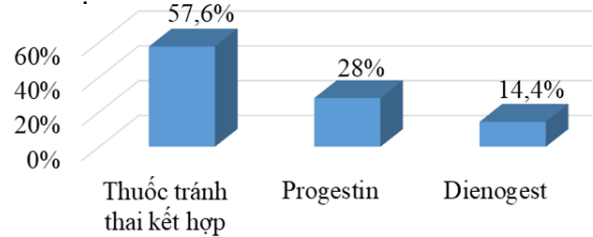
Trong tổng số 64 bệnh nhân được làm xét nghiệm, nồng độ CA-125 trung bình là 78,99±59,31 UI/ml, nhóm có nồng độ từ 35-100 UI/ml chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,1%, nồng độ CA-125 >100 UI/ml chiếm tỷ lệ thấp nhất 18,8%.

**3.2. Kết quả điều trị**



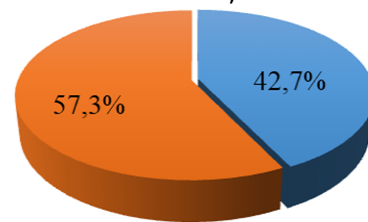
**Hình 3. Các phương pháp điều trị lạc nội mạc tử cung**

Trong tổng số 406 bệnh nhân LNMTC, điều trị theo phương pháp nội khoa có 268 bệnh nhân chiếm 66%. Phương pháp điều trị ngoại khoa 138 bệnh nhân chiếm 34%.



**Hình 4. Điều trị nội khoa (n=268)**

Trong 268 bệnh nhân LNMTC điều trị nội khoa, sử dụng thuốc tránh thai kết hợp có 154 bệnh nhân chiếm 57,6%, điều trị bằng Progesterin 75 bệnh nhân chiếm 28%, và sử dụng Dienogest ít nhất với 39 ca chiếm 14,4%.



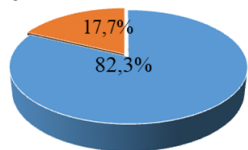
**Hình 5. Điều trị ngoại khoa (n=138)**

Trong 138 bệnh nhân LNMTC điều trị bằng phương pháp ngoại khoa, có 79 bệnh nhân chiếm 57,3% được phẫu thuật nội soi, cao hơn tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật mở bụng 59 bệnh nhân chiếm 42,7%.

**Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật mở bụng**

Phẫu thuật mở bụng	n	%
Cắt tử cung bán phần	32	54,2
Cắt tử cung bán phần + 1 phần phụ	13	22
Cắt tử cung bán phần + bóc khối LNMTC phần phụ	6	10,1
Cắt tử cung hoàn toàn	4	6,8
Cắt tử cung hoàn toàn + 1 phần phụ	2	3,4
Cắt tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ	2	3,4
<b>Tổng</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Phẫu thuật cắt tử cung bán phần có tỷ lệ cao nhất chiếm 54,2%, tiếp đến là phẫu thuật cắt tử cung và 1 phần phụ chiếm 22%. Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn và phần phụ có tỷ lệ thấp nhất chiếm 3,4%.



■ Bóc khối LNMTC ■ Cắt khối LNMTC kèm phần phụ cùng bên

**Hình 6. Phương pháp phẫu thuật nội soi (n=79)**

Trong số 79 ca được phẫu thuật nội soi, tỷ lệ bệnh nhân bóc khối LNMTC chiếm 82,3% cao hơn so với cắt cả khối LNMTC kèm phần phụ cùng bên chiếm 17,7%.

**Bảng 6. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật**

Phương pháp PT	n	Thời gian nằm viện	p
Phẫu thuật nội soi	79	4,47±1,57 ngày	p = 0,028
Phẫu thuật mở bụng	59	5,20±1,25 ngày	

Nhóm bệnh nhân LNMTC phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 4,47±1,57 ngày, ngắn hơn nhóm phẫu thuật mở bụng với 5,20±1,25 ngày và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

