3. **Haustein UF, Rytter M (2000).** Methotrexate in psoriasis: 26 years' experience with low-dose long-term treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. ;14(5):382–388.
4. **Khaled A, Ben Hamida M, Zeglaoui F, et al. (2012).** Traitement du psoriasis par méthotrexate à des biothérapies: étude chez 21 patients tunisiens; Thérapie;67(1): 49-52.
5. **Rosenbach M, Hsu S, Korman NJ, et al. (2010).** Treatment of erythrodermic psoriasis: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. J Am Acad Dermatol, 62(4): 655–662.
6. **Singh RK, Lee KM, Ucmak D, et al. (2016).** Erythrodermic psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives. Psoriasis: Targets and Therapy. 6: 93-104.
7. **Van Dooren-Greebe RJ, Kuijpers AL, Mulder J et al (1994).** Methotrexate revisited: effects of long-term treatment in psoriasis. Br J Dermatol. 1994;130(2): 204–210.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ U MÁU GAN BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH VỚI BLEOMYCIN

Lê Thanh Dũng[1,2,3], Phạm Thế Nghĩa[3], Thân Văn Sỹ[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả ngắn hạn của phương pháp can thiệp nội mạch (TAE) bằng hỗn hợp lipiodol–bleomycin (LBE) đối với u máu gan kích thước lớn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 16 bệnh nhân có khối u máu gan lớn đã trải qua TAE với LBE từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các bệnh nhân được theo dõi bằng hình ảnh CT hoặc MRI có tiêm thuốc lần lượt vào 1 và 6 tháng sau TAE. **Kết quả:** tuổi trung bình của bệnh nhân 55,31± 8,5 tuổi, đường kính khối u lớn nhất trước, sau can thiệp 71,56 ± 20,11 mm và 61,31 ± 24,36 mm trong đó đường kính lớn nhất phần ngấm thuốc còn lại 28,62 ± 25,96 mm, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0 ,001). TAE đạt được thành công về mặt kỹ thuật ở tất cả các bệnh nhân, không có biến chứng lớn. Cải thiện triệu chứng bụng được ghi nhận ở tất cả trường hợp (100%). **Kết luận:** TAE với LBE là phương pháp an toàn và hiệu quả đối với u máu gan có triệu chứng và/hoặc kích thước lớn. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có so sánh để đánh giá về tính an toàn, hiệu quả của phương pháp này.

Từ khoá: u máu gan lớn, can thiệp nội mạch, bleomycin

SUMMARY

TRANSARTERIAL BLEOMYCIN EMBOLIZATION FOR HEPATIC HEMANGIOMA

Objective: To evaluate the short-term effectiveness of endovascular intervention (TAE) with lipiodol–bleomycin (LBE) mixture for large liver hemangiomas. **Methods**: Retrospective study on 16 patients with large liver hemangiomas who underwent TAE with LBE from January 2022 to December 2022 at Viet Duc Friendship Hospital. The patients were followed up by injection CT or MRI at 1 and 6 months, respectively, after TAE. **Results**: mean age of patients was 55.31 ± 8.5 years old. The largest tumor diameter before and after the intervention was 71.56 ± 20.11 mm and 61.31 ± 24.36 mm, in which the largest diameter of the remaining enhancement was 28.62 ± 25.96 mm; the difference was statistically significant (p < 0.001). TAE was technically successful in all patients without major complications. Improvement in abdominal symptoms was noted in all cases (100%). **Conclusion**: TAE with LBE is a safe and effective method for symptomatic and/or large liver hemangiomas. More studies with larger sample sizes and comparisons are needed to evaluate the safety and effectiveness of this method.

Keywords: large liver hemangioma, transarterial embolization, bleomycin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U máu gan là u lành tính hay gặp nhất ở gan, chiếm tỷ lệ 0.4% đến 20%.[1,2] U máu gan không có nguy cơ ung thư hoá và có nguồn gốc bẩm sinh. Hầu hết các trường hợp u máu không có triệu chứng lâm sàng và chỉ cần theo dõi định kì.[3] Chỉ một tỷ lệ nhỏ u máu gan có triệu chứng và cần điều trị, các u này thường có kích thước từ 4 cm trở lên.[3] Về mặt điều trị, phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để nhất cho bệnh u máu gan, tuy nhiên đây cũng là phương pháp xâm lấn và tiềm ẩn nhiều biến chứng như chảy máu sau mổ, suy gan, nhiễm trùng vết mổ, áp xe dưới hoành, rối loạn đông máu, tràn dịch màng phổi, xuất huyết tiêu hoá. Gần đây, can thiệp nội mạch (TAE) đã và đang được áp dụngcho thấy hiệu quả cao, an toàn trong trong điều trị u máu có triệu chứng. Nhiều báo cáo cho thấy TAE sử dụng Bleomycin trộn với Lipiodol (LBE) mang lại hiệu quả cao trong việc gây xơ hoá, giảm thể tích khối u máu gan sau can

