

(5,6%) có kết quả xấu. Chúng tôi nhận thấy kết quả theo dõi xa của đa số đạt tốt và rất tốt, bệnh nhân hồi phục chức năng sớm sau mổ. Theo nghiên cứu do Vedat Sahin⁷ thực hiện năm 2003, ghi nhận 44 bệnh nhân (71%) có kết quả xa rất tốt hoặc tốt đến trung bình sau nắn chỉnh, phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có nhiều sự khác biệt về kết quả xa ghi nhận sau nắn chỉnh, phẫu thuật so với các nghiên cứu khác.

Về hình ảnh học quá trình hồi phục của bệnh nhân trật khớp háng, có 2 trường hợp ghi nhận thoái hoá khớp háng, 2 trường hợp hoại tử vô mạch chỏm xương đùi trên bệnh nhân có độ tuổi rất thấp khi bị chấn thương. Từ kết quả, tuy tần số xuất hiện biến chứng thấp nhưng vẫn là những điểm rất cần chú trọng tìm hiểu được nguyên nhân dẫn đến biến chứng, từ đó mới có thể đưa ra được khuyến cáo trong quá trình điều trị để hạn chế biến chứng lâu dài.

Nghiên cứu vẫn còn một số điểm hạn chế. Cỡ mẫu còn ít do tỷ lệ mất mẫu nhiều. Nguyên nhân trước hết là khả năng liên lạc với bệnh nhân kém và chưa có quy trình theo dõi liên tục. Do đó, tần số xuất hiện của các biến chứng thấp nên các kết luận của chúng tôi về mối liên quan giữa các đặc điểm tổn thương và điều trị với kết quả xa có tính thuyết phục chưa cao. Nghiên cứu chỉ được thực hiện tại một bệnh viện duy nhất mà chưa khảo sát ở các cơ sở, trung tâm điều trị khác, dẫn đến ít có tính khái quát. Ngoài ra, vẫn còn sai lệch do yếu tố chủ quan trong đánh giá

kết quả (khả năng ngồi xổm hay hạn chế đi lại còn dựa vào cảm tính), chưa tính đến những trường hợp trật khớp háng có kèm theo gãy xương ổ cối, chỏm hoặc cổ xương đùi.

V. KẾT LUẬN

Kết quả xa của đa số bệnh nhân trật khớp háng đơn thuần do chấn thương ở mức tốt và rất tốt, biến chứng thoái hóa khớp và hoại tử vô mạch chỏm xương đùi xuất hiện với tần suất thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sanders S, Tejwani N, Egol KA.** Traumatic hip dislocation--a review. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2010; 68(2):91-6.
2. **Kellam P, Ostrum RF.** Systematic Review and Meta-Analysis of Avascular Necrosis and Posttraumatic Arthritis After Traumatic Hip Dislocation. J Orthop Trauma. 2016;30(1):10-6.
3. **Onyemaechi NO, Eyichukwu GO.** Traumatic hip dislocation at a regional trauma centre in Nigeria. Niger J Med. 2011;20(1):124-30.
4. **Lima LC, do Nascimento RA, de Almeida VM, et al.** Epidemiology of traumatic hip dislocation in patients treated in Ceará, Brazil. Acta Ortop Bras. 2014; 22(3):151-4.
5. **Stewart MJ, Milford LW.** Fracture-dislocation of the hip; an end-result study. J Bone Joint Surg Am. 1954;36(A:2):315-42.
6. **Khun Sokhuon, Trương Trí Hữu.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và X-quang trật khớp háng. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2018;22(1):264-268.
7. **Sahin V, Karakas ES, Aksu S, et al.** Traumatic dislocation and fracture-dislocation of the hip: a long-term follow-up study. J Trauma. 2003; 54(3):520-9.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NÚT MẠCH U CƠ TRƠN TỬ CUNG VỚI HẠT ĐỒNG TRỤC