**Tuổi:** Tuổi trung bình: 35.62 ± 7.74. Nhóm tuổi 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất 40,5%, tiếp đến nhóm từ 20-29 tuổi là 27%, ít nhất là nhóm tuổi >50 với 7% (Hình 1). Theo hướng dẫn của ESHRE 2022, LNMTC gặp nhiều ở phụ nữ độ tuổi sinh sản với hơn 50% ở độ tuổi từ 20-40 tuổi [4]. Sau mãn kinh theo nguyên tắc chung, những ổ LNMTC ngừng hoạt động và biến mất. Nó có thể hoạt động lại do điều trị hormone thay thế [5]. Không có nghiên cứu dịch tễ học lớn về lạc nội mạc tử cung ở thanh thiếu niên và tỷ lệ mắc bệnh thực sự trong dân số của vị thành niên nói chung vẫn chưa được biết [1]. Trong nghiên cứu khác, tỷ lệ mắc lạc nội mạc tử cung ở thanh

thiếu niên được báo cáo là dao động từ 25-73% với biểu hiện đau vùng chậu mãn tính [6]. Tác giả Nguyễn Bá Thế, Nguyễn Việt Tiến (2010), bệnh nhân LNMTC trong độ tuổi <20 chiếm 2.2% [5]. Trong nghiên cứu này không gặp trường hợp nào dưới 20 tuổi, có thể do mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn và được thực hiện trong thời gian ngắn nên chưa tầm soát được hết trong toàn thể cộng đồng.

**Triệu chứng cơ năng:** Gặp nhiều nhất là thống kinh chiếm 58,6%, đau bụng vùng chậu chiếm 46,3%. Triệu chứng đau ở vị trí sọ mổ cũ ít gặp nhất chiếm 12.8% (Hình 2). Theo nghiên cứu của Trần Xuân Trường thống kinh là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất với 72% và đau vùng chậu xếp thứ 2 chiếm 50,7%, ra máu âm đạo bất thường chiếm thấp nhất với 4% [7]. Tác giả Nguyễn Văn Tuấn cho thấy thống kinh chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,34%, đau vùng chậu mãn tính là 50,9% [8]. Tác giả Mahmood và cộng sự cho thấy tỷ lệ thống kinh là 68,1%, đau vùng chậu không theo chu kỳ kinh chiếm tỷ lệ 58,7% [9]. Như vậy kết quả của nghiên cứu này phù hợp với các tác giả trên. Theo hướng dẫn của ESHRE 2022, không có triệu chứng cơ năng nào đủ mạnh và hoàn chỉnh để có thể chẩn đoán LNMTC. Bệnh nhân thường đến khám vì đau hoặc hiếm muộn. Tuy nhiên cũng có nhiều trường hợp LNMTC không có triệu chứng cơ năng ngay cả khi đã có một nang LNMTC ở buồng trứng khá to [2]. Trong nghiên cứu này nhóm bệnh nhân hiếm muộn chiếm 25,5% tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn là 31% [8], nhưng thấp hơn so với một số nghiên cứu ngược ngoài khác. Sự liên quan giữa vô sinh và LNMTC đã được xác định trong nhiều nghiên cứu. LNMTC thường đi kèm với hiếm muộn. Khoảng 25 đến 50% phụ nữ vô sinh bị LNMTC và 30 đến 50% phụ nữ bị LNMTC bị vô sinh [1].

**Triệu chứng thực thể:** Gặp nhiều nhất là sờ thấy có khối ở phần phụ chiếm 48% và tử cung kích thước lớn là 43,6%. Ít gặp nhất là túi cùng douglas ấn đau (2,5%). Giá trị của thăm khám lâm sàng đơn thuần trong chẩn đoán LNMTC là rất thấp. Một nghiên cứu tiến cứu trên 129 phụ nữ bị LNMTC ở bề mặt và ở sâu trong buồng trứng, tỷ lệ hiện mắc và độ chính xác của chẩn đoán bằng khám lâm sàng đã cho thấy: độ nhạy, độ đặc hiệu đã được báo cáo đối với lạc nội mạc tử cung trên buồng trứng lần lượt là 44% và 99%, dây chằng tử cung 50% và 80%, túi cùng Douglas 76% và 92%, âm đạo 73% và 98%, phen trực tràng 78% và 98%, bàng quang tiết niệu 25% và 100%, trực tràng sigma 39% và

97% [9]. Ở phụ nữ khi có triệu chứng nặng nghi ngờ LNMTC, cần xem xét các bước chẩn đoán tiếp theo, bao gồm cả chẩn đoán hình ảnh, ngay cả khi khám lâm sàng bình thường [1].

