

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG Ở PHỤ NỮ TỪ 18-52 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC THỦ ĐỨC

Lâm Đức Tâm^{1*}, Nguyễn Thị Kim Ngọc¹, Huỳnh Ngọc Phước²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xuất huyết tử cung bất thường (AUB) là nguyên nhân thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản đến khám phụ khoa, ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của AUB ở phụ nữ từ 18-52 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 80 phụ nữ đến khám vì AUB trong năm 2025. **Kết quả:** Trong trên 80 phụ nữ AUB ghi nhận nhóm tuổi 35-52 chiếm 64%. Lâm sàng thường gặp nhất là hành kinh kéo dài trên 7 ngày (97,5%), với thời gian hành kinh trung bình là 10,31 ± 4,17 ngày. Độ dày nội mạc tử cung trên siêu âm là 9,01 ± 4,77 mm, 48,8% là 5-10 mm. Kết quả sinh thiết nội mạc tử cung ghi nhận tổn thương lành tính chiếm ưu thế, trong đó nội mạc tử cung lành tính (75%) và polyp lòng tử cung (12,5%) là thường gặp nhất; không ghi nhận trường hợp ung thư hay tăng sinh nội mạc tử cung không điển hình. Thiếu máu gặp ở 28,75% trường hợp nhưng không có mối liên quan rõ ràng với kết quả mô bệnh học nội mạc tử cung. **Kết luận:** Trong 80 trường hợp AUB, các tổn thương nội mạc tử cung chủ yếu là lành tính, thường gặp nhất là nội mạc tử cung lành tính và polyp, không ghi nhận ung thư hay tăng sinh không điển hình. Thiếu máu thường gặp nhưng không liên quan đến mô bệnh học, và độ dày nội mạc tử cung đơn thuần không có giá trị chẩn đoán đặc hiệu. Sinh thiết nội mạc tử cung vẫn là phương pháp then chốt trong chẩn đoán và định hướng xử trí.

Từ khóa: AUB, rong kinh, rong huyết, độ tuổi sinh sản.

ABSTRACT

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN WOMEN AGED 18-52 AT THU DUC REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Background: Abnormal uterine bleeding (AUB) is a common reason for gynecologic consultations among women of reproductive age and has a significant impact on health and quality of life. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of abnormal uterine bleeding in women

¹ Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

² Bệnh viện đa khoa khu vực Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2026

Ngày duyệt bài: 2.4.2026

aged 18-52 years at Thu Duc Regional General Hospital. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 50 women presenting with abnormal uterine bleeding in 2025. **Results:** A study of 80 women with abnormal uterine bleeding showed that the majority were aged 35-52 years. The most common clinical manifestation was prolonged menstrual bleeding lasting more than 7 days (97.5%), with a mean duration of 10.31 ± 4.17 days. The mean endometrial thickness on ultrasound was 9.01 ± 4.77 mm, most commonly ranging from 5 to 10 mm (48.8%). Endometrial biopsy results demonstrated a predominance of benign lesions, with normal endometrium (75%) and endometrial polyps (12.5%) being the most frequent findings; no cases of endometrial cancer or atypical endometrial hyperplasia were identified. Anemia was observed in 28.75% of cases but showed no clear association with endometrial histopathological findings. **Conclusion:** Among 80 cases of abnormal uterine bleeding, endometrial lesions were predominantly benign, with normal endometrium and endometrial polyps being the most common findings; no cases of endometrial cancer or atypical hyperplasia were identified. Anemia was frequently observed but was not associated with histopathological findings, and endometrial thickness alone showed no specific diagnostic value. Endometrial biopsy remains a key method for diagnosis and guiding management.

