

giới đều chưa nêu được mối liên quan của tình trạng bộc lộ protein MMR và giai đoạn của khối u. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu đều thể hiện rằng những trường hợp có dMMR thì khối u thường ở giai đoạn II và giai đoạn III. Những trường hợp này thường được thay thế phác đồ 5-FU thông thường bằng phác đồ FOLFOX.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tình trạng bộc lộ protein MMR bằng phương pháp nhuộm HMMD trên 105 trường hợp UTBMĐTT tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ dMMR ở bệnh nhân UTBMĐTT trong nghiên cứu là 12,4%. Đa số thuộc tít mất bộc lộ gen theo cặp.

- Tình trạng dMMR thường gặp ở những u kích thước $\geq 5\text{cm}$, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các mối liên quan giữa dMMR với tít mô học, độ mô học hay giai đoạn u không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen ML, Chen JY, Hu J, et al.** Comparison of microsatellite status detection methods in colorectal carcinoma. *Int J Clin Exp Pathol.* 2018;11(3):1431-1438.
2. **Ye SB, Cheng YK, Zhang L, et al.** Association

of mismatch repair status with survival and response to neoadjuvant chemo (radio) therapy in rectal cancer. *Npj Precis Oncol.* 2020;4(1):26. doi:10.1038/s41698-020-00132-5

3. **Ioana M, Angelescu C, Burada F, et al.** MMR gene expression pattern in sporadic colorectal cancer. *J Gastrointest Liver Dis JGLD.* 2010;19(2):155-159.
4. **Setaffy L, Langner C.** Microsatellite instability in colorectal cancer: clinicopathological significance. *Pol J Pathol.* 2015;3: 203-218. doi: 10.5114/pjp.2015.54953
5. **Nguyễn Quốc Đạt.** Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và tình trạng mất ổn định vi vệ tinh trong ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng bằng phương pháp nhuộm hóa mô miễn dịch. Luận án Thạc sĩ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2019.
6. **Liang Y, Cai X, Zheng SY, Yin H.** Analysis of the Clinicopathological Characteristics of Stage I-III Colorectal Cancer Patients Deficient in Mismatch Repair Proteins. *OncoTargets Ther.* 2021;Volume 14:2203-2212. doi:10.2147/OTT.S278029
7. **Nguyễn Thị Thanh Mai.** Đặc điểm mô bệnh học và tình trạng mất ổn định vi vệ tinh của ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng. Luận án Chuyên khoa cấp II. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2021.
8. **Kang S, Na Y, Joung SY, Lee SI, Oh SC, Min BW.** The significance of microsatellite instability in colorectal cancer after controlling for clinicopathological factors. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(9): e0019. doi: 10.1097/MD.00000000000010019

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SARCOMA TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Minh Hoàng¹, Lê Thị Anh Đào^{1,2}, Cù Chiến Thắng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị của bệnh nhân sarcoma tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 35 bệnh nhân sarcoma tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $51,3 \pm 13,7$ tuổi. Có 51,4% bệnh nhân đã mãn kinh. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất của sarcoma cơ trơn tử cung là đau bụng hạ vị (73,6%), của sarcoma mô đệm niêm mạc tử cung và sarcoma tuyến là ra máu sau mãn kinh (75%). Trên chẩn đoán hình ảnh, đa số có 1 u

với đặc điểm tăng sinh mạch máu (58,8% bệnh nhân sarcoma cơ trơn tử cung và 85% bệnh nhân sarcoma mô đệm niêm mạc tử cung và sarcoma tuyến). Có 15/35 bệnh nhân được chẩn đoán chính xác sarcoma tử cung trước phẫu thuật (42,8%), chủ yếu nhờ nạo buồng tử cung sinh thiết. Thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất là sarcoma cơ trơn tử cung (54,2%) và sarcoma mô đệm niêm mạc tử cung (42,8%). Phương pháp phẫu thuật lần đầu tiên chủ yếu là cắt tử cung hoàn toàn (77,3%). 68,6% bệnh nhân phẫu thuật cắt cả phần phụ hai bên. 11/35 bệnh nhân được vét hạch chậu chỉ 27,3% có kết quả di căn hạch. **Kết luận:** Sarcoma tử cung thường gặp trong độ tuổi mãn kinh và tiền mãn kinh. Sarcoma cơ trơn tử cung và sarcoma mô đệm niêm mạc tử cung là 2 thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất và có những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng riêng biệt. Bệnh chủ yếu được chẩn đoán sau phẫu thuật. Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phương pháp điều trị được áp dụng chủ yếu.