[1]Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
[2]Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội
[3]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng
Email: drdung74@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023
Ngày duyệt bài: 9.5.2023

thiệp.[1–3]

Hiện nay, tại Việt Nam chưa có một nghiên cứu nào về áp dụng phương pháp can thiệp mạch trong điều trị u máu gan. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá sự an toàn và hiệu quả của TAE với LBE trong điều trị u máu gan kích thước hơn và/hoặc có triệu chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu trong thời gian từ 01/2022 đến tháng 12/2022, gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định u máu gan có triệu chứng, không có chỉ định hoặc không đồng ý phẫu thuật, và được điều trị bằng phương pháp can thiệp mạch tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.2. Quy trình thực hiện. Tất cả các bệnh nhân được siêu âm ổ bụng, chụp CLVT và/hoặc MRI lượng trước can thiệp để chẩn đoán và đánh giá u máu gan.

Tất cả các thủ thuật nút mạch được thực hiện bởi bác sĩ điện quang can thiệp có trên 5 năm kinh nghiệm. Đường vào nút mạch qua động mạch đùi phải. Catheter 5 Fr (Yashiro, Terumo, Japan) được đặt chọn lọc vào động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên. Các nhánh động mạch nuôi khối u được nút siêu chọn lọc với hỗn hợp Bleomycin và Lipiodol (tối đa 15 UI trộn với 10ml Lipiodol) qua microcatheter 1.8 – 2.7Fr. Tắc tạm thời cuống mạch nuôi u bằng spongel không được thực hiện một cách hệ thống. Đối với các khối u lớn không thể nút tắc hoàn toàn trong 1 lần sẽ được hẹn lặp lại thủ thuật sau 4 tuần.

Bệnh nhân được hẹn khám lại sau một tháng để đánh giá thay đổi về triệu chứng, được siêu âm, chụp CLVT và/hoặc MRI để đánh giá sự đáp ứng của khối u.

2.3. Xử lý số liệu. Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, Hoa Kỳ). Các đặc điểm của bệnh nhân được biểu thị dưới dạng giá trị trung bình, [min – max] với biến định lượng, hoặc tỷ lệ phần trăm với biến định tính. Các thay đổi kích thước khối u trước sau điều trị được so sánh ghép cặp. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Trường Đại học Y Hà Nội (số 4080 QĐ-ĐHYHN ngày 30 tháng 9 năm 2022), và được sự đồng ý của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Cam kết đồng ý điều trị bằng văn bản được thực hiện cho từng bệnh nhân. Mọi thông tin, số liệu được nghi nhận trung thực, chính xác chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2022 đến 12/2022, tổng số 16 bệnh nhân được điều trị (nam/nữ = 3/13, tuổi trung bình 55,31± 8,50). Các đặc điểm chung của bệnh nhân trước can thiệp được trình bày ở Bảng 1. Phần lớn các bệnh nhân được chỉ định nút mạch do có triệu chứng đau tức vùng gan (75%), ngoài ra một số trường hợp còn lại do khối u tăng kích thước trong quá trình theo dõi. Các khối u có kích thước u trung bình là 71,56 ± 20,11mm. U đơn ổ, nằm ở thuỳ phải chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh trước điều trị

Đặc điểm		Số BN (n=16)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	X ± SD	55,31± 8,50	
Nhóm tuổi	30-50	3	18,75
	50-70	13	71,25
	>70	0	0
Giới	Nam	3	18,75
	Nữ	13	71,25
	Tăng kích thước u khi theo dõi	4	25
	Đau tức bụng	12	75
Đường kính khối u trước điều trị	X ± SD (min – max) (mm)	71,56 ± 20,11 (50 – 130)	
Số lượng u	1	9	56,25
	2	5	31,25
	>2	2	12,5%
Vị trí khối u	Gan phải	9	56,25
	Gan trái	5	31,25
	Gan 2 bên	2	12,5%

Theo dõi sau can thiệp mạch, đa phần các bệnh nhân chỉ xuất hiện triệu chứng đau bụng ở mức độ nhẹ, thoáng qua trong một số ngày đầu và không yêu cầu dùng thuốc giảm đau. Chỉ 1 trường hợp xuất hiện đau vùng gan dai dẳng kéo dài hơn 1 tháng sau đó ổn định dần.