Nguyễn Xuân Hiền¹, Lê Hồng Chiển²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hiệu quả điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung với hạt đồng trục từ 01/2021 đến 06/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu kết hợp hồi cứu các trường hợp được điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung với hạt đồng trục từ 01/2021 đến 06/2023. **Kết quả:** 50 Bệnh nhân (BN) đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào đối

tương nghiên cứu, tuổi trung bình 41.0 ± 5.6 (24 – 53) tuổi, lý do vào viện chủ yếu do rong kinh (64%). Đường kính trung bình (mm) của khối u lớn nhất: $76,8 \pm 23,5$ (44 - 150) và trọng lượng trung bình (gam) của khối u lớn nhất: $209,5 \pm 200.0$ (35,0 - 997,9). 88% BN được sử dụng hạt nút mạch với kích thước 500 – 900µm, với 78% BN tăng sinh mạch từ 2 động mạch tử cung và 92% tăng sinh mạch mạnh với thời gian can thiệp 91.4 ± 40.6 (45 – 240) (phút). 1 BN cần nút mạch lần 2 sau 14 tháng can thiệp. 100% bệnh nhân hết thiếu máu và rối loạn tiểu tiện, không thấy có sự khác biệt về hiệu quả lâm sàng và mức độ giảm kích thước khối u giữa nhóm có khối u đường kính lớn nhất < 10 cm và > 10 cm. Các biến chứng sốt và đau bụng kéo dài có tỷ lệ cao hơn ở nhóm có đường kính lớn nhất của khối u > 10 cm. **Kết luận:** Kỹ thuật điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung với hạt

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

²Bệnh viện Quân Y 105

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Chiển

Email: lechien1123@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

đồng trực là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả cao.

Từ khóa: U cơ trơn tử cung (UCTTC), Nút động mạch tử cung, hạt đồng trực, rong kinh...

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF UTERINE FIBROID EMBOLIZATION WITH MICROSPHERES COAXIAL

Objective: To evaluate the results of effective treatment of uterine leiomyoma tumours with coaxial seeds from 01/2021 to 06/2023. **Subjects and methods:** Prospective study combining retrospective treatment of cases of uterine leiomyoma embolization with coaxial granules from 01/2021 to 06/2023. **Results:** 50 patients met the criteria for inclusion in the study, the average age was 41.0 ± 5.6 (24 - 53) years old, the reason for admission was mainly due to menorrhagia (64%). The mean diameter (mm) of the largest tumor: $76,8 \pm 23,5$ (44 - 150) and the mean weight (gram) of the largest tumor: $209,5 \pm 200,0$ (35,0 - 997,9). 88% of patients were used with embolization beads with the size of 500 - 900 μ m, with 78% of patients having increased angiogenesis from 2 uterine arteries and 92% of patients having strong angiogenesis with the intervention time 91.4 ± 40.6 (45 - 240). minute). 1 patient needed a second embolization after 14 months of intervention. 100% of patients were free of anemia and urinary disorders, there was no difference in clinical effectiveness and tumor size reduction between the group with the largest tumor diameter < 10 cm and > 10 cm. Complications of fever and persistent abdominal pain were higher in the group with the largest tumor diameter > 10 cm. **Conclusion:** The technique of treating uterine leiomyoma tumor with coaxial granules is a safe and highly effective technique.

Keywords: Fibroma uterin; uterine artery embolization hay uterine fibroid embolization;...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung, còn được gọi là u cơ trơn tử cung (UCTTC) là bệnh lành tính phổ biến ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Bản chất khối UCTTC có nguồn gốc từ cơ trơn tử cung nên có chứa một lượng lớn chất nền ngoại bào gồm collagen, fibronectin và proteoglycan². UCTTC gần như không xảy ra trước tuổi dậy thì, chúng có tỷ lệ phát triển tăng theo tuổi trong thời kỳ sinh đẻ với tỷ lệ 20-25% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, 30-40% phụ nữ trên 40 tuổi và giảm dần khi mãn kinh³. Những khối u lành tính này phụ thuộc vào hormone, đáp ứng với cả estrogen và progesterone; chúng thường tăng kích thước khi mang thai và thường giảm kích thước sau khi mãn kinh⁴. Bắt đầu có kinh sớm và béo phì là những yếu tố nguy cơ phát triển u xơ tử cung, có thể là do tiếp xúc nhiều với estrogen⁴.