Keywords: Abnormal uterine bleeding, menorrhagia, metrorrhagia, reproductive age.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tử cung bất thường (AUB) là một trong những rối loạn phụ khoa phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, với tỷ lệ phụ nữ gặp AUB dao động từ 9-14%, trong đó nhiều trường hợp cần can thiệp y tế do ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất, tâm lý và chất lượng cuộc sống[5]. Theo Liên đoàn Sản phụ khoa Quốc tế (FIGO), AUB được phân loại theo hệ thống PALM-COEIN, bao gồm các nguyên nhân thực thể và không thực thể. Việc áp dụng hệ thống phân loại này giúp chuẩn hóa chẩn đoán, đánh giá toàn diện đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, từ đó hỗ trợ định hướng quản lý phù hợp cho từng bệnh nhân[5]. Rong kinh được định nghĩa là hành kinh kéo dài trên 7 ngày hoặc lượng máu mất vượt quá 80 ml mỗi chu kỳ, trong khi rong huyết là xuất huyết xảy ra ngoài kỳ kinh nguyệt[7].

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu mô tả đặc điểm AUB ở các nhóm đối tượng khác nhau, nhưng

chưa có sự đồng nhất, trong đó, tại Thành phố Thủ Đức là nơi có điều trị rất nhiều bệnh nhân bị AUB nhưng chưa có dữ liệu chính thức về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của AUB ở phụ nữ từ 18-52 tuổi, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của AUB ở phụ nữ trong độ tuổi này tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức, góp phần cung cấp cơ sở khoa học cho thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu nhóm 80 phụ nữ từ 18-52 tuổi đến khám hoặc nhập viện vì AUB tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Phụ nữ 18-52 tuổi
- Có triệu chứng AUB
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có thai, hậu sản
- AUB do nguyên nhân thực thể rõ ràng hoặc bệnh lý toàn thân nghiêm trọng
- Đang sử dụng các biện pháp tránh thai nội tiết gây rối loạn kinh nguyệt.
- Có sử dụng dụng cụ tử cung (DCTC) gây rối loạn kinh nguyệt
- Không tuân thủ lịch hẹn khám và điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu: 80 trường hợp từ 18-52 tuổi đến khám hoặc nhập viện vì AUB

Phương pháp chọn mẫu: Lấy toàn bộ tất cả trường hợp từ 18-52 tuổi đến khám hoặc nhập viện vì AUB tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức năm 2025.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung: tuổi, dân tộc, nơi cư trú, nghề nghiệp, trình độ văn hóa, tình trạng hôn nhân. Đặc điểm lâm sàng: Tiền căn sản khoa, chu kỳ kinh, thời gian hành kinh, lượng máu kinh, chỉ số khối lượng cơ thể, khám âm đạo. Đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm máu, siêu âm tử cung - phần phụ.

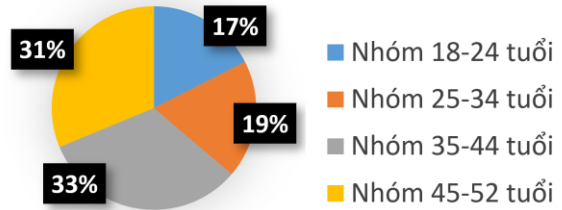
Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Dữ liệu được kiểm tra, mã hóa, nhập liệu, quản lý bằng Excel và phân tích bằng SPSS 27 và được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm cho biến số không liên tục và trung bình, độ lệch chuẩn cho biến số liên tục. Khảo sát tương quan giữa biến danh định dùng phép kiểm Chi bình phương, giữa biến danh định với biến liên tục dùng T- test.

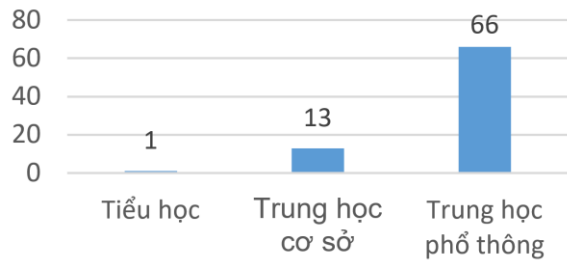
Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 25.375.HV/PCT-HĐĐĐ cấp ngày 30 tháng 6 năm 2025. Số liệu được Trường Đại học Y dược Cần Thơ cho phép sử dụng và công bố. Đảm bảo cam kết không có xung đột trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân loại nhóm tuổi