Bảng 2: Các thông số liên quan đến nút mạch

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Số lần can thiệp	1	9	56,3
	2	6	37,5
	3	1	6,25
Lượng Bleomycin trung bình môi lần can thiệp (UI) 13,82 ± 5,2			
Hội chứng sau nút mạch	Sốt	0	0
	Nôn, buồn nôn	1	6,25
	Đau hạ sườn phải	8	50

Biến chứng sau can thiệp	Giả phình mạch đùi	0	0
	Suy gan sau can thiệp	0	0
	Tổn thương các tạng khác	0	0
	Tăng men gan dai dẳng > 1 tháng	2	12,5

Đánh giá kích thước khối u sau điều trị được trình bày ở Bảng 3. Đánh giá sau 1 lần can thiệp cho thấy: 5 bệnh nhân (31,25%) khối u được loại bỏ hoàn toàn, 7 bệnh nhân (43,75%) có phần tồn dư <50% kích thước khối u ban đầu. Có 6 trường hợp cần can thiệp 2 lần. Một bệnh nhân có khối u kích thước khổng lồ sau nút mạch 3 lần với kích thước phần tồn dư còn lại khoảng 23% so với kích thước khối u ban đầu.

Bảng 3. Đánh giá thay đổi kích thước khối u sau điều trị

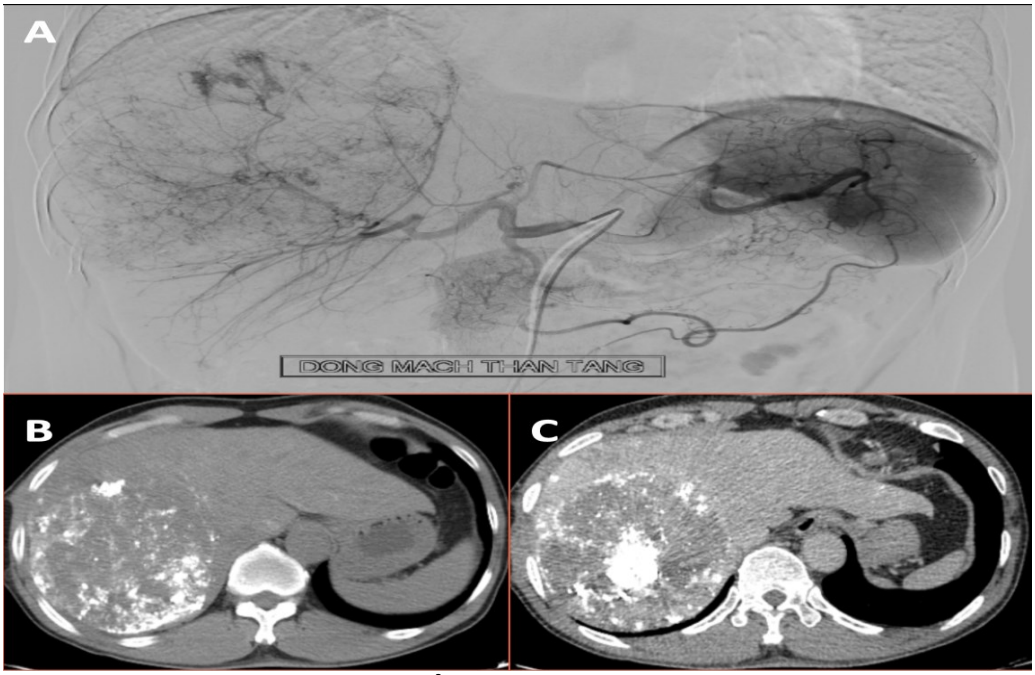
	Trước điều trị	**Sau điều trị**	**p ***
Kích thước khối u trung bình, mm	71,56 ±20,1	61,93 ±22,47	p <0,001
Kích thước phần u ngấm thuốc, mm	71,56 ±20,1	28,62 ±25,96	p <0,001