Từ khóa: sarcoma tử cung.

SUMMARY

CLINICAL, IMAGING FEATURES AND MANagements OF UTERINE SARCOMA IN

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

³Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hoàng

Email: minhhoangbghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: Our study aims to describe some clinical and imaging characteristics and managements of uterine sarcoma. **Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 35 uterine sarcoma patients diagnosed and treated at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2019 to December 2022. **Results:** The average age of patients was $51,3 \pm 13,7$ years-old. 51,4% of patients was menopausal. The most common symptom in uterine leiomyosarcoma was pelvic pain (73,6%), while in endometrial stromal sarcoma and adenosarcoma was post-menopausal vaginal bleeding (75%). In imaging diagnostics, most of them had one tumor with the characteristic of enhanced vascularity (58,8% of uterine leiomyosarcoma and 85% of endometrial stromal sarcoma and adenosarcoma). 15/35 patients were diagnosed correctly as uterine sarcoma before operation, mainly due to pre-operated endometrial biopsy. The most common histopathological types were uterine leiomyosarcoma (54,2%) and endometrial stromal sarcoma (42,8%). The predominant initial management was complete hysterectomy (77,3%). Bilateral ovarian resection was applied coincidentally to 68,6 % of them. Of 11/35 patients dissected the pelvic lymph node, 27,3% was positive. **Conclusion:** Uterine sarcoma was commonly seen in pre-menopause and menopause. Uterine leiomyosarcoma and endometrial stromal sarcoma – adenosarcoma were the most common histopathological type, and they include different clinical and imaging features. The disease was mainly diagnosed after operation. Complete hysterectomy was the predominant management.

Keyword: uterine sarcoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoma tử cung là một bệnh lý ung thư hiếm gặp, có nguồn gốc từ tế bào cơ trơn tử cung hoặc mô liên kết của tử cung. Theo ước tính, sarcoma tử cung chiếm khoảng từ 3% đến 5% trong tổng số ung thư tử cung.¹ So với các loại ung thư khác có nguồn gốc tử cung, sarcoma tử cung thuộc vào loại có độ ác tính cao nhất, tiến triển nhanh nhất, tiên lượng xấu nhất và khả năng tái phát cao ngay cả khi bệnh mới ở giai đoạn đầu, chỉ giới hạn ở thân tử cung. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của sarcoma tử cung không đặc hiệu và rất dễ nhầm lẫn với u xơ tử cung, thường chỉ được chẩn đoán bằng giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cắt tử cung hoặc bóc u xơ trên những bệnh nhân trước đó được chẩn đoán u xơ cơ tử cung. Hiện nay, phác đồ hiệu quả điều trị sarcoma tử cung còn rất hạn chế và chưa được thống nhất rộng rãi. Phẫu thuật vẫn đóng vai trò chủ đạo với mục tiêu là cắt bỏ hoàn toàn tổn thương với diện cắt âm tính, trong đó cần cắt bỏ tử cung một cách toàn vẹn ở giai

đoạn sớm của bệnh, phẫu thuật cắt giảm u căn bản ở những bệnh nhân chọn lọc và can thiệp phẫu thuật phù hợp trên những bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển hoặc tái phát. Do tính hiếm gặp của sarcoma tử cung nên hiện nay trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và chưa đủ bằng chứng mạnh mẽ để đưa ra các khuyến cáo điều trị hỗ trợ mang tính đồng thuận cao. Tại Việt Nam hiện nay cũng có không nhiều các nghiên cứu đầy đủ và chi tiết về chẩn đoán cũng như điều trị sarcoma tử cung. Các nghiên cứu thường phối hợp đánh giá sarcoma tử cung cùng với các bệnh ung thư xuất phát từ tử cung khác. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị của bệnh nhân sarcoma tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2019 đến năm 2022.*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định sarcoma tử cung bằng mô bệnh học và được điều trị tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2022, có thông tin đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc ung thư khác phối hợp, mắc các bệnh lý cấp và hoặc mãn tính khác có nguy cơ tử vong trong vòng 3 tháng, mất thông tin sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 35 bệnh nhân sarcoma tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong nhóm tiêu chuẩn loại trừ.

