

## ĐIỀU TRỊ QUÁ SẴN NIÊM MẠC TỬ CUNG ĐIỂN HÌNH BẰNG MIRENA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào<sup>1</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Quá sản niêm mạc tử cung (QSNMTC) điển hình có thể dẫn tới ung thư niêm mạc tử cung nếu không được điều trị và theo dõi đúng cách. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị các trường hợp QSNMTC điển hình bằng dụng cụ tử cung Mirena. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu có theo dõi dọc. **Kết quả:** Tại thời điểm 6 tháng sau đặt tỷ lệ lượng máu kinh ít chiếm 78%, vô kinh chiếm 10,7%. Độ dày niêm mạc ở thời điểm 6 tháng sau đặt mỏng chiếm 85,7%. Tỷ lệ tụt DCTC chiếm 9,7%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng đặt dụng cụ tử cung nội tiết có tác dụng điều trị quá sản niêm mạc tử cung hiệu quả.

**Từ khóa:** quá sản niêm mạc tử cung, mirena

### SUMMARY

#### TREATMENT OF NON – ATYPICAL ENDOMETRIAL HYPERPLASIA BY MIRENA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Endometrial hyperplasia (non - atypia) can lead to endometrial cancer if not treated and monitored properly. **Objectives:** To evaluate the treatment results of EH non - atypia by the Intra Uterine device with progestin Mirena. **Methods:** Cross sectional study prospectively with longitudinal follow-up. **Results:** After 6 months of using mirena, the rate of low menstrual blood volume accounted for 78%, amenorrhea accounted for 10.7%. The thickness of the endometrium less than 4 mm accounted for 85.7%. The rate of IUD withdrawal accounted for 9.7%. **Conclusion:** The results of the study suggest that the placement of mirena is effective in treating endometrial hyperplasia.

**Keywords:** endometrial hyperplasia, mirena

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá sản niêm mạc tử cung là bệnh lý tương đối phổ biến, ở các nước phương tây mỗi năm có khoảng 200.000 ca mắc mới.<sup>1</sup> Bản chất của QSNMTC liên quan tới tình trạng nội mạc tử cung (NMTC) chịu tác động đơn độc liên tục kéo dài của estrogen mà không có sự tác động kế tiếp hiệp đồng đối kháng của progesteron. Do đó NMTC phát triển dày lên không chế tiết và khi bong không gọn, không triệt để, do đó gây nên

tình trạng chảy máu kéo dài. QSNMTC có tiềm năng trở thành ung thư NMTC nếu không được chẩn đoán sớm, điều trị đúng đắn, kịp thời.<sup>2</sup> Theo phân loại của World Health Organization 2014, QSNMTC chia thành 2 nhóm riêng: nhóm điển hình (typia) và nhóm không điển hình (atypia). Đối với QSNMTC điển hình có triệu chứng điều trị cắt tử cung không phải là lựa chọn số một. Các phương pháp điều trị bảo tồn tử cung gồm có: sử dụng progestin đường uống, đặt dụng cụ tử cung có progestin và soi buồng tử cung cắt đốt niêm mạc hoặc đặt bóng nhiệt vào buồng tử cung.<sup>3</sup> Nghiên cứu của chúng tôi có mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị các trường hợp QSNMTC điển hình bằng dụng cụ tử cung Mirena.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả những bệnh nhân đặt dụng cụ tử cung Mirena để điều trị bệnh lý quá sản niêm mạc tử cung điển hình.

#### 2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân QSNMTC có giải phẫu bệnh lý là QSNMTC điển hình, đồng ý tham gia nghiên cứu và theo dõi sau đặt DCTC Mirena ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

#### 2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các chống chỉ định đặt dụng cụ tử cung và các chống chỉ định của điều trị nội tiết progesterone như: nhiễm khuẩn đường sinh dục, ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân, tổn thương nghi ngờ ở cổ tử cung, bệnh lý toàn thân mãn tính:

- Buồng tử cung rộng từ 10cm trở lên
- Đang muốn có thai tiếp trong thời gian tới, chưa có con hoặc không muốn đặt DCTC

#### 2.3. Tiêu chuẩn ngừng nghiên cứu

- Bản thân các đối tượng nghiên cứu: có quyền không tiếp tục tham gia nghiên cứu ở bất cứ thời điểm nào.