** So sánh ghép cặp*

IV. BÀN LUẬN

U máu gan là loại u lành tính phổ biến nhất của gan.[1,3] Hầu hết các u máu có kích thước nhỏ, và thường không có triệu chứng, chỉ được phát hiện tình cờ qua các kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh. U máu thể hang khổng lồ có thể gây ra các triệu chứng như đau, cảm giác đầy bụng và có thể sờ thấy khối u vùng bụng trên. Huyết khối, nhồi máu, chảy máu trong u, căng bao gan và chèn ép các cơ quan lân cận là những nguyên nhân có thể gây đau.[3] Trong một số trường hợp hiếm gặp, các biến chứng nghiêm trọng như vàng da tắc mật, hội chứng Kasabach-Merritt, chèn ép dạ dày hoặc chảy máu trong ổ bụng do u máu gan vỡ có thể gặp.[4] Dữ liệu y văn cho thấy nguy cơ vỡ u máu gan nằm trong khoảng từ 1% đến 4%. Khối u máu gan dưới bao khổng lồ có thể được coi là có nguy cơ cao hơn. Mặc dù u mạch máu thường không phát triển về kích thước trong quá trình theo dõi, nhưng sự tăng kích thước trong quá trình theo dõi là chỉ định điều trị khối u máu gan lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có khối u máu gan có triệu chứng đau tức bụng xảy ra 12/16 bệnh nhân (75%), 4/16 bệnh nhân (25%) có sự tăng kích thước trong quá trình theo dõi.

Nguyên nhân của u máu cho tới nay vẫn còn chưa được hiểu rõ. Về mặt cấu trúc, u máu bao gồm các hồ máu được lót bởi các tế bào nội mô mạch máu được ngăn cách bởi các mô sợi. Máu lưu thông bên trong khối u chậm, với nguồn cấp máu chính từ động mạch gan.[5] Các lựa chọn điều trị cho u máu gan có triệu chứng bao gồm steroid, xạ trị, phẫu thuật cắt bỏ khối u, thắt động mạch gan và TAE.



Hình 1: Khối u máu khổng lồ đường kính 13 cm tại gan phải

A. Hình ảnh chụp mạch số hoá xoá nền cho thấy khối u tăng sinh mạch chiếm phần lớn gan phải. B, C. Cắt lớp vi tính sau nút mạch (với Bleomycin và Lipiodol) cho thấy gần như toàn bộ khối u đã lắng đọng vật liệu nút mạch, chỉ một phần nhỏ ngấm thuốc sau tiêm. Nhu mô gan còn lại được bảo tồn.

Quyết định thực hiện phẫu thuật u máu gan nên được cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ. Một số loạt báo cáo về tình trạng mất máu nghiêm trọng (10% - 27%) và tử vong với tỷ lệ 0% - 2% sau khi cắt bỏ khối u máu gan.[5] Phẫu thuật cắt bỏ còn gây tranh cãi ngay cả trong trường hợp u máu có triệu chứng do nguy cơ biến chứng nặng. Các chỉ định phẫu thuật bao gồm chảy máu trong phúc mạc, chảy máu trong khối u và rối loạn đông máu (hội chứng Kasabach-Merritt), khối u máu gan vỡ hoặc do chấn thương. Tuy nhiên, khối u máu gan vỡ là một biến chứng khá hiếm ngay cả với u máu khổng lồ. Như đã báo cáo trước đây, các chỉ định phẫu thuật khác, chẳng hạn như hội chứng Kasabach-Merritt, cũng có thể được điều chỉnh bằng TAE.[6] Phẫu thuật nên được dành riêng cho những bệnh nhân có u máu gan khổng lồ mà điều trị không phẫu thuật thất bại. Mặc dù bệnh nhân của chúng tôi không có chống chỉ định phẫu thuật, nhưng họ đã được điều trị thành công bằng phương pháp xâm lấn tối thiểu, tức là bằng TAE sử dụng bleomycin và lipiodol. Bằng cách này, họ được bảo vệ khỏi các biến chứng của phẫu thuật.