Biểu đồ 3.2. Trình độ học vấn

Bảng 3.1. Phân loại dân tộc, nghề nghiệp

Đặc điểm		Tần số (n=80)	Tỉ số (%)
Dân tộc	Kinh	80	100
	Khác	00	00
Nghề nghiệp	Nội trợ	32	40
	Công nhân, viên chức	40	50
	Buôn bán	03	3,8
	Học sinh, sinh viên	05	6,2
	Lao động khác	00	00

Bảng 3.2. Phân loại nơi cư trú, tình trạng hôn nhân

Đặc điểm		Tần số (n=80)	Tỉ số (%)
Nơi cư trú	Thành thị	50	62,5
	Nông thôn	30	37,5
Tình trạng kết hôn	Đã kết hôn	69	86,2
	Chưa kết hôn	11	13,8

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Chỉ số khối cơ thể

BMI trước mang thai (kg/m ²)	Tần số (n=50)	Tỷ lệ (%)
< 18,5	04	5
18,5 - 22,9	40	50
23 - 24,9	09	11,2
25 - 29,9	21	26,3
≥ 30	06	7,5
BMI trung bình: 23,60 ± 4,09 kg/m²		

Bảng 3.4. Đặc điểm chu kỳ kinh nguyệt

Chu kỳ kinh nguyệt	Tần số (n=80)	Tỷ lệ (%)
Ngắn (<28 ngày)	0	2
Bình thường (28-≤35 ngày)	74	92,5
Thừa (>35 ngày)	6	7,5
Trung bình: 32,16 ± 2,72 ngày		

Bảng 3.5. Thời gian hành kinh

Thời gian	Tần số (n=80)	Tỷ lệ (%)
Kéo dài (>7 ngày)	78	97,5
Bình thường (≤7 ngày)	2	2,5
Trung bình: 10,31 ± 4,17 ngày		

Bảng 3.6. Lượng máu mất khi hành kinh

Lượng máu mất	Tần số (n=80)	Tỷ lệ (%)
Ít (<30 ml/chu kỳ)	9	11,2
Bình thường (30-≤80ml/chu kỳ)	45	56,3
Nhiều (>80ml/ chu kỳ)	26	32,5

Bảng 3.7. Đặc điểm tiền sử sản khoa

Đặc điểm tiền sử		Tần số (n=80)	Tỷ lệ (%)
Số lần mang thai	Chưa mang thai	21	26,3
	1 - 2 lần	43	53,7
	≥ 3 lần	16	20
Tiền sử nạo hút thai - sảy thai - thai lưu	Có	15	18,8
	Không	65	81,2

Bảng 3.8. Tiền căn bệnh lý đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm tiền sử		Tần số (n=80)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử nội khoa	Có	09	11,3
	Không	71	88,7
Tiền căn sử dụng thuốc nội tiết	Estrogen	1	1,3
	Progestin	0	0
	Estrogen phối hợp progestin	2	2,5
	Thuốc khác	0	0
	Không dùng nội tiết	77	96,2
Tiền sử phẫu thuật phụ khoa	Có	06	7,5
	Không	74	92,5

Bảng 3.9. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (n=80)	Tỷ lệ (%)
Siêu âm			
Độ dày nội mạc tử cung	< 5mm	15	18,7
	5-10mm	39	48,8
	>10mm	26	32,5
Trung bình: 9,01 ± 4,77 mm			
Cấu trúc cơ tử cung	Có bất thường	20	25
	Không bất thường	60	75

3.3. Một số yếu tố liên quan của các yếu tố và nội mạc tử cung

Bảng 3.10. Đặc điểm mô bệnh học và thời gian hành kinh

Số ngày hành kinh	Số ngày hành kinh		Tổng n, (%)
	≤7 ngày (n,%)	>7 ngày (n,%)	
Kết quả sinh thiết			
Nội mạc tử cung lành tính	1 (3,1%)	23 (71,9%)	24 (75%)
Phản ứng màng rụng	0 (0%)	2 (6,25%)	2 (6,25%)
Polyp lòng tử cung	0 (0%)	4 (12,5%)	4 (12,5%)
Tăng sản NMTC đơn giản	0 (0%)	2 (6,25%)	2 (6,25%)
Ung thư, tăng sinh NMTC không điển hình	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tổng	1 (3,1%)	31 (96,9%)	32 (100%)