Phương pháp thu thập thông tin: Tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thu thập thông tin qua hồ sơ bệnh án và thăm khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và tình trạng kinh nguyệt

	Tuổi trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tổng	51,3 ± 13,7	18	81
uLMS	48,9 ± 14,6	18	73
ESS và AS	54,2 ± 12,4	30	81

Tình trạng kinh nguyệt	n	%
Mãn kinh	18	51,4
Chưa mãn kinh	17	48,6

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $51,3 \pm 13,7$ tuổi

Độ tuổi trung bình của sarcoma cơ trơn tử cung là $48,9 \pm 14,6$, sarcoma mô đệm nội mạc tử cung và sarcoma tuyến tử cung là $54,2 \pm 12,4$

Tỷ lệ bệnh nhân mãn kinh là 51,4% và chưa mãn kinh là 48,6%.

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng và thực thể

	Sarcoma cơ trơn (n=19)	Sarcoma mô đệm và sarcoma tuyến (n=16)
Triệu chứng cơ năng		
Rong kinh-Rong huyết	31,6	25
Ra máu sau mãn kinh	15,8	75
Đau bụng vùng chậu	73,7	62,5
Chèn ép (Bí tiểu, táo bón,...)	36,8	6,3

Dấu hiệu thực thể

Mức độ di động tử cung	Di động Hạn chế Không di động	68,4 21,1 10,5	68,8 18,8 12,5
Kích thước tử cung	Tăng kích thước Bình thường	73,7 26,3	50 50

- Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trên bệnh nhân sarcoma cơ trơn tử cung lần lượt là đau bụng vùng chậu (73,7%), trên bệnh nhân sarcoma mô đệm nội mạc tử cung và sarcoma tuyến tử cung là ra máu âm đạo sau mãn kinh (75%). Qua thăm khám u đường âm đạo có thể có đánh giá: tử cung di động hạn chế và không di động chiếm 21,6% (sarcoma cơ trơn tử cung) và 31,3% (sarcoma mô đệm nội mạc tử cung và sarcoma tuyến tử cung); tử cung tăng kích thước hơn so với bình thường lần lượt là 73,7% (sarcoma cơ trơn tử cung) và 50% (sarcoma mô đệm nội mạc tử cung và sarcoma tuyến tử cung).

Bảng 3.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Tiền sử		uLMS (%) (n=19)	ESS và AS (%) (n=16)
Số lượng khối u (n=35)	1	73,7	81,3
	Trên 1	26,3	18,7
Ranh giới khối u (n=35)	Rõ	36,8	6,3
	Không rõ	63,2	93,7
Kích thước u (n=35)	Trung bình (mm)	$82,9 \pm 22,2$	$62,0 \pm 53,7$
	>5cm (%)	94,7	43,7
	<5cm (%)	5,3	56,3

Mật độ u (n=35)	Đồng nhất Không đồng nhất	21,1 78,9	6,3 93,7
Hoại tử u (n=34)	Không Có	68,4 31,6	88,2 11,8
	Tăng sinh mạch (n=31)	Có Không	58,8 41,2
Hạch chậu (n=27)	Có Không	7,7 92,3	21,4 78,6
	Dịch ổ bụng (n=35)	Có Không	21,1 78,9

Hầu hết bệnh nhân sarcoma cơ trơn tử cung có kích thước u >5cm (94,7%) trong khi tỷ lệ nhóm >5cm và <5cm là tương đương nhau (43,7% và 56,3%) trong nhóm bệnh nhân sarcoma mô đệm niêm mạc tử cung và sarcoma tuyến.

Đa số bệnh nhân có 1 u (73,7% - uLMS và 81,3% - ESS và AS) và có mật độ không đồng nhất (78,9% và 93,7%). Có dấu hiệu hoại tử u chiếm tỷ lệ 31,6% trong nhóm uLMS và 11,8% trong nhóm ESS và AS, dấu hiệu tăng sinh mạch chiếm tỷ lệ lần lượt là 58,8% và 85% trong 2 nhóm trên trong các trường hợp được khảo sát.