- Khi đối tượng nghiên cứu có tác dụng phụ nghiêm trọng đe dọa đến sức khỏe: ví dụ triệu chứng đau nửa đầu hoặc viêm tắc mạch... ngừng và kết thúc nghiên cứu.

#### 2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 7/2020 đến tháng 2/2021  
- Địa điểm: Khoa Phụ A5 – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

#### 2.5. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.4.2022

tả tiến cứu, có theo dõi dọc.

**2.6. Phương pháp chọn mẫu.** Phương pháp chọn toàn bộ, lựa chọn tất cả các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu sẽ được tư vấn kĩ về hiệu quả và các tác dụng phụ. Được hướng dẫn các thay đổi về kinh nguyệt đặc biệt là tình trạng rong huyết hoặc

mất kinh khi mới sử dụng. Bệnh nhân được tái khám và siêu âm lại tại thời điểm 1,3,6 tháng sau khi đặt mirena.

**2.7. Xử lý số liệu vào đạo đức nghiên cứu.** Các số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học để xử lý số liệu.

Đề tài được thông qua tại Hội đồng Y Đức bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1.** Sự thay đổi độ dày niêm mạc tử cung

Độ dày NMTC	Trước điều trị hút BTC 31 bệnh nhân (1)	Sau 1 tháng 29 bệnh nhân (2)	Sau 3 tháng 28 bệnh nhân (3)	Sau 6 tháng 28 bệnh nhân (4)
Mỏng < 4 mm	0 (0,0%)	0 (0,0%)	18 (64,3%)	24 (85,7%)
Trung bình ≥ 4 - 8mm	4 (12,9%)	26 (89,7%)	10 (35,7%)	4 (14,3%)
Dày > 8mm	27 (87,1%)	3 (10,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
p	$p_{21}<0,05; p_{31}<0,01; p_{41}<0,01$			

**Nhận xét:** - Độ dày niêm mạc tử cung giảm dần theo thời gian.

- Khác biệt có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng với  $p < 0,05$ .

**Bảng 2.** Thay đổi số ngày ra kinh của bệnh nhân nghiên cứu

Số ngày ra kinh	Trước điều trị 31 bệnh nhân (1)	Sau 1 tháng 29 bệnh nhân (2)	Sau 3 tháng 28 bệnh nhân (3)	Sau 6 tháng 28 bệnh nhân (4)
< 7 ngày	0 (0,0%)	4 (13,8%)	22 (78,6%)	24 (85,7%)
7 - 14	21 (67,7%)	19 (65,5%)	6 (21,4%)	4 (14,3%)
15 - 30	3 (9,7%)	6 (20,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
> 30	7 (22,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
p	$p_{21}<0,05; p_{31}<0,01; p_{41}<0,01$			

**Nhận xét:** - Số ngày ra kinh giảm dần có ý nghĩa thống kê sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng điều trị với  $p < 0,05$ .

- Sau 1 tháng tỷ lệ rong kinh 15-30 ngày chiếm 9,7%, rong kinh 7-14 ngày chiếm 67,7%.

- Tỷ lệ kinh < 7 ngày sau 3 tháng chiếm tới 78,6% và sau 6 tháng chiếm tới 85,7%.

- Tỷ lệ rong kinh 7-14 ngày sau 3 tháng chiếm 21,4% và sau 6 tháng chiếm 14,3%.