Bảng 3.11. Đặc điểm mô bệnh học và tình trạng thiếu máu

Kết quả sinh thiết		Thiếu máu	Không thiếu máu (n,%)	Nặng (n,%)	Trung bình (n,%)	Nhẹ (n,%)	Tổng n, (%)
Không sinh thiết			41 (51,25%)	3 (3,75%)	1 (1,25%)	3 (3,75%)	48 (60%)
Có sinh thiết	Nội mạc tử cung lành tính		12 (15%)	1 (1,25%)	4 (5%)	7 (8,75%)	24 (30%)
	Phản ứng màng rụng		2 (2,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,5%)
	Polyp lòng tử cung		1 (1,25%)	0 (0%)	1 (1,25%)	2 (2,5%)	4 (5,0%)
	Tăng sản NMTC đơn giản		1 (1,25%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,25%)	2 (2,5%)
	Ung thư, tăng sinh NMTC không điển hình		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tổng			57 (71,25%)	4 (5%)	6 (7,5%)	13 (16,25%)	80 (100%)

Bảng 3.12. Đặc điểm mô bệnh học và độ dày nội mạc tử cung

Kết quả sinh thiết		NMTC	<5mm	5-10mm	>10mm	Tổng n, (%)
Không sinh thiết			13 (16,25%)	26 (32,5%)	9 (11,25%)	48 (60%)
Có sinh thiết	Nội mạc tử cung lành tính		2 (2,5%)	10 (12,5%)	12 (15%)	24 (30%)
	Phản ứng màng rụng		0 (0%)	1 (1,25%)	1 (1,25%)	2 (2,5%)
	Polyp lòng tử cung		0 (0%)	1 (1,25%)	3 (3,75%)	4 (5%)
	Tăng sản NMTC đơn giản		0 (0%)	1 (1,25%)	1 (1,25%)	2 (2,5%)
	Ung thư, tăng sinh NMTC không điển hình		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tổng			15 (18,75%)	39 (48,75%)	26 (32,5%)	80 (100%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, AUB gặp chủ yếu ở phụ nữ trung niên và tiền mãn kinh, với nhóm tuổi 35-44 chiếm tỷ lệ cao nhất (33%), tiếp theo là nhóm 45-52 tuổi (31%). Phân bố này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo hướng dẫn NICE (2018), AUB thường gặp ở phụ nữ trên 35 tuổi, liên quan đến rối loạn phóng noãn, thay đổi nội tiết và các bệnh lý thực thể của tử cung như u xơ cơ tử cung hay polyp nội mạc [3]. Tại Việt Nam, Trần Doãn Tú ghi nhận độ tuổi trung bình là 41,9 ± 6,3 tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy xu hướng gia tăng AUB theo tuổi sinh sản, đặc biệt ở giai đoạn tiền mãn kinh [2].

Về nơi cư trú, có 62,5% bệnh nhân sống ở khu vực thành thị, có thể do đặc điểm địa bàn nghiên cứu và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế thuận lợi hơn. Phần lớn đối tượng đã kết hôn

(86,2%), phù hợp với cơ cấu tuổi của mẫu nghiên cứu, phản ánh đặc điểm dân số hơn là mối liên quan trực tiếp với AUB. Nhóm nghề nghiệp công nhân, viên chức và nội trợ chiếm tỷ lệ cao, có thể liên quan đến áp lực công việc và stress kéo dài - yếu tố được cho là ảnh hưởng đến trục hạ đồi - tuyến yên - buồng trứng và gây rối loạn kinh nguyệt [5]. Tất cả đối tượng nghiên cứu đều là người Kinh, phù hợp với đặc điểm dân cư khu vực và không cho phép so sánh giữa các nhóm dân tộc[1].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

BMI trung bình là 23,60 ± 4,09 kg/m². Nhóm BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất, tỷ lệ thừa cân và béo phì vẫn chiếm gần một nửa mẫu nghiên cứu. Điều này có ý nghĩa lâm sàng vì thừa cân - béo phì là yếu tố nguy cơ liên quan đến rối loạn phóng noãn và tình trạng estrogen không đối kháng, góp phần làm tăng nguy cơ

AUB. Kết quả phù hợp với các nghiên cứu ấy BMI cao có mối liên quan chặt chẽ với AUB, đặc biệt ở phụ nữ cuối độ tuổi sinh sản và tiền mãn kinh [6].