Có lần lượt 21,1% và 6,3% bệnh nhân uLMS và ESS - AS xuất hiện dịch tự do ổ bụng trên phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Bảng 3.4. Đặc điểm giải phẫu bệnh

	n	Tỷ lệ (%)
Thông tin GPB		
Nạo BTC trước điều trị	17	48,6
Không được sinh thiết trước	18	51,4
Thời điểm chẩn đoán		
Chẩn đoán đúng trước điều trị	15	42,9
Chẩn đoán sau phẫu thuật	20	57,1
Thể GPB		
uLMS	19	54,2
Độ ác tính thấp	13	37,1
Độ ác tính cao	6	17,1
LG-ESS	6	17,1
HG-ESS	9	25,7
AS	1	2,9
Tổng	35	100

Tỷ lệ chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật qua nạo buồng tử cung sinh thiết là 82,4% (14/17 trường hợp).

Thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất là sarcoma cơ trơn tử cung 19/35 bệnh nhân (54,2%), sarcoma mô đệm nội mạc tử cung 15/35 bệnh nhân (42,8%). Sarcoma tuyến tử cung chỉ có 1/35 trường hợp chiếm 2,9%.

Bảng 3.5. Đặc điểm phương pháp điều trị

Số lần phẫu thuật		
1 lần	27	77,1
2 lần	8	22,9

Tổng	35	100
Đường phẫu thuật ban đầu		
Nội soi	12	34,2
Mổ mở	22	62,9
Đường âm đạo	1	2,9
Tổng	35	100
Phương pháp phẫu thuật ban đầu		
Cắt tử cung hoàn toàn	27	77,1
Cắt tử cung bán phần	1	2,9
Cắt u	7	20
Tổng	35	100
Cắt bỏ 2 buồng trứng		
Có	24	68,6
Không	11	31,4
Tổng	35	100
Vét hạch chậu		
Có	11	31,4
Di căn hạch chậu	3	8,6
Không di căn	8	22,8
Không	24	68,6
Tổng	35	100
Số hạch vét sau mổ	7,0 ± 2,4 (3-10 hạch)	

Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt tử cung hoàn toàn ở 27/35 bệnh nhân (77,1%).

Đường phẫu thuật chủ yếu là mổ mở, chiếm 62,9%, phẫu thuật nội soi chiếm 34,2%. Có 1/35 trường hợp được phẫu thuật lần đầu cắt u đường âm đạo.

Có 8/35 bệnh nhân mổ 2 lần chiếm tỷ lệ 22,9%; 2/35 (62,9%) bệnh nhân được phẫu thuật cắt buồng trứng 2 bên cùng với tử cung trong lần phẫu thuật đầu tiên.

Có 11/35 bệnh nhân được vét hạch chậu hai bên, có 3/11 bệnh nhân có kết quả hạch dương tính (27,3%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và tình trạng kinh nguyệt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 51,3 ± 13,7 tuổi, bệnh nhân trẻ nhất là 18 tuổi, già nhất là 81 tuổi. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Nguyễn Quốc Tuấn khi nghiên cứu bệnh cảnh ung thư thân tử cung cho thấy nhóm bệnh nhân sarcoma tử cung có độ tuổi trung bình là 48,6 ± 16,4.² Khi phân tích tuổi theo thể giải phẫu bệnh, chúng tôi nhận thấy: bệnh nhân sarcoma cơ trơn tử cung có độ tuổi trung bình nhỏ hơn (48,9 ± 14,6) so với sarcoma mô đệm nội mạc tử cung và sarcoma tuyến (54,2 ± 12,4). Kết quả này cũng tương tự so với nghiên cứu của tác giả Giuntoli (n=208)³, tuổi trung bình của bệnh nhân sarcoma cơ trơn tử cung là 50,9 tuổi và nghiên cứu của Tropé⁴, tuổi

trung bình của bệnh nhân ESS là 50,7 tuổi.