**Bảng 3.** Thay đổi lượng kinh của bệnh nhân nghiên cứu

Lượng kinh	Trước điều trị 31 bệnh nhân (1)	Sau 1 tháng 29 bệnh nhân (2)	Sau 3 tháng 28 bệnh nhân (3)	Sau 6 tháng 28 bệnh nhân (4)
Không có kinh	0 (0,0%)	1 (3,4%)	3 (10,7%)	3 (10,7%)
Ít	0 (0,0%)	2 (6,7%)	8 (28,6%)	22 (78,6%)
Trung bình	14 (45,2%)	21 (72,4%)	17 (60,7%)	3 (10,7%)
Nhiều	17 (54,8%)	5 (17,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
p	$p_{21}<0,05; p_{31}<0,01; p_{41}<0,01$			

**Nhận xét:** - Số lượng kinh giảm đi có ý nghĩa thống kê sau 1 tháng với  $p < 0,05$  và rất có ý nghĩa sau 3 và 6 tháng với  $p < 0,01$ .

- Sau 3-6 tháng sử dụng thì không còn bệnh nhân nào có số lượng kinh ra nhiều nhưng có 10,7% bệnh nhân không có kinh.

**Bảng 4.** Tác dụng không mong muốn sau đặt DCTC Mirena

Tác dụng không mong muốn	n	%
Khí hư nhiều	12	38,7
Giảm ham muốn TD	4	12,9
Khó chịu do dây DCTC	0	0,0
Trứng cá	0	0,0
Nám da	0	0,0

Cương vú	0	0,0
Tăng cân	1	3,2

**Nhận xét:** - Có 12/31 bệnh nhân có ra khí hư chiếm 38,7% và có 4/31 bệnh nhân có giảm ham muốn TD chiếm 12,9%.

- Hầu hết các tác dụng phụ xuất hiện sau khi dùng DCTC Mirena 1 tháng. Riêng đối với tác dụng tăng cân xuất hiện sau 3 tháng sử dụng.

**Bảng 5. Tình trạng sử dụng Mirena sau đặt DCTC Mirena**

Tình trạng	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	Tổng
Tụt	2(6,5%)	1(3,6%)	0(0,0%)	3(9,7%)
Tháo	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Tiếp tục	29 93,5%	28 96,4	28 100,0%	28 90,3%
<b>Tổng</b>	<b>31 100,0%</b>	<b>29 100,0</b>	<b>28 100,0%</b>	<b>31 100,0%</b>

**Nhận xét:** - Trong khoảng 1 tháng sau đặt có 2 bệnh nhân bị tụt Mirena chiếm 6,5%

- Trong thời gian từ 1 – 3 tháng sau đặt có 1 bệnh nhân bị tụt Mirena chiếm 3,6%

- Tổng số có 3/31 bệnh nhân bị tụt Mirena trong vòng 6 tháng chiếm 9,7%.

**Bảng 6. Nguy cơ tụt Mirena và chiều dài buồng tử cung**

Nhóm	Chiều dài buồng tử cung	p
Không tụt (n = 28)	8,0 ± 0,5	<b>&lt; 0,01</b>
Tụt (n = 3)	9,2 ± 0,3	

**Nhận xét:** Chiều dài buồng tử cung của nhóm không tụt Mirena là 8,0 ± 0,5cm ngắn hơn so với nhóm bị tụt Mirena là 9,2 ± 0,3cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

#### IV. BÀN LUẬN

Quá sản niêm mạc tử cung điển hình có nguy cơ chuyển biến thành ung thư niêm mạc tử cung với tỷ lệ 5% trong vòng 20 năm. Việc điều trị các trường hợp QSNMTC điển hình có rối loạn kinh nguyệt bằng progesterone là cần thiết. Khuyến cáo mức độ A của RCOG chỉ ra rằng: DCTC có progesterin hiệu quả tốt hơn và ít tác dụng không mong muốn hơn progesterin đường uống.<sup>2</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận được 31 bệnh nhân quá sản niêm mạc tử cung và có kết quả giải phẫu bệnh lý là QSNM dạng điển hình. Trong 6 tháng theo dõi sau đặt mirena những kết quả thu được như sau.