**Siêu âm:** Bảng 2 cho thấy LNMTC có thể được phát hiện trên siêu âm ở nhiều vị trí trên cùng một bệnh nhân. Vị trí hay gặp nhất ở cơ tử cung chiếm 43,6%, buồng trứng trái 21,4%, buồng trứng phải 18,5%. Vị trí ít gặp nhất là ở cả 2 bên buồng trứng với 8,6%. Theo Nguyễn Bá Thế, Nguyễn Việt Tiến, LNMTC gặp nhiều ở buồng trứng trái (21,2%), buồng trứng phải (28,3%), buồng trứng 2 bên (22,2%), cơ tử cung (18,2%), tầng sinh môn (10,1%) [5]. Kết quả cho thấy có chút khác biệt với kết quả trong nghiên cứu này. Do siêu âm có độ nhạy thấp, phụ thuộc nhiều vào trình độ của bác sỹ siêu âm. Theo ESHRE, LNMTC vùng chậu, siêu âm qua âm đạo cho thấy độ đặc hiệu tốt (95%; 95% CI 89 đến 100%), nhưng độ nhạy kém (65%; 95% CI 27% đến 100%) [1].

**Cộng hưởng từ:** Trong 94 bệnh nhân được làm MRI (bảng 3), vị trí LNMTC được xác định ở cơ tử cung gặp nhiều nhất chiếm 42,6%, ở buồng trứng trái 25,5% và buồng trứng phải 23,4%. Vị trí ít gặp nhất là ở cả 2 bên buồng trứng với 8,5%. Phân bố vị trí LNMTC phát hiện qua MRI có kết quả tương tự như phát hiện trên siêu âm. MRI có độ đặc hiệu và độ nhạy tương tự hoặc tốt hơn so với siêu âm trong chẩn đoán LNMTC [1]. MRI có thể được chỉ định thêm khi siêu âm không đánh giá được hết tính chất, mức độ xâm lấn của khối LNMTC với các cơ quan xung quanh, hoặc khi cần đánh giá tổn thương LNMTC sâu, cần phân biệt giữa bệnh tuyến cơ tử cung và nhân xơ tử cung...

**CA-125:** Có 64 bệnh nhân được làm xét nghiệm CA-125, nồng độ trung bình là  $78,99 \pm 59,31$  UI/ml, nhóm có nồng độ từ 35-100 UI/ml chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,1%, nồng độ CA-125 >100 UI/ml chiếm thấp nhất 18,8%. CA125 là một chỉ báo sinh học của biểu mô phúc mạc nguyên thủy. CA125 tăng cao trong LNMTC, nhưng là một chỉ số không đặc hiệu. CA125 cũng tăng cao trong các trường hợp u buồng trứng biểu mô khác. Một nghiên cứu hệ thống đánh giá độ chính xác chẩn đoán của CA-125 đối với LNMTC, gồm 19 nghiên cứu quan sát tiến cứu và 3 nghiên cứu hồi cứu trên tổng số 3626 người. Bằng cách chỉ bao gồm các nghiên cứu với LNMTC được xác nhận về mặt mô học làm tiêu chuẩn tham chiếu sử dụng ngưỡng 30 đơn vị/ml, Hirsch đã tính toán độ đặc hiệu gộp là 93%, nhưng độ nhạy chỉ có 52% cho tất cả các LNMTC [9]. Chính vì vậy, giá trị của CA 125

trong chẩn đoán LNMTC chỉ có giá trị tham khảo, nó có hỗ trợ chẩn đoán khi nằm ở giới hạn từ 35 UI/ml – 100UI/ml. Cần phối hợp triệu chứng lâm sàng, siêu âm và CA125 sẽ cho chẩn đoán có độ chính xác cao hơn.