Về tình trạng kinh nguyệt: tỷ lệ bệnh nhân đã mãn kinh tương tự với bệnh nhân chưa mãn kinh, lần lượt là 51,4% và 48,6%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Văn Bình (2020)⁵: 43,3% bệnh nhân đã mãn kinh và 56,7% bệnh nhân chưa mãn kinh, thấp hơn trong nghiên cứu của S Vrzic-Petronijevic (2006) trong số 61 bệnh nhân, 43 bệnh nhân sau mãn kinh (70,49%).⁶

4.2. Triệu chứng lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trên bệnh nhân sarcoma cơ trơn tử cung lần lượt là đau bụng vùng chậu (73,7%) và chèn ép (36,8%), trên bệnh nhân sarcoma mô đệm nội mạc tử cung và sarcoma tuyến tử cung là ra máu âm đạo sau mãn kinh (75%) và đau bụng vùng chậu (62,5%). Nghiên cứu của tác giả Vrzic-Petronijevic (n=61) cũng ghi nhận ra máu bất thường âm đạo là triệu chứng xuất hiện ở 42,6% bệnh nhân.⁶ Điều này cũng có thể giải thích do sarcoma cơ trơn tử cung thường biểu hiện là các khối u lớn, đơn độc gây tăng áp lực ổ bụng, trong khi sarcoma mô đệm nội mạc tử cung và sarcoma tuyến tử cung thường biểu hiện dưới dạng khối trong buồng tử cung, gây ra triệu chứng xuất huyết tử cung bất thường.

4.3. Đặc điểm trên chẩn đoán hình ảnh. Chúng tôi sử dụng 3 phương tiện CHĐHA để chẩn đoán cho bệnh nhân trước điều trị bao gồm siêu âm, CT ổ bụng, MRI tiểu khung

Về kích thước u: Hầu hết bệnh nhân sarcoma cơ trơn tử cung có kích thước u >5cm (94,7%) trong khi tỷ lệ nhóm >5cm và <5cm là tương đương nhau (43,7% và 56,3%) trong nhóm bệnh nhân sarcoma mô đệm niêm mạc tử cung và sarcoma tuyến. Về số lượng u và mật độ u: đa số bệnh nhân có 1 u (73,7% - sarcoma cơ trơn tử cung và 81,3% - sarcoma mô đệm nội mạc tử cung và sarcoma tuyến tử cung) và có mật độ không đồng nhất (78,9% và 93,7%). Các dấu hiệu hoại tử u phát hiện được trên siêu âm và MRI tiểu khung chiếm tỷ lệ 31,6% trong nhóm uLMS và 11,8% trong nhóm ESS và AS, dấu hiệu tăng sinh mạch chiếm tỷ lệ lần lượt là 58,8% và 85% trong 2 nhóm trên trong các trường hợp được khảo sát.

Innie Chen và cs nghiên cứu những điểm khác biệt trên siêu âm ở 132 bệnh nhân trong đó có 66 bệnh nhân sarcoma tử cung và 66 bệnh nhân u xơ tử cung cho kết quả: không có sự khác biệt về kích thước u ở 2 nhóm, tỷ lệ có 3 u trở lên cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh u xơ tử cung và tỷ lệ u ở dưới thanh mạc, u tiến triển nhanh cao

hơn có ý nghĩa ở nhóm sarcoma tử cung.⁷

4.4. Đặc điểm giải phẫu bệnh.

Bảng 4.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Tác giả	N	ESS	uLMS	Carcinosarcoma	Thể khác
Naaman Y và cs ⁸	40	15 %	55,0 %	30%	0%
Innie Chen và cs ⁷	66	13,6 %	28,9%	43,9%	13,6%
Terek MC và cs ⁹	57	28,0%	14,0%	52,6%	5,4%
Nghiên cứu chúng tôi	35	42,8%	54,3%	0%	2,9%

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự các tác giả trên thế giới về phân bố các thể giải phẫu bệnh: sarcoma cơ trơn và sarcoma mô đệm niêm mạc tử cung là 2 thể phổ biến nhất, trong đó sarcoma cơ trơn tử cung chiếm ưu thế hơn một chút.

4.5. Đặc điểm về phương pháp điều trị.

Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, trong đó cắt tử cung hoàn toàn là phương pháp phẫu thuật chủ đạo, 27/35 bệnh nhân (77,1%). Có 1 bệnh nhân được tiến hành cắt tử cung bán phần do chẩn đoán trước phẫu thuật là u xơ cơ tử cung và trong quá trình phẫu thuật lần đầu tiên, tình trạng dính nhiều trong ổ bụng khiến cắt bỏ tử cung hoàn toàn khó khăn, sau đó bệnh nhân được phẫu thuật lần 2 tại bệnh viện K cắt nốt phần cổ tử cung còn lại. Có 8/35 bệnh nhân mổ 2 lần chiếm tỷ lệ 22,9%, đều là cắt phần tử cung còn lại sau khi đã cắt tử cung bán phần hoặc cắt u với chẩn đoán trước mổ là bệnh lý lành tính khác của tử cung. Rõ ràng việc chẩn đoán trước mổ gặp nhiều khó khăn nên tỷ lệ bệnh nhân phải mổ lại lần 2 là khá cao.

Về lựa chọn đường phẫu thuật: Đường phẫu thuật chủ yếu là mổ mở, chiếm 62,9%, phẫu thuật nội soi chiếm 34,2%. Điều này có thể được giải thích do kích thước tử cung trong bệnh lý sarcoma tử cung thường lớn, kết hợp với tỷ lệ phẫu thuật ổ bụng của bệnh nhân ngày càng cao, gây ra tình trạng dính trong ổ bụng khiến phẫu thuật mổ mở được ưu tiên để tiếp cận các tổn thương.

Về phẫu thuật cắt buồng trứng: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24/35 bệnh nhân có cắt buồng trứng 2 bên (68,6%), chủ yếu thuộc nhóm các bệnh nhân sarcoma mô đệm nội mạc tử cung và sarcoma tuyến (87,5% nhóm BN trên). Tỷ lệ bệnh nhân có thực hiện cắt buồng trứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Naaman và Terek với tỷ lệ tương ứng là 85,0% và 89,5%.^{8,9} Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân chưa mãn kinh được giữ lại buồng trứng, tất cả đều trẻ tuổi

với các nghiên cứu của các tác giả khác chúng tôi nhận thấy kết quả như sau:

và giai đoạn I.

Về phẫu thuật vét hạch chậu: Trong nghiên cứu chúng tôi có 11 bệnh nhân được vét hạch chậu (chiếm 31,4%) chủ yếu là đánh giá trong mổ có hạch nghi ngờ di căn hoặc đánh giá trước mổ dựa trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên, trong số này chỉ có 3/11 bệnh nhân có kết quả di căn hạch chậu (27,3%), đều là giai đoạn III. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ vét hạch tương đương với nghiên cứu Naaman và cs có 11/40 BN (27,5%).⁸ Lý do cho sự khác biệt về tỷ lệ vét hạch giữa các nghiên cứu là do hiện nay vẫn chưa có sự đồng thuận về chỉ định vét hạch đối với sarcoma tử cung.

V. KẾT LUẬN

Sarcoma tử cung thường gặp trong độ tuổi mãn kinh và tiền mãn kinh. Sarcoma cơ trơn tử cung và sarcoma mô đệm niêm mạc tử cung là 2 thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất và có những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng riêng biệt. Bệnh chủ yếu được chẩn đoán sau phẫu thuật. Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phương pháp điều trị được áp dụng chủ yếu kèm cắt bỏ 2 phần phụ nếu bệnh nhân đã mãn kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brooks SE, Zhan M, Cote T, Baquet CR. Surveillance, Epidemiology, and End Results analysis of 2677 cases of uterine sarcoma 1989–1999. *Gynecol Oncol.* 2004;93(1):204-208.
2. Nguyễn QT. Một số nhận xét về ung thư tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2007-2008.2008.
3. Giuntoli RL, Metzinger DS, DiMarco CS, et al. Retrospective review of 208 patients with leiomyosarcoma of the uterus: prognostic indicators, surgical management, and adjuvant therapy. *Gynecol Oncol.* 2003;89(3):460-469.
4. Tropé CG, Abeler VM, Kristensen GB. Diagnosis and treatment of sarcoma of the uterus. A review. *Acta Oncol.* 2012;51(6):694-705. doi:10.3109/0284186X.2012.689111
5. Phạm Văn Bình. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân sarcoma tử cung tại bệnh viện K.Tháng 2020:157-164.
6. Vrzic-Petronijevic S, Likic-Ladjevic I, Petronijevic M, Argirovic R, Ladjevic N. Diagnosis and surgical therapy of uterine sarcoma. *Acta Chir Jugosl.* 2006;53(3):67-72.