➤ **Sự thay đổi độ dày niêm mạc tử cung.** Bệnh nhân được siêu âm đo độ dày NMTC tại các thời điểm trước đặt Mirena, sau đặt 1, 3, 6 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ dày niêm mạc tử cung có xu hướng giảm đi ở thời điểm sau điều trị 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng và sự thay đổi có khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05 đến p < 0,01). Theo Nguyễn Ngọc Minh,<sup>4</sup> cũng cho thấy hiệu quả của DCTC trên độ dày NMTC. Hình ảnh NMTC phản ánh gián tiếp thực trạng rong kinh rong huyết (RKRH). Hiện tượng RKRH giảm dần và có xu hướng trở lại những CKKN bình thường, đặc biệt ở những bệnh nhân

có số ngày hành kinh < 7 ngày. Sau 3-6 tháng điều trị thì không còn bệnh nhân nào có NMTC dày > 8mm. Đặc biệt tỷ lệ bệnh nhân có NMTC dày trước điều trị là 87,1% đã giảm xuống 10,3% chủ yếu do thủ thuật hút buồng tử cung. Còn lại hiệu quả giúp làm mỏng NMTC sau 3 – 6 tháng sau đặt Mirena chủ yếu do lượng hormone có trong DCTC giải phóng mỗi ngày. Chính điều này mang lại hiệu quả lâu dài sau 3-6 tháng, giúp bệnh nhân hài lòng với phương pháp điều trị này.

➤ **Thay đổi đặc điểm kinh nguyệt sau đặt DCTC Mirena.** QSNMTC có bệnh cảnh lâm sàng quá nghèo nàn ngoại trừ tình trạng rong kinh rong huyết (RKRH) ở các mức độ khác nhau do đó theo dõi sau điều trị tình trạng RKRH trên lâm sàng thuyên giảm đồng nghĩa với việc bệnh lý QSNMTC đã dẫn thuyên giảm hoặc đã khỏi bệnh. Sau đặt DCTC Mirena, số ngày và lượng kinh giảm dần có ý nghĩa thống kê sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng điều trị với p < 0,05. Sau 3-6 tháng sử dụng thì không còn bệnh nhân nào có số lượng kinh ra nhiều. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả điều trị của Nguyễn Ngọc Minh, tác giả điều trị QSNMTC bằng progesterin đường uống.<sup>4</sup> Sau ba tháng điều trị, tình trạng RKRH ở nhóm điều trị thêm bằng progesterin giảm hẳn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Sau 3 tháng điều trị, bệnh nhân hành kinh kéo dài dưới 7 ngày ở nhóm dùng progesterin chiếm 94,4% cao hơn hẳn nhóm chứng là 63,9%. Tỷ lệ bệnh nhân hành kinh kéo dài từ 7 đến 14 ngày chỉ là 1,8% ở nhóm dùng progesterin so với 8,3% ở nhóm chứng. Sau sáu tháng điều trị 95,4% có kinh nguyệt bình thường cao hơn nhóm chứng là 60,2%. Tại thành phố Hồ Chí Minh, tác giả Phạm Việt Thanh điều trị cho 30 bệnh nhân bị RKRH bằng phương pháp bóng nhiệt (thermal balloon) cho thấy sau một tháng điều trị có 16 bệnh nhân (53,33%) có kinh nguyệt ít đi, 5 bệnh nhân (16,67%) mất kinh hoàn toàn, 8 bệnh nhân (26,67%) vẫn còn rong kinh và 1 bệnh nhân (3,33%) tình trạng ra máu vẫn nhiều như trước khi điều trị sau 6 tháng điều trị có đến 26 bệnh nhân (86,66%) bị mất kinh 119 hoàn toàn, 3 bệnh nhân (10%) kinh ít đi, và vẫn còn 1 bệnh nhân (3,33%) vẫn ra máu nhiều như trước khi được điều trị. J. Donez và cộng sự ở học viện St. Luc's (Bruxen - Bỉ) tiến hành đốt laser NMTC để điều trị RKRH cho 100 bệnh nhân. Sau 6 tháng điều trị và theo dõi có 69% bệnh nhân mất kinh, 21% bệnh nhân ra máu thấm giọt (spotting) khi hành kinh, 5% bệnh nhân kinh nguyệt ít đi, 4% kinh nguyệt được cải thiện tốt