**4.2. Kết quả điều trị.** Trong tổng số 406 bệnh nhân LNMTC, chủ yếu được điều trị theo phương pháp nội khoa chiếm 66%, ngoại khoa chiếm 34%. Nguyên tắc điều trị LNMTC là cá thể hóa điều trị hướng đến lợi ích người bệnh, không hướng đến mục tiêu loại bỏ tổn thương và tối ưu hóa điều trị nội khoa, tránh các phẫu thuật lặp đi lặp lại. Chỉ điều trị phẫu thuật khi thất bại với tất cả các điều trị nội khoa hoặc LNMTC có bệnh lý, tình trạng đi kèm khác cần can thiệp phẫu thuật.

**Nội khoa:** 268 bệnh nhân LNMTC điều trị nội khoa, sử dụng thuốc tránh thai kết hợp chiếm 57,6%, sử dụng Progestin 28% và điều trị bằng Dienogest được sử dụng ít nhất với 14,4%. Thuốc viên tránh thai kết hợp thuộc giảm đau bước một có hiệu quả giảm thống kinh, giảm giao hợp đau, giảm đau vùng chậu mạn tính và ngừa thai, ít hiệu quả giảm đau trong LNMTC lạc chỗ (phức mạc, LNMTC sâu). Có thể xem xét kê đơn thuốc tránh thai kết hợp theo chu kỳ hoặc liên tục, không dùng quá 3 tháng nếu không giảm đau, sau đó chuyển đổi sử dụng Dienogest có thể được xem xét [4].

**Ngoại khoa:** 138 bệnh nhân LNMTC điều trị bằng phương pháp ngoại khoa, có 57,3% được phẫu thuật nội soi, cao hơn tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật mở bụng 42,7% (hình 5). Mở mổ hay nội soi ổ bụng có hiệu quả điều trị giảm đau là như nhau, tuy nhiên nội soi ưu tiên lựa chọn vì là phẫu thuật ít xâm lấn, ít đau sau mổ, hồi phục nhanh, nằm viện ngắn ngày, có tính thẩm mỹ... Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung bán phần chiếm cao nhất với 54,2%, cắt tử cung và 1 phần phụ chiếm 22%, cắt tử cung hoàn toàn và phần phụ thấp nhất chiếm 3,4%. Phụ nữ đủ con không đáp ứng với các biện pháp điều trị nội khoa, có thể cân nhắc cắt tử cung, cắt các tổn thương LNMTC đại thể. Phẫu thuật nội soi bóc khối LNMTC chiếm 82,3% cao hơn so với nội soi cắt cả khối LNMTC kèm phần phụ cùng bên chiếm 17,7%. Theo Nguyễn Văn Tuấn bóc khối LNMTC chiếm 85,5%, cắt khối LNMTC và cắt một phần phụ chiếm 4,5% [8]. Vẫn còn nhiều bàn cãi về thái độ xử trí tốt nhất với khối LNMTC. Tuy nhiên các khuyến cáo tùy theo mức độ tổn thương, giai đoạn LNMTC, mức độ dính, tổn thương phối hợp mà phẫu thuật viên sẽ có hướng xử trí thích hợp.

Nhóm bệnh nhân LNMTC phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $4,47 \pm 1,57$  ngày, ngắn hơn nhóm phẫu thuật

mở bụng với  $5,20 \pm 1,25$  ngày, với  $p < 0,05$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung, thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật nội soi là  $3,13 \pm 0,57$  ngày, phẫu thuật mở bụng là  $5,36 \pm 0,93$  ngày với  $p < 0,05$  [10]. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi là thời gian nằm viện ngắn, biến chứng trong và sau mổ ít hơn, sẹo nhỏ và nhanh lành hơn, thời gian phục hồi nhanh hơn và chất lượng cuộc sống cao hơn.

## V. KẾT LUẬN

### 5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tuổi trung bình:  $35,62 \pm 7,74$  và nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là từ 30-39 chiếm 40,5%.

- Triệu chứng lâm sàng: thống kinh chiếm 58,5%, đau bụng vùng chậu chiếm 46,5%, hiếm muộn chiếm 25,5%, sờ thấy khối ở phần phụ chiếm 48% và kích thước tử cung lớn chiếm 43,5%

- Vị trí LNMTTC trên siêu âm: cơ tử cung (43,5%), buồng trứng trái (21,5%), buồng trứng phải (18,5%).