7. **Chen I, Firth B, Hopkins L, Bougie O, Xie R hua, Singh S.** Clinical Characteristics Differentiating Uterine Sarcoma and Fibroids. *JSLs*. 2018;22(1):e2017.00066.
8. **Naaman Y, Shveiky D, Ben-Shachar I, Shushan A, Mejia-Gomez J, Benshushan A.** Uterine sarcoma: prognostic factors and treatment evaluation. *Isr Med Assoc J IMAJ*. 2011;13(2):76-79.
9. **Terek MC, Akman L, Hursitoglu BS, et al.** The retrospective analysis of patients with uterine sarcomas: A single-center experience. *J Cancer Res Ther*. 2016;12(1):309-313.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP TÁC ĐỘNG CỘT SỐNG KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CÁNH TAY CỔ DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

Vũ Duy Tuấn¹, Nguyễn Tiên Chung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm trong điều trị hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng có đối chứng trên 70 bệnh nhân hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ, chia thành 2 nhóm bao gồm 35 bệnh nhân (nhóm NC) được điều trị bằng tác động cột sống (TĐCS) kết hợp điện châm và 35 bệnh nhân (nhóm ĐC) được điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt (XBBH) và điện châm. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm có tác dụng cải thiện đáng kể triệu chứng đau theo VAS, cải thiện tầm vận động cột sống cổ, giảm chèn ép rễ thần kinh và cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo NDI so với trước điều trị ($p < 0,05$), tuy nhiên chưa có sự khác biệt với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Từ khóa: Tác động cột sống, hội chứng cánh tay cổ, thoái hóa cột sống cổ

SUMMARY

EFFECT EVALUATION OF TREATMENT OF CERVICAL SCAPULOHUMERAL DUE TO CERVICAL SPONDYLOSIS BY SPINAL MANIPULATION COMBINE WITH ELECTRO-ACUPUNCTURE

Objective: To evaluate the effects of spinal manipulation combine with electro-acupuncture in treatment of cervical scapulothoracic due to cervical spondylosis. **Subjects and methods:** A prospective study, controlled clinical intervention on 70 patients diagnosed with cervical scapulothoracic syndrome due to cervical spondylosis, divided into 2 groups including 35 patients (study group) treated with spinal manipulation combine with electro-acupuncture, and 35 patients (control group) treated with acupressure massage and electro-acupuncture. **Results:** The study

group administered a combination of spinal manipulation and electro-acupuncture had the significant effect of improving the symptoms of pain according to VAS, improving the range of motion of the cervical spine, decreasing the compression of nerve root, improving the daily living index according to NDI compare to before treatment ($p < 0,05$), however this result did not have difference to the control group ($p < 0,05$). **Keywords:** Spinal manipulation, cervical scapulothoracic syndrome, cervical spondylosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ hay còn được gọi là hội chứng cổ vai tay là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ mà không liên quan đến bệnh lý viêm [1], [2]. Hội chứng cánh tay cổ là một bệnh lý khá phổ biến tại Việt Nam cũng như trên thế giới và chiếm từ 70% - 80% trong bệnh lý thoái hóa cột sống cổ. Tuy không ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng nhưng bệnh có tính chất dai dẳng gây các triệu chứng khó chịu, đau nhức, tê mỏi cho bệnh nhân đồng thời làm ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt, làm giảm năng suất lao động cũng như chất lượng cuộc sống.

Hiện nay điều trị đau đầu bằng các phương pháp của y học hiện đại chủ yếu là sử dụng các thuốc giảm đau chống viêm, giãn cơ,... kết hợp với các phương pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng đồng thời với thay đổi lối sống, chế độ sinh hoạt của bệnh nhân [2]. Mặc dù các phương pháp này có thể đem lại tác dụng giảm đau tạm thời nhưng khả năng tái phát cao, dễ bị kháng thuốc, không dung nạp thuốc và dễ gây tác dụng phụ khác trên hệ tiêu hóa như viêm loét dạ dày tá tràng,...

Theo Y học cổ truyền (YHCT), hội chứng cánh tay cổ được xếp vào phạm vi chứng Tý. Nguyên nhân chủ yếu là do nhân lúc chính khí hư suy, phong, hàn, thấp tà thừa cơ xâm phạm

¹Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Duy Tuấn

Email: drduyuan06@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023