Phần lớn phụ nữ bị UCTTC không có triệu chứng; tuy nhiên, 20–50% trong số họ có các triệu chứng như rong kinh, đau bụng hạ vị và vô

sinh, hoặc các biến chứng khi mang thai. Một khối UCTTC lớn có thể biểu hiện dưới dạng một khối ở bụng hoặc có các triệu chứng thứ phát do hiệu ứng khối như táo bón và rối loạn tiểu tiện,... một số ít trường hợp có thể có biểu hiện thận ứ nước hoặc tắc ruột⁵.

Hiện tại có rất nhiều phương pháp điều trị u xơ tử cung như nội khoa, phẫu thuật, can thiệp nội mạch, trong đó điều trị nội khoa phần lớn đóng vai trò hỗ trợ tạm thời, phẫu thuật có thể dẫn đến tình trạng mất kinh nguyệt, để lại sẹo, mất khả năng sinh sản...⁶ Điều trị UCTTC bằng phương pháp nút động mạch tử cung là phương pháp can thiệp tối thiểu nhằm bảo tồn tử cung cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh đã được biết đến từ năm 1994, tại VN kỹ thuật này cũng được thực hiện từ những năm 2000. Với mong muốn tìm hiểu sâu về kỹ thuật này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Nghiên cứu kết quả điều trị u cơ trơn tử cung bằng phương pháp nút động mạch tử cung với hạt đồng trực" với mục đích đánh giá kỹ thuật, hiệu quả sau nút mạch 6 tháng bằng hạt đồng trực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán là có u cơ trơn trong cơ tử cung được điều trị nút động mạch tử cung tại Bệnh viện Quân y 105 và Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 06 năm 2023.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có u cơ trơn tử cung kèm theo dấu hiệu lâm sàng như đau bụng, rong kinh, sảy thai hay vô sinh...

- Siêu âm hoặc cộng hưởng từ có hình ảnh điển hình của u cơ trơn tử cung.

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đang viêm nhiễm tử cung, buồng trứng

- Bệnh nhân đang mang thai, viêm nhiễm phần phụ và nghi ngờ bệnh ác tính tử cung, cổ tử cung.

- Chống chỉ định chung của chụp mạch máu: Đang có bệnh nhiễm trùng; suy gan, suy thận nặng; mắc các bệnh ưa chảy máu...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện không xác suất. Lấy tất cả các trường hợp nhập viện trong thời gian từ tháng 01/2021 đến 06/2023 có chỉ định làm UAE, đồng ý tham gia nghiên cứu và đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.3. Xử lý số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

- Các thông tin cá nhân đều được đảm bảo giữ bí mật.
- Nghiên cứu nhằm mục đích đóng góp vào việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 50 bệnh nhân phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được theo dõi sau 6 tháng can thiệp:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		N	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 30	2	4
	30 – 49	45	90
	≥ 50	3	6
Lý do vào viện	Đau bụng hạ vị	23	46
	Rong kinh	32	64
	Thiếu máu	6	12
	Sờ thấy khối hạ vị	6	12
	Rối loạn tiểu tiện	5	10
Đường kính lớn nhất khối u (mm)	< 60	11	22
	60 – 100	32	64
	> 100	7	14
Trọng lượng khối u lớn nhất (gram ³)	< 100	20	40
	100 – 250	15	30
	> 250	15	30

Nhận xét: - Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 41.0 ± 5.6 (24 – 53) tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là 30 – 49 tuổi (90%).

- Phần lớn bệnh nhân vào viện do rong kinh (64%).

