

7. **Bener A, Burgut FT, Ghuloum S, Sheikh J.** A study of postpartum depression in a fast developing country: prevalence and related factors. *Int J Psychiatry Med* 2012;43:325–37.
8. **Alami KM, Kadri N, Berrada S.** Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:343–6.
9. **Bener A, Bener A.** Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Braz J Psychiatry* 2013;35:231–6.
10. **Saleh E-S, El-Bahei W, Del El-Hadidy MA, Zayed A.** Predictors of postpartum depression in a sample of Egyptian women. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9:15–24.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH U CƠ TRƠN TỬ CUNG TRÊN SIÊU ÂM VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ

Nguyễn Xuân Khải¹, Phạm Văn Việt¹, Lê Hồng Chiến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh của u cơ trơn tử cung trên siêu âm và cộng hưởng từ ở các bệnh nhân u xơ tử cung điều trị tại Bệnh viện quân y 103, Bệnh viện quân y 105 và Bệnh viện đa khoa Tâm Anh. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang bệnh nhân u xơ tử cung điều trị tại Bệnh viện quân y 103, Bệnh viện quân y 105 và Bệnh viện đa khoa Tâm Anh. Kết quả: Phần lớn bệnh nhân có 1 khối u, chiếm 50%. Vị trí khối u hay gặp nhất là trong cơ tử cung với tỷ lệ 72%. Trọng lượng khối u hay gặp nhất là dưới 100g, chiếm tỷ lệ 38%. Đường kính khối u thường gặp là 50-100mm (78%). Trên siêu âm: các khối u thường giảm âm (64%), và sinh mạch (74%). Trên cộng hưởng từ: thường gặp các khối u giảm tín hiệu trên T1W (56%) và giảm tín hiệu trên T2W (44%). Đa số các khối u tăng tín hiệu mạch trên siêu âm và cộng hưởng từ. Kết luận: Phần lớn bệnh nhân có 1 khối u với vị trí hay gặp nhất là trong cơ tử cung. Phần lớn các khối u có trọng lượng dưới 100g và có đường kính từ 50-100mm. Các khối u thường giảm âm trên siêu âm và giảm tín hiệu trên T1W và T2W. Các khối u thường tăng tín hiệu mạch trên siêu âm và cộng hưởng từ.

Từ khóa: u cơ trơn tử cung, siêu âm, cộng hưởng từ.

SUMMARY

RESEARCH ON IMAGING CHARACTERISTICS OF UTERINE LEIOMYOMAS ON ULTRASOUND AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Objective: To describe the imaging characteristics of uterine leiomyomas on ultrasound and magnetic resonance imaging (MRI) in patients with uterine fibroids treated at Military Hospital 103, Military Hospital 105, and Tam Anh General Hospital.

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 105

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Khải

Email: drxuankhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.9.2023

Ngày duyệt bài: 5.10.2023

Subjects and Methods: A retrospective study was conducted, describing cross-sectional images of patients with treated uterine leiomyoma at Military Hospital 103, Military Hospital 105, and Tam Anh General Hospital. **Results:** The majority of patients had a single tumor, accounting for 50%. The most common location of the tumor was within the uterine muscle, with a prevalence of 72%. The most common tumor weight was below 100g, representing 38%. The commonly encountered tumor diameter was 50-100mm (78%). On ultrasound, the tumors usually appeared hypoechoic (64%) and vascular (74%). On MRI, the tumors frequently showed decreased signal intensity on T1-weighted images (56%) and decreased signal intensity on T2-weighted images (44%). The majority of tumors exhibited increased vascular signal on contrast-enhanced MRI, accounting for 74%. **Conclusion:** The majority of patients had a single tumor located within the uterine muscle. Most tumors had a weight below 100g and a diameter ranging from 50-100mm. Tumors typically appeared hypoechoic on ultrasound and showed decreased signal intensity on T1-weighted and T2-weighted images. Tumors often exhibited increased vascular signal on both ultrasound and contrast-enhanced MRI.