Các nghiên cứu gần đây đã nhấn mạnh tầm quan trọng của vai trò TAE trong điều trị u máu có triệu chứng như một phương pháp điều trị hiệu quả ít xâm lấn hơn so với phẫu thuật.[2] Cho đến nay, một số chất gây thuyên tắc khác nhau như gelatin spongel, coil, rượu polyvinyl (PVA), ethanol, natri morphate và isobuthyl-cyano-acrylate đã được sử dụng để điều trị u máu gan. Tuy nhiên, các chất gây tắc mạch dạng lỏng như PVA và natri morphate hoặc ethanol có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như đau dữ dội và có thể gây thuyên tắc do trào ngược. Riêng gelatin spongel không phá hủy xoang máu và không giúp nút tắc lâu dài cuống mạch nuôi. Bleomycin là một chất được sử dụng để chống lại ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư tinh hoàn và u lympho ác tính. Hoạt tính chống ung thư của nó bắt nguồn từ sự ức chế sinh tổng hợp DNA.[7] Oikawa và cộng sự. lần đầu tiên báo cáo tác dụng chống tạo mạch của bleomycin vào năm 1990.[8] Bleomycin gây tác dụng xơ hóa cục bộ trên các tế bào nội mô. Bleomycin, đơn độc hoặc trộn với lipiodol, có thể được sử dụng như một chất làm xơ cứng để điều trị dị dạng mạch máu.[9] Cơ chế tác dụng chống tạo mạch của Bleomycin vẫn chưa được biết. Các nghiên cứu trên động vật đã gợi ý rằng tổn thương bắt đầu ở các tế bào nội mô mao mạch, kết tập tiểu cầu và hình thành huyết khối trong lòng mạch, cuối cùng gây ra sự tăng sinh nguyên bào sợi và lắng đọng collagen. Xơ phổi là biến chứng phổi nghiêm trọng nhất của Bleomycin. Tuy nhiên, xơ phổi do Bleomycin gây ra chưa được báo cáo đối với các liều dùng để điều trị u mạch máu. Xơ phổi được thấy ở 30% bệnh nhân sử dụng liều Bleomycin tích lũy vượt quá 450 mg.[7] Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều Bleomycin tối đa thấp hơn đáng kể so với liều gây độc.

Lipiodol được sử dụng như một tác nhân thuyên tắc và là chất vận chuyển thuốc chống ung thư. Nó được tích lũy có chọn lọc trong các xoang mạch máu. Lipiodol không chỉ xâm lấn các động mạch nhỏ cung cấp máu cho khối u mà còn mang bleomycin đến khối u đó. Các shunt động-tĩnh mạch bên trong các u máu dạng hang ở gan là cực kỳ hiếm. Các nghiên cứu trên động vật và con người đã chứng minh rằng Lipiodol vẫn còn trong các động mạch nhỏ và xoang của khối u. Cơ chế tác dụng của bleomycin trộn với lipiodol được cho là sự phá hủy các tế bào nội mô và hình thành microthrombin trong xoang, cuối cùng dẫn đến teo và xơ hóa.[10] Ngoài ra, bleomycin trộn với lipiodol không gây hại cho các mạch máu bình thường. Nghiên cứu này đã chứng minh sự giảm kích thước của u máu ngay sau điều trị can thiệp 1 tháng và trong quá trình theo dõi sự khác biệt giữa kích thước u máu sau và trước can thiệp là có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi gợi ý rằng bleomycin và lipiodol có tác dụng thuyên tắc tốt hơn so với các chất gây tắc mạch rắn. Bleomycin trộn với Lipiodol không chỉ đóng vai trò là tác nhân gây thuyên tắc mà còn là tác nhân gây xơ hóa mãn tính.

Bleomycin trộn với Lipiodol an toàn hơn so với các chất gây tắc mạch dạng lỏng như natri morphate và ethanol. Các tác dụng phụ phổ biến nhất sau nút mạch là đau, sốt, tăng bạch cầu và buồn nôn. Hội chứng sau thuyên tắc kéo dài vài ngày và các biến chứng nghiêm trọng rất hiếm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 9/16 bệnh nhân (56.25%) bị hội chứng sau thuyên tắc, tất cả biểu hiện triệu chứng nhẹ-trung bình, và không có trường hợp nào bị suy gan.

V. KẾT LUẬN

TAE với LBE cho thấy là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị các khối u máu gan