- Đường kính trung bình (mm) của khối u lớn nhất: 76,8 ± 23,5 (44 - 150) và trọng lượng trung bình (gam) của khối u lớn nhất: 209,5 ± 200.0 (35,0 - 997,9).

Bảng 3.2. Đặc điểm kỹ thuật can thiệp

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Kích thước hạt nút mạch	300 – 500	6	12
	500 – 700	25	50

Bảng 3.3. Hiệu quả điều trị sau nút mạch 6 tháng với nhóm BN có đường kính trung bình khối u lớn nhất > 10 cm (Nhóm 1) và < 10 cm (Nhóm 2)

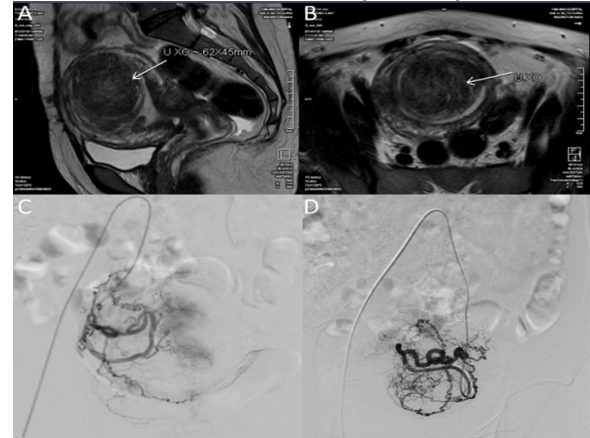
		Nhóm 1 (n=43)	Nhóm 2 (n=7)	P
Giảm/hết triệu chứng lâm sàng	Đau bụng hạ vị	94.2%	71.1%	0.155
	Rong kinh	84%	75%	0.704
	Thiếu máu	100%	100%	
	Rối loạn tiểu tiện	100%	100%	
Tính chất khối u	Trọng lượng khối u giảm sau 1 tháng điều trị	21.47% ± 4.6%	22.77% ± 12.5%	0.303
	Trọng lượng khối u giảm sau 3 tháng điều trị	39.39% ± 6.8%	38.68% ± 15.6%	0.198
	Trọng lượng khối u giảm sau > 6 tháng điều trị	49.68% ± 9.5%	42.32% ± 22.7%	0.354
	Kích thước khối u giảm sau 1 tháng điều trị	13.7% ± 2.7%	21.2% ± 9.5%	0.06
	Kích thước khối u giảm sau 3 tháng điều trị	29.6 ± 3.5%	32.5% ± 10.5%	0.142
	Kích thước khối u giảm sau >6 tháng điều trị	33.4% ± 5.6%	39.2% ± 12.4%	0.154

(µm)	700 – 900	31	62
	900 – 1100	5	10
Tăng sinh mạch	Bên phải	4	8
	Bên trái	8	16
	Hai bên	38	76
Tăng sinh mạch nhiều		46	92
Tăng sinh mạch vừa và ít		4	8
Số lần nút mạch	1 lần	49	98
	2 lần	1	2
Thời gian nút mạch (phút)	91.4±40.6 (45–240)		

Nhận xét: - Kích thước hạt nút mạch từ 500 – 900 µm chiếm tỷ lệ cao nhất (88% tổng số bệnh nhân) và có 12 bệnh nhân sử dụng nhiều hơn 1 loại hạt nút mạch.

- Phần lớn khối u xơ tử cung tăng sinh mạch ở cả hai bên (78%) (Hình 1) với tỷ lệ tăng sinh mạch nhiều chiếm 92%.

- Chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân cần nút mạch thêm lần 2 sau 14 tháng là bệnh nhân có đường kính khối u ban đầu lớn nhất (165mm).