- Vị trí LNMTTC trên MRI: cơ tử cung (42,6%), buồng trứng trái (25,5%), buồng trứng phải (23,4%).

- Nồng độ CA-125 trung bình:  $78,99 \pm 59,31$  UI/ML, đa số từ 35-100 UI/ml (53,1%).

### 5.2. Kết quả điều trị

- Điều trị nội khoa chủ yếu (66%), ngoại khoa (34%).

- Trong điều trị nội khoa thuốc tránh thai kết hợp được sử dụng nhiều nhất (57,6%).

- Phẫu thuật nội soi chiếm 57,4%, phẫu thuật mở bụng chiếm 42,6%.

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi trung bình là  $4,47 \pm 1,57$  ngày, ngắn hơn phẫu thuật

mở bụng trung bình là  $5,20 \pm 1,25$  ngày ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2023): Endometriosis.
2. Agarwal, Sanjay K, Chapron, et al (2019), "Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action", 220, 4, 354. e1-354. e12.
3. Kiesel L, Sourouni M (2019), "Diagnosis of endometriosis in the 21st century", Climacteric, 22, 3, 296-302.
4. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al (2022), "ESHRE guideline: endometriosis, Hum Reprod Open", 2022, 2, 115-119.
5. Nguyễn Bá Phế, Nguyễn Việt Tiến (2010), "Nghiên cứu tình hình chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 7/2005 đến 6/2007", Tạp chí Thông tin y dược, Số tháng 3, tr.28-30.
6. Hirsch M, Duffy JMN, Deguara CS, et al (2017), "Diagnostic accuracy of Cancer Antigen 125 (CA125) for endometriosis in symptomatic women: A multi-center study", Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 210, 102-107.
7. Trần Xuân Trường (2012), "Nghiên cứu vai trò của siêu âm Doppler màu trong chẩn đoán u lạc nội mạc tử cung tại phần phụ", Luận Văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Thừa Thiên Huế.
8. Nguyễn Văn Tuấn (2012), "Nghiên cứu kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng bằng phẫu thuật phối hợp với liệu pháp hỗ trợ chất đồng vận GnRH", Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Thừa Thiên Huế.
9. Hirsch M, Duffy JMN, Deguara CS, et al (2017), "Diagnostic accuracy of Cancer Antigen 125 (CA125) for endometriosis in symptomatic women: A multi-center study", Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 210, 102-107.
10. Nguyễn Thị Kim Dung (2015), "Nhận xét điều trị nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương", Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT VẾT MỖ QUÁ RỖN ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH NGHỆT Ở TRẺ EM

Hoàng Văn Bảo<sup>1</sup>, Trần Ngọc Sơn<sup>2</sup>,  
Trần Văn Quyết<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng Vân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Trình bày kỹ thuật và báo cáo kết quả của chúng tôi về phương pháp phẫu thuật nội soi một vết mổ qua rốn (PTNSMVMQR) điều trị thoát vị bẹn

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Bảo

Email: baobacsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

nguyệt (TVBN) ở trẻ em. Chúng tôi báo cáo kinh nghiệm của mình trên 186 trường hợp. **Phương pháp:** Hồi cứu báo cáo loạt ca bệnh TVBN được PTNSMVMQR tại khoa Ngoại nhi bệnh viện đa khoa Xanh Pôn Hà Nội từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 6 năm 2024. Tất cả các BN đều được phẫu thuật bằng phương pháp PTNSMVMQR, đặt 2 trocar (1 trocar 5mm và 1 trocar 3mm) qua 1 vết rạch da tại rốn dài 10mm, sử dụng panh kẹp ruột 3mm để giải phóng nội dung thoát vị. Sử dụng kim gây tê ngoài màng cứng 17G và một dây chỉ thép để đưa chỉ khâu đóng kín ống phúc tinh mạc ngoài phúc mạc. **Kết quả:** Trong tổng số 4872 bệnh nhân bị thoát vị bẹn được phẫu thuật bằng phương pháp PTNSMVMQR có 186 BN