Keywords: uterine leiomyoma, ultrasound, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung hay còn gọi là u cơ trơn tử cung (UCTTC), là khối u lành tính, phát triển từ cơ tử cung. Theo một số nghiên cứu cho thấy nhóm tỷ lệ mắc UCTTC lên đến 70% phụ nữ da trắng và hơn 80% phụ nữ gốc Phi trong suốt cuộc đời của họ và tỷ lệ này ngày càng tăng lên trong một số năm gần đây [1].

Biểu hiện lâm sàng của bệnh UCTTC rất đa dạng như gây ra đau bụng, rối loạn kinh nguyệt, rong kinh hoặc băng kinh, trong đó rong kinh là triệu chứng thường gặp nhất và có thể gây ra các biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh [2].

Nghiên cứu trước đây còn cho thấy vị trí và kích thước khối u là những yếu tố có liên quan chặt chẽ đến các biến chứng của UCTTC. Tuy

theo vị trí của khối UCTTC, người ta chia thành các loại như sau: u cơ trơn dưới thanh mạc, u cơ trơn trong cơ tử cung, u cơ trơn dưới niêm mạc, u cơ trơn ở cổ tử cung, u cơ trơn trong dây chằng rộng. Việc nghiên cứu, đánh giá kỹ lưỡng đặc điểm hình ảnh của khối u góp phần quan trọng để lựa chọn bệnh nhân điều trị bằng phương pháp nút động mạch tử cung (ĐMTC) cho kết quả tốt.

Với mong muốn tìm hiểu sâu về đặc điểm hình ảnh u cơ trơn trong cơ tử cung, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm hình ảnh của u cơ trơn tử cung trên siêu âm và cộng hưởng từ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 50 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UCTTC được điều trị bằng phương pháp nút ĐMTC tại Bệnh viện Quân y 103, 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:

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

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN đang viêm nhiễm tử cung, buồng trứng, BN đang mang thai hay nghi ngờ bệnh ác tính tử cung, cổ tử cung.

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ **Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

+ **Cơ mẫu nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện.

+ **Các bước tiến hành nghiên cứu:**

Bệnh nhân UCTTC được khảo sát các đặc điểm lâm sàng về:

- Đặc điểm chung: tuổi, triệu chứng lâm sàng, lý do vào viện.

- Tiến hành siêu âm 2 chiều, siêu âm Doppler màu và chụp Cộng hưởng từ (CHT) để khảo sát đặc điểm của khối u, gồm:

• Đặc điểm hình thái, kích thước, trọng lượng và giới hạn khối u

• Cấu trúc và số lượng khối u

• Đặc điểm phổ Doppler khối u

• Mạch máu nuôi khối u, mức độ ngấm thuốc của khối u

2.3. Thu thập và xử lý số liệu. Các biến số định tính, tính tỷ lệ phần trăm (%). Các biến liên tục có phân phối chuẩn được tính trung bình và độ lệch chuẩn. Các số liệu thu được quản lý

bằng phần mềm Excel và xử lý bằng các thuật toán thống kê với phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

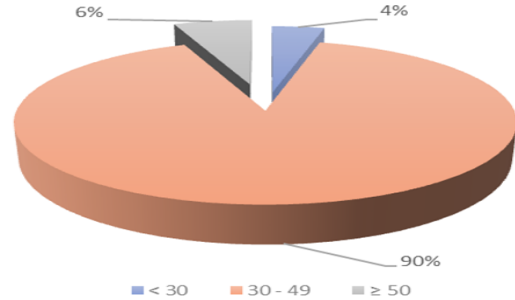
- Các thông tin cá nhân đều được đảm bảo giữ bí mật.

- Nghiên cứu nhằm mục đích đóng góp vào việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

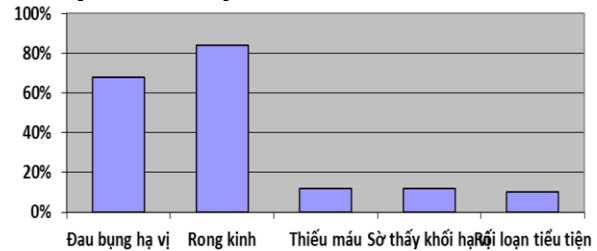
Phân bố về tuổi



Biểu đồ 3.1. Nhóm tuổi của BN (n=50)

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 41,0 ± 5,6 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là 30 - 49 tuổi (90%).