Hình 1. Bệnh nhân nữ 34 tuổi có đa u xơ tử cung tăng sinh mạch tử động mạch tử cung hai bên
 A, B. Hình ảnh MRI sau can thiệp 01 năm cho thấy kích thước khối u thay đổi không đáng kể.
 C, D. Hình ảnh DSA cho thấy tăng sinh mạch hai bên.

Nhận xét: - Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, 100% số bệnh nhân sau 6 tháng can thiệp hết các triệu chứng thiếu máu và rối loạn tiểu tiện.

- Về thay đổi kích thước và trọng lượng khối u ở 2 nhóm nghiên cứu không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4. Tai biến trong và sau điều trị nút mạch 6 tháng với nhóm BN có đường kính trung bình khối u lớn nhất > 10 cm (Nhóm 1) và < 10 cm (Nhóm 2)

		Nhóm 1 (n=43)	Nhóm 2 (n=7)	P
Biến chứng	Sốt	9.3%	28.6%	0.029
	Đau bụng kéo dài	4.2%	28.6%	0.016
	Sốc nhiễm trùng	0	0	
	Phẫu thuật cắt tử cung cấp tính	0	0	

Nhận xét: - Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, 100% số bệnh nhân không có các biến chứng sốc nhiễm trùng hay phải cắt tử cung cấp cứu.

- Số bệnh nhân có sốt và đau bụng kéo dài ở nhóm BN có kích thước lớn có tỷ lệ cao hơn so với nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

UCTTC là khối u phụ thuộc vào hormone, sự phát triển của chúng phụ thuộc vào hoạt động của buồng trứng, đặc biệt là nồng độ estrogen và progesterone, do đó tỷ lệ mắc bệnh tăng dần từ độ tuổi sinh sản cho đến tuổi mãn kinh, sau đó giảm dần⁷. Nút tắc động mạch tử cung (UAE) là phương pháp xâm lấn tối thiểu được sử dụng kể từ năm 1987, khi nó lần đầu tiên được sử dụng trong điều trị băng huyết⁸. Kể từ đó UAE đã được áp dụng rộng rãi nhằm điều trị nhiều bệnh lý sản khoa khác nhau, đặc biệt là UCTTC và dần trở thành phương pháp thay thế hàng đầu cho phẫu thuật để kiểm soát các khối UCTTC có triệu chứng hoặc ở những bệnh nhân muốn bảo tồn tử cung và duy trì khả năng sinh sản⁹. Hiện tại, UAE đang được chấp nhận như một phương pháp thay thế cho phẫu thuật cắt bỏ tử cung hoặc phẫu thuật bóc UCTTC ở những phụ nữ có triệu chứng do UCTTC. Các vật liệu nút mạch khác nhau đã được sử dụng để điều trị UCTTC có triệu chứng, trong đó phổ biến nhất là hạt PVA. Các hạt PVA không hình cầu có thể có kích thước thay đổi lớn trong một mẫu. Ngoài ra, vì chúng kỵ nước nên các hạt PVA có xu hướng kết tụ lại. Do các tính năng này, tập hợp các hạt PVA có xu hướng đông vón gây tắc cứng mạch sớm trong vài phút đầu, sau đó tách rời ra giúp chúng đi vào sâu hơn, do đó nên bắt đầu với các hạt có kích thước từ 355 đến 500 μm và sau đó tăng

kích thước lên các hạt có kích thước từ 500 đến 710 μm trở lên giúp tắc nghẽn sâu các nhánh mạch nuôi u¹⁰.