Về chu kỳ kinh nguyệt, phần lớn bệnh nhân có chu kỳ bình thường từ 28-≤35 ngày (92,5%), trung bình 32,16 ± 2,72 ngày. Thời gian hành kinh kéo dài là biểu hiện nổi bật nhất, với 97,5% bệnh nhân có thời gian hành kinh >7 ngày và trung bình 10,31 ± 4,17 ngày. Kết quả ghi nhận rong kinh là triệu chứng chiếm ưu thế trong nhóm AUB, phù hợp các báo cáo là kéo dài ngày hành kinh là lý do thường gặp để bệnh nhân đến khám phụ khoa [1]. Về lượng máu mất khi hành kinh: lượng máu bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (56,3%) nhưng mất máu nhiều (>80 ml/chu kỳ) vẫn chiếm 32,5%. Điều này cho thấy mức độ nặng của xuất huyết không đồng nhất giữa các bệnh nhân, nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá AUB dựa trên cả thời gian và lượng máu kinh, thay vì chỉ một tiêu chí đơn lẻ.

Đối với tiền sử sản khoa, phần lớn bệnh nhân đã mang thai, trong đó mang thai 1-2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (53,7%), chưa từng mang thai (26,3%) và nhóm mang thai ≥3 lần (20%). Phân bố này phù hợp với tuổi sinh sản và phản ánh thực tế rằng AUB thường gặp ở phụ nữ đã mang thai và sinh con. Một số nghiên cứu cho rằng đa thai và sinh nhiều lần có thể liên quan đến sự thay đổi cấu trúc và chức năng của tử cung, góp phần làm tăng nguy cơ rối loạn kinh nguyệt và AUB [8]. Tiền sử nạo hút thai, sảy thai hoặc thai lưu được ghi nhận ở 18,8% trường hợp. Mặc dù tỷ lệ này không cao, đây vẫn là yếu tố cần lưu ý vì can thiệp buồng tử cung có thể ảnh hưởng nội mạc tử cung, làm thay đổi quá trình bong nội mạc và gây xuất huyết bất thường. Tuy nhiên, do thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, mối liên quan nhân quả giữa tiền sử can thiệp thai kỳ và AUB chưa thể được xác định rõ ràng.

Về tiền căn bệnh lý nội khoa, đa số đối tượng không có bệnh lý nội khoa kèm theo (88,7%), chỉ 11,3% có tiền sử bệnh nội khoa. Kết quả này cho thấy phần lớn trường hợp AUB không liên quan trực tiếp đến bệnh lý toàn thân, phù hợp với tiêu chuẩn loại trừ các bệnh lý nội khoa nặng nên tỷ lệ thấp các trường hợp AUB do nguyên nhân toàn thân. Đối với sử dụng thuốc nội tiết, bệnh nhân không sử dụng thuốc nội tiết trước đó (96,2%). Chỉ một tỷ lệ rất nhỏ có sử dụng estrogen đơn thuần hoặc estrogen phối hợp progestin nên chủ yếu không liên quan đến tác dụng phụ của thuốc nội tiết ngoại sinh, đồng thời phản ánh thực hành lâm sàng tại cơ sở

nghiên cứu, nơi việc sử dụng nội tiết không phổ biến trước khi bệnh nhân đến khám vì xuất huyết bất thường. Tiền sử phẫu thuật phụ khoa là 7,5% đối tượng, tỷ lệ thấp này cho thấy phẫu thuật phụ khoa không phải là yếu tố phổ biến trong quần thể nghiên cứu và ít có vai trò trong cơ chế AUB ở nhóm bệnh nhân này.