hơn trước khi điều trị, chỉ còn 1% vẫn rong huyết.<sup>5</sup> Thomas Justin Clark và cộng sự tiến hành phương pháp đốt bóng nhiệt để điều trị RKRH cho 50 bệnh nhân ở bệnh viện Birmingham (Anh Quốc). Như vậy, kết quả trong nghiên cứu này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới bằng phương pháp bóng nhiệt hoặc đốt laser NMTC. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả tốt là 85,7%, của Phạm Việt Thanh với phương pháp bóng nhiệt là 96,78%, của Thomas Justin Clark cũng bằng phương pháp bóng nhiệt là 98%. J. Donez và cộng sự bằng phương pháp đốt laser NMTC kết quả tốt là 95%. Do vậy, sau hút buồng tử cung thì nên điều trị bổ trợ phù hợp với quan điểm của nhiều tác giả nhận xét rằng QSNMTC nếu chỉ được nạo buồng tử cung đơn thuần sẽ lại tái phát chừng 30%.<sup>4,5</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số ngày ra kinh giảm dần có ý nghĩa thống kê sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng điều trị với  $p < 0,05$ . Như vậy có thể thấy, bệnh nhân sau 6 tháng đặt DCTC Mirena, số chu kỳ kinh ít tăng lên, tỷ lệ rong kinh giảm và tỷ lệ vô kinh tăng lên.

➤ **Tác dụng không mong muốn của bệnh nhân nghiên cứu.** Trong 31 bệnh nhân, có 12/31 bệnh nhân có ra khí hư chiếm 38,7% và có 4/31 bệnh nhân có giảm ham muốn tình dục chiếm 12,9%, không có bệnh nhân nào có biểu hiện cương vú. Kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Minh<sup>3</sup>: dấu hiệu cương vú chiếm tỷ lệ cao nhất là 7,3%, hai trường hợp nổi mụn trứng cá khi đến kỳ kinh và hai trường hợp thấy tăng nám da chiếm 3,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Lei Li,<sup>6</sup> nghiên cứu của tác giả cho thấy tỷ lệ đau đầu là 0,6%, cương vú là 0,7%, mụn trứng cá 0,9%, đau bụng dưới 5% và thay đổi tính khí 0,8%, nang buồng trứng tồn dư 2,7%, thay đổi dịch âm đạo 1,4%.

➤ **Tình trạng sử dụng Mirena sau đặt DCTC Mirena.** Trong khoảng 1 tháng sau đặt có 2 bệnh nhân bị tụt Mirena chiếm 6,5%. Trong thời gian từ 1 – 3 tháng sau đặt có thêm 1 bệnh nhân bị tụt Mirena chiếm 3,6%. Trong khoảng thời gian từ 3 – 6 tháng sau đặt thì không còn bệnh nhân nào bị tụt. Có thể thấy tụt DCTC xuất hiện ở bệnh nhân có kèm UXTC hoặc sau những chu kỳ kinh bất thường, lượng máu kinh rất nhiều làm DCTC Mirena bị trục xuất ra ngoài. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Phạm Thị Tân<sup>7</sup> tỷ lệ ngưng điều trị sớm là 14,5% có 2 trường hợp ngưng nghiên cứu do tác dụng phụ chiếm 3,6%. Theo Nguyễn Đức Vinh với tỷ lệ

ngưng nghiên cứu sớm là 6% và ngưng nghiên cứu do tác dụng phụ là 3,8%. Tỷ lệ ngưng điều trị sớm của các nghiên cứu khác nhau có thể cỡ mẫu nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu khác nhau.