có triệu chứng và/hoặc kích thước lớn. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có so sánh đối chứng với các vật liệu tắc mạch khác, cũng như các phương pháp điều trị khác để làm nổi bật hơn nữa hiệu quả của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Choi BY, Nguyen MH.** The diagnosis and management of benign hepatic tumors. J Clin Gastroenterol 2005;39(5):401–12.
2. **Giavroglou C, Economou H, Ioannidis I.** Arterial embolization of giant hepatic hemangiomas. Cardiovasc Intervent Radiol 2003; 26:92–6.
3. **Erdogan D, Busch OR, Van Delden OM, Bennink RJ, Ten Kate FJ, Gouma DJ, et al.** Management of liver hemangiomas according to size and symptoms. J Gastroenterol Hepatol 2007;22(11):1953–8.
4. **Ribeiro Jr MAF, Papaiordanou F. Gonc\c alves, JM, et al.** (2010) Spontaneous Rupture of Hepatic Hemangiomas: A Review of the Literature. World J Hepatol n.d.;2:428–33.
5. **Ho H-Y, Wu T-H, Yu M-C, Lee W-C, Chao T-C, Chen M-F.** Surgical management of giant hepatic hemangiomas: complications and review of the literature. Chang Gung Med J 2012;35(1):70–8.
6. **Malagari K, Alexopoulou E, Dourakis S, Kelekis A, Hatzimichail K, Sissopoulos A, et al.** Transarterial embolization of giant liver hemangiomas associated with Kasabach-Merritt syndrome: a case report. Acta Radiol 2007; 48(6):608–12.
7. **BENNETT JM, REICH SD.** Drugs five years later: bleomycin. Ann Intern Med 1979;90(6):945–8.
8. **Oikawa T, HIROTANI K, OGASAWARA H, KATAYAMA T, ASHINOFUSE H, SHIMAMURA M, et al.** Inhibition of angiogenesis by bleomycin and its copper complex. Chem Pharm Bull (Tokyo) 1990;38(6):1790–2.
9. **Chen Y, Li Y, Zhu Q, Zeng Q, Zhao J, He X, et al.** Fluoroscopic intralesional injection with pingyangmycin lipiodol emulsion for the treatment of orbital venous malformations. Am J Roentgenol 2008;190(4):966–71.
10. **Zeng Q, Li Y, Chen Y, Ouyang Y, He X, Zhang H.** Gigantic cavernous hemangioma of the liver treated by intra-arterial embolization with pingyangmycin-lipiodol emulsion: a multi-center study. Cardiovasc Intervent Radiol 2004;27:481–5.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG LỘ TUYẾN CỔ TỬ CUNG Ở PHỤ NỮ CÓ CHỒNG TRONG ĐỘ TUỔI SINH SẢN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH NAM ĐỊNH

Nguyễn Công Trình[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu NC: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các tổn thương lộ tuyến cổ tử cung ở phụ nữ có chồng tuổi 18-49 và đánh giá kết quả điều trị tổn thương lộ tuyến cổ tử cung. **PPNC:** can thiệp không đối chứng. **Kết quả**: 86,6% người bệnh có tiền sử nạo hút thai hoặc sảy thai; 43,3% có tiền sử viêm âm đạo; 45,8% có tiền sử viêm cổ tử cung. 90% người bệnh có triệu chứng là khí hư; nguyên nhân gây viêm âm hộ, âm đạo chủ yếu là do vi khuẩn Gr+ với tỷ lệ là 70%. Đặt thuốc khỏi hoàn toàn đạt 72,6%; đốt diệt tuyến, tỷ lệ khỏi hoàn toàn đạt 92% . **Kết luận**: Người bệnh có các tổn thương lộ tuyến CTC có kiến thức về sức khỏe sinh sản kém. Hiệu quả của phương pháp Laser CO_2 trong điều trị tổn thương lộ tuyến CTC là 92%.

Từ khóa: kết quả điều trị tổn thương lộ tuyến cổ tử cung, lộ tuyến cổ tử cung.

[1]*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Trình
Email: trinhsanddnd@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023
Ngày duyệt bài: 8.5.2023

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF CLASSICAL GRADE DAMAGES IN MARRIED WOMEN OF RESEARCH AGE AT NAM DINH PROVINCE AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: Study on clinical and subclinical characteristics of cervical gland lesions in married women aged 18-49 and evaluate results of treatment of cervical ectropion. **Methods**: uncontrollable intervention. **Results**: 86.6% of patients had a history of abortion or miscarriage; 43.3% have a history of vaginitis; 45.8% had a history of cervicitis. 90% of patients have symptoms of vaginal discharge; The cause of vulvovaginitis is mainly caused by Gr+ bacteria with a rate of 70%. The drug completely cured reached 72.6%; Burn and destroy the gland, the rate of complete cure is 9. **Conclusion**: Patients with cervical lesions have poor reproductive health knowledge. The efficiency of the CO2 laser method in the treatment of cervical lesions is 92%.

Keywords: Results of treatment of cervical gland lesions, cervical ectropion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường sinh dục nữ là một