Trong nhiều nghiên cứu, hiệu quả lâu dài cao bao gồm giảm hoặc loại bỏ các triệu chứng và cũng như giảm kích thước khối UCTTC, bảo tồn tử cung và duy trì khả năng sinh sản cũng như tỷ lệ biến chứng thấp của phương pháp điều trị này đã được ghi nhận. Phần lớn UCTTC nhỏ không có triệu chứng và chỉ phát hiện tình cờ khi khám phụ khoa định kỳ và chỉ cần theo dõi sát, trong khi UCTTC có triệu chứng là một trong những chỉ định cần điều trị với các lựa chọn bao gồm nội khoa, phẫu thuật và can thiệp nội mạch. Chrisman và cs đã chứng minh rằng hiệu quả của UAE trong điều trị các triệu chứng ở phụ nữ sau mãn kinh là an toàn và hiệu quả, giúp cải thiện triệu chứng từ 88,8% đến 92%, hơn nữa thời gian nằm viện và trở lại hoạt động bình thường ngắn hơn so với phẫu thuật nội soi và mổ mở, tuy nhiên cần đánh giá kỹ lưỡng bệnh lý ác tính tiềm ẩn trước khi can thiệp. Ngoài ra, các tác giả M. Salehi và Mak cũng cho thấy hiệu quả lâm sàng của UAE trong điều trị triệu chứng do UCTTC rất hiệu quả với tỷ lệ giảm hoặc hết hoàn toàn các triệu chứng khi vào viện lần lượt là 95% và 97%, kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với giảm 100% các triệu chứng thiếu máu và rối loạn tiểu tiện, các triệu chứng đau bụng hạ vị và rong kinh còn xuất hiện với tỷ lệ cao hơn ở nhóm có khối UCTTC kích thước lớn.

Đối với khả năng sinh sản sau UAE, Goldberg và cs đã so sánh 53 trường hợp mang thai sau UAE và 139 trường hợp sau phẫu thuật cắt bỏ u xơ nội soi. Tác giả cho thấy nguy cơ xuất huyết sau sinh và sẩy thai tự nhiên không khác nhau và sau UAE, BN chắc chắn có thể mang thai sau khi can thiệp.

Sau đó, Mara và cs đã tiến hành một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh UAE và phẫu thuật nội soi bóc UCTTC trong 58 ca UAE và 63 ca phẫu thuật nội soi. Đối chiếu kết quả giữa hai nhóm, tác giả cho thấy tỷ lệ mang thai và sinh con ở nhóm phẫu thuật bóc UCTTC và UAE lần lượt là 78% so với 50% và 48% so với 19% khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cân nặng trung bình khi sinh (ở cả hai nhóm đều lớn hơn 3000 gram), tần suất chảy máu sau sinh, tình trạng thiếu oxy chu sinh, tiền sản giật và thai nhi chậm phát triển trong tử cung không khác nhau giữa hai nhóm điều trị.

Một số nghiên cứu trước đây như thử nghiệm EMMY (ngẫu nhiên có đối chứng đa trung tâm) trên 81 bệnh nhân, cho thấy thể tích

tử cung lớn hơn (> 500cm³) và thể tích khối UCTTC lớn (> 100cm³) có liên quan đến việc tăng nguy cơ biến chứng nghiêm trọng, bao gồm thời gian nằm viện tăng nhẹ, hiệu quả giảm đau kém hoặc nhiễm trùng và tỷ lệ UCTTC hoại tử, rơi vào lòng tử cung và đẩy ra ngoài theo đường tự nhiên tăng, nhưng không cần phải cắt bỏ tử cung khẩn cấp.

Các nghiên cứu sau đó đã cho thấy các kết quả có sự khác biệt, điển hình như trong nghiên cứu của Choi và cs trên 323 BN; Bérczi và cs. đã nghiên cứu trên 303 BN so sánh kết quả của UAE cho thấy không có sự khác biệt về hiệu quả nút mạch bao gồm giảm thể tích tử cung, khối u hoặc giảm triệu chứng sau 3 tháng, hơn 12 tháng cũng như không có sự khác biệt về các biến chứng lớn ở các BN có khối UCTTC có đường kính trung bình > và < 10cm +/- thể tích tử cung > 700 cm³. Tuy nhiên có đặc điểm chung giữa các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái can thiệp ở nhóm UCTTC có kích thước lớn cao hơn. Kết quả của các nghiên cứu sau này tương tự với kết quả của nghiên cứu của chúng tôi với các biến chứng lớn sau 6 tháng can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên ở nhóm có khối u kích thước lớn có tỷ lệ gặp biến chứng cao hơn so với nhóm có khối u kích thước nhỏ có ý nghĩa thống kê và có 1 BN cần nút mạch lần 2 ở nhóm BN có UCTTC kích thước lớn.