Lý do vào viện



Biểu đồ 3.2. Lý do vào viện của BN (n=50)

Phần lớn bệnh nhân vào viện do rong kinh (84%), sau đó là đau bụng hạ vị (68%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh khối u

3.2.1. Đặc điểm chung khối u trên siêu âm và cộng hưởng từ

Số lượng khối u

Bảng 3.1. Số lượng khối u (n=50)

Số lượng khối u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	24	48
2	14	28
3	12	24

Phần lớn bệnh nhân có 1 khối u, chiếm 48%.

Trọng lượng của khối u

Bảng 3.2. Trọng lượng của các khối u lớn nhất (n=50)

Trọng lượng khối u (gam)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 100	19	38
100-200	10	20

200-300	12	24
Trên 300	9	18

Phần lớn khối u lớn nhất của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có khối lượng nhỏ dưới 100g, chiếm tỉ lệ 38%. Trọng lượng trung bình của các khối u lớn nhất là $209,5 \pm 200,0$ g.

Kích thước của khối u

Bảng 3.3. Kích thước của các khối u lớn nhất (n=50)

Kích thước khối u (mm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 50	5	10
50 - 100	39	78
Trên 100	6	12

Phần lớn các khối u lớn nhất trong nhóm nghiên cứu có đường từ 50mm đến 100mm, chiếm tỉ lệ 78%. Đường kính trung bình của các khối u lớn nhất là $76,8 \pm 23,5$ mm.

Vị trí của khối u

Bảng 3.4. Vị trí các khối u lớn nhất (n=50)

Vị trí khối u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới thanh mạc	4	8
Trong cơ	36	72
Dưới niêm mạc	10	20

Phần lớn khối u lớn nhất trong nhóm nghiên cứu nằm ở trong cơ tử cung với tỷ lệ 72%, sau đó là dưới niêm mạc chiếm 20% và nằm dưới thanh mạc chiếm 8%.

3.2.2. Đặc điểm khối u trên siêu âm

Bảng 3.5. Đặc điểm về cấu trúc u lớn nhất trên siêu âm 2D (n=50)

Cấu trúc u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giảm âm	32	64
Tăng âm	6	12
Hỗn hợp âm	12	24

Các khối u giảm âm chiếm tỷ lệ cao nhất (64%), sau đó là các khối u hỗn hợp âm (24%).

Bảng 3.6. Đặc điểm tăng sinh mạch máu của khối u lớn nhất trên siêu âm Doppler màu (n=50)

Tăng sinh mạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	37	74
Không	13	26

Các khối u tăng sinh mạch trên siêu âm chiếm tỷ lệ cao (74%), có 26% khối u không tăng sinh mạch trên siêu âm

3.2.3. Đặc điểm khối u trên cộng hưởng từ

Bảng 3.7. Đặc điểm về cấu trúc u lớn nhất trên phim MRI (n=50)

Cấu trúc u	T1W		T2W	
	Số lượng (n=50)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=50)	Tỷ lệ (%)
Giảm tín hiệu	28	56	22	44

Tăng tín hiệu	0	0	3	6
Đồng tín hiệu	6	12	6	12
Hỗn hợp	16	32	19	38

Các khối u giảm tín hiệu trên T1W và T2W chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 56% và 44%.

Bảng 3.8. Đặc điểm ngấm thuốc của khối u lớn nhất trên phim MRI (n=50)

Mức độ ngấm thuốc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mạnh	37	74
Ít	11	22
Tương đương cơ tử cung	2	4

Các khối u ngấm thuốc mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất (74%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi. Trong số 50 BN nghiên cứu với tuổi trung bình là $41,0 \pm 5,6$, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là 30 – 49 tuổi (90%).

Kết quả này xấp xỉ với một số kết quả của các tác giả khác.

Tác giả Ravina J và cộng sự đã nghiên cứu trên 184 BN được nút động mạch tử cung để điều trị u cơ trơn tử cung với tuổi trung bình là 41, tuổi nhỏ nhất là 21 và tuổi lớn nhất là 54 [3]. Theo Carpenter và Walker đã nghiên cứu năm 2005 trên 671 BN với độ tuổi trung bình là 36 tuổi [4].