➤ **Nguy cơ tụt Mirena và chiều dài buồng tử cung.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều dài buồng tử cung của nhóm bệnh nhân không tụt Mirena là  $8,0 \pm 0,5$  cm ngắn hơn so với nhóm bị tụt Mirena là  $9,2 \pm 0,3$  cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Minh cho thấy đường cong ROC mô tả giá trị tiên lượng của độ dài BTC và tình trạng tụt DCTC.<sup>4</sup> Diện tích dưới đường cong là 0,776 có ý nghĩa tiên lượng độ dài BTC với tình trạng tụt DCTC với  $p = 0,01 < 0,05$ , mức ý nghĩa 95%. Với điểm cắt là 8,75cm trở lên sẽ làm tăng với nguy cơ tụt DCTC. Bệnh nhân có độ dài BTC  $\geq 8,75$  cm thì nguy cơ tụt DCTC gấp 1,35 lần những trường hợp có độ dài BTC  $< 8,75$ cm. Độ dài BTC là một yếu tố quan trọng để bác sĩ tiến hành thủ thuật cân nhắc quyết định đặt DCTC cho bệnh nhân và tư vấn nguy cơ tụt DCTC Mirena trên những trường hợp có nguy cơ cao có BTC  $\geq 9$ cm (trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân), kèm theo bệnh lạc tuyến cơ tử cung có thống kinh nặng hoặc ra máu kinh nhiều, bằng kinh nguy cơ tụt DCTC Mirena cao hơn. Theo khuyến cáo thì nên đặt DCTC với độ dài BTC 6-9cm. Tác giả Park D.S nhận thấy tỷ lệ trục xuất DCTC Mirena là 37,5% là rất cao trên bệnh nhân có bệnh lạc tuyến cơ tử cung có kích thước lớn (thể tích tử cung tương đương với tử cung có thai 12 tuần) nên rõ ràng chỉ nên sử dụng Mirena ở bệnh nhân có kích thước tử cung bình thường. Kinh nghiệm lâm sàng của chúng tôi nhận thấy trên bệnh nhân có buồng tử cung rộng, đẻ nhiều lần hoặc hở eo tử cung tăng nguy cơ trục xuất DCTC tránh thai nói chung. Do vậy, trước khi tiến hành can thiệp thì bác sĩ phụ khoa cần phải tư vấn cho khách hàng nguy cơ tụt DCTC, tư vấn các dấu hiệu theo dõi và thăm khám định kỳ kiểm tra vị trí của DCTC Mirena.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu này chỉ ra rằng: số ngày ra kinh và lượng kinh giảm dần sau khi đặt Mirena 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Tỷ lệ tụt DCTC chiếm 9,7% và gặp ở các trường hợp buồng tử cung lớn hơn 9cm. Các tác dụng không mong muốn gặp chủ yếu là ra khí hư và giảm ham muốn tình dục với tỷ lệ 38,7% và 12,9%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chandra, V., Kim, J. J., Benbrook, D. M., Dwivedi, A., & Rai, R. (2016). Therapeutic

- options for management of endometrial hyperplasia. *Journal of gynecologic oncology*, 27(1), e8. <https://doi.org/10.3802/jgo.2016.27.e8>
2. **Yuk JS SJ, Lee JH, Park WI, Ahn HS, Kim HJ,.** Levonorgestrel-releasing intrauterine systems versus oral cyclic medroxyprogesterone acetate in endometrial hyperplasia therapy: a meta-analysis. *Annals of Surgical Oncology* 2017;25(5):1322-1329.
  3. **Gallos, I. D., Alazzam, M., Clark, T. J., Faraj, R., Rosenthal, A., Smith, P. P., & Gupta, J. K. (2016).** Management of endometrial hyperplasia. *RCOG/BSGE Green-top Guideline*, 67, 1-30.
  4. **Nguyễn Ngọc Minh, Nguyễn Đức Vi, Dương Thị Cường.** Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị quá sản nội mạc tử cung bằng lynestrenol. *Trường Đại học Y Hà Nội*; 2005.
  5. **J. Donez TC, Kauderer J, Zaino R, Silverberg S, Lim PC, Burke JJ, et al.** Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 2006; 106(4):812-819.
  6. **Lei Li VG, Marks J, Tureanu V, Abu-Rafea B, Vilos AG,.** The levonorgestrel intrauterine system Is an eAective treatment in selected obese women with abnormal uterine bleeding *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2011;18(1):75-80.
  7. **Hà Duy Tiên, Phạm Thị Tân, Nguyễn Ngọc Phương, et al.** Hiệu quả của dụng cụ tử cung Mirena trong điều trị một số bệnh lý lành tính của tử cung. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 504(1):205-208.