Về cận lâm sàng: siêu âm tử cung- phần phụ có độ dày nội mạc tử cung trung bình là 9,01 ± 4,77 mm, nhóm độ dày từ 5-10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,8%), tiếp theo là nhóm >10 mm (32,5%) và <5 mm (18,7%). Kết quả phản ánh sự đa dạng về tình trạng nội mạc tử cung ở bệnh nhân AUB, đặc biệt trong quần thể nghiên cứu gồm phụ nữ ở tuổi sinh sản và tiền mãn kinh. Theo các khuyến cáo của FIGO và ACOG, độ dày nội mạc tử cung ở phụ nữ tiền mãn kinh có thể thay đổi đáng kể theo pha của chu kỳ kinh nguyệt, do đó giá trị cắt tuyệt đối (ví dụ >10 mm) không nên được sử dụng đơn lẻ để chẩn đoán bệnh lý nội mạc, mà cần được diễn giải kết hợp với triệu chứng lâm sàng, tuổi và yếu tố nguy cơ đi kèm như béo phì, không phóng noãn hoặc tiền sử dùng estrogen không đối kháng. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có nội mạc >10 mm tương đối cao, nhưng không đồng nghĩa với tăng sinh hay ác tính nội mạc, nhất là khi chưa chuẩn hóa thời điểm siêu âm theo chu kỳ kinh.

Về cấu trúc cơ tử cung, siêu âm ghi nhận 25% trường hợp có bất thường, trong khi 75% không phát hiện tổn thương cấu trúc. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác, có thể được lý giải bởi tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu loại bỏ trường hợp AUB do nguyên nhân thực thể rõ ràng như u xơ cơ tử cung lớn hoặc polyp nội mạc được chẩn đoán trước đó. Ngoài ra, việc chỉ sử dụng siêu âm ngã bụng hoặc ngã âm đạo thông thường, không kết hợp các kỹ thuật chuyên sâu như siêu âm bơm nước buồng tử cung (SIS) hay nội soi buồng tử cung, có thể làm giảm khả năng phát hiện tổn thương cấu trúc nhỏ.

4.3. Mối liên quan giữa các yếu tố và nội mạc tử cung

Bảng 3.10 các trường hợp được sinh thiết nội mạc tử cung thuộc nhóm có thời gian hành kinh kéo dài trên 7 ngày (96,9%). Trong nhóm này, nội mạc tử cung lành tính chiếm tỷ lệ cao nhất (75%), tiếp theo là polyp lòng tử cung (12,5%), phản ứng màng rụng và tăng sản nội mạc tử cung đơn giản (mỗi loại 6,25%). Không ghi nhận trường hợp ung thư hoặc tăng sinh nội mạc tử cung không điển hình. Kết quả này tương đồng

với các nghiên cứu trước đó, trong đó polyp và mô học lành tính là tổn thương mô học thường gặp ở phụ nữ có AUB, và độ dày nội mạc tử cung tăng ở nhóm tổn thương bất thường. Một nghiên cứu trên 102 bệnh nhân AUB cho thấy có mối tương quan tích cực giữa độ dày nội mạc tử cung trên siêu âm và bất thường mô bệnh học, đặc biệt, trường hợp có độ dày lớn hơn ngưỡng được thiết lập, đề cao vai trò siêu âm như một chỉ số ban đầu trong đánh giá AUB [4].

Về mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu và kết quả mô bệnh học, nhóm không thiếu máu chiếm đa số (71,25%); với kết quả sinh thiết có nội mạc tử cung lành tính là 30% và mức độ thiếu máu phân bố rải rác ở nhóm tổn thương. Điều này cho thấy thiếu máu chủ yếu phản ánh mức độ và thời gian mất máu hơn là bản chất mô bệnh học của tổn thương nội mạc tử cung, phù hợp các nghiên cứu đánh giá siêu âm và mô bệnh học, rằng mô học lành tính (như polyp hay tăng sinh không ác tính) vẫn chiếm tỷ lệ cao trong AUB và thiếu máu không nhất thiết là dấu hiệu chỉ điểm của tổn thương ác tính [9].