Lý do vào viện. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân vào viện do rong kinh (64%), sau đó là đau bụng hạ vị (46%), một số ít BN vào viện do thiếu máu (12%), sờ thấy khối hạ vị (12%) và rối loạn tiểu tiện (10%). Từ đó cho thấy một số BN vào viện với các khối u lớn, đã có các biến chứng do u chèn ép như rối loạn tiểu tiện, kích thích thần kinh gây đau bụng và một số khối u lớn, sắt niêm mạc gây chảy máu với số lượng nhiều gây thiếu máu. Trong nghiên cứu của tác giả Anne Zimmermann nghiên cứu trên 1533 BN có UCTTC đã cho thấy có 37,3% BN rong kinh, 59,8 BN chảy máu kinh nguyệt nặng, thu hẹp thời gian giữa các kỳ kinh chiếm 28,4%, kinh nguyệt kéo dài > 38 ngày chiếm 16,7%, về triệu chứng đau: 32,6% BN bị đau bụng vùng hạ vị mạn tính chiếm 32,6%, đau khi quan hệ tình dục chiếm 9,1% và rối loạn tiểu tiện chiếm 10,8% [5]. Theo tác giả Sheri A Lippman nghiên cứu năm 2003 trên 635 BN cho thấy phụ nữ bị UCTTC tử cung có nhiều khả năng bị đau khi giao hợp vừa hoặc nặng hơn (OR = 2,8, khoảng tin cậy 95%CI = 0,9-8,3, có ý nghĩa thống kê) và đau vùng chậu không theo chu kỳ vừa phải hoặc nặng (OR= 2,6, 95% CI = 0,9-7,6, có ý nghĩa thống kê) so

với phụ nữ không có UCTTC tử cung. Đau bụng kinh vừa hoặc nặng không liên quan đến sự hiện diện của UCTTC tử cung (OR = 1,1, 95% CI = 0,5-2,6) [6].

4.2. Đặc điểm hình ảnh khối u

4.2.1. Đặc điểm chung khối u trên siêu âm và cộng hưởng từ

Số lượng u. Trong số 50 BN được nghiên cứu có tổng cộng 85 khối u được phát hiện trên siêu âm và CHT, trong đó, tỷ lệ BN có 1 khối u là 25 BN (50%) và 28% BN có 2 khối u và 22% BN có 3 khối u. Khi BN có từ 2 khối u trở lên, chúng tôi đánh giá khối lượng và đường kính trung của khối u có kích thước lớn nhất.

Trong nghiên cứu của tác giả Annefleury năm 2019 trên 81 BN có UCTTC, số lượng khối u trung bình là 2 khối u (1 – 20 khối), tác giả Michal Mara năm 2007 đã nghiên cứu trên 121 BN có tỷ lệ số lượng khối u từ 2-5 khối chiếm 25,9% ; 6,9% có trên 5 khối và số lượng BN có 1 khối chiếm tỷ lệ 67,2% [7].

Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hiền năm 2011 đã cho thấy trong 108 BN có số BN có 1 khối u chiếm tỷ lệ 71,3% [8].

Vị trí u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng BN có khối u nằm trong cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (72%), sau đó là dưới niêm mạc chiếm 20% và nằm dưới thanh mạc chiếm 8%. Do các khối u nằm trong cơ ít gây ra triệu chứng lâm sàng, do đó là lý do các BN trong nhóm nghiên cứu đi khám và điều trị phần lớn có các triệu chứng nặng và phối hợp với nhau, phù hợp với lý do vào viện của BN ở bảng 3.2.

Theo tác giả Nguyễn Xuân Hiền và cs năm 2011 nghiên cứu trên 108 BN cho thấy khối u nằm chủ yếu ở dưới thanh mạc và trong thành tử cung chiếm tỷ lệ lần lượt là 45,5% và 44,7% cho thấy việc các BN đến sớm hơn do các triệu chứng gây ra do u dưới niêm mạc gây ra sớm hơn so với nhóm nghiên cứu của chúng tôi [8].