V. KẾT LUẬN

UAE là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với UCTTC, đặc biệt đối với những BN muốn bảo tồn tử cung hoặc có nguy cơ cao trong phẫu thuật. BN có UCTTC lớn không tăng đáng kể biến chứng và không thay đổi hiệu quả điều trị so với BN có UCTTC nhỏ, tuy nhiên có tăng tỷ lệ can thiệp lần 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yang Q, Ciebiera M, Bariani MV, et al.** Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment. *Endocr Rev.* 2021;43(4):678-719. doi:10.1210/edrv/bnab039
2. **Kim JJ, Sefton EC.** The role of progesterone signaling in the pathogenesis of uterine leiomyoma. *Mol Cell Endocrinol.* 2012;358(2):223-231. doi:10.1016/j.mce.2011.05.044
3. **Duhan N.** Current and emerging treatments for uterine myoma – an update. *Int J Womens Health.* 2011;3:231-241. doi: 10.2147/IJWH.S15710
4. **Sue W, Sarah SB.** Radiological appearances of uterine fibroids. *Indian J Radiol Imaging.* 2009; 19(3): 222-231. doi: 10.4103/ 0971-3026. 54887
5. **Chaparala RPC, Fawole AS, Ambrose NS, Chapman AH.** Large bowel obstruction due to a benign uterine leiomyoma. *Gut.* 2004;53(3):386. doi:10.1136/gut.2003.028134
6. **Tang S, Kong M, Zhao X, et al.** A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of uterine artery embolization vs. surgery for symptomatic uterine fibroids. *J Interv Med.* 2019; 1(2):112-120. doi:10.19779/j.cnki.2096-3602.2018.02.10
7. **Bulun SE.** Uterine fibroids. *N Engl J Med.* 2013;369(14):1344-1355. doi:10.1056/NEJMra1209993
8. **Greenwood LH, Glickman MG, Schwartz PE, Morse SS, Denny DF.** Obstetric and nonmalignant gynecologic bleeding: treatment with angiographic embolization. *Radiology.* 1987;164(1):155-159. doi:10.1148/radiology.164.1.3495816
9. **Goodwin SC, Vedantham S, McLucas B, Forno AE, Perrella R.** Preliminary experience with uterine artery embolization for uterine fibroids. *J Vasc Interv Radiol JVIR.* 1997;8(4):517-526. doi:10.1016/s1051-0443(97)70603-1
10. **Vo NJ, Andrews RT.** Uterine Artery Embolization: A Safe and Effective, Minimally Invasive, Uterine-Sparing Treatment Option for Symptomatic Fibroids. *Semin Interv Radiol.* 2008; 25(3): 252-260. doi: 10.1055/ s-0028-1085923

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VI SINH Ở BỆNH NHÂN VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN DO STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Hoàng Văn Sỹ¹, Trần Công Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và vi sinh của bệnh nhân VNTMNC do Staphylococcus aureus

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Duy

Email: dr.trancongduy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023

(S.aureus). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, cắt ngang mô tả ở các bệnh nhân VNTMNC do S.aureus điều trị nội trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2015 đến 12/2019. **Kết quả:** Trong giai đoạn 5 năm (2015-2019), 39 bệnh nhân VNTMNC do S.aureus nhập bệnh viện Chợ Rẫy. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 42,9±18,2 và nam chiếm 53,9%. VNTMNC do S.aureus xảy ra ở 69,2% bệnh van tim tự nhiên; 10,3% van tim nhân tạo; 5,1% bệnh tim bẩm sinh và 15,4% không có tiền sử bệnh tim mạch. Đường vào phổ biến nhất của tác nhân gây bệnh là