## U HẠCH HIẾM GẶP Ở VỊ TRÍ MÁNG CẢNH TRÁI: THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Anh Huy<sup>2</sup>, Nguyễn Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Gia<sup>2</sup>,  
Nguyễn Duy Thắng<sup>1,2</sup>, Vũ Ngọc Tú<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Một bệnh nhân nam 33 tuổi với tiền sử khỏe mạnh vào viện vì chứng mất ngủ tăng dần và đôi khi có khó thở khi ngủ không do các nguyên nhân công việc, gia đình hay tâm lý. Khám lâm sàng không phát hiện dấu hiệu đặc biệt nào. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CT) và cộng hưởng từ (MRI) sọ não phát hiện một khối u ở vùng khoang cảnh trái. Sau đó bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật lấy bỏ khối u, giải phẫu bệnh là Ganglioneuroma. Bệnh nhân tái khám sau đó 1 tháng và đã không còn các triệu chứng gây khó chịu.

### SUMMARY

#### RARELY CERVICAL GANGLIONEUROMA: A CASE REPORT

A 33-year-old man with a previously healthy history was admitted to the hospital with insomnia and sleep apnea that persisted for several days. On clinical examination, no special symptoms were found. CT and MRI revealed a posterior left carotid structure that did not invade surrounding tissues. The patient underwent surgery to remove the tumor, histology is Ganglioneuroma. One month after surgery, the patient no longer had any unpleasant symptoms.

**Keywords:** Ganglioneuroma, carotid artery, Hanoi Medical University Hospital.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch Lồng ngực – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 12.4.2022

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U hạch (Ganglioneuroma) là một khối u lành tính của hệ thần kinh giao cảm, có thể xuất hiện dọc theo các hạch giao cảm cạnh đốt sống, từ cổ đến xương chậu, và đôi khi ở tủy thượng thận.<sup>4</sup> Khối u thường phát triển không có triệu chứng ở bệnh nhân dưới 20 tuổi và được chẩn đoán tình cờ trong các xét nghiệm hình ảnh được yêu cầu vì các lý do khác. Mặc dù bản chất lành tính của nó, sự chuyển đổi thành Schwannoma ác tính đã được ghi nhận trong một số trường hợp và nó có liên quan đến các khối u như Pheochromocytoma.<sup>4,5</sup> U hạch được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ có tiên lượng tốt. Chúng tôi báo cáo một bệnh nhân với khối u ở máng cảnh trái được chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện của Đại học Y Hà Nội, thông qua trường hợp này, chúng tôi tổng kết y văn trên thế giới về dịch tễ, chẩn đoán và chiến lược điều trị cho bệnh lý này.

### II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 33 tuổi, tiền sử khỏe mạnh. Theo lời kể của bệnh nhân, vài tháng gần đây bệnh nhân xuất hiện khó ngủ, mất ngủ tăng dần kèm đôi lúc khó thở khi ngủ. Bệnh nhân không gặp các vấn đề về công việc và gia đình. Bệnh nhân không sử dụng các chất kích thích hay thay đổi thói quen sinh hoạt. Tình trạng mất ngủ ngày càng trầm trọng, bệnh nhân đi khám chuyên khoa nội thần kinh tại phòng khám, được làm các xét nghiệm siêu âm và chụp MRI sọ não phát hiện một khối choán chỗ vị trí máng cảnh trái.