Kích thước, trọng lượng khối u. Kích thước và trọng lượng của khối u được tính dựa trên các số đo về chiều cao, chiều rộng và chiều trước sau của khối u. Ở nghiên cứu của chúng tôi, về kích thước khối u được đánh giá tập trung vào kích thước lớn nhất của khối u trên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh là siêu âm và chụp cộng hưởng từ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kích thước trung bình của khối u lớn nhất là $77,0 \pm 23,7$ mm và trọng lượng trung bình của khối u lớn nhất là $211,4 \pm 200,7$ g với kích thước khối u chủ yếu từ 50 – 100mm (76%), và trọng lượng khối u từ 100 – 300g (42%).

Theo tác giả Zdenek Holub nghiên cứu trên 20 BN cho thấy kích thước trung bình khối u là $6,19 \pm 2,14$ cm và trọng lượng trung bình khối u là 111,4g [9].

Từ các thông số về kích thước và trọng lượng của khối UCTTC cho ta thấy được các khối u dù kích thước nhỏ cũng đã gây ra các dấu hiệu lâm sàng như đau bụng, rong kinh, đặc biệt ở các khối u nằm dưới niêm mạc, còn với các khối u nằm trong cơ tử cung hoặc dưới thanh mạc cần có kích thước lớn hơn mới gây triệu chứng do chèn ép và các cấu trúc lân cận.

Động mạch cấp máu cho u. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong số 50 BN được can thiệp mạch, phần lớn khối UCTTC tử cung tăng sinh mạch ở cả hai bên (76%) với tỷ lệ tăng sinh mạch nhiều chiếm 92%; đối với các khối u tăng sinh mạch 1 bên, 16% tăng sinh mạch từ ĐM tử cung bên phải và 8% tăng sinh mạch từ ĐM tử cung bên trái. Số ít BN tăng sinh mạch vừa và ít trên phim chụp mạch.

4.2.2. Đặc điểm khối u trên siêu âm

Siêu âm là phương pháp nhạy và rẻ tiền để chẩn đoán UCTTC. Siêu âm có thể đánh giá tính chất, vị trí và kích thước của UCTTC cũng như đánh giá Doppler giúp kiểm tra mức độ tăng sinh mạch. Độ phản âm của UCTTC phụ thuộc nhiều nhất vào tỷ lệ tương đối của cơ trơn với mô xơ, tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, nó tương tự như của nội mạc tử cung. Ngoài ra, hiện tượng bóng âm có thể quan sát được từ các lớp xen kẽ của cơ và mô liên kết. Trong trường hợp có phản âm hỗn hợp, mô học thường cho thấy xuất huyết và phù nề.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn các khối u giảm âm (64%) và hỗn hợp âm (24%), có 74% khối u có tăng tín hiệu mạch trên siêu âm Doppler màu.

Theo tác giả Nguyễn Xuân Hiền [8] cho thấy cấu trúc âm của khối u trước nút mạch cũng có giá trị để tiên lượng kết quả điều trị UCTTC bằng nút ĐM tử cung với các khối u giảm âm có trọng lượng trung bình giảm 80% sau 6 tháng điều trị so với 54,9% của nhóm tăng âm với $p < 0,05$. Có thể giải thích do trong cấu trúc khối u giảm âm có chứa nhiều tế bào cơ tử cung hơn tổ chức xơ nên khi tắc nguồn mạch nuôi dưỡng khối u này sẽ hoại tử và tiêu nhanh hơn khối u tăng âm có chứa nhiều tế bào xơ và tổ chức liên kết.

4.2.3. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ. Các BN có khối u lớn nên được tầm soát bằng CHT ngoài việc đánh giá tính chất của khối u còn giúp đánh giá được các cơ quan lân cận. Hơn nữa, với máy CHT có thể sử dụng chuỗi

xung mạch máu 3D giúp đánh giá chính xác các mạch máu nuôi u, dựng hình trong việc lên kế hoạch can thiệp. Từ đó có thể giảm thời gian chiếu, liều xạ cho nhân viên y tế cũng như giảm liều chiếu xạ cho BN.