Theo bảng 3.12 độ dày nội mạc tử cung từ 5-10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,75%). Các tổn thương như polyp lòng tử cung và tăng sản nội mạc tử cung đơn giản có xu hướng gặp nhiều hơn ở nhóm nội mạc >10 mm nhưng tỷ lệ thấp. Không ghi nhận trường hợp ung thư hoặc tăng sinh nội mạc tử cung không điển hình. Một số nghiên cứu siêu âm mô bệnh học trước đó chỉ ra rằng độ dày nội mạc tử cung tăng có thể liên quan đến tổn thương nội mạc bất thường và polyp, tuy nhiên độ dày nội mạc đơn thuần không đủ để chẩn đoán phân biệt tổn thương lành tính hoặc ác tính, và độ dày phải được cân nhắc cùng các đặc điểm siêu âm và lâm sàng khác để định hướng chỉ định sinh thiết [4].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 80 trường hợp được đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học nội mạc tử cung, kết quả cho thấy tổn thương nội mạc tử cung lành tính chiếm 100%, trong đó nội mạc tử cung lành tính và polyp lòng tử cung là hình thái thường gặp nhất. 97,5% bệnh nhân có biểu hiện hành kinh kéo dài trên 7 ngày, tuy nhiên không ghi nhận trường hợp ung thư hay tăng sinh nội mạc tử cung không điển hình trong nhóm nghiên cứu.

Tình trạng thiếu máu thường gặp ở bệnh nhân AUB phản ánh mức độ và thời gian mất máu hơn là mức độ ác tính của tổn thương; không có

mối liên quan mô bệnh học với tổn thương nội mạc tử cung.

Độ dày nội mạc tử cung trên siêu âm là 5-10 mm. Tổn thương như polyp lòng tử cung và tăng sản nội mạc tử cung đơn giản gặp ở nhóm nội mạc >10 mm.

Sinh thiết nội mạc tử cung chẩn đoán nguyên nhân AUB, giúp loại trừ tổn thương ác tính và định hướng xử trí, đặc biệt có triệu chứng kéo dài hoặc đáp ứng điều trị kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tuấn Minh, Đỗ Tuấn Đạt, Đặng Thị Minh %J Tạp chí Y học Việt Nam Nguyệt (2023), "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân rong kinh rong huyết cơ năng tuổi trẻ và tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương", 528(2).
2. Doãn Tú Trần, Minh Đạt Hồ, Phước Thành Lê, et al (2023), "Đánh giá tình trạng chảy máu bất thường từ tử cung dựa vào biểu đồ PBAC ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và các yếu tố liên quan", *Tạp chí Phụ sản*, 21(3), pp. 60-66.
3. Laura A Douglass, Andrew M Davis (2020), "Assessment and management of heavy menstrual bleeding", 323(3), pp. 270-271.
4. Preeti F. Lewis, Shreya Gupta (2025), "Correlation between endometrial thickness and histopathological report in patients with abnormal uterine bleeding: a prospective study", *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 14(7), pp. 2216-2219.
5. Malcolm G Munro, Hilary OD Critchley, Ian S Fraser, et al (2018), "The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions", *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 143(3), pp. 393-408.
6. Achala Sahai Sharma, Sandhya Gupta (2019), "Analysis of body mass index in patients with abnormal uterine bleeding", *Int J Clin Obstet Gynaecol*, 3(1), pp. 92-95.
7. Ioannis Tsakiridis, Sonia Giouleka, Georgia Koutsouki, et al (2022), "Investigation and management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women: a descriptive review of national and international recommendations", 27(6), pp. 504-517.
8. Reema Verma, Usha Madhulika Horo, Shashi Bala Singh (2025), "Examining the association between body mass index and abnormal uterine bleeding: a cross-sectional study among women in a tertiary care gynaecology outpatient setting", *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 14(9), pp. 2951-2955.
9. A. Ozer, S. Ozer, M. Kanat-Pektas (2016), "Correlation between transvaginal ultrasound measured endometrial thickness and histopathological findings in Turkish women with abnormal uterine bleeding", *J Obstet Gynaecol Res*, 42(5), pp. 573-8.