Về đặc điểm tín hiệu của UCTTC trên CHT, các nghiên cứu lâm sàng đã chỉ ra rằng UCTTC có cường độ tín hiệu T2W cao có xu hướng ít cứng hơn và thường phản ứng ít đáp ứng hơn với phương pháp đốt sóng cao tần so với những UCTTC có tín hiệu T2W thấp. Sự thay đổi vốn có về độ cứng của UCTTC có thể là do sự khác biệt về tế bào xơ, hàm lượng collagen, hàm lượng nước và sự hiện diện của mô thoái hóa hoặc mô hoại tử.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được phần lớn các khối u giảm tín hiệu trên T1W và T2W với tỉ lệ lần lượt là 56% và 44%, tiếp theo là hỗn hợp tín hiệu với tỉ lệ 32% và 38%. Có 74% khối u tăng tín hiệu mạch trên phim cộng hưởng từ.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân có 1 khối u, chiếm 50%.
- Vị trí khối u hay gặp nhất là nằm trong cơ tử cung với tỷ lệ 72%.
- Trọng lượng khối u hay gặp nhất là dưới 100g, chiếm tỉ lệ 38%.
- Đường kính khối u thường gặp là 50-100mm (78%).
- Trên siêu âm: các khối u thường giảm âm (64%), và sinh mạch (74%).
- Trên cộng hưởng từ: thường gặp các khối u giảm tín hiệu trên T1W (56%) và giảm tín hiệu trên T2W (44%). Đa số các khối u tăng tín hiệu mạch trên cộng hưởng từ, chiếm 74%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giuliani E., As-Sanie S., Marsh E. (2020)** "Epidemiology and management of uterine fibroids," *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.*, vol. 149, no. 1, pp. 3–9.
2. **Spies J.B., Coyne K., Guaou Guaou N., et al. (2002)** "The UFS-QOL, a new disease-specific symptom and health-related quality of life questionnaire for leiomyomata," *Obstet. Gynecol.*, vol. 99, no. 2, pp. 290–300.
3. **Ravina J.H., Ciraru-vigneron N., Aymard A., et al. (1999)** "Uterine artery embolisation for fibroid disease: Results of a 6 year study," *Minim. Invasive Ther. Allied Technol.*, vol. 8, no. 6, pp. 441–447.
4. **Carpenter T.T., Walker W.J. (2005)** "Pregnancy following uterine artery embolisation for symptomatic fibroids: a series of 26 completed pregnancies," *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 112, no. 3, pp. 321–325.
5. **Zimmermann A., Bernuit D., Gerlinger C., et al. (2012)** "Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women," *BMC Womens Health*, vol. 12, p. 6.
6. **Lippman S.A., Warner M., Samuels S., et al. (2003)** "Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study," *Fertil. Steril.*, vol. 80, no. 6, pp. 1488–1494.
7. **Mara M., Maskova J., Fucikova Z., et al. (2008)** "Midterm Clinical and First Reproductive Results of a Randomized Controlled Trial Comparing Uterine Fibroid Embolization and Myomectomy," *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*, vol. 31, no. 1, pp. 73–85.
8. **Nguyễn Xuân Hiền (2011)** Nghiên cứu ứng dụng phương pháp nút động mạch tử cung trong điều trị u cơ trơn tử cung. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Holub Z., Mara M., Kuzel D., et al. (2008)** "Pregnancy outcomes after uterine artery occlusion: prospective multicentric study," *Fertil. Steril.*, vol. 90, no. 5, pp. 1886–1891.

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ RUNG NHĨ Ở NGƯỜI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN THEO CHƯƠNG TRÌNH MMM CỦA HỘI TĂNG HUYẾT ÁP QUỐC TẾ TẠI NGHỆ AN

Cao Trường Sinh¹, Nguyễn Thị Mai Phương¹

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định tỷ lệ tăng huyết áp, tỷ lệ tiền tăng huyết áp và tỷ lệ rung nhĩ ở người từ 18 tuổi trở

lên. **Đối tượng và phương pháp:** 1779 người dân được đo huyết áp ở tư thế ngồi, đo 3 lần cách nhau 1 phút lấy trung bình. Trước khi đo bệnh nhân không uống rượu, cà phê, chè đặc và không hút thuốc lá. Chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng huyết áp chung tại Nghệ An là: 34,3%. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 78,5%. Tỷ lệ tiền tăng huyết áp là 43,91%. Tỷ lệ rung nhĩ trong dân số được phát hiện là tương đối thấp (0,169%). **Kết luận:** Tỷ lệ tăng huyết áp chiếm hơn